



EESTI PUUETEGA INIMESTE KODA
ESTONIAN CHAMBER OF PEOPLE WITH DISABILITIES

Riigikogu Sotsiaalkomisjon

sotsiaalkomisjon@riigikogu.ee

Meie: 09.10.2026 nr 87

Eesti Puuetega Inimeste Koja täiendav tagasiside rahvatervishoiu seaduse muutmise ja sellega seondult teiste seaduste muutmise seaduse eelnõule (998 SE)

Eesti Puuetega Inimeste Koda (EPIKoda) on sõltumatu ja professionaalne puude ja krooniliste haiguste valdkonna poliitika ning ühiskonna arvamuse kujundaja, koondades katusorganisatsioonina enam kui 50 ühingu ja liitu üle Eesti. Meie missiooniks on puudega inimeste ja krooniliste haigete elukvaliteedi, ühiskonda kaasatuse ning eneseteostuse võimaluste tõstmine läbi huvikaitse ja koostöö.

EPIKoda toetab jätkuvalt reformi põhieesmärki muuta rehabilitatsioon inimese tegelikust vajadusest lähtuvaks, vähendada tervise- ja sotsiaalvaldkonna killustatust ning lihtsustada inimese teekonda vajaliku abini. **Eesti Puuetega Inimeste Koda on rehabilitatsioonireformi ettevalmistamisel rõhutanud vajadust mh tagada inimese vajadusest lähtuv rehabilitatsioon, teenuseosutaja valiku võimalus ning puudespetsiifilise kompetentsi säilimine.**

Pärast eelnõu Riigikogu menetluse jõudmist on toimunud koostõiseid arutelusid Sotsiaalministeeriumi ja Tervisekassa esindajatega, kuid lahenduseta on jäänud mitu küsimust, mis EPIKoja seisukohast on reformi õnnestumiseks määrava tähtsusega.

Palume sotsiaalkomisjonil pöörata eelnõu edasisel menetlemisel tähelepanu allolevatele küsimustele ning tagada, et tõstatatud probleemid saaksid enne reformi vastuvõtmist sisulise lahenduse eelnõus ja selle rakendusaktides.

Toompuiestee 10, Tallinn 10137

registrikood 80014660

a/a EE10 0520 3058 4000 SEB pank

tel. 6616629

e-post: epikoda@epikoda.ee

Kodulehekülg: www.epikoda.ee

1. Spetsialiseeritud rehabilitatsioonile tuleb luua selle teenusega sisuga arvestav lepingumudel

Ministeerium on kinnitanud, et väikestel ja spetsialiseeritud teenuseosutajatel on võimalik uues süsteemis jätkata ning et nende olemasolevat kompetentsi soovitakse säilitada. Samas nähtub, et iseseisva Tervisekassa lepingupartnerina saavad nad jätkata, kui neil on sobiv tervishoiuteenuse osutamise tegevusluba ja nõutud meeskond ning osalevad eraldi hankemenetluses. Kui neid tingimusi ei täideta, jääb võimaluseks tegutseda mõne suurema Tervisekassa lepingupartneri koostööpartnerina. EPIKoja hinnangul ei lahenda see puudespetsiifilise ja spetsialiseerinud rehabilitatsiooniasutuste kompetentsi säilimise küsimust.

Reform peab arvestama, et rehabilitatsiooniteenuste turul tegutsevad asutused on väga erineva profiiliga. Lisaks suurematele tervishoiuasutustele on aastate jooksul kujunenud **spetsialiseerunud rehabilitatsioonikeskused ja puudespetsiifilised organisatsioonid, kelle pädevus on suunatud kindla sihtrühma vajadustele**. Nende tugevus seisneb terviklikus teadmises konkreetse puude või funktsioonipiiranguga inimese igapäevaelust, õppimisest, töötamisest, suhtlemisest, liikumisest, abivahendite kasutamisest ning ühiskonnaelus osalemisest. Nägemispuudega inimese puhul võib rehabilitatsioon tähendada näiteks orienteerumis- ja liikumisõpet, punktkirja õpet, ekraanilugeri või muu tehnoloogia kasutamise õpet, uue abivahendi kasutama õppimist või oskuste taastamist pärast elukeskkonna muutust. Sellises olukorras ei ole põhjendatud käsitleda puudespetsiifilist rehabilitatsioonikeskust üksnes suurema tervishoiuasutuse alltöövõtjana.

