

TALLINNA TEHNIKAÜLIKOOL

Majandusteaduskond

Majandusarvestuse instituut

Juhtimisarvestuse õppetool

Kaija Lukka

**ESMATASANDI TERVISEKESKUSE  
RAHASTUSMUDELITE VÕRDLUS OPTIMAALSE  
MUDELI LOOMISEKS**

Magistritöö

Juhendaja: dotsent Tarmo Kadak ja Triin Habicht

Tallinn 2015

Olen koostanud töö iseseisvalt.

Töö koostamisel kasutatud kõikidele teiste autorite töödele, olulistele seisukohtadele ja andmetele on viidatud.

Kaija Lukka .....

(allkiri, kuupäev)

Üliõpilase kood: 132582

Üliõpilase e-posti aadress: kaija.lukka@gmail.com

Juhendaja dotsent Tarmo Kadak:

Töö vastab magistritööle esitatud nõuetele

.....

(allkiri, kuupäev)

Juhendaja Triin Habicht:

Töö vastab magistritööle esitatud nõuetele

.....

(allkiri, kuupäev)

Kaitsmiskomisjoni esimees:

Lubatud kaitsmisele

.....

(ametikoht, nimi, allkiri, kuupäev)

## SISUKORD

LÜHENDITE LOETELU.....	7
ABSTRAKT.....	8
SISSEJUHATUS.....	9
1. UURIMISMETOODIKA, ESMATASANDI TERVISHOIU KORRALDUS JA RAHASTUS.....	12
1.1. Uurimismetoodika.....	12
1.2. Esmatasandi tervishoiu korraldus.....	13
1.2.1. Esmatasandi tervishoiu ja perearstiabi mõiste.....	14
1.2.2. Esmatasandi tervishoiu korraldus ning seda reguleerivad õigusaktid Eestis.....	16
1.2.3. Eesti võrdlus rahvusvahelise kogemusega esmatasandi tervishoiu korraldamisel..	18
1.2.3.1. Tervishoiusüsteemide korraldus.....	18
1.2.3.2. Esmatasandi vastutus ja meeskond.....	20
1.2.4. Esmatasandi tervishoiu arengud Eestis.....	22
1.3. Rahastamissüsteemi loodavad stiimulid tervishoius ja Eesti tervishoiusüsteemi rahastus ning võrdlus teiste riikidega.....	23
1.3.1. Esmatasandi tervishoiu rahastamissüsteemid.....	24
1.3.2. Hinnakujundus tervishoiusektoris ja selle vajalikkus.....	28
1.3.3. Esmatasandi tervishoiu rahastus Eestis.....	30
1.3.3.1. Eesti tervishoiu ja perearstiabi rahastus.....	30
1.3.3.2. Füsioteraapia, ämmaemandusabi ja koduõenduse rahastus Eestis.....	35
1.3.4. Võrdlusriikide rahastamissüsteemid.....	39

2. ANDMEANALÜÜSI METOODIKA, ESMATASANDI TERVISEKESKUSTE KULUMUDELID.....	43
2.1. Hinnakujunduse ning rahastusmodeli välja töötamiseks kasutatav meetoodika ning andmed.....	43
2.2. Esmatasandi tervisekeskuste võimalikud rahastusmodelid .....	49
2.2.1. Esmatasandi teenuste osutamiseks vajalikud ressursid.....	49
2.2.1.1. Perearstiabi osutamiseks vajalikud ressursid.....	50
2.2.1.2. Ämmaemandusabi, koduõenduse ja füsioteraapia teenuste osutamiseks vajalikud ressursid .....	51
2.2.2. Esmatasandi tervisekeskuste võimalikud rahastusmodelid.....	52
2.2.2.1. Mudel 1 .....	53
2.2.2.2. Mudel 2.....	55
2.2.2.3. Mudel 3.....	56
2.3. Üksikute ja grupipraksiste võrdlus praeguse rahastussüsteemi alusel.....	57
2.4. Koostatud rahastusmodelite võrdlus, esmatasandi tervisekeskuste optimaalne rahastusmodel ning ettepanekud rahastusmodeli arendamiseks ning rakendamiseks .....	64
2.4.1. Rahastusmodelite võrdlus .....	64
2.4.2. Ettepanekud rahastusmodel edasiseks arendamiseks ja rakendamiseks .....	69
KOKKUVÕTE .....	73
SUMMARY .....	76
VIIDATUD ALLIKAD .....	79
LISAD .....	85
Lisa 1. Esmatasandi tervishoiusüsteemi korraldus võrdlusriigiti .....	85
Lisa 2. Perearstikeskuse vastutus teenuste osutamisel võrdlusriigiti.....	86
Lisa 3. Perearstiabi kogukulude jagunemine EHK andmetel 2014. aastal .....	87
Lisa 4. Perearstiabi kogukulude jaotus aastatel 2007–2014 .....	88
Lisa 5. Füsioteraapia teenuste kirjeldused.....	89
Lisa 5 järg .....	90

Lisa 5 järg .....	91
Lisa 5 järg .....	92
Lisa 5 järg .....	93
Lisa 5 järg .....	94
Lisa 6. Ämmaemandusabi teenuste kirjeldused.....	95
Lisa 6 järg .....	96
Lisa 7. Osutatud koduõendusteenuste arv ning keskmine visiitide arv ravijuhu kohta aastatel 2010–2014 .....	97
Lisa 8. Koduõendusteenuse kirjeldus .....	98
Lisa 9. Koduõenduse, ämmaemandusabi ja füsioteraapia teenustel kasutatavate ruumide kirjeldused.....	99
Lisa 9 järg .....	100
Lisa 9 järg .....	101
Lisa 9 järg .....	102
Lisa 9 järg .....	103
Lisa 9 järg .....	104
Lisa 10. Andmeanalüüsi meetoodika joonis.....	105
Lisa 11. Mudelite eeldused .....	106
Lisa 11 järg .....	107
Lisa 12. Perearstiabi inventari, seadmete ja tarvikute kirjeldus.....	108
Lisa 12 järg .....	109
Lisa 12 järg .....	110
Lisa 12 järg .....	111
Lisa 13. Praegune baasraha kirjeldus.....	112
Lisa 13 järg .....	113
Lisa 14. Juhtimise ning tervisekeskuse haldusega seotud vajalike seadmete ja inventari kirjeldus .....	114

Lisa 15. Ämmaemandusabi inventari, seadmete ja tarvikute kirjeldus .....	115
Lisa 15 järg .....	116
Lisa 16. Koduõenduse inventari, seadmete ja tarvikute kirjeldus .....	117
Lisa 16 järg .....	118
Lisa 17. Füsioteraapia inventari, seadmete ja tarvikute kirjeldus .....	119
Lisa 17 järg .....	120
Lisa 18. Mudel 1 .....	121
Lisa 19. Pearaha hinna arvestus .....	122
Lisa 19 järg .....	123
Lisa 20. Baasraha arvestus pearaha mudelile .....	124
Lisa 21. Lisanduvate kulude prognoos mudelile 1 .....	125
Lisa 22. Mudel 2 .....	126
Lisa 22 järg .....	127
Lisa 22 järg .....	128
Lisa 22 järg .....	129
Lisa 22 järg .....	130
Lisa 23. Lisanduvate kulude prognoos mudelile 2 .....	131
Lisa 24. Mudel 3 optimaalse tööaja arvestuse eeldusel .....	132
Lisa 24 järg .....	133
Lisa 25. Mudel 3 prognoositud teenusemahu eeldusel .....	134
Lisa 25 järg .....	135
Lisa 26. Lisanduvate kulude prognoos mudelile 2 .....	136
Lisa 26 järg .....	137
Lisa 27. Perearstikeskuste koosseisud aastatel 2006–2014 .....	138
Lisa 28. Perearstide kulu, tulu ja majandusaasta tulem nimistu kohta raviasutuste struktuuri lõikes 2013. aastal.....	139

Lisa 29. Üksikpraksiste tulu kokku ja laekumised haigekassalt 2013. aastal.....	140
Lisa 29 järg .....	141
Lisa 29 järg .....	142
Lisa 30. Keskmise kvaliteedi lisatasu nimistu kohta vastavalt raviasutuse struktuurile ....	143
Lisa 31. Lisanduv tulu teenuseosutajatele .....	144

## LÜHENDITE LOETELU

Arengusuundade dokument – sotsiaalministeeriumi arengukava „Eesti tervishoiu arengusuunad aastani 2020“

EHK – Eesti Haigekassa

EL – Euroopa Liit

ETTK – esmatasandi tervisekeskus

GP – *general practitioner* ehk üldarst

KKM – korduvkasutatavad meditsiiniseadmed

KOV – kohalik omavalitsus

Meetme eelnõu – sotsiaalministri määruse eelnõu ETTK-de rahastuse taotlemiseks „Investeeringute toetamine esmatasandi tervisekeskuste infrastruktuuri tõmbekeskustes tagades kättesaadavad ja mitmekülgsed esmatasandi teenused“

PKS – perearsti kvaliteedisüsteem

RAKE uuring – Tartu ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuuringute keskuse uurimus „Esmatasandi tervishoiuteenuste geograafilise kättesaadavuse vajaduse hindamine ja esmatasandi tervishoiuteenuste optimaalse korralduse mudeli loomine“

TAI – tervise arengu instituut

Tasu arvestuse meetodika – sotsiaalministri määrus „Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuseosutajatele makstava tasu arvutamise meetodika“

TTKS – tervishoiuteenuste korraldamise seadus

TTL – vabariigi valitsuse määrus „Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu“

ÜKM – ühekordselt kasutatavad meditsiiniseadmed



## ABSTRAKT

Magistritöö eesmärk oli võrrelda võimalikke rahastamissüsteeme, mida rakendada loodavatele esmatasandi tervisekeskustele (edaspidi ETTK). Magistritöös selgitati välja, milline on optimaalne mudel ETTK-de rahastamiseks, arvestades tervishoiupoliitilisi arengueesmärke.

Optimaalse mudeli kohta ettepaneku tegemiseni jõudis autor kvantitatiivse uuringu abil. Esmalt kirjeldas autor esmatasandi tervishoiu korraldust ja rahastamist Eestis ning võrdles seda rahvusvahelise praktikaga. Tuginedes praegusele tervishoiusüsteemi korraldusele, selle arengueesmärkidele ja praegusele rahastusmudelile, koostas autor kolm erinevat võimalikku rahastusmudelit ETTK-de rahastamiseks. Autor võrdles loodud rahastusmudeleid, arvestades pearahapõhise, fikseeritud tasuna ja teenusepõhise rahastusmeetodi loodavaid stiimuleid teenuseosutajatele võrreldes praeguse rahastusmudeliga.

Optimaalse mudeli valimisel hindas autor koostatud mudeleid ja nende alusel prognoositud tulu teenuseosutajatele ning kulusid rahastajale. Mudelite võrdluse tulemusel tehti ettepanek optimaalse rahastusmudeli valikuks, milleks oli kombineeritud mudel erinevatest rahastusmeetoditest. Uuringu lõpptulemusena andis autor soovitus, et rahastusmudelit tuleks täpsustada mudelis sisalduvate ressursside tegelikust vajadusest lähtuvalt ning teha valik kasutatava tervisekeskuste organisatoorse mudeli osas.

Võtmesõnad: esmatasandi tervishoiu arengusuunad, perearstiabi rahastus, esmatasandi tervisekeskus, esmatasandi tervisekeskuste rahastus, esmatasandi tervishoiu rahastusmeetodid

## SISSEJUHATUS

Tervishoiusüsteemi korralduslik eesmärk on saavutada inimeste parem tervis võimalikult väikeste kuludega. Seda aitab saavutada enamiku terviseküsimumste lahendamine esmatasandil. Kuna inimese esimene kontakt tervishoiusüsteemiga on tema perearst ja –õde, siis muutused rahvastiku struktuuris ning keskmise eluea kasv on pannud perearstiabile üha suurema koormuse. Eestis on jõutud järeldusele, et esmatasandi arstiabi jätkusuutlikkuse tagamiseks on muudatused süsteemi korralduses hädavajalikud. Sotsiaalministeerium koostöös seotud osapooltega plaanib Eestis tugevdada esmatasandi tervishoiusüsteemi ja laiendada esmatasandi tervishoiuteenuste paketti, et inimesed saaksid vajalikud teenused kätte kodukoha lähedal.

Üks tõege esmatasandi tervishoiu arengutele on Euroopa Liidu (edaspidi EL) struktuur-fondi raha, mis on Eestile eraldatud ETTK-de ehitamiseks. Praegu ei ole erinevatel tervishoiusektori osapooltel piisavalt kindlust, kuidas hakatakse tulevikus ETTK-s osutatavaid teenuseid rahastama ning see võib vähendada motivatsiooni taotleda investeerimisvahendeid. Seega eeldus ETTK-de infrastruktuuri arendamiseks EL-i investeeringust on selles osutatavate teenuste rahastamismudeli väljatöötamine.

Esmatasandi tervishoiu arengu põhimõtted on sõnastatud sotsiaalministeeriumi koostatud dokumendis „Eesti tervishoiu arengusuunad 2020“ (edaspidi arengusuundade dokument). Arengusuundade dokumendi kohaselt lisanduvad esmatasandile lisaks perearstiabile füsioteraapia, koduõenduse ning ämmaemanduse teenus. Lisanduvate teenuste esmatasandi osaks liitmisel on eeldus ka perearstide senisest suurem koondumine grupi-praksistesse, sest valdav osa perearste töötab Eestis praegu üksikpraksisena. Selleks, et leida võimalus, kuidas teenuseosutajad ETTK-desse koondada, on vaja välja selgitada, milline on optimaalne mudel erinevate teenuste rahastamiseks ETTK-s. Magistritöö eesmärk oli võrrelda võimalikke rahastamissüsteeme, mida rakendada loodavatele esmatasandi tervisekeskustele (edaspidi ETTK). Autor võrdleb rahastamissüsteeme ja võrdluse tulemusena teeb ettepaneku optimaalse rahastusmudeli kohta arvestades sealjuures arengukavas sõnastatud eesmärke.

Parima rahastusmudeli välja töötamine annab sisendi nii eraettevõtluses tegutsevatele perearstidele, tervishoiusüsteemi rahastajana Eesti Haigekassale (edaspidi EHK) kui ka tervishoiupoliitika kujundajale sotsiaalministeeriumile.

Püstitatud eesmärgi täitmiseks on oluline välja selgitada vastused järgmistele küsimustele.

- Kas ja millisel määral motiveerib praegune rahastamissüsteem perearste koonduma grupipraksistesse?
- Milline rahastamissüsteem on rahastaja vaates optimaalseim?
- Milline rahastamissüsteem loob kõige suurema motivatsiooni perearstide ja lisanduvate teenuste koondumiseks ETTK-sse?

Autor on lisaks uurimisküsimusele, milline on optimaalne rahastusmudel ETTK-le, püstitanud hüpoteesi, et grupipraksistesse koondumine tõstab perearsti kui eraettevõtja tulu ja vähendab kulu teenuse osutamise tingimuste samaks jäädes. Eesmärk on saada hüpoteesist lähtuvalt tõestus väitele, et juba praeguse rahastamissüsteemi juures suureneb perearstikeskuste koondumisel teenuseosutajate tulu.

Magistritöö objekt on ETTK-d, kuhu on koondunud:

- perearstid ja pereõed;
- lisanduvaid teenuseid osutavad spetsialistid (füsioterapeut, ämmaemand ning koduõde);
- tugifunktsioone pakkuvad spetsialistid (mittekliiniline assistent, tervisekeskuse juhtimine).

Hüpoteesi kontrollib ja uuringküsimustele vastab autor kvantitatiivse uuringu abil. Esmalt kirjeldab autor Eesti esmatasandi tervishoiu korraldamist ja rahastamist. Tuginedes olemasolevatele andmetele, võrdleb autor rahastusmudeleid, mille alusel teeb ettepaneku parima rahastusmudeli valikuks. Autor annab ka soovitusel, kuidas oleks võimalik rahastusmudelit rakendada ning mis on selle eelduseks

Eesmärgist lähtuvalt on magistritöö jagatud kahte peatükki. Esimeses peatükis kirjeldab autor esmalt uurimise metoodikat, seejärel magistritöös kasutatavaid mõisteid ning Eesti esmatasandi tervishoiusüsteemi korraldust ja võrdleb seda teiste riikidega. Autor on välja toonud ka esmatasandi olulisemad planeeritavad arengusuunad, et magistritöös loodavate mudelite puhul neid arvestada. Selleks, et anda hinnang parima rahastusmudeli kohta, kirjeldab autor erinevaid võimalikke rahastamismeetodeid ning nende loodavaid stiimuleid

tervishoiuteenuse tootajatele. Seejärel kirjeldab autor Eesti rahastusmetoodikat ning võrdleb seda teiste riikide perearstiabi rahastusmudelitega. Esimesel peatükil on oluline sisend töö eesmärgi täitmisel, mida autor optimaalse mudeli kohta ettepaneku tegemisel arvestab.

Magistritöö teises peatükis kirjeldab autor kõigepealt andmeanalüüsi metoodikat. Seejärel esitab andmeanalüüsi tulemusena kolm erinevat rahastusmudelit ETTK-dele: pearahapõhine, fikseeritud tasu ning teenusepõhine tasustusmudel. Lisaks analüüsib autor ka praeguse rahastusmudeli loodavaid stiimuleid koondumiseks ning kontrollib hüpoteesi, et praegune rahastussüsteem motiveerib perearste koonduma. Seejärel võrdleb autor loodud mudeleid ja nende tekitatavaid stiimuleid teenuseosutajatele. Töö viimases etapis saab täidetud töö eesmärk, kui autor teeb ettepaneku Eesti tervishoiusüsteemi sobituva ETTK rahastusmudeli kohta. Lisaks annab autor soovitusel rahastamissüsteemi arendamiseks ning rakendamiseks.

Autor soovib avaldada tänu Jaanus Tilgale, Tiina Satsile ja Veiko Sepale, kes töö valmimisele kaasa aitasid.

# **1. UURIMISMETOODIKA, ESMATASANDI TERVISHOIU KORRALDUS JA RAHASTUS**

Sissejuhatuses püstitatud uurimuse eesmärgi saavutamiseks leida ETTK optimaalne rahastusmudel, selgitab autor esimeses peatükis uurimismetoodikat. See võimaldab lugejal mõista, kuidas autor jõuab magistritöös ettepanekuteni rahastamissüsteemi arendamiseks, arvestades sealjuures juba toimivat tervishoiukorraldust ja rahastamismudelit.

Seejärel annab autor ülevaate uurimuses kasutatavatest mõistetest ning esmatasandi tervishoiusüsteemi korraldusest Eestis ning võrdleb seda rahvusvahelise praktikaga. Sellele tuginedes on võimalik anda hinnang, milline rahastussüsteem sobib Eesti esmatasandi tervishoiusüsteemi ja kas rahvusvahelise võrdlusena tekib vajadus ka Eesti tervishoiusüsteemi arendamiseks. Autor toob kokkuvõtvalt välja ka Eesti esmatasandi tervishoiu peamised arengusuunad, mis on aluseks töö teises peatükis loodavatele rahastamismudelitele.

Esimeses peatükis kirjeldab autor esmatasandi tervishoiu rahastamissüsteeme ning nende loodavaid stiimuleid teenuseosutajatele. Seejärel annab autor ülevaate Eestis rahastamissüsteemi kohta ja võrdleb seda teiste riikide kogemusega.

## **1.1. Uurimismetoodika**

Sissejuhatuses kirjeldas autor magistritöö eesmärki ning püstitatud uurimisküsimust. Järgnevalt kirjeldab autor magistritöö metoodikat, kuidas jõutakse uurimuse eesmärgi täitmiseni ning püstitatud küsimustele vastuste leidmiseni.

Esmalt on oluline selgitada, et optimaalse mudeli välja töötamisel mõistab autor optimaalse mudeli all esmatasandi meeskonna parimat võimalikku rahastamise viisi, mis loob säästu rahastaja vaates ning suurendab tulu teenuseosutajale võrreldes praeguse süsteemiga muude tingimuste samaks jäädes. Mudeli optimaalsust mõõdab autor teenuseosutaja vaates lisanduva tulu ning rahastaja vaates erinevate mudelite puhul tekkivate kulude minimeerimise

osas. Teenuseosutaja all mõistab autor magistritöös esmatasandi tervishoiuteenuseid osutavaid äriühinguid ning rahastaja all mõistab autor EHK-d.

Seega on oluline magistritöö eeldus, et uuritakse erinevate rahastamissüsteemide mõju tuludele ning kuludele muude tingimuste samaks jäädes. Sellest eeldusest lähtuvalt kirjeldab autor töö esimeses peatükis Eesti esmatasandi tervishoiusüsteemi korraldust ning võrdleb seda rahvusvahelise praktikaga. Esmatasandi tervishoiu korralduse all mõtleb autor magistritöös tervishoiusüsteemi õiguslikku korraldust, millega on määratud, mis on esmatasandi teenused, kes neid teenuseid võivad osutada ja millistel tingimustel.

Oluline on mõista, et nii tervishoiukorraldus kui ka rahastamissüsteem on tihedalt seotud ja rahastamismudel peab toetama tervishoiu korraldust. Selleks, et mõista rahastusmudelite mõju teenuseosutajate käitumisele, kirjeldab autor rahastusmudeleid ja nende loodavaid stiimuleid. Rahastamissüsteemide all mõistetakse magistritöös süsteeme, mille alusel riiklik kindlustaja ostab tervishoiuteenuse osutajatelt teenuseid.

Magistritöö eesmärk on leida optimaalne rahastusmudel ETTK-dele. Seega eeldab autor, et perearstidele, kes tervisekeskustesse ei koonu, jätkub rahastamine kehtivatel tingimustel. Sellest tingituna on autor kirjeldanud perearstiabi rahastusmudelit Eestis, et praeguse mudeli tugevustele toetudes leida optimaalne mudel tervisekeskustele.

Küsimuste vastusteni ja hüpoteesi kontrollimiseni jõuab autor teises peatükis. Tuginedes esimeses peatükis kirjeldatule ning EHK ning tervise arengu instituudi (edaspidi TAI) andmetele, koostab autor kolm erinevat rahastusmudelit ning seejärel võrdleb neid praeguse rahastusmudeli loodavate stiimulitega ning omavahel. Andmeanalüüsi metoodika on detailsemalt kirjeldatud jaotises 2.1. Võrdluse tulemusel täidab autor töö eesmärgi, kui teeb ettepaneku optimaalse rahastusmudeli kohta. Autor annab seejuures ka vastused uurimisküsimustele ja kokkuvõtvalt soovitusel, kuidas oleks võimalik rahastusmudelit edasi arendada ning mis on mudeli eduka rakendamise eeldused.

## **1.2. Esmatasandi tervishoiu korraldus**

Lähtuvalt töö eesmärgist leida ETTK-dele optimaalne rahastusmudel, on oluline mõista, mis on esmatasandi tervishoid, kuidas on esmatasand organiseeritud ning milline on Eestis praeguse esmatasandi tervishoiusüsteemi ülesehitus. Järgnevas jaotises mõtestab autor lahti

perearstiabi mõiste ja selle seose esmatasandi tervishoiuga ning seejärel annab ülevaate Eesti esmatasandi tervishoiusüsteemist ja võrdleb seda teiste riikidega.

### 1.2.1. Esmatasandi tervishoiu ja perearstiabi mõiste

Kuna rahvusvaheliselt mõistetakse üldarstiabi, perearstiabi ning esmatasandi arstiabi all erinevaid asju, tuleb magistritöö kontekstis kõigepealt defineerida perearstiabi osutamisega seotud mõisted. Üldarstiabi on ajalooliselt käsitletud esmatasandi tervishoiu ühe osana. Euroopas kasutakse esmatasandi tervishoiu mõistet erinevate lähenemiste puhul, sõltuvalt riigi tervishoiusüsteemi korraldusest. (Saltman *et al* 2007, 6) Esmatasandi tervishoiu mõiste määratlemisel on võimalik lähtuda teenustest, mida see sisaldab või teenust osutava arsti kvalifikatsioonist.

Alma Ata deklaratsioonis<sup>1</sup> on esmatasandit kirjeldatud kui süsteemi, kus fookus on solidaarsusel ja teenuste kättesaadavusel ning pigem tervise edendusel ja ennetusel kui haiguste ravil, arvestades eelkõige kohaliku kogukonna vajadusi. Deklaratsioonis kirjeldati esmatasandi tervishoidu kui olulise tähtsusega tervishoiu valdkonda, mis peab olema kättesaadav selles ulatuses, mida riik ja ühiskond võivad endale lubada, ja meetoditega, mis on praktiliselt ja teaduslikult põhjendatud ning mida ühiskond aktsepteerib. (Declaration ... 1978) Maailma Terviseorganisatsioon (edaspidi WHO ehk *World Health Organization*) defineerib esmatasandi tervishoidu tasandi põhimõtte kaudu, mille kohaselt võimaldab see teha tervishoiuteenus inimestele kättesaadavaks riigi kõige kohalikumal tasandil. (The World ... 2008) Euroopas on enim kasutusel definitsioon, mis on eelnimetatud selgitustest kitsam ning mille kohaselt on esmatasand see, kus toimub patsiendi esmane kontakt tervishoiusüsteemiga. Samas on nimetatud definitsioon laiem, kui võrrelda seda teenuseosutajast lähtuva selgitusega, mille kohaselt esmatasandi tervishoiuteenus on perearsti või pereõe pakutav teenus (Saltman *et al* 2006, 6).

Ingliskeelses kirjanduses on perearstile ja perearstindusele erinevaid termineid: *general practitioner, family practitioner, family doctor, family physician*. Euroopas kasutatakse kõige enam terminit *general practitioner* (edaspidi GP), mis otsetõlkes on üldarst(iabi). Samas on ka

---

<sup>1</sup> Alma Ata deklaratsioon võeti vastu 1978. aastal Esmatasandi tervishoiu konverentsil, et juhtida tähelepanu esmatasandi tervishoiu olulisusele ning kutsuda riike ning rahvusvahelisi organisatsioone üles looma ning arendama esmatasandi tervishoiusüsteeme, mis tagaks tervishoiuteenus kättesaadavuse kõigile. (Declaration ... 1978)

Euroopa piires GP mõistet ja rolli väga erinevalt defineeritud. GP funktsioon on tavapäraselt oluliselt laiem nendes riikides, kus esmatasandile on omistatud laiem funktsioon. Riikides, kus GP roll ei ole nii tugev, võivad esmatasandi teenuse osaks olla kohati ka lisaks perearstidele spetsialiseerunud arstid, näiteks pediatrid, kardioloogid jne. Sisult on aga GP puhul tegemist üldarstiga, kes peab tegelema erinevate terviseprobleemidega olenemata patsiendi vanusest või soost. (Saltman *et al* 2006, 8) Ameerika Ühendriikides ja Kanadas seevastu on ajalooliselt kasutusel mõisted *family physician* või *family doctor*, mis otsetõlkes on perearst. Ameerika lähenemine rõhutab arsti rolli personaalse teenuse osutamisel. Perearst ja tema meeskond peavad kohandama oma tegevust patsientide individuaalsetest vajadustest lähtuvalt ning püstitama patsientidele tervise eesmärgi. Samas on perearsti mõiste selgitamisel välja toodud ka juba mainitud ja Euroopas tunnustatud põhimõtted, et perearst peab tegelema igas vanuses patsientidega kõigi tervisemurede puhul ning on esmane kontakt tervishoiusüsteemiga. (Phillips *et al* 2014)

Eestis on aga pere- ja üldarsti mõiste tähendus erinev. Perearst on arst, kes on saanud diplomijärgse koolituse ja läbinud perearstinduse residentuuri või perearstiks spetsialiseerumise kursused (Lai *et al* 2013, 110). Üldarst on Eesti kontekstis arst, kes ei ole spetsialiseerunud (eriala residentuur on läbimata). Samas tuleb silmas pidada, et tervishoiuteenuste korraldamise seaduse (edaspidi TTKS) § 7 lõige 1 sätestab, et üldarstiabi on ambulatoorne tervishoiuteenus, mida osutavad perearst ja temaga koos töötavad tervishoiutöötajad. Seega on Eesti õigusaktides kasutusel olev termin „üldarstiabi“ mõnevõrra ekslik, sest üldarstil puudub perearstile vastav kvalifikatsioon. Korreksem oleks kasutada mõistet „perearstiabi“, mis on seetõttu kasutusel ka magistritöös, kui ei ole tegemist õigusaktist tuleneva erisusega.

Lisaks perearstidele on esmatasandi tervishoius oluline roll ka teistel spetsialistidel. Milliseid spetsialiste peetakse esmatasandi osaks, erineb riigiti oluliselt. Pereõendusel on olnud ajalooliselt oluline roll esmatasandil arenedes välja n-ö kogukonna õdedest (*community nurses*), kes hoolitsesid kogukonna liikmete eest nende kodudes. Õed tegelesid näiteks patsientide pesemise, haavaravi, ravimite andmise ning haigla järgse ravi pakkumisega. Tänapäeval on pereõdede ülesandeks esmatasandil enamjaolt ennetus- ja edendustegevused, näiteks vaktsineerimine ja krooniliste haigete rutiinkontroll. Olenevalt riigist on antud õdedele võimalus teha ka uuringuid ning välja kirjutada retseptiravimeid. (Saltman *et al* 2006, 9).



On riike, kus esmatasandi oluline osa on füsioteraapia teenus. Füsioterapeut on spetsialist, kes taastab või säilitab patsiendi häirunud liikumis- ja tegevusvõimet, tehes selleks kehalisi harjutusi, massaaži ja kasutades füüsilise ravi võimalusi. Füsioteraapia algab seisundi füsioterapeutilise hindamisega ning selle põhjal tegevusplaani koostamisega (arengusuundade dokument). Füsioteraapiateenuse osutamine on hästi korraldatud Põhja-Euroopa riikides, kus füsioterapeudid töötavad kogukonnas iseseisvalt, aga ka ETTK-s koostöös perearstiga. Mõnes riigis pääseb füsioterapeudi vastuvõtule ilma saatekirjata, kuid üldjuhul on suunamine siiski vajalik. (Saltman *et al* 2006, 10)

Ämmaemandusteenust pakutakse paljudes riikides endiselt eelkõige haiglate juures, kuid on ka tugeva esmatasandiga riike, kus ämmaemandad on esmatasandi süsteemi osa. Esmatasandi ämmaemandustegevuste hulka kuuluvad normaalse kuluga raseduse jälgimine, sünnitusjärgne jälgimine ja imetamisnõustamine, kontratseptsiooni ja hormoonravi jätkamine, patsientide üldine tervisenõustamine, samuti teatud ennetustegevus. Need ülesanded on vastavalt sünnitusabi ja günekoloogia eriala arengukava kohaselt jõukohased lahendada perearstile või ämmaemandale. (Sünnitusabi ... 2012)

Olenevalt tervishoiusüsteemi korraldusest on esmatasandi tervishoiu osaks mõnedes riikides ka apteegid ning hambaarstid. (Saltman *et al* 2006, 9) Põhjalikumalt on erinevate riikide praktikad välja toodud jaotises 1.2.3. Järgmises jaotises on autor kirjeldanud esmatasandi tervishoiusüsteemi korraldust Eestis.

### **1.2.2. Esmatasandi tervishoiu korraldus ning seda reguleerivad õigusaktid Eestis**

Enne taasiseseisvumist 1991. aastal põhines Eesti tervisesüsteem Nõukogude Liidu Semaško süsteemil. Süsteem oli eriarstiabikeskne, mida iseloomustas osutatavate asutuste lai võrgustik ja perearstiabi ebäühtlane tase. Perearsti eriala nõukogude süsteemis ei eksisteerinud. Tervishoiuteenuse osutajad olid reeglina kõik riigi omandis ja tervishoiutöötajad olid palgatöötajad avalikus teenistuses (Lai *et al* 2013, 91). Nõukogudeaegses süsteemis oli ülemäära palju eriarstiabi struktuure, et olla riiklikult rahastatava süsteemina jätkusuutlik (Atun *et al* 2006) ning see andis sisendi ka esmatasandi tervishoiu reformiks Eestis.

Esmatasandi reform sai Eestis alguse, kui loodi peremeditsiini õppetool Tartu ülikooli juurde ning alates 1993. aastast on peremeditsiin erialana tunnustatud. Reformi käigus anti osadele eriarstidele (peamiselt sisehaiguste arstid, pediatrid ja günekoloogid) võimalus õppida

ümber perearstideks. Sellest tulenevalt on kuni tänase päevani valdav osa Eestis töötavaid perearste ümber õppinud eriarstid (80%). (The State ... 2015)

Reform jätkus, kui 2001. aastal jõustus TTKS, millega kehtestati üldarstiabi ja peremeditsiini reguleeriv raamistik. Sätestati, et perearstiabi (õigusakti mõistes üldarstiabi) on esmane kontakt tervishoiusüsteemiga ja seda osutavad iseseisvad perearstid neile kinnitatud nimistu alusel. Igal perearstil on nimistuga määratud teeninduspiirkond, mille kehtestab terviseamet. Seadusega kehtestati perearstina tegutsemise õiguslik vorm, mille kohaselt võivad perearstid tegutseda füüsilisest isikust ettevõtjana või omada perearstiabi osutavat äriühingut. Oluline piirang on, et perearstiabi osutav äriühing ei või olla eriarstiabi osutavate ettevõtete osanik ega aktsionär. Alates 2008. aastast võib kohalik omavalitsusüksus tegutseda perearstiabi osutava ettevõtte osaniku või aktsionärina. Perearsti tegevusala võib olla vaid perearstiabi, iseseisvalt osutatav õendusabi ja sotsiaalteenuste osutamine ning tervishoiualane õppe- ja teadustöö. (TTKS 2. peatükk, 2. jagu) Peatselt on kavas loetelu täiendada ka füsioteraapia-teenusega ning sellekohane seadusemuudatuse eelnõu on riigikogule esitatud.

Pearsti nimistutele on sotsiaalministri määrusega kehtestatud kindlad piirsuurused, mille järgi ei tohi ühes perearsti nimistus olla üle 2000 isiku, kuid nimistus ei tohi olla ka alla 1200 isiku. Nimistu võib olla üle 2000 isiku vaid juhul, kui nimistus töötab lisaks ühele perearstile veel üks arsti kvalifikatsiooniga meditsiinitöötaja. Sellisel juhul tohib nimistus olla maksimaalselt 2400 isikut. (TTKS § 8 lg 4<sup>1</sup>) Teatud piirkonna eripärast tulenevalt (näiteks maapiirkonnad või saared), võib nimistu olla ka alla 1200 isiku, kuid EHK tasub perearstile pearaha siiski 1200 isiku ees, et säiliks perearstiabi kättesaadavus vähese asustusega piirkondades. Nimistu piirsuuruse täitmist jälgib alates 2013. aastast terviseamet (TTKS § 8 lg 4).

Eraldi sotsiaalministri määrustega „Nõuded perearsti tegevuskoha ruumidele, sisseseadele ja aparatuurile“ on paika pandud perearstikeskuste miinimumstandardid teenuse osutamiseks vajalik ruumide, sisseseade ja aparatuuri osas. Järelevalvet nende täitmise üle teostab terviseamet perearstile tegevusloa väljastamisega. Esmatasandil osutatavate teenuste ulatus ja funktsioonid on kehtestatud sotsiaalministri määrusega „Pearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend“. Määrusega kehtestatakse nii perearsti ja pereõe töövaldkonnad kui ka teenuse osutamise, sh kättesaadavuse tagamise nõuded. Perearstiabi kättesaadavust jälgivad terviseamet ja oma rahastamislepingu raames ka EHK.

Kokkuvõtvalt väidab autor, et Eesti tervishoiusüsteem on aastate jooksul muutunud perearstikeskseks süsteemiks. Tervishoiukorraldus tugineb õigusaktidele, mille täitmist

jälgitakse ja mis annavad aluse teenuste rahastajale. Järgmises jaotises võrdleb autor Eesti esmatasandi tervishoiusüsteemi korraldust rahvusvahelise praktikaga, et leida teiste kogemustele tuginedes võimalusi Eesti esmatasandi tervishoiusüsteemi edasisteks arenguteks.

### **1.2.3. Eesti võrdlus rahvusvahelise kogemusega esmatasandi tervishoiu korraldamisel**

Selles jaotises keskendub autor rahvusvahelisele praktika uurimisele, mille käigus võrreldakse erinevate riikide esmatasandi süsteeme. Jaotise eesmärk on kirjeldada rahvusvahelist praktikat esmatasandi tervishoiusüsteemi korraldamisel, et leida edukaid lahendusi, mida oleks võimalik esmatasandi arendamisel arvesse võtta. Sellest tulenevalt on autor võrdlusriikideks valinud Lääne- ning Põhja-Euroopa riigid, kelle tervishoiusüsteem on üles ehitatud sarnasel põhimõttel ehk peamiselt finantseeritud maksutuludest, ning kus jälgitakse sarnaselt Eestiga solidaarsusprintsipi – esmatasandi tervishoid peab olema kodu lähedal ja võrdselt kättesaadav kõigile. Võrdlusriikideks on valitud Soome, Rootsi, Taani, Inglismaa ning Madalmaad. Samu võrdlusriike on autor kasutanud ka jaotises 1.3.4., kus võrreldakse riikide rahastussüsteeme.

#### **1.2.3.1. Tervishoiusüsteemide korraldus**

Kuigi esmatasand on kõigis võrdlusriikides olemas, on selle roll riigiti väga erinev. Lisas 1 on välja toodud võrdlusriikide tervishoiusüsteemide korraldus ehk kes vastutab teenuse osutamise eest, kuidas toimub perearsti valik ning millisel viisil on perearstidel võimalik teenust pakkuda. Ajalooliselt on Skandinaavia maades kohaliku omavalitsuse roll tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamisel väga oluline (Magnussen *et al* 2009, 39–43). Nii Eestis kui ka Madalmaades ja Inglismaal on vastutus pandud pigem teenuseosutajatele, kes peavad tagama teenuse kättesaadavuse, kuigi kontroll teenuse osutamise üle võib olla nii tsentraalne kui ka kohalikul tasandil.

Esmatasandi teenuse osutamisel on oluline selleks ette nähtud ettevõtlusvorm. Kõigis võrdlusriikides on võimalus osutada esmatasandi arstiabi teenust eraettevõtjana. Paljud riigid on loonud sellele lisaks ka riiklikult rahastatavad tervisekeskused, kus arstid saavad olla palgatöötaja rollis. Kõige enam kasutatakse riiklikult rahastatavaid tervisekeskuseid Soomes ja Rootsis, kus traditsiooniliselt ei ole esmatasandi roll nii tugevalt välja arenenud ja kohaliku tasandi võimalused teenuse koordineerimisel on suured (*Ibid.*, 241–247). Madalmaades ning

Taanis on enamlevinud üksikpraksised (Lisa 1). Teistes võrdlusriikides töötavad enamasti koos kaks või enam perearsti ja tegemist on pigem grupipraksisega. (Lisa 1) Praksise all mõistab autor magistritöös esmatasandi tervishoiuteenuse osutaja äriühingut.

Perearsti nimistute süsteem on Taanis, Norras, Madalmaades ning Inglismaal (Lisa 1). See tähendab, et igal perearstil on oma kindel patsientide nimekiri, kelle eest tema vastutab ning kellele ta peab tagama esmatasandi arstiabi kättesaadavuse. Nimistutesse kuuluvad inimesed enamasti olenevalt nende elukohast, et tagada arstiabi kättesaadavus elukoha lähedal. Olenevalt rahastamisviisist võib tekkida nimistutega probleeme, sest perearstid ei taha oma nimistutesse kehva tervisega inimesi. See on aga enamasti reguleeritud viisil, et perearstil ei ole alust keelduda nimistusse registreerimisest. Inglismaal lahendatakse näiteks perearsti ja patsiendi vahelise konflikti tekkimisel see küsimus individuaalselt ja usaldusliku suhte katkemisel võimaldatakse perearstil patsiendist keelduda (Boyle 2011, 231). Soomes ja Rootsis on tegemist teistest erineva süsteemiga tingituna sellest, et riigi erinevates piirkondades toimub esmatasandi tervishoiu korraldus erinevalt ning kohalikul tasandil on võrdlemisi suur voli. Soomes on kasutusel peamiselt kaks võimalust: ühel juhul tagab esmatasandi tervishoiu kättesaadavuse piirkondlik tervisekeskus, kes vastutab teatud ala eest; teine võimalus on, et patsiendid on registreeritud ühe kindla perearsti nimistusse. (Magnussen *et al* 2009, 233–249) Patsientide arv ühe perearsti kohta on samuti riigiti erinev, kuid keskmine suurus jääb ligikaudu 1200–2000 isikuni, mis vastab ka Eesti olukorrale (Lisa 1). Seega ei saa väita, et Eestis on perearstide koormus võrdlusriikidega võrreldes oluliselt suurem.

