

## Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse muutmise seaduseelnõu väljatöötamise kavatsus

- I. Probleem, sihtrühm ja eesmärk
- II. Hetkeolukord, uuringud ja analüüsid
- III. Probleemi võimalikud mitteregulatiivsed lahendused
- IV. Probleemi võimalikud regulatiivsed lahendused
- V. Regulatiivsete võimaluste mõjude eelanalüüs ja mõju olulisus
- VI. Kavandatav õiguslik regulatsioon ja selle väljatöötamise tegevuskava

### I. Probleem, sihtrühm ja eesmärk

#### 1. Probleemistik

2001. a vastu võetud ja 2002. a jõustunud tervishoiuteenuste korraldamise seaduses<sup>1</sup> (TTKS) kasutatav tervishoiukorralduslik terminoloogia ja mõisteline ülesehitus on mitmes aspektis aegunud. See vajab tervishoiukorralduse ja selle rahastamise edasiarendamiseks nüüdisajastamist. Seda üldseadust ajakohastamata on mitmetes strateegilistes dokumentides (sh Eesti 2035, Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030, vaimse tervise tegevuskava 2023–2026; vt punkt 4) seatud sihtide saavutamine raskendatud. Regulatsiooni on vaja uuendada, et:

- arendada tervishoius süsteemselt personaalseid edendus- ja ennetusteenuseid (sh nt patsiendi-hariduslikud teenused, terviseriski nõustamisteenused, apteegis pakutavad nõustamisteenused);
- toetada tervishoiutöötajate tööjõukriisi leevendamiseks arstidelt ja õdedelt teatud ülesannete ümberjagamist lühema väljaõppe või madalama kvalifikatsiooniga töötajatele (ingl *task shifting*);
- toetada erinevate tervishoiutasandite koostööd ning ümberorienteerumist tervisetulemitele, patsiendi toimetulekule ja heaolule;
- võimaldada kujundada vaimse tervise teenuste süsteem astmelise abi (ingl *stepped care*) põhimõtteid järgivaks.

Praeguse olukorra problemaatilisust saab avada kolme peamise kitsaskoha kaudu:

- 1) tervishoiukorralduse üldseadus reguleerib vaid ravile orienteeritud teenuseid – Eesti inimestele pakutavat teenuste spektrit rikastamata on keeruline kujundada tervishoiusüsteemi ümber ennetavaks, proaktiivseks, riske maandavaks ja elanike tervist edendavaks;
- 2) tervishoiukorralduse üldseaduse puudujääke on püütud ületada teiste valdkondade ja alama astme regulatsioonidega, kuid see on inimesele osutatavat abi fragmenteerinud ja teenuseosutajate ning riigi halduskoormust suurendanud. TTKS-i nüüdisajastamata on keeruline siduda killustatud abi tervikliikeks tekkivateks ning integreerida tervishoiuteenuseid sotsiaalteenustega;
- 3) tervishoiukorralduse üldseaduse terminoloogia ja mõisteline ülesehitus mõjutab otseselt seda, kuidas rahastatakse tervishoidu ravikindlustusseaduse (RaKS-i) alusel. Kutse- ja erialade põhine tervishoiuteenuste struktuur on tinginud ka kutse- ja erialakeskse teenuste rahastamise mudeli. Korraldust muutmata on raskendatud teenuseosutajate motiveerimine, et nad keskenduksid tervisetulemitele ning inimese heaolule ja toimetulekule.

#### 1.1 Tervishoiukorralduse üldseaduse terminoloogia on praktikale jalgu jäänud

Tervishoiuteenuste osutamine on seni õiguslikult struktureeritud abi osutaja keskselt. Algselt olid tervishoiuteenused vaid *üldarstiabi*, *eriarstiabi*, *kiirabi* ja *õendusabi*. 2010. aastal lisandus seadusesse *ämmaemandusabi* ning 2023. a oktoobrist jõustunud muudatused tõid TTKS-i *füsioteraapia*, *logopeedilise ravi* ja *psühholoogilise ravi*. TTKS § 2 lõige 1 loeb tervishoiuteenusteks vaid neid teenuseid, mida osutab tervishoiutöötaja. Lähtudes TTKS § 3 lõikes 1 sisalduvast üle 20 aasta muutumatuna püsunud *tervishoiutöötaja* definitsioonist saab tervishoiuteenust osutada vaid arst, hambaarst, õde ja ämmaemand. Värskest, s.o 2023. a oktoobrist jõustunud

<sup>1</sup> [Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. Vastu võetud 09.05.2001 \(RT I 2001, 50, 284\).](#)

muudatused võrdsustavad tervishoiutöötajatega ka ravi osutava füsioterapeudi, logopeedi ja kliinilise psühholoogi<sup>2</sup>. Varasemalt on *tervishoiutöötaja* kitsa piiritle ületamiseks kasutatud õigusel veel *tervishoiuteenuse osutamisel osalemise*<sup>3</sup> konstruktsiooni. Siiski on ka nende õiguslike täienduste järel jäänud tuhanded tervishoiu tegutsevad ja patsientide ning nende terviseandmetega vahetult kokku puutuvad spetsialistid (vt tabel 1) õiguslikult halli alasse ning seaduse mõistes neid justkui ei eksisteeriks. Näiteks ei kuulu patisientidega otseselt kokku puutuvad haiglate hooldustöötajad, bioanalüütikud, toitumisnõustajad, hingehoidjad, juhtumikorraldajad, psühholoog-nõustajad, kiirabitehnikud ega patsientide eriliiki isikuandmeid töötlevad registratuuri töötajad ja mitmed teised spetsialistid ühtegi seaduses nimetatud gruppi.

Tunnistades tervishoiuteenustena vaid kliinilist abi, takistab tervishoiuteenuste üldregulatsioon paradoksaalsel kombel just tervise hoidmisele suunatud mittekliiniliste teenuste – nt personaalsed edendus- ja ennetusteenused, mittekliiniline psühholoogiline abi, ka digitaalsed patsiendihariduslikud sekkumised – kasutusele võttu, arendamist ja jätkusuutlikku rahastamist. Õiguslik raam, mis on teenuste osutamise keskmesse seadnud kliinilise abi osutaja (sh piiratud arvu kutsealasid), ei soosi inimkeskset ja muude teenustega (st sotsiaalteenuste, psühhosotsiaalsete tugiteenuste, taastusabiga) integreeritud tervishoiuteenuste pakkumist. Tervishoiukorralduse regulatiivse jääkuse tõttu on mitmeid tervishoiuteenustega samaväärseid teenuseid hakatud reguleerima väljaspool tervishoiuteenuste korralduse üldseadust (vt p 1.2).

Tervishoiuteenuste korraldust täiendamata ja regulatiivset raami ajakohastamata on keeruline tuua tervishoidu uusi teenuseid, mida ei pea osutama kliinilise väljaõppega spetsialistid. Sellised sekkumised on näiteks madala lävega väheintensiivsed psühholoogilised sekkumised, mille toomine tervishoidu on vältimatult vajalik esmatasandi psühholoogilise ravi ja psühhiaatrilise eriarstiabi koormuse kahandamiseks. Tervishoiusüsteemi kujundamisel tervist hoidvaks, edendavaks ja riske maandavaks on vajalik rikastada teenuste komplekti edendus- ja ennetusteenustega, millest olulise osa rakendamine ei nõua samuti kliinilist pädevust ja neid saavad täiendkoolituste toel osutada inimesed, kes ei ole arstid, õed või ämmaemandad. Tervishoiuteenuste senine jääk struktuur on põhjus, miks näiteks ka kliinilise väljaõppega spetsialistid nagu proviisor ja farmatseut ei saa osutada TTKS-i mõistes tervishoiuteenuseid – nende tegevus lihtsalt ei sobi *üld-* ja *eriarstiabi*, *õendus-* ja *ämmaemandusabi*, *kiirabi*, *füsioteraapia*, *psühholoogilise ravi* ega *logopeedilise ravi* alla. Muid tervishoiuteenuste kategooriaid TTKS aga praegu ei tunnista.

Tervishoiu tööjõu (eelkõige teatud eriarstid, õed, kliinilised psühholoogid) kroonilist nappust silmas pidades on tervishoiuteenuste osutamisse vajalik järjest enam kaasata teisi tervishoiu (tipp)spetsialiste ja suurendada järjepidevalt nende töötajate rolle, kelle ettevalmistus võimaldab teatud ülesandeid täita iseseisvalt ehk pideva arstliku, õendusliku ja ämmaemandusliku järelevalveta. On vastuoluline, et riigieelarvest rahastatakse (tervishoiu)kõrgkoolide tegevustoetuste kaudu mitmete tervishoiu kutsete omandamist, kuid tervishoiu korralduslik raam ei aktsepteeri nende riiklikult rahastatult omandatud kutsealaste pädevuste täielikku rakendamist tervishoius. Edendus- ja ennetusteenuste ning psühhosotsiaalsete teenuste kiire toomine tervishoidu saab üksnes toimuda peamiselt nn mittemeditsiiniliste kutsealade esindajate toel.

## **1.2 Üldseaduse puudujääke püütakse ületada teiste seaduste ja alama astme regulatsioonidega, killustades sel moel teenuste korraldust**

TTKS-i puuduste ületamiseks on mitmete olemuslikult tervishoiuteenuste hulka kuuluvate teenuste osutamist reguleeritud ja rahastatud teiste seaduste alusel. Näiteks rahastatakse paljude puuetega inimeste psühholoogilist ravi (st diagnoositud psüühika- ja käitumishäire tõttu osutatavat psühhoteraapiat) ja taastusravi mõnesid komponente (nt füsio- ja tegevusteraapiat ning logopeedilist abi) sotsiaalhoolekandeseaduse alusel sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse alt. Vägivallaohvrite psühholoogilist ravi rahastatakse psühhoteraapiana ohvriabiseaduse alusel eraldisesiva rahastusskeemiga ja eraldisesvalt kehtestatud tingimuste alusel.<sup>4</sup> Samasisuliste teenuste osutamine erinevate rahastusskeemidega ja mõneti erinevate korralduslike tingimustega killustab patsiendi teekondi, nende skeemide haldamine ja loogiliseks tervikuks sidumine suurendab nii avaliku sektori kui ka teenusepakkujate halduskoormust ja -kulu.

Tervishoiuteenuste korralduse üldseaduse puudujääke on püütud ületada ka alamate õigusaktide toel. RaKS alusel Vabariigi Valitsuse määrusega kehtestatava Tervisekassa (TerK) tervishoiuteenuste loetelu (TTL) kaudu rahastatakse üld- ja eriarstiabi alla hõlmatuna mitmete spetsialistide iseseisvaid tegevusi (nt varasemalt

<sup>2</sup> [TTKS § 3 lg 6](#)

<sup>3</sup> [TTKS § 4<sup>3</sup>](#)

<sup>4</sup> vt [Ohvriabi osutava isiku erialase ettevalmistuse nõuded ja koolitused](#)

füsioterapeudi, logopeedi ja kliinilise psühholoogi osutatavaid teenuseid; jätkuvalt nt toitumisterapeudi konsultatsioone, lümfiterapeudi osutatavat lümfiteraapiat, psühholoog-nõustaja vastuvõtte ning juhtumikorraldaja tegevust), kuigi tegu pole tervishoiutöötajate tegevusega TTKS-i mõistes. Määruses kasutatakse nn mitte-tervishoiutöötajate tähistamiseks sõnaselgelt defineerimata konstrukti *tervishoiuspetsialist*<sup>5</sup>.