Mitmed EPIKoja võrgustikuliikmed on välja toonud, et kui spetsialiseeritud teenuse osutamine sõltub üksnes Tervisekassa lepingupartneri otsusest, kas ja millises mahu ta puudespetsiifilist organisatsiooni kaasab, tekib oluline risk, et tänane kompetents süsteemist järk-järgult kaob. Seletuskiri tunnistab, et lastega töötavate vaimse tervise spetsialistide, füsioterapeutide, logopeedide ja taastusraviarstide piiratud kättesaadavus mõjutab teenuse tegelikku mahtu ja piirkondlikku kättesaadavust ning et poliitikamuudatus võib rakenduslike probleemide korral tuua kaasa ajutisi häireid ja regionaalset ebavõrdsust. Väiksemates maakondades (Hiiu, Lääne, Jõgeva) on spetsialistide arv juba praegu väga piiratud ning inimesed sõltuvad naabermaakondade teenusest. Kui väiksemad teenuseosutajad peavad uute nõuete või kasvava halduskoormuse tõttu tegevuse lõpetama, halveneb teenuste kättesaadavus veelgi või kaob

sootuks, katkeb inimese jaoks oluline ravisuhe senise teenusepakkujaga ning väheneb valikuvabadus. **Samuti on küsimus, millistel alustel hoiab spetsialiseeritud organisatsioon püsivalt töös meeskonda ja arendab oma kompetentsi, kui tal puudub rahastajaga otsene lepinguline suhe, nt olukorras, kus ta peab olema piirkondliku haigla alltöövõtja.**

Seisukoht: Spetsialiseeritud rehabilitatsioonikeskustel peab olema võimalik olla Tervisekassaga otseses lepingulises suhtes. Nõuded peavad tagama teenuse kvaliteedi, aga ei pea olema samad tervishoiuasutusele esitatavate nõuetega, kui konkreetse rehabilitatsiooniteenuse sisu seda ei eelda.

2. Inimesel peab säilima võimalus jõuda spetsialiseeritud rehabilitatsiooni ilma ebavajaliku vahesuunamiseta

EPIKoda peab oluliseks, et reform ei looks rehabilitatsioonini jõudmiseks täiendavaid administratiivseid astmeid. See on ka ju üks reformi eesmäärke, et kõikide osapoolte halduskoormust vähendada, sh abivajava inimese oma.

Kui rehabilitatsioonivajaduse sisuline hindamine toimub rehabilitatsiooniasutuses, ei ole alati kohustuslik nõuda, et inimene peab enne läbima perearsti, eriarsti või muu tervishoiutöötaja kaudu formaalse suunamise.

Seisukoht: Spetsialiseeritud rehabilitatsiooni puhul peab säilima võimalus pöörduda otse vastava rehabilitatsiooniasutuse poole. Vajadusel võib teenuseosutaja ise korraldada Tervisekassalt suunamise või rahastamise kinnitamise. Selline lahendus on inimese jaoks lihtsam ning vähendab esmatasandi tervishoiu asjaajamiskoormust.

Otsepöördumise võimalus ei pea olema piiramatu ega tähenda automaatset õigust rehabilitatsiooniteenusele. Lihtsustatud ligipääsu saab teha näiteks inimestele, kelle puhul on juba varem tuvastatud oluline ja pikaajaline funktsioonipiirang või suur abivajadus, näiteks raske või sügava puude, puuduva töövõime, varasema või korduva rehabilitatsioonivajaduse või selgelt puudespetsiifilise rehabilitatsioonivajaduse korral. Oluline on arvestada ka inimestega, kellel on puude, keelebarjääri või muu põhjuse tõttu keeruline ise süsteemis orienteeruda. Selline lahendus vähendaks ka olukordi, kus riik on ühes menetluses juba tuvastanud inimese ulatusliku ja pikaajalise funktsioonipiirangu, kuid inimene peab rehabilitatsioonivajaduse hindamiseni jõudmiseks läbima veel ühe formaalse

tervishoiutöötaja suunamisetapi. **Reform peaks toetama lahendusi, kus tervishoiusüsteem ja spetsialiseeritud rehabilitatsioonikeskus saavad inimese vajaduse tuvastamisel ka ise koostööd alustada.**