Tabelis 1 on autor kirjeldanud perearsti rolli tervishoiusüsteemis erinevates riikides. Taani, Inglismaa ja Madalmaad on riigid, kus esmatasandile on omistatud n-ö väravavahi roll ehk perearst on patsiendi esmane kontakt ja edasisuunaja järgmisele tervishoiu tasandile. Tugeva esmatasandiga on riigid, kus on määratud ravi koordineerima perearst. Nii Soomes kui ka Rootsis on olukord olenevalt piirkonnast erinevalt reguleeritud. Rootsis kehtib põhimõte, et eriarsti juurde peab olema vaba ligipääs, kuigi sealjuures võib esineda suuremat patsiendi omaosalust. Soome eristub selle poolest, et esmatasandi teenust pakkuvates tervisekeskustes töötab juba suur osa eriarste, kelle vastuvõtule pääseb suunamiseta. (Vuorenkosky 2008, 106)

Tabel 1. Esmatasandi arstiabi roll tervishoiusüsteemis, võrdlus riigiti

Riik	Esimene kontakt perearstiga	Väravavahi funktsioon perearstil	Vajalik suunamine eriarstile
Taani	+	+	+
Soome			mitte alati
Rootsi	olenevalt piirkonnast		
Inglismaa	+	+	+
Madalmaad	+	+	+
Eesti	+	+ (enamasti, kuid mitte kõigi erialade puhul)	+ (enamasti, kuid mitte kõigi erialade puhul)

Allikas: autori koostatud (Anell *et al* 2012; Boyle 2011; Lai *et al* 2013; Magnussen *et al* 2009; Masseri *et al* 2009; Olejaz *et al* 2012; Willemijn *et al* 2009; Vuorenkosky 2008)

Kokkuvõtteks väidab autor, et iga riik on leidnud enda ajaloolisest taustast ja iseärasustest lähtuvalt toimiva esmatasandi mudeli. Kõik süsteemid lähtuvad põhimõttest, et esmatasandi arstiabi peab olema kättesaadav võrdselt kõigile võimalikult kodukoha ligidal, olenemata sellest, kas esmane kontakt on igale isikule ette nähtud perearstiga või vastutatakse teenuse osutamise eest tervisekeskuses tervikuna. Oluline sisend Eesti esmatasandi tervishoiusüsteemi arengutesse on info, et nimistu piirsuurus Eestis jääb võrdlusriikidega samasse vahemikku. Samuti on võimalik laiendada võrdlusriikidega võrreldes esmatasandi väravavahi funktsiooni.

### 1.2.3.2. Esmatasandi vastutus ja meeskond

Eelnevalt selgitati esmatasandi tervishoiu mõistet ning kuidas esmatasandi tervishoid erineb perearstiabist. Olenevalt riigist liigitatakse esmatasandit ühe võimalusena selle alusel, milliseid teenuseid seal osutatakse. Lisas 2 on riikide kaupa välja toodud vastutusvaldkonnad, mis kuuluvad perearsti pädevusse. Eraldi vastutusvaldkondadena on välja toodud kõik terviseprobleemid, erakorralised terviseprobleemid, lapsed, naised, vaimse tervise häired ja sotsiaalprobleemid ning pereplaneerimine. Võrreldes teiste tugeva esmatasandiga riikidega on Eestil veel arenguruumi, et anda perearstidele rohkem vastutust ja laiendada esmatasandil osutatavate teenuste loetelu.

Eesti esmatasandi arengute üks prioriteet on laiendada esmatasandi teenuste paketti ning pakkuda esmatasandil lisaks perearstiabile ka lisanduvaid teenuseid. Taanis kuulub esmatasandi teenuste alla füsioteraapia, kuid enamasti ei tööta füsioterapeudid koos perearstidega, vaid iseseisva teenuseosutajana. Ämmaemandusabi teenust osutatakse aga haiglates (Olejaz *et al* 2012, 95). Soomes toimib tervisekeskuste mudel sisuliselt kui haigla ja seal töötab lisaks perearstile mitmeid spetsialiste (eriarstid, õed, ämmaemand, sotsiaaltöötaja, füsioterapeut, psühholoog ning muu assisteeriv personal). Soome nimistupõhises mudelis osutavad teenust perearst ja pereõde. (Vuorenkosky 2008, 105–109) Rootsis osutavad perearstikeskuses teenust perearstid, pereõed, ämmaemandad, füsioterapeudid ja ka günekoloogid. Endiselt on perearstikeskusi, kus töötavad vaid perearst koos pereõdedega, kuid neid on võrdlemisi vähe. (Anell *et al* 2012, 87–88) Inglismaal töötavad perearstikeskuses perearst, pereõde, koduõde, ämmaemand, füsioterapeut, logopeed ning ka administreeriv personal. Mõningatel juhtudel töötavad esmatasandil ka kiropraktikud ja tegevusterapeudid. (Boyle 2011, 229) Madalmaades koosneb tervisekeskuse meeskond perearstidest, pereõdedest või spetsialiseerunud õdedest, füsioterapeutidest, psühholoogidest ning ämmaemandatest. Ämmaemanda juurde pääseb perearsti suunamiseta ning alates 2006. aastast pääseb suunamiseta ka füsioterapeudi vastuvõtule. (Schäfer *et al* 2009, 148–151)

Eestis pääseb samuti ämmaemanda vastuvõtule saatekirjata. Füsioteraapia puhul on aga ravile suunaja ja ravi koordineerija raviarst. Lisaks tuleb märkida, et Eestis puuduvad praegu vastava eriala spetsialistid, kes on tervisekeskuses n-õ tervishoiukorraldaja ametis (*case manager*). Vähesel määral on Eestis kiropraktikuid ning tegevusterapeute, kuid puuduvad dietoloogid ja vaimse tervise õed, kes on olulised kvaliteetse esmatasandi teenuse osutamisel. (Thomson *et al* 2010) Rahvusvahelisi arenguid silmas pidades tuleb arvestada, et tõenäoliselt laieneb tulevikus esmatasandi teenusepakett oluliselt.

Järgmises jaotises kirjeldatakse lisaks juba nimetatule Eesti esmatasandi tervishoiu olulisemaid planeeritavaid arenguid, mis on sisend ka optimaalse rahastusmudeli välja töötamisel.

#### 1.2.4. Esmatasandi tervishoiu arengud Eestis

Magistritöö eesmärk on välja töötada võimalikud rahastusmudelid ETTK-le. Selleks, et anda hinnang parima rahastusmudeli kohta, on oluline arvestada tervishoiu olulisemaid arengusuundi, sest rahastamissüsteem peab toetama kogu tervishoiusüsteemi arengut. Järgnevas jaotises kirjeldab autor Eesti esmatasandi tervishoiu arengusuundade olulisemaid põhimõtteid.

Arvestades Eesti perearstiabi süsteemi praegust ülesehitust, õigusruumi ja arenguid rahvusvahelises praktikas, on selge, et esmatasandi tervishoius tuleb teha põhimõttelisi muudatusi. Üks olulisemaid väljakutseid tulevikus on krooniliste haigustega elavate inimeste kasvav hulk. Viimastel aastatel on jõutud arusaamisele, et sellega toimetulekul mängib suurt rolli esmatasandi arstabi, eriti perearstiabi. Rahvusvahelised uuringud on näidanud, et mida tugevam on perearstiasüsteem riigis, seda paremad on seal ka inimeste tervisenäitajad. (The World ... 2008, 24–28) Perearstidele omistatud värvavahi roll ning inimeste hõlpsama perearsti vastuvõtule pääsemise tõttu väheneb hospitaliseerimiste arv, eriarstid ja erakorraline arstiabi on vähem koormatud, samuti väheneb väärravi osutamise võimalus. Uuringud on näidanud, et kui inimesed pääseksid eriarsti juurde otse ehk ilma, et nad peaksid külastama perearsti, suureneksid tervishoiukulutused märkimisväärselt ning inimestele osutataks tervishoiuteenuseid, mille järele poleks tegelikult tarvidust. (*Ibid.*, 55–56)

Eesti kohta koostatud maailmapanga uuringust selgus, et Eesti esmatasandi tervishoiusüsteem on hea, kuid olulisemad kitsaskohad Eesti perearstiabi süsteemis on ebaühtlane ravi-kvaliteet, perearstide suur töökoormus, sest nad peavad olema nii raviarsti kui ka ettevõtja rollis, ning perearsti kui ravi koordineerija rolli tunnustamine. Maailmapanga ekspertide üks ettepanek oli perearstide koondumine suurematesse tervisekeskustesse, mis aitaks vähendada perearsti töökoormust ja parandada kvaliteeti. (The State ... 2015, 35) Juba pikema aja jooksul on nähtud vajadust tuua perearstiasse infrastruktuuri investeeringuid. (Lai *et al* 2013, 128). Investeeringud võimaldaksid parandada teenuste kvaliteeti ja laiendada esmatasandi tervishoiuteenuseid ning kaasa aidata teenuste liikumisel eriarstiasse perearstiasse. Peamine tõuge arenguteks esmatasandi tervishoius on EL-i struktuurifondi raha, mis on Eestile eraldatud ETTK-de ehitamiseks. Arengusuundade dokumendis on kirjeldatud rahastatava meetme peamine eesmärk: esmatasandi tugevdamine ning esmatasandi teenustepaketi laiendamine parema kättesaadavuse tagamiseks.

Arengusuundade dokumendis on esmatasandi tervishoid defineeritud kui iga inimese terviseprobleeme lahendav töö-, kooli- ja elukohajärgselt kättesaadav esmavajalike ambulatoorsete teenuste kogum. Nimetatud arengukava järgi on esmatasandi tervishoiuteenused perearsti ja -õe teenused, kodune õendusabiteenus, füsioteraapiateenus, ämmaemandusabiteenus, koolitervishoiuteenus, apteegiteenus, töötervishoiuteenus, hambaraviteenus ja vaimse tervise õe teenus. Loetletust arvestatakse aga esmatasandi põhiteenusteks perearsti ja -õe, koduõe, füsioteraapia- ning ämmaemandusteenust. (arengusuundade dokument)

Magistritöös piirdub autor esmatasandil perearstiabi, füsioteraapia, ämmaemanda ning koduõenduse osutamiseks vajalike ressursside uurimisega. Selleks, et koduõenduse, füsioteraapia- ning ämmaemandusteenuseid esmatasandil tuginev tervishoiusüsteem toimiks, on kõigepealt tarvis motiveerida perearste koonduma ETTK-sse ning seejärel teenustepaketti laiendada lisanduvate teenustega.

Kokkuvõtvalt tuleb autori hinnangul rahastamismudeli väljatöötamisel arvestada praegust esmatasandi süsteemi Eestis ning planeeritavat teenustepaketi laiendamist. Oluline on, et loodav rahastusmudel toetaks esmatasandi tervishoius planeeritavaid muudatusi ning ka arenguperspektiive rahvusvahelisest võrdlusest lähtuvalt. Selleks, et täita töö eesmärki ja anda hinnang optimaalse rahastusmudeli kohta tuleviku ETTK-dele, on vaja jõuda selgusele, kas praegune rahastamissüsteem motiveerib perearste koonduma ja toetab ETTK-de loomist vastavalt arengukavas sõnastatud eesmärkidele. Järgnevas jaotises kirjeldab autor tervishoiu rahastamissüsteeme, Eesti praegust rahastamissüsteemi ning võrdleb seda teiste riikidega.

### **1.3. Rahastamissüsteemi loodavad stiimulid tervishoius ja Eesti tervishoiusüsteemi rahastus ning võrdlus teiste riikidega**

Eelnevalt kirjeldas autor Eesti esmatasandi tervishoiusüsteemi ning planeeritavaid arengusuundasid, millest on tekkinud vajadus välja töötada rahastusmudel ETTK-dele, mis sisaldab lisaks perearstiabile ka ülejäänud esmatasandi põhiteenuste rahastamist. Selleks, et leida vastus sissejuhatuses püstitatud uurimisküsimustele, kirjeldab autor järgnevalt maailmas enim kasutatavaid esmatasandi rahastamise süsteeme ning nende loodavaid stiimuleid teenuseosutajatele. Kuna uue rahastusmudeli loomine eeldab tuginemist praegusele rahastussüsteemile, annab autor jaotises 1.3.3. ülevaate Eesti praegustest rahastamise mudelitest



perearstiabile, füsioteraapiale, koduõendusele ning ämmaemandusele. Esimese jaotise lõpus võrdleb autor Eesti rahastamismudelit eelnevas jaotises kirjeldatud võrdlusriikidega, et anda sisend rahastusmudeli arendusettepanekuteks.

### **1.3.1. Esmatasandi tervishoiu rahastamissüsteemid**

Tervishoius on erinevate huvidega osapooled. Ühel pool on tervishoiuteenuse osutajad ning teisel pool teenuse tarbijad ning nende huvide eest vastutavad tervishoiuteenuse rahastajad. Kolme osapoole roll tervishoiuvaldkonnas seisneb selles, et tervishoiuteenuste vajadust ja sellega seonduvat kulu on raske prognoosida ja ise teenuse eest tasudes sõltub ravi saamine maksevõimest, mitte tervisevajadusest. Kuna tervis on inimese üks põhiõiguseid, on oluline, et tervishoiu rahastamine oleks korraldatud moel, mis aitab vähendada finantsrisiki maandada. Seetõttu ei ole tegu klassikalise turuolukorraga, kus kohtuvad ostja ja müüja, vaid lisandub ka kolmas osapool, kes korraldab tervishoiu rahastamist. Finantskaitse peab tagama, et üksikisikud ja perekonnad ei langeks vaesusesse halva tervise tõttu või tervishoiuteenuste kasutamise tulemusel. (Thomson *et al* 2010, 3) Seega saavad tervishoiuteenuste turul kokku patsient kui teenuse tarbija, teenuse osutaja ehk meditsiinipersonal ning patsientide huvides ostjana tegutsev tervishoiuteenuse rahastaja. Eestis on tegemist ühe rahastaja põhise süsteemiga. EHK kindlustab ligikaudu 95% Eesti elanikkonnast (*Ibid.*, 23).

Tervishoiuteenuste rahastajad peavad endalt pidevalt küsima, milline on nende roll tervishoiuteenuste osutajate mõjutamisel. Kas rahastaja on pelgalt passiivne rahasummade vahendaja või on eesmärk ka parendada tervishoiusüsteemi kvaliteeti ja efektiivsust. (Langenbrunner *et al* 2009, 3) Seetõttu on rahastajad tänapäeval üha enam hakanud huvi tundma, milline süsteem annab parima tulemuse, silmas pidades kindlustatute huve ja riigi tervishoiupoliitilisi eesmärke.

Rahastamise mehhanismid erinevad selle poolest, mil viisil ja mis ulatuses makstakse teenuseosutajale tehtud töö eest. Ideaalne rahastamissüsteem loob stiimulid kulude minimeerimiseks, parema kvaliteedi tagamiseks ning lisaks teenuseosutaja sisese efektiivsuse tõstmiseks. Rahastamissüsteemide rakendamisel tuleb arvestada loodavate stiimulitega, mis mõjutavad teenuseosutaja käitumist patsiendile kõige sobilikumas suunas, et saada maksimaalset tulemit süsteemi panustatud raha eest. (Figueras *et al* 2005, 232–234) Stiimulite idee põhineb eeldusel, et indiviidid ja organisatsioonid üritavad oma tegevusi optimeerida ja neid korraldada enda huvidest lähtuvalt. Rahastaja peab seega leidma rahastamissüsteemi, mida on

võimalik üles ehitada viisil, et stiimulid suunavad teenuseosutajat tema enda huvidest lähtuvalle käitumisele ning samal ajal ühilduvad need huvid ka patsiendi huvidega. (Langenbrunner *et al* 2009, 2)

Iga riigi rahastamissüsteem sõltub sellest, kuidas on korraldatud tervishoiusüsteemi toimimine ning kuidas soovitakse mõjutada tervishoiuteenuse pakkujate käitumist. Magistritöö eesmärk on välja töötada rahastamismudel, mis toetaks tervishoiusüsteemi üldisi arenguid. Järgnevalt on kirjeldatud mõningaid võimalikke rahastamissüsteeme ning nende mõju tervishoiusüsteemile.

Tervishoiu rahastamisel on valida erinevate süsteemide vahel:

- pearahapõhine tasustamine (*capitation*);
- teenusepõhine rahastamine (*fee for service*);
- eelarvepõhine ehk fikseeritud tasuna rahastamine (*budget*);
- tulemustasupõhine rahastamine (*quality bonus payments*);
- kombineeritud mudelid.

Üks levinumaid tervishoiu rahastamise süsteeme lähtub isikute sihtrühmast, kellele teenust osutatakse. Pearahapõhise ehk isikute sihtrühmast lähtuva süsteemi puhul tasutakse teenuseosutajale vastavalt potentsiaalsele patsientide arvule, st igale teenuseosutajale on omistatud kindel sihtrühm, kelle teenindamine peab olema tagatud. Tasu suurus ühe isiku kohta sihtrühmas on sel juhul määratud eeldatava keskmise kuluga kogu sihtrühma arvestades. Pearahapõhise rahastamismudeli juures sõltub tasu peade arvust sihtrühmas, kuid ei sõltu sellest, kellele on tervishoiuteenust osutatud. Eelarvepõhise rahastamise puhul ei sõltu tasu otseselt isikute arvust ega osutatud teenustest, vaid lähtutakse ajaloolisest kulust teenuste osutamisel ning tasu jaotatakse sellest lähtuvalt. Teenusepõhise tasu korral lähtutakse osutatud teenuste kogusest, st rahastamine toimub osutatud teenuste põhjal. See meetod on samuti rahvusvaheliselt väga levinud ning seda kombineeritakse vajaduse korral teiste rahastamisviisidega.

Kuna magistritöö käsitleb perearstiabi rahastamist, on tabelis 2 välja toodud esmatasandil enim kasutatavad rahastamise meetodid ja peamised tervishoiuteenuseosutajate motivatsioonid, mis nendega kaasnevad.

Tabel 2. Tervishoiu rahastamissüsteemid esmatasandil

Rahastamismeetod	Loodav stiimul teenuseosutajale
1. Eelarvepõhine ehk fikseeritud tasuna rahastamine	Kulud on fikseeritud vastavalt eelarve võimalustele, kuid väheneb vastuvõttude arv. Kogu eelarve kulutatakse ära, sest puudub motivatsioon kulusid juhtida. Üldine eelarve kasvatab optimeerimise võimalust, detailne eelarve vähendab seda. Fikseeritud tasuna tasustamine loob motivatsiooni suunata patsiendid järgnevale tasandile.
2. Teenusepõhine rahastamine	Kasvab teenuste arv patsiendi kohta. Tekib motivatsioon osutada rohkem teenuseid kui vaja.
3. Pearahapõhine tasustamine, mida on korrigeeritud soo või vanuse järgi	Patsiendi ravimisel lähtutakse eelarve piirangutest, kuna tasu ei sõltu osutatavate teenuste mahust. Võib tekkida olukord, kus eiratakse kõrge riskiga patsiente. Pearahapõhine tasustamine loob motivatsiooni suunata patsiendid järgnevale tasandile.
4. Pearaha ja teenusepõhise süsteemi kombinatsioon	Patsiente ravitakse eelarve võimaluste järgi, kuid suureneb teenuste arv, mida tasutakse tükipõhiselt.
5. Tulemustasu	Suureneb teenuste arv, mis on seotud tulemustasu indikaatoritega. Fookus patsiendi kui terviku ravimisele võib väheneda ning keskendutakse vaid eraldi tasustatavatele indikaatoritele.

Allikas: Schneider 2007, Langenbrunner *et al* 2009

Järgnevalt kirjeldatakse teenusepõhise, eelarvepõhise ning pearahapõhise rahastamise süsteeme ja nende omavahelisi kombinatsioone, sest ka Eestis kasutatakse praegu seda kombinatsiooni esmatasandi tervishoiu rahastamisel.

Teenusepõhisel rahastamisel oleneb tasu sellest, mis teenust ja millises koguses osutatakse. Perearsti tulu koosneb osutatud teenuste arvu ja teenuste hinna korrutisest. Teenusepõhine rahastamine võimaldab paindlikumat ravi patsiendi vajaduste järgi ning perearstil säilib patsiendi ravi koordineerimisel autonoomsus. Teenusepõhise tasu negatiivne mõju rahastaja vaates on see, et hüvitamisele kuulub ka mittevajalike ning üleliigsete teenuste osutamine ja perearstil puudub stiimul oma tööd optimeerida. Erinevate rahastamissüsteemide võrdlevad uuringud on näidanud, et teenusepõhine tasustamine loob pakkuja tekitatud nõudluse, sest arsti jaoks on teatud teenuste osutamine kasumlikum võrreldes mõne teise teenusega. Eriti väljendub see olukorras, kus arsti isiklik tulu on otseselt seotud teenust osutava ettevõttega. (Langenbrunner *et al* 2009, 6)

Eelarvepõhisel rahastamisel tasutakse teenuseosutajatele fikseeritud summa teatud perioodi jooksul, mis on ette nähtud kindlate kulude katmiseks. Eelarvepõhise ehk fikseeritud summana rahastamisega on teenuseosutajal võimalus optimeerida oma tegevust, sest teenuse osutaja juhib kulusid ise. Detailse eelarve puhul toimub kululiikide lõikes rahastamine, millest

tulenevalt ei ole teenuseosutajal paindlikkust raha teisel eesmärgil kasutada. Kuna tasu on fikseeritud olenemata patsientidele osutatud teenustest, loob see stiimuli osutada vähem teenuseid ja teha vähem vastuvõtte, sest saadav tasu sellest olenevalt ei muutu ning teenuseosutajal tekib suurem kulu, kui võetakse rohkem patsiente vastu ja osutatakse rohkem teenuseid. (Schneider 2007, 8–10)

Pearahapõhise rahastamise meetodi puhul on perearstile tagatud iga tema sihtgruppi kuuluva patsiendi kohta fikseeritud pearaha. Pearaha suuruse arvutamisel on võimalik arvestada ka patsientide eripära sihtrühmas, näiteks patsiendi vanus ja sugu, sest need mõjutavad oluliselt patsiendile osutatavate teenuste mahtu. Pearahapõhise rahastamise korral on perearstil motivatsioon omada suuremat sihtrühma, kelle eest pearaha saadakse. See loob perearstide vahel võistlusmomendi patsientide eest ja selle kaudu tekib ka motivatsioon parandada teenuse kvaliteeti (Langenbrunner *et al* 2009, 31). Pearahapõhise rahastamise negatiivne tagajärg võib aga olla liiga suured nimistud ning perearstid ei suuda kõigile oma sihtrühma patsientidele tagada piisavat arstiabi kättesaadavust. Üks võimalik negatiivne mõju on ka patsientide valik oma sihtrühma võtmisel, sest perearst saab valida oma vastutuse alla parema tervisega patsiendid. Selleks, et seda motivatsiooni ohjata, on enamik riike, kes pearahapõhist rahastamissüsteemi kasutavad, kehtestanud maksimaalse sihtrühma arvu ja ka meetodi, millistel põhjustel võib perearst keelduda patsienti oma sihtrühma võtmast (Schneider 2007, 8). Pearahapõhine tasustamine motiveerib arste osutama arstiabi madalate kulutustega ja see peaks motiveerima perearsti efektiivsemalt oma kulusid juhtima. Seega peaks perearst olema huvitatud, et tema nimistu patsiendid oleksid võimalikult terved ja see motiveerib pöörama rohkem tähelepanu haiguste ennetamisele. Samas on pearahapõhise rahastamise puhul arstil võimalik soovi korral kulusid kokku hoida ja osutada ka vajalikust vähem teenuseid. (Langenbrunner *et al* 2009, 31). Seetõttu motiveerivad nii pearahapõhine kui ka eelarvepõhine tasustamine patsiente pigem edasi järgmisele tasemele suunama.

Igal rahastamise süsteemil on omad positiivsed ja negatiivsed mõjud. Neid mõjusid arvestades saab autor anda hinnangu optimaalse rahastusmudeli kohta, lähtudes rahastaja vaatest. Järgnevas jaotises kirjeldab autor, miks on oluline kehtestada tervishoiuteenuste hinnad riiklikul tasemel ja kuidas tervishoiuteenuste hinnad tekitavad teenuseosutajates erinevaid stiimuleid.

### 1.3.2. Hinnakujundus tervishoiusektoris ja selle vajalikkus

Majanduskoostöö ja arengu organisatsioon (*Organisation for Economic Co-operation and Development* ehk OECD) liikmesriikidest enamikul on avalik sektor loonud protsessi tervishoiuteenuste hindade arvestuseks. (Kumar *et al* 2014, 8)

Hinnakujunduse protsessi juhitakse enamasti riiklikul tasandil arvestades tervishoiuteenuste hinnakujunduse keerukust ja kaasnevaid suuri kulusid. On riike, kus on loodud ka tervishoiuteenuste hinnakujundusele spetsialiseerunud asutused, et eraldada tehniline töö hindade koostamisel poliitilistest mõjutustest. (Masseri *et al* 2009, 17–18) Näiteks luuakse hindu konkreetse asutuse tegelike kulutuste järgi. Näiteks kui hind vastavalt kuludele on määratud, algavad läbirääkimised teenuseosutajatega, sest ühe või teise teenuse puhul võib olla vaja lähtuvalt tervishoiupoliitilisest seisukohast määrata tegelikest kuludest suurem või väiksem hind. (Özaltın, Cashin 2014, 103)

Majanduslik põhjendus riiklikult hindade fikseerimiseks on kontrollida kulusid, soodustada konkurentsi ning parandada teenuste kvaliteeti. Lisaks tuleb arvestada, et tervishoiuturg käitub klassikaliste tooraine ja teenuste turuga võrreldes teisiti. Tervishoiuturu toimimist mõjutab patsiendi vaates informatsiooni vähesus, mis omakorda suurendab teenuse osutaja ja kindlustaja (rahastaja) mõju (kolme osapoole kombinatsioon, mida autor eelnevas jaotises kirjeldas). (Blomqvist, 1991) Selline info asümmeetria ning lahknevad huvid on õigustanud hindade fikseerimist riiklikul tasandil, et oleks võimalik tagada optimaalne tervishoiuteenuste osutamise tase ning luua stiimulid efektiivsuse tõstmiseks. (Randall, McGuire, 1993) Uuringud on näidanud, et hindade fikseerimine riiklikul tasandil motiveerib teenuseosutajaid konkureerima muudel alustel, nt kvaliteedi osas. See aitab jagada finantsriski teenuseosutaja ja kindlustaja vahel ning kontrollida tervishoiu kulusid.

Kulude selgitamine ja määramine on vaid üks aspekt teenuse hinna kujundamisel, kuid sellegipoolest annab see kõigile osapooltele lisainfo, mille abil on võimalik kaaluda erinevate lahenduste vahel. Tervishoiusektoris vastutab teenuse rahastaja selle eest, et kulud ei ületaks eelarvet, kuid samas tuleb pakkuda kõrge kvaliteediga teenust ja soodustada efektiivsuse kasvu. Selle saavutamiseks peab Eesti mõistes EHK tervishoiuteenuste rahastajana leidma tasakaalu tervishoiupoliitiliste prioriteetide, eelarve võimaluste ja teenuste osutamisega kaasnevate keskmiste kulude vahel. Hind, mille eest tervishoiuteenus ostetakse, peab katma keskmised prognoositavad kulud, mis kaasnevad patsiendi diagnoosimise, ravimise ja kogu tervikliku

patsiendikäsitluse käigus. On tavaline, et üksikute teenuseosutajate tasemel on kulud erinevad ning teenuseosutaja tegelikud kulud ületavad määratud teenuse hinda või jäävad sellest hinnast madalamaks. Oluline on mõista, et teenuseosutajate tegelikud kulud ei pruugi alati olla optimaalsed ja riiklikult kehtestatud teenuse hind annab signaali kulude optimeerimiseks. Või on rahastaja otsustanud motiveerida kõrgema hinna kaudu teenuse suuremat kasutust. (Özaltin, Cashin 2014)

Rahastajal olev info teenuseosutajate tegelike kulude kohta aitab läbirääkimiste protsessi muuta läbipaistvamaks. Kui aga teenuste hinnad on konstantselt madalamad, kui teenuse osutamise käigus tekkivad kulud, siis lõppkokkuvõttes vähendab see teenuste kvaliteeti või tõuseb patsientide omaosalus (*Ibid.*, 103–104). Tervishoiuteenuste hinna ning teenuse osutamise keskmiste kulude vahe jälgimine annab sisendi teenuste ostustrateegia muutmiseks ning vahendite ümber suunamiseks. Kuluandmete analüüs võib olla sisend erinevatele tegevustele nagu autor on välja toonud joonisel 1.



Joonis 1. Kuluandmete analüüs sisendina

Allikas: Özaltin, Cashin 2014, 104

Riiklike hindade kehtestamisel tuleb silmas pidada, et kui tervishoiuteenuse osutamise kulud on suured, võib olla viga ka mujal kui kehtestatud teenuse hinnas, näiteks kui teenuse

osutamise korraldus ei ole optimaalne konkreetse teenuseosutaja tõttu või hoopiski seepärast, et kogu süsteemi korraldus ei ole optimaalne.

Kokkuvõtteks võib väita, et tervishoiuteenuse osutamise hind peab katma efektiivsete teenuseosutajate kulud, looma teenuseosutajate seas õigeid initsiatiive ja olema jätkusuutlik tervishoiuteenuste rahastaja vaatevinklist. Uue ETTK rahastusmudeli loomisel tuleb arvestada seega lisaks rahastamismudeli ülesehitusele ka uute teenuste hindade loodavaid stiimuleid teenuseosutajatele. Järgnevas jaotises kirjeldab autor praegust esmatasandi tervishoiuteenuste rahastamissüsteemi Eestis. Seejärel võrdleb autor erinevate riikide praktikat ja rahastamise süsteeme.

### **1.3.3. Esmatasandi tervishoiu rahastus Eestis**

Eelmises jaotises kirjeldas autor, kuidas rahastusmeetodid ja tervishoiuteenuste hinnastamine mõjutavad teenuseosutajate käitumist. Kuna magistritöö eesmärk on teha ettepanek ETTK optimaalsele rahastusmudelile, arvestades sellega loodavaid stiimuleid, tuleb kõigepealt mõista praegust rahastamissüsteemi. Loodav ETTK rahastusmudel peab tuginema senise mudeli tugevustele ning lähtuma arengukavas sõnastatud eesmärkidest. Järgnevalt annab autor ülevaate Eesti esmatasandi tervishoiusüsteemi rahastusest ning kirjeldab perearstiabi, füsioteraapia, ämmaemanduse ning koduõenduse rahastamist Eestis, lähtudes arengukava dokumendis sõnastatud esmatasandi põhiteenustest.

#### **1.3.3.1. Eesti tervishoiu ja perearstiabi rahastus**

Eestis rahastatakse tervishoiusüsteemi palgalt makstava sotsiaalmaksuga. Ligikaudu kaks kolmandikku kuludest katab sotsiaalmaks ning kümnendik tuleb mujalt riigieelarvest. Ülejäänud osa kaetakse patsientide omaosalusena. Alates 1990. aastate algusest on Eestis olnud ühe rahastaja põhine süsteem. EHK kogub tulud, ostab teenused ja sealjuures kujundab hinna – see tõhustab ravikindlustusvahendite kasutust. (Thomson *et al* 2010, 2–4).

EHK on sõnastanud oma eesmärgina tervisesüsteemi toimivuse parandamise (Eesti Haigekassa arengukava ...). Selleks tuleb vastata kolmele küsimusele: milliseid tervishoiuteenuseid inimesed vajavad, millistelt teenuseosutajatelt tuleks neid osta ning milliseid rahastamismeetodeid ja lepingutingimusi selleks kasutada, et tagada parem kvaliteet ja suurem efektiivsus tagamiseks. Magistritöös lähtub autor eelkõige rahastamise vaatest. Kuna

arengukava dokumendi kohaselt on prioriteetne eesmärk esmatasandi teenustepaketi laiendamise, tuleb leida parim mudel, mis suurendaks teenuseosutajate efektiivsust, motiveerides osutama küll piisaval hulgal ja kvaliteetset teenust, kuid mõistlike kulude juures.

Kõige suurema osa tervishoiuasutuste kuludest moodustab tervishoiutöötajate palgakulu. Nii perearstidel kui ka haigla juhtkonnal on viimasel aastakümnel tekkinud oluliselt suurem autonoomia töötajate palkade määramisel. Palgatasemed kehtestatakse tööandjate ja töötajate vahelistel läbirääkimistel. Tervishoiutöötajate miinimumpalgad fikseeritakse kollektiivlepingus, mis sõlmitakse ametiühingute ning tööandjate vahel. (Kollektiivleping 2014) Tervishoiutöötajad, kes töötavad haiglates, on tavaliselt palgatöötajad. Teistel tervishoiutöötajatel, sh perearstidel, on töölepingu alusel määratud palgad, mis sõltuvad üksnes tööandja võimalustest. Kui perearst on ise endale tööandja, on tal võimalik määrata endale palk.

Kõigil perearstidel, kellel on kinnitatud nimistu, peab olema rahastamise leping EHK-ga. Perearstid võivad osutada teenust ka lepinguta, kuid siiski peab neil olema selleks ettenähtud tegevusluba (TTKS §35 lg1). Kui perearstil puudub kinnitatud nimistu ja leping EHK-ga, tuleb patsientidel endal katta ravikulud selle perearsti juures.

EHK on perearstide rahastamiseks välja töötanud kombineeritud mudeli erinevatest tasudest: pearaha, baasraha, uuringu-, teraapia- ning tegevusfondis sisalduvate teenuste teenusepõhine tasu, kauguse ja teise pereõe lisatasu, tulemustasu ning ületunnitöö tasu. Sotsiaalministri määrusega „Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetoodika“ (edaspidi tasu arvestamise meetoodika) on sätestatud tegevused, uuringud ja protseduurid, mida perearstid tegema peavad. Nimetatud määrus sätestab, millised tegevused katab EHK perearsti pearaha arvelt, millised fikseeritud tasuna ja mille eest makstakse teenusepõhistelt. Pearaha, baasraha, ületunnitöö ja kauguse ning teise pereõe lisatasu arvutamise aluseks on EHK ja perearstide koostöös välja töötatud kulumudel. Mudelis on arvestatud riigis kehtivaid normatiive ja keskmise teenuseosutaja kulusid normatiivide katmiseks.

Eestis on pearaha hinda arvestatud tööjõukulud, üle üheaastase kasutusajaga meditsiiniseadmed, korduvkasutusega meditsiiniseadmed (edaspidi KKM) ja ühekordse kasutusega meditsiiniseadmed ja ravimid (edaspidi ÜKM) ja bürookulud. (tasu arvestamise meetoodika, § 40 lg 1) Pearaha on diferentseeritud patsientide vanuse järgi ja seda arvestatakse viie vanuserühma lõikes (kuni 3-aastased, 3–7-aastased, 8–49-aastased, 50–69-aastased, üle 70-aastased). (valitsuse määrus „Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu“ edaspidi TTL, § 2



lg 2) Pearaha arvutamise aluseks olev mudel on koostatud põhimõttel, et mida rohkem on perearsti nimistus isikuid, seda rohkem on perearstil võimalik teenida lisatulu. Kulumudel on koostatud eeldusel, et perearsti kulud kehtestatud nõuete täitmiseks peavad olema kaetud miinimum nimistu korral (1200 isikut).

Baasraha on fikseeritud kuutasu, mida EHK maksab perearstile iga kuu ettemaksuna. Baasrahas sisalduvad järgnevad kulukomponendid: ruumide kulud, kohustusliku koolituse kulud ning koduvisiitide ja asjaajamisega seotud transpordikulud. (tasu arvestamise meetoodika, § 40 lg 4) Baasraha saavad kõik perearstid võrdsetel alustel. Erand on tehtud vaid perearstidele, kellel on sõltuvalt tema teeninduspiirkonnast vajalik teenust osutada kahes tegevuskohas. TTL-i § 3 lg 5 kohaselt tasutakse sel juhul baasraha koefitsiendiga 1,5. Perearsti ruumidega seotud kulud on olenevalt piirkonnast väga erinevad ja teatud piirkondades aitab perearstil ruume rahastada ka kohalik omavalitsus. Sellest tulenevalt võib perearstipraksistel raha üle või puudu jääda, mis lõppkokkuvõttes taandub põhimõttele, et perearst eraettevõtjana peab endale ise leidma parimad lahendused ja kokkulepped teenuse osutamiseks.

Lisaks pearahale ja baasraha makstakse kindlate tingimuste täitmisel perearstidele kauguse lisatasu, et motiveerida perearste töötama maapiirkondades. Kauguse lisatasu arvestamisel on aluseks transpordikulud, mis on seotud koduvisiitide tegemise ning labori analüüside transpordiga (tasu arvestamise meetoodika § 40 lg 5).

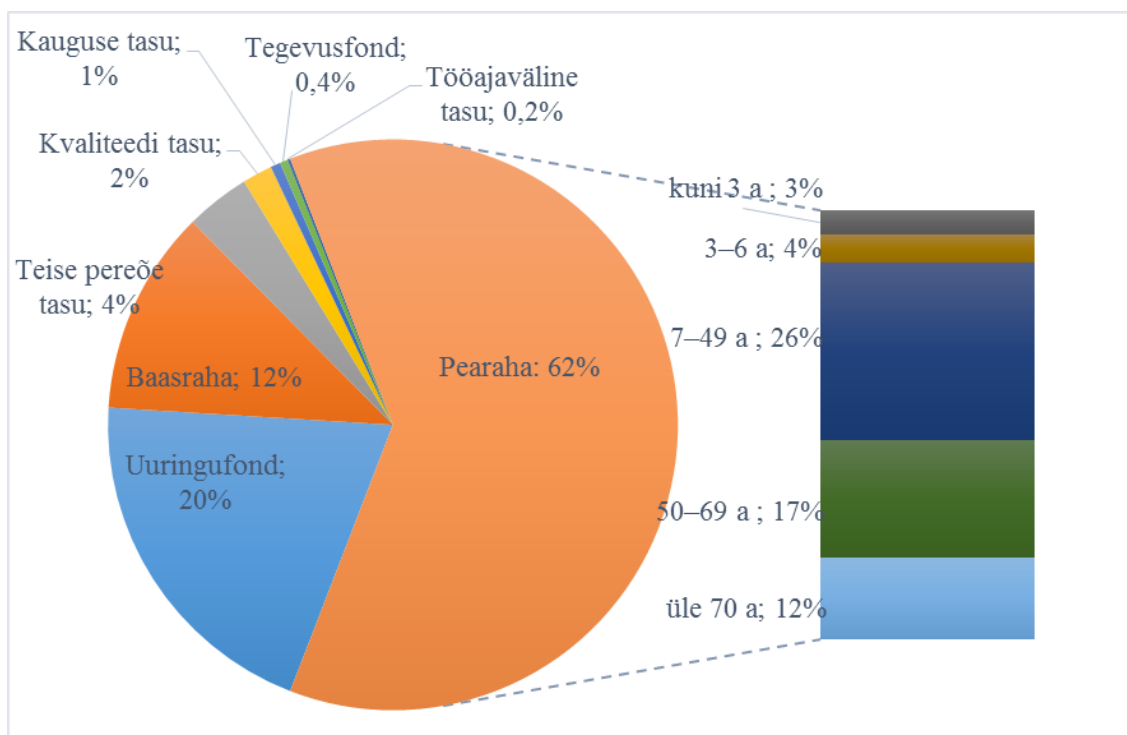
Lisatasudest on uue võimalusena alates 2013. aastast kasutusel teise pereõe lisatasu. Iga perearst saab endale taotleda teise pereõe rahastamist, kui tal on olemas selleks vajalikud ruumid. Teise pereõe lisatasu koosneb peamiselt teise pereõe palgast, koolituskuludest, vajalikest vastuvõtuinstrumentide kuludest ning bürookuludest, mis on seotud pereõe töökohaga. (tasu arvestamise meetoodika § 40 lg 5<sup>1</sup>).

