



Sotsiaalministeerium
Suur-Ameerika 1
10122, Tallinn, Harjumaa
info@sm.ee

Teie 13.04.2026 nr 1.2-2/34-1

Meie 30.04.2026 nr 2.1-24/3697-1

Seisukoht Rahvatervishoiu seaduse ja tervishoiuteenuste korraldamise seaduse muutmise seaduse eelnõu (tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi koostöö) kohta

Põhja-Eesti Regionaalhaigla toetab tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koordineeritud koostöö arendamise eesmärki ning tunnustab eelnõu autorite ambitsiooni luua kompleksse abivajadusega inimestele integreeritud teenusekorraldus.

Samas ei ole esitatud eelnõu praegusel kujul kooskõlastatav kahel põhimõttelisel põhjusel, mida käsitletakse eraldi alljärgnevalt. Lisaks vajab eelnõu olulist täiendamist 21 märkuse osas, mis on esitatud käesoleva seisukoha teises osas.

1. Mõjuanalüüsi olulised puudused

Eelnõus ei ole analüüsitud reformi rakendamisega kaasnevaid lisakulusid haiglatele, sealhulgas IT-arendusi, liidestusi ja juurutamise tööjõukulu. Kuna haiglavõrgu kavas nimetatud haiglad on TERVIKu kohustuslikud osapooled, peab nende kulude modelleerimine olema eelnõu mõjuanalüüsi lahutamatu osa.

Eelnõu seletuskirjas väidetakse, et muudatusega ei kaasne Tervisekassale lisakulusid. See seisukoht ei pea paika: kuna haiglate põhirahastus tuleb Tervisekassalt, on haiglatele tekkiv lisakulu *definiitsioonist tulenevalt* lisakulu ka Tervisekassale. Esitatud kujul ei vasta eelnõu mõjude analüüsi osas heale õigusloome tavale ning sel põhjusel ei saa eelnõud kooskõlastada.

2. Erakliinikute väljajätmine TERVIKu kohustuslike osapoolte hulgast on loogiline vastuolu

Eelnõu loeb TERVIKu kohustuslikeks osapoolteks HVA haiglad, KOV-id ja perearstiabi osutajad, kuid jätab erakliinikud kohustuse alt välja. Erakliinikute osakaal ambulatoorse ja päevastatsionaarse eriarstiabi osutamisel on rahalises mahus võrreldav kõigi üldhaiglate ambulatoorse ja päevastatsionaarse ravitüübi mahuga.

Selline regulatsioon jätab olulise osa eriarstiabi teenusepakkujatest TERVIKu mõjualast välja. Patsientide vaatest tähendab see, et märkimisväärne osa neist ei saa eelnõuga lubatud koordineeritud teenust.

Detailsed märkused eelnõu sätete kohta

1. § 8 lg 1 punkt 2 sätestab, et tervise- ja heaoluprofiil peab sisaldama kokkuvõtet healupiirkonna *peamistest* tervise- ja healunäitajatest ning *peamistest* elukaareülestest riski- ja kaitsetegurite näitajatest. Kes defineerib, mis on peamised näitajad? Kas näiteks suitsetamisharjumused, keskmine alkoholitarbimine ning diabeedi ja kõrgvererõhktõve esinemissagedus peavad olema peamiste näitajate hulgas, või jääb see iga TERVIKu enda otsustada? Kui iga TERVIK defineerib "peamised" erinevalt, muutuvad healupiirkondade profiilid omavahel võrreldamatuks, mis raskendab nii riiklikku seiret kui ka ressursside õiglast jaotamist.
2. § 8¹ lg 2 punkt 3 näeb ette, et koostöökogu koosseisu kuulub *kõigi healupiirkonda kuuluvate kohaliku omavalitsuse üksuste* üks esindaja. Sõnastusest ei selgu, kas silmas on peetud ühte esindajat KOV üksuste peale kokku või ühte esindajat iga KOV üksuse kohta. Esimesel juhul: kes ja millisel alusel valib ühise esindaja? Teisel juhul: kuidas tagatakse konsensusliku otsustamise toimimine, kui näiteks Harjumaa koostöökogus on 16 KOV esindajat (millest Tallinn on üks)? Mõlemal tõlgendusel tekib lisaks elanike arvu ebaproportsionaalse esindatuse probleem: ühe esindaja per KOV mudelis muutub Tallinn väikeste valdade ühe häälega võrdseks; ühe ühise esindaja mudelis võivad väikeste KOV-ide huvid jääda hoopiski katmata. Kaaluda tasub elanike arvul põhinevat kaalutud esindatust.
3. § 8¹ lg 2 ei sätesta nõudeid koostöökogu liikmete pädevusele. Kuidas tagatakse, et koostöökogusse määratakse inimesed, kellel on reaalsed teadmised tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonnast? Ilma pädevusnõueteta võib koostöökogust kujuneda poliitiline organ, mille otsused ei põhine valdkondlikul kompetentsil.
4. § 8¹ lg 6 nõuab otsuste langetamist konsensuslikult, kuid eelnõu ei näe ette ühtegi mehhanismi olukorraks, kus konsensust ei saavutata. Mis saab siis, kui näiteks KOV esindaja pole rahul Sotsiaalministeeriumi või Tervisekassa esindaja ettepanekutega? Kas tervise- ja heaoluprofiili kinnitamine võib määramatult viibida? See võib halvata TERVIKu strateegilise tegevuse healupiirkondades.
5. § 8¹ lg 8 näeb ette, et koostöökogu liikmetele tasu ei maksta. Kuidas motiveeritakse pädevaid inimesi koostöökogu töös osalema, eriti arvestades vastutuse ulatust (lg 7 kohaselt on otsused TERVIKule kohustuslikud) ja potentsiaalset ajakulu?
6. § 13¹ lg 2 lubab üle 100 000 elanikuga healupiirkonnas moodustada TERVIKu sees koordineerimispiirkondi, kuid koostöökogu on ikkagi üks. Kas see tähendab, et Harjumaa 649

