

Sotsiaalhoolekande seaduse, ravikindlustuse seaduse ja meditsiiniseadme seaduse muutmise seaduse eelnõu väljatöötamise kavatsus

Väljatöötamise kavatsus on koostatud selleks, et lahendada kolme teemat:

I Abivahendite ja meditsiiniseadmete integreerimine ühtseks inimkeskseks süsteemiks

Probleem: Praegu rahastavad abivahendeid ja meditsiiniseadmeid kaks asutust – Sotsiaalkindlustusamet ja Tervisekassa. Samas on abivahendite ja meditsiiniseadmete eesmärk sarnane, seadmeid ning vahendeid vajavad sageli samad inimesed, vajadust tuvastavad samad tervishoius töötavad spetsialistid ja müüvad samad ettevõtted. Selline paralleelne süsteem on keeruline, dubleeriv ning ressursimahukas nii inimestele, spetsialistidele, ettevõtetele kui ka riigile.

Eesmärk: Luua terviklik korraldusmudel ja rahastussüsteem, mis vähendab bürokraatiat inimese, arstide ja tervishoius töötavate spetsialistide, ettevõtete ning riigi jaoks.

Lahendus: Viia Sotsiaalkindlustusameti kaudu korraldatavad abivahendid kolmes etapis (2027. a, 2028. a, 2029. a) üle Tervisekassa kaudu korraldatavate meditsiiniseadmete loetellu. Muudatuse tulemusena tekib kolmanda etapi lõpuks üks loetelu meditsiiniseadmetest ja abivahenditest, millel on ühtsetel põhimõtetel sätestatud hüvitamistingimused ning rahastamise reeglid.

II Meditsiiniseadmete hinnaregulatsioon

Probleem: Apteegid ei ole hinnakokkuleppe ega müügilepingu osapooled ja neil ei ole seadusest ega lepingust tulenevat kohustust meditsiiniseadmete loetelus kehtestatud jaemüügihindadest kinni pidada. Seetõttu saavad apteegid müüa meditsiiniseadmeid kõrgema hinnaga kui Tervisekassaga lepingu sõlminud ettevõtted, mille tõttu on patsiendi omaosalus meditsiiniseadme ostmisel apteegist suurem.

Eesmärk: Vähendada patsientide omaosalust meditsiiniseadme ostmisel ja tagada õiglane konkurents ning õigusselgus kõikide müüjate (sh apteekide) vahel.

Lahendus: Ravikindlustusseaduses kaalutakse hinna ühtlustamiseks kahte varianti – kas keelata kallimalt müük kui hinnakokkuleppes sätestatud või lubada müüki vaid lepingulistel ettevõtetel. Samuti täpsustatakse seaduses hindadega seotud mõisteid ja hinnakokkulepete sõlmimise ning muutmise korda.

III Meditsiiniseadme kaardi väljakirjutamise õiguse laiendamine

Probleem: Meditsiiniseadme kaardi väljakirjutamise õigus on ainult arstil ja meditsiiniseadme kaarti ei saa välja kirjutada teised selleks pädevad tervishoiuspetsialistid, kelle juurde inimene oma terviseprobleemiga võib pöörduda.

Eesmärk: Anda meditsiiniseadme kaardi väljakirjutamise õigus ka teistele tervishoius töötavatele spetsialistidele nende pädevuse piires, mis aitab kaasa tõhusama ja inimkeskema tervishoiusüsteemi kujundamisele.

Lahendus: Muuta meditsiiniseadme seadust ja ravikindlustuse seadust ning meditsiiniseadmete loetelu määrust selliselt, et väljakirjutamise õigus sõltuks konkreetsest meditsiiniseadme rühmast, mis võimaldaks valdkonna arenedes seda lihtsalt täiendada või muuta.

I Abivahendite ja meditsiiniseadmete integreerimine ühtseks inimkeskseks süsteemiks

1.1. Lahendatav probleem – inimeste, tervishoiutöötajate, ettevõtete ja riigi jaoks on abivahendite ja meditsiiniseadmete rahastussüsteem killustatud, mistõttu on abi saamine ebaühtlane

Tervisekassa meditsiiniseadmete ja Sotsiaalkindlustusameti abivahendite rahastussüsteemi eesmärk on võimaldada raviks, funktsioonihäire parandamiseks või kompenseerimiseks soodustingimustel seadmeid ja vahendeid, mida vajavad sageli samad inimesed, vajadust tuvastavad samad tervishoius töötavad spetsialistid ning müüvad samad ettevõtted. Kahe erineva, kuid sarnast eesmärki kandva ja osaliselt kattuva sihtrühmaga süsteemi haldamine ja arendamine kahe korraldusasutuse kaudu on ressursimahukas ja kulukas dubleerimine. Süsteemide erisustest on raske aru saada, mis muudab kõikide osapoolte (abivahendit või meditsiiniseadet vajavate inimeste, tervishoius töötavate spetsialistide, ettevõtete, riigi) jaoks süsteemis orienteerumise, abi osutamise ja abi saamise raskeks.

Abivahendite ja meditsiiniseadmete hüvitamine on korraldatud kahe erineva süsteemi kaudu (tervishoiu- ja sotsiaalsüsteem), mille korraldusasutusteks on Tervisekassa ja Sotsiaalkindlustusamet (SKA). Tervisekassa hüvitab ravikindlustuse seaduse (RaKS) alusel müügitehinguna [meditsiiniseadmete loetelus](#) olevaid meditsiiniseadmeid, mis aitavad leevendada või ravida haigusi või vigastusi¹. SKA hüvitab sotsiaalhoolekande seaduse (SHS) alusel nii müügi- kui ka üüritehinguna [abivahendite loetelus](#) olevaid abivahendeid ja erandi taotluse alusel loeteluväliseid abivahendeid, mis aitavad parandada inimese funktsioneerimisvõimet, kompenseerida funktsioonihäiret ja saavutada või säilitada igapäevaelus võimalikult iseseisvat toimetulekut². Seega kuuluvad nii abivahendid kui ka meditsiiniseadmed oma olemuselt pigem tervisevaldkonda, sest mõlemad on mõeldud inimese raviks, funktsioneerimisvõime parandamiseks või kompenseerimiseks. Sellele lisaks on tegu osaliselt sarnaste või üksteist täiendavate toodetega, millest enamus on meditsiiniseadmed Euroopa Parlamendi ja nõukogu meditsiiniseadmete määruse³ ja in vitro diagnostikameditsiiniseadmete määruse⁴ tähenduses. Aja jooksul on ka kahe süsteemi hüvitamise reegleid muudetud sarnasemaks. Nii on kõik abivahendid ja meditsiiniseadmed inimese jaoks kas 50% või 90% soodustusega. Samuti ei ole alates 01.09.2025 abivahendi riigipoolse soodustusega saamise eelduseks enam puude raskusastme või vähenenud töövõime olemasolu.

Sihtrühmad on mõlema süsteemi puhul osaliselt kattuvad:

- **Abivahendite ja meditsiiniseadmete vajajad ehk abivajajad** – meditsiiniseadmeid ja abivahendeid vajavatel inimestel on tarvis sageli tooteid mõlemast süsteemist. Näiteks urineerimisfunktsiooni häirega patsient saab põiekateetrit Tervisekassa rahastusel, kuid uriini absorbeerivat abivahendit SKA rahastusel; ortopeedilisi jalatseid hüvitab SKA, aga individuaalseid tallatugesid Tervisekassa, kuigi enamik jalatsite kasutajatest vajab samaaegselt ka tallatugesid.
- **Abivahendite ja meditsiiniseadmete vajaduse hindajad** – mõlemas süsteemis hindavad vajadust tervishoius töötavad spetsialistid, kelle poole inimene oma terviseprobleemiga pöördub. Raviarst määrab meditsiiniseadme vajaduse ja koostab inimesele digitaalse meditsiiniseadme kaardi. Sama raviarst võib tuvastada ka abivahendi vajaduse ja väljastada paberkandjal abivahendi tõendi.

¹ Meditsiiniseade RaKS tähenduses on instrument, aparaat või seade, samuti materjal või muu toode, mida kindlustatud isik saab kasutada tavakasutajana eraldi või kombinatsioonis, ühel või enamal tootja ettenähtud otstarbel ja mille kavandatud põhitoe kindlustatud isikule ei ole farmakoloogiline, immunoloogiline või ainevahetuslik ja on vajalik haiguse jälgimiseks, leevendamiseks või raviks; vigastuse leevendamiseks või raviks.

² Abivahend SHS-i tähenduses on toode, mis aitab parandada inimese funktsioneerimisvõimet, kompenseerida funktsioonihäiret ja saavutada või säilitada igapäevaelus võimalikult iseseisvat toimetulekut.

³ Määrus (EL) 2017/745. Eestikeelsena kättesaadav: [Määrus - 2017/745 - EN - EUR-Lex](#)

⁴ Määrus (EL) 2017/746. Eestikeelsena kättesaadav: [Määrus - 2017/746 - EN - EUR-Lex](#)

Seejuures on abivahendi vajaduse tuvastajate ring laiem⁵ kui meditsiiniseadme tuvastajate ring (ainult arst).

- **Ettevõtted** – toodete eest tasumiseks samadele ettevõtetele on sõlmitud selleks erinevad tasu maksmise kohustuse ülevõtmise lepingud (Tervisekassa ja SKA-ga) ja müügitehinguid tehakse läbi kahe erineva süsteemi (retseptikeskus ja SKAIS2). Näiteks kõik üldapteegid, kes müüvad abivahendeid, müüvad ka meditsiiniseadmeid, kuid peavad selleks kasutama erinevaid müügiprogramme või liidestama oma müügi programmi kahe erineva süsteemiga.

Süsteemid on endiselt erinevad digitaliseerituse osas – tervishoiusüsteemis on meditsiiniseadmete väljakirjutamine ja müük digitaalne (meditsiiniseadme kaardi vahendusel), arveldamine ettevõtetele automaatne ning info inimesele leitav Terviseportaalist. Sotsiaalsüsteemis on digitaliseeritud ja e-teenusena kasutuses abivahendite tehingute edastamine ja kuvamine SKA iseteeninduses, automatiseeritud on tehingute kontrollid ning arveldused ettevõtetele. Digitaliseerimata on abivahendi tõendi väljastamine – tõend väljastatakse paberil või selle skaneeritud koopia saadetakse inimesele e-posti teel. Seetõttu on abivahendi tõendi väljastamine spetsialistidele ebamugav ja keerukas ning nii spetsialistidel kui ka SKA-l puudub ülevaade sellest, milliseid abivahendi tõendeid on inimesele juba mõne teise spetsialisti poolt väljastatud.

Samuti puuduvad sotsiaalsüsteemis abivahendite **hinnakokkulepped**, mis tervishoiusüsteemis on kohustuslikud ning aitavad patsientide omaosalust ja Tervisekassa kulusid paremini kontrollida. Tervisekassa ja meditsiiniseadme esindaja lepivad kokku iga meditsiiniseadme maksimaalse müügihinna, mis on mõlemale osapoolle vastuvõetav ning neid hindu saab muuta ainult läbirääkimiste teel ning tingimusel, et muudatus on põhjendatud ja kooskõlas alternatiivsete toodete maksumustega.

Süsteemide keerukusele ja ebaefektiivsusele ning loogilise terviku puudumisele on tähelepanu juhtinud näiteks Riigikontroll⁶ ning sellele viidatakse ka riigi pikaajalises arengustrateegias „Eesti 2035“⁷. Samuti toob „Eesti 2035“ välja probleemid info liikumisel eri valdkondade ja tasandite vahel. Infosüsteemid on üles ehitatud pigem ühe valdkonna keskselt ega arvesta inimese vajadusi tervikuna. Lisaks ei ole teenuste andmestike digiteerituse ja andmekvaliteedi tase piisav, et tagada tõhus sotsiaalvaldkonna juhtimine, poliitikakujundamine ning teadus- ja arendustegevus.

1.2. Eesmärk – vähendada dubleerimist ja bürokraatiat ning viia abivahendite ja meditsiiniseadmete süsteem ühtsetele alustele

VTK eesmärk on viia abivahendite ja meditsiiniseadmete süsteem ühtsetele alustele, et lõpetada ebamõistlik dubleerimine ja luua terviklik korraldusmudel ning rahastussüsteem, mis lihtsustab süsteemi ja vähendab bürokraatiat arstide, õdede ja teiste tervishoiuspetsialistide, ettevõtete ning riigi jaoks. Muudatus loob selge, lihtsa, digitaliseeritud ja tervikliku ning ühtsetel tingimustel toimiva süsteemi nii vajaduse tuvastaja, abivajava inimese, ettevõtete kui ka riigi jaoks, mis kokkuvõttes lihtsustab ja kiirendab abivahendite ning meditsiiniseadme kättesaadavust.

VTK on osa Vabariigi Valitsuse koalitsioonileppest, mille eesmärk on lõimida tervishoiu- ja sotsiaalteenused ning kaotada dubleerivad ja bürokraatlikud takistused, et pakkuda inimestele vajalikku

⁵ Abivahendi vajaduse tuvastaja võib olla perearst, üldarst, arst-resident, eriarst, õde, ämmaemand, optometrist, füsioterapeut, kellel on füsioterapeudi kutse või riiklikult tunnustatud kõrgharidus füsioteraapias või sellele vastav kvalifikatsioon ja kes töötab tõendi väljastamise hetkel füsioterapeudina rehabilitatsiooni- või tervishoiuteenuse osutaja juures; tegevusterapeut, kellel on tegevusterapeudi kutse või riiklikult tunnustatud kõrgharidus tegevusteraapias või sellele vastav kvalifikatsioon ja kes töötab tõendi väljastamise hetkel tegevusterapeudina rehabilitatsiooni- või tervishoiuteenuse osutaja juures; logopeed, kellel on logopeedi 7. või 8. taseme kutse; audioloog, kellel on magistrikraad audioloogias ning rehabilitatsioonimeeskond rehabilitatsiooniplaanina.

⁶ 2024.a audit „Riigi tegevus erivajadustega inimeste toetamisel“ Kättesaadav Riigikontrolli koduleheküljel: <https://www.riigikontroll.ee/DesktopModules/DigiDetail/FileDownloader.aspx?FileId=19391&AuditId=6570>

⁷ Strateegia "Eesti 2035" | Eesti Vabariigi Valitsus

abi kiiremini ja tõhusamalt. Selleks hakatakse pakkuma abivahendeid peamiselt tervishoiusüsteemi kaudu.⁸

Samuti on VTK seotud Heaolu arengukava sotsiaalhoolekande programmiga (2025–2028)⁹, mille raames jätkatakse erivajadusega täisealistele suunatud toetuste ja teenuste reformiga. Selle osana korraldatakse ümber ja lõimitakse abivahendite ning meditsiiniseadmete süsteem, et muuta see kasutajasõbralikumaks ja tõhusamaks.

1.3. Võimalik lahendus – täielik üleviimine ehk üks süsteem. Kõikide abivahendite etapiviisiline üleviimine Tervisekassa korralduse alla.