Alates 2014. aastast on EHK rahastanud perearstidele tööajaväliseid vastuvõtte. Tööajaväline lisatasu sisaldab tööjõukulu, ühekordse kasutusega meditsiiniseadmeid, KKM-i kulu, laboriuuringute kulu ning kommunaalkulusid. Tööajavälise vastuvõttude rahastamist saab perearst taotleda, kui vastuvõtte tehakse väljaspool perearstikeskuse kohustuslikku lahtioleku aega ehk enne kella 8.00 hommikul või pärast kella 18.00 õhtul. (TTL, § 3 lg 7)

Alates 2006. aastast makstakse perearstidele tulemustasu (Lai *et al* 2013, 60). Tulemustasu süsteemist saadav lisatasu oleneb perearsti suutlikkusest täita EHK kehtestatud kvaliteediindikaatoreid ennetavates tegevustes ning krooniliste haigete jälgimises. (tasu arvestamise meetoodika § 8)

Lisaks juba nimetatule rahastab EHK perearste teatud mahu teenusepõhiselt. Patsientidele õige diagnoosi ja ravi määramiseks on vaja teha mitmeid analüüse ning seetõttu rahastatakse perearstide tegevust uuringufondi, tegevusfondi ning teraapiafondi kaudu. Uuringufondi rahastamisega tasutakse perearstile EHK hinnakirja järgi uuringute kulu. Samas peab perearst arvestama, et täiendavaid teenusepõhiseid tasusid uuringute ja protseduuride eest tasutakse kuni 42% ulatuses pearahapõhise tasu eelarvest. Tegevusfond loodi perearstidele 2014. aastal ning see sisaldab teenuseid perearsti või -õe käeliste tegevuste kohta. (tasu arvestamise meetodika § 6) Tegevusfondi teenuseid rahastab EHK piiranguteta, selleks, et säilitada perearstide suutlikkus osutada günekoloogilisi ja pisikirurgilisi teenuseid ning selle kaudu vähendada suunamist. (Eesti Haigekassa 2014. ...) Teraapiafond rakendus perearstidele alates 2015. aastast ning see fond loodi perearstile, et suunata oma nimistu patsiente otse logopeedi või psühholoogi vastuvõtule. Uuringufondi, teraapiafondi ning tegevusfondi eesmärk on motiveerida perearste osutama rohkem teenuseid esmatasandil. (Eesti Haigekassa 2015 ...)

Joonisel 2 on näha, millistest tasudest koosneb perearsti sissetulek ja millise osa need moodustavad keskmiselt perearsti kogusissetulekust. Arvutuste aluseks on võetud 2014. aasta perearstiabi kulud EHK majandusaastaaruande kohaselt.

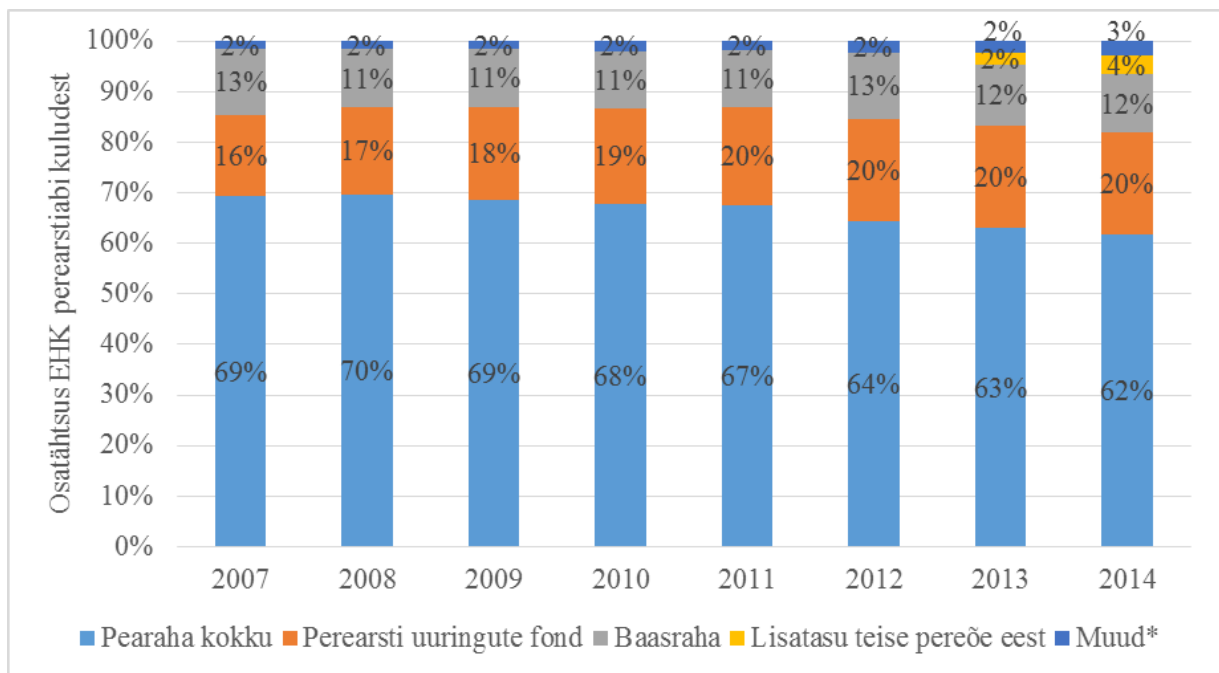


Joonis 2. Perearstiabi kogukulude jagunemine EHK andmetel 2014. aastal

Allikas: Lisa 3

Kõige suurema osa (62%) moodustab perearsti sissetulekust pearaha. Teine suurem sissetulek on uuringufond (20%) ning baasraha moodustab perearsti tulust keskmiselt 12%. Teise pereõe lisatasu küll kõik nimistud ei saa, kuid EHK kulused perearstiabile arvestades moodustab see 4%. Kvaliteedi lisatasu osatähtsus on 2%, mida samuti ei maksta välja kõigile perearstidele, kuid arvestatud on osatähtsus kogu perearstiabi kuludest. Ülejäänud tasud, s.o kauguse lisatasu, tegevusfond ja tööajaväline lisatasu moodustavad keskmiselt perearsti sissetulekust vaid 2%.

Joonisel 3 on autor esitanud viimase 8 aasta perearstiabi kulu EHK andmetel.



Joonis 3. Perearstiabi kogukulude jaotus aastatel 2007–2014

Allikas: Lisa 4

Suurim muudatus perearstide rahastamises, mis küll joonisel 2 ei kajastu, on pearaha vanusegruppide muutus alates 2012. aastast: kolme vanusegrupi asemel loodi viis vanusegruppi, mis võimaldab pearaha välja maksta diferentseeritumalt ning tõsta pearaha hinda isikutele, kes rohkem perearsti vastuvõtul käivad (väikelapsed ja vanurid). Joonis ei kajasta muudatusi, mis on tehtud 2015. aastaks, kui loodi perearstidele teraapiafond logopeedilistele ning psühholoogilistele teenustele suunamiseks.

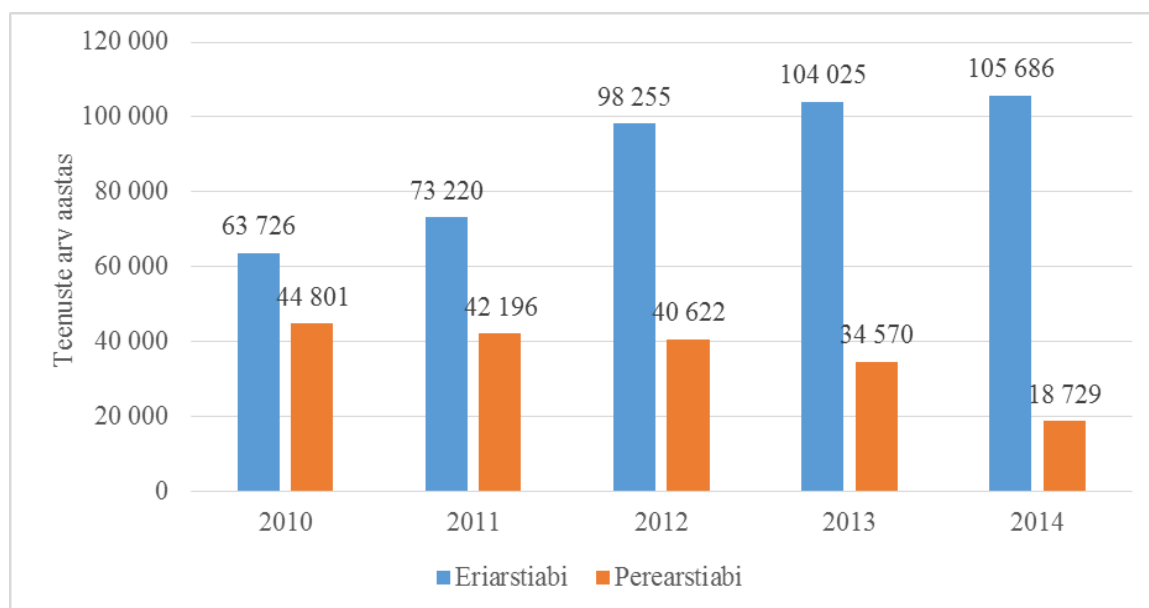
Jooniselt 3 järeldub selgelt, et perearstiabi rahastamine on eriti viimastel aastatel muutunud diferentseeritumaks ning tuleviku prioriteet on rahastamise diferentseerimine veelgi enam sõltuvalt osutatavate teenuste struktuurist ja kvaliteedist. (Eesti Haigekassa arengukava

...) Seega võrdleb autor ETTK rahastamismudeli välja töötamiseks rahastamisviise, mis on sisuliselt sama ülesehitusega nagu praegune rahastusmudel, kombineerudes pearahast, baasrahast ning teenusepõhisest rahastamisest.

### 1.3.3.2. Füsioteraapia, ämmaemandusabi ja koduõenduse rahastus Eestis

Praeguse regulatsiooni järgi puudub füsioterapeudil Eestis tervishoiutöötaja staatus. Füsioteraapiat ei rahastata EHK kui n-ö iseseisva teenuse osutajat, vaid seda tehakse kas perearstiabi või eriarstiabi kaudu. Vajaliku füsioteraapilise ravi ning protseduurid peab määrama raviarst lähtudes patsiendi olukorrast ja üldisest seisundist tulenevast vajadusest. Seega füsioteraapilist ravi peab koordineerima teenusele suunanud arst.

Füsioteraapia teenuste eest tasub EHK eriarstiabis teenusepõhiselt, kuid vastavalt teatud eriala lepingumahu ulatuses. Perearstiabis rahastatakse füsioteraapia teenuseid perearsti uuringufondi arvelt. Joonisel 4 on välja toodud esmatasandil ja eriarstiabis osutatavate füsioteraapiateenuste arv viimase viie aasta jooksul.



Joonis 4. Ambulatoorsete füsioteraapia teenuste arv perearstiabis ja eriarstiabis aastatel 2010–2014

Allikas: Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste statistika

Joonisel 4 esitatud andmetest võib järeldada, et üha enam on hakatud füsioteraapia teenuseid osutama ambulatoorselt eriarstiabis ning vähem perearstiabis. Ambulatoorse füsioteraapia maht

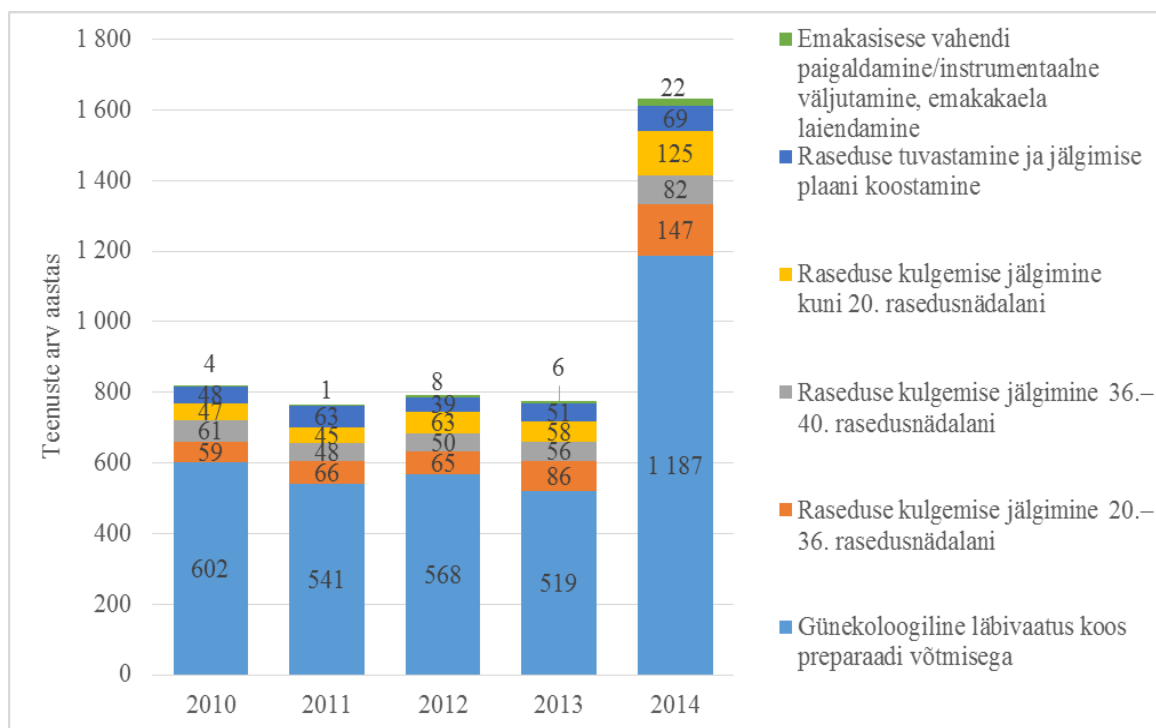
on viimase aasta jooksul vähenenud, kuid edaspidise arenguna on rahastajal plaanis suurendada ambulatoorse füsioteraapia osutamist, et vähendada seni suures mahus statsionaarse teenuse osutamist. (Eesti Haigekassa 2015 ...) Lisaks järeldeb jooniselt 4, et perearstid on aasta-aastalt teenuseid vähem kasutanud. Seega eeldab füsioterapeutide koondamine ETTK-desse muudatust praeguses rahastussüsteemis, sest perearstidel puudub motivatsioon teenuse osutamiseks.

Füsioteraapiateenuste hinnad ja loetelu on välja toodud TTL-i § 26 lõikes 3. Teenuste hinnad sisaldavad füsioterapeudi tööaega, teenuse osutamiseks vajalikke ruume ning inventari ja seadmeid. Lisas 5 on välja toodud esmatasandil osutatavate füsioteraapiateenuste kirjeldused ning kirjelduste ülesehitust on autor detailsemalt selgitanud jaotises 2.1.1.

Ämmaemandusabi Eestis on reguleeritud TTKS-iga (jagu 5<sup>1</sup>), mille kohaselt ämmaemandusabi on ambulatoorne või statsionaarne tervishoiuteenus, mida osutab ämmaemand koos pere- või eriarstiga või iseseisvalt. Iseseisvalt võib ämmaemand teenust osutada vaid ambulatoorselt. Ämmaemandusabi osutamise nõudeid reguleerivad lisaks kaks ministri määrust: „Iseseisvalt osutada lubatud ämmaemandusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning kodusünnitusabi osutamise tingimused ja kord“ ning „Nõuded ämmaemandusabi iseseisvaks osutamiseks vajalikele ruumidele, sisseseadele, aparaaturile ja töövahenditele“. Praegu töötab enamik ämmaemandaid haiglates. Vähesel määral töötab ämmaemandaid perearstikeskuses, kus nad täidavad pereõe rolli (Humal *et al* 2015, 27).

Ämmaemandusabi rahastab kindlustatud isikutele EHK. TTL-i § 7 lõike 1 kohaselt rahastatakse ämmaemandatele iseseisva vastuvõtu ning koduviisi teenust. Teenuse hinnad sisaldavad ämmaemanda tööaega, ruumikasutuskulusid, transpordikulusid ja vajalikku inventari ning seadmeid. Ämmaemandusabi teenuste kirjeldused on toodud lisas 6.

Esmatasandil rahastatakse sisult ämmaemandusabi tegevusi ehk raseduse jälgimist ja günekoloogilise läbivaatusega seotud tegevusi teenusepõhiselt. Raseduse jälgimiseks on esmatasandile välja töötatud eraldi teenuse hinnad, mis ei sisalda perearsti või pereõe tööaega, et mitte topelt tasustada palka, mis on pearaha sees juba tasutud. Ämmaemandusabi tegevuste osutamine esmatasandil on eraldiseisvalt motiveeritud ka kvaliteedi lisatasuga, kui perearst on teatud määral teenuseid oma nimistus osutanud. (tasu arvestamise meetodika § 8 lg 11) Praktikast jälgivad perearstid või pereõed rasedaid ja osutavad muid günekoloogilisi teenuseid pigem harva. Joonisel 5 on välja toodud günekoloogiliste teenuste maht esmatasandil aastatel 2010–2014.



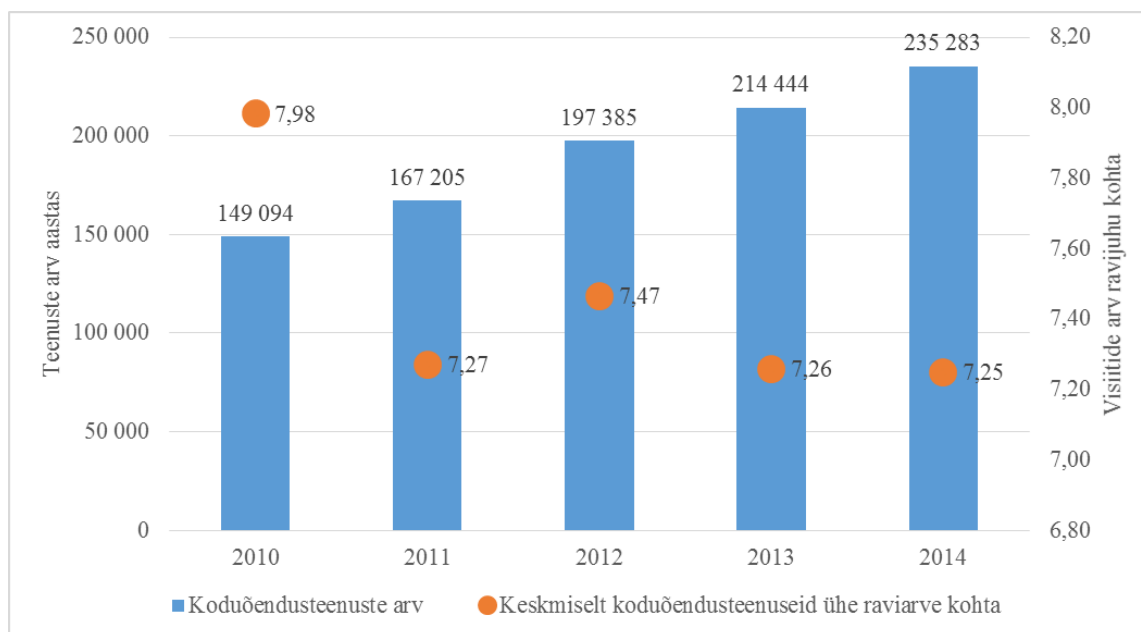
Joonis 5. Osutatud günekoloogiliste teenuste arv perearstiabis aastatel 2010–2014

Allikas: Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste statistika

Joonisel 5 on näha, et viimase aasta jooksul on oluliselt kasvanud günekoloogiliste läbivaatuste arv, mis võib olla tingitud teenuste tõstmisest uuringufondist tegevusfondi, mida rahastatakse ilma piirmäärata. Aga siiski jälgivad perearstid väga vähe rasedusi, võrreldes Eesti keskmise sündide arvuga aastas. Seega võib väita, et praegune tervishoiusüsteemi korraldus ning rahastamissüsteem ei motiveeri perearste osutama esmatasandil ämmaemandusteenuseid.

Õendusabi Eestis on reguleeritud TTKS-is (jagu 5), mille kohaselt võib iseseisvalt õendusabi osutada sellekohase tegevusloaga äriühing, sihtasutus või füüsilisest isikust ettevõtja. TTKS-i muudatus andis alates 2008. aastast perearstile võimaluse iseseisva õendusabi teenuste osutamist korraldada. (Lai *et al* 2013, 238) Muudatuse eesmärk oli tuua koduõenduse teenus patsiendile lähemale, kuid praktikas pakuvad vaid vähesed perearstiabiteenuse osutajad ka koduõendusteenust, sest teenuse osutamiseks EHK-ga lepingu saamine eeldab osalemist valikuprotsessis. Koduõendusteenuse lepingute puhul korraldab EHK piisava kättesaadavuse tagamiseks lepingupartneri valikuks konkursi, kus arvestatakse teenuseosutajate vastavust erinevatele nõuetele (kättesaadavuse, kvaliteedi jms). Seega võib väita, et praegune tervishoiusüsteemi korraldus ja rahastamissüsteem ei motiveeri koduõendusteenuse osutamist esmatasandil.

Joonisel 6 on toodud koduõendusteenuse kasutus viimase 5 aasta jooksul EHK andmetel.



Joonis 6. Osutatud koduõendusteenuste arv ning keskmine visiitide arv ravijuhu kohta aastatel 2010–2014

Allikas: Lisa 7

Jooniselt 6 on näha, et koduõenduse teenuste arv on aasta-aastalt kasvanud, kuid vähenenud on teenuse kordade arv ühe raviarve kohta. Lähtudes eeldusest, et ühes ravijuhus sisaldub ühe patsiendi ravi, siis tähendab see, et kasvanud on ka patsientide hulk, kes koduõendusteenust saavad. Rahastaja üks eesmärk on koduõenduse ambulatoorsete mahtude suurendamine, et vähendada statsionaarse õendusabi vajadust. (Eesti Haigekassa 2015 ...)

Koduõendusteenuse osutamist reguleerivad kaks sotsiaalministri määrust: „Iseseisvalt osutada lubatud ambulatoorsete õendusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused“ ja „Nõuded ambulatoorse õendusabi iseseisvalt osutamiseks vajalikele ruumidele, sisseseadele, aparaaturile, töövahenditele ja ravimitele“. Teenus on mõeldud patsientidele, kes ei saa ise liikuda või kellel on liikumine piiratud. Koduõendus ei vaja spetsiaalseid tehnoloogilisi vahendeid ja sellest tulenevalt saab teenust osutada koduses keskkonnas. (Lai *et al* 2013, 238)

Koduõendusteenuse eest tasub EHK teenusepõhiselt, kuid vastavalt planeeritud lepingu mahtudele. Teenus lisati TTL-i 2003. aastal. Teenuse hind sisaldab koduõe tööaja kulu, transpordikulu ning teenuse osutamiseks vajalike vahendite kulu. Koduõendusteenuses

sisaldub n-ö koduõendusbaasi ja seal oleva vajaliku inventari kulu, sest teatud osa oma tööajast on vaja koduõel oma tööd dokumenteerida, mistõttu on vaja ruumi, kus seda teha ja kus teenuse osutamiseks vajalikke vahendeid ladustada. Kehtiv teenuse kirjeldus on lisatud magistritöö lissasse 8.

Kokkuvõtvalt ei motiveeri praegune korraldus füsioteraapia, koduõenduse ning ämmaemandusteenuse osutamist esmatasandil. Teenuse osutamise motiveerimiseks tuleb lähtuda praegusest perearstiabi rahastusmudeli tugevustest, et liita füsioteraapia-, koduõendus- ja ämmaemandusteenused esmatasandi osaks. Selleks on autor püstitanud uurimuse eesmärgi leida rahastusmudel, mis loob kõige parema motivatsiooni perearstide ja lisanduvate teenuste koondumiseks ETTK-sse. Järgnevalt on autor võrrelnud Eesti perearstiabi rahastamissüsteemi võrdlusriikide praktikaga, et hinnata praeguse rahastusmudeli arendamise vajadust.

### 1.3.4. Võrdlusriikide rahastamissüsteemid

Jaotises 1.3.1. ja 1.3.2. selgitas autor, kuidas rahastamismudelid ja tervishoiuteenuste hinnad tekitavad stiimuleid teenuseosutajale. Eelnevalt kirjeldas autor perearstiabi, füsioteraapia, koduõenduse ning ämmaemandusabi rahastusmudeli ülesehitust Eestis. Järgnevalt võrdleb autor Eesti praktikat lähiriikidega, et leida sobivaid arendusi, mida oleks võimalik Eestis loodavate ETTK-de rahastusmudeli juures rakendada, et teha ettepanek optimaalse rahastusmudeli rakendamiseks.

Tabelis 3 on välja toodud perearstiabi rahastamismudelid Eestis ja võrdlusriikides.

Tabel 3. Võrdlusriikide rahastamismudelid

Riik	Palk	Pearaha	Teenusepõhine tasu
Taani		+	+
Inglismaa	+	+	+
Soome	+		
Rootsi		+	+
Madalmaad		+	+
Eesti		+	+

Allikas: Masseri *et al* 2009, 32–37

Tabelis 4 on välja toodud, kas ja millisel määral tasustatakse perearsti osutatavaid lisanduvaid teenuseid.



Tabel 4. Võrdlusriikides rahastatavad lisanduvad teenused

Riik	Tööajaväline vastuvõtt	Koduvisiidid	Töötamine maapiirkonnas	Lisanduvad teenused	Kvaliteedi lisatasud
Taani	Lisatasu	Lisatasu	Ei	Lisatasu (ennetus-tegevuste ja tarkvara kasutuse eest)	Ei
Inglismaa	Lisatasu	Ei	Lisatasu ning aidatakse kompenseerida keskuse ehitust	Lisatasu (sõeluuringud ja pisikirurgilised tegevused)	Eraldi lisatasu süsteem
Soome	Lisatasu	Ei	Lisatasu	Ei	Ei
Rootsi	Ei	Kõrgem tasu teatud maakondades	Kõrgem pearaha teatud piirkonnas (oleneb maakonnast)	Lisatasu (kindlate teenuste eest, nt kohaliku hooldushaigla visiidid, väikelaste jälgimine)	Lisatasu olenevalt maakonnast
Madalmaad	Lisatasu	Lisatasu	Kõrgem pearaha teatud piirkonnas	Lisatasu (kindlate teenuste eest võib taotleda)	Lisatasu (saab taotleda heade tulemuste eest)
Eesti	Lisatasu	Peavad tegema, kuid eraldi lisatasu ei ole	Lisatasu	Lisatasu (pisikirurgilised ja günekoloogilised tegevused)	Eraldi lisatasu süsteem

Allikas: Anell *et al* 2012; Boyle 2011; Lai *et al* 2013; Masseri *et al* 2009; Olejaz *et al* 2012; Vuorenkosky 2008

Kõik võrdlusriigid, välja arvatud Soome, kasutavad esmatasandi rahastamisel kombineeritud mudelit ning eelkõige kasutatakse esmatasandil kombineeritult pearaha ja teenustasupõhist rahastamist. Inglismaal ning Soomes on haiglates tööl perearstid palgatöötajana. Pearaha osatähtsus kogu perearsti sissetulekust oleneb riigiti oluliselt: Taanis 30% ja Inglismaal 50% (Masseri *et al* 2009, 33). Joonisel 1 on näha, et Eestis on pearaha osatähtsus kogu rahastamisest oluliselt suurem. Seega kõik võrdlusriigid, kaasa arvatud Eesti, kasutab rahastamises kombineeritud mudeleid. Kuna jaotises 1.3.1. selgus, et kõik rahastusmudelid kannavad endas stiimuleid teenuseosutajatele, siis kombineeritud mudel annab parima võimaluse, et leida õiget

tasakaalu ühe või teise rahastamismeetodi loodavates stiimulites ja seda tõestab ka rahvusvaheline praktika (Langenbrunner *et al* 2009, 5).

Tabelis 4 välja toodud lisatasude maksmise skeem näitab, et kõik võrdlusriigid on vajalikuks pidanud erinevate lisatasudega motiveerida perearste osutama rohkem teenuseid, sest esmatasandil on nende teenuste osutamine oluliselt odavam kui eriarstiabis. Tööajaväliste vastuvõttude eest pakub lisatasu enamik riike (v.a Rootsi). Üks põhjus lisatasu kehtestamisel on perearsti õhtuste vastuvõttude odavus võrreldes erakorralise meditsiini kuludega, arvestades, et suur hulk terviseprobleeme ei vaja erakorralise meditsiini kõrgetasemelist abi. Eestis on tööajavälise vastuvõtu rahastamise süsteem küll olemas, kuid seda kasutatakse vähe.

Perearstide koduvisiitide puhul on lähenemine erinev. Madalmaad, Taani ja Rootsi motiveerivad lisatasuga perearste koduvisiite tegema. Samas Inglismaal, Soomes ja Eestis eraldi koduvisiite ei tasustata. Eestis on olukord erandlik, sest sisuliselt on perearsti tööaeg tasustatud pearahas ning seega ka aeg, mis kulub koduvisiitide tegemiseks. Eraldi on ette nähtud transpordikulu. Kuigi perearstil on õigus nõuda koduvisiidi eest patsiendilt visiiditasu (5 eurot, v.a väikelaste ja rasedate puhul), siis sellegipoolest on koduvisiitide arv perearstide seas pigem tagasihoidlik. (Ravikindlustuse seadus § 69) Eelkõige põhjendavad perearstid koduvisiitide vähesust asjaoluga, et kodus ei ole võimalik teha patsiendile vajalikke uuringuid, et tema haigusseisundit objektiivselt hinnata. Sellegipoolest võib järeldada, et on riike, kus on esmatasandi oluline funktsioon on koduvisiidid ja kus kasutatakse teenuse osutamiseks suurema stiimuli tekitamisel teenusepõhist rahastusmeetodit.

Maapiirkonnas teenuse kättesaadavuse tagamiseks on riigid kasutusele võtnud erinevaid rahastamisstiimuleid. See on kahtlemata üks suuremaid probleemkohti, millega esmatasandil silmitsi seistakse, sest linnastumise tagajärjel jääb maapiirkondadesse paratamatult vähem inimesi ja sellest tulenevalt kaob pearahapõhise rahastamise puhul motivatsioon seal teenust osutada. Lisaks puudub perearstidel endil motivatsioon töötada hõreda asutusega aladel, kus tihti puudub võimalus kellegagi konsulteerida või pole kohta, kuhu patsient edasi suunata ning sageli on perearsti töö seotud sotsiaalsete probleemidega. Ka Eestis on probleemi ees, kus esmatasandi arstiabi tagamine maapiirkonnas muutub üha keerulisemaks. Tuleviku ETTK vaates on esmatasandi arengusuundade dokumendis kirjeldatud ETTK filiaalide mõiste, millega tagatakse pidevalt vähemalt pereõe teenuse kättesaadavus.

Lisanduvate teenuste tasustamine on pigem levinud tugeva esmatasandiga riikides, kus motiveeritakse osutama enam teenuseid ja samas aitab see säilitada perearsti pädevust.

Madalmaades võib perearst esitada taotluse selleks, et osutada lisanduvaid teenuseid. See omakorda eeldab aga tugevat süsteemi, mis haldab erinevate teenuseosutajate pädevusi. Lisanduvate teenuste põhjal tasumine võib luua lisamotivatsiooni nagu Inglismaal, kus tasustatakse ennetavate tegevuste osutamist (sõeluuringud). (Masseri *et al* 2009, 33) Ka Eesti on kasutanud seda võimalust ning tasub perearstidele teenusepõhiselt tegevusfondi kaudu eraldi käeliste tegevuste eest.

Üha kasvav rahvusvaheline trend on rahastamise sidumine teenuse osutamise kvaliteediga. Paljud riigid on juba kehtestanud esmatasandil kvaliteedi lisatasu süsteemi, kuid oma olemuselt on need siiski väga erinevad. Madalmaades on võimalik lisatasu taotleda, kui suudetakse tõestada osutatud teenuse head kvaliteeti ja teenuse efektiivselt osutamist. Lisatasu moodustab sel juhul kuni 7% perearstide rahastamisest. Inglismaa kvaliteedi lisatasusüsteem on väga detailne ja võib moodustada heade tulemuste puhul isegi kuni 25% perearsti sissetulekust. (Kolozsvári *et al* 2014, 264)

Jaotise 1.2. oluline järeldus on, et rahastusmudeli koostamisel tuleb arvesse võtta praeguse tervishoiusüsteemi ülesehitust kui ka tervishoiukorralduses planeeritavaid arenguid. Selleks, et täita töö eesmärki ning anda hinnang optimaalse rahastusmudeli kohta, peab loodavas mudelis kasutama sisendina praegust süsteemi ning toetama planeeritavaid arenguid. Jaotises 1.3. selgus, et rahastamissüsteemid loovad teenuseosutajatele stiimuleid ning ETTK-de rahastusmudeli koostamisel tuleb neid arvesse võtta. Autor jõudis järeldusele, et praegune rahastamissüsteem ei motiveeri esmatasandil lisanduvate teenuste osutamist ning selleks on vaja koostatava rahastusmudeliga motivatsioon luua. Kokkuvõtteks võib öelda, et võrreldes teiste riikidega on Eesti esmatasandi arstiabi korraldust kui ka rahastusmudelit võimalik edasi arendada arvestades arengudokumendis püstitatud eesmärke.

Järgnevas peatükis töötab autor magistr töö eesmärgi saavutamiseks välja kolm rahastusmudelit, et võrrelda nendega kaasnevat tulu teenuseosutajatele ning kulusid rahastajale ja hinnata erinevate rahastusmudelite loodavaid stiimuleid. Selle tulemusel teeb autor ettepaneku Eestile sobiva rahastusmudeli ning selle võimalike edasiste arengute kohta.

## **2. ANDMEANALÜÜSI METOODIKA, ESMATASANDI TERVISEKESKUSTE KULUMUDELID**

Esimeses peatükis selgitas autor esmatasandi tervishoiu ülesehitust ning tervishoiu rahastamisviiside loodud stiimuleid. Selleks, et täita töö eesmärki ja leida optimaalne rahastusmudel ETTK-dele, teeb autor esmalt ettepanku uute teenuste hindade kohta, mille on autor koostanud järgnevas jaotises esitatud metoodika alusel ja uuringus kasutatavatest andmetest lähtuvalt. Seejärel esitab autor ETTK rahastusmudeleid ning võrdleb nendega kaasnevaid lisanduvaid kulusid rahastajale ning tulu teenuseosutaja vaates. Eelneva tulemusel saab autor anda vastused uuringu küsimustele, kas ja millisel määral motiveerib praegune rahastussüsteem perearste koonduma, milline rahastamissüsteem on optimaalne rahastajast lähtuvalt ning milline rahastamismudel annab kõige suurema motivatsiooni lisanduvate teenuste koondumiseks ETTK-sse. Tuginedes nendele vastustele, täidab autor töö eesmärgi ja annab hinnangu optimaalse rahastusmudeli kohta ja teeb ettepanekud mudeli edukaks rakendamiseks.

### **2.1. Hinnakujunduse ning rahastusmudeli välja töötamiseks kasutatav metoodika ning andmed**

Eelnevas jaotises kirjeldas autor tervishoiuteenuste õige rahastamissüsteemi ja hinna leidmise olulisust. Järgnevalt annab autor ülevaate magistritöös kasutatavatest andmetest, mis on võetud teenuste hinnaarvestuse aluseks, ning kirjeldab teenuste hinna arvestuse metoodikat.

Selleks, et määrata tervishoiuteenusele õige hind, tuleb mõista tervishoiuteenuse osutaja kulude struktuuri. Autor kirjeldas jaotises 1.3.2., et teenuseosutaja kulud ei ole ainuke sisend tervishoiuteenuse hinna määramisel, kuid erinevate teenuste osutamise käigus tehtavate kulude

tundmine võimaldab tagada, et teenuse hind katab teenuseosutaja kulud ning et teenuseosutaja on samas motiveeritud ka teenust efektiivselt osutama.

Teenuste hinnakujunduse meetodika sõltub sellest, millisele rahastamismetoodikale seda kohaldatakse (pearahapõhine, fikseeritud tasu, teenusepõhine tasustamine). Iga hinna arvestamisel tuleb eelnevalt paika panna arvestuse meetodika. Esmalt tuleb otsustada, kas parem on võtta minevikku või tulevikku vaatav lähtekoht (Özaltin, Cashin 2014, 25). Minevikku vaatava analüüsi puhul on ressursid juba kasutatud ning vaadatakse sellest tekkinud kulusid. Tulevikku vaatava analüüsi puhul hakatakse mõõdetavaid ressursse alles kasutama ning kindla perioodi jooksul vaadeldakse sellest tekkinud kulusid. Nende lähtekohtade puhul erineb andmete kogumise viis, kuna esimese puhul on andmed juba olemas ning võivad olla hinna arvestuseks sobival kujul kogutud. (*Ibid.*) Magistritöös võtab autor aluseks juba tekkinud kulude kaardistamise, sest see on kooskõlas praeguse tervishoiuteenuste tasu arvestuse meetodikaga. Lisaks on see vajalik, et uuringu tulemused oleks reaalselt kasutatavad.

EHK tugineb hindade arvestamise meetodikas tegevuspõhisele kuluarvestusele, kus on põhjuslik seose tervishoiuteenuse osutaja osutatava teenuse, teenuse osutamiseks vajalike tegevuste ja tegevusteks vajalike ressursside vahel. Seoste kirjeldamisel lähtutakse tegelikust praktikast Eesti raviasutustes, et selgitada välja parim praktika ja optimaalne ressursikasutus. Ressursina on defineeritud tööjõud, üle üheaastase kasutusajaga meditsiiniseadmed, ruumid, KKM-is, ÜKM-id ja tugiteenused. (tasu arvestuse meetodika § 26 lg 2) Seega on magistritöö aluseks praegused teenusekirjeldused, mis on koostatud mineviku kuludest lähtuvalt ja aluseks on võetud tervishoiuteenuse osutajate keskmine kulu.

Teenusekirjeldused on saadud EHK andmebaasist ning need koondavad detailset informatsiooni teenuse hinna ülesehitusest (milline on teenuse hinnas sisalduv seadmete, inventari, ruumide, personali ressursi jms kulu). Teenusekirjeldustes sisaldub informatsioon, et kõik teenused koosnevad põhitegevustest, mis on meditsiinilise iseloomuga ja tugitegevustest, mis on toetava iseloomuga ning materjalidest. Põhitegevused on seotud otseselt tervishoiuteenuste osutamisega patsientidele ja nende läbiviimiseks kasutatakse tervishoiu põhiressursse (meditsiinipersonal, meditsiinilised ruumid, seadmed ja inventar). Tugitegevused toetavad üldjuhul kindlaid põhitegevusi ja tugitegevuste kulud kantakse üldjuhul põhiressurssidele. Teenusekirjelduses sisalduvaid materjale kasutatakse põhitegevuste osutamiseks. (Tervishoiuteenuste loetelus ... 2014) Üks ressurss võib olla hinnaarvestuse meetodika kohaselt seotud ka teise ressursiga, näiteks vastuvõturuumi pinnal võib paikneda

töökoha mööblikomplekt. Sel juhul on ruum esmane ressurss ja mööblikomplekt teisene ressurss. Magistritöö lisades on autor välja toonud füsioteraapia, ämmaemanduse ning koduõenduse teenuste kirjeldused (lisad 5, 6 ja 8) ning lisaks teenuse osutamiseks kasutatavate ruumide kirjeldused (lisa 6), sest enamik teenuse osutamiseks vajalikke seadmeid on seotud kindla ruumiga.

Teenuste kirjeldused on EHK koostanud koostöös vastava erialaseltsiga. Esmalt pannakse paika teenuste struktuur kindla eriala raames (st kui palju ja milliseid teenuseid tuleb hinnastada) ning seejärel kirjeldatakse nende teenuste osutamiseks vajalikud tegevused ja tegevusteks vajalikud ressursid. Enamike ressursside ühe mõõtühiku maksumuse arvutamisel jagatakse ressursi kogukulu perioodis (aastas) ressursi kasutamise optimaalse mahuga (aastas).

Kuluarvestuse meetodika puhul on oluline otsustada, kas valitakse üldiselt üksikule või üksikult üldisele lähenemisviisi. (Özaltin, Cashin 2014, 29–30) Magistritöös kasutab autor üksikult üldisele meetodikat ehk esmalt kaardistatakse teenuse osutamiseks vajalikud ressursid ja nende kulud, mille alusel määratakse tasustatavate teenuste hinnad. Teenuseosutajatelt eraldi kuluandmeid ei kogutud, vaid autor lähtus senistest EHK teenusekirjeldustest, mis on magistritöö jaoks piisava detailsusega. Autor on kasutanud seniseid haigekassa teenusekirjeldusi ning vastavalt praegustele kirjeldustele koostanud lisad 11–26.