000 elaniku TERVIKu üle teostab strateegilist järelevalvet üks koostöökogu ja Hiiumaa 10 000 elaniku üle samuti üks koostöökogu? Praegune mudel ei näi tagavat võrreldavat juhtimisvõimekust eri suurusega heaolupiirkondades.

7. § 13¹ lg 7² kohaselt ei tohi iseseisva juriidilise isikuna moodustatud TERVIKul olla muud tegevusala kui käesolevas paragrahvis nimetatud tegevused, valdkonnaülene koordineerimine ning sotsiaal- ja tervishoiuteenuste osutamine, *välja arvatud eriarstiabi, perearstiabi ja kiirabi*. See sõnastus näib lubavat TERVIKul osutada muid tervishoiuteenuseid — õendusabi, füsioteraapiat, psühholoogilist ravi, logopeedilist ravi ja ämmaemandusabi. Kas see on teadlik valik, et TERVIK hakkab neid teenuseid ise osutama? Kui jah, siis kuidas välditakse konkurentsi TERVIKu enda liikmetega, kes juba samu teenuseid osutavad?
8. Eelnõu loob TERVIKutele ülesanded ja rahastamisvood, kuid ei sätesta tulemuslikkuse hindamise sõltumatut mehhanismi ega sanktsioone. Praegu ette nähtud skeemis teeb TERVIK ise ettepaneku tulemuseesmärkide kohta, koostöökogu kiidab need heaks ning Tervisekassa seob need tulemustasuga. Puudub sõltumatu hindamismehhanism, mis kontrolliks, kas eesmärgid on piisavalt ambitsioonikad ning kas tulemustasu on põhjendatult makstud. Mis juhtub, kui TERVIK ei täida koostöökogu kinnitatud eesmärgi? Kas ministril on õigus TERVIKusse sekkuda, selle struktuuri ümber korraldada või rahastamine peatada? Ilma vastutusmehhanismita võib Tervisekassa rahastamise üleandmine TERVIKutele (alates 1. mai 2028) osutada kontrollimatuks kuluallikaks.
9. § 13² lg 1 kohaselt algatab märkamislehe üksnes tervishoiutöötaja või KOV sotsiaaltöötaja. See kitsas teavitajate ring loob olukorra, kus aastaid tervishoiusüsteemist eemal olnud inimene (näiteks pikaajaline kodutu, vanglast vabanenud isik, pere- või kogukonnast isoleerunud inimene) ei satu kunagi märkamislehe orbiiti, kuna ta ei pöördu ei arsti ega KOV sotsiaaltöötaja poole. Kas tuleks lubada alternatiivseid teavituskanaleid (kolmanda sektori organisatsioonid, varjupaigad, kogukonnatöötajad)?
10. § 13³ lg 4 paneb terviseteejuhile väga palju ülesandeid: vajaduse hindamine, tugimeeskonna moodustamine, heaoluplaani koostamine, selle selgitamine, inimese motiveerimine, liikumise toetamine erinevate teenuste vahel ning täitmise hindamine. Kas see kõik on ühele inimesele realistlikult jõukohane? Milline peaks olema terviseteejuhi juhtumikoormus, et teenuse kvaliteet säiliks? Kui palju terviseteejuhte on Eesti peale tarvis? Sellega seoses on lahtine ka terviseteejuhtide koolitus- ja tööturuvalmidus: milline on praegune hinnang vajaminevate terviseteejuhtide arvule, kes korraldab ja rahastab koolituse enne, kui Tervisekassa hakkab teenust rahastama, ning kas Eestis on piisav tööturu reserv? Eesti Haiglate Liidu kohtumisel on jäänud kõlama, et peamiselt kaasatakse olemasolevat tööjõudu, kuid kui tervisekeskuses praegu sotsiaaltöötajat ei ole, ei ole selge, kes selle inimese tööle võtab ja kelle eelarvest seda rahastatakse.

