

Sotsiaalhoolekande seaduse ja teiste seaduste muutmise seaduse eelnõu väljatöötamise kavatsus inimeste vajadustele vastava rehabilitatsioonisüsteemi loomiseks

Sisukord

I HETKEOLUKORD JA SIHTRÜHM.....	2
II REHABILITATSIOONITEENUSTE KORRALDUSE KITSASKOHAD.....	5
III REHABILITATSIOONITEENUSTE KORRALDUSE REGULATIIVSED MUUDATUSED.....	13
IV VÕIMALIKUD MITTEREGULATIIVSED LAHENDUSED.....	16
V KAVANDATAVATE REGULATIIVSETE MUUDATUSTE MÕJUD.....	17
VI KAVANDATAV ÕIGUSLIK REGULATSIOON JA SELLE VÄLJATÖÖTAMISE AJAKAVA.....	25

Väljatöötamise kavatsuse (edaspidi VTK) eesmärk on **inimese abivajadusest lähtuva rehabilitatsiooniteenuste süsteemi loomine**, et inimese abivajadus kiirelt tuvastada, lihtsustada vajadustele vastava abi saamist ning tagada vajalikud tugimeetmed.

Praegune rehabilitatsiooniteenuste süsteem ei vasta inimeste vajadustele, dubleerib kohati tervishoiu- ja hariduse tugiteenuseid ega paku seetõttu selget lisandväärtust. Sotsiaalse rehabilitatsiooni (edaspidi SRT) teenuse korraldus ei taga inimesekesksust, ei lähtu teenuse eesmärgi seadmisel ning teenuse osutamisel inimesel hinnatud individuaalsetest vajadustest¹. Kuna puudub selgelt eristuv eesmärk, on lisandväärtust pakkuva sisu arendamine ning teenuse tulemuslikkuse hindamine keeruline. Teenuse kehtiv rahastusmudel ning korraldus ei võimalda pakkuda inimeste vajadustele vastavat sisu ja kvaliteeti. Töölase rehabilitatsiooni sekkumised ei tegele piisavalt inimese töövõimega seotud piirangutega ega ole läbi viidud inimeste töökeskkonnas.

VTK visioon on integreerida erivajadustega inimestele rehabiliteerivate sekkumiste osutamine tervishoiuteenustega, pakkudes funktsioonide taastamisele ning säilitamisele suunatud teenuseid tervisevaldkonnateenustena. Seejuures arendatakse välja täiendavad eri sihtgruppidele vajalikud sotsiaal- ja terviseteeused ning kujundatakse ümber töölase rehabilitatsiooni sisu². See tähendab, et muudatuse tulemusel SRT osutamine senisel kujul lõpetatakse.

VTK on oluliselt seotud tervishoiuteenuste korraldamise seaduse (TTKS) 01.10.2023 jõustunud muudatustega, mis andsid õiguslikud alused füsioteraapia ning logopeedilise ja psühholoogilise ravi iseseisvaks osutamiseks tervishoiuteenusena. Samuti on VTK seotud TTKS-i täiendava muutmise VTK-ga, mille üks eesmärk on siduda raviteenused senisest enam inimese heaolu ning toimetulekut toetavate teenustega (vt joonis 3), st arendada tervishoiu süsteemselt personaalseid edendus- ja ennetusteenusid (sh nt patsiendihariduslikud teenused, terviseriski nõustamisteenus, apteegis pakutavad nõustamisteenus) ning psühhosotsiaalsed teenused (nt psühholoogiline nõustamine, taastusabi)³. Lisaks on VTK seotud lastekaitse ja heaolu valdkonna ümberkorraldustega⁴,

¹ Tamm *et al.* 2021.

² Arendades eelkõige teenuse kvaliteeti.

³ Sotsiaaliministeerium, 2023.

⁴ Lastekaitseseaduse ja teiste seaduste muutmise seaduse eelnõu: <https://eelvoud.valitsus.ee/main/mount/docList/66b2b03d-6e0f-45c8-8c2f-b5061b361244>.

erivajadustega laste tugisüsteemi reformi⁵, tervisevaldkonna muudatustega, valdkondade ülese andmevahetuse VTK-ga⁶ ning alushariduse seaduse eelnõuga (HTM).

VTK aitab ellu viia järgnevate **strateegiate ja tegevuskavade** eesmärgid: Eesti 2035⁷, Heaolu arengukava 2023-2030 (edaspidi HEA), Rahvastiku tervise arengukava 2020-2030⁸, Vabariigi Valitsuse kinnitatud „Eesti taaste- ja vastupidavuskava“⁹, ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsioon¹⁰, ÜRO tegevuskava 2030 ja ülemaailmsed säästva arengu eesmärgid¹¹, Vaimse tervise tegevuskava 2023-2026¹².

VTK on osa Vabariigi Valitsuse tegevusprogrammist (punktid 9.1.10 ja 9.1.21). Vabariigi Valitsus on seadnud eesmärgiks parandada erivajadusega inimeste heaolu ja ühiskondlikku aktiivsust tehes seda senisest enam omavahel integreeritud sotsiaal-, tervise- ja tööturu valdkonna kaudu. HEA laste ja perede programmi raames on erivajadusega laste tugisüsteemi loomise üheks tegevuseks rehabilitatsiooniteenuste sisu, korralduse ja rahastamise uuendamine, asendades abivajadusele mittevastavad üksikteenused lapse seisundist tulenevate kompleksteenuste ja programmidega¹³.

VTK ettevalmistamiseks ja valdkondade ülese koostöö tulemuslikumaks rakendamiseks on alates 2023. aasta märtsist ellu kutsutud rehabilitatsiooniteenuste reformi VTK tööühm. Tööühma kuulusid Sotsiaalministeeriumi sotsiaal- ja töövaldkonna, Sotsiaalkindlustusameti teenuste osakonna ning ohvriabi ja ennetuse osakonna ning Töötukassa esindajad. Probleemi ja lahenduste osas on kohtunud Tervisekassa, Eesti Puuetega Inimeste Koja, Eesti Rehabilitatsiooniasutuste Liiduga, Eesti Psühhiaatrite Seltsiga, Erihoolekandeteenuste Pakkujate Liidu, Eesti Lastearstide Seltsi ja taastusravi arstidega (kõigi kaasatud osapoolte ülevaade on toodud VTK lisas 1).

VTK koostamisel aluseks võetud **uuringute ja kasutatud allikate loetelu** on toodud VTK lisas 2.

I HETKEOLUKORD JA SIHTRÜHM

Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenus

Teenuse sihtgrupp:

- 0-15-aastased **puudega lapsed** ja 0-18-aastased kohaliku omavalitsuse suunatud **mitmekülgse abivajadusega lapsed** (edaspidi KOV abivajavad lapsed);
- **16+ vanuses isikud (sh vanaduspensionari ealised)**: puudega, osalise töövõime (kes ei õpi ega tööta ega ole registreeritud töötuna) või puuduva töövõimega tööealised¹⁴, sh vanaduspensionari ootel päästeteenistuse toetuse saajad (alates 16-eluaastast kuni pensioniea saabumiseni), kellel on tuvastatud SRT vajadus, sh eristuvad psüühikahäirega tööealised (16-a kuni pensionieani), ning puudega vanaduspensionariealised (alates pensionieast või ennetähtaegselt vanaduspensionile minevad inimesed).

⁵ [Erivajadusega laste tugisüsteemi reform | Sotsiaalministeerium \(sm.ee\)](#) (14.09.2023)

⁶ Sotsiaalhoolekande seaduse jt seaduste muutmise eelnõu väljatöötamise kavatsus, 2023.

⁷ „Eesti 2035“ tegevuskavas on planeeritud tervishoiu- ja sotsiaalteenuste inimesekeskne pakkumine koostöös KOV-idega ning sündmuspõhiste ja inimesekesksete lõimunud teenuste arendamine sotsiaal-, tervishoiu- ja töövaldkonnas (sh andmevahetuse parandamine ning andmehõive ja analüüsisüsteemide arendamine).

⁸ „Tagatakse kvaliteetsed ja kättesaadavad sotsiaalteenustega integreeritud tervishoiusteenused, mis aitavad vähendada enneaegset suremust ning toetavad kroonilistega haigustega elamist“.

⁹ <https://www.rtk.ee/toetused-ja-taotlemine/taaste-ja-vastupidavusrahastu-rrf/eesti-taastekava> (15.09.2023).

¹⁰ <https://www.riigiteataja.ee/akt/204042012006> (15.09.2023).

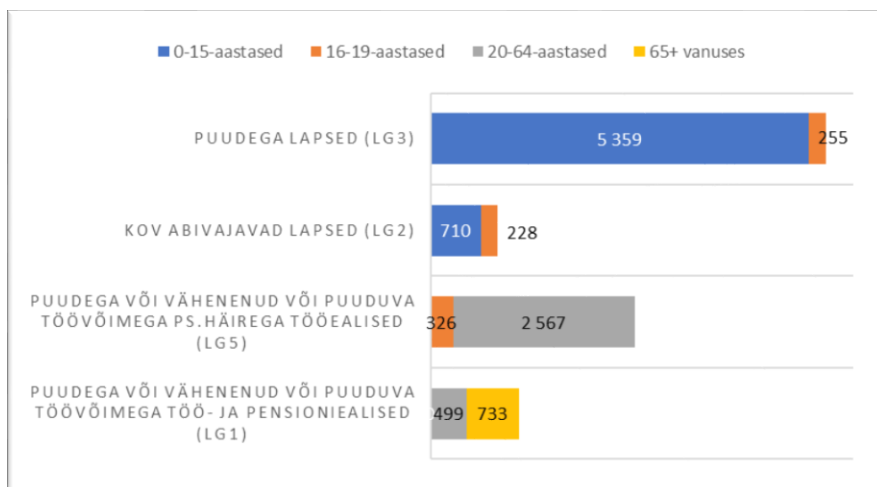
¹¹ <https://sdgs.un.org/goals> (15.09.2023).

¹² <https://www.sm.ee/media/2998/download> (15.09.2023).

¹³ Programmide all on mõeldud kompleksseid tervisekkumisi, milles ühe eesmärgi saavutamiseks vajalik erinevate spetsialistide koostöö ja kompetents.

¹⁴ Praktikaks ka need lapsed, kes õpivad Riikliku Õppekava hooldusõppel.

SRT saajaid oli 2022. aastal kokku 10 688. Kõigist SRT saajatest **61% (6552) olid lapsed** (puudega 0-15-aastased lapsi ligi 53% ja ligi 9% KOV abivajavaid lapsi¹⁵) ning 39% tööealised või pensioniealised (27% psüühikahäirega tööealised, lisaks puudega tööealisi 5% ja puudega pensioniealisi 7%)¹⁶ (joonis 1)¹⁷.



Joonis 1. SRT sihtrühmad ning teenuse saajate arv vanusrühmades 2022. aastal. Allikas: Sotsiaalkindlustusamet

SRT-le kulus 2022. aastal kokku veidi **üle 16 miljoni euro**, sh üle poole sellest (53%) puudega lastele ning kolmandik (33%) puudega, osalise või puuduva töövõimega tööealistele psüühikahäirega inimestele teenuste osutamiseks (tabel 1). Teenuse limiidid sihtrühmade lõikes varieeruvad 1275€-st kuni 4300€-ni kalendriaastas inimese kohta¹⁸. Keskmine teenustundide arv inimese kohta aastas varieerub 24,9h-st kuni 74,3h-ni aastas.

Laste puhul on SRT teenustundidest kõige suurem osakaal eripedagoogi (21%), psühholoogi (19%) ja logopeedi (12%) individuaalteenustel (joonis 2, VTK lisa 3). Erisus on puudega laste ja KOV abivajaja laste sihtrühmades teenuste osas: puudega lastel on suurem tähtsus logopeedil, kuid ka füsioteraapial, loovteraapial jt.

TABEL 1. SRT KULU, SAAJATE ARV JA TEENUSTUNDIDE¹⁹ MAHT (2022)

	SRT kuld kokku €	Sh SRT kuld teenustundidele €*	SRT teenustunnid (h)*	SRT saajad (unikaalsed isikud)	Keskmiselt SRT teenustunde isiku kohta aastas (h/isikud)*
Puudega lapsed (lg 3)	8 531 681	8 506 820	311 037,8	5 614	55,4
KOV abivajavad lapsed (lg 2)	1 419 755	1 418 683	51 333,6	938	54,7
Puudega, osalise või puuduva töövõimega tööealised psüühikahäirega (lg 5)	5 252 971	5 035 347	214 889,9	2 893	74,3
Puudega, osalise või puuduva töövõimega tööealised ja vanaduspensioniealised (lg 1)	844 724	771 438	30 906,3	1 243	24,9
Kokku	16 050 132	15 732 289	608 167	10 688	56,9

Allikas: Sotsiaalkindlustusamet

¹⁵ Viieandik 2022. aastal teenust saanud KOV abivajavatest lastest olid nooremad kui 10aastased, 38% olid 10-14aastased ja 38% 15-18aastased, noorim 2-aastane.

¹⁶ Kuna pensioniga võib Eestis isikul alata erinevas vanuses, siis siin on kajastatud kuni 64-aastaseid tööealistena ja 65-aastaseid ja vanemaid pensioniealistena. Sotsiaalkindlustusameti andmed, 14.09.2023 väljavõte.

¹⁷ SRT sihtrühmade lõikes teenuse saajate arvust 2018-2022. aastatel annab ülevaate joonis 1 VTK lisa 3.

¹⁸ Puude või vähenenud töövõimega tööealiste sihtrühmas 2022. aastal ja vanaduspensioniealiste sihtrühmas 1275€, 0-15 aastaste puudega laste sihtrühmas ja KOV abivajava lapse sihtrühmas 2660€, psüühikahäirega tööealiste sihtrühmas 4300€.

¹⁹ Andmed on esitatud alamteenusel (nt füsioteraapia jm) osalemise kuupäeva järgi. Seega andmetes ei kajastu kõikide osalemiste kõik tunnid, s.o mil teenus algas enne 2022. aastat või lõppes pärast 2022. aastat.

* v.a sõidukulude hüvitamine asutusele, mille ühikuarvestus on km (kokku 2022 summas 3€) ja ööpäevaringne majutusteenus mille ühikuarvestus on päev (kokku 2022 kulud summas 317 840€ - sellest 71% kulub sihtrühmale Lg5)

Puudega, osalise või puuduva töövõimega **psüühikahäirega tööealiste** sihtrühmas moodustab pea neljandiku teenustundide mahust psühholoogi individuaalteenus (koos psühholoogi grupiteenusega 29,6%), järgnevad sotsiaaltöötaja (20%) ja tegevusterapeudi (12%) individuaal ja grupiteenused (joonis 3, VTK lisa 3). Puudega, osalise või puuduva töövõimega **tööealiste ja vanaduspensioniealiste** sihtrühmas on samuti psühholoogi individuaalteenus kõige suurema mahuga kasutatud SRT teenus (22% teenustundide mahust) (joonis 4, VTK lisa 3).

Sihtgruppide ülene keskmine teenuste kasutus aastas oli suurim kogemusnõustaja grupiteenusel (32,3 tundi), sotsiaaltöötaja grupiteenusel (23,8 tundi), tegevusterapeudi grupiteenusel (21,7 tundi) ja psühholoogi grupiteenusel (20,7 tundi) (joonis 5, VTK lisa 3). Keskmist SRT alateenuste kasutust inimese kohta on kirjeldatud joonisel 6, VTK lisa 3. SRT teenust osutatakse 146 asukohas, sh enim osutajaid (39%) asub Harjumaal, 19% Tartumaal ja 12% Ida-Virumaal (joonis 7, VTK lisa 3). 2022. aastal osutas kogu SRT teenustundide mahust (608 896) neljandiku viis teenuseosutajat (joonis 8, VTK lisa 3).