Kirjeldatud probleemile pakub tervikliku lahenduse ainult abivahendite ja meditsiiniseadmete rahastuse täielik üleviimine ühte süsteemi (kolmes etapis). Viies ühest süsteemist teise ainult teatud tervishoiusüsteemiga enim seotud abivahendid (nt rinnaproteesid, ortopeedilised jalatsid, kuulmise abivahendid jms), lahendaks see probleemi vaid osaliselt, sest nii inimesed, tõendi väljastajad kui ka ettevõtted jääksid jätkuvalt seotuks kahe süsteemiga ning ka riigi vaatest tuleks paralleelselt tagada ja arendada kahte süsteemi. Oleks küll võimalik muuta sotsiaalsüsteemis abivahendite hüvitamist veelgi sarnasemaks tervishoiusüsteemi meditsiiniseadmete rahastusega, arendades välja abivahendite väljastamise digilahenduse, kujundades ümber abivahendite hinnastamise ja hüvitamise reeglid (nt hinnakokkulepete sõlmimine), kuid ka sellisel juhul oleks jätkuvalt kaks paralleelset ning õiguslikult ja tehniliselt killustatud süsteemi.

Abivahendid kuuluvad oma olemuselt tervisevaldkonda ning on Euroopa Parlamendi ja nõukogu määruste tähenduses lõviosas meditsiiniseadmed. Tervishoiusüsteemis on meditsiiniseadmete väljakirjutamine juba digitaliseeritud ning tervishoiutöötajad kasutavad retseptikeskust ravi määramiseks nii meditsiiniseadmete kui ravimite jaoks. Samuti on ülevaade rahastatavatest toodetest ja nende hindadest selgem ja hinnalepetega tagatud meditsiiniseadmete loetelus. Kõiki neid aspekte arvesse võttes, on põhjendatud tervikliku süsteemi rahastamine ja arendamine viia Tervisekassasse (SKA asemel). Erandiks on juhtkoerad¹⁰, mis oma olemuselt ei kuulu abivahendite hulka ja mille edasiseks rahastamiseks sotsiaalsüsteemi poolt tuleb leida muu sobiv lahendus. **Muudatuse tulemusena tekib kolmanda etapi lõpuks üks loetelu meditsiiniseadmetest ja abivahenditest, millel on ühtsetel põhimõtetel sätestatud hüvitamistingimused ning rahastamise reeglid.**

Etapiviisiliselt üle toodavaid abivahendeid hakatakse hüvitama RaKS § 48–49¹ põhimõtete alusel ja neile ei kehti enam Tervisekassasse üle toomisel SHS-i §-d 46–55. Abivahenditele, mida ei ole veel üle toodud, kehtivad SHS-i sätted ja need on välja toodud abivahendite loetelus. Samad tooted korraga mõlemas loetelus olla ei saa. **Etapiviisiliselt üle toodavaid abivahendeid hüvitatakse edaspidi ravikindlustatud inimestele.** Abivahendite puhul on praegu hüvitamise tingimuseks, et tegu peab olema Eestis elava Eesti kodanikuga, pikaajalise elaniku elamisloa või alalise elamisõiguse alusel Eestis elaval välismaalasega ning tähtajalise elamisloa või tähtajalise elamisõiguse alusel Eestis elava välismaalasega (sotsiaalseadustiku üldosa seadus § 3 lg 1). Samas on tänastel abivahendi riigipoolse soodustusega saajatel ka ravikindlustus, sest lapsed, vähenenud töövõimega inimesed ja eakad on ravikindlustatud¹¹. **Ületoodavate abivahendite vajadust hakkab tõendama digitaalne meditsiiniseadme kaart.** Sellega asendub üle toodavatel abivahenditel paberkandjal abivahendi tõend

⁸ Kättesaadav Vabariigi Valitsuse kodulehelt: <https://valitsus.ee/valitsuse-eesmargid-ja-tegevused/valitsemise-alused/koalitsioonilepe-2025-2027/sotsiaalne-heaolu>

⁹ Kättesaadav Sotsiaalministeeriumi kodulehelt: <https://www.sm.ee/sites/default/files/documents/2025-01/Sotsiaalhoolekande%20programm%202025-2028.pdf>

¹⁰ ISO kood 12.39.00 (juhtkoer), 12.39.00.01 (juhtkoera I etapp), 12.39.00.02 (juhtkoera II etapp), 12.39.00.03 (juhtkoera III etapp), 2.39.00.04 (veterinaarkulud), 12.39.00.06 (õppepäev), 12.39.00.07 (lemmikloomakindlustus), 12.39.00.08 (juhtkoera teenuselt väljumine).

¹¹ Arvestada tuleb, et ilma ravikindlustust andva töövõime languseta on riigipoolse soodustusega võimalik saada rinnaproteesi, silmaproteesi, kuulmisabivahendeid ja heli ülekandesüsteemi juhul, kui isikul on tuvastatud kuulmislangus alates 30 detsibellist, ala- ja ülajäsemeproteese, juukseproteese. Samuti on alates 01.09.2025 abivahendeid võimalik saada eelneva puude tuvastamise/töövõime hindamiseta.

digitaalse meditsiiniseadme kaardiga. Samas võib erandlikeks olukordadeks (nt hädaolukord, eriolukord, sõjaolukord) olla mõistlik tagada võimalus kasutada pabertõendeid/paberretsepte.

Võrreldes tänase ISO-koodide põhise abivahendite rahastusega, on meditsiiniseadmete välja kirjutamine meditsiiniseadme rühma¹² põhine ja rahastus tootepõhine (loetelus on välja toodud konkreetsed tooted, mida Tervisekassa rahastab), mis tähendab, et iga meditsiiniseadme osas peab ettevõtte esitama soodustuse taotluse ning hinna osas Tervisekassaga kokkuleppele jõudma. See on võrreldes abivahendite rahastusega tootevaliku võimaldamise osas rangem, kuid samas tagab oluliselt parema ülevaate müüdavate toodete, nende hindade ja omaduste osas. Meditsiiniseadmete loetelu muudetakse regulaarselt kaks korda aastas, mis võimaldab tootevaliku optimaalset uuendamist.

Abivahendite loetelus on 249 erinevat tootegruppi ehk ISO-koodi, mille alla kuulub ca 2600 erinevat toodet¹³, millest suur osa vajavad veel registreerimist meditsiiniseadmete ja abivahendite andmekogus (MSA¹⁴). Kohustus abivahendeid MSA-s registreerida on SHS-iga reguleeritud (§ 55 lg 4), kuid paljud abivahendid täna siiski MSA-s registreeritud ei ole. Üle toodavate abivahendite toodete esindajatel tuleb esitada Tervisekassale soodustuse taotlus ning Tervisekassal hinnata rahastuse põhjendatust ning sõlmida hinnakokkulepped. Samuti on vaja Tervisekassal kokku leppida erialaekspertidega hüvitamise tingimused (sihtgrupi kirjeldused, hüvitavad kogused, hüvitamise kestused, piirimiidid jms) ning arendada välja üüriteenus ning sõlmida või muuta müügilepinguid. Kõikide abivahendite üleviimisel meditsiiniseadmete loetellu on vaja erialaekspertidega üle vaadata ka abivahendite ja meditsiiniseadmete sihtgrupi kirjeldused selliselt, et need vastaksid vajadusele ega koormaks liigselt tervishoiusüsteemi (nt on VTK koostamise käigus tõusetunud vajadus üle vaadata tallatugede sihtgrupi kirjeldus). Jätkuvalt oluline on Tervisekassa poolt arendada meditsiiniseadmete ja abivahendite väljakirjutamise õigsuse automaatseid kontrolle tagamaks, et rakendustingimustega sätestatud kriteeriume ka praktikas jälgitakse. Seega puudutab muudatus lisaks ca 64 000 abivahendi kasutajatele ja abivahendi tõendi väljastajatele olulisel määral 186 abivahendi ettevõtet, Raviametit, SKA-d, Tervisekassat ja Sotsiaalministeeriumi. **Etapiviisiline üleminek kolmes osas (2027. a, 2028. a, 2029. a) võimaldab kõigile osapooltele muudatuse sujuvat rakendamist ning tagab arstide, teiste tervishoiuspetsialistide ja ettevõtete kaasamise ning ka riigi esindajate hallatava töökoormuse. Üle viidavate abivahendite grupid on täpsemalt välja toodud VTK lisas 1.**

Tervikliku ülemineku ja süsteemide ühtlustamise saavutamiseks tuleb teha muudatused järgmistes õigusaktides:

- **Sotsiaalkaitseministri määruse nr 74 (abivahendite loetelu) ning tervise- ja tööministri määruse nr 86 (meditsiiniseadmete loetelu) muutmine** selleks, et lisada abivahendid meditsiiniseadmete loetellu ning samaaegselt arvata abivahendid abivahendite loetelust välja.
- **Meditsiiniseadme seaduse (MSS) ja RaKS muutmine** selleks, et laiendada meditsiiniseadme kaardi väljakirjutajate ringi lisaks arstidele ka teistele selleks pädevatele tervishoiuspetsialistidele. Detailsemalt käsitleb teemat VTK III osa.
- **RaKS muudatused** selleks, et:
 - Luua õiguslik alus hüvitada abivahendeid, mis ei vasta meditsiiniseadme definitsioonile (nt tualeti kasutamise abivahendid, abivahendid pesemiseks, vannitamiseks ja duši kasutamiseks, häire-, osutamise-, meeldetuletus- ja signaliseerimisseadmed). Praegu on RaKS-i alusel võimalik hüvitada meditsiiniseadmeid, ainsaks erandiks on kaasasündinud sarvestumishäirega kulgeva nahahaiguse raviks kasutatavad nahahooldusvahendid.
 - Võimaldada üüriteenust meditsiiniseadmete loetelus olevate toodete rahastamiseks. Praegu on üüriteenus olemas vaid abivahendite puhul, meditsiiniseadmeid on võimalik vaid välja osta, sest seni on Tervisekassa rahastanud selliseid meditsiiniseadmeid, mille üürimine pole olnud vajalik (spetsiaalselt konkreetsele inimesele mõeldud seadmed, millest paljud on ühekordseks kasutamiseks). Abivahendite üleviimisel meditsiiniseadme loetellu hinnatakse üle, milliste abivahendite puhul üüriteenus on jätkuvalt põhjendatud (sh osade abivahendite

¹² Meditsiiniseadmete rühm ühendab meditsiiniseadmete loetelus sama toime ja sihtotstarbega meditsiiniseadmeid.

¹³ Sotsiaalkaitseministri määruse nr 74 lisas (abivahendi loetelu) on 249 ISO-koodi, millega saab tehinguid teha.

¹⁴ Meditsiiniseadmete ja abivahendite andmekogu: <https://msa.sm.ee/>

puhul võib-olla kasutusajast lähtuvalt mõistlikum pigem rahastada toodete väljaostu). Üüriteenuse loomiseks arendatakse vastav tehniline lahendus MSA-s ning retseptikeskuses.

- **SHS muudatused:**

- Kolmanda etapi lõpuks (01.01.2029) tunnistatakse SHS §-d 46–55 kehtetuks.

Lisaks muudatustele õigusaktides on üleminekuks vajalikud järgmised muudatused:

- **Olemasolevate püskikasutajate abivahendi tõendite automaatne digisüsteemi ületoomine.** Inimestele, kellel on püsiv abivahendi vajadus ning sotsiaalsüsteemis kordustõendi vajadus puudub, tagatakse integratsiooni käigus ravi järjepidevus, st retseptikeskuses luuakse inimestele automaatselt meditsiiniseadme kaardid vastavatele tootegruppidele (meditsiiniseadme rühmadele) ilma, et tervishoius töötav spetsialist peaks välja kirjutama meditsiiniseadme kaardi. Selleks on vajalik andmevahetuslepingu sõlmimine SKA ja Tervisekassa vahel. Sarnaselt lahendati 2022. aastal uriini eritumist suunavate abivahendite kasutajatele meditsiiniseadme kaartide loomine ja sujuv rahastuse ülevõtmine Tervisekassa poolt ilma, et sellega kaasneks täiendavat töökoormust tervishoius töötavatele spetsialistidele.
- **Lepingud.** Ettevõtted, kes meditsiiniseadmete loetellu kuuluvaid abivahendeid ja meditsiiniseadmeid müüa soovivad, kuid ei ole täna Tervisekassa müügipartnerid¹⁵, peavad sõlmima Tervisekassaga müügilepingu (v.a apteegid, kes omavad meditsiiniseadmete müügiõigust läbi üldapteegi tegevusloa). Samuti on vajalik muuta Tervisekassa müügipartneritega olemasolevaid lepinguid ja täiendada neid uute müüdavate tootegruppide infoga. Abivahendite etapiviisilise üleviimise lõpuks lõpetab SKA abivahenditeenuse lepingud oma lepingupartneritega.
- **Eelarve.** Riigieelarve strateegia protsessis tuleb tagada piisavad rahalised vahendid Tervisekassale abivahendite rahastamiseks, täiendavateks tööjõukuludeks, töökoha majanduskuludeks ja IT-arendusteks. Abivahendid kinnitatakse hetkel riigieelarves arvestusliku kuluna (liik 10), lisaks käibemaks, mis on valdavalt 9%, on samuti piirmäärata kulu. Meditsiiniseadmeid rahastatakse ravikindlustuse eelarve vahenditest. Samas rahastab Tervisekassa meditsiiniseadme loetelus olevaid meditsiiniseadmeid avatud kohustusena ehk siis ka meditsiiniseadmete puhul kehtib sarnane põhimõte nagu arvestuslike kulude puhul. Abivahendite integreerimisega meditsiiniseadmete loetellu planeeritakse ja kinnitatakse jätkuvalt arvestusliku kuluna, järgides kõiki seni kehtinud piirmäärata kulude kavandamise reegleid – see tagab Tervisekassale kohustuste katmiseks vajaliku ressursi, kuid võimaldab kulude kasvu sarnaselt praeguse olukorraga kontrollitult prognoosida. Abivahendite kulude katteks eraldatakse riigieelarvest Tervisekassale iga-aastane sihtotstarbeline aruandekohustusega toetus (sh käibemaksukulu). Kuna osa eelarvest (tööjõu-, majandus- ja IT kulud) on piirmäärata kulu, siis nende kulude osas vähendatakse SKA kulueelarvet, mõistlik on samal ajal lõdvendada riigieelarves Tervisekassa eelarvepositsiooni. Täpsed ettepanekud eelarve osas on võimalik kõige varem teha 2026. aastal kui hakatakse koostama 2027–2030. aasta riigieelarve strateegiat. Ettepanekud tehakse koos valdkondlike õigusaktide muudatustega.