Kuigi soovitatav on pearaha arvutamiseks kasutada teenuse kulude kaardistamist ning nende kulude jagamist vastavale sihtrühmale (*Ibid.*, 34), siis ei pea autor vajalikuks pearaha kindlaksmääramisel esmalt kirjeldada selle sees osutatavaid teenuseid, sest valdav osa pearaha kulust moodustab tööaeg teenuste osutamiseks, mis on summaarselt nomineeritud. Aluseks võivad olla ka normatiivid ning koondina ressursid, mille abil saab teha kõiki pearaha sees ette nähtud tegevusi. EHK tugineb pearaha arvestuse meetodikas kehtestatud nõuetele, mis peavad teenuseosutajal olema tagatud, et tal oleks õigus teenust osutada. Teenuste kirjelduste koostamisel arvestatakse lisaks erialaspetsialistide hinnangutele ka riiklikke normatiive, mis sätestavad vajalike ressursside olemasolu kohustuse teenuse osutamiseks.<sup>2</sup>

Teenuse hinna määramisel on võimalik lähtuda keskmisest ühikukulust teenuse osutamisel üle teenuseosutajate. Sellisel viisil määrab teenustele hinnad enamasti ka EHK, st kogutakse tasu arvestuse meetodika määruuses kehtestatud korra alusel valitud teenuseosutajate kuluandmed ning nende andmete keskmised on aluseks teenusekirjelduses kajastatud kuludele.

---

<sup>2</sup> Esimeses peatükis tõi autor välja, mis reguleerivad nii perearstiabi, koduõenduse, ambulatoorse füsioteraapia kui ka ämmaemandusteenuse iseseisvat osutamist. Määrustes on kirjeldatud teenuste osutamiseks vajalikud ruumid, sisseseade, aparatuur ja töövahendid.

Seega on teenustes sisalduvate ressursside ühiku kulu arvatud teenuseosutajate keskmistest kuludest lähtuvalt ning teenuse ühiku kulu on aluseks teenuse hinna kujundamisel, st ühiku kulu kohandatakse tervishoiupoliitiliste valikute, eelarve piirangute ning läbirääkimiste tulemuste järgi. (Özaltin, Cashin 2014) Teenusekirjelduste puhul kasutatakse teatud tasemel agregeeritud kuluandmeid, sest detailsemate andmete kogumine muutuks ebaratsionaalselt ajamahukaks. Näiteks ei arvestata ruumikasutuskulude puhul elektrikulu kW-tunni kohta, vaid ruumikasutuskulud on arvestatud tervikuna ruutmeetri kohta. (*Ibid.*, 52).

Selleks, et magistritöös leida hinnad füsioteraapia, ämmaemanda ning koduõenduse teenustele esmatasandil, vaadatakse esmalt seniste teenuste kirjelduste vastavust kehtivatele normatiividele. Vajadusel täiendab autor teenuste kirjeldusi ning lisab nõuetele vastava inventari, seadmed või tarvikud, mis ei kajastu teenuse kirjelduses. Lisatud inventari puhul, kasutab autor analoogsete teenuste kirjeldusi (seadmete, inventari ja tarvikute kulu). Näiteks füsioteraapia ühekordselt kasutatavate tarvikute kulu puhul on autor aluseks võtnud taastusravi füüsilise ravi ühekordsete tarvikute komplekti maksumused. Autor koondab teenuste täiendatud kirjeldused ning koostab saadud kuluandmete alusel Exceli-põhisele hinnaarvestuse mudelile kolm erinevat versiooni. Tegemist on teatud moel tundlikkuse analüüsiga, mis põhinevad järgnevatel eeldustel:

- mudel 1: koduõendusteenus, ämmaemandus, füsioteraapia ning juhtimiskulu sisaldub pearahas, ruumikasutuskulud sisalduvad baasrahas ehk pearahapõhine mudel;
- mudel 2: koduõendusteenus, ämmaemandus, füsioteraapia ning juhtimiskulu sisaldub baasrahas ehk fikseeritud tasu mudel;
- mudel 3: koduõendus, ämmaemandus, füsioteraapia tasustatakse teenusepõhiselt ning juhtimiskulu sisaldub baasrahas ehk teenusepõhine mudel.

Mudelid on autor koostanud kujul, mis võimaldab tulevikus erinevate eelduste muutumisel teha tundlikkuse analüüsi. Eelduste tegemisel on oluline säilitada võimalus analüüsida nende muutmise mõju, mis on oluline sisend hilisemates otsustusprotsessides. (*Ibid.*, 99).

Esimeses peatükis selgus, et esmatasandi teenuste arengutele Eestis on andnud tõeke EL-i struktuurfondide investering. Struktuurfondide investeringust tulenevalt on tellitud Tartu ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuringute keskuselt uuring, mille eesmärk oli välja töötada ETTK mudel, mida saaks rakendada EL-i rahastusperioodil. Uurimus „Esmatasandi tervishoiuteenuste geograafilise kättesaadavuse vajaduse hindamine ja esmatasandi

tervishoiuteenuste optimaalse korralduse mudeli loomine“ (edaspidi RAKE uuring) koondab endas viit erinevat raportit järgnevatel teemadel (Sepp *et al* 2015, 8):

- territoriaalne rahvastikuprognosis kohalike omavalitsuste (edaspidi KOV) üksuste lõikes aastateks 2020 ja 2030;
- esmatasandi terviseteenuste vajaduse mudelid: töökohad ja tööruumid;
- ETTK-de võrgustik Eestis;
- esmatasandi põhiteenuste personalivajaduse prognoos aastateks 2020 ja 2030;
- ETTK-de organisatoorsed mudelid.

Magistritöös on praeguste normatiivide puudumisel autor arvestanud RAKE uuringu tulemusi, sest uuringus on kajastatud valdkonna ekspertide parim teadmine. Hinnamudeli koostamise aluseks kasutab autor ka sotsiaalministri määruse eelnõud ETTK-de infrastruktuuri investeeringute taotlemiseks „Investeeringute toetamine esmatasandi tervisekeskuste infrastruktuuri tõmbekeskustes tagades kättesaadavad ja mitmekülgsed esmatasandi teenused“ (edaspidi meetme eelnõu), millega kehtestatakse struktuurifondi toetuse andmise tingimused<sup>3</sup>. Nimetatud allikad annavad sisendi koostatud mudeli eeldustele juhtimisressursi, teenusemahtude prognoosi ning grupipraksiste suuruste ja optimaalse sihtrühma isikute arvu osas. Özaltin on välja toonud, et eelduste kasutamine on oluline, et kompenseerida andmete puudumist või ebakvaliteetseid andmeid. Magistritöös on eelduste tegemine oluline, sest autor loob uue süsteemi, mille puhul ei ole võimalik kõigis aspektides aluseks võtta senist praktikat. Samas on oluline märkida, et kõiki autori kasutatud eeldusi tuleb arvestada tulemuste tõlgendamisel. (2014, 95).

Uuringus kasutab autor võrdluseks TAI teenuseosutaja põhiseid andmeid. Kõik tervishoiuteenuseid osutavad asutused on kohustatud TAI-le esitama statistilist aruannet “Tervishoiualane majandustegevus”, isegi kui nende põhitegevus pole tervishoid. Aruanne täidetakse ja esitatakse veebipõhises tervishoiualase statistika kogumise keskkonnas ning aruande täitmiseks on teenuseosutajatele koostatud juhendmaterjal, kus on detailselt kirjeldatud, millest tuleb lähtuda tulude, kulude, tulemi ja põhivara määratlemisel. (Tervishoiu-töötajad ... 2014). Kuna EHK andmetele tuginedes on võimalik teenuseosutaja põhiselt kirjeldada perearstide sissetulekuid, mis on rahastatud ravikindlustuse eelarvest, siis TAI andmed võimaldavad saada detailsemat infot perearstide kulude ja kasumi kohta. TAI andmetes

---

<sup>3</sup> Tegemist on määruse eelnõuga, mis ei ole veel ametlikult kinnitatud, vaid on esitatud osapooltele tagasiside andmiseks.



sisaldub perearsti lisanduv tulu tasuliste teenuste osutamisest. Magistritöös kasutab autor 2013. aasta kohta TAI-le esitatud andmeid. Autor kasutab teenuseosutaja põhiseid andmeid, et võrrelda perearstide tulu ja kulu grupi- ning üksikpraksistes. Kuna igal perearstiabi teenust osutaval äriühingul võib olla erinev arv nimistuid, siis adekvaatse hinnangu saamiseks on vaja TAI andmetele liita iga teenuseosutaja all rahastatavate perearsti nimistute arv. Selle kaudu on võimalik saada keskmine nimistupõhine info raviastutustes, mis on võrreldav nii hetke rahastusega kui ka töö käigus autori loodavate rahastusmudelitega. TAI andmete analüüs võimaldab anda vastuse küsimusele, millises ulatuses on senine rahastus motiveerinud perearste koonduma. Magistritöös kasutatud TAI ning EHK teenuseosutaja põhiseid disagegeeritud andmeid on tehtud kättesaadavaks vaid töö autorile vastava lepingu raames, kuna andmed on delikaatsed. Selles tulenevalt on autor kõik andmed magistritöös esitatud agregeeritud kujul või kujul, mis ei võimalda informatsiooni otseselt siduda konkreetse teenuseosutajaga.

Lisas 10 on autor välja toonud andmeanalüüsi meetodika graafilisel kujul. Esimeses etapis valib autor kasutatavad andmed ja nende allikad. Seejärel toimub olemasolevate andmete kontroll vastu teenuse osutamise nõudeid. Järgmises etapis prognoosib autor eeldatava grupipraksiste arvu, mille jaoks annab sisendi RAKE uuring. Grupipraksistes hõlmatud isikute puhul võttis autor aluseks meetme eelnõus sätestatu. Lisaks kasutab autor RAKE uuringut ka juhtimiskulude prognoosimisel ja teenuse-põhise rahastusmudeli tarbeks ämmaemandusabi, koduõenduse ning füsioteraapia teenuste mahtude prognoosimiseks. Järgnevas etapis viib autor kokku mudeli eeldused ning kasutatavad andmed ja koostab juhtimiskulude kirjelduse ning täiendab ämmaemandusabi, füsioteraapia ja koduõenduse teenuste kirjeldusi. Seejärel koostab autor kolm erinevat mudelit, millele lisanduvad muudetud ning koostatud kirjeldused, et nad ühilduksid vastava rahastus-metoodikaga ja muudaks rahastusmeetodid võrreldavaks. Mudelite lõpptulemuseks on uued teenuste hinnad ja rahastusmudel grupipraksistele. Enne lõpliku hinnangu andmist optimaalse mudeli kohta, kasutab autor TAI andmeid grupi- ning üksikpraksiste majandustulemite võrdluseks, kirjeldades praeguse rahastusmudeli loodavaid stiimuleid. TAI andmete analüüs võimaldab kontrollida püstitatud hüpoteesi, et praegune rahastamissüsteem motiveerib perearste koonduma.

Uute mudelite loomise ning praeguse rahastusmudeli loodavate initsiatiivide analüüsimise tagajärjel on autoril võimalik mudeleid omavahel võrrelda ja prognoosida teenuseosutaja vaates tulu grupipraksistele ning rahastaja vaatas kulu vastavalt erinevatele

rahastusmeetodile. Seal juures arvestab autor erinevate mudelite loodavaid stiimuleid, et anda hinnang optimaalse rahastusmudeli kohta.

## **2.2. Esmatasandi tervisekeskuste võimalikud rahastusmudelid**

Järgnevas jaotises täpsustab autor lisaks eelnevalt kirjeldatule rahastusmudeli koostamiseks tehtavaid eeldusi ning esitab uuringu käigus koostatud uued teenuste hinnad ning rahastusmudelid. Jaotise eesmärk on koostada mudelid, mis võimaldavad mudeli eeldusi muutes analüüsida muudatuste mõju teenuste hindadele ja kogukuludele. Loodavad rahastusmudelid võimaldavad võrrelda rahastusmeetodeid ning nendega kaasnevat tulu teenuseosutajale ja kulusid rahastajale. Selle abil saab anda autor anda hinnangu optimaalse rahastusmudeli kohta, et täita magistritöö eesmärk.

### **2.2.1. Esmatasandi teenuste osutamiseks vajalikud ressursid**

Lisas 11 on välja toodud autori kasutatud mudelite eeldused. Mudelites ei muutnud autor eeldust, et pearaha arvestamisel on aluseks riiklikult kehtestatud 1200 isikuline minimaalne peade arv ühes nimistus. Seega endiselt saavad 1200 isiku puhul nimistu kohta perearstikeskuse miinimumnõuded rahaliste vahenditega kaetud. Lisas 11 on välja toodud personali tunnipalgad vastavalt tasu arvestuse meetodikas kehtestatud ning tööaeg tundides ühes kuus perearstile, pereõele, füsioterapeutidele, ämmaemandale ning koduõele. Praeguse tasu arvestuse meetodika järgi on iga nimistu kohta ühe täistööajaga muu personali ressurss, mis on ette nähtud koristajate, raamatupidamise jms kulude katmiseks. Lisaks on RAKE uuringu ettepanekul arvestatud mudelisse ühe mittekliinilise assistendi ressurss, kui on koondunud kolm nimistut. Ajalooliselt on perearstide töötundide arv mudelisse seitse tundi päevas, sest mudeli loomisel oli eeldus, et lisanduv üks tund arsti tööaega kaetakse keskuses osutatavate tasuliste teenuste<sup>4</sup> arvelt.

Eelduste tabelis on autor välja toonud vajalike ruumide pinna. Ruutmeetrite puhul on arvestuse aluseks kehtivad nõuded teenuseosutamisele. Lisaks on autor planeerinud mudelisse RAKE uuringu soovitusena 16 m<sup>2</sup> pinda juhtimisressursiks ning 25 m<sup>2</sup> pinda personali ruumiks.

---

<sup>4</sup> Tasuliste vaktsiinide toestamine, tervisetõendite väljastamine jms

RAKE uuringu kohaselt planeeritakse Eestisse 89 ETTK loomist (Sepp *et al* 2015, 92), mida on autor arvesse võtnud ka koostatavate mudelite puhul. Uuringu järgi on ETTK-s vajalik luua võimalus juhtiva personali kaasamiseks, et perearst ei peaks oma ajaressurssi selleks kulutama. Magistritöös on võetud eelduseks, et juhtimiskulu on 5% kogu pearaha sees sisalduvast personalikulust, mis on EHK andmetel kooskõlas keskmise juhtimiskulu osatähtsusega eriarstiabis.

Grupipraksiste tulu prognoosimisel on oluline eeldus määrata grupipraksiste optimaalne suurus. ETTK miinimumsuuruseks on meetme eelnõu kohaselt minimaalselt kolme perearsti nimistu koondumine ning nimistutes peab olema kokku vähemalt 4500 isikut. Suuremates linnades (Tallinnas, Tartus, Pärnus, Kohtla-Järvel, Narvas või Jõhvis) on ette nähtud piirsuuruseks kaheksa perearsti nimistut ning vähemalt 12 000 isikut. Kindlustatute jaotuse juures (oluline pearaha arvestamisel) on autor aluseks võtnud seisuga 30.06.2014 EHK andmed kindlustatud isikute vanuselise jaotuse kohta.

### **2.2.1.1. Perearstiabi osutamiseks vajalikud ressursid**

Lisas 12 on autor kirjeldanud praeguses perearstiabi kulumudelil arvestatavad ÜKM-id, KKM-id ning üle ühe aastase kasutusajaga meditsiiniseadmed. Lisa 12 on alus ka uute kulumodelite väljatöötamisel. Kulumodelite puhul on autor eeldanud, et grupipraksiste loomisel seadmete ühikute arv ei muutu. Perearstide praegune baasraha kirjeldus on välja toodud lisa 13. Ruumi pinna ruutmeetri maksumus sisaldab järgmisi kulusid: rent, küte, vesi ja kanalisatsioon, elekter, valve ja signalisatsioon, territooriumi korrashoid, prügivedu, kindlustusmaksed, maamaks, remondikulu. Eraldi on lisa 13 välja toodud transpordikulu arvestus. Koolituskulu sisaldab ühe perearsti ja pereõe kohustusliku 60 tunni koolituskulu aastas. Transpordi kulu arvestamiseks on praeguses rahastusmudelil aluseks võetud EHK andmebaasi alusel keskmine koduviitide arv perearsti kohta ühes kuus. Auto kapitalikulu aluseks on praeguses rahastusmudelil võetud keskklassi auto hind ning on arvestatud, et autot kasutatakse töö eesmärgil 75% ajast. Auto amortisatsiooniperiood on 7 aastat ja aastane hoolduskulu 2% auto maksumusest.

Magistritöös (kooskõlas RAKE uuringuga) on eeldatud, et juhtimise ning ETTK haldusega seotult tekib lisanduv kulu mittekliinilise assistendi ning juhi töökoha mööblile ning arvutile. Mööbli ja töökoha kulu arvestamisel on autor aluseks võtnud eriarstiabi teenuse

kirjelduses sisalduv töökoha mööblikomplekti ning arvuti kulu. Lisaks on autor arvestatud mööbli soetamise vajadust ETTK ootesaali ning töötajate ruumi, kus on samuti autor aluseks võtnud eriarstiabis kirjeldatud kulud mööblikomplektile. Autor eeldab, et töötajate ruumi mööblikomplekti maksumus ei erine ooteruumi mööbli maksumusest. Imikulaua vajadus üldkasutataval pinnal tuleneb RAKE uuringust ning imikulaua ühiku maksumuse aluseks on perearsti pearahas sisalduv imikulaua kulu. Juhtimise ning ETTK haldusega seotud vajalike seadmete ja inventari kirjeldus on toodud lisas 14.

### **2.2.1.2. Ämmaemandusabi, koduõenduse ja füsioteraapia teenuste osutamiseks vajalikud ressursid**

Ämmaemandusabi teenuste puhul erines kehtiv teenuse kirjeldus oluliselt teenuse osutamisele kehtestatud nõuetest. Lisas 6 esitas autor ämmaemandusteenuste kehtivad teenuste kirjeldused, mis on analoogsed tavapärase õe vastuvõtu kirjeldusega. Iseseisva ämmaemandusabi osutamiseks on aga lisaks jaotises 1.3.3.2. nimetatud õigusaktide kohaselt ette nähtud erinevate seadmete, aparatuuri ja tarvikute olemasolu. Lisas 15 on kirjeldatud loetelu KKM-idst ning nende maksumustest ning ÜKM-idest ja nende maksumusest, mis peavad olema tagatud ämmaemandusabi iseseisvaks osutamiseks. KKM-i kulude arvestamisel on autor lähtunud kas perearstiabi kulumudelil kehtestatud hindadest või eriarstiabi teenustes kirjeldatud seadmete maksumustest. ÜKM-ide puhul on autor aluseks võtnud Eesti Ämmaemandate Ühingu esitatud hinnangulise kulu. (Eesti Ämmaemandate ... 2013) Aastaste kulude arvutamiseks on nii ÜKM-ide kui ka transpordikulu puhul autor aluseks võtnud keskmise visiitide arvu ühe ämmaemanda kohta ETTK-s. Detailsemalt kirjeldatakse keskmise visiitide arvu arvestamise jaotises 2.2.2.3. Lisas 15 välja toodud andmete alusel selgub, et valdava osa ämmaemandusteenuse kuludest moodustavad kulutused transpordile.

Koduõendusteenuse osutamiseks vajalikud ressursid on autor kirjeldanud lisas 8. KKM-ide ja ÜKM-ide kulu ühtib lisas 8 välja toodud teenuse kirjeldusega, sest koduõendusteenuse puhul vastas teenuse kirjeldus täielikult kehtestatud nõuetele ning täiendusi seadmete ja tarvikute loetelus ei olnud vaja teha. EHK kaasajastas koduõendusteenuste hinnad 2014. aastal ning sellest tulenevalt kajastub koduõendusteenuse hinnas kõige värskem info erinevate seadmete maksumusest. Teenuse kaasajastamise käigus kaardistati koostöös erialaseltsiga kõik koduõendusteenuseks vajalikud ressursid ning sellest tulenevalt on kirjelduses ka seadmeid ja tarvikuid, mida määruuses otseselt ei nõuta, kuid eriala hinnangul on teenuse osutamiseks siiski

vajalikud. Lisas 16 on autor välja toonud koduõendusteenuse osutamiseks vajalikud ressursid. Transpordikulude ja ÜKM-ide puhul arvestas autor taas keskmist visiitide arvu aastas sarnaselt ämmaemandusteenuse puhul kirjeldatuga. Transpordikulude arvestuse aluseks jäi üldarstiabi kulumudelil kehtestatud kütuse reaalne kulu kilomeetri kohta ja kütuse rahaline kulu. Lisast 16 võib järeldada, et valdava osa koduõendusteenuse osutamiseks vajalikest kulutustest moodustavad transpordikulud.

Lisas 5 on välja toodud kõigi perearstiabis osutatavate füsioteraapia teenuste kirjeldused. Lisasse 17 on koondatud erinevate füsioteraapiateenuste kirjeldused ja lisatud KKM-id loetelu ning nende maksumused. Kuna füsioteraapiateenuse osutamiseks ei ole määrusega nõutud seadmete ja tarvikute loetelu nagu koduõenduse ja ämmaemanduse puhul, siis on lähtutud EHK 2012. aastal kaasajastatud teenuste kirjeldustest ja seadmete maksumustest. Füsioteraapiateenuste puhul ei olnud teenuse kirjeldustes kaardistatud ÜKM-ide kulu. Sellest tulenevalt lähtus autor magistritöös taastusravi füüsilise ravi ühekordse komplekti maksumusest. ÜKM-ide aastase kulu arvutamisel võttis autor aluseks sarnaselt koduõenduse ning ämmaemandusabiga keskmise visiitide arvu aastas. Transpordikulud füsioteraapia puhul arvestatud ei ole, kuna füsioteraapias ei ole ette nähtud koduviisi. Eesti Füsioterapeutide Liit esitas 2015. aastal haigekassale taotluse uue teenuse lisamiseks TTL-i, kuid otsus teenuse kulutõhususe kohta tehakse aasta lõpuks. RAKE uuringule tuginedes on füsioteraapia ruumiarvestusest autoril välja jäetud vajalik pind teenuste osutamiseks basseinis ja sellest lähtuvalt ei ole basseini ruume kirjeldatud mudeli eelduste lisas 11. Lisast 17 võib järeldada, et valdava osa kuludest füsioteraapiateenuse osutamisel moodustavad KKM-id.

### **2.2.2. Esmatasandi tervisekeskuste võimalikud rahastusmudelid**

Eelnevas jaotises esitas autor esmatasandi ETTK-s ette nähtud teenuste osutamiseks vajalikud ressursid (seadmed, tarvikud, inventari ja nende kulud). Tuginedes sellele infole lisatakse need erinevatesse rahastusmudelitesse vastavalt mudeli ülesehitusest ja rahastamis-meetodist lähtuvalt, et analüüsida nende mõju nii grupipraksiste tulule kui ka kogu esmatasandi tervishoiu rahastusele.

### 2.2.2.1. Mudel 1

Mudelis 1 ehk pearahapõhise rahastamise puhul eeldab autor, et teenuseosutajal tekkivad kulud jaotatakse teenust osutatavale sihtrühmale. Eelnevalt on autor kirjeldanud sihtrühma suurused grupipraksistes (kolm kuni kaheksa nimistut olenevalt piirkonnast) ning ETTK-s osutatavateks teenusteks vajalikud seadmed, tarvikud ja inventar. Selleks, et oleks võimalik arvestada uued pearaha hinnad, mis sisaldavad kulusid ämmaemandusabi, füsioterapia, koduõendusteenuste osutamiseks ning ETTK juhtimiseks, tuleb need kulud jaotada sihtrühma isikutele.

Seni on kirjeldamata personalikulud ETTK-s, sest erinevate rahastamismeetodite puhul on personalikulude katmise alused erinevad. Pearahapõhise rahastamise puhul sisalduvad personalikulud pearahas (vt lisas 18) Lisandunud on perearstide ning pereõe töötundide arv, sest ETTK-s on neid eeldatavasti vähemalt kolm. Lisaks on autor arvestanud ämmaemanda, koduõe ning füsioterapeudi personalikulu. Mudelisse on arvestatud perearsti ja pereõe asendajad puhkuse ajal vastavalt praegusele tasu arvestuse metoodikale.

Lisaks personalikuludele on autor koondanud seadmete, tarvikute ja inventarikulud perearstidele ja pereõdedele, füsioterapeudile, koduõele, ämmaemandale ning juhtimisele lisadest 12, 14, 15, 16 ja 17. Võrreldes praeguse pearahamudeliga on lisatud 5% juhtimiskulu kogu personalikulust ning ühe mittekliinilise assistendi personalikulu. Muude kulude all on kirjeldatud bürookulud, nt telefonikulud, mis tuleneb perearstiabi esialgselt kulumudelilt. Muude kulude summa esialgses perearsti kulumudelil on korrutatud spetsialistide arvuga, kuna eeldatavasti iga spetsialisti lisamine suurendab vajadust soetada bürootarbeid.

Selleks, et leida pearahale hind, on vaja kulud jaotada iga pea kohta nimistus. Jaotises 1.3.3.1. kirjeldas autor, et perearsti pearaha on diferentseeritud vanuserühmade kaupa. Erinevatele vanuserühmadele kulude jaotamisel võetakse praeguse arvestusmetoodika juures aluseks keskmine visiitide arv perearstile või pereõele aasta jooksul. Keskmisest visiitide arvust lähtudes on võimalik arvutada, kui palju on ühes nimistus visiite teatud vanuserühmadel ning saab tuletada osatähtsuse, kui palju oma ajast kulutab perearst või pereõde kindlale vanuserühmale. Seejärel arvutab autor tööaja osatähtsuste alusel töötasu kuus keskmiselt kindlale vanuserühmale ning jagatakse see vanuserühma kuuluvate isikute arvuga. Lisas 11 on välja toodud, et kulude jagamise aluseks on 3600 isikut. Isikute arv on saadud kolme miinimumsuurusega (1200 isikut) nimistu kokku liitmisel. Jaotises 2.2.1. kirjeldas autor, et grupipraksise eelduseks on 4500 isikut, kuid seda võetakse arvesse grupipraksiste tulu

prognoosimisel. Isikute arvu 4500 ei ole võimalik kasutada pearaha kulude jaotamiseks vanuserühmadesse, sest mudeli eelduseks on praegu kehtiva õigusakti järgi 1200 isiku suurune nimistu, mis peab katma miinimumnõuded teenuse osutamiseks. Jagades miinimumkulud 4500 isiku peale, tekitab see olukorra, kus praegust pearahamudelit ning loodud mudelit ei saa võrrelda.

Muude kulude puhul, peale perearsti ning pereõe tööaja, ei võta autor arvesse kulude jaotumist erinevatele vanuserühmadele. Magistritöö käigus analüüsis autor võimalust jaotada ämmaemanda, koduõe ning füsioterapeudi palgakulu vanuserühmiti, kuid puuduvad piisava kvaliteediga statistilised andmed, mis võimaldaks teenuste kulu vanuseti hinnata. Haigekassa andmekogust saadi andmed 2014. aastal füsioterapeudi, koduõe ning ämmaemanda vastuvõtul käinud isikute vanuselise jaotuse kohta, kuid andmete analüüsi käigus selgus, et need ei ole piisava usaldusväärsusega. Seega jäi autor mudeli juurde, kus kulude jaotumisel ei arvestata vanuserühmi. Mudeli rakendamisel tulevikus soovib autor esmalt kehtestada rahastusmudel, mis ei arvesta lisanduvate spetsialistide visiite ning seejärel analüüsida esimesel paaril aastal isikute teenuste kasutust ja seejärel tugineda nende andmetele.

Kogukulude sihtrühmale jaotamise tulemusel leidis autor pearaha uued hinnad (vt lisa 19), kui ETTK-s rahastatakse kolme perearsti, füsioterapeuti, ämmaemandat, koduõde ning juhtimiskulusid. Lisanduvate teenuste liitmisel üldarstiabi kulumudelisse võttis autor eelduseks, et ruume rahastatakse baasrahast, lähtudes senisest perearstiabi kulumudelidest ja eeldusest, et ruumide kulu tekib teenuseosutajal olenemata sihtrüma isikute arvust, sest minimaalsete ruumide olemasolu teenuse osutamiseks on kehtestatud teenuseosutamise nõuetega. Sarnane põhimõte kehtib koolituskulude ja E-tervise halduskuludega. Seega baasrahas on lisa 20 kohaselt arvestatud koolituskulude ning E-tervise halduskulude kasv vastavalt ETTK meeskonna kasvule. Ruumide kasutuskulu arvestamisel on autor jätnud aluseks perearstiabis tasustatava ruutmeetri kulu 11,37 eurot kuus. Baasrahas kajastub lisaks perearstile ka koduõe ning ämmaemanda asjaajamisega seotud transpordikulu. Kuna transpordikulu arvestamisel on juba aluseks võetud keskmine teenuste maht aastas, siis tulenevalt praegusest perearstiabi arvestuse meetodikast eeldab autor, et transpordikulud jäävad baasrahasse.

Lisas 20 on välja toodud uus baasraha hind ETTK-le ning lisa 21 on nende hindade alusel koostatud prognoosimudel grupipraksise tulu arvestamiseks ning rahastamise muudatusest tuleneva lisakulu arvestamiseks EHK eelarvele. Pearaha prognoosi aluseks on autor võtnud kindlustatute vanuseline jaotuse, et välja selgitada isikute hulk, kelle arvelt

tasutakse kõrgemat pearaha. Baasstsenaariumiks on autor võtnud 4500 isikulise sihtrühma ning 89 grupipraksist. Lisanduv kulu pearahast on 7,5 miljonit eurot aastas. Baasraha kulude prognoosi aluseks on autor võtnud ETTK-de arvu 89, mis eeldab, et kokku on grupipraksistes nimistuid 267 (kolm nimistut ühe grupipraksise kohta). Ülejäänud nimistuid rahastatakse edasi praeguse mudeli alusel. Autor on eeldanud, et grupipraksistes ei rahastata baasraha koefitsiendiga 1,5, sest eeldatavasti ei saa grupipraksisel olla mitu erinevat tegevuskohta. ETTK-de loomisel on kaalutud filiaalide rakendamise mõistet, kuid senini on selgusetu, kas ja millistel alustel ETTK-de filiaalid<sup>5</sup> toimima hakkavad. Lisanduv kulu baasrahast on 10 miljonit eurot. Seega kokku on pearahapõhise rahastamise meetodi valikul EHK-le lisakulu ligikaudu 17,5 miljonit eurot aastas.

#### **2.2.2.2. Mudel 2**

Mudeli 2 ehk fikseeritud tasu mudeli eeldus on, et praegu kasutusel olev pearaha ei muutu ning et kõik lisanduvad teenused tasutakse fikseeritud summaga analoogselt baasrahale. Praegu kasutab EHK fikseeritud summa alusel rahastamist teise pereõe puhul, mida autor kirjeldas jaotises 1.3.3.1. Fikseeritud lisatasu meetodiga tekib ETTK rahastamiseks kolm uut teenust: koduõe lisatasu, ämmaemanda lisatasu ning füsioterapeudi lisatasu. Lisaks muutub baasraha piirhind, kuhu lisandub kulu üldkasutatavatele ruumidele, kolme perearsti ja -õe koolituskulu, juhtimiskulu 5% tööjõukuludest, E-tervise halduskulu kõigile lisanduvatele spetsialistidele, mittekliinilise assistendi kulu ja korduvkasutatavate seadmete kulu, mis on seotud juhtimise ja üldpinnaga.

Koduõenduse, füsioteraapia ja ämmaemanduse lisatasud sisaldavad kõiki kulusid, mis on vajalikud teenuse individuaalseks osutamiseks, sh tööjõukulud, koolituskulud, töökoha kulud, KKM-id, ÜKM-id, transpordikulud ning ruumikasutuskulud. Ruumikasutuskulude aluseks on lisas 11 autor välja toonud eeldused rahastatava pinna ruutmeetrite arvu kohta. ÜKM-ide ning koduvisiitide puhul on sarnaselt pearahale autor aluseks võtnud keskmise visiitide arvu aastas. Uute teenuste struktuur ja hinnad on välja toodud lisas 22. Kui minimaalselt kolm perearstinimistut on koondunud, tasutakse ETTK-le fikseeritud füsioteraapia, koduõe ning ämmaemanda lisatasu ning kõrgemat ETTK baasraha.

---

<sup>5</sup> ETTK filiaal oleks eeldatavasti tegevuskoht, kus alaliselt töötab pereõde ning teatud aegadel (näiteks ühel korral nädalas) ka perearst.



Lisas 23 on autor välja toonud lisanduvate kulude prognoosi fikseeritud tasu mudelile baasstsenaariumi puhul, mis on kirjeldatud pearaha mudeli juures. Eeldusel, et pearaha ei muutu, on EHK-le lisanduv kulu võrreldes praeguse rahastusmudeliga fikseeritud rahastamismudeli puhul aastas ligikaudu 10 miljonit eurot.

### 2.2.2.3. Mudel 3

Mudeli 3 ehk teenusepõhise hinnamudeli juures on autor eeldanud, et rahastamist jätkatakse kehtivate teenuste kirjeldustega, kuid juhtimiskulude lisamisega baasrahasse. Teenusepõhise rahastusmudeli baasraha arvestus on analoogne lisas 22 välja toodud fikseeritud mudeli baasrahal. Muutumatuks jääb ka perearsti pearaha, kuid lisanduvad teenused rahastatakse analoogselt uuringufondile ehk osatähtsusega pearahast, mis võtab siiski arvesse teenindatavate isikute arvu.

Selleks, et leida ETTK-s osutatav füsioteraapia, ämmaemandusabi ning koduõenduse maht, on magistritöös kasutatud kahte erinevat lähenemist:

- 1) teenuse mahud on tuletatud optimaalsest tööajast lähtuvalt (vt lisa 24);
- 2) teenuse mahtude aluseks on teenuste mahu prognoos (vt lisa 25).

Esimese ehk optimaalsest tööajast lähtuva teenuste mahu arvestuse puhul tuletatakse visiitide arv lähtudes eeldusest, et personali optimaalne tööaeg on eriarstiabi hinnakujunduse metoodika alusel 98 100 minutit aastas. Minutite arv on saadud järgneva valemi alusel:

$$\text{optimaalne tööaeg aastas} = (260 \text{ tööpäeva} - \text{seadusega ettenähtud } 28 \text{ puhkusepäeva} - \text{riiklikud pühad} - \text{koolitus } 5 \text{ päeva}) \times 0,85^* \times 8 \text{ tundi} \times 60 \text{ minutit} = 91\,800 \text{ minutit aastas}$$

\* arvestab, et arst tegeleb teenuste osutamisega 85% enda tööajast

Optimaalse tööaja järgi on see jagatud personaliressursi tööajaga teenuse kirjelduses (koduõenduse puhul näiteks  $91\,800 / 90 \text{ minutit} = 1020$ ). Seega optimaalse tööaja sees on aasta jooksul ühel koduõel võimalik teha 1020 koduviiti. Lähtudes eeldusest, et igas ETTK-s töötab üks täiskohaga koduõde, ämmaemand või füsioterapeut, siis tuleb teenuste arv korrutada eeldatavate ETTK-de arvuga ja seejärel on võimalik prognoosida eeldatavat kulu teenustele. Kuna füsioteraapias on mitu erinevat teenust, milles spetsialisti ajakulu teenusele erineb, siis kasutas autor lisaks EHK 2014. aasta teenusekasutuse andmeid, et prognoosida, milliseid teenuseid millise osatähtsusega osutatakse. Ämmaemanduses kasutati kodu- ning tavaviitide

osatähtsuse hindamisel Eesti Ämmaemandate Ühingu teenuse taotluses esitatud informatsiooni, et 15% kõigist teenustest võiks olla koduvisiidid (Eesti Ämmaemandate ... 2013).

Teenusemahtude prognoosi aluseks on autor võtnud RAKE uuringu. RAKE uuringu põhi-stsenaariumi mudeli põhjal on hinnatud prognoositavaid teenusemahtusid esmatasandile koduõenduse, ämmaemandusabi ning füsioteraapiateenuste osutamiseks. Teenuste prognoosi alusel on autor hinnanud kogukulusid nii tervikuna kui ka prognoositavaid kulusid ühe ETTK kohta, arvestades eeldustes märgitud ETTK-de arvu. Erinevate teenuste osatähtsustel on autor kasutanud sama metoodikat nagu optimaalsest tööajast lähtudes.

Sarnaselt teistele mudelitele on autor lisas 26 välja toonud teenusepõhise mudeli kulude prognoosi baasstsenaariumi juures. Teenusepõhise rahastuse puhul ei muutu pearaha hind. Optimaalsest tööajast lähtudes lisandub EHK-le kulu teenusepõhise rahastusmudeli valikul 9 miljonit eurot ja teenuste prognoosi alusel 19 miljonit eurot.

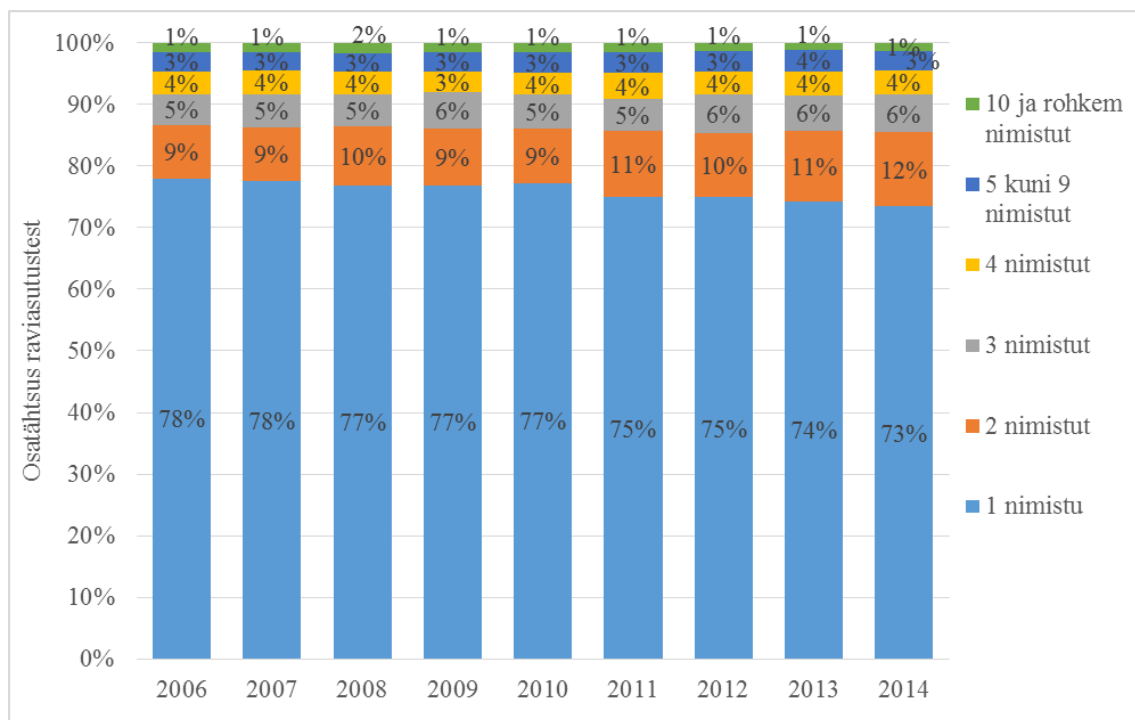
Kokkuvõtvalt on autor jaotises 2.2 koostanud erinevatel rahastamisviisidel tuginevad mudelid, kasutades selleks jaotises 2.1 kirjeldatud metoodikat ning erinevatest allikatest tulenevaid eeldusi. Autori koostatud rahastusmudelid ja nende abil prognoositav tulu teenuseosutajatele ning kulud rahastajale võimaldavad võrrelda rahastusmeetodeid, mis on sisend optimaalse rahastusmudeli valimiseks. Selleks, et ettepaneku tegemisel arvestada praeguse rahastamissüsteemi loodavaid stiimuleid, analüüsitakse järgmises jaotises perearstide motivatsiooni grupipraksistesse koonduda praeguse rahastuse juures.

### **2.3. Üksikute ja grupipraksiste võrdlus praeguse rahastussüsteemi alusel**

Et kontrollida hüpotees, mille kohaselt grupipraksistesse koondumine suurendab perearsti kui eraettevõtja tulu ning vähendab kulu teenuse osutamise tingimuste samaks jäädes ehk praeguse rahastusmudeli juures, analüüsib autor magistritöös perearstide praegust rahastust üksikpraksiste ning grupipraksiste lõikes. Eesmärk on anda hinnang optimaalsele rahastusmudelile.

