



Lp Pille Saar  
Sotsiaalministeerium

21. november 2025

**Tagasiside määruste “Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelu” ja “Tervisekassa poolt tasu maksmise kohustuse ülevõtmise kord” eelnõude kohta**

Eesti Esmatasandi Tervisekeskuste Liit on tänulik võimaluse eest avaldada arvamust Vabariigi Valitsuse määruse „Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelu“ uue redaktsiooni ja sotsiaalministri 19. jaanuari 2007. a määruse nr 9 „Tervisekassa poolt tasu maksmise kohustuse ülevõtmise kord“ (edaspidi *metoodika määrus*) muutmise määruse eelnõu kohta, mille alusel kujundatakse Eestis välja uus perearstiabi rahastusmudel (edaspidi *rahastusmudel*).

Hindame kõrgelt uue rahastusmudeli koostajate põhiideed, mis toetub andmepõhisusele visiitide ja abi vajaduse osas ning  **motiveerib**  uues rahastusmudelis  **kvaliteetse teenuse osutamist**  sellise teenuse osutajatele kõrgema pearaha maksmise kaudu. Samuti toetame põhimõtet, et kaasuvate haigustega patsientide eest tasutakse lisatasu, kuna multimorbiidsete haigete ravi nõuab rohkem töötajate aega ja pühendumist. Ent samas on uue rahastusmudeli puudus, et suunatakse keskenduma ainult krooniliste haigetega tegelemisele ning diagnoosikoodide märkimisele ja nõ ülevõtmisele raviarvel, mistõttu uus rahastusmudel ei soosi inimese tervena hoidmist. Meie hinnangul  **peab rahastusmudel looma tasakaalu krooniliste haigetega tegelemise ja haiguste ennetamise motiveerimise vahel** , mitte eelistama üht teisele.

Esmatasandi tervisekeskuste esindusorganisatsioonina  **toetame tervisekeskuste rahastuse suurendamist**  rahastusmudelis ja tunnustame uue rahastusmudeli andmepõhisust. Kuid samas tõdeme, et tervisekeskuste rahastamise osakaal esmatasandil on tingimustes, kus on suurendatud ka üksikpraksiste rahastust, jäänud endiseks ega vasta veel kaugeltki neile ootustele, mida riik tervisekeskustele esitab. Tervisekeskuses on olulisel kohal meeskonnatöö ning palgal tervisekeskuse kui organisatsiooni toimimiseks vajalik lisapersonal, kes vabastab arstide tööaja arstlikeks tegevusteks, võttes enda kanda organisatsiooni juhtimise ja korraldamisega seotud ülesanded. Paraku oleme sunnitud tõdema, et käesolevates eelnõudes esitatud rahastusmudel ei kata tervisekeskuste tegelikke kulusid, sh arendus- ja innovatsioonivõimekust, ega võimalda tervisekeskustel maksta perearstidele ja pereõdedele

konkurentsivõimelist töötasu. Samuti ei ole rahastusmodelis piisavalt arvestatud teiste töötajate (nt juhtimine, tugipersonal, IT, haldus jms) kulusid, mis on tervisekeskuste toimimise seisukohalt hädavajalikud.

Uue rahastusmodeli koostamise aluseks võetud **2023. aasta kulud** ei peegelda tervisekeskuste tänast reaalsust, kuna tööjõupuudus ja sellest tulenev palgasurve on viimastel aastatel oluliselt kasvanud ning tervisekeskustele on lisandunud ka täiendavad kohustused. Meie liikmete 2023. aasta keskmised bruto tunnipalgad olid järgmised: perearst 29,55 €, pereõde 15,12 € ja assistent 10,03 €. Kolme nimistuga (suuruseks arvestatud 1600 kindlustatud isikut) keskuse tegelik tööjõukulu on ca 61 000 eurot kuus, samas kui uus mudel katab 2025. aastaks keskuses vaid 52 000 eurot, mis tähendab **puudujääki ligikaudu 9000 eurot kuus ühe tervisekeskuse kohta**. Antud tööjõukulu sisaldab ka tugipersonali konkurentsivõimelist palka, mitte nagu täna kehtivas mudelis on arvestatud (nt hetkel peab tervisekeskus leidma tegevjuhi palgaga, mis on 74% hooldaja palgast). Sellisel tasemel ei ole tervisekeskustel võimalik oma personali hoida ega motiveerida. Eriti tingimustes, kus ületundide keskmine arv päevas arsti kohta on 2,9 tundi ja õe kohta 2,2 tundi, nagu näitas aprillis k.a ETTKLi läbiviidud töökoormuse [analüüs](#).