Omaosaluskoormuse õiglasem ja tõhusam vähendamine. Tervishoiusüsteemis rakendub omaosaluse vähendamiseks automaatne täiendav ravimi- ja meditsiiniseadmehüvitis (TRMH), kui inimese vältimatud kulud retseptiravimitele ja meditsiiniseadmetele ületavad aastas 100 eurot (hüvitis on täiendavalt 50% ning 300 euro ületamisel täiendavalt 90%)¹⁶. Olemasolev automaatne TRMH rakenduks ka nendele abivahenditele, mis etappide kaupa meditsiiniseadme loetellu üle tuuakse. Süsteemide lõimimisel asendaks TRMH järk-järgult senise sotsiaalsüsteemi piiratud lahenduse – automaatse omaosaluse vähendamise üksnes toimetulekutoetuse saajatele¹⁷. TRMH näol on tegemist laiapõhjalisemat sihtgruppi hõlmava omaosaluskoormuse vähendamisega, mis põhineb reaalsetel kuludel. TRMH jõuab ka nendeni, kes ei kvalifitseeru toimetulekutoetuse saajateks, kuid kelle tervisega

¹⁵ 05.05.2025 seisuga on Tervisekassal 56 müügilepingupartnerit. SKA-l on 59 lepingupartnerit (v.a apteegid), kattuvaid partnereid on hetkel 24 ja Tervisekassale lisanduks 35 uut müügilepingupartnerit.

¹⁶ <https://tervisekassa.ee/ravimi-meditisiiniseadmehuvitis>

¹⁷ Abivahendite puhul vähendab SKA automaatselt omaosalust viie protsendini juhul, kui taotlejale või tema perekonnale on taotlemise kuul või sellele eelnenud 12 kuu jooksul makstud toimetulekutoetust.

seotud kulud on objektiivselt kõrged (nt kroonilised mitut haigust samaaegselt põdevad inimesed). Täna ei ole sotsiaalsüsteemis omaosaluskoormuse vähendamise võimalust neile inimestele, kes vajavad mitmeid abivahendeid ja kelle kulutused abivahendite omaosalusele kokku on väga suured. Samuti ei arvesta tänane süsteem sellega, kui inimene tervise seisundist tulenevalt vajab retseptiravimeid, meditsiiniseadmeid ja abivahendeid, mille üksikud omaosalused ei pruugi olla suured, kuid mis kogumis moodustavad inimeste jaoks väga suuri kulusid.

Erandite menetlemine. SKA süsteemis on inimestel põhjendatud juhtudel võimalik abivahendi soetamiseks taotleda võrreldes abivahendite loetelus kehtestatud tingimustega erandit¹⁸. Taotlus tuleb esitada SKA-le enne abivahendi soetamist ning seda saab teha järgmistel juhtudel:

- 1) omaosaluse vähendamise kuni viie protsendini, kuid mitte alla 7 euro, kui isiku majanduslik olukord ei võimalda omaosalust tasuda;
- 2) uue abivahendi hüvitamise enne isikule hüvitatud sama ISO-koodiga abivahendi kasutusaja lõppu või abivahendi hävimisel kasutajast mitteolenevatel põhjustel;
- 3) sellise abivahendi hüvitamise, mille nimetus ei ole kantud abivahendite loetellu;
- 4) piirlimiidi suurendamine kui isikul on diagnoosist või funktsioonihäirest tulenev põhjendatud vajadus kasutada piirlimiidist suuremat kogust;
- 5) abivahendile kehtestatud piirhinna muutmine;
- 6) abivahendile kehtestatud müügi- või üüritehingu nõude muutmisel;
- 7) sellise abivahendi hüvitamine, mille kohta on abivahendite loetelus märge, et hüvitamine toimub erandkorras.

SKA 2024. a andmetel esitati erandi taotluseid 2724 (taotlusi esitanud inimeste arv 1879), neist positiivseid otsuseid oli 2357, negatiivseid otsuseid 45, lõpetamisi¹⁹ 155 ja osaliselt positiivseid otsuseid²⁰ 167. Erandi taotlusi esitasid ca 2,7% kõikidest abivahendi saajatest ning positiivsed otsused taotlused moodustasid 1,6% kõigist abivahendite tehingutest. Enamik erandite menetlusi on seotud piirhinna tõstmisega ning kõige rohkem erandite taotlusi on seotud proteeside ja kuulmisabivahenditega.

Erandite menetluse võimalus on loodud sotsiaalsüsteemi selleks, et lahendada olukordi, mis tulenevad tänastest abivahendi loetelu piirangutest, mida ei ole olnud võimalik süsteemselt lahendada, kuid süsteemne lahendus oleks võimalik leida Tervisekassa meditsiiniseadmete loetelus. Näiteks abivahendite loetelu ei ole tootepõhine, vaid abivahendite rühma põhine (ehk ISO-koodide põhine) ja piirhinnad ei põhine kokkulepetel, vaid tehingustatistikal, mille tõttu võib olla erandi taotlemine vajalik selleks, et piirhinda tõsta. Samuti on abivahendite loetelus piiratud võimalused luua eristavaid tingimusi, mis arvestavad konkreetse abivahendi tehniliste omadustega ning selle sobivust konkreetse näidustuse korral. Abivahendite järk-järgulisel ületoomisel tervishoiusüsteemi asenduks viimase etapi lõpuks (01.01.2029) erandite menetlemine süsteemsete lahendustega meditsiiniseadmete loetelus. Selleks peab uus süsteem arvestama inimeste vajadusi erinevate omadustega abivahenditele ilma eranditaotlusteta. See tähendab, et määrusevälised abivahendid on lisatud loetelusse ja muud olulised erandid (nt teatud sihtgrupil suuremad limiidid või tihedam hüvitamise intervall on lahendatud diferentseeritud hüvitamistingimustega ning põhjendatult kõrgemad piirhinnad läbi senisest kitsamate piirhinnarühmade võrreldes tänase ISO-koodide loogikaga). See tagab, et süsteem on võimalikult lihtne ja kõik inimesed saavad abivahendeid ning meditsiiniseadmeid võrdsetel alustel. Selleks on analüüsitud erandite taotluseid ja välja on pakutud süsteemsed lahendused. **Erandite taotlemise täpsem analüüs ja süsteemsed lahendusettepanekud on kirjeldatud VTK lisas 2.** Üleminekuperioodil jätkatakse erandite menetlemist ja tehakse jätkuanalüüs, mis võimaldab tagada, et kõik erandlikud ja põhjendatud taotlused leiaksid optimaalse lahenduse tervishoiusüsteemis.

¹⁸ SHS § 47 lg 7 alusel.

¹⁹ Lõpetamiseks loetakse seda kui menetluse käigus selgub, et pole alust menetluseks ega erandi otsuseks ja võimalik on soetada abivahend nt loetelu tingimustel.

²⁰ Osaliselt positiivne tähendab, et inimene on esitanud erandi taotluse mitmel põhjusel ja mõnel põhjusel on rahuldatud, mõnel mitte. Nt on taotlenud limiidi tõstmise ja omaosaluse vähendamise, siis limiiti tõstetakse, aga omaosaluse vähendamiseks ei ole alust.

1.4. Uuringud ja kaasatud osapooled

2019. aastal moodustati SoM-i eestvedamisel eksperdirühm²¹, et töötada välja meditsiiniseadmeid ja abivahendeid hüvitavate süsteemide integreerimise kontseptsioon²². Kontseptsiooni tulemina tegi eksperdirühm soovitus viia kaks asutust ühesugusele korraldusmodelile ning standardiseerida ja digitaliseerida sotsiaalsüsteem sarnaselt tervishoiusüsteemile. Viimastel aastatel on süsteeme viidud ühtsematele alustele, kuid kahes süsteemis toimimine toob paratamatult kaasa selle, et lõpuni ei ole võimalik kaht süsteemi ühtselt arendada.

Sellele lisaks valmis 2023.a SKA tellimusel abivahendi tõendi digiteerimise analüüs²³, milles anti ülevaade abivahendi tõendiga seotud kitsaskohtadest ja osapoolte vajadustest ning pakuti välja tulevikulahendus, kuidas abivahenditõend digitaliseerida, et see lihtsustaks tervishoiutöötajal abivahendi vajaduse tuvastamist, tõendi väljastamist ja selle turvalist säilitamist ning esitamist.

VTK ettevalmistamisse olid regulaarsete kohtumiste kaudu kaasatud SKA ja Tervisekassa töötajad. Samuti konsulteeriti Ravimiametiga ning TEHIK-uga. Eraldiseisvalt kohtuti Eesti Puuetega Inimeste Koja ja selle liikmesorganisatsioonide esindajatega (Eesti Pimedate Liit, Eesti Kurtide Liit, Eesti Liikumispuudega Inimeste Liit, Eesti Vaegkuuljate Liit), Eesti Perearstide Seltsi ja eksperdirühmaga²⁴ ning ettevõtetega.

1.5. Mõju

VTK-s esitatud muudatuste rakendamisel võib eeldada mõju neljas valdkonnas: sotsiaalsed, majanduslikud, infotehnoloogiat ja infoühiskonda ning riigivalitsemist puudutavad mõjud. Mõjude olulisuse tuvastamiseks hinnati nimetatud valdkondi nelja kriteeriumi alusel: mõju ulatus, mõju avaldumise sagedus, mõjutatud sihtrühma suurus ja ebasoovitavate mõjude kaasnemise risk. Mõjud on hinnatud mõjutatud sihtrühmade kaupa.

Sihtrühm 1 – abivahendite ja meditsiiniseadmete vajajad

Muudatus mõjutab kõiki inimesi, kes vajavad praegu või tulevikus abivahendeid²⁵ ja/või meditsiiniseadmeid.²⁶ SKA ja Tervisekassa andmetel hüvitati 2024. a abivahendeid 70 070 inimesele ning meditsiiniseadmeid 110 625 inimesele. Kuna ei ole teada, kui paljud kasutajatest said mõlemat, on unikaalsete kasutajate osakaalu keeruline hinnata, kuid sihtrühm moodustab elanikkonnast ligikaudu 5–10% ja seega saab sihtrühma suurus pidada keskmiseks.

Sotsiaalne ja majanduslik mõju

Kuna abivahenditele laienevad meditsiiniseadmetega ühtlustatud nõuded, siis kaob ära vajadus kahe eraldiseisva süsteemi tingimustes orienteeruda. Ühtne digitaalne meditsiiniseadme kaardipõhine lähenemine asendab senise pabertõendipõhise lahenduse. Meditsiiniseadme kaartide kehtivust ja uuenemist, hüvitatavaid koguseid (limiite), tehtud oste ning jääki on võimalik jälgida Terviseportaalil. Võrreldes tänase pabertõendi süsteemiga on digitaalne süsteem inimese jaoks lihtsam, sest pole vajalik pabertõendit alles hoida ja ka tõendi saamine lihtsustub, sest kõikides olukordades ei ole vaja füüsiliselt pabertõendi saamiseks kohale minna. Kuna täna saadetakse teatud juhtudel pabertõend skaneerituna e-

²¹ Eksperdirühma kuulusid Sotsiaalministeeriumi, Tervisekassa, Sotsiaalkindlustusameti, Eesti Taastusarstide Seltsi, Eesti Perearstide Seltsi, Eesti Ödede Liidu, Eesti Rehabilitatsiooniasutuste Liidu, Eesti Tegevusterapeutide Liidu, Eesti Füsioterapeutide Liidu, Eesti Liikumispuudega Inimeste Liidu ja Eesti Puuetega Inimeste Koja esindajad.

²² Pole avalikult kättesaadav.

²³ Kättesaadav Majandus- ja Kommunikatsiooniministeeriumi kodulehelt: [AV digitaliseerimise analüüs - lõpparuanne.pdf](#)

²⁴ Eksperdirühma kuulusid Sotsiaalministeeriumi, Tervisekassa, Sotsiaalkindlustusameti, Eesti Taastusarstide Seltsi, Eesti Perearstide Seltsi, Eesti Ödede Liidu, Eesti Tegevusterapeutide Liidu, Eesti Füsioterapeutide Liidu, Eesti Liikumispuudega Inimeste Liidu ja Eesti Puuetega Inimeste Koja esindajad.

²⁵ Läbivalt mõjudes täna SKA süsteemist teenust saavad inimesed, ka juhul, kui nad lahendusalternatiivis hakkaksid saama abivahendeid Tervisekassast meditsiiniseadmete nimetuse all.

²⁶ Läbivalt mõjudes täna Tervisekassa süsteemist teenust saavad inimesed.

posti aadressile, siis tagaks digitaalne süsteem tänasest paremad turvanõuded ja inimese jaoks on tõend lihtsamini leitav. Üks rahastatavate meditsiiniseadmete ja abivahendite loetelu koos hindade ja rahastustingimustega on inimeste jaoks arusaadavam ning info partnerite kohta ühest kohast (Tervisekassa kodulehelt) leitav. Tervisekassa ja ettevõtete vahel hinnakokkulepete sõlmimine tagab, et erinevad ettevõtted müüvad tooteid ühesuguse hinnalaega, mis kokkuvõttes kaitseb inimest omaosaluse põhjendamatu tõusu eest. Lisaks, kõrgete omaosaluskuludega inimestel rakendub ostul automaatselt TRMH, mis vähendab omaosalust veelgi. Seega on abivajajate jaoks tegemist kokkuvõttes terviklikuma ja mugavama lahendusega. Muudatused ei too protsessi mõttes sihtrühmale kaasa olulist mõju, sest vajaliku abivahendi määrab enamikul juhtudel endiselt sama spetsialist ning spetsialistide ringi laiendamine meditsiiniseadmete vaates võimaldab inimestel saada abi optimaalsemalt (ei pea selleks pöörduma arsti poole, vt täpsemalt VTK III osa). Erandiks on siin asjaolu, et retseptikeskuse tehniline lahendus ei võimalda vanusest ega diagnoosist tulenevat automaatset meditsiiniseadme kaartide tekkimist (sellist tehnilist lahendust ravimite ega meditsiiniseadmete osas ei eksisteeri). See tähendab, et kui uriini absorbeerivate abivahendite (mähkmed ja sidemed) korral SKA soodustuse saamiseks piisab hetkel sellest, et vanaduspensioniiikka jõudnud inimene läheb abivahendit müüvasse ettevõttesse, kus saab müügitehingu sooritada ilma tõendita, siis Tervisekassa alt on hüvitamise eelduseks digitaalse meditsiiniseadme kaardi olemasolu. See muudatus tähendab, et inimene peab esmakordsel mähkmete soodustusega ostuks pöörduma eelnevalt tervishoius töötava spetsialisti poole. Samas näitab statistika, et 2024. aastal oli uusi pensionialisi mähkmete/sidemete kasutajaid 8650 ehk lisanduv koormus spetsialistidele on ca 1 kaart ühe öe kohta aastas või 7 kaarti ühe perearsti kohta aastas. Lisaks tuleb silmas pidada, et inimeste võimekus võib olla väga erinev ning diagnoos ega vanus ei pruugi automaatselt tähendada funktsioonihäiret, mistõttu vajaduspõhises tervishoius on põhjendatud tervisemurega inimese seisundi hindamine, mis tagab, et abi saavad seda enim vajavad inimesed ning samaaegselt on tagatud ka riigi rahaliste vahendite mõistlik kasutus.