Enamik Eesti perearste töötab iseseisva äriühinguna omades ühte nimistut. Viimase üheksa aasta jooksul ei ole perearstikeskuste koosseis oluliselt muutunud (vt joonis 7). Joonisel oleva arvestuse aluseks on autor võtnud EHK lepingupartnerid ning nende lepingupartnerite alt rahastatavad nimistud. Jooniselt on näha, et valdaval osal kinnitatud nimistuga perearstidest on EHK-ga eraldiseisev leping, olenemata sellest, kas töötatakse ühistes ruumides või asendatakse

üksteist. Samas tuleb arvestada, et perearstid võivad olla koondunud ühisele pinnale ja teha meeskonnana koostööd enamal määral, kui joonisel 7 näidatud, kuid rahastamise seisukohast ollakse üksteisest sõltumatud.



Joonis 7. Perearstikeskuste koosseisud aastatel 2006–2014

Allikas: Lisa 27

Perearstiabi rahastusmudelit on aastate jooksul täiendatud ning tehtud muudatused on loonud stiimuleid koondumiseks, näiteks uuringuteks ette nähtud vahendite jagamine ühe lepingupartneri siseselt, mis peaks suurema ettevõtte puhul andma rohkem võimalusi paindlikumalt tegutseda. Ka perearstide asendamised võiks luua motivatsiooni koondumiseks, kuid joonisel 7 on siiski näha, et viimase üheksa aasta jooksul on EHK lepingupartnerite struktuur muutunud vaid marginaalselt. Jaotises 1.3.4. selgus, et grupipraksistes töötamine on tavapärane ka teistes perearstikeskse tervishoiusüsteemiga riikides, kus perearstiabi tegevus ulatub kaugemale eriarstile suunaja rollist, siis sellest ilmneb magistratöö uuringu üks olulisemaid küsimusi, kas ja millisel määral motiveerib praegune rahastamissüsteem perearste koonduma grupipraksistesse?

Andmeanalüüsi meetodika jaotises kirjeldas autor, et küsimusele vastuse saamiseks kasutati TAI 2013. aasta andmeid perearstiabi teenust osutavate äriühingute kohta. Kuna TAI-

le esitatakse andmed teenuseosutajate lõikes ning andmetes puudub informatsioon teenuseosutajate alla kuuluvate nimistute kohta, siis ei ole TAI andmeid võimalik disagegeeritud kujul kasutada grupi ning üksikpraksiste kulu ja tulu analüüsimiseks. Selleks, et TAI andmed oleks võimalik viia nimistupõhiseks, liitis autor sinna juurde nimistute arvud teenuseosutaja kohta EHK andmetel. Nimistute arv iga raviasutuse kohta on arvestatud 2013. aasta lõpu seisuga. Analüüsist välistas autor äriühingud, kes ei tegutsenud terve 2013. aasta jooksul. Grupipraksistest oli üks äriühing, kelle tulu ja kulu olid teistest sama suurusega grupipraksistest mitu korda väiksemad. Sama teenuseosutaja tulu andmed ei olnud võrreldavad EHK-st teenuseosutajale välja makstud tasudega, seega välistas autor selle äriühingu andmed analüüsist eeldusel, et teenuseosutaja on TAI-le esitanud puudulikud andmed.

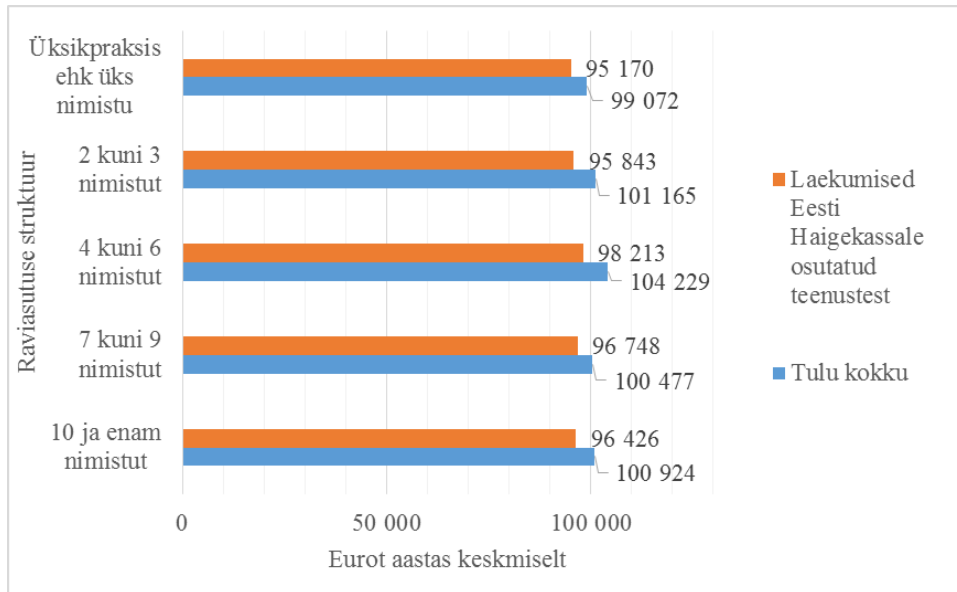
Autor jagas teenuseosutajad viide rühma: üksikpraksised, 2–3 nimistuga praksised, 4–6 nimistuga praksised, 7–9 nimistuga praksised ning 10 ja enama nimistuga praksised. Tabelis 5 on välja toodud praksiste arvud vastavates rühmades, arvestades välistatud äriühinguid. Kokku analüüsiti 450 perearstiabi teenust osutava äriühingu tulu ning kulu andmeid.

Tabel 5. Analüüsi kaasatud raviasutuste arv vastavalt praksise koosseisule

	Raviasutuste arv
10 ja enam nimistut	5
7–9 nimistut	5
4–6 nimistut	28
2–3 nimistut	76
Üksikpraksis	336

Allikas: Autori arvutused tuginedes TAI ja EHK andmetele

Perearstikeskuste tulu leidmiseks ühe nimistu kohta jagas autor perearstikeskuse tulu, kulu ning majandusaasta tulemi andmed nimistute arvuga perearstikeskuses. Joonisel 8 on välja toodud perearstide tulu kokku ja laekumised EHK-le osutatud teenustest nimistu kohta praksise koosseisu lõikes.

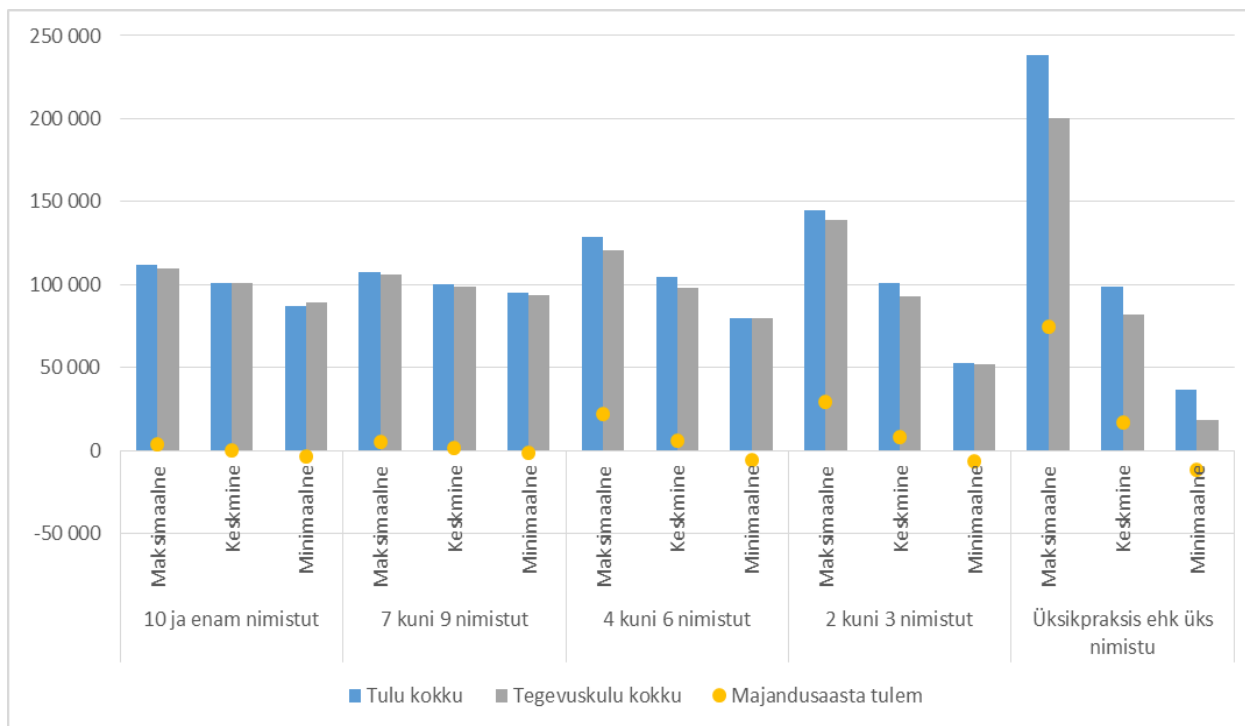


Joonis 8. Perearstide tulu kokku ja laekumised EHK-le osutatud teenustest nimistu kohta praksise koosseisu lõikes 2013. aastal

Allikas: autori arvutused tuginedes TAI ja EHK andmetele

Jooniselt 8 võib järeldada, et sõltumata praksise koosseisust ei erine oluliselt lisanduvate tasuliste teenuste osutamine. Olenevalt praksise koosseisust jääb see nimistu kohta aastas keskmiselt 3000–6000 euro vahele, mis moodustab vaid marginaalse osa kogu sissetulekust nimistu kohta. Kõige suurem tulu nimistu kohta on grupipraksistel, kus on koondunud 4–6 nimistut. Kõige väiksem on kogutulu nimistu kohta üksikpraksistes.

Joonisel 9 on välja toodud praksise koosseisude lõikes nimistu kohta keskmine tulu, tegevuskulud ning majandusaasta tulem. Joonisel on välja toodud maksimaalne, keskmine ning minimaalne näitaja. Kõige suurem erinevus nii tulus, kulus kui ka kasumi puhul on üksikpraksistes. Alates seitsme nimistuga grupipraksisest on tulu ja kulu nimistu kohta võrdlemisi samal tasemel ning oluliselt ei erine ka minimaalne ja maksimaalne väärtus raviasutuste lõikes. Mõningal määral suureneb maksimaalse ning minimaalse tulu ja kulu vahe grupipraksiste rühmas, kus on 4–6 ja 2–3 nimistut. Võib väita, et mida vähem nimistuid on ühes raviasutuses, seda suurem on raviasutuses kogutulu ja kulu vahe. Sama võib väita kuuluvate raviasutuste minimaalsete ja maksimaalsete väärtuste kohta.

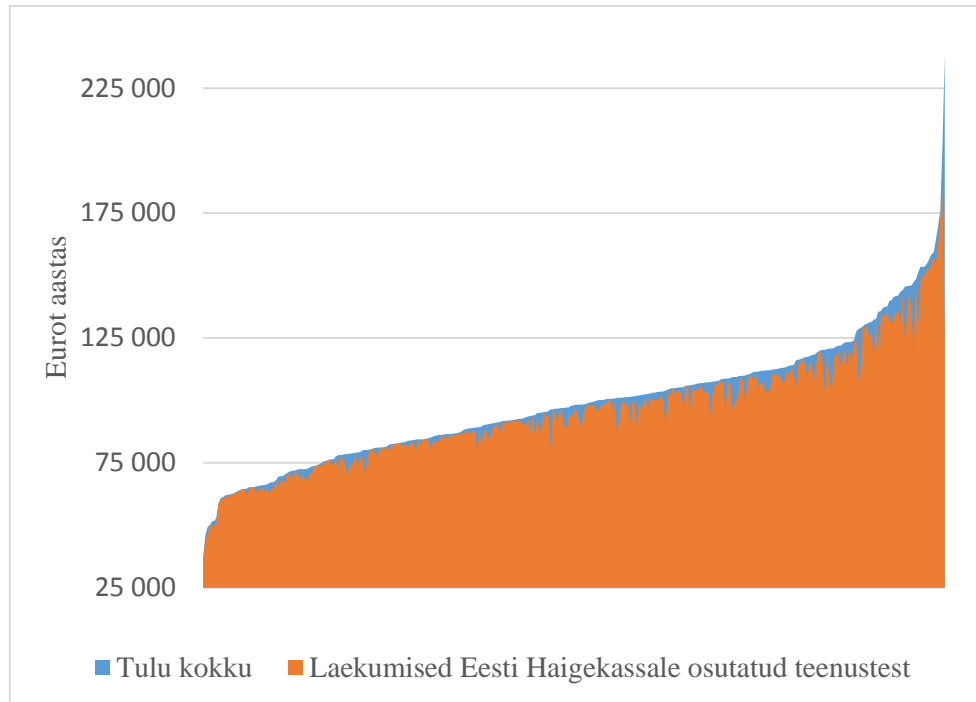


Joonis 9. Perearstide kulu, tulu ja majandusaasta tulem nimistu kohta raviastutuste struktuuri lõikes 2013. aastal

Allikas: Lisa 28

Joonisel 9 on näidatud rühmade lõikes maksimaalsed, keskmised ja minimaalsed majandusaasta tulemi väärtused. Kuna tulu ning kulu vahe on üksikpraksiste puhul kõige suurem, võib väita, et kõige kasumlikum on praeguse rahastusmudeli kohaselt osutada teenust üksikpraksistest, mis võib olla põhjuseks, et joonis 7 kohaselt ei ole teenuseosutajate struktuur muutunud ega grupipraksiste arv kasvanud. Seega ei saa kinnitada püstitatud hüpoteesi, et praegune rahastusmudel motiveerib perearste koonduma grupipraksistesse ja et koondumisel suureneb teenuseosutaja tulu ning väheneb kulu ühe nimistu kohta keskmiselt.

Eelnevast tulenevalt uuris autor magistritöös üksikpraksiste andmeid detailsemalt, millest selgus, et üksikpraksistel, kellel on suurem tulu, on teistest enam laekumisi juriidilistelt ja füüsilistelt isikutelt ning muudelt raviteenustelt. Joonisel 10 on detailselt välja toodud üksikpraksiste tulu jaotumine EHK eelarvest ning tulu kokku.

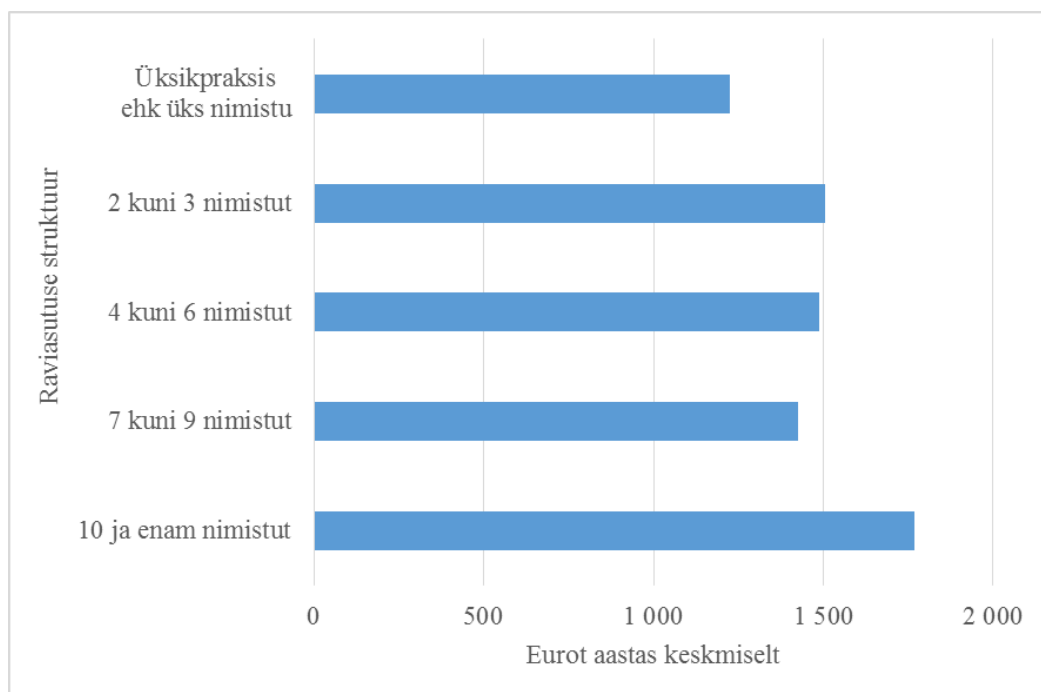


Joonis 10. Üksikpraksiste tulu kokku ja laekumised haigekassalt 2013. aastal

Allikas: Lisa 29

Kuna magistritöö eeldus oli, et grupipraksise puhul on võimalik kulusid paremini optimeerida, siis selle väite ümberlõkkamise tulemusena tekkis vajadus analüüsida erinevate teenuseosutajate kvaliteeti. Autor analüüsis perearstipraksiste kvaliteedi sõltuvust praksise struktuurist. Jaotises 1.3.3.1. on teada, et EHK tasub perearstidele kvaliteedi lisatasu, seega võttis autor perearstipraksise kvaliteedi mõõtmisel aluseks EHK perearstide kvaliteedisüsteemi (PKS). Kvaliteedi lisatasu maksab EHK välja tagasiulatuvalt ehk 2013. aasta tööd hinnatakse 2014. aastal ning tasu makstakse samuti välja 2014. aastal. Joonisel 11 on välja toodud kvaliteedi lisatasud keskmiselt ühe nimistu kohta praksiste struktuuri lõikes.

Jooniselt 11 selgub, et üksikpraksistest on PKS-i tulemused kehvemad ja kvaliteeditasu väiksem. Kõige paremad tulemused PKS-is on nimistutel, kes töötavad 10 ja enama nimistuga grupipraksistes. Koondumise vajadusest kirjutas autor jaotises 1.2.4. ning joonisel 11 kajastatu ilmestab seda vajadust ka teenuseosutamise kvaliteedist lähtuvalt.



Joonis 11. Keskmise kvaliteedi lisatasu nimistu kohta praksise koosseisu lõikes 2013. aasta tulemuste põhjal.

Allikas: Lisa 30

Praegune rahastusmudel ja perearstiabi korraldus ei motiveeri perearste koonduma grupipraksistesse, vaid pigem soosib üksikpraksisena tegutsemise jätkamist. Joonisel 11 esitatud andmetele tuginedes võib väita, et grupipraksistesse koondumine on praeguse rahastusmudeli alusel perearstiabi teenuse osutajale motiveeriv. Seega on grupipraksistesse koondumise eelduseks rahastamismotivatsioonide muutmine. Lisaks tuleb ETTK-de rahastusmudelile kaaluda üksikpraksiste rahastuse muutmist ja rahastamise juures kvaliteedinäitajate arvestamist suuremal määral. Vastasel juhul ei pruugi autori hinnangul uue ETTK rahastusmudeli loomine olla piisav stiimul koondumiseks.

Perearstiabi teenuseosutajate kulu ja tulu andmete analüüsi tulemusi arvestades tuleb uue ETTK rahastusmudeli väljatöötamisel kaaluda, milline jaotises 2.2 kirjeldatud rahastusmudel koondumiseks kõige suurema motivatsiooni loob. Järgnevalt võrreldakse rahastusmudeleid ning nende loodavaid stiimuleid, mille tulemusena teeb autor ettepaneku ETTK optimaalse rahastusmudeli kohta.



## 2.4. Koostatud rahastusmodelite võrdlus, esmatasandi tervisekeskuste optimaalne rahastusmudel ning ettepanekud rahastusmudeli arendamiseks ning rakendamiseks

Esimeses peatükis kirjeldas autor, et teatud rahastusmeetodid loovad stiimuleid teenuseosutajatele. Jaotises 2.2 töötas autor välja ETTK-de rahastusmodelid. Selleks, et saavutada töö eesmärk ja anda sisend, milline on ematasandi toimimise optimaalne mudel, viib autor kokku tervishoiu korralduse ning praktilised mudelid. Jaotises võrdleb autor erinevate modelite ja nende loodavate stiimulite võrdlust ning nendest lähtuvaid ettepanekuid optimaalse mudeli kohta. Lähtuvalt Eesti tervishoiupoliitika eesmärkidest teeb autor ettepaneku sobiva rahastusmudeli rakendamiseks ETTK-le ja annab vastused uurimisküsimustele, milline rahastamissüsteem on optimaalseim rahastaja vaates ning milline rahastusmudel soosib kõige enam perearste ja lisanduvaid spetsialiste koonduma. Magistritöö viimases jaotises annab autor soovitusi optimaalse mudeli edukamaks rakendamiseks ja mudeli edasisteks arendusteks.

### 2.4.1. Rahastusmodelite võrdlus

Optimaalse mudeli valikuks tuleb esmalt analüüsida, mis on ühe või teise meetodi valimise mõjud nii teenuseosutajate kui ka rahastaja vaates. Selleks kasutab autor esimeses jaotises kirjeldatud praeguse süsteemi korraldust, jaotises 2.2 koostatud mudeleid ja jaotises 2.3 saadud informatsiooni, et praegu motivatsioon koondumiseks puudub.

Tabelis 6 on välja toodud praeguse rahastusmudeli juures perearsti tulu pearahast (keskmise nimistu koosseisu juures) ning baasrahast olenevalt perearstinimistu suurusest aastas. Võrdluseks on lisatud 4500 ning 12 000 isikuga grupipraksise sissetulek pea- ning baasrahast kalendriaastas keskmiselt.

Tabel 6. Praegune rahastusmudel

	Üksikpraksis		Grupipraksis	
	1200 isikut	1500 isikut	4500 isikut	12000 isikut
Aastas keskmine tulu	83 464	101 422	304 266	811 375
Pearaha	54 010	67 513	202 538	540 100
Baasraha	11 630	11 630	34 891	93 042

Allikas: autori arvutused praeguse perearstiabi kulumudeli põhjal

Tabelites 7 ja 8 on välja toodud grupipraksiste keskmised sissetulekud aastas olenevalt valitavast rahastusmudelist. Võrreldes praeguse rahastusmudeliga suureneb 4500 isikuga nimistu puhul aasta keskmine tulu 132 186 euro võrra pearaha mudeli juures ja 49 754 eurot fikseeritud tasu mudeli juures. Teenusepõhise mudeli juures suureneb grupipraksise tulu keskmiselt 146 856 eurot teenuste prognoosist lähtuvalt ning 32 499 eurot optimaalsest tööajast lähtuvalt. (lisa 31)

Tabel 7. ETTK tulu 4500 isiku juures

	Mudel 1	Mudel 2	Mudel 3	
			teenuste prognoos	optimaalne tööaeg
Aastas keskmine tulu	436 452	354 020	451 122	336 764
Pearaha	285 158	202 538	202 538	202 538
Baasraha	151 294	151 482	49 351	49 351
Teenusepõhine tasustamine			199 233	84 875

Allikas: Autori arvutused lisade 21, 23 ja 26 põhjal

Grupipraksises, kus on vähemalt 12 000 isikut, suureneb grupipraksiste keskmine sissetulek pearaha mudelist lähtuvalt 406 810 eurot, baasraha mudelist lähtuvalt 103 879 eurot. Teenusepõhise mudeli juures suureneb tulu lähtudes teenuste prognoosi mudelist 391 616 eurot ning optimaalse tööaja mudelist 86 663 eurot (lisa 31).

Tabel 8. ETTK tulu 12 000 isiku juures

	Mudel 1	Mudel 2	Mudel 3	
			teenuste prognoos	optimaalne tööaeg
Aastas keskmine tulu	1 218 185	915 254	1 202 992	898 038
Pearaha	814 734	511 300	540 100	540 100
Baasraha	403 452	403 953	131 604	131 604
Teenusepõhine tasustamine			531 288	226 334

Allikas: autori arvutused lisade 21, 23 ja 26 põhjal

Eelnevast võib järeldada, et kõige suurem tulu grupipraksisele tekib pearahapõhise mudeli juures ning kõige väiksem teenusepõhise mudeli juures, mille aluseks on optimaalne

tööaeg, kuigi fikseeritud tasu mudeli prognoositav tulu grupipraksise kohta ei erine oluliselt optimaalse tööaja mudelist. Seega võib väita, et arvestades grupipraksiste juures muutust praksise tulus, loob kõige tugevama motivatsiooni ETTK-sse koondamiseks pearahapõhine tasustamine. Väikseima stiimuli ETTK-sse koondumiseks annab fikseeritud tasu mudel ning optimaalsest tööajast lähtuv mudel.

Rahastaja seisukohalt on aga oluline leida võimalus, kuidas saaks minimaalsete kuludega saavutada parimat tulemust. Kuigi pearahapõhine rahastusmudel loob teenuseosutaja seisukohalt kõige suurema rahalise motivatsiooni koondumiseks, kaasnevad rahastajale selle mudeli valimisel suuremad kulud. Samas jõudis autor jaotises 2.3 järeldusele, et grupipraksistes on kvaliteet oluliselt parem, seega rahastaja vaates tuleks kaaluda, et olenemata pearahamudeli kulukusest, võib see lõppkokkuvõttes kaasa tuua kulude minimeerimisele (eeldusel, et selle rahastamismudeli tulemusena hakatakse ETTK-sse koonduma). Tabelis 9 on välja toodud lisanduv kulu kokku erinevate rahastusmudelite juures.

Tabel 9. Lisanduv kulu kokku erinevate rahastusmudelite lõikes

	Mudel 1	Mudel 2	Mudel 3	
			teenuste prognoos	optimaalne tööaeg
Aastas keskmine tulu	17 690 389	10 353 940	18 995 992	8 818 170
Pearaha lisanduv kulu	7 353 180			
Baasraha lisanduv kulu	10 337 209	10 353 940	1 264 267	1 264 267
Teenusepõhise tasustamise lisanduv kulu			17 731 726	7 553 904

Allikas: autori arvutused lisade 21, 23 ja 26 põhjal

Rahastaja seisukohast lähtuvalt on kõige kallim mudel rakendamiseks teenusepõhine, mis lähtub teenuste prognoosist. Samas tuleb arvestada, et pearaha ning fikseeritud tasu iseloomust lähtuvalt makstakse see teenuseosutajale kindlasti välja. Teenusepõhise rahastamis-meetodi juures ei pruugi aga teenuseosutajad suuta kogu teenuste mahtu täita ning osutamata jäänud teenuste eest jääb tulu saamata ning EHK-le ei teki ka kulu.

Jaotisest 1.3.1. on teada, et iga rahastusmudeli juures tekivad teenuseosutajatel stiimulid. Kuigi autori koostatud pearahapõhine rahastamismudel loob teenuseosutaja vaates kõige suurema rahalise motivatsiooni esmatasandi ETTK-sse koondumiseks, ei motiveeri pearaha-põhine tasustamine teenuseosutajat ette nähtud teenuseid tegelikult osutama, vaid pigem patsiente edasi suunama järgmisele tervishoiuteenuse tasemele. Tabelis 2 on välja

toodud, et pearahapõhisel rahastamisel lähtutakse eelarvest ja selleks, et teenuseosutajal oleks võimalik kulusid kokku hoida, võivad patsiendid jääda esmatasandil vajalikul määral teenindamata. Autori koostatud pearahapõhise mudeli juures saab miinimumpraksiste puhul kaetud kogu personali ning teenuse osutamiseks vajalike seadmete, tarvikute ja inventari kulu. Seega, kui on tegemist suuremate nimistutega, on ETTK-l võimalik teenida enam, kui miinimumnõuete tagamiseks vajalik on. Mudeli eelis on see, et suuremate nimistute juures tekib suurem ressursivajadus ning seda on arvesse võetud. Võrdlemisi suur osa kogu lisanduvatest kuludest moodustub koostatud mudeli juures baasrahast, mis sisaldab ruumikasutuskulusid. Samas ei arvesta pearahapõhine rahastusmudel ruumide parimat võimalikku kasutust ja ruumide eest tasutakse ka siis, kui sellel tervishoiuteenust ei osutata. Samas arvestab ainsana pearahapõhine rahastamismudel juhtimiskulude juures sihtrühma isikute arvu, kuna autor on eeldanud, et juhtimiskulu on otseselt seotud isikute arvuga grupipraktises.

Fikseeritud tasu mudeli juures on loodavad stiimulid osaliselt sarnased pearahapõhise rahastamismudeliga, sest sisuliselt lähtub teenuseosutaja endiselt kindlast fikseeritud eelarvest ja sellest tulenevalt puudub fikseeritud tasu mudeli puhul stiimul vastuvõttude arvu suurendamiseks. Lisaks on oht, et teenuseosutaja kulutab kogu eelarve ja puudub motivatsioon kulusid juhtida ning vähendada (tabel 2). Autori koostatud fikseeritud tasu mudeli juures on pluss, et tegemist on võrdlemisi üldise tasuga füsioteraapia, ämmaemanduse ning koduõenduse teenustele, seega teenuseosutaja põhiselt loob see suurema motivatsiooni kulude vähendamiseks kui detailsem eelarve. Fikseeritud tasu kõige suurem miinus on aga see, et autori loodud mudel ei võta arvesse isikute arvu, kellele tervishoiuteenust osutatakse. Olenemata sellest, kas teenust osutatakse kümnele või sajale isikule, ei muutu teenuse hind ega teenuseosutaja sissetulek. See tekitab veelgi suurema motivatsiooni osutada pigem vähem teenuseid kui pearahapõhise rahastamise juures, kus arvestatakse isikute arvu. Fikseeritud tasu mudeli juures on autor lisanud ruumikasutuskulud baasrahasse, mis ei motiveeri teenuseosutajat rahastatud ruume võimalikult tõhusalt kasutama.

Teenusepõhine rahastusmudel on kõige parem viis tagada, et teenuseosutaja prioriteet on võimalikult palju teenuseid osutada. Teenusepõhise rahastusmudeli juures suureneb nii teenuste maht kui ka teenusel olevate isikute arv, kui rahastaja ei piira osutatavate teenuste mahtu. Seega on teenusepõhise rahastamismudeli miinus vastupidiselt pearaha ning fikseeritud tasu mudelile, et soovitakse osutada rohkem teenuseid kui tegelikult vaja. (vt tabel 2) Seega tuleks teenusepõhisel rahastamisel kehtestada maksimaalne maht, millises ulatuses EHK

teenuseid katab. Selle mudeli puhul on autor kasutanud sarnast põhimõtet praeguse perearsti uuringufondiga. Füsioteraapia, ämmaemandus ning koduõendus on tasustatud teenusepõhiselt, kuid teenuste maksimaalne maht on fikseeritud osatähtsusega perearsti pearahast. See tagab, et teenuste mahu juures läheb arvesse iga konkreetse grupipraktise sihtrühm ning suuremate teenuseosutajate kasutatav fond lisanduvate teenuste jaoks on suurem. Teenusepõhise rahastusmudeli eelis on see, et teenuse osutamiseks vajalike ruumide kulud kaetakse selle järgi, kui palju ruume tegelikkuses kasutatakse. ETTK kontseptsiooni arvestades ei pruugi aga teenusepõhise rahastuse juures sellest tulenevalt tekkida piisavat motivatsiooni koondumiseks. Selleks, et motivatsiooni tõsta, on autor jätnud teenusepõhise rahastusmudeli juures baasrahasse ETTK juhtimiskulud, mis saavad kaetud olenemata lisanduvate teenuste mahust.

Arvestades mudelite plusse ja miinuseid, tuleb valida Eesti esmatasandi tervishoiusüsteemi sobiv rahastusmudel. Jaotises 1.3.4. kirjeldas autor, et rahvusvaheliselt on kasutatud perearstiabi rahastamisel kombineeritud mudeleid, et suunata ühe või teise rahastamisviisi loodavaid stiimuleid patsiendi vaates kõige sobilikumas suunas. Lähtudes koostatud mudelitest ning nende mõjudest, on autori hinnangul parim lahendus ka Eestile rahastusmeetodeid kombineerida. Selleks, et motiveerida teenuste osutamist esmatasandil, võiks suurem osa lisanduvatest teenustest olla rahastatud teenusepõhiselt. Samas tuleb anda ETTK-le fikseeritud tasu või pearaha näol kindlustunne, et olenemata teenuste mahust saaksid ETTK minimaalsed kulud kaetud.

Autori hinnangul tuleks valida kuluobjektide lõikes, millise mudeli alusel millist kulu rahastada. Lisanduva personali ajakulu tuleks jagada teenusepõhise ning pearahapõhise rahastamise vahel erinevate teenuste lõikes. Füsioteraapia puhul näiteks tagatakse personali ajakulu, mis kulub füsioteraapiateenuste osutamiseks grupis, pearaha arvelt ning individuaalne füsioteraapia teenustes sisalduv personali ajakulu rahastatakse teenusepõhiselt kindla fikseeritud piirini. Koondumise motiveerimisel on oluline juhtimiskulude tasustamine. Autor eeldab, et ETTK juhi ning mittekliinilise assistendi töömaht ei sõltu olulisel määral ETTK sihtrühma isikute arvust. Seega tuleks juhtimiskulu tasuda baasraha arvelt. Samuti oleks mõistlik baasraha või pearaha arvelt rahastada lisanduvate teenuste osutamiseks vajalikud seadmed ja inventar, sest nende olemasolu on teenuse osutamise miinimumnõue ning olenemata teenuste mahust säilib ETTK kulu seadmete ja inventari soetamiseks. Ühekordsete tarvikute kulu peab olema arvestatud teenusepõhiselt, kuna see on otseselt osutatavate teenuste arvust. Autori hinnangul vajab kõige põhjalikumalt kaalumist ETTK ruumide

rahastusmudel, kuna rahastaja vaates ei ole mõistlik rahastada ruume täies ulatuses, kui vajalikke tervishoiuteenuseid ei pruugita ettenähtud mahus osutada. Samas on teenuseosutaja vaatest riskantne rentida ruume, mille kulude katmine sõltub otseselt osutatavate teenuste mahust ja puudub kindlustunne, et ruumikasutuskulud saavad kaetud. Arvestades, et praegune rahastusmudel loob tugeva motivatsiooni üksikpraksistena töötamiseks, soovib autor siiski kaaluda vähemalt osaliselt ruumikasutuskulude rahastamist fikseeritud tasuna baasrahas. Sarnaselt pearahaga on võimalik välja töötada kombineeritud mudel, mille alusel teatud osa vajalikest ruumidest rahastatakse teenusepõhiselt ning teatud osa fikseeritud tasuna.

Erinevate meetodite valikul tuleb rahastajal aga kindlasti lähtuda jaotises 2.2. välja toodust, et osutatavate teenuste hinnad ja lepingumahud ei tohi jääda alla ETTK tegelike kulude. Vastasel juhul tekib teenuseosutajal esmalt motivatsioon säästa teenuseosutamise kvaliteedi arvelt ning teisalt puudub endiselt motivatsioon grupipraksistesse koonduda.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et rahastaja vaates oleks kõige optimaalsem valida teenusepõhine rahastamismudel. Samas pearahapõhine rahastamismudel looks teenuseosutajatele kõige tugevama stiimuli ETTK-desse koondumiseks. Lähtuvalt Eesti tervishoiupoliitika eesmärkidest on autori ettepanek rahastusmudeleid kombineerida ning leida õige tasakaal soovitava eesmärgi ning lisanduvate kulude vahel. Järgnevas jaotises on välja toodud autori ettepanekud ETTK rahastusmudeli edukaks rakendamiseks.

#### **2.4.2. Ettepanekud rahastusmudel edasiseks arendamiseks ja rakendamiseks**

Tuginedes magistritöös autori koostatud mudelitele ning erinevate rahastamismeetodite loodavatele stiimulitele, selgus jaotises 2.4.1. autori soovitatav rahastusmudel ETTK-le. Kahtlemata on aga vaja enne rahastusmeetodi lõplikku valikut analüüsida lisaks koostatud mudelite rahalistele mõjudele täiendavaid asjaolusid, mis võivad avaldada olulist mõju kogu esmatasandi tervishoiusüsteemile. Järgnevalt tehakse ettepanekud loodud mudeli edasiseks arendamiseks ning edukaks rakendamiseks.

Rahastusmudelite koostamisel on tehtud mitmeid eeldusi. Kuna mudelid on koostatud Exceli-tabelina, on võimalik mudeli eeldusi muutes nende mõju lihtsalt analüüsida. Magistritöös oli autori üks eesmärk koostada mudel, mille eelduste loetelu on võimalik muuta ja täiendada, näiteks kui muutuvad nõuded teenuse osutamiseks või kuluandmed. Autori koostatud mudelites on lähtutud praegustest teenuseosutamise nõuetest, mis esmatasandi ETTK-de jaoks võivad aga muutuda. Praegused nõuded käivad ühe nimistu kohta, kuid

praktikas võib selguda, et nõuded ühe nimistu kohta ei pruugi vastata ETTK-sse koondunud kolme perearsti ja lisanduvate spetsialistide vajadustega. Eriti oluliselt võib see mõjutada ETTK-s vaja olevaid ruume ning ruumides paiknevat inventari ja seadmeid. Seega tuleks autori hinnangul koostöös vastavate erialaspetsialistidega kaardistada seadmete, inventari ning ruumide tegelik vajadus ETTK-s ning selle järgi mudelit täiendada. ETTK juhtimiskulude kohta on samuti kasutatud eeldust eriarstiabi andmetele tuginedes, kuid esmalt tuleks autori hinnangul analüüsida juhtimisressursi vajadust ETTK-s ja lähtuda juhtimiskulude osatähtsuse määramisel tegelikust vajadusest.

ETTK-de loomine Eestisse eeldab lisaks rahastusmodelile ka tervishoiukorralduslikke muutusi. Praegu on esmatasandi põhiteenuste osutajad üksikpraksised. Seega seistakse väljakutse ees, kuidas neid teenuseosutajaid organisatoorselt koondada. RAKE uuring on selleks välja töötanud võimalikud ETTK organisatoorsed mudelid, mille valiku osas tuleb võtta seisukoht. EHK-l on rahastajana valikuvõimalus, kellega esmatasandi ETTK rahastamise leping sõlmitakse. Olenevalt RAKE uuringu tervisekeskuste organisatoorsetest mudelitest on võimalik lähtuda neljast erinevast põhimõttest (Sepp *et al* 2015, 19–30):

- ühe taristu ETTK, kus EHK sõlmib lepingu erinevate esmatasandi põhiteenuse osutajatega;
- iseseisvate teenuste ETTK, kus EHK sõlmib rahastamislepingu ühe juriidilise isikuga, mis koondab enda all esmatasandi põhiteenuse osutajaid;
- laiendatud perearstiabi osutav ETTK, kus EHK sõlmib lepingu ühe juriidilise isikuga, mille juures töötab esmatasandi spetsialistide meeskond ja kes tegutsevad ühe juriidilise isiku alt;
- KOV-i piirkondlik ETTK, kus EHK ostab teenuste kohalikult omavalitsuselt, kes korraldab esmatasandi põhiteenuste osutamise tervisekeskuses.

Rahastamismudeli valikul tuleb lähtuda valitavast organisatoorsest mudelist, sest kõik rahastusmudelid ei sobi kõigile organisatoorsetele mudelitele. Teenusepõhise rahastamise mudel sobib hästi olukorda, kus ETTK meeskonnas ei tööta (piisavalt) põhiteenuste spetsialiste ning kas kõik või vähemalt osa teenustest ostetakse teistelt teenuseosutajatelt lepinguliselt sisse. Teenusepõhine rahastamine ei soodusta võrgustiku tööd ja kodukoha lähedal teenuse osutamist. Fikseeritud ja pearahapõhine tasustamine sobib laiendatud üldarstiabi osutava ETTK mudelisse, mis eeldab, et füsioterapeudid, ämmaemandad ning koduõed võetakse ETTK

palgale. See omakorda soodustaks tihedat meeskonnatööd ning teenuste osutamist kodukoha lähedal.

ETTK rahastusmudeli valimise eeldus on ka rahastaja otsus, kellelt ja mis tingimusel hakatakse tulevikus teenust ostma. Praeguses õigusruumis on EHK kohustatud ostma perearstiabi teenust perearstidelt, kellele on kinnitatud nimistu ja tegevusluba, kuid ülejäänud esmatasandi põhiteenuste kohta on EHK-l valikuvõimalus. Selleks, et saavutada eesmärk esmatasandi põhiteenuste koondumisega ETTK-sse, peab teenuseosutajatel olema kindlus, et EHK tagab ETTK teenuste rahastamise. Üks võimalus on autori hinnangul füsioteraapia, koduõenduse ning ämmaemandusabi teenuse ostmine siduda ETTK tegevusloaga, millest tulenevalt tekib kohustus lisanduvaid teenuseid ETTK-lt osta. Teine võimalus on jätkata lisanduvate teenuste puhul praeguse mudeliga ning EHK-l säilib valik, kellelt teenust ostetakse. Sel juhul on aga vajalik fikseerida, et lepingupartnerite valikul eelistab rahastaja esimeses järjekorras ETTK-sid ning kui nad ei suuda vajalikku mahtu või kvaliteeti tagada, võib teenuseid osta eriarstiabi ja õendusabi teenuseid osutatavatelt äriühingutelt.

