

Pr Karmen Joller
Terviseminister
Sotsiaalministeerium
info@sm.ee

Teie: 10.7.2025 nr 1.2-1/1834-1
10.7.2025 nr 1.2-1/1835-1

Meie: 31.8.2025

Arvamus väljatöötamiskavatsustele:

- Eesti tervishoiu ja sotsiaalsüsteemi integreerimise väljatöötamiskavatsus
- Sotsiaalhoolekande seaduse, ravikindlustuse seaduse ja meditsiiniseadme seaduse muutmise seaduse eelnõu väljatöötamise kavatsus (abivahendite ja meditsiiniseadmete integreerimine)

Austatud proua minister

Esitame Eesti Ravimihulgimüüjate Liidu (ERHL) poolt arvamuse Sotsiaalministeeriumist kooskõlastamiseks saadetud tervise- ja sotsiaalsüsteemi lõimivatele väljatöötamiskavatsustele (VTK-d). Kuna ministeeriumi sõnul on VTK-d omavahel seotud¹, siis esitame oma seisukohad samuti ühe arvamuskirjana.

Esmalt toome välja mõned põhimõttelised küsimused kavandatava reformi suhtes tervikuna, mis kehtivad võrdväärselt mõlema VTK kohta nii koos kui ka VTK-sid eraldi võttes.

Seejärel esitame mõtted ka kummagi VTK kohta kitsamalt ja eraldi.

1) ERHL põhimõttelised küsimused mõlema VTK ning sotsiaal- ja tervishoiusüsteemide lõimimise kohta

Nõustume ministeeriumiga, et tänane sotsiaal- ja tervishoiuteenuste ning -süsteemide paralleelstruktuurid vajavad ülevaatamist, ebaefektiivsus kummaski valdkonnas vähendamist ning tänase raha-, inim- jm ressursside puuduse ja kasvava teenusevajaduse olukorras korrigeerimist nii teenuste korralduse kui valdkonnas tegutsevate asutuste, organisatsioonide ja spetsialistide rollijaotuse vaates.

Vähimagi kahtluseta pole ülesanne lihtsate killast ning tunnustame ministeeriumit viimastel aastatel algatatud sellealaste arutelude eest.

1.1) Praegu kooskõlastamisel olevad VTK-d on järjekordne samm pikemas protsessis, mille kestel on riik Sotsiaalministeeriumi kaudu algatanud mitmeid sotsiaal-tervishoiusüsteemide vahelist ja süsteemide sisest korraldust käsitlevaid väljatöötamiskavatsusi, seadusemuudatusi jt kavasisid, sealhulgas näiteks:

¹ Sotsiaalministeerium, 14.7.2025 „Tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi integreerimise visioon ootab tagasisidet“. SoM veebileht: <https://www.sm.ee/uudised/tervishoiu-ja-sotsiaalsusteemi-integreerimise-visioon-ootab-tagasisidet>



- 29.11.2023 kirjaga nr 1.2-1/4198-1 kooskõlastamisele saadetud „**Sotsiaalhoolekande seaduse ja teiste seaduste muutmise seaduse eelnõu väljatöötamise kavatsus inimeste vajadustele vastava rehabilitatsioonisüsteemi loomiseks**“.
- 29.11.2023 kirjaga nr 1.2-1/4200-1 kooskõlastamisele saadetud „**Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse muutmise eelnõu väljatöötamiskavatsus**“, mille eesmärk oli tervishoiukorralduse ja rahastamise edasiarendamiseks nüüdisajastada tervishoiukorralduslikku terminoloogiat ja mõistelist ülesehitust, arendada tervishoius süsteemselt personaalseid edendus- ja ennetusteenuseid, toetada tervishoiutöötajate tööjõukriisi leevendamiseks arstidelt ja õdedelt teatud ülesannete ümberjagamist, toetada erinevate tervishoiutasandite koostööd ning ümberorienteerumist tervisetulemitele, patsiendi toimetulekule ja heaolule ning võimaldada kujundada vaimse tervise teenuste süsteem astmelise abi põhimõtteid järgivaks. Sellega kava raames plaaniti täiendada TTKS-i viisil, mis muudab selle kõigi personaalsete terviseteenuste osutamist reguleerivaks üldseaduseks, nt luues selles nn delegeeriva seose kõikide regulatsioonidega, mille alusel korraldatakse tervishoiuteenustega samaväärsete või -laadsete teenuste osutamist ja rahastamist. Samuti sooviti laiendada TTKS-i reguleerimisala ning tuua seniste kliinilise abi kesksete tervishoiuteenuste kõrvale täiendavad teenuste grupid nagu näiteks edendus- ja ennetusteenused ning psühhosotsiaalsed teenused. TTKS-i kavandati luua ka uus baasmõiste „*tervishoiuorganisatsioon*“.
- 3.10.2024 kirjaga nr 1.2-1/2494-1 kooskõlastamisele saadetud „**Ravimiseaduse jt seaduste muutmise seaduse väljatöötamiskavatsus. Apteegiteenuse ja apteekrite integreerimine esmatasandi tervishoiusüsteemi**“, millega kavandati tervishoiutöötajate olemasolu ja teenuste kättesaadavuse parandamiseks lahendusena apteekrite suurema kaasamise teenuste osutamisel. „*Apteegiteenuse*“ mõiste kaasajastamise kaudu sooviti võimaldada teatud terviseedendusliku või ennetusliku iseloomuga tervishoiuteenuste osutamist apteekides proviisorite ja farmatseutide poolt. Ühtlasi mõeldi haiglaapteegi teenuste ülevaatamise peale. Kirjeldati ka kava kaasata täiskasvanute immuniseerituse parandamiseks immuniseerimise korraldamisele vastava täiendkoolituse läbinud proviisorid ja farmatseudid.
- Pea kümme aastat ette valmistatud, 11.12.2024 Riigikogus vastu võetud ning 1.9.2025 jõustuv uus **Rahvatervishoiu seadus**. Sellega reguleeritakse muuhulgas riigi ja kohaliku omavalitsuse ülesanded rahvatervishoiu korraldamisel, defineeritakse „*tervise*“, „*rahvastiku tervise*“, „*rahvatervishoiu*“, „*elukeskkonna*“, „*tervisemõju*“ ja „*tervisemõju*“, „*terviseedenduse*“, „*keskkonnatervishoiu*“ jt baasmõisteid ja eesmärgid, nende saavutamise meetmeid ja teenuseid ning vastutavad organisatsioonid. Siin käsitletud teemad puutuvad ja kattuvad mitmes olulises aspektis nendega, mida käesolevad reformi-VTK-d uuesti muutma asuvad.
- 2024-2025 menetletud, 21.5.2025 Riigikogus vastu võetud ning hiljuti 22.6.2025 jõustunud **SHS muudatused**, millega alles muudeti abivahendite piirhinna regulatsioone.
- 9.2.2025 ministeeriumi veebilehel avaldatud teabe „**TOP 7: suurimad ülesanded 2025. aastal ehk tervishoiu arengusuundadest lastekaitсени**“ teine peatükk „**Sotsiaal- ja tervishoiuvaldkondade integreerimine**“, mille kohaselt peaks Sotsiaalministeeriumist liikuma valitsusse analüüs ja ettepanekud, kuidas sotsiaal- ja tervishoiuvaldkondade integratsiooni piirkondlikul tasandil korraldada ja rahastada².
- 19.2.2025 ministeeriumi poolt Riigikogu Sotsiaalkomisjonile tutvustatud 2025. aasta I poolaasta tervisevaldkondade õigusloomaplaanide kohaselt³ pidi märtsis 2025 kooskõlastamiseks saadetama „**Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse jt seaduste muutmise seaduse**“ eelnõu, millega ministeerium kavandas laiendada TTKS-i baasterminite definitsioone „*tervishoiutöötaja*“, „*tervishoiuteenuse osutaja*“ ja „*tervishoiuteenus*“. Samuti kavandati laiendada TTKS-ile allutatud tervishoiuteenuste spektrit, sh Tervisekassa ennetusteenused, personaalsed riskipõhised nõustamised, üldarstlikul abil baseeruvate teenuste eristamist perearstiabis ja EMO tasandil, taastusabi ning selle