Sellele lisaks on seisundite puhul, mille korral inimese vajadus ajas oluliselt ei muutu, võimalik väljastada korduva limiidiperioodiga meditsiiniseadme kaart ehk uus digiresept tekib automaatselt ja inimene ei pea uuesti tervishoiuspetsialisti poole pöörduma. Samuti rakenduks abivahendite üle tulekul meditsiiniseadmete loetellu abivahendite puhul täna toimiv süsteem, kus osad tõendid laienevad ka teistele seotud toodetele (nt tualetitooli tõend laieneb potikõrgendustele, vann- ja dušitoolidele, vann-, duši- ja mähkimislauale). Selleks on Tervisekassal välja töötatud kombinatsioonkaartide tehniline lahendus²⁷. Üleminekul on võimalik sarnaseid tõendite laiendamisi/kombinatsioone teha veelgi, kui ilmneb, et teatud abivahendid ja meditsiiniseadmed on omavahel loogilises seoses. See lihtsustab inimeste jaoks vajalike meditsiiniseadme kaartide saamist.

Muudatusega võib kaasneda lühiajaline ebasoovitav mõju – hüvitamistingimuste muutumisel võivad standardiseerimisprotsessi käigus tekkida arusaamatused uute rakendustingimuste osas. Kuna üleminekuperiood kestab kolm aastat, siis võib inimestes tekitada segadust see, millised tingimused nende poolt vajavatele abivahenditele ja seadmetele rakenduvad ning kumb süsteem neid rahastab. Tegemist on ajutise probleemiga, mida aitab leevendada piisav teavitustöö sihtrühma, tervishoius töötavate spetsialistide ja ettevõtete hulgas ning etapiviisiline süsteemi muutmine.

Lisaks võib tekkida oht, et väike osa abivahenditest jääb abivajajatele kättesaamatuks, kui ettevõtted ei tegele MSA-s andmete sisestamise ja uuendamisega. Kuigi MSA-s registreerimine on ka täna MSS-i (IIa, IIb ning III riskiklassi seadmetele levitamisest alustamise korral) ja SHS-i kohaselt ettevõtetele kohustuslik ning see on sisuliselt ka abivahendi tehingu tegemise eeldus, puudub hetkel süsteemne ja tehniline võimekus selle seose kontrollimiseks tehingu tegemise hetkel. Riskide maandamiseks alustatakse üleminekuprotsessi etapiviisiliselt, suunates ettevõtteid registreerima valdkondade kaupa. See tagab Raviametile parema suutlikkuse toime tulla suureneva registreerismahuga. Samuti on ettevõtete jaoks oluliseks toodete registreerimise motivatsiooniks rahastuse sõltuvus MSA-s toodete registreerimisest, mis on Tervisekassa tootepõhise meditsiiniseadmete loetelu puhul möödapääsmatu. Ka juhul, kui süsteemid jääksid eraldiseisvaks, on vajalik SHS nõude senisest rangem rakendamine.

²⁷ [Kombinatsioonkaardid \(täiendatud 01.07.2025\) | Tervisekassa](#)

Abivajajate jaoks võib üheks ebasoovitavaks mõjuks olla ka erandite taotlemise võimaluse kadumine, millega väheneb võimalus läheneda inimese vajaduste hindamisele ja abivahendite võimaldamisele personaalsemalt, mis võib olla oluline just keerukamate juhtumite lahendamisel. Samas tagab lihtne ja ühtsetel alustel toimiv süsteem, et kõik ühesuguse terviseprobleemiga inimesed saavad võrdselt ühesugust abi (st see ei sõltu inimese võimekusest ega teadlikkusest abi küsida). Meditsiiniseadmete rahastus on sellisel kujul kogu aeg toiminud ja seda ilma suuremate probleemideta, sest süsteemselt on lahendatud erinevate sihtgruppide rahastuse erisusi. Sotsiaalsüsteemis ette nähtud erilahendused on olemasolevate SKA andmete baasil samuti võimalik lahendada meditsiiniseadmete loetelu hüvitamise tingimuste ja kitsamate piirhinnarühmadega, mis on ka inimese vaatest vähem bürokraatlik lahendus (erimenetluse korral tuleb esitada SKA-le taotlus ning teatud juhtudel ka erinevate ettevõtete võrdlevad hinnapakumised jms). Maandamismeetmena aitab etapiline ja valdkonnapõhine üleviimine tagada, et standardiseerimise olulised alused on põhjalikult läbi analüüsitud. Oluline on märkida, et ka määruseväliste abivahendite rahastuse korral nõuab SKA täna nende toodete registreerimist MSA-s, mis tähendab, et riigi rahastuse saamiseks on alati vajalik koostöö ettevõttega. Tegemist on mõjuga, mis puudutab hetkel 2,7% kõikidest abivahendi saajatest.

Muudatuse sotsiaalne ja majanduslik mõju ulatus on sihtrühmale keskmine, sest senine toimimine võib võrreldes varasemaga muutuda, kuid mitte märkimisväärselt. Mõju sagedus on keskmine, kuna sihtrühma kokkupuude muudatuse tagajärgedega on reeglipärane, aga mitte igapäevane. Muudatusega võivad kaasna ebasoovitavad mõjud. Kokkuvõtlikult saab öelda, et muudatuse sotsiaalne ja majanduslik mõju on sihtrühmale oluline, kus süsteem tagab lihtsama, selgema ja kiiremini toimiva juurdepääsu tervist parandavatele vahenditele, vähendades seejuures ka tervisekahjustuste süvenemise riski.

Sihtrühm 2 – abivahendite ja meditsiiniseadmete vajaduse hindajad

Muudatuse sihtrühmaks on sõltuvalt abivahendist selle vajaduse hindajad, kellel on vastava valdkonna pädevus ehk abivahendi tõendi väljastajad (arstid, õed, tegevusterapeutid, füsioterapeutid, ämmaemandad, logopeedid, audioloogid, optometristid ja rehabilitatsioonimeeskonnad). Täpset vajaduse hindajate ja tõendi väljastajate arvu ISO-koodide lõikes abivahendite loeteluga antud õiguseid silmas pidades on keeruline välja tuua, sest tõendite väljastamine toimub paberikandjal ja paberikandjal tõendid esitatakse ettevõtetele, SKA-le läheb tõend vaid siis, kui tegu on erandi taotluse menetlusega. Tervishoiutöötajate registriga andmeid võrreldes oli 2024.a perearstide tõenditega tehtud tehinguid 4207, eriarstide tõenditega tehtud tehinguid 5162, õdede tõenditega tehtud tehinguid 779, terapeutide jt spetsialistide tõenditega tehtud tehinguid 1154. Kokkuvõttes saab sihtrühma hinnata keskmiseks.

Sotsiaalne ja majanduslik mõju

Muudatuse eesmärk on tagada olemasolevatele tervishoius töötavatele spetsialistidele jätkuv abivahendite väljakirjutamise õigus ning laiendada seda ka meditsiiniseadmetele. Abivahendite etapiviisilisel ületoomisel meditsiiniseadmete loetellu lähtutakse sellest, et abivahendi vajaduse tuvastajate ring ei kitseneks võrreldes tänasega. Ainsa erandina ei ole plaanis tõendi väljastamise õigust jätta rehabilitatsioonimeeskonnale. Rehabilitatsioonimeeskond koosneb samadest spetsialistidest, kellel on ka abivahendi tõendi väljastamise õigus ja kui rehabilitatsiooniplaani koostamisel näeb spetsialist abivahendi vajadust, siis on tal võimalik väljastada meditsiiniseadme kaart. Samuti on käsil rehabilitatsiooniteenuste reform²⁸, mis selle muudatuse nagooni kaasa tooks. Seega vajaduse hindajate vaatest tagab muudatus optimaalsema töökorralduse, kus pädev spetsialist saab abivajadust hinnata, dokumenteerida ning meditsiiniseadme kaarti välja kirjutada ilma, et peaks inimest edasi arsti vastuvõtule suunama. Muudatus vähendaks olulisel määral arstide töökoormust, sest meditsiiniseadmete väljakirjutamisse saaksid edaspidi panustada ca 10 000 täiendavat spetsialisti, kelle töökoormus mõnevõrra suureneks (vt täpsemalt VTK III osa).

Muudatusega muutub süsteem arstide ja teiste tervishoiuspetsialistide jaoks selgemaks ning terviklikumaks, võimaldades pakkuda kiiremat ja inimesele arusaadavamalt abivahendite alast

²⁸ Kättesaadav: <https://www.sm.ee/rehabilitatsioonisüsteemi-uuendamine>

nõustamist (nt hüvitamise tingimuste, koguste ja müügipartnerite osas). Kuna kogu vajalik info koondub ühte süsteemi, kaob vajadus kahe süsteemi erisuste mõistmiseks ja meelepidamiseks.. Samuti väheneb spetsialistide jaoks halduskoormus seoses paber kandjal tõendite väljastamisega. Vajaduse tuvastamine muutub digitaalseks ning hakkab olema toetatud süsteemis eelkirjeldatud ja kodeeritud hüvitamise tingimustega, mis lähtuvad sihtgrupi tervise seisundi kirjeldusest. Spetsialistid täidavad oma töölaual (raviasutuses kasutusel olevas programmis või riigi poolt hallatavas Arstiportaali programmis, tulevikus tervisejuhtimise töölaual) standardiseeritud andmeväljad, mis muudab meditsiiniseadme kaardi väljastamise protsessi lihtsamaks ja ühtsemaks. Kuna hüvitamise tingimused on koostöös erialaekspertide kokku lepitud, siis on spetsialistil abivahendite välja kirjutamisel võimalik süsteemis valida patsiendi seisundile vastav tingimus. Alternatiivse lahendusena, kus SKA arendaks oma standardiseeritud andmeväljadega digitõendi, jääks spetsialistil jätkuvalt vajadus kasutada paralleelselt kahte süsteemi (isegi kui need on võimalikult sarnaseks muudetud). Seega peaksid spetsialistid jätkuvalt omama teadmisi kahe erineva rahastussüsteemi loogikast ja tingimustest, mis suurendab teadmiste killustumise riski ning võib vähendada süsteemi usaldusväärsust ja kasutusmugavust.

Vanaduspensioniiikka jõudnud inimestele mähkmete hüvitamiseks meditsiiniseadme kaartide väljakirjutamise kohustuse rakendamine võib mõnevõrra suurendada ödede ja arstide töökoormust, kuid enamik kasutajatest on püsikasutajad, kellele integratsiooniga saab tagada automaatsete meditsiiniseadme kaartide olemasolu. Samuti on ühesuguste hüvitamise eeldustega sihtgrupid mõeldud meditsiiniseadmed tehniliselt retseptikeskuses kombineeritud – ühe meditsiiniseadme kaardi väljakirjutamisel tekivad automaatselt meditsiiniseadme kaardid ka teistele meditsiiniseadme rühmadele.²⁹ Need lahendused võimaldavad vähendada spetsialistide koormust kaartide väljakirjutamisel. Kui tulevikus võimaldab tervisejuhtimise töölaua edasi arendamine veelgi lihtsustada ravimite ja meditsiiniseadmete väljakirjutamist, saab seda ühes süsteemis kohe võimaldada ka abivahenditele. Kahe eraldiseisva süsteemi korral on selliste tulevikulahenduste loomine paralleelselt mitme tehnilise süsteemiga märksa aeganõudvam.

Lisaks võib ülemineku perioodil lisanduda ajutiselt spetsialistide töökoormus, et tuvastada, millisest süsteemist abivahendit hüvitatakse ja millised on uued rahastustingimused. Erialseltside esindajate ressurss on ka vajalik rahastustingimuste kokku leppimisel, et luua tingimused, millega abivahendeid enim vajavad inimesed saavad neid piisaval määral. Etapiviisiline üleminek toetab muudatuse sujuvat rakendamist ning võimaldab hajutada koormust.

Muudatuse sotsiaalne ja majanduslik mõju ulatus on sihtrühmale suur, sest senine toimimine muutub võrreldes varasemaga märkimisväärselt. Mõju sagedus on suur, kuna abivahendite ja meditsiiniseadmete vajaduse hindamine on igapäevane. Muudatusega võivad kaasneda ebasoovitavad mõjud. Kokkuvõtlikult saab öelda, et muudatuse sotsiaalne ja majanduslik mõju on sihtrühmale oluline.

Sihtrühm 3 – ettevõtted

Muudatuse sihtrühmaks on SKA lepingupartneritest abivahendeid müüvad ja üürivad ettevõtted (edaspidi ettevõtted). SKA lepingupartnereid oli 2025. a aprilli lõpu seisuga 186 (neist apteek 10130). Kõigest Eesti ettevõtetest (2024. a seisuga 158 37831) moodustavad SKA lepingupartnerid ca 0,1%.

Sotsiaalne ja majanduslik mõju

Muudatusest on enim mõjutatud need ettevõtted, kes ei ole Tervisekassa müügipartnerid (35 partnerit), sest nemad peavad sõlmima uued müügilepingud ning õppima selgeks teistsuguse süsteemi reeglid ning hakkama müügitehingute tegemisel kasutama uut süsteemi. Osadel ettevõtetel on tehtud tehnilised müügi- ja laoprogrammide liidestused SKAIS-iga, mis võivad vajada retseptikeskusega liidestumiseks omakorda lisaarendusi ja süsteemi muudatusi. Samas kattuvate partnerite (24 ettevõtet ja 101 apteeki) jaoks läheb süsteem lihtsamaks, sest müügitehinguid ja arveid tuleb esitada ühest süsteemist. See on eriti oluline apteekide jaoks, kelle müügiprogrammid on välja arendatud Tervisekassa tehingute jaoks, kuid kes SKA tehingute tegemiseks kasutavad riigi poolt tasuta pakutavat MISP lahendust, mis on oma

²⁹ Kättesaadav: <https://tervisekassa.ee/partnerile/raviasutusele/meditsiiniseadmed/tutvustus/kombinatsioonikaardid-taiendatud-01012025>

funktsionaalsustes lihtsakoelisem ja vähem kasutajasõbralik. Kui eraldi arendataks SKA abivahendite digitõend, siis tõenäoliselt muudaks see tehingute tegemist SKAIS-i vahendusel mõnevõrra lihtsamaks, sest tänane keerukus ja andmete turvalisuse tagamine seisneb suuresti pabertõendi valideerimises. Samas ei saa välistada, et ka see riigipoolne arendus tooks omakorda kaasa täiendavaid arendusvajadusi ettevõtetele. Jättes alles kaks paralleelselt toimivat täna süsteemi, peavad enamik valdkonnas tegutsevatest ettevõtetest kasutama ja arendama kahte programmi.

Sotsiaalsüsteemis on ettevõtete poolt suur osa abivahendeid MSA-s registreerimata, mistõttu puudub avalikkusel täpne ülevaade turul müüdavatest toodetest. Muudatusega peavad ettevõtted abivahendid registreerima MSA-s, mis suurendab ettevõtete halduskoormust. Samas eksisteerib registreerimisekohustus SHS-st tulenevalt juba praegu, mistõttu ei saa seda pidada põhimõtteliselt uueks nõudeks. Kohustuse senisest tugevam jõustamine toob siiski ajutiselt kaasa halduskoormuse kasvu. Hetkel on käimas uue põlvkonna MSA arendused (arenduste kavandatud valmisaeg 2026 I pooles), millega lihtsustatakse meditsiiniseadmete registreerimist ja soodustuse taotlemist andmekogus. Samuti on analüüsimisel täiendavad halduskoormuse vähendamise võimalused, et senisest veelgi lihtsustada toodete andmekogus registreerimist.