Jaotises 2.3 analüüsiti praeguse rahastamissüsteemi loodavaid stiimuleid teenuse osutamise struktuuri valimisel. Autori hinnangul tuleks detailsemalt uurida senise rahastamismudeli loodavaid stiimuleid arvestades sealjuures erinevaid kvaliteedi näitajaid ning kulu ja tulu struktuuri detailsemalt. See võimaldaks anda lisainformatsiooni nii rahastajana EHK-le kui ka sotsiaalministeeriumile tervishoiukorralduse reguleerimisel.

Jaotises 2.3 selgus ka, et lisaks põhirahastusele tuleks eriti üksikpraksiste puhul suurem rõhk panna kvaliteeditasule, sest majanduslikud stiimulid on kvaliteedi arvelt väga suured. Seega on oluline tulevikus edasi arendada praegust rahastusmudelit üksikpraksistele ja siduda tasustamine kvaliteedi indikaatoritega. Praegu perearstiabi rahastuses olev 2% kvaliteedi lisatasu ei ole motiveerinud perearste tulemuslikult jälgima oma nimistu kroonilisi haigeid ning tegema vastavalt riiklikutele ravistandarditele ette nähtud uuringuid (The State ... 2015, 30–33). Peab tekkima võimalus teenuseosutajate diferentseeritud rahastamiseks vastavalt teenuseosutamise kvaliteedile nii üksik- kui ka grupipraksiste puhul. Vajalik on välja töötada tulemusindikaatorid, millele tuginedes saab tõsta kvaliteeditasu osatähtsust kogu esmatasandi tervishoiu rahastamisest.

Krooniliste haigustega patsientide paremaks jälgimiseks võib tulevikus kaaluda pearaha diferentseerimist vastavalt perearstinimistu kroonilistele haigetele. Nii tõuseks pearaha tasu nimistu kroonilistele haigetele ning perearstidel tekiks esmalt motivatsioon diagnoosida kõik



oma nimistu kroonilised haiged ja kui sihtrühm on tuvastatud, on perearstil motivatsioon neid patsiente oma nimistus jälgimise all hoida. Teatud määral võib aga pearaha diferentseerimine kroonilistest haigetest lähtuvalt põhjustada haiguste ülediagnoosimist. (Özaltin, Cashin 2014, 117–121). Oluline on mõista, et lisaks rahalisele stiimulile vajab aga kogu tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise süsteem esmatasandi tervishoiu arendamist.

Kokkuvõtvalt võib väita, et lõpliku rahastusmudeli valiku eelduseks on detailsemate kuluandmete kogumine, organisatoorse mudeli valimine ning lepingupartnerite valiku võimaluste kehtestamine rahastaja seisukohast. Eestil on võrreldes rahvusvahelise praktikaga erinevaid võimalusi nii esmatasandi arstiabi korralduse kui ka rahastuse edasiseks arendamiseks, kus oluline roll on kvaliteedinõuete jälgimisel ning rahastamisel vastavalt teenuse osutamise kvaliteedile. Oluline on muudatuste tegemisel silmas pidada, et säiliks senise süsteemi tugevused ning leitaks sobivad arendused, mis praegust süsteemi toetavad.

## KOKKUVÕTE

Eesti tervishoiusüsteemi üks korralduslik eesmärk on tugevdada esmatasandi arstiabi ning laiendada esmatasandil osutatavate tervishoiuteenuste paketti, et vajalikud teenused oleks inimestele kättesaadavad kodukoha lähedal. Eesmärgi saavutamiseks on vajalik koondada ETTK-desse perearstid ning ühes nendega füsioterapeudid, ämmaemandad ning koduõed. Selleks, et leida võimalus, kuidas teenuseosutajad ETTK-desse koondada ja motiveerida neid taotlema EL-i struktuurfondist raha ETTK-de infrastruktuuri välja arendamiseks, seati magistritöö eesmärk – välja selgitada, milline on optimaalseim mudel erinevate teenuste rahastamiseks ühes ETTK-s.

Magistritöö eesmärgi saavutamiseks kirjeldas autor esmalt Eesti praegust tervishoiu korraldust ning esmatasandi tervishoiuteenuste rahastamismudelit ning võttis selle aluseks uue rahastusmudeli koostamisel. Esimeses peatükis jõudis autor järeldusele, et praegune rahastussüsteem ei motiveeri esmatasandil füsioteraapia, koduõenduse ning ämmaemandusabi teenuste osutamist ning selleks on vaja uue rahastusmudelig vastav motivatsioon luua.

Autor esitas esimeses peatükis Eesti esmatasandi tervishoiu olulisemad arengusuunad, mis olid magistritöö eesmärgi täitmisel aluseks, sest loodav rahastusmudel peab toetama tervishoiu arengut tervikuna. Eesti esmatasandi tervishoiusüsteemi ja rahastust võrreldi rahvusvahelise praktikaga, mille tulemusena selgus, et Eestis on võimalik nii esmatasandi arstiabi korraldust kui ka rahastamismudelit edasi arendada arvestades arengudokumendis püstitatud eesmärke

Selleks, et anda hinnang parima rahastusmudeli kohta, esitas autor esimeses peatükis rahvusvaheliselt enim kasutatavad tervishoiuteenuste rahastusmudelid ja kirjeldas nende loodavaid stiimuleid teenuseosutajatele. See oli oluline taustinformatsioon ETTK rahastusmudeli väljatöötamiseks magistritöö teises peatükis.

Autor koostas kolm erinevat rahastusmudelit ETTK-dele: pearaha-, fikseeritud tasu ja teenusepõhine rahastusmudel. Selleks kasutas autor kehtivaid teenuste osutamise nõudeid, teenusekirjeldusi ja perearstiabi rahastusmudelit. Kehtivate normatiivide puudumisel kasutas

autor eelduseid tuginedes olemasolevatele allikatele. Pärast mudelite valmimist oli autoril võimalik neid omavahel võrrelda ja prognoosida teenuseosutaja vaates grupipraksiste tulu ning rahastaja vaates kulu.

Selleks, et ettepaneku tegemisel arvestada praeguse rahastamissüsteemi loodavaid stiimuleid, analüüsis autor perearstide motivatsiooni grupipraksistesse koonduda praeguse rahastuse juures. Analüüsist selgus, et praeguse rahastusmudeli kohaselt on kõige suurem motivatsioon osutada teenust üksikpraksistes, sest nii üksikpraksistena tegutsevate teenuseosutajate tulu ja kulu vahe kui ka majandusaasta maksimaalne tulem oli kõige suurem võrreldes grupipraksistega. Seega ei saanud kinnitada magistritöös püstitatud hüpoteesi, et praegune rahastusmudel motiveerib perearste koonduma grupipraksistesse ning koondumisel suureneb teenuseosutaja tulu ja väheneb kulu. Oluline järeldus perearstikeskuste tulu ja kulu andmete analüüsist oli see, et kvaliteetsemat teenust osutatakse suuremates grupipraksistes, mis kinnitas töö esimeses osas kirjeldatud eesmärki perearstide koondumiseks ETTK-sse.

Koostatud ja praeguse rahastusmudelite võrdlus aitas autoril leida teises peatükis vastused uuringu küsimustele:

- kas praegune rahastussüsteem motiveerib perearste koonduma;
- milline rahastamissüsteem on optimaalne rahastajast lähtuvalt;
- milline rahastamismudel annab kõige suurema motivatsiooni lisanduvate teenuste koondumiseks ETTK-sse?

Esimesele küsimusele anti vastus eelnevas lõigus, millest selgus, et kehtiv rahastusmudel ei motiveeri perearste koonduma. Autori hinnangul on rahastaja vaates kõige optimaalsem valida teenusepõhine rahastamismudel, sest selle meetodi puhul motiveeritakse teenuseosutajaid teenuseid osutama, kuid samas tekivad kulud vaid juhul, kui teenuseid on osutatud vastupidiselt fikseeritud tasuna või pearahapõhise rahastamise juures. Sellega sai vastatud teine uuringküsimus, milline rahastamissüsteem on optimaalne rahastajast lähtuvalt. Uuringust selgus, et pearahapõhine rahastamismudel loob teenuseosutajatele kõige tugevama stiimuli ETTK-desse koondumiseks, kuna sellega kaasneb kõige suurem tulu kasv teenuseosutajatele ning teenuseosutajal puudub risk kulude katmise osas, sest tasu on fikseeritud olenemata osutatud teenuste mahust. Seega koondimise motiveerimiseks oleks parim pearahapõhine tasustamismudel, mis on uuringu viimase küsimuse vastuseks.

Lähtuvalt Eesti tervishoiupoliitika eesmärkidest tugevdada esmatasandi tervishoidu ning laiendada esmatasandi teenustepaketti füsioteraapia, koduõenduse ning ämmaemandusabi

teenusega, on autori ettepanek kombineerida rahastusmudeleid ning leida tasakaal soovitava eesmärgi ning lisanduvate kulude vahel. Kombineeritud mudelit toetas ka rahvusvaheline kogemus.

Järgnevalt on välja toodud magistritöö olulisemad järeldused.

- ETTK-de rahastamisel on optimaalne kasutada teenusepõhise, fikseeritud tasu ning pearahapõhise rahastamise meetodi kombinatsiooni.
- Vaja on muuta praegust rahastussüsteemi, et motiveerida perearste koonduma grupipraksistesse.
- Lõpliku rahastusmudeli valimise eelduseks on ETTK organisatoorse mudeli ja teenuste ostmise viisi valimine.

Autori koostatud rahastusmudelid vajavad edasiarendamist, et arvestada mudelis ressursse tegelikust vajadusest lähtuvalt ning täiendada mudelit vastavalt uutele ETTK-de nõuetele. Autori hinnangul tuleks põhjalikumalt uurida senise rahastamismudeli loodavaid stiimuleid, arvestades sealjuures kvaliteedinäitajaid.

Autor on magistritöö eesmärgi täitnud ja selle tulemusena andnud soovitusi ETTK optimaalsele rahastusmudelile, mis toetab esmatasandi tervishoiu olulisemaid arengueesmärke. Kokkuvõtvalt võib väita, et Eestil on võrreldes rahvusvahelise praktikaga võimalusi nii esmatasandi arstiabi korralduse kui ka rahastuse edasiseks arendamiseks. Muudatuste rakendamisel on oluline lähtuda praeguse süsteemi tugevustest ja valida arendused, mis toetavad seatud eesmärke.

## **SUMMARY**

### **THE COMPARISON OF FINANCING MODELS FOR PRIMARY HEALTHCARE CENTRES TO CREATE AN OPTIMAL MODEL**

Kaija Lukka

The aim of healthcare management is to get best health outcomes at the lowest cost. One possibility to achieve that is to strengthen the role of primary healthcare and give an opportunity to take care of most health issues at primary care level. The changes in the structure of population and ageing leads to higher need of primary healthcare because family doctors and nurses are the first contact in the healthcare system. To constrain the growing costs of healthcare, changes need to be made to strengthen primary care. In Estonia this has been acknowledged and plans have been made to strengthen primary care and expand the services provided.

The changes in Estonian primary care are enforced through an opportunity to apply for European Union structural funding to build primary healthcare centers. For now the healthcare service providers have little interest in applying for the funding because there is no assuredness how the services in the new primary healthcare centers will be funded. This creates the need to find a financing model for the primary healthcare centers which takes in account the plans to strengthen and expand primary healthcare. The main objective of the study is to find a financing model which would create the right incentives for the service providers to congregate to bigger group practices and provide expanded primary care services (physiotherapy, midwifery and home nursing) at the most accessible care level for patients. The author did also set a hypothesis that the current financing model creates an incentive to provide services in group practices.

To achieve the goal of the study, first the author described the current organization and financing models of primary healthcare in Estonia. Author also described the key development plans for primary healthcare in Estonia, because the funding, must support the development. In the first chapter the author outlined the internationally most widely used healthcare funding models and the incentives created by the models for service providers. The international comparison of the primary healthcare systems showed that there are different possibilities for Estonia to improve the organization and financing of primary healthcare. All this information was taken into account finding the right financing model for Estonian primary healthcare centers in the second chapter.

The author created three different financing models for the primary healthcare centers: capitation, budget or fixed payment and fee for service based funding model. By doing so, the existing requirements for the provision of services, service descriptions, and family healthcare financing model were taken into account. In addition, the author compared the models to predict the income of the service provider and costs for the purchaser. Different incentives created by the current and new financing models had to be taken into account when making a proposal for the optimal financing model. The analysis showed that the current funding model creates an incentive to provide service in single practices. The author had to refute the hypotheses that the current funding model motivates family doctors to provide services in group practices. An important finding is that the quality of service was better in larger group practices, which endorses the goal of congregating family doctors to primary healthcare centers.

The comparison of the financing models helped the author to find the answers what would be the best way to finance primary healthcare services provided in primary healthcare centers. Based on Estonian health policy objectives to strengthen primary healthcare and expand primary healthcare services, the author proposes to combine capitation, fee for service and budget based funding models to find a balance between the desired goal and the incremental cost. It is necessary to change the current financing system in order to motivate family doctors to form group practices. The author highlighted that a prerequisite for the selection of the final financing model is to choose an organizational model for primary healthcare centers. The author suggested to develop the created models taking into account the resources actual need and to complement the model according to the new requirements for primary healthcare centers. The author also recommended to develop the financing model by putting more emphasis on quality outcomes.

The study resulted with a recommendation for an optimal financing model that would support the development of primary healthcare in Estonia. In conclusion, it can be said that Estonia has a variety of options to develop the organization and funding for primary healthcare. When implementing changes, it is important to consider the strengths of the current system and build future next steps on that.

## VIIDATUD ALLIKAD

- Anell, A., Glenngård, AH., and Merkur, S. (2012). Sweden Health System Review – Health Systems in Transition Vol. 14 No. 5 2012. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/164096/e96455.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/164096/e96455.pdf) (15.05.2015)  
ISSN 1817-6127 Vol. 14 No. 5
- Atun R., Menabde N., Saluvere, K., Jesse M., Habicht, J. (2006). Introducing a Complex Health Innovation-Primary Health Care Reforms in Estonia (multimethods Evaluation) Health Policy (Impact Factor: 1.73). 12/2006; pp. 79–91
- Blomqvist, A. (1991), The doctor as double agent: Information asymmetry, health insurance, and medical care, Journal of Health Economics, vol 10, issue 4; pp. 411–432.
- Boyle, S. (2011). United Kingdom (England) Health system review. - Health Systems in Transition Vol. 13 No. 1 2011. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/135148/e94836.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf) (15.05.2015)  
ISSN 1817–6127 Vol.13 No. 1
- Declaration of Alma-Ata. World health organization  
[http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf) (15.05.2015)
- Randall E., McGuire. G., (1993) Supply-Side and Demand-Side Cost Sharing in Health Care. Journal of Economic Perspectives, vol 7, issue 4, pp 135–151.
- Eesti Haigekassa 2014. aasta eelarve seletuskiri.  
[https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/EHK\\_eelarve\\_2014.pdf](https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/EHK_eelarve_2014.pdf) (15.05.2015)
- Eesti Haigekassa 2015. aasta eelarve seletuskiri.  
[https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/finants/ehk\\_eelarve\\_2015.pdf](https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/finants/ehk_eelarve_2015.pdf)  
(15.05.2015)
- Eesti Haigekassa aastaraamat 2014.  
[https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/finants/haigekassa\\_aastaraamat\\_2014.pdf](https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/finants/haigekassa_aastaraamat_2014.pdf)  
(15.05.2015)
- Eesti Haigekassa arengukava 2015–2018. Eesti Haigekassa.  
[https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/finants/ehk\\_arengukava\\_2015\\_2018.pdf](https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/finants/ehk_arengukava_2015_2018.pdf)  
(15.05.2015)



- Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2008.  
[https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Majandusaasta%20aruanne%202008\\_allkirjadega.pdf](https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Majandusaasta%20aruanne%202008_allkirjadega.pdf) (15.05.2015)
- Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2009.  
[https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/file/aruanded/Eesti\\_Haigekassa\\_majandusaasta\\_aruanne\\_2009\\_est.pdf](https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/file/aruanded/Eesti_Haigekassa_majandusaasta_aruanne_2009_est.pdf) (15.05.2015)
- Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2010.  
[https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/HK\\_majandusaasta\\_aruanne\\_2010%281%29.pdf](https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/HK_majandusaasta_aruanne_2010%281%29.pdf) (15.05.2015)
- Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2011.  
[https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/EHK\\_Aastaruanne2011\\_EST\\_.pdf](https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/EHK_Aastaruanne2011_EST_.pdf) (15.05.2015)
- Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2012.  
[https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/EHK\\_aastaraamat2012\\_est.pdf](https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/EHK_aastaraamat2012_est.pdf) (15.05.2015)
- Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2013.  
[https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/HAIGEKASSA\\_AASTARAAMAT\\_2013.pdf](https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/HAIGEKASSA_AASTARAAMAT_2013.pdf) (15.05.2015)
- Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu. Vabariigi Valitsuse määrus 19.12.2014 – RT I, 29.12.2014, 55.
- Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste statistika (2007–2014)  
<https://www.haigekassa.ee/et/haigekassa/aruanded-eelarved-statistika/tervishoiuteenused> (15.05.2015)
- Eesti tervishoiu arengusuunad aastani 2020. Sotsiaalministeerium.  
[https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Tervis/tervishoiu\\_arengusuunad\\_2020.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/tervishoiu_arengusuunad_2020.pdf) (15.05.2015)
- Eesti Ämmaemandate Ühingu taotlus ämmaemandusteenuse diferentseerimiseks.  
[https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/969\\_taatlus.pdf](https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/969_taatlus.pdf) (15.05.2015)
- Figueras, J., Robinson, R., Jakubowski, E. (2005). Purchasing to Improve Health Systems Performance: Berkshire: Open University Press.  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/98428/E86300.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98428/E86300.pdf) (15.05.2015)  
ISBN 0335 21367 7
- Humal, K., Saar, P., Sepp, V., (2015). Esmatasandi tervishoiuteenuste geograafilise

kättesaadavuse vajaduse hindamine ja esmatasandi tervishoiuteenuste optimaalse korralduse mudeli loomine. Esmatasandi Põhiteenuste Personalivajaduse Prognoos. Aastateks 2020 jaa 2030. Tartu ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuuringute keskus

Iseseisvalt osutada lubatud ambulatoorsete õendusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused Sotsiaalministri määrus 13.08.2010 – RT I, 17.01.2014, 9

Iseseisvalt osutada lubatud ämmaemandusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning kodusünnitusabi osutamise tingimused ja kord. Sotsiaalministri määrus 02.07.2014 – RT I, 09.07.2014, 23

Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Eesti Haigekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika. Sotsiaalministri määrus 19.01.2007 – RT I, 29.12.2014, 36.

Kollektiivleping (2014)

[http://www.haiglateliit.ee/images/files/19\\_12\\_2014%20kollektiivleping.pdf](http://www.haiglateliit.ee/images/files/19_12_2014%20kollektiivleping.pdf)  
(17.05.2015)

Kolozsvári, L.R., Orozco-Beltran, D., Rurik, I. (2014). Do Family Physicians Need More Payment for Working Better? Financial Incentives in Primary Care. – *Atencion Primaria* vol 46(5), pp. 261–266.

Kumar, A., Lagasnerie, G., Maiorano, F., Forti, A. (2014). Pricing and competition in Specialist Medical Services: An Overview for South Africa. – *OECD Health Working Papers* No. 70. Paris: OECD. [http://www.oecd.org/els/health-systems/Pricing-and-Competition-in-Specialist-Medical-Services\\_South-Africa.pdf](http://www.oecd.org/els/health-systems/Pricing-and-Competition-in-Specialist-Medical-Services_South-Africa.pdf) (15.05.2015)

Lai, T., Habicht, T., Kahur, K., Reinap, M., Kiiwet, R., Ginneken, E., (2013). Estonia Health System Review. - *Health Systems in Transition* Vol. 15 No. 6 2013. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/231516/HiT-Estonia.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/231516/HiT-Estonia.pdf?ua=1)  
(15.05.2015)  
ISSN 1817-6127 Vol. 15 No. 6

Langenbrunner, J.C., Cashin, C., O'Dougherty, S. (2009). *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems: How-To Manuals*. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development.  
<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/Peer-Reviewed-Publications/ProviderPaymentHowTo.pdf> (15.05.2015)  
ISBN: 978-0-8213-7815-1

Magnussen, J., Vrangbeak, K., Saltman, R.B. (2009). *Nordic Health Care Systems: Recent Reforms and Current Policy Challenges*. Berkshire: Open University Press.  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/98417/E93429.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/98417/E93429.pdf) (15.05.2015)  
ISBN-13: 978-0-33-523813-2

Masseri, C., Irwin, R., Thomson, S., Gemmill, M., and Mossialos, E. (2009). *Primary Care in*

Europe. The London school of economics and political science, December 2009

Määruse eelnõu " Investeeringute toetamine esmatasandi tervisekeskuste infrastruktuuri tõmbekeskustes tagades kättesaadavad ja mitmekülgsed esmatasandi teenused" (2015). Sotsiaalministeerium

Nõuded ambulatoorse õendusabi iseseisvalt osutamiseks vajalikele ruumidele, sisseseadele, aparatuurile, töövahenditele ja ravimitel. Sotsiaalministri määrus 13.08.2010 – RT I, 17.01.2014, 11

Nõuded perearsti tegevuskoha ruumidele, sisseseadele ja aparatuurile. Sotsiaalministri määrus 29.11.2001 – RT I, 13.12.2013, 36.

Nõuded ämmaemandusabi iseseisvaks osutamiseks vajalikele ruumidele, sisseseadele, aparatuurile ja töövahenditele. Sotsiaalministri määrus 19.03.2010 – RT I, 09.07.2014, 22.

Olejaz, M., Juul Nielsen, A., Rudkjøbing, A., Okkels Birk, H., Krasnik, A., Hernández-Quevedo, C. (2012). Denmark Health System Review. – Health Systems in Transition Vol. 14 No. 2 2012. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/160519/e96442.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf) (15.05.2015) ISSN 1817–6127 Vol.14 No. 2

Perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhend. Sotsiaalministri määrus 06.01.2010 – RT I, 08.01.2013, 15.

Phillips Jr, R. L., Brundgardt, S., Lesko, S. E., Kittle, N., Marker, J. E., Tuggy, M. L., Lefevre, M. L., Borkan, J. M., Degruy, F. V., Loomis, G. A., Krug, N. (2014). The Future Role of the Family Physician in the United States: A Rigorous Exercise in Definition. – Annals Of Family Medicine 05/2014; vol 12(3), pp. 250–255.

Randall E., McGuire. G., (1993) Supply-Side and Demand-Side Cost Sharing in Health Care. Journal of Economic Perspectives, vol 7, issue 4, pp 135–151.

Ravikindlustuse seadud. Vastu võetud Riigikogus 19. juunil 2002. a – RT I, 23.03.2015, 18

Saltman, R. B., Rico, A., Boerma, W. (2007). Primary Care in the Driver's Seat? Organisational Reform in European Primary Care. Berkshire: Open University Press. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/98421/E87932.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98421/E87932.pdf) (15.05.2015) ISBN-10 0 335 21365 0

Schneider, P. (2007). Provider Payment Reforms: Lessons from Europe and America for South Eastern Europe. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/SchneiderOct07.pdf> (15.05.2015)

Schäfer, W., Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Westert, G., Devillé, W., van

Ginneken, E. (2009). The Netherlands Health system review. – Health Systems in Transition Vol. 12 No. 1 2010. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/85391/E93667.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/85391/E93667.pdf) (15.05.2015)  
ISSN 1817-6127 Vol.12 No. 1

Sepp, V., Humal, K., Saar, P., Kivi, L., Puolokainen, T., Themmas, E., Espenberg, K., Rätsep, A., Ingerainen, D., Kalda, R. (2015) Esmatasandi tervishoiuteenuste heograafilise kättesaadavuse vajaduse hindamine ja esmatasandi tervishoiuteenuste optimaalse korralduse mudeli loomine – koondraport. Tartu Ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuuringute keskus.

Sünnitusabi ja günekoloogia eriala arengukava aastani 2020. (2012). / ENS tööühm.  
[https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Tervis/Tervishoiususteed/Arstide\\_erialade\\_arengukava/sc14nnitusabi\\_gc14nekoloogia\\_arengukava.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Tervishoiususteed/Arstide_erialade_arengukava/sc14nnitusabi_gc14nekoloogia_arengukava.pdf) (15.05.2015)

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. Vastu võetud Riigikogus 09. mail 2001. a – RT I, 10.03.2011, 9.

Tervishoiuteenuste loetelus sisalduvate teenuste piirhindade muutmissetpanekute menetlemine. (2014) Eesti Haigekassa juhend.

Tervishoiutöötajad 2014-2015. Sotsiaalministri 7. detsembri 2012. a määrusega nr 51 „Tervishoiustatistika ja tervishoiualase majandustegevuse aruannete koostamise nõuded, andmete koosseis ning esitamise kord“ kehtestatud aruande juhend. Tervisearengu instituut  
[http://www.tai.ee/images/PDF/TSO\\_Viited\\_/Tervishoiutootajad\\_juhend\\_2014-2015.pdf](http://www.tai.ee/images/PDF/TSO_Viited_/Tervishoiutootajad_juhend_2014-2015.pdf) (17.05.2015)

The State of Health Care Integration in Estonia: Summary Report The World Bank Group. (2015). /Estonian Health Insurance Fund and World Bank Group. Tallinn.  
([https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/Maailmapangauuring/summary\\_report\\_hk\\_2015.pdf](https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/Maailmapangauuring/summary_report_hk_2015.pdf)). (15.05.2015)  
ISBN 978-9949-9650-4-5

The World Health Report 2008. Primary Health Care - Now More than Ever. (2008)./ World Health Organization. Geneva.  
[http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf) (15.05.2015)  
ISBN 978 92 4 156373 4

Thomson, S., Võrk, A., Habicht, T., Rooväli, L., Evetovits, T., Habicht, J. (2010) Võimalused Eesti tervisesüsteemi rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks : üks aasta hiljem. Copenhagen: Maailma Terviseorganisatsioon  
[https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/aruanne\\_EST\\_2010color.pdf](https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/aruanne_EST_2010color.pdf) (15.05.2015)  
ISBN 978 9949 21 242 2

Vuorenkosky, L. 2008. Finland Health System Review. – Health Systems in Transition Vol.

10 No. 4 2008. Copenhagen: WHO Regional Office Europe.  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/80692/E91937.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/80692/E91937.pdf) (15.05.2015)  
ISSN 1817-6119 Vol. 10 No. 4

Özaltın, A., Cashin. C. (2014). Costing of Health Services for Provider Payment: A Practical Manual Based on Costing Challenges, Trade-Offs and Solutions. „s.l.”  
[http://jointlearningnetwork.org/uploads/files/resources/JLN\\_Costing\\_Toolkit\\_Interactive\\_FINAL.pdf](http://jointlearningnetwork.org/uploads/files/resources/JLN_Costing_Toolkit_Interactive_FINAL.pdf) (15.05.2015)

# LISAD

## Lisa 1. Esmatasandi tervishoiusüsteemi korraldus võrdlusriigiti

	Administreerimise vastutus	Ettevõtluse vorm	Perearsti valik	Domineeriv praksise ülesehitus	Enamasti 2 või rohkem perearsti praksises	Keskmine patsientide arv perearsti kohta
Taani	Vastutus teenuseosutajatel (koordineeritakse kohalikul ja riiklikul tasandil)	Enamik on erapraksised	Nimistupõhine süsteem, patsiendi valiku alusel	Üksikpraksis		1400–1500
Soome	Kohaliku omavalitsuse vastutus	Kombineeritud: nii erapraksised kui ka riiklikult rahastatud keskused	Kombineeritud, kas nimistu- või piirkonnapõhine	Grupipraksis	Jah	1500–2000
Rootsi	Kohaliku omavalitsuse vastutus	Kombineeritud: nii erapraksised kui ka riiklikult rahastatud keskused	Kombineeritud, kas nimistu- või piirkonnapõhine	Grupipraksis	Jah	
Inglismaa	Vastutus teenuseosutajatel (koordineerib NHS riiklikul tasandil ning PCT kohalikul tasandil)	Nii riigi kui ka erapraksised (enamasti)	Nimistupõhine süsteem, patsiendi valiku alusel	Grupipraksis	Jah	1200–2200
Madalmaad	Vastutus teenuseosutajatel (koordineeritakse kohalikul ja riiklikul tasandil)	Enamasti erapraksised	Nimistupõhine süsteem, patsiendi valiku alusel	Üksikpraksis		1800
Eesti	Vastutus teenuseosutajatel (koordineeritakse riiklikul tasandil)	Erapraksised	Nimistupõhine süsteem, patsiendi valiku alusel	Nii grupi- kui ka üksik-praksised		1200–2000

Allikas: autori koostatud (Masseri *et al* 2009, 20–24; Magnussen *et al.* 2009, 248)

## Lisa 2. Perearstikeskuse vastutus teenuste osutamisel võrdlusriigiti

Riik	Perearst vastutab kõigi terviseprobleemide eest	Perearst vastutab erakorralise terviserikke puhul	Perearstikeskuse vastutusvaldkond			
			Lapsed	Naised	Vaimsed tervisehäired ning sotsiaalsed probleemid	Pereplaneerimine
Taani	Jah		Jah	Jah	Jah	Jah
Soome						
Rootsi						
Madalmaad	Jah	Jah	Jah	Jah	Jah	Jah
Inglismaa	Jah	Osaliselt	Jah	Jah	Jah	Jah
Eesti	Osaliselt		Jah			

Allikas: autori koostatud (Anell *et al* 2012; Boyle 2011; Lai *et al* 2013; Magnussen *et al* 2009;

Masseri *et al* 2009; Olejaz *et al* 2012; Willemijn *et al* 2009; Vuorenkosky 2008)

### Lisa 3. Perearstiabi kogukulude jagunemine EHK andmetel 2014. aastal

	2014. aasta perearstiabi kulud	Osatähtsus rahastusest
Pearaha	50 455	62%
Pearaha kuni 3 a vanuste kindlustatute eest	2 778	3%
Pearaha 3–6 a vanuste kindlustatute eest	3 289	4%
Pearaha 7–49 a vanuste kindlustatute eest	21 049	26%
Pearaha 50–69 a vanuste kindlustatute eest	13 746	17%
Pearaha üle 70 a vanuste kindlustatute eest	9 593	12%
Uuringute fond	16 419	20%
Baasraha	9 497	12%
Lisatasu teise pereõe eest	2 994	4%
Kvaliteedi lisatasu	1 389	2%
Kauguse lisatasu	467	1%
Tegevusfond	358	0,4%
Tööajaväline lisatasu	137	0,2%
	81 716	100%

Allikas: Eesti Haigekassa aastaraamat 2014



#### Lisa 4. Perearstiabi kogukulude jaotus aastatel 2007–2014

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Pearaha kokku	38 991	46 305	45 955	43 341	44 225	44 878	47 439	50 455
Pearsti uuringute fond	8 973	11 436	12 280	12 150	12 787	14 050	15 336	16 419
Baasraha	7 353	7 614	7 559	7 152	7 375	8 981	9 037	9 497
Lisatasu teise pereõe eest							1 830	2 994
Pearsti kvaliteedi lisatasu	220	740	785	992	813	1 192	1 246	1 389
Kauguse lisatasu	340	333	326	303	329	492	486	467
Tunnistuse tasu	304							
Tegevusfond								358
Tööajaväline lisatasu								137
Muud*	864	1 072	1 110	1 295	1 142	1 684	1 732	2 351
	56 181	66 427	66 905	63 938	65 529	69 593	75 374	81 716

\*kvaliteedi lisatasu, kauguse lisatasu, tunnistuse tasu (2007), tegevusfond, tööajaväline lisatasu

Allikas: Eesti Haigekassa majandusaasta aruanded 2008–2013, Eesti Haigekassa aastaraamat 2014

## Lisa 5. Füsioteraapia teenuste kirjeldused

### MASSAAZISEANSS MÕÕDUKATE JA TUGEVADE TSENTRAALSET (7011)

<b>Kategooria 1</b>	29/taastusravi ja füsiaatria;	<b>Tulu</b>	0
<b>Kategooria 2</b>	PROTSED/UURINGUD JA PROTSEDUURID	<b>Kogus</b>	1
<b>Kategooria 3</b>	999/esitatakse	<b>Ühikuid</b>	0
<b>Kategooria 4</b>	1/kirjeldus aktsepteeritud	<b>Kulu kontodelt</b>	
<b>Kategooria 5</b>	2/piirhind<stdh	<b>Kulu tegevustelt</b>	5.65
		<b>Kulu KO-lt</b>	0.00
		<b>Kulu ressurssidelt</b>	2.67
		<b>Kulu kokku</b>	8.33
<b>Märkused</b>	KESTUS 30 MIN. Osa ka 20 min kestusega	<b>Jagatud kulu</b>	0.00
		<b>Jagatud kogus</b>	0
		<b>Ühiku hind</b>	8.33
		<b>Kogus KO-lt</b>	
		<b>Kogus kokku</b>	1

<i>Kood</i>	<i>Üksus</i>	<i>Nimetus</i>	<i>Käitür</i>	<i>Ühiku hind</i>	<i>Kogus</i>
<b>Kulu tegevustelt</b>					
<b>7011</b>	<b>0</b>	<b>MASSAAŽISEANSS</b>	<b>nr#</b>	<b>5.65</b>	<b>1.00</b>
INV294006	0	Massaažilaud	Min	0.00	30.00
PER0414	0	Massöör	Min	0.16	30.00
PIN993305	0	Vastuvõtukabinet	Min	0.02	30.00
<b>Kulud materjalidest</b>					
OST4413	0	Patsiendi haldus	#	0.77	0.50
YKM99AB02	29	Protseduuri abivahendite komplekt	Tk	1.36	1.12
OST4402	0	Pesupesemine	Kg	1.28	0.60
5 EEK					

### MUDARAVISEANSS REUMATOIDSE POLÜARTRIIDI, BEHTEREVI (7022)

<b>Kategooria 1</b>	29/taastusravi ja füsiaatria;
<b>Kategooria 2</b>	PROTSED/UURINGUD JA PROTSEDUURID
<b>Kategooria 3</b>	999/esitatakse
<b>Kategooria 4</b>	1/kirjeldus aktsepteeritud
<b>Kategooria 5</b>	2/piirhind<stdh

**Märkused**

## Lisa 5 järg

<b>Tulu</b>	0
<b>Kogus</b>	1
<b>Ühikuid</b>	0
<b>Kulu kontodelt</b>	
<b>Kulu tegevustelt</b>	4.82
<b>Kulu KO-lt</b>	0.00
<b>Kulu ressurssidelt</b>	2.64
<b>Kulu kokku</b>	7.46
<b>Jagatud kulu</b>	0.00
<b>Jagatud kogus</b>	0
<b>Ühiku hind</b>	7.46
<b>Kogus KO-lt</b>	
<b>Kogus kokku</b>	1

<i>Kood</i>	<i>Üksus</i>	<i>Nimetus</i>	<i>Käitur</i>	<i>Ühiku hind</i>	<i>Kogus</i>
<b>Kulu tegevustelt</b>					
<b>7022</b>	<b>0</b>	<b>Mudaraviseanss reumatoidse poliärrtriidi, Behterevi</b>	<b>nr#</b>	<b>4.82</b>	<b>1.00</b>
PER0509	0	Õde	min	0.20	20.00
PIN993001	0	Protseduurituba – teraapia	min	0.04	20.00
<b>Kulud materjalidest</b>					
YKM29KO02	0	Muda	kg	0.68	3.30
OST4413	0	Patsiendi haldus	#	0.77	0.50
YKM29KO03	0	Kile	tk	0.05	0.34

### *Individuaalne füsioteraapia (30 min) (7050)*

<b>Kategooria 1</b>	29/taastusravi ja füsiaatria;	<b>Tulu</b>	0
<b>Kategooria 2</b>	PROTSED/UURINGUD JA PROTSEDUURID	<b>Kogus</b>	1
<b>Kategooria 3</b>	999/esitatakse	<b>Ühikuid</b>	0
<b>Kategooria 4</b>	1/kirjeldus aktsepteeritud	<b>Kulu kontodelt</b>	
<b>Kategooria 5</b>	1/piirhind=stdh	<b>Kulu tegevustelt</b>	10.30
		<b>Kulu KO-lt</b>	0.00
		<b>Kulu ressurssidelt</b>	0.61
		<b>Kulu kokku</b>	10.91
<b>Märkused</b>		<b>Jagatud kulu</b>	0.00
		<b>Jagatud kogus</b>	0
		<b>Ühiku hind</b>	10.91
		<b>Kogus KO-lt</b>	
		<b>Kogus kokku</b>	1

## Lisa 5 järg

<i>Kood</i>	<i>Üksus</i>	<i>Nimetus</i>	<i>Käitur</i>	<i>Ühiku hind</i>	<i>Kogus</i>
<b>Kulu tegevustelt</b>					
<b>7050</b>	<b>0</b>	<b>Füsioteraapia läbiviimine ja patsiendi hindamine</b>	<b>min</b>	<b>0.34</b>	<b>30.00</b>
PER0412	0	Füsioterapeut	min	0.31	1.00
PIN293009	29	Füsioteraapia ruum	min	0.15	0.25
<b>Kulud materjalidest</b>					
YKM29KO06	29	Taastusravi füüsilise ravi komplekt	n#	0.22	1.00
OST4413	0	Patsiendi haldus	#	0.77	0.50

### *Individuaalne füsioteraapia 2–3 patsiendile üheaegselt (30 min) (7051)*

<b>Kategooria 1</b>	29/taastusravi ja füsiaatria;	<b>Tulu</b>	0
<b>Kategooria 2</b>	PROTSED/UURINGUD JA PROTSEDUURID	<b>Kogus</b>	1
<b>Kategooria 3</b>	999/esitatakse	<b>Ühikuid</b>	0
<b>Kategooria 4</b>	1/kirjeldus aktsepteeritud	<b>Kulu kontodelt</b>	
<b>Kategooria 5</b>	1/piirhind=stdh	<b>Kulu tegevustelt</b>	6.46
		<b>Kulu KO-lt</b>	0.00
		<b>Kulu ressurssidelt</b>	0.61
		<b>Kulu kokku</b>	7.07
<b>Märkused</b>		<b>Jagatud kulu</b>	0.00
		<b>Jagatud kogus</b>	0
		<b>Ühiku hind</b>	7.07
		<b>Kogus KO-lt</b>	
		<b>Kogus kokku</b>	1

<i>Kood</i>	<i>Üksus</i>	<i>Nimetus</i>	<i>Käitur</i>	<i>Ühiku hind</i>	<i>Kogus</i>
<b>Kulu tegevustelt</b>					
<b>7051</b>	<b>0</b>	<b>Füsioteraapia läbiviimine ja patsiendi hindamine 2–3 pt</b>	<b>tk</b>	<b>0.18</b>	<b>35.00</b>
PER0412	0	Füsioterapeut	min	0.31	0.50
kahele patsiendile kulub kokku 35 min, st 25 teraapia ja 5+5 hindamine, ühele kulub seega 35/2 = 17,5 min					
PIN293012	29	Füsioteraapia grupiteraapia ruum	min	0.13	0.25

## Lisa 5 järg

### Kulud materjalidest

YKM29KO06	29	Taastusravi füüsilise ravi komplekt	n#	0.22	1.00
OST4413	0	Patsiendi haldus	#	0.77	0.50

### Grupifüsioteraapia (30 min) (7052)

<b>Kategooria 1</b>	29/taastusravi ja füsiaatria;	<b>Tulu</b>	0
<b>Kategooria 2</b>	PROTSED/UURINGUD JA PROTSEDUURID	<b>Kogus</b>	1
<b>Kategooria 3</b>	999/esitatakse	<b>Ühikuid</b>	0
<b>Kategooria 4</b>	1/kirjeldus aktsepteeritud	<b>Kulu kontodelt</b>	
<b>Kategooria 5</b>	1/piirhind=stdh	<b>Kulu tegevustelt</b>	4.01
		<b>Kulu KO-lt</b>	0.00
		<b>Kulu ressurssidelt</b>	0.39
		<b>Kulu kokku</b>	4.39
<b>Märkused</b>		<b>Jagatud kulu</b>	0.00
		<b>Jagatud kogus</b>	0
		<b>Ühiku hind</b>	4.39
		<b>Kogus KO-lt</b>	
		<b>Kogus kokku</b>	1

