



Riigikogu sotsiaalkomisjoni istungi protokoll nr 194

Tallinn, Toompea ja videosild

Teisipäev, 20. oktoober 2026

Algus 14.00, lõpp 16.43

Juhataja: Signe Riisalo (esimees)

Protokollijad: Terle Kask (konsultant), Riin Lindpere (konsultant)

Võtsid osa:

Komisjoni liikmed: Kalle Grünthal, Jaanus Karilaid, Tanel Kiik, Helmen Kütt, Mihkel Lees, Irja Lutsar, Eero Merilind, Önne Pillak, Aleksandr Tšaplõgin

Komisjoni ametnikud: Heidi Barot (nõunik-sekretariaadijuhataja), Kristi Reindla (nõunik)

Kutsutud: muudatusettepanekute esitaja Diana Ingerainen, Sotsiaalministeeriumi sotsiaalala asekanstler Hanna Vsevirov, terviseala asekanstler Anniki Lai, laste ja perede osakonna laste heaolu teenuste poliitika juht Brit Tammiste, õigusnõunik Alice Sündema ja tervishoiuteenuste osakonna eriarstiabi ekspert Pille Saar, Tervisekassa integratsiooni ja rehabilitatsiooni teenusejuht Kadri Englas, Eesti Linnade ja Valdade Liidu esindajad Kädi Koppe ja Hanna Maria Kokla, Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuameti esindja Tõnu Hunt, SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla esindaja Annelii Jürgenson, SA Tallinna Lastehaigla esindaja Livia Laas, Haapsalu Neuroloogiline Rehabilitatsioonikeskuse esindaja Mari-Liis Ööpik-Loks, LAPSSI OÜ esindaja Anna Mikkonen-Berg, Eesti Arstide Liidu esindaja Katrin Rehema, Eesti Perearstide Seltsi esindaja esinaine Elle-Mall Sadrak, Eesti Taastusarstide Seltsi esindaja Annelii Jürgenson, MTÜ Eesti Esmatasandi Tervisekeskuste Liidu esindaja Mart Jesse, Eesti Tegevusterapeutide Liidu esindaja Anne-Mari Viikman, Eesti Muusikateraapia Ühingu esindaja Alice Pehk, Eesti Pereteraapia Ühingu esindaja Kristel Päll, Eesti Rehabilitatsiooniasutuste Liidu esindaja Marilin Vaksman, Erihoolekandeteenuste Pakkujate Liidu esindaja Helen Tähtvere, Eesti Puuetega Inimeste Koja esindaja Kristi Kähär, Eesti Vaegkuuljate Liidu esindaja Külliki Bode, Eesti Tööandjate Keskliidu esindaja Mari Krass (1. päevakorrapunkt); sotsiaalminister Karmen Joller ja Sotsiaalministeeriumi tervishoiuteenuste osakonna esmatasandi tervishoiu ekspert Tiina Unukainen (2. päevakorrapunkt); Riigikogu Kantselei avalike suhete osakonna pressinõunik Maris Meissaar

Päevakord:

1. Vabariigi Valitsuse algatatud rahvatervishoiu seaduse muutmise ja sellega seonduvalt teiste seaduste muutmise seaduse (rehabilitatsioonisüsteemi muutmine) eelnõu (998 SE) teise lugemise ettevalmistamine
2. Vabariigi Valitsuse algatatud tervishoiuteenuste korraldamise seaduse muutmise seaduse eelnõu (1044 SE) esimese lugemise ettevalmistamine
3. Info ja muud küsimused

1. Vabariigi Valitsuse algatatud rahvatervishoiu seaduse muutmise ja sellega seondult teiste seaduste muutmise seaduse (rehabilitatsioonisüsteemi muutmise) eelnõu (998 SE) teise lugemise ettevalmistamine

Signe Riisalo juhatas päevakorrapunkti arutelu sisse ja märkis, et eelnõu 998 SE esimene lugemine toimus Riigikogu täiskogus 30. septembril. Diana Ingerainen esitas eelnõu kohta kuus muudatusettepanekut ning 22 organisatsiooni saatsid oma arvamuse. Lisaks esitasid ühise arvamuse Eesti Perearstide Selts, Eesti Haiglate Liit, Tallinna Lastekodu, Erihoolekandeteenuste Pakkujate Liit ja Eesti Rehabilitatsiooniasutuste Liit. Arvamuse esitas ka Sotsiaalministeerium.

S. Riisalo märkis, et kavandatud muudatus on ulatuslik ning kaasatavaid osapooli on palju. Eesti Puuetega Inimeste Koja (EPIKoda), puuetega laste vanemate organisatsioonide ja Riigikontrolli kaudu ning mitme uuringu põhjal saadud teave on näidanud, et praegune süsteem on eelkõige kliendi vaatest väga keerukas. Ametkondadele on teada ka süsteemi suur halduskoormus, mis toob kaasa ressurside raiskamise. Teenuseosutajate jaoks on süsteem suhteliselt jäik ja ebamugav, sest inimesele on keeruline kujundada just tema vajadustele vastavaid teenuseid.

S. Riisalo andis sõna huvigruppide esindajatele eelnõule esitatud arvamuse ja seisukohtade tutvustamiseks.

Kädi Koppe märkis, et Eesti Linnade ja Valdade Liit (ELVL) toetab rehabilitatsioonisüsteemi reformi eesmärki. Ta tunnustas Sotsiaalministeeriumi (SOM) selle eest, et reformi ettevalmistamise käigus on ELVLiga korraldatud mitu kohtumist ja kohalikele omavalitsustele (KOV) on kavandatavaid muudatusi selgitatud. Ta lisas, et ELVL on omalt poolt selgitanud reformiga seotud riske ja murekohti. K. Koppe tõdes, et kõigis küsimustes ei ole üksmeelele jõutud. ELVL on eelnõule esitatud kirjalikus arvamuses toonud välja peamised murekohad. Ta selgitas, et esimene neist on teenuse jätkusuutlikkus ja tegelik kättesaadavus, sealhulgas uue teenuseosutajate võrgustiku võimekus, spetsialistide piisavus ning teenuse piirkondlik kättesaadavus. Teisena tõi ta esile, et KOVi hallatav asutus ei saa enam jätkata teenuseosutajana. Sellele on tähelepanu juhtinud nii Tallinn kui ka Elva. Kolmandaks märkis ta, et KOVile ja lähedastele võivad kanduda täiendavad transpordi- ja majutuskulud.

Tõnu Hunt lausus, et esindab Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuametit. Ta märkis, et rehabilitatsioonisüsteemi reformi eesmärki toetatakse, sest inimese tee abi saamiseni peab olema võimalikult lihtne ning tervise- ja sotsiaalvaldkond peavad olema senisest selgelt paremini lõimitud. Ta tõstas küsimuse, kas valitud mudel rakendub 1. oktoobriks 2027 selliselt, et inimesed ei jää teenuseta ja kas nii seniseid kui ka uusi teenusesaajaid koheldakse võrdselt. Ta tõi välja, et plaanitava reformi peamine probleem seisneb selles, et reformi praeguse mudeli puhul kavandatakse olemasoleva teenuseosutajate võrgustiku ulatuslikku ümberkujundamist enne, kui on tõendatud uue võrgustiku tegelik suutlikkus senine teenusemaht üle võtta. Plaanitud muudatustega kaasneb seega oluline risk rehabilitatsiooniteenuse jätkusuutlikkusele ja kättesaadavusele. T. Hunt osutas, et eelnõu seletuskirjas esitatud arvud näitavad neid riske. Senisest 119 Sotsiaalkindlustusameti (SKA) lepingupartnerist 43 on mittetulundusühingud, üheksa KOVi hallatavad asutused ja kolm riigikoolid. Seega ei saa 55 teenuseosutajat ehk ligikaudu 46% neist juba õigusliku vormi tõttu pärast reformi käivitumist teenuse osutamist jätkata. Veelgi olulisemaks pidas ta asjaolu, et 80 lepingupartneril ei olnud 2026. aasta juuli seisuga ühtegi tervishoiuteenuse osutamise tegevusluba. Ta selgitas, et ei saa eeldada, et mittetulundusühing muudab lihtsalt oma õiguslikku vormi, sest seadus seda ei võimalda. Senine mittetulundusühing tuleb täielikult likvideerida koos kõige sellega kaasnevaga, sealhulgas töötajate töösuhete lõpetamise ja muude küsimuste lahendamisega. Tervishoiuteenuse osutamise loa taotlemiseks tuleb luua uus juriidiline isik. Ka taotlusmenetlus ei ole pelgalt formaalsus, vaid vaja on kvalifitseeritud tervishoiuspetsialiste, nõuetekohaseid ruume ja sisseseadet, patsiendikindlustust ning täita muid tervishoiuteenuse osutamise nõudeid. Tervishoiuteenuse osutamiseks kasutatav tegevuskoht peab olema ka hoone projekti dokumentatsioonis vastavalt märgitud. Kui hoone dokumentatsioonis ei ole märgitud, et tegemist on ambulatoorse arstiabi osutamise hoonega, ei võta Terviseamet loataotlust menetlusse. T. Hunt rõhutas, et sellised riskid puudutavad

kõiki mittetulundusühinguid, kes soovivad teenuse osutamist jätkata.

Teise olulise ja põhimõttelise küsimusena tõi T. Hunt esile KOVi hallatavate asutuste välistamise reformist. Tema sõnul jääb arusaamatuks, millist riski sellega maandatakse. Ta küsis, miks ei võiks samad töötajad samades ruumides ja sama kvalifikatsiooniga jätkata tervishoiuteenuse osutamist iseseisvalt, kui nad saavad seda teha haiglate või vastava teenuse osutamise luba omavate asutuste kaudu. Ta märkis, et seaduse rakendussätetega oleks selline õigus võimalik anda. T. Hunt märkis, et tulenevalt eeltoodust on esitatud kaks põhimõttelist muudatusettepanekut. Esiteks tuleks rakendussätetega määrata enne 1. oktoobrit 2027 valmisoleku tõendamise tähtaeg ja selleks ajaks peab olema tõendatud vastavate teenusmahtude võimekus ning tagatud vajaliku personali ja muude tingimuste olemasolu. Kui valmisolek ei ole piisav, tuleks ette näha üleminekuperiood. Teiseks tuleks kaaluda jätkuvalt regulatsiooni, mis võimaldaks sisulistele kvaliteedi- ja järelevalvenõuetele vastaval KOV hallataval asutusel olla rehabilitatsiooniteenuse iseseisev osutaja ilma organisatsioonilise vormi sundmuutmiseta.

Anneli Jürgenson märkis, et esindab Põhja-Eesti Regionaalhaiglat ja Eesti Taastusarstide Seltsi ning mõlemad organisatsioonid toetavad reformi elluviimist. Samas on eelnõus ka mitmeid põhimõttelisi küsimusi, mis vajavad lahendamist, et tagada rehabilitatsiooniteenuste kättesaadavus, kvaliteet ja jätkusuutlik korraldus. Ta tõi välja, et kuigi rehabilitatsiooni käsitatakse multidistsiplinaarse lähenemisena ja eesmärgiks on seatud tegutsemis- ja osaluspiirangute vähendamine, ei toeta kavandatud lahendused täielikult selle eesmärgi elluviimist, kuna rehabilitatsiooniteenus muudetakse liigselt meditsiinikeskseks. See ei anna teenust vajavatele inimestele positiivset tulemust. Sellest tulenevalt on tehtud ettepanek mitte määrata haiglavõrgu arengukava (HVA) haiglaid peamisteks rehabilitatsiooniteenuse osutamise eest vastutajateks, kuna Eestis on hästi välja arendatud rehabilitatsiooniasutuste võrgustik. A. Jürgenson viitas eelkõneleja esile toodud keerukustele, mis kaasnevad nende asutuste tervishoiuasutusteks muutmisega ja rõhutas, et neis töötab spetsiifilise ettevalmistuse ja pädevusega personal. HVA haiglates ei ole sellist personali samas ulatuses. Ta selgitas, et praegu osutab rehabilitatsiooniteenust suuremal või vähemal määral 8 HVA haiglat 19st. Seetõttu ei ole HVA haiglatel selle teenuse osutamiseks piisavat võimekust.