Samuti mõjutab ettevõtteid hinnakokkulepete sõlmimise nõue, millega määratakse maksimaalne hind, millega seadet võib müüa, mis võib vähendada ettevõtete kasumimarginaale ja soovi Tervisekassaga lepingut sõlmida. Samas tuleb arvestada, et kui nende ettevõtete peamine käive tuleb riigi rahastusest (seoses riigi poolt tasu maksmise kohustuse ülevõtmisega), siis on ebatõenäoline, et abivahendite registreerimisest ja hinnakokkulepete sõlmimisest loobutaks. See eeldaks alternatiivse turu ja sihtgrupi leidmist, kes on valmis toodete eest maksta täishinda. Tuleb ka arvestada, et sotsiaalsüsteemis kehtiv abivahendite piirhindade süsteem ei ole pikas perspektiivis jätkusuutlik, mistõttu hinnakokkulepete sõlmimine on ka sotsiaalsüsteemis tegelikult möödapääsmatu.

Täna peab abivahendi ettevõtte tagama igas müügipunktis vähemalt ühe spetsialisti olemasolu, kellel on kutseseaduse alusel välja antud abivahendispetsialisti kutse või kes on sellega võrdsustatud isik (abivahendite loetelus nimetatud ja abivahendi loetelus abivahendi juures nimetatud spetsialist). Kutset annab välja Eesti Tegevusterapeutide Liit ja abivahendi kutsega inimene peaks nõustama ja juhendama abivahendi vajajat ning jagama soovitusi talle sobiliku abivahendi valimisel. Samuti teadma ja oskama kasutada tehingute sisestamisega seonduvat. Selle nõude eesmärk on olnud tagada inimeste nõustamise ühtlane kvaliteet. Meditsiiniseadmete müügil Tervisekassa soodustusega abivahendi kutsega spetsialisti nõuet ei ole, kuid MSS § 32¹ sätestab, et müügil meditsiiniseadme kaardi alusel (st Tervisekassa soodustusega müügil) tuleb ostjat teavitada meditsiiniseadme sihtotstarbekohasest ja ohutust kasutamisest, meditsiiniseadme kasutamisega kaasneva võimalikest võimalikest jääkriskidest ning soovimatutest kõrvaltoimetest ja kõrvalnähtudest. Asjakohasel juhul tuleb ostja tähelepanu juhtida meditsiiniseadmega kaasnevatel piirangutele, vastunäidustustele, ettevaatusabinõudele ja hoiatustele. Meditsiiniseadme müügil kaardi alusel peab müüja veenduma seadme sobivuses ja vajaduse korral tagama selle kohandamise kasutajale. Seega on kvaliteetse nõustamise nõue olemas ka tervishoiusüsteemis ning dubleerivat nõuet kehtestada ei ole vaja. MSS § 32¹ tuleb läbivalt täiendada sõnaga „abivahend“ (nt „meditsiiniseadme ja abivahendi müük meditsiiniseadme kaardi alusel“).

Muudatusega võivad kaasneva ebasoovitavad mõjud. Kokkuvõttes on muudatuse majanduslik mõju sihtrühmale oluline.

Sihtrühm 4 – riigiasutused

Mõjutatud sihtrühmaks on avaliku sektori asutustest järgmised (2025. a aprilli seisuga, taandatud täistööajale):

- SKA – abivahenditega seotud ametikohtadel töötas 10 inimest.
- Tervisekassa – meditsiiniseadmetega seotud ametikohtadel töötas 2 inimest.
- Ravimiamet – meditsiiniseadmete osakonnas töötas 10 inimest, kellest igapäevaselt MSA-s tegelevad levitamise teatiste ja Tervisekassa soodustuse eelse kontrolliga 2 inimest.

Mõju riigivalitsemisele, infotehnoloogiale ja infoühiskonnale

Muudatuse rakendamisel on mõju **SKA** töökorraldusele ja töötajatele, kes abivahenditega täna SKA-s tegelevad. Üleminekuperioodil tähendaks see töökoormuse mõningast kasvu toetamaks Tervisekassa muudatuste ettevalmistamisel, varasema statistika jagamisel ja SKA süsteemi nüansside selgitamisel ning inimeste, ettevõtete ja spetsialistidega suhtlemisel. Seejärel väheneb järk-järgult inimeste töökoormus kuni see III etapi lõpuks kaob, sest abivahendite loetelus ei ole enam tooteid, mille rahastust SKA korraldama peab. Sisuliselt tähendab see, et III etapi lõpuks SKA-sse enam vastavaid töökohti ei jää, millele tuleb personali eelarvet plaanides arvestada. Personali eelarve tuleb Tervisekassale üle anda, milleks vähendatakse SKA kulueelarvet, samal ajal lõdvendades riigieelarves Tervisekassa eelarvepositsiooni. Kuna Tervisekassa töökoormus muudatusega suureneb, võib osa töötajatest SKA-st sinna liikuda, kuid üleminekuperioodil võivad siiski kaasneda töötajate lahkumine ja sellega seotud ekspertteadmise kadu.

Muudatuse rakendamisel on ulatuslik mõju **Tervisekassa** töökorraldusele ja töökoormusele. Hetkel on meditsiiniseadmete loetelus 2012 meditsiiniseadet, millele lisanduks u 2600 abivahendit (249 erinevat tootegruppi ehk ISO-koodi), mille vastavust hüvitamispõhimõtetele tuleks hinnata, pidada ettevõtetega hinnaläbirääkimisi ja sõlmida hinnakokkulepped ja hindadest lähtuvalt arvutada piirhinnarühmades odavuselt teise toote hinna järgi soodustuse aluseks olevad piirhinnad. Samuti on vaja koostöös erialaekspertide ja SKA-ga töötada välja hüvitamistingimused. Esialgsel hinnangul kasvab töökoormus üleminekuperioodil olemasoleva 2 töötaja kõrvale täiendavalt u 4–5 inimese võrra. Püsivalt suureneb tööjõuvajadus u 3–4 inimese võrra, sest kasvab koormus loetelu muudatuste menetlemisel, hinnakokkulepete ja müügilepingute haldamisel, ettevõtete nõustamisel, õigusloome ja järelevalve teostamisel ning retseptikeskuse andmevahetuse ja tehnilise toe tagamisel. Tööjõukasvuga seotud eelarvevajaduse katmiseks tagatakse Tervisekassale SKA tööjõueelarve vahendite ületoomine, mida on võimalik kõige varem teha 2026. aastal, kui koostatakse riigieelarve strateegiat 2027–2030. a, mis tähendaks muudatusi tööjõu eelarves alates 2027. aastast. Ebapiisava tööjõu tagamine võib ohtu seada praeguse meditsiiniseadmete süsteemi toimimise, kui ka eduka integreerimise. Kokkuvõttes tähendaks muudatus kahe asutuse koondvaates ca 5 ametikoha vähenemist.

Abivahendite kohta, mis ei vasta meditsiiniseadme definitsioonile, võib eksisteerida vähem tõendus põhiseid andmeid, mis võib muuta Tervisekassa poolt kehtivate rahastuse kriteeriumidele vastavuse hindamise (meditsiiniline tõhusus, kulutõhusus) keerukamaks. Samas on oluline silmas pidada, et abivahendite eesmärk on kompenseerida funktsioonihäireid või paranda elukvaliteeti. Need on tulemusnäitajad, mida mõõdetakse ka meditsiiniseadmete ja teiste tervisetehnoloogiate puhul ning mille hindamise kompetents on Tervisekassal juba täna olemas. Samuti on tervishoius töötavatel spetsialistidel piisavad teadmised, et toetada Tervisekassa omapoolsete eksperthinnangutega. Seega risk, et andmetega seotud erisustest tulenevalt jääks inimeste jaoks oluliste abivahendite positiivne rahastusotsus langetamata või et hindamine viib meditsiiniliselt põhjendamata toodete hüvitamiseni ning rahaliste vahendite mitteotstarbeka kasutusele, mis lõhuks kehtivat meditsiini(seadmete) süsteemi loogikat ja toimivust, on pigem teoreetiline.

Muudatus mõjutab ka **Ravimiameti** töökoormust, peamiselt MSA-s toodete levitamisest teavitamise teatiste menetlemisel ning Tervisekassa soodustuse taotluste eelse kontrolli ehk süvakontrolli osas. Samuti kaasneb ülemineku perioodil suurem vajadus ettevõtete teavitamiseks ja nõustamiseks. Täpset lisanduvat töömahtu on keeruline prognoosida, sest see sõltub konkreetsete taotluste ja toodete arvust. Hetkel on arendamisel uue põlvkonna MSA, milles kavandatakse toodete lihtsamat registreerimist, mis võimaldaks vähendada nii ettevõtete kui Ravimiameti töökoormust. Halduskoormuse ja bürokraatia vähendamise eesmärgil on oluline üle hinnata süvakontrolli vaheetapi vajalikkus menetluses ning selle võimaliku ära jätmisega kaasnevate riskide maandamise meetmed (nt Tervisekassa õigus vajadusel menetlusse kaasata Ravimiamet). Samuti tuleb leida täiendavaid võimalusi, kuidas optimeerida Ravimiameti tööd meditsiiniseadmete hindamisel seoses nende lisandumisega riiklikult hüvitatavate toodete nimekirja.

Samuti kaasnevad mõjud läbi vajalike **infosüsteemide lisaarenduste**, peamiselt seoses üüriteenuse arendamisega MSA ja retseptikeskuse vaatest. Selle arenduse mõju hindamine eeldab, et on läbi

mõeldud ja paika pandud üüriteenuse rahastamise põhimõtted. Täna teadaoleva info põhjal võib eeldada, et arendustöö maht on minimaalselt 300 töötundi (ca 30 000 eurot). Ka osalise üleviimise või eraldiseisvate süsteemide korral jääks riigil kanda kahe süsteemi haldamise ja arendamise koormus, mis tähendab jätkuvat tööjõuressursside, õigusloome ja IT-arenduste dubleerimist. Kui süsteemid jätta integreerimata ning arendada SKA abivahendi digitõend, siis esmase ärianalüüsi hinnangul eeldab see ca 20 000 tundi IT-arendust (1,5 aastat), mis tähendab suurusjärgus 1,9 miljonit eurot maksvat kulu riigieelarvele. Seega ühe süsteemi arendamine on kokkuvõttes soodsam ja võimaldab ka tuleviku IT arendusi teha ühes süsteemis.

Kui jätta süsteemid integreerimata, suureneb kokkuvõttes IT süsteemide ehitamise ja ülalpidamise kulu ning ei toimuks kokkuhoidu tööjõuressurssides, kuna mõlema süsteemi töös hoidmine vajab tööloikudes spetsialiseerunud töötajaid ning samuti tuleb aastas paralleelselt muuta kahte õigusakti (abivahendite loetelu ja meditsiiniseadmete loetelu), mis suurendavad riigiasutuste sisest bürokraatiat.

Abivahendite ja meditsiiniseadmete süsteemi viimine ühtsetele alustele annab ka tulevikus täpsemaid andmeid abivahendite ja meditsiiniseadmete kasutuse kohta ning seega aitab tulevikus süsteemi muudatusi paremini planeerida.

Muudatuse mõju ulatus sihtrühmale on suur, kus muudatus eeldab sihiteadlikku kohanemist. Mõju sagedus on suur, kuna abivahendi- ja meditsiiniseadmete teenuse korraldamine on igapäevane. Mõjutatud sihtrühma suurus on väike. Muudatusega võivad kaasneda ebasoovitavad mõjud. Kokkuvõtlikult saab öelda, et muudatuse riigivalitsemise, infotehnoloogia ja infoühiskonnaga seotud mõju on sihtrühmale oluline.

Sihtrühm 5 – riigieelarve

Mõju riigivalitsemisele

Muudatusel on mõju ka riigieelarve kuludele. SKA prognoos abivahendite kulude katmiseks aastatel 2025–2029 ning 2027–2029. a etappides Tervisekassa eraldatavate summade vajadus on esitatud tabelis 1. Prognoos on tehtud 2024. a tegeliku SKA kulu alusel – prognoosi aluseks on loetelus olevate abivahendite 01.01.2025 kehtivad piirhinnad ja piirmäärad, kasutajate arvu võimalik tõus/langus (pensioniealise elanikkonna kasv, lisanduvad kasutajad seoses hüvitamise lahti sidumisega puude või töövõimelanguse olemasolust) ning eelarve loomulikust kasvust.

Tervishoiusüsteemis laieneks TRMH ka abivahenditele, mis tagab abivahendisüsteemis toimivast omaosaluskoormuse vähendamisest toimetuleku saajatele laiemat kaitset. Võimalikku lisakulu täpne isikupõhine hindamine integreerimata süsteemides on keerukas, sest eeldaks isikupõhist kõigi abivahendite saajate vältimatute omaosaluskulude kokku viimist ravimite ja meditsiiniseadmete kasutusandmetega. Abivahendite tootegruppide põhised on võimalik hinnata, et vähemalt 100-eurose vältimatu omaosaluse kulude inimeste omaosaluse vähendamine tähendab lisakulu ca 4,1 miljonit eurot (2024. a andmete põhjal). Mitme erineva valdkonna omaosaluse koosmõjus on lisakulu veelgi suurem.

Abivahendite eelarve Tervisekassa süsteemis sõltub väga paljudest muutujatest – kasutajate arv, hüvitatavate toodete kogus, teistsugusele arvutusloogikal piirhinnasüsteem, mis ühelt poolt peaks soodustama senisest suuremat konkurentsi ja hindade odavnemist, kuid teisalt võib anda süsteemse lahenduse kallimate abivahendite rahastuseks kiiremini ning rohkematele inimestele. Kuna abivahendite tõendid on digitaliseerimata, MSA-s on paljud abivahendid registreerimata ning tehingute vormistamisel ei ole kokku lepitud ühtseid põhimõtteid abivahendite nimetuste osas, siis on keeruline omada täpset statistikat väljakirjutajate erialade, välja kirjutatud, kuid realiseerimata tõendite hulga kui ka täpse unikaalsete toodete arvu osas. Mistõttu on olemasolevate andmete analüüsimine keerukas ning tulemused seotud arvestatava ebakindlusega. Tuleb silmas pidada, et digitaalne väljakirjutamine ja puudest/töövõime hindamisest abivahendite väljakirjutamise lahti sidumine (jõustub alates 01.09.2025) võib omada olulist mõju kasutajate arvu kasvule, mida olemasolevate abivahendite kasutajate andmete pealt on keeruline prognoosida. Seda eriti valdkondades, kus on palju kasutajaid ning abivahendid olulisel just elukvaliteedi tõstmiseks.