<i>Kood</i>	<i>Üksus</i>	<i>Nimetus</i>	<i>Käituri</i>	<i>Ühiku hind</i>	<i>Kogus</i>
-------------	--------------	----------------	----------------	-------------------	--------------

### Kulu tegevustelt

<b>7052</b>	<b>0</b>	<b>Füsioteraapia läbiviimine ja patsiendi hindamine- grupp</b>	<b>min</b>	<b>0.09</b>	<b>45.00</b>
-------------	----------	--	------------	-------------	--------------

neljale patsiendile kulub kokku 45 min st 25 teraapia ja 4x5min hindamine, ühele kulub seega 45/4=11,25 min

PER0412	0	Füsioterapeut	min	0.31	0.25
PIN293011	0	Taastusravi võimlemise ruum	min	0.13	0.10

### Kulud materjalidest

OST4413	0	Patsiendi haldus	#	0.77	0.50
---------	---	------------------	---	------	------

### Individuaalne füsioteraapia basseinis (30 min) (7056)

<b>Kategooria 1</b>	29/taastusravi ja füsiaatria;
<b>Kategooria 2</b>	PROTSED/UURINGUD JA PROTSEDUURID
<b>Kategooria 3</b>	999/esitatakse
<b>Kategooria 4</b>	1/kirjeldus aktsepteeritud
<b>Kategooria 5</b>	1/piirhind=stdh

## Lisa 5 järg

Märkused	Tulu	0
	Kogus	1
	Ühikuid	0
	Kulu kontodelt	
	Kulu tegevustelt	10.74
	Kulu KO-lt	0.00
	Kulu ressurssidelt	0.51
	Kulu kokku	11.24
	Jagatud kulu	0.00
	Jagatud kogus	0
	Ühiku hind	11.24
Kogus KO-lt		
Kogus kokku	1	

Kood	Üksus	Nimetus	Käituri	Ühiku hind	Kogus
<b>Kulu tegevustelt</b>					
<b>7056</b>	<b>0</b>	<b>Füsioteraapia läbiviimine basseinis ja patsiendi hindamine</b>	<b>min</b>	<b>0.36</b>	<b>30.00</b>
PER0201	0	Hooldustöötaja	min	0.12	0.05
hooldustöötaja vajalik igal 10 patsiendil ca 15 min					
PIN293010	29	FT bassein riietus- ja pesuruumiga	min	0.09	0.50
Eeldatud on, et kasutatakse väiksemat basseini					
PER0412	0	Füsioterapeut	min	0.31	1.00
<b>Kulud materjalidest</b>					
YKM29KO12	29	Basseini kasutamise komplekt patsiendile	tk	0.12	1.00
OST4413	0	Patsiendi haldus	#	0.77	0.50

### Grupifüsioteraapia basseinis (30 min) (7057)

<b>Kategooria 1</b>	29/taastusravi ja füsioatria;
<b>Kategooria 2</b>	PROTSED/UURINGUD JA PROTSEDUURID
<b>Kategooria 3</b>	999/esitatakse
<b>Kategooria 4</b>	1/kirjeldus aktsepteeritud
<b>Kategooria 5</b>	1/piirhind=stdh

Märkused

## Lisa 5 järg

<b>Tulu</b>	0
<b>Kogus</b>	1
<b>Ühikuid</b>	0
<b>Kulu kontodelt</b>	
<b>Kulu tegevustelt</b>	4.75
<b>Kulu KO-lt</b>	0.00
<b>Kulu ressurssidelt</b>	0.51
<b>Kulu kokku</b>	5.26
<b>Jagatud kulu</b>	0.00
<b>Jagatud kogus</b>	0
<b>Ühiku hind</b>	5.26
<b>Kogus KO-lt</b>	
<b>Kogus kokku</b>	1

<i>Kood</i>	<i>Üksus</i>	<i>Nimetus</i>	<i>Käitür</i>	<i>Ühiku hind</i>	<i>Kogus</i>
<b>Kulu tegevustelt</b>					
<b>7057</b>	<b>0</b>	<b>Grupifüsioteraapia läbiviimine basseinis</b>	<b>min</b>	<b>0.11</b>	<b>45.00</b>
PER0201	0	Hooldustöötaja	min	0.12	0.05
hooldustöötaja vajadus igal kümnendal patsiendil 20 min					
PIN293010	29	FT bassein riietus- ja pesuruumiga	min	0.09	0.25
PER0412	0	Füsioterapeut	min	0.31	0.25
<b>Kulud materjalidest</b>					
YKM29KO12	29	Basseini kasutamise komplekt patsiendile	tk	0.12	1.00
OST4413	0	Patsiendi haldus	#	0.77	0.50

Allikas: EHK andmebaas

## Lisa 6. Ämmaemandusabi teenuste kirjeldused

### Ämmaemanda iseseisev vastuvõtt (3037)

<b>Kategooria 1</b>	99/üldmeditsiin	<b>Tulu</b>	0
<b>Kategooria 2</b>	AMB_VV/AMBULATOORSED VASTUVÕTUD	<b>Kogus</b>	1
<b>Kategooria 3</b>	999/esitatakse	<b>Ühikuid</b>	0
<b>Kategooria 4</b>	1/kirjeldus aktsepteeritud	<b>Kulu kontodelt</b>	
<b>Kategooria 5</b>	1/piirhind=stdh	<b>Kulu tegevustelt</b>	5.71
		<b>Kulu KO-lt</b>	0.00
		<b>Kulu ressurssidelt</b>	1.54
		<b>Kulu kokku</b>	7.25
<b>Märkused</b>		<b>Jagatud kulu</b>	0.00
		<b>Jagatud kogus</b>	0
		<b>Ühiku hind</b>	7.25
		<b>Kogus KO-lt</b>	
		<b>Kogus kokku</b>	1

<i>Kood</i>	<i>Üksus</i>	<i>Nimetus</i>	<i>Käitür</i>	<i>Ühiku hind</i>	<i>Kogus</i>
<b>Kulu tegevustelt</b>					
<b>3008</b>	<b>0</b>	<b>Õendusalatöötaja iseseisev vastuvõtt</b>	<b>min</b>	<b>0.23</b>	<b>25.00</b>
PER0509	0	Õde	min	0.20	1.00
PIN993305	0	Vastuvõtukabinet	min	0.02	1.00
<b>Kulud materjalidest</b>					
OST4413	0	Patsiendi haldus	#	0.77	2.00

### Ämmaemanda koduvisiit (3038)

<b>Kategooria 1</b>	99/üldmeditsiin	<b>Tulu</b>	0
<b>Kategooria 2</b>	AMB_VV/AMBULATOORSED VASTUVÕTUD	<b>Kogus</b>	1
<b>Kategooria 3</b>	999/esitatakse	<b>Ühikuid</b>	0
<b>Kategooria 4</b>	1/kirjeldus aktsepteeritud	<b>Kulu kontodelt</b>	
<b>Kategooria 5</b>	1/piirhind=stdh	<b>Kulu tegevustelt</b>	8.44
		<b>Kulu KO-lt</b>	0.00
		<b>Kulu ressurssidelt</b>	2.63
		<b>Kulu kokku</b>	11.08
<b>Märkused</b>		<b>Jagatud kulu</b>	0.00
		<b>Jagatud kogus</b>	0
		<b>Ühiku hind</b>	11.08
		<b>Kogus KO-lt</b>	
		<b>Kogus kokku</b>	1

<i>Kood</i>	<i>Üksus</i>	<i>Nimetus</i>	<i>Käitür</i>	<i>Ühiku hind</i>	<i>Kogus</i>
-------------	--------------	----------------	---------------	-------------------	--------------



## Lisa 6 järg

### Kulu tegevustelt

<b>3024</b>	<b>0</b>	<b>Õe koduvisiit</b>	<b>nr#</b>	<b>8.44</b>	<b>1.00</b>
PER0509	0	Õde	min	0.20	40.00
INS992003	0	Arstikohver	min	0.00	40.00
PIN993305	0	Vastuvõtukabinet	min	0.02	10.00

### Kulud materjalidest

OST4403	0	Med. transport	EUR	0.06	17.10
OST4413	0	Patsiendi haldus	#	0.77	2.00

Allikas: EHK andmebaas

**Lisa 7. Osutatud koduõendusteenuste arv ning keskmine visiitide arv ravijuhu kohta aastatel 2010–2014**

	2010	2011	2012	2013	2014
Koduõendusteenuste hulk	149 094	167 205	197 385	214 444	235 283
Raviarvete hulk	18 677	22 994	26 441	29 542	32 459
Keskmiselt koduõendusteenuseid ühe raviarve kohta	7,98	7,27	7,47	7,26	7,25

Allikas: autori arvutused Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste statistika andmetel (2007–2014)

## Lisa 8. Koduõendusteenuse kirjeldus

### KODUÕENDUS-HOOLDUS (3026)

<b>Kategooria 1</b>	38/hooldusravi	<b>Tulu</b>	0
<b>Kategooria 2</b>	AMB_VV/AMBULATOORSED VASTUVÕTUD	<b>Kogus</b>	1
<b>Kategooria 3</b>	999/esitatakse	<b>Ühikuid</b>	0
<b>Kategooria 4</b>	1/kirjeldus aktsepteeritud	<b>Kulu kontodelt</b>	
<b>Kategooria 5</b>	999/määratlemata	<b>Kulu tegevustelt</b>	18.88
		<b>Kulu KO-lt</b>	0.00
		<b>Kulu ressurssidelt</b>	6.48
		<b>Kulu kokku</b>	25.36
<b>Märkused</b>		<b>Jagatud kulu</b>	0.00
		<b>Jagatud kogus</b>	0
		<b>Ühiku hind</b>	25.36
		<b>Kogus KO-lt</b>	
		<b>Kogus kokku</b>	1

<i>Kood</i>	<i>Üksus</i>	<i>Nimetus</i>	<i>Käitür</i>	<i>Ühiku hind</i>	<i>Kogus</i>
<b>Kulu tegevustelt</b>					
<b>3026U</b>	<b>90</b>	<b>Koduõendus-hooldusteenus</b>	<b>999</b>	<b>18.88</b>	<b>1.00</b>
PIN380003	90	Koduõendusbaas	min	0.03	16.00
PER0509	0	Õde	min	0.20	90.00
<b>Kulud materjalidest</b>					
YKM38KO03	90	Õendusabi voodipäeva hooldusvahendite komplekt	999	6.00	0.00
YKM38KO06	90	Nakkusohhtliku patsiendi komplekt	999	5.34	0.04
YKM38KO07	90	Personali kaitsevahendite komplekt	999	2.26	0.60
YKM38KO05	90	Iseseisva statsionaarse õendusabi osakonna voodipäeva meditsiinitarvikute komplekt	999	2.17	0.10
OST4403	0	Med. transport	EUR	0.06	30.00
YKM38KO02	90	Õendusabi voodipäeva kroonilise haavaravi komplekt	999	1.87	0.60
OST4413	0	Patsiendi haldus	#	0.77	2.00
YKM38KO10	90	Stoomihoolduse komplekt	999	1.47	0.02
YKM38KO08	90	Sondiga toitmise komplekt koos toiduga	999	6.63	0.01
YKM38KO09	90	Trahheostoomi hoolduse ja hingamisteede aspireerimise komplekt	999	7.51	0.00

Allikas: EHK andmebaas

## Lisa 9. Koduõenduse, ämmaemandusabi ja füsioteraapia teenustel kasutatavate ruumide kirjeldused

### Koduõendusbaas (PIN380003/90)

<b>Kategooria 1</b>	PIN/Pinnad	<b>Kogus</b>	120 000
<b>Kategooria 2</b>	38/hooldusravi	<b>Ühikuid</b>	1
<b>Kategooria 3</b>	39/Baaspinnad (m <sup>2</sup> )	<b>Kulu kontodelt</b>	0.00
<b>Kategooria 4</b>	999/kirjeldamata	<b>Kulu ressurssidelt</b>	3 721.11
<b>Kategooria 5</b>	999/kirjeldamata	<b>Kulu kokku</b>	3 721.11
<b>Ressursi tüüp</b>	Ressurss	<b>Jagatud kulu</b>	0.50
<b>Käitur</b>	min/minut	<b>Jagatud kogus</b>	16
<b>Maht/ühik</b>	120000	<b>Ühiku hind</b>	0.03
<b>Märkused</b>		<b>Kogus kokku</b>	120 000

<i>Kood</i>	<i>Üksus</i>	<i>Nimetus</i>	<i>Käitur</i>	<i>Ühiku hind</i>	<i>Kogus</i>
<b>Kulud ressurssidelt</b>					
SDM380001	38	Lamp neelu vaatamiseks	tk	0.65	1.00
INV380002	38	Koduõe töökott	tk	42.67	1.00
SDM991115	0	Arvuti töökoht pinnal	tk	383.47	1.00
PIN993901	0	Haigla pind I - palatid, üldpind jms.	m <sup>2</sup>	93.32	32.00
INS992010	38	Käärid	tk	0.82	1.00
INV994201	38	Töökoha mööblikomplekt	tk	184.91	1.00
INS992002	38	Vererõhuaparaat	tk	13.50	1.00
SDM201011	38	Glükomeeter	tk	10.50	1.00
INS992005	38	Stetoskoop	tk	9.64	1.00
SDM380002	38	Luup	tk	0.54	1.00
SDM241004	38	Pulssoksümeeter I	tk	70.38	1.00
INV380001	38	konteiner laboratoorsete analüüside transportimiseks	tk	3.79	1.00
SDM291009	38	Inhalaator	tk	13.86	1.00

### Vastuvõtukabinet (PIN993305/0)

<b>Kategooria 1</b>	PIN/Pinnad
<b>Kategooria 2</b>	99/üldmeditsiin
<b>Kategooria 3</b>	33/Vastuvõtukabinetid
<b>Kategooria 4</b>	999/kirjeldamata
<b>Kategooria 5</b>	1/amort
<b>Ressursi tüüp</b>	Ressurss

## Lisa 9 järg

		<b>Kogus</b>	120 000
		<b>Ühikuid</b>	1
		<b>Kulu kontodelt</b>	0.00
		<b>Kulu ressurssidelt</b>	2 872.06
		<b>Kulu kokku</b>	2 872.06
<b>Käitur</b>		<b>Jagatud kulu</b>	174.28
min/minut		<b>Jagatud kogus</b>	7 282
<b>Maht/ühik</b>	120000	<b>Ühiku hind</b>	0.02
<b>Märkused</b>	12 m <sup>2</sup> , kui koos läbivaatusega siis 16 m <sup>2</sup> . Nõuded eriarsti vastuvõtu- ja läbivaatusruumile	<b>Kogus kokku</b>	120 000

<i>Kood</i>	<i>Üksus</i>	<i>Nimetus</i>	<i>Käitur</i>	<i>Ühiku hind</i>	<i>Kogus</i>
<b>Kulud ressurssidelt</b>					
PIN993901	0	Haigla pind I - palatid, üldpind jms.	m <sup>2</sup>	93.32	24.00
INV994201	0	Töökoha mööbli komplekt	tk	287.30	2.00
		arstil ja õel			
INS992002	0	Vererõhuaparaat	tk	57.68	1.00
<b>Kulu kontodelt</b>					
400		Kulum ja allahindlus			0.00

### *Protseduurituba - teraapia (PIN993001/0)*

<b>Kategooria 1</b>	PIN/Pinnad	<b>Kogus</b>	120 000
<b>Kategooria 2</b>	99/üldmeditsiin	<b>Ühikuid</b>	1
<b>Kategooria 3</b>	30/Protseduuride- ja uuringuteruumid	<b>Kulu kontodelt</b>	0.00
<b>Kategooria 4</b>	999/kirjeldamata	<b>Kulu ressurssidelt</b>	4 415.72
<b>Kategooria 5</b>	1/amort	<b>Kulu kokku</b>	4 415.72
<b>Ressursi tüüp</b>	Ressurss	<b>Jagatud kulu</b>	239.48
<b>Käitur</b>	min/minut	<b>Jagatud kogus</b>	6 508
<b>Maht/ühik</b>	120 000	<b>Ühiku hind</b>	0.04
<b>Märkused</b>	Lihtsad protseduurid, teraapia. Nõuded vastavalt neuroloogia, reumatoloogia, onko, taastusravi, ortopeedia, kirurgia, anestesioloogia, hematoloogia valuravi protseduuriruumile: 18 m <sup>2</sup> +üldpind 18 m <sup>2</sup> ; 7h 250 päeva	<b>Kogus kokku</b>	120 000

<i>Kood</i>	<i>Üksus</i>	<i>Nimetus</i>	<i>Käitur</i>	<i>Ühiku hind</i>	<i>Kogus</i>
-------------	--------------	----------------	---------------	-------------------	--------------

## Lisa 9 järg

### Kulud ressurssidelt

PIN993901	0	Haigla pind I - palatid, üldpind jms.	m <sup>2</sup>	93.32	36.00
INV994201	0	Töökoha mööblikomplekt	tk	287.30	1.00
INV994103	0	Patsiendi uuringulaud	tk	201.11	1.00
SDM241004	0	Pulssoksümeeter I	tk	150.83	1.00
INV994105	0	Teisaldatav valgusti	tk	143.65	1.00
INS992002	0	Vererõhuaparaat	tk	57.68	1.00
INV994004	0	Ravimikapp	tk	215.47	1.00

### Kulu kontodelt

400		Kulum ja allahindlus			0.00
-----	--	----------------------	--	--	------

### Vastuvõtukabinet (PIN993305/0)

<b>Kategooria 1</b>	PIN/Pinnad	<b>Kogus</b>	120 000
<b>Kategooria 2</b>	99/üldmeditsiin	<b>Ühikuid</b>	1
<b>Kategooria 3</b>	33/Vastuvõtukabinetid	<b>Kulu kontodelt</b>	0.00
<b>Kategooria 4</b>	999/kirjeldamata	<b>Kulu ressurssidelt</b>	2 872.06
<b>Kategooria 5</b>	1/amort	<b>Kulu kokku</b>	2 872.06
<b>Ressursi tüüp</b>	Ressurss	<b>Jagatud kulu</b>	174.28
<b>Käitur</b>	min/minut	<b>Jagatud kogus</b>	7 282
<b>Maht/ühik</b>	120 000	<b>Ühiku hind</b>	0.02
<b>Märkused</b>	12 m <sup>2</sup> , kui koos läbivaatusega siis 16 m <sup>2</sup> . Nõuded eriarsti vastuvõtu- ja läbivaatusruumile	<b>Kogus kokku</b>	120 000

<i>Kood</i>	<i>Üksus</i>	<i>Nimetus</i>	<i>Käitur</i>	<i>Ühiku hind</i>	<i>Kogus</i>
<b>Kulud ressurssidelt</b>					
PIN993901	0	Haigla pind I – palatid, üldpind jms.	m <sup>2</sup>	93.32	24.00
INV994201	0	Töökoha mööblikomplekt	tk	287.30	2.00
		arstil ja õel			
INS992002	0	Vererõhuaparaat	tk	57.68	1.00
<b>Kulu kontodelt</b>					
400		Kulum ja allahindlus			0.00

## Lisa 9 järg

### Füsioteraapia ruum (PIN293009/29)

<b>Kategooria 1</b>	PIN/Pinnad	<b>Kogus</b>	78 000
<b>Kategooria 2</b>	29/taastusravi ja füsiaatria;	<b>Ühikuid</b>	1
<b>Kategooria 3</b>	30/Protseduuride- ja uuringuteruumid	<b>Kulu kontodelt</b>	0.00
<b>Kategooria 4</b>	999/kirjeldamata	<b>Kulu ressurssidelt</b>	11 733.49
<b>Kategooria 5</b>	999/kirjeldamata	<b>Kulu kokku</b>	11 733.49
<b>Ressursi tüüp</b>	Ressurss	<b>Jagatud kulu</b>	1.13
<b>Käitur</b>	min/minut	<b>Jagatud kogus</b>	8
<b>Maht/ühik</b>	78 000	<b>Ühiku hind</b>	0.15
<b>Märkused</b>	52 nädalat × 5 päeva nädalas × 4 tundi päevas × 60 min	<b>Kogus kokku</b>	78 000

<i>Kood</i>	<i>Üksus</i>	<i>Nimetus</i>	<i>Käitur</i>	<i>Ühiku hind</i>	<i>Kogus</i>
<b>Kulud ressurssidelt</b>					
PIN993901	0	Haigla pind I - palatid, üldpind jms.	m <sup>2</sup>	93.32	110.00
INV294306	29	Peegel (55×110)	tk	3.00	2.00
INV994201	0	Töökoha mööblikomplekt	tk	287.30	1.00
INV294304	29	Rööbaspuud	tk	55.00	1.00
INV294009	29	Füüsilise võimekuse mõõtmise seade	tk	40.00	4.00
INV294308	29	Hantlid või raskusmansett	tk	3.00	2.00
INV294008	29	Teraapialaud	tk	243.00	2.00
SDM294013	29	Seisulaud	tk	195.00	0.50
INS292005	29	Füsioteraapia testid	tk	18.00	1.00
INV294309	29	Füsioteraapia tarvikute komplekt	tk	30.00	1.00
INV294310	29	Kiilude komplekt	tk	66.00	2.00
SDM291017	29	TerapiMaster	tk	190.00	1.00

### Füsioteraapia grupiteraapia ruum (PIN293012/29)

<b>Kategooria 1</b>	PIN/Pinnad	<b>Kogus</b>	93 600
<b>Kategooria 2</b>	29/taastusravi ja füsiaatria;	<b>Ühikuid</b>	1
<b>Kategooria 3</b>	30/Protseduuride- ja uuringuteruumid	<b>Kulu kontodelt</b>	0.00
<b>Kategooria 4</b>	999/kirjeldamata	<b>Kulu ressurssidelt</b>	11 857.49
<b>Kategooria 5</b>	999/kirjeldamata	<b>Kulu kokku</b>	11 857.49
<b>Ressursi tüüp</b>	Ressurss	<b>Jagatud kulu</b>	1.11
<b>Käitur</b>	min/minut	<b>Jagatud kogus</b>	9
<b>Maht/ühik</b>	93 600	<b>Ühiku hind</b>	0.13
<b>Märkused</b>		<b>Kogus kokku</b>	93 600

## Lisa 9 järg

<i>Kood</i>	<i>Üksus</i>	<i>Nimetus</i>	<i>Käitur</i>	<i>Ühiku hind</i>	<i>Kogus</i>
<b>Kulud ressurssidelt</b>					
PIN993901	0	Haigla pind I - palatid, üldpind jms.	m <sup>2</sup>	93.32	110.00
INV294306	29	Peegel (55×110)	tk	3.00	2.00
SDM241024	29	Veloergomeeter	tk	150.00	2.00
SDM294011	29	Treadmill	tk	300.00	0.50
INV994201	0	Töökoha mööblikomplekt	tk	287.30	1.00
INV294009	29	Füüsilise võimekuse mõõtmise seade	tk	40.00	4.00
INV294308	29	Hantlid või raskusmansett	tk	3.00	3.00
INV294008	29	Teraapialaud	tk	243.00	2.00
INV294305	29	Varbsein	tk	9.00	2.00
SDM294013	29	Seisulaud	tk	195.00	0.50
INS292005	29	Füsioteraapia testid	tk	18.00	1.00
INV294309	29	Füsioteraapia tarvikute komplekt	tk	30.00	2.00

### Taastusravi võimlemise ruum (PIN293011/0)

<b>Kategooria 1</b>	PIN/Pinnad	<b>Kogus</b>	93 600
<b>Kategooria 2</b>	29/taastusravi ja füsiaatria;	<b>Ühikuid</b>	1
<b>Kategooria 3</b>	30/Protseduuride- ja uuringuteruumid	<b>Kulu kontodelt</b>	0.00
<b>Kategooria 4</b>	999/kirjeldamata	<b>Kulu ressurssidelt</b>	11 752.99
<b>Kategooria 5</b>	999/kirjeldamata	<b>Kulu kokku</b>	11 752.99
<b>Ressursi tüüp</b>	Ressurss	<b>Jagatud kulu</b>	0.57
<b>Käitur</b>	min/minut	<b>Jagatud kogus</b>	5
<b>Maht/ühik</b>	93 600	<b>Ühiku hind</b>	0.13
<b>Märkused</b>	5 päeva nädalas 6 tundi päevas	<b>Kogus kokku</b>	93 600

<i>Kood</i>	<i>Üksus</i>	<i>Nimetus</i>	<i>Käitur</i>	<i>Ühiku hind</i>	<i>Kogus</i>
<b>Kulud ressurssidelt</b>					
PIN993901	0	Haigla pind I – palatid, üldpind jms.	m <sup>2</sup>	93.32	110.00
INV294306	29	Peegel (55×110)	tk	3.00	10.00
SDM241024	29	Veloergomeeter	tk	150.00	2.00
SDM294011	29	Treadmill	tk	300.00	1.00



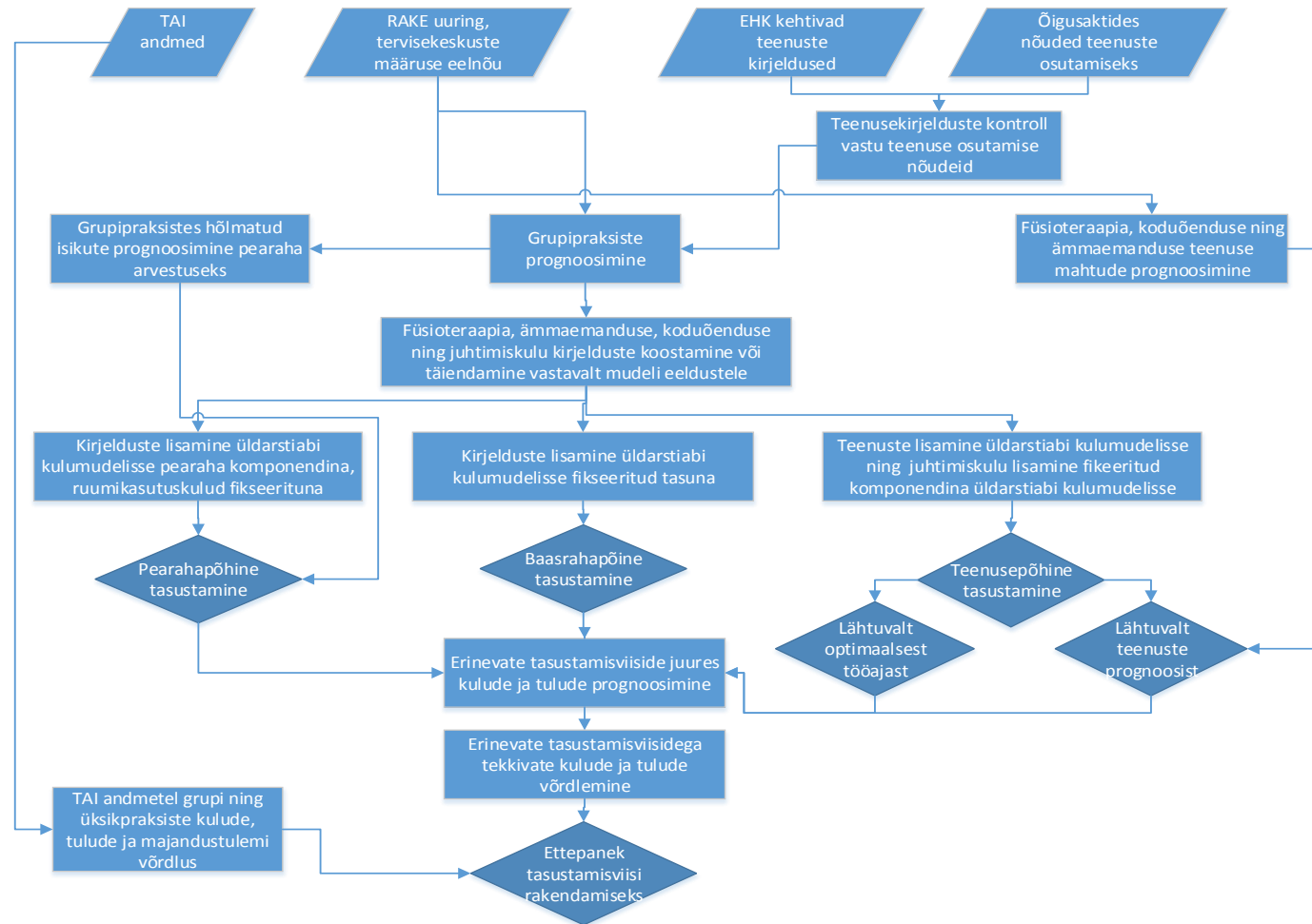
## Lisa 9 järg

INV994201	0	Töökoha mööblikomplekt	tk	287.30	1.00
INV294009	29	Füüsilise võimekuse mõõtmise seade	tk	40.00	4.00
INV294308	29	Hantlid või raskusmansett	tk	3.00	10.00
INV294307	29	Võimlemismatt või -pink	tk	7.00	20.00
INV294305	29	Varbsein	tk	9.00	10.00
INV294309	29	Füsioteraapia tarvikute komplekt	tk	30.00	5.00

erinevad pallid,  
tasakaalupadjad,  
kiiged lauad,  
võimlemislindid  
jms - 1  
komplekt = 6  
×15 eurot

Allikas: EHK andmebaas

## Lisa 10. Andmeanalüüsi metoodika joonis



Allikas: autori koostatud

## Lisa 11. Mudelite eeldused

Miinimumpraksis	
Peade arv	1 200
Arsti tunnipalk (bruto), €	9,00
Õe tunnipalk (bruto), €	5,00
Muu personali tunnipalk (bruto), €	3,00
Füsioterapeut (bruto), €	5,00
Ämmaemand (bruto), €	5,00
Koduõde (bruto), €	5,00
Mittekliiniline assistent (bruto), €	3,00

Ruumid (m <sup>2</sup> )	
Perearst ja pereõde	52
Ämmaemand	30
Füsioterapeut	42
Koduõde	12
Juhtimise ja haldusega seotud pind	41

Prognoositav tervisekeskuste arv	89
Juhtimisressurs	5%
Grupipraktise miinimusuurus	4 500

Tööaeg		
	päevas	kuus
Arsti töötunnid	7	147
Õe töötunnid	8	168
Abilise töötunnid	8	168
Füsioterapeudi töötunnid	8	168
Ämmaemanda töötunnid	8	168
Koduõe töötunnid	8	168
Mittekliinilise assistendi töötunnid	8	168

## Lisa 11 järg

Kindlustatute jaotus	30.06.2014					
Vanus	0–2	3–6	7–49	50–69	70+	KOKKU
Kindlustatute arv	40 600	62 799	647 211	313 595	178 726	1 242 931
% kindlustatutest	3%	5%	52%	25%	14%	100%
Miinumpraksis	39	61	625	303	173	1 200

Allikas: autori koostatud EHK andmebaasi alusel

## Lisa 12. Perearstiabi inventari, seadmete ja tarvikute kirjeldus

Perearst

ÜKM		Ühik	Ühikute arv (aastas)	Ühiku hind, €	Summa kuus, €	Summa aastas, €
Meditsiinitarvikud	Süstlad	tk	312	0,05	1,46	17,53
	Kindad	tk	653	0,04	2,45	29,37
	Sidematerjal	tk	996	0,37	34,51	414,15
	Puuspaatel	tk	300	0,03	0,84	10,11
	Kilepõll	tk	24	0,08	0,18	2,16
	Lantsetid	tk	416	0,06	2,34	28,07
	Tutikud	tk	253	0,01	0,24	2,84
	Skalpelli terad	tk	48	0,44	1,98	23,73
	Injektsiooniplaastrid	tk	253	0,01	0,24	2,84
	Nahapuhastustampoonid	tk	1085	0,02	2,03	24,40
	Testribad (glükoos)	tk	139	0,51	6,63	79,54
	Testribad (uriin)	tk	103	0,27	2,59	31,11
	Reagendid latekstestidele	tk	480	1,07	48,10	577,19
	Desinfektsioonivahendid	l	29	14,09	38,89	466,64
	KOKKU					142,47
Muu meditsiiniline materjal	Retseptiblanketid	tk	2040	0,02	3,82	45,85
	EKG paber	m	43,2	0,07	0,28	3,40
	KOKKU				4,10	49,25

## Lisa 12 järg

KKM		Ühik	Ühikute arv	Ühiku hind, €	Kasutus-aeg (aastad)	Summa kuus, €	Summa aastas, €
Vastuvõtu instrumentide komplekt	Stetofonendoskoop	tk	2	70,46	2	6,599	79,18
	Lootetoonide stetoskoop	tk	1	14,70	2	0,688	8,26
	Sfügmomanomeeter	tk	2	38,92	2	3,645	43,74
	Otoskoop/oftalmoskoop	tk	1	129,45	2	6,062	72,74
	Helihark	tk	1	33,29	2	1,559	18,71
	Instrumentide kandik	tk	1	18,85	2	0,883	10,59
	Termokonteiner vaktsiinide transpordiks	tk	1	168	5	2,800	33,60
	PEF-meeter	tk	1	15,64	2	0,732	8,79
	Refleksihaamer	tk	1	18,39	2	0,861	10,33
	Pisikirurgia vahendid	tk	2	60,40	2	5,657	67,88
	Kõrvaloputussüstal	tk	1	59,66	2	2,794	33,52
	Infusioonistatiiv ja süsteem	tk	1	46,30	2	2,168	26,02
	Nägemisteravuse tabel	tk	1	15,10	2	0,707	8,48
	Hingamiskott koos maskidega	tk	1	43,22	2	2,024	24,29
	S-toru	tk	3	0,54	2	0,076	0,91
	Neerukauss	tk	3	2,42	2	0,340	4,08
	Värvitabelite raamat	tk	1	124,01	2	5,807	69,68
	Veenisulgur	tk	1	7,05	2	0,330	3,96
	Glükomeeter	tk	2	48,64	2	4,555	54,66
	Kraadiklaas	tk	2	6,11	2	0,572	6,87
KOKKU						48,857	586,29

## Lisa 12 järg

Muud kulud		Ühik	Ühikute arv	Ühiku hind, €	Summa kuus, €	Summa aastas, €		
	muud vajalikud teenused (telefon)		0	0,26	26,00	312,00		
	bürootarbed				26,63	319,56		
	kindlustus				13,32	159,78		
	KOKKU				65,95	791,34		
Kulu liik	Kulu objekt	Mõõtühik	Kogus	Ühiku hind, €	Kasutus-aeg (aastad)	Aastane hooldus	Summa kuus, €	Summa aastas, €
ÜKM	meditsiinitarvikud	tk					142,47	1 709,68
	muu meditsiiniline materjal	tk					4,10	49,25
	ravimid	tk					238,85	2 866,16
KKM	vastuvõtu instrumentide komplekt	tk	1	1 707,41	2		48,86	586,29

## Lisa 12 järg

Üle üheaastase kasutusajaga meditsiiniseadmed	täiskasvanute kaal	tk	1	213,41	2		8,89	106,71
	imikute kaal	tk	1	161,03	2		6,71	80,52
	pikkusemõõtur	tk	1	21,49	2		0,90	10,75
	kärulaud	tk	1	226,25	5		3,77	45,25
	imikulaud	tk	1	294,12	5		4,90	58,82
	külmik	tk	1	527,91	7	14,12	7,46	89,54
	vahesirm	tk	1	323,21	5		5,39	64,64
	uuringu valgusti	tk	1	329,27	5	17,58	6,95	83,43
	universaallaud	tk	1	861,89	8		8,98	107,74
	protseduuride kapp	tk	1	574,60	8	15,34	7,26	87,16
	töökoht nägemisteravuse määramiseks	tk	1	135,75	5	7,22	2,86	34,37
	EKG aparaat	tk	1	2 135,77	5	114,02	45,10	541,17
	arsti kohver	tk	1	198,32	5		3,31	39,66
	hemoglobiinomeeter	tk	1	359,12	6	19,17	6,59	79,03
	tsentrifuug	tk	1	560,64	5	29,91	11,84	142,04
	uriinianalüsaator	tk	1	720,40	5	38,47	15,21	182,55
	sterilisaator	tk	1	430,95	5	23,01	9,10	109,20
	meditsiiniline kušett	tk	1	287,30	8		2,99	35,91
	külmkapi termomeeter	tk	2	34,32	1		5,72	68,64
	arsti ja õe tööriided	tk	2	102,60	2	96,56	16,60	199,16
arsti ja õe töökoht	tk	1	8 875,99	5	504,90		2 280,10	
	sh IT kulu							1 908,00
Seadmete ja tarvikud kulu kokku						804,81	9 657,77	

Allikas: autori koostatud EHK andmebaasi alusel



## Lisa 13. Praegune baasraha kirjeldus

### BAASRAHA

Kulu liik	Kulu objekt	Mõõtühik	Kogus	Ühiku hind, €	Summa kuus, €	Summa aastas, €
Ruumide kasutuskulu	ruumi pind	m <sup>2</sup>	52			
	ruumide kasutuse kogukulu	EUR/m <sup>2</sup>		11,37	591,24	7 094,88
Asjaajamisega seotud transpordikulu	asjaajamisega seotud transpordikulu	EUR		175,28	175,28	2 103,31
Koolituskulu					92,85	1 114,20
Perearsti asendaja koolituse ajal					60,00	720,00
Pereõe asendaja koolituse ajal					33,35	400,20
E-tervise halduskulu					23,56	197,62
<b>BAASRAHA KOKKU</b>					<b>976,28</b>	<b>11 630,21</b>

### Asjaajamisega seotud transpordikulu (transpordikulu + auto kapitalikulu)

Transpordikulud		Ühik	Ühikute arv	Ühiku hind, €	Summa kuus, €	Summa aastas, €
Koduvisiidid linnas	keskmiselt koduvisiite perearsti kohta	kordi	12	x	8,57	102,82
	keskmine koduvisiidi pikkus linnas	km	15	x		
Analüüside esitamine	kaugus laborini	km	10	x	10,31	123,76
Patsiendi vedu haiglasse	kaugus haiglani	km	0	x		0,00
Sõit koolitusele, nõupidamistele	kaugus koolituse toimumiskohani	km	20	x	0,95	11,42
	kütuse füüsiline kulu	l/km	0,07	x		
	kütuse rahaline kulu	EUR/l	1	0,68		
<b>KOKKU</b>					<b>19,83</b>	<b>238,00</b>

### Lisa 13 järg

Auto kapitalikulu		Ühik	Ühikute arv	Ühiku hind	Summa kuus, €	Summa aastas, €		
	Liikluskindlustus				7,99	95,87	Auto soetusmaksumus, €	10 864,98
	Auto kulum				129,35	1 552,14	Auto hoolduskulu (% maksumusest)	2%
	Auto hooldus				18,11	217,30		
	KOKKU				155,44	1 865,31		

Allikas: autori koostatud EHK andmebaasi alusel

**Lisa 14. Juhtimise ning tervisekeskuse haldusega seotud vajalike seadmete ja inventari kirjeldus**

Juhtimiskulud						
Mittekliinilise assistendi ning juhi töökoht	Ühik	Ühikute arv	Ühiku hind, €	Amortisatsioon	Summa kuus, €	Summa aastas, €
Töökoha mööblikomplekt	Tk	2	1436,5	5	47,88	574,60
Arvuti töökoha pinnal	Tk	2	1 150,41	3	63,91	766,94
Üldkasutatav pind						
Imikulaud	Tk	2	294,12	5	9,80	117,65
Ooteruumi mööbel	Tk	1	1436,5	5	23,94	287,30
Töötajate ruumi mööbli komplekt	Tk	1	1436,5	5	23,94	287,30
Korduvkasutatavate seadmete kulud kokku					169,48	2 033,79

Allikas: autori koostatud EHK andmebaasi alusel

## Lisa 15. Ämmaemandusabi inventari, seadmete ja tarvikute kirjeldus

Ämmaemand						
KKM						
Seade	Ühik	Ühikute arv	Ühiku hind, €	Kasutus- aeg (aastad)	Summa kuus, €	Summa aastas, €
Mähkimislaud	tk	1	294,12	5	4,90	58,82
Külmkapp	tk	1	527,91	7	7,46	89,54
Teisaldatav valgusti	tk	1	718,25	5	11,97	143,65
Töökoha mööbli komplekt	tk	1	1 436,50	5	23,94	287,30
Günekoloogiline tool	tk	1	5 027,70	5	83,80	1 005,54
Arvuti töökoht pinnal	tk	1	1 150,41	3	31,96	383,47
Günekoloogilised peeglid	tk	5	16,11	2	0,67	8,06
Vastsündinu kaal	tk	1	71,85	5	1,20	14,37
Elektrooniline kaal	tk	1	114,00	5	1,90	22,80
Meditsiinilised käärid	tk	1	5,72	7	0,07	0,82
Doppler	tk	1	766,17	3	20,95	251,39
Vererõhuaparaat	tk	1	19,28	2	0,80	9,64
Stetoskoop	tk	1	7,47	1	0,62	7,47
Termomeeter	tk	1	6,11	2	0,29	3,43
Esmaabivahendid/elustamiskohver	tk	1	86,19	5	1,61	19,37
Möödulint	tk	1	21,49	2	1,01	12,08
Kohver	tk	1	198,32	5	3,71	44,57
Veenisulgur (žgutt) ja rõhksidemed	tk	1	7,05	2	0,33	3,96
Aastane seadmete kulu ämmaemanduses					197,19	2 366,28

## Lisa 15 järg

ÜKM	
ÜKM kulu visiidi kohta keskmiselt	1,31
Keskmine visiitide arv aastas	3 465
Kokku ÜKM kulu aastas	4 524,14

Asjaajamisega seotud transpordikulu (transpordikulu + auto kapitalikulu)

Transpordikulud		Ühik	Ühikute arv	Ühiku hind, €	Summa kuus, €	Summa aastas, €
koduvisiidid linnas	keskmiselt koduvisiite ämmaemanda kohta	kordi	344	x	491,59	5 899,07
	keskmine koduvisiidi pikkus	km	30	x		
sõit koolitusele, nõupidamistele	kaugus koolituse toimumiskohani	km	20	x	0,95	11,42
	kütuse füüsiline kulu	l/km	0,070	x		
	kütuse rahaline kulu	EUR/l	1	0,68		
	<b>KOKKU</b>				492,54	5 910,49

Allikas: autori koostatud EHK andmebaasi alusel

## Lisa 16. Koduõenduse inventari, seadmete ja tarvikute kirjeldus

Koduõde						
KKM						
Seade	Ühik	Ühikute arv	Ühiku hind, €	Kasutus-aeg (aastad)	Summa kuus, €	Summa aastas, €
Käärid	tk	1	5,72	7	0,07	0,82
Koduõde töökott	tk	1	256,00	6	3,56	42,67
Glükomeeter	tk	1	26,76	2	1,11	13,38
Inhalaator	tk	1	69,30	5	1,16	13,86
Luup	tk	1	1,63	3	0,05	0,54
Pulssoksümeeter I	tk	1	106,00	5	1,77	21,20
Stetoskoop	tk	1	19,27	2	0,80	9,64
Arvuti töökoht pinnal	tk	1	1 150,41	3	31,96	383,47
Vererõhuaparaat	tk	1	19,28	2	0,80	9,64
Töökoha mööblikomplekt	tk	1	1 436,50	5	23,94	287,30
Lamp neelu vaatamiseks	tk	1	3,27	5	0,05	0,65
Konteiner laboratorsete analüüside transportimiseks	tk	1	18,96	5	0,32	3,79
Aastane seadmete kulu koduõenduses					65,58	786,96

ÜKM	
ÜKM kulu visiidi kohta keskmiselt	1,37
Keskmine visiitide arv aastas	1 020
Kokku ÜKM kulu aastas	1 399,44

## Lisa 16 järg

### TRANSPORT

#### Asjaajamisega seotud transpordikulu (transpordikulu)

Transpordikulud		Ühik	Ühikute arv	Ühiku hind, €	Summa kuus, €	Summa aastas, €
koduvisiidid linnas	keskmiselt koduvisiite koduõe kohta	kordi	1020	x	1456,56	17 478,72
	keskmine koduvisiidi pikkus	km	30	x		
sõit koolitusele, nõupidamistele	kaugus koolituse toimumiskohani	km	20	x	0,95	11,42
	kütuse füüsiline kulu	l/km	0,070	x		
	kütuse rahaline kulu	EUR/l	1	0,68		
	<b>KOKKU</b>				1457,51	17 490,14

Allikas: autori koostatud EHK andmebaasi alusel

## Lisa 17. Füsioteraapia inventari, seadmete ja tarvikute kirjeldus

Füsioterapeut						
KKM						
Seade	Ühik	Ühikute arv	Ühiku hind, €	Kasutusaeg (aastad)	Summa kuus, €	Summa aastas, €
Füsioteraapia testid	tk	1	18,00	7	0,21	2,57
Vererõhuaparaat	tk	1	19,28	2	0,80	9,64
Massaažilaud	tk	1	1 221,00	5	20,35	244,20
Teraapialaud	tk	1	1 701,00	7	20,25	243,00
Füüsilise võimekuse mõõtmise seade	tk	1	200,00	5	3,33	40,00
Rööbaspuud	tk	1	550,00	10	4,58	55,00
Varbsein	tk	1	90,00	10	0,75	9,00
Pegel (55×110)	tk	1	30,00	10	0,25	3,00
Võimlemismatt või – pink	tk	1	70,00	10	0,58	7,00
Hantlid või raskusmansett	tk	1	21,00	7	0,25	3,00
Füsioteraapia tarvikute komplekt	tk	1	30,00	1	2,50	30,00
Kiilude komplekt	tk	1	330,00	5	5,50	66,00
Ravimikapp	tk	1	1 077,35	5	17,96	215,47
Patsiendi uuringulaud	tk	1	1 005,55	5	16,76	201,11
Teisaldatav valgusti	tk	1	718,25	5	11,97	143,65
Töökoha mööblikomplekt	tk	1	1 436,50	5	23,94	287,30
Arvuti töökoha pinnal	tk	1	1 150,41	3	31,96	383,47
Pulssoksümeeter I	tk	1	754,15	5	12,57	150,83
Veloergomeeter	tk	1	2 556,47	5	47,40	568,75
TerapiMaster	tk	1	1 900,00	10	15,83	190,00
Treadmill	tk	1	2 100,00	7	25,00	300,00
Seisulaud	tk	1	1 950,00	10	16,25	195,00
Mähkimislaud	tk	1	294,12	5	4,90	58,82
Aastane seadmete kulu füsioteraapias					279,00	3 347,99



## Lisa 17 järg

ÜKM	
ÜKM kulu visiidi kohta keskmiselt	0,23
Keskmine visiitide arv aastas	2 906,27
Kokku ÜKM kulu aastas	659,72

Allikas: autori koostatud EHK andmebaasi alusel

## Lisa 18. Mudel 1

PEARAHA							
Kulu liik	Kulu objekt	Mõõtühik	Kogus	Ühiku hind, €	Summa kuus, €	Summa aastas, €	
Tööjõukulu	Perearst	h	441	12,00	5 292,00	63 504,00	
	Pereõde	h	504	6,67	3 361,68	40 340,16	
	Abiline	h	504	4,00	2 016,00	24 192,00	
	Füsioterapeut	h	168	6,67	1 120,56	13 446,72	
	Koduõde	h	168	6,67	1 120,56	13 446,72	
	Ämmaemand	h	168	6,67	1 120,56	13 446,72	
	Mittekliiniline assistent	h	56	4,00	224,00	2 688,00	
	Juhtimiskulu 5% kogu personalikulust					712,77	8 553,22
	Perearsti asendaja puhkuse ajal	h	147	12,00	147,00	1 764,00	
	Pereõde asendaja puhkuse ajal	h	168	6,67	93,38	1 120,56	
Tööjõukulu kokku					14 968,13	181 381,54	
Perearsti ja pereõde ÜKM, KKM ja üle ühe aastase kasutusega meditsiiniseadmed					804,81	9 657,77	
Füsioterapeut KKM, ÜKM					333,98	4 007,72	
Koduõde KKM, ÜKM					182,20	2 186,40	
Ämmaemand KKM, ÜKM					574,20	6 890,42	
Juhi korduvkasutatavad seadmed					169,48	2 033,79	
Muud kulud					395,67	4 748,04	
<b>PEARAHA KOKKU</b>					<b>17 575,47</b>	<b>210 905,67</b>	

Allikas: autori koostatud EHK andmebaasi alusel

## Lisa 19. Pearaha hinna arvestus

PEARAHA hinna arvestus						
Palgakulu	0–2	3–6	7–49	50–69	70+	Kokku
Perearsti ja pereõe visiite pea kohta aastas	8,39	5,7	2,67	4,42	5,89	
Visiite kokku peade kohta aastas	987	1 037	5 005	4 015	3 049	14 092
Kaalud	7%	7%	36%	28%	22%	
arsti aeg kuus, h	31	32	157	126	95	441
Õe aeg kuus, h	35	37	179	144	109	504
Arstide töötasu kuus, €	370	389	1 880	1 508	1 145	5 292
Õdede töötasu kuus, €	235	247	1 194	958	727	3 362
Töötasu kuus kokku, €	606	637	3 074	2 465	1 872	
Peade arv nimistus	118	182	1 875	908	518	3 600
Töötasu pea kohta kuus, €	5,15	3,50	1,64	2,71	3,62	

## Lisa 19 järg

Muud kulud	Kulu aastas, €	Kulu pea kohta kuus, €
Abiliste tööjõukulu	24 192	0,56
Füsioterapeut	13 447	0,31
Ämmaemand	13 447	0,31
Kõduõde	13 447	0,31
Perearsti seadmed ja tarvikud	28 973	0,67
Füsioterapeudi seadmed ja tarvikud	4 008	0,09
Koduõe seadmed ja tarvikud	2 186	0,05
Ämmaemanda seadmed ja tarvikud	6 890	0,16
Mittekliiniline assistent	2 688	0,06
Juhtimiskulu	10 587	0,25
Muud kulud	4 748	0,11
<b>KOKKU</b>	<b>124 613</b>	<b>2,88</b>

Pearaha hind, €	0–2	3–6	7–49	50–69	70+
	8,04	6,38	4,52	5,60	6,50

Allikas: autori koostatud EHK andmebaasi alusel

## Lisa 20. Baasraha arvestus pearaha mudelile

BAASRAHA						
Kulu liik	Kulu objekt	Mõõtühik	Kogus	Ühiku hind, €	Summa kuus, €	Summa aastas, €
Ruumide kasutuskulu	ruumi pind	m <sup>2</sup>	281			
	Ruumide kasutuse kogukulu	EUR/m <sup>2</sup>		11,37	3 194,97	38 339,64
Pearsti asjaajamisega seotud transpordikulu	Asjaajamisega seotud transpordikulu	EUR/m <sup>2</sup>		6926,82	6 926,82	83 121,90
Koduõe asjaajamisega seotud transpordikulu				17490,14	1 457,51	17 490,14
Ämmaemanda asjaajamisega seotud transpordikulu				5910,49	492,54	5 910,49
Koolituskulu perearst					162,45	1 949,40
Koolituskulu pereõde, ämmaemand, füsioterapeut, koduõde					232,20	2 786,40
E-tervise halduskulu					141,38	1 696,52
<b>BAASRAHA KOKKU</b>					<b>12 607,87</b>	<b>151 294,49</b>

Allikas: autori koostatud EHK andmebaasi alusel

## Lisa 21. Lisanduvate kulude prognoos mudelile 1

PEARAHA						
Kindlustatute jaotus	30.06.2014					
Vanus	0–2	3–6	7–49	50–69	70+	KOKKU
Kindlustatute arv	40 600	62 799	647 211	313 595	178 726	1 242 931
Osatähtsus kindlustatutest	4%	5%	53%	25%	14%	100%
Miinumpraksis	167	218	2 386	1 104	625	4 500
Isikute arv grupipraksistes	14 875	19 362	212 355	98 281	55 628	400 500
Isikute arv üksikpraksistes	25 725	43 437	434 856	215 314	123 098	842 431

Kehtiv pearaha nimistu kohta, kui nimistu suuruseks 1200	6,51	4,85	2,99	4,07	4,97		LISANDUV KULU
Uus pearaha	8,04	6,38	4,52	5,60	6,50		
Kulu aastas kehtiv pearaha, €	3 171 672	3 654 902	23 221 931	15 315 980	10 659 219	56 023 703	
Kulu aastas, kui grupipraksistele erinev pearaha, €	3 444 777	4 010 383	27 120 764	17 120 411	11 680 548	63 376 883	
							7 353 180
Ühe keskmise grupipraksise kohta aastane tulu	16 125	16 655	129 417	74 207	48 753	285 158	

### BAASRAHA

	Grupipraksistes olevate nimistute arv	Nimistute arv	Hind	Nimistu baasraha	Kulu kokku aastas kehtiv mudel	Kulu kokku aastas uus mudel	LISANDUV KULU
Baasraha, koefitsent 1	267	478	12 607,87	976,28	8 727 943	19 065 152	10 337 209
Baasraha, koefitsent 1,5		55		1 464,42	966 517	966 517	
Baasraha kokku					9 694 460	20 031 669	10 337 209

Lisanduv kulu KOKKU	17 690 389
---------------------	------------

Allikas: autori koostatud EHK andmebaasi alusel

## Lisa 22. Mudel 2

BAASRAHA							
Kulu liik	Kulu objekt	Mõõtühik	Kogus	Ühiku hind, €	Kasutus-aeg (aastad)	Summa kuus, €	Summa aastas, €
Ruumide kasutuskulu	ruumi pind	m <sup>2</sup>	197				
	Ruumide kasutuse kogukulu	EUR/m <sup>2</sup>		11,37		2 239,89	26 878,68
Asjaajamisega seotud transpordikulu	Asjaajamisega seotud transpordikulu	EUR		525,83		525,83	6 309,93
Koolituskulu						278,55	3 342,60
E-tervise halduskulu						141,38	1 696,52
Juhtimiskulu 5% tööjõukulust						533,48	6 401,81
Mittekliiniline assistent		h	56	4,00		224,00	2 688,00
Korduvkasutatavad seadmed juhtimiskulus	Töökoha mööblikomplekt	tk	2	1436,5	5	47,88	574,60
	Arvuti töökoha pinnal	tk	2	1 150,41	3	63,91	766,94
	Imikulaud	tk	2	294,12	5	9,80	117,65
	Ooteruumi mööbel	tk	1	1436,5	5	23,94	287,30
	Töötajate ruumi mööbli komplekt	tk	1	1436,5	5	23,94	287,30
<b>BAASRAHA KOKKU</b>						<b>4 112,61</b>	<b>49 351,32</b>

## Lisa 22 järg

KODUÕE LISATASU KUUS							
Tööjõukulu	Koduõde	h	168	6,67		1 120,56	13 446,72
Koolituskulu	Koduõde koolituskulu			464,40		38,70	464,40
Töökoha kulu	Töökoha mööbli komplekt	tk	1	1 436,50	5,00	23,94	287,30
	Töökoha arvutikomplekt	tk	1	1 150,41	3,00	31,96	383,47
KKM	Käärid	tk	1	5,72	7,00	0,07	0,82
	Koduõde töökott	tk	1	256,00	6	3,56	42,67
	Glükomeeter	tk	1	26,76	2	1,11	13,38
	Inhalaator	tk	1	69,30	5	1,16	13,86
	Luup	tk	1	1,63	3	0,05	0,54
	Pulssoksümeeter I	tk	1	106,00	5	1,77	21,20
	Stetoskoop	tk	1	19,27	2	0,80	9,64
	Vererõhuaparaat	tk	1	19,28	2	0,80	9,64
	Lamp neelu vaatamiseks	tk	1	3,27	5	0,05	0,65
	konteiner laboratoorsete analüüside transportimiseks	tk	1	18,96	5	0,32	3,79
	ÜKM	ÜKM kulu visiidi kohta		1 020	1,37		1 399,44
Koduvisiidid linnas	keskmiselt koduvisiite koduõde kohta	kordi	1 020	x		1 456,56	17 478,72
	keskmine koduvisiidi pikkus	km	30	x			
Sõit koolitusele, nõupidamistele	kaugus koolituse toimumiskohani	km	20	x		0,95	11,42
	kütuse füüsiline kulu	l/km	0,07	x			
	kütuse rahaline kulu	EUR/l	1	0,68			
Ruumide kasutuskulu	ruumi pind	m <sup>2</sup>	12				
	Ruumide kasutuse kogukulu	EUR/m <sup>2</sup>		11,37		136,44	1 637,28
						4 218,23	50 618,78



## Lisa 22 järg

ÄMMAEMANDA LISATASU KUUS							
Tööjõukulu	Ämmaemand	h	168	6,67		1 120,56	13 446,72
Koolituskulu	Ämmaemanda koolituskulu			464,40		38,70	464,40
Töökoha kulu	Töökoha mööbli komplekt	tk	1	1 436,50	5	23,94	287,30
	Töökoha arvutikomplekt	tk	1	1 150,41	3	31,96	383,47
KKM	Mähkimislaud	tk	1	294,12	5	4,90	58,82
	Külmkapp	tk	1	527,91	7	7,46	89,54
	Teisaldatav valgusti	tk	1	718,25	5	11,97	143,65
	Günekoloogiline tool	tk	1	5 027,70	5	83,80	1005,54
	Günekoloogilised peeglid	tk	5	16,11	2	0,67	8,06
	Vastsündinu kaal	tk	1	71,85	5	1,20	14,37
	Elektrooniline kaal	tk	1	114,00	5	1,90	22,80
	Meditiinilised käärid	tk	1	5,72	7	0,07	0,82
	Doppler	tk	1	766,17	3	20,95	251,39
	Vererõhuaparaat	tk	1	19,28	2	0,80	9,64
	Stetoskoop	tk	1	7,47	1	0,62	7,47
	Termomeeter	tk	1	6,11	2	0,286	3,43
	Esmaabivahendid/Elustamiskohver	tk	1	86,19	5	1,614	19,37
	Mõõdulint	tk	1	21,49	2	1,006	12,08
	Kohver	tk	1	198,32	5	3,715	44,57
	Veenisulgur (žgutt) ja rõhksidemed;	tk	1	7,05	2	0,330	3,96

## Lisa 22 järg

ÜKM	ÜKM kulu visiidi kohta		3 465	1,31		377,01	4 524,14
Koduvisiidid linnas	keskmiselt koduvisiite ämmaemanda kohta	kordi	344	x		280,21	3 362,47
	keskmine koduvisiidi pikkus	km	17	x			
Sõit koolitusele, nõupidamistele	kaugus koolituse toimumiskohani	km	20	x		0,95	11,42
	kütuse füüsiline kulu	l/km	0,070	x			
	kütuse rahaline kulu	EUR/l	1	0,68			
Ruumide kasutuskulu	ruumi pind	m <sup>2</sup>	30				
	Ruumide kasutuse kogukulu	EUR/m <sup>2</sup>		11,37		341,10	4 093,20
						2 355,72	28 268,63

FÜSIOTERAPEUDI LISATASU KUUS							
Tööjõukulu	Füsioterapeut	h	168	6,67		1 120,56	13 446,72
Töökoha kulu	Töökoha mööbli komplekt	tk	1	1 436,50	5	23,94	287,30
	Töökoha arvutikomplekt	tk	1	1 150,41	3	31,96	383,47

**Lisa 22 järg**

KKM	Füsioteraapia testid	tk	1	18,00	7	0,21	2,57
	Vererõhuaparaat	tk	1	19,28	2	0,80	9,64
	Massaažilaud	tk	1	1 221,00	5	20,35	244,20
	Teraapialaud	tk	1	1 701,00	7	20,25	243,00
	Füüsilise võimekuse mõõtmise seade	tk	1	200,00	5	3,33	40,00
	Rööbaspuud	tk	1	550,00	10	4,58	55,00
	Varbsein	tk	1	90,00	10	0,75	9,00
	Peegel (55×110)	tk	1	30,00	10	0,25	3,00
	Võimlemismatt või -pink	tk	1	70,00	10	0,58	7,00
	Hantlid või raskusmansett	tk	1	21,00	7	0,25	3,00
	Füsioteraapia tarvikute komplekt	tk	1	30,00	1	2,50	30,00
	Kiilude komplekt	tk	1	330,00	5	5,50	66,00
	Ravimikapp	tk	1	1 077,35	5	17,96	215,47
	Patsiendi uuringulaud	tk	1	1 005,55	5	16,76	201,11
	Teisaldatav valgusti	tk	1	718,25	5	11,97	143,65
	Pulssoksümeeter I	tk	1	754,15	5	12,57	150,83
	Veloergomeeter	tk	1	2 556,47	5	47,40	568,75
	TerapiMaster	tk	1	1 900,00	10	15,83	190,00
	Treadmill	tk	1	2 100,00	7	25,00	300,00
	Seisulaud	tk	1	1 950,00	10	16,25	195,00
Mähkimislaud	tk	1	294,12	5	4,90	58,82	
ÜKM	ÜKM kulu visiidi kohta		2 906	0,23		54,98	659,72
Ruumide kasutuskulu	ruumi pind	m <sup>2</sup>	42				
	Ruumide kasutuse kogukulu	EUR/m <sup>2</sup>		11,37		477,54	5 730,48
						1 936,98	23 243,74

Allikas: autori koostatud EHK andmebaasi alusel

## Lisa 23. Lisanduvate kulude prognoos mudelile 2

### PEARAHA

Kindlustatute jaotus	30.06.2014					
Vanus	0–2	3–6	7–49	50–69	70+	KOKKU
Kindlustatute arv	40 600	62 799	647 211	313 595	178 726	1 242 931
Osatähtsus kindlustatutest	4%	5%	53%	25%	14%	100%
Miinumpraksis	167	218	2 386	1 104	625	4 500
Kehtiv pearaha piirhind	6,51	4,85	2,99	4,07	4,97	
Kulu aastas, €	3 171 672	3 654 902	23 221 931	15 315 980	10 659 219	56 023 703
Ühe keskmise grupipraksise kohta aastane tulu	13 057	12 661	85 610	53 933	37 277	202 538

### BAASRAHA

	Grupipraksistes olevate nimistute arv	Nimistute arv üksikpraksistes	Grupipraksise baasraha hind	Nimistu baasraha hind	Kulu kokku aastas kehtiv mudel	Kulu kokku aastas uus mudel	LISANDUV KULU
Baasraha, koefitsent 1	267	478	4 112,61	976,28	8 727 943	9 992 210	1 264 267
Baasraha, koefitsent 1,5		55		1 464,42	966 517	966 517	0
Baasraha kokku					9 694 460	10 958 727	1 264 267
	Lisanduva teenuse baasraha hind	Kokku aastas	Grupipraksiste prognoositav arv	LISANDUV KULU			
Koduõde	4 218,23	50 618,78	89	4 505 072			
Ämmaemand	2 355,72	28 268,63	89	2 515 908			
Füsioterapeut	1 936,98	23 243,74	89	2 068 693			
Lisanduv baasraha kulu kokku				10 353 940			
Lisanduv kulu:	10 353 940						

Allikas: autori koostatud EHK andmebaasi alusel

## Lisa 24. Mudel 3 optimaalse tööaja arvestuse eeldusel

Optimaalne minutite arv aastas 91 800

Koduõendus

Teenus	Teenuse kood	Hind 2015	Teenuste arv aastas ühe teenuseosutaja kohta	Teenuste arv aastas Eestis kokku	Õe aeg teenuses	Teenuse-osutamiseks vajalik aeg*teenuse maht	Osatähtsus tööajast 2014 teenusekasutuse põhjal	Prognoositav kulu kokku aastas ühe teenuseosutaja kohta	Prognoositav lisanduv kulu kokku aastas
Koduõendusteenus	3026	25,36	1 020	90 780	90	91 800	100%	25 867	2 302 181

Ämmaemand

Teenus	Teenuse kood	Hind 2015	Teenuste arv aastas ühe teenuseosutaja kohta	Teenuste arv aastas Eestis kokku	Ämma- emanda aeg teenuses	Teenuse-osutamiseks vajalik aeg*teenuse maht	Osatähtsus tööajast 2014 taotluse põhjal	Prognoositav kulu kokku aastas ühe teenuseosutaja kohta	Prognoositav lisanduv kulu kokku aastas
Ämmaemanda iseseisev vastuvõtt	3037	7,25	3 121	277 787	25	78 030	85%	22 629	2 013 954
Ämmaemanda koduvisiit	3038	11,08	344	30 638	40	13 770	15%	3 814	339 472
			3 465	308 425				26 443	2 353 426

## Lisa 24 järg

### Füsioterapeut

Teenus	Teenuse kood	Hind 2015	Teenuste arv aastas ühe teenuseosutaja kohta	Teenuste arv aastas Eestis kokku	Füsioterapeudi aeg teenuses	Teenuse-osutamiseks vajalik aeg*teenuse maht	Osatähtsus tööajast 2014 teenusekasutuse põhjal	Prognoositav kulu kokku aastas ühe teenuseosutaja kohta	Prognoositav lisanduv kulu kokku aastas
Massaažiseanss mõõdukate ja tugevate tsentraalsete või perifeersete pareesidega haigele (kestus 30 min)	7011	7,10	428	38 128	30	12 852	14%	3 042	270 706
Mudaraviseanss reumatoidartriidi, anküloseeriva spondüliidi ning väljendunud liigesejäikusega haigele	7022	6,80	138	12 255	20	2 754	3%	936	83 336
Füsioteraapia individuaalne (kestus 30 min)	7050	10,91	2 020	179 744	30	60 588	66%	22 034	1 961 011
Füsioteraapia 2–3 haigele samaaegselt (kestus 30 min)	7051	7,07	157	14 006	17,5	2 754	3%	1 113	99 023
Füsioteraapia grupis (kestus 30 min)	7052	4,39	163	14 525	11,25	1 836	2%	716	63 764
Füsioteraapia basseinis individuaalne (kestus 30 min)	7056	11,24	153	13 617	30	4 590	5%	1 720	153 055
Füsioteraapia basseinis grupis (kestus 30 min)	7057	5,26	571	50 837	11,25	6 426	7%	3 005	267 402
			2 906	258 658				32 565	2 898 297

Allikas: autori koostatud EHK andmebaasi alusel

### Lisa 25. Mudel 3 prognoositud teenusemahu eeldusel

Teenuste mahu prognoos	RAKE uuringu alusel teenuste maht aastas
Koduõendus	370 614
Ämmaemandus	473 206
Füsioteraapia	480 891

#### Koduõendus

Teenus	Hind 2015	Teenuste arv aastas	Osatähtsus tööajast 2014 teenusekasutuse põhjal	Prognoositav kulu kokku aastas ühe teenuseosutaja kohta	Prognoositav lisanduv kulu kokku aastas
Koduõendusteenus	25,36	370 614	100%	105 604	9 398 765

#### Ämmaemand

Teenus	Hind 2015	Teenuste arv aastas	Osatähtsus tööajast 2014 taotluse põhjal	Prognoositav kulu kokku aastas ühe teenuseosutaja kohta	Prognoositav lisanduv kulu kokku aastas
Ämmaemanda iseseisev vastuvõtt	7,25	402 225	85%	32 766	2 916 132
Ämmaemanda koduvisiit	11,08	70 981	15%	8 837	786 468
		473 206		41 602	3 702 601

## Lisa 25 järg

### Füsioterapeut

Teenus	Hind 2015	Teenuste arv aastas	Osatähtsus tööajast 2014 teenusekasutuse põhjal	Prognoositav kulu kokku aastas ühe teenuseosutaja kohta	Prognoositav lisanduv kulu kokku aastas
Massaažiseanss mõõdukate ja tugevate tsentraalsete või perifeersete pareesidega haigele (kestus 30 min)	7,10	67 325	14%	5 371	478 006
Mudaraviseanss reumatoidartriidi, anküloseeriva spondüliidi ning väljendunud liigesejäikusega haigele	6,80	14 427	3%	1 102	98 102
Füsioteraapia individuaalne (kestus 30 min)	10,91	317 388	66%	38 907	3 462 707
Füsioteraapia 2–3 haigele samaaegselt (kestus 30 min)	7,07	14 427	3%	1 146	101 997
Füsioteraapia grupis (kestus 30 min)	4,39	9 618	2%	474	42 222
Füsioteraapia basseinis individuaalne (kestus 30 min)	11,24	24 045	5%	3 037	270 261
Füsioteraapia basseinis grupis (kestus 30 min)	5,26	33 662	7%	1 989	177 064
		480 891		52 027	4 630 360

Allikas: autori koostatud EHK andmebaasi alusel



## Lisa 26. Lisanduvate kulude prognoos mudelile 2

Kindlustatute jaotus	30.06.2014					
Vanus	0–2	3–6	7–49	50–69	70+	KOKKU
Kindlustatute arv	40 600	62 799	647 211	313 595	178 726	1 242 931
Osatähtsus kindlustatutest	4%	5%	53%	25%	14%	100%
Miinumpraksis	45	58	636	294	167	1 200
	167	218	2 386	1 104	625	4 500
Kehtiv pearaha piirhind						
Kulu aastas, €	6,51	4,85	2,99	4,07	4,97	€
	3 171 672	3 654 902	23 221 931	15 315 980	10 659 219	56 023 703

Ühe keskmise grupipraksise kohta aastane tulu	13 057	12 661	85 610	53 933	37 277	202 538
Kokku grupipraksiste pearaha						18 025 850

	Grupipraksistes olevate nimistute arv	Nimistute arv	Grupi-praksise baasraha	Nimistu baasraha	Kulu kokku aastas kehtiv mudel	Kulu kokku aastas uus mudel	LISANDUV KULU
Baasraha, koefitsent 1	267	401	4112,61	976,28	7 825 860	9 090 127	1 264 267
Baasraha, koefitsent 1,5		55		1464,42	966 517	966 517	
Baasraha kokku					8 792 378	10 056 644	1 264 267

## Lisa 26 järg

1. versioon lähtudes optimaalsest tööajast					
	Lisanduv kulu aastas	Kuine kulu	Grupipraksiste prognoositav arv	Lisanduv kulu	Osatähtsus pearahast
Ämmaemand	26 443	2 203,58	89	2 353 426	13%
Koduõde	25 867	2 155,60	89	2 302 181	13%
Füsioterapeut	32 565	2 713,76	89	2 898 297	16%
Lisanduv kulu kokku aastas				7 553 904	

LISANDUV KULU:	8 818 170
----------------	-----------

2. versioon lähtudes prognoositavatest teenusemahtudest			
	Lisanduv kulu aastas	Kuine kulu	Osatähtsus pearahast
Ämmaemand	3 702 601	308 550,08	21%
Koduõde	9 398 765	783 230,42	52%
Füsioterapeut	4 630 360	385 863,31	26%
Lisanduv kulu kokku aastas	17 731 726		

LISANDUV KULU:	18 995 992
----------------	------------

Allikas: autori koostatud EHK andmebaasi alusel

## Lisa 27. Perearstikeskuste koosseisud aastatel 2006–2014

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1 nimistu	369	369	361	361	366	352	353	349	343
2 nimistut	41	42	45	44	42	51	49	54	56
3 nimistut	23	25	25	27	26	24	30	27	29
4 nimistut	18	19	17	16	17	20	17	18	18
5–9 nimistut	15	14	14	15	16	16	16	17	15
10 ja rohkem nimistut	7	7	8	7	7	7	6	5	6
	473	476	470	470	474	470	471	470	467

Allikas: autori arvutused EHK andmebaasi alusel

**Lisa 28. Pearingstide kulu, tulu ja majandusaasta tulem nimistu kohta raviastutuste struktuuri lõikes 2013. aastal**

Raviastutuste struktuur		Tulu kokku	Laekumised Eesti Haigekassale osutatud teenustest	Tegevuskulud kokku	Majandusaasta tulem
10 ja enam	Maksimaalne	111 856	106 390	109 699	3 787
	Keskmine	100 924	96 426	100 771	153
	Minimaalne	87 372	84 602	89 223	-3 897
7 kuni 9	Maksimaalne	107 602	102 608	106 091	4 966
	Keskmine	100 477	96 748	98 683	1 794
	Minimaalne	95 200	92 534	93 674	-1 037
4 kuni 6	Maksimaalne	129 031	119 476	120 432	21 768
	Keskmine	104 229	98 213	98 177	6 052
	Minimaalne	79 765	79 073	79 583	-6 087
2 kuni 3	Maksimaalne	144 670	134 061	138 957	29 317
	Keskmine	101 165	95 843	92 943	8 223
	Minimaalne	52 801	51 259	52 048	-6 697
Üksikpraksis	Maksimaalne	238 374	182 253	200 487	74 473
	Keskmine	99 072	95 170	81 875	17 197
	Minimaalne	36 570	36 479	18 358	-11 623

Allikas: EHK ning TAI andmed teenuseosutajate struktuuri ning sissetulekute kohta

## Lisa 29. Üksikpraksiste tulu kokku ja laekumised haigekassalt 2013. aastal

Tulu kokku	Laekumised EHK-le osutatud teenustest	Tulu kokku	Laekumised EHK-le osutatud teenustest	Tulu kokku	Laekumised EHK-le osutatud teenustest	Tulu kokku	Laekumised EHK-le osutatud teenustest
36 570	36 479	67 316	64 555	78 512	75 460	84 200	79 048
46 047	43 855	68 104	68 052	78 528	69 896	84 388	83 949
49 231	46 114	69 519	64 942	78 572	73 132	84 389	82 808
50 075	49 924	69 615	67 701	78 717	74 162	84 410	83 794
51 511	50 050	69 672	67 865	78 809	75 304	84 451	84 447
51 651	49 094	70 459	66 940	78 951	78 094	84 644	84 614
52 844	50 969	70 909	70 909	79 184	73 294	84 869	83 270
58 714	58 714	71 436	69 930	79 389	77 282	85 089	80 388
60 754	59 770	71 810	70 179	80 068	77 152	85 470	83 931
61 332	61 332	71 830	68 612	80 114	70 635	85 946	83 576
61 891	61 113	72 078	72 078	80 196	75 534	86 069	82 722
62 239	61 185	72 422	70 269	80 222	79 950	86 110	85 573
62 277	62 067	72 435	68 061	80 379	80 065	86 144	84 560
62 629	62 131	72 452	70 126	80 779	80 779	86 391	86 391
62 672	62 672	72 464	68 747	81 018	77 788	86 552	84 218
63 508	62 988	72 607	67 763	81 056	78 267	86 557	85 132
63 738	63 404	73 078	70 716	81 190	81 187	86 566	86 204
64 254	64 043	73 523	70 679	81 223	80 342	86 690	85 867
64 496	64 490	73 726	73 006	81 320	80 711	86 854	85 893
64 542	64 542	73 922	73 922	81 589	81 283	86 973	86 973
64 721	61 669	74 262	73 639	82 294	79 572	87 239	86 186
65 239	65 239	74 673	73 820	82 449	81 891	87 751	86 557
65 272	65 013	75 322	74 133	82 594	82 027	88 302	87 048
65 323	65 323	75 666	74 751	82 728	82 648	88 585	87 871
65 515	63 222	75 963	75 963	82 857	82 610	88 774	86 908
65 822	63 815	76 352	76 352	82 979	82 669	88 862	86 561
65 861	64 566	76 375	74 213	83 186	81 576	89 029	87 886
66 036	65 330	76 375	74 425	83 276	82 247	89 128	87 724
66 142	63 301	77 524	77 031	83 547	82 337	89 210	79 386
66 334	64 405	78 039	72 796	83 883	81 245	89 243	87 886
66 900	62 151	78 047	77 034	83 978	82 741	89 691	82 477
67 170	65 182	78 225	76 676	84 160	84 156	90 266	88 478

## Lisa 29 järg

Tulu kokku	Laeku- mised EHK-le osutatud teenustest
90 287	87 626
90 577	84 862
90 647	85 860
90 754	89 589
91 034	90 167
91 204	90 276
91 323	86 638
91 739	90 787
91 795	91 249
91 852	91 032
91 897	90 760
91 991	91 991
92 123	92 120
92 249	91 087
92 633	91 915
92 636	92 481
92 735	90 662
92 953	90 923
93 298	89 795
93 654	92 643
93 726	86 895
94 010	94 010
94 058	85 865
95 073	93 644
95 076	86 875
95 141	90 346
95 325	95 157
95 436	93 925
95 777	93 921
96 435	80 317
96 452	95 831
96 677	95 610

Tulu kokku	Laeku- mised EHK-le osutatud teenustest
96 677	91 788
96 848	95 536
96 904	96 029
96 996	89 869
97 089	88 992
97 251	92 608
97 693	94 333
97 921	93 791
98 217	97 041
98 256	95 039
98 328	91 464
98 338	89 057
98 352	95 200
98 641	97 915
98 948	98 409
99 283	97 466
99 327	98 336
99 678	97 854
100 028	95 349
100 079	96 758
100 107	98 601
100 150	97 821
100 542	98 800
100 579	99 353
100 671	100 671
100 703	96 160
100 801	99 216
101 022	87 232
101 029	91 605
101 034	99 772
101 156	99 557
101 310	98 035

Tulu kokku	Laeku- mised EHK-le osutatud teenustest
101 312	98 710
101 437	91 021
101 548	99 304
101 632	99 353
101 753	89 751
101 949	99 360
102 157	96 088
102 309	98 813
102 472	100 945
102 593	96 896
102 686	100 907
103 053	99 890
103 140	100 540
103 305	100 209
103 423	100 146
103 445	102 391
103 554	99 304
104 006	89 907
104 339	103 605
104 635	101 567
104 840	104 820
104 859	102 888
105 040	103 801
105 082	104 240
105 303	102 129
105 312	96 872
105 874	105 574
105 950	105 950
106 057	96 024
106 219	104 929
106 230	103 788
106 691	104 677

Tulu kokku	Laeku- mised EHK-le osutatud teenustest
106 865	104 045
106 901	106 706
106 968	103 581
107 131	102 617
107 225	104 782
107 367	93 484
107 439	100 978
107 557	106 169
107 661	105 924
107 783	107 441
108 499	107 314
108 615	107 739
108 696	95 722
108 698	105 642
108 886	108 885
109 354	96 097
109 391	98 558
109 429	100 736
109 745	103 784
109 770	109 770
109 898	107 338
110 033	99 198
110 344	107 828
110 434	110 098
111 194	109 118
111 408	108 418
111 474	109 602
111 550	104 990
111 861	106 754
111 884	107 534
111 932	103 779
112 077	102 950

## Lisa 29 järg

Tulu kokku	Laekumised EHK-le osutatud teenustest
112 090	103 916
112 288	109 618
112 400	111 350
112 462	109 731
112 671	110 216
113 019	108 709
113 147	106 825
113 207	108 795
113 548	113 267
113 957	108 741
114 003	113 972
114 349	109 772
116 141	105 633
116 352	114 814
116 560	115 180
116 879	116 319
117 376	114 099
117 495	109 499
117 659	115 566
118 209	113 902
118 224	107 296
118 947	114 538
119 442	118 979
119 984	119 160
120 198	114 767
120 289	101 239
120 456	120 292
120 719	106 804
120 740	104 993
120 929	117 490
121 621	117 672
121 870	120 048

Tulu kokku	Laekumised EHK-le osutatud teenustest
121 959	113 644
122 605	116 483
123 249	120 437
123 279	113 047
123 379	122 047
123 506	116 024
124 147	122 446
127 445	125 394
128 603	107 640
128 966	112 774
129 573	129 573
130 576	128 719
130 614	129 984
131 256	124 926
131 339	127 249
132 255	117 314
132 586	131 526
135 516	120 316
135 673	131 150
136 883	134 765
137 385	133 453
137 537	135 417
139 882	131 904
140 081	130 644
141 567	133 903
141 815	134 937
141 916	135 998
143 491	130 899
144 127	142 838
145 498	124 904
145 705	133 830
145 892	143 564

Tulu kokku	Laekumised EHK-le osutatud teenustest
146 039	137 809
147 475	119 120
148 548	146 837
151 319	130 056
153 397	147 617
153 505	149 937
153 561	149 603
154 693	152 734
156 379	152 164
158 441	154 983
159 283	157 261
164 148	154 336
169 601	162 065
175 881	172 608
203 185	182 253
238 374	125 770

Allikas: TAI andmed

**Lisa 30. Keskmine kvaliteedi lisatasu nimistu kohta vastavalt raviasutuse struktuurile**

Raviasutuse struktuur	Keskmine kvaliteedi lisatasu nimistu kohta (eurot)
10 ja enam	1 770
7 kuni 9	1 425
4 kuni 6	1 487
2 kuni 3	1 504
Üksikpraksis	1 224

Allikas: autori arvutused EHK ja TAI andmete põhjal



### Lisa 31. Lisanduv tulu teenuseosutajatele

	Mudel 1	Mudel 2	Mudel 3	
			teenuste prognoos	optimaalne tööaeg
4 500 isikut	132 186	49 754	146 856	32 499
1 2000 isikut	406 810	103 879	391 616	86 663

Allikas: autori arvutused lisade 21, 23 ja 26 põhjal