Oleme eespool toodud probleemidest teavitanud ka Tervisekassa nõukogu, kellele me esitasime vastavasisulise pöördumise 5. novembril k.a, millele Tervisekassa ei ole käesoleva kirja koostamise hetkeks vastanud.

Uue kulumudeliga lisandub esmatasandile kokku ca 3,6 miljonit. Sama ajal kui erakorralise abi osutamiseks lisandub määruse eelnõu seletuskirja alusel EMOdesse 11,4 miljonit. Viimasel ajal oleme erinevates töörühmades pidanud pikki arutelusid teemal, kuidas esmatasandit võimestada nii, et suunata EMOdest abi otsivad patsiendid esmatasandile. Kui anname EMOdele märkimisväärselt raha juurde, jääb arusaamatuks, kuidas selline rahastusmudel saab toetada esmatasandi võimestamist ja patsientide suunamist EMOdest perearstide juurde, olukorras, kus tervisekeskuste toimimiseks vajalikud kulud jäävad katmata.

Olles tutvunud eelnõude lõpliku versiooniga, oleme sunnitud need ülaloodud põhjustel **kooskõlastamata** jätma. Lisaks on meil eelnõude kohta veel alljärgnevad tähelepanekud.

### **Tervisekassa tervishoiuteenuse loetelu kohta**

- 1) **Paragrahv 2 lõige 4** – arusaamatuks jääb, miks krooniliste haigete seisu hinnatakse vaid kord aastas. Seletuskirjas selgitatakse, et kui nimistusse tuleb patsient, kellel enne ei ole kroonilisi haigusi diagnoositud, siis tasutakse tema eest ainult aasta pearaha. Kui sama inimene tuleb nimistusse näiteks jaanuaris ja perearst diagnoosib tal kroonilise haiguse näiteks märtsis, mille tõttu patsient vajab korduvaid meditsiinilisi sekkumisi kroonilise haiguse kontrolli all hoidmiseks, siis tema eest kroonilise haige täiendavat pearaha ei maksta. Meie hinnangul tuleks sellise patsiendi eest tasutavat pearaha järgmisel aastal tagasiulatuvalt või käimasoleval aastal kvartaalselt korrigeerida, kuna tervisekeskusel kaasnevad selle patsiendi ravimisega samasugused kulud nagu teiste krooniliste haigustega patsientide puhul.

- 2) **Paragrahv 2 lõige 7** - õe palga säilitamisel 2 kuuks võetakse arvestuse aluseks õe seos nimistuga. Oleme korduvalt selgitanud ja palume arvestada sellega, et tervisekeskuses ei ole õde seotud ühe kindla nimistuga, vaid õed roteeruvad nimistute (arstide) vahel, seega peaks tervisekeskuses olema arvutuse aluseks loogika, et kogu keskkuses peab õdesid olema 2x nimistute arv. Palume viia määruse põhimõtte selle tervisekeskuste toimimise põhimõttega kooskõlla.
- 3) **Paragrahv 3 lõige 4** – baasrahale rakendub koefitsient 0,4, kui tervisekeskusel on mitu tegevuskohta. Palume seletuskirjas selgitada, kuidas see koefitsient on saadud. Meie arvutustel väheneb uue koefitsiendiga teise tegevuskoha rahastus võrreldes tänasega pea 5%. Samas on meie arvates oluline tagada patsientidele järjepidev kodulähedane abi ja seda toetab teise tegevuskoha olemasolu. Palume silmas pidada, et ka teise tegevuskohaga kaasnevad ruumide, IT ja muud kulud. Hetkel on arusaamatu, kuidas see koefitsient on arvestatud.
- 4) **Paragrahv 3 lõige 5** – seletuskirjas on viide sellele punktile, ent samas esitatud selgitus ei lähe punkti sisuga kokku. Millise punkti kohta selgitus käib?
- 5) **Paragrahv 3 lõige 9** – palume selgitada punkti 3 rakendamist ja lisada seletuskirja näide, mis rakendamise lahti selgitab. Kas juhul, kui tervisekeskuses on 12 nimistut, on koefitsient 0.855, mis saadakse nii, et 7 nimistut ületavate nimistute arv võetakse lisakoefitsiendi arvutamise aluseks ehk  $5 \cdot 0.005 = 0.025$  ja siis  $0,88 - 0,025 = 0,855$ ? Kas oleme õigesti mõistnud loogikat? Igal juhul on vajalik koefitsiendi rakendamine seletuskirjas avada, kuna hetkel on alates 8 nimistust koefitsiendi rakendamine raskesti mõistetav ja erinevalt tõlgendatav.
- 6) **Paragrahv 3 lõige 11** – filiaali mõiste on küll olemas, ent puudub selgitus baasraha maksmiseks filiaalile (ehk välja on jäetud kehtiv lõige 12, mis selgitab filiaalile baasraha maksmist). Palume lisada.
- 7) **Seletuskirjas** puudub info, et ka ETTKL on kulumudeli uuendamise protsessis osalenud ega ole seda mudelit kooskõlastanud. Kirjas on ainult EPSi osalus. Palume lisada.