11. Eelnõus puudub patsiendi kaebemenetluse regulatsioon. Inimene ei saa praegusel kujul vaidlustada terviseteejuhi otsuseid: koordinatsiooniteenusest keeldumist, heaoluplaaniga mittenõustumist või teenuse lõpetamist. Arvestades, et heaoluplaan kajastab nii tervise- kui ka sotsiaalseid otsuseid ning tugineb riskirühma tunnusele, peab kaebemenetluse võimalus olema seaduses selgelt sätestatud.
12. Rakendusakti § 10 lg 2 sätestab koordinatsiooniteenuse lõpetamise inimesega, kes *jätab regulaarselt kohustused täitmata*. Sihtrühm on aga sageli just need inimesed, kelle toimetulek ja ravisoostumus on kõige nõrgemad — ehk just need, kes kohustuste täitmisega kõige tõenäolisemalt hätta jäävad. Selline lõpetamisalus võib olla diskrimineeriv. Eelnõust ei selgu, kes lõpetamisotsuse teeb, mille alusel loetakse täitmata jätmine *regulaarseks* ja milline on inimese õiguskaitse selles protsessis.
13. § 13⁵ lg 2 sätestab kõrgenenud tervishoiuteenuse kasutamise riski hindamise aluseks üksnes retsepti- ja raviarvete andmed. See on ebapiisav andmestik, võttes arvesse, kui oluliselt sotsiaalmajanduslik olukord patsiendi terviseriske mõjutab. Kas riskihindamise tuleks kaasata ka rahvastikuregistri andmed, töötamisstaatus, sotsiaaltoetuste saamise info ja muud riigile kättesaadavad sotsiaalmajanduslikku staatust puudutavad andmed? Praegune meetodika tuvastab vaid neid, kes juba tervishoiusüsteemis käivad, jättes kõrvale ennetustöö jaoks kriitilised sihtrühmad.
14. § 31 lg 4 näeb algselt ette, et TERVIKuga seotud kulused rahastatakse Euroopa Liidu või muudest toetustest (jõustub 1. juulil 2027), ning alles alates 1. maist 2028 võtab Tervisekassa üle püsiva rahastamiskohustuse. Kas EL toetused on selleks perioodiks juba kindlustatud? Mis summas ja millise programmi raames? Või eeldame, et iga TERVIK peab ise EL-ist raha taotlema? Kui rahastamine ei ole tagatud, võivad TERVIKud esimesel tegevusaastal töötada ebakindla eelarvega, mis ohustab reformi jätkusuutlikkust juba stardifaasis.
15. Lisaks TERVIKu üldrahastamise küsimusele on rakendusakti tasandil koordinatsiooniteenuse rahastamise vaheperioodi probleem: rakendusakt sätestab kolm sihtrühma (rehabilitatsioon, multimorbiidne krooniline haige, haiglast kodule liikumist vajav inimene), kuid Tervisekassa rahastab alates septembrist 2027 üksnes rehabilitatsioonisihtrühma teenust. Multimorbiidse kroonilise haige ja haiglast kodule liikumist vajava inimese sihtrühmad jäävad perioodil september 2027 – mai 2028 ilma selge rahastusallikata. Kes maksab nende inimeste terviseteejuhi teenuse eest sellel vaheperioodil?
16. § 31 lg 6 näeb ette, et TERVIKule võib maksta tulemustasu, mis kantakse eraldi sihtkontole ja mida võib kasutada rahvatervishoiu eesmärkide saavutamiseks. Kellel on õigus määrata tulemustasu suurus ja kuidas on maandatud huvide konflikt, kui TERVIK ise osaleb tulemuseesmärkide kavandamises (vt punkti 8 sõltumatu hindamise küsimus)?
17. § 38² lg 2 loeb TERVIKu moodustatuks, kui sinna kuulub vähemalt üks haiglavõrgu haigla, kaks kolmandikku KOV üksustest ja üks neljandik perearstiabi osutajatest. Samal ajal tekib

ülejäänud § 13¹ lg 5 nimetatud osapooltel kohustus TERVIKuga liituda. Kuidas seda liitumiskohustust jõustatakse? Kas osapolele, kes keeldub liitumast, rakenduvad sanktsioonid, tegevusloa piirangud või rahastamise tingimused? Kaaluda tasub, kas Tervisekassa saaks ravikindlustuslepingu sõlmimise eeldusena nõuda TERVIKu liikmesust. See oleks praktiliselt efektiivseim hoob, kuid vajab selget õiguslikku alust ja proportsionaalsuse analüüsi. Praeguses kujus võib üleminekuperioodil tekkida olukord, kus TERVIK on küll moodustatud, kuid katab kavandatust oluliselt väiksemat elanikkonda.