**Tabel 1.** Tervishoiuteenuse osutajate töötajad kutsealade ja TTKS-is eristuvate rühmade järgi, 2022. a.

TTKS-i põhine rühm	Kutseala	Arv	Rühm kokku	Rühma osakaal
Tervishoiutöötaja	Arst	4683	15 457	55%
	Hambaarst	1375		
	Õde	8882		
	Ämmaemand	517		
Tervishoiutöötaja, kes ei osuta TTKS-i mõistes tervishoiuteenuseid	Proviisor üldapteegis*	889	1746	6%
	Farmatseut üldapteegis*	749		
	Proviisor haiglaapteegis	74		
	Farmatseut haiglaapteegis	34		
Tervishoiutöötajaga võrdsustatud isik	Füsioterapeut	606	905	3%
	Kliiniline psühholoog	202		
	Logopeed (hõlmab statistikas ka audiolooge)	97		
Tervishoiuteenuse osutamisel osalev isik	Arst-resident	593	2047	7%
	Hambaarsti eriala praktikant (üliõpilane)	31		
	Abiarst (üliõpilane)	177		
	Abiämmaemand (üliõpilane)	28		
	Abiõde (üliõpilane)	732		
	Abiradioloogiatehnik (üliõpilane)	31		
	Radioloogiatehnik (sh endine radioloogiaõde)	404		
Tegevusterapeut	51			
TTO-de töötajad, keda TTKS ei kata	Hooldaja	4015	7785	28%
	Hambaraviassistent**	1222		
	Bioanalüütik	646		
	Erakorralise meditsiini / kiirabitehnik	700		
	Massöör	179		
	Psühholoogid ja psühhoterapeudid	324		
	Sotsiaaltöötajad ja nõustajad	92		
	Teised TTO töötajad***	607		
Tervishoiuteenuse osutajate juures töötavad isikud kokku****		27 940	100%	

\* Üldapteekides töötavate proviisorite ja farmatseutide puhul on toodud ametikohtade arv.

\*\* Statistikas tähistatuna sildiga hambaraviõded, kuid praktikas on enamik neist õe-kutseta.

\*\*\* Hõlmab nt hingehoidjad, toitumisenõustajad jt

\*\*\*\* Tabelis ei kajastu spetsialistid, kes tegutsevad kutsealaselt majandusüksustes, mis ei ole TTO-d TTKS-i mõistes

Allikas: Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, THT001 ja THT030; autorite arvutused

<sup>5</sup> vt [TTL § 9 lõiked 2 ja 4](#).

Ministri kehtestatava TerK nn metoodikamääruse<sup>6</sup> ja TerK rakendatava praktika koosmõjus on varasemalt vahendatud perearsti teraapiafondi kaudu ravikindlustuse raha ka selliste füsioterapeutide, logopeedide ja psühholoogide praksiseni, mis ei ole tervishoiuteenuse osutajad TTKS-i mõistes. Kuigi sellise praktika eesmärk on olnud üllas, olles suunatud teenuste kättesaadavuse parandamisele, ei ole see kooskõlas ravikindlustuse seaduse algse mõttega. Lõpuni läbimõtle mata poliitikadisain ühes teenuste ebapiisava rahastamisega viis selleni, et teenust vahetult osutavad praksised on küsinud teraapiafondist tulevale rahale lisaks raha ka patsiendilt (50–60% teenuse hinnast)<sup>7</sup>, mis on RaKSi mõttega juba täielikus vastuolus.<sup>8</sup>

Seega aktsepteerib tervishoiusüsteem, sh alama astme õigusaktide heakskiidul, juba mitmete kutsealade esindajaid iseseisva otsustusulatusega tervishoiuteenuste osutajatena. Püüdlused allutada kujunenud praktikat aegunud üldseadusele ei oleks ilmselt tulemuslikud ega ka eesmärgipärased. Päriselu ja regulatsiooni vahel oleva lõhe kaotamiseks tuleks parkümmend aastat kasutusel olnud terminoloogia nüüdisajastada.

### 1.3. Aegunud regulatiivne tervishoiu korraldus pärsib raviteenuste inimkeskset rahastamist

TTKS-is sisalduv tervishoiuteenuste korralduslik struktuur raamistab tervishoiuteenuste rahastamist. Kui punktis 1.2 mainitud ebakõlad ja mõned erialaspetsiifilised erandid kõrvale jätta, on RaKS alusel toimuva rahastamise keskmis tervishoiuteenuse osutajad (TTO) ja neis töötavate tervishoiutöötajate osutatavad üksikteenused, mis on struktureeritud tervishoiuteenuste liikide ja arstlike erialade järgi. Tervishoiukorralduse terminoloogia ei näe TTKS-is ega RaKS-is ette võimalust, et erinevad TToD tegutsevad patsiendi tervisetulemit silmas pidades üheskoos. Tervishoiu korraldust, mille põhielemendid on TToD, tervishoiutöötajad ning nende kutse- ja erialad, on raske kujundada inimkeskseks, tervisetulemeid ja heaolu väärtustavaks ning erinevate tasandite koostööd soodustavaks. RTA-s seatud ootuste täitmiseks peab tervishoiukorralduse terminoloogia uuenema ka selles aspektis.

## 2. Sihtrühm

Kavandatava regulatiivse muudatuse laiem sihtrühm on kõik Eesti elanikud, kes kasutavad vähemalt mõnes oma eluetapis tervishoiuteenuseid (arvestuslikult 1,37 miljonit inimest<sup>9</sup>). Muutuv regulatiivne keskkond võimaldab rikastada tervishoiuteenuste paketti täiendavate teenustega ning seeläbi toetada elanike heaolu, pikendada tervelt elatud elu ning eluiga.

Õiguslik muudatus puudutab kõiki tervishoiuteenuse osutajaid (2022. aastal 1531), vahetumalt puudutab õiguslik muudatus neid teenuseosutajaid, kes soovivad tulevikus pakkuda edendus- ja ennetusteenuseid või psühhosotsiaalseid teenuseid ning osaleda võrgustikutöös. Samuti võib regulatiivne muudatus puudutada ligi veerandit tervishoiuteenuse osutajate juures töötavatest spetsialistidest, kelle olemasolu TTKS praegu veel ei tunnista või keda liigitatakse ebaõiglaselt tervishoiuteenuse osutamisel osalejateks, kuigi nad osutavad kutsekvalifikatsiooni baasil iseseisvalt ravitoiminguid (vt tabel 1).

## 3. Eesmärk ja saavutatava olukorra kirjeldus

Kavandatavate õiguslike muudatuse keskne eesmärk on regulatsiooni nüüdisajastamine viisil, mis võimaldab tervishoiuteenuste korralduse kujundada terviklikumaks, eri tasandite koostööd motiveerivaks, inimkeskseks ja ressursi säästvaks ning juurutada vaimse tervise teenuste süsteemis astmelise abi põhimõtted. Soovitu saavutamiseks on põhjendatud teha tervishoiukorralduslikus raamis järgmised muudatused:

- 1) täiendada TTKS-i viisil, mis muudab selle kõigi **personaalsete terviseteenuste osutamist reguleerivaks üldseaduseks**, nt luues selles nn delegeeriva seose kõikide regulatsioonidega, mille alusel korraldatakse tervishoiuteenustega samaväärsete või -ladsete teenuste osutamist ja rahastamist;

<sup>6</sup> [Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Tervisekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise metoodika §6 lg 7](#)

<sup>7</sup> vt sidusrühmade temaatilist pöördumist: <https://adr.rik.ee/som/dokument/11606488>

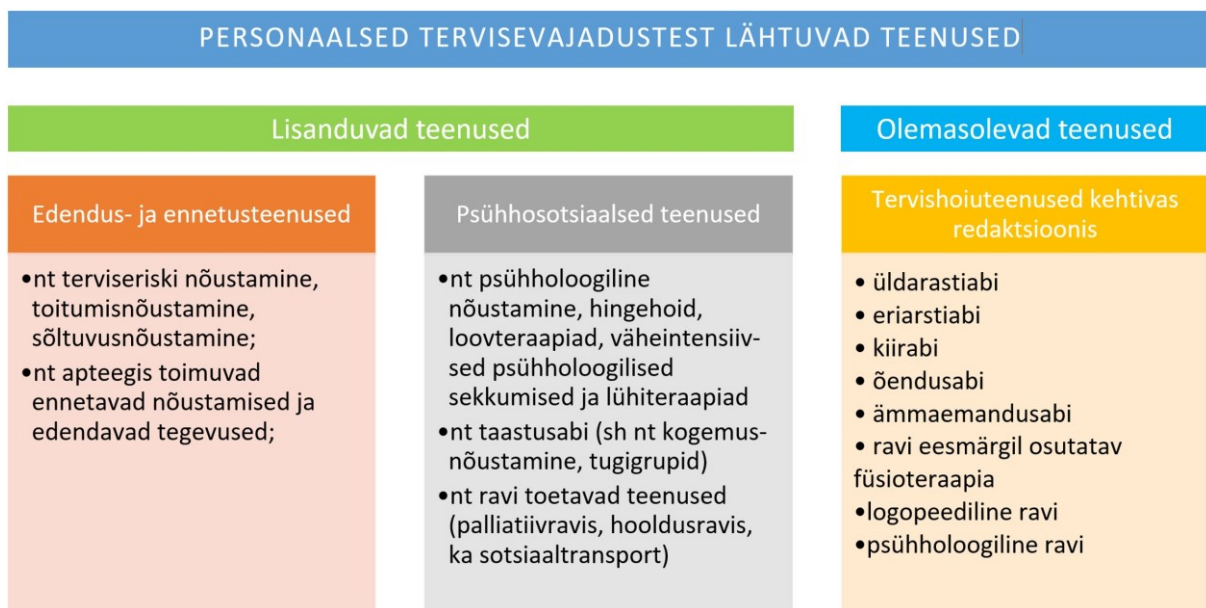
<sup>8</sup> 1. oktoobril 2023 jõustunud TTKS-i muudatused loovad eeldused nimetatud probleemkohtade kaotamiseks lähitulevikus.