Töölase rehabilitatsiooni teenus (edaspidi TRT)

TRT-d osutatakse praegu **puudega, püsiva töövõimetusega või osalise töövõimega tööealisele inimesele**, kes töötab, õpib, on ettevõtja või on töötuna registreeritud²⁰. **TRT teenust sai 2022. aastal 4538 inimest**. Enim saadi füsioterapeudi, psühholoogi ja sotsiaaltöötaja individuaalteenuseid (vastavalt 3507, 3374 ja 1466 inimest ehk 21%, 20% ja 9% kõigist teenusel osalemistest²¹, joonis 9, VTK lisa 3). Teenusel osalejatest valdav osa olid vanuses 20-64 aastat (94%). 16-17-aastaseid lapsi osales kokku 170 ehk 3,4%. Aastatel 2021-2022 on teenusel osalenud laste ja ka 18-19-aastaste arv ja osatähtsus suurenenud (joonis 10, VTK lisa 3).

Kui TRT saajaid on aastas enam kui poole vähem SRT saajatest, siis TRT kulud on 3,7 korda väiksemad SRT kuludest: 2022. aastal kulus TRT-le 4,4 miljonit eurot. Keskmiselt kasutati 2022. aastal TRT-d inimese kohta 20,6 tundi (tabel 2). Enim kasutati füsioterapeudi ja psühholoogi individuaalteenuseid (vastavalt 33% ja 25% kõigist teenustundidest). Neile järgnes kogemusnõustaja individuaalteenus (7% kõigist teenustundidest). Kõiki teisi TRT valdkonna teenuseid kasutati alla 6% kõigist teenustundidest (joonis 11, VTK lisa 3). Keskmine kasutus ühe inimese kohta aastas oli suurim loovterapeudi, kogemusnõustaja ja tegevusterapeudi grupiteenustel (vastavalt 13,5, 11,2 ja 10,8 tundi). Teiste teenuste keskmine kasutus aastas inimese kohta jäi alla 10 tunni. Võrreldes SRT-ga kasutatakse TRT alateenuseid keskmiselt inimese kohta väiksemas mahus (20,6 vs 56,9 tundi) (joonis 5, VTK lisa 3).

TABEL 2. TRT KULU, SAAJATE ARV JA TEENUSTUNDIDE²² MAHT (2022)

TRT kulud kokku €	TRT teenus-tunnid (h)	TRT saajad (unikaalsed isikud)	Keskmiselt teenustunde isiku kohta aastas (h/isikud)
4 386 728	93 646	4 538	20,6

Allikas: Töötukassa, Sotsiaalministeeriumi arvutused

TRT-d osutatakse 104 asukohas, sh sarnaselt SRT-ga asub enim osutajaid (36%) Harjumaal, 20% Tartumaal ja 10% Ida-Virumaal (joonis 12, VTK lisa 3).

Tervisekassa teenused

²⁰ Uue tööturumeetmete seaduse kohaselt on alates 2024. aastast TRT saamine võimalik ka puuduva töövõimega töötavatel inimestel.

²¹ Üks inimene võis saada aasta jooksul mitut teenust, mistõttu on nimetatud osalemisi.

²² Andmed on esitatud alamteenusel (nt füsioteraapia jm) osalemise kuupäeva järgi. Seega andmetes ei kajastu kõikide osalemiste kõik tunnid, s.o mil teenus algas enne 2022. aastat või lõppes pärast 2022. aastat.

Tervishoiuteenuste korralduse seaduse (TTKS) § 2 lg 1 kohaselt on tervishoiuteenus tervishoiutöötaja tegevus haiguse, vigastuse või mürgistuse ennetamiseks, diagnoosimiseks ja ravimiseks **eesmärgiga leevendada inimese vaevusi, hoida ära tema tervise seisundi halvenemist või haiguse ägenemist ning taastada tervist**²³. Tabelis 3 on toodud need tervishoiuteenused, mida osutatakse ka SRT ja TRT süsteemides või mis on sisult sarnased. Kokku osutati valitud teenuseid 2022. aastal veidi enam kui 615 000 inimesele, sh umbes 20% neist 0-19-aastastele lastele, 55% 20-64-aastastele ja 25% 65-aastastele ja vanematele inimestele²⁴. Pisut üle 15 000 valitud teenuseid saanud inimeste tervisevajadused olid seotud diagnoosigrupiga F00-F99 (psüühika- ja käitumishäired), sh 7000 inimest neist sai öe või eriarsti teenust. Tabelis 3 toodud teenustest osutati 2022. aastal suurimas mahus (osutatud tundide järgi) eriarsti ja füsioteraapia individuaalteenust ning tegevusteraapia individuaalteenust. Keskmiselt inimese kohta osutati 2022. aastal enim tegevusteraapia individuaalteenust (10,6 tundi) ja logopeedi teenust (6,9 tundi). Teenuseid osutas 2022. aastal 530 raviasutust (teenuseosutajat)²⁵.

TABEL 3. TERVISHOIUTEENUSTE SAAJATE ARV, TEENUSTUNDIDE²⁶ MAHT, KESKMIINE TUNDIDE ARV INIMISE KOHTA JA ARVETE SUMMA (EUROT) (2022)

Teenus	Inimeste arv	Osutatud tunnid ¹	Keskmine tundide arv inimese kohta	Arvete summa, € ²
Füsioteraapia individuaalne	80 388	389 790	4,8	10 324 966
Füsioteraapia grupis	3 923	31 048	7,9	427 638
Tegevusteraapia individuaalne	6 918	73 466	10,6	1 029 755
Tegevusteraapia 2–3 haigele samal ajal	744	3 392	4,6	58 279
Kliinilise psühholoogi vastuvõtt eriarsti suunamisel	7 231	12 077	1,7	329 716
Psühholoog-nõustaja vastuvõtt eriarsti suunamisel	<5	<5		59
Logopeedi vastuvõtt	9 122	62 860	6,9	1 835 214
Öe vastuvõtt	111 049	121 145	1,1	3 461 649
Eriarsti esmane vastuvõtt	576 473	463 810	0,8	31 022 331

Allikas: Tervisekassa, Sotsiaalministeeriumi arvutused

¹Erineva pikkusega vastuvõttud taandatud 60 min-le. Osutatud tundide aluseks on raviarvele märgitud teenuste hulk. Arvestatud on nii eriarsti kui ka perearsti poolt väljastatud raviarveid. Arvestatud on kõiki tervishoiuteenuse tüüpe-statsionaarne, ambulatoorne jms. Kõik raviasutused ja vanusegrupid kokku.

²Tervisekassa rahastatud raviarvete kogusumma.

II REHABILITATSIOONITEENUSTE KORRALDUSE KITSASKOHAD

1. SRT-d ja TRT-d osutavad spetsialistid, kellest oluline osa on tervishoiutöötajad ning seega on SRT ja TRT sisus kattuvus tervisevaldkonna poolt pakutavate teenustega. SRT praegune eesmärk ei taga pakutavate tervishoiu-, KOV ja hariduse tugiteenuste kõrval inimeste vajadustele vastavat selget lisandväärtust.

Kehtiva regulatsiooni kohaselt on **nõuded rehabilitatsiooniteenuse meeskonnale samad nii SRT kui ka TRT puhul** (joonis 2). Samad spetsialistid pakuvad teenust taastusravi, tervishoiu- ja hariduse tugiteenuste raames ning KOV-de kaudu (nt logopeed, eripedagoog, füsioterapeut, psühholoog jne).²⁷

²³ Tervishoiuteenuste korraldamise seadus, 2023. Kätesaadav: <https://www.riigiteataja.ee/akt/110032011009?leiaKehtiv> Viimati kuvatud: 10.11.2023.

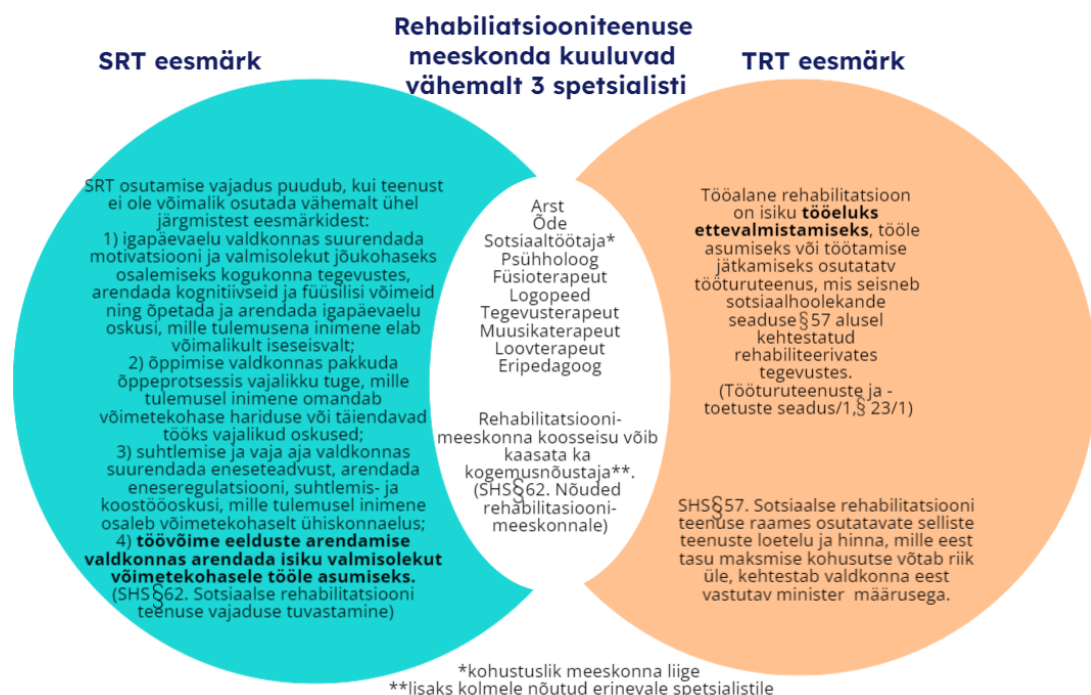
²⁴ Tervisekassa, 2022. Tervishoiuteenuste kasutus 2022. aastal. Kätesaadav: [Kõik teenused | Tervisekassa](#). Viimati kuvatud 10.11.2023.

²⁵ Tervisekassa, 2022. Ravikulude jaotus 2022. aastal. Kätesaadav: [Kõik teenused | Tervisekassa](#). Viimati kuvatud 10.11.2023.

²⁶ Andmed on esitatud alamteenusel (nt füsioteraapia jm) osalemise kuupäeva järgi. Seega andmetes ei kajastu kõikide osalemiste kõik tunnid, s.o mil teenus algas enne 2022. aastat või lõppes pärast 2022. aastat.

²⁷ 2016. aasta isikupõhiste tervishoiu- ja hoolekandsektori teenuse saamise analüüsi andmetel esines taastusravi ja SRT pakkumist samaaegselt 17% juhtudest ning neil juhtudel ei osutatud enamasti sama spetsialisti teenuseid. Dubleerimisest sai rääkida vaid laste puhul. Analüüs järeldas, et tõenäoliselt inimesed ei jõua vajalikele jätkuteenustele või käiakse rehabilitatsiooniteenusel saamata jäänud taastusravi asemel (nt füsioterapeudi teenus ilma eelneva taastusravita). Aavik, 2016.

Seega ei ole inimese vaatest teekond abini selge ja lineaarne, vaid võib sõltuda sellest, millise „ukse“ taha ta esimesena jõuab. Nii SRT-le kui ka TRT-le²⁸ võivad jõuda inimesed, kel on mõni ravietapp (nt taastusravi) või muu teenus (nt hariduse tugiteenused) vahele jäänud või olnud ebapiisav. Praegu on abini jõudmise teekond juhuslik. Nii eksperdid kui ka teenuseosutajad on SRT tulemuslikkuse uuringus välja toonud olukordi, kus inimene liigub ühe teenuseosutaja juurest teise teenuseni nii, et tema tegevuse sisu jääb samaks. Inimese lineaarse teekonna puudumine tekitab segadust nii teenuse saajates kui ka teenuse osutajatel ning raskendab eesmärkide seadmist.²⁹ Näiteks jõuavad SRT-le lapsed, kes ei ole saanud piisavas mahus hariduse tugiteenuseid või on läbi Rajaleidja suunatud rehabilitatsiooniteenuseid taotlema, kuigi vajadustest lähtuvalt proportsionaalsem oleks hariduse tugiteenuste³⁰ osutamine lapse igapäevakeskkonnas, mõni tervishoiuteenus või KOV lastekaitse tugi (nt vaimset tervis toetav kogukonna teenus või vanemlust toetavad teenused).



Joonis 2. SRT ja TRT eesmärkide sõnastus kehtivates seadustes ning rehabilitatsioonimeeskonda kuuluda võivate spetsialistide loetelu.

SRT eesmärk ei ole üheselt arusaadav, mistõttu ei ole teenus selgelt eristuv teistest riigi või kohaliku omavalitsuse tasandi teenustest³¹. SRT eesmärk on SHS-is reguleeritud teenusele õigustatud isikute sättes (SHS § 62), selgitades, millistel isikutel SRT vajadus puudub. SHS-s välja toodud loetelu võimalikest teenuse eesmärkidest on lai, võimaldades leida vastavus mõne toodud eesmärgiga pea iga inimese puhul. Samuti ei ole täpsustatud, kas teenuse osutamise eesmärk on inimese tegutsemisvõimet piiravale olukorrale eelneva olukorra taastamine, uute oskuste arendamine või toe pakkumine, et inimese tegutsemis- ja osaluspääs ei süveneks. **Teenuse ebaselge eesmärk ei toeta teenuse sisu kujundamist lähtuvalt inimeste vajadustest ning ei võimalda hinnata teenuse**

²⁸ Alates 01.05.2023 kehtivad TRT-le jõudmiseks kindlad kriteeriumid.

²⁹ Tamm, et al. 2021.

³⁰ Osa hariduse tugiteenuseid osutavate erialade spetsialiste on tervishoiutöötajad.

³¹ Aastal 2017 viidi läbi puudega lastega perede toimetuleku ja vajaduste uuring, milles osalenud peredele pakuti rehabilitatsiooniplaani raames järgmisi teenuseid: psühholoogi, füsioterapeudi, logopeedi, eripedagoogi, looverterapeudi, kogemusnõustaja, tegevusterapeudi, sotsiaaltöötaja teenust, nõustava arsti ja õe teenust, samal ajal said lapsed psühholoogi, füsioterapeudi, logopeedi ja eripedagoogi teenust nii haridussüsteemis haridusasutustes kui ka tervishoiusüsteemis taastusravina. Uuringus käsitleti antud teenuseid ühtsetena, seetõttu, et teenust tarbivad inimesed ei ole teadlikud piiridest sotsiaal-, tervishoiu- ja haridussüsteemi vahel. (Kallaste et al. 2017).

tulemuslikkust ja seega ka kvaliteeti. Ka SRT tulemuslikkuse uuringust nähtus, et eksperdid peavad kõige kriitilisemaks teemaks teenuse eesmärgistamist, eesmärkide seadmist koos inimestega ning vahetulemuste hindamist³². Praeguse teenuse korralduse puhul ei ole selge, millal peaks toimuma inimese teenuselt väljumine ning millal loetakse eesmärgid täidetuks.

