



Eesti Puuetega Inimeste Koja pöördumine seoses rahvatervishoiu seaduse muutmise ja sellega seonduvalt teiste seaduste muutmise seaduse eelnõuga (rehabilitatsioonisüsteemi muutmine)

Eesti Puuetega Inimeste Koda (EPIKoda) on sõltumatu ja professionaalne puude ja krooniliste haiguste valdkonna poliitika ning ühiskonna arvamuse kujundaja, koondades katusorganisatsioonina enam kui 50 ühingut ja liitu üle Eesti. Meie missioon on tõsta puudega inimeste ja krooniliste haigete elukvaliteeti, ühiskonda kaasatust ning eneseteostuse võimalusi huvikaitse ja koostöö kaudu.

Rehabilitatsiooniteenuste reform on olnud pikalt ettevalmistamisel ja EPIKoda on saanud protsessi jooksul korduvalt arvamust avaldada. Eelnõu on praeguseks jõudnud Vabariigi Valitsusse, kuid rida sihtrühmade jaoks otsustava tähtsusega küsimusi on endiselt vastuseta. Nende lahendamata jätmine mõjutab otseselt puuetega inimestele ja kroonilistele haigetele pakutavaid teenuseid. EPIKoda näeb ohtu, et kavandatud süsteemi ülesehitus ise võib vähendada rehabilitatsiooni kättesaadavust ja muuta rehabilitatsiooni sisuliselt kitsamaks kui praegu.

Rehabilitatsiooniteenus ei ole inimeste vaates tervishoiuteenus ega lisateenus, vaid tugi, mis aitab säilitada või parandada igapäevast toimetulekut, iseseisvust, õppimis- ja töövõimet ning kohanemist erivajaduse või kroonilise haigusega, samuti ennetab tegevusvõime halvenemist. Näiteks nägemispuudega inimese rehabilitatsioon hõlmab orienteerumis- ja liikumisõpet, punktkirja ja muude alternatiivsete lugemisviiside õpet, ekraanilugeri ja teiste abivahendite kasutamise õpet, igapäevaeluoskusi, kogemusnõustamist ja psühhosotsiaalset kohanemist. Need ei ole tavapärased raviteenused ega kuulu meditsiinilise ravi mõiste alla. **Kui reform lähtub eelnõu praeguses ülesehituses liiga kitsalt meditsiinilisest mudelist – mis on reaalne oht, sest teenus koondatakse haiglate ja tervishoiuteenuse osutajate alla –, jäävad inimese iseseisvaks toimetulekuks vajalikud teenused uuest süsteemist kõrvale.** Rehabilitatsiooni eesmärk on inimese funktsioneerimine ja osalemine igapäevaelus, kuid teenus kujundatakse väga tugevalt tervishoiusüsteemi sisse. Paljude inimeste rehabilitatsioon sõltub aga otseselt kohaliku omavalitsuse sotsiaalteenustest,

haridusest, abivahenditest, elukeskkonna kohandamisest, transpordist, isiklikust abist, tugiisikust ja lähedaste toetamisest. Kui rehabilitatsioonimeeskonna ja nende süsteemide vahel puudub siduv koostöömehhanism, jääb kogu eri teenuste kokkusobitamise kohustus taas inimese või tema lähedase kanda. See ei ole integreeritud rehabilitatsioon.

Eelnõu deklareeritud eesmärk on lihtsustada inimese teekonda abini ja vähendada bürokraatiat. Seletuskiri ja kooskõlastustabel näitavad aga vastupidist: **eelnõu lahendamata riskid tähendavad, et teenuseni jõudmine muutub mitmele sihtrühmale keerulisemaks, ebakindlamaks ja aeglasemaks, samal ajal kui inimesed, kes vajavad ka puude raskusastme või töövõime tuvastamist, seisavad silmitsi täiendava, mitte vähenenud halduskoormusega. Mida suurem on inimese kognitiivne, kommunikatsiooni-, psüühika- või toimetulekuhäire, seda väiksem võib olla tema võime abi taotleda, eri asutustega suhelda, e-keskkondi kasutada, menetlust jälgida ja oma õigusi kaitsta.** Uus süsteem võib nii kujuneda selliseks, et abi saavad eeskätt need, kes ise kõige paremini süsteemis hakkama saavad. Seaduses peaks olema selgelt määratud, kes vastutab inimese teenuseni jõudmise eest olukorras, kus inimene ise seda teha ei suuda.