<sup>9</sup> <https://www.stat.ee/et/avasta-statistikat/valdkonnad/rahvastik/rahvaarv>

- 2) laiendada TTKS-i reguleerimisala ning tuua seniste kliinilise abi kesksete tervishoiuteenuste kõrvale täiendavad teenuste grupid nagu näiteks **edendus- ja ennetusteenused** ning **psühhosotsiaalsed teenused** (vt Joonis 1);

*Edendus- ja ennetusteenused* oleks suunatud eelkõige tervele inimesele ja saaks keskenduda tervise hoidmisele, pöörates tähelepanu tema personaalsetele riskidele (sh käitumuslikud, tööst tulenevad ja geneetilised riskid). *Psühhosotsiaalsed teenused* saavad hõlmata nii varase faasi psühholoogilisi sekkumisi, ravi toetavaid psühhosotsiaalseid tegevusi (sh palliatiivse abi mittemeditsiinilised alamteenused) kui ka tervisehäirest taastumist toetavaid teenuseid. Sidusrühmade ettepanekutest lähtuvalt on võimalik täpsustada seaduses uute teenuste üldkategoriad, st nende nimetused ja hulk. Kui sidusrühmad peavad vajalikuks, saab eri tüüpi teenuste puhul sätestada erisused rahastajates ja rahastusallikates;

**Joonis 1.** TTKS-i alusel reguleeritavate teenuste võimalik spekter



- 3) muuta ülal olevate muudatuste rakendamiseks terminoloogiat:
- kitsendades **tervishoiuteenuse osutaja** definitsiooni regulatsioonis selliselt, et edaspidi oleks tervishoiuteenuse osutaja **üksnes tervishoiuteenust osutav juriidiline isik või FIE (s.o TTO)**;
  - muutes definitsioone või täiendades seaduse terminoloogiat viisil, et seadusega oleks hõlmatud kõik **tervishoiuteenuse osutaja heaks või volitusel töötavad isikud**, kes osutavad oma tervishoiu kutse alase pädevuse piirides patsiendile iseseisvalt tervisteenuseid või sooritavad muid diagnostilisi ja ravitoiminguid<sup>10</sup>, ning ka need **isikud, kes koordineerivad või vahendavad TTO juures teenuste kasutamist** ja töötlevad seetõttu eriliiki isikuandmeid (nt juhtumikorraldaja, registratuuri töötaja, kliiniline assistent jt);
- 4) lisada TTKS-i uus termin – **tervishoiuvõrgustik** – ja esitada selle definitsioon, milles sidusrühmad on leidnud kooskõla, ning täpsustada seotult õigused ja kohustused (sh nt lubatud ja nõutavad osutatavate tervisteenuste profiil). Inimkeskse abi osutamiseks peaks tervishoiuvõrgustik olema suuteline pakkuma teatud ajahetkest alates mitmeid lisandunud kategooriate teenuseid vastavalt teenuseosutaja profiilile. *Tervishoiuvõrgustikku* saab defineerida samas paik- või piirkonnas tegutsevate TTO-de koosluse ja TTKS-is tulevikus nimetatud kõigi tervisteenuste pakkumise kaudu, et soodustada võrgustike tegutsemist koordineeritult piirkonna elanike tervisetulemite parandamise nimel. Uute korralduslike üksuste

<sup>10</sup> Tervise infosüsteemi andmete nägemise ja sinna andmete saatmise õigustega seotud küsimused lahendatakse eraldisesivalt. Tõenäoliselt muutuvad juurdepääsuõigused tulevikus senisest granulaarsemaks ehk omandatud kutseala kõrval võetakse õiguste määramisel arvesse nii TTO osutatavaid teenuste profiili kui ka teenust osutava isiku rolli.

rahastamisaluste täpsustamiseks on tõenäoliselt vajalik täiendada RaKS-i ja anda vastutavale ministrile volitusnorm kehtestada võrgustikele tasu maksmiseks sobiv meetodika ja tingimused.

Selle VTK baasil koostatavate eelnõu või eelnõude vastuvõtmise järel ja enne seadusemuudatuste jõustumist tuleks koostöös sidusrühmadega astuda järgmised sammu:

- 1) Sisustada esmased personaalsete edendus- ja ennetusteenuste ja psühhosotsiaalsete teenuste paketid ning täpsustada nende osutamise tingimused (sh teenuste vahetud osutajad ja nende täpsemad rollid);
- 2) Otsustada erinevate regulatsioonide alusel rakendatavate psühhosotsiaalsete teenuste osutamise ühtlustamiseks teenuste miinimumtingimused;
- 3) Täpsustada RaKS rakendusaktides TerK rahastatavad edendus- ja ennetusteenused ning psühhosotsiaalseid teenused ning tervishoiuvõrgustike rahastamismetoodika;
- 4) Kui sidusrühmad peavad seda vajalikuks, töötada välja ja kehtestada uute tervisteenuste liikide tegevusloa nõuded.

Paralleelselt, kuid lahus sellele VTK-le järgnevast seaduseelnõust täpsustakse tervise infosüsteemi (TIS) juurdepääsuõiguseid andmete nägemiseks ja edastamiseks ning nüüdisajastatakse raviteenuseid osutavate TTO-de tegevusloa nõudeid.

## **II. Hetkeolukord, uuringud ja analüüsid**

### **4. Kehtiv regulatsioon, seotud strateegiad ja arengukavad**

Tervishoiukorraldust reguleerib Eestis TTKS, tervishoiuteenuste rahastamist RaKS, TTO ja patsiendi lepingulist suhet [võlaõigusseaduse 41. peatükk](#). Samas on ka mitmeid teisi seaduseid ja rakendusakte, mis reguleerivad kas tervishoiuteenustega samaväärsete või nende laadsete teenuste osutamist või neid teenuseid osutavate isikute kvalifikatsiooninõudeid:

- 1) [Sotsiaalhoolekandeseadus](#) reguleerib muuhulgas sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse osutamist ja kehtestab nõuded rehabilitatsioonimeeskonnale – mitmed loetletud rehabilitatsioonimeeskonna liikmetest (st psühholoog, füsioterapeut, logopeed, arst, õde) on olemuslikult tervishoiu kutsealad;
- 2) RaKS alusel VV kehtestatav „[Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelu](#)“ kehtestab konkreetsete teenuste osutamise eest tasumiskohustuse ülevõtmise tingimused ja täpsustab mitmete teenuste puhul kvalifikatsiooninõuded teenuseid osutavatele isikutele, kes ei ole TTKS-i tähenduses tervishoiutöötajad ega viimasega võrdustatud isikud;
- 3) RaKS alusel kehtestatav määrus „[Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Tervisekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika](#)“ kehtestab tervishoiuteenuste rahastamise meetodika alused sh nn uuringu- ja teraapiafondi alused, mille alusel rahastatakse üldarstiabi kontekstis osutatavat füsio- ja tegevusteraapiat ning logopeedilist ja psühholoogilist ravi;
- 4) [Ohvriabi seadus](#) nimetab psühholoogilist ja psühhoterapeutilist abi ohvriabiteenuste alamteenusena, seaduse alusel kehtestatud [sotsiaalkaitseministri määrus „Ohvriabi osutava isiku erialase ettevalmistuse nõuded ja koolitused“](#) sätestab nõuded neid alamteenuseid osutavale isikule.

Selle VTK keskmes olevate muudatuste üks eesmärk on täiendada TTKS-i viisil, mis kaotab pikas perspektiivis vajaduse reguleerida teiste seadustega või nende alusel antud rakendusaktidega tervishoiuteenustega samaväärsete või -laadsete teenuste osutamist või neid teenuseid osutavate isikute kvalifikatsiooninõudeid.

**Riigikogu** on vastu võtnud otsuse „[Õigusloomepoliitika põhialuste aastani 2030 heakskiitmine](#)“, milles sedastatakse muuhulgas, et riigi pidamine peab olema paindlik, tõhus ja kokkuhoidlik. Selles seatakse sihiks, et õigusloome regulatiivne koormus väheneb tuntuvalt, uued normid kavandatakse õige tasandi õigusakti ja üksnes siis, kui nende vajalikkus on veenvalt põhjendatud. Otsuse kohaselt tuleb õigusloomes lähtuda põhimõttest, et õigusnormid koondatakse üldjuhul süsteemselt arendatud üld- ja eriosa seadustesse. Käesolevas VTK-s lähtutakse otseselt nimetatud otsustest – omavahel loomupäraselt seotud personaalsete tervisteenuste korraldust reguleerivad sätted kavatakse koondada asjakohasesse juba eksisteerivasse üldseadusesse, tehes seda samas valdkonna arenguks kriitiliselt vajalike õiguslike muudatuste raames, minimeerides sel moel õigusloome regulatiivset koormust nii muudatuse tegemise ajal kui ka nähtavas tulevikus.



**Strateegia „Eesti 2035“** on riigi pikaajaline arengustrateegia, milles seatakse Eesti riigile ja rahvale kuni aastani 2035 strateegilised sihid ning määratakse kindlaks nende saavutamiseks vajalikud muutused. Strateegias sedastatakse, et inimeste oodatava ja tervena elatud eluea pikendamiseks on võtmetähtsusega kujundada inimeste hoiakud ja käitumine terviseteadlikuks, oma elu säästvaks, riskikäitumist vähendavaks, õnnetusi ennetavaks ning keskkonda hoidvaks. Selleks kavandatakse valdkonnaüleselt ja kogukondi kaasvalt inimestele nii lõimitud ennetusmeetmeid kui ka nõustamisteenuseid ning soodustatakse tervisliku elustiili valikuid (sh tasakaalustatud toitumine, piisav füüsiline ja vaimne aktiivsus ja sotsiaalne suhtlus). Samuti kavatakse välja arendada teenused, mis arvestavad inimese tervisekäitumise, keskkonna ja geenianndmetega ning võimaldavad inimestel paremini haigusi ennetada, tervist ja ravi jälgida. Käesolevas VTK-s sisalduv kavatsus hõlmata TTKS-i reguleerimisalasse seniste tervishoiuteenuste kõrvale edendus- ja ennetuse teenuste rühm loob regulatiivsed eeldused selliste personaalsete teenuste süsteemseks arendamiseks, rahastamiseks ja rakendamiseks.

Tervikliku vaimset tervist toetava süsteemi arendamiseks on strateegias sedastatud kavatsus leppida kokku ühtsed põhimõtted ja meetmed, tagada vajalike teenuste kättesaadavus ja kvaliteet kogu elukaare vältel ning arendada varajase märkamise süsteemi. Selle VTK keskne siht on luua regulatiivsed eeldused, et sisustada vaimse tervise teenuste süsteemi puuduolevad komponendid – personaalsed edendus- ja ennetusteenused ja madala lävega kliinilist kompetentsi mittenõudvad psühhosotsiaalsed teenused ning viia olemasolevate teenuste osutamine ühtsetele alustele.

**Rahvastiku Tervise Arengukava 2020–2030 (RTA)** on tervisevaldkonna katusstrateegia, mis annab valdkonnale ühtse, tervikliku ja tulevikku vaatava visiooni ning eesmärgid. Selle alaeesmärgi *tervist toetavad valikud* lahendusteede peatükis vaimse tervise edendamise alapeatükis nimetatakse prioriteedina teenuste integreerimist ja valdkondade ülese koostöö arendamist, et teenused oleksid kättesaadavad ja kvaliteetsed, lähtuksid inimese vajadustest ning toetaksid järjepidevalt nii vaimse tervise probleemidega inimesi kui nende lähedasi. Nagu märgitud ülal, on selle VTK keskne siht luua regulatiivsed eeldused, et sisustada vaimse tervise teenuste süsteemi puuduolevad komponendid – personaalsed edendus- ja ennetusteenused ja madala lävega kliinilist kompetentsi mittenõudvad psühhosotsiaalsed teenused (sh abivajaja peredele), mis kõik aitavad jõuda lähemale RTA-s nimetatud eesmärgile.

Tasakaalustatud toitumise ja füüsilise aktiivsuse edendamise alapeatükis nimetatakse prioriteetidena elanikkonna toitumis- ja liikumiselase teadlikkuse parandamist, hoiakute kujundamist ja oskuste arendamist kogu elukaare vältel ning toitumis- ja liikumisenõustamise süsteemi väljatöötamist, arendamist ja integreerimist tervise-, haridus- ja sotsiaalsüsteemi ning nõustamise kvaliteedi ühtlustamist ja kättesaadavuse parandamist. Uimastite tarvitamise ennetamise ja vähendamise alapeatükis nimetatakse prioriteetidena alkoholi liigtarvitamise ja kuritarvitamise varajase märkamise ja ennetamise tegevuste rakendamist, alkoholisõltuvuse ravi ja nõustamise teenuste kättesaadavuse parandamist ning inimkeskseks muutmist, tubakast loobumise nõustamise kättesaadavuse ja kvaliteedi parandamist ning sõltlastele mõeldud teenuste kvaliteedi parandamist, kättesaadavuse laiendamist ja integreerimist teiste raviteenustega. Käesolevas VTK-s sisalduv kavatsus reguleerida TTKS-is raviteenuste kõrvale edendus- ja ennetusteenuste ning psühhosotsiaalsete teenuste rühmad loob regulatiivsed eeldused nimetatud personaalsete nõustamisteenuste süsteemseks arendamiseks, rahastamiseks ja rakendamiseks tervishoius.

