

Sotsiaalministeerium

Meie: 06.05.2026 nr 36

info@sm.ee

Eesti Puuetega Inimeste Koja arvamus Rahvatervishoiu seaduse ja tervishoiuteenuste korraldamise seaduse muutmise seaduse (tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi koostöö) eelnõule

EPIKoda tänab kaasamise eest. EPIKoda ja liikmesühingud on pikalt oodanud sotsiaal- ja tervishoiu (ning ka töö- ja haridusvaldkonna) paremat lõimumist, et puuetega ja krooniliste haigustega inimeste teekond oleks sujuv ning inimene ei peaks ise eri valdkondadest abi otsima ja bürokraatiarägistikus lahendusi otsima. **Toetame reformi üldist eesmärki, mis loob raamistiku tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna lõimiseks, kuid peame vajalikuks selgitada, et meie seisukohast kätkeb eelnõu endas mitmeid praktilisi kitsaskohti, millel on inimese vaatest mudeli tööle hakkamisel mitmeid riske. Tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna lõimumine peab parandama inimese tegelikku võimalust saada õigel ajal vajalikku abi sõltumata diagnooside arvust või elukohast.**

Märgime läbiva probleemkohana, et inimese õigusi, teenuse tegelikku sisu ja andmekasutust mõjutavad küsimused on suures osas jäetud määruse tasandile, sealhulgas märkamislehe andmekoosseis, heaoluplaani sisu, koordineerimisteenuse täpsustatud sihtrühm ja riskihindamise meetoodika. Rakendusaktide kavandid annavad küll nende küsimuste kohta esmast selgust, kuid peame oluliseks, et inimese õigusi ja teenuse tegelikku sisu määratlevad põhiküsimused oleksid reguleeritud seaduse tasandil, sh koordineerimisteenuse nõuded (sisu, kohustused, lõpetamine jne).

Eelnõu järgi loetakse TERVIK moodustatuks juba siis, kui sellega on liitunud vähemalt üks haiglavõrgu haigla, kaks kolmandikku piirkonna KOVidest ja üks neljandik perearstiabi osutajatest. See tekitab riski, et süsteem loetakse formaalselt käivitunuks olukorras, kus kõik inimese teekonna seisukohalt olulised osapooled ei ole veel tegelikult koostöösse kaasatud. Inimese jaoks võib see tähendada, et teenuseteekond jääb sõltuma sellest, kas tema perearst või kohalik omavalitsus on juba süsteemis sees.

Ettepanek: Palume hinnata, kas TERVIKu moodustumise miimumnõuded on inimese teenusteenonna seisukohast vajaliku abi saamiseks piisavad (nt olukorras, kus inimese perearst on TERVIK-s, kuid KOV mitte).

1. Koordinatsioon ei asenda puuduvaid teenuseid

EPIKoja ja võrgustiku peamine mure on, et eelnõus on toodud eeldus, et kui koostöö ja koordineerimine süsteemselt korda teha, siis jõuab abi inimeseni. Paraku näitab praktiline elu ja ka erinevad uuringud¹²³, et erinevates Eesti piirkondades ei ole teenused, spetsialistid ja muu abi piisaval määral kättesaadavad, samuti on kohalike omavalitsuste võimekus erinev. Kui piirkonnas pole perearstiteenus kättesaadav või kohalik omavalitsus ei suuda tagada sotsiaaltranspordi või koduteenust, siis terviseteejuhi toetus inimesele jääb ainult plaani koostamiseks. **Koordinatsiooni rakendamisega võib küll muutuda teenuse kättesaadavuse piirkondlik ebavõrdsus süsteemis nähtavaks, mis võimaldab kitsakohti ja probleeme piirkondlik paremini kaardistada, sh ka andmepõhiselt poliitikakujundajale, kuid kogutav teave ei vähenda piirkondlikku ebavõrdsust, ei tekita juurde teenuseid, ei tõsta teenusmahtusid ega too juurde reaalseid teenuseid osutavaid spetsialiste.** Eelnõu loob küll regionaalse planeerimise ja koostöö raami, kuid sellest ei nähtu selgelt, milliste konkreetsete meetmetega vähendatakse tegelikku piirkondlikku ebavõrdsust seal, kus teenuseid ja spetsialiste on juba täna puudu. Samuti vajab selgust, kuidas tagatakse süsteemi jätkusuutlikkus pärast välisvahendite lõppemist, arvestades mitmeid varasemaid praktikaid, kus teenused ei ole alati suudetud samas mahus ja kvaliteedis üle võtta.