Murekohaks on ka TRT ja SRT osaliselt kattuv eesmärk (vt joonis 2), mis muudab teenuse fookuse nii teenusele suunajate kui teenuse saajate jaoks hägusaks ning kahandab mõlema teenuse lisandväärtust.

Sihtrühma vajaduste osas on kattuvusi Sotsiaalkindlustusameti (SKA) enda korraldatavate muude teenustega. Näiteks on suur osa SRT-d saavatest inimestest erihoolekandeteenuse saajad (vt ptk 2), mis tähendab, et praegune erihoolekandeteenuse sisu ei taga osa teenusel olijate jaoks vajaliku toe pakkumist põhiteenuse integreeritud osana.³³

2. SRT-d on õigustatud saama inimesed, kes seda tingimata alati ei vaja ning teenust ei ole võimalik saada nendel, kellel oma abivajadusest lähtuvalt on teenuse vajadus.

SRT-d ei ole võimalik saada lastel ja täiskasvanutel, kellel ei ole tuvastatud puude raskusastet, kuid kellel on terviseseisundist tulenev abivajadus. Näiteks tööealised, kes vajaksid teenust taastusravi järgselt³⁴. Samas **teenus on õigustatud inimestele, kellel ei ole individuaalsetest vajadustest lähtuvalt mitme spetsialisti kombinatsioonis osutatava kompleksteenuse (SRT) vajadust.**

- 0-15-aastaste puudega lapse SRT (edaspidi puudega laste SRT)³⁵ sihtrühmas **piisab teenusele saamiseks puude raskusastme olemasolust**³⁶. Lapsevanema või eestkostja esitatud SRT taotlusele tehakse valdavalt positiivne suunamisotsus (94%).³⁷ Seega sisulist teenuse vajaduse hindamist teenuse korraldaja ehk SKA tasandil ei toimu. **Viimane tingib SRT spetsialistide ressursi kulu seal, kus seda tingimata vaja ei ole**, nt nende laste puhul, kellel on üksikteenuse, mitte SRT osutamisel nõutud (vähemalt) kolme teenusekomponendi vajadus.
- **KOV abivajava (AV) lapse SRT sihtrühmas** määrab lapse SRT vajaduse kindlaks KOV. Teenusele jõuavad lapsed, kelle puhul peaks KOV olema lapse abivajadusest lähtuvalt pakkunud eelnevalt tuge või teenuseid. Juhul kui pakutud meetmed ei ole tulemusi andnud, on KOV-il õigus esitada hinnanguvorm³⁸ ning juhtumiplaan SKA-le lapse SRT-le suunamiseks. Praktikast ei ole KOV-idel selget teadmist, millised on teenused või tugi, mida KOV peaks lapsele eelnevalt pakkuma ning seega ei ole ühist arusaama ega praktikast, millal suunata laps SRT-le. KOV AV lapse SRT vajaduse hindamisvorm ei võta arvesse SRT sisu, eesmärgi ega muid SHS § 62 lg 1 ning lg 2 toodud tingimusi, vaid seda, kas lapsel esineb abivajadus, mis võib olla seotud tema riskikäitumisega, vaimse tervise probleemide või vägivalda kogemisega³⁹. **Hindamise tulemusena ei otsusta SKA selle üle, milliseid teenuseid laps lähtuvalt enda vajadustest vajab, vaid selle üle, kas on täidetud SRT saamise alused.** Seega seos hindamise ja lapsel terviklikult hinnatud abivajadusele vastava teenuse valiku vahel puudub. 2018. aastal jõustunud SHS-i muudatuse eesmärkide kohaselt on KOV AV lapse

³² Tamm et al. 2021.

³³ Kõigist erihoolekandeteenusel olijatest 21% (N= 6426) said 2022. aastal SRT-d. Kõigist psüühikahäirega (Lg 5) tööealistest SRT saajatest 2022. aastal (N= 2893) moodustasid 48% (N=1376) erihoolekandeteenuse saajad.

³⁴ Taastusravi arstide sõnul (01.09.2023) ei ole osa juhtudel vajalik puude raskusaste tuvastamine, sest taastusravi võib anda hea tulemuse.

³⁵ [Laste sotsiaalne rehabilitatsioon | Sotsiaalkindlustusamet](#) (22.06.2023)

³⁶ 2022. aastal sai SRT teenust 64,4% lastest vanusegrupis 0-15 (9727 puudega last neist 6069 sai 2022.aastal SRT teenust).

³⁷ Üksikute taotluste puhul aastast teeb SKA negatiivse otsuse (2021. aastal 83 juhul ehk 2% kõigist taotlustest). 4% juhtudel (N= 159) menetlus lõpetati 2021. aastal – taotlus annulleerimise või tagasi võtmise tõttu. Allikas: Sotsiaalkindlustusamet.

³⁸ Hindamisvahend ning hindamine dubleerib osaliselt lähtuvalt hinnatavatest valdkondadest lapse abivajaduse hindamist (LasteKS § 28). Hindamisvorm: <https://sotsiaalkindlustusamet.ee/media/1076/download> (22.06.2023).

³⁹ SKA kodulehel on kirjeldatud KOV AV lapse sihtrühma järgmiselt: „Kui sul on mure oma lapse käitumisega, sh vaimse tervise probleemidega, ta on kogunud vaimset või füüsilist vägivalda, siis pöördu abi saamiseks kohaliku omavalitsuse lastekaitsespetsialisti poole.“ [Laste sotsiaalne rehabilitatsioon | Sotsiaalkindlustusamet](#) (22.06.2023)

sihtrühma vajadused erinevad puudega laste sihtrühma vajadustest⁴⁰, kuid SRT teenuseosutajad, korraldus, teenust osutavate spetsialistide ring ning sisu on samad. 2022. aasta andmetel on KOV-ide hinnatud⁴¹ lapse heaolus esinevate oluliste puudujääkidenä välja toodud pereliikmete omavahelised ebaterved suhted ning lastel esinevad eneseregulatsiooni raskused (agressiivsus vs distantseerumine) ja käitumisprobleemid, mis on tingitud puudulikkusest vanemlikust toest ja mittetoetavatest peresuhetest (vt VTK lisa 4).⁴² Seega jõuab teenusele lapsi, kes ise või kelle vanemad vajavad SRT asemel üksikteenuseid (KOV teenused, vanemlusprogrammid, hariduse tugiteenused, tervishoiuteenused ja lastekaitsetöö) ja/või teenuseid, mille osutamiseks seatavad nõuded spetsialistidele ning teenuse sisule on teistsugused kui praegused SRT nõuded (näiteks töö trauma- või vägivallakogemusega laste ja peredega, söömishäiretega jms).

- **Erihoolekandeteenuse ja SRT saajate kattuvus.** 48% (2022.a) psüühikahäirega tööelistest SRT saajatest on ka erihoolekandeteenuste saajad. Osa erihoolekande asutusi on lähtuvalt erihoolekandel olivate vajadustest taotlenud tegevusluba SRT teenuseosutajaks saamiseks ning on SRT teenuseosutajad. Erihoolekandeteenuste saajate rehabiliteerivate teenuste vajadus on sageli väiksem⁴³ kui nõutud SRT tingimused ette näevad – seega nad kas ei saa SRT suunamisotsust või saavad olukorras, kus tegelik teenuse vajadus on kitsam kui SRT osutamise nõuded. Seega ei taga praegune süsteem vajadustest lähtuvalt teenuse pakkumist neile, kes seda erihoolekandel olles vajavad, ning teiseks pakutakse ressursse (spetsialistide tööaeg, hindamised, juhtumikorraldus jm) üle seal, kus sellises mahus vajadus puudub. Lisaks on teenusele jõudmise logistika ning juhtumikorraldus keeruline nende erihoolekandeteenusel olivate puhul, kus teenuseosutaja on eraldiseisev asutus⁴⁴.
- **Vanaduspensioni ootel päästeteenistuse toetuse saajad.** SHS § 59 lg 1 p 7 alusel on sotsiaalse rehabilitatsiooni sihtrühmaks päästeteenistuse seaduse §-s 19 sätestatud vanaduspensioni ootel oleva päästeteenistuja toetust saav isik, kellel on tuvastatud puude raskusaste ning sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse vajadus. Viimasel viiel aastal ei ole sellised inimesed teenust saanud.
- **Esmasesse psühhoosi haigestunud isikuid** oli 2022. aastal teenuse saajate hulgas 35. Antud sihtrühma SRT õigustatud isikute hulka lisamisel 2020. aastal prognoositi, et teenuse vajadus sihtrühmas on 300 inimest⁴⁵ aastas. Kuna tegemist on vaimse tervise probleemiga inimestega, kellel esmaselt tegeleb tervishoid (sh on vajalik ravi), oleks tõhus pakkuda esmasesse psühhoosi haigestunud inimestele ning nende lähedastele ravi, esmast tuge ning nõustamist toetavate tervishoiuteenustega, mitte suunata inimene edasi SRT-le, kui samal ajal on vajalik jälgida inimese tervislikku seisundit.

Eraldi sihtgrupina on oluline välja tuua haridust omandavad lapsed, kes 16-aastaseks saades peavad läbima töövõime hindamise ja/või puude raskusastme tuvastamise selleks, et saada kompleksse

⁴⁰ 2018. aastal jõustunud muudatusega loodi võimalus SRT-d saada riskikäitumisega lastel (SHS § 59 lg 1 p 2).

⁴¹ KOV-ide täidetud „[Lapse sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse vajaduse hinnangu vormil](#)“.

⁴² Sotsiaalkindlustusamet (2023)

⁴³ Kõigi suunamisotsuse saavate või kohtumääruse alusel teenusele jõudvate inimeste puhul viiakse läbi abi- ja toetusvajaduse hindamine, kuid erihoolekandeteenusel (EHK) olivate vajadusi tervikuna ei ole SKA analüüsinud. Seega puudub täpne ülevaade EHT saajate rehabiliteerivate teenuste vajadustest. Erihoolekandeteenuste Pakkujate Liidu kaardistatud (august 2023) ülevaade kohaselt vajavad erihoolekande saajad enamasti kahe SRT spetsialisti teenust – seega osa saajaid, kel on vähem kui kolme spetsialisti poolt osutavate teenuse vajadus kas ei kvalifitseeru teenusele või pakutakse SRT all teenuseid, mida inimene tegelikult ei vaja. Esmase hinnangu keskmisele teenusvajadusele sihtrühmast lähtuvalt on järgmine: 1) kogukonnas elamine: kogemusrõustaja ja psühholoog; 2) ööpäevaringne teenus (sh intellektihäirega ja kohtumäärusega inimesed): tegevusterapeut (KKT), hipoteraapia, loovteraapia; 3) mõõduka intellektihäirega inimesed: eripedagoog, loovterapeut; 4) äärmusliku abivajadusega inimesed: füsioterapeut ja loovterapeut; 5) autismispektriga inimesed (IET, ÖET): eripedagoog ja perenõustamine; alkoholisõltlased: psühholoog.

⁴⁴ Erihoolekandeteenuse tegevusjuhendaja tööaega ei mahu inimese saatmine SRT teenuseosutaja juurde, kui teenuseosutaja ei ole sama asutus, mis erihoolekandeteenuse osutaja. SRT teenuseosutaja juurde jõudmine sõltub inimesest endast või tema lähedaste toest. SRT tegevuskava ning erihoolekandeteenuse tegevuskava ei ole sageli kõrvutatud ega ühtlustatud, mistõttu see ei moodusta inimese vaatest terviklikku sekkumist ja toe paketti. Halvemal juhul võivad SRT ja erihoolekandeteenuse tegevused olla vastupidiste eesmärkidega.

⁴⁵ Sotsiaalhoolekande seaduse, puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduse ning tööturuteenuste ja -toetuste seaduse muutmise seadus 146 SE.

vajaduse korral rehabiliteerivaid teenuseid – vastavalt SRT-d (sh olles varasemalt õigustatud SRT-le) või juhul, kui hinnatakse, et lapsel on osaline töövõime, TRT-d. Selline lahendus on lapse ja pere jaoks kurnav, sest abi tuleb leida erinevatest süsteemidest ning läbida korduvalt hindamisi, kuna nii puude raskusastme taotlemise kui töövõime hindamise eelduseks on ajakohased terviseandmed. Suur osa rehabilitatsiooniteenust vajavatest lastest kukub teenuse saamise enneaegse katkestuse tõttu teenuselt välja: 84% lastest, kelle suunamine SRT-le lõppes 15-aastaselt, ei jõudnud 1,5 aasta jooksul uuesti SRT-d taotlema⁴⁶. Vanuseliste üleminekutega muutuvad teenuse mahud, suunamisotsuse lõppedes on vaja koostada uus tegevuskava või rehabilitatsiooniplaan, mis tekitab katkestusi teenuse saamisel ning halduskoormust nii spetsialistidele, asutustele, teenusesaajale kui tema lähedastele. Kui 16-17-aastased lapsed kuuluvad täna tööealiste SRT või TRT saajate hulka, võib nende kui laste tervikliku heaolu hindamine jääda tagaplaanile.

3. SRT-I teenusvajaduse hindamine on puudulik ning see ei ole seotud teenuse eesmärkide seadmise ja teenusel läbiviidavate tegevustega ega võimalda hinnata teenuse osutamise tulemuslikkust

SKA-I on kohustus määrata kindlaks SHS §-s 59 nimetatud isikute SRT vajadus lähtudes:

- eesmärkidest, mille esinemisel on õigustatud SRT osutamine;
- inimese toimetuleku-, tegutsemis- ja osalusvõimest, terviseseisundist ja
- andmetest Eesti Töötukassa osutatud töörututeenuste kohta (SHS § 62).

Kehtiva regulatsiooni kohaselt ei hinda SKA kõigi teenuse saajate puhul süsteemselt teenusele suunatud inimese tegutsemis- ja osaluspiirangud, et määrata kindlaks, millega tuleks teenusel iga inimese puhul täpsemalt tegeleda. SKA hindab teenusesaaja vajadusi vaid tööealiste puhul abi- ja toetusvajaduse hindamisvahendiga. 2016. aastast hindab SKA tööealiste teenusesaajate teenusevajadust kasutades selleks kaht erinevat hindamisvahendit:

- puudega ja/või puuduva töövõimega tööealiste ja vanaduspensioniealiste puhul (16-aastased ja vanemad) hinnatakse teenusevajadust WHODAS 12 punkti hindamisvahendiga⁴⁷.
- psüühikahäirega tööealiste puhul kasutatakse abi- ja toetusvajaduse hindamisvahendit, mida kasutatakse ka erihoolekande taotlejate puhul (18-aastased⁴⁸ ja vanemad).
- esmasesse psühhoosi haigestunud isiku (SHS § 59 lg 1 p 9) puhul on ravimeeskonna hinnang SRT teenusele suunamise otsuse aluseks ning SKA-s eraldi hindamist ei toimu⁴⁹.

Laste sihtrühmas SKA tasandil lapse individuaalsete vajaduste hindamist ei toimu. Rehabilitatsiooniplaani koostamisel on piiritletud sihtrühma põhiselt, millised erinevad spetsialistid peavad osalema plaani koostamisel lähtuvalt sellest, milline on inimese tegevusvõime (SHS § 69 lg 3). On nõutud, et rehabilitatsiooniplaanis peab sisalduma hinnang, kuid ei ole nõutud, et teenuse saamise eesmärk ning eesmärgini viivad tegevused peaksid kirjeldatud hinnangust lähtuma selliselt, et hinnang, eesmärk, teenuse sisu ning tulemuslikkus oleksid omavahel mõõdetavalt ning põhjuslikult seotud. Kui

⁴⁶ 2021. aastal lõppes 270 lapsel (247 puudega 0-15aastast ning 23 KOV abivajava lapse SRT saajat) suunamine SRT-le ning järgneva 1,5 aasta jooksul taotles 16-17aastasena SRT-d 42 last.