RTA alaeesmärgi *inimkeskne tervishoid* lahendusteede peatüki alapeatükis „Teenuste mudeli ümberkujundamine ning koostöö ja koordineerimine sektorite sees ja vahel“ sedastatakse, et hästi seostatud esmatasandi tervishoid, eriarstiabi ja haiglad koos taastusravi ja õendusabiga tagavad süsteemi jätkusuutliku toimimise ja optimaalse ressursikasutuse. Prioriteedid on koordineeritud ja inimkesksete teenusemudelite arendamine ja rakendamine kvaliteetsete teenuste kättesaadavuse tagamiseks kogu elukaare jooksul, sõltumata sellest, kas teenust vajatakse kodus, tervishoiu- või hoolekandetasutuses ning sellel eesmärgil ravitulemust ja kättesaadavust ning rahvastiku tervisetulemit ja inimkesksust väärtustavate strateegiliste rahastamisviiside rakendamine. Selles VTKs pakutakse alused tervishoiu erinevate tasandite paremaks koostööks ning tervisetulemeid ja inimkesksust väärtustavate strateegiliste rahastamisviiside rakendamiseks.

**Vaimse tervise tegevuskava 2023–2026** vaimse tervise teenuste alapeatükis nimetatakse teenuste süsteemi peamiste probleemkohtadena varajase abi, sh häire süvenemist takistava abi vähest kättesaadavust, vaimse tervise teenuste teisejärgulisust tervishoiusüsteemis, ühtsete põhimõtete ja kokkulepete puudumist vaimse tervise spetsialistide rakendamisel kogukonna ja esmatasandil, ootuste ja rollide varieerumist, esmatasandi halba integreeritust vaimse tervise tugiteenustega ning raskendatud liikumist erinevate teenuste ja teenusepakkujate vahel. Vajaliku muutusena nimetatakse tegevuskavas väheintensiivsete sekkumiste (sh digitaalsed sekkumised, psühhoterapeutilised lühisekkumised, grupinõustamised ja -teraapiad) süsteemi toomist ning nende kohandamist erinevas vanuses ja erineva tervisevajadusega inimestele sobivaks. Tegevuskavas võtab

Sotsiaalministeerium kohustuse alustada vaimse tervise teenuste osutamist reguleerivate õigusaktide kaasajastamist, et luua sobiv regulatiivne keskkond väheintensiivsete sekkumiste integreerimiseks teenuste süsteemi. See VTK on selle võetud kohustuse otsene tulem, VTK-s sisalduv kavatsus hõlmata TTKS-i reguleerimisalasse raviteenuste kõrvale psühhosotsiaalsete teenuste rühm loob regulatiivsed eeldused nimetatud väheintensiivsete sekkumiste süsteemseks arendamiseks, rahastamiseks ja rakendamiseks tervishoius.

[Koalitsioonilepe 2023–2027](#), s.o Eesti Reformierakonna, Erakond Eesti 200 ja Sotsiaaldemokraatliku Erakonna vahel 10. aprillil 2023. a sõlmitud koalitsioonilepe ehk valitsusliidu programm aastateks 2023–2027 fikseerib eesmärgid, mille Vabariigi Valitsus võtab aluseks oma nelja-aastase tegevusprogrammi kokkupanemisel. Selle sotsiaalpoliitika peatükis antakse lubadus luua vaimse tervise abisüsteem, mis pakub tõenduspõhiseid psühhosotsiaalsete lähi- ja digitaalsete sekkumiste toel kohest abi, laiendada vaimse tervise nõustamise ja kaasnevate teenuste kättesaadavust ning arendada terviklikku tervishoiuvõrgustikku, mis eeldab esmatasandi tervishoiu, haiglavõrgu ja erakorralise meditsiinivõrgu senisest tugevamat integreeritust. Selles VTK-s sisalduvad kavatsused lähtuvad otseselt neist võetud kohustustest – psühhosotsiaalsete teenuste rühma lisamine seniste tervishoiuteenuste kõrvale võimaldab tervishoius oluliselt laiendada peaaesjalikult nõustava iseloomuga madala läve teenuseid, *tervishoiuvõrgustiku* lisamine tervishoiukorralduse terminoloogiasse lubab hakata kujundama integreeritult eri liiki ja eri tasandite teenuste osutamist.

[Vabariigi Valitsuse tegevusprogrammis](#), mis lähtub koalitsioonileppes, on Vabariigi Valitsus võtnud kohustuse töötada novembriks 2023 välja TTKS-i väljatöötamiskavatsus, et laiendada vaimse tervise nõustamise ja kaasnevate teenuste kättesaadavust (p 9.2.4) ning luua koostöös erinevate osapooltega pikaajaline plaan erinevate kõrgema etapi vaimse tervise teenuste osutamise täiendamiseks, sh ravikodud, päevaravi jms (p 9.2.7). Selle VTK näol ongi tegu tegevusprogrammis nimetatud VTK-ga, selles pakutavad terminoloogilised täiendused loovad eeldused selleks, et laiendada vaimse tervise nõustamise ja kaasnevate teenuste kättesaadavust ning alustada tervishoiu eri tasandeid integreerivate kompleksteenuste kokkuleppimist, rahastamist ja rakendamist.

## 5. Tehtud uuringud

Uuringu „[Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 vahehindamine](#)“ [koondraportis](#) (2017) soovitati erilise fookuse alla võtta psühholoogilise ja psühhiaatrilise abi kättesaadavuse parandamine ning rõhutati vajadust senisest oluliselt süsteemsema ja jõulisema poliitikakujundamise järele vaimse tervise valdkonnas. RTA üldeesmärkide saavutamiseks on vaja strateegiliselt juhtida muutusi tervishoius, keskendudes inimkeskse ja majanduslikult jätkusuutliku tervisesüsteemi jaoks vajalike reformide elluviimisele.

Tervise Arengu Instituudi ülevaates „[Kuidas parandada ennetuse kvaliteeti Eestis](#)“ (2020) tuuakse välja, et ennetustegevusi rahastatakse Eestis enamasti lühiajaliselt (projektipõhiselt), rahastusotsused on tihti poliitilised ja läbipaistmatud. Püsivate muutuste saavutamiseks ennetuse valdkonnas on vajalik mõjutada ennetuse terviklikku korraldust, rahastust ja kvaliteeti, sest ühe valdkonna ebakvaliteetne tegevus või ebatõhusate meetmete rakendamine võib vähendada teise valdkonna otsuste positiivset mõju. Ülevaates sedastatakse, et rahastusotsused peavad toetama kokkulepitud kvaliteedi saavutamist ennetuses, lähtuma ühtsetest eesmärkidest ja standarditest, olema läbipaistvad ning tulemuste saavutamiseks pikaajalised.

[Riigikontrolli ülevaates „Eesti tervishoiu suundumused](#)“ (2022) sedastatakse, et haiguste ennetamisele ja varajasele avastamisele on viimastel aastatel vähe tähelepanu jagunud. Ravimata haigused kajastuvad tulevikus inimeste kaotatud elu- ja tööaastates. Selle tagajärjena pikeneb ravimise aeg, kasvab tüsistuste oht, inimesed on aktiivsest elust eemal ning suureneb tervishoiusüsteemi rahaline koormus. Haiguste ennetamine vajab süsteemsemat hindamist ja arendamist.

Uuringu [Inimkeskne ja integreeritud haiglavõrk](#) (2022) autorid sedastavad, et Eesti tervishoiusüsteem on haigla- ja arstikeskne ning tervishoiu ja sotsiaalteenuste osutamises puudub koordineerimine ja järjepidevus. Haiglatel, esmatasandi arstiabi osutajatel ja sotsiaalsüsteemil ei ole patsiendi ravis ühiseid eesmärgi ning ei eksisteeri ühiste ravi- ja hoolduskavade süsteemi. Samuti ei eksisteeri ühtset rahalist motivatsioonisüsteemi teenuste planeerimiseks ja koordineerimiseks. Teenused ei ole enamasti integreeritud ja on suunatud teenuse osutamise episoodile, mitte tervisetulemile. Raportis esitatakse visioon ravi- ja hooldusteenuste integreerimisest ja koordineerimisest valdade struktuuri arvesse võtval piirkondlikul printsiibil loodud kohalikke tervishoiu- ja sotsiaalteenuste pakkujaid koondavate integreeritud ravi piirkondade kaudu.

[Eesti rahvastiku vaimse tervise uuringuga \(RVTU\)](#) (2022) hinnati Eestis elanikkonna vaimse tervise olukorda ning selle muutumist COVID-19 pandeemia jooksul võrreldes pandeemiaeelse ajaga ning tuvastati rühmad, kelle vaimne tervis ja toimetulek olid kõige enam mõjutatud. RVTU andmed viitasid vaimse tervise probleemide



ulatuslikule levikule Eesti rahvastikus. Enesekohaste hinnangute põhjal oli depressioonirisk ligi neljandikul ja üldistunud ärevushäire risk igal viiendal täiskasvanul, märkimisväärselt suurem risk on noortel täiskasvanutel. Vaimsete häirete suhtes haavatavad rühmad on noorukid ja noored täiskasvanud, madalama haridustaseme ja väiksema sissetulekuga vastajad, töötud. Uuringu aruande soovitusel sedastatakse, et vaimse tervise probleemide ennetamine on odavam ja tõhusam kui probleemide ravi/tagajärgedega tegelemine. Uuringumeeskond soovib muuhulgas võtta kasutusele meetmed teenuste kättesaadavuse suurendamiseks eelkõige sotsiaalmajanduslikult haavatavates rahvastikurühmades, tugevdada vaimse tervise kogukonnateenuseid, hakata esmatasandi arstiabis ja kogukonna vaimse tervise teenustes laiemalt kasutama vaimse tervise probleemide varaseks tuvastamiseks sõelküsimumstikke ning võtta VT valdkonnas laiemalt kasutusele tõendus- põhised ennetusprogrammid.

[Eesti inimarengu aruandes 2022/2023](#), mille fookuses on vaimne tervis ja heaolu, nenditakse, et Eestis puudub vaimse tervise valdkonnas süsteemne ennetustegevus, vaimse tervise probleemiga inimese raviteekonnad on killustatud, keerulised ja ressursinappuses. Aruandes rõhutatakse, et vajadustele ja nõudlusele vastamiseks peab vaimse tervise sekkumiste struktuur tulevikus muutuma. Surve vähendamiseks spetsialiseeritud teenustele on vaja arendada kodulähedasi esmatasandi sekkumisi, kogukonnateenuseid ja -tuge ning tugevdada eneseabi ehk enesehoolt. Suur osa kliinilise sekkumise ja ravi vajadustes võiks kaduda, kui ennetus ja valdkondade ülene võrgustikutöö oleks ulatuslik ja toimiks hästi. Tulevikus on vaja suuremat tähelepanu pöörata vaimse tervise teenuste täpsemale sihtimisele – iga mure korral pole psühhiaatri või psühholoogi abi vaja. Inimese vaimset tervist ja heaolu toetaks kvaliteetsed ja (kulu)tõhusad sekkumised ning tugisüsteemide koostöö.