Ettepanek: Palume kirjeldada, millised konkreetsete meetmed on kavandatud piirkondliku ebavõrdsuse vähendamiseks ning kuidas tagatakse lisatugi nendele piirkondadele, kus teenuseid ja spetsialiste on juba täna vähem. **Teenusesaaja kodust kaugemale teenusele suunamisel tuleb arvestada transpordi tervist halvendavat mõju ning lisanduvat majanduslikku ja ajakulu teenusesaajale ja/või tema lähedasele, isegi juhul, kui transpordikulud kannab KOV, sest inimesel tuleb tasuda omaosalus, mis on juba täna abivajaja jaoks kõrge.** Lisaks palume välisvahendite abil loodavate teenuste puhul töötada välja konkreetne

¹ <https://www.sm.ee/sites/default/files/documents/2026-04/HOV%20uuringu%20raport%202025.pdf>

² https://www.riigikontroll.ee/sites/default/files/documents/2025-11/19294_RKTR_6564_2-1.4_2312_002-2.pdf

³ https://www.riigikontroll.ee/sites/default/files/documents/2025-11/19429_RKTR_6574_2-1.4_2321_001-2%20%281%29.pdf

väljumisplaani, et teenused peale rahastuse lõppemist kohalikul tasandil jätkusuutlikult tagatud oleksid.

2. Heaoluplaan kui sisuline abimees ja tööriist inimesele

Eelnõu seletuskirjas on korduvalt märgitud, et riigil ja kohalikul omavalitsusele on keskne roll probleemide lahendamisel ja abi osutamisel, ning inimese enda roll tervise ja heaolu hoidmisel ning ennetuses on tagasihoidlik. Plaanis on võtta kasutusele **heaoluplaan**, mis koondab inimese jaoks olulise info, soovitusel, juhised ning määratud teenused, ravimid ja abivahendid sotsiaal- ja tervishoiu infosüsteemidest. Heaoluplaanile kirjutab alla ka inimene kinnitades allkirjaga, et ta on selle sisust aru saanud ja et ta on ka ise valmis oma tervise ja heaolu paranemisse panustama.

Oleme seisukohal, et kuigi üldises plaanis on inimese rolli rõhutamine ja vastutuse võtmine olulised, siis eelnõust ei nähtu, milles inimese jõustamine ja toetamine sisuliselt seisneb ehk kuidas inimese teadlikkust enda eksperdi-rollist/teekonna juhust tõstetakse. Dokumentide allkirjastamine on oluline, kuid vaadates kasvõi seniseid omavalitsuse ja riiklike teenuste raames inimesele allkirjastamiseks esitatud dokumentide mõistetavust ja rolli inimese vaatest, siis on sageli tegemist formaalsusega, inimese jaoks jääb dokumendi sisu sageli ebaselgeks. Inimeste teadlikkus dokumendi allkirjastamisel piirdub sageli teadmisega, et tegemist on rahastamiseks vajaliku nõustumusega, sisulist analüüsi ja selgitamist ei toimu, mistõttu on dokumendi allkirjastamine pigem vormiline kui sisuline. Inimese sisuliseks kaasamiseks ja rolli ning vastutuse võtmise suurendamiseks peab allkirjastamisele eelnema sisuline ja põhjalik arutelu veendumaks, et inimene mõistab dokumendi sisu, on sellega nõus, teab oma rolli, on saanud teha ka oma ettepanekuid jne.

Viitame siinkohal ka Perearstide Seltsi avaldusele, kus on viitega rahvusvahelisele praktikale rõhutatud samuti, et *tervisejuhi ülesanne on parandada riskigruppi kuuluva inimese terviseharitust, motiveerida teda oma tervise eest hoolitsema ja aidata inimest õigeaegselt vajalike tervise- ja sotsiaalteenuste saamisel eesmärgiga toetada võimalikult pikalt inimese toimetulekut koduses keskkonnas*⁴, mis kinnitab sisulise koostöö olulisust.