Seega kajastatud prognoos on vaid esmane hinnang/orientiir. Iga etapi ettevalmistamisel selguvad konkreetsed loetellu lisatavad abivahendid ning nende hinnad, millega ettevõtted on nõus kokkuleppeid sõlmima ning piirhinnarühmad, piirhinnad ning täpsem inimeste arvu prognoos, mis lähtub hüvitatavate sihtgruppide ajakohastatud kirjeldustest. Kokkuvõtlikult saab öelda, et muudatusel on väike mõju riigieelarvele võrreldes tänase süsteemiga. Samas võib ebasoovitavaks kuluks osutuda halduskoormuse ja infosüsteemi käivitamisega seotud kulu, mille mõju tuleb aga eelnõu raames eraldi hinnata. Siiski jäävad infosüsteemi käivitamise kulud märkimisväärselt väiksemaks kui SKA infosüsteemi digitaliseerimisega seotud investeeringud.

Sarnaselt abivahendite loeteluga on ka meditsiiniseadmete loetus selged rahastamise ja kulude kavandamise reeglid, mis aitavad kontrollida kulude kasvu. Samas on oluline on silmas pidada, et abivahendite eelarve jätkab kasvu ka peale 2029. aastat, sest rahvastik vananeb, krooniliste haigustega inimeste hulk suureneb, abivahendid muutuvad kallimaks. Seega on oluline tagada jätkuv ja ajas kasvav rahastus, mis arvestab tegelike kuludega. Seda on võimalik teha, jättes ületoodavate abivahendite kulud arvestuslikuks nii nagu need ka täna on.

Tabel 1. SKA 2025–2029 abivahendite eelarve hinnanguline prognoos ja 2027–2029. a etappides Tervisekassale eraldatavad summad:

Üleviimise etapp	Üleviimise aasta	SKA kulu/prognoos kokku abivahenditele (€), koos käibemaksuga	Tõenäoline prognooskulu konkreetse etapi osas etapi 1. aastal (€)	Tervisekassale eraldatavad summad (€)*
	2024	21 848 634		
	2025	23 212 358		
	2026	27 068 330		
I	2027	28 237 514	7 795 217	7,8 mln
II	2028	29 373 097	10 559 686	18,7 mln
III	2029	30 448 378	10 946 251	30,4 mln

* lisaks tuleb tagada TRMH laiendamisega abivahenditele lisanduv kulu (vähemalt osaliselt, sest kulud tekivad kahe süsteemi koosmõjus).

II Meditsiiniseadmete hinnaregulatsioon

2.1 Lahendatav probleem – patsiendi omaosalus on Tervisekassa soodustusega meditsiiniseadme ostmisel apteegist suurem võrreldes Tervisekassaga müügilepingu sõlminud ettevõttest ostmisega, sest RaKS-is puudub selgus hüvitatavate meditsiiniseadmete mõistetes ja kohustustes.

RaKS § 48 lõike 8 kohaselt kantakse Tervisekassa meditsiiniseadmete loetellu meditsiiniseadmed, mille suhtes on Tervisekassa ja meditsiiniseadme tootja või tema volitatud esindaja sõlminud hinnakokkuleppe (edaspidi *hüvitatav meditsiiniseade*). Hinnakokkuleppega lepitakse kokku hüvitatava meditsiiniseadme jaemüügi hind ehk müügipakendi piirhind, mis sätestatakse Tervisekassa meditsiiniseadmete loetelu lisas. See hind on omakorda aluseks Tervisekassa poolt tasu maksime kohustuse üle võtmise arvutamisel. Meditsiiniseadme kaardi alusel müüvad meditsiiniseadmeid ettevõtted, kes on Tervisekassaga sõlminud meditsiiniseadmete eest tasu maksmise kohustuse ülevõtmiseks lepingu (edaspidi *müügilepingu*)³⁰ ja apteegid. Apteekidele annab automaatselt

³⁰ RaKS §49 lg 2 [Meditsiiniseadmete müügilepingu sõlmimine](#) | Tervisekassa

meditsiiniseadmete müümise õiguse apteegiteenuse osutamise tegevusluba. Seega ei ole apteegid hinnakokkuleppe ega müügilepingu osapooled ning seetõttu ei ole neil seadusest ega lepingust tulenevat üheselt mõistetavat kohustust meditsiiniseadmete loetelus kehtestatud jaemüügihindadest kinni pidada ehk saavad müüa meditsiiniseadmeid kõrgema hinnaga, mis suurendab patsiendi omaosalust. Eestis puudub sarnaselt paljudele teistele riikidele ka meditsiiniseadmetele hulgi- ja/või jaemüügi juurdehindluse piirmäärade süsteem, mis tähendab, et apteek võib lisada juurdehindlust talle sobival määral. Eestis on patsientide omaosalus tervishoiukuludes võrreldes teiste Euroopa riikidega kõrge (ligikaudu 22% vs EL-is 14,3%³¹). Suurem omaosalus võib osutada rahaliseks piiranguks inimesele vajamineva abi saamisel. Apteekide ebavõrdne hinnapoliitika süvendab nii tervise ebavõrdsust kui ka ebavõrdsust turul, kuna hinnakonkurentsi potentsiaal jääb rakendamata. Sellele on viidanud ka valdkonnas tegutsevad erinevad ettevõtted. Probleemi lahendamist raskendavad RaKS-is kasutatavate mõistete ebaselgus ning mitmeti mõistetavus.

2.2. Eesmärgid

Muudatuse eesmärk on **vähendada patsientide omaosalust** meditsiiniseadmete ostmisel ning tagada meditsiiniseadmete müügiga tegelevate ettevõtete (sh apteekide) vahel **võrdne konkurents ja õigusselgus**. Selleks on vaja sõnastada RaKS-is üheselt mõistetavalt hinnastamisega seotud terminid kõigi osaliste jaoks, järgides neid tõlgendusi, mida enamik meditsiiniseadmete müüjatest ja Tervisekassa on senini rakendanud. Muudatus on kooskõlas rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 inimkeskse tervishoiu programmis³² seatud eesmärgiga ning WHO soovitusega vähendada leibkonna omaosalust tervishoiukuludes aastaks 2030 vähemalt 15%-ni.

2.3. Võimalikud lahendused

Meditsiiniseadmete hinna reguleerimiseks ühetaoliselt kõigile ettevõtetele kaalutakse detailsemalt kahte erinevat lahendusalternatiivi:

- 1) RaKS-is täpsustatakse, et meditsiiniseadme müüja (sh apteek) võib meditsiiniseadme Tervisekassa soodustusega müügil rakendada jaemüügihinda, mis ei ületa hinnakokkuleppehinda ehk maksimaalset jaemüügihinda.
- 2) RaKS-is sätestatakse, et Tervisekassa soodustusega saavad meditsiiniseadmeid müüa vaid need ettevõtted, kes on sõlminud Tervisekassaga müügilepingu, milles lepatakse kokku jaemüügihindu puudutavad reeglid - RaKS § 49 lg 2 muutmine selliselt, et sättest jäetakse välja sõnad „välja arvatud apteek“.

Kolmandaks võimaluseks on kehtestada meditsiiniseadmete juurdehindluse süsteem jaemüügile või nii hulgi- kui jaemüügile. Juurdehindluse süsteemi võib kohaldada kas kõigile meditsiiniseadmetele (sh lisaks Tervisekassa soodustusega nii sotsiaalsüsteemis, raviastutustes kui täishinnaga jaemüügis müüdavatele meditsiiniseadmetele) või üksnes Tervisekassa meditsiiniseadmete loetelu kaudu hüvitatavatele meditsiiniseadmetele. Juurdehindluse süsteem võib olla ka üksnes fikseeritud tasu mudel jaemüügis (nn retseptitasu). Seejuures juurdehindluste rakendamise oluliseks kitsaskohaks on ravimite juurdehindlusega realiseerunud oluline probleem - puudub sisuline kontroll (ja selleks volitatud järelevalveasutus) hulgemüügi sisseostuhindade üle. Probleemi kinnitavad Konkurentsiameti 2020. aastal³³ ja 2024. aastal³⁴ valminud analüüsid ning Riigikohtu lahendid.³⁵ Lisaks tuleb arvestada, et meditsiiniseadmete puhul ei ole eristatud hulgemüüjad ja jaemüüjad, vaid mõlemaid defineeritakse võrdselt levitajatena. Meditsiiniseadmete turg on nii Eestis kui teistes riikides ravimituruga vähem

³¹ Eurostat, 2024. [Health care expenditure by financing scheme](#).

³² Inimkeskse tervishoiu programm 2025-2028

³³ https://www.konkurentsiamet.ee/sites/default/files/news-files/konkurentsiameti_ettepanek_01.09.2020_ravimite_hinnakujuundus.pdf

³⁴ <https://www.konkurentsiamet.ee/media/583/download>

³⁵ 2 RKHKo 31.10.2013 asjas 3-3-1-84-12; RKPJKo 18.05.2015 asjas 3-4-1-55-14

reguleeritud. Meditsiiniseadmete müüki kehtiva õiguse kohaselt ei käsitata erinõuetega tegevusalana, millel tegutsemiseks on vaja taotleda tegevusluba (loakohustus) või esitada majandustegevusteade (teatamiskohustus). Seega peaks meditsiiniseadmete juurdehindluse süsteemi rakendamiseks sätestama loa- või teatamiskohustuse, mis suurendaks halduskoormust, mis ei ole kooskõlas riigi suundadega bürokraatia vähendamiseks. Määrata tuleks asutus loa- või teatamiskohustusega erialal tegutsevate isikute või asutuste järelevalveks, sh juurdehindluste nõuetekohase rakendamise kontrolliks, mis tähendaks töökoormuse ja kulude kasvu ka riigiasutustele, mis samuti ei ole kooskõlas eesmärgiga vähendada avaliku sektori suurust ja kulusid. Võib hinnata, et meditsiiniseadet vajavatele inimestele rakenduks juurdehindluse süsteemis võrreldes tänase olukorraga vähesel määral suurem omaosalus, kuna Eesti turg on väike ja vähese konkurentsi tõttu püsivad hinnad kõrged. See mõjutab kaudset ka meditsiiniseadet vajavate inimest tervist ja heaolu. Samas tuleb silmas pidada, et üldine juurdehindluste rakendamine omaks väga olulist mõju kogu meditsiiniseadmete sektorile, kuid teadaolev probleem on kitsalt Tervisekassa soodustusega apteekides müüdavate toodete osas. Eeltoodud põhjustest lähtuvalt ei ole meditsiiniseadmete juurdehindluste süsteemi ülesehitamine proportsionaalne lahendus arvestades probleemi ulatust ning selle lahenduse võimalikku mõju kõigile seotud osapooltele, mistõttu VTK-s seda alternatiivi põhjalikumalt ei käsitleta.

Sõltumata hindade reguleerimise lahendusest täpsustatakse õigusselguse huvides RaKS-is mõisted „hinnakokkuleppehind“, „piirhind“ ja „jaemüügihind“, hinnakokkuleppe sõlmimise ja muutmise kord.

Kasutusele võetakse mõiste „hinnakokkuleppehind“, mis tähistaks hinnakokkuleppes kokku lepitud maksimaalset jaemüügihinda, ning mõiste „piirhind“, mis täpsustaks Tervisekassa poolt tasu maksmise kohustuse ülevõtmise aluseid meditsiiniseadme rühma sees. Praegu on RaKS-is (§ 48 lg 5 p 5) defineeritud meditsiiniseadme või meditsiiniseadme müügipakendi piirhind (milleks on hinnakokkuleppes kokkulepitud jaemüügi hind), kuid lisaks defineeritakse piirhinda kui hinda, mis on Tervisekassa poolt tasu maksmise kohustuse ülevõtmise aluseks (§ 48¹ lg 3, st võrreldava odavuselt teise meditsiiniseadme piirhind ehk hinnakokkuleppes kokku lepitud jaemüügihind)³⁶. Seega on kasutusel kaks sõnastuselt sarnast, kuid sisult erinevat piirhinna mõistet, mis praktikas tekitab segadust.

Samuti on oluline üheselt mõistetavalt defineerida sarnaselt ravimitele (RaKS § 41 lg 1¹)³⁷ mõiste „jaemüügihind“ – *meditsiiniseadme jaemüügihind on käesoleva seaduse tähenduses ühe meditsiiniseadme või meditsiiniseadme pakendi lõplik müügihind tarbijale, mis kujuneb hulgi- ja jaemüügi juurdehindluste ja käibemaksu rakendamise ning kõigi tarneahelas tehtavate soodustuste ja allahindluste mahaarvamise järel.*

RaKS § 48 lõike 8 kohaselt kantakse Tervisekassa meditsiiniseadmete loetellu meditsiiniseadmed, mille suhtes on Tervisekassa ja tootja või tema esindaja sõlminud hinnakokkuleppe, kuid kehtiv regulatsioon ei täpsusta meditsiiniseadme hinnakokkuleppe sõlmimise ja muutmise põhimõtteid. Õigusselguse loomiseks tuleks meditsiiniseadme hinnakokkuleppe sõlmimise ja muutmise põhimõtteid sätestada samamoodi nagu ravimite hinnakokkuleppe puhul (RaKS § 45), arvestades meditsiiniseadmete valdkonna erisusi.

2.4. Uuringud ja kaasatud osapooled

Hinnaregulatsiooni analüüs³⁸ andis ülevaade meditsiiniseadmete lõpliku jaemüügihinna kujunemise kitsaskohtadest ja osapoolte vajadustest ning võimalikest edasist analüüsi vajavatest stsenaariumidest.

³⁶ Kui meditsiiniseadmete loetelus on ühes meditsiiniseadme rühmas kaks võrreldavat meditsiiniseadet, siis alates kolmandast meditsiiniseadmete loetellu kantud meditsiiniseadmest on Tervisekassa poolt tasu maksmise kohustuse ülevõtmise aluseks meditsiiniseadmete loetelus sisalduva piirhinnalt teise võrreldava meditsiiniseadme piirhind.

³⁷ Ravimi jaemüügihind käesoleva seaduse tähenduses on ravimi ühe müügipakendi lõplik müügihind tarbijale, mis kujuneb ravimi hulgi- ja jaemüügi juurdehindluste ja käibemaksu rakendamise ning ravimitootja või müügiloo hoidja, hulgi- või jaemüüja tehtavate soodustuste ja allahindluste mahaarvamise järel.

³⁸ [Ravimite ja meditsiiniseadmete hinnaregulatsiooni toimimise ja muudatusvajaduste analüüs](#) 2023, Tartu Ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuuringute keskus RAKE poolt SOM tellimusel

2.5. Mõju

Sihtrühm 1 – meditsiiniseadet vajavad inimesed

2024. a hüvitati meditsiiniseadmeid 110 625 inimesele, mis moodustab 8% kogurahvastikust. Mõjutatud sihtrühma võib pidada keskmiseks.