## 6. Rahvusvahelised soovitusel

[Maailma terviseorganisatsiooni \(WHO\) riigipõhises hindamisaruandes „Paremad mittenakkushaiguste tulemid: väljakutsed ja võimalused tervisesüsteemis“](#) (2015) soovitakse Eestil kaaluda erinevaid võimalikke teenusepakkumise mudeleid ja motivatsioonitegureid, mis võimaldavad rohkem tähelepanu suunata ennetusele, proaktiivsele riskide käsitlemisele ning paremale ravi koordineerimisele eri tasemetel, sealhulgas ka tervise ja sotsiaalhoolekande vahel. Patsient tuleks asetada ravi keskmesse, tehes seda läbi ravitulemite mõõtmise, jälgimise ja analüüsimise ravi igal tasandil ning tagades, et teenuse osutajad võtavad patsiendi tervise eest vastutuse, mida toetada suunatud ja sihitud motivatsioonisüsteemidega. Arstide ja õdede rollid eri ravitasanditel tuleks üle vaadata ja arstide ülesandeid saaks jagada veelgi enam teistele spetsialistidele. Ravi koordineerimisse (näiteks regulaarselt helistada patsientidele ja kutsuda tervisekontrolli, aidata leida vastuvõtuaeg, jälgida raviplaani kinnipidamist, jne) ja esmasesse ennetustegevusse, patsiendi nõustamisse ja harimisse, sotsiaalhoolekandega koostööks jms võiks täiendavalt kaasata ka teisi spetsialiste.

[75. Maailma Terviseassambleel 28. mail 2022. a vastuvõetud resolutsioon heaolu ja tervisedenduse kohta](#) kutsuti liikmesriike üles tugevdama tervishoiusüsteeme pakkudes tervisedendust kõikidel tervishoiutasanditel ning edendada tervist ja heaolu koordineeritud ja erinevaid valdkondi hõlmavate meetmete kaudu kogu elukaare vältel, luues tingimused selleks, et inimesed oleksid ise võimelised võtma vastutuse oma tervise ja heaolu eest.

## 7. Kaasatud osapooled

Selle VTK keskseks lähtekohaks on ülal nimetatud arengukavades ja strateegiadokumentides väljendatud vajadused ja arengusuunad ning nelja tervisevaldkonna arengukava – vaimse tervise tegevuskava 2023–2026, astmelise abi tegevuskava, esmatasandi arengukava ja tervishoiu arengusuunad 2040<sup>11</sup> – raames toimunud arutelud, nende käigus sõnastatud probleemkohad, väljendatud ootused ja vajadused. Nimetatud strateegiadokumentide koostamisel toimus kümneid seminare ja arutelusid, millest võttis osa enam kui sada sidusrühmade esindajat. Võttes ühelt poolt aluseks neis protsessides tuvastatud ja süstematiseeritud probleemid ja välja käidud lahendusvõimalused ning toetudes teisalt Vabariigi Valitsuse antud mandaadile seadusemuudatuse algatamiseks, on VTK-sse koondatud komplekt üksteisega tihedalt seotud lahendusi, mis üheskoos loovad alused nii psühhosotsiaalsete teenuste süstemaatiliseks arendamiseks, rahastamiseks ja rakendamiseks kui ka tervishoiuteenuste osutamise terviklikumaks kujundamiseks ja pakkumiseks.

<sup>11</sup> Astmelise abi tegevuskava avaldatakse 2023. aasta lõpus, esmatasandi arengukava ja tervishoiu arengusuundade kontseptsioonidokument valmivad ja need avaldatakse 2024. aastal.

VTK-s kajastuvaid üksiklahendusi on testitud pisteliselt sidusrühmadega toimunud töökohtumistel, lahenduste komplekt on räägitud läbi tervishoiukorralduse peamiste partneritega avalikust sektorist. Teistele sidusrühmadele esitatakse VTK samaaegselt sisendina ees seisvateks aruteludeks. VTK-s on esitatud ettepanekud tervishoiukorralduse terminoloogia nüüdisajastamiseks ning tervisteenuste spektri rikastamiseks, andes võimalikud suunad edasiliikumiseks. Täpsed terminid, definitsioonid ja teenuste taksonoomia pannakse paika VTK-le laekuvate arvamuste ja ettepanekute toel ning VTK kooskõlastamisele järgneva eelnõu koostamise protsessis.

### **III. Probleemi võimalikud mitteregulatiivsed lahendused**

<b>8. Kaalutud võimalikud mitteregulatiivsed lahendused</b>	
• Avalikkuse teavitamine	EI
• Rahastuse suurendamine	JAH
• Mitte midagi tegemine ehk olemasoleva olukorra säilitamine	JAH
• Senise regulatsiooni parem rakendamine	JAH
• Muu (palun täpsusta)	EI

Olukorras, kus ametkondlikul tasandil on tekkinud äratundmine, et tervishoiukorralduse üldseaduses sisalduv teenuste spekter ja legaalterminite definitsioonid on aegunud ja pärsivad poliitika arendamist, on olukorra parandamiseks loomupäraselt eelistatud samm regulatsiooni nüüdisajastamine. Nagu argumenteeritud VTK punktis 1, on regulatsiooni vaja muuta, et leevendada aja jooksul kuhjunud probleeme ning luua eeldused mitmetes strateegiatel visioneeritud arenguhüpeteks tervishoiukorralduses nagu näiteks tervishoiusüsteemi ümberkujundamine haigusi ennetavaks ja tervist edendavaks, vaimse tervise käsitlemise töstmiseks samaväärseks füüsilise tervisega ning inimkesksete tervishoiuteenuste pakkumiseks rahastamismudelite uuendamine.

Sellises kontekstis on alternatiivid regulatiivsele muudatusele pigem teoreetilised. Kirjeldatud probleemkohtade valguses ei ole senise regulatsiooni parem rakendamine realistlik alternatiiv. *Status quo* on regulatiivsel tasandil püütud hoida, kuid see ei ole praktikas kuidagi õnnestunud – hoides üldseaduse baasterminoloogia ja -taksonoomiad samad, on muudetud seaduse muid osiseid või tehtud kohandusi muudes õigusaktides. Vahel kiirkorras rakendatud konkreetsest probleemist lähtuvad, kuid lõpuni läbi mõtlemata lahendused on tekitanud uusi probleemkohti, mille lahendamiseks ollakse sunnitud tegema järgmisi regulatiivseid muudatusi. Suuri muudatusi vältides on mitmete väikeste muudatuste koosmõjus kasvanud tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemis keerukuse määr ja kõigi osapoolte administratiivne koormus.

Ka rahastamise täiendav suurendamine teenuste struktuuri oluliselt muutmata ja madalama astme teenuseid ja edendus- ja ennetustegevusi välja arendamata ei oleks maksuraha efektiivne kulutamine, sest sellisel juhul jätkuks häiretele reageerimine peamiselt hilises faasis ja peamiselt kallite teenustena. Rahastamise suurendamine nii ühikuhindade kui ka mahtude suurendamise kaudu on tervishoiu järjepidevalt toimunud (regulaarselt on suurendatud teenusehindasid, välja on töötatud ja rakendatud lisameetmeid teenuste pakkumiseks) ja toimub suure tõenäosusega ka edaspidi. Madalama astmete teenuste väljaarendamiseta muutub senise teenusekomplekti rahastamine riigieelarvele järjest kulukamaks. Tervishoiukorraldus peab omaks võtma printsiibi, et kõige tõhusam on haiguseid, häireid ja vigastusi ennetada ja sekkuda võimalikult varakult. Sellises kontekstis ei ole regulatiivsetele muudatustele alternatiivi, pigem on küsimuse all muudatuste koht ja ulatus regulatsioonides ning nende jõustamise järjekord ja aeg.

### **IV. Probleemi võimalikud regulatiivsed lahendused**

#### **9. Regulatiivsete võimaluste kirjeldus**

Regulatiivsete puudujääkide leevendamiseks on kolm peamist alternatiivi:

- laiendada TTKS-i reguleerimisala ning muuta ja täiendada tervishoiuteenuste korralduse terminoloogiat;

- b) reguleerida neid teenuseid ja tegevusi, mida TTKS täna ei kata, muude seaduste all;
- c) lahendada kujunenud probleemkohti alamates aktides, laiendades selleks vajadusel seadustes üksnes volitusnorme.

### 9.1. TTKS-i reguleerimisala laiendatakse ning muudetakse ja täiendatakse terminoloogiat

Variandi a ehk TTKS-i olulise muutmise kasuks räägivad järgmised argumendid:

- i. tervishoiuteenuste korralduse üldregulatsioonis teenuste spektrit laiendades ning terminoloogiat vastavalt kohandades hõlmatakse tervishoiuteenuste korralduse alla kõik aspektid, mis on nüüdisaegsete arusaamade kohaselt loomulik osa tervishoiust;
- ii. edendus- ja ennetusteenustele ning psühhosotsiaalsetele teenustele õiguslike aluste loomine sarnaselt raviteenustele võimaldab hakata neid teenuseid süsteemselt kujundama, arendama ja rahastama;
- iii. terviklik terviseteenuste kogum võimaldab Eesti inimestele pakkuda senisest inimkesksemaid ja tervisevajadusest lähtuvaid teenuseid kogu terviseteenuste spektri ulatuses;
- iv. samasisuliste teenuste õiguslik konsolideerimine kahandab riigi üldist administratiivkulu ning nii sotsiaal- kui ka tervishoiuteenuseid osutavate TTO-de halduskoormust;

Variandi a rakendamisele ei ole tugevaid vastuargumente. Muutus nõuab küll väljumist enam kui 20 aastat kehtinud ravikesksest mudelist, millega kõik tervishoiu sidusrühmad on harjunud, kuid sidusrühmade otsene või kaudne aktsept sellistele muutusele sisaldub juba ülal loetletud strateegiates. Olulisimad aspektid on nende vajalike muutuste täpne regulatiivne vorm ja jõustamises ajakava.

Seadusemuudatuse sisuline jõustamine, sh seaduseelnõuga seotud rakendusaktide eelnõude koostamine toob kaasa olulise töömahu Sotsiaalministeeriumile, TerK-ile ning nõuab uue regulatiivse olukorraga kohandumist praegustelt TTO-delt. Muutus tingib vajaduse töötada välja uute teenuste loetellu lisamiseks vajalikud alused ja protseduurid ning asjakohaste teenuste loetelud ühes rahastamise alustega. Samuti on vaja ühtlustada erinevate õigusaktide alusel osutatavate samasisuliste teenuste osutamise põhimõtteid, sh teenust vahetult osutatavate spetsialistide kvalifikatsiooninõudeid. Kaasneva negatiivse mõju leevendamiseks on võimalik muudatusi jõustada järk-järgult pikema ajaperioodi jooksul.