⁴ 1657_taotlus_avalik (2).pdf

3. Riskirühma määratlemine, koordineerimise teenuse sihtrühmad, koordineerimisele suunamine

Eelnõu järgi määrab Tervisekassa riskirühma tunnuse raviarvete ja retseptide andmete alusel. Raviarvete ja retseptide andmete alusel võib paremini nähtavaks teha need inimesed, kes juba kasutavad teenuseid ja on süsteemi vaateväljas.

Ettepanek: Palume täpsustada, kuidas riskipõhine segmenteerimine aitab üles leida ka need inimesed, kelle vajadus sekkumiste ja toetuse järele on suur, kuid kes ei ole aktiivsed teenusekasutajad.

Eelnõu järgi on koordineerimise teenuse sihtgruppi kuulumiseks kasutusele võetud riskipõhise hindamise loogika, kus lähtutakse muu hulgas mitme ja enama kroonilise haiguse olemasolust, tervishoiuteenuste kasutamisest (eelnõust: *tervishoiuteenuste kasutamise riski leidmiseks on vajalik kasutada Tervisekassa andmekogu, mis sisaldab raviarveid ja retseptide andmeid*). Abivajadus ei sõltu ainult diagnooside arvust. Teatud diagnoosid võivad iseenesest tingida ulatusliku toetusvajaduse nii tervishoiu- kui sotsiaalvaldkonna (ka töö- ja haridusvaldkonna) teenuste näol, samas kui mitme diagnoosiga inimene võib igapäevaelus toime tulla ka ilma teenusteta.

See võib kaasa tuua olukorra, kus inimesed on sunnitud pöörduma tervishoiutöötajate poole, et katusdiagnoosi all olevad seisundid või vaevused eraldi välja toodaks. See omakorda lisab koormust nii inimesele kui tervishoiutöötajatele.

Rakendusaktide kavand § 15 loetleb diagnoose, mille alusel arvutakse riskitunnus. Loetelust on välja jäänud oluliselt toimetulekut mõjutavad kompleksed terviseseisundid nagu näiteks hulgiskleroos, parkinsoni tõbi, muud neuroloogilised haigused (sh liigutushäired), erinevad harvikaigused jne. Samuti on välja toodud, et igale isikule leitakse iga haigusrühma kohta kahe aastase perioodi sees esimene ja viimane diagnoosi kuupäev. Ainult siis, kui esimese ja viimase kuupäeva vahele jääb 60 päeva või enam, loetakse, et isikul on vastav vastavasse haigusrühma kuuluv krooniline haigus. Kroonilise haigusega inimene võib eriarsti juures käia harvem, sh seetõttu, et ei saa spetsialisti juurde aega, mis võib jätta ta aga riskitunnuseta ja raskendada teekonda. Samuti ei vaja suur osa kroonilise haiguse diagnoose eraldi “ooteaega”, et haiguse olemasolu leiaks tõendamist.

Ettepanek: Palume arvestada sihtrühma määratlemisel eelkõige inimeste tegelikku toimetulekut ja kompleksest abivajadust, mitte üksnes diagnooside arvu või tervishoiuteenuste kasutamist. Rõhutame - ka üks või kaks diagnoosi võivad tähendada kompleksset abivajadust, ka hooldusvajadust.

Lisaks on eelnõus käsitletud vaimse tervise muredega lapsi. Kas nemad on samuti arvestatud üheks teenuse sihtgrupiks, sest eelnõust ei selgu konkreetselt, kas vaimse tervise muredega lapsed on koordineerimise ühe sihtgruppidest? (Eelnõust: *Ühiselt lepitakse kokku, kuidas toimub vaimse tervise muredega laste märkamine (kasutades märkamislehte ja abivajavast lapsest teavitamise süsteemi või muid võimalusi) ja edasine teekond (sh millistel juhtudel jääb peamiseks juhtumikorraldajaks lastekaitse töötaja ja millistel juhtudel TERVIK-us töötavad terviseteejuhid).*

