



Riigikogu sotsiaalkomisjoni istungi protokoll nr 191

Tallinn, Toompea

Esmaspäev, 12. oktoober 2026

Algus 11.10, lõpp 12.40

Juhataja: Signe Riisalo (esimees)

Protokollija: Riin Lindpere (konsultant)

Võtsid osa:

Komisjoni liikmed: Diana Ingerainen (Irja Lutsar asendusliige), Jaanus Karilaid, Tanel Kiik, Helmen Kütt, Mihkel Lees, Eero Merilind, Önne Pillak, Aleksandr Tšaplõgin

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

Puudus: Kalle Grünthal

Kutsutud: Sotsiaalministeeriumi laste ja perede osakonna perepoliitika juht Maarja Kärson (2. päevakorrapunkt) ja nõunik Artur Panov (2. ja 5. päevakorrapunkt); sotsiaalminister Karmen Joller (3. ja 4. päevakorrapunkt); Sotsiaalministeeriumi tervishoiuteenuste osakonna eriarstiabi ekspert Pille Saar (3. päevakorrapunkt); Sotsiaalministeeriumi hoolekande osakonna puudega inimeste õiguste poliitika juht Kadri Mets ja tervishoiukorralduse osakonna ravimi- ja meditsiiniseadmete poliitika juht Kärt Veliste (4. päevakorrapunkt); eelnõu algataja esindaja Lauri Laats; Riigikogu Kantslei avalike suhete osakonna pressinõunik Maris Meiessaar

Päevakord:

1. Nädala töökava kinnitamine
2. Sotsiaalkomisjoni algatatud perehüvitiste seaduse muutmise seaduse eelnõu (1022 SE) esimese lugemise ettevalmistamine
3. Vabariigi Valitsuse algatatud tervishoiuteenuste korraldamise seaduse ja Kaitseväge korralduse seaduse muutmise seaduse (tegevusloa ja registreeringuga seotud muudatused) eelnõu (1000 SE) esimese lugemise ettevalmistamine
4. Vabariigi Valitsuse algatatud ravikindlustuse seaduse ja teiste seaduste muutmise seaduse (abivahendite ja meditsiiniseadmete reform) eelnõu (1036 SE) esimese lugemise ettevalmistamine
5. Eesti Keskerakonna fraktsiooni algatatud perehüvitise seaduse muutmise seaduse eelnõu (959 SE) esimese lugemise ettevalmistamine
6. Info ja muud küsimused

1. Nädala töökava kinnitamine

Riigikogu sotsiaalkomisjoni nädala (12.10.2026-18.10.2026) töökava

Komisjoni istung esmaspäeval, 12.10.2026 kell 11.10

1. Nädala töökava kinnitamine
2. Sotsiaalkomisjoni algatatud perehüvitiste seaduse muutmise seaduse eelnõu (1022 SE)

esimese lugemise ettevalmistamine

3. Vabariigi Valitsuse algatatud tervishoiuteenuste korraldamise seaduse ja Kaitseväge korralduse seaduse muutmise seaduse (tegevusloa ja registreeringuga seotud muudatused) eelnõu (1000 SE) esimese lugemise ettevalmistamine

4. Vabariigi Valitsuse algatatud ravikindlustuse seaduse ja teiste seaduste muutmise seaduse (abivahendite ja meditsiiniseadmete reform) eelnõu (1036 SE) esimese lugemise ettevalmistamine

5. Eesti Keskerakonna fraktsiooni algatatud perehüvitise seaduse muutmise seaduse eelnõu (959 SE) esimese lugemise ettevalmistamine

6. Info ja muud küsimused

Komisjoni istung teisipäeval, 13.10.2026 kell 14.00

1. Olulise tähtsusega riikliku küsimuse „Laste vaimse tervise olukord ja arengusuunad“ ettevalmistamine

2. Sotsiaaldemokraatliku Erakonna fraktsiooni, Ester Karuse, Tanel Kiige, Züleyxa Izmailova algatatud okupatsioonirežiimide poolt represseeritud isiku seaduse muutmise ja sotsiaalhoolekande seaduse muutmise seaduse eelnõu (represseeritute ja tuumakatastroofi tagajärgede likvideerijate toetuse suurendamine) (980 SE) esimese lugemise ettevalmistamine

3. Sotsiaaldemokraatliku Erakonna fraktsiooni esitatud Riigikogu otsuse eelnõu „Ettepaneku tegemine Vabariigi Valitsusele töötada välja meetmed laste ja noorte vaimse tervise abi kättesaadavuse parandamiseks ning lapsevanemate toetamiseks nutiseadmete ja sotsiaalmeedia kasutuse piiramisel“ (977 OE) esimese lugemise ettevalmistamine

4. Info ja muud küsimused

Teisipäeval, 13.10.2026 kell 17.00-21.00

1. Eesti Teaduste Akadeemia ja Eesti Vabariigi Riigikogu ürituste sarja "Vaimu ja võimu dialoog Toompeal" viies üritus

Teema: Demograafiliste muutustega kohanemise võimalused ja väljakutsed

Otsustati:

1.1. Kinnitada nädala töökava (konsensus: Diana Ingerainen, Jaanus Karilaid, Helmen Kütt, Mihkel Lees, Eero Merilind, Örne Pillak, Signe Riisalo, Aleksandr Tšaplõgin).

2. Sotsiaalkomisjoni algatatud perehüvitiste seaduse muutmise seaduse eelnõu (1022 SE) esimese lugemise ettevalmistamine

Signe Riisalo selgitas, et komisjoni algatatud eelnõu on koostatud koostöös

Sotsiaalministeeriumiga. Ta juhtis tähelepanu sellele, et Vabariigi Valitsuse aramus ei ole veel saanud. Seetõttu tegi ta ettepaneku jätta eelnõu selle nädala täiskogu päevakorrast välja. Lisaks tegi ta T. Kiige soovil ettepaneku määrata eelnõule uus juhtivkomisjoni esindaja.

Otsustati:

2.1. Määrata juhtivkomisjoni esindajaks Signe Riisalo (konsensus: Diana Ingerainen, Jaanus Karilaid, Tanel Kiik, Helmen Kütt, Mihkel Lees, Eero Merilind, Örne Pillak, Signe Riisalo, Aleksandr Tšaplõgin).

2.2. Teha ettepanek eelnõu täiskogu päevakorrast välja arvata (konsensus: Diana Ingerainen, Jaanus Karilaid, Tanel Kiik, Helmen Kütt, Mihkel Lees, Eero Merilind, Örne Pillak, Signe Riisalo, Aleksandr Tšaplõgin).

2.3. Teha ettepanek võtta eelnõu täiskogu päevakorda 21.10.2026 (konsensus: Diana Ingerainen, Jaanus Karilaid, Tanel Kiik, Helmen Kütt, Mihkel Lees, Eero Merilind, Örne Pillak, Signe Riisalo, Aleksandr Tšaplõgin).

3. Vabariigi Valitsuse algatatud tervishoiuteenuste korraldamise seaduse ja Kaitseväge korralduse seaduse muutmise seaduse (tegevusloa ja registreeringuga seotud

muudatused) eelnõu (1000 SE) esimese lugemise ettevalmistamine

Signe Riisalo rääkis päevakorrapunkti sissejuhatuseks, et Vabariigi Valitsuse algatatud tervishoiuteenuste korraldamise seaduse ja Kaitseväe korralduse seaduse muutmise seaduse eelnõuga (tegevusloa ja registreeringuga seotud muudatused) soovitakse tugevdada tervishoiuteenuste kvaliteeti, patsiendihutust ja järelevalvet. Selleks muudetakse tegevuslubade hindamine sisulisemaks, täpsustatakse tervishoiutöötaja registreeringu peatamise, pädevuse taastamise ja täienduskoolitusele suunamise korda, korrastatakse kiirabiteenust ning võimaldatakse eriotstarbelisi kiirabibrigaade. Eelnõu tutvustamiseks andis ta sõna sotsiaalministrile.

Karmen Joller tõi esile, et kui seni on tervishoiuteenuste kvaliteedinõuete puhul keskendutud eelkõige vormilistele tingimustele, siis eelnõuga pööratakse senisest enam tähelepanu teenuse sisulisele kvaliteedile ja patsiendihutusele. Eelnõu muudatuste täpsemaks tutvustamiseks andis ta sõna Pille Saarele.

Pille Saar rääkis slaidide (lisa 1) abil, et tegemist on tervikpaketiga, mis pöörab rohkem tähelepanu teenuse sisule. Praegu keskendub Terviseamet tegevuslubade ja registreeringute puhul peamiselt ruumide, seadmete, personali ja dokumentide formaalsele kontrollile. Muudatustega soovitakse seniseid nõudeid säilitades hinnata paremini ka teenuse tegelikku korraldust ja kvaliteeti. P. Saar selgitas, et eelnõu muudatused jagunevad nelja põhiossa. Esiteks saab Terviseamet enne tegevusloa väljastamist küsida ettevõtjalt täiendavat teavet teenuse kvaliteedi ja sisulise korralduse kohta. Teiseks saab Terviseamet sekkuda patsiendiohtliku olukorra korral, kui tervishoiutöötaja rikub raskelt kutsetegevuse nõudeid või kasutab mittetõendus põhiseid meetodeid. Kolmandaks täpsustatakse kiirabi regulatsiooni, sidudes kiirabiteenuse senisest selgemalt Häirekeskuse korralduste ja operatiivvalmidusega. Neljandaks suurendatakse kriisivalmiduse paindlikkust: kriisi-, katastroofi- või sõjaolukorras võib Terviseamet võimaldada teenust osutada kiirendatud tegevusloamenetlusega või teatud juhtudel ilma tavapärase tegevusloamenetlusest. Ta selgitas, et kiirabi igapäevane töökorraldus ei muutu: väljakutsed toimuvad ka edaspidi Häirekeskuse kaudu. Praegune sõnastus, mille kohaselt võib kiirabi välja sõita ka muul viisil saadud teabe alusel, on tekitanud ebaselgust. Näiteks võivad üritustel turva- või transporditeenust osutavad niinimetatud üksikbrigaadid pidada end kiirabiks, kuigi nad ei ole Häirekeskuse juhitud operatiivvalmiduses. Kui sündmuskohal vajab inimene kiiret stabiliseerimist ja haiglasse toimetamist, tuleb kutsuda riiklik kiirabi Häirekeskuse kaudu. Muudatusega eristatakse seega selgelt riiklikku kiirabiteenust muudest meditsiinilistest transpordi- ja turvateenustest. Kiirabi rahastamise lepingut võib edaspidi sõlmida kuni kümneks aastaks senise viie aasta asemel. Pikem leping annab suuremate investeeringute tegemiseks rohkem kindlust, kuid kümneaastane tähtaeg on võimalus, mitte kohustus. Rahastamisleping sõlmitakse avalikul konkursil valituks osutunud kiirabibrigaadi pidajaga. Teenuse osutamise loogika muutub sarnaseks perearstiabi korraldusega: Tervisekassa kuulutab välja konkursi, valib võitja, võitja taotleb tegevusluba, Terviseamet annab tegevusloa ja seejärel sõlmitakse rahastamisleping ning alustatakse teenuse osutamist. Nii ei pea ettevõtja enne konkursi tulemust tegema ulatuslikke investeeringuid brigaadidesse teadmata, kas ta konkursi võidab. P. Saar selgitas, et eelnõu üks mahukamaid osi käsitleb tervishoiutöötaja registreeringu peatamist. Muudatuste eesmärk on tagada, et tervishoiutöötajad osutaksid tõenduspõhist teenust, järgiksid ohutusnõudeid ega ületaks oma kutsealast pädevust. Kehtiva korra järgi saab Terviseamet registreeringu peatada kuni üheks aastaks ja teha ettekirjutuse. Kui peatamise tähtaeg möödub, tuleb teha uus ettekirjutus, kuid registreeringut ei saa pikemaks ajaks peatada ega tervishoiutöötajat pädevuse taastamiseks eksamile suunata. Eelnõu kohaselt saab Terviseamet kutse- või erialanõuete süstemaatilise rikkumise korral registreeringu peatada, algatada järelevalve ning suunata tervishoiutöötaja vajaduse korral eksamile või täienduskoolitusele. Pärast pädevuse taastamist saab registreeringu ennistada. Ravi sisu Terviseamet ise ei hinda, vaid kaasab vajaduse korral pädeva eksperdi Tartu Ülikoolist või erialaühendusest. Registreeringu peatamine võib olla põhjendatud näiteks juhul, kui tervishoiutöötaja loobub põhjendamatult vajalikust ravist ja asendab selle üksnes mittetõendus põhiste võtetega, kasutab Euroopa Liidus registreerimata meditsiiniseadmeid viisil, mis põhjustab patsiendile tervisekahju, jätkab pärast tegevusloa peatamist sama tegevust uue ettevõtte nime all, kirjutab

põhjendamatult suures koguses välja narkootilisi aineid või muid ravimeid või tegutseb väljaspool oma kutsealast pädevust. Terviseamet ei sekku üksiku eksimuse korral, välja arvatud juhul, kui sellega kaasneb oluline oht patsiendile. Üldjuhul peab rikkumine olema korduv või süsteemne ning sekkumiseks tuleb koguda tõendeid ja hinnata meetme proportsionaalsust. Tavapärane elustiilinõustamine, näiteks soovitus vähendada kehakaalu või loobuda suitsetamisest, ei ole registreeringu peatamise alus. Ta lisas, et tegevusloa menetluses soovitakse seniste üksikasjalike ruumi- ja muude vorminõuete kõrval pöörata rohkem tähelepanu teenuse sisule. Terviseamet peab juba menetluse käigus saama ülevaate kavandatavast teenusest, patsiendi teekonnast, nakkusohutuse korraldusest, patsiendiohutusest ning personali pädevuse ja teenuse kvaliteedi tagamisest. Vajaduse korral saab Terviseamet küsida teenuse sisu kohta lisateavet, et vältida sobimatu tegevusloa väljastamist, näiteks juhul, kui taotletava teenuse eesmärk ei vasta tervishoiuteenuse nõuetele. Neljas muudatuste plokk käsitleb tervishoiuteenuse osutamist kriisi ajal. Kui haigla ei saa kriisist tingituna oma tegevuskohas teenust osutada, võib ta Terviseameti nõusolekul jätkata teenuse osutamist teises tegevuskohas ilma tavapärast pikka tegevusloamenetlust läbimata. Eelnõuga luuakse õiguslik alus ka olukordadeks, kus välisriigi humanitaar- või meditsiiniorganisatsioon, näiteks Punane Rist, rajab Eestisse ajutise ravipunkti või kriisi ajal tuleb rajada ajutine haigla.

Signe Riisalo küsis, millist tagasisidet on eelnõule andnud huvirühmad, eelkõige tervishoiuteenuse osutajad. Kas nad on esitanud põhimõttelisi vastuväiteid või kriitilisi seisukohti, mida komisjon peaks eelnõu menetlemisel arvesse võtma? Ta märkis, et kooskõlastustabeli põhjal võib järeldada, et üldjoontes toetatakse kavandatavaid muudatusi.

Pille Saar vastas, et põhimõttelisi vastuväiteid ei ole esitatud. Eelnõu arutati mitme erialanõuniku ning tervishoiuteenuse osutajate ja haiglate esindajatega. Üldiselt toetatakse suunda muuta tegevusloa menetlus sisulisemaks ja vähendada formaalsete nõuete osakaalu. Märkimisväärne osa kavandatavatest muudatustest viiakse ellu rakendusaktidega. Näiteks soovitakse võimaldada eri erialade arstidel kasutada samu vastuvõturuume, kui teenuse laad ja patsiendiohutus seda võimaldavad. Tervishoiuteenuse osutajad on sellist paindlikkust oodanud juba pikka aega.

Signe Riisalo andis komisjoni liikmetele küsimusteks sõna.

Jaanus Karilaid märkis kiirabiteenuse konkurssi ja kuni kümneaastast rahastamislepingut käsitledes, et juba viieaastane lepinguperiood on turutingimusi arvestades väga pikk, kuna hinnad muutuvad ning kuludid on keeruline nii pikaks ajaks ette prognoosida. Ta küsis, millisele majanduslikule analüüsile tugineb ettepanek pikendada lepingu võimalikku kestust kümne aastani ning kas selle ettepaneku tegid haiglad, eraettevõtjad või mõni muu osaline. J. Karilaid hinnangul on viis aastat mõistlik lepinguperiood, mistõttu palus ta selgitada, miks on vaja luua võimalus sõlmida leping kuni kümneks aastaks.

Pille Saar vastas, et kümneaastane leping on võimalus, mitte kohustus. Ettepanek tugineb Tervisekassa hinnangule, et kiirabiteenuse osutamine eeldab suuri investeeringuid kiirabiautodesse, koolituskeskustesse ja teenuse toimepidevusse. Pikem lepinguperiood võib anda nende investeeringute tegemiseks suurema kindluse. Lepingu kestus otsustatakse igal juhul eraldi ja see võib olla ka lühem kui kümme aastat.

Jaanus Karilaid küsis, kas kahe- ja kolmeliikmeliste kiirabibrigaadide paiknemine on lõplikult otsustatud ning millistes piirkondades hakkavad tegutsema kahe- ja millistes kolmeliikmelised brigaadid.

Karmen Joller vastas, et teave avalikustatakse paari nädala jooksul. Algselt kavatseti see avaldada juba eelmisel nädalal, kuid selgus, et kahe kehtiva määruse sõnastus ei võimalda osalistega kokkulepitud muudatusi ellu viia. Seetõttu täpsustatakse määrusi ning lõplikud lahendused ei ole veel kinnitatud.

Signe Riisalo küsis, kas käesolev eelnõu neid küsimusi ei reguleeri.

Pille Saar selgitas, et eelnõu ei käsitle praegu käimasolevat kiirabikonkurssi.

Diana Ingerainen märkis, et tervishoiuteenuse osutajad on neid muudatusi kaua oodanud. Seoses tegevuslubade sisulisemaks muutmisega küsis ta, millisel õiguslikul tasandil sätestatakse teenuse põhiprotsesse ja patsiendi teekonda käsitlevad nõuded ning kas need kehtestatakse määrusega või jäetakse juhenditesse.

Pille Saar selgitas, et tegevusloa taotlemisel tuleb esitada kava, mille koostamisel lähtutakse

kvaliteedimäärusest. Täpsemad nõuded jäävad juhenditesse ja sõltuvad osutatava teenuse laadist. Esmatasandi ja perearstiabi korraldus on määruses üsna täpselt kirjeldatud, kuid ambulatoorse eriarstiabi või erahaigla puhul võivad vajadused olla teistsugused. Hinnatakse patsiendi teekonda ja ohutust, näiteks verevalvsuse korraldust ja seda, kui kiiresti saab patsiendi tüsistuse korral kõrgema etapi ravile transportida.

Eero Merilind küsis, kas juhul, kui praegune kiirabikonkurss lõpeb enne seaduse jõustumist, tuleb pärast seaduse vastuvõtmist korraldada uus konkurss. Samuti küsis ta, kes korraldab tervishoiutöötaja pädevuse taastamiseks vajaliku eksami ja võtab selle vastu.

Pille Saar selgitas, et praegu väljastatud kiirabi tegevusload jäävad kehtima. Kui konkursi võidab senine teenuseosutaja, ei muutu tema tegevusloa puhul midagi. Muutuda võib üksnes Tervisekassaga sõlmitava rahastamislepingu kestus, mis võib edaspidi olla kuni kümme aastat. Uus turule siseneja peab pärast konkursi võitmist taotlema tegevusluba ja esitama nõutud kirjelduse teenuse korralduse kohta. Käesolev eelnõu pooleliolevat konkurssi ei mõjuta, kuna eelnõu menetlemine võtab aega.

Karmen Joller selgitas, et praegu sõlmitakse viieaastaseid lepinguid. Uus seadus loob võimaluse sõlmida kuni kümneaastane leping, kuid ei kohusta seda tegema. Lepingu kestus lepatakse kokku kiirabibrigaadi pidaja ja Tervisekassa vahel.

Signe Riisalo märkis, et seaduse jõustumine ei lõpeta kehtivaid lepinguid.

Pille Saar selgitas, et eksameid korraldavad tervishoiutöötajaid koolitavad ülikoolid või tervishoiukõrgkoolid. Senine kord ei muutu: Tartu Ülikool korraldab juba praegu eksameid tervishoiutöötajatele, kes ei ole viie aasta jooksul pärast õpingute lõpetamist registrisse kantud, ning välisriigis kvalifikatsiooni omandanud isikutele. Eelnõuga laiendatakse seda korda tervishoiutöötajatele, kelle registreering on olulise rikkumise tõttu peatatud ja kellel tuleb oma pädevus taastada.

Eero Merilind palus täpsustada Tervisekassa lepingute sõlmimise korda. Ta küsis, kas ka kiirabiteenuse puhul võib senine teenuseosutaja pärast konkursi kaotamist rahastuseta jääda, kuigi on teinud suuri investeeringuid ja palganud töötajaid. Samuti soovis ta teada, kui pikk on sellisel juhul etteteatamisaeg ning kuidas maandatakse teenuseosutaja riske.

Karmen Joller selgitas, et kuni kümneaastase lepingu võimalus vähendabki senise teenuseosutaja investeerimisriski ja annab ettevõtjale suurema kindluse. Samal ajal peab säilima uute turule tulijate võimalus konkursil osaleda, näiteks juhul, kui nad pakuvad uuenduslikumat või kvaliteetsemat lahendust. Seetõttu ei ole lepingud tähtajatud.

Eero Merilind küsis, kas see tähendab, et uutel teenuseosutajatel avaneb võimalus turule siseneda üksnes iga kümne aasta järel.

Karmen Joller märkis, et see sõltub konkreetse lepingu kestusest ja sellest, millal kavandatakse järgmine konkurss.

Tanel Kiik märkis, et seaduse tekst võimaldab sõlmida lepingu kuni kümneks aastaks, kuid seletuskirjast võib kohati jääda mulje, et leping sõlmitakse vähemalt kümneks aastaks. Ta küsis, kas esimest korda kiirabiteenust osutama hakkava ettevõtjaga võib endiselt sõlmida lepingu kuni kolmeks aastaks, mistõttu ei saa uus turule tulija kohe kümneaastast lepingut.

Pille Saar vastas, et täpne vastus vajab kontrollimist, kuna kiirabikonkurssi ei ole aastaid korraldatud. Ta lubas Tervisekassaga täpsustada, kuidas kõnealust nõuet kohaldatakse. Ta lisas, et eelnõu ei piira võimalust sõlmida uue teenuseosutajaga esialgu lühem leping.

Tanel Kiik märkis, et tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 17 kohaselt võib esimest korda kiirabibrigaadi pidajaga sõlmida lepingu kuni kolmeks aastaks ning tema arusaama järgi seda nõuet ei muudeta. Seega ei saa uus turule tulija kohe kümneaastast lepingut ja kolme aasta möödudes saab hinnata, kas teenust on osutatud nõuetekohaselt.

Signe Riisalo tegi ettepaneku kutsuda eelnõu teise lugemise ettevalmistamisele Tervisekassa esindaja, et saada täpsemad vastused konkursi tingimuste ja lepingute kestuse kohta. Seejärel pani ta menetluslikud otsused hääletusele.

Otsustati:

3.1. Teha ettepanek võtta eelnõu täiskogu päevakorda 21.10.2026 (konsensus: Diana Ingerainen, Jaanus Karilaid, Tanel Kiik, Helmen Kütt, Mihkel Lees, Eero Merilind, Örne Pillak, Signe Riisalo, Aleksandr Tšaplõgin).

3.2. Teha ettepanek esimene lugemine lõpetada (konsensus: Diana Ingerainen, Jaanus Karilaid, Tanel Kiik, Helmen Kütt, Mihkel Lees, Eero Merilind, Örne Pillak, Signe Riisalo, Aleksandr Tšaplõgin).

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

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

4. Vabariigi Valitsuse algatatud ravikindlustuse seaduse ja teiste seaduste muutmise seaduse (abivahendite ja meditsiiniseadmete reform) eelnõu (1036 SE) esimese lugemise ettevalmistamine

Signe Riisalo märkis, et päevakorrapunktis keskendutakse Vabariigi Valitsuse algatatud ravikindlustuse seaduse ja teiste seaduste muutmise seaduse eelnõu (abivahendite ja meditsiiniseadmete reform) (1036 SE) esimese lugemise ettevalmistamisele. Reformiga viiakse Sotsiaalkindlustusameti (SKA) korraldatavad abivahendid järk-järgult üle Tervisekassa süsteemi, et lihtsustada inimese teekonda ja koondada abivahendite ning meditsiiniseadmete hüvitamine ühtsesse korraldusmudelisse. Eesmärk on, et inimene saaks tervise seisundist tuleneva abivahendi vajaduse korral vajaliku tõendi sobivalt tervishoiuspetsialistilt ega peaks abivahendi saamiseks taotlema puude raskusastet või pöörduma eraldi SKA-sse. Eelnõu tutvustamiseks andis ta sõna sotsiaalministrile.

Karmen Joller rääkis, et eelnõu eesmärk on muuta abivahendid ja meditsiiniseadmed inimestele lihtsamini kättesaadavaks. Ta märkis, et reformiga soovitakse kõrvaldada praegused takistused ja vähendada inimese jaoks segadust selles, milliseid tooteid hüvitab Tervisekassa ja milliseid korraldab SKA. Reformiga kujundatakse selgem ja terviklikum korraldus. Eelnõu muudatuste lähemaks tutvustamiseks andis ta sõna Kadri Metsale.

Kadri Mets tutvustas slaidide (lisa 2) abil ravikindlustuse seaduse ja teiste seaduste muutmise seaduse eelnõu, mis käsitleb abivahendite ja meditsiiniseadmete reformi. Ta selgitas, et praegu rahastab ja korraldab igapäevaelu toetamiseks mõeldud abivahendeid, näiteks ratastoole ja mähkmeid, SKA, meditsiiniseadmeid, sealhulgas diabeeditarvikuid, hüvitab aga Tervisekassa. Kahe süsteemi erinev korraldus on tekitanud segadust nii tõendite väljastajatele, ettevõtetele kui ka inimestele, kes võivad vajada tooteid mõlemast süsteemist. Paljud spetsialistid väljastavad tõendeid mõlemas süsteemis ning ettevõtted on nii SKA kui ka Tervisekassa lepingupartnerid. Reformi eesmärk on luua tervishoiuspetsialistidele, abivajajatele, ettevõtetele ja riigile ühtne korraldus- ja rahastusmudel, parandada toodete kättesaadavust ning muuta hüvitamise korraldus tõhusamaks. Eelnõu hõlmab viit teemat: abivahendite ja meditsiiniseadmete hüvitamise ühendamist, meditsiiniseadmete hinnaregulatsiooni täpsustamist, meditsiiniseadme kaardi väljakirjutamise õiguse laiendamist, meditsiiniseadmete regulatsiooni lihtsustamist ja arst-residentide ravimi väljakirjutamise õiguse laiendamist. Esmalt käsitles K. Mets abivahendite ja meditsiiniseadmete hüvitamise ühendamist. SKA korraldatavad abivahendid viiakse Tervisekassa süsteemi üle kolmes etapis aastatel 2027–2029. Esimeses etapis, 2027. aastal, integreeritakse Tervisekassa meditsiiniseadmete loetellu muu hulgas ortopeedilised jalatsid, nägemisabivahendid ja silma-, rinna- ja juukseproteesid. Teises etapis, 2028. aastal, liiguvad üle näiteks kuulmisabivahendid ja mähkmed. Kolmandas etapis, 2029. aastal, lisanduvad ratastoolid ja muud liikumisabivahendid. Üle viidavate toodete rahastus tagatakse jätkuvalt riigieelarvest arvestusliku kuluna. Püsikasutajatele luuakse automaatselt digitaalsed meditsiiniseadme kaardid. Seega ei pea inimene, kellele on SKA süsteemis väljastatud pikaajaliselt kasutatava abivahendi tõend, uues süsteemis sama vajaduse tõendamiseks uuesti spetsialisti poole pöörduma. Üleminek kavandatakse nii, et inimese õigus saada vajalikku toodet säilib katkestuseta. Ühtne süsteem vähendab riigi ja teenuseosutajate dubleerivat tööd. Ettevõttel on edaspidi üks riigipoolne lepingupartner ja üks müügikeskkond. Spetsialistidel ja abivajajatel on lihtsam süsteemis orienteeruda, sest toodete kohta on üks loetelu, meditsiiniseadme kaart väljastatakse retseptikeskuses ja lisateave on kättesaadav ühest kanalist. Praegu tuleb eristada

SKA abivahendite loetelu ja Tervisekassa meditsiiniseadmete loetelu ning kasutada vastavalt pabertõendeid või digitõendeid. Ühe süsteemi kasutuselevõtt võimaldab tulevikus arendada üht terviklikku lahendust kahe paralleelse süsteemi asemel. Kõik hüvitatavad tooted peavad olema registreeritud meditsiiniseadmete ja abivahendite andmekogus. See ei ole uus nõue: registreerimiskohustus on SKA korraldatavate abivahendite puhul kehtinud alates 2017. aastast. Kuna rahastamine ei ole seni alati registreerimisest sõltunud, ei ole nõuet kõigil juhtudel täidetud. Registreerimine annab riigile ülevaate turul olevatest toodetest, toetab järelevalvet ja aitab maandada tarneriske. See on oluline, sest riik rahastab abivahendeid aastas enam kui 30 mln euro ulatuses ja neid kasutab ligikaudu 80 000 inimest. Riigi hüvitatavad tooted peavad olema kvaliteetsed ja ohutud. Toote hinna ja hüvitamise tingimused lepitakse kokku Tervisekassaga. See võimaldab kaitsta inimese omaosalust ja kontrollida paremini riigi kulusid. SKA praeguses süsteemis võib ettevõtja toote hinda muuta sagedamini, kuid Tervisekassa süsteemis kujundatakse hinnad läbirääkimiste ja kokkulepete alusel. Tooteid hüvitatakse ravikindlustatud inimestele ja vajadust tõendab digitaalne meditsiiniseadme kaart. Terviseportaaliga saab inimene vaadata kaardi kehtivusaega, soodustusega ostetavaid koguseid ja juba tehtud oste. Nii tekib tal oma õigustest ja kasutatud hüvitisest terviklik ülevaade. Omaosaluse vähendamiseks rakendub täiendav ravimi- ja meditsiiniseadme hüvitis. See annab parema kaitse inimestele, kelle ravimite, meditsiiniseadmete ja abivahendite kogukulud on suured. Reform vähendab vajadust erandimenetluse järele, sest Tervisekassa tootepõhine loetelu võimaldab hüvitamise tingimusi ja koguseid inimeste vajaduste järgi täpsemalt määrata. Üleminekuajal saab erandlikke ja harva esinevaid juhtumeid jätkuvalt lahendada SKA kaudu. Alla 18-aastastele lastele säilib toodete 90-protsendiline soodusmäär.

Kärt Veliste jätkas ülevaadet, käsitledes meditsiiniseadmete hinnaregulatsiooni muudatusi. Muudatuste eesmärk on kehtestada kõigile müügikohtadele, sealhulgas apteekidele, ühesugused hinnalaed, et inimese omaosalus ei sõltuks enam meditsiiniseadme ostukohast. Tervisekassa lepitab partneritega läbirääkimiste käigus kokku toote maksimumhinna, mida peavad järgima kõik soodustusega müüjad. Praegu on seadus selles küsimuses ebaselge ja eelkõige apteekides võib toote hind kokkulepitud hinnalaest erineda. Muudatus muudab hinnakujunduse läbipaistvamaks ja inimese omaosaluse paremini prognoositavaks. See ei tähenda, et kõik samasse tooterühma kuuluvad meditsiiniseadmed peaksid maksma sama palju. Loetellu võivad jätkuvalt kuuluda eri hinnaga tooted ja inimene saab valida endale sobivaima. Tervisekassa piirhind arvutatakse tooterühma hinnataseme alusel, kallimatele toodetele kehtib aga kokkulepitud hinnalagi. Müüja võib toodet alati müüa odavamalt, kuid mitte hinnalaest kallimalt. Üldapteegid, mida on ligikaudu 470, saavad meditsiiniseadmeid jätkuvalt soodustusega müüa ilma eraldi müügilepinguta, sest müügiõigus tuleneb apteegi tegevusloast. Praegu on SKA-l eraldi lepingud ligikaudu 130 partnerapteegiga. Süsteemide ühendamisel kaob nende apteekide jaoks eraldi lepingu haldamise kohustus.

Kolmas teema on meditsiiniseadme kaardi väljakirjutamise õiguse laiendamine. Praegu võib digitaalse meditsiiniseadme kaardi väljastada üksnes arst. Eelnõuga luuakse võimalus anda see õigus ka teistele pädevatele tervishoiu- või tervisevaldkonnaga seotud spetsialistidele, näiteks õdedele, ämmaemandatele ja füsioterapeutidele. Seaduses sätestatakse üldine raam ja konkreetsete toodete puhul määratakse vajaduse tuvastamise ja kaardi väljakirjutamise õigus määrusega vastavalt spetsialisti pädevusele. Muudatuse eesmärk on säilitada abivahendite seniste tõendiväljastajate õigused ka toodete Tervisekassa süsteemi üleviimisel ja jagada töökoormus spetsialistide vahel otstarbekamalt. Näiteks võiks õde väljastada diabeeditarvikute kaardi ja inimene ei peaks üksnes kaardi saamiseks eraldi arsti vastuvõtule minema. Praegu võib juhtuda, et füsioterapeut tuvastab abivahendi vajaduse, kuid patsient peab digitaalse kaardi saamiseks pöörduma uuesti arsti poole. Eelnõu võimaldab meditsiiniseadmete väljakirjutamisse kaasata ligikaudu 11 000 täiendavat spetsialisti. Neljas muudatuste valdkond puudutab meditsiiniseadmete regulatsiooni lihtsustamist. Enamik reformiga hõlmatud toodetest on meditsiiniseadmed, kuid mõned igapäevaelu toetavad abivahendid, näiteks käsipuud, ei pruugi meditsiiniseadme määratluse alla kuuluda. Ka nende rahastamist on kavas jätkata. Meditsiiniseadme levitamisest peab edaspidi meditsiiniseadmete ja abivahendite andmekogus teavitama üksnes ettevõtja, kes toob seadme Eesti turule. Iga

üksik apteek ega edasimüüja ei pea sama teavet eraldi esitama. Nii tekib selgem ülevaade turustusahelast ja tarneraskuste või ohutussignaalide korral saab kiiremini kindlaks teha vastutava ettevõtja ja võimalikud alternatiivsed tarnijad.

Lihtsustatakse ka kliiniliste uuringute korraldust: madalama riskiga uuringu puhul asendatakse loataotlus teavitusega. Lisaks täpsustatakse meditsiiniseadmete ja abivahendite andmekogu eesmärki, andmekoosseisu, vastutust ja säilitamistähtaegu. Uue digitaalse andmekogu arendamisel hinnati senised funktsioonid üle ja osa kliiniliste uuringute ja ohuteavituste andmevahetusest on otstarbekam korraldada muude kanalite kaudu. Eelnõuga viiakse regulatsioon tegeliku töökorraldusega kooskõlla.

Viies muudatus puudutab arst-residentide ravimi väljakirjutamise õigust. Eesti Psühhiaatrite Seltsi ettepanekul antakse arst-residentidele õigus kirjutada residentuuri raames ravimeid välja juba esimesest residentuuriaastast, mitte alates kolmandast aastast nagu seni. Resident saab ravimeid välja kirjutada vastava eriala eriarstiga samadel tingimustel oma residentuuriõppe raames. Samuti saab esimese aasta resident rakendada patsiendi diagnoosist tulenevat 75- või 100-protsendilist soodusmäära. Muudatus aitab kasutada arstide tööaega mõistlikumalt ja tagab patsiendile põhjendatud omaosaluse. Eelnõu on seotud 2027. aasta riigieelarvega ja kavandatud jõustuma 1. jaanuaril 2027. Abivahendite tooterühmad viiakse Tervisekassa süsteemi üle järk-järgult aastatel 2027–2029. Etapiviisiline üleminek annab osapooltele aega üksikasjad läbi töötada, digilahendusi kohandada ja seni registreerimata tooted andmekogusse kanda.

Signe Riisalo lisas, et kui SKA arvestusliku kuluna rahastatav tegevus viiakse üle Tervisekassasse, säilib kulu arvestuslik iseloom, kuid muutuvad riigieelarve read. Seetõttu on eelnõu seotud riigieelarve muudatusega, ehkki see ei mõjuta eelarve tasakaalu. Ta küsis, kas toodete hinnalagi kehtib juba praegu.

Kärt Veliste vastas, et hinnalagi ei ole uus: Tervisekassa lepib juba praegu toote esindajaga kokku maksimumhinna. Ebaselgus puudutab eelkõige apteekides müüdavaid tooteid. Paljusid meditsiiniseadmeid, näiteks stoomitooteid, apteekides üldjuhul ei müüda ja nende puhul tuleneb hinnalaest kinnipidamise kohustus müügilepingust. Apteekidega eraldi müügilepinguid aga ei sõlmita, mistõttu on apteegid leidnud, et kokkulepitud hinnalagi neile ei kohaldu. Seetõttu võib näiteks haavaravitoodete ja haavasidemete müügihind hinnalaest erineda. Eelnõuga kõrvaldatakse see ebaselgus ja sätestatakse, et hinnalagi kehtib kõigile müügikohtadele.

Signe Riisalo andis komisjoni liikmetele küsimusteks sõna.

Tanel Kiik pidas oluliseks, et hinnakujundus oleks õiglane nii patsiendi kui ka teenuseosutaja seisukohast. Seletuskirja kohaselt realiseeriti 2025. aastal 64% meditsiiniseadmete retseptidest apteegivõrgu kaudu ja 57% toodetest müüdi kokkulepitud hinnast kallimalt. Ta küsis, kas 57% on arvatud apteegivõrgus tehtud tehingute ehk nimetatud 64% põhjal või kõigi meditsiiniseadmete retseptide alusel, ning palus arvutuse alust täpsustada.

Kärt Veliste vastas, et 57% on arvestatud apteegivõrgu kaudu tehtud tehingutest ehk nimetatud 64% seast.

Tanel Kiik selgitas, et tema teine küsimus lähtub 7.10.2026 ühisest arutelust

Rahandusministeeriumi ja rahanduskomisjoniga. T. Kiik tegi nimetatud istungil ettepaneku käsitada arvestusliku kuluna ka mõningaid teisi teenuseid, näiteks erihoolekande- ja rehabilitatsiooniteenuseid, kuna riigil on seadusest tulenev kohustus neid osutada.

Rahandusministeeriumi ametnikud leidsid aga, et arvestuslike kulude loetelu tuleks tervikuna üle vaadata, sest see võib sisaldada teenuseid või tooteid, mida ei peaks edaspidi arvestusliku kuluna kajastama. Ta küsis, kas nende arutelude kohta on täpsemat teavet ja kas Sotsiaalministeeriumi senine seisukoht on jäänud samaks. Samuti soovis ta kinnitust, et pärast reformi rahastatakse abivahendeid endiselt arvestusliku kuluna ja nende rahastamine ei muutu Tervisekassa piiratud eelarvekuluks viisil, mis võiks vähendada abivahendite kättesaadavust.

Signe Riisalo märkis, et ministeeriumi ekspertide ja valdkonna ministri hinnangul tuleks üldjuhul eelistada arvestusliku kuluna rahastamist, sest see võimaldab tagada vajaduspõhise rahastuse. Eraldi küsimus on, milliseid poliitilisi valikuid teeb Vabariigi Valitsus Rahandusministeeriumi ettepanekul.

Karmen Joller kinnitas, et seda küsimust on Rahandusministeeriumiga arutatud ja senise

kokkuleppe kohaselt rahastatakse abivahendeid ka edaspidi arvestusliku kuluna. Ta nõustus, et arvestusliku kulu põhimõte on vajaduspõhiste teenuste puhul põhjendatud ja seda võiks võimaluse korral rakendada ka erihoolekandeteenustele. Samas võivad valitsuse poliitilised valikud tulevikus muutuda.

Diana Ingerainen tunnustas reformi liikumist inimkesksema tervishoiukorralduse suunas. Ta märkis, et patsiendi vajadus abivahendi järele ilmneb sageli juba haigla- või aktiivravi ajal. Arstkond on oodanud lahendust, mis võimaldaks märkida abivahendivajaduse epikriisi ja edastada see teave automaatselt, et inimene või tema lähedased ei peaks pärast haiglaravi abivahendit eraldi taotlema. Ta küsis, kas reformi ja digilahenduste kavandamisel on sellise sujuva patsienditeekonaga arvestatud. Samuti küsis ta, kas eakatel on põhjendatud nõuda mähkmete saamiseks eraldi tõendit või konkreetse spetsialisti poole pöördumist.

Kadri Mets vastas, et reformi käigus säilib vähemalt nende spetsialistide tõendiväljastamise õigus, kellel on see praegu SKA süsteemis. Edaspidi hakkavad nad väljastama digitaalset meditsiiniseadme kaarti. Eelnõu ei välista siiski võimalust laiendada tulevikus väljakirjutajate ringi näiteks terviseteejuhtidele või sotsiaaltöötajatele. Praegune digilahendus seda veel ei võimalda, kuid edaspidi saab seda kaaluda. Mähkmeid ei viida üle reformi esimeses etapis, sest nende saamise korraldus vajab põhjalikumat arutelu. Praegu saab SKA süsteemis mähkmeid ilma tõendita ja osapooltel on erinevad seisukohad selle kohta, kas ja millistel tingimustel tuleks vajadust edaspidi tõendada. Seetõttu on mähkmete üleviimine kavandatud 2028. aastasse. Seni töötatakse koos osapooltega välja lahendus, mis oleks inimesele võimalikult lihtne ega tekitaks põhjendamatu lisakoormust. Ettevalmistusena on ettevõtetele soovitatud alustada juba teise etapi toodete, sealhulgas mähkmete ja kuulmisabivahendite registreerimist meditsiiniseadmete ja abivahendite andmekogus. Nii saadakse ülevaade tegelikult turul olevatest toodetest ja luuakse vajalik alus edasisteks hinnaläbirääkimisteks ning hüvitamistingimuste kujundamiseks.

Karmen Joller selgitas, et menetluses on ka rehabilitatsioonisüsteemi ümberkorraldamist käsitlev eelnõu. Kui rehabilitatsiooniteenused ühendatakse tervishoiusüsteemiga, hakkavad neid osutama ka tervishoiutöötajad, kellel on õigus hinnata inimese abivahendivajadust, soovitada sobivaid abivahendeid ja neid välja kirjutada. Kui rehabilitatsioonisüsteem jääb tervishoiusüsteemist eraldiseisvaks, ei pruugisellist võimalust tekkida. Rehabilitatsiooniteenuseid osutab praegu palju eri spetsialiste, kuid kõigil neist ei ole õigust abivahendivajadust tõendada ega abivahendit välja kirjutada.

Kärt Veliste pidas heaks ettepanekut luua arstide töölauale automaatne link, mille kaudu saaks abivahendivajaduse sujuvalt edastada. Tema sõnul on võimalik selles suunas liikuda, kuid kõigepealt tuleb praegused süsteemid ühendada. Tervisekassa arendab tervise infosüsteemi osana tervisejuhtimise töölauda ja ravimiskeemi lahendust ning järgnevatel aastatel on kavas lisada sinna ka meditsiiniseadmed. Pärast nende arenduste valmimist saab hinnata, milliseid täiendavaid lahendusi on otstarbekas kasutusele võtta. Seejuures tuleb tagada, et võimalus oleks kõigile arstidele ühesugune, olenemata sellest, millist tarkvara nende asutus kasutab. Lahendus vajab veel üksikasjalikku läbimõtlemist.

Diana Ingerainen lisas, et juba ligikaudu 2016. aastal tehti ettepanek sätestada epikriisi standardis kohustus hinnata enne epikriisi lõpetamist, kas perearst peab jätkama patsiendi raviga seotud tegevusi ja kas inimene vajab abivahendeid. Tema hinnangul võiks sellise lahenduse kehtestada määrusega ja selle rakendamine infosüsteemis ei tohiks olla ülemäära keeruline. Kuigi tervisejuhtimise töölaud on oluline arendus, ei peaks epikriisil põhineva lahenduse kasutuselevõtuga ootama kõigi suuremate süsteemiarenduste valmimiseni. Haiglast lahkuval inimesel peab olema võimalik saada vajalikud abivahendid võimalikult sujuvalt, ilma et tema või tema lähedased peaksid protsessi ise korraldama.

Eero Merilind soovis täpsustada abivahendite tõendite väljastamise korraldust. Ta märkis, et praegu väljastab arst osa abivahendite puhul digitõendi, kuid mõne toote jaoks on vaja ka pabertõendit, millele tuleb märkida üsna täpselt toote liik ja suurus. E. Merilind küsis, kas süsteemide ühendamisel muutub korraldus lihtsamaks, nii et spetsialistil piisab abivahendi üldise vajaduse märkimisest, näiteks vajadusest mähkmete, voodi või ortoosi järele. Samuti soovis ta teada, millised piirangud hakkavad kehtima õdedele ja füsioterapeutidele, kui neile antakse väljakirjutamisõigus. Kas füsioterapeut saab määrata üksnes oma pädevusvaldkonda

kuuluvaid abivahendeid ja muude abivahendite saamiseks peab inimene siiski arsti poole pöörduma. Lisaks palus ta selgitada, kas tervisekeskuses võiks abivahendivajaduse koondamise ja asjaajamise anda kliinilise assistendi ülesandeks, kui ravi- ja tugimeeskond on inimese vajadusi ühiselt hinnanud.

Kadri Mets selgitas, et seaduses luuakse üldine raam, mis võimaldab anda abivahendi vajaduse tõendamise ja meditsiiniseadme kaardi väljakirjutamise õiguse eri spetsialistidele. Konkreetsete toodete puhul sätestatakse väljakirjutamisõigus määrusega. Spetsialist saab väljastada kaardi nende toodete jaoks, mille vajaduse hindamine kuulub tema kutse- ja erialase pädevuse piiresse. Seetõttu võivad väljakirjutajate ring ja nõuded tooterühmade kaupa erineda.

Karmen Joller lisas, et kliiniline assistent ei ole tervishoiutöötaja ega saa seetõttu abivahendit välja kirjutada. Küll aga võiks tal olla koordineeriv roll: ta saaks koondada inimese vajaduste kohta tervikpildi ja suunata teabe sobivale spetsialistile. Eelnõu sellist võimalust praegu ei sätesta, kuid seda võiks edaspidi arutada, eelkõige lihtsamate ja väiksema riskiga abivahendite puhul.

Kärt Veliste märkis, et kui füsioterapeutide puhul ilmneb vajadus laiendada nende õigust teatud väikese riskiga abivahendite väljakirjutamiseks, saab vastavad muudatused teha määruse tasandil. Samal ajal kavandatakse digilahendusi nii, et spetsialist ei peaks iga omavahel seotud toote jaoks eraldi kaarti väljastama. Näiteks esimese etapi nägemisabivahendite puhul võivad ühe toote kaardi väljastamisel tekkida automaatselt ka teiste seotud toodete kaardid. Sama loogika toimib Tervisekassa süsteemis juba stoomitoodete puhul: kui väljastatakse kaart ühele vajalikule tootele, tekivad automaatselt ka seotud stoomikottide, alusplaatide, lisakinnituste ja hooldusvahendite kaardid. Seda põhimõtet soovitakse laiendada ka teistele valdkondadele, et vähendada spetsialistide halduskoormust ja lasta infosüsteemil seotud toimingud taustal automaatselt teha.

Eero Merilind rääkis, et ettepaneku eesmärk oli võimaldada inimesel saada tervisekeskusest oma abivahendivajadusele terviklik lahendus, ilma et ta peaks iga erineva tõendi saamiseks eraldi pöörduma füsioterapeudi, õe ja arsti poole. Ta soovis teada, kuidas tagatakse ravikindlustamata inimestele vajalike abivahendite kättesaadavus ja kas neile kohaldub samuti riiklik soodustus.

Kadri Mets märkis, et reformi üks põhimõtteid on hüvitada tulevikus abivahendeid ja meditsiiniseadmeid ravikindlustatud inimestele. Enamik haavatavaid sihtrühmi, sealhulgas lapsed, eakad, vähenenud töövõimega inimesed ja töötud, on ravikindlustusega kaetud. Eelmise aasta abivahenditehingute analüüsis kontrolliti ravikindlustuse olemasolu aasta alguses ja lõpus. Abivahendeid saanud inimeste seas oli mõnikümme inimest, kellel neil ajahetkedel ravikindlustus puudus, kuid andmetest ei selgu, kas nad olid kindlustamata ka abivahendi ostmise ajal. Abivahendivajaduse tõendamiseks peab inimene üldjuhul olema ravikindlustatud või tasuma tervishoiuteenuse eest ise. Selleks et keegi ei jääks vajalikust abivahendist ilma, saavad ravikindlustamata inimesed üleminekuperioodil taotleda abivahendit erandmenetluse kaudu. Üleminekuajal jälgitakse, kes ja millistel põhjustel erandmenetlust kasutavad ning miks puudub abivahendit vajaval inimesel ravikindlustus. **Signe Riisalo** küsis, kui palju inimesi sai samal perioodil abivahendeid kokku, võrreldes nende mõnekümne inimesega, kellel ravikindlustust ei olnud?

Kadri Mets vastas, et abivahendeid sai kokku ligikaudu 78 000 inimest. Neist umbes 30 inimesel ei olnud vaadeldud ajahetkedel ravikindlustust. Samas ei ole andmete põhjal võimalik kinnitada, kas ravikindlustus puudus neil ka abivahendi ostmise ajal.

Õne Pillak küsis patsiendi vaatest, kuidas tagatakse reformi järel väga spetsiifiliste ja harva kasutatavate abivahendite kättesaadavus. Kui tootja või müüja ei pea vähese nõudluse tõttu toote Tervisekassa loetellu kandmist majanduslikult põhjendatuks, ei pruugi sellele riiklik soodustus rakenduda. Ta soovis teada, kuidas tagatakse sellisel juhul, et inimene saab talle hädavajaliku abivahendi. Teiseks käsitles ta väikese sissetulekuga inimeste olukorda. Praegu vähendatakse toimetulekutoetuse saaja omaosalust automaatselt tema sissetuleku alusel, kuid reformiga asendub see tema arusaama kohaselt kulupõhise täiendava ravimi- ja meditsiiniseadme hüvitisega. Ta küsis, kas on hinnatud, kui paljud toimetulekutoetuse saajad võivad jääda olukorda, kus nende abivahendikulu ei ületa hüvitise rakendumiseks vajalikku

piiri, kuid omaosaluse tõttu ei ole neil siiski võimalik vajalikku abivahendit soetada. Ta märkis, et kuigi tegemist võib olla erandlike juhtumitega, tuleb reformi toimimiseks tagada lahendus ka neile inimestele.

Kärt Veliste vastas, et eriliste toodete kättesaadavusele on tähelepanu juhtinud ka Eesti Puuetega Inimeste Koda (EPIKoda), sest oluline on tagada, et keegi ei jääks vajaliku abivahendita. Seniste erandmenetluste kohta kogutud statistika võimaldab tuvastada korduvaid vajadusi. Praeguses süsteemis moodustavad erandmenetlused ligikaudu 2% tehingutest ja puudutavad aastas umbes 1600 inimest. Kuigi kasutajate arv võib olla väike, ilmnevad andmetest korduvad mustrid, mida saab lahendada süsteemselt. Näiteks kui mõni patsiendirühm vajab tavapärasest suuremaid koguseid, saab vastavad tingimused kehtestada juba loetelu tasandil, et inimene ei peaks iga kord erandit taotlema. Samuti võib olla põhjendatud lisada loetellu väga spetsiifilisi tooteid, mida vajab aastas vaid üks või kaks inimest. Üleminekuperioodil jätkub erandmenetlus SKA kaudu. Selle käigus kogutakse teavet vajaduste kohta, mida Tervisekassa süsteem veel ei kata, ja hinnatakse, milliseid püsivaid lahendusi on vaja. Kohtumistel EPIKojaga tõdeti, et kõiki tulevase erandjuhtumeid ja vajalikke õiguslikke lahendusi ei ole võimalik ette näha. Seetõttu jälgitakse üleminekuaastatel vajadusi süsteemselt ning saadud teabe põhjal täiendatakse Tervisekassa korraldust.

Kadri Mets selgitas, et SKA praeguses süsteemis vähendatakse toimetulekutoetuse saaja omaosalust automaatselt 5 protsendini. Reformiga asendub see täiendava ravimi- ja meditsiiniseadme hüvitisega, mis arvestab inimese ravimite, meditsiiniseadmete ja abivahendite kogukulu. Nii tekib terviklikum kaitse inimestele, kelle kulud eri toodetele on kokku suured. Praeguses süsteemis selline ühine kaitse puudub. Lisaks võimaldavad Tervisekassa hinnakokkulepped toodete hindu paremini kontrollida ja seeläbi inimese omaosalust vähendada.

Õnne Pillak täpsustas küsimust. Praegu vähendatakse toimetulekutoetuse saaja omaosalust tema sissetuleku alusel, kuid edaspidi lähtutakse täiendava hüvitise määramisel abivahenditele, meditsiiniseadmetele ja ravimitele tehtud kulutuste suurusest. Ta küsis, kas on hinnatud, kui palju võib olla toimetulekutoetuse saajaid, kelle kulud ei ületa täiendava hüvitise rakendumise piiri, kuid kellel ei ole väikese sissetuleku tõttu siiski võimalik vajalikku abivahendit soetada.

Signe Riisalo selgitas, et toimetulekutoetuse saaja sissetulek on väga väike. Kui edaspidi lähtutakse omaosaluse vähendamisel üksnes abivahenditele tehtud kulutustest, ei pruugi inimese sissetulek ja hüvitise rakendumine omavahel kattuda.

Õnne Pillak märkis, et see ongi tema küsimuse keskne probleem. Kui toetuse määramisel ei arvestata enam inimese sissetulekut, vaid üksnes abivahenditele tehtud kulutusi, võib osa väikese sissetulekuga inimesi jääda vajalikust abivahendist ilma, sest nende kulud ei ületa täiendava hüvitise rakendumise piiri. Ta küsis, kas seda võimalikku sihtrühma ja mõju on analüüsitud.

Karmen Joller ütles, et praktikas saab inimene, kes ei suuda abivahendi või ravimi omaosalust tasuda, pöörduda kohaliku omavalitsuse (KOV) sotsiaaltöötaja poole ja taotleda toetust. Samas hüvitab KOV kulud üldjuhul pärast nende tegemist. See ei pruugi lahendada olukorda, kus inimesel puudub vajalik summa abivahendi esmaseks soetamiseks. Seetõttu vajab küsimus täiendavat analüüsi.

Signe Riisalo palus esitada eelnõu järgmiseks aruteluks täpsema analüüsi selle kohta, kui paljusid väikese sissetulekuga inimesi võib muudatus mõjutada ja milline lahendus neile kavandatakse.

Helmen Kütt pidas oluliseks, et väikese sissetulekuga inimeste abivahendite kättesaadavus ei hakkaks sõltuma KOVi võimalustest. Ta palus selgitada tööalaste abivahendite edasist korraldust. Töövõimereformi järel on inimesed saanud vajaduse korral abivahendeid, mis on mõeldud kasutamiseks töökohal või tööle liikumisel. Kuna töökohad ja inimeste vajadused on erinevad, küsis ta, kuidas tagatakse nende abivahendite kättesaadavus pärast reformi. Teiseks küsis ta, kas arst-residentide ravimi väljakirjutamise õiguse laiendamine esimesest residentuuriaastast on kooskõlastatud Eesti Arstide Liidu või teiste asjaomaste erialaorganisatsioonidega.

Signe Riisalo kinnitas, et toimetulekutoetuse saajate abivahendite kättesaadavuse küsimuse

juurde tullaakse tagasi järgmisel arutelul, kui komisjonile esitatakse täpsem analüüs.

Kadri Mets vastas, et tööalaste abivahendite hüvitamist korraldab esialgu jätkuvalt Töötukassa. Töötukassaga on arutatud võimalust liita ka tööalased abivahendid tulevikus kavandatava tervikliku süsteemiga. Seda võimalust analüüsitakse lähiaastatel, et muuta abivahendite taotlemine ja kättesaamine inimese jaoks veelgi lihtsamaks. Seni jäävad süsteemid siiski eraldiseisvaks.

Kärt Veliste vastas H. Küti teisele küsimusele, et arst-residentide küsimus on Eesti Arstide Liiduga läbi arutatud.

Diana Ingerainen pidas positiivseks, et abivahendite kättesaadavus on Eestis paranenud. Samas jääb inimestel koju sageli eri ravietappidest pärit ortooside ja muid abivahendeid, mida nad enam ei kasuta. Suuremate abivahendite, näiteks voodite ja ratastoolide puhul toimib praegu korduskasutus ja üürimine. Ta küsis, kas nende võimaluste jätkumine on tagatud ka pärast abivahendite üleviimist Tervisekassa süsteemi.

Signe Riisalo toetas samuti abivahendite korduskasutuse laiendamist. Ta palus selgitada, kuidas see põhimõte uues süsteemis säilib.

Kärt Veliste selgitas, et SKA süsteemis üüritavate abivahendite, eelkõige voodite ja ratastoolide puhul soovitakse üürimise põhimõtte Tervisekassa süsteemi üle tuua. Kuna Tervisekassa praeguses süsteemis üüritooteid ei ole, tuleb enne täpsustada tehingute ja hüvitamise korraldust. Seetõttu on üüritavate toodete üleviimine kavandatud reformi kolmandasse etappi. Voodite ja ratastoolide üürimise võimalus peab kindlasti jätkuma. Ortooside ja muude isikupäraselt kohandatud või kasutatud toodete korduskasutus võib olla keerukam, sest arvestada tuleb hügieeni, sobivuse ja tootjagarantii nõuetega.

Signe Riisalo tegi ettepaneku kutsuda eelnõu teise lugemise ettevalmistamisel komisjoni istungile ka Tervisekassa esindaja, et rakendamise seotud küsimustele saaks anda täpsemad vastused. Ta pani hääletusele menetluslikud otsused.

Otsustati:

4.1. Teha ettepanek võtta eelnõu täiskogu päevakorda 21.10.2026 (konsensus: Diana Ingerainen, Tanel Kiik, Helmen Kütt, Mihkel Lees, Eero Merilind, Örne Pillak, Signe Riisalo, Aleksandr Tšaplõgin).

4.2. Teha ettepanek esimene lugemine lõpetada (konsensus: Diana Ingerainen, Tanel Kiik, Helmen Kütt, Mihkel Lees, Eero Merilind, Örne Pillak, Signe Riisalo, Aleksandr Tšaplõgin).

4.3. Määrata juhtivkomisjoni esindajaks Tanel Kiik (konsensus: Diana Ingerainen, Tanel Kiik, Helmen Kütt, Mihkel Lees, Eero Merilind, Örne Pillak, Signe Riisalo, Aleksandr Tšaplõgin).

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

5. Eesti Keskerakonna fraktsiooni algatatud perehüvitise seaduse muutmise seaduse eelnõu (959 SE) esimese lugemise ettevalmistamine

Signe Riisalo märkis, et päevakorrapunktis keskendutakse Eesti Keskerakonna fraktsiooni algatatud perehüvitise seaduse muutmise seaduse eelnõu (959 SE) esimese lugemise ettevalmistamisele. S. Riisalo andis eelnõu tutvustamiseks sõna algatajate esindajale.

Lauri Laats märkis, et perehüvitise seaduse muutmise seaduse eelnõuga (959 SE) tegid algatajad ettepaneku suurendada ühekordset sünnitoetust. Eesmärk on toetada noori peresid lapse sünniga kaasnevate suurte esmaste kulude katmisel ning aidata leevendada rahvastikukriisi olukorras, kus sündimus jätkuvalt väheneb. Eelnõu kohaselt oleks ühekordne sünnitoetus ühe lapse sünni korral 1000 eurot, kaksikute sünni korral 3000 eurot ning kolmikute või enamaarvuliste mitmikute sünni korral 10 000 eurot. Kehtivad toetussummad on püsinud muutumatuna üle kümne aasta ega ole elukalliduse kasvuga kaasas käinud. Praegu makstakse ühe lapse sünni korral 320 eurot ja kaksikute puhul kokku 640 eurot. Toetuse praegune suurus ei vasta enam lapse sünniga kaasnevatele tegelikele kuludele. Seega aitaks

muudatus suurendada perede kindlustunnet. Eelnõu seletuskirjas hinnati meetme aastaseks lisakuluks esialgu 8 mln eurot. Uuemate, 2025. aasta ja käesoleva aasta sündimusandmete põhjal on täpsustatud aastane kulu ligikaudu 6,5 mln eurot. Kuluproгноosi vähenemine kajastab paraku sündide arvu jätkuvat langust. Ta leidis, et ligikaudu 6,5 mln euro suurune lisakulu on riigieelarve kogumahtu arvestades jõukohane. Ta avaldas lootust, et sotsiaalkomisjon toetab eelnõu edasist menetlemist.

Signe Riisalo andis järgmisena sõna Sotsiaalministeeriumi (SOM) esindajale, et tutvustada Vabariigi Valitsuse seisukohta.

Artur Panov märkis, et Vabariigi Valitsus nõustub perede toetamise vajalikkusega ning peab lapse sünniga kaasnevate esmaste kulude leevendamist oluliseks eesmärgiks. Samas on sünnitoetus ühekordne meede, mille mõju pere majanduslikule kindlustundele on lühiajaline. SOM on koostanud perede kindlustunde tegevuskava, milles käsitletakse lapse saamist ja kasvatamist valdkondadeüleselt, hõlmates muu hulgas eluasemeküsimusi, vanemahüvitist ning töö- ja pereelu ühitamist. Praeguses riigieelarves ei ole arvestatud eelnõust tuleneva 6,5–8 mln euro suuruse lisakuluga ning Vabariigi Valitsus ei ole valmis võtma uut püsivat eelarvekohustust. Seetõttu Vabariigi Valitsus eelnõu ei toeta.

Signe Riisalo andis komisjoni liikmetele võimaluse küsimusi esitada.

Tanel Kiik leidis, et eelnõu menetlemist tuleks jätkata. Kui menetluse käigus selgub, et eelnõu tuleks täiendada püsivate lapsetoetuste, peretoetuste või muude meetmetega, on seda võimalik teha. Ta kritiseeris SOMi tegevust, märkides, et juba aastaid on lubatud analüüse, ettepanekuid ja terviklikke lahendusi, kuid neile viidates on tagasi lükatud nii Keskerakonna kui ka sotsiaaldemokraatide perepoliitilised algatused. Riigikogu valimiseni ei ole enam palju aega, kuid terviklikke lahendusi ei ole seni Riigikokku jõudnud. Esimese ja teise lapse toetus on püsinud 2023. aastast samal tasemel, lasterikka pere toetust on praeguse koosseisu ajal vähendatud ning sisuliselt on suurenenud vaid üksikvanema lapse toetus. Samal ajal on perepoliitika osakaal riigieelarves vähenenud ligikaudu 5 protsendilt 2020. aastal umbes 3,5 protsendile. Sündide arvu vähenemise tõttu vabanevad vahendid on suunatud teistesse valdkondadesse, selle asemel et kasutada neid vähemalt osaliselt elukalliduse kasvu kompenseerimiseks ja peretoetuste suurendamiseks. Ta kutsus komisjoni üles eelnõu menetlust jätkama. Rahvastikukriisi olukorras peaks Riigikogu tegema vähemalt ühe konkreetse kas või sümboolse tähendusega otsuse, mis suurendaks perede kindlustunnet. Ta väljendas eelnõule toetust.

Signe Riisalo märkis, et viimastel aastatel on perepoliitikas tehtud mitu muudatust, sealhulgas asendatud toitjakaotuspension toitjakaotustoetusega ja suurendatud üksikvanema lapse toetust. Ta palus A. Panovil anda ülevaade SOMis koostatud dokumentidest, kavandatavatest meetmetest ja seni ellu viidud seadusemuudatustest.

Artur Panov märkis, et lisaks 1. oktoobril jõustunud toitjakaotustoetusele on suurendatud üksikvanema lapse toetust. Perede kindlustunde tegevuskavas kavandatud vanemahüvitise muudatused on sisulised ja ulatuslikud ning eeldavad eelarveläbirääkimisi, sest nende rakendamiseks kaasneb märkimisväärne kulu. Tegevuskavas sisalduvaid suuremaid meetmeid ei ole veel ellu viidud, kuna need vajavad põhjalikku ettevalmistust ja rahastusotsuseid. Kavandatud ajakava kohaselt võiksid suuremad muudatused jõustuda kõige varem aastatel 2028–2029.

Lauri Laats märkis, et SOMi kavandatud suuremate muudatuste elluviimise üle otsustab järgmine valitsus. Samas tuleb ühekordset sünnitoetust eristada ulatuslikest püsikuludest. Kuigi sünnitoetust makstakse igal aastal, saab iga pere seda vaid ühe korra ning meetme kogukulu on riigieelarvega võrreldes väike. Lapse sünniga kaasnevate esmaste kulude katmisel võib selline toetus olla noorele perele väga vajalik. Algatajad on valmis arutama ka alternatiivseid lahendusi. Näiteks on finantssektori esindajad pakkunud välja võimaluse käsitleda toetust lapse algkapitalina ning paigutada see investeerimis- või kogumiskontole. Kui selline lähenemine leiab laiemat toetust, saab seda eelnõu edasise menetlemise käigus kaaluda. Eesti demograafiline olukord ja sündimuse vähenemine nõuavad konkreetseid samme. Kavandatav toetus oleks väike, kuid oluline meede, mis aitaks suurendada noorte perede kindlustunnet ja katta lapse sünniga kaasnevaid kulusid.

Helmen Kütt küsis SOMi esindajalt, millistele uuringutele ja analüüsidele kavandatavad

muudatused tuginevad ning kui kaugemale on jõutud nende sisulise ettevalmistamisega. Praegu jääb mulje, et konkreetsete algatuste puhul viidatakse pidevalt tulevasele terviklahendusele, kuid selle sisu ja rakendamise eeldused ei ole piisavalt selged. Väiksemaid ja kohe rakendatavaid meetmeid ei tohiks suurema reformi ootuses põhjendamatult edasi lükata. H. Kütt palus selgitada, millel SOMi kavandatavad muudatused põhinevad ja millal on võimalik esitada konkreetsed ettepanekud.

Artur Panov märkis, et perede kindlustunde tegevuskavas esitatud ettepanekuid ja nende rakendamise võimalusi on analüüsitud. Mitme muudatuse elluviimine eeldab sotsiaalkaitse infosüsteemi SKAIS2 arendamist. Praegu viiakse pensionide väljamaksmine SKAIS1st üle SKAIS2te ning see töö kestab veel ligikaudu kaks aastat. Selle aja jooksul ei ole võimalik teha suuremahulisi lisaarendusi, kuna need võivad ohustada pensionide väljamaksmiseks vajalike arenduste ajakava ja süsteemi töökindlust. Seetõttu saab osa kavandatud muudatusi rakendada alles pärast ülemineku lõppemist. Seni jätkub ettepanekute sisuline analüüs, et selgitada välja, millised lahendused on teostatavad ja peredele kõige kasulikumad. A. Panovi hinnangul aitab sünnitoetus katta lapse sünniga kaasnevaid esimesid kulusid ja parandada pere majanduslikku toimetulekut. Samas ei ole see meede, mis üksi mõjutaks oluliselt lapse saamise otsust, sest toetust makstakse pärast lapse sündi. Seetõttu tuleks sünnitoetust käsitada eelkõige perede majanduslikku kindlustunnet parandava, mitte sündimust suurendava meetmena.

Signe Riisalo pani hääletusele menetluslikud otsused.

Otsustati:

5.1. Teha ettepanek võtta eelnõu täiskogu päevakorda 21.10.2026 (konsensus: Diana Ingerainen, Tanel Kiik, Helmen Kütt, Mihkel Lees, Eero Merilind, Örne Pillak, Signe Riisalo, Aleksandr Tšaplõgin).

5.2. Teha ettepanek eelnõu tagasi lükata (poolt 5: Diana Ingerainen, Mihkel Lees, Eero Merilind, Örne Pillak, Signe Riisalo; vastu 3: Tanel Kiik, Helmen Kütt, Aleksandr Tšaplõgin; erapooletuid 0).

5.3. Määrata juhtivkomisjoni esindajaks Örne Pillak (konsensus: Diana Ingerainen, Tanel Kiik, Helmen Kütt, Mihkel Lees, Eero Merilind, Örne Pillak, Signe Riisalo, Aleksandr Tšaplõgin).

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

6. Info ja muud küsimused

6.1 Signe Riisalo andis teada, et Euroopa Parlamendis Brüsselis toimub 10. novembril 2026 parlamentidevaheline kohtumine teemal “*Lessons learnt from the COVID-19 Pandemic: Strengthening EU Health Resilience and Preparedness for Future Global Health Crises*”.

6.2 Signe Riisalo rääkis, et Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium ning Arenguseire Keskus tutvustavad 15. oktoobril 2026 algusega kell 14.15 Riigikogu 20. Augusti saalis platvormitöö uuringu tulemusi

(allkirjastatud digitaalselt)
Signe Riisalo
juhataja

(allkirjastatud digitaalselt)
Riin Lindpere
protokollia