

Dr Karmen Joller  
sotsiaalminister  
Sotsiaalministeerium

05.05.2026

## **Eesti Arstide Liidu arvamus rahvatervishoiu seaduse ja tervishoiuteenuste korraldamise seaduse muutmise seaduse eelnõule (tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi koostöö)**

**Arstide liit ei toeta eelnõu, kuna leiame, et kavandatavad tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi muudatused on raskesti teostatavad, rahastus ebapiisav ja tähtjad liiga lühikesed.**

Tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi parem ja koordineeritum koostöö, on kahtlemata õige eesmärk, kuid eelnõust ei selgu, kuidas inimesed edaspidi saavad paremat ravi ja kõiki vajalikke teenuseid. Meie tervishoiu ja sotsiaalsüsteemi põhiprobleem on mitmete teenuste puudumine ning ebaühtlane ja halb kättesaadavus, mis on tingitud spetsialistide vähesusest, puudulikust rahastusest, inimeste majanduslikust ja regionaalsest ebavõrdsusest. Koostöökogud, TERVIKud, terviseteejuhid ja heaoluplaanid ei taga tegelikku abi.

### **Suurimad riskid sisalduvad uue süsteemi rahastamises.**

- Muudatuste käivitamiseks kasutatakse välisvahendeid, kuid edaspidi peab tegevuskulud katma Tervisekassa ravikindlustuse vahenditest. Senised kogemused näitavad, et Tervisekassa uuteks kohustusteks riigieelarvest eraldatud summad on olnud selgelt ebapiisavad ja neid peab rahastama raviteenuste arvelt. Leiame, et olukorras, kus Tervisekassa eelarve on puudujäägis ja reservid ammendumas, on selline rahastusmudel vastutustundetu ning vähendab arstiabi kättesaadavust.
- Täielikult puudub kate IT-süsteemide ülalpidamiskuludele, mis aastateks 2027–2030 on üle 900 000 euro. Planeeritav lisataotlus RESi ei taga raha eraldamist. Seletuskirjas tõdetakse, et „*vahendite mitteeraldamise korral ei ole võimalik arendust sellisel kujul ellu viia.*“ Ei ole arusaadav, kuidas sellisel juhul on võimalik seadust rakendada.
- *Eelnõu kohaselt on tervishoiusüsteemile oodatav kokkuhoid 2028. aastal 1 705 592 eurot ulatusedes 2030. aastal kuni 8 883 668 euron.* Summad on ilmselt ülehinnatud, kuna puudub piisav põhjendus, kuidas nii suur kokkuhoid saavutatakse. Seletuskirjas mainitakse, et *välditakse väheväärtuslikku ravi*, kuid ei selgitata selle väite sisu. Kokkuid sõltub paljudest teguritest, eelkõige vajalike ravi-, rehabilitatsiooni- ja sotsiaalteenuste kättesaadavusest, aga ka inimeste käitumisest.

### **Uue koostöömodeli kirjeldus eelnõus on kohati ebaselge ja tekitab küsimusi.**

- Mõiste „*valdkonnaülene koordineerimine*“ on ebaõnnestunult sõnastatud – ilma pikema definitsioonita ei ole selle sisu arusaadav. Valdkonnaülene koordineerimine võib toimuda mistahes valdkondades.
- Heaolupiirkondade koostöökogude ja TERVIKute moodustamine ja tegevus põhineb riigiasutuste, KOVide, HVA haiglate ja perearstiasutuste kohustuslikul koostööl. Samas nähakse võimalust, et vaatamata kohustusele ei anna koostöö tulemust ja TERVIK jääb määratud tähtjaks moodustamata. Sel juhul peab TERVIKu moodustama haigla. Haiglate ja perearstide kohustusliku TERVIKusse kuulumise alus on seletuskirja järgi see, et nad täidavad avalik-õiguslikku ülesannet riikliku ravikindlustuse vahenditest. Riikliku ravikindlustuse vahendeid saavad Tervisekassa lepingu alusel ka erakliinikud, kuid neil sellist kohustust ei ole, seega ei kohelda tervishoiuasutusi võrdselt.

**Haiglatele ja tervishoiutöötajatele antakse uusi ülesandeid, mis suurendab nende töökoormust ja vastutust. Seletuskirjas rõhutatakse, et haiglatel on keskne roll reformi käivitamisel.**

- Kui haigla moodustab TERVIKu, siis peab ta looma selleks eraldi struktuuriüksuse, korraldama eraldiseisva raamatupidamise, sõlmima Tervisekassaga rahastamise lepingu, võtma tööle terviseteejuhid ja muu vajaliku personali. Sisuliselt vastutab haigla siis ka TERVIKu ülesannete täitmise eest: valdkonnaülese koordineerimise korraldamine, tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutamise valmisoleku koordineerimine, tulemuste seire ja aruandlus jne. Leiame, et tuleks arvestada ka haiglate erinevat võimekust.
- Tervishoiutöötajad peavad hakkama täitma mahuka andmekoosseisuga märkamislehti, mis eeldab patsiendi põhjalikku küsitlemist ja terviseandmetega tutvumist. Ei ole analüüsitud, kui palju tööaega selleks kulub ja milliste tegevuste arvelt see võetakse. Leiame, et terviseteejuhtide teavitamist abivajadusega patsientidest saaks korraldada ka bürokraatia olulise suurendamiseta.
- *Tulevikus hakkab töötama hinnanguliselt 200–250 terviseteejuhti, kes moodustavad ligikaudu 2% kõigist õdedest ja sotsiaaltöötajatest.* Õdede puudus Eesti tervishoius on juba praegu väga terav ja kardetavasti suureneb see õdede suunamisel uude süsteemi veelgi. Terviseteejuhtide koolitamist plaanitakse alustada juba enne seaduse jõustumist. Ei selgitata, kuidas nad koolituse ajal saavad täita oma seniseid tööülesandeid.

**Inimeste terviseandmete kaitse nõrgeneb.**

- Oluliselt laiendatakse inimeste terviseandmetele juurdepääsu omavate isikute ringi, kes pole tervishoiutöötajad – terviseteejuhid, sotsiaaltöötajad. Eelnõu ei selgita piisavalt, kuidas tagatakse terviseandmete kaitse.

**Muudatusteks ettenähtud aeg ei ole piisav.**

- Kuna seaduse vastuvõtmise aeg ei ole teada, siis on tõenäoline, et muudatuste tegemiseks ei jää piisavalt aega, kuna jõustumistähtaeg on juba 1.juulil 2027. Tegemist on suurte ja põhimõtteliste muudatustega nii tervishoiu- kui ka sotsiaalsüsteemi, eelkõige aga patsientide ja teenuseid vajavate isikute jaoks. Neid oleks vaja inimestele põhjalikult selgitada. Eelnõust ei selgu, kuidas toimub üleminek uude süsteemi neil, kes enne 1. septembrit 2027 saavad näiteks rehabilitatsiooni- ja sotsiaalteenuseid.

Leiame, et tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi ühendamise vajab paremat ja pikemaajalisemat ettevalmistust ning kavandatavate muudatuste selgitamist avalikkusele.

Arstide liit ei saa eelnõu toetada, kuna on ilmne risk, et uusi kohustusi peab Tervisekassa taas osaliselt rahastama raviteenuste arvelt ja arstiabi kättesaadavus patsientidele halveneb veelgi.

Lugupidamisega

*allkirjastatud digitaalselt*

Katrin Rehema  
Eesti Arstide Liidu tegevjuht