3. Suunamise ja hindamise selgus

Eelnõu ja selle seletuste vahel vajab täpsustamist rehabilitatsioonivajaduse tuvastamise pädevus. Eelnõu § 22² lg 5 kohaselt tuvastab rehabilitatsiooniteenuse vajaduse perearst, muu eriarst või õde, samas on eelnõu seletamisel märgitud, et tervishoiutöötaja tuvastab võimaliku rehabilitatsioonivajaduse ning sisulise rehabilitatsioonivajaduse ja teenuse mahu hindab rehabilitatsioonimeeskond. Seega on sisuliselt arusaamatu, kes tegelikult inimese rehabilitatsioonivajadust hindab. Kui perearsti hindamine tähendab ühte lühikest küsimustikku (mida on siiani osapooltele esitletud), siis tegemist on sõelumisega, mitte hindamisega.

Seisukoht: Palume seaduses ja rakendusaktides rollid üheselt eristada. Kui rehabilitatsioonivajaduse hindamine toimub perearsti, -õe või eriarsti juures, tuleb arvestada, et hindamiseks on vaja pädevust, aega ja tööriistu. Perearst peab tundma ära nt nii nägemispuude, afaasia, harvikaiguse kui ka psüühikahäire mõju igapäevaelule. Samuti peab hindamise roll olema tasustatud. Seletuskirjas on tunnistatud, et e-konsultatsioonidele vastamine tekitab rehabilitatsiooniteenuse osutajatele töökoormuse ning selle korraldus vajab täpsustamist.

Lisaks puudub seaduses selgus, kes ja millise tähtaja jooksul peab menetlema enesehinnanguvormi ning kuidas saab e-konsultatsiooni õigusega suunaja üldse infot, et inimene on vormi täitnud. Kuna osapooltele ei ole pandud ajalisi kohustusi reageerida, on oht, et inimesed kukuvad teenuselt välja või venib abi saamine. Praktikas tähendab see inimesele tervise halvenemist sellisel määral, et hilisem abi peab olema intensiivsem ja kallim.

Seisukoht: Palume enne reformi rakendumist kõik menetlustähtajad selgelt sätestada, et vältida olukorda, kus inimene kukub teenuselt välja või abi saamine venib põhjendamatult.

4. Rehabilitatsioonivajaduse kohta tehtud otsus peab olema selge, põhjendatud ja vaidlustatav

Ministeerium on kinnitanud, et juhul kui rehabilitatsiooniteenuse osutaja leiab e-konsultatsiooni käigus, et rehabilitatsiooniteenus ei ole inimesele asjakohane, peab ta seda põhjendama ning vastus dokumenteeritakse tervise infosüsteemis. Samas ei ole ministeeriumi vastusest jätkuvalt selge, milline on inimese õiguslik võimalus sellist otsust vaidlustada.

Teenuseosutajalt selgituse küsimine, uue e-konsultatsiooni tegemine, teise teenuseosutaja poole pöördumine või Tervisekassa poole pöördumine ei asenda vaidlustamisõigust. See tähendab, et planeeritav süsteemi muutus vähendab võrreldes kehtiva süsteemiga oluliselt inimeste õiguste kaitset. See ei saa ega tohi olla ühegi reformi kõrval- ega järelmõju.

Ministeeriumi poolt antud täiendavad selgitused, mille kohaselt inimene peaks hakkama perearstikeskusega töökorralduslikul tasandil probleeme lahendama, ei toeta ühelgi moel inimese halduskoormuse vähendamist ega õiguskindlust ega õigusselgust.