### 9.2. Uute teenuste reguleerimine teistes seadustes

Teine regulatiivne stsenaarium näeb ette võimaluse reguleerida neid teenuseid ja tegevusi, mida TTKS täna ei kata, muude seaduste all. Nagu varasemalt selgitatud, toimub mitmete psühhosotsiaalsete teenuste osutamine juba praegu näiteks ohvriabiseaduse ja sotsiaalhoolekandeseaduse alusel. Arvestades nende seaduste eesmärke ja reguleerimisala, ei oleks psühhosotsiaalsete teenuste täpsemaks reguleerimiseks ja rahastamiseks nende seaduste täiendamine soovitud eesmärgi saavutamiseks sobiv ning pigem tuleks sellisel juhul välja töötada uus eriseadus. Hinnates aga selle alastsenaariumi võimalikkust Riigikogu otsuse „Õigusloomepoliitika põhialuste aastani 2030 heakskiitmine“ valguses, avaldub stsenaariumi ilmne vastuolu parlamendi antud juhistega. Eriseaduse väljatöötamine suurendaks riigi regulatiivset koormust. Olukorras, kus tervishoiuteenuste osutamist reguleeriv üldseadus juba eksisteerib, puuduvad tugevad argumendid eraldi seaduse väljatöötamiseks kitsa spektriga teenuste osutamise tarbeks. Püüd hoida psühhosotsiaalsed teenused regulatiivselt lahus raviteenustest killustaks tõenäoliselt praegust fragmenteeritud teenusekorraldust veelgi ning suurendaks teenuseosutajate ja riigi halduskoormust.

Edendus- ja ennetusteenuste alternatiivse reguleerimise asukohana saaks teoorias kaaluda rahvatervishoiu seadust<sup>12</sup>, mille eesmärk on eelnõu kohaselt „tagada inimeste tervise kaitse, luua tingimused elanike eeldatava ja tervena elatud eluea tõusuks, ennetada ja vähendada ebasoovitavaid tervisemõjusid ja ebavõrdsust elanike tervises seisundis ning saavutada seeläbi positiivseid muutusi rahvastiku tervises“. Teisalt on siin oluline arvestada, et rahvatervishoiu seaduse reguleerimisala fookuses on rahvatervishoiu korraldamine ja rahvatervishoiu meetmete reguleerimine. Rahvatervishoid tegeleb tavapäraselt universaalsete ja sihtgrupipõhiste – kuid siiski mittepersonaalsete – edendus- ja ennetustegevustega ja seega ei reguleeri praegu sidusrühmadele arvamuse andmiseks esitatud rahvatervishoiu seaduse eelnõu üheski aspektis selliseid personaalseid teenuseid. Seega oleks ka rahvatervishoiu seaduse täiendamine selliste personaalsete teenustega väga põhimõtteline muudatus. Üksnes personaalsete edendus- ja ennetusteenuste tarbeks eriseaduse väljatöötamine oleks aga Riigikogu antud

<sup>12</sup> Vt eelnõud <https://eelvoud.valitsus.ee/main/mount/docList/6cbf53ec-6628-46ef-9171-d543fa2084bf>

õigusloomepoliitika põhialustega vastuolus – personaalseid tervise teenuseid reguleeriv seadus juba eksisteerib ning selles kontekstis peab edendus- ja ennetuste teenuste integreerimine seadusesse olema esimene eelistus ning alternatiivse stsenaariumi rakendamine saab olla põhjendatud üksnes kaalukate argumentide olemasolul.

*Tervishoiuvõrgustiku* mõiste toomisel regulatsiooni on võimalik alternatiiv mitte käsitleda seda tervishoiukorraldusliku vaid üksnes rahastusliku mõistena. Sellisel juhul võivad asjakohased terminid ja definitsioonid jääda TTKS-ist välja ja neid saab reguleerida üksnes RaKS-is või RaKS alusel antavates rakendusaktides. Sotsiaalministeeriumi hinnangul on see alamstsenaarium selles punktis käsitletuist ainukene realistlik alternatiiv. Samas on ministeeriumi esimene eelistus tuua *tervishoiuvõrgustik* tervishoiukorralduse terminoloogiasse, kuna rahastuse kõrval saab see olla oluline instrument kvaliteedi ja tervisetulemite seadmisel teenuste fookusesse. Samuti on ministeeriumi esimene eelistus defineerida *tervishoiuvõrgustik* patsiendile osutatavate teenuste spektri kaudu, mis oleks laiem raviteenustest, st tervishoiuvõrgustik peaks pakkuma ka edendus- ja ennetuste teenuseid ning psühhosotsiaalseid teenuseid ulatuses, mille järele näevad sidusrühmad vajadust. Sotsiaalministeerium kaalub tervishoiuvõrgustiku defineerimist RaKS-is või selle rakendusaktides juhul, kui ilmnevad kaalukad argumentid, miks terminoloogia täiendamine TTKS-is ei ole teostatav.

Kokkuvõttes on selles alampunktis käsitletud poliitika stsenaarium aktsepteeritav üksnes piiratud ulatuses, st *tervishoiuvõrgustik* on võimalik reguleerida RaKS või selle rakendusaktide vahendusel. Teised selles punktis käsitletud alamstsenaariumid oleks vastuolus Riigikogu otsusega „Õigusloomepoliitika põhialuste aastani 2030 heakskiitmine“. Poliitika stsenaariumi rakendamine piiratud ulatuses ei võimalda aga saavutada kõiki VTK-s seatud eesmärgi.

### 9.3. Probleemkohtade lahendamine alamates õigusaktides

Kolmas regulatiivne stsenaarium oleks kujunenud probleemkohtade lahendamine alamates aktides, laiendades selleks vajadusel üksnes seadustes sisalduvaid volitusnorme. Kuigi tehniliselt on see – küll piiratud ulatuses – võimalik, räägib ka selle stsenaariumi rakendamisele üheselt vastu Riigikogu otsus „Õigusloomepoliitika põhialuste aastani 2030 heakskiitmine“, mis kohustab kavandama uued normid õige tasandi õigusakti. Olukorras, kus raviteenuste osutamist reguleeritakse TTKS-is suhteliselt detailselt, on küsitav edendus- ja ennetuste teenuste ning psühhosotsiaalsete teenuste samaväärne reguleerimine mõnes rakendusaktis ka juhul, kui seadus selleks sobiva volitusnormi annab.

Nagu probleemi kirjelduses viidatud, on aegunud üldseaduse tõttu ilmnunud probleemkohti juba püütud lahendada teise seaduse alusel antavates rakendusaktides. Näiteks on varasemalt reguleeritud TerK tervishoiuteenuste loetelus eriarstiabi alt kliinilise psühholoogi vastuvõttude rahastamist, kuigi enne 01.10.2024 ei olnud kliinilised psühholoogid tervishoiutöötajaga veel võrdsustatud. Kehtivas loetelus rahastatakse jätkuvalt näiteks psühholoog-nõustaja vastuvõtte, kuigi TTKS-i kehtivat redaktsiooni grammatiliselt tõlgendades ei saa sellist teenust lugeda tervishoiuteenuseks, kuna seda ei osuta tervishoiutöötaja ega viimasega võrdsustatud isik. Kuigi õigust ka muudel viisidel (st süstemaatiliselt, ajalooliselt ja teleoloogiliselt) tõlgendades on võimalik jõuda seda vastuolu leevendavate tõlgendusteni (nimelt teenust rahastatakse ravikindlustusest üksnes eriarsti suunamisel ja seega tegutseb spetsialist eriarsti antud lähteülesande alusel), kahandab selline praktika tugevalt õiguselgust. Tervishoiukorraldust reguleeriv üldseadus peaks tervishoiu osapooltele olema üheselt arusaadav, mistõttu tuleks seda vastavalt praktilistele vajadustele regulaarselt ajakohastada. Jäiga üldseaduse kontekstis psühhosotsiaalsete ja edendus- ja ennetuste teenuste reguleerimine alamates õigusaktides juba eksisteerivate tervishoiuteenustena – nt üld ja eriarstiabi ja psühholoogilise ravina võib seda õiguslikku ebakõla veelgi süvendada ning soosida teenuste osutamist suboptimaalselt. Näiteks väheintensiivsete psühholoogiliste sekkumiste arendamisel on kiire abi seisukohalt oluline, et teenuseid osutatakse sümptomite baasil valiidselt hindamisvahendite toel, kuid ilma vajaduseta arstliku diagnoosi järele. Osutades neid teenuseid osana arstlikust abist või psühholoogilisest ravist, nõudes teenuse rahastamiseks kliinilise spetsialisti suunamist, võib tekkida oluline pudelikael abi kiireks osutamiseks. Samalaadne problemaatika kaasneb personaalsete edendus- ja ennetustegevuste osutamisel – teenused, mille osutajateks saaks olla peamiselt mitte-meditsiiniline personal ja mille eesmärk pole ravi, ei sobi kuidagi üld- ja eriarstiabi, õendus- ja ämmaemandusabi, psühholoogilise- ja logopeedilise ravi ega füsioteraapia alla.

Seega kokkuvõttes tuleb stsenaarium c ehk VTK-s kirjeldatud probleemkohtade lahendamine alamates õigusaktide toel tunnustada sobimatuks.

### 9.4. Järeldused

Kolme regulatiivse alternatiivi analüüs näitab, et VTK-s seatud eesmärgid suudab saavutada vaid esimene stsenaarium, s.o tervishoiuteenuste korraldust reguleeriva TTKS-i reguleerimisala muutmine ja terminoloogia muutmine või täiendamine. Teiste alternatiivide rakendamine oleks vastuolus Riigikogu otsusega „Õigusloomepoliitika põhialuste aastani 2030 heakskiitmine“, mis kohustab kavandama uued normid õige tasandi õigusakti ning vältima regulatiivselt koormavaid õigusloome lahendusi.

## 10. Regulatiivsete võimaluste põhiseadusega ning Euroopa Liidu ja rahvusvahelise õigusega määratud raamid

Põhiseaduse (PS) § 28 sätestab igaühe õiguse tervise kaitsele. Põhiseaduse kommenteeritud väljaande<sup>13</sup> kohaselt on igaühe õiguse tervise kaitsele mitmetahuline põhiõigus, mis on tihedalt seotud PS §-s 10 sätestatud õigusega inimväärikusele, PS §-s 16 sätestatud õigusega elule ja PS §-st 26 tuleneva eraelu puutumatusel (nt kehaline ja vaimne puutumatus). Esemeliselt kaitsealalt on hõlmatud nii inimese vaimne kui ka füüsiline tervis ning sotsiaalne heaolu. Riigil tuleb tagada, et terviseteenuste osutamisel võetaks kasutusele sobivad meetmed inimese elu ja tervise kaitseks<sup>14</sup>. Milline abi ja millised abi osutamise meetmed on sobivad, tuleb hinnata abi osutamise aja eksperditeadmise põhjal. Nüüdisaegsete eksperditeadmiste kohaselt ja võttes aluseks rahvusvaheliste organisatsioonide soovitusi, mis neist teadmistest lähtuvad<sup>15</sup>, on optimaalseim meetmestik nimetatud põhiõiguste tagamisel ennetus, inimeste võimendamine võtma ise vastutust oma tervise eest, häirete varane märkamine ja õigeaegne reageerimine, häiretest taastumise ja toimetuleku igakülgne toetamine.

Tervisepõhiõiguse sisustamisel on abiks Eestile siduv rahvusvaheline õigus: Oviedo konventsioon, Euroopa inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsioon (EIÕK), ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsioon (PIÕK), majanduslike, sotsiaalsete ja kultuurialaste õiguste rahvusvaheline pakt (MSKÖP), Euroopa sotsiaalharta (ESH). Käesoleva VTK keskmises osas olevad poliitikamuudatused on kõigi nimetatud rahvusvaheliste lepetega ning Euroopa Liidu õigusega kooskõlas. Terviseõiguseid suudab tagada üksnes tervishoiusüsteem, mis kvaliteetse ravi pakkumise kõrval seisab ka tervise hoidmise eest, ennetab haiguseid ja vigastusi, pakub teenuseid terviklikult ja inimkeskselt ning võtab arvesse, et tervise definitsiooni lahutamatu komponent on füüsilise tervise kõrval ka vaimne tervis. Ükski nimetatud rahvusvahelistest lepingutest ei reguleeri samas riigi õigust kujundada oma tervishoiusüsteemi korraldust vastavalt poliitilistele ja ametkondlikele eelistustele.