Sotsiaalne ja majanduslik mõju

Täna võib meditsiiniseadme jaemüügihind apteekides kujuneda kõrgemaks kui hinnakokkuleppehind, mis tähendab meditsiiniseadet vajava ravikindlustatud inimese jaoks ka kõrgemat omaosalust. Tervisekassa andmetel realiseeriti 2023. a 65% meditsiiniseadme retseptidest apteegivõrgu kaudu, seejuures kõigist apteegis sooritatud müükidest ligi pooled (45,4% ehk 85 737 retsepti) olid teostatud kallima hinnaga kui hinnakokkuleppes kokku lepitud hind. Kuigi keskmiselt isiku kohta ülemakstud summa ei tundugi esmapilgul kolossaalne (6,28 eurot isiku kohta), maksid 115 patsienti täiendavat omaosalust vahemikus 100–199 eurot, 39 patsienti 200–599 eurot ning 4 patsiendi puhul jäi enamakstud summa vahemikku 1094–11 061 eurot. Kokku maksid inimesed 2023. a apteekidele 223 351 eurot, s.o 19,8% rohkem, kui nad oleksid hinnakokkuleppe alusel pidanud maksma. Seega mõjutab tänane olukord negatiivselt inimeste majanduslikku toimetulekut.

Lahendusalternatiivis 1 ja 2 toodud lahendus omaks positiivset mõju meditsiiniseadet vajavate inimeste majanduslikule toimetulekule ja seeläbi ka tervisele ning heaolule. Tervisekassa andmetel müüdi 2023. aastal diabeeditarvikute valdkonna seadmeid kallimalt ning inimesed maksid toodete eest enam omaosalust kui oleksid hinnakokkuleppe alusel pidanud maksma. Diabeeditarvikutest müüdi nt lantsette 92% kallimalt, insuliiniinõelu 66% kallimalt ja pideva glükoosimonitooringu komplekte 497% kallimalt. Samuti on kõrgemad jaemüügihinnad nahahooldusvahenditel, mida Tervisekassa rahastab kaasasündinud sarvestumishäirega kulgeva nahahaigusega patsientidele ning astma vahemahutitel, mis on rahastatud astmaga lastele ning haavasidemetel, mida rahastatakse haavanditega patsientidele. Ehk võib järeldada, et põhjendamatult suurem omaosalus tabab haavatavamaid sihtrühmasid ja leibkondi, kus on kroonilise haigusega ja/või vanemaelised inimesed või lapsed, mistõttu on muudatusel mõju ka inimeste võrdsele kohtlemisele võrreldes nendega, kel on võimalik kasutada Tervisekassa lepingulisi partnereid, kelle puhul maksimaalne jaemüügihind on müügilepingus reguleeritud.

Ebasoovitava mõjuna võivad apteegid maksimaalse jaemüügihinna reguleerimisel (lahendusalternatiiv 1) või kohustusega sõlmida müügileping, mis keelab hinnakokkuleppehinnast kallimalt müümise (lahendusalternatiiv 2) olla vähem motiveeritud teatud meditsiiniseadmeid müüma (apteekide kasum väheneb), mis võib omada mõju inimeste jaoks meditsiiniseadmete kättesaadavusele. Samas on tõenäoline, et kui apteegid loobuvad meditsiiniseadme kaardi alusel meditsiiniseadmete müümisel võimalusest, tekib turule alternatiivseid ettevõtteid või olemasolevad ettevõtted laiendavad tootevalikut ehk turg korrastab end muutunud olukorras ümber ning kättesaadavus patsientidele seetõttu ei halvene. Ebasoovitavat mõju vähendab alternatiivsete ettevõtete tulemine turule või olemasolevatel ettevõtetel oma tootevaliku laiendamine, kuna Tervisekassa lepingulised partnerid peavad meditsiiniseadmete loetelus olevad meditsiiniseadmed turul kättesaadavana hoidma.

Muudatuse sotsiaalse ja majandusliku mõju ulatus sihtrühmale on keskmine, kuna sihtrühma käitumises võivad kaasneda muutused, kuid nendega ei kaasne eeldatavasti kohanemiskulusi. Mõju sagedus on keskmine, kuna meditsiiniseadmete taotlemine võib olla reeglipärane, kuid mitte igapäevane. Muudatusega võivad kaasneda ebasoovitavad mõjud, mis on maandatavad turu tavapärase toimimise kaudu. Kokkuvõttes on muudatuse majanduslik ja sotsiaalne mõju sihtrühmale oluline.

Sihtrühm 2 – apteegid

Muudatus mõjutab apteekidest kõiki üldapteekide, mida oli Ravimiameti andmetel Eestis 2024. aastal 472. Kõikidest Eesti ettevõtetest (2024. a seisuga 158 378³⁹) moodustavad need 0,3%.

Majanduslik mõju

Lahendusalternatiivil 1 ja 2 on mõju üldapteekide kasumi teenimise võimalusele. Muudatuse tulemusel ei oleks apteekidel enam võimalus teenida meditsiiniseadmete müügi pealt sarnast kasumit nagu täna. Samas moodustab enam teenitud 223 351 eurot marginaalse osas apteekide käibest – 2023. a oli see 542 miljonit eurot⁴⁰ ehk vaid 0,041% kogukäibest. Alternatiiv 2 on võrreldes alternatiiv 1-ga bürokraatlikum, sest eeldab apteekide ja Tervisekassa vahel müügilepingute sõlmimist ja lepingute uuendamist iga 5. aasta tagant.

Muudatuse majandusliku mõju ulatus sihtrühmale on keskmine, kuna sihtrühma käitumises võivad kaasneda muudatused, aga nendega ei kaasne eeldatavalt kohanemiskulusi, mõju sagedus on keskmine, kuna meditsiiniseadmete taotlemine võib olla reeglipärane, kuid mitte igapäevane. Muudatusega võivad kaasneda ebasoovitavad mõjud. Kokkuvõttes on muudatuse majanduslik mõju sihtrühmale oluline.

Sihtrühm 3 – Tervisekassaga lepingu sõlminud meditsiiniseadmete müüjad

2025. a mai seisuga on Tervisekassaga müügilepingu sõlminud meditsiiniseadmete müüjaid 56⁴¹, mis moodustab kõikidest Eesti ettevõtetest ca 0,04%⁴².

Majanduslik mõju

Täna ei ole meditsiiniseadme tootja esindajad alati motiveeritud meditsiiniseadmele soodsamat hinda hinnakokkuleppes pakkuma, kuna teatud juhtudel suureneb selle arvelt vaid kolmanda turuosalise (apteek) kasum. Lahendusalternatiivis 1 ja 2 kirjeldatud muudatusega paranevad meditsiiniseadmete müüjate konkurentsitingimused ning kasum jaotub võrdsemalt. Samuti võib tekkida võimalus laiendada müügikanaleid, kasvatada käivet ja kasumit seniste apteegimüükide asemel (kui apteegid peaksid loobuma Tervisekassa soodustusega osade meditsiiniseadmete müügist). Ebasoovitavaid mõjusid ei tuvastatud. Kokkuvõttes on muudatuse majanduslik mõju sihtrühmale oluline.

Sihtrühm 4 – Tervisekassa

Muudatus mõjutab kõigist riigiasutustest Tervisekassa ja ravikindlustuse eelarvet.

Mõju riigivalitsemisele

Lahendusalternatiivide 1 ja 2 korral paraneb Tervisekassa positsioon hinnaläbirääkimistel, kuna maksimaalne jaemüügihind, milles kõik meditsiiniseadmete ettevõtted omavahel võrdselt konkureerivad, kehtib ühtmoodi kõigile turuosalistele. Seejuures lahendusalternatiivi 2 puhul tekib arvestatav töökoormus Tervisekassale täiendavate müügilepingute sõlmimiseks ja haldamiseks apteekidega. Arvestades 2024. a Tervisekassa meditsiiniseadmete müügistatistika, on potentsiaalne lisanduvate lepingute hulk samaväärne üldapteekide arvuga (Ravimiameti 2024. aasta andmetel 472). Kokkuvõttes on muudatuse riigivalitsemisega seotud mõju sihtrühmale oluline.

Mõistete selgus lihtsustab süsteemist aru saamist ja rakendamist mitte ainult Tervisekassa, vaid ka kõikide teiste osapoolte (inimesed, apteegid, meditsiiniseadmete müüjad) jaoks. Muudatus loob õigusselguse ning regulatsioon muudetakse sarnasemaks ravimite regulatsiooniga. Ebasoovitavaid mõjusid ei tuvastatud. Kokkuvõttes on muudatuse riigivalitsemisega seotud mõju sihtrühmale oluline.

III Meditsiiniseadme kaardi väljakirjutamise õiguse laiendamine

³⁹ Statistikaamet, 2024. Statistilise profiili kuuluvad ettevõtted. Kättesaadav: [ER021: STATISTILISSE PROFILI KUULUVAD ETTEVÕTTED TEGEVUSALA \(EMTAK 2008\) JÄRGI. Statistika andmebaas](#) (02.04.2025)

⁴⁰ [Apteegistatistika | Ravimiamet](#)

⁴¹ Tervisekassa, 2025.

⁴² Statistikaamet, 2024. Statistilise profiili kuuluvad ettevõtted. Kättesaadav: [ER021: STATISTILISSE PROFILI KUULUVAD ETTEVÕTTED TEGEVUSALA \(EMTAK 2008\) JÄRGI. Statistika andmebaas](#) (02.04.2025)

III 3.1 Lahendatav probleem – meditsiiniseadme kaardi väljakirjutamise õigus on ainult arstil, mis tähendab, et Tervisekassa soodustusega ei saa neid välja kirjutada teised selleks pädevad tervishoiuspetsialistid, kelle juurde inimene oma terviseprobleemiga pöördub.

Patsient liigub oma raviteekonnal erinevate ravietaappide ja spetsialistide vahel, kus igal ühel on pädevustest ja oskustest tulenev roll ja vastutus, mis tagab piiratud tervishoiuressursside optimaalseima kasutuse. Tervisesüsteemi arenedes on spetsialistide rollid patsiendi käsitleuses samuti muutuses. Nt eriõe baaspädevuses⁴³ on meditsiiniseadme kaardi koostamine ja vastava koolituse saanud ämmaemandal gestatsioonidiabeedi diagnoosimine raseduse jälgimise juhendi⁴⁴ alusel. Rasedate nõustamise ja dieettraviga tegelevad vastava koolituse läbinud ämmaemandid. Füsioterapeudid määravad ortooside ja tallatugesid. Seega erinevad tervishoius töötavad spetsialistid hindavad juba praegu abivahendite vajadust sotsiaalsüsteemis. Samas spetsialist küll tuvastab meditsiiniseadme vajaduse, kuid Tervisekassa soodustuse saamiseks peab ta patsiendi suunama arsti juurde meditsiiniseadme kaardi väljakirjutamiseks^{45,46}. Seeläbi pikenevad ravijärjekorrad, jooksutatakse patsienti ning suurendatakse tervishoiusüsteemi toimimise ebaefektiivsust.

3.2. Eesmärgid

Eesmärk on anda meditsiiniseadme kaardi väljakirjutamise õigus ka teistele tervishoius töötavatele spetsialistidele nende pädevuse piires, mis aitab kaasa tõhusama ja inimkesksema tervishoiusüsteemi kujundamisele. Lisaks toetab muudatus abivahendite ja meditsiiniseadmete integratsiooni tagades, et meditsiiniseadme kaardi väljakirjutajate ring Tervisekassa rahastuse korral ei kitseneks.

WHO toob tööjõu raamistikus⁴⁷ tervishoiu tööjõu kriisi ühest lahendustest välja erinevad paindlikud praktikad ja tervishoius töötavate spetsialistide täies ulatuses pädevuste kasutamise.

Muudatus ei ole otseselt seotud Vabariigi Valitsuse tegevusprogrammiga ega Euroopa Liidu õiguse rakendamisega, kuid on seotud VTK I osas kirjeldatud koalitsioonileppes tuleneva abivahendite ja meditsiiniseadmete süsteemi ühtsetele alustele viimisega, mille eesmärk on lõimida tervishoiu- ja sotsiaalteenused.

3.3. Võimalikud lahendused

Kuna tegemist on regulatiivse muudatusega, siis mitteregulatiivseid võimalusi olukorra lahendamiseks ei ole. Arvestades tervishoiu pidevat arengut ja muudatusi on mõistlik teha meditsiiniseadme kaardi väljakirjutamise regulatsioon võimalikult paindlikuks.

Selleks on vajalik muuta meditsiiniseadme seaduse⁴⁸ § 32¹ lõiget 2, mille kohaselt on meditsiiniseadme kaart isikule arsti poolt sobiva meditsiiniseadme määramiseks väljakirjutatud dokument selliselt, et kaardi väljakirjutajaks on tervishoiutöötaja, tervishoiutöötajaga võrdsustatud isik või tervishoiuteenuse osutamisel osalev spetsialist. See annab võimaluse lisaks arstidele meditsiiniseadme kaarti välja kirjutada ka nt õdedel, eriõdedel, ämmaemandel, füsioterapeutidel, optometristidel,

⁴³ Eesti Õdede Liidu koduleht. Eriõe baaspädevused, 2025. <https://www.ena.ee/wp-content/uploads/2022/04/Erioe-baaspadevused-1.pdf>

⁴⁴ Raseduse jälgimise juhend. Gestatsioonidiabeediga patsiendi jälgimine ja ravi, 2018. <https://rasedajalgimine.weebly.com/gestatsioonidiabeediga-patsiendi-jaumlilgimine-ja-ravi.html>

⁴⁵ MSS järgi on kaart isikule arsti poolt sobiva meditsiiniseadme määramiseks väljakirjutatud dokument.

⁴⁶ Tervisekassa meditsiiniseadmete loetelu (kehtiv: <https://www.riigiteataja.ee/akt/127122024017>) §64 lg 1-2 kohaselt võtab Tervisekassa tasu maksmise kohustuse üle ainult sellise Tervisekassa meditsiiniseadmete loetellu kantud meditsiiniseadme eest, mille kohta on retseptikeskuses vormistatud meditsiiniseadme kaart. Meditsiiniseadme kaardi väljakirjutamise õigus on Terviseametis registreeritud arstil. Meditsiiniseadme kaardi väljakirjutaja on kohustatud meditsiiniseadme kaardi välja kirjutama elektroonilisel kujul ja see salvestatakse retseptikeskuses.

⁴⁷ WHO koduleht. Health and care workforce in Europe: time to act, 2025. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058339>

⁴⁸ RT I, 20.11.2024, 2

tegevusterapeutidel ja audioloogidel. Samuti jätab see paindlikkuse tulevikuks uute erialade (nt tervisejuht) vaatest, kellel võib tekkida kompetents teatud abivahendite määramiseks. Sarnaselt tuleb täiendada RaKS-i § 48 lõiget 5. Muudatused annavad aluse Tervisekassa meditsiiniseadmete loetelus⁴⁹ sätestada iga meditsiiniseadme rühma puhul, milline spetsialist lähtudes väljaõppest ja pädevusest võib meditsiiniseadet välja kirjutada. Seega kõikidele spetsialistidele kõikide meditsiiniseadmete väljakirjutamise õigust ei anta. Seejuures on oluline hoida väljakirjutamise õigused võimalikult loogilised ja arusaadavad. Analoogselt on abivahendite tõendite määramise õiguse volitusnorm toodud sotsiaalhoolekande seaduses § 47 lõikes 5⁵⁰, kuid konkreetsed õigused on täpsustatud määruse tasemel.