Seisukoht: Kui inimesele rehabilitatsiooniteenust ei võimaldata, teenuse mahtu piiratakse või leitakse, et tema vajadus ei vasta rehabilitatsiooniteenuse tingimustele, peab inimene saama selle kohta põhjendatud otsuse. Otsuse peale peab olema võimalik esitada vaie, sh peab seadusest nähtuma, millises korras ja kellele vaidlustus esitatakse. Peame vaidlustamisõigust oluliseks lisaks konkreetse inimese õiguste kaitsele ka reformi tulemuste hindamise seisukohast. Suuremahulise süsteemimuudatuse puhul peab riigil olema võimalik edaspidi analüüsida, millised inimesed ja sihtrühmad jõudsid uues süsteemis rehabilitatsioonini ning millised mitte, millistel põhjustel teenusest keelduti ning milliseid otsuseid inimesed vaidlustasid.

Vaidlustatud otsuste arv, põhjused ja tulemused võivad anda olulist infot selle kohta, kas mõne sihtrühma puhul on teenusele jõudmise kriteeriumid osutunud liiga kitsaks või praktika ebaühtlaseks.

5. Lepingumahu korraldus peab võimaldama reageerida inimese tegelikule ja spetsialiseeritud rehabilitatsioonivajadusele

Lepingumaht ei tohi määrata seda, kas inimene saab talle vajalikku rehabilitatsiooni või millise teenuseosutaja juurde ta pääseb. Inimese jaoks peab säilima tegelik võimalus kasutada tema

vajadustele vastava kompetentsiga teenuseosutajat. Eriti oluline on vältida olukorda, kus inimesel on formaalselt õigus valida Tervisekassa lepingupartnerite vahel, kuid praktikas saab ta valida ainult selle asutuse, kellel on parasjagu vaba lepingumahtu.

Seisukoht: Rahastamise korralduses peab olema mehhanism olukordadeks, kus inimese vajadusele vastava teenuseosutaja lepingumaht on täitunud või konkreetne kompetents on olemas ainult vähestel teenuseosutajatel. Mehhanism võib seisneda näiteks lepingumahtude perioodisese ümberjaotamise võimaluses või eraldi reservina harvaesineva kompetentsi ja tavapärasest suurema rehabilitatsioonivajaduse katmiseks.

6. Perearstide, eriarstide ja õdede teadlikkus ning valmisolek tuleb tagada enne reformi jõustumist

Kavandatav teenusele jõudmise mudel eeldab, et perearstid, eriarstid ja õed oskavad märgata võimalikku rehabilitatsioonivajadust ning suunata inimese õigel ajal rehabilitatsioonimeeskonna hindamisele. Sellest tulenevalt sõltub inimese tegelik juurdepääs rehabilitatsioonile olulisel määral tervishoiutöötajate teadlikkusest, oskustest ja valmisolekust. **Olemasoleva baas- ja erialaõppe pinnalt ei saa eeldada, et kõik uues süsteemis suunamisrolli saavad tervishoiutöötajad tunnevad ühetaoliselt rehabilitatsiooniteenuse sisu, sihtrühmi ja suunamiskriteeriume.** Näiteks võib kuulmispuudega inimese probleem avalduda tööalases suhtlemises, nägemispuudega inimese vajadus uues keskkonnas orienteerumises, autismispektris inimese vajadus sensoorse keskkonna või tegevuste struktureerimises ning intellektipuudega inimese vajadus igapäevaoskuste ja iseseisva toimetuleku arendamises.

Seisukoht: Enne reformi jõustumist peavad olema suunamisrollis tervishoiutöötajad ette valmistatud ühetaoliselt, sh milliste tunnuste põhjal võimalikku rehabilitatsioonivajadust märgata; millal tuleb inimene rehabilitatsioonimeeskonna hindamisele suunata; millised rehabilitatsiooniliigid ja spetsialiseeritud teenused uues süsteemis olemas on; kuidas eristada rehabilitatsioonivajadust tavapärasest ravi-, taastusravi- või sotsiaalteenuse vajadusest jne.