Kui allpool kirjeldatud probleemid jäävad enne seaduse jõustamist lahendamata, on tagajärjed konkreetsed: inimesed kukuvad teenuselt välja, puudespetsiifiline kompetents kaob, teenuse sisu kitseneb ning abi saamine venib. Neid tagajärgi ei saa käsitleda teoreetiliste riskidena, vaid need tulenevad otse eelnõu praegusest kavast.

Seetõttu palume eelnõud mitte vastu võtta enne, kui probleemkohad on koos sihtrühmadega sisuliselt lahendatud.

Eesti Puuetega Inimeste Koda toob välja järgmised kriitilise tähtsusega probleemid, mis tuleb enne seaduse jõustamist lahendada.

1. Ligipääs teenusele sõltub edaspidi ainuisikuliselt tervishoiutöötaja hinnangust

Praegu saab inimene sotsiaalse rehabilitatsiooni teenust taotleda ise, pöördudes otse Sotsiaalkindlustusameti poole. Eelnõu kohaselt tuvastab rehabilitatsiooniteenuse vajaduse edaspidi perearst, muu eriarst või õde, kes koostab e-konsultatsiooni vormis saatekirja. Inimese ligipääs teenusele sõltub seega sellest, kas ja millal tal õnnestub pöörduda vastuvõtule, kas tervishoiutöötaja tuvastab probleemi rehabilitatsioonivajadusena ning kas tal on selleks aega ja motivatsiooni. Otsepöördumise võimalus kaob. Seaduses puudub selgus, kes ja millise tähtaja jooksul peab menetlema eneschinnanguvormi ning kuidas saab e-konsultatsiooni õigusega suunaja üldse infot, et inimene on vormi täitnud. Kuna osapooltele ei ole pandud ajalisi kohustusi reageerida, kukuvad inimesed teenuselt välja või venib abi saamine. Praktikas tähendab see inimesele tervise halvenemist sellisel määral, et hilisem abi peab olema intensiivsem ja kallim.

2. Teenust vajaval inimesel puudub õiguslik võimalus keeldumis- või lõpetamisotsust vaidlustada

Kui e-konsultatsioonile tuleb eitav vastus või kui teenus lõpetatakse, puudub praeguses redaktsioonis inimesel võimalus otsust vaidlustada ning selgus, kuidas, millal ja mismoodi saab teenust uuesti taotleda. Kui keeldumise põhjuseks on see, et suunamise põhjal ei ole arusaadav, kas tegemist on rehabilitatsioonivajadusega, jätab see inimese vaakumisse ja teadmatusse. Teenuse katkemine tähendab senise ravitulemuse või rehabilitatsioonis saavutatud oskuste kadumist, toimetuleku olulist halvenemist ning kokkuvõttes suuremaid tervishoiukulusid ja saamata jäänud tulu riigile.

3. Täiendav koormus haavatavatele sihtrühmadele, kui on jätkuvalt vaja ka töövõime hindamist või puude raskusastme määramist

Eelnõu üks põhimõttelisi muudatusi on see, et rehabilitatsiooniteenuse saamine ei eelda enam puude raskusastme otsust ega osalist või puuduvat töövõimet, vaid teenust hakatakse andma üksnes terviseseisundist tuleneva tegeliku abivajaduse alusel. Vajaduspõhisuse põhimõte on iseenesest õige, kuid sellel on oluline varjukülg:

- **Kaks eraldiseisvat, koordineerimata süsteemi.** Rehabilitatsiooniteenuse vajaduse tuvastab edaspidi tervishoiutöötaja (e-konsultatsiooni kaudu, Tervisekassa liinis), samal ajal kui puude raskusastme määramine (Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seaduse alusel, sotsiaaltoetuste saamiseks) ja töövõime hindamine (Töövõimetoetuse seaduse alusel, Töötukassa kaudu, töövõimetoetuse saamiseks) jäävad täiesti eraldiseisvateks menetlusteks. Inimene, kes vajab lisaks rehabilitatsioonile ka puude raskusastme otsust või töövõime hinnangut nt sotsiaaltoetuste, hooldajatoetuse, maksusoodustuse, transporditoetuse või töövõimetoetuse saamiseks, peab läbima kaks eraldi hindamis- ja menetlusprotsessi kahes eri asutuses, kahe eri hindaja juures, tõenäoliselt esitades korduvalt sarnaseid terviseandmeid ja dokumente.
- **Ministeerium ise kinnitab funktsioonide lahusust.** Vastuseks Perearstide Seltsi ettepanekule kasutada rehabilitatsioonivajaduse hindamisel Töötukassa töövõime hindajaid, selgitab ministeerium kooskõlastustabelis, et Töötukassa töövõime hindamise süsteem on loodud teistsugusel eesmärgil ning et neid kahte funktsiooni ei ole võimalik üks-ühele üle kanda. See kinnitab otsesõnu, et süsteemid jäävad lahutatuks ning topelthindamiste ja -pöördumiste probleem ei kao, vaid muutub püsivaks korralduslikuks jooneks.
- **Reaalne halduskoormuse kasv, mitte vähenemine.** Sihtrühmale (puuetega ja krooniliste haigustega inimesed) on tüüpiline, et rehabilitatsioonivajadus, puude raskusaste ja töövõime piirang esinevad koos. Praegu on nende protsesside vahel olnud teatud kokkupuutepunktid (nt SRT taotlemine on osalt käinud käsikäes puude- või töövõimemenetlusega). Uues süsteemis kaob see side sisuliselt täielikult: inimene peab iseseisvalt orienteeruma ja suhtlema mitme asutusega – tervishoiuteenuse osutaja või perearst rehabilitatsiooni jaoks, SKA puude raskusastme jaoks, Töötukassa töövõime jaoks –, millest igaühel on oma tähtajad, vormid ja hindamiskriteeriumid. See on otseses vastuolus eelnõu deklareeritud eesmärgiga

vähendada dubleerimist ja lihtsustada inimese teekonda. Kui inimene peab rehabilitatsiooni saamiseks läbima ühe süsteemi ning toetuste või töövõimetoetuse saamiseks teise, ei vähenda reform inimese vaates halduskoormust.

4. Perearstiteenuses tekivad pudelikaelad

Perearstiabi on juba praegu ülekoormatud ning reform lisab sellele täiendavaid ülesandeid: administreerimise kõrval tuleb arvestada ka inimeste nõustamise, protsessi selgitamise, teenusest keeldumise põhjendamise ja lisavastuvõttudega. See halvendab perearstiabi kättesaadavust just puuetega ja krooniliste haigustega inimeste kui haavatava sihtrühma jaoks.

5. Spetsialistide nappus ja piirkondlik ebaühtlus

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 teenusepakujaga ning väheneb valikuvabadus.

6. Teenuseosutajate mudel seab ohtu puudespetsiifilise kompetentsi

Eelnõu seob rehabilitatsiooni haiglate ja tervishoiuteenuse osutajatega. Paljude praeguste rehabilitatsiooniasutuste suurim väärtus on aastatega kujunenud väga spetsiifiline kompetents töötada näiteks nägemis- või kuulmispuudega, autismispektri, intellektipuude, psüühikahäire, ajukahjustuse, liitpuude või muude keerukate sihtrühmadega. Senised puudespetsiifilised kompetentsikeskused saavad jätkata ainult siis, kui haigla või muu lepingupartner otsustab neid kaasata. Tagajärg ei ole ainult väiksem teenuseosutajate arv: kaduda võivad aastatega kogunenud meetodika, sihtrühma spetsiifiline pädevus ja terviklik teenusekeskkond. Seadus või lepingumudel peab andma puudespetsiifilistele kompetentsikeskustele selge ja stabiilse rolli – täna puudespetsiifilised rehabilitatsiooniasutused ja teenusekasutajad sellist kinnitust eelnõust ei leia. Hetkel ei ole kindlust, kas kvaliteedinõuetele vastav spetsialiseeruv rehabilitatsioonikeskus saab ise olla Tervisekassa lepingupartner või mitte. Praeguse mudeli puhul võib tekkida olukord, kus rehabilitatsioonialane kompetents asub tegelikult spetsialiseerunud rehabilitatsiooniasutuses, kuid lepinguline ja otsustusõigus liigub suuremale tervishoiuasutusele.