⁴⁷ SRT hindamisvahendina võeti 01.01.2016, mil rakendus rehabilitatsioonivajaduse hindamine SKA-s, kasutusele WHODAS 36 punkti küsimustik. Küsimustiku kasutamise väljaõpe oli juhtumikorraldajatel. WHODAS 12 punkti küsimustik võeti täiendavalt kasutusele 01.04.2019. Hetkel SKA-s WHODAS 36 punkti hindamisvahendit, mis oleks sobiv ka psüühikahäirega tööealiste puhul, ei kasuta. WHODAS 12 punkti hindamisvahendil ei ole omanikku, seega ei ole ülevaadet ega kindlaid põhimõtteid, millest lähtuvalt, kas ja kuidas võiks hindamisvahendit täiendada. WHODAS hindamisvahend on seotud RFK koodistikuga.

⁴⁸ Sotsiaalkindlustusamet võib erihoolekandeteenuse järjekorda panna vähemalt 16-aastase teenust saama õigustatud isiku juhul, kui tema toetusvajaduse hindamisel on tuvastatud erihoolekandeteenuse vajadus. Seega kasutatakse hindamisvahendit ka 16-17aastaste ehk tööealiste laste puhul, kellel on väljavaade jõuda erihoolekande teenusele.

⁴⁹ Sotsiaalkindlustusamet (2020a)

rehabilitatsiooniplaani või tegevuskava koostamisel peavad lähtuvalt inimese tegevusvõimest ning sihtrühmast osalema kindlad erialaspetsialistid, siis SRT osutamisel sellist nõuet ei ole⁵⁰.

SKA ja teenuseosutaja hindamised ei ole omavahel seotud⁵¹, mis tähendab, et inimese vaatest toimub kahekordne hindamine, mis on ressursikulukas nii teenuse kasutajate, spetsialistide tööaja kui teenuse hinna mõttes. Teenuseosutaja kasutab praktikas harva SKA läbiviidud teenuse vajaduse hindamise tulemusi – need edastatakse SKA poolt teenuseosutajale päringu põhised. Teenuseosutaja annab kliendi vajadustele enda hinnangu. Laste sihtrühmas on rehabilitatsiooniplaani osaks hinnang lapse vajadusele⁵². SRT tegevuskavades on eesmärkide sõnastuste kvaliteet väga erinev – sõnastused on sageli mittemõõdetavad ja kirjeldavad pigem teenust või spetsialisti tegevusi, mitte oodatavaid muutusi, mida need tegevused peaksid esile kutsuma teenusesaajas. Samuti pole võimalik eesmärkide saavutamist ning teenuse tulemuslikkust hinnata. SRT-s seatud eesmärkide täitumine SRT käigus on pigem madal⁵³. Erialaliitude esindajate⁵⁴ sõnul on murekohaks inimese vajaduste kohta hinnangu andmine ning eesmärkide seadmine SRT teenuseosutaja meeskonda kuuluva spetsialisti poolt, kellel ei ole pädevust hinnatavates valdkondades, mis eeldavad erialaspetsialistide pädevust või on hindav(ad) spetsialist(id) madalama haridustasemega kui teenust osutavad spetsialistid ning vastupidi.

4. Sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuste puhul ei ole tagatud, et inimesele osutatava teenuse sisu vastab tema individuaalsetele vajadustele, lähtub parimast teadmisest valdkonnas ning et teenuse osutamine on ühetaoline teenuseosutajate üleselt

Teenuseosutaja lähtub teenuse osutamisel rehabilitatsioonimeeskonda kuuluvatest spetsialistidest, mis ei võimalda inimese vaatest vajaduspõhist individuaalset lähenemist. Lisaks tuleb ette olukordi, mil teenuseid pakutakse lähtuvalt sellest, millised konkreetsed spetsialistid teenuseosutaja meeskonnas parajasti olemas on. Selline teenuse korraldus on kulukas ega lahenda tegelikult inimese abivajadust.

Rehabilitatsiooniprotsessis on senine rõhuasetus olnud multidistsiplinaarsel hindamisel, plaanide koostamisel, erialapõhiste üksikteenuste osutamisel ning plaani elluviimise juhendamisel, kuid puudub kvaliteetne ja tulemuslik sekkumine⁵⁵. Rehabilitatsiooniteenuse osutaja on teenuste pakkumises vaba, piiravaks on etteantud teenusemahu limiit⁵⁶ ning lähtuda tuleb kolme spetsialisti poolt teenuse osutamise nõudest. Tööealistele ja vanaduspensioniealistele toimub teenuse osutamine tegevuskava või sobiva rehabilitatsiooniprogrammi (SHS § 69)⁵⁷ olemasolu korral ka rehabilitatsiooniprogrammi alusel⁵⁸. Ülevaade sellest, kui paljude SRT teenusesaajate puhul toimub teenuse osutamine SKA kinnitatud programmide alusel, puudub.

5. Praegune rehabilitatsiooniteenuste korraldus ei taga sihtrühma vajadustele vastavat teenuse osutamist, kvaliteeti ning arengut.

⁵⁰ Rehabilitatsiooni meeskonnas on ühe sotsiaaltöötaja nõue, kes ei täida alati eraldi eksperdi rolli, vaid kelle ülesandeks on ka juhtumikorralduslik, võrgustikutöö. Praktikas on võimalik ka olukord, kus plaani koostaja on vähem pädev või teadlik antud tegutsemis- või osaluspääsvaldkonnas kui spetsialist, kes inimesele vahetult teenust osutab.

⁵¹ Nt Töötukassa jõustas alates 01.05.2023 kohustuse lähtuda TRT planeerimisel tööviimehindamise (edaspidi THV) ekspertiisi ja juhtumikorraldaja hinnangu andmetest. THV-s on tuvastatud meditsiiniliselt kinnitatud piirangud inimese tegevus- ja osalusvõimes. Teenuseosutajal on kohustus nendest andmetest ja ootustest lähtuda.

⁵² Teenuseosutajate kasutatavate hindamisvahendite, mida kasutades lapse kohta hinnang kujuneb, kohta SKA-I ülevaade puudub.

⁵³ Tamm et al. 2021.

⁵⁴ Eesti Logopeedide Ühing ja Eesti Eripedagoogide Liit, 2023.

⁵⁵ „Tööle saamist toetavad hoolekandemeetmed 2010-2013“. Alates 2016. aastast SKA-s täisealistele rehabilitatsiooniplaane ei koostata. Toimub nn teenuse vajaduse „eelhindamine“. Täisealiste tegevuskava koostamisel põhjalikku individuaalset hindamist ei ole.

⁵⁶ RT I, 18.01.2023, 5.

⁵⁷ Sotsiaalkindlustusamet (2023d).

⁵⁸ Kinnitatud kehtivaid programme on 2023. aastal novembri seisuga kaks ([Rehabilitatsiooniteenuste osutajatele | Sotsiaalkindlustusamet](#)).

Teenuseosutajale esitatavad nõuded ei taga teenuse kvaliteeti⁵⁹. Tegevusloa väljastamise tingimused⁶⁰ on madalad ega taga, et SRT ja TRT tegevusloa saab asutus, kellel on olemas eeldused kvaliteetseks teenuse osutamiseks. Tegevusloa nõuded on seotud meeskonnaliikmetega, kelle arvust ning pädevusest sõltub teenuse kvaliteet. Samas ei ole meeskonna komplekteerimise nõuded üheselt mõistetavad, mis raskendab järelevalvet nõuetele vastavuse üle ning seatud miinimumnõuded ei taga püsivalt piisavat kvaliteeti erineva vajadusega inimestele teenuste osutamiseks.

Peamised probleemid:

- SRT meeskonnas peab olema tegevusloa saamiseks kolm spetsialisti, kuid praktikas on olukordi, kus aktiivselt osutavad teenuseid vähem kui kolm spetsialisti.
- Kohustus läbida rehabilitatsiooni baaskoolitus on vaid ühel rehabilitatsioonimeeskonna liikmel, kuid ainult ühe spetsialisti koolitamine ei taga meeskonna valmisolekut teenuse järjepidevaks osutamiseks ning ei taga (meeskonna)tööks vajalikke oskusi.
- Rehabilitatsiooni baaskoolituse õppekava ei vasta aktuaalsetele vajadustele: vajalik on nt Rahvusvahelise Funktsioneerimisvõime Klassifikaatori (RFK)⁶¹ tundmine, et rehabilitatsiooniteenuse osutaja oleks pädev tegutsema võttes arvesse inimese terviseseisundist tingitud piiranguid, oskusi, soove ja ressursse.
- Spetsialistidel on bakalaureusekraadi nõue⁶², millega ei ole osa erialadel (nt logopeed, eripedagoog) tagatud vajalikud pädevused ja mis ei taga kvaliteetse teenuse osutamist. Oluline on jälgida, kas õppekava sisu annab rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks vajalikud oskused – lähtuda ei saa vaid lõpetatud eriala nimetusest.⁶³

SRT korraldamisel ja osutamisel puudub selge rollijaotus, mis tingib teenuse madala kvaliteedi. SKA rolli teenuse korraldajana teenuse kvaliteedi tagamisel on vähene. SKA ei tegele teenuse sisu suunamise, jooksva seiramise ega tulemuslikkuse hindamisega. Õiguslikult võtab SKA üle tasu maksmise kohustuse – teenuse sisu eest vastutuse kandmine on hajunud. Praegune SHS-ist tulenev SKA ülesannete kirjeldus ei võimalda ühest arusaamist ülesannete sisust, täitmise eesmärgist ja oodatavast tulemusest.

Peamised probleemid:

- Puudulik jooksev ülevaade sellest, millal inimene realselt teenust saama hakkab, kas pakutavad teenused vastavad inimesel hinnatud vajadustele, teenuse alustamisel kokku lepitud plaanile või kavale. SKA on valmis inimest toetama teenuseosutaja valikul ning registreerimisel, kuid see eeldab teenusesaajalt SKA-lt abi palumist ning viimast tehakse praktikas harva.
- Tööealiste puhul ei hinnata teenuse saamise perioodil seatud eesmärgi jooksvalt üle. Kui tegevuskava muudetakse, siis teenuseosutaja ei pea seda SKA-le kinnitamiseks esitama. SRT suunamise lõppedes koostab teenuseosutaja teenuse tulemuslikkuse hinnangu, mis edastatakse SKA-le, kuid SKA ei hinda, kas eesmärgid teenuse osutamisel said täidetud. SKA vaatab üle teenuse tulemuslikkuse hinnangu, kui sama inimene esitab uue taotluse teenuse saamiseks⁶⁴. Seega nii

⁵⁹ TRT puhul viitab teenusesaajate tagasiside sellele, et senisest enam peaks teenuse fookus olema töötamise toetamisel. 2022. a detsembris läbiviidud Töötukassa teenuste kvaliteediuuringus pigem ei nõustunud või ei olnud üldse nõus 13% vastanutest (176 inimest vastas kokku) väitega, et "Peale tööalast rehabilitatsiooni saan paremini hakkama oma õpingutega/tööülesannete täitmisega/minu tööle asumise tõenäosus on suurenenud". Keskmisest madalam (4 palli skaalal 3,28) oli rahulolu ka õpingutega/tööülesannete täitmisega hakkamasaamisega pärast tööalase rehabilitatsiooni saamist. (Turu-uuringute AS, 2022).

⁶⁰ Rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks tegevusluba, kui rehabilitatsiooniteenuse osutaja ja rehabilitatsioonimeeskond vastavad käesoleva seaduse §-des 66 ja 68 sätestatud nõuetele.

⁶¹ RFK koodistik võimaldab jälgida muutust tegutsemis- ja osaluspääringutes, seada teenuste üleseid eesmärgi ning luua eri valdkondades kasutatav ühine tegevuskava.

⁶² Haridusnõuded on kehtestatud sotsiaalhoolekande seadusega ning nende täitmist kontrollib SKA tegevusloa väljastamise kontekstis.

⁶³ Eesti Eripedagoogide Liidu ja Eesti Logopeedide Ühingu pöördumine sotsiaalministeeriumi poole (2023).

⁶⁴ Keskmiselt 64% teenusele suunamisotsuse saanud inimestest jõuavad teenust saama mitmeid kordi, sh sihtrühmiti on see erinev: 0-15-aastaste puudega laste puhul oli 2022. aastal (vaatlusperioodi algusega 2016) korduva otsusega teenusele saabunud 73%, KOV abivajavatest lastest oli korduvaid aga ainult 17%, psüühikahäirega tööealiste seas 65%, puudega töö- ja pensionialistest 60% (joonis 13, VTK lisa 3).

individuaalne kui analüütiline ülevaade teenuse tulemuslikkuse osas SKA-I kui teenuse korraldajal ja teenusele suunajal puudub.

Teenuse hinnastamismudel ei taga teenuse kvaliteeti.

- Teenuseosutajatel on tulusam pakkuda rehabilitatsiooniteenust pigem Töötukassale kui SKA-le. SRT teenuse hinnad on võrreldes TRT ja Tervisekassa võrreldavate teenuste hindadega kõige madalamad (tabel 1, VTK lisa 3). SRT-s pakutavate teenuste hinnad on kuni kolm korda madalamad TRT puhul samadele spetsialistidele makstavast tunnihinnast⁶⁵. Hinnast lähtuvalt võivad teenuseosutajad eelistada TRT saajat SRT saajale – näiteks tööealist TRT klienti puudega lapsele teenuse osutamisel, või eelistavad pigem osutada teenust tervishoiuteenusena.
- Teenustunni hindadest tulenevalt võib oletada, et Eestis on asutusi, kes vastavad sisuliselt SRT-d osutava asutuse tegevusloa nõuetele, kuid kes ei ole soovinud tulla SKA lepingupartneriks SRT osutajana või kes on sellest loobunud. Kvaliteetset teenust osutavate teenuseosutajate vähesuse tõttu võib SRT-le õigustatud ning suunamisotsusega inimene (nt harvaesineva vajadusega inimese puhul) jääda vajaliku teenuseta sõltumata sellest, et teenuse limiit seda lubaks.
- Kehtivad teenuseliimid ei taga vajadustele vastavat abi kõigis SRT sihtrühmades (nt raske ja sügava nägemispuudega inimestele)⁶⁶. Samas puudub võrdlev ülevaade sihtrühmade kaupa hinnatud teenusvajadusest, tegelikult osutatavast teenuste mahust võrdluses vajaduse põhjal koostatud rehabilitatsiooniplaanide, -tegevuskava või programmidega. Seega hinnang limiitide mittevastavusest vajadustele on tinglik.

Teenuse osutamine ei ole teenuse saajale läbipaistev. SRT-d saaval inimesel puudub jooksev ülevaade talle koostatud tegevuskavast, selle täitmisest, osutatud teenustundide arvust ning teenuseliimidi jäägist. Seetõttu ei tea teenusele suunatud inimene jooksvalt (digitaalselt) ilma teenuseosutajalt eraldi küsimata, kui palju tal on veel võimalik teenust saada. SKA iseteeninduskeskkonnas sellisele isikupõhisele infole ligipääs puudub. Praktikas esineb olukordi, kus inimese kohta on esitatud arve teenustundidele, mida inimene saanud ei ole või mis ei ole vastanud temal hinnatud vajadustele. Tervikpildi koondamist takistab ka vastava digitaalse infovahetuse puudumine teenuseosutajate ja teenusele suunaja vahel ning vananenud infosüsteem (vt p. 6).