## Metoodika määruse kohta

- 1) **Paragrahv 2 punkt 5** – palume selgitada, kuidas on arvutatud teise tegevuskoha koefitsient: mis kulusid ja mis määral on võrreldes tavapärase baasrahaga vähendatud ja millised on arvutuspõhimõtted.
- 2) **Paragrahv 2 punkt 6** – uuringufondi (UF) mahu vähendamine. Palume seletuskirjas toodu kinnitamiseks lisada seletuskirja arvutuslik näide ühe keskmise nimistu kohta, et olla veendunud, et UF rahaline maht ei vähene. Palume arvestada näites ka seda uuringufondi protsenti, mis on neil nimistutel, kes on PKSi tulemuste saavutanud ja kellel täna UF protsent on kehtivas mudelis suurem, kuna see kaob uuest metoodikast ära. Lisaks oleme erinevatel kohtumistel arutanud ja teeme uuesti ettepaneku lisada uuringufondile kas suurem osakaal või võimaldada ilma laeta uuringufond sellistele nimistutele, mis võetakse asendusse või teenindada tingimustes, kus patsiendid on olnud eelnevalt pikalt ilma kvaliteetse perearstiabi ja vajavad seetõttu rohkem uuringuid ja analüüse.

- 3) **Paragrahv 2 punkt 12** – eelmise punktiga sarnane ettepanek ka teraapiafondi kohta. Palume arvutusliku näite varal selgitada, et teraapiafondi maht muudatuse tõttu ei vähene.
- 4) **Paragrahv 2 punkt 28** – palume brutotunnipalk viia vastavusse meie ettepanekuga, mille tegime 5. novembril tervisekassa nõukogule ehk **perearsti brutotunnipalga aluseks** võtta tervishoiu kollektiivlepingus sätestatud **eriarstiabis rakendatav brutotunnipalk**, millele rakendada tervisekassa kulumudelil kasutatavat **koefitsienti 1,38**. Kuna perearstidele kehtib õigusaktis sätestatud nõue võtta vastu ägedad haiged kohe pöördumise päeval, on perearsti töö intensiivsus kõrgem kui plaanilist abi osutaval eriarstil. Lisaks on visiitide arv tervisekeskustes jätkuvalt tõusutrendis, mis kinnitab, et pereõed ja -arstid on seal patsientidele paremini kättesaadavad.
- 5) **Paragrahv 2 punkt 40** – kajastab baasraha muudatusi, aga puudub selgitus, kuhu arvutatakse baasrahast välja jäetud kõnekeskuse ja juhtimiskulu.
- 6) **Punkt 30** – puudub info, millist personali täpsemalt on kulumudelil silmas peetud.
- 7) **Punkt 42** – seletuskirjas puudub selgitus, kuidas Tervisekassa valib need asutused, kelle kulud võetakse aluseks kulumodeli uuendamisel. Palume lisada.
- 8) **Üldine märkus seletuskirja kohta** – meie hinnangul on seletuskiri läbivalt lünklik, kuna selles ei ole kajastatud kõiki meetoodika määruse muudatusi, nt punktid 32, 35 ja 36. Meetoodika on kokku võetud sedavõrd üldistatult, et ei ole võimalik lõpuni jälgida, kas kõik vajalik on seletuskirjas kajastatud piisava detailsusega või mitte.

Lugupidamisega

Kersti Esnar  
tegevjuht

Eesti Esmatasandi Tervisekeskuste Liit  
[info@ettkl.ee](mailto:info@ettkl.ee)