



Riigikogu sotsiaalkomisjoni istungi protokoll nr 188

Tallinn, Toompea ja videosild

Teisipäev, 22. september 2026

Algus 14.00, lõpp 16.11

Juhataja: Signe Riisalo (esimees)

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

Võtsid osa:

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

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

Puudus: Kalle Grünthal

Kutsutud: sotsiaalminister Karmen Joller, Sotsiaalministeeriumi asestantsler Anniki Lai ning tervishoiuteenuste osakonna tervise- ja sotsiaalvaldkonna integratsiooni juht Anneli Taal (1. päevakorrapunkt); Sotsiaalministeeriumi vaimse tervise osakonna vaimse tervise poliitika juht Minni Timberg ning laste ja pere osakonna nõunik Eva Kuslap ja Tervise Arengu Instituudi teadur Hedvig Sultson (2. päevakorrapunkt); Sotsiaalministeeriumi tervishoiukorralduse osakonna nõunik Kristiina Aavik (3. päevakorrapunkt); Sotsiaalministeeriumi laste ja pere osakonna perepoliitika juht Maarja Kärson (4. päevakorrapunkt)

Päevakord:

1. Vabariigi Valitsuse algatatud rahvatervishoiu seaduse muutmise ja sellega seondult teiste seaduste muutmise seaduse (tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostöö) eelnõu (999 SE) esimese lugemise ettevalmistamine
2. Laste vaimse tervise olukord ja arengusuunad
3. Sotsiaaldemokraatliku Erakonna fraktsiooni ja Riigikogu liikmete Andre Hanimägi, Tanel Kiige ja Züleyxa Izmailova algatatud ravimiseaduse muutmise seaduse eelnõu (917 SE) esimese lugemise ettevalmistamine
4. Elatisabi nõude aegumise ja vanemahüvitise ümberarvutamise reeglite arutelu
5. Info ja muud küsimused

1. Vabariigi Valitsuse algatatud rahvatervishoiu seaduse muutmise ja sellega seondult teiste seaduste muutmise seaduse (tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostöö) eelnõu (999 SE) esimese lugemise ettevalmistamine

Signe Riisalo avas päevakorrapunkti ja selgitas, et arutelu keskendub tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna tulevasele koostöökorraldusele. Vabariigi Valitsuse algatatud rahvatervishoiu seaduse muutmise ja sellega seondult teiste seaduste muutmise seaduse (tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostöö) eelnõu ([999 SE](#)) eesmärk on tugevdada inimese õigust saada vajaduspõhist ja koordineeritud abi. Kavandatav koostöökorraldus peaks

vähendama olukordi, kus inimene või tema lähedane peab ise eri asutuste vahel liikuma ning oma abivajadust korduvalt tõendama. Selleks luuakse suurema ja keerukama abivajadusega inimestele valdkondadeüleline koordinaatsiooniteenus ning terviseteejuhi süsteem. Seejärel andis ta eelnõu tutvustamiseks sõna sotsiaalministri.

Karmen Joller märkis, et tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna probleemid on praktikas tihedalt põimunud, eriti nende inimeste puhul, kellel esineb korraga mitu tervisemuret ja sotsiaalne abivajadus. Eelnõu üksikasjade tutvustamiseks andis minister sõna Sotsiaalministeeriumi (SOM) esindajatele.

Anniki Lai tõdes, et inimkesksest tervishoiust ja sotsiaaltööst ning inimese sujuvast liikumisest nende süsteemide vahel on räägitud aastaid. Kuigi see eesmärk kajastub ka riiklikes arengukavades, on praktilised lahendused seni olnud valdavalt projektipõhised. Näidetena nimetas ta Viljandi Haigla PAIK-projekti, hoolduskoordinaatsiooni projekte, perearstide riskipatsientide ravijuhtimise teekonda ning Euroopa Komisjoni toel ellu viidud reformiprojekti. Nende kogemuste põhjal soovitakse kujundada süsteemne lahendus.

A. Lai põhjendas reformivajadust muu hulgas tervena elatud aastate vähenemise ja tervishoiu- ja sotsiaalkaitsekulude kasvuga. Slaididel (lisa 1) esitatud andmete kohaselt vähenes tervena elatud aastate näitaja 2022. aasta 59,2 aastalt 2025. aastaks 57,3 aastani ehk 1,9 aasta võrra. Samal ajal kasvasid tervishoiukulud ligikaudu 1,4 miljardilt eurolt 2019. aastal 2,5 miljardi euroni 2025. aastal ning sotsiaalkaitsekulud ligikaudu 190 miljonilt eurolt 360 miljoni euroni.

A. Lai rõhutas, et kuigi Eesti tervishoid ja kliiniline ravi on kõrgel tasemel, ei ole üksikteenuste arendamise kõrval pööratud piisavalt tähelepanu inimese terviklikule toetamisele ega sellele, kuidas ta pärast ravi kodus toime tuleb. Muutuse saavutamiseks on vaja mõttemuutust ja teist viisi töökorraldust. Tervisekassa liigub 2030. aastaks eelarvetasakaalu suunas. Lähiaastatel on Tervisekassasse aga raha juurde vaja. Kulude kasvu põhjuseks võib pidada inflatsiooni aga ka rahvastiku vananemist. Demograafilist mõju selgitades märkis ta, et kui 2024. aasta rahvastiku vanuskoosseis oleks vastanud 2000. aasta omale, oluks tervishoiukulud hinnanguliselt 154 miljonit eurot väiksemad. Aastaks 2060 võib demograafilistest muutustest tulenev lisakulu ületada 260 miljonit eurot aastas ning juba 2035. aastaks moodustavad üle 65-aastased enam kui veerandi elanikkonnast. Seetõttu ei piisa üksnes süsteemisisesest tõhustamisest, vaid vaja on ka põhimõttelist mõtteviisi muutust. Eesmärk peaks olema võimaldada inimestel elada võimalikult kaua iseseisvalt oma kodus, tagades neile selleks vajaliku esmasabi arstiabi ja eriarstiabi ning ka vajaliku sotsiaaltoe kohalikul omavalitsusel (KOV). Struktuurse reformi eesmärk on juhtida kulude kasvu ja parandada inimeste tervist.

Anneli Taal rääkis, et eelnõu eesmärk on luua eeldused oluliseks mõtteviisi muutuseks: liikuda üksikteenustelt ja üksikprobleemide lahendamisel inimese tervise ja toimetuleku tervikliku toetamise poole. Seaduse vastuvõtmine ei too muutust iseenesest, kuid aitab kõrvaldada takistusi, mis praegu piiravad inimesekeskse ja koordineeritud abi osutamist. Esiteks soovitakse, et inimene ei oleks pelgalt abi saaja, vaid aktiivne partner oma tervise ja heaolu juhtimisel. Praegu lähtutakse sageli üksikprobleemidest ning inimese eesmärgid ja võimalused jäävad tagaplaanile. Koos inimesega koostatav heaoluplaan ja vajaduse korral terviseteejuhi tugi aitavad suurendada tema osalust, terviseteadlikkust ja suutlikkust oma tervist juhtida. Teiseks peab liikuma inimeselt pöördumise ootamiselt varajase ja ennetava abini. Praegune süsteem on valdavalt reaktiivne: abi jõuab inimeseni sageli alles siis, kui probleemid on süvenenud ning vaja läheb EMO, haigla või hooldekodu teenuseid. See on süsteemile kõige kulukam tee, samal ajal kui tervena elatud aastad ega heaolu ei parane. Olemasolevad andmed võimaldavad riskirühmi varem tuvastada ja abi õigel ajal pakkuda. Rahvastikupõhine terviseriski juhtimine, mida kasutatakse ka teistes riikides, aitab suunata ennetuse ja koordineeritud toe inimesteni, kes sellest kõige rohkem kasu saavad. Kolmandaks tuleb liikuda eraldi teenustelt järjepideva abini. Praegu on info ja vastutus killustunud ning tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostööd takistavad puudulikud ligipääsuõigused ja andmevahetuse võimalused. Eelnõu loob õigusliku aluse, et perearst, KOVi sotsiaaltöötaja ja teised tugimeeskonna liikmed saaksid inimese vajadustest tervikliku ülevaate, et tegutseda ühise plaani alusel. Neljandaks peavad riik, KOVi ja teenuseosutajad abi ühiselt kavandama ja koordineerima. Kuigi sotsiaalteenused on korraldatud peamiselt kohalikul ja tervishoid

riiklikul tasandil, tuleb eesmärgid, andmed ja vastutus kokku tuua. Reform on kavandatud nii, et see kasutaks võimalikult palju olemasolevaid struktuure ega tekitaks põhjendamatu halduskoormust. Rakendamist toetavad pidev seire, mõõdikud ja juhtimislauad, mis võimaldavad õppeprotsessi käigus lahendusi kohandada. Viiendaks peab rahastamine toetama koostööd ja ühiseid tulemusi, mitte üksnes üksikteenuste osutamist. Eelnõu võimaldab siduda rahastamise paremini inimese tervise- ja heaolutulemustega ning motiveerida osapooli ühiselt tegutsema. Rahvusvaheline kogemus on näidanud, et valdkondade lõimimine ei teki iseenesest, vaid eeldab koordineeritud tegevust kõigil tasanditel. Eesti süsteemi kujundamisel on lähtutud eesmärgist kasutada võimalikult palju olemasolevaid struktuure ja lahendusi ning hoida täiendav halduskoormus minimaalsena. Kuna reform on alles õppimisjärgus, on eelnõusse jäetud paindlikkus töökorralduse kohandamiseks rakendamise käigus. Muudatusi toetab pidev seire eri tasanditel, sealhulgas indikaatorite ja juhtimislauade kasutamine. Teiste riikide kogemusest tõi ta esile Suurbritannias tavapraktikasse võetud sarnase teenusemudeli, kus andmete ja tehisintellekti abil tuvastatakse riskirühmad ning valitakse välja inimesed, kes teenusest enim kasu saavad. Neile pakutakse tuge terviseteadlikkuse ja iseseisva toimetuleku suurendamiseks ning koordineeritakse vajalikku abi. Eestis ei olda tehisintellekti laialdaseks kasutamiseks veel valmis, mistõttu alustatakse järk-järgult automatiseeritud masinõppeprotsessidega, et töödelda suuri andmemahutusi ja muuta need otsustamiseks kasutatavaks teabeks. Tulevikus nähakse tehisintellektil selles valdkonnas senisest suuremat rolli. Vaadeldud sekkumised on parandanud patsientide ja tervishoiutöötajate rahulolu ning kliinilisi näitajaid. Tervisekassa, Maailmapanga ja Eesti Perearstide Seltsi riskipatsientide ravijuhtimise pilootprojekt näitas positiivset mõju, kuid tõi esile esmatasandi piiratud võimekuse. Seetõttu peab integratsiooniga kaasnema esmatasandi tugevdamine ning terviseteejuhtide lisamine perearstikeskondadesse. Ravikindlustuse eelarve mõju hindamisel lähtuti eeldusest, et kui inimeste tervis on paremini juhitud, siis riskirühma EMO- ja statsionaarse ravi kasutus väheneb 5%. Kavandatud investeeringu tasuvuspunkt on 3,8% ja investeering peaks tasuma end ligikaudu nelja aastaga. Aastaks 2032 prognoositakse ca 20 miljonit eurot vabanevat raha, mida saab suunata teenuste kättesaadavusse ja ennetusse. Sellele lisandub väärtus, mida rahaliselt ei arvestata, eelkõige paremad tervisetulemid ja rohkem tervena elatud aastaid. Samas ei teki soovitud mõju automaatselt, protsessi tuleb targalt ja järjepidevalt juhtida. Selleks teeb juhtkogu rakenduspartneritega tihedat koostööd ning annab reformi edenemisest korrapäraselt aru. Juhtimislauad ja mõõdikud on selle protsessi lahutamatu osa, sest reformi juhitakse andmete põhjal.

Signe Riisalo andis komisjoni liikmetele küsimusteks sõna.

Jaanus Karilaid küsis, kuidas aitavad eelnõuga kavandatud muudatused saavutada reformi peamist eesmärki – pikendada tervena elatud aastaid. Kuna eelnõu muudab haiglate, perearstikeskuste ja KOVide rolli, palus ta täpsustada vastutuse jaotust. Kui palju terviseteejuhte kavatakse tööle võtta, kes nende tööd koordineerib ning millised ülesanded jäävad KOVidele? Eesti 78 KOVi võimekus, koostöövalmidus ja rahalised võimalused erinevad piirkonniti märkimisväärselt. Milliseid lisakulusid reform KOVidele kaasa toob ning kas nende katmiseks nähakse ette riiklik rahastus või tuleb KOVidel leida vahendid oma eelarvest? Kuidas on KOVide roll ja rahastamine eelnõus tagatud? Samuti soovis ta teada, kui palju on sotsiaalminister reformi ettevalmistamise käigus kohtunud KOVide juhtide ning Eesti Linnade ja Valdade Liidu (ELVL) esindajatega.

Karmen Joller kinnitas, et on kohtunud nii ELVLi kui ka omavalitsusjuhtidega. Mitmes piirkonnas, sealhulgas Valgamaal, Saaremaal, Raplamaal, Ida-Virumaal ja Viljandimaal, on lõimitud töökorraldust juba projektipõhiselt katsetatud. Kogemused on olnud head, kuid mudelid on killustunud ja standardid erinevad. Eelnõu eesmärk on luua ühtne süsteem ja võimalus hinnata keskselt kvaliteeti ja ressursivajadust.

Anneli Taal vastas, et terviseteejuhte ei palka SOM ega KOVid. Nad hakkavad tööle tervishoiuasutustes: kavandatavalt kaks kolmandikku esmatasandil ehk tervisekeskustes ja perearstikeskustes ning üks kolmandik haiglates. Esmatasandil aitavad nad ennetada inimeste haiglasse või hooldekodusse jõudmist, haiglates aga koordineerivad üleminekut haiglaravilt kodusele ravile. Nende tööjõukulu katab Tervisekassa ravikindlustusvahenditest. Selline rahastusmudel on kasutusel ka teistes riikides, sest parem koordinatsioon vähendab eelkõige

tervishoiusüsteemi koormust ja kulusid. Eestis vajavad tugevdamist nii tervishoiusisene kui ka tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna vaheline koordinatsioon. KOVidele reform otsest lisakulu ei tekita. Nende võimalik rahaline võit sõltub sellest, kas nad suunavad rohkem vahendeid koduteenustesse ja muudesse toetavatesse teenustesse, mis aitavad inimestel kauem kodus toime tulla ning pidurdavad üldhooldekodude kasutuse ja kulude kasvu. Mõju ulatus sõltub seega iga KOVi valmisolekust uusi lahendusi rakendada ja koostööd teha. Piirkondlikku koostööd koordineerivate võrgustikujuhtide kulu katab samuti Tervisekassa. Integratsiooni algatus- ja juhtrühmad on kõigis piirkondades juba moodustatud ning praegu välisvahenditest rahastatavad võrgustikujuhid viiakse kavakohaselt üle Tervisekassa rahastusele. See püsikulu on hinnanguliselt umbes 1,5 miljonit eurot aastas. KOVile jääb ülesanne kutsuda koostöökogu kokku paar korda aastas ja korraldada selle tööd. See ei ole uus ülesanne, sest KOV kinnitab juba praegu tervise- ja heaoluprofiili ning teeb selle üle järelevalvet.

Helmen Kütt tunnustas tervishoiu ja sotsiaalhoolekande lõimimise eesmärki, kuid kahtles, kas see konkreetne eelnõu parandab olukorda. Eestis on 78 väga erineva võimekusega KOVi. Seadus kohustab neid osutama 13 sotsiaalteenust, kuid praktikas ei ole kõik teenused kõikjal kättesaadavad. Ka haiglate ja kohalike sotsiaaltöötajate koostöö toimib mõnes piirkonnas hästi, kuid mitte üle Eesti. Ta soovis teada, kuidas tagab eelnõu, et tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostöö hakkab toimima kõigis KOVides, mitte ainult seal, kus selleks on juba praegu piisavalt võimekust ja valmisolekut? Millised täiendavad ressursid või rahastus nähakse KOVidele ette koduteenuste ja teiste kodus toimetulekut toetavate teenuste arendamiseks? Kuidas välditakse olukorda, kus terviseteejuht suunab inimese vajaliku teenuseni, kuid KOVil ei ole seda teenust võimalik pakkuda? Milline on koostöökogude tegelik otsustusõigus ja vastutus ning kuidas tagatakse, et nende töö ei piirdu arutelude ja soovitusetega? Samuti palus ta selgitada, kelle jaoks ja milliste kulude arvelt peaks reform olema kulusäästlik. Haiglaravi kulud võivad väheneda, kuid kas selle tulemusel ei kasva KOVide sotsiaalteenuste kulud? Hooldereformi kogemus näitab, et kodu ja hooldekodu vahelisi teenuseid on endiselt vähe ning hooldekodude kasutamine ei ole vähenenud oodatud määral. Millised konkreetsed meetmed tagavad, et seekord suureneb just kodus toimetulekut toetavate teenuste kättesaadavus?

Karmen Joller mõonis, et eelnõu ei lahenda kõiki KOVide ressursiprobleeme ega käivita automaatselt uusi sotsiaalteenuseid. Koostöö toimub kahel tasandil. Piirkondlikul tasandil hindab koostöökogu piirkonna olukorda tervikuna, lepib kokku parendusvajadused ja jälgib tulemusi kokkulepitud näitajate alusel. Teine tasand on üksikisiku abi korraldamine. Arstil peab olema ülevaade KOVi pakutavatest teenustest ning KOVi spetsialistil inimesele juba määratud tervishoiuteenustest, näiteks füsioteraapiast või psühholoogilisest abist. Nii saab vältida teenuste dubleerimist ja suunata piiratud ressursid sinna, kus neid kõige rohkem vajatakse. Reform ei lahenda KOVide rahapuudust, kuid aitab olemasolevaid vahendeid tõhusamalt kasutada ja panna tervishoiu- ning sotsiaalsüsteemi inimese huvides koostööd tegema. Igal sihtrühma kuuluval inimesel on kindel terviseteejuht, kes hoiab temaga ühendust ja koordineerib abi. Tehisintellekt võib terviseteejuhti toetada, kuid ei peaks teda asendama, sest mitme kroonilise haigusega inimene vajab järjepidevat kontakti päris inimesega.

Anniki Lai sõnul eelnõu eesmärk on korraldada olemasolev abi paremini ja tagada, et inimene jõuaks õigel ajal õige teenuseni. Muutus ei toimu kohe: koostöö kujunemine ja uue töökorralduse juurdumine võtavad aega. Paljud sotsiaalteenuste vajadused tulenevad terviseprobleemidest. Kui vajalik abi jääb õigel ajal saamata, võib inimese seisund halveneda ning suurenda vajadus ulatuslikumate sotsiaalteenuste või hooldekodukoha järele. Seetõttu on eelnõu oluline osa tervishoiusisese koostöö parandamine. Näiteks tuleb juba haiglaravi ajal tagada, et inimesel oleks koju naastes vajalik tugivõrgustik ja teenused. See aitab vältida seisundi halvenemist, korduvat haiglaravi ja suuremat hooldusvajadust. Reform ei vähenda kulusid hetkega, kuid aitab pidurdada teenusevajaduse ja kulude kasvu. Kui töökorraldust ei muudeta, suurenevad demograafiliste muutuste tõttu nii teenuste kasutus kui ka kulud paratamatult. Investeeringu tasuvuse hinnang põhineb põhjalikul analüüsil ja teaduskirjandusel. Kulude kokkuhoiu prognoosid on koostatud konservatiivsetel eeldustel ning valideeritud koostöös Tervisekassa ja välisekspertidega.

Anneli Taali sõnul annavad võrdlusandmed KOVidele selge ülevaate, kuidas sarnase eelarve

ja vajadustega KOVID teenuseid korraldavad. Kui sama kulutaseme juures suudab teine KOV pakkuda abi rohkematele inimestele ja koduteenuseid paremini arendada, loob see konkreetse aluse oma töökorralduse muutmiseks. Kulude erinevus on märkimisväärne: hooldekoduteenus maksab ligikaudu 10 000 eurot inimese kohta aastas, kodus toimetuleku toetamine aga suurusjärgus 2000 eurot. Teiseks vähendab terviseteejuht sotsiaaltöötaja koormust, võttes enda kanda abi koordineerimise. Nii saab sotsiaaltöötaja keskenduda oma põhiülesannetele ja pakkuda teenuseid enamatele inimestele.

Irja Lutsar kinnitas, et see on samm õiges suunas. Meditsiinisüsteemi mõju inimese tervisele on hinnanguliselt 10–15%, ülejäänud mõjutavad muu hulgas pärilikkus ja elukeskkond. Kui ulatuslikult on reformi ettevalmistamisel tehtud koostööd teiste ministriumidega, eelkõige kommunikatsiooni-, haridus- ja kultuurivaldkonnas? Keskkonna muutumisest sõltub selle projekti edukus.

Anniki Lai vastas, et eelnõu on tutvustatud kõigi ministriumide asekanterlertele ning arutatud koostöövõimalusi eelkõige Haridus- ja Teadusministeeriumi (HTM), Regionaal- ja Põllumajandusministeeriumi ning Majandus- ja Kommunikatsiooniministeeriumiga. Euroopa Liidu uuel eelarveperioodil kavandatakse reformi toetamiseks lisaraha, et arendada uusi teenuseid, tugevdada tervise- ja sotsiaalvaldkonna osapoolte piirkondliku koostöökogu (TERVIK) ja võimaldada tulevikus liituda lahendusega ka teistel valdkondadel. HTM näeb TERVIKute potentsiaali eelkõige laste vaimse tervise toetamisel. Pikemas vaates võiks ühisesse korraldusse kaasata ka haridus- ja tugiteenused, sest praegu on vaimse tervise abi killustunud tervishoiu-, sotsiaal- ja haridussüsteemi vahel. Ministriumide huvi on suur ning Euroopa Liidu uus rahastusperiood loob võimaluse valdkondadeülest koostööd edasi arendada.

Irja Lutsar täpsustas, et pidas silmas eelkõige seda, millise konkreetse panuse saavad teised ministriumid ja piirkondlikud osapooled reformi õnnestumisse anda. Tema teine küsimus puudutas tulemuste hindamist. Kui viie aasta pärast küsida, mida reform paremaks muutis, siis milliste näitajate põhjal sellele vastatakse? Mõju usaldusväärseks hindamiseks peavad lähteandmed ja mõõdikud olema selged juba reformi alguses. Tervena elatud aastate näitaja ei pruugi selleks üksi sobida, sest see kõigub aastati ega pruugi kajastada reformi tegelikku mõju. Milliseid täiendavaid või alternatiivseid mõõdikuid kavatakse kasutada ning kuidas määratakse nende lähteväärtused?

Karmen Joller vastas, et tervena elatud aastad on rahvusvaheliselt kasutatav mõõdik, mis ühendab subjektiivseid hinnanguid ja objektiivseid andmeid. Kuna see võimaldab Eestit teiste riikidega võrrelda, ei ole otstarbekas sellest loobuda ega asendada seda üksnes riigisiseste näitajatega. Samas on see vaid üks reformi mõju hindamiseks kasutatavatest mõõdikutest ning sellele lisanduvad teised indikaatorid.

Anneli Taal lisas, et reformi mõju hinnatakse kolme liiki mõõdikutega. Sotsiaalvaldkonnas jälgitakse, kui suur osa sihtrühmast saab kodus toimetulekut toetavaid sotsiaalteenuseid.

Tervishoius mõõdetakse eelkõige erakorraliste hospitaliseerimiste ja EMO-külastuste sagedust sihtrühmas, sest eesmärk on vähendada vältitava erakorralise abi vajadust.

Kolmandaks hinnatakse inimeste terviseteadlikkust ja sellega seotud muutusi.

Õne Pillak märkis, et patsiendi vaatenurgast on reformi eesmärk õige: parandada tervisetulemeid ja teenuste kättesaadavust ning muuta inimese teekond süsteemis sujuvamaks. Ta küsis, millised on reformi peamised rakendusriskid ja kitsaskohad, mis võivad kavandatud tulemuste saavutamist takistada. Eelnõu seletuskirja kohaselt on terviseteejuhte vaja hinnanguliselt 230. Ta soovis teada, millel see hinnang põhineb. Lisaks palus ta selgitada terviseteejuhtide ülesandeid ning põhjendada, miks on reformi eesmärkide saavutamiseks vaja luua nii suur püsikulu.

Anniki Lai vastas, et reformi rakendamiseks kaasneb kolm peamist riski. Esiteks peavad vajalikud infosüsteemid valmima õigel ajal. Arendusi rahastatakse välisvahenditest ning riski maandamiseks on koostatud üksikasjalik ajakava ja lepitud asutuste vahel kokku selge vastutusjaotus. Kuigi ajakava on pingeline ja IT-arendustes võib esineda viivitusi, tehakse nende ennetamiseks kõik võimalik. Teiseks tuleb tagada terviseteejuhtidele kogu Eestis ühtne baasväljaõpe. Kolmandaks nõuab aega uue koostöökultuuri ja hoiakute kujunemine. Teiste riikide kogemus kinnitab, et integreeritud abi on õige suund ning selle pikaajaline kasu kaalub

üleminekuraskused üles. Aastaks 2030 on kavandatud 230 terviseteejuhti, kelle rakendamiseni jõutakse järk-järgult. Alates 1. maist 2028 on plaanis rakendada ligikaudu 130 terviseteejuhti. Esimeses etapis koolitatakse uude rolli ümber juba süsteemis töötavaid spetsialiste, näiteks haiglate sotsiaaltöötajaid, hoolduskoordinaatoreid ja rehabilitatsioonimeeskondade sotsiaaltöötajaid. Nende töö alustamiseks on oluline, et õigeaks ajaks valmiks ka andmevahetust toetavad IT-lahendused.

Mihkel Lees tõdes, et KOVide võimekus ja teenuste tase on väga erinevad. Ta küsis, milliste konkreetsete meetmete ja stiimulitega suunatakse seni vähem aktiivseid KOVe koduteenuseid arendama ning kuidas toetatakse neid KOVe, kus teenuste laiendamist piirab rahapuudus. Samuti palus ta täpsustada väidet, et koduteenuste ulatuslikum pakkumine võimaldab üldhooldusteenuse arvelt märkimisväärselt kokku hoida. M. Leesi sõnul paljud KOVid kasutavad koduteenuste võimalusi juba praegu maksimaalselt ja suunavad inimese üldhooldusteenusele alles siis, kui tema abivajadust ei ole enam võimalik kodus mõistlikult ja ohutult katta. Seetõttu küsis ta, kuidas arvestab reform KOVidega, kellel puudub koduteenuste arendamise kaudu oluline kokkuhoiuvõimalus.

Anniki Lai vastas, et eelnõu annab täpsema ülevaate teenustest, mida inimesed vajavad, kuid praegu ei saa, ja loob TERVIKute kaudu võimaluse tugevdada maakondlikku ja KOVide koostööd. Seni on KOVidel olnud keeruline teenuseid ühiselt korraldada. Reformiga soovitakse soodustada koostööd ja kaasata teenuste korraldamisse tervishoiu võimekus. Pikaajalises hoolduses peavad tervishoid ja KOVid kavandama teenuseid ühiselt, et katta inimeste hooldusvajadus terviklikult. Iga piirkond võib TERVIKutega minna eelnõus sätestatud miinimumist kaugemale. Selleks vajavad osapooled koolitust, teadmisi ja rakendustuge.

Tanel Kiik märkis, et eelnõu eesmärgid on head, kuid valdkonna osapoolte tagasiside ei väljenda samaväärset toetust. Näiteks ei toeta eelnõu Eesti Arstide Liit (EAL) ja kriitikat on esitanud ka Eesti Perearstide Selts ning teised organisatsioonid. Muudatusi rakendama hakkavad osapooled suhtuvad eelnõusse pigem skeptiliselt või neutraalselt. Ta küsis, millest tuleneb vastuolu eelnõu eesmärkide ja valdkonna osapoolte tagasiside vahel.

Anniki Lai vastas, et kõigis kooskõlastuskirjades toetati eelnõu üldist suunda, kuigi esitati ka kriitilisi küsimusi. Suured muudatused tekitavad paratamatult vastuseisu ning kõiki otsuseid ei ole võimalik teha täielikus üksmeeles. Tagasiside on aidanud eelnõu täiendada ning arvesse on võetud enamikku nii esimeses kui ka teises kooskõlastusringis tehtud ettepanekutest. Suve jooksul kohtuti osapooltega korduvalt, kuid mõned erimeelsused jäid püsima. EALi peamised mured puudutavad eelkõige Tervisekassa eelarve jätkusuutlikkust ja ravirahastuse piisavust, mitte üksnes selle eelnõu eesmärke. Ka perearstidel on olnud küsimusi, kuid valitud suunda toetatakse. Haiglate jaoks on keskne nende rahaline jätkusuutlikkus. Senise teenusepõhise ei saa jätkata, mistõttu uuendatakse paralleelselt haiglate rahastamismudelit. Uus mudel peab toetama integreeritud lähenemist ega tohi seada haiglaid muudatuste tõttu halvemasse olukorda.

Tanel Kiik küsis, miks esitab SOM mahuka eelnõu Riigikogule viis ja pool kuud enne valimisi. Ta märkis, et eelnõu esitamine aasta või poolteist varem oleks jätnud sotsiaalkomisjonile rohkem aega sisuliseks aruteluks, huvirühmade kuulamiseks ja fraktsioonide seisukohtade kujundamiseks. Kooskõlastusringid on toonud palju olulist tagasisidet ning ka täiendavad ringid võiksid anda arvestamist vääri vaid ettepanekuid, kuid praeguse ajakava tõttu selleks enam aega ei jää. Ta palus selgitada, miks jõuavad see ja mitu teist mahukat eelnõu parlamenti alles nüüd.

Karmen Joller vastas, et eelnõu ettevalmistamist alustas toonane terviseminister Riina Sikkut. Ta rõhutas, et muudatusega ei taotleta poliitilist tunnustust, vaid otsitakse ühisosa, et teha Eesti inimeste huvides vajalikke otsuseid. SOM on valmis hindama reformi mõju ühe või kahe aasta pärast ja vajaduse korral muudatusi tegema.

Irja Lutsar märkis, et Viljandi Haigla PAIK-projekti on korduvalt edukaks peetud. Ta küsis, kas projekti mõju on juba näha ka tervisetulemustes, näiteks Viljandi maakonna suremuse vähenemises. Kuna suremus erineb Eestis maakonniti märkimisväärselt, soovis ta teada, kas projekti mõju on Viljandis mõõdetav.

Anneli Taal vastas, et projekti sihtrühmas on haiglaravi ja erakorralise meditsiini osakonna

kasutus vähenenud. Suremuse ja teiste pikaajaliste tervisetulemite mõju tuleb edaspidi eraldi analüüsida.

Irja Lutsar küsis, kas terviseteejuhtide koolitamine suurendab ülikoolide või tervishoiukõrgkoolide koormust ja kas õppeasutused on selleks valmis. Samuti soovis ta teada, kas uute ametikohtade palgatase võib meelitada töötajaid tervishoiusüsteemist ära. Kuna sama haridustasemega tervishoiutöötajate palk erineb Eestis sageli märkimisväärselt, küsis ta, kas seda mõju on kavandamisel arvestatud.

Anneli Taal vastas, et täienduskoolitus toob mõningase lisakoormuse eelkõige tervishoiukõrgkoolidele. Koolitus kestab viis kuud, mistõttu ei ole koormus väga suur. Eeldatakse, et osalejatel on sotsiaal- või tervishoiuvaldkonna kõrgharidus. Peamised kandidaadid on seega õed ja terapeutid. Ametikoha palgatase on kavandatud õe miinimumpalga tasemele. Seega ei tohiks uus amet tervishoiust liiga palju õdesid ära tuua, kuid võib samal ajal motiveerida sotsiaalvaldkonna spetsialiste.

Eero Merilinnu sõnul tuleb TERVIKud moodustada 1. novembriks 2027 ehk ligikaudu aasta pärast. Ta küsis, millal lõpetavad terviseteejuhid väljaõppe ja alustavad tööd.

Anniki Lai vastas, et terviseteejuhid alustavad tööd 1. mail 2028. TERVIKute moodustamise tähtajaks, 1. novembriks 2027, peavad maakonnad sõlmima koostöökokkuleppe. Kõik maakonnad on tähtajast teadlikud ja valmistuvad selleks välisvahendite toel. Seejärel sõlmivad nad Tervisekassaga lepingu, mis esialgu keskendub sisulise töö ettevalmistamisele ega hõlma rahastust. Tervisekassa rahastamiskohustus tekib 1. mail 2028, kui terviseteejuhid alustavad tööd. Seni jätkuvad pilootprojektid.

Eero Merilind küsis, kas perearstikeskus peab terviseteejuhi teenuse saamiseks liituma TERVIKuga.

Anniki Lai kinnitas, et TERVIKuga liitumine on terviseteejuhi teenuse saamise eeldus.

Helmen Kütt märkis, et Viljandis toimib tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostöö hästi ning sealset mudelit võiks võtta eeskujuks. Neli KOVi teevad omavalitsusliidu tasandil koostööd Viljandi Haigla TERVIKUMiga. Samas tuleks pilootprojekti tulemusi põhjalikult hinnata, sest selle mõju ei pruugi avalduda ühe aastaga. Samuti vajab selgitamist, kuidas kaasatakse erineva võimekusega KOVid. Kuigi eelnõu ei pane neile otseseid uusi kohustusi, ei saa terviklikku süsteemi luua ilma nende aktiivse osaluseta. KOVid peaksid seadma sotsiaalvaldkonna arengukavades selged eesmärgid eakate kodus toimetuleku toetamiseks ja arendama selleks vajalikke teenuseid. Riik peab omalt poolt kujundama toimiva tervishoiu- ja tugivõrgustiku, millele KOVid saavad toetuda. Viljandi kogemus näitab, et selline terviklik mudel on võimalik, kuid paljudes piirkondades see praegu puudub ja mõnes maakonnas on piiratud isegi haiglavõimekus.

Anniki Lai vastas, et KOVidel on TERVIKutes selge roll ja osalemiskohustus. Koostöökogus lepivad KOVide, Tervisekassa ja SOMi haldusala esindajad kokku strateegilised eesmärgid ning koostavad maakonna tervise- ja heaoluprofiili, mis võimaldab igal KOVil hinnata ka oma olukorda. TERVIK toetab KOVe teenusevajaduse kavandamisel, probleemide ühisel lahendamisel ning tervikliku raviteekonna kujundamisel. Ida-Virumaal viiakse välisvahendite toel ellu VESTA projekti ja sarnast mudelit on katsetatud ka Raplamaal, Kuressaares ja Valgas. Projektis osalejad ei soovi enam varasema töökorralduse juurde naasta. Muudatuse eesmärk on luua TERVIKud kogu Eestis, sest seni on neid arendatud üksnes vabatahtlike projektide raames.

Tanel Kiik palus terviseteejuhi rolli täpsemalt selgitada. Ta küsis, kas inimene peab konkreetse mure korral endiselt ise pöörduma perearsti, KOVi või muu asutuse poole või vahendab ja esindab teda teenuste saamisel terviseteejuht. Samuti soovis ta teada, kas terviseteejuhi roll sõltub inimese vajadustest ja tema võimest iseseisvalt toime tulla.

Anniki Lai selgitas, et terviseteejuhi teenusele jõutakse peamiselt kahel viisil. Esiteks võimaldab andmepõhine riskihindamine perearstil patsiendi abivajadust ennetavalt märgata ja suunata ta terviseteejuhi juurde. Teiseks võivad abivajadust märgata eriarsti või KOVi sotsiaaltöötaja. Inimese tuvastamiseks ja teenusele suunamiseks kasutatakse märkamislehte. Kui terviseteejuht leiab, et inimene vajab teenuste koordineerimist, hakkab ta teda toetama, aidates suurendada valmisolekut oma tervise eest vastutada ja jõuda õigete teenusteni. Vajaduse korral esindab terviseteejuht inimest ja vahendab talle vajalikke teenuseid.

Anneli Taal selgitas, et eesmärk on toetada inimest nii, et ta suudaks võimalikult kiiresti ise vajalikke toiminguid teha. Seni, kuni ta selleks veel valmis ei ole, pakutakse talle vajalikku tuge.

Tanel Kiik küsis, kas eelnõuga võib kaasneda vastutuse hajumise oht. Praegu vastutab patsiendi abivajaduse märkamise ja lahendamise eest eelkõige perearst või KOV, kuid edaspidi lisandub terviseteejuht. Kuidas välditakse olukorda, kus osapooled hakkavad vastutust üksteisele suunama ning jääb ebaselgeks, kes peab abivajadust märkama, inimese õigel ajal teenusele suunama ja vajaliku abi korraldama? Samuti soovis ta teada, kas KOVide senistele ülesannetele lisandub sisuliselt uus vastutustasand.

Anneli Taal vastas, et terviseteejuht toetab esialgu nii inimest kui ka tema tugimeeskonda, et parandada osapoolte koostööd. Ta aitab selgelt eristada KOVi ja tervishoiusüsteemi ülesandeid ning juhib tähelepanu võimalikele puudustele. Eesmärk ei ole kedagi süüdistada, vaid leppida TERVIKu tasandil kokku iga osapoole vastutus. Kui terviseteejuht märkab, et mõni teenus või töökorraldus ei toimi nõuetekohaselt, määratakse TERVIKus kindlaks probleemi lahendamise eest vastutaja. Nii saavad kõik osapooled oma ülesandeid täita, ilma et vastutus hajuks.

Irja Lutsar küsis, kas süsteem lähtub eeldusest, et inimene ei suuda iseseisvalt toime tulla. Paljud inimesed oskavad siiski ise sobivad teenused leida ja nende kasutamist korraldada. Kas neile jääb võimalus tegutseda iseseisvalt või muutub tervikteenuse kasutamine kohustuslikuks?

Anniki Lai selgitas, et terviseteejuhti ja teenuste koordineerimist ei vaja kõik inimesed. Teenus on mõeldud eelkõige neile, kellel on mitu kroonilist haigust ja samal ajal ka sotsiaalne abivajadus. Terviseteejuhi üks olulisi ülesandeid on toetada inimese iseseisvat toimetulekut. Heaoluplaanis määratakse lisaks vajalikele teenustele kindlaks ka inimese enda ja tema lähedaste ülesanded tervise hoidmisel.

Irja Lutsar küsis, kas riik on valmis jätkama süsteemi rahastamist oma vahenditest, kui Euroopa Liidu toetus peaks lõppema. Samuti soovis ta teada, kuidas tagatakse süsteemi kestlikkus välisrahastuse lõppemisel.

Anniki Lai vastas, et alates 1. maist 2028 rahastab Tervisekassa terviseteejuhtide põhiteenust ja TERVIKute töökorraldust. TERVIKute tegevuseks on kavandatud ligikaudu 1,5 miljonit eurot. Töökorraldus on kavandatud võimalikult tõhusaks ja kulusäästlikuks.

Diana Ingerainen väljendas heameelt, et projekt on sellisel kujul aruteluni jõudnud. Ta märkis, et H. Küti tõstatatud probleemide tõttu on reformi korduvalt edasi lükatud. Maailmapanga ja Tervisekassa ulatuslikus riskipatsientide projektis määratleti abivajadusega sihtrühm ning iseseisvalt toime tulevaid inimesi sinna ei kaasatud. Projekti tulemuste hindamine nõudis palju käsitööd, kuid proaktiivse lähenemise ja õigesti määratletud sihtrühmale teenuste osutamise tulemusel vähenes eelkõige välditavate eriarstivisiitide arv. Ta küsis, kui kaugele on mõõdikute väljatöötamisega jõutud ja kas tehakse koostööd mõne teadusasutusega, kes aitaks hinnata ka elukvaliteeti. Projekti eesmärk ei ole olnud raha kokku hoida. Ta soovis teada, kas on mõõdikud, mida saab järjepidevalt jälgida ja mille põhjal vajaduse korral muudatusi teha.

Anneli Taal vastas, et mõõdikute väljatöötamiseks on sõlmitud koostöökokkulepped rahvusvahelise integreeritud teenuste valdkonna organisatsiooni ja selle ekspertidega. Nad aitavad mõõdikute paketti valideerida ning nõustavad, kuidas viia see võimalikult hästi kooskõlla rahvusvahelise praktikaga. Protsessi on kaasatud ka Eesti eksperdid.

Signe Riisalo võttis arutelu kokku ja märkis, et eelnõu käsitlemist jätkatakse pikema kaasamisaruteluga, kuhu kutsutakse eri osapooled oma seisukohti esitama. Arutelu komisjonis andis SOMile ülevaate komisjoni liikmete küsimustest ja teemadest, millele edaspidi rohkem tähelepanu pöörata.

Jaanus Karilaid tunnustas eksperte tehtud mahuka töö eest. Samas märkis ta, et põhiseadus kaitseb KOVide autonoomiat ja juba eelnõu esmasel vaatlusel ilmneb võimalikke vastuolusid, sealhulgas KOVidele pandav kohustus süsteemiga liituda. Tema hinnangul vajab nii mahukas eelnõu põhjalikuks aruteluks parlamendis rohkem aega. Seetõttu pidas ta õigeks jätkata menetlemist 2027. aasta kevadel, et anda eelnõule täiendavat küpsemisaega. Neil põhjustel ei toeta J. Karilaid eelnõu menetlemise jätkamist praeguses etapis.

Signe Riisalo pani hääletusele menetluslikud otsused.

Otsustati:

1.1. Teha ettepanek võtta eelnõu täiskogu päevakorda 30.09.2026 (konsensus: Jaanus Karilaid, Tanel Kiik, Helmen Kütt, Mihkel Lees, Irja Lutsar, Eero Merilind, Õnne Pillak, Signe Riisalo).

1.2. Teha ettepanek esimene lugemine lõpetada (poolt 6: Tanel Kiik, Mihkel Lees, Irja Lutsar, Eero Merilind, Õnne Pillak, Signe Riisalo; vastu 1: Jaanus Karilaid; erapooletuid 1: Helmen Kütt).

1.3. Määrata juhtivkomisjoni esindajaks Irja Lutsar (konsensus: Jaanus Karilaid, Tanel Kiik, Helmen Kütt, Mihkel Lees, Irja Lutsar, Eero Merilind, Õnne Pillak, Signe Riisalo).

Signe Riisalo märkis, et vastavalt Riigikogu kodu- ja töökorrasedusele on muudatusettepanekute tähtaeg 10 tööpäeva.

2. Laste vaimse tervise olukord ja arengusuunad

Signe Riisalo märkis, et Sotsiaalministeeriumi (SOM) ja Tervise Arengu Instituudi (TAI) esindajad on kutsutud komisjoni andma ülevaadet laste vaimse tervise valdkonnas tehtud tegevustest. Ta selgitas, et arutelu on sissejuhatuseks olulise tähtsusega riikliku küsimuse (OTRK) arutelu ettevalmistamisele.

Hedvig Sultson andis ülevaate laste vaimse tervise ja heaolu olukorrast teadlase vaatest, tuginedes 2024. aastal koostöös Tartu Ülikooliga tehtud laste vaimse tervise uuringule (lisa 2). Ta märkis, et kogu maailmas on vaimse tervise probleemid eri vanuserühmades sagenenud, sealhulgas laste ja noorte seas. Tegemist on kompleksse nähtusega, mille puhul ei saa esile tuua üht konkreetset põhjust, vaid arvestada tuleb paljude omavahel seotud teguritega. Uuringu tulemustest on näha, et vanuse kasvades laste probleemid suurenevad – heaolu väheneb ja depressiooni sümptomid sagenevad. Samuti ilmnesevad tulemustest soolised erinevused ehk tüdrukutel esines vaimse tervise sümptomeid rohkem kui poistel. Oluliste mõjuteguritena, mis on seotud vaimse tervise probleemidega, tõi H. Sultson esile lapse vanuse ja soo, suhted perekonnas, eakaaslaste ja sõpradega ning koolis. Psühholoogilistest teguritest on määrava tähtsusega lapse oskus tulla toime oma emotsioonide ja kogetava stressiga. Lisaks avaldavad mõju ka tervisekäitumine ja eluviis, sealhulgas digiseadmete kasutamine. Seejuures ei ole määrav üksnes seadmetes veedetud aeg, vaid eelkõige tegevuse laad ning lapse enda hinnang sellele, kas kasutus on ülemäärane. Samuti mõjutavad vaimset tervist uni ja füüsiline tervis. Uuring näitas, et pikem uneaeg seostub parema heaoluga, kuid veel olulisem on une kvaliteet. H. Sultson märkis, et kokkuvõttes ei ole võimalik nimetada üht kindlat põhjust, mille kõrvaldamine probleemi lahendaks, sest mõjutegureid on palju ja neid tuleb analüüsida kogumis.

Minni Timberg tõi välja, et muutuste hindamiseks on välja kuulutatud uus teadusuuring 2027. aasta andmekorjega, mis võimaldab hinnata vahepealsetel aastatel toimunud muutusi. Ta lisas, et kuna laste heaolu ja vaimse tervise mõjurid on valdkondade ülesed, valmis eelmisel aastal ministeeriumite ülese töörühma raport „Laste ja noorte vaimse tervise parandamise ettepanekud“. Lisaks on kohalikele omavalitsustele alates 2025. aastast loodud toetusfondi kaudu püsirahastus psühhosotsiaalse ja psühholoogilise abi osutamiseks. Peamiseks sihtrühmaks on just lapsed ja pered ning pakutud on perenõustamist ja loovteraapiaid (nt muusika-, kunsti-, liikumisteraapia), mänguteraapiat, kriisinõustamist jms. Lisaks juhtis M. Timberg tähelepanu EL ühistevõtte kaasabil valminud valdkondade ülese Suitsiidiennetuse tegevuskavale 2025–2028, mida viiakse ellu strateegiliste partnerluste raames. Ta selgitas, et selle tegevuskava raames töötatakse välja ka eraldi suitsiidikatsete järgse toe mudel lastele ning korraldatakse tugigruppe suitsiidse inimese lähedastele ning suitsiidi läbi hukkunud inimeste lähedastele. Samuti viiakse läbi SOS-programme koolides ning koolidele valmib juhised suitsiidikatse toimumise järgseteks sammudeks. M. Timberg lisas, et laiendatud on ka vaimse tervise abi võimalusi. Viimastel aastatel on kasvanud nii teenuste

mahud kui ka teenust saavate inimeste arv, kuid abivajadus suureneb veel kiiremini. Ta tõi välja, et korraldatakse psühholoogide kutseastate rahastust kliinilistele psühholoogidele ja psühholoog-nõustajatele. Alates 2024. aastast on kliinilistele psühholoogidele loodud õigusruum iseseisva psühholoogilise ravi osutamiseks (saatekirjaga). Samuti saab eelmise aasta aprillist perearstipraksistes rakendada psühholoog-nõustaja ja vaimse tervise õe teenuseid. Tervisekassa vaatab üle psühhiaatriateenuse sisu ja rahastusmudeli ning suurendatud on laste- ja noorukite psühhiaatria residentuurikohtade arvu. Suurima lähiaja projektina nimetas M. Timberg vaimse tervise varajase abi teenuste väljatöötamist. Selle raames rakendatakse väheintensiivseid sekkumisi, sealhulgas noortele suunatud teenuseid, näiteks peaasi.ee noortenõustamist, Vaikuseminutite noortekursust ja muid varajase abi võimalusi.

Eva Kuslap tutvustas laste ja pere valdkonnas rakendatavaid ning kavandatavaid sekkumisi ja tegevusi. Esiteks käsitles ta vajadusest lähtuvaid individuaalseid sekkumisi ja tõi välja Cool Kids programmi, mis on mõeldud 7-12-aastastele ärevushäire riskiga lastele ja nende peredele. Lisaks rääkis ta HANEN logopeediliste grupisekkumiste katseprojektide programmide rakendamisest ja teostatavuse analüüsist ning SOMi tellitavast laste vaimse tervise valdkondadeülese tervikliku teekonna uuringust.

Teiseks käsitles E. Kuslap keerukamate vajadustega lastele suunatud tegevusi. Ta selgitas, et nende hulka kuuluvad rehabilitatsioonisüsteemi muudatused, mille kohaselt ei pea teenuse saamise eelduseks olema puue või diagnoos, vaid ennetava eesmärgiga teenuseid peab olema võimalik saada juba varakult. Ta lisas, et tegevustes liigutakse tervikliku käsitluse poole, ühendades haridus-, sotsiaal- ja tervisevaldkonna tegevused. Samuti korraldatakse koolitusi ja arendatakse meetodikaid, mis toetavad laste vaimse tervise teenuseid.

Viimasena käsitles E. Kuslap pere- ja keskkonnapõhiseid tugimeetmeid. Ta tõi välja töö lastekaitstes, et lastekaitsetöötaja oskaks abivajadust märgata ega keskenduks üksnes teenuste pakkumisele, samuti ohvriabiteenused ja kogukonnapõhised Perepesad, mis toetavad varajast märkamist ja sekkumist. Lisaks rääkis ta terviseprobleemidega laste puhul kasutatavast andmevahetusest ja sellest, et teatud diagnooside korral saab kohalik omavalitsus teavituse, kuid diagnoosi sisu ei näe. Tulenevalt sellest saab omavalitsus perega ennetavalt ühendust võtta ja küsida, kas pere vajab abi või tuge. Selleks on koostatud juhendmaterjalid. Samuti arendatakse suure hooldusvajadusega lastele mõeldud teenuseid ning spetsialistide valdkondadeülest koostööd.

Jaanus Karilaid palus välja tuua kolm esmatähtsat poliitikasoovitust, millele laste vaimse tervise parandamisel keskenduda.

Minni Timberg vastas, et oluline on laste vaimset tervist käsitleda laiemalt kui üksnes teenuste kaudu. Ta tõi välja, et Lastekaitse Liidu poolt laste seas tehtud andmekorje näitab, et lapsed soovivad eelkõige turvalist ja toetavat igapäevakeskkonda, et vanemad ei peaks muretsema raha pärast, koolis ei esineks kiusamist jms. Lapsed ei soovi tingimata uusi teenuseid ega seda, et järjekordne võõras inimene hakkaks nende probleeme lahendama. Tulenevalt selleks tuleks keskenduda nii kooli- kui ka kodukeskkonnale.

Tanel Kiik nõustus, et vaja on laiemat keskkonnamuutuste käsitlust. Ta märkis, et psühhiaatrilise ravi ja muude teenuste rahastamist tuleb küll suurendada, kuid üksnes sellega ei kõrvaldata probleeme ega nende tekkepõhjuseid, vaid leevendatakse tagajärgi. Ta küsis vaimse tervise valdkonna rahastamise kohta ning soovis teada, kui palju kulutab Eesti riik vaimse tervise probleemide leevendamisele haridus- ja tervisevaldkonnas ning kohalikes omavalitsustes kokku. Väidetavalt moodustavad OECD riikide vastavad kulutused keskmiselt 6% tervisevaldkonna eelarvest. Kui suur on see osakaal Eestis?

Minni Timberg vastas, et seda küsimust esitatakse sageli, kuid praegu puudub sellele ammendav vastus. Koostöös Haridus- ja Teadusministeeriumiga on järgmiseks aastaks kavandatud teadusuuring, mis annab vajalikku sisendit.

Mihkel Lees märkis, et kirjeldatud mõjutegurid on laiaulatuslikud, kuid lahenduste ja meetmete käsitlus keskendus peamiselt SOMi ja TAI haldusalale. Ta küsis, kas haridussüsteemi ja kultuurivaldkonna vaate võiks anda Sotsiaalministeeriumi tellitud laste vaimse tervise valdkondadeülese tervikliku teekonna uuring. Kas uuring võiks anda ka ülevaate laste vaimse tervisega seotud kogurahastusest.

Minni Timberg selgitas, et nimetatud uuring käsitleb last, kellel on juba ilmnenud probleem või kaebus. Uuringu eesmärk on ennetada olukordi, kus laps jääb haridus-, tervise- ja sotsiaalvaldkonna vahel vajaliku toeta. Ta juhtis tähelepanu, et valdkondadeülesed laiemad soovitusel sisalduvad raportis „Laste ja noorte vaimse tervise parandamise ettepanekud“. Raportist on olemas ka lühiversioon, kus tuuakse esile muu hulgas linna- ja koolikeskkond kui võimalikud sekkumiskohad.

Õne Pillak nõustus keskkonna muutmise vajadusega ning märkis, et kooli- ja lasteaiakeskkonnast keerulisem on mõjutada perekeskkonda. Ta küsis, milliseid soovitusi või sekkumisvõimalusi on olukorras, kus lapsevanem ei mõista näiteks lapse liikumise ja õues viibimise tähtsust vaimsele tervisele.

Minni Timberg märkis, et lapse vaimset tervist ja toimetulekut võib toetada see, kui laps saab elada eakohaselt iseseisvat elu. Näiteks minna alates seitsmenda eluaastast ise kooli ja trenni, tulla ise koju ning veeta aega sõpradega. Ta mõõnis, et tegemist ongi keerulise küsimusega, kuidas teatud ühiskondlike muutusi ja hoiakuid mõjutada.

Signe Riisalo viitas vanemahariduse programmidele, mille eesmärk on suurendada vanemate teadlikkust. Ta märkis, et lisaks seni väikelaste vanematele suunatud programmidele kohandatakse ja võetakse kasutusele ka teismeliste laste vanematele mõeldud programme.

Tanel Kiik märkis, et lisaks koolikeskkonnale on oluline pöörata tähelepanu ka lasteaiakeskkonnale ja haridussüsteemile tervikuna. Ta tõdes, et sündide arvu vähenemine Eestis loob negatiivse suundumuse kõrval võimaluse pakkuda lastele rohkem individuaalset tähelepanu. Selleks tuleks lasteaia- ja koolitöötajate arvu vähendamise asemel kujundada lasteaedades väiksemad rühmad ja koolides väiksemad klassid. Ta küsis, kas suurem töötajate arv lapse kohta võiks avaldada laste vaimsele tervisele positiivset mõju, võimaldades rohkem tähelepanu, varajast märkamist ja ennetustegevust.

Minni Timberg nõustus, et laste arvu vähenemine võib anda võimaluse pöörata igale lapsele rohkem tähelepanu. Samas ei paikne lapsed Eestis ühtlaselt ning on oht, et teenused ja võimalused koonduvad Tallinnasse. Koolivõrgu kavandamisel tuleb hinnata ka laste võrdset kohtlemist.

Signe Riisalo tänas päevakorrapunkti osalenud külalisi.

Seejärel tegi S. Riisalo ettepaneku algatada Riigikogu täiskogus olulise tähtsusega riikliku küsimuse arutelu teemal „Laste vaimse tervise olukord ja arengusuunad“, mis toimuks 19. novembril 2026. OTRK ettevalmistamiseks soovis ta moodustada komisjoni töörühma, milles lisaks komisjoni esimehele nõustusid osalema Tanel Kiik, Mihkel Lees ja Irja Lutsar. Signe Riisalo pani hääletusele menetlusliku otsuse.

Otsustati:

2.1. Algatada Riigikogu täiskogus olulise tähtsusega riikliku küsimuse arutelu (konsensus: Jaanus Karilaid, Tanel Kiik, Helmen Kütt, Mihkel Lees, Irja Lutsar, Eero Merilind, Õne Pillak, Signe Riisalo).

3. Sotsiaaldemokraatliku Erakonna fraktsiooni ja Riigikogu liikmete Andre Hanimägi, Tanel Kiige ja Züleyxa Izmailova algatatud ravimiseaduse muutmise seaduse eelnõu (917 SE) esimese lugemise ettevalmistamine

Helmen Kütt andis ülevaate eelnõust ([917 SE](#)), millega sätestatakse ravimiseaduses alus Tervisekassale hüvitada mittetulundusühingutele, sihtasutustele või usulisetele ühendustele annetuste eest ostetud harvikaiguste, vähktõve ja muude pahaloomuliste kasvajate raviks mõeldud ravimi ostmisel tasutud käibemaksuga võrdne summa. Muudatustega soovitakse vähendada kulusid harvikaiguste, vähktõve ja muude pahaloomuliste kasvajate raviks mõeldud ravimitele ja toetada eraõiguslikke juriidilisi isikuid selliste ravimite ostmisel. H. Kütt selgitas, et eelnõu algatajad kaalusid ka võimalust vabastada annetajate toel soetatud ravimid käibemaksust või rakendada nendele ravimitele käibemaksuerandit. Kuna kehtiv õigus ei võimalda kehtestada käibemaksuerandit, mis sõltuks ravimi soetajast või rahastamisallikast, otsustasid eelnõu algatajad töötada välja kompensatsioonimehhanismi ehk toetuse väljaspool maksusüsteemi. Lisaks tõi H. Kütt välja, et 2024. aastal maksis sihtasutus

Hille Tänavsuu Vähiravifond Kingitud Elu soetatud ravimitelt riigile käibemaksu enam kui 400 000 eurot ja SA Tartu Ülikooli Kliinikumi Lastefond maksis riigiarvesse läbi ravimite käibemaksu enam kui 300 000 eurot. H. Kütt rõhutas, et eelnõu ei ole erakonnapoliitiline, vaid lähtub pikalt arutatud probleemi lahendamise vajadusest.

Kristiina Aavik tutvustas Vabariigi Valitsuse arvamust ravimiseaduse muutmise seaduse eelnõu (917 SE) kohta. Ta märkis, et algatuse eesmärk parandada raske haigusega patsientide ravivõimalusi on oluline ning heategevusorganisatsioonide ja annetajate panus väga tänuväärne. Eelnõus pakutud meede keskendub käibemaksu kompenseerimisele. Tegemist on riigieelarve tuluga ning muudatus tooks sisuliselt kaasa täiendava rahalise kohustuse Tervisekassale, kelle ülesanne on tagada ravikindlustuse vahendite kestlik kasutamine. See tähendab, et see tuleks teiste ravimite ja raviteenuste arvelt. Kavandatava lahenduse kohaselt saaksid täiendavat avalikku rahastust annetuste toel soetatud ravimid, kuid toetus ei laieneks patsientidele, kes ostavad ravimeid omal kulul. Rahandusministeerium on juhtinud tähelepanu sellele, et võrreldavas olukorras olevaid patsiente tuleb kohelda ühetaoliselt. Seetõttu on Rahandusministeerium, Sotsiaalministeerium ja Vabariigi Valitsus seisukohal, et eelnõu esitatud kujul toetada ei saa.

K. Aavik lisas, et oluline on tagada heade ravimite kättesaadavus kõigile kindlustatud isikutele selge ja ühetaolise menetluse alusel. Riik on harvikaiguste ravimite kättesaadavuse parandamiseks juba rakendanud meetmeid. Riigi Tugiteenuste Keskuse kaudu on neljaks aastaks ette nähtud ligi neli miljonit eurot aastas ning loodud on ultraharvikaiguste erandkord. Selle alusel ei pea soodusravimite loetellu kandmise taotlust esitama ravimitootja, vaid seda saavad teha patsient ja tema raviarst. Tervisekassa hindab neid taotlusi omal algatusel ja võtab ühendust ravimitootjaga. Seetõttu tekib küsimus, kas annetuste eest soetatud ravimite käibemaksukulu hüvitamiseks on vaja täiendavat paralleelset lahendust.

Irja Lutsar märkis, et lisaks ravimitele vajavad haiged, eriti harvikaigustega inimesed, ka muid raviteenuseid. Kui ravimite rahastamise tõttu vähenevad näiteks füsioteraapia või teiste teenuste vahendid, võib see halvendada üldist ravikättesaadavust. Samuti juhtis ta tähelepanu sellele, et Tervisekassa ei rahasta registreerimata ravimeid, kuid fondid võivad seda teha. I. Lutsar ei pidanud tõenduspõhise meditsiini põhimõtetest lähtudes õigeks registreerimata ravimite kasutuselevõtu täiendavat rahalist toetamist, kuid märkis, et toetab uute ja innovaatiliste ravimite kasutuselevõttu.

Eero Merilind märkis, et toetab kõnealuseid ettepanekuid. Ta lausus, et on ka ise varasemalt püüdnud algatada vastavat seaduseelnõu, kuid selle koostamisel sai takistuseks Euroopa Liidu direktiiv, mis ei võimalda ravimeid käibemaksuvabalt müüa.

Tanel Kiik tõstatas patsientide ebavõrdse kohtlemise argumendiga seoses küsimuse. Ta märkis, et sama loogika kohaselt võiks ebavõrdsust tekitavaks pidada iga riigi pakutavat toetust, kuna osa inimesi tasub vastava teenuse eest ise täies ulatuses. Kõnealusel juhul on aga tegemist annetustega, millelt annetajad on juba tasunud tulu- ja sotsiaalmaksu. Seega on riik maksutulu juba saanud ning ravimite soetamisel lisandub sellele käibemaksutulu. Käibemaksust vabastamise või selle tagastamise korral saaks fond vastavaid vahendeid kasutada suuremas ulatuses inimeste tervise toetamiseks. Ta lisas, et tema hinnangul ei tekitaks see sisulist ebavõrdsust ega annaks kellelegi põhjendamatut eelist, vaid võimaldaks laiendada toetust saavate inimeste ringi.

Kristiina Aavik märkis, et sarnase sisuga kollektiivse pöördumise arutamisel jäi välja toomata asjaolu, et annetustelt käibemaksuna tasutav raha ei lähe tervishoiusüsteemi jaoks kaduma, vaid jõuab sellesse kaudselt tagasi.

Tanel Kiik lausus, et tema hinnangul koheldakse ebaõiglaselt annetajaid, kes on annetamiseks kasutatud tulult tasunud tulu- ja sotsiaalmaksu ning kelle annetatud vahenditelt võtab riik täiendavalt käibemaksu. Ta sõnas, et ebavõrdsus seisneb pigem selles ning ühiskonna enamuse toetust sellele seisukohale näitavad ka esitatud pöördumised ja algatused.

Kristiina Aavik selgitas, et kui eelnõu võetakse vastu praegusel kujul, hüvitatakse saamata jääv käibemaks ravikindlustuse eelarvest. Seetõttu väheneks teistele kindlustatud isikutele osutatavate tervishoiuteenuste maht.

Tanel Kiik märkis, et hüvitamise viis on võimalik kokku leppida eelnõu menetlemise käigus

ning selleks ei pea kasutama ravikindlustuse eelarve vahendeid.

Helmen Kütt juhtis tähelepanu, et mittetulundusühingute puudumise korral ei tehtaks vastavaid annetusi ega laekuks riigile nendelt vahenditelt käibemaksu. Tema hinnangul saaks riik laekunud käibemaksu samas ulatuses Tervisekassale suunata, vähendamata seejuures teiste tervishoiuteenuste rahastamist. Ta rõhutas, et inimeste olukorrad ja ravivõimalused on erinevad, mõne patsiendi haigus allub Tervisekassa rahastatavale ravimile, teise puhul aga mitte. Täiendavate ravivõimaluste leidmine annaks patsiendile lootust. Ta lisas, et Tervisekassa varasemad juhid on märkinud annetuste toel tegutsevate fondide positiivset mõju, kuna nende kaudu abi saavate inimeste ravi on täiendanud riiklikke ravivõimalusi. Kui annetusi vahendavad organisatsioonid tegevuse lõpetaksid, jääks riigil saamata ka vastav käibemaksutulu.

Signe Riisalo pani hääletusele menetluslikud otsused.

Otsustati:

3.1. Teha ettepanek võtta eelnõu täiskogu päevakorda 29.09.2026 (konsensus: Jaanus Karilaid, Tanel Kiik, Helmen Kütt, Mihkel Lees, Irja Lutsar, Eero Merilind, Örne Pillak, Signe Riisalo).

3.2. Teha ettepanek eelnõu tagasi lükata (poolt 4: Mihkel Lees, Irja Lutsar, Örne Pillak, Signe Riisalo; vastu 3: Jaanus Karilaid, Tanel Kiik, Helmen Kütt; erapooletuid 1: Eero Merilind).

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

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

4. Elatisabi nõude aegumise ja vanemahüvitise ümberarvutamise reeglite arutelu

Signe Riisalo märkis, et 14. septembri 2026 Riigikohtu põhiseaduslikkuse järelevalve kolleegiumi määrusest tulenevalt tuleb muuta perehüvitiste seadust (PHS). Samuti tuleb perehüvitiste seaduses täpsustada riigile üle läinud elatisnõuete aegumise regulatsiooni, et nõuded ei aeguks enne, kui riigil tekib tegelik võimalus need võlgnikult sisse nõuda. Seejärel andis ta muudatuste tutvustamiseks sõna Sotsiaalministeeriumi esindajale.

Maarja Kärson rääkis, et esimene muudatus on seotud eelmisel nädalal avalikustatud Riigikohtu lahendiga, milles tõlgendati perehüvitiste seadust senisest praktikast erinevalt. Nimelt leidis Riigikohus, et emale makstavat vanemahüvitist tuleks arvutada senisest erinevalt. M. Kärson selgitas, et praegu makstakse emadele kahte liiki vanemahüvitist. Ema vanemahüvitist makstakse juba enne lapse sündi (varasem sünnitushüvitis). Pärast lapse sündi hakatakse emale või isale maksma jagatavat vanemahüvitist, mille kasutamist saavad vanemad omavahel jagada ja kombineerida. Kehtiva seaduse kohaselt arvutatakse enne lapse sündi määratava ema vanemahüvitise suurus lapse eeldatava sünnikuupäeva alusel ning pärast lapse sündi määratava jagatava vanemahüvitise suurus lapse tegeliku sünniaja alusel. Et lapse eeldatava/tegeliku sünnikuu järgi määratakse hüvitise referentsperiood, siis nt väga enneaegse sünnituse korral võivad referentsperioodid ja seega ka hüvitiste suurused erineda. M. Kärson selgitas, et enamikul juhtudel hüvitise maksmisel erinevust ei teki. Ligikaudu 90% naistest on mõlema perioodi hüvitise suurus sama, kuna laps sünnib eeldatava tähtaja lähedal. Kui eeldatava ja tegeliku sünnikuupäeva vahe on aga suur, võib hüvitiste suurus erineda. Riigikohus on leidnud, et ema vanemahüvitist tuleks maksta kogu perioodi vältel samas suuruses. See seisukoht erineb senisest praktikast, mille alusel Sotsiaalkindlustusamet (SKA) hüvitist arvutab. Seetõttu on vaja teha kiireloomuline seadusemuudatus, et vältida ebaselgust vanemahüvitiste arvutamisel ning võimalikke täiendava väljamakse või tagasinõude juhtumeid.

Signe Riisalo küsis selgitust, miks Riigikohtu lahendis sisaldub viide PHS § 39 lg 3 punktile 2, aga eelnõus sisaldub viide sama paragrahvi lg 3 punktile 1.

Maarja Kärson selgitas, et Riigikohtu hinnangul tuleks senise tõlgenduse säilitamiseks näha

PHS § 45 lõikes 3 ette selge erand, viidates PHS § 39 lg 3 punktile 2, mis reguleerib jagatava vanemahüvitise arvutamist. Nimetatud säte hõlmab nii ema vanemahüvitist varem saanud emasid kui ka teisi vanemahüvitise saajaid ning näeb mõlemal juhul ette hüvitise arvutamise lapse tegeliku sünnikuupäeva alusel. Analüüsi tulemusel jõuti järeldusele, et viide PHS § 39 lg 3 punktile 2 laiendaks regulatsiooni ka sihtrühmadele, kellele see ei peaks kohalduma. Kuna Riigikohtu käsitus puudutas üksnes emasid, soovitakse muudatus piirata selle sihtrühmaga ning vältida selle laienemist isadele, teistele vanemahüvitise saajatele ja lapsendajaperedele.

Tanel Kiik küsis, kas muudatus käsitleb ka enneaegseid sünde, arvestades põhimõtet, et vanemahüvitise suurus ei tohiks sõltuda isiku tahtest sõltumatutest asjaoludest ega seetõttu väheneda.

Maarja Kärson vastas, et enneaegsete laste vanemate vanemahüvitise küsimus tõstatati ka kõnealuses kohtumenetluses. Riigikohus ei tuvastanud kehtiva regulatsiooni põhiseadusvastasust, vaid lahendas küsimuse tõlgendamise teel. Konkreetse juhtumi menetlus jätkub madalama astme kohtutes. Küsimust ei ole võimalik lahendada kiirkorras, kuna võimalik erand enneaegsete laste vanematele eeldab põhjalikumalt analüüsi. Muu hulgas tuleb hinnata erandi ulatust, selle põhjendatust ja võimalikku kohaldamist teistele sihtrühmadele. Samuti eeldaks muudatus SKA väljamaksete süsteemide kohandamist.

Signe Riisalo küsis, kas enne võimalike muudatuste tegemist oodatakse ära kohtulahend ja seejärel hinnatakse regulatsiooni muutmise vajadust.

Maarja Kärson vastas, et teemat on kavas põhjalikumalt analüüsida ning enne edasiste otsuste tegemist oodatakse ära kohtulahend.

Tanel Kiik küsis elatisnõuete aegumist puudutava muudatuse kohta.

Maarja Kärson vastas, et muudatusega reguleeritakse selgemalt riigile üle läinud elatisnõuete aegumist, et need ei aeguks enne, kui riigil tekib tegelik võimalus nõue võlgnikult sisse nõuda. Ta selgitas, et elatisabi on riiklik toetus lastele, kelle vanem ei täida ülalpidamiskohustust. Kui elatist ei ole võimalik kohtuotsuse alusel täitemenetluses sisse nõuda, maksab riik perele elatisabi 200 eurot kuus. Väljamaksete ulatuses läheb elatisnõue üle riigile ning seda nõuet menetletakse täitemenetluses lapse nõude kõrval. Lapse nõue hakkab aeguma lapse täisealiseks saamisel ja aegumistähtaeg on kümme aastat. Riigile üle läinud nõude aegumise algus ja peatumine ei ole kehtivas õiguses piisavalt selgelt reguleeritud, mistõttu võib riigi nõue aeguda enne lapse põhinõuet ning riigil võib puududa võimalus nõude rahuldamiseks. Ebaselguse kõrvaldamiseks tuleks seaduses sätestada, et riigi nõude aegumine algab lapse täisealiseks saamisel ja aegumistähtaeg on kümme aastat ehk riigi nõudele kohaldatakse lapse põhinõudega samu reegleid. Küsimus on kiireloomuline, sest elatisabisüsteem loodi 2017. aastal ning kehtiva regulatsiooni kohaselt võivad riigi nõuded hakata aeguma 2027. aastal, kui aegumistähtaega ei pikendata.

Signe Riisalo pani hääletusele menetluslikud otsused.

Otsustati:

- 4.1.** Algatada sotsiaalkomisjoni poolt perehüvitiste seaduse muutmise seaduse eelnõu (konsensus: Tanel Kiik, Mihkel Lees, Irja Lutsar, Eero Merilind, Örne Pillak, Signe Riisalo).
- 4.2.** Juhul, kui eelnõu võetakse menetlusse ja juhtivkomisjoniks määratakse sotsiaalkomisjon, siis määrata juhtivkomisjoni esindajaks Tanel Kiik (konsensus: Tanel Kiik, Mihkel Lees, Irja Lutsar, Eero Merilind, Örne Pillak, Signe Riisalo).
- 4.3.** Juhul, kui eelnõu võetakse menetlusse ja juhtivkomisjoniks määratakse sotsiaalkomisjon, siis teha ettepanek võtta eelnõu täiskogu päevakorda 13.10.2026 (konsensus: Tanel Kiik, Mihkel Lees, Irja Lutsar, Eero Merilind, Örne Pillak, Signe Riisalo).
- 4.4.** Juhul, kui eelnõu võetakse menetlusse ja juhtivkomisjoniks määratakse sotsiaalkomisjon, siis teha ettepanek esimene lugemine lõpetada (konsensus: Tanel Kiik, Mihkel Lees, Irja Lutsar, Eero Merilind, Örne Pillak, Signe Riisalo).

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

5. Info ja muud küsimused

Infot ei esitatud ja muid küsimusi ei arutatud.

(allkirjastatud digitaalselt)
Signe Riisalo
juhataja

(allkirjastatud digitaalselt)
Terle Kask
protokollija

(allkirjastatud digitaalselt)
Riin Lindpere
protokollija