6. Rehabilitatsiooniteenuste⁶⁷ andmevahetus ei taga sujuvat teenuseosutamist, sh valdkondade üleselt. Olemasolev andmevahetus ning puudulikud infotehnoloogilised lahendused ei taga inimese vaatest sujuvat teenuse korraldust alates abivajaduse märkamisest ning proaktiivsest toe pakkumisest kuni teenuse tulemuslikkuse ja mõju hindamiseni nii üksikisiku kui teenusekorraldaja tasandil.

Andmevahetuse puudustega seotud ülevaade on toodud SHS jt seaduste VTK-s⁶⁸. Peamiseks probleemiks on valdkonna siseselt ja valdkondade üleselt inimese kohta olemasolevate andmete kasutamist võimaldavate infosüsteemide lahenduste puudumine. Viimane tingib selle, et inimene või tema lähedased peavad enda kohta olemasolevaid andmeid paberil või digifailidena asutusest asutusse liigutama. Inimesel puudub ka võimalus digitaalses keskkonnas näha, mis mahus ja milliseid teenuseid tal on võimalik saada. Probleemiks on ka see, et inimese kohta käivate andmete kirjeldamiseks ja dokumenteerimiseks kasutatakse erinevaid viise, mis ei võimalda info omavahelist kokku viimist. Puudulikud on ka andmete vahetamiseks vajalikud õiguslikud alused.

⁶⁵ Näiteks SRT kogemusnõustaja grupiteenuse hind on 3 korda madalam, sotsiaaltöötaja ja loovterapeudi grupiteenuste hinnad 2,5 korda madalamad kui samade teenuste hinnad TRTs (tabel 1, VTK lisa 3).

⁶⁶ Eesti Puuetega Inimeste Koja sisend edastatud e-kirjaga 16.08.2023.

⁶⁷ TRT raames on töövaldkonna ning teenuse siseselt tagatud digitaalne, turvaline ja kiire andmevahetus, sh varasemate hindamistulemuste ja kliendi taustaandmete kättesaadavaks tegemine teenuseosutajatele.

⁶⁸ Sotsiaalhoolekande seaduse jt seaduste muutmise eelnõu väljatöötamise kavatsus (2023).

Olulise probleemina tuleb välja tuua ka seda, et kõik SRT teenuseosutajad⁶⁹ ei kasuta rehabilitatsiooniteenuse tarkvara, andmevahetus teenusekorraldajaga on puudulik ning tingib teenuseosutajate jaoks suure halduskoormuse.

7. Laste vanuse erinevate seadustes põhjustab laste ebavõrdse kohtlemise

Lapse vanuse ja tööealisuse defineerimine seadustes ei ole omavahel kooskõlas ega toeta puuetega laste ja nende perede heaolu terviklikult. Lapse või lapsega mõistet defineeritakse lastekaitseseaduses (LasteKS), puuetega inimeste sotsiaaltoetuse seaduses (PISTS) ning töövõimetoetuse seaduses (TVTS) erinevalt⁷⁰. Erisused seadustes toovad kaasa ka selle, et kui puudega laps saab 16-aastaseks, mil lõppeb puude raskusastme tähtaeg, tuleb tal sisuliselt teha valik, kas läbida töövõimehindamine, mis on vajalik TRT saamiseks. Tööealise vanuserühmas on SRT saamine võimalik teistel alustel kui 0-15-aastasena puudega lapse sihtrühmas. Erivajadusega laste vanemate⁷¹ jaoks on lapse 16-aastaseks saades töövõime hindamise⁷² süsteemi liikumise põhjendatus ebaselge, sest selles vanuses lapsed õpivad ja neil ei ole üldjuhul seost veel tööturuga (98% 16–17-aastaseid puudega noori jätkavad õpinguid)⁷³. Sisuliselt hinnatakse ka TVH menetluses last ja tema võimeid arvestades teda kui õppijat⁷⁴, kuigi TVH otsus annab formaalselt hinnangu tema töövõimele.⁷⁵ Viimane tekitab TVH otsuse saajate hulgas segadust.

Puuduva töövõime korral on lapsel õigustatus töövõimetoetusele, mis sisuliselt on mõeldud asendussissetulekuna. Arvestades, et valdav osa lapsi, kellel on puuduv töövõime, õpivad, ei vasta töövõimetoetuse saamine antud sihtrühmas selle meetme sisulisele eesmärgile.

III REHABILITATSIOONITEENUSTE KORRALDUSE REGULATIIVSED MUUDATUSED

1. Korraldada tervishoiusüsteemi kaudu teenuste osutamine inimestele, kes terviseprobleemist tingitud abivajaduse tõttu vajavad toetavaid, rehabiliteerivaid üksikteenuseid või rehabiliteerivaid sekkumisi

Inimesele loogilise ning ühetaolise abiteekonna loomiseks tuleks tervishoiuteenuste korraldamine ning rahastamine viia ühtsetele alustele. **Ettepanek on praeguse rehabilitatsiooniteenuste eelarve abil suurendada tervishoiuteenuste mahtu – mõeldes nii praeguseid tervishoiuteenuseid (nt füsioteraapia, logopeediline ja psühholoogiline ravi) kui ka tulevikus TTKS-i reguleerimisalasse ja seejärel Tervisekassa rahastuse alla hõlmataavaid teenuseid.** Paralleelselt kooskõlastamisel olev TTKS-i muutmise VTK-s tehakse ettepanek lisada praeguste tervishoiuteenuste hulka või kõrvale edendus- ja ennetusteenused ning psühhosotsiaalsed teenused⁷⁶. **Lisaks tuleks kompleksse või spetsiifilise terviseseisundist tuleneva abivajadusega inimeste toetamiseks arendada uusi sekkumisi.** Teenuste pakkumine peaks lähtuma inimese tuvastatud vajadustest – terviseseisundist tingitud tegutsemis- ja

⁶⁹ Infosüsteeme kasutab suur osa nendest SRT teenuseosutajatest, kes on korraga SRT ja TRT teenuseosutajad.

⁷⁰ LasteKS alusel loetakse lapseks kõiki alla 18-aastaseid (0-17-aastaseid, 18 v.a). PISTS tähendus on puudega laps alla 16-aastane (0-15-aastane, 16 v.a).

⁷¹ Eesti Päevaleht, 07.11.2022.

⁷² 15-17-aastaste töövõime hindamiste arv 2022. aastal oli 1154. Pooltel neist (N= 603) tuvastati osaline töövõime, ühe kolmandikul (N=403) aga puuduv töövõime. (Töötukassa, 2022)

⁷³ 2018. aasta andmetel oli 16-17-aastaseid osalise või puuduva töövõimega lapsi 1348, neist 1% ei osalenud hariduses. Sotsiaalministeeriumi analüüs, 2019.

⁷⁴ Töötukassa ekspertide intervjuudest Innosprindi töörühmale (kevad 2023).

⁷⁵ HTM-il on kavas teha ettepanek muuta õpikohustusiga. Tööversioon õpikohustuse komponentide sõnastusest: õppimiskohustuse definitsiooni komponendid: kuni keskhariduse omandamiseni või Kutse või Erialase tasemeõppe omandamiseni või 18-aastaseks saamiseni.

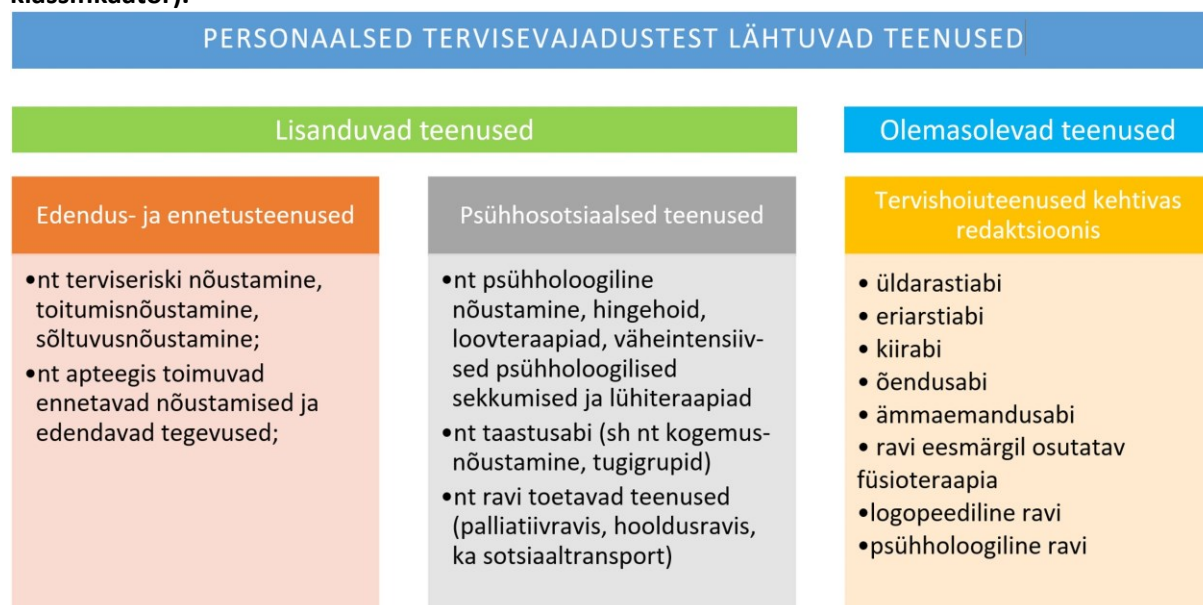
⁷⁶ EISI (Sotsiaalministeerium: 2023).

osaluspiirangutest. Tervisest tulenevale abivajadusele vastavate teenuste rahastamine tuleks korraldada läbi tervisevaldkonna. Töötukassa jätkab vajaduspõhiste tööturuteenuste osutamiseiga inimestele, kellel on kompleksed piirangud tööle naasmisel või töökoha säilitamisel.

TTKS VTKs sisalduvate ettepanekute realiseerumisel hakatakse tervishoius edaspidi raviteenuste kõrval senisest enam pakkuma taastusabi, ennetavaid teenuseid, psühhosotsiaalseid teenuseid ning rehabiliteerivate tegevusega enam seotud taastusravi (vt joonis 3)⁷⁷. Raviteenuse kõrval aitavad need inimesel taastuda ning oskusi omandada, et iseseisvalt toime tulla või ennetada seisundi halvenemist.

Inimesele vajaduspõhiselt (rehabiliteerivate) tervishoiuteenuste/sekkumiste osutamine

Tervishoiuteenuse osutaja roll peaks olema inimese tervise seisundist tingitud tegutsemis- ja osaluspiirangute hindamine ning hindamise tulemusest lähtuvalt teenusvajaduse otsustamine, teenusele suunamine ning teenuse osutamine. Sobiva sekkumise/teenuse vajaduse tuvastamine peab tuginema individuaalsele vajaduse hindamisele. See tähendab, et tervishoiutöötaja kirjeldab lisaks diagnoosi panemisele inimese vajadusi standardses keeles ning tuvastab ka tema tervisest tuleneva abivajaduse. Selleks, et tervishoiutöötaja saaks inimese vajadusi ühetaoliselt kirjeldada, tuleks **võtta tervishoiuteenuste osutamisel kasutusele ühtne andmevahetuskeel (RHK-11 haiguste klassifikaator).**



Joonis 3. TTKS-i alusel tulevikus reguleeritavate teenuste võimalik spekter. Allikas: TTKS-i muutmise VTK.

RHK 11, mille üheks osaks⁷⁸ on ka RFK⁷⁹, on oluline tugi tervise- ja sotsiaalvaldkonna andmevahetuse integratsioonis. Inimesele tervikliku abi pakkumise eesmärgil on oluline, et inimese funktsioneerimisvõimet puudutavate andmete kiire ja digitaalne kättesaadavus oleks tagatud kõigile osapooltele, kes neid andmeid vajavad (sh sotsiaal- ja haridusvaldkonna spetsialistid nii riigi kui ka KOV tasandil). RFK kaudu inimeste tegutsemis- ja osaluspiirangute kirjeldamise puhul peaks esmane sisend tulema tervishoiusüsteemist (perearst, raviarst vms) standardiseeritult ning oluline on, et tervise infosüsteemides kajastuvad andmed vastaksid inimese tegelikule seisundile (mitte vaid diagnoosi info)

⁷⁷ 2023. aasta oktoobrist lisanud tervishoiuteenuste loetellu üldarstiabi, eriarstiabi, kiirabi, iseseiseva õendusabi ja ämmaemandusabi kõrval iseseisvalt füsioteraapia, logopeediline ravi ja psühholoogiline ravi. (Psühhiaatrilise abi seaduse...).

⁷⁸ Lisaks on RHK-11 osa WHODASi 36 küsimusega küsimustik.

⁷⁹ RFK on klassifikatsioon, mille alusel on võimalik dokumenteerida inimese funktsioneerimisega ehk igapäevase toimetulekuga seotud infot, kasutades kirjeldava hinnangu asemel koodi ning probleemi ulatust väljendavaid määrajaid. RHK annab aluse inimese terviseolukorra ehk diagnoosi kodeerimiseks, RFK aga tervikliku raamistiku tema funktsioneerimisega seotud info talletamiseks. (Hanga, 2020)

ning oleksid täpsed ja usaldusväärsed⁸⁰. Kui tervise infosüsteem sisaldab tulevikus infot patsiendi funktsionaalsete piirangute kohta, on nende andmete pinnalt võimalik inimesele pakkuda talle vajalikke teenuseid ka proaktiivselt.

Komplekse või spetsiifilise abivajadusega inimestele nende terviseseisundit tulenevate (rehabiliteerivate) sekkumiste arendamine

Oluline on arendada terviseseisundist tulenevate komplekssete või spetsiifiliste vajadustega inimestele pakutavaid rehabiliteerivaid sekkumisi⁸¹, mis aitavad piirangutega võimalikult iseseisvalt toime tulla või ennetada seisundi halvenemist. Sekkumiste puhul tuleb arvesse võtta terviseseisundist tingitud tegutsemis- ja osaluspiirangute ajalist kestust – kas tegemist on lühi- või pikaajaliste piirangutega ning milline on üksikteenuste või kompleksse/spetsiifilise sekkumise lineaarne järgnevus konkreetse seisundi ning tegutsemis- ja osaluspiirangute puhul. Esialgse kaardistuse põhjal võiksid arendatavad sekkumised olla adresseeritud järgmistest terviseprobleemidest tingitud tegutsemis- ja osaluspiirangutele (joonis 4).



Joonis 4. Tegutsemis- ja osaluspiiranguid põhjustavad terviseseisundid, mis on sekkumiste arendamise aluseks

Sekkumiste⁸² kasutusele võtmise eelis on lisaks kvaliteedi ühtlustamisele ka see, et inimese jaoks on teenuse sisu selgem – sekkumisega tutvudes on mõisteta selle eesmärki, sisulised tegevused ning oodatav tulemus⁸³. Seega rehabiliteerivad sekkumised sisaldavad ka erialapõhiseid üksiktegevusi, kuid sellisel juhul on see tegevus integreeritud ühtsesse, tervikuna läbimõeldud programmi⁸⁴.

