



## **Eesti Perearstide Seltsi tagasiside rahvatervishoiu seaduse ja tervishoiuteenuste korraldamise seaduse muutmise seaduse eelnõule (rehabilitatsioonisüsteemi muudatused)**

11.05.2026

Eelnõus on märgitud, et perearstid on olnud kaasatud eelnõu väljatöötamisse. Eesti Perearstide Seltsile tutvustati eelnõud etapis, kus eelnõu oli juba välja minemas. Meie murekohtadele, mida tööme VTK tagasisides välja, ei ole meie hinnangul reageeritud ning meiepoolsele kitsaskohtade tõstatamisele vastati vaid selgitusega. Seda ei saa pidada sisuliseks kaasamiseks. Eriti, kuna antud eelnõu ja reform on väga tugevalt seotud perearstiabiiga.

**Eesti Perearstide Seltsi kindel seisukoht on, et antud reformi on planeeritud liialt kiiresti, osapooli adekvaatselt kaasamata. Eelnõu jõustumisel jäävad patsiendid reaalse vajaliku abita ning peremeditsiinile langeb ebamõistlik koormus.**

Oleme seisukohal, et rehabilitatsiooniteenuseks vajalikke hindamisi ja dokumentatsiooni ettevalmistust ei saa panna perearsti ülesandeks. Perearstiabi süsteem on juba täna tugevalt üle koormatud ning töötab võimekuse piiril, kusjuures järgnevatel aastatel on ette näha perearstide arvu märgatavate vähenemist ning olukorda, kus perearstiabi kättesaadavus mitmetes piirkondades satub ohtu.

Eelnõus on täielikult jäetud arvesse võtmata asjaolu, et süsteemne terviseseisundi hindamine ja kommunikatsioon, mida seni on teostanud puude määramise või töövõime hindamisega tegelenud tervishoiutöötajad/spetsialistid, on terviseplaani koostamise kaudu muutumas perearstide ülesandeks. Tervisejuht tegeleb küll sotsiaal- ja tervishoiusüsteemis oleva informatsiooni kokkukoondamise ning koordineerimisega, kuid ei tundu tõenäoline, et ta tal tekiks seisundite sisulise hindamise võimekus.

Kui Eesti Perearstide Selts aastaid tagasi esitas Tervisekassale terviseteejuhi rahastamiseks TTL-i taotluse, siis oli meie eesmärgiks perearstide tänase töökoormuse vähendamine, mitte koos lisainimesega töö ja lisavaldkonna ülesannete juurdevõtmine.

**Näeme kavandatavas reformis ka tõsist teenuste kättesaadavuse vähenemise või katkemise ohtu.**

**Esiteks on suur osa tänase süsteemi probleemidest tingitud spetsialistide puudusest.** Reformi tulemusel ei teki teenuseosutajaid mitte juurde, vaid suur osa senistest teenuseosutajatest kaotab õiguse iseseisvalt teenuse osutamiseks. Ei ole teada, mil määral nad on valmis taotlema tervishoiuteenuse osutamise tegevuslubasid või sõlmima koostöökokkuleppeid. HVA haiglatele nähakse küll ette teenuse osutamise kohustus, kuid pole selge, mis mahus ja millise teenuse osutamist neilt nõutakse (nt ühele valdkonnale spetsialiseerumine vs kõigi piirkonnas vajalike teenuste tagamine) ning kas neil on reelane võimekus nõutava teenuse osutamiseks.

Pelgalt seadusega haiglale lisaülesande panemine ei tekita võimekust osutada senisest laiemale sihtrühmale teenuseid - heaks näiteks on siinkohal PERH ja lastepsühhiaatria - nende vabandus teenust mitte osutada on spetsialistide puudus ja meie hinnangul saab sama vabandus olema ka teistel haiglatel, kes lihtsalt ei suuda leida rehabilitatsioonimeeskonna jaoks kõigi vajalike spetsialiste. Juba täna pole perearsti saatekirjaga võimalik saada logopeedile kahes maakonnas - Hiiumaa, Läänemaa - ning teistes maakondades on väga kehvasti terviseseisundist tuleneva

logopeedilise abi kättesaadavusega - ooteajad ebamõistlikult pikad või üldse puudulik teenus nt teise emakeelega patsientide jaoks. Psühholoogia erialaga on veel nutusem olukord - 3 maakonnas puudub Tervisekassal lepingupartner - Hiiumaa, Järvamaa ja Valgamaa - kuigi neis kõigis on HVA haigla olemas - ometi ei suuda nad juba täna pakkuda teenust perearsti patsientidele. Seletuskirjas toodi samuti välja, et tänased rehabilitatsiooniteenuse pakkujad on eelkõige koondunud Tallinn, Tartu, Harjumaa, ning meil puudub igasugune usk, et antud reform kuidagimoodi realselt parandaks inimeste vaates teenuste kättesaadavust, kui juba täna teatud haiglatel spetsialistid puuduvad, et perearsti patsiente aidata.

Kokkuvõttes, teenuse koondamine haiglate kätte ja neile rahastuse saamisel eelisõiguse andmine ning paralleelselt olemasolevate tervishoiuteenuste osutamise tegevusloata teenusepakkujate tegevuse lõpetamine (iseäranis ilma samaaegset tegutsemist võimaldava üleminekuajata) tähendab, et suure tõenäosusega ei suudeta kõigis piirkondades teenuste kättesaadavust tagada ning patsientide jaoks realiseerub vastupidine efekt - teenuste osutamisse võib tekkida "auk" ja patsientide jaoks jääb valikuvõimalusi vähemaks. Eelnõus on selgelt alahinnatud riske, mis on seotud olemasolevate teenuseosutajate tegevuse lõpetamisega ning ka võimalike kaasnevate kollektiivsete koondamistega.

**Teiseks ilmselgeks probleemkohaks on rahastus.** Rehabilitatsiooniteenused on kavas liigutada tervishoiusüsteemi, kus sama teenus maksab sõna otses mõttes kordades rohkem. Kui senine teenuse eelarve jääb suures plaanis samaks (planeeritav suurenemine on minimaalne), siis tähendab teenuse hinna mitmekordistumine, et sama raha eest on võimalik osutada kordades vähem teenust. Lisaks toimub terviseteejuhtide rahastamine Euroopa Liidu vahenditest üksnes lühiajaliselt - pärast selle perioodi lõppu tuleb ka nende tegevust rahastada Tervisekassa põhieelarvest, kus juba täna on tohutu puudujääk ning rakendatakse kärpimisplaan.

Samal ajal vähenevad oluliselt teenuse saamisega seotud piirangud - kaovad ära kolme teenuse vajaduse nõue ning puude või osalise/puuduva töövõime tingimus, lisandub aktiivne märkamine. Sellega seoses planeeritav kõigest 5-20%-line mahu suurenemine tundub täiesti ebarealistlik ning ei nähtu, milliste andmete pinnalt see prognoos on tehtud. Välja ei ole toodud ka tegevusplaanil olukorra puhuks, kui peaks selguma, et lisanduvate teenuse vajajate hulk on kavandatust oluliselt suurem.

Eelnõus viidatakse dubleerivate või ebavajalike teenuste äralangemisest tulenevale kokkuhoiule, kuid on raske uskuda, et see vähenemine kaaluks üles lisanduva sihtrühma vajaduse ning mitmekordse hinnatõusu. Lisaks ei pruugi dulbeerimise osas tegelik kokkuhoid olla nii suur, kui esmapilgul paistab, sest sarnase nimetusega teenustel on tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemis kohati erinev suunitlus - kui ühed on suunatud ravile, siis teised iseseisva toimetuleku parandamisele. Seega on need teenused paljuski teineteist toetavad, mitte dubleerivad. Näeme, et reform jääb selgelt poolikuks, kuna jätkuvalt jäävad eraldiseisvateks tööalane rehabilitatsioon ja haridussüsteemi kaudu saadavad teenused. Ebaselge on, mil määral ja kuidas integreeritakse taastusraviga seotud integratsioon.

Perearstide seisukohast oleks loomulikult suurepärane, kui rohkem abivajajaid teenust saaks ning probleemidega asutaks varem tegelema, kuid kavandatava süsteemi valguses tundub tõenäoline, et tegelikkuses järjekorrad pikenevad - kusjuures tõenäoliselt ka seni tervishoiusüsteemi kaudu toimunud psühholoogi, logopeedi ja füsioterapeutide juurde saamisele.

Näeme, et kui uue süsteemiga hakkab olema oluline märkamine, sh võimalikult varajane märkamine, siis meie hinnangul on märkamisega sama oluline või olulisemgi, et neid inimesi, keda on märgatud oleks realselt võimalik ka teenustele suunata. Praegu kavandatav eelarve seda meie hinnangul ei võimalda. Inimese abivajadus saab küll märgatud, aga reaalselt abi talle riigi poolt pakkuda pole.

**Kolmas oluline probleem on teenusele pääsemisel tekkiv pudelikael ning teenuse saamisega seotud tähtaegade puudumine.** Vastavalt seletuskirjale ei viida varasema korra järgi teenust saanud isikuid automaatselt üle uuele teenusele ning edaspidi pakutakse teenust üksnes vajaduspõhiselt ja aluseks on sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna spetsialistide poolne märkamine. Praktikas tähendab see, et teenusele pääsemiseks on vaja kõigepealt tervishoiutöötaja poolt märkamislehe täitmist,

terviseejuhiga koostöös heaoluplaani koostamist, selles sisendiks oleva terviseplaani koostamist tervishoiutöötaja poolt, vajadusel sotsiaaltöötaja sisendit, ning võimalik, et ka tugimeeskonna moodustamist. Eelnõust ei nähtu üleminekuperioodi, mis tähendab, et kõik teenust vajavad inimesed - st nii praegused teenuskasutajad kui uued pöördunud ning märgatavad isikud - pöörduvad korraga terviseejuhtide poole, et teenusele saada. Terviseejuhte aga planeeritud selleks ajaks koolitada kõigest 50, kuigi SoM toob ise välja, et vajadus oleks 67 ning nende koolitus peaks lõppema kõigest üks kuu enne pöördumistelaviini.

Ka IT-lahenduste esimese etapi valmimistähtjaks on planeeritud 2027. aasta september ning senise kogemuse pinnalt puudub kindlus nende tähtaegse valmimise ning adekvaatse kasutatavuse osas. Samuti selgub seletuskirjast, et alles hakatakse raha taotlema IT arenduste jaoks - ehk täna puudub igasugune kindlus, et IT arenduse jaoks reaalselt raha leitakse ja et need õigeaegselt ära tehakse. **Puudub tegevusplaan olukorra puhuks, kui IT-arendused õigeaks ajaks ei valmi. Meie vaates ei ole antud reform ilma toimivate IT-lahendusteta võimalik.**

Seega tekib olukord, kus alates 01.10.2027 on päevapealt uus korraldus, uued spetsialistid, uued infotehnoloogilised lahendused - ning samaaegne hindamisvajadus kogu teenuse sihtrühmal.

Tänases süsteemis on toodud välja teenusele pääsemise protsessi etappide konkreetset tähtjaks, sh aeg, mille jooksul inimene peab teenusele pääsema. Kavandatavas süsteemis seevastu on vaid üks tähtaeg - see on aeg märkamislehe täitmisest terviseejuhi kontaktini. Puudub aga igasugune info, kui kiiresti peaks inimene saama terviseejuhi juurest edasi suunatud rehabilitatsiooni meeskonna juurde või kas ja kui kiiresti saab inimene negatiivse otsuse terviseejuhilt. Veelgi olulisem - **pole üldse aru saada, kui kiiresti pääseb rehabilitatsiooni teenustele** ja kas hakkab kehtima põhimõte "kes ees see mees" või tekib vajaduspõhisusest tulenev järjekord ning kas luuakse lahendused kiireloomulist abi vajavate inimeste jaoks.

Teenuse kättesaadavusega seotud proleemide valguses oleks meie hinnangul asjakohane hinnata eelnõu põhiseaduslikkust ka riskistsenaariumi rakendumise korral. Praeguses põhiseaduslikkuse analüüsis on lihtsalt märgitud, et teenuse kättesaadavuse parandamise eesmärk vastab tervisepõhiõiguse sisule, kuid ei nähtu, et oleks analüüsitud riivete ulatust olukordades, kus reaalne kättesaadavus halveneb või teenus katkeb.

**Täiendava probleemina on meie arvates on hindamata ja arvesse võtmata, milline on reaalne täiendav ajakulu perearstile ja tema meeskonnale.** Seletuskirja kohaselt nähakse ainsa perearstidele juurdetuleva lisaülesandena digitaalse märkamislehe täitmist, samas ootab terviseejuht perearstilt terviseplaani, osalemist tugimeeskonna töös. Eelnõus ei selgu ka see, kes ja mis etapis peab hindama inimest lähtuvalt RFK-st. Enamikul perearstidel puudub igasugune oskus, teadmised RFK-st - meie käsitus põhineb RHK-10-l. Lisaks näeme selgelt, et eelnõus planeeritav lahendus toob kaasa perearstidele kaasa kogu rehabilitatsiooni süsteemiga seotud negatiivse kommunikatsiooni patsientidele ja nende lähedastele - sh igapäevased küsimused: kuhu ma pöördun; miks minuga veel ühendust pole võetud; miks otsus venib; miks teenusele ei saa - st kogu patsientide pahameele.

Terviseplaani koostamiseks puuduvad nii tööprotsessid kui infotehnoloogilised lahendused; tegemist ei ole dokumendiga, mis oleks infosüsteemides üldjoontes olemas või suhteliselt lihtsa vaevaga koostatav. Näiteks Maailmapanga riskipatsientide ravijuhtimise pilootprojekti raames koostatavad terviseplaanid ei ole meie hinnangul valdkonnaülese koordinatsiooni ja rehabilitatsiooni raames otse rakendatavad, sest need käsitlevad eelkõige kroonilisi haigusi ning Maailmapanga riskipatsientide ravijuhtimise projekti loogika oli, et liiga keerulised/kompleksset käsitlust vajavad patsiendid jäetakse välja. Samuti on Eesti Perearstide Seltsi tagasiside raviplaani olnud läbi aegade, et seda raviplaani peavad saama täita ka teised eriarstid, spetsialistid ning patsient ise. Lisaks on Maailmapanga riskipatsientide raviplaani koostamise, jälgimise näol tegemist vabatahtliku, ajamahuka ning eraldi rahastatava lisaülesandega, milles kõik perearstid ei osale.

Aina süveneva perearstide puuduse ning pidevalt lisanduvate kohustuste valguses ei ole mõeldav perearstide töömahu arvestatav suurendamine ning tuleb otsida lahendusi lisakoormuse minimeerimiseks. Leiame, et perearsti poolne sisend võiks lisaks märkamislehele hõlmata näiteks teatavaid lisavalikuid, mitte aga mahukaid lisahindamisi, korduv- ja ümberhindamisi ning lisadokumentatsiooni koostamist ja nõ patsiendi juhtumiaruteludel osalemist. Samuti näeme, et esmane märkamislehe täitja peaks olema inimene ise või tema eestkostja - sarnaselt täna kehtivale süsteemile, kus inimene teeb enda või tema eestkostetava kohta puude saamise taotluse. Erinevalt puude taotlemise mahukast dokumentatsioonist on märkamