



Vilnius University Faculty of Law
donatas.murauskas@tf.vu.lt

Teie 06.03.2025 /
Meie 26.03.2025 nr 1.4-2/635-2

Vilniuse Ülikooli teadusuuringuteks andmete taotluse vastus

Lugupeetud Vilniuse Ülikooli teadlaste meeskond

Täname Teid päringu eest seoses Eesti Vabariigi poliitikaga omaosalusmaksete osas tervishoiuteenuste eest. Vastused küsimustele on alljärgnevad.

- 1. Kas tervishoiuasutused järgivad tervishoiuteenuste hindade kehtestamisel, mida patsiendid teenuse osutamise hetkel otseselt (täielikult või osaliselt) tasuvad (edaspidi – patsiendi maksed), üksnes Eesti ravikindlustuse seadust (eriti selle seaduse § 71, 72)? Kas on ka muid õigusakte, mis reguleerivad patsiendi makseid tervishoiuteenuste eest?*

Riigisisisel tervishoiuteenuse osutamisel kehtivad Eesti Vabariigi õigusaktid ja tervishoiuteenuse osutajad on kohustatud neid järgima.

Tervishoiuteenuse osutamise lepingu puhul peavad patsient ja tervishoiuteenuse osutaja lähtuma võlaõigusseadusest, sh 41. peatüki §§-dest 758-773 ([Võlaõigusseadus–Riigi Teataja](#)). Tervishoiuasutused on kohustatud ravikindlustatud isikutele tervishoiuteenust osutades järgima ravikindlustuse seaduse 6. jagu [Lisatasu ja kindlustatud isiku täiendav omaosalus](#) paragrahve. Tervishoiu rahastamist reguleerib [tervishoiuteenuste korraldamise seaduse](#) 4 peatükk tervishoiu rahastamine.

Samuti on teatud tervishoiuteenustel patsiendi omaosalus, mis tähendab, et ravikindlustatud inimene peab teatud tervishoiuteenuste puhul ise maksuma. Tervishoiuteenuste omaosaluse määr on kehtestatud Tervisekassa [tervishoiuteenuste loetelus](#) sätestatud lisatingimustele.

Omaosalust reguleerib veel [Ravikindlustuse seadus § 30](#) lg 3, kus sätestatakse, et kindlustatud isiku omaosalus on tervishoiuteenuse piirhinna osa, mille tasumise kohustust ei võta üle Tervisekassa. Kõikidel kindlustatud isikutel on omaosalus ühesuurune ega tohi ületada 50 protsenti tervishoiuteenuse piirhinnast, kui käesolevas seaduses ei sätestata teisiti. Vältimatu abi osutamisel omaosalust ei rakendata.

[Ravikindlustuse seaduse 4. jagu](#) sätestab ära ravimihüvitise, meditsiiniseadmehüvitise ning täiendava ravimi- ja meditsiiniseadmehüvitise osas omaosaluse.

- 2. Kuidas tagavad volitatud riigiasutused, et tervishoiuasutused järgivad rangelt riiklikke õigusakte patsiendi maksete loetlemisel, hinnastamisel ja kogumisel? Milline kontrollimehhanism on Eestis kehtestatud, et tagada patsiendi maksete nõuetekohane rakendamine ja vastavus kehtivale õigusraamistikule?*

Tervishoiuteenuse osutajatel on õigus ise kehtestada visiiditasud ja omaosalustasud, kuid nad peavad kehtestamisel järgima kehtivaid õigusakte.

Riiklikku järelevalvet tervishoiuteenuse osutajatele kehtestatud nõuete täitmise üle teostab [Terviseamet](#). [Tervisekassal](#) on õigus kontrollida vaid neid tervishoiuteenuse osutajaid, kellega on sõlmitud ravi rahastamise leping.

Tervisekassa kontrollib kehtestatud visiiditasude suurust ja omaosalustasusid juhul, kui patsient leiab, et temalt on küsitud visiiditasu või omaosalustasu alusetult või seadusega sätestatust enam ning nimetatuid on küsitud seoses Tervisekassa rahastatavate teenustega seoses.

Patsient saab [Terviseportaalis](#) kontrollida Tervisekassale edastatud arveid ning juhul, kui ta on teenuste eest ise maksnud, edastada sellekohase info otse Tervisekassale.

3. *Mil määral võetakse patsiendi maksete kehtestamisel praktikas arvesse huvitatud osapoolte (nt patsiendid, arstid, valitsusvälised organisatsioonid) arvamust? Kas saate tuua näiteid juhtumitest, kus huvitatud osapooled on aidanud kaasa nii patsiendi maksete alla kuuluvate teenuste loetlemisele kui ka hinnastamisele?*

Seadusloome muudatuste kavandamisel ja elluviimisel lähtutakse [hea õigusloome ja normitehnika eeskirjast](#). Selle üheks põhimõtteks on, et seaduseelnõu ettevalmistamise protsessis toimub huvirühmade ja avalikkuse kaasamine ning kooskõlastamine (§ 1 lõiked 4 ja 5).