Sekkumiste sisu tuleb kirjeldada juhistes, mida tuleb järgida teenuse osutamisel. Kindlatel meetodikate põhjal välja töötatud juhiseid on tarvis nii teenuse saaja kui ka teenuse osutaja jaoks, sest teadus ja meditsiin arenevad kiiresti ning teenuse osutajatel on keeruline ja aeganõudev pidevalt uut informatsiooni läbi töötada ja praktikasse rakendada. Seetõttu on oluline toetada teenuse osutajat parimate otsuste tegemisel ning samas toetab see ka teenuse saajat, kellele on seeläbi võimalik pakkuda tänapäevast, tõenduspõhist teenust ja paremat tulemust.⁸⁵ Sekkumise osutamisele peab

⁸⁰ Tervishoiu (nt taastusravi), sotsiaal- ja töövaldkonna vahel peab toimuma andmevahetus, et inimese teekonnal oleksid sujuvad ja selged üleminekud ning täidetud üks eeldus ametkondade vaheliseks koostööks.

⁸¹ SoMii on perioodil 2024-2027 „Mitmekülgse abivajadusega laste teenuste arendamine“ TATi raames kavas arendada välja sekkumised, mis hõlmavad nii ennetusliku iseloomuga sotsiaalprogramme, spetsiifilisi teraapiaid kui toetavaid teenuseid. Tegevused on suunatud tõsise ja kompleksse abivajaduse tekkimise või süvenemise ennetamisele.

⁸² Erivajadustega laste tugisüsteemi reformi üks eesmärke on arendada uusi rehabilitatsiooniprogramme ja teisi tugimeetmeid kompleksprobleemidega lastele ja peredele.

⁸³ „Tööle saamist toetavad hoolekandemeetmed 2010-2013“.

⁸⁴ Samas.

⁸⁵ Praxis 2022.

järgnema tulemuslikkuse hindamine ning sellest lähtuvalt otsus abi osutamise lõpetamise, jätkamise või muu abi osutamise kohta.

Sekkumiste kasutuselevõtmisel tuleb muuhulgas hinnata, millised on tervisevaldkonnas sekkumiste valiku, osutamise ning rahastamise alused, mh võrreldes praeguste tervishoiuteenuste rahastamise loogikaga. Täpsemad lahendused sõltuvad tervisevaldkonna, sh tervishoiusüsteemi arengusuundadest.

Muudatuste elluviimiseks tuleks:

- Tunnistada kehtetuks SRT-d ja TRT-d puudutav regulatsioon sotsiaalhoolekande seaduses (SHS 2. jagu) jt seadustes.
- Arendada uusi sotsiaal-, tervise- ja vajadusel töövaldkonna sekkumisi, mis toetavad inimese kompleksse või spetsiifilise (tervise seisundist tuleneva) abivajaduse vähendamist⁸⁶.
- Luua võimalused andmevahetuseks erinevate valdkondade (sotsiaal, tervis, haridus) vahel, et tagada inimese vajadustest lähtuv abi ja teenuste osutamine ning hoida ära dubleerivad hindamised.
- Korraldada ümber tööalase rehabilitatsiooni teenuse alla kuuluvad teenused ja tegevused ning sisustada inimeste tööle aitamise ning töötamise toetamise teenus uuel moel Töötukassa poolt pakutava teenusena⁸⁷. TRT (või tulevikus teise nimega teenuse) puhul on oluline tagada inimeste tööle aitamise ning töötamisel toetamine. Uuena sisustatud, korraldatud ning hinnastatud teenuse eesmärgiks on leida viise toetamiseks inimeste suuremat osalust tööhõives.
- Suurendada praeguse rehabilitatsiooniteenuse eelarve abil tervisevaldkonna teenuste, hariduse tugiteenuste või laiemalt KOV pakutavate teenuste mahtu, et ennetada lastel tervisest tulenevate probleemide teket. Vajadusel tuleb kaaluda eraldi riskikäitumisele suunatud täiendavate teenuste arendamist ning kasutuselevõttu kas Sotsiaalkindlustusameti või KOV pakutava teenusena.

2. Tagada 0-17 aastaste puudega lastele ühetaoline tugi, määratledes lapse vanuse erinevates puudega lapse õigusi tagavates seadustes ühesuguselt

Seonduvalt eeltoodud muudatusettepanekutega, tuleks ühtlustada puuetega laste käsitlust ja nendele pakutavat abi erinevates seadustes. Selleks tuleks:

- **Võimaldada laste puhul puude raskusastme tuvastamise otsus teha kuni 18. eluaastani.** Alternatiivselt kaaluda otsuse tegemist kuni haridustaseme (õpingute) lõpuni sõltuvalt sellest, milline on õppimiskohustuse regulatsioon ning sellest lähtuvalt terviku toe pakkumise võimalus puudega lastele. Laste sihtrühma käsitlemine ühtse sihtrühmana võimaldab hoida tähelepanu all igas vanuses laste heaolu ja abivajadus terviklikult, sh lastekaitsetöö ning muude lastele suunatud meetmete vaates. Muudatuse eesmärk on tagada sõltumata vanusest erivajadusega lastele vajadustest lähtuv tugi, sh ühtlustada igas vanuses puudega lastele toetuste ja hüvede pakkumine, ennetades laste nn välja kukkumist teenustelt sihtgruppide üleminekute tõttu, vähendades alaealiste laste vanematele langevat koormust korduvate hindamiste ning teenuste taotlemise võrra.
- **Tõsta töövõimeiga 18. eluaastale.** Muudatusest lähtuvalt muuta töövõime hindamine võimalikuks alates 18. eluaastast. See tähendab, et inimene jõuab töövõime hindamiseni siis, kui on tõenäoline, et ta soovib tuge tööhõivesse jõudmisel või selles osalemisel. Puudega noored, kes õpivad, võiksid kuni 18. eluaastani või kuni haridustaseme lõpuni saada vajaduspõhist tuge sotsiaal- ja haridussüsteemi kaudu ning ei siseneks töövõime hindamisele.

IV. VÕIMALIKUD MITTEREGULTIIVSED LAHENDUSED

⁸⁶ Sekkumiste arendamiseks vajalikud rahalised vahendid on planeeritud Euroopa Sotsiaalfondist.

⁸⁷ TK tegeleb praeguse TRT sisu ja kvaliteediga, sh kaaludes võtta kasutusele toetatud tööle rakendamise meetodika. Säiliks senine andmevahetus ning täiendava haridusnõudega seniste spetsialistide kaasamine.

Mitteregulatiivsed lahendused peavad kaasnema kavandatavate regulatiivsete muudatustega ning on regulatiivsete lahenduste kõrval sisulise muudatuse lahutamatu osa.

- **Rehabiliteerivate sekkumiste ning hindamiste vajaliku kompetentsi arendamine ning hoidmine tervisevaldkonnas.**
- **Standardiseeritud ning digitaliseeritud hindamisvahendite kasutuselevõtt ning sidumine RFK-ga.** Hindamisvahendite digitaliseerimine suurendab nende kasutajamugavust nii hindaja kui inimese vaatest ning loob eelduse hindamisest tulenevate andmete jagamise spetsialistide ning asutuste vahel. Rehabilitatsioonisüsteemi terviklikkuse mõttes on vajalik, et KOV-ides läbiviidava hindamise⁸⁸, osutatavate teenuste ning nende tulemuslikkuse andmed oleksid kättesaadavad ka tervishoiu- ja tööturuteenuste osutajatele.
- **Hindamisvahendite järjepidev arendamine.** On oluline, et kasutatavatel hindamisvahenditel on selge omanik, kes vastutab hindamisvahendite kasutamise, uuendamise, koolituste ning muu arenduse eest.
- **RFK täienduskoolituste pakkumine.** RFK valdkondade ülene kasutuselevõtt on sotsiaalministeeriumi strateegiline tegevussuund ning RFK ametlik klassifikatsioon sotsiaal-, tervise- ja tööturualdkonnas⁸⁹. RFK täienduskoolituse õppekava oleks otstarbekas kehtestada näiteks sotsiaalkaitseministri määrusega. Õppekavaga on võimalik reguleerida nõuded teemade, õpiväljundite ning koolitajate osas – see aitab tagada koolituste ühetaolist kvaliteeti ja hinnata erinevate täienduskoolituste tunnustusi.

V. KAVANDATAVATE REGULATIIVSETE MUUDATUSTE MÕJUD

VTK-s esitatud muudatuste rakendamisel võib eeldada mõju neljas valdkonnas: sotsiaalsed mõjud, majanduslikud mõjud, riigivalitsemine ning infotehnoloogia ja infoühiskond. Mõjude osa on ülesse ehitatud VTK teemade ja kombineeritud teemagruppide lõikes. Iga teema või teemade grupi all on toodud erinevad mõju valdkonnad ja sihtrühmad, kellele avalduvat mõju on kirjeldatud. Täpsemat mõju ulatust ja olulisust saab hinnata edaspidi seaduseelnõu väljatöötamise käigus, mil lahendused täpsustuvad. Kokkuvõtva tabeli VTK-s käsitletavatest teemadest, nendega seotud probleemidest, lahendustest ning mõjutatud valdkondadest ja sihtrühmadest leiab VTK lisast 5.

1. Tervishoiuteenuste osutamise kaudu teenuste osutamine inimestele, kes terviseset tingitud abivajaduse tõttu vajavad toetavaid, rehabiliteerivaid teenuseid

1.1. Sotsiaalsed mõjud (heaolu, tervis ja teenuste kättesaadavus)

- Muudatustest on mõjutatud kõik SRT-d ja TRT-d saavad inimesed. SRT saajaid oli 2022. aastal 10 688, TRT saajaid 4538. Nooremate laste seas on teenuse saajaid ligi poolteisttuhat (2022. aastal 1424, mis on 1,4% rahvastiku 0-6-aastaste vanusrühmast). Kõige enam oli rehabilitatsiooniteenuse (SRT või TRT) saajaid 2022. aasta andmete kohaselt 7-15-aastaste seas (4645 isikut, 3,4% rahvastiku vastavast vanusrühmast), noorte seas (16-19-aastased) rehabilitatsiooniteenuste saamine langeb (2% rahvastiku vastavast vanusrühmast; 1112 isikut), üheltpoolt on see vanus, mil SRT-le enam puude kohaselt ei ole õigustust saada ja teiselt poolt TRT saajate hulk selles vanuses on väike. Tööealised 20-64-aastased on peamised TRT saajad (4674 isikut) ja selles vanusrühmas on ka SRT saajaid (3066), kuid rahvastikust moodustavad nad kokku väiksema osakaalu (20-64-aastastest on SRT/TRT saajaid 1%). Vanemas vanusrühmas on kõige madalam rehabilitatsiooniteenuse saajate (SRT) osakaal: 65-aastaste ja vanemate seas 0,2%, sh 65-79-aastaste puhul 0,3% ja 80-aastaste ja vanemate puhul 0,1% (joonis 14, VTK lisa 3). Seega rahvastiku

⁸⁸ 02.09.2023 seisuga on planeeritud IT tegevused abi- ja toetusvajaduse hindamisvahendi digitaliseerimiseks ning sidumiseks RFK-ga ajakavas.

⁸⁹ RFK koolituse rahalised vahendid on kuni aastani 2025. Koolituste läbiviimist koordineerib Tervise Arengu Instituut RFK omanikuna.

osakaalu poolest on muudatustest mõjutatud sihtrühmast olulisema kaaluga lapsed (kõige enam 7-15-aastased) ja vanuse kasvades sihtrühma osatähtsus langeb.

- **Muudatuse järgselt oleksid teenused mõeldud kõigile, kes terviseseisundist tingitud vajadusega⁹⁰ tervishoiuteenuse osutaja või tervishoiuspetsialisti poole pöörduvad ning kellel teenusvajadus tuvastatakse.** Teenusele pääsemise eelduseks ei ole enam puude raskusastme olemasolu. Mõjutatud sihtrühma täpset suurus on keeruline hinnata, kuna puudub teadmine, kui paljudel tänapäeval SRT ja TRT saajatel terviseseisundist tulenev rehabilitatsiooniteenuste vajadus esineb ning milline on inimeste hulk, kel on vajadus selliste teenuste järele, kuid kellel puude raskusastet ei ole tuvastatud. Samuti vajab selgitamist, kui paljude puhul oleks abivajadus kaetav KOV sotsiaal-, haridusteenuste ja/või muude sotsiaal-, tööturuteenuste kaudu.
- Laiemalt on plaanitavast muudatusest mõjutatud kõik erivajadusega inimesed – sõltumata sellest, kas neil on puude raskusaste tuvastatud või mitte –, kes vajavad rehabilitatsiooniteenuseid⁹¹ kas üksikteenuste või eraldiseisva kompleksse sekkumisena. Mõjutatud sihtgrupi kogusuurusest annab aimu näiteks 2020. aastal läbiviidud elanikkonna tegevuspiirangute ja hooldusvajaduse uuring, mille kohaselt koges tõsised piirangud⁹² 7% 16- aastastest ja vanematest Eesti elanikest, st esinesid tõsised raskused, enamasti mitmes valdkonnas⁹³, oma tegevusi tunnetati oluliselt piiratud. Elanikkonnast jääb 95%-lise tõenäosusega hinnanguliselt piirangutega grupp vahemikku 61 400 – 82 600 inimest⁹⁴.
- Eelnevale lisandub laste sihtrühm. Lastega perede leibkonnapildi uuringu tulemuste kohaselt kannatab vanemate hinnangul 17,4% lastest pikaajalise haiguse või terviseprobleemi all ja 12,6%il lastest on terviseprobleemi tõttu piiratud tavapärase tegevus sh oluliselt on piiratud ligi 3%il lastest tavapärase tegevus. Seega selle uuringu kohaselt on hinnanguliselt 33 000 – 46 000 last, kes vajaks tuge ja olulist tuge vajaks u 7400 last, kuid milline osa neist täpsemalt rehabilitatsiooniteenuseid vajaks, ei ole otse hinnatav. Küll aga räägib katmata vajadusest asjaolu, et sotsiaalteenuste vajadust hindasid vanemad erinevate teenuste lõikes 4-22%ile lastele ning ligikaudu pooled teenuseid vajanutest ei saanud aga vanema hinnangul neid teenuseid üldse või piisavalt (enim hinnati vajadust logopeedi ja psühholoogi teenuse järgi 21-22%; füsioterapeudi teenust vajas 15% lastest)⁹⁵.
- Plaanitav muudatus mõjutab positiivselt laste ja täiskasvanute heaolu ja tervist tänu vajaduspõhiselt ning õigeaegselt kättesaadavatele vajalikele teenustele. Terviseseisundist tulenev rehabilitatsiooniteenuste iseloomuga teenuste pakkumine ja korraldus viiakse koos eelarvega⁹⁶ üle tervisevaldkonda, tänapäevaste õigustatuste alustest nagu puude raskusaste ja töövõimelangus loobutakse ning arendatakse uusi terviseseisundist tulenevaid sekkumisi, mis võimaldab tulevikus saada tervishoiu üksikteenuseid vähem killustatult ja kiiremini, enne, kui raskem kompleksteenuste vajadus jõuab välja kujuneda. See aitab kaasa pika kvaliteetse tööelu tagamisele ning ennetab abivajaduse süvenemist ja suurema toe vajadust hilisemas eas.
- Muudatustel on mõju ka neile inimestele, kes täna saavad TRT alamteenuseid inimese tööle aitamise ja töötamise toetamisega seotult ning kel on tervisest tingitud piirangud tööle saamisel või töötamisel. Seaduseelnõu koostamise käigus täpsustub, kuidas seotakse selline teenusvajadus Töötukassa poolt pakutavate tööle aitamisega ja töö jätkamist toetavate teenustega, et sihtrühma teenusvajadus saaks kaetud. Samuti mõjutab muudatus lapsi ja täiskasvanuid, kelle toe vajadus ei tulene terviseseisundist tingitud abivajadusest. Selleks, et nad ei jääks süsteemi muutmisel vajaliku

⁹⁰ Nii tänapäevaste rehabilitatsiooniteenuste iseloomuga tervishoiuteenused (nt füsioteraapia) kui ka need, mille lisamine ettepaneku teeb TTKS-i VTK.

