



Sotsiaalministeerium

[info@sm.ee](mailto:info@sm.ee)

Meie: 14.05.2026 nr 40

**Eesti Puuetega Inimeste Koda arvamuse Rahvatervishoiu seaduse muutmise ja sellega seondult teiste seaduste muutmise seaduse (rehabilitatsioonisüsteemi muudatused) eelnõule**

Eesti Puuetega Inimeste Koda tänab kaasamise eest. Arvamusse on koondatud EPIKoja ja liikmesorganisatsioonide seisukohad. Toetame reformi üldist eesmärki, mille kohaselt rehabilitatsioon sõltuks inimese tegelikust abivajadusest ning sotsiaal- ja tervishoiuvaldkond killustatus väheneks. **Samas näeme suurt riski teenuste kättesaadavuse halvenemise osas. Rehabilitatsiooni korraldus Sotsiaalkindlustusametis lõpetatakse 30.09.2027 ja uus korraldus Tervisekassas algab 01.10.2027, sh ei ole selge, kas see tähendab kohest teenuse jätkumist al 01.10.2027 või see periood võib kuuajasesest tõrkest veel pikemaks kujuneda, kui arvestada tervishoiutöötaja poolset märkamist, õigustatuse tuvastamist ja vajaduse hindamist jms. Seletuskirjas on märgitud, et seniseid teenusesaajaid ei viida automaatselt üle uuele teenusekorraldusele. Kuigi seletuskirjas viidatakse, et haiglatele pandav teenuseosutamise kohustus aitab tagada teenuse katkematu pakkumise, ei taga see ju automaatselt iga inimese individuaalse teenuseteekonna katkestuseta jätkumist. EPIKoda on varasemalt kohtumistel rõhutanud, et inimeste teenus ei tohi üleminekuga katkeda.**

**Seisukoht:** Teenusesaajad või teenusele õigustatud isikud peavad saama aegsasti isikliku teavituse koos selgete juhistega, mida peab tegema, et vajalikku teenust katkestuseta edasi saada.

EPIKoja liikmesorganisatsioonide tagasiside põhjal on läbiv mure, et eelnõu eesmärk muuta teenusele jõudmine kiiremaks, lihtsamaks ja dubleerimist vähendavaks, ei ole inimese vaatest selge. **Kavandatav teekond hõlmab mitut järjestikust osapoolt ja otsustuskohta: vajaduse märkamist, märkamislehte, terviseteejuhi hinnangut, heaoluplaani koostamist, teenuseosutaja valikut, rehabilitatsioonimeeskonna tegevuskava ning teenuse rahastamise ja mahu otsustamist. Selline teekond võib olla keeruline ka spetsialistile, rääkimata inimesest, kes teenust vajab ja kellel on vähene süsteemis navigeerimise võimekus.**

**Seisukoht:** enne reformi jõustumist kirjeldada inimese teenuseteekonnad lihtsas, samm-sammulises ja ligipääsetavas vormis ning testida seda eri sihtrühmadega. Reformi ei saa hinnata ainult asutuste töökorralduse loogika alusel, vaid tuleb selgeks teha, et abivajaja saab päriselt aru, kuhu pöörduda, kes otsustab, mis ajaks vastus tuleb, kuidas teenus algab, mida teha, kui teenus ei käivitu jne.

Edaspidi sõltub teenuse saamine spetsialistide märkamisest (tervishoiutöötaja, sotsiaaltöötaja), terviseteejuhi hinnangust ja heaoluplaani sisust. **Mõjuanalüüsis ei ole seda piisava hoolsusega käsitletud, sest üleminekuetapis võib tekkida pudelikaela efekt esmatasandil, kui teenusevajadusega inimesed üritavad “märgatud saada” ja uuesti teenustele siseneda.** Praktikas on paljudes piirkondades juba praegu raskusi perearstiabi kättesaadavusega. Kui rehabilitatsiooniteenusele jõudmine hakkab sõltuma ülekoormatud esmatasandi suutlikkusest inimest märgata, märkamislehte täita ja tugimeeskonnas osaleda, tekitab see uue pudelikaela. Samuti on muudatused riskantsed inimeste vaatest, kellel on väiksem suutlikkus teenuse jätkumiseks spetsialisti poole pöörduda ja järjekordse hindamise, oma juhtumi selgitamise, sobivate kohtumisaegade kokkuleppimise jms tegeleda. Nimetatud riske on oluline hoolsusega analüüsida, hinnata ning riskide maandamiseks sobivad tegevused planeerida.

## **1. Rahastus ja teenusmaht**

Eelnõus on välja toodud, et rehabilitatsiooniteenuseid rahastatakse riigieelarvest Tervisekassa kaudu riigieelarveliste võimaluste piires. Seletuskirjas on täiendavalt lisatud, et tervishoiuteenuste hinnad on rehabilitatsiooni hindadest 1,2–2,1 korda kõrgemad, mistõttu võib sama eelarvega pakkuda väiksemat teenusemahtu. Sealjuures on hinnanguliselt öeldud, et teenusesaajate arv võib kasvada 5-20%. Lisaks on seletuskirjas endas viidatud, et varasem huvigruppide tagasiside viitab sellele, et riigieelarvelised vahendid kaovad tervishoiu üldise alarahastuse sisse, vähendades abi vajaduspõhisust ja mahtu.

**Seisukoht:** Täiendavat selgitamist vajab, kuidas tagatakse, et reform ei too kaasa teenuse tegeliku mahu, sageduse või kättesaadavuse vähenemist. Lisaks teenuse otsesele hinnale tuleb arvestada ka uue süsteemi korralduslikku kulu: terviseteejuhtide töö, perearstide, pereõdede, raviarstide, KOV-i sotsiaaltöötajate, rehabilitatsioonimeeskondade ja teiste osapoolte koostöö, info jagamine, tegevuskavade muutmine, juhtumite koordineerimine ning dokumenteerimine

eeldavad täiendavat tööaega ja selget rahastust. Samuti palume selgitada, kuidas tagatakse vajaduse korral lisarahastus ning millisest eelarvest või millistest allikatest kaetakse teenusemahu kasv ja uue korraldusega kaasnevad koordineerimiskulud?

## 2. Teenuste dubleerimine

Eelnõus viidatakse korduvalt teenuste dubleerimise vähendamisele, samas pole faktiliselt, arvuliselt käsitletud, kui palju teenuste dubleerimine süsteemis ressursse kulutab. EPIKoda on sellele ka oma varasemates tagasisidesdes tähelepanu pööranud<sup>[1][2]</sup>, nt on üksikteenuste kättesaadavus tervishoius vähene, hariduse tugispetsialiste puudus koolides ja lasteaeades, mistõttu on surve rehabilitatsiooniteenuste osutamiseks suurem.

**Seisukoht:** Vajab selgitamist, kuidas hakkab uus rehabilitatsiooniteenus suhestuma teiste sarnase eesmärgi või osaliselt kattuva sisuga teenustega, sh taastusravi, tööalase rehabilitatsiooni, tervishoiu üksikteenuste ja haridusvaldkonna tugiteenustega. **Kui rehabilitatsioon jätkub praktikas mitmel eraldi rajal, mis nõuab eraldi hindamisi, suunamisi ja koordineerimist, võib reform dubleerimist vähendamise asemel seda teisel kujul säilitada või isegi suurendada. Lisaks vajab selgitamist, kuidas haakub kavandatav rehabilitatsiooniteenuse korraldus Eestis arendatavate diagnoosi- ja seisundipõhiste raviteekondadega.** Mitmete terviseseisundite puhul võib rehabilitatsioon olla inimese raviteekonna ja taastumise või funktsioonivõime säilitamise oluline osa, kuid jääb ebaselgeks, kas ja kuidas rehabilitatsiooniteenus on nendesse raviteekondadesse sisuliselt integreeritud.

**Lisaks palub EPIKoda täpsustada, millised teenused loetakse praeguses süsteemis kattuvaks, kuidas nende rahastamine ja korraldus uues süsteemis eristub ning kuidas välditakse olukorda, kus sarnase vajadusega inimesed jõuavad erinevatele teenusradadele erineva rahastuse, ooteaja või õiguskaitsega.**

## 3. Rehabilitatsiooni mõiste

EPIKoda peab positiivseks, et eelnõu käsitleb rehabilitatsiooniteenust laia teenuste kogumina, mida võib osutada ravile eelnevalt, ravi toetavana, ravile järgnevalt või ravi asemel. EPIKoja seisukoht on, et rakendamisel tuleb tagada, et teenuse tulemuslikkust ei hinnataks üksnes paranemise kaudu. Paljude krooniliste, progresseeruvate või pikaajaliste seisundite puhul võib

tulemus olla ka funktsioneerimisvõime säilitamine, halvenemise aeglustamine, osalusvõime hoidmine või inimese elukvaliteedi paranemine. Lisaks peame oluliseks rõhutada, et erinevate terviseisundite puhul ei pruugi rehabilitatsioonivajadus olla ühekordne. Teenuse vajadus võib tekkida haiguse eri faasides, ägenemiste järel, töövõime või igapäevase toimetuleku muutumisel ning funktsioonivõime säilitamiseks.

#### **4. Haiglavõrgupõhine rehabilitatsiooniteenus ja teenuse piirkondlik kättesaadavus**

Eelnõu kohaselt osutavad rehabilitatsiooniteenust haiglavõrgu arengukavas nimetatud haiglad ning lisaks võivad teenust osutada nõutud tegevuslubadega tervishoiuteenuse osutajad. Rakendusakti kavandis on sätestatud põhimeeskond ning täiendavad spetsialiseeritud rehabilitatsiooniteenuse liigid, mille osutamise saab teenuseosutaja Tervisekassaga lepingut sõlmides märkida.

**Seisukoht:** EPIKoja hinnangul vajab täpsustamist, kas haiglavõrgu arengukavas nimetatud haiglatelt eeldatakse kõigi terviseseisundipõhiste teenuste tagamist või üksnes rehabilitatsiooni põhimeeskonna olemasolu. Praktikast ei ole realistlik eeldada, et igal haiglavõrgu haiglal oleks võimekus pakkuda kõiki spetsialiseeritud rehabilitatsiooniteenuseid. Samas peab inimesel olema võimalik saada vajalikku teenust mõistliku aja jooksul ja võimalikult kodulähedaselt või tema igapäevases keskkonnas.

**Seletuskirjas on toodud, et rehabilitatsiooniteenust võib vajaduse korral osutada ka inimese igapäevases keskkonnas, näiteks kodus või koolis. EPIKoda peab seda väga oluliseks, kuid praeguses sõnastuses on tegemist pigem võimaluse kui garantiiga, et see praktikast ka realiseerub. Teenuse tegelik kättesaadavus sõltub sellest, kas selline teenuseosutamine on rahastusmudelisse sisse arvestatud, lepingutingimustes ja teenuseosutajate töökorralduses ette nähtud.**

**EPIKoda rõhutab, et rehabilitatsioon peab toetama oskuste ülekandumist inimese pärisellu. Seetõttu tuleb teenuse korraldamisel ja rahastamisel arvestada inimesele sobivaima keskkonna vajadust, mitte lähtuda ainult teenuseosutaja ruumidest või töökorraldusest. Oleme seisukohal, et praegusel kujul on tegemist deklaratiivse lähenemisega - et teenust osutataks kodus, koolis või muus kohas, kus inimene saab õpitut praktiliselt rakendada ja igapäevaellu üle kanda, tuleb ette näha ka vastav rahastusmudel, et teenuseosutajad oleksid**

motiveeritud teenust selliselt ka pakkuma ning teenuse eesmärgid saaksid sisuliselt ja tõhusalt rakendatud (nt lusikaga sööma õppimine loomulikus keskkonnas ja söögiajal, mitte teraapiaks ettenähtud kellaajal teraapiakabinetis).

Lisaks on oluline, et reformi käigus ei kaoks puudespetsiifiliste organisatsioonides välja kujunenud rehabilitatsioonikompetents. Mitmete sihtrühmade puhul ei piirdu rehabilitatsioon ainult tervise aspektiga, vaid hõlmab igapäevaelu oskusi, liikumist, suhtlemist, õppimist, töötamist, abivahendite kasutamist ning kogukonnas osalemist. Seetõttu tuleb kirjeldada, kuidas selline kompetents uues süsteemis säilitatakse ja teenuseosutamisse kaasatakse.

### **Palume täpsustada:**

- kas enne reformi jõustumist koostatakse piirkondlik ülevaade haiglate, perearstikeskuste ja teiste tervishoiuteenuse osutajate tegelikust võimekusest ja valmisolekust rehabilitatsiooniteenust pakkuda;
- kuidas tagatakse spetsialiseeritud rehabilitatsiooniteenuste kättesaadavus kõigis piirkondades, sh vajadusel mobiilse teenusena;
- kuidas välditakse olukorda, et spetsiifilisema vajadusega inimesed, näiteks afaasia, apraskia, düsrtriaga inimesed jt. inimesed, jäävad teenuseta. Praegu on logopeedid revimeeskondades vaid üksikutes suuremates haiglates, arvestatav ambulatoorne ravi ja kompleksne rehabilitatsioon puudub. Abi otsitakse sotsiaalse rehabilitatsiooni, raviteenuste ja erateenuste kombineerimisest. Kuidas tagatakse teenused inimestele, kelle neuroloogiline kahjustus avaldub muuhulgas kõne- ja keelekasutuse häirena?
- kuidas toetatakse seniseid SRT teenuseosutajaid uude süsteemi sisenemisel, kellest osal puudub praegu tervishoiuteenuse osutamise tegevusluba (119st SKA lepingupartnerist ca 85-l pole tervishoiuteenuse osutamise tegevusluba);
- kas 01.10.2027 alustavad teenuse pakkumist praktikas haiglavõrgu haiglad ning millistel tingimustel ja ajakavas saavad liituda teised teenuseosutajad.
- palume selgitada, kust leitakse haiglavõrgu haiglate juurde lisaspetsialistid, kes teenust hakkavad osutama? Praegused haiglate juures tegutsevad meeskonnad on haiglatööga hõivatud.
- kuidas säilitatakse ja kaasatakse puudespetsiifiline kompetents uues süsteemis?

**Seisukoht:** EPIKoda peab vajalikuks, et enne reformi jõustumist oleks avalikult esitatud teenuseosutajate ja spetsialiseeritud meeskondade olemasolu sihtrühmade ja piirkondade lõikes. Hetkel ei ole eelnõus ega määruse kavandis rahastuse kujunemist käsitletud ei põhimeeskondade ega spetsialiseeritud meeskondade vaatest.

## **5. Terviseteejuhi pädevus ja roll rehabilitatsiooniteenuse protsessis**

Eelnõu kohaselt võtab Tervisekassa inimeselt rehabilitatsiooniteenuse eest tasu maksmise kohustuse üle juhul, kui teenuse vajaduse on hinnanud terviseteejuht ning teenuse vajadus on märgitud inimese heaoluplaani. Seletuskirja kohaselt põhineb rehabilitatsiooniteenusele suunamine valdkonnaülese koordineerimise suunamisloogikal ning aluseks on tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistide poolne märkamine.

**Seisukoht:** inimese vaatest vajab teekond täpsustamist. Ebaselgeks jääb, kuidas saab inimene ise rehabilitatsioonivajaduse korral süsteemi siseneda, kui perearst, tervishoiutöötaja või kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja tema vajadust ei märka.

**Seisukoht:** sätestada selge võimalus inimesel endal rehabilitatsioonivajaduse hindamisele pöörduda. **Inimesel peab olema võimalus algselt teatada rehabilitatsioonivajaduse hindamine ka juhul, kui spetsialist ei ole tema vajadust märganud. Samuti peab olema selge, kuidas saab inimene või tema seaduslik esindaja teada, kuhu pöörduda, millise aja jooksul tema vajadust hinnatakse ning kuidas saab ta otsuse või hinnanguga mittenoostumisel seda vaidlustada. Inimesel peab olema ligipääs ka teabele, mis seisus tema vajaduse hindamine on.**

Arusaamatuks jääb, kes ja kuidas hindab rehabilitatsioonivajadust? Eelnõu kohaselt moodustab terviseteejuht tugimeeskonna, kuhu kuuluvad vähemalt inimese raviarst või perearst, pereõde ning kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja. Inimese nõusolekul kaasatakse ka teisi asjakohaseid spetsialiste või lähedasi. Terviseteejuht korraldab tugimeeskonna suhtlust ning tagab, et vajalik info liigub õigetele osapooltele. **Kas rehabilitatsioonivajadust hindab terviseteejuht või meeskond? Ebaselge on, kuidas tagatakse terviseteejuhi piisav pädevus rehabilitatsioonivajaduse esmaseks hindamiseks olukorras, kus rehabilitatsiooni eesmärkide seadmine, teenuse sisu ja mahu määramine eeldab tavapäraselt meeskondlikku**

**hindamist. Kui hindamine on mitme-etapiline, on see vastuolus eelnõu algse eesmärgiga lihtsustada inimese teekonda teenuseni.**

Harvikaigustega inimesed on uues süsteemis eriti haavatavad, sest nende haiguste mõju funktsioneerimisvõimele, osalusele ja igapäevaelule ei pruugi olla esmatasandil piisavalt tuntud. Kui teenusele jõudmine sõltub esmatasandi või üldspetsialisti märkamise ja hindamise oskusest, võib harvikaigusega inimese rehabilitatsioonivajadus jääda alahinnatuks või märkamata.

**Seisukoht:** lisada rakendusse selge nõue, et harvikaigusega inimese puhul peab vajaduse korral olema tagatud ligipääs spetsialiseeritud kompetentsile või erialasele konsultatsioonile rehabilitatsioonivajaduse hindamisel ja teenuse planeerimisel. **Harvikaigusega inimese teenusele jõudmine ei tohi sõltuda üksnes sellest, kas tema seisund on esmatasandil piisavalt äratuntav.**

**Palume täpsustada:**

- milline on terviseteejuhi pädevus rehabilitatsioonivajaduse hindamisel; vajalik on selgelt kirjeldada, millised teadmised ja oskused peavad terviseteejuhil olema eri puudeliikide, krooniliste haiguste, neuroloogiliste haiguste, neuroarenguliste eripärade, psüühikahäirete, kõnekahjustuste, harvikaiguste ja progresseeruvate seisundite jm märkamiseks? **Kui terviseteejuht peab tuvastama rehabilitatsiooniteenuse vajaduse, peab olema selge, millise metoodika, juhiste ja erialase toe alusel ta seda teeb;**
- millisel juhul hindab vajadust terviseteejuht ja millisel juhul rehabilitatsioonimeeskond;
- kuidas tagatakse terviseteejuhtide pädevus suhelda eri puudeliikidega inimestega, sh kuulmispuudega, nägemispuudega, intellektipuudega, psüühikahäirega, autismispektri eripäraga ja kõnekahjustusega inimestega;
- kuidas tagatakse inimesele ligipääsetav info ja suhtlus kogu teenuseteekonna jooksul;
- kas ja kuidas saab inimene pöörduda rehabilitatsioonivajaduse hindamiseks ka ilma märkamisleheta;
- **kuidas toimub vaidlustamine juhul, kui rehabilitatsioonivajadust ei tuvastata või seda ei kanta heaoluplaani?** Kõik otsused (nii märkamislehe täitmata jätmine, terviseteejuhi hinnang, heaoluplaani sisu, teenuseosutaja keeldumine jms) peavad olema selgelt vaidlustatavad. Inimesel peab olema selge informatsioon selle kohta, mis seis on ning kuidas süsteemis navigeerida.

**Lisaks peab olema selgelt välja toodud, kelle poole vaidlustamisel pöörduda ning kust saab vajadusel õigusabi.**

- andmevahetust terviseteejuhi ja rehabilitatsiooniteenuse osutaja vahel. Seletuskiri märgib, et rehabilitatsiooniteenuse osutamisega seotud meeskonnaliikmed kasutavad andmeid ulatuses, mis on vajalik tööülesannete täitmiseks. Praktikas tuleb siiski selgelt kirjeldada, kas rehabilitatsiooniasutus saab ise vajaliku info heaoluplaanist, kas ta saab küsida täiendavat infot terviseteejuhilt ning kes ja kuidas teeb teenuse käigus tegevuskava muudatusi. **Inimene ei tohi sattuda olukorda, kus iga teenuse täpsustamiseks või muudatuseks peab ta uuesti alustama eraldi pöördumist terviseteejuhi poole.**
- milliseid seniseid andmeid saab inimese nõusolekul või seadusest tuleneval alusel kasutada uues heaoluplaanis ja rehabilitatsiooniteenuse kavandamisel? See aitab vältida olukorda, kus inimene peab oma abivajadust uuesti ja korduvalt tõendama.

## **6. Heaoluplaani koostamine, sh inimese tahte väljaselgitamine**

**Rõhutame, et inimese vajaduse hindamisel peab hinnang näitama inimese tegelikku olukorda ja vajadusi, mitte asutuse poolt pakutavaid võimalusi ja mahtu. Kui riik ei saa neid vajadusi täita, peab inimesel olema võimalus hinnangu alusel endale rehabilitatsiooni eelarve vahenditega kas ise teenuseid osta või pöörduda nt kohaliku omavalitsuse poole abi saamiseks.**

**Seisukoht:** Heaoluplaani koostamisel peab olema tagatud, et plaan kajastab inimese tegelikke vajadusi, eesmärgi, piiranguid ja igapäevaelu olukorda. Paljude sihtrühmade jaoks võib oma vajaduste sõnastamine olla keeruline. See puudutab näiteks afaasiaga inimesi, intellektipuudega inimesi, autismispektri eripäraga inimesi, traumakogemusega inimesi, psüühikahäirega inimesi, kõnekahjustusega inimesi, kognitiivse langusega inimesi ning inimesi, kelle tervises seisund on muutlik.

**EPIKoja hinnangul peab heaoluplaani koostamise regulatsioonis või juhendites olema selgelt kirjeldatud, kuidas tagatakse inimese tegeliku tahte, eelistuste ja vajaduste väljaselgitamine juhul, kui inimene ei suuda neid tavapärasel viisil või konkreetsel ajahetkel piisavalt väljendada. Heaoluplaan ei tohi kujuneda dokumendiks, mis peegeldab inimese suhtlusvõimekust ühel kohtumisel, vaid peab kajastama tema tegelikku funktsioneerimist, osaluspiiranguid ja abivajadust.**



**Seisukoht:** täpsustamist vajavad nõusolekud andmete jagamisel, heaoluplaani aktsepteerimisel ja teenuse kasutamisel. Kui inimene annab nõusoleku, mille sisust ta tegelikult aru ei saanud, või keeldub nõusolekust, mõistmata selle tagajärgi, võib vastutus teenusest ilmajäämise või ebaõige teenuseteekonna eest langeda inimesele, kuigi tema mõistmis- või otsustusvõimet võis mõjutada tervise seisund.

EPIKoda teeb ettepaneku sätestada, et inimesel peab olema võimalik kaasata tema valitud usaldusisik, seaduslik esindaja või muu tugivõrgustiku liige, kui see on vajalik inimese tahte, eelistuste, vajaduste ja piirangute väljaselgitamiseks või nõusoleku sisuliseks mõistmiseks. Usaldusisiku kaasamine ei tohi asendada inimese tahet ega anda teisele isikule automaatset otsustusõigust, kuid peab aitama tagada, et inimese osalus on sisuline, mitte üksnes formaalne.

**Seisukoht:** tuleb täpsustada, kuidas toimub teenuse jätkamine, muutmine või ajutine katkestamine olukorras, kus inimese tervise seisund halveneb ning ta ei suuda ajutiselt teenusel osaleda või koostööd teha. **Tervise seisundist tulenev osalemisraskus ei tohi automaatselt kaasa tuua teenusest ilmajäämist.**

## **7. Laste teenuseteekond ja koostöö haridussüsteemiga**

Laste puhul on rehabilitatsioonivajaduse märkamine sageli seotud haridusasutuse igapäevase töö, teadlikkuse ja tähelepanelikkusega. Lapse kõne, suhtlemise, liikumise, käitumise, õppimise, eneseteeninduse või sotsiaalse osaluse raskused ilmnevad tihti lasteaias või koolis, mitte ainult tervishoiusüsteemis.

**Seisukoht:** vajab täpsustamist, kuidas toimub uues süsteemis koostöö haridusasutuste, tugispetsialistide, lapsevanema, terviseteejuhi, kohaliku omavalitsuse ja rehabilitatsiooniteenuse osutaja vahel.

EPIKoda palub täpsustada, kuidas tagatakse lapse rehabilitatsioonivajaduse märkamine ja teenusele jõudmine juhul, kui vajadus ilmneb haridusasutuses, kuid tervishoiu- või sotsiaalvaldkonna spetsialist ei ole seda veel märganud. Samuti tuleb selgitada, millised on lapsevanema või seadusliku esindaja õigused otsuste vaidlustamisel ning kuidas tagatakse lapsele teenus olukorras, kus vajadus on küll tuvastatud, kuid vajalikud spetsialistid ei ole piirkonnas kättesaadavad.

Laste puhul tuleb vältida olukorda, kus teenusele jõudmine sõltub sellest, millise asutuse vaatevälja laps satub. Rehabilitatsiooniteenuse teekond peab olema seotud haridusliku toe, KOV-i teenuste ja tervishoiuga nii, et laps ja pere ei peaks ise süsteemide vahel vastutust kandma.

## **8. Psüühikahäirega inimese teenustekond**

Inimese võimekus abi küsida, kohtumistele jõuda või teenusel osaleda sõltuda tugevalt tema tervises seisundi kõikumisest. Seetõttu ei pruugi ainult spetsialisti aktiivsele märkamisele tuginev süsteem seda sihtrühma piisavalt kaitsta.

**Seisukoht:** palume täpsustada, kuidas tagatakse psüühikahäirega inimesele terviklik ja katkestusteta teekond rehabilitatsiooniteenuseni. EPIKoja hinnangul peab inimese lähedasel, hooldajal või muul tugivõrgustiku liikmel olema võimalus anda süsteemile märku inimese võimalikust abivajadusest või algetada abivajaduse märkamise teavitust, kui inimene ise seda oma tervises seisundi tõttu ei suuda. **Selline märguanne ei tohi tähendada lähedase automaatset õigust inimese andmetele või otsustamisele, kuid peab võimaldama süsteemil inimese abivajadust kontrollida ja pakkuda talle sobivat tuge.**

Samuti peab terviseteejuhi väljaõppe kohustuslik osa olema töötamine psüühikahäirega inimestega, sh kriisi, kontakti vältimise, usaldamatuse, traumakogemuse, motivatsioonilanguse ja kõikuva koostöövõime mõistmine. Tervises seisundist tulenev raskus teenusel osaleda ei tohi automaatselt tähendada teenuseteekonna lõpetamist.

## **9. Rehabilitatsiooniteenuse meeskonnad**

Rakendusakti kavandi kohaselt peab rehabilitatsiooniteenust osutavasse põhimeeskonda kuuluma vähemalt kolm spetsialisti määruses sätestatud loetelust (eriarst, õde, kliiniline psühholoog või psühholoog-nõustaja, füsioterapeut, logopeed, tegevusterapeut, psühholoog) ning täiendavalt võivad meeskonda kuuluda muu hulgas eripedagoog, toitumisenõustaja, vaimse tervise õde, sotsiaaltöötaja, loovterapeut ja kogemusenõustaja.

**Seisukoht:** Palume täpsustada, miks on kõikide tervises seisundist lähtuvate teenuste puhul valitud vähemalt kolmeliikmelise meeskonna nõue ning kuidas tagatakse, et see nõue parandab teenuse kvaliteeti ega muutu piirkondades, kus spetsialiste napib, kättesaadavuse takistuseks?

Afaasiaga inimeste puhul on eriti oluline, et rehabilitatsioon ei piirduks üksnes logopeedilise sekkumisega, vaid hõlmaks ka suhtlemise, osaluse, eneseväljenduse, igapäevategevuste ja

psühhosotsiaalse toimetuleku toetamist. Oluline on võimalus kaasata meeskonda terapeutiliste loovtegevuse juhendaja. Palume hinnata, kuidas uues süsteemis tagatakse afaasiaga inimeste rehabilitatsiooniteenuse tegelik kättesaadavus.

**Seisukoht:** Mitmed EPIKoja võrgustikuorganisatsioonid on rõhutanud põhimeeskonna laiendamise vajadust, nt neuroloogiliste seisundite ja tugi- ja liikumiselundkonna alase rehabilitatsiooni puhul. EPIKoda leiab, et kõikide täiendavate spetsialistide lisamine igal juhul kohustuslikuks põhimeeskonna osaks võib spetsialistide nappuse tingimustes halvendada veelgi teenuse kättesaadavust, kui ilma ühe liikmeta ei ole võimalik spetsialiseeritud teenust pakkuda. Kuid inimesel peab olema selge võimalus anda tagasisidet või esitada kaebus, kui tema vajadusest tulenev spetsialist ei ole tegelikult kättesaadav või tema kaasamata jätmist ei ole piisavalt põhjendatud, nt võib olla teatud haiguste puhul väga oluline toitumisnõustaja, kes õpetab põletikku vähendavat ja kehakaalu kontrollivat toitumist, mis on otseselt seotud haiguse kulu kontrolli all hoidmisega.

## **10. Transpordi- ja majutuskulu muutmine**

**EPIKoda peab üheks olulisemaks riskiks transpordi- ja majutuskulude hüvitamise muutust. Seletuskirjas on märgitud, et planeeritud muudatuste tulemusena ei hüvitata teenuse saajatele transpordi- ega majutuskulusid samamoodi nagu senises rehabilitatsioonisüsteemis ning see võib tähendada, et kohalikel omavalitsustel tekib vajadus tagada transpordi kättesaadavus inimestele, kes saavad teenust väljaspool oma elukohajärgset maakonda. Seletuskirja andmetel toimub umbes viiendik rehabilitatsiooniteenuste kasutustest väljaspool teenuse saaja kodumaakonda. Kui spetsialiseeritud teenused koonduvad suurematesse keskustesse ja sõidu- või majutuskulusid ei hüvitata, muutuvad teenused sihtrühmadele kättesaamatuks. See suurendab regionaalset ebavõrdsust ja seab maapiirkondades elavad puuetega inimesed ja kroonilised haiged ning nende lähedased, omastehooldajad halvemasse olukorda võrreldes suuremates linnades elavate inimestega.**

**Seisukoht:** Transpordi- ja majutuskulu hüvitamine on osade inimese jaoks eeldus, et teenus tegelikult kättesaadav oleks. Kui spetsialiseeritud rehabilitatsiooniteenus ei ole inimese kodu lähedal kättesaadav, peab olema lahendatud olukord, kuidas inimene teenusele jõuab. Kui pereliige või lähedane peab hakkama inimest regulaarselt teenusele viima

maakonnakeskusesse või teise maakonda, ei vähene inimese ega tema lähedaste aja-, haldus- ega hoolduskoormus. Vajalik on uua transpordi- ja vajaduse korral majutuskulude hüvitamise või korraldamise võimalus olukordadeks, kus vajalik rehabilitatsiooniteenus ei ole inimesele kodulähedaselt kättesaadav või inimese puue/tervise seisund takistab iseseisvat teenusele jõudmist.

## **11. Teenuse kvaliteedi tagamine**

Eelnõus vajab täpsustamist, mida peetakse uues süsteemis kvaliteetseks rehabilitatsiooniteenuseks ja milliste tulemuste alusel teenuse kvaliteeti hinnatakse. Eelnõus on teenuseosutaja kohustus kirjeldada organisatsioonis rehabilitatsiooniteenus osutamise ja kvaliteedi tagamise korraldus. See on vajalik, kuid ei vasta veel küsimusele, milline peab olema teenuse sisuline kvaliteet.

**Seisukoht:** EPIKoda peab ülioluliseks, et rehabilitatsiooniteenus kvaliteeti ei hinnataks ainult protsessi, dokumenteerimise või teenuse mahu järgi. Kvaliteet peab väljenduma inimese elukvaliteedi säilitamises või parandamises.

Inimese vaatest peab olema üheselt arusaadav, kelle poole pöörduda kahju tekkimise või ebakvaliteetse teenuse pakkumise korral. Lisaks peab olema selge, kas ja kuidas saab inimene vaidlustada terviseteejuhi hinnangut, rehabilitatsioonivajaduse heaoluplaani kandmata jätmist, teenuseosutaja keeldumist või teenuse mahu ja sisu muutmist.

### **Ettepanek:**

1. töötada enne reformi jõustumist koos puudega inimeste organisatsioonide, patsiendiorganisatsioonide ja erialaspetsialistidega välja rehabilitatsiooniteenus tulemuslikkuse-, kvaliteedi näitajad ja õiguskaitsevõimalused.
2. täiendada RTHS § 13<sup>7</sup> lõike 6 punkti 3 sõnastust nii, et teenuseosutaja dokumenteeriks mitte ainult teenuseosutaja hinnangu, vaid ka inimese enda hinnangu teenuse tulemusele, heaolule ja toimetulekule.

## **12. Kogemusnõustaja teenus**

EPIKoda peab positiivseks, et rakendusakti kavand võimaldab rehabilitatsioonimeeskonda kaasata kogemusnõustajaid ning et kogemusnõustajal peab olema sarnase puude, tervisekahjustuse või erivajaduse kogemus ja läbitud kogemusnõustaja täienduskoolitus

vähemalt 182 akadeemilise tunni mahus. Samas vajab täpsustamist, kuidas hinnatakse kogemuse sisulist vastavust konkreetse sihtrühma vajadustele.

**Seisukoht:** vajalik on juhendites ja lepingutingimustes teenuseosutajatega täpsustada, kuidas tagatakse kogemusnõustamise sihtrühmapõhine sobivus ja kvaliteet. Täpsustada tuleb, millistes olukordades ja etappides peab kogemusnõustaja kaasamine olema kohustuslik (näiteks esmase teenusevajaduse, psüühikahäire korral). Lisaks peab kogemusnõustaja arvamus olema samuti dokumenteeritud. Koostöös Kutsekojaga tuleb korrastada kogemusnõustajate kutsestandardid ning tagada supervisioon ning tugi, sest tegu on sarnase diagnoosi ja haiguskoormusega inimestega.

### **13. PISTS muudatused ja rehabilitatsioonihinnangute kasutamine**

Eelnõuga jäetakse PISTS-ist välja viited rehabilitatsiooniplaanile. EPIKoda mõistab, et senisel kujul rehabilitatsiooniplaani enam ei koostata. Samas ei tohiks rehabilitatsiooniteenuse käigus kogutav oluline info inimese funktsioneerimisvõime, osaluspiirangute, abivahendivajaduse ja toimetuleku kohta kaduda teistest otsustusprotsessidest.

**Seisukoht:** analüüsida, kuidas saab edaspidi puude raskusastme tuvastamisel ja vajalike toetuste hindamisel kasutada heaoluplaani, rehabilitatsiooniteenuse kokkuvõtte ja rehabilitatsioonimeeskonna hinnanguid inimese nõusolekul ja andmekaitse nõudeid järgides. See aitab vältida korduvat hindamist ning toetab inimese terviklikumat käsitlust.

### **14. Muudatuste ajakava realistlikkus**

EPIKoda peab reformi ajakava väga pingeliseks. Seletuskirja järgi valmivad 2027. aasta septembriks esimese etapi IT-arendused, sh märkamisleht ja terviseteejuhi töölaud, mis on vajalikud valdkonnaülese koordineerimise teenuse korraldamiseks. Samal ajal jõustub uus rehabilitatsiooniteenuse korraldus 01.10.2027. Selline ajakava jätab väga vähe aega süsteemi testimiseks, vigade parandamiseks, teenuseosutajate koolitamiseks, terviseteejuhtide praktiliseks ettevalmistamiseks. Eriti oluline on, et kõik digitaalsed lahendused peavad vastama ligipääsetavusstandarditele ning olema kasutatavad alternatiivselt kas telefoni teel või paberkanalil ja et digilahendused oleksid testitud ka erivajadusega inimestega.

**Kokkuvõtvalt peab EPIKoda vajalikuks hinnata eelnõu lisaks põhiseaduslike põhiõiguste vaatele ka ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsiooni põhimõtete valguses. Reform puudutab otseselt puudega inimeste õigust tervisele, rehabilitatsioonile, iseseisvale elule, kogukonnas osalemisele.**

**EPIKoda toetab reformi üldist eesmärki muuta rehabilitatsiooniteenus vajaduspõhisemaks, terviklikumaks ja inimese tegelikest piirangutest lähtuvaks, kuid ei saa eelnõud praegusel kujul toetada, sest planeeritavad muudatused ei anna ilma käesolevas pöördumises täpsustamist vajavate teemadeta piisavat kindlust, et need parandavad puuetega inimeste, krooniliste haigustega inimeste ja teiste rehabilitatsioonivajadusega inimeste tegelikku ligipääsu teenustele.**

**EPIKoja peamised ettepanekud kokkuvõtvalt:**

- **Tagada seniste teenusesaajate katkestuseta üleminek uude süsteemi ning isiklik teavitus selgete juhistega.**
- **Esitada eelarvemõjude analüüs koos selgitusega, kuidas tagatakse sh kuidas kaetakse teenusemahu võimalik kasv, tervishoiuteenuste kõrgem hind, koordineerimiskulud, terviseteejuhtide töö, spetsialistide lisakoormus ja teenuseosutajate valmisoleku tagamine.**
- **Täpsustada, kuidas uus rehabilitatsiooniteenus suhestub taastusravi, tööalase rehabilitatsiooni, tervishoiu üksikteenuste, haridusvaldkonna tugiteenuste ja arendatavate raviteekondadega, et vältida uut killustatust, korduvaid hindamisi ja paralleelseid teenusradasid.**
- **Vähendada inimese teenuseteekonna keerukust ja maandada esmatasandi ning terviseteejuhi pudelikaela riski, sh kirjeldada selgelt, kuidas inimene jõuab teenusele juhul, kui tema vajadust ei märgata, kuidas välditakse korduvaid hindamisi ja oma olukorra uuesti tõendamist.**
- **Sätendada inimese enda, seadusliku esindaja või vajaduse korral usaldusisiku võimalus alगतada rehabilitatsioonivajaduse hindamine, kui inimese vajadust ei ole spetsialisti poolt märgatud.**
- **Täpsustada terviseteejuhi, tugimeeskonna ja rehabilitatsioonimeeskonna rollijaotus, sh kes hindab rehabilitatsioonivajadust, kes määrab teenuse sisu ja mahu, kes muudab tegevuskava ning kuidas toimub vaidlustamine.**

- **Tagada, et kõik otsused ja vaheetapid oleksid inimesele arusaadavad ja vaidlustatavad,** sh märkamislehe täitmata jätmine, terviseteejuhi hinnang, heaoluplaani sisu, teenuseosutaja keeldumine, teenuse lõpetamine ning teenuse mahu või sisu muutmine.
- **Tagada piirkondlik teenuseosutajate ja spetsialiseeritud meeskondade katvus enne senise süsteemi lõpetamist,** sh avalik ülevaade sihtrühmade ja piirkondade lõikes, millised teenuseosutajad ja spetsialistid on tegelikult olemas.
- **Tagada puudespetsiifilise rehabilitatsioonikompetentsi säilimine ja kaasamine uues süsteemis.**
- **Tagada teenuse osutamise võimalus inimese igapäevases keskkonnas, kui see on teenuse eesmärgi saavutamiseks vajalik, ning siduda see rahastusmudeli ja Tervisekassa lepingutingimustega.**
- **Lua võimalus puudespetsiifilisteks lühisekkumisteks, kui inimesel ei ole vaja täismahus meeskondlikku rehabilitatsiooniprotsessi, kuid tal on eluliselt oluline vajadus konkreetse oskuse, abivahendi, suhtlusviisi, liikumisteedkonna või digivahendi kasutamise õppimiseks.**
- **Tagada, et krooniliste, progresseeruvate ja püsiva tervisekahjustusega inimeste rehabilitatsioonivajadust ei käsitletaks ühekordse sekkumisena, vaid vajaduse korral korduva, perioodilise või funktsioonivõimet säilitava teenusena.**
- **Lua transpordi- ja vajaduse korral majutuskulude hüvitamise või korraldamise lahendus, kui vajalik rehabilitatsiooniteenus ei ole inimesele kodulähedaselt kättesaadav või inimese puue või tervises seisund takistab iseseisvat teenusele jõudmist.**
- **Tagada, et heaoluplaan ja rehabilitatsiooniteenuse tegevuskava kajastavad inimese tegelikke vajadusi, sh suhtlus- ja ligipääsetavusvajadusi, teenusele jõudmise korraldust, abivahendivajadust, keskkonnakohandusi ning inimese enda eesmärke ja eelistusi.**
- **Täpsustada laste teenuseteekond ja koostöö haridussüsteemiga, sh kuidas märgatakse rehabilitatsioonivajadust lasteaias või koolis, kuidas liigub info terviseteejuhini ning millised on lapsevanema või seadusliku esindaja vaidlustamisvõimalused.**
- **Täpsustada psüühikahäirega inimeste ja harvikaigustega inimeste teenusele jõudmise mehhanismid, sh kuidas vältida olukorda, kus inimene jääb märkamata seetõttu, et ta ei pöördu ise aktiivselt abi saamiseks või tema seisundit ei tunta esmatasandil ära.**

- Töötada koos puudega inimeste organisatsioonide, patsiendiorganisatsioonide ja erialaspetsialistidega välja rehabilitatsiooniteenuse kvaliteedi-, tulemuslikkuse- ja õiguskaitsemehhanismid, mis arvestavad inimese elukvaliteeti, osalusvõimet, funktsioonivõime säilimist ja teenuse tegelikku mõju, sh peab kajastuma inimese enda hinnang teenuse tulemusele, heaolule ja toimetulekule.
- Tagada rehabilitatsiooniteenuse kokkuvõtte kättesaadavus inimesele ligipääsetavas vormis ja talle sobivas suhtluskanalis, et inimene saaks seda kasutada edasistes taotlustes, teenuste planeerimisel ja oma õiguste kaitsel.
- Täpsustada kogemusnõustamise sihtrühmapõhist kvaliteeti ja kasutamist, sh kuidas hinnatakse kogemuse vastavust inimese vajadusele, millal kogemusnõustamist aktiivselt pakutakse ning kuidas tagatakse kogemusnõustajatele tugi ja supervisioon.
- Testida enne reformi jõustumist IT-lahendused, ligipääsetavus, teenuseteekond ja terviseteejuhtide tööprotsessid eri puudeliikide ja krooniliste haigustega inimeste osalusel, sh tagada alternatiivsed pöördumis- ja suhtluskanalid inimestele, kes ei saa digilahendusi kasutada.

Lugupidamisega  
(allkirjastatud digitaalselt)

Maarja Kraiss-Leosk  
Tegevjuht

Kristi Käär, Toetuste ja teenuste nõunik, +372 5401 0462, [kristi.kahar@epikoda.ee](mailto:kristi.kahar@epikoda.ee)

Tuuli Seinberg, Tervishoiualase huvikaitsenõunik, +372 5401 0461, [tuuli.seinberg@epikoda.ee](mailto:tuuli.seinberg@epikoda.ee)

<sup>[1]</sup> <https://epikoda.ee/uudised/eesti-puuetega-inimeste-koja-arvamus-rehabilitatsiooniteenuste-vtk-le/>

<sup>[2]</sup> <https://epikoda.ee/uudised/poordumine-seoses-rehabilitatsiooniteenuste-reformiga/>