## V. Regulatiivsete võimaluste mõjude eelanalüüs ja mõju olulisus

### 11. Kavandatavad muudatused ja nende mõjud

#### 11.1. TTKS-i täiendatakse viisil, mis muudab selle personaalsete terviseteenuste osutamist reguleerivaks üldseaduseks

Nagu selgitatud varasemalt, on TTKS-i terminoloogilisest jäikusest tulenevalt hakatud mitmeid tervishoiuteenustega samaväärseid teenuseid rahastama muude õigusaktide alusel sotsiaalteenustena. VTK-s tehakse ettepanek täiendada TTKS-i viisil, mis muudab selle kõigi personaalsete terviseteenuste osutamist reguleerivaks üldseaduseks, st selles luuakse nn delegeeriv seos kõikide regulatsioonidega, mille alusel korraldatakse tervishoiuteenustega samaväärsete või samalaadsete teenuste osutamist ja rahastamist.

Muudatuse oodatav positiivne mõju seisneb selles, et sel moel luuakse regulatiivsed eeldused, et siduda samal eesmärgil (s.o inimese terviseseisundi parandamiseks või säilitamiseks) osutatavad teenused ühtseks integreeritud komplektiks, arendada teenuseid ühtlaselt ja võtta asjakohasusel aluseks samaväärsed kvalifikatsioonitingimused teenuste osutamisel, sõltumata sellest, millise õigusakti alusel neid osutatakse.

Muudatust tuleb samas vaadata komplektis teiste VTK-s välja pakutud poliitikamuudatustega – eraldiseisvalt ei ole selle rakendamine põhjendatud. Poliitikamuudatus on eeldusi loov ja selle mõju on eelkõige sümboolne – muudatus seob regulatiivsel tasandil seni tervishoiust lahutatud ja sotsiaalteenustena tähistatud sama või

<sup>13</sup> <https://pohiseadus.ee/sisu/3499>

<sup>14</sup> EIKo 46043/14, *Lambert jt vs. Prantsusmaa*, 05.06.2015, p 140

<sup>15</sup> vt nt WHO (2020) WHO global strategy on health, environment and climate change: the transformation needed to improve lives and wellbeing sustainably through healthy environments

sarnase sisuga teenused üheks tervikuks ja on seega oluline samm tervise ja sotsiaalteenuste omavahelises integratsioonis. Poliitikamuudatuse sisuline, sh sihtrühmi otseselt puudutav mõju ning eelarvemõju avaldub alles sellele järgnevat poliitikamuudatuste tulemusel. Selle poliitikamuudatusega ei kaasne veel sotsiaalsed, sealhulgas demograafilist mõju, mõju riigi julgeolekule ja välissuhetele, majandusele, elu- ja looduskeskkonnale, regionaalarengule, riigiasutuste ja kohaliku omavalitsuse korraldusele ega riigieelarvele. Seega ei kaasne selle poliitikamuudatusega ka ühtegi negatiivset kaasmõju.

### 11.2. TTKS-i reguleerimisalasse kuuluvate teenuste spektrit laiendatakse

Tervishoiusüsteemis vajalike muutuste saavutamiseks, st tervisesüsteemi muutmiseks edendavaks ja ennetavaks ja vaimset tervist toetavaks on vajalik inimestele pakutavate teenuste spektrit rikastada. Nagu selgitatud varasemalt, keskendub kehtiv TTKS hoolimata oma nimetusest piiratud hulga kutsealade osutatavate teenuste reguleerimisele. Poliitikamuudatusel, mis toob üldseaduses praeguste teenuste kõrvale täiendavad teenused, sh edendus- ja ennetusteenused ning psühhosotsiaalsed teenused ning sätestab nende teenuste rahastamisalused, on järgmine oodatav mõju:

- muudatus võimaldab hakata tervishoius süsteemselt välja töötama, pakkuma ja arendama personaalseid edendus- ja ennetusteenuseid (sh nt patsiendi-hariduslikud teenused, terviseriski nõustamisteenused, apteegis pakutavad nõustamisteenused);
- see võimaldab kujundada vaimse tervise teenuste süsteem astmelise abi põhimõtteid järgivaks ning rikastada tervishoiusüsteemi väheintensiivsete psühholoogiliste sekkumistega;
- seni tervishoiuteenusteks ja sotsiaalteenusteks eristatud tervisega seotud teenused on võimalik siduda ühtseks inimsõbralikumaks teenuste komplektiks.

Sarnaselt eelmisele poliitikamuudatusele loovad muudatused TTKS-is samas üksnes raamistiku ehk eeldused teenuste süsteemi oluliseks ümberkujundamiseks. Selleks, et poliitikamuudatus looks positiivset mõju Eesti inimestele, peab TTKS-i muutumise ajaks olema paigas uute lisanduvate teenuste rahastamisalused (st kas ravikindlustuse seaduse alusel või muul viisil) ja kokku lepitud riigi rahastusel pakutavate teenuste paketid.

Sedagi poliitikamuudatust tuleb vaadelda koosmõjus teiste VTK-s tehtud poliitikamuudatuste ettepanekutega – poliitikamuudatuse elluviimine ei ole ilmselt mõistlik terminoloogiliste muudatusteta. Poliitikamuudatusel on selle ellu rakendamisel oluline mõju riigiasutuste korraldusele ning majandusele. Koostöös sidusrühmadega vajab vastamist küsimus, mis tingimustel on aksepteeritav seadusesse lisanduvate teenuserühmade osutamine iseseisvalt lahus raviteenustest ning kas sellisel juhul tuleks ka uued teenused allutada majandustegevuse loa kohustuse alla (raviteenuste tegevusloa põhimõtteid pole selle VTK raames kavas muuta). Kui majandustegevuse loa nõuet ei kehtestata, ei mõjuta seadusemuudatus otseselt teenuseid pakkuvate juriidiliste üksuste majandustegevust. Tegevusloa nõuete kehtestamisel kaasneb juriidilistel üksustel vajadus hankida tegevusluba, ning see mõjutab neid isikuid, kes osutavad teenuseid praegu ilma tegevusloata. Sellega lisandub Terviseametile kohustus kontrollida tegevusluba taotlevate üksuste vastavus tegevusloa nõuetele ning teha järelevalvet teenuseosutajate tegevuse üle. Tegevusloa taotluse menetlemise ja väljastamise kulu tuleb riigilõivuna katta tegevusluba taotleval juriidilisel üksusel vastavalt menetlusega kaasnevatele kuludele ja selles aspektis on poliitikamuudatus väikese eelarvemõjuga – riigile kaasnevad halduskulud katavad loa taotlejad, lisandub uute teenuseosutajate järelevalve kulu.

Poliitikamuudatusega ei kaasne mõju riigi julgeolekule ja välissuhetele, elu- ja looduskeskkonnale, kohaliku omavalitsuse korraldusele ega regionaalarengule. Küll on ootuspärane olulise sotsiaalse ja majandusliku mõju avaldumine sellele poliitikamuudatusele järgnevat poliitikamuudatuste rakendamise tulemusena. Erinevate poliitikamuudatuste koosmõjul peaks paranema tervishoiusüsteemi suutlikkus kahandada haigestumist ja vigastuste teket, pikendada tervelt elatud eluaastaid ja eluiga, aeglustada ravikulu kasv, elavneda majandus ja suurendada maksutulud. Oodatava efekti saavutamise eeltingimus on tervishoiukulude osakaalu kasv SKP-s, olemasoleva tervishoiu eelarve raames võib oodatav mõju jääda tagasihoidlikuks. Täpsemad hinnangud kujundatakse juba konkreetsete eelnõude mõjuanalüüsidenä.

### 11.3. TTKS-i terminoloogiat muudetakse

VTK-s on esitatud ettepanek muuta seaduses juba kasutatavate terminite definitsioone, et viia neid kooskõlla juba kujunenud praktikaga ning luua eeldused eelneva poliitikamuudatuse rakendamiseks.



**Tervishoiuteenuse osutaja** definitsiooni on kavas kitsendada selliselt, et seaduses tähistaks tervishoiuteenuse osutaja (TTO) üksnes juriidilist üksust, st juriidilist isikut või FIE-t. Igapäevases kõnepruugis juba kasutatakse TTO-d üheselt vaid juriidilise üksuse tähistajana. Definitsiooni kitsendamine on vajalik, et parandada õigusselgust, regulatsioon peab võimaldama eristada, millal reguleerib säte üksnes juriidilise üksuse õigusi ja kohustusi. Neis sättes, kus tervishoiuteenuse osutaja on mõeldud tähistama nii tervishoiutöötajat kui ka juriidilist üksust, saab edaspidi kasutada tähistada sõnaühendit „tervishoiutöötaja ja/või tervishoiuteenuse osutaja“. Muudatus on oluline regulatsiooni tulevikukindluse parandamiseks – on võimalik, et mõnesid edendus- ja ennetusteeneid ning psühhosotsiaalseid sekkumisi on tulevikus otstarbekas pakkuda osaliselt või täielikult digitaalsetena, ning teenuse osutamiseks ei ole tervishoiutöötaja või temaga võrdsustatud isiku pidev osalemine protsessis asjakohane – õigus peab andma võimaluse ka selliste teenuste kujundamiseks ja rakendamiseks, kui sidusrühmad seda asjakohaseks peavad. Seega loob TTO definitsiooni kitsendamine alused suuremaks paindlikkuseks tulevikuteenuste kujundamisel.

Tervishoiu tööjõudu tähistavat terminoloogiat täiendatakse või muudetakse olemasolevate terminite definitsioone viisil, et seadusega oleks hõlmatud kõik **tervishoiuteenuse osutaja heaks või volitusel töötavad isikud**, kes osutavad oma tervishoiu kutse alase pädevuse piirides patsiendile iseseisvalt tervisteenuseid või sooritavad muid diagnostilisi ja ravitoiminguid, ning ka need **isikud, kes koordineerivad või vahendavad TTO juures teenuste kasutamist** ja töötlevad seetõttu eriliiki isikuandmeid (nt juhtumikorraldaja, registratuuri töötaja jt) <sup>16</sup>. Seegi muudatus parandaks oluliselt õigusselgust. Regulatsioon katab edaspidi kõik patsiendi eriliiki isikuandmetega kokku puutuvad isikute grupid ning võimaldab senisest paremini täpsustada nende õiguseid, kohustusi ja vastutust. Samuti toetab muudatus tervishoiutöötajate tööjõukriisi leevendamiseks arstidelt ja õdedelt teatud ülesannete ümberjagamist lühema väljaõppe või madalama kvalifikatsiooniga töötajatele (ingl *task shifting*), kuna annab kategooriad mille alusel seda teha. Muudatus on vältimatult vajalik, et reguleerida raviteenuste kõrvale lisanduvate uute teenusegruppide osutamise nõudeid.