18. § 38² lg 3 paneb TERVIKu moodustamise kohustuse — juhul kui see pole 1. juuliks 2027 täidetud — *madalama etapi* haiglavõrgu haiglale. See loob olukorra, kus tagasihoidlikuma tugistruktuuriga haigla peab võtma vastutuse kompleksse koostööstruktuuri moodustamise eest, mille jaoks tal võib nappida ressursi. Risk on, et TERVIK ei hakka toimima just nendes piirkondades, kus koostööd kõige enam vajatakse.

19. § 2 punkti 8 (TTKS § 59² lg 16) kohaselt edastab terviseteejuht tervise infosüsteemi valdkonnaülese koordinatsiooniteenuse raames koostatud heaoluplaani ja tegevuskava andmed. Eelnõu eeldab tervikuna mitme paralleelse IT-arenduse valmimist 2027. aasta septembriks: riskitunnus TIS-is, märkamisleht TIS-is, heaoluplaan TIS-is, KOV ligipääs TIS-ile, STAR–TIS andmevahetus. Kelle poolt ja mis ajaks töötatakse välja terviklahenduse sihtarhitektuur, mille järgi peavad nii TEHIK kui haiglad arendusi infosüsteemides ellu viima? Kas sihtarhitektuuri loomisel on arvestatud haiglate infosüsteemide võimalusi ja puudujääke? Millal on plaanis tervishoiuteenuse osutajatele edastada info juurutustöödeks, et teenuseosutajad saaksid oma süsteemid õigeaegselt ette valmistada? Kas TEHIK on kinnitanud, et see ajakava on realistlik? Millal peaksid TTO-d muudatusi planeerima hakkama?

Integratsiooni SK lk 65 toodud tabelis on nähtavasti arvestamata jäetud haiglates esialgsete IT arendustööde ja hilisemate hooldustööde kulud. Kas need kulud on samuti planeeritud katta välisvahenditest? Millised riiklike arenduste teekaardil olevad teemad nihkuvad 2028. aastasse, et võimaldada käesoleva seaduse jõustumiseks vajalike muudatuste elluviimist? Millistel tingimustel on lubatav jõustumistähtaja edasilükkamine?

20. Heaoluplaani 30-aastane säilitusaeg on väga pikk dokumendile, mis ühendab nii tervise- kui ka sotsiaalhoolekandelisi andmeid. See vajab eraldiseisvat andmekaitsealast mõjuanalüüsi, eelkõige proportsionaalsuse hinnangut töötlemise eesmärgi suhtes.

21. Rakendusakti § 4 nõuab samaaegselt kahte vastandlikku asja: perearstide esindajate arv peab olema väiksem kui KOV-ide ja haigla esindajate arv kokku, kuid tervishoiuküsimustes peab perearstide häälte osakaal olema vähemalt 50%. Need kaks nõuet on ühitatavad üksnes kaalutud hääletusega, mida rakendusakt sõnaselgelt ei sätesta. Kas see on taotluslik valik ja kui jah, siis kuidas see praktikas toimib? MEDRE andmetel on Tallinnas näiteks 222 nimistut.

Kokkuvõte

Põhja-Eesti Regionaalhaigla peab eelnõu eesmärki — tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna integreeritud teenuseosutamise tagamine kompleksse abivajadusega inimestele — oluliseks ja toetab selle saavutamist.

Esitatud eelnõu praegusel kujul **ei ole aga kooskõlastatav** kahel sisulisel põhjusel:

- 1) Mõjuanalüüs ei vasta heale õigusloome tavale, eelkõige haiglatele ja sealhulgas Tervisekassale tegelikult tekkivate kulude osas;
- 2) TERVIKu kontseptsioon ei realiseeru, kui erakliinikute näol jäetakse kohustuslike osapoolte hulgast välja oluline osa eriarstiabi teenusepakujatest.

Lisaks vajab eelnõu olulist täiendamist eespool kirjeldatud detailsete märkuste osas. Põhja-Eesti Regionaalhaigla on valmis konstruktiivseks dialoogiks Sotsiaalministeeriumi ja teiste osapooltega eelnõu täiendamise küsimustes.

Lugupidamisega

(allkirjastatud digitaalselt)

Agris Peedu

juhatuse esimees

Priit Tohver
priit.tohver@regionaalhaigla.ee