Samuti näeme riskina süsteemi rakendatavust. **Eelnõus endas on välja toodud, et erinevate huvigruppide tagasiside oli eesmärkide suhtes toetav, kuid lahenduste, ajakava ja rahastuse suhtes kriitiline. Lahenduste loogika ja praktiline teostatavus, ajakava mõistlikkus ning rahastuse loogika ja toimimine on aga kesksed teemad, et eelnõu eesmärkidele vastaks ning inimeste jaoks ka reaalne muutus toimuks. Milline on mõju sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna rahastusele ning kuidas rahastuse ja korralduse muudatused koos ajakavaga teenuste kättesaadavust realselt mõjutavad?** Lisame, et tundub ebarealistlik koolitada lühikeses ajaraamis välja spetsialistid, kellel peavad olema oskused tunda nii sotsiaal- kui tervishoiuvaldkonda, erinevaid erivajadusi ja haigusi. Ootame, et õppekava koostamisel kaasatakse ka EPIKoja võrgustiku puudespetsiifilisi- ja patsiendiorganisatsioone võimalikult praktilise väljundi saamiseks.

4. Sisuline märkamine, märkamislehe täitmine, märkamislehe edastamine

Eelnõus on inimese aktiivne roll heaoluplaani kinnitamisel ja selle elluviimisel kirjeldatud, kuid vähem selge on inimese võimalus ise koordineerimisteenuse vajaduse hindamist alata, ilma et ta peaks sõltuma esmalt kellegi teise märkamisest või riskitunnusest. See võib just riskirühmade vajaduse arvestades ja/või regionaalsete eripärade tõttu põhjustada vajaliku abi ja

toe hilinemist. **Kroonilise haigusega inimene, kelle seisund on aeglaselt progresseeruv, ei pruugi jõuda ei esmatasandi märkaja ega KOVi sotsiaaltöötaja vaatevälja.**

Üleminekuetapis võib tekkida pudelikaela efekt esmatasandil, kui teenusevajadusega inimesed üritavad “märgatud saada”.

Ettepanek: lisada §-i 133 lõige, mis annab inimesele endale õiguse pöörduda terviseteejuhi poole koordineerimisteenuse vajaduse hindamiseks. Sama õigus peab olema inimese seaduslikul esindajal ja lähedasel.

Eelnõus seletuskirjas on välja toodud, et „*Märkamisleht täidetakse, kui inimene on kas ambulatoorsel või statsionaarsel tervishoiuteenusel või KOV sotsiaaltöötaja poole pöördunud. Perearstil on kehtiva TTKS alusel õigus kutsuda inimene oma vastuvõtule. Perearstile kuvatav patsiendi riskitunnus hakkab perearstile edaspidi märku andma kõrgeenenud tervishoiuteenus kasutamise riskist ja sellega kaasnevast vajadusest inimene oma vastuvõtule kutsuda.*“

Ettepanekud: Kuna integratsiooni eesmärk on, et ükski inimene ei kukuks süsteemide vahele, siis teeme ettepaneku, et nii perearstile kui ka sotsiaaltöötajale kuvatakse inimese riskitunnus. Samuti palume määratleda, millal on spetsialistil kohustus koordineerimisvajadus märkida ja inimene edasi suunata ning milline on kontrollmehhanism juhtudel, kus seda ei tehta. Samuti on oluline, et inimene ise näeks Terviseportaalis riskitunnust.

Märkamislehel (punktid 4 ja 5) peab spetsialist kinnitama, et inimest on teavitatud. **Oluline on täpsustada, kuidas ja mis vormingus inimest on teavitatud, et tagatud oleks teabe tegelik kättesaadavus ja ligipääsetavus**, näiteks afaasiaga inimesele, viipekeele kasutajatele või lihtsa keele lugejatele.

Eelnõus on selgitatud, et koordineerimisteenus põhineb inimese nõusolekul, ning rakendusaktide kavandis on ette nähtud ka kinnitus, et spetsialist on inimest andmete edastamisest teavitanud. Samas **vajab täpsustamist, kas ja kuidas lepatakse inimesega kokku märkamislehe esmane edastamine terviseteejuhile, arvestades, et see sisaldab juba olulisi tervise- ja sotsiaalandmeid. Samuti ei selgu piisavalt, millisel viisil tagatakse inimese jaoks teabe tegelik mõistetavus ja teadlik otsustus, sealhulgas suhtlemisraskuste, kognitiivsete piirangute või nähtamatute puute korra. Kes annab nõusoleku intellektipuudega, dementsuse varases staadiumis või psüühikahäirega inimese eest, kui**

eestkostjat pole määratud, ent inimese teovõime on füüsiliselt piiratud? Ka puudub selge regulatsioon, kuidas nõusoleku saab tagasi võtta või keeldumise asemel nõusoleku anda.