Kokkuvõttes parandavad nimetatud terminoloogilised muudatused oluliselt õigusselgust ja loovad eeldused teenuste arendamiseks ja ülesannete ümberjagamist ja seega tervisteenuste patsiendikesksemaks, tõhusamaks ja efektiivsemaks osutamiseks. Poliitikamuudatusega ei kaasne mõju riigi julgeolekule ja välissuhetele, elu- ja looduskeskkonnale, riigi ja kohaliku omavalitsuse korraldusele ega regionaalarengule. Küll on ootuspärane olulise sotsiaalse ja majandusliku mõju avaldumine poliitikamuudatusele järgnevate muudatuste rakendamisel. Neid mõjusid hinnatakse täpsemalt konkreetsete eelnõude kontekstis.

#### 11.4. TTKS-i tuuakse uus termin *tervishoiuvõrgustik*

Tervishoiukorralduse üldseaduse terminoloogiline täiendamine täiendava tervishoiukorraldusliku üksusega võimaldab tervishoiuteenuste osutamisel seada teenuste fookusesse inimeste tervisetulemid ja korraldada tervishoiuteenuste osutamist senisest paindlikumalt – uue termini toel on võimalik sätestada võrgustikule kohustuslikud teenused, kuid võrgustikul on võimalik osutada neid regionaalseid eripärasid arvestades optimaalseimal tasandil.

Selle terminoloogilise täienduse otsene siht on sotsiaalne mõju, s.o tervishoiuteenuste osutamise muutumine inimkesksemaks. Samas loob üldseaduse mõisteline rikastamine taas üksnes eeldused järgnevateks sammudeks, mõistelised muudatused peaksid tulevikus kajastuma ka teenuste rahastamise rakendusaktides ning mõjutama viise, kuidas käsitatakse tervishoiuteenuste kvaliteeti ja tulemuslikkust. On ootuspärane, et nii teenuste rahastamisel kui ka teenuste tulemuslikkuse hindamisel minnakse üksikteenuste-keskselt lähenemiselt tulevikus peaaugalt üle integreeritud lähenemisele ja sellegi sammu lõppeesmärk on aidata inimkeskselt osutatud tõhusate teenuste kaudu kaasa inimeste eluea tõusule ning tervena elatud elu piknemisele. Poliitikamuudatusega ei kaasne mõju riigi julgeolekule ja välissuhetele, elu- ja looduskeskkonnale, riigi ja kohaliku omavalitsuse korraldusele ega regionaalarengule. Küll on ootuspärane olulise sotsiaalse ja majandusliku mõju avaldumine poliitikamuudatusele järgnevate muudatuste rakendamisel. Neid mõjusid hinnatakse täpsemalt konkreetsete eelnõude kontekstis.

#### 11.5 Regulaatiivsete muutuste koondmõju

<sup>16</sup> Tervise infosüsteemi andmete nägemise ja sinna andmete saatmise õigustega seotud küsimused lahendatakse eraldiseisvalt. Tõenäoliselt muutuvad ligipääsuõigused tulevikus senisest granulaarsemaks ehk omandatud kutseala kõrval võetakse õiguste määratlemisel arvesse nii TTO osutatavaid teenuste profiili kui ka teenust osutava isiku rolli.

Üldseaduse terminoloogiline nüüdisajastamine loob eeldused järgnevateks muutusteks, mis avaldavad olulist sotsiaalset ja majanduslikku mõju. Poliitikamuudatuse keskne eesmärk on regulatsiooni nüüdisajastamine viisil, mis võimaldab tervishoiuteenuste korralduse kujundada terviklikumaks, eri tasandite koostööd motiveerivaks, inimkeskseks ja ressursi säästvaks ning juurutada vaimse tervise teenuste süsteemis astmelise abi põhimõtteid. Seadusemuudatused loovad senisest paremad alused hakata tervishoiu süsteemilt välja töötama, pakkuma ja arendama personaalseid edendus- ja ennetusteenuseid (sh nt patsiendi-hariduslikud teenused, terviseriski nõustamisteenused, apteegis pakutavad nõustamisteenused, täisdigitaalsed teenused). Seaduses praeguste tervishoiuteenuste kõrvale psühhosotsiaalsete teenuste toomine võimaldab kujundada vaimse tervise teenuste süsteemi astmelise abi põhimõtteid järgivaks ning rikastada süsteemi väheintensiivsete psühholoogiliste sekkumistega ning pakkuda seega vaimset tervist toetavaid teenuseid juba varases faasis enne psüühikahäire kujunemist. Samuti võimaldavad muutused üldseaduses hakata kujundama ja pakkuma kompleksemat taastusabi inimestele, kes on haigusest või vigastusest taastumas. Tervishoiuteenuste korralduse üldseaduse reguleerimisala laiendamine võimaldab tulevikus osutada inimese terviseriske ja -vajadusi silmas pidades senisest oluliselt rikkalikumat paletti teenuseid, mis toetavad senisest paremini Eesti inimeste tervist ja heaolu. Muutused toetavad seni tervishoiuteenusteks ja sotsiaalteenusteks lahutatud tervisega seotud teenuste integreerimist terviklikult läbimõelduks ja loogiliseks teenuste komplektiks.

Selle poliitikamuudatusega ei kaasne otsest demograafilist mõju, mõju riigi julgeolekule ja välissuhetele, elu- ja looduskeskkonnale, regionaalarengule, kohaliku omavalitsuse korraldusele. Täpne sotsiaalne mõju ning mõju riigieelarvele, majandusele ja riigiasutuste töökorraldusele sõltub rakendatavate muudatuste ulatusest ja rakendamise kiirusest. Poliitikamuudatuse mõju tuleb samas hinnata koosmõjus oodatavate järgmiste poliitika-muudatustega – muutuste lõppeesmärk on samas Eesti elanike tervelt elatud elu ja kogu eluea pikenemine, varase suremuse kahandamine, majandustegevuse elavdamine ning üldine heaolu tõus ühiskonnas. Erinevate poliitikamuudatuste koosmõjul peaks paranema tervishoiusüsteemi suutlikkus kahandada haigestumist ja vigastuste teket, pikenema Eesti elanike tervelt elatud eluaastaid ja eluiga, aeglustuda ravikulude kasv ning elavneda majandus ja suurenda maksutulu.

Arvestades keerulist majanduslikku keskkonda ning pingelist riigieelarvet hõlmati VTK-sse üksnes probleemkohad ja lahendussuunad, mille rakendamine saaks lühikeses perspektiivis olla riigieelarve kuludele neutraalse või üksnes marginaalselt negatiivse mõjuga. Teisalt on ootuspärane, et paralleelsetes protsessides leitakse lahendus tervishoiu lisaraha vajaduse küsimusele<sup>17</sup>, tervishoiu rahastuse puudujääke leevendamata võib poliitikamuudatuse oodatav mõju jääda tagasihoidlikuks.

Lähtudes Riigikogu kinnitatud õigusloomepoliitika põhialustest seati sihiks, et poliitikamuudatus toetaks õigusloome regulatiivse koormuse vähendamist ja seega ei suurendaks regulatiivset keerukusmäära vaid pigem kahandaks seda. Muudatused avaldavad vähest mõju tervishoiuteenuseid osutavate asutuste ja ettevõtete halduskoormusele. Uute regulatsioonile allutatud teenuste lisandumine ning teenuseosutajate koondumine tervisetulemite eesmärgil tegutsevateks tervishoiuvõrgustikeks toob tervishoiuteenuseid osutavatele ettevõtetele kaasa kohustuse uute oludega kohanduda. Muutuste täpsemat sotsiaalset mõju ning mõju majandusele, riigieelarvele ja riigiasutuste töökorraldusele hinnatakse konkreetse(te)s VTK-le järgneva(te)s eelnõu(de)s.

## 12. Edasine mõjude analüüs

Poliitikamuudatuse mõju hinnatakse täpsemalt VTK-le järgnevates eelnõudes. Esitatud ettepanekud võivad sidusrühmade ettepanekute toel oluliselt muutuda ja muudatuste skoop täieneda. Paljud küsimused, sh vahetult teenuseosutajaid mõjutavad praktilised teemad, vajavad vastamist rakendusaktide eelnõudes.

## **VI. Kavandatav õiguslik regulatsioon ja selle väljatöötamise tegevuskava**

### 15. Valitav lahendus

Käsitletud probleemkohti võimaldab üksnes lahendada TTKS-i reguleerimisala laiendamine ja terminoloogiline muutmine-täiendamine.

<sup>17</sup> Vt <https://www.sm.ee/uudised/analuis-riigieelarvest-tervishoidu-lisaraha-suunamine-lahiaastatel-moodapaasmatu>

<b>15.1. Töötatakse välja uus tervikseadus</b>		<b>15.2. Muudatused tehakse senise seaduse struktuuris</b>	X
<b>15.3 Selgitus</b>	Soovitud eesmärkide saavutamiseks kavandatud ajagraafikus on kõige optimaalsem lahendus olemasoleva seaduse täiendamine VTK-s kirjeldatud kujul		
<b>16. Puudutatud ja muudetavad õigusaktid</b>			
Esmase analüüsi kohaselt piirduvad õiguslikud muudatused tervishoiuteenuste korraldamise seadusega. Eelnõu väljatöötamise käigus analüüsitakse detailselt teiste seaduste ja tervishoiuteenuste korraldust reguleerivate rakendusaktide muutmise vajadust. Tulenevalt terminite muutumisest võib vajalik olla <i>tervishoiutöötaja</i> või <i>tervishoiuteenuse osutaja</i> terminit sisaldavate õigusaktide muutmise. Tegevusloa nõuete laiendamisel on vajalik muuta riigilõivuseadust.			
VTK-le järgnevalt eelnõust lahus, kuid eelnõu lõppversiooni arvestavalt muudetakse järgmisi õigusakte:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelu</a> või kehtestatakse lisanduvate teenuste rahastamiseks muu samalaadne rakendusakt;</li> <li>• <a href="#">Kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse Tervisekassa poolt ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise meetodika meetodikamäärus</a> või kehtestatakse lisanduvate teenuste rahastamiseks muu samalaadne rakendusakt;</li> <li>• <a href="#">Tervishoiuteenuse osutamisel osalevad isikud ja tervise infosüsteemile juurdepääsu ulatus</a></li> </ul>			
<b>17. Edasine kaasamise plaan – keda, millal ja kuidas kaasatakse</b>			
<p>Ajakava on järgmine:</p> <p>dets 2023 – jaanuar 2024 VTK kooskõlastamise periood</p> <p>dets 2023 – veebr 2024 –konsultatsioonid sidusrühmadega</p> <p>2024 I pool – seaduseelnõu koostamine, mõjuanalüüsid, eelnõu esitamine ministerrühmadele kooskõlastamiseks ja sidusrühmadele arvamuse andmiseks, sidusrühmade ettepanekute integreerimine eelnõusse, eelnõu esitamine Vabariigi Valitsusele ja Riigikogule</p> <p>2024 II pool eelnõu menetlus Riigikogus</p> <p>jaanuar 2025/juuni 2025 – esimeste seadusemuudatuste jõustumine</p>			
<b>18. Põhjaliku mõjuanalüüsi toimumise aeg</b>			
jaan 2024 – aprill 2024			
<b>19. Eeldatav kontseptsiooni (HÖNTE § 1 lg 3) valmimise ja kooskõlastamisele saatmise aeg (kui järgmise sammuna koostatakse eelnõu kontseptsioon)</b>	X		
<b>20. Eeldatav eelnõu avaliku konsultatsiooni ja kooskõlastamise aeg</b>	2024. a I pool		
<b>21. Õigusakti eeldatav jõustumise aeg</b>	01.01.2025/01.07.2025		
<b>22. Vastutavate ametnike nimed ja kontaktandmed</b>	Anniki Lai, Kersti Esnar		