7. Pikk ja ebakindel üleminekuperiood

Rakendamise ajakava kohaselt tehakse ettevalmistavad tegevused 2026.–2027. aastal, komplekteeritud meeskond alustab tööd alles 1. oktoobril 2027 ning süsteem hakkab täisvõimsusel tööle alles 2028. aasta mais. Kõige haavatavam sihtrühm kannab seega just käivitumisfaasis suurima ebakindluse teenuse mahu ja kättesaadavuse osas.

8. Rahastus- ja hinnastamismudel on lahtine

Ministeerium tunnistab ise, et hinnastamismetoodika vajab enne süsteemi rakendumist täiendavat täpsustamist. Süsteemi rahaline alus, millest sõltub reaalne teenusemaht ja kättesaadavus, ei ole seega valmis, kuigi jõustumiseni on jäänud napilt aega. Selgusetuks jääb, kuidas kaetakse suurem teenusesaajate arv ja tervishoiuhindade kõrgem tase võrreldes tänaste sotsiaalse rehabilitatsiooni hindadega. Eelnõus puudub mehhanism, mis tagaks, et tuvastatud vajaduspõhine teenusevajadus ei jää eelarve tõttu rahuldamata. Kuna rahastus- ja hinnastamismudel ning teenusevõrk ei ole selged, ei ole võimalik hinnata, mida transpordi- ja majutuskulu kaotamine inimeste jaoks realses elus tähendab. Kui teenusevõrk koondub suurematesse tervishoiuasutustesse, lisandub väljaspool suuremaid keskusi elavale inimesele regulaarne pikk sõiduaeg, transpordikulu, vajadus saatja järele ning töö- või koolipäevade kaotus. Lapse puhul tähendab teenusele sõitmine sageli, et ka lapsevanem peab töölt puuduma.

Rehabilitatsiooni nimetatakse kompleksteenuseks, kuid kui selle hind kujuneb üksikute tervishoiu- ja muude spetsialistide teenusehindade summana, on suur oht, et ka rehabilitatsioon ise taandub üksikute vastuvõttude kogumiks. Rehabilitatsiooni sisuline osa on meeskonnatöö, ühine eesmärgistamine, juhtumikorraldus, võrgustikutöö, töö inimese perekonna ja elukeskkonnaga ning eri süsteemide tegevuse koordineerimine. Kui neid tegevusi eraldi ei rahastata, ei ole teenuseosutajal majanduslikult võimalik pakkuda sisuliselt kompleksset rehabilitatsiooni.

9. Mõjuhindamise mõõdikud puuduvad

Eelnõus on sätestatud nõue, et Sotsiaalministeerium hindab 2031. aastal reformi mõju ja tulemuslikkust, kuid konkreetsed mõõdikud, mille alusel reformi hinnatakse, puuduvad. Mõju hindamine peab algama juba reformi rakendumisel, et jälgida, kas inimesed päriselt teenusele jõuavad. Mõõdikud peavad muu hulgas näitama, kui kaua kulub inimese esimesest pöördumisest teenuse alustamiseni, kui paljud inimesed ei jõua pärast suunamist teenusele, kui paljudel katkeb senine teenus, kas piirkondlikud erinevused suurenevad ning kas inimene saab tuvastatud vajadusele vastavas mahus teenust.

Peame vastuvõetamatuks, et uut korraldust katsetatakse haavatavas olukorras olevate inimeste peal, ilma et rahastus, IT-süsteemid, inimressursid, kvalifikatsiooninõuded ja teenuseosutajate võrgustik oleksid täielikult paigas.

Seetõttu nõuame, et eelnõu praegusel kujul vastu ei võetaks ning et selle jõustamine peatataks, kuni eespool kirjeldatud probleemid on koos sihtrühmadega sisuliselt lahendatud – vajaduse korral koos reformi jõustumise edasilükkamisega.

Lugupidamisega

(digitaalselt allkirjastatud)

Maarja Krais-Leosk

Tegevjuht

Tuuli Seinberg

tuuli.seinberg@epikoda.ee, tel 5401 0461

Tervisealase huvikaitse nõunik

Kristi Kähär

kristi.kahar@epikoda.ee, tel 5401 0462

Toetuste- ja teenustealase huvikaitse nõunik