Ettepanek: Vormistada eraldi lõige nõusoleku andmise korra kohta, mis reguleerib kohustust otsustamisel tuge pakkuda.

Eelnõu § 13²: *Tervishoiutöötaja või kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja (edaspidi koos teavitaja) täidab märkamislehe, kui ilmneb, et inimesel esinevad terviseprobleemid koos oluliste sotsiaalsete raskustega ning esineb põhjendatud kahtlus, et inimene ei suuda neid iseseisvalt lahendada ja vajab valdkondade ülest teenuste koordineerimist. Märkamislehel toodud “olulised sotsiaalsed raskused” ja “põhjendatud kahtlus” on määratlemata õigusmõisted.*

Ettepanek: Palume selgemalt sõnastada ja sisustada, mida loetakse olulisteks sotsiaalseteks raskusteks ja põhjendatud kahtluseks.

5. Terviseteejuhi ja KOV sotsiaaltöötaja roll ja vastutus vajavad selgemat kirjeldust

Kuigi terviseteejuhi rolli ja ülesandeid on eelnõus ja seletuskirjas kirjeldatud (Hindab koordinatsioonivajadust, moodustab tugimeeskonna, koostab koos inimesega heaoluplaani, motiveerib inimest ja toetab teda teenuste vahel. Eelnõu järgi ei määra ta tervishoiu- ega sotsiaalteenuseid.), **inimese vaatest on endiselt vastutuse piirid, õiguskaitsevõimalused ning rollijaotus olukorras, kus terviseteejuhi hinnang inimese vajadusele erineb KOVi hinnangust, ebaselged.**

- Mis saab olukorras, kus terviseteejuht näeb vajadusi, aga teised osapooled ei suuda lahendusi pakkuda? Näiteks olukorras, kus rehabilitatsiooniteenusele on järjekord või kohalik omavalitsus ei suuda teenust pakkuda. Kas terviseteejuht vastutab tulemuse eest?
- Kuidas saab inimene terviseteejuhi tehtud otsuseid, plaani vaidlustada?
- Kuidas saavad KOVi väliste hindajate hindamistulemused olla KOVle teenuste osutamisel siduvad? Kui vajadusi hindab üks haldusorgan ja osutab teine haldusorgan, siis kes vastutab juhtumikorralduse eest? Siin tekib risk, et inimese sotsiaalabi vajadust ei hinnata tegeliku vajaduse, vaid olemasolevate ressursside



alusel. Vajalik on selgelt eristada vajaduse hindamine ja teenuse määramine ning muuta nähtavaks ka rahuldamata vajadus.

Ettepanek: Kirjeldada eelnõu edasise menetluse käigus erinevate näidete kaudu inimese teekonnad (sarnaselt raviteekondadega), kus on ka erinevate rollide vastutus ja tegutsemispiirid selgitatud, sh ka inimese õiguskaitsevõimalused, kui heaoluplaani üks või mitu osapoolt abi ei taga. Teekonna kaardistamine aitab tuua välja praktilised kitsaskohad inimese vaatest.

Samuti on ebaselge terviseteejuhtide arvu kujunemine. Ilma vajaduspõhise lähenemiseta ja tekib risk, et teenus jääb piirkonniti ebaühtlaseks ning ei kata suurema koordineerimisvajadusega sihtrühmi, nt dementsusega inimesi. Terviseteejuhtide arv peab lähtuma tegelikust töökoormusest, mitte üksnes struktuurist.