⁹¹ Praegu SRT ja TRT all käsitletud alamteenused.

⁹² Arvestades nii inimeste üldist hinnangut oma tegevuste piiratud viimase 6 kuu jooksul kui ka valdkondlike piirangute kogemist viimase 30 päeva jooksul.

⁹³ Hõlmavad haigustest tingitud piiranguid ja probleeme, aga ka üldiseid keha, psüühika ja mõtlemisega seotud tegevuspiiranguid või probleeme, mis takistavad inimesel kas iseseisvat toimetulekut või end tundmast tugeva, vitalse ja tervena. Nt nägemisraskused, raskused jalgsi kõndimise, trepist käimise või erinevate asenditega, raskused asjade meespidamise või keskendumisega, keeruliste olukordade lahendamise või mõne uue ülesande õppimisega, raskused iseseisva toimetuleku või enesehooldusega, kuulmisraskused jms.

⁹⁴ Vainu, V. (2020).

⁹⁵ Kallaste et al. (2023).

⁹⁶ Täies mahus SRT eelarve ning osaliselt TRT eelarve, mis viiakse valdavas ulatuses üle tervisevaldkonda ning osaliselt KOV-le. Eelarvejaotust täpsustatakse 2024. aastal läbiviidavate tegevuste käigus.

toeta, on oluline esmatasandi teenuste kättesaadavust hinnata, arendada ja vajadusel sinna täiendavat ressursi suunata. Sõltuvalt abivajadustest tuleb sotsiaalvaldkonnas arendada täiendavaid sekkumisi või kujundada ümber olemasolevaid teenuseid (nt erihoolekande teenus, sekkumised riskikäitumisega lastele), vastamaks teenust saavate inimeste vajadustele.

- Positiivne mõju on neile inimestele, kes on täna puude raskusastme puudumise tõttu SRT teenuselt välja jäänud, samuti sihtrühmadele, kes täna on SRT teenuselt välja jäänud kompleksvajaduse puudumise tõttu (nt erihoolekande teenusel olijad), kellele peab edaspidi vajaduspõhiselt teisiti tuge ning teenuseid pakkuma. Laste sihtrühmas, sh 16-17-aastaste sihtrühmas, väheneb vajaliku toeta jäävate laste arv ning on paremini tagatud laste heaolu, laste tervikliku hindamise ja vajaduspõhiselt meetmetega.
- Muudatusi tehes tuleb arvestada, et vahendite suunamine tervisevaldkonda mõjutab ka nende terviseseisundist tingitud abivajadusega inimeste teenuste kättesaadavust, kes täna on ravikindlustusest rahastatavate teenuste järjekorras.

1.2. Riigivalitsemine (riigieelarve ja KOV kulud ja tulud, avaliku sektori töökoormus)

- Muudatusel on mõju riigieelarvele, erinevatele riigiasutustele (tervisevaldkonna asutused, SKA, Töötukassa jt) ning kõigile KOV-dele (79).
- Ühelt poolt võivad kulud riigieelarvele väheneda, kuna samaaegselt mitmest süsteemist teenuse saamine ei ole enam võimalik, vajaduspõhisema ning õigeaegsema teenuse osutamise tulemusel väheneb eeldatavalt korduvalt teenusele jõudvate ja kompleksteenuste vajadustega inimeste arv, kuna tervishoiu üksikteenustele jõutakse kiiremini, enne, kui raskem kompleksteenuste vajadus jõuab välja kujuneda. Kulud riigieelarvele vähenevad ka nende puude ja töövõime hindamiste arvelt, mis on tehtud eesmärgiga tänastele SRT või TRT teenustele saamiseks – puude raskusaste ega töövõime ulatus ei ole tervishoiuteenusele saamise aluseks. Kuna eelduslikult väheneb kompleksteenuse vajadusega inimeste arv ja inimese abivajadus kaetakse sagedamini üksikteenustega, siis võib selle arvelt vabaneda ka teenust osutavate tervishoiuspetsialistide ressurss. Täpset kulude ja töötajatega seotud ressursi suurenemist või vähenemist hinnatakse seaduseelnõu väljatöötamise käigus. Tervishoiuteenuseid saavatele inimestele lisanduvad tervisest tingitud abivajadusega praeguses süsteemis SRT ja TRT saavad inimesed, kuid tõenäoliselt on see muutus neutraalse eelarvemõjuga, sest liigub ka raha.
- Muudatustega võivad kaasned kulud ka KOV eelarvele või mõne muu valdkonna (nt haridus) riigieelarvele seetõttu, et osa inimesi, kes enne muudatust said SRT või TRT teenust, võivad hakata saada tervishoiuteenuste kõrval mõnd KOV teenust või muu valdkonna teenust. Vajaduspõhisema toe kättesaadavus eri valdkondades võimaldab ennetada abivajaduse süvenemist ning seega ka suurema toe vajadust hilisemates etappides (eas), mis vähendab riigile kaasnevat kulu, sh ravikulu tulevikus. Teenustele jõuab eeldatavasti vähem suure abi- ja hooldusvajadusega inimesi. Seega VTK muudatused võivad vajada eelarveliste vahendite ümberjaotamist riigi ja esmatasandi vahel. Samuti võivad kulud kasvada, kuna lisaressursi suunamine tervisevaldkonda võimaldab teenust saada ka inimestel, kes täna on ravikindlustusest kaetavate teenuste järjekorras.
- Eelnõu koostamise käigus täpsustatakse, milline on erinevate tervisevaldkonna teenuste osutamise mahu ning variatiivsuse suurenemine, sh kas ja mil määral teha kättesaadavamaks taastusravi. Ajutiselt võib kasvada kulu vajaliku täiendava kompetentsi tekitamiseks tervishoiu, et arendada sekkumisi ning koostada rehabiliteerivate sekkumiste juhiseid. Vajalikud ajutised kulutused on võimalik teha ESF vahenditest (aastani 2027). Kaasnevate kulude leevendamiseks on kavas suurem osa senise SRT ja osaliselt TRT eelarvest viia tervisevaldkonda⁹⁷, ning tõenäoliselt väiksemas mahus ka haridusvaldkonda hariduse tugiteenuste osutamiseks (eelkõige pidades

⁹⁷ TRT on kuni 2026. aastani rahastatud ESF vahendite toel. Edasine teenuse rahastus ei ole praegu veel selge ja eeldab Eesti Töötukassa nõukogu otsust. Kui teenuse rahastus peaks liikuma töötuskindlustusvahenditesse, siis seab see piirid eelarve ümberjaotamisel. Sellest tulenevalt tuleb eelarve täpsema jaotuse ning tervisevaldkonna eelarve mahtude suurendamise osas leida lahendused läbirääkimistel 2024. aastal.

silmas hariduse tugiteenuste kättesaadavuse tagamist alushariduses). Töötukassa eelarveliste vahendite tervisevaldkonda liigutamine täiendavas mahus tervishoiuteenuste osutamiseks lahendatakse eelnõu koostamise käigus.

2. Inimestele vajaduspõhiselt rehabiliteerivate sekkumiste osutamine ja nende arendamine

2.1. Sotsiaalsed mõjud (heaolu, tervis, teenuste kättesaadavus)

- Muudatusel on mõju teenuse saaja (sihtrühm kirjeldatud mõjuanalüüsi peatükis 1.1) heaolule ja tervisele. Uue süsteemi kohaselt osutatakse inimestele vajaduspõhiselt, nende tegutsemis- ja osaluspiirangust lähtuvaid teenuseid, mille osutamise tulemuslikkust on võimalik mõõta, sh võttes kasutusele RFK⁹⁸. Teenuse osutamine on personaliseeritum ning seega väheneb nende inimeste arv, kes ei saa täna oma abivajadusele vastavat teenust. Eeldatavalt on mõju kõige enam just laste sihtrühmale, kelle puhul on oluline pakkuda abi võimalikult varakult, ennetades suurema abivajaduse väljakujunemist tulevikus.
- Täpne korraldus ja alused inimese abivajaduse hindamiseks töötatakse välja eelnõu koostamise käigus, kuid see peab järgima põhimõtet, et inimesel esinevaid tegutsemis- ja osaluspiiranguid hinnatakse võimalikult väike arv kordi ning erinevad hindamised on omavahel tugevalt seotud⁹⁹. See vähendab inimese vaates halduskoormust ning võimaldab saada abi ja teenuseid kiiremini ning vajaduspõhisemalt.
- Laste ning täiskasvanute, kellel ei ole terviseseisundist tulevaid tegutsemis- ja osaluspiiranguid, abivajadust hindab KOV ning pakutav tugi ja abi peab olema sellega seotud¹⁰⁰. Kuna kaasnevate kulude leevendamiseks saab senise SRT eelarve kaudu võimestada ka esmatasandit, siis vähendab see riski, kus inimene võiks jääda vajaliku abita.
- Sotsiaalne mõju teenuse saajale on ka uute sekkumiste arendamisel. Lähtuvalt teadmisest, kes on täna SRT ja TRT peamised sihtrühmad, on rehabilitatsiooni sekkumisi vaja arendada eelkõige laste sihtrühmas ning psüühikahäirega inimeste sihtrühmas. Vaimse tervise teenuste arendamist on täpsemalt kaardistatud Vaimse tervise tegevuskavas. Vanaduspensioni ealiste sihtrühmas on täiendavalt abi taastusravi senisest suuremas mahus pakkumisest.

2.2. Riigivalitsemine (riigieelarve ja KOV kulud ja tulud, avaliku sektori töökoormus)

- Muudatusest on mõjutatud KOV-id, nii eelarve kui korralduse mõttes. Kuna abivajava inimese puhul on oluline terviklik juhtumikorralduslik töö, puudutavad muudatused ka kõiki KOV-e. Muudatuse üheks eesmärgiks on siduda tervishoius läbiviidav teenuse vajaduse hindamine eelnevate või järgnevate hindamistega, millega nii lapsed kui täiskasvanud kokku puutuvad. Nii sotsiaal- kui haridusvaldkonnas kui ka KOV-is on vaja arendada välja uusi sekkumisi sihtrühmadele, kelle abivajadus ei saa praegustega kaetud. See tähendab tervisevaldkonna asutuste jaoks tõenäoliselt nii töökorralduslikke muudatusi kui ka seeläbi täiendavaid kulusid hindamise läbiviimisel ja sekkumiste arendamisel. Hindamistega seotud tööajakulu puudub või on minimaalne, sest täna dokumenteerivad tervishoiutöötajad samasisulise info teisel kujul – edaspidi standardsemalt kodeeritult, mis võib ka tööd lihtsustada. Sekkumiste arendamisega seotud kulu ei ole jooksev, vaid on perioodiline. Mõju avaldub ka KOV-idele, juhtumikorraldusliku töö ning teenuse osutamisega seonduvalt. Samas on lastekaitsetöö korraldus mõjutatud ka laste heaolu reformi tegevustest ehk täiendav mõju käesolevast VTK-st tingituna on vähene.
- Mõjutatud sihtrühmadeks on SKA ja TK töötajad, teenuseosutajad, ekspertarstid, kes tegelevad TVH ning puude raskusastme tuvastamisega. Samuti on mõjutatud tervishoiutöötajad, hariduse tugiteenuseid osutavad spetsialistid. Üksikteenuse, sh haridusliku tugiteenuse osutamise erialade spetsialistide ressursi tõenäoliselt võimalik enam rakendada esmatasandil, haridusasutustes.

⁹⁸ TRT puhul lähtutakse toodud põhimõtetest praeguse teenuse osutamise korralduses.

⁹⁹ TRT puhul lähtutakse põhimõttest praeguses teenusekorralduses.

¹⁰⁰ Samuti vajavad KOV teenuseid (nt hooldusteenus, tugiisik, sotsiaaltransport vm) inimesed, kellel on terviseseisundist tingitud tegutsemis- ja osaluspiirangud.

- Inimesele abi osutamise, sh ravi- ja toimetuleku toetamise teekonna ühtne haldamine ja loogiliseks tervikuks sidumine vähendab pikemas perspektiivis nii avaliku sektori töökoormust kui ka teenusepakkujate halduskoormust ja -kulu.
- Muudatustel on ka spetsialistide kompetentsi tõstmisest tulenev rahaline ja töötajatega seotud mõju. Vajaduspõhisem lähenemine eeldab koolitusi ja teenuseosutajate ühise teadmiste, kogemuste- ning väärtusruumi arendamist. Vajalikud on regulaarsed infopäevad, praktikate vahetamine, koolitused teenuseosutajatele, mh valdkondade ülese koostöö ja infovahetuse teemadel, et arendada ühist teadlikkust rehabilitatsiooni ning habilitatsiooni valdkonnas. Täpsed tingimused ning ressursivajadus selleks hinnatakse eelnõu väljatöötamise käigus.
- Sekkumiste arendamise vaatest mõjutab muudatus eelkõige tervisevaldkonda, aga ka TK-d ja SKA-d. Mõjutatud on tervisevaldkonna töökorraldus, mis tähendab tõenäoliselt sellega seondult ka eelarvekulude kasvu. Teenuskomponentide tunnihindadele vastavaks tõstmine ning teenuste limiitide kooskõlla viimine inimeste teenusvajadustega mõjutab samuti riigieelarve kulusid, kuid nagu eespool kirjeldatud, kuna muudatusega suunatakse inimesed vajadustele vastavat tuge saama võimalikult varakult, siis riigi tasandi teenusele jõuab eeldatavasti vähem inimesi ja seeläbi on mõju riigieelarvele eeldatavalt positiivne. Tervise- ning haridusvaldkonda suunatavad täiendavad rahalised vahendid täpsustatakse eelnõu koostamise mõjude analüüsis.

2.3. Majanduslikud mõjud (teenuse osutamise vorm, hinnapoliitika, töötajate kvalifikatsioon)

- Muudatused mõjutavad kõiki SRT ja TRT teenuste osutajaid. 16.11.2023 seisuga on SRT teenuse osutajaid 125, sh kaks asutust soovivad veel käesoleval aastal SKA partneriks saada¹⁰¹. Muudatusest tulenevalt saavad spetsialistid osutada teenust tervishoiutöötajana või teenuseosutajad lepingupartnerina tervisevaldkonnas. Täpne koostöövorm ning teenuseosutajatele seatavad tingimused selguvad eelnõu koostamise protsessis. Muudatuse kohaselt on edaspidi nõuded sekkumisi osutavatele spetsialistidele sõltuvad spetsiaalsete sekkumiste nõuetest, sh teenuseosutajate vaatest muutub teenuse osutamise korralduslik süsteem lihtsamaks. Peamised nõuded puudutavad sekkumisest lähtuvalt vajalike spetsialistide kaasamist, nende kvalifikatsiooni, koolituste (sh sekkumise põhiste koolituste pakkumine) läbimist ning vastavust Lasteks-is toodud nõuetele. Muudatused mõjutavad nii teenuseosutajate töökorraldust kui võivad tuua kaasa täiendavaid kulusid. Kuigi kirjeldatud muudatused võivad tähendada osa töötajatele kohustuslikku kvalifikatsiooni- ja haridusnõuete uuendamist töö säilitamiseks, on negatiivsete mõjude risk pigem väike, kuna muudatused on plaanitud selleks, et need toetaksid spetsialiste nende töös.
- Sekkumiste arendamise kõrval on oluline mõju teenuseosutajatele ka teenuseosutajate digitaalsete töökeskkondade, sh nende ligipääsetavuse arendamisel ning andmevahetuse loomisel tervise infosüsteemiga seotud infosüsteemide vahel. Digitaalsed platvormid aitavad luua terviklikuma ülevaate teenusesaajate ja teenuse osutamise kohta – sh teenuse saajale. On oluline, et infosüsteemid oleksid ligipääsetavad ka erivajadusega kasutajatele (nt vaegnägijatele).
- Täna osutatakse SRT ja TRT ning Tervisekassa rehabiliteeriva iseloomuga teenuseid erinevate tunnihindade alusel. TRT tunnihinnad on SRT tunnihindadest 1,6-3,1 korda kõrgemad. Kõige suurem on tunnihindade vahe grupiteenustel (kogemusnõustaja, loovterapeudi ja sotsiaaltöötaja tunnihinnad erinevad vastavalt 3,1, 2,5 ja 2,5 korda, tabel 1, VTK lisa 3). Teenuskomponentide tunnihindade tõstmine turuhindadele vastavaks võimaldab teenuseosutajatel osutada teenust tulemuslikumalt ja maksta töötajatele väärilist töötasu, kuid tähendab ka suuremat kulu riigieelarvele. Samas võimaldab teenuste parem korraldamine, dubleerimise ja bürokraatia vähendamine tuua rahalist kokkuhoidu.

¹⁰¹ Sotsiaalkindlustusamet, 2023.

3. Rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks vajalik andmevahetus

3.1. Riigivalitsemine (riigieelarve kulud, avaliku sektori töökoormus ning KOV-riik koostöö) ja majanduslikud mõjud

- Muudatuste puhul on vajalik arendada tervise infosüsteeme ning andmevahetust võimaldavaid lahendusi (X-tee ülesed vms). RFK-ga seotud hindamise ning andmevahetuse tagamiseks tuleb luua võimalused nii tervishoiuvaldkonnas kui ka seotud valdkondade (sotsiaal-, töö-, haridusvaldkond ja KOV) vahel. Võimalusel tehakse muudatusi kavas olevate arenduste raames. Planeeritav muudatus võimaldab tööprotsessi efektiivsemaks muuta ka teenuseosutajate vaatest, saada andmete põhjal terviklikuma ülevaade inimese olukorrast teenuse osutamise ajal ning ühelt teenuselt teisele üleminekul. Tervishoiutöötajate jaoks muutub dokumenteerimine standardiseeritumaks muutes nii individuaalse- kui koostöö tõhusamaks.
- Muudatused mõjutavad eelkõige tervisevaldkonda, SKA-d, TK-d, teenuseosutajaid ja KOV-sid, aga ka haridusvaldkonda (haridusasutused). Erinevate infosüsteemide arenduste, juhtumite menetluskeskkonna ja hindamisvahendite digitaliseerimisega ning andmevahetuse arendamisega muutub tehtav töö sidusamaks. Ülevaade tööks vajalikust infost konkreetse inimese kohta muutub terviklikumaks ning seeläbi töö paremini eesmärgistatuks ja koostöö asutuste vahel sujuvamaks.
- Teenuse osutamisega seotud IT-arendustega kaasnevad täiendavad kulud riigieelarvele, mis kaetakse Euroopa Sotsiaalfondi (ESF) vahenditest. Samuti tuleb arvestada muude vajalike IT-arendustega, mis käesoleva VTK muudatusi toetavad, kuid mida ESF vahenditest katta ei ole võimalik. Eelnõu koostamise käigus täpsustatakse, milline on täpne IT-arenduste vajadus, kulud ning ajaraam. Infotehnoloogiliste mõjudega kaasnevalt hinnatakse ka negatiivseid riske, mis võivad kaasneda IT-arenduste kiiruse ja kasutajamugavusega.

3.2. Infotehnoloogia ja infoühiskond (mõju infotehnoloogilistele arendustele, e-riigile)

- Infosüsteemide arendustega suureneb inimese jaoks teenuse läbipaistvus ja kaasatus hindamise ning teenuste osutamise protsessi. Senisest paremini on võimalik jooksvalt jälgida teenuse kvaliteeti, ressursside kasutamist, teenuse tulemuslikkust ning mõju.
- Väheneb halduskoormus nii teenusesaajale, teenuse korraldajale kui teenuseosutajale. Parem andmevahetus vähendab dubleerivat andmete esitamist inimese poolt, andmete sisestamist teenusekorraldaja ja teenuseosutaja poolt. Suureneb läbipaistvus, mõõdetavus, valdkondade üleste eesmärkide püstitamise ning teenuste osutamisega seotud analüüsi võimalus. Inimese vaates toetab andmevahetus katkestusteta vajaduspõhise toe pakkumist.

4. Puudega lapse vanuse muutmine

Laste vanuse erinimine seadustes põhjustab laste ebavõrdse kohtlemise. LasteKS-i alusel loetakse lapseks kõiki alla 18-aastaseid (0-17 aastaseid, 18 v.a). PISTS tähendus on puudega laps alla 16-aastane (0-15 aastane, 16 v.a). Muudatusega võimaldatakse laste puhul puude raskusastme tuvastamise otsus teha kuni 18. eluaastani või kuni haridustaseme (õpingute) lõpuni. Samuti võimaldatakse teha TVTS-s muudatused selliselt, et tööealisus algab 18. eluaastast ning sellega on muudatuse kohaselt töövõime hindamine võimalik alates 18. eluaastast.

4.1. Sotsiaalsed mõjud (heaolu, tervis, võrdne kohtlemine, teenuste kättesaadavus)

- Muudatusest mõjutatud sihtrühmaks on 16-17-aastased puudega lapsed (1345 isikut 2022. aastal), kuid ka need 16-17-aastased, kes ei tulnud tööealisena puude raskusastet taotlema. 2015-2019. aasta andmete kohaselt taotlesid u 86% puudega lastest, kes olid saanud 16. aastaseks, töövõime hindamist ja puuet, 14% ei tulnud töövõime hindamist ja puude raskusastet taotlema. Enamikel

juhtudel tuvastati nii puue kui töövõime vähenemine (63%), ainult töövõime vähenemine tuvastati u 11%il ja 13% puhul ei tuvastatud ei puude raskusastet ega töövõime vähenemist.¹⁰²

- 2022. aasta andmetel oli 16-17-aastaseid osalise või puuduva töövõimega lapsi 2183¹⁰³ neist 1% ei osalenud hariduses¹⁰⁴. 2022. aastal tehti 1190 töövõime hindamist alla 18- aastastele lastele. Veidi üle pooltel neist (N= 655) tuvastati osaline töövõime, ühel kolmandikul (N=391) aga puuduv töövõime. Võrreldes 2018. aastaga on hindamiste arv pisut kasvanud (2018. aastal 1099 hindamist, sh 54% tuvastati osaline töövõime ja 31% puuduv töövõime) (tabelid 2 ja 3, VTK lisa 3).
- Muudatusest tulenevalt võib eeldada, et 16-17-aastaste puudega laste arv veidi tõuseb, kuivõrd vanusepiiri nihutatakse ülespoole ja taotlemiste-hindamiste vajadus seega ka nihkub vanemasse ikka. Plaanitav muudatus mõjutab nende laste heaolu ja võrdseid võimalusi. Sihtrühma jaoks on eeldatavasti muudatus positiivne, kuivõrd laste osalemine selles vanuses endiselt hariduses ja veel mitte siirdumine tööturule on sarnaselt kõigi lastega tavapärane ka puudega laste puhul ning hindamiste ja taotlemiste muudatuste läbiviimine 16-aastaste seas ei ole põhjendatud ja koormab puudega lapsi ja nende peresid. Puudega lapse vanusepiiri muudatus omab eeldatavasti ka teatavat mõju sihtrühmale teiste pakutavate teenuste või toetuste kättesaadavusele, nt kui on lapse puudest tingituna pakutud tasuta ühistransporti, siis edaspidi ei toimuks neis muutusi 16-aastaseks saades.¹⁰⁵

4.2. Majanduslikud mõjud (laste ja perede tulud)

- Plaanitav muudatus mõjutab leibkondade ja üksikisikute tulusid, kuna igakuine riiklik toetus on puudega lastel ja vähenenud töövõimega inimestel erinev (tabel 4, VTK lisa 3). Puudega lapse toetus on väiksem kui töövõimetoetus ning tööealiste puude toetus kokku (töövõimetoetus ja tööealise puude toetus saab olla kokku 347-612 eurot kuus, puudega lapse toetus 138 kuni 242 eurot kuus). Seega, kui toetuste suurused jäävad samaks, siis puudega lapse vanusepiiri nihutamine 18.a peale ei tõsta edaspidi 16-17.a lapse kohta potentsiaalset saadavaid toetusi, kuid tuleb arvestada, et kuivõrd vanusest tingituna ei toimu ka uut hindamist, siis ei lõpe ka neil puudega lastel toetus, kes töövõime hindamisse ei jõua või kelle osas ei tehta rahuldavat otsust.
- Tulude saamata jäämise riski maandamiseks töötatakse sama ressursi piires välja lahendused sihtgrupi sihipärasemaks toetamiseks. Samuti ei rakendata muudatusi järsult ja võimaldatakse mõistlik üleminekuajag – töövõimetoetust võimaldatakse saada neil lastel, kel on täna selleks õigustatud ootus. Ühe meetmena plaanitakse 2025. aastal sügava puudega laste sotsiaaltoetuse tõstmist, millega seotud muudatused töötatakse välja PISTS jt seaduste muutmise eelnõu käigus 2024.aastal.

4.3. Riigivalitsemise (riigieelarve, KOV eelarve)

- VTK pakub esialgseid lahendusteid ja täpsemad arvestused on kavandatud eelnõu väljatöötamise faasi. Võimalikud rahalised mõjud seoses lapse puude ea muutmisega saavad olla nii riigieelarvele kui KOV eelarvele järgmised:
 - TK jaoks väheneb 16-17-aastastele puuduva või osalise töövõimega lastele makstava töövõimetoetuse kulu¹⁰⁶. 2022. aastal oli kulu kokku ca 6 mln eurot (2183 last)¹⁰⁷. Kulude püsimine või vähenemine toimub vastavalt sellele, millised alternatiivsed lahendused

¹⁰² Sotsiaalministeeriumi analüüs, allikas Sotsiaalkindlustusamet (15.09.2020). 2015-2019 oli puudega noori, kes said 16-aastaseks 4212, edasise puude ja töövõime hindamisse oli tulnud neist septembriks 2020 3611, neist 2634-le määrati taas puue ja hinnati vähenenud töövõime. Töövõime vähenemine tuvastati ilma puudeta veel lisaks 434 noorel, 531 puhul ei tuvastatud puude raskusastet ega töövõime vähenemist, 601 isiku puhul info puudub.

¹⁰³ Töötukassa, 2022.

¹⁰⁴ Sotsiaalministeeriumi analüüs, 2019

¹⁰⁵ Kuivõrd kohalikel omavalitsustel on erinevad tingimused ja korraldus teenustele, siis see mõju on eelduslik ega pruugi olla Eestis ühtlane.

¹⁰⁶ Tegemist on riigieelarvest makstava toetusega.

¹⁰⁷ Töötukassa, 2022.

pakutakse sihtgrupi toetamiseks ning milline saab olema üleminek ühelt lahenduselt teisele. Aastas tehakse ca 1000 osalise ja puuduva töövõime otsust 16-17 aastastele.

- TK jaoks väheneb alaealiste TVH-ga seotud kulu (aastas ca 1150 16-17aastaste TVH, mille kulu on ca 74 000€¹⁰⁸) ning TRT-ga seotud kulu (ca 375 000€¹⁰⁹).
- SKA jaoks kasvab puudega lapse toetuse kulu, läbi selle, et täna saavad 16-17.a valdavalt tööealise puudega inimese toetust, mis on oluliselt madalam. Puudega lapse toetuse kulu suuremat kasvu mõjutab veel nende 16-17.a TVT saajate lisandumine puude süsteemi, kellel täna ei ole puude raskusaste tuvastatud ja kellel ei ole tuvastatud puude raskusastet ega töövõimet. Kokku oli kulu 2022. aastal 16-17.a laste puude toetustele 1,07 mln eurot¹¹⁰. Järgult üleminekul kasvaks kulu eeldatavalt ca 340 000 euro võrra esimesel aastal ja sealt edasi kumulatiivselt kuni puudega lapse toetuse sihtrühmast väljumiseni¹¹¹. Ühtlasi tuleb arvestada ka sellega, et alates 2025. aastast tõuseb sügava puudega laste toetus +30 euro võrra ja sügava puudega tööealise toetus +50 euro võrra, mis omakorda suurendab riigieelarve kulu.
- Puudega lapse toetus määratakse ka harvikaigusega laste sihtgrupile, siin kasvaks toetuse saamisel 18-eluaastani sihtrühm eelduslikult väga vähe, u 8 lapse võrra. Olenevalt tulevikus hinnatud toetusvajadusest, tähendab see riigieelarvele väikeses mahus lisakulusid.

5. Muudatuste koondmõju ettevõtete ja/või kodanike halduskoormusele

VTK-s toodud muudatustel on oluline positiivne mõju teenuseosutajate ja kodanike halduskoormusele.

VI KAVANDATAV ÕIGUSLIK REGULATSIOON JA SELLE VÄLJATÖÖTAMISE AJAKAVA

Kavas on koostada SHS jt seaduste muutmise seaduse eelnõu. Uut tervikseadust välja ei töötata, muudatusi tehakse olemasolevate seaduste struktuuris.

Puudutatud ja muudetavad õigusaktid: SHS, PISTS, LasteKS, TÖMS, TVTS, TTKS ja muud asjakohased tervisevaldkonna õigusaktid.

Eelnõu koostamise protsessis kaastakse huvirühmi ning olulisi osapooli, et leida parimad regulatiivsed lahendused ning hinnata muudatuste mõju.

I-IV kvartal 2024: PISTS jt seaduste muutmise eelnõuga muudetakse laste puude tuvastamise vanuse regulatsiooni. Eelnõu kavandatav jõustumine 2025. aastal.

II kvartal 2025: ülejäänud muudatusi puudutava seaduseelnõu eeldatav avaliku konsultatsiooni ja kooskõlastamise aeg.

2026 ja 2027: seaduseelnõu eeldatav jõustumise aeg. Sõltuvalt muudatuste rakendamiseks vajalikest ettevalmistavatest tegevustest (IT-arendused, koolitused jm), võib olla vajalik muudatuste jõustumine mitmes etapis.

Vastutavate ametnike nimed ja kontaktandmed: Brit Tammiste, brit.tammiste@sm.ee ja Berit Rohtjärv, berit.rohtjarv@sm.ee. VTK mõjude analüüsi koostas Marion Rummo, marion.rummo@sm.ee.

¹⁰⁸ 1154 x 64€= 73 856€

¹⁰⁹ Töötukassal väheneb TRT saajate arv ning pakutavate teenustundide maht: aastas ca 150 16-17aastast last (teenusele siseneb aastas ca 90 16-17aastast last). TK-s osalise töövõime korral rehabilitatsiooniteenus määr on 2500€. Seega muutus aastas 16-17 aastaste TRT mitte saajate tõttu oleks 150x2500€= 375 000€.

¹¹⁰ Sotsiaalkindlustusamet, 2022.

¹¹¹ Arvestatud on 2022.a tehtud uusi positiivseid puude otsuseid 16-17.a vanusgrupis ning tööealise puudega inimese ja puudega lapse toetuse vahet. Sotsiaalministeeriumi arvutused, Sotsiaalkindlustusameti andmetel.