Oluline on tagada, et lisaks väljakirjutamise juriidilisele õigusele ja tehnilisele lahendusele retseptikeskuses (ja tulevikus tervisejuhtimise töölaual / TJTL), on nendel spetsialistidel olemas ka vajalikud õigused tervise infosüsteemi (TIS) asjakohaste andmete nägemiseks ja sisestamiseks. Õiguste laienemise korral on sellel andmekaitsealane mõju ja vastavasisulise eelnõu juurde tehakse andmekaitsealane mõjuhindang. See on oluline abivajaduse hindamise dokumenteerimiseks, et tagada kvaliteetne teenus ja Tervisekassa rahaliste vahendite õiguspärane kasutamine. Õed ja ämmaemandad⁵¹ ning tervishoiutöötajatega võrreldavad isikud (füsioterapeudid, logopeedid, kliinilised psühholoogid) omavad juba TIS-i juurdepääsu⁵². Tervishoiuteenuse osutamisel osalevad spetsialistid (nt audioloogid, optometristid, tegevusterapeudid), kui nad töötavad tervishoiuteenuse tegevusluba omavas asutuses, omavad küll juurdepääsu TIS-i andmete nägemiseks, kuid andmete sisestamiseks ja edastamiseks vajavad veel vastava tehnilise lahenduse loomist ja määruste^{53,54} muutmist vajalike õiguste saamiseks. Iseseivalt või ainult rehabilitatsioonimeeskonnas töötavatel tegevusterapeutidel, audioloogidel ja optometristidel puudub andmete vaatamise ja edastamise võimalus TIS-is ning selliste spetsialistide täpne arv on teadmata. Samas peab arvestama, et abivahendeid saab SKA soodustusega osta rehabilitatsiooniplaani alusel kuni rehabilitatsioonisüsteemi muudatuste jõustumiseni 2027. aastal⁵⁵, mis tähendab, et tänasel kujul toiminud rehabilitatsioonimeeskonna töö kujundatakse lähiaastatel ümber.

3.4. Uuringud ja kaasatud osapooled

Meditsiiniseadme kaardi väljakirjutamise õiguse laiendamist on toetanud Tervisekassa eriõe pilootprojektis osalenud haiglad (vt Tervisekassa eriõe juhtprojekti kokkuvõttes toodud järeldusi)⁵⁶, Eesti Õdede Liit, Eesti Ämmaemandate Ühing ja Eesti Tegevusterapeutide Liit.

3.5. Mõju

Sihtrühm 1 – meditsiiniseadet vajavad inimesed (vt täpsemat kirjeldust punktis 2.5, *Sihtrühm 1*)

Sotsiaalne ja majanduslik mõju

Muudatusega paraneb oluliselt meditsiiniseadmete kättesaadavus, kuna inimesed saavad vajalikele seadmetele kiirema ja sujuvama juurdepääsu. Lisaks ei pea abivajajad enam pöörduma mitme tervishoiutöötaja poole, mis aitab vähendada nii nende ajakulu kui ka võimalikke lisakulusid. Muudatus toetab ka tervishoiusüsteemi koormuse leevendamist ning aitab lühendada ravijärjekordi. Kuna mitme spetsialisti külastamine võib abivajajate jaoks põhjustada segadust ja rahulolematust, siis muudaks lihtsam ja selgem meditsiiniseadme kaardi väljakirjutamise protsess nende ravikogemuse paremaks. Vähem visiite, ümber suunamisi ja bürokraatiat tähendab abivajajatele ka loogilisemat ja sujuvamat

⁴⁹ RT I, 27.12.2024, 17

⁵⁰ Valdonna eest vastutav minister kehtestab määrusega abivahendi kasutamise vajaduse tuvastaja sõltuvalt abivahendi keerukusest.

⁵¹ TTKS TK § 3 lg 1 ja lg 6: tervishoiutöötajad on TTKS tähenduses Terviseametis registreeritud arst, hambaarst, õde ja ämmaemand ning tervishoiutöötajaga võrreldavad füsioterapeut, kliiniline psühholoog ja logopeed, kes osutab ravi ja on registreeritud tervishoiukorralduse infosüsteemis.

⁵² Tervishoiuteenuse osutamisel osalevad isikud ja tervise infosüsteemile juurdepääsu ulatus–Riigi Teataja

⁵³ Sotsiaalministri määrus nr 56 "Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise tingimused ja kord"

⁵⁴ Sotsiaalministri määrus nr 53 "Tervise infosüsteemi andmekoosseisud ja nende esitamise tingimused"

⁵⁵ https://sotsiaalkindlustusamet.ee/sites/default/files/documents/2025-03/SKA_SRT_infotund%2027.03.25.pdf

⁵⁶ Tervisekassa koduleht. Tervishoiuteenuste loetelu komisjoni koosoleku kokkuvõte, 2025.

https://www.tervisekassa.ee/sites/default/files/TTL%20komisjon/ttl_komisjon_20240117_protokoll_avalik.pdf

teekonda. Samuti võimaldab väiksem visiitide arv kiiremat ligipääsu vajalikele teenustele või meditsiiniseadmetele ning varasemat sekkumist, mis aitab ennetada haiguste süvenemist.

Uue süsteemiga kohanemine võib siiski võtta aega teatud hulga inimeste jaoks. Kuigi meditsiiniseadme kaardi väljastamise õigus laieneb, võivad osa abivajajatest eelistada jätkuvalt arsti poole pöördumist. Seda riski aitab maandada sihtrühmale suunatud piisav ja sihipärane teavitustöö. Üheks võimalikuks ebasoovitavaks mõjuks võib olla see, et TIS-is täisligipääsude saamine võtab aega tegevusterapeutide, oftalmoloogide ja audioloogide puhul – sellisel juhul võib küll olla meditsiiniseadme kaardi väljastamise õigus, kuid mitte dokumenteerimisõigus. See probleem peaks siiski järgnevatel aastatel lahenema seoses TIS-i ja TJTL-i arendustega.

Muudatuse sotsiaalse mõju ulatus sihtrühmale on keskmine, kuna sihtrühma käitumises võivad kaasneda muudatused, kuid nendega ei kaasne eeldatavalt kohanemiskursusi. Mõju sagedus on keskmine, kuna meditsiiniseadmete vajadus võib olla reeglipärane, kuid mitte igapäevane. Mõjutatud sihtrühma suurus on keskmine. Muudatusega võivad kaasneda ebasoovitavad mõjud. Kokkuvõttes on muudatuse sotsiaalne ja majanduslik mõju sihtrühmale oluline.

Sihtrühm 2 – meditsiiniseadmete vajaduse hindajad

Muudatus mõjutab neid tervishoiutöötajaid või tervishoius töötavaid spetsialiste, kellel on väljaõpe ja pädevus meditsiiniseadme vajadust hinnata. Abivahendite vajaduse määramisel on erinevatel spetsialistidel pädevus, oskused ning kogemused sotsiaalsüsteemist olemas. Kui ilmneb, et meditsiiniseadmete vajaduse määramisel oleks oskuseid vajalik arendada, saab seda planeerida läbi vastavate koolituste. Täpset spetsialistide arvu ei ole võimalik välja tuua, aga 2023. aasta andmetel mõjutas see hinnanguliselt järgmisel hulgal valdkonnas töötavaid spetsialiste: õed (9103 inimest), füsioterapeudid (661), ämmaemandad (523), audioloogid (6)⁵⁷, logopeedid (127), optometristid (68) ja tegevusterapeudid (57).

Sotsiaalne ja majanduslik mõju

Meditsiiniseadme kaardi väljakirjutamise õiguse laiendamine toetab tervishoiutöötajate või tervishoius töötavate spetsialistide töökoormuse tasakaalustamist ning suurendab tervishoiusüsteemi üldist tõhusust ning jätkusuutlikkust. Õiguste laiendamine vähendab vajadust täiendavate arstivisiitide järele olukordades, kus meditsiiniseadme vajaduse on juba tuvastanud teine spetsialist, näiteks füsioterapeut, erioõde või ämmaemand. Selline muudatus aitab vähendada bürokraatiat, leevendada eriarstide töökoormust ning võimaldab tervishoius töötavate spetsialistide pädevust senisest paremini rakendada, millel omakorda on positiivne mõju ka teenuste kättesaadavusele.

Lisaks võib tervishoiutöötajate või spetsialistide töömaht ümber jaotuda või ka mõningal määral suureneda, kuna meditsiiniseadme kaardi väljakirjutamine toob kaasa täiendavad ülesanded, mis võivad mõningal määral suurendada halduskoormust. Samal ajal väheneb spetsialistide ajakulu seoses tegevustega, mis puudutasid abivajajate edasi suunamist eriarsti juurde meditsiiniseadme kaardi väljastamiseks.

Samuti tekib spetsialistidel vajadus meditsiiniseadme vajaduse tuvastamisel väljastada ja dokumenteerida kaart vastavas infosüsteemis. Selleks on võimalik kasutada Arstiportaali (tasuta), kuid need spetsialistid, kes kasutaksid tasuta infosüsteeme, nemad peavad arvestama lisakuludega (litsentsitasud, liidestus jne). Spetsialistidel, kes töötavad suuremates raviasutustes, saavad kasutada selleks juba olemasolevaid asutuste infosüsteeme.

Muudatuse sotsiaalse ja majandusliku mõju ulatus sihtrühmale on keskmine, kuna sihtrühma käitumises võivad kaasneda muudatused, kuid nendega ei kaasne eeldatavalt kohanemiskursusi. Mõju sagedus on keskmine, kuna kokkupuude võib olla reeglipärane, kuid mitte igapäevane. Mõjutatud sihtrühma suurus

⁵⁷ [Audioloogid Eestis – Eesti Audioloogia Selts](#)

on keskmine. Muudatusega võib kaasnedas ebasoovitav mõju. Kokkuvõttes on muudatuse sotsiaalne mõju sihtrühmale oluline.

Sihtrühm 3 – riigiasutused

Mõjutatud sihtrühm on riigiasutustest Tervisekassa (2 inimest) ja TEHIK. 2025. aasta aprilli seisuga tegeleb TEHIK-us Ravimiameti andmekogudega 6–7 inimest. Muudatus mõjutab ka TEHIK-u töötajaid, kes haldavad Tervisekassa andmekogusid. Täpsem ülevaade halduskoormusest esitatakse eelnõu raames.

Mõju riigivalitsemisele, infotehnoloogiale ja infoühiskonnale

Muudatusel on mõningane mõju nii Tervisekassa töökoormusele, sest meditsiiniseadmete loetelus tuleb sätestada, milliste meditsiiniseadmete õigus millistel tervishoius töötavatel spetsialistidel on ning see eeldab ka erialaseltsidega konsulteerimist. Samas on tegu pigem ajutise töömahu kasvuga ning varasematest ettepanekutest lähtuvalt on olemas ka esmane teadmine, milliste valdkondade osas oleks muudatused esmajoonel põhjendatud (nt füsioterapeutidele ortooside väljakirjutamise õiguse andmine). Muudatus võib tähendada ka IT arendusi, et määrusega antud õigused liiguksid ka retseptikeskuse ja vajalike registrite vahel (nt tervishoiutöötajate register). Muudatus mõjutab ka TEHIK-ut, kus võib tekkida vajadus teha IT-arendusi, et eelmainitud uued õigused oleksid infosüsteemides nõuetekohaselt kajastatud.

Muudatusega võivad kaasnedas ebasoovitavad mõjud töökoormuse suurenemise näol. Kokkuvõttes on muudatuse riigivalitsemise, infotehnoloogia ja infoühiskonnaga seotud mõju sihtrühmale oluline.

Sihtrühm 4 – riigieelarve

Mõju riigivalitsemisele

Kui spetsialist saab hinnata ja ka määrata vajaliku meditsiiniseadme, paraneb ka ravi järjepidevus ja välditakse katkestusi inimeste raviteekonnas. Samas, terviklik ja järjepidev ravikorraldus aitab tagada pikemas perspektiivis kvaliteetsema ravi ning võimaldab tervishoiusüsteemi ressursse kasutada tõhusamalt⁵⁸, toetades seeläbi ka riigi kulude vähendamist. Kokkuvõttes on muudatuse riigivalitsemisega seotud mõju sihtrühmale oluline.⁵⁹

Edasine väljatöötamine

Käesolevale VTK-le oodatakse huvipoolte tagasisidet kuni 29. augustini 2025.

VTK saadetakse kooskõlastamiseks ministeeriumitele ja arvamuse avaldamiseks Ravimiametile, Tervisekassale, Sotsiaalkindlustusametile, Eesti Taastusrstide Seltsile, Eesti Perearstide Seltsile, Eesti Õdede Liidule, Eesti Rehabilitatsiooni Asutuste Liidule, Eesti Liikumispuudega Inimeste Liidule, Eesti Tegevusterapeutide Liidule, Eesti Füsioterapeutide Liidule, Eesti Vaagnapõhjahäirete Seltsile, Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskusele, Eesti Ämmaemandate Ühingule, Eesti Sotsiaalasutuste Juhtide Nõukojale, Eesti Pimedate Liidule, Eesti Kurtide Liidule, Eesti Audioloogia Seltsile, Eesti Naha- ja Suguhaiguste Arstide Seltsile, Eesti Puuetega Inimeste Kojale, Eesti Patsientide Liidule, Eesti Arstide Liidule, Eesti Ravimihulgimüüjate Liidule, Eesti Apteekrite Liidule, Eesti Proviisorite Kojale, Eesti Proviisorapteekide Liidule ning abivahendeid ja meditsiiniseadmeid müüvatele ettevõtetele.

VTK tagasiside põhjal lepatakse kokku abivahendite ja meditsiiniseadmete reformi edasine aja- ja tegevuskava koostöös SKA, Tervisekassa, Ravimiameti ja TEHIK-uga.

⁵⁸ Eesti Haigekassa (2021). Tervishoiuteenuste arengukava 2021–2024.

Väljatöötamiskavatsuse põhjal soovitakse välja töötada eelnõu, millega muudetakse SHS-i, RaKS-i ja MSS-i vastavalt väljatöötamiskavatsuses väljapakutud ajaraamile ja regulatiivsetele lahendustele, mis kooskõlastamise järel valituks osutuvad.

Vastutavad ametnikud: Sotsiaalministeeriumi hoolekande osakonna puudega inimese õiguste poliitika juht Kadri Mets (kadri.mets@sm.ee), tervishoiukorralduse osakonna ravimi- ja meditsiiniseadmete poliitika juht Kärt Veliste (kart.veliste@sm.ee), tervishoiuteenuste osakonna nõunik Leena Kalle (leena.kalle@sm.ee). VTK mõjude analüüsi koostas analüüsi ja statistika osakonna tervisepoliitika juhtivanalüütik Kadri Kallip (kadri.kallip@sm.ee).