7. Laste rehabilitatsiooni seos haridussüsteemi tugiteenustega

Lapse abivajadus võib avalduda samaaegselt tervishoius, rehabilitatsioonis ja haridussüsteemis või kohaliku omavalitsuse laste heaolu süsteemis ning eelnõu põhjal ei ole selge, kuidas nende süsteemide piirid praktikas kujunevad. **Eelkõige vajab täpsustamist, millal käsitletakse lapse vajadust hariduse tugiteenuse vajadusena ning millal rehabilitatsioonivajadusena, sh ka abivajava lapse rehabilitatsiooniteenus. Samuti peab olema selge, kes ja millises etapis vastutab selle eest, et laps jõuaks õige teenuseni olukorras, kus tema raskused ilmnevad esimesena lasteaias või koolis.** Näiteks võib laps vajada logopeedi, eripedagoogi, psühholoogi või tegevusterapeudi tuge. Samalaadseid spetsialiste võib laps kohata nii haridussüsteemis, tervishoius kui rehabilitatsioonis, kuid nende teenuste eesmärk, sisu ja rahastus on erinevad. Lapsevanema jaoks peab olema selge, millise süsteemi kaudu tuleb abi taotleda ning kes vastutab juhul, kui ühe süsteemi teenus ei ole tegelikult kättesaadav.

Seisukoht: Palume kirjeldada selgelt laste teenuseteekond ning rehabilitatsiooni, tervishoiuteenuste ja hariduse tugiteenuste omavahelised piirid ja vastutus.

8. Puude raskusastme, töövõime hindamise ja rehabilitatsiooni vahel tuleb vähendada dubleerimist

Puude raskusastme hindamine, töövõime hindamine ja rehabilitatsioon jäävad jätkuvalt eraldi menetlusteks, kus kõigis hinnatakse vähemalt osaliselt inimese funktsioneerimist ja igapäevast toimetulekut.

Seisukoht: Palume reformi edasises rakendamises tagada, et rehabilitatsioonimeeskonna koostatud hinnanguid ja rehabilitatsiooniprotsessis kogutud funktsioneerimisandmeid oleks inimese nõusolekul võimalik kasutada ka puude raskusastme ja töövõime hindamisel. Inimeselt ei tohi nõuda sama funktsioneerimispiirangu korduvat tõendamist eri süsteemides, kui vajalik usaldusväärne info on riigil juba olemas.

9. Rakendusvalmidus ja mõju hindamine

Tunnustame eelnõusse lisatud automaatse saatekirja üleminekulahendust. Samas peab enne reformi jõustumist olema tagatud tegelik teenusevõrk, piisavad lepingumahud,

spetsialiseeritud teenuste olemasolu ja tervishoiutöötajate valmisolek, et automaatne saatekiri tähendaks inimese jaoks ka tegelikku võimalust teenust saada.

Samuti tuleb enne rakendumist kokku leppida reformi mõju mõõdikud ning alustada seiret kohe uue süsteemi käivitumisel. Jälgida tuleb vähemalt teenusele jõudmise aega, teenusele mittejõudmise põhjuseid, teenuse katkemisi ning piirkondlikke ja sihtrühmapõhiseid erinevusi.

Reformi jõustumine ei tohi kaasa tuua pooleliolevate rehabilitatsiooniteenuste katkemist ega olukorda, kus inimene jääb ajutiselt vajaliku teenuseta põhjusel, et uus teenusevõrk või suunamiskorraldus ei ole veel valmis. Seetõttu peab üleminekuperioodiks olema ette nähtud selge lahendus juhaks, kui mõni uue süsteemi vajalik osa ei ole reformi jõustumise hetkeks täielikult rakendunud.

EPIKoda palub sotsiaalkomisjonil kindlustada, et eelpool toodud küsimused lahendatakse koostöös ministeeriumi, Tervisekassa, puuetega inimeste organisatsioonide, teenuseosutajate ja erialaühingutega ning kirjutatakse eelnõusse või selle rakendusaktidesse enne reformi eelnõu vastuvõtmist.

Lugupidamisega

(digitaalselt allkirjastatud)

Maarja Kraiss-Leosk

Tegevjuht

Sama:

Sotsiaalministeerium

Kristi Kähär

kristi.kahar@epikoda.ee

Tuuli Seinberg

Tuuli.seinberg@epikoda.ee