6. Heaoluplaani koostamine, valdkonnaülese koordineerimisteenuse pakkumine ja lõpetamine

Seaduse eelnõu tekstis on küll ette nähtud, et terviseteejuht selgitab inimesele plaani sisu ning inimene kinnitab heaoluplaani, kuid inimese aktiivne roll plaani kujundamisel, eesmärkide seadmisel ja täitmise hindamisel ei ole sõnastatud piisavalt selgelt. Samuti on eelnõus lähedaste roll ebapiisavalt määratletud. **Heaoluplaan tugineb inimese nõusolekule ning inimese enesemääramisõigust tuleb täielikult austada. Samas kannavad mitmete sihtrühmade puhul lähedased igapäevast hooldus-, juhendamise- ja koordineerimiskoormust, näiteks psüühikahäirega inimesed. Seetõttu ei saa lähedaste kaasamine jääda juhuslikuks ega sõltuda üksnes spetsialisti praktikast.**

Ettepanek: sõnastada inimese roll aktiivsena, st inimene osaleb plaani koostamisel ja eesmärkide seadmisel, hindab koos terviseteejuhiga plaani täitmist jne. **Lähedaste roll tuleb sõnastada viisil, mis ei asenda inimese tahet ega anna lähedasele automaatset otsustusõigust, kuid tagab, et inimese nõusolekul, seadusliku esinduse olemasolul või muul seadusest tuleneval alusel kaasatakse tema tegelik tugivõrgustik süsteemselt heaoluplaani koostamisse, tegevuste kavandamisse, elluviimise toetamisse ja plaani täitmise hindamisse.**



Lähedast tuleb käsitleda nii võimaliku infoallika ja toe pakkujana kui ka inimesena, kelle enda hoolduskoormus ja toe vajadus vajavad märkamist.

Rakendusaktide § 9 lg 10 ja 11 kirjeldavad, kuidas haigla terviseteejuht annab inimese üle esmatasandi kolleegile. See on oluline punkt, ent selgusetuks jääb, kuidas toimub tegelik teenusele minek ja juhtumi üleandmine siis, kui lähim terviseteejuhiga tervisekeskus asub haiglaravilt koju saabunud inimesest kaugel ehk kui tema perearstikeskuses ei ole terviseteejuhti. Eriti suur riskikoht on hajaasustuses elavad (eakad) kroonilised haiged.

Ettepanek: Palume selgelt välja kirjutada taoliste olukordade teekonnad

Rakendusaktide kavandi § 10 selgitab, et inimese vastutus valdkonnaülesel koordineerimisel seab inimesele selged kohustused, mille täitmata jätmisel teenus lõpetatakse. **Arvesse ei ole võetud seda, et riskirühmades võib kohustuste täitmist takistada ka haiguse ägenemine, uus haigestumine, vaimse tervise probleemide süvenemine, muud funktsioonipiirangud, majandusliku toimetuleku raskused või ligipääsetavuse, sh transpordiprobleemid. See omakorda võib kaasa tuua topeltdiskrimineerimise, kui inimene jääb raskes seisus nõuete mittetäitmise tõttu ilma õigusest toele, mida ta kõige enam vajab.**

Ettepanek: Sõnastada säte nii, et oleks selgelt ja üheselt arusaadav, millal ja mis alustel on õigus teenus lõpetada põhjendamatu kohustuste mittetäitmise korral ja millal on tegemist *force majeure* olukorraga.

7. Ligipääsetavuse tagamine

Kuna keskne rõhk koordineerimisteenuse ülesehitamisel on IT-süsteemidel, siis on oluline, et oleks tagatud ligipääsetavus kõikides IT-kanalites. Asutustevaheliste ja sisekasutuseks mõeldud tarkvarade ligipääsetavust üksi seadus ei kata, kuid need nõuded peavad olema hankes väga selgelt välja toodud, sest teenusepakkujate seas on ligipääsetavaid lahendusi vajavad kasutajad nii praegu kui ka tulevikus.

8. Teenuse saajate kaasamine TERVIKusse

Lõikes 3 sätestatakse nõue, et koostöökogu kohtumistele tuleb kaasata TERVIKu esindajad, sh vähemalt TERVIKu juht, üks perearstiabi osutaja esindaja ja üks haigla esindaja. Sellega tagatakse TERVIKu olulisematele osapooltele võimalus olla kursis heaoluprofiili aruteludega ja anda vajadusel tasakaalustatud sisendit. Koostöökogusse võib kaasata ka teisi asutusi ja huvirühmi, kuid otsustusõigus jääb avaliku võimu kandjatele, kelle pädevuses on teenuste korralduse ja kättesaadavuse tagamine.

Ettepanek: Sõnastada säte, et koostöökogusse on kohustus kaasata ka puudespetsiifilisi ja patsiendiorganisatsioone, et otsustesse, koostöökokkuleppetes oleks kaasatud ka nende inimeste hääl, kes teenuseid igapäevaselt kasutavad.

9. Vähem võimekamate omavalitsuste toetamine

Eelnõu seletuskirjas: **Lõikes 6** sätestatakse, et otsuste langetamine toimub konsensuslikult ning üksnes riigi ja kohalike omavalitsuste esindajate osalusel, mis tagab otsuste legitiimsuse ja avaliku vastutuse. Avalik vastutus tähendab, et koostöökogu liikmed tegutsevad oma pädevuse piires otsuste elluviimise eest ning panustavad selleks vajalike ressurssidega nii TERVIKu kaudu kui ka muude tegevuste raames. Konsensuslik otsustamine tähendab, et otsused kujundatakse viisil, millega kõik osapooled saavad nõustuda. Selline otsustusmehhanism aitab kaitsta kohalike omavalitsuste autonoomiat.

Kuna koostöökogu piirkonnaks saab maakond, siis võib ühes koostööpiirkonnas olla erineva võimekusega kohalikud omavalitsused. Kuidas tagatakse väiksemate, vähem võimekate omavalitsuse järeleaitamine? Ühes maakonnas võivad ka kohalikud omavalitsused olla väga erinevate prioriteetidega. Poliitikakujundajal peab olema selgem sekkumisvõimalus olukorras, kus osapooled jätavad täitmata oma seadusjärgsed kohustused, näiteks sotsiaalhoolekandeseaduse alusel pakutavad teenused.

10. Muud tähelepanekud

Eelnõu seletuskirjas: „Kehtestatakse perearstiabi teenuse osutajate, KOVide ja haiglavõrgu arengukava haiglate kohustus kuuluda TERVIKusse. Teiste teenuseosutajate liitumine on vabatahtlik, kuid oluline terviklike teenusteedkondade tagamiseks.“



Teeme ettepaneku sätestada kohustus kaasata TERVIKu koostöösse ka kohaliku omavalitsuse allasutused ja teised piirkonnas olulised sotsiaalteenuse osutajad, kui nad osutavad sihtrühmade teenuseid. Kui inimese teekonna seisukohalt olulised teenuseosutajad jäävad TERVIKus vabatahtlikuks partneriks, võib ka inimese abiteekond jääda poolikuks.

Eelnõu seletuskirjas: *Koostatud heaoluplaaniga nõusoleku kinnitamine sisaldab inimese jaoks kahte nõusolekut: nõusolekut plaani sisuga ja nõusolekut selle elluviimisse kaasatava täiendava tugimeeskonnaga, kellele antakse samuti ligipääs koostatud heaoluplaanile.*

Kas andmete saavad ligipääsu kõik teenuseosutajad, kelle juures inimene teenuseid saab, st erinevad ettevõtjad, mittetulundusühingud, kes pakuvad nt hanke korras KOV-dele sotsiaalteenuseid? **St on oluline, et kõik olulised osapooled saaksid inimese toimetuleku, vajaduste kohta ühese info, et inimesel kaoks vajadus korduvalt oma lugu uuesti rääkida ja andmeid esitada. Samas peab inimesele säilima õigus andmete edastamisest keeldumiseks.**

Lisaks on eelnõus välja toodud tugimeeskonna miinimumkoosseis, kuhu kuuluvad vähemalt inimese raviarst, perearst, pereõde ja rahvastikuregistrisse kantud elukohajärgse kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja või muu asjakohase kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja ja olemasolul inimese seaduslik esindaja. **Kuidas saab inimene loobuda mõne spetsialisti osalusest, kui näiteks on tekkinud omavaheline konflikt abistamisel, kas inimesel on õigus nõuda spetsialisti välja vahetamist või on võimalik miinimumkoosseisu vahetada?**

Kokkuvõtvalt

Lisaks EPIKoja poolt väljatoodud kitsaskohtadele ja tehtud ettepanekutele peame oluliseks rõhutada, et :

- abi saamise võimalused ei tohi sõltuda inimese elukohast ning et süsteem peab looma lahendused ka neile, kes elavad piirkondades, kus teenuseid on seni puudu olnud;
- reformi elluviimisel tuleb tagada inimeste valikuvabadus ja üleriigiline teenuste kättesaadavus, vältides abi piiramist üksnes heaolupiirkondade raamistikus;

- keerulise abivajadusega sihtgruppide puhul on vältimatu kaasata süsteemselt ka pereliikmeid, kellele langeb suur hoolduskoormus ning kes on seetõttu samuti sihtgrupi osa;
- praeguses plaanis sisalduv tervishoiu rahastuse kokkuhoid ei ole realistlik, kui plaanis on hakata osutama teenuseid tegeliku vajaduse alusel ning proaktiivselt, seda põhjusel, et juba praegu on vajadus suurem kui võimalused ja pakkumine. Toetame täielikult seda, et inimestele tuleb teenuseid osutada vajaduspõhiselt, kuid selleks tuleb ette näha täiendavad vahendid. Rõhutame, et täiendavad vahendid ei tähenda pikas perspektiivis kulu, vaid kokkuhoidu, kuna inimesed on saanud vajadustele vastavat abi, mis tagab parema toimetuleku ja ka töötamisvõimalused nii inimesele endale kui tema lähedastele.

Kuigi eelnõu haakub sisuliselt Esmatasandi tervishoiu arengukava 2035 põhisuunaga, mille kohaselt peab abi olema inimkeskne, ennetavam ning paremini sotsiaalteenustega lõimitud, siis tekib praktikas küsimusi, kas kavandatud muudatus tugevdab esmatasandit või lisab sellele üleminekuperioodil suure koormuse olukorras, kus perearstide töökoormus on juba täna suur ning teenuste kättesaadavus piirkonniti ebaühtlane. On oluline, et eelnõu rakendamine ei jääks üksnes struktuurireformiks, vaid looks esmatasandile reaalse toe, selged rollid ja tagaks piisavad ressursid koordinatsiooni sisuliseks rakendamiseks ja teenuste pakkumiseks.

Eelnõus endas on välja toodud, et erinevate huvigruppide tagasiside oli eesmärkide suhtes toetav, kuid lahenduste, ajakava ja rahastuse suhtes kriitiline. Lahenduste loogika ja praktiline teostatavus, ajakava mõistlikkus ning rahastuse loogika ja toimimine on aga kesksed teemad, et eelnõu eesmärkidele vastaks ning inimeste jaoks ka reaalne muutus toimuks. EPIKoja jaoks on oluline, et rahastuse ja korralduse muudatused koos ajakavaga mõjutavad pakutud kujul teenuste kättesaadavust reaalselt mõjutavad?

Seega EPIKoda toetab küll tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna integreerimise eelnõu eesmärki, kuid ei saa eelnõu praegusel kujul täiel määral toetada. Oleme valmis eelnõud toetama juhul, kui lahendatakse inimese vaatest olulised teemad: teenuste ebavõrdne kättesaadavus piirkonniti; sihtrühma määratlemine lähtuvalt abivajadusest, mitte üksnes diagnooside arvust või tervishoiuteenuste senisest kasutusest; kirjeldatakse inimese, terviseteejuhi, KOVi jt osapoolte



EESTI PUUETEGA INIMESTE KODA
ESTONIAN CHAMBER OF PEOPLE WITH DISABILITIES

roll ja vastutus, sh inimese õiguskaitsevõimalused; hinnatakse realistlikult rakendamise ajakava (IT-süsteemide valmidus, piisava rahastuse olemasolu) ja selgitatakse, mil moel ja määral inimesed teenuseid praeguste eelarvevahendite piires edaspidi vajaduspõhises mahus saama hakkavad.

Lugupidamisega

(digitaalselt allkirjastatud)

Maarja Krais-Leosk
Tegevjuht
Eesti Puuetega Inimeste Koda

Tuuli Seinberg; tervisekaitsealase huvikaitse nõunik ;+372 5401 0461; tuuli.seinberg@epikoda.ee

Kristi Rekand; jurist, +372 671 5909; kristi.rekand@epikoda.ee

Kristi Kähär; toetuste ja teenuste nõunik, +372 5401 0462; kristi.kahar@epikoda.ee