² Sotsiaalministeeriumi veebilehel: <https://sm.ee/top-7-suurimad-ulesanded-2025-aastal-ehk-tervishoiu-arengusuundadest-lastekaitсени>

³ Riigikogu veebilehel: <https://www.riigikogu.ee/tegevus/dokumendiregister/dokument/c9f46daa-e3a7-4a74-b75e-a708b8b2eeae/>



osana sotsiaalse rehabilitatsiooni teenust, mida osutavad tervishoiuspetsialistid ning luua katus esmatasandi palliatiivse abi teenuste väljaarendamiseks. Selle eelnõu parlamendimenetlust kavandati 2025. aasta II poolaastal ning jõustumine jaanuarist 2027.

- 5.5.2025 kirjaga nr 1.2-1/1208-1 kooskõlastamisele saadetud „**Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse muutmise ja sellest tulenevalt teiste seaduste muutmise seaduse väljatöötamiskavatsus (raviarvete ja retseptide liitmine tervishoiuteenuste andmetega)**“, millega muuhulgas kavandatakse tänaste peamiste terviseregistrite KIRST, RETS ja TIS suuremat reformi ja kokku liitmist ning selleks vajalikke ulatuslikke muudatusi TTKS-is, RavS-is, TerKS-is, RaKS-is ja mitmetes määrustes. Need muudatused omakorda mõjutaks otseselt ja vahetult praeguste VTK-dega kavandatud reformide praktilist rakendamist nii riigi, omavalitsuste, teenuseosutajate kui patsientide vaates. Selle algatuse ajakava nähakse samuti äärmiselt tihedana, kus eelnõu valmimine ja menetlus peaks toimuma 2026. I poolaasta jooksul ning seadusena jõustumine juba 1.9.2026.

- 2.6.2025 kirjaga nr 1.2-1/1513-1 kooskõlastamisele saadetud „**Nakkushaiguste ennetamise ja tõrje seaduse väljatöötamiskavatsus**“, millega immuniseerimise korralduse osas samuti kaalutakse tervishoiuteenuste osutajate spektri laiendamist, samuti muudatusi ravimite käitlemisõigustes.

- Ka 10.7.2025 kooskõlastamisele saadetud käesolevad VTK-d, mis vähemalt osaliselt kattuvad või otseselt piirnevad ja puutuvad eelnimetatud algatustega.

- Paralleelselt on Sotsiaalministeeriumi juhtimisel ette valmistatud ka mitmeid valdkondlikke strateegia-poliitikadokumente – „**Esmatasandi tervishoiu arengukava 2035**“, „**Kiirabi arengusuunad aastani 2035**“, „**Haiglavõrgu arengusuunad 2040**“. Kui haiglavõrgu ja kiirabi kavad on saanud ministri ja valitsuse heakskiidu, siis tervishoiu esmatasandi dokument on vist veel lõpliku allkirja ootel.

- Ühtlasi lubas Sotsiaalministeerium veel käesoleva aasta algupoolel ka tervishoiusüsteemi tervikuna käsitleva strategiadokumendi „**Tervisesüsteem 2040 arengusuunad**“ koostamist⁴ koos ettepanekutega jätkusuutliku tervishoiu rahastamise kohta. Ettepanekuteni tervishoiu arengsuuna, rahastamismudeli ja tõhustamisvõimaluste osas pidi ministeerium jõudma 2025 suve alguseks.

- Ka tänases valitsusleppes on kirjas eesmärgid viia läbi analüüs tervishoiu rahastamise hetkeolukorrast ja jätkusuutlikkuse tagamise võimalustest (tähtaeg III kvartal 2025) ning luua mudel, kus tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid planeeritakse, osutatakse ja rahastatakse ühtsete põhimõtete alusel (tähtaeg II kvartal 2026).

Oleme ka ERHL poolt eelnimetatud algatuste olulisele osale oma seisukohad esitanud. Märkisime veebruar’24 arvamuskirjas november’23 VTK-de kohta ministeeriumile, et:

„Kahtlemata mõjutavad tervishoiukorralduse süsteemi ja rahastuskorralduse muutused ka ravimite kättesaadavust Eestis ning seeläbi ravimite hulgi müüjaid. Mõistame Eesti Ravimihulgimüüjate Liidus, et tervishoiukorraldus ning eri valdkondade lõimimine väärrib ja vajab avatud arutelu. Nõustume ministeeriumiga mitmetes tervishoiukorraldust puudutavates probleemkohtades ning toetame liikumist valdkonnaülese vaate ja lahenduste suunas. Samas peame kõigi puudutatud valdkondade toimimise ja jätkusuutlikkuse huvides oluliseks, et neid küsimusi käsitletaks terviklikult nii tervishoiukorralduse haldus-, õiguslikest kui rahastusaspektidest.“

Peame neid põhimõtteid väga oluliseks ka täna. Eriti kriitiliseks muudab need küsimused tänane tervishoiu rahastuskriis, millele pikaajaliste lahenduste väljatöötamine on alles algamas nagu kinnitavad ilmekalt käesoleval kuul Tervisekassa rahastuse ja järgmise 4a eelarveprognoosi ümber toimunud arutelud ja laialdane meediakajastus.

Seepärast palume VTK-de ja nende alusel koostatavate eelnõude edasises menetluses siduda varasemad algatused, millesse huvirühmad ja ERHL on juba üksjagu panustanud, praeguste VTK-dega.

⁴ Näiteks Sotsiaalministeeriumi veeblehel: <https://sm.ee/top-7-suurimad-ulesanded-2025-aastal-ehk-tervishoiu-arengusuundadest-lastekaitseni>

- Saame sel moel vältida ebamõistlikku tööd, koormust ja ootuseid nii valdkonna sees kui avalikkuses ning tekitada kõigi, sh riigi jaoks, selguse selles, mis algatused ja mis osas ning ajakavas täna aktuaalselt laual on ja kuidas vastastikku üksteist mõjutavad.
- Saame ühtlasi ülevaate ja selguse kavandatud tegevuste ja reformide ajakavast ning vältida olukorda, kus viime patsientide ja tervishoiu-sotsiaalsektorite jaoks põhimõttelisi reforme ellu enne nende rahastust vm kriitilisi korraldusaspekte tagavate analüüside ja asjakohaste poliitiliste suunavalikute tegemist. Vältida sel moel ka samasuunaliste reformide korraldamist üksteisega paralleelselt, dubleerivalt ja killustatult või halvemal juhul osalt lausa vastassuunaliselt – näiteks lisanduvad teenused ja rahalised kohustused tervisekassale ning samal ajal kasvab vajadus tagada kassa ja tervishoiusüsteemi pikajaline rahaline jätkusuutlikkus ja saavutada kokkuhoidu.

Sotsiaal- ja tervishoiusüsteemide lõimimisel tuleks projektipõhist lähenemist vältida ka õigusloomes ning hoida paralleelselt menetletavate algutuse vahel ja kohal selget tervikpildi vaadet. Selgus sellest, mis algatused ja mis osas on jätkuvalt aktuaalsed ning kuidas need vastastikku nii ajaliselt kui sisuliselt haakuvad, on kavandatud reformide õnnestumiseks kriitilise tähtsusega. Lisanduv selgus toetaks riiki oma tegevuste enesekontrollil ja aitaks lisaks riigile hoida kokku ressursi ka teistel puudutatud osapooltel ja avalikkusel.

1.2) Sotsiaal- ja tervishoiusüsteemide korralduse, teenuste ja rahastuse lõimimisel peamiselt Tervisekassa ja tänase ravikindlustussüsteemi alla vajab selgust küsimus nende korralduspõhimõtete ühildatavusest või alternatiivselt vajab süsteemset vastust ja vaadet küsimus tuleviku ravikindlustussüsteemi sisust ja piiridest.

Meie hinnangul:

- Sotsiaalvaldkonda peamiselt reguleeriva SHS kohaselt lähtutakse sotsiaalvaldkonnas abi andmisel esmajärjekorras isiku tegelikust abivajadusest. Inimese õigus sotsiaalteenustele sõltub konkreetse isiku vastavusest teenusele seatud isikupõhiste kriteeriumitele. SÜS kohaselt liigituvad tänased sotsiaalteenused riigi ja kohaliku omavalitsuse poolt korraldatud ja antavateks hüvitisteks, mille isikulises kohaldamisalas on põhimõtteliselt iga Eesti kodanik ning elamisloa või -õiguse Eestis elavad isikud, kui nad vastavad SHS-s sätestatud teenusele õigust andva abivajaduse kriteeriumile. VTK-des käsitletud sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse ja abivahendite eest tasu maksmise kohustuse ülevõtmine ongi just seesugune riigi korraldatav abi, mida finantseerib riik riigieelarvest.
- Seevastu ravikindlustus on RaKS kohaselt sundkindlustus ja SÜS tähenduses kindlustuse vormis korraldatud hüvitiste süsteem, mis põhineb kindlustatud isikute – st mitte automaatselt kõigi – solidaarsusel ja piiratud omaosalusel. Ravikindlustushüvitise – olgu rahalises või mitterahalises teenuse vormis - saamiseks peab inimesel olema kindlustatu või kindlustatud isikuga võrdsustatud isiku staatus. Kindlustatuks ravikindlustuse tähenduses on isik juhul, kui tema eest makstakse sotsiaalmaksu, ta ise maksab enda eest sotsiaalmaksu või ta kuulub RaKS-i või selle alusel sõlmitud lepingu alusel kindlustatu võrdsustatud isikute loetelusse.
- Seega erineb ravikindlustuse ja ravikindlustushüvitiste isikuline kohaldamisala põhimõtteliselt SHS teenuste omast.
- Samuti erinevad riigieelarveliselt maksurahast finantseeritud sotsiaalabi süsteem ja sundkindlustusena korraldatud ravikindlustussüsteem üksteisest olemuslikult ja õiguslikult. Põhiseaduse kommenteeritud väljaandes selgitatakse vahet järgmiselt: „Sundkindlustus erineb maksust selle poolest, et kindlustusmakse tasumisest tekivad kindlustatul varalised õigused kindlustusmakse saaja suhtes. Erinevalt lõivust ei ole sundkindlustuse puhul antav vastuhüve konkreetne, sest vastuhüve saamine on seatud sõltuvusse kindlustusjuhtumi saabumisest (nt haigestumine, pensioniikka jõudmine, töösuhte lõppemine). Sundkindlustuse eesmärk on riskide hajutamine. ... Sundkindlustuse tunnustele vastab ka sotsiaalmaks, kuigi formaalselt on tegemist maksuga. Sotsiaalmaksu laekumisi kasutatakse sihtotstarbeliselt pensioni- ja ravikindlustuse finantseerimiseks ning kindlustatule tagatavad hüved sõltuvad (kuigi mitte täielikult) tema eest makstud sotsiaalmaksu suurusest.”.



Lisaks on õigusteoorias ning Riigikohtu lahendites leitud, et õigus saada sundkindlustushüvitist on rahaliselt hinnatav õigus ja kuulub omandipõhiõiguse kaitse alla. Näiteks märgitakse Riigikohtu 11.5.2017 otsuses asjas nr 3-4-1-17-16 (p 54), et: „Põhiseaduse § 113 eristab riiklikke makse ja sundkindlustuse makseid. Kui riik kasutab maksuna kogutud raha, on seadusandjal suurem vabadus otsustada selle kasutamise tingimuste üle. Erinevalt sundkindlustuse maksest puudub maksul otsene vastutasu maksja jaoks /.../ Nagu eespool märgitud, on sundkindlustusmakset maksnud kindlustatu õigus saada hüvitist rahaliselt hinnatav õigus, mida PS § 32 lõige 2 kaitseb. Kindlustatud riski realiseerumisel kindlustushüvitise maksmise piiramine riivab intensiivselt kindlustatu omandipõhiõigust, sellisel riivel peab olema põhiseaduspärane eesmärk ja riive peab olema proportsionaalne.“.

Kuna VTK-dega nähakse teatud ulatuses ette täna Sotsiaalkindlustusameti kaudu riigi korraldatud abina maksurahast antavate sotsiaalvaldkonna teenuste ja abivahendite korralduse ja rahastuse üleminek Tervisekassale, kinnitab see meie hinnangul fakti, et edaspidi peaks Tervisekassa hakkama täitma uusi ravikindlustuse väliseid ülesandeid.

Samas näevad mõlemad VTK-d ette ka selle, et uute tegevuste korralduskulud ja osalt ka otsesed teenuste kulud muutuks Tervisekassale just ravikindlustuse vahenditest kantavateks uuteks püsikohustusteks – näiteks TERVIK-ute tegevus- ja teenuste kulud, abivahendite-meditšiiniseadmete ühendussüsteemi halduskulud, vähemalt osaliselt ka abivahendite hüvitamise kulud jm.

Kulude ja kohustuste prognoosid ja ulatus ning tegelik rahastuse jaotus sõltuvalt sotsiaalabi- või ravikindlustussüsteemist jäävad aga ebaselgeks. Samuti on VTK-des käsitlemata ravikindlustamata isikutele ravikindlustuse arvelt teenuste pakkumise õiguspärasus ning ravikindlustatud isikute omandipõhiõiguse ulatuslike riive põhiseaduspärasus. Lisaks ja laiemalt on küsimuse all tänase ravikindlustussüsteemi edasine õiguslik ja sisuline olemus ja piirid.

Praktilises mõttes on selge, et näiteks abivahendite ja meditsiiniseadmete süsteemide ühendamise mõjul hakkaks sotsiaalvaldkonna kulud otseselt mõjutama ravikindlustuskulusid. Näiteks hakkaks abivahendite kulu määrama kulusid ravimitele ja meditsiiniseadmetele ning vastupidi. See mõju avalduks otseselt täiendava ravimi- ja meditsiiniseadme hüvitise kaudu, kus isiku omaosaluse suurusest sõltub hüvitise saamise algus ning hüvitise suurus. Edaspidi sõltuks hüvitise algus sellest, kui palju on inimesele riiklikult hüvitatud ja teisipidi kui palju on inimene ise kokku kulutanud nii abivahenditele (sotsiaalsüsteemi kulu) kui ka ravimitele ja meditsiiniseadmetele (ravikindlustussüsteemi kulud). Tervisekassa on selgitanud, et hüvitab juba täna täiendava ravimi- ja meditsiiniseadme kulusid ravimivahendite arvelt ehk meditsiiniseadmete kulud võivad juba täna vähemalt osaliselt olla üle kandunud ravimieelarvesse. Kahtlemata kiirendaks süsteemi lisanduvad ca 2600 abivahendit sellist rismõju ning täiendava ravimi- ja meditsiiniseadme hüvitise lävendi täitumist olulisel määral. Teatava indikatsiooni tulevase mõju ulatusest võib ilmselt tuletada Tervisekassa 2025. a I poolaasta aruandest, mille kohaselt kasvas täiendava ravimihüvitise kulu võrreldes 2024. a sama ajaga üle 2 miljoni euro ehk 47%. Teatavasti liideti alates 2025. aastast täiendava ravimihüvitise juurde ka meditsiiniseadmed ning uue liithüvitise õigust arvestatakse nüüd mõlema kategooria kulude koondina. Kahjuks aga ei nähtu VTK-st selle kohta rahalisi ega põhjalikke mõjuhinnanguid ei senise muutuse ega edaspidi lisanduvate abivahendite osas. Täna ravikindlustussüsteemis peaks taoline rismõju olema õigusvastane. See rikuks ka ravikindlustatud isikute omandipõhiõigust ning ootust ja nõuet saada kindlustusjuhtumi ehk haiguse puhul Tervisekassalt ravikindlustushüvitisi.

Täiendav põhimõtteline küsimus võib VTK kavade puhul tekkida RakS-is sätetatud ravimi- ja tervishoiuteenuse hüvitiste omavahelisest lubatud proportsioonist. Kas ja kui, siis kuidas, hakkaks abivahendite lisandumine täiendava ravimi- ja meditsiiniseadme hüvitise alla mõjutama seaduse nõuet, et Tervisekassa kulud ravimihüvitisele ei tohi ületada tervishoiukulude aastaeelarves 20 %

tervishoiuteenuse hüvitise kuludest? Kas sellisel võimalikul mõjul oleks oma väljund ka ravimite, meditsiiniseadmete ja abivahendite kättesaadavuses? Arvestama peab muuhulgas asjaolu, et tänane abivahendite kulu on nõ arvestuslik kulu ehk selle suurus sõltub abivajajatest, mitte Tervisekassa ravikindlustuse eelarve piiridest, mis juba täna kahjuks ka väga suures astases miinuses.

Kuna sotsiaal- ja ravikindlustussüsteemide isikuline kohaldamisala, finantseerimisallikad ja õiguslik olemus on erinevad, siis tõusetub VTK-de puhul küsimus sellest, kas nende mõjul laieneks ravikindlustus vähemalt teatud hüvitiste puhul edaspidi ka mittekindlustatud isikutele, kelle eest ei ole kindlustusmakset tasutud – VTK kohaselt hakkaks kõik inimesed edaspidi saama abivahendeid ja meditsiiniseadmeid võrdsetel alustel?

- Kui ei, siis kuidas hoitakse kumbki süsteem ja tegevus Tervisekassas piisavalt lahus, et oleks tagatud ravikindlustatute õiguste kaitse?

- Kui jah, siis mis on edaspidi ravikindlustuse olemus, piirid ja sisu ning kuidas piiritleda ja põhjendada ravikindlustussüsteemi sisest ja selle välist paralleelset sotsiaalabi korraldust?

Täpseid piiritlusaluseid selleks, kuidas edaspidi tagatakse ravikindlustuseks ettenähtud vahendite sihtotstarbeline kasutamine ning ravikindlustatud isikute tervise ja omandipõhiõiguse kaitse, praegu VTK-dest veel ei selgu. Samuti tunduvad pigem alles kavandi kujul uue teenustekorralduse kirjeldused ja eelarved. Samas on tegemist väga paljusid osapooli puutuvate ning kohati äärmiselt kõrge ja tehnilise regulatsiooniastmega valdkondade ja mitmepoolsete õigussuhetega, kus korraga puutuvad era- ja avalik õigus ning mitmed keerukad eriliigilised lepingulised jm õigussuhted.

Taolise mastaabiga muutus vajab õnnestumiseks väga põhjalikku läbijoonistust ja piisavalt pikka rakendusaega pärast seda, kui reformide aluseks olevad seaduste ja määruste muudatused on lõplikul kujul vastu võetud.

Need küsimused tunduvad seda kriitilisemad, mida suurem on Tervisekassa ravikindlustustegevuste pikaajaline rahaline miinus ning juba kasutusele võetud ja loetud aastate pärast ammenduvad kindlustusreservid.

2) Lisamõtted abivahendite ja meditsiiniseadmete integreerimise väljatöötamiskavatsuse kohta

VTK-ga kavandatakse kehtestada meditsiiniseadmetele kohustuslik jaemüügihind ehk hind, millest kallimalt oleks keelatud vastavat toodet jaetasandil müüa. Meditsiiniseadmete hulka liidetaks edaspidi omakorda ka tänased abivahendid (249 erinevat tootegrupi kokku ca 2600 erineva tootega).

Süsteemi aluseks oleks Tervisekassa ja meditsiiniseadme või abivahendi „esindaja“ vahel kokku lepitud maksimaalne müügihind, mis VTK kohaselt „on mõlemale osapoolle vastuvõetav ning neid hindu saab muuta ainult läbirääkimiste teel ning tingimusel, et muudatus on põhjendatud ja kooskõlas alternatiivsete toodete maksumusega“.

Vastavad hinnakokkulepped tuleks lisaks meditsiiniseadmetele sõlmida kõigi 2600 abivahendi osas, sest sotsiaalsüsteemis need täna puuduvad. Abivahendite osas puudutab muudatus VTK kohaselt 64 000 kasutajat, abivahendi tõendite väljastajaid, 186 abivahendi ettevõtet ja mitmeid riigiasutusi.

VTK sõnul tagab Tervisekassa ja ettevõtete vahel sõlmitav hinnakokkulepe seda, „et erinevad ettevõtted [müüvad] tooteid ühesuguse hinnalaega, mis kokkuvõttes kaitseb inimest omaosaluse põhjendamatu tõusu eest. Lisaks, kõrgete omaosaluskuludega inimestel rakendub ostul automaatselt

täiendav ravimi- ja meditsiiniseadme hüvitis, mis vähendab omaosalust veelgi.“. VTK peab hinnakokkuleppe sõlmimist sotsiaalsüsteemis möödapääsmatuks.

Korralduslikult peaks abivahendite tootjate-Eestis levitajate esindajad esitama Tervisekassale soodustuse taotluse. Kassa omakorda hindama rahastuse põhjendatust, sõlmima hinnakokkulepped, välja töötama ja leppima erialaekspertidega hüvitamise tingimused sealhulgas sihtgrupi kirjeldused, hüvitatavad kogused ja kestused, piirlimiigid jms, arendama välja üüriteenuse ning sõlmima või muutma müügilepingud, samuti koos „erialaekspertidega üle vaatama ka abivahendite ja meditsiiniseadmete sihtgruppide kirjeldused, et need vastaksid vajadusele ega koormaks liigselt tervishoiusüsteemi“.

Ühtlasi laiendatakse oluliselt meditsiiniseadmeid ja abivahendeid välja kirjutavate isikute ringi ning seega tuleb nii Tervisekassal kui toodete müüjatel tuleb edaspidi oluliselt laiemas spektris kontrollida, kas vastav toode on korrektselt ja õige isiku poolt õigele abivajajale välja kirjutatud.

Samuti tuleks kõik abivahendid registreerida vastavas riiklikus andmekogus – kohustus, mis on täna seaduses olemas, kuid mida VTK kohaselt seni kuigi ulatuslikult täidetud ega selle täitmist ka riigi poolt kontrollitud ega järele valvatud ei ole.

Süsteemi sujuvaks rakendamiseks kavandatakse üleminekut uuele ühendsüsteemile etappide kaupa 3 aasta jooksul. Ülemineku perioodi tööjõuvajaduseks hinnatakse ca 6-7 inimest ning hiljem püsivalt ca 5-6 inimest.

Näeme kavandatud süsteemis mõningaid põhimõttelisi kitsaskohti ja vastuolusid meile teadaolevalt paralleelselt kavandatavate riigi plaanidega. Kuigi me ERHL-is toetame süsteemide loomist ja dubleerimiste vältimist põhimõttelisel tasandil, siis praegusel VTK-s esitatud kujul tundub kava kahjuks veel poolik.

Muuhulgas:

2.1) Alahindab VTK ilmselgelt süsteemiga kaasnevad haldus- ja ajalist koormust nii riigile kui ettevõtetele ja lõppkokkuvõttes ka patsientidele. Mõne aasta eest rakendunud meditsiiniseadmete registreerimiskohustus on praktikas osutunud ebamõistlikult koormavaks üleregulatsiooniks. Seda asjatut koormust on tunnistanud ka riik ning valdkonnale on lubatud meditsiiniseadmete nõuete ülevaatamisel selle küsimusega tegeleda. Probleemi lahendamise asemel lisaks praegune VTK sellesse veel täiendava koormuse kuni ca 2600 abivahendi näol, hindamata sellega reaalselt kaasnevaid kulusid ja tegevusi. Selle asemel nenditakse vaid, et turul olevaid abivahendeid tänaseks kuigi palju registreeritud ei ole. Kuidas saaks selline lisakoormus olla mõistlik ja proportsionaalne, sellele VTK kahjuks vastust ei anna.

VTK rakendamisega kaasnevatele ulatuslikule praktiliste küsimuste ja probleemide kataloogi on VTK tagasisides ilmekalt kirjeldanud näiteks Invaru.

2.2) Rõhutame, et 25.5.2025 jõustunud HÕNTE muudatuste kohaselt kehtib õigusloomes, sh VTK-de puhul reegel, et kui kavandatud muudatus suurendab halduskoormust, siis tuleb esitada ka teave selle kohta, mille võrra on kavas olemasolevat halduskoormust vähendada.

Samuti nõuab HÕNTE otsesõnu, et kui seaduseelnõuga kavandatavate nõuete tõttu kasvab ettevõtjate, inimeste või vabaühenduste halduskoormus, tuleks näha ette muudatused ka halduskoormuse vähendamiseks.



Praegune VTK on selles osas vastuolus nii õigusloome reeglite kui ka riigi poolt valdkonnale lubatud kavaga halduskoormust võimalikult leevendada.

2.3) VTK-s tuleks prognoosida ja esitada ka eeldatav ca 2600 abivahendi hinnakokkulepete sõlmimise aja- ja rahakulu, sh palgakulud – samuti kirjeldada uute koondatud tootenimekirjade ja nende hinnalepete ajakohasena hoidmise protsess.

2.4) VTKs jääb arusaamatuks ka see, kas kohustuslikud jaemüügihinnad kehtiks kitsalt Tervisekassa hüvitiste süsteemis või ka väljaspool seda kõigile meditsiiniseadmete ja abivahenditele.

2.5) Eraldi õiguslikku hinnangut vajab riigi ja üksiku ettevõtte vahel tehtud hinnakokkulepete kohustuslikkuse õigus- ja põhiseaduspärasus selle lepingu osapoolteks mitteolevatele 3. osapooltele.

Samuti jääb abivahendite ja meditsiiniseadmete kättesaadavuse, inimeste ja ettevõtete valiku- ja tegevusvabaduse seisukohalt väga küsitavaks VTK-s kirjeldatud rangelt kohustusliku ja valikualternatiivideta süsteemi loomine ning sellise lepete korralduse konkurentsioiguslik lubatavus ja mõju toodete kättesaadavusele.

Kuna VTK viitab kavandatu eeskujuna vähemalt osalt ravimivaldkonnale, siis rõhutame, et Tervisekassa ja ravimitootjate vahelistes hinnakokkulepetes määratud hind on üks riigi poolt tugevamalt hoitud saladusi, millest ei ole teadlikud ei nende ravimite turustajad ega avalikkus. Selle saladuse hoidmisest on eelkõige huvitatud riik ise riikidevahelise ravimihindade konkurentsivõime tõttu.

Siinkohal jääb põhimõtteliseks küsimuseks, kas praeguse muudatustega on soovitud eesmärki üldse võimalik saavutada või viiks need vastupidisele tulemusele, kus meditsiiniseadmete ja abivahendite turg võtaks üle probleeme, mida täna ravimivaldkonnale ja ravimite kättesaadavusel ette heidetakse.

2.6) Nagu eespool kirjas punktis 1.2 välja toodud, soovitakse VTK-ga sisuliselt üheks muuta olemuslikult erinevad, erinevatele sihtrühmadele erinevatel tingimustel mõeldud ja erinevalt rahastatud abivahendite ja meditsiiniseadme süsteimid. Lisaks soovitakse need täiendava ravimi- ja meditsiiniseadme ravikindlushüvitise kaudu osaliselt liita ka ravimite hüvitamise korralduse ja eelarvega.

See tekitab küsimuse ravikindlustuse vahendite õiguspärasest kasutamisest, täna ravikindlustussüsteemi osaks olevate ravimite ja meditsiiniseadmete kättesaadavusest, uutest kuludest rahastuskriisis olevale Tervisekassale, ning laiemalt ravikindlustuse edasisest olemusest.

3) Lisamõtted Eesti tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi integreerimise väljatöötamiskavatsuse kohta

3.1) VTK eelarveline ja kulude pool vajaks veelkord läbiarvestamist ja kirjeldamist.

Hetkel tundub, et eelarvetabelist on jäänud välja näiteks loodavate koostöökogude jooksvad administratiivkulud, mis võrreldes tänaste ülesannetega oleks puudutatud asutustele uueks funktsiooniks.

Samuti on VTK tekstiosa ja tabelina kirjeldatud eelarve mõnevõrra ebakõlas. Näiteks TERVIK-utele ettenähtud boonustasude osas näeb VTK teksti boonus- või tulemustasusid osana TERVIK-ute



motivatsioonipaketist, kuid eelarvetabelis märgitakse, et neid kulust siiski justkui ei eksisteeri või ei ole nende suurus teada-prognoositav („NA“).

3.2) Samuti vajaks üle hindamist uue süsteemi rakendamise ajakava realistlikkus.

VTK kohaselt on seaduseelnõu menetluseks Riigikogus kavandatud 2026. aasta I poolaasta. Seega eelduslikult oleks seadusemuudatused vastu võetud suveks 2026. Muutuseid peaks aga rakenduma juba alates 2027. aastast.

Tundub, et seaduse vastuvõtmise ja rakendumise vahele jäänud poole aasta jooksul tuleks vähemalt:

- moodustada uued maakondlikud koostöökogud, kes peaksid välja töötama maakondade strateegiad, otsustama piirkonna riskirühmad ja täitma muud neile VTK-s ettenähtud ülesanded;
 - asutada igas maakonnas uued juriidilised isikud TERVIK-ud või alternatiivselt peaksid maakondade teenuseosutajad sõlmima TERVIK-u funktsioonide elluviimiseks vastastikused koostöölepingud (*maakonna perearstiabi osutajad, haiglad, KOV-d, regionaalhaiglad ning võimalikult lisaks ka kiirabi, apteegid, üldhooldekodud, õendushaiglad, koduõenduse osutajat jt*). Arvestades nende teenuseosutajate koguhulka Eestis, TERVIK-u tegevustega hõlmatud valdkondlikku ulatust ning vastavalt ka huvide paljusust, võib ainuüksi asutamis-koostöölepete läbirääkimisteks prognoosida oluliselt pikemat aega kui rakendamiseks jäetud ca 6 kuud;
 - TERVIK-ud nende asutamise järel ka asjakohaselt mehitada, luua neis sobivad töötingimused, korraldada tööprotsessid ja tagada andmekaitse mõjuhinnangud ja kaitsemeetmed ning kooskõla kõigi teiste TERVIK-u tegevusvaldkondades tegutsevale organisatsioonile automaatselt kohalduvate nõuetega.
 - Asutatud, mehitatud ja tegevust alustanud TERVIK-ud peaks aasta lõpuni jäänud aja jooksul koondama info maakonna erinevatest teenuseosutajatest, analüüsima maakonna vajadusi ja koostama vastava piirkonna tervise- ja heaoluprofiili ning saatma koostöökogule ettepaneku strateegiliste koostöövaldkondade, prioriteetsete sihtrühmade, koostöö eesmärkide ja mõõdikute kohta – protsess, mis omakorda võiks mõjutada koostöökogude poolt strateegia kinnitamist. Siinjuures paistab tekkivat ka nõ muna-ja-kana küsimus sellest, kas oma tegevuste kavandamisel peaks TERVIK lähtuma koostöökogu poolt juba ette antud suunistest või peaks koostöökogu enne TERVIK-u jaoks strateegia ja suuniste koostamist ootama ära vastavad ettepanekud TERVIK-ult.
 - Seejärel peaks TERVIK-ud kooskõlas maakonna koostöökogude poolt kinnitatud strateegiliste arengukavadega koostama omaenda tegevuskavad.
 - Teenuste inimesteni viimiseks tuleb TERVIK-ute juurde koolitada ja palgata tervisejuhid / terviseteeakonna juhid, kes oleks pädevad nii tervise- kui sotsiaalsüsteemides, andmekaitstes jt valdkondi puutuvates üldregulatsioonides. Ministeeriumi poolt alustatud tervisejuhi õppekava koostamise riigihanke kohaselt kavandatakse ainuüksi õppekava pikkuseks kuni 6 kuud.
 - Tervisejuhid omakorda peaksid kaardistama ja jõudma kõigi uutesse sihtrühmadesse kuuluvate abivajavate inimesteni maakonnas, koostama neile koostöös inimeste endi, nende lähedaste ja erinevate tervise-sotsiaalvaldkonna ekspertrühmadega heaoluplaanid ja/või juhtumiplaanid, saama neile inimese nõusoleku ning koordineerima alates 1. jaanuarist 2027 plaanidele vastavate teenuse osutamist.
 - Tervisejuhid ja/või TERVIK-ud peaksid alates 1. jaanuarist 2027 korraldama ka inimestele teenuste osutamist. Selleks tuleb eelnevalt piiritleda erinevate spetsialistide jt osapoolte rollid, võimekus ja valmisolek selliseid teenuseid pakkuda ning võimalikult vältida teenuste dubleerimist.
 - Lisaks nähakse tervisejuhi ülesannetena ka mitmeid abivajajat toetavaid lisategevusi, näiteks ravimiskeemi järgse ravi vastavuse jälgimist, vajalike ravimite hankimise toetamist ja ravimitega seotud probleemide korral perearsti informeerimist.
- Siinkohal tõusetub küsimus, kas ja mil määral hakkab tervisejuht nende jt funktsioonide täitmisel asendama tänaseid arste, õdesid, apteekreid? Kas selleks oleks tarvis anda tervisejuhtidele täiendavaid tegutsemisõiguseid või seada tegutsemispiiranguid nagu need kehtivad vastavate valdkondade teiste teenuseosutajate puhul jne?



- Süsteemi muudatustest ning inimese kohast ja õigustest-kohustustest-võimalustest uues süsteemis tuleks põhjalikult ja ette teavitada ka kogu Eesti elanikkonda, kelle jaoks ja heaks reformi tehakse ja kellele uusi teenuseid osutama hakatakse. Kuna heaalupiirkondades hakkavad maakondlikud strateegiad, tegevuskavad, prioriteetsed teenused ja nende sihtrühmad eeldatavasti erinema, siis peab teavitus hõlmama nii üldist riiklikku teenuste korraldust kui selle konkreetseid lahendusi ja prioriteetepiire iga maakonna lõikes.

- Ruumi ja aega tuleb jätta ka läbirääkimiste ja võimalike õigusvaidluste pidamiseks juhul, kui TERVIK-ute moodustamisel, erinevate koostöö-, teenuste-, rahastuslepingute sõlmimisel või inimesi individuaalselt puudutavate otsuste – näiteks sihtrühmade valik, teenuste ja tegevuste prioriteedid piirkonnas, abivajaja heaaluplaani üksikasjad jms – osas peaks tekkima probleeme.

Võimalik, et oleme mõnd eelnimetatud tegevuste etappi ka ekslikult mõistnud, kuid VTK-s kavandatud pooleaastasest rakendusajast võib meie hinnangul jääda väheks isegi esimeste sammude läbimiseks maakonna koostöökogude ja TERVIKute moodustamisel ja neilt oodatavate esimeste üldiste strateegiatega ja tegevuskavade koostamisel.

Ühtlasi tundub kavandatud süsteem administratiivselt üksjagu mahukas nii otsustus-koostöötasandite kui tegevusprotsesside mõttes. Vastavalt võib VTK-s olla alahinnatud ka selleks tegevuseks vajaminevat aja-, raha- ja inimressursi mahtu. Tervisekassa tänase miinuse olukorras tuleks süsteemi mõjud ravikindlustusele kindlasti oluliselt detailsemalt eelarvestada ja lahti kirjutada. Samuti tuleks hinnata tervisejuhtidena vajamineva üle 150 tänase õendus- või sotsiaaltöötaja ümberliikumise mõju nende valdkondade tänase tööjõupuuduse kontekstis.

3.3) Soovitame eraldi tähelepanu pöörata ka erinevate osapoolte õiguskaitsevõimalustele ja vastutusele uues süsteemis. Seda nii patsiendi-inimese, teenusesaaja kui ka erinevate TERVIK-usse kuuluvate ja TERVIK-u teenusepartneritena kavandatud organisatsioonide vaates.

Eeldatavasti muutuksid nii maakondlikud koostöökogud, TERVIK-ud kui ka tervisejuhid edaspidi vähemalt teatud tegevuste osas haldusorganiteks, kelle samme teenuseprioriteetide seadmisel, riskirühmade määramisel, tegevuskavade ja heaaluplaanide koostamisel ning lepingu-teenusepartnerite valimisel (*sh huvide konflikti, võrdse kohtlemise ja konkurentsi vaates*) saab halduskohtulikult ning lisaks ka riigivastutuse võtmes vaidlustada.

Samuti muutuvad need organid ja neile avaliku ülesande täitmiseks delegeerijana ka riik otseselt vastutavaks juhul, kui nad peaks neile seatud ülesannetega hätta jääma või ebaõnnestuma. Vastavad riskid ning selle kandmise kulud tuleks VTK-s põhjalikumalt avada ja eelarvestada.

Vastasel juhul võivad tekkida olulised lüngad teenuste ja inimesele vajalike vahendite kättesaadavuses ja rahastuses, mida ei ole probleemi tekkimisel võimalik operatiivselt täita, sest varasemad korraldusmudelid tunnistatakse VTK-de kohaselt kehtetuks.

Loodame, et arvamusest on abi tervishoiu korraldus- ja rahastusküsimustele lahenduste otsimisel, misjärel saab VTK-sid vastavalt kohandades ja sisuliselt muutes edasi liikuda ka tervise- ja sotsiaalvaldkondade lõimimise kavaga.

Lugupidamisega

Teet Torgo
tegevjuht