Erinevate teenuste kujundamisel räägitakse alati läbi huvitatud osapooltega ja kaasatakse neid muudatustesse või teenuste kujundamisse.

Samas peame tunnistama, et Eestis on leibkondade omaosalus tervishoius kõrge (23%) ning omaosaluse langetamine eeldaks eelarvest lisavahendite leidmist, mis tänases eelarve keerulises olukorras võimalik ei ole. Seega on siin huvirühmade ootused ja vajadused kindlasti suuremad, kui see, mida riik pakkuda saab.

Ühe 2025. aastal jõustunud muudatuse kohta saame näitena kirjeldada 2024. aastal läbi viidud statsionaarse õendusabi omaosaluse analüüsi, mille tulemusena vähendatati inimese omaosalust statsionaarses õendusabis alates 2025. aastast 15%lt 10%-le.

Viimase kümne aasta jooksul on Eestis statsionaarse iseseisva õendusabi keskmine kulu isiku kohta kasvanud 271 eurolt 2014.a. 800 euron 2024.a. ehk 530 euro võrra.

Esimest korda juhtis omaosaluse suurusega kaasnevatele probleemidele tähelepanu Riigikontroll, tuues oma 2022 aasta auditis „Tervishoiu suundumused“ välja, et osa inimeste jaoks on üheks takistuseks statsionaarse õendusabi teenuse saamisel liiga suur omaosalus. 2024. aasta aprillikuus viis Tervisekassa statsionaarse õendusabi teenusosutajate hulgas läbi uuringu, millega soovisime saada vastust küsimusele kui palju on olnud raviasutustes viimase viie aasta jooksul statsionaarse õendusabi teenusel neid patsiente, kes ei suuda teenuse eest maksta. Samuti palusime teenuseosutajate arvamust omaosaluskoormuse tänase taseme kohta ning ettepanekuid olukorra leevendamiseks.

Omaosaluse kehtestamise kohta leidis 99% vastajatest, et omaosalus on vajalik, kuid probleemiks on tänaseks juba väga kõrge teenuse maksumus (inimese enda kulu). Samasisuline küsitlus viidi Tervisekassa poolt 2024. aasta juunikuus läbi ka kohalike omavalitsuste vaates. Küsitlus toetas Eesti Linnade ja Valdade Liidu eelnevat seisukohta (esitatud valitsusele 31.01.2024), et inimeste omaosalus on kasvanud statsionaarses õendusabis nii suureks, et see ei ole inimestele enam jõukohane. Võttes arvesse nii analüüsi tulemusi kui ka haiglate ja kohalike omavalitsuste seas läbi viidud uuringutulemusi, otsustati, et statsionaarses õendusabis väheneb omaosalus alates 2025. aastast (kuni 90% tasub Tervisekassa ja 10% patsient). Selle meetme rakendamise mõju Tervisekassa ravikindlustuse eelarvele on 3,4 miljonit eurot aastas.

Antud näite puhul suurendati inimestel retseptide väljastamise tasusid, et saada Tervisekassa eelarvesse vajalikud lisavahendid statsionaarses õendusabis inimeste voodipäeva maksumuse omaosaluse vähendamiseks.

4. *Kas riikliku poliitika osa on julgustada tervishoiuasutusi võimalikke patsiendi makseid vähendada? Kui jah, siis kuidas seda eesmärki ellu viiakse?*

Patsiendi omaosalused on kehtestanud riik ja seda kas kindlas määras või tuues ära piirmäära. Seejuures on ravikindlustuse seaduses selgelt sätestatud haavatavamas olukorras inimeste (töötud, toimetulekutoetuse saajad, pensionärid jne) kaitseks eraldi reeglid (madalam visiiditasu, õigus saada suuremas määras hambaravihüvitist jne). Samas on jäetud tervishoiuteenuse osutajale valikuvabadus omaosaluse mitterakendamiseks või selle väiksemas määras rakendamiseks. Ravikindlustuse seaduses on sätestatud vaid õigus visiidi- ja voodipäevatasu küsimiseks ning tasu kehtestamise õigus on tervishoiuteenuse osutaja nõukogul.

Loodame, et saite analüüsi jaoks piisavad vastused oma esitatud küsimustele.

Lugupidamisega

(allkirjastatud digitaalselt)
Ebe Sarapuu
osakonnajuhataja

Mari Kalbin
mari.kalbin@sm.ee