A. Jürgenson märkis, et kui rehabilitatsiooniteenus määratletakse seadusemuudatusega tervishoiuteenusena, peavad senised teenuseosutajad viima oma tegevuse vastavusse uute nõuetega. Sellest tulenevalt on esitatud ettepanek luua rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks eraldiseisev tegevusloa regulatsioon, mis arvestaks teenuse spetsiifikat, kehtestaks asjakohased kvaliteedi- ja pädevusnõuded ning looks selge aluse tervishoiuteenuse osutaja ja rahastaja vahelise lepingu sõlmimiseks. Samuti märkis ta, et tervishoiuteenuste korraldamist reguleerivat seadust tuleks täiendada, lisades tegevusterapeudi tervishoiutöötaja õigusega spetsialistide loetellu ning luues seeläbi eeldused tema pädevuse täielikuks rakendamiseks rehabilitatsioonis.

A. Jürgenson tõi välja, et inimesel tuleks võimaldada pöörduda rehabilitatsiooniteenuse osutaja poole ilma arsti või õe saatekirjata.

Samuti on oluline pöörata tähelepanu haridusliku erivajadusega laste rehabilitatsioonile. Ta selgitas, et praegu puudub selge arusaam, kelle vastutusalasse jääb haridusliku erivajadusega laste rehabilitatsioon ning kuidas korraldatakse nende laste toetamine õppimisel ja igapäevases keskkonnas toimetulekul.

Lõpetuseks tutvustas A. Jürgenson ettepanekut käsitleda rehabilitatsioonisüsteemi reformi ja integreeritud ravi mudeli arendamist kooskõlas tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna integreeritud teenuste arendamisega ning võimaluse korral ühtses õiguslikus raamistikus.

Livia Laas märkis, et Tallinna Lastehaigla toetab reformi, kuid peab vajalikuks täpsustada rehabilitatsiooniteenuse sihtrühmade vanuselist määratlust. Ta selgitas, et Eesti tervishoiusüsteemis kuuluvad laste tervishoiuteenuste sihtrühma 0-18-aastased. Samas on rehabilitatsioonisüsteemi esitlustes ja prognoosides laste sihtrühmana märgitud 0-15-aastased. Nimetatud erinevus võib põhjustada vastuolu tervishoiusüsteemi ja rehabilitatsiooniteenuse korralduse vahel ning mõjutada uuele süsteemile üleminekul prognoositavat sihtrühma suurust. Teise olulise küsimusena tõi ta esile eelarve. L. Laas märkis, et rehabilitatsiooniteenuste hinnakiri on seni olnud Tervisekassa hinnakirjast eraldiseisev ja

teenuste hinnad on olnud madalamad. Ta selgitas, et kui teenust osutavate spetsialistide tasumäärad hakkavad lähtuma Tervisekassa kõrgematest hindadest, kuid teenuse kogurahastus samas ulatuses ei suurene, ei ole võimalik osutada teenuseid senises mahus ega toetada sama arvu inimesi.

Mari-Liis Ööpik-Loks märkis, et Haapsalu Neuroloogiline Rehabilitatsioonikeskus (HNRK) toetab rehabilitatsioonisüsteemi muutmist eelnõus kirjeldatud viisil, kuid peab vajalikuks mõne aspekti täpsustamist. Ta juhtis tähelepanu sellele, et teenuste osutamine on kavandatud enne ravi, ravi ajal ja pärast ravi, mistõttu vajab täpsustamist, kuidas tagatakse vajalike teenuste samaaegne osutamine näiteks statsionaarsel taastusravil viibivale patsiendile. Samuti märkis ta, et HNRK igapäevapraktika põhjal on taastusravimeeskonda vaja kaasata spetsialiste, kelle teenuseid tervishoiusüsteem praegu ei rahasta.

Teise küsimusena käsitles M.-L. Ööpik-Loks teenuse kättesaadavust. Eelnõu kohaselt on rehabilitatsiooniteenus ambulatoorne ja seda osutatakse üldjuhul inimese elukoha lähedal. Samal ajal kavandatakse konkreetsetest tervise seisunditest tulenevate vajadustega inimestele spetsialiseeritud rehabilitatsiooni, näiteks neuroloogilise rehabilitatsiooni osutamist. Mujalt Eestist saabuva inimese jaoks võivad majutuskulud teenuse kättesaadavust piirata, mistõttu soovib HNRK kaaluda nende vähemalt osalist hüvitamist. Kolmandaks juhtis ta tähelepanu sellele, et mitme taastusravi- ja rehabilitatsioonivaldkonna spetsialisti arv ning teenuse kättesaadavus ei vasta juba praegu süsteemi ja inimeste vajadustele. Teenusele sisenemise tingimuste leevenemise ja elanikkonna vananemise tõttu võib teenusevajaduse ja kättesaadavuse lõhe suureneda. Lähiaastatel kõrghariduse omandamise ikka jõudvaid suuremaarvulisi noorte põlvkondi arvestades tuleks suurendada valdkonna spetsialistide riiklikke koolitusmahte ning käsitleda reformi valdkondade üleselt, kavandades kiireid muudatusi ka hariduses.

Anna Mikkonen-Berg lausus, et LAPSSI OÜ hinnangul on reformi eesmärk õige. Inimene peab saama abi oma tegelikust vajadusest lähtudes. Samas tõi ta esile mitu kitsaskohta. Esiteks rõhutas ta, et üleminekuperioodil ei tohi teenuse osutamine katkeda. Seaduse alusel sõlmitakse HVA haiglaga leping vähemalt viieks aastaks, kuid muu nõuetele vastava teenuseosutajaga lepingu sõlmimise kohustust ei ole. Kui senise teenuseosutajaga lepingut ei sõlmita, peab inimene rehabilitatsiooni kestel vahetama teenuseosutajat, mistõttu võib katkeda väljakujunenud rutiin. A. Mikkonen-Berg märkis, et LAPSSI OÜ klientide seas on palju psüühikahäirega ja autismispektri tunnustega inimesi, kellele võib selline muutus olla eriti problemaatiline. Tema hinnangul võib teenuse katkemine halvendada senise rehabilitatsiooni tulemusi. Teise kitsaskohana käsitles ta teenuse mahtu. Praegu on rehabilitatsiooniteenus seotud inimesega ning teenuseosutaja teab ette, millises mahus on võimalik klienti abistada ja saab teenuse osutamist tema vajadustest lähtudes planeerida. Uues süsteemis määratakse teenuseosutajale aastane eelarve. Samas ei ole teada, mille alusel eelarve teenuseosutajate vahel jaotatakse ega kuidas peaks teenuseosutaja otsustama, mitu inimest ta selle piires teenusele võtab. Seetõttu tegi LAPSSI OÜ muu hulgas ettepaneku reformi etapiviisiliseks rakendamiseks, alustades 1. jaanuarist 2028 suunamise ja menetluskorraga, jätkates lepingute ja muudatustega ning jõudes täieliku rakendumiseni 2028. ja 2029. aasta jooksul.

Katrin Rehema märkis, et Eesti Arstide Liidule (EAL) saadeti arvamuse avaldamiseks eelnõu esimene versioon, kuid teises kooskõlastusringis EALi arvamust enam ei küsitud. EAL peab reformi eesmärki õigeaks, kuid leiab, et ebapiisava rahastuse, tööjõupuuduse ja teenuseosutajatele kehtestatavate uute nõuete tõttu on suur risk, et vajalike teenuste kättesaadavus väheneb. Lisaks nõrgeneb terviseandmete kaitse. Seetõttu ei saa EAL eelnõu toetada. K. Rehema lisas, et eelnõus esineb ka mõistelist ebaselgust. Eelnõu kohaselt ei ole rehabilitatsiooniteenus tervishoiuteenus, kuid EALi hinnangul tuleks see lugeda tervishoiuteenuseks, sest sellel on olulised tervishoiuteenuse tunnused.

K. Rehema märkis, et eelnõu eesmärk näib olevat sotsiaalse rehabilitatsiooni kulude ülekandmine Tervisekassale. Juhul, kui rehabilitatsiooniteenus ei ole tervishoiuteenus, siis on küsitav, kas seda on võimalik rahastada Tervisekassa tervishoiuteenuste loetellu kandmise kaudu.

K. Rehema tõi välja, et eelnõu menetlemise käigus on selle esimese versiooniga võrreldes tehtud ka positiivseid muudatusi, sealhulgas pikendatud jõustumise tähtaegu, kuid

põhiprobleemid on jäänud lahendamata. Tervishoiuteenuste hinnad on sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuste hindadest oluliselt kõrgemad, kuid eraldatav summa jääb samaks, mistõttu saab osutada vähem teenuseid. Kui hindamine ja suunamine korraldatakse paremini, suureneb teenuste vajadus veelgi ning nende kättesaadavus väheneb. Ühtlasi on ilmne risk, et Tervisekassa peab uusi kohustusi osaliselt rahastama raviteenuste arvelt, mistõttu halveneb arstiabi kättesaadavus veelgi.

K. Rehema lisas, et IT-arenduste kulud on katmata ning teenuste kättesaadavust piirab ka tervishoiutöötajate ja teiste spetsialistide vähesus. Selle tulemusena kasvab arstide ja haiglate, eelkõige perearstide ja taastusarstide koormus. Lisaks võib osa teenuseosutajaid tervishoiuteenuse osutamise tegevusloa nõude tõttu tegevuse lõpetada.

K. Rehema juhtis tähelepanu ka terviseandmete kaitse nõrgenemisele, sest andmetele pääseb ligi rohkem isikuid, sealhulgas sotsiaaltöötajad, loovterapeudid ja kogemusnõustajad. Juba praegu on ilmnunud juhtumeid, kus tervise infosüsteemist on andmeid põhjendamatult väljastatud. K. Rehema hinnangul on eelnõu ettevalmistus olnud puudulik, sest elanikkonda ei ole piisavalt teavitatud ja huvirühmi ei ole piisavalt kaasatud ega nende arvamusi arvestatud. Peale selle ei ole kavandatavat süsteemi ühildatud tööalase rehabilitatsiooni ega haridussüsteemi teenustega, mistõttu ei teki väidetud ühtset rehabilitatsioonisüsteemi. EAL tegi seetõttu ettepaneku peatada eelnõu menetlus seni, kuni sisulised, eelkõige rahastamise ja tööjõupuudusega seotud probleemid on lahendatud.

Signe Riisalo märkis, et korduvalt on väidetud, nagu jääks üleantav eelarve samaks. Ta selgitas, et kolme aasta jooksul suureneb riigieelarvest eraldatav summa ligikaudu ühe kolmandiku võrra. Praeguselt 22,1 miljonilt eurolt 29,6 miljoni euroni ehk 7,5 miljoni euro võrra. S. Riisalo sõnul võib öelda, et ressursi võib nappida, kuid ei ole õige väita, et see ei suurene.

Elle-Mall Sadrak märkis, et Eesti Perearstide Selts (EPS) ei toeta eelnõu esitatud kujul. EPSi hinnangul on reform kavandatud liiga kiiresti ja varem esile toodud probleemid on jäänud lahendamata. Ühe peamise probleemina tõi E.-M. Sadrak esile teenuse kättesaadavuse, kuna tervishoiuspetsialiste napib juba praegu ja senistel väiksematel teenuseosutajatel muutub teenuse osutamine keerulisemaks. Perearstide seisukohast on suurim probleem hindamise dubleerimine, mis pikendab patsiendi teekonda ja toob kaasa lisakulu ja täiendava töökoormuse. Eelnõu kohaselt hindaks suunaja (nt perearst) esmalt, kas inimene vajab terviseseisundi tõttu teenust. Seejärel hindaks rehabilitatsiooniteenuse osutaja juures tegutsev hindamismeeskond, kas ja millist teenust inimene vajab. EPSi hinnangul ei ole kahekordne hindamine otstarbekas ja teenusevajadust saaks hinnata valdkonna spetsialistide tehtava üksikasjalikuma hindamise käigus. Samuti soovitakse see lisaülesanne panna perearstidele ilma täiendava personali või muu lisaressursita. E.-M. Sadrak rõhutas, et perearsti kaudu ei suunata abi vajavat inimest rehabilitatsiooniteenusele, vaid teenusevajaduse hindamisele. Ta tegi ettepaneku jätta teenusele pääsemisel ära perearsti vahelüli ning võimaldada patsiendil või tema lähedasel pöörduda ise rehabilitatsiooniteenuse vajaduse hindaja poole. Hindaja otsustaks asjakohaste kriteeriumide alusel, kas ja milliseid rehabilitatsiooniteenuseid inimene vajab ja suunaks teenust vajava inimese sobiva teenuseosutaja juurde. EPSi hinnangul ei loo perearsti vahelüli lisaväärtust, vaid pikendab põhjendamatult patsiendi teekonda abi saamiseni, toob kaasa e-konsultatsiooni kulud ja suurendab perearstiabi koormust.

Mart Jesse märkis, et Eesti Esmatasandi Tervisekeskuste Liidu (ETTKL) seisukohad kattuvad suures osas EPSi seisukohtadega. ETTKLile jääb arusaamatuks, miks tuleb perearstid sellesse protsessi kohustusliku vahelülina kaasata. SoMilt on korduvalt palutud selle kohta selgitusi. Samuti on juhitud tähelepanu sellele, et perearstide kaasamine põhjustab ebamõistlikku aja- ja ressursikulu ning halvendab patsientide juurdepääsu nii rehabilitatsiooniteenusele kui ka esmatasandi arstiabile. ETTKLi hinnangul oleks asjakohane võimaldada inimesel vajaduse korral pöörduda otse teenuseosutaja poole või kasutada lihtsustatud suunamist. Perearst võiks sellist võimalust patsiendile vajaduse korral soovitada, kuid selle tegemine ei peaks olema kohustuslik. M. Jesse sõnul halvendaks eelnõu praegusel kujul vastu võtmine nii rehabilitatsiooniteenust vajavate inimeste kui ka kõikide teiste patsientide olukorda. Ta rõhutas, et enne eelnõu menetlemise jätkamist tuleb sellesse sisse viia vajalikud muudatused ja parandused. Lisaks märkis ta, et e-konsultatsioonide kasutamine

suurendab kulusid, mis on tema hinnangul samuti ebamõistlik.

Anne-Mari Viikman sõnas, et esindab Eesti Tegevusterapeutide Liitu. Ta tõi esile, et enamik tegevusterapeutide töötab tervishoiu- või rehabilitatsioonisüsteemis ja nende süsteemide kavandatav integreerimine mõjutab kõiki tegevusterapeutide ja eriala tulevikku. A.-M.

Viikmani hinnangul peaks tegevusterapeut olema rehabilitatsioonimeeskonna põhiliige, mitte üks võimalikest liikmetest koos logopeediga, sest tegemist on kahe väga erineva erialaga, mis ei saa teineteist asendada. Ta märkis, et tegevusterapeut on Eestis vähe ja koolitusmaht ei ole piisav, kuid see ei tohiks olla põhjus, miks teenus ei ole tulevikus kõigile kättesaadav. A.-M. Viikman tegi ettepaneku määrata tegevusterapeut kohe meeskonna põhiliikmeks või näha ette kuni viieaastane üleminekuperiood, mille jooksul tuleb tegevusterapeut kaasata. Tema sõnul oleks see sarnane tööalase rehabilitatsiooni korraldusega, mille puhul ei ole tulevikus võimalik teenust osutada ilma tegevusterapeutita meeskonnas.

Teiseks märkis A.-M. Viikman, et tegevusterapeuti praegune õiguslik staatus ei toeta reformi ja sellega seotud küsimused on olnud pikka aega lahendamata. Tema hinnangul oleks praegu sobiv aeg võrdsustada tegevusterapeutid tervishoiutöötajatega ja võimaldada neil osutada teenust iseseisvalt. See on vajalik esmatasandi teenuse kättesaadavuse parandamiseks ja selleks, et tegevusteraapia oleks tulevikus ka üksikteenusena paremini kättesaadav. A.-M. Viikman rõhutas, et praegu ei ole tegevusterapeut haridussüsteemi kaudu kättesaadav. Ta selgitas, et tegevusterapeutid töötavad tugispetsialistina ainult üksikutes koolides ja lasteaedades. Lisaks teenuse piirkondlikule kättesaadavusele tuleb jälgida ka teenuse kaetust spetsialistidega. Näiteks ei ole paljudel HVA haiglatel võimekust osutada tegevusteraapia teenust taastusravi raames ja tervishoius osutatakse 65% tegevusteraapia teenustest taastusravi osana.

Signe Riisalo selgitas, et eelnõu eesmärk on lõimida sotsiaal- ja tervishoiuvaldkond.

Haridusvaldkonda ja selle tugiteenuseid ei ole eelnõuga kavandatud lõimida. Haridus- ja Teadusministeerium jälgib lõimimise tulemusi ja on selle edukaks osutumisel valmis protsessiga ühinema. Kuna haridusvaldkonna lõimimine ei ole käesoleva eelnõu eesmärk, ei ole seda eelnõus eraldi käsitletud.

Alice Pehk märkis, et Eesti Muusikateraapia Ühingu ettepanek on eristada eelnõu § 5 lõikes 7 loovteraapia suunad. Ta selgitas, et loovteraapia ei ole üks ühtne teraapiavorm. Eestis on praegu aktiivselt esindatud muusikateraapia, visuaalkunstiteraapia ning tantsu- ja liikumisteraapia. Mõiste loovteraapia on liiga üldine ega pruugi vastata inimese vajadustele, sest eri loovteraapiasuundade sekkumismeetodid, tehnikad ja võimalused spetsiifiliste häirete ning probleemidega tegelemisel on erinevad. Näitena tõi ta neurorehabilitatsiooni, kus muusikateraapia võimaldab insuldijärgses taastusravis toetada nii motoorika kui ka kõne taastumist, kuna muusikalised tegevused aktiveerivad erinevaid ajupiirkondi.

Visuaalkunstiteraapia samasugust sekkumist ei võimalda. Eelnõu kohaselt peab meeskonnas töötaval loovterapeutil olema kutseeaduse alusel antud 6. või 7. taseme loovterapeuti kutse. Eesti Muusikateraapia Ühing tegi ettepaneku sätestada eelnõus loovteraapiasuundade kvalifikatsiooninõuded eraldi, arvestades, et muusikaterapeutidel on 6. või 7. taseme kutse ning teistel loovterapeutidel 7. taseme kutse. A. Pehk rõhutas, et kui kliendile on näidustatud muusikateraapia, peab olema tagatud, et teenust osutab muusikaterapeut, mitte muu loovteraapiasuuna terapeut.

Kristel Päll märkis, et esindab Eesti Pereteraapia Ühingu. Ta viitas koosoleku alguses esimehe sõnavõttus rõhutatule, et kogu süsteemi keskmes on inimene ja tema pere. Samas on meeskonnaliikmete loetelust välja jäänud pereterapeut ning teenuste loetelust pereteraapia. Loetletud teenused on valdavalt individuaalsed ja toetavad inimest tema probleemiga tegelemisel, kuid iga pereliikme probleem mõjutab tegelikult kogu peret. Eriti oluline on seda arvestada laste ja noorte puhul. Seetõttu peab Eesti Pereteraapia Ühing vajalikuks lisada pereteraapia teenus teenuste loetellu ning kaasata pereterapeut meeskonnaliikmena. Ta lisas, et eelnevates sõnavõttudes käsitleti ka ressursi- ja spetsialistide puudust. Ühingu hinnangul on pereterapeutid Eestis alakasutatud ressurss, nende kaasamine oleks igati asjakohane.

Marilin Vaksman märkis, et Eesti Rehabilitatsiooniasutuste Liit (ERL) toetab reformi eesmärke, kuid peab eelnõuga kavandatavat korraldust ebapiisavalt läbi töötatuks. ERLi hinnangul ei ole reformi jõustumine järgmise aasta 1. oktoobril realistlik. ERL peab

probleemseks HVA haiglate ja senise süsteemi üleminekut uuele korraldusele ja ebaselgust teenuse tegeliku osutaja suhtes. Kui kavandatav teenus on oma sisult tervishoiuteenus, tuleks see sellisena määratleda. Kui tegemist ei ole tervishoiuteenusega, tuleb põhjendada, miks on teenuse osutamise eelduseks tervishoiuteenuse osutamise luba. Samuti tuleb täpsustada teenusele suunamise aluseid ja korda. Tähelepanu vajavad rahastamine, teenuse hinna võimalik tõus, sihtrühma suurenemine ning nende mõju järjekordadele ja teenuse kättesaadavusele. M. Vaksman märkis, et vajaduspõhisuse põhimõte võib jääda sisutühjaks, kui teenuse tegelik kättesaadavus ei ole tagatud. ERLi hinnangul on reform jätkuvalt poolik. Töövõimereformi käigus kujundati sotsiaalne ja tööalane rehabilitatsioon teineteist täiendavaks, kuid praegu reformitakse üksnes sotsiaalset rehabilitatsiooni ja tööalane rehabilitatsioon jääb tervikust eraldatuks.

Helen Tähtvere märkis, et Erihoolekandeteenuste Pakkujate Liit (EHK) toetab reformi üldist eesmärki, kuid palub komisjonil arutada mitut kitsaskohta. Esiteks sõltub eelnõu kohaselt inimese teenusele pääsemine tema enda motivatsioonist. H. Tähtvere selgitas, et erihoolekandeteenuse saajate seas on psüühikahäirega ja intellektipuudega inimesi, kes ei pruugi olla võimelised oma motivatsiooni väljendama ega käi perearsti juures. EHK ei nõustu sellega, et inimese vähene motiveeritus piiraks tema juurdepääsu teenusele. Teiseks peab EHK oluliseks rehabilitatsiooni sotsiaalse mõõtmise säilitamist. Kuigi rehabilitatsiooniteenust käsitatakse edaspidi tervishoiuteenusena, vajavad erihoolekandeteenuse saajad jätkuvalt tuge igapäevaoskuste arendamisel, keskkonna kohandamisel ja lähedastega suhtlemise parandamisel. Kõigil erihoolekandeteenuse töötajatel ei ole nende ülesannete täitmiseks vajalikku pädevust ning seni on erihoolekanne ja rehabilitatsiooni teenused toiminud suuresti koos. Samuti valmistab EHKile muret, et tulevases rehabilitatsiooniteenuste süsteemis ei ole tagatud transporti, saatjat ega vajaduspõhist majutust. Need on teenuse saajatele olulised, sest paljud neist ei jõua teenusele saatjata. Kui rehabilitatsiooniteenuseid hakkavad osutama eelkõige suurtes keskustes asuvad HVA haiglad, võib teenus jääda kättesaamatuks ka juhul, kui perearst või muu eriarsti on inimese teenusele suunanud. Lisaks soovib EHK selgust, kuidas toimitakse juhul, kui teenust vajavate inimeste arv ületab riigieelarves kavandatud mahu. Millistel alustel teenuse vajajaid prioriseeritakse ja kuidas leitakse riigieelarvest lisavahendeid.

Kristi Kähär tõi välja, et viimastel nädalatel on SOMi ja Tervisekassaga toimunud mitu kohtumist, mille käigus on arutatud EPIKoja murekohti ja jõutud mitmes küsimuses ühiste arusaamadeni. Lahendamist vajavad eelkõige rakendamisega seotud küsimused. EPIKoda peab oluliseks, et inimeste õiguste kaitse ei väheneks. Praeguses süsteemis saab rehabilitatsiooniteenuse otsuse vaidlustada haldusmenetluse seaduse alusel, kuid uues süsteemis samaväärset õiguskaitsevõimalust ette nähtud ei ole. EPIKoda ootab sellele lahendust ja on valmis aruteludes osalema. Samuti vajab tähelepanu teenuste kättesaadavus ja lepingumagtude piisavus. Tervisekassaga on arutatud võimalust jätta eelarvesse täiendav reserv, et rahastada keerukamaid juhtumeid olukorras, kus teenuseosutaja vahendid on ammendunud. EPIKoja liikmesorganisatsioonidele on oluline ka puudespetsiifilise rehabilitatsiooni ja vastava pädevuse säilimine uues süsteemis nii haiglates kui ka teiste teenuseosutajate juures. Lisaks valmistab muret majutus- ja sõidukulude hüvitamise lõpetamine. Kui Tervisekassa tagab pikemas perspektiivis teenuse kättesaadavuse kogu Eestis, võib selle küsimuse mõju väheneda, kuid üleminekuperioodil võib muudatus suurendada inimeste ja KOVide koormust. Kokkuvõttes toetab EPIKoda reformi, kuid peab vajalikuks tõstatatud küsimuste lahendamist koostöös kõigi partneritega.

Signe Riisalo nõustus, et puudespetsiifiline lähenemine on vajalik. Ta märkis, et teatavate diagnooside puhul on diagnoosipõhine lähenemine hädavajalik ja seda tuleb reformi rakendamisel silmas pidada. Seoses esmatasandi ja perearsti e-konsultatsiooniga selgitas ta, et inimese saab teenusele suunata ka eriarst. Näiteks vajavad I tüüpi diabeediga lapsed spetsiifilisi teenuseid, mille osutajate olemasolu tuleb tagada.

Külliki Bode Eesti Vaegkuuljate Liidust märkis, et kuulmispuudega inimestele on rehabilitatsiooniteenuseid osutatud alates 2010. aastast. Teenuse sihtrühma kuuluvad kuulmislangusega inimesed, sealhulgas viipekeelsed inimesed. Liit on välja töötanud sihtrühmale kohandatud programmid ja koondanud spetsialistid, kes valdavad eesti ja vene

viipekeelt ning tunnevad kasutatavaid tehnoloogiaid. Rehabilitatsioon hõlmab muu hulgas kommunikatsiooni, abivahendite kasutamist, töötamist, õppimist, igapäevaelu oskusi, huultelt lugemist ja kuulmistaju arendamist. Tegemist on spetsiifilise rehabilitatsiooniga, mida on arendatud 16 aastat ja mida osutatakse kogu Eestis nii sotsiaalse kui ka tööalase rehabilitatsioonina. K. Bode toetas reformi põhimõtet, mille kohaselt ei ole teenuse saamise eelduseks enam puue ega osaline töövõime. Samas väljendas ta muret Eesti Vaegkuuljate Liidu võimaluse pärast uues süsteemis teenuse osutamist jätkata, kuna mittetulundusühing ei vasta Tervisekassa partnerile seatavatele tingimustele. Seni on Sotsiaalkindlustusamet (SKA) ja Töötukassa liidu osutatavaid teenuseid tunnustanud ja lepinguid jätkanud. Uuele korraldusele üleminek võib eeldada uue juriidilise isiku asutamist, seniste ruumide sobivuse hindamist ja tegevusloa taotlemist. Samuti ei ole selge, miks senine teenuseosutamise vorm enam ei sobi ja kuidas kujuneb koostöö HVA haiglatega, sealhulgas kas liit peaks sõlmima lepingu iga haiglaga eraldi. K. Bode tegi ettepaneku reformi rakendamine edasi lükata, kuni on selgunud puudespetsiifiliste ja diagnoosipõhiste rehabilitatsiooniasutuste võimalused tegevust jätkata.

Mari Krass märkis, et Tööandjate Keskliit (ETKL) peab probleemseks tervise- ja sotsiaalsüsteemi reformivate eelnõude eraldi menetlemist. Menetluses on neli omavahel seotud eelnõu, kuid puudub terviklik ülevaade nende kogumaksumusest, mõjust süsteemile ja eeldatavast kasust. Reformide terviklikuks menetlemiseks on puudu kolm olulist sisendit: Riigikontrolli valmiv tervishoiu ülevaade, Viljandi PAIK-projekti mõjuhindang ning käimasolevate maakondlike TERVIKute pilootprojektide tulemused. Need analüüsid peaksid olema kättesaadavad enne tervise- ja sotsiaalsüsteemi korraldust puudutavate otsuste tegemist. ETKLi hinnangul võib reformide rakendamine enne tulemuste selgumist tuua kaasa ettenägematuid probleeme.

M. Krass lisas, et ETKL peab kõnealuse eelnõu puhul üheks probleemiks rahastamist. ETKLi hinnangul võib reform kaasa tuua teenuse kallinemise ja kättesaadavuse vähenemise. Samuti jääb ebaselgeks vajadus teenuseosutajate võrgustiku ulatusliku ümberkorraldamise järele olukorras, kus HVA haiglad ei ole praegu teenuse osutamiseks valmis ning turul tegutsevad professionaalsed teenuseosutajad. Lisaks tuleks analüüsida, kas nõue, mille kohaselt peab tervishoiuteenuse osutaja osutama teenust, mis ei ole tervishoiuteenus, eeldab Euroopa Liidu tehniliste normide kohaselt Euroopa Komisjoni teavitamist.

Signe Riisalo andis ülevaade nende osapoolte kirjalikest seisukohtadest, kes ei saanud istungil osaleda. Ta märkis, et Eesti Eripedagoogide Liit toetab põhimõtteliselt reformi eesmärgi, kuid rõhutab, et eripedagoogilise teenuse maht ja kättesaadavus ei tohi väheneda. Liit peab eriti oluliseks eripedagoogi sisulist kaasamist laste ja neuroarenguliste eripäradega inimeste rehabilitatsiooni. Samuti peab liit oluliseks, et lapsed ei jääks tervishoiu- ja haridussüsteemi vahele. Ühtlasi tuleks teenuseid osutada võimalikult palju lapse tavapäras keskkonnas, näiteks lasteaias või koolis.

Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsioon esitas liikmete tähelepanekud, mis ei väljenda organisatsiooni ametlikku seisukohta. Lähiva murena toodi esile oht, et uus süsteem võib muutuda liigselt tervishoiukeskseks ning sotsiaaltöö roll ja sotsiaalsete tegurite arvestamine võivad nõrgeneda. Samuti juhiti tähelepanu piirkondliku kättesaadavuse ning transpordi- ja majutusküsimuste lahendamise vajadusele.

Eesti Õdede Liit toetab reformi eesmärki ja õdedele rehabilitatsioonivajaduse tuvastamise ja teenusele suunamise õiguse andmist. Liidu hinnangul peaks suunamise õigus olema kõigil iseseisvat vastuvõttu tegevatel õdedel, sealhulgas koduõdedel. Lisaks e-konsultatsioonile soovitakse säilitada saatekirja kasutamise võimalus, liidestada uued lahendused olemasolevate infosüsteemidega ning hinnata õdede lisanduvat töökoormust. Samuti tehti ettepanek kasutada rehabilitatsiooni põhimeeskonna koosseisu kirjeldamisel sõnastust „eriarst või erioõe“ senise sõnastuse „eriarst või õde“ asemel.

Tervise Arengu Instituut tegi ettepaneku sätestada rakendusaktis RFK-põhise dokumenteerimise kasutamine rehabilitatsiooniteenuse kavandamisel, osutamisel, tulemuste hindamisel ja dokumenteerimisel. See võimaldaks käsitleda inimese funktsioneerimisvõimet terviklikult, hinnata rehabilitatsiooni eesmärgi võrreldavalt ning toetada struktureeritud andmevahetust ja teenuse kvaliteedi hindamist.

Lisaks esitas oma seisukohad eelnõule kaks eraisikut.

Seejärel andis S. Riisalo sõna Diana Ingerainenile muudatusettepanekute tutvustamiseks.

Diana Ingerainen tutvustas eelnõule esitatud muudatusettepanekuid. Ta märkis, et muudatusettepanekud käsitlevad patsiendi teenusele jõudmist. Tema hinnangul ei ole patsiendi suunamine eri etappide vahel vajalik, sest see pikendab nii perearsti vastuvõtu järjekorda kui ka patsiendi ooteaega. D. Ingeraineni sõnul ei ole Eesti nii jõukas ja pädevaid spetsialiste ei ole nii palju, et luua mitu hindamistasandit. Ta rõhutas, et piiratud ressursid tuleks suunata inimeste toimetuleku parandamisse. Muudatusettepaneku kohaselt peaks inimestel olema võimalik pöörduda otse rehabilitatsioonimeeskonna poole, kellel on pädevus hinnata, kas teenus aitab inimese toimetulekut parandada.

Signe Riisalo andis sõna SOMi esindajale ning palus esitada seisukoht istungil käsitletud küsimustele ja esitatud muudatusettepanekutele. Ta tõi peamiste teemadena esile kavandatud rakendusaja, mida osapooled pidasid liiga lühikeseks ja küsis, kas rakendamise tähtaega oleks võimalik edasi lükata. Samuti palus ta selgitada teenuseosutajate ja KOVi esindajate tõstatatud küsimusi, mis puudutasid tegevusluba, juriidilise vormi muutmist mittetulundusühingust osaühinguks ning KOVi hallatavate asutuste võimalusi tervishoiuteenuse osutajaks saamisel. Lisaks palus ta käsitleda haridusvaldkonnaga seotud küsimusi ja anda hinnang teenuste hinnale ja sihtrühmale. Täpsustamist vajasisid ka tegevusterapeutide ja loovterapeutide roll ning puudespetsiifiliste teenuste jätkuv kättesaadavus ja e-konsultatsiooni korraldus.

S. Riisalo märkis, et esitab järgneva seisukoha 26-aastase ministeeriumiametniku kogemusele tuginedes. Ta selgitas, et süsteemide ülesehitamisel tuleb riigi rahastatud teenustele, sealhulgas Tervisekassa rahastatud teenustele, kehtestada juurdepääsu reguleerivad mehhanismid, sest ilma nendeta ei ole võimalik avaliku ressursi kasutamist kontrollida. Samas rõhutas ta, et väravavahi roll ei tohiks olla tervishoiuteenuse osutajale liiga koormav. Seda küsimust on menetluse käigus eri osapooltega arutatud. E-konsultatsioon peaks olema võimalikult lihtne, kuid mitte sellisel määral, et see kahjustaks kliendi või patsiendi huve.

Hanna Vseviiov tänas sisuka ja lahendustele suunatud arutelu eest. Ta märkis, et SOM ei toeta Diana Ingeraineni esitatud ettepanekut, mille kohaselt jääks perearst või muu eriarst sellest võrgustikust väljapoole. Ta selgitas, et süsteem tuleb kujundada inimese jaoks, kes ei pruugi teada, mida rehabilitatsioon tähendab, kuid teab, et tal on trauma või haiguse tõttu keeruline oma terviseprobleemiga igapäevaselt toime tulla. Nii tervishoiu- kui ka sotsiaalvaldkonnas on lähtunud niinimetatud ühe ukse poliitikast. Inimene pöördub tervisemurega perearsti poole, kellel on pädevus hinnata, millist abi ta tervisesüsteemis vajab ja suunata ta vajalikele teenustele. See on eriti oluline haavatavamate sihtrühmade puhul, millele viitas ka Erihoolekandeteenuste Pakkujate Liidu esindaja. Kui süsteemis ei oleks niinimetatud väravavahi, siis tekiks olukord, kus lihtsama tervisemurega inimene, kes vajab rehabilitatsiooni raames pakutavat üksikteenust, näiteks füsioteraapiat, psühholoogi või logopeedi teenust, saaks sellele teenusele saatekirja alusel. Sellisel juhul peaks arst, praegusel juhul perearst, väljastama igale teenusele eraldi saatekirja. Komplekssema abivajadusega inimesed, kes vajavad samade spetsialistide tuge meeskonnana, peaksid aga oma teenusevajaduse ise kindlaks tegema ja teenuse leidmise eest ise vastutama. SOMi hinnangul ei oleks see inimesest lähtuv lahendus. SOM nõustub, et spetsialistide ressursi tuleb kasutada hoolikalt ja neid ei tohi üle koormata. Seetõttu on suunatismehhanism püüdnud kujundada võimalikult lihtsaks ja loogiliseks. Kuna paljud tõsisema terviseprobleemiga inimesed on juba eriarsti jälgimisel, annab eelnõu rehabilitatsiooniteenusele suunamise õiguse ka eriarstidele. Perearst saab suunamise delegeerida ka õele, kellel on samuti õigus rehabilitatsiooniteenusele suunata. Seega on suunajate ringi laiendatud eesmärgiga vältida koormuse jäämist ainult ühele spetsialistile. H. Vseviiov märkis, et SOM on valmis koos arstide ja õdedega viivitamata arutama e-konsultatsiooni kokkuleppeid, et lahendus oleks kõigile osapooltele mõistlik ja vastuvõetav. Eesmärk on anda tervishoiuspetsialistidele täiendav võimalus patsiente aidata ning kaasata rehabilitatsiooni ühena meetmete tervikpaketist, mis on vajalik konkreetse tervisetulemi saavutamiseks ja säilitamiseks.

H. Vseviiov viitas sotsiaalkomisjoni esinaise nimetatud Riigikontrolli auditile, milles hinnati 2024. aastal erivajadustega inimeste tugisüsteemi, sealhulgas rehabilitatsiooniteenust.

Riigikontroll kritiseeris teenuse senist korraldust ning seadis SOMile ootuse kujundada süsteem ümber viisil, mille keskmes on inimene. Ta märkis, et istungil antud tagasiside, kirjalikud pöördumised ja varasemad arutelud kinnitavad partnerite toetust reformi eesmärkidele. Eesmärkidena nimetas ta süsteemi killustatuse vähendamist, rehabilitatsiooniteenuse lõimimist tervishoidu ning lähtumist inimese tegelikust abivajadusest. Tema sõnul tuleb neile eesmärkidele anda eelnõuga konkreetne sisu.

Esiteks käsitles H. Vseviiov rehabilitatsiooni lõimimist tervishoidu. Ta selgitas, et eesmärk on lõimida rehabilitatsioon tervishoidu, sest nende inimeste abivajadus tuleneb terviseseisundist ning rehabilitatsiooni abil on võimalik toetada ravi või ennetada täiendava ravi vajadust. Süsteem toimib inimese jaoks parimal moel siis, kui lähtutakse tavapärasest tervishoiu loogikast. Mitte luues veel ühte paralleelset süsteemi. Teenuse leidmise jätmine inimese enda ülesandeks tähendaks, et ka olulistes raskustes või vaimse tervise probleemidega inimesed peaksid ise otsustama, kas nad vajavad rehabilitatsiooni, taastusravi, üksikteenust või muud abi. SOMi hinnangul ei oleks see inimesekeskne lahendus, vaid vastutuse asetamine abivajajale.

H. Vseviiov kinnitas, et suunamine peab olema lihtne ja vähese bürokraatiaga ja sellega ei tohi kaasneda topelthindamist. Arsti või õe ülesanne on tuvastada terviseprobleem ja võimalik kompleksteenuse vajadus. Samal ajal võib tervishoiutöötaja hinnata üksikteenuste, raviplaani muutmise või meditsiiniseadme vajadust. Arsti või õe lüli väljajätmine ei võimaldaks inimesele terviklikult läheneda. Rehabilitatsioonimeeskond koostab täpsema sisulise hindamise eesmärgid ja tegevuskava koos inimesega.

Teiseks käsitles ta ühtse kvaliteedivastutuse ja andmeruumi loomist ning sellega seotud küsimust, miks ei võiks KOVi hallatav asutus olla tulevikus rehabilitatsiooniteenuse osutaja. Pärast Tallinna linna pöördumise saamist analüüsisid SOMi juristid ja tervishoiuvaldkonna spetsialistid süsteemi ning võimalikke lahendusi uuesti. H. Vseviiov rõhutas vajadust kujundada lahendused mõistlikult ja paindlikult. Samas tähendaks erandite tegemine osale teenuseosutajatest, kes ei pea vastama tervishoiuteenuse osutajatele kehtestatud tingimustele, paralleelsüsteemide säilitamist, sealhulgas eraldi tegevuslubasid, järelevalvet, andmeid ja vastutust, ning tooks kaasa suuremad kulud. See ei oleks kooskõlas killustatuse vähendamise eesmärgiga.

Ta lausus, et teenuseosutajad saavad tegevust jätkata vajaliku tegevusloa alusel või teha koostööd tegevusloaga tervishoiuteenuse osutajaga. SOM on valmis lahenduste leidmisel kaasa mõtlema, et üleminek oleks eri teenuseosutajatele sujuv.

Kolmandaks käsitles H. Vseviiov teenuse kättesaadavust. Reformi eesmärk on parandada teenuse tegelikku kättesaadavust, kuigi spetsialistide vähesus, eelkõige äärealadel, seab sellele piirid. Rehabilitatsiooniteenuse muudatusega ei ole võimalik lahendada kõiki tervise- ja sotsiaalvaldkonna probleeme. Senises korralduses ei ole ühelgi osapoolel kohustust teenust pakkuda ning SKA ei hangi teenust piirkonna- ega vajaduspõhiselt, vaid tasub esitatud arved. Varasem tagasiside näitab, et inimesed ei saa alati teenust kodu lähedalt.

Eelnõuga muudetakse teenuse korraldust ja HVA haiglatele kavandatakse rehabilitatsiooniteenuse osutamise kohustus. Sellega luuakse üle Eesti maakondlikku kättesaadavust toetav baasteenuste võrk. HVA 20 haiglast 15 on olnud SKAga lepingulises suhtes rehabilitatsiooniteenuse osutajana ja neil on seega vastav kogemus. See ei tähenda kogu teenuse koondamist haiglatesse, sest ka edaspidi on vajalikud kõik kvaliteetsed teenuseosutajad. Tervisekassa hakkab kasutama strateegilist ostmist, piirkonna- ja terviseseisundipõhiseid hankeid ning õiglasemat hinnastamist. Viimastel aastatel on osa teenuseosutajaid tegevuse lõpetanud, sest senine hinnastamine ei ole olnud konkurentsivõimeline.

Rahastamise kohta märkis H. Vseviiov, et nelja aasta jooksul suureneb rehabilitatsiooniteenuse eelarve poolteist korda ehk praeguselt ligikaudu 20 miljonilt eurolt ligi 30 miljoni euroni. Tegemist on riigieelarvelise eraldisega Tervisekassale, mis lisandub ravikindlustuse eelarvele ega tule selle arvelt.

H. Vseviiov rõhutas, et SOM ja Tervisekassa mõistavad ulatusliku muudatusega kaasnevat probleeme ning soovivad tagada sujuva ülemineku nii inimestele kui ka teenuseosutajatele. Reformi edukaks rakendamiseks oodatakse partnerite tagasisidet koostööpaketi. Samuti

soovitakse kokku leppida lihtsad ja loogilised suunamiskriteeriumid, muuta andmevahetus võimalikult lihtsaks ja automaatseks ning tagada läbipaistvad hankekriteeriumid ja hinnastamine. Organisatsioonidega koostöös tuleb inimesi muudatustest hästi teavitada. Rakendamise ettevalmistamiseks on külastatud kõiki Eesti maakondi ning kohtunud haiglate, arstide ja teenuseosutajatega.

H. Vseviiov märkis, et eelnõu korduvad muudatused tulenevad soovist partnereid kuulata ja nende ettepanekuid arvesse võtta. Juba sügisel lepiti kokku reformi rakendumise edasilükkamine. Esimese kooskõlastusringi tagasiside põhjal jäeti süsteemist välja terviseteejuht, koondati dokumenteerimine tervise infosüsteemi ning muudeti rakendusakti kavandis rehabilitatsioonimeeskonna koosseisu, et suurendada teenuseosutajate paindlikkust. Samuti loodi automaatsete saatekirjade koostamise võimalus.

SOM on esitanud sotsiaalkomisjonile täiendava muudatusettepaneku pikendada seniste teenusesaajatele automaatselt loodud saatekirja kasutamise aega kolmelt kuult kuuele kuule ehk 31. märtsini 2028. Muudatuse eesmärk on anda inimestele ja teenuseosutajatele üleminekuks rohkem aega ning hajutada koormust.

Lõpetuseks märkis H. Vseviiov, et reformi edukust tuleb hinnata selle järgi, kas inimene jõuab õigel ajal professionaalse abini, kas ravi ja rehabilitatsioon moodustavad terviku ning kas inimene tuleb oma eluga paremini toime.

Kadri Englas märkis, et Tervisekassa on viimase poole aasta jooksul olnud tihedalt kaasatud eelnõu ettevalmistamisse. Kavandatav rehabilitatsiooniteenus toetab seda, et tervishoiusüsteemist väljuvate inimeste terviseseisund ja toimetulek oleksid paremad, sealhulgas terviseseisundist tuleneva erivajadusega inimestel. Eelnõus kirjeldatud raamistik ja rakendussätted võimaldavad Tervisekassal korraldada rehabilitatsiooniteenuse ostmist maakondlikult, tagada teenuseosutajate võrgustiku, muuta teenuse tervishoiuspetsialistidele nähtavamaks ja selgemaks ning toetada koostööd tervishoiu eri etappide vahel.

K. Englas lisas, et ligikaudu 30 miljoni euro suurune lisarahastus kindlasti tugevdab valdkonda. Võrdluseks rahastas Tervisekassa 2025. aastal taastusravivaldkonna teenuseid ligikaudu 54 miljoni euro ulatuses. Seejuures on taastusraviteenuste rahastamise osakaal üks Euroopa madalamaid, vaadates proportsiooni üldisest tervishoiuteenuste rahastamise proportsioonist.

Signe Riisalo andis komisjoni liikmetele küsimusteks sõna.

Kalle Grünthal märkis, et istungil kõlanud seisukohtade kohaselt peavad huvigrupid reformi vajalikuks, kuid ei pea seda kavandatud kujul vastuvõetavaks. Tema hinnangul põrkuvad teoreetikute seisukohad reformi praktiliste elluviijate hinnangutega ja enne eelnõu teisele lugemisele saatmist tuleks need vastuolud kõrvaldada. K. Grünthal viitas hea õigusloome ja normitehnika eeskirjale ja märkis, et arstide ja teiste istungil osalenute sõnul on huvirühmade kaasamine eelnõu menetlemisel olnud pealiskaudne. Ta rõhutas, et nimetatud eeskiri ei ole pelgalt formaalne dokument, vaid juhend menetluse korraldamiseks. Ta leidis, et selles sätestatud menetluskorda ei ole järgitud.

K. Grünthal juhtis tähelepanu, et komisjonil on teisipäeval võimalik töötada kuni päevakorra ammendumiseni. Ta lisas, et istungile on Eesti eri piirkondadest tulnud 18 huvirühma esindajat, kellele on antud sõnavõtuks vaid kolm minutit. Tema hinnangul ei ole komisjoni töös järgitud Riigikogus kehtivaid õigusakte. K. Grünthal tegi ettepaneku eelnõu menetlemine katkestada või eelnõu tagasi võtta ning palus ettepaneku panna hääletusele.

Signe Riisalo selgitas, et tänasel sotsiaalkomisjoni istungil ei ole kavas teha eelnõu kohta otsuseid, vaid eesmärk on kuulata ära osapoolte arvamused ja seisukohad.

Kalle Grünthal rõhutas, et komisjoni tööaega reguleerib Riigikogu kodu- ja töökorra seadus ja teisipäeval võib komisjoni istungit pidada ajalise piiranguta.

Tanel Kiik viitas korduvalt tõstatatud küsimusele täiendava e-konsultatsiooni vajalikkuse kohta. Ta palus EPIKoja esindajal selgitada, kas teenust taotlevate inimeste vaates on täiendav hindamine põhjendatud ja annab lisaväärtust. Samuti küsis ta, miks peavad juba rehabilitatsiooniteenust saavad inimesed uuesti perearsti poole pöörduma. T. Kiik märkis, et uute teenusele sisenejate suunamine perearsti ja e-konsultatsiooni kaudu võib olla põhjendatud, kuid olemasoleva sihtrühma puhul jääb sellise korralduse vajadus ebaselgeks.

Kristi Kähär vastas, et EPIKoda toetab ühtse lähtekoha loomist võimaliku

rehabilitatsioonivajaduse esmaseks tuvastamiseks. Ta selgitas, et kavandatavas süsteemis ei piirdu suunamisõigus perearstidega, vaid hõlmab ka õdesid, eriarste ja eriõdesid, mis suurendab võimalusi abivajava inimese märkamiseks. K. Kähär märkis, et kõik inimesed ei oska või ei suuda ise abi saamiseks pöörduda ja paljud rehabilitatsiooniteenust vajavad inimesed on tõenäoliselt juba mõne tervishoiutöötajaga kontaktis. Samas tuleks võimaldada ka inimese pereliikmel pöörduda perearsti poole ja täita vajalik vorm juhul, kui inimene ei ole näiteks psüühilise erivajaduse tõttu võimeline seda ise tegema.

Hanna Vseviiov selgitas, et kavas on koostada enesehindamise vorm, mida saab olenevalt olukorrast täita inimene ise või lähedase abiga. Ta märkis, et sellise lahenduse vajadusele on osutanud ka perearstid, kelle hinnangul võimaldaks vorm inimesel osa eeltööst iseseisvalt ära teha. H. Vseviiov lisas, et praeguste rehabilitatsiooniteenuse saajate puhul muutub teenuse sisu, mis mõjutab ka teenusele suunamist. Samuti vajavad need inimesed terviklikku vajaduste hindamist, sest osa neist on olnud väljaspool tervishoiusüsteemi vaatevälja. Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse kasutamise üksikasjalikum analüüs on näidanud, et teenuse kaudu on sageli korvatud mõne üksikteenuse puudumist, mis tähendab süsteemi ressursside ebaotstarbekat kasutamist. Ta rõhutas, et kavandatav korraldus ei tähenda inimeste pidevat suunamist eri arstide juurde. Sotsiaalse rehabilitatsiooni peamise sihtrühma moodustavate laste puhul on ette nähtud ka korralised tervisekontrollid ning võimalikult lai suunajate ring toetab üleminekut uuele süsteemile. Rakendusperioodiks on praegustele teenusesaajatele ette nähtud automaatsed saatekirjad, et neil ei oleks vaja kohe arsti või õe poole pöörduda. H. Vseviiovi sõnul on peamine eesmärk hinnata inimese vajadusi terviklikult koos teiste tervishoius pakutavate võimaluste ja meetmetega.

Mart Jesse lausus, et kavandatav süsteem ei ole inimesekeskne, kui inimese vajadusi hindab täiendav osapool, kes otsustab teenuse vajalikkuse. M. Jesse leidis, et perearstile antav vahendajaroll võib piirata juurdepääsu sellistele teenustele nagu pere- või muusikateraapia, kui perearst ei pea teenust vajalikuks või ei ole sellest teadlik. Ta rõhutas, et inimese ja tema lähedaste hinnangut tuleks rohkem arvestada. Praegusel juhul tahetakse perearstid panna piltlikult öeldes Tervisekassa finantsosakonna töötajateks, kes takistavad väravavahtidena inimeste teenusele juurdepääsu. Tema hinnangul ei ole selline lahendus kooskõlas inimesekeskseuse põhimõttega.

Signe Riisalo selgitas, et sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse saajad on kehtiva õiguse kohaselt erivajadusega inimesed, kellel võib olla meelepuue, psüühikahäire või intellektipuue. Need inimesed võivad vajada abi teenuste kohta teabe saamisel ja sobiva teenuseosutajani jõudmisel. Tema hinnangul ei saa eeldada, et keerulises olukorras ja kompleksse teenusevajadusega inimene suudab iseseisvalt oma rehabilitatsioonivajadust hinnata ning sobiva teenuseosutaja leida. Seetõttu on vaja vahelüli, kes inimest juhendab ja suunab. S. Riisalo märkis, et seni on inimene suures osas ise abi taotlemise eest vastutanud. Puudega laste vanemad on pidanud taotlema eraldi puude raskusastme tuvastamist ja teenust ning seejärel leidma sobiva rehabilitatsiooniteenuse osutaja. Kavandatava muudatuse eesmärk on luua inimese jaoks üks selge juurdepääs kohas, kus ta tervisemure tõttu juba abi saab. Ta rõhutas, et suunajate ring ei piirdu perearstidega, vaid hõlmab ka eriarste ja õdesid. Kavandatava muudatuse mõju esmatasandi arstiabile ei ole veel teada ning sõltuvalt puude liigist võib suunamisel olla suurem roll eriarstil.

Irja Lutsar väljendas muret, et mitu reformi elluviimisega seotud osapoolt, sealhulgas Eesti Arstide Liit, perearstid ja eratervishoiuteenuse osutajad ei toeta kavandatavat muudatust. I. Lutsar palus täpsustada automaatse saatekirja olemust ja selle seost tervishoiuteenuse osutamisega. Samuti küsis ta, miks peaks inimene esmalt pöörduma perearsti poole, kui tal oleks võimalik saada esmast abi ka rehabilitatsiooniteenuse osutajalt.

Hanna Vseviiov vastas, et üheks võimaluseks on muuta teenusele suunamine kõigi jaoks võimalikult lihtsaks ja otstarbekaks. Ta selgitas, et automaatset saatekirja rakendatakse üleminekuperioodil. Partneritelt saadud tagasiside põhjal on tehtud ettepanek ülemineku perioodi pikendamiseks.

Signe Riisalo täpsustas, et ettepaneku kohaselt pikendatakse üleminekuperioodi 31. märtsini 2028.

Hanna Vseviiov lisas, et partneritele on tehtud ettepanek leppida koos arstide ja õdedega

kokku e-konsultatsiooni korraldus. Kokkulepe peaks võimaldama teenuseosutajatel saada vajalikku teavet, koormamata seejuures põhjendamatult teenusele suunajaid. Ta rõhutas, et inimene ei pea tingimata pöörduma perearsti poole. Kui ta saab juba ravi või tuge eriarstilt, võivad teenusele suunata ka eriarst või õde. Lisaks selgitas ta, et vastutust teenusevajaduse hindamise eest ei saa panna inimesele endale. Rehabilitatsiooniteenust vajavad kompleksse terviseprobleemiga inimesed ja tegemist ei ole ühe selgelt piiritletud teenuse või toe vajadusega. Nagu ka muudel juhtudel, pöördub inimene arsti poole ja arsti professionaalse hinnangu alusel suunatakse ta vajalikele teenustele. Kuna rehabilitatsiooniteenus on kompleksteenuse, puudutab see suurema abivajadusega sihtrühma ja eeldab arsti või õe hinnangut sellele, kas inimest saab aidata mõne üksikteenusega või vajab ta meeskonnapõhist intensiivsemat abi.

Katrin Rehema nõustus, et eelnõu võimaldab rehabilitatsiooniteenusele suunata ka teistel eriarstidel, kuid märkis, et muudatusi ei ole erialaseltsidega ega EALiga arutatud. Seni on räägitud üksnes taastusraviarstide ja perearstidega. Ta küsis, kas haiglas töötav eriarst peab samas haiglas tegutseva rehabilitatsioonimeeskonna poole pöördumiseks tegema e-konsultatsiooni. Ta pidas sellist nõuet liigselt bürokraatlikuks. Tegelikku rehabilitatsioonivajadust hindab rehabilitatsioonimeeskond, seega kavandatav kord võib tekitada n-ö topeltvärava.

Eero Merilind küsis, kas praegune rehabilitatsiooniteenuse osutaja saab sõlmida Tervisekassaga lepingu ilma uut tegevusluba taotlemata.

Brit Tammiste vastas, et teenuse osutamiseks on vaja tervishoiuteenuse osutamise tegevusluba, mis on osal SKA praegustest lepingupartneritest juba olemas. Ülejäänud teenuseosutajad peavad otsustama, kas nad soovivad uues süsteemis teenuseosutajana toimida. Sel juhul tuleb neil taotleda üks nõutud tervishoiuteenuse osutamise tegevuslubadest või teha koostööd tegevusloaga tervishoiuteenuse osutajaga. Koostöö korral ei pea asutusel endal tegevusluba olema. Näiteks võib mittetulundusühing tegutseda tervishoiuteenuse osutaja partnerina ja osutada kokkulepitud teenuse komponente.

Hanna Vseiov lisas, et osatähtsuse asutamine võtab ligikaudu viis tööpäeva. Tegevusloa taotlemiseks kuluv aeg sõltub muu hulgas sellest, kas teenuseosutajal on nõutav spetsialistide meeskond juba olemas ja milliseid sisulisi muudatusi tuleb tal veel teha. Terviseamet menetleb uut tegevusluba keskmiselt 27 päeva. Ligikaudu pooltel praegustel rehabilitatsiooniteenuse osutajatel on tulevases süsteemis tegutsemiseks vajalik tegevusluba juba olemas. EALi kaasamise kohta selgitas H. Vseiov, et eelkõige kaasati rehabilitatsioonis suuremat rolli täitvate erialade esindajaid: taastusraste, psühhiaatreid, endokrinolooge ja lastearste, samuti 19 HVA haiglat. Saatekirjade kohta märkis ta, et SOM on valmis kaaluma võimalust kasutada e-konsultatsiooni kõrval ka saatekirja.

Tõnu Hunt juhtis tähelepanu sellele, et Terviseamet võtab taotluse menetlusse alles siis, kui kõik eeltingimused on täidetud. Muu hulgas peab hooneregistris olema märke selle kohta, et ruumid vastavad kehtestatud nõuetele. Samuti peavad vajalikud spetsialistid olema kantud tervishoiutöötajate registrisse.

Signe Riisalo palus Pille Saarel tegevusloa nõudeid täpsustada.

Pille Saar selgitas, et taotleda saab füsioteraapia, logopeedia või kliinilise psühholoogia iseseisvat tegevusluba. Nende tegevuslubade nõuded on märksa leebemad kui näiteks psühhiaatria või taastusravi puhul. Teenust tuleb osutada selleks sobivates ruumides, kuid neile ei kohaldata samu nõudeid mis ambulatoorse tervishoiuteenuse osutamise ruumidele. Füsioterapeudil peab olema asjakohane kutsetunnistus. P. Saare hinnangul on nõuded mõistlikud ega tohiks olla teenuseosutajatele ülemäära keerulised.

Helmen Kütt tänas arvamuse esitanuid ja märkis, et reformi eesmärki peetakse üldiselt õigeks. Küsimusi tekitavad aga rakendamise kiirus, teenuste kättesaadavus ja oht, et inimesed jäävad süsteemide vahele. Ta küsis, kuidas on reformi võimalik ellu viia olukorras, kus perearstid ja EAL seda ei toeta, ning soovis teada, kuidas tagatakse piisavad ressursid. Lisaks palus ta selgitada, kas pereterapeudi puudumine rehabilitatsioonimeeskonna koosseisust on teadlik valik või saab seda parandada.

Brit Tammiste vastas, et rehabilitatsioonimeeskonna koosseis määratakse rakendusaktiga ning sisulised arutelud ja osapoolte kaasamine seisavad alles ees. Praegu ei ole pereterapeuti

rehabilitatsioonimeeskonnas eraldi spetsialistina nimetatud. Seda, kas pereterapeut tuleks meeskonna koosseisu lisada, saab täiendavalt arutada rakendusakti ettevalmistamisel.

Signe Riisalo selgitas, et paljud arutelus tõstatatud küsimused tuleb lahendada rakendusaktide, mitte seadusega. Seaduse tasandil tuleb otsustada eelkõige eelnõu jõustumis- ja rakendamisaeg ning see, kas teenusele suunatakse üksnes e-konsultatsiooni kaudu või on võimalik kasutada ka muud lahendust, näiteks saatekirja. Samuti tuleb otsustada, kas inimene võib teenusele ise pöörduda. E-konsultatsiooni täpne sisu ja selle koostamisega kaasnev töökoormus määratakse rakendusaktiga. Ta märkis, et kuigi tavapärane muudatusettepanekute esitamise tähtaeg on möödunud, saab komisjon eelnõusse veel omapoolseid muudatusi teha. S. Riisalo rõhutas, et kogu vastutust ei saa jätta teenust vajavale inimesele, kelle tervislik seisund või sotsiaalne võimekus võib takistada iseseisvalt teenusele jõudmist. Inimene vajab sellel teekonnal suunamist ja juhendamist. Samal ajal ei tohi suunamiskord olla tervishoiuteenuse osutajale ebamõistlikult koormav ning sellega seotud tegevus peab olema asjakohaselt hinnastatud ja rahastatud. S. Riisalo hinnangul võiks eelnõu menetlemisega jätkata, näha ette pikem rakendamisaeg ning kasutada seda aega rakendusaktide ja praktilise töökorralduse põhjalikumaks ettevalmistamiseks. Reformi elluviimiseks on valmis nii valdkonna eksperdid, SKA, Tervisekassa kui ka SOM. S. Riisalo tänas kõiki arutelus osalenuid.

2. Vabariigi Valitsuse algatatud tervishoiuteenuste korraldamise seaduse muutmise seaduse eelnõu (1044 SE) esimese lugemise ettevalmistamine

Signe Riisalo tutvustas päevakorrapunkti ja märkis, et Vabariigi Valitsuse algatatud tervishoiuteenuste korraldamise seaduse muutmise seaduse eelnõu (1044 SE) eesmärk on parandada perearstiabi kättesaadavust, järjepidevust ja jätkusuutlikkust ning muuta süsteem paindlikumaks. Seejärel andis ta eelnõu tutvustamiseks sõna sotsiaalministrile.

Karmen Joller rääkis, et perearstid on eelnõu kaua oodanud ja selles on mitu muudatust, mille eest nad on aastaid seisnud. Ta andis muudatuste üksikasjalikuks tutvustamiseks sõna Sotsiaalministeeriumi (SOM) esmatasandi tervishoiu eksperdile.

Tiina Unukainen selgitas slaidide abil (lisa), et koostöös huvirühmade ja SOMi rakendusasutustega valminud eelnõu põhineb perearstiabi tugevdamise väljatöötamiskavatsusel ja esmatasandi tervishoiu arengukaval. See on üks etapp vähemalt kolmes järgus kavandatud arendusprotsessis ning keskendub perearstiabi jätkusuutlikkusele, kättesaadavusele ja vajaduspõhisusele. Peamised probleemid on perearstide järelkasvu nappus, nimistute ebaühtlane koormus, piirkondlikud erinevused abi kättesaadavuses, teenuse katkemise risk, asenduse korraldamise raskused ja andmete esitamisega kaasnev ebavajalik halduskoormus. OSKA tööjõuproгноosi järgi vajab 2033. aastaks vanuse tõttu asendamist ligikaudu 420 perearsti, kuid prognoositav koolituspakkumine katab umbes 60% asendusvajadusest. Eelnõu meetmed aitavad parandada abi kättesaadavust ja järjepidevust, tasakaalustada töökoormust, jaotada patsiente nimistute vahel ühtlasemalt, tugevdada asenduskorraldust, võimaldada piirkondlikke lahendusi ning vähendada halduskoormust. Nimistute koormuse tasakaalustamiseks võib perearst keelduda uue patsiendi registreerimisest, kui tema nimistus on üle 1600 inimese ja samas teeninduspiirkonnas leidub alla 1600 inimesega nimistu, millega patsient saab liituda. Arv 1600 põhineb uuringutel, rahvusvahelisel praktilal ning Eesti Perearstide Seltsiga (EPS) sõlmitud hea tahte kokkuleppel. Keeldumisel peab perearst andma patsiendile info väiksemate nimistute kohta. Tegemist ei ole uue ülempiiriga ja kehtivad piirsuurused säilivad. Tervisekassa lähtub nimistusse registreerimata inimese määramisel tema kirjaliku avalduse alusel kuni 1600 inimesega nimistutest, kui neid samas teeninduspiirkonnas leidub.

Asenduste korraldamisel soovitakse senisest enam kasutada tervisekeskuste multidistsiplinaarsete meeskondade võimalusi. Kui tervisekeskuses tegutsevalt perearstilt võetakse nimistu ära või ta loobub sellest, peavad keskuse perearstiabi osutajad tagama ajutise asenduse kuni kolmeks kuuks. Vabaks jäänud nimistu rahastus jääb tervisekeskusele, võimaldades asendust paindlikult korraldada. Asendamist võib vabatahtlikult jätkata rahastamislepingu perioodi lõpuni või juhul, kui selle lõpuni on jäänud alla kuue kuu,

järgmise perioodi lõpuni. Muudatus on läbi arutatud EPSi ja Eesti Tervisekeskuste Liiduga. T. Unukainen selgitas, et tervisekeskuse stabiilsuse tagamiseks peab koos nimistuga lahkuv perearst teavitama perearstiabi osutajat või keskusega seotud teisi perearstiabi osutajaid kuus kuud ette, kuid pooled võivad kokku leppida lühema tähtaja. Nii jääb rohkem aega töökorralduse kohandamiseks ja nimistu teenindamise jätkamiseks. Samuti laiendatakse pikaajalise asendamise võimalusi: riigi või kohaliku omavalitsuse ametikohustuste täitmisel võib asendus kesta volituste või ametiaja lõpuni. See võimaldab perearstil säilitada sideme oma nimistuga, täita ajutiselt muid ülesandeid ja hiljem oma nimistuga tööle naasta ning motiveerib noori arste nimistuga tööle asuma.

Ta lisas, et kui Tervisekassal ei õnnestu leida füüsilisest isikust asendajat, võib nimistut teenindada äriühing, kes peab samuti järgima perearsti kontaktvastuvõttude korraldamise nõudeid. Nõuete rikkumisel kohaldatakse nimistu äravõtmise korda. Kogu asendusperioodiks ei pea määrama üht kindlat perearsti, sest see võiks raskendada asendaja leidmist.

T. Unukainen märkis, et teenuse järjepidevuse kiiremaks taastamiseks lühendatakse nimistu perearstilt äravõtmise tähtaega 60 kalendripäevalt 30 kalendripäevale.

Ühe olulise muudatusena tõi ta esile piirkonna vajadustele vastavad lahendused. Eelnõus sätestatav volitusnorm võimaldab teha teenuse osutamisel erisusi piirkondades, kus perearstiabi kättesaadavus või jätkusuutlikkus on ohustatud. Vajaduspõhised meetmed võivad hõlmata residentuurikorralduse kohandamist, uute teenusemodelite katsetamist ja laiendatud ülesannetega tervisekeskuste suuremat kaasamist. Meetmete täpsem sisu ning riskipiirkondade määratlemise ja kriisiolukordades rakendatavate lahenduste alused töötatakse veel välja. Eesmärk on kujundada tulevikuvajadustele vastav teenusekorraldus ning tagada õppekorralduse erisuste ja uute teenusemodelite läbipaistev rakendamine ja järelevalve.

T. Unukainen märkis, et halduskoormuse vähendamiseks piisab edaspidi Terviseameti portaalis perearsti tavapärase vastuvõtuaegade avaldamisest ning pereõde vastuvõtuaegu enam avaldama ei pea, sest pereõde peab olema keskuse lahtioleku ajal kättesaadav. Järgmiste sammudena valmistatakse ette rakendusakte ja muudetakse perearsti töökorralduse määrust, et täpsustada laiendatud ülesannetega tervisekeskuste funktsioone, piirkondlikke meetmeid ja rakendamise juhtimismudelit. Seda tehakse koostöös Tervisekassa, Terviseameti, teenuseosutajate ja eelnõule tagasisidet andnud osapooltega.

Signe Riisalo andis komisjoni liikmetele küsimusteks sõna.

Irja Lutsar märkis, et eelnõus viidatakse korduvalt perearstide arvu vähenemisele, kuid samal ajal soovitakse suunata patsiente väiksematesse nimistutesse. Tema hinnangul on selles loogiline vastuolu, sest perearstide arvu vähenedes peaksid nimistud arvestuslikult hoopis suurenema. Ta küsis, kas on hinnatud riski, et 1600 inimesega nimistute korral oleks praegu vaja 837 perearsti nimistu pidajat. Samuti soovis ta teada, kuidas mõjutab 1600 inimese piir nimistuid, mida teenindab mitu arsti ja mille suurus võib praegu olla kuni 2400 inimest, ning kas nende senine piirmäär jääb kehtima.

Tiina Unukainen vastas, et prognooside järgi vähenevad nimistud eelkõige kriisi- ja riskipiirkondades, kuid kasvavad linnalistes piirkondades. Kehtivad piirsuurused 2000 ja 2400 inimest jäävad samaks. Arv 1600 ei ole uus piirmäär, vaid annab perearstile õiguse soovitada uuel pöördujal valida samas teeninduspiirkonnas väiksema koormusega nimistu.

Tervisekassale jääb õigus piirkonna nimistute suurust reguleerida. Muudatus on mõeldud eeskätt kiiresti kasvavate piirkondade töökoormuse tasakaalustamiseks.

Karmen Joller lisas, et nimistu keskmine suurus on praegu veidi üle 1700 inimese, mistõttu on kavandatud lahendus realistlik. Nimistute kehtivaid piirsuursusi, sealhulgas 2400 inimese piiri, ei muudeta. Kuni 2400 inimesega nimistu on lubatud juhul, kui perearstil on toetav kolleeg. Mitme arstiga nimistud võivad jätkata senisel viisil: keerukamate terviseprobleemidega patsientidega tegeleb perearst, lihtsamaid juhtumeid võivad oma pädevuse piires lahendada üldarstid või muu eriala arstid. Seda ei ole vaja seaduses eraldi sätestada, sest iga tervishoiutöötaja tegutseb oma pädevuse piires. Muudatus annab üksnes õiguse soovitada uuel pöördujal valida samas piirkonnas väiksema koormusega nimistu.

Tiina Unukainen märkis, et seoseid on seletuskirjas täpsemalt käsitletud ja vajaduse korral saab neid veel selgitada.

Helmen Kütt tõdes, et inimese õigus vabalt perearsti valida säilib ja alla 1600 patsiendiga

nimistu perearst võib inimese tema soovil nimistusse võtta. Ta pidas kavandatud muudatusi perearstiabi kättesaadavuse parandamisel oluliseks ja avaldas lootust, et ka perearstid toetavad neid.

Tiina Unukainen kinnitas, et eelnõu on perearstidega põhjalikult läbi arutatud, kuigi menetluse käigus võivad lisanduda eelnõu reguleerimisalast väljapoole jäävad ettepanekud.

Tanel Kiik küsis, kuidas saab perearst teada, millistes sama teeninduspiirkonna nimistutes on alla 1600 inimese. Kas selleks luuakse infosüsteemi sobiv lahendus või peab perearst andmeid ise otsima? Samuti soovis ta täpsustust, mida piirkondlikud erimeetmed sisuliselt tähendavad.

Tiina Unukainen vastas, et koostöös Terviseameti ja Tervisekassaga valmistatakse ette IT-lahendust, mis muudaks teabe perearstile ja inimesele hõlpsasti kättesaadavaks. Piirkondlikud meetmed võivad hõlmata teistsuguseid teenusemudeleid, näiteks üldarsti kohapealset vastuvõttu koos perearsti konsultatsioonivõimalusega, kontaktvastuvõttude korralduse muutmist, residentide suunamist piirkonda täiendavate õppepunktide abil, koostööd kohalike omavalitsustega, erandeid perearstiabi tööjuhendist ning rahalisi ja muid motivatsioonimehhanisme.

Diana Ingerainen märkis, et eelnõusse jõudnud lahenduste üle on arutatud aastaid. Tema hinnangul on oluline tagada barjäärideta pöördumine ja nimistupõhine perearstiabi. Samuti tuleb piirkondlikult senisest enam kasutada asendusi ja õppebaase ning teha koostööd kõrgkoolidega. Ta tunnustas halduskoormuse vähendamist, kuid küsis, kas Tervisekassa ja Terviseameti infosüsteemide andmed saaks koondada nii, et teenuseosutaja ei peaks samu andmeid mitmesse kohta esitama.

Karmen Joller vastas, et esialgu ei ole kavas anda Terviseameti tervisekorralduse infosüsteemi MEDRE ülesandeid Tervisekassale üle, kuigi andmete korduv esitamine on teenuseosutajatele ebamugav.

Irja Lutsar küsis, kuidas on väga väikeste nimistute puhul võimalik säilitada arsti pädevust ja milline on eelnõu rahaline mõju. Samuti soovitas ta kaasata Eesti Arstide Liitu (EAL) senisest sisulisemalt. Lisaks märkis ta, et seaduste seletuskirjad võiksid olla lühemad, sisaldada vähem kordusi ja esitada põhisõnumid lugejale arusaadavamalt. Tema hinnangul oleks ka käesoleva eelnõu seletuskirjas võimalik sama sisu märksa kokkuvõtlikumalt edasi anda.

Karmen Joller nõustus, et liiga väikese nimistu puhul võib pädevuse säilitamine olla keeruline. Tervisekassa ei soosi üldjuhul alla 1200 inimesega nimistuid ja mõjutab nende kujunemist rahastusmudeli kaudu. Väikeste nimistute seas on ka pensionile siirduvate või väiksema koormusega töötada soovivate arstide nimistuid. Ühe lahendusena võib nimistu anda üle nooremale arstile, kusjuures senine arst saab meeskonnas edasi töötada.

Tiina Unukainen lisas, et Tervisekassa hindab väikeste nimistute jätkusuutlikkust pidevalt ja vajaduse korral nimistuid suletakse või ühendatakse. Eelnõu on esialgu kavandatud olemasoleva rahastuse piires, kuid piirkondlike meetmete rakendamisel võib edaspidi tekkida vajadus rahaliste motivatsioonimehhanismide järele. EAL osales kooskõlastusringis ja nende ettepanekud kajastati kooskõlastustabelis.

Signe Riisalo rõhutas, et üksnes ametlikust kooskõlastamisest ei pruugi piisata. Enne eelnõu Riigikokku jõudmist tuleb SOMil teha sisulist eeltööd ja otsida huvirühmadega kompromisse. Samuti soovitas ta muuta seletuskirjad lühemaks, vähendada kordusi ja esitada põhisõnumid lugejale arusaadavamalt.

Tanel Kiik märkis, et piirkondlikud meetmed võivad olla positiivse mõjuga ehk tähendada residentide suuremat kaasamist ja täiendavaid motivatsioonimehhanisme, kuid võivad tähendada ka mööndusi teenuse kvaliteedis. Ta küsis, kas on kaalutud võimalust anda perearstinimistu ajutiselt haiglavõrgu arengukava haigla hallata, kui mõistliku aja jooksul sobivat perearsti ei leita.

Karmen Joller märkis, et mõnes piirkonnas ei ole nõutud kvaliteet ka praegu tegelikult tagatud, sest patsienti võtab vastu perearsti kvalifikatsioonita arst. Kavandatavad erandid viivad õigusliku regulatsiooni tegeliku olukorraga paremini kooskõlla, säilitades samal ajal abi kättesaadavuse. Ka haiglas ei pruugi alati olla esmatasandi abi osutamiseks vajalikke spetsialiste, mistõttu ei taga haiglapõhine mudel automaatselt paremat kvaliteeti.

Tiina Unukainen selgitas, et haigla juhitud mudelit ei ole eelnõu ettevalmistamisel eraldi

kaalutud, kuigi volitusnorm seda põhimõtteliselt ei välista. Esmalt soovitakse kasutada tervisekeskuste ja laiendatud ülesannetega tervisekeskuste võimalusi, et esmatasandi tervishoid jääks võimalikult autonoomseks. Varasemates ettepanekutes ei olnud tervisekeskusele nimistu ajutise teenindamise võimalust ette nähtud, mistõttu soovitakse esmalt seda lahendust rakendada.

Helmen Kütt meenutas, et Viljandi Haigla oli varem valmis haiglapõhist mudelit katsetama olukorras, kus maakonnas oli puudu kolm perearsti. Samas nähti perearstide poolt riskina, et haigla hallatava nimistu patsiendid võiksid saada haigla eriarstide vastuvõtule teistest kiiremini, mis tekitaks ebavõrdsust.

Irja Lutsar küsis, kuidas tagada perearstiabi kättesaadavus väljaspool tavapärasest tööaega ja vähendada erakorralise meditsiini osakondade koormust. Samuti küsis ta, miks ei ole rakendatud varasemates analüüsides pakutud lahendusi ja kas eelnõu võib erakorralise meditsiini osakondade koormust suurendada.

Karmen Joller vastas, et suur osa erakorralise meditsiini osakonda pöördumistest toimub perearstide tööajal. Tervisekeskused peavad olema avatud kümme tundi päevas (kella 8–18 või 9–19), mis parandab abi kättesaadavust ka tavapärasest tööajast väljaspool. Kõigi perearstikeskuste pikem lahtiolek ei oleks ressursi mõttes otstarbekas ja erakorralise meditsiini osakondade ülekoormus ei ole kõigis piirkondades ühesugune. Näitena tõi ta Tallinna linna projekti, kus lastehaigla erakorralise meditsiini osakonna juures töötab täiendav perearsti vastuvõtt.

Diana Ingerainen rõhutas strateegilise planeerimise vajadust. Tema hinnangul võimaldab eelnõu piirkondlike meetmete volitusnorm siduda perearstiabi paremini muu tervishoiuvõrguga, kuid ühe valdkonna muutmiseks üksi ei piisa. Ta küsis, kui kaugele on jõutud haiglavõrgu ülevaatamisega ja kuidas see seostub käsitletava eelnõuga.

Karmen Joller vastas, et haiglavõrgu ülevaatamine ei ole eelnõuga otseselt seotud, kuigi tervishoius mõjutavad ühe valdkonna muudatused paratamatult ka teisi. Üldhaiglate roll on kavas läbi arutada aasta lõpuks ning järgmisel aastal jätkatakse kesk- ja regionaalhaiglatega. Üldhaiglaid puudutavate kokkulepete plaan peaks valmima aasta lõpuks või järgmise aasta esimeses kvartalis, misjärel tuleb välja töötada Tervisekassa rahastus- ja teenusemudelid. Perearstiabi kättesaadavuse parandamiseks soovitakse esmalt rakendada tervisekeskuste võimalusi, mida varasemates ettepanekutes ei olnud arvesse võetud.

Signe Riisalo tänas päevakorrapunkti arutelu osalenud külalisi ja pani menetluslikud otsused hääletusele.

Otsustati:

2.1. Teha ettepanek võtta eelnõu täiskogu päevakorda 11.11.2026 (konsensus: Tanel Kiik, Helmen Kütt, Mihkel Lees, Irja Lutsar, Eero Merilind, Örne Pillak, Signe Riisalo).

2.2. Teha ettepanek esimene lugemine lõpetada (konsensus: Tanel Kiik, Helmen Kütt, Mihkel Lees, Irja Lutsar, Eero Merilind, Örne Pillak, Signe Riisalo).

2.3. Määrata juhtivkomisjoni esindajaks Irja Lutsar (konsensus: Tanel Kiik, Helmen Kütt, Mihkel Lees, Irja Lutsar, Eero Merilind, Örne Pillak, Signe Riisalo).

Signe Riisalo andis teada, et vastavalt Riigikogu kodu- ja töökorraseadusele on muudatusettepanekute esitamise tähtaeg 10 tööpäeva.

3. Info ja muud küsimused

3.1 Signe Riisalo andis teada, et 19. novembrile 2026 planeeritud olulise tähtsusega riikliku küsimuse „Laste vaimse tervise olukord ja arengusuunad“ arutelu ettevalmistav töörühm on kokku leppinud, et ettekannetega esinevad Riigikogu sotsiaalkomisjoni liige Tanel Kiik, Tartu Ülikooli psühholoogia instituudi kliinilise psühholoogia professor Kirsti Akkermann, Viljandi Haigla psühhiaatriakliiniku juht ja psühhiaater Madis Parksepp ning Sotsiaalministeeriumi terviseala asekanstler Anniki Lai. Komisjon esitab Riigikogu juhatusele ettepaneku võtta olulise tähtsusega riiklik küsimus Riigikogu päevakorda.

(allkirjastatud digitaalselt)
Signe Riisalo
juhataja

(allkirjastatud digitaalselt)
Terle Kask
protokollija

(allkirjastatud digitaalselt)
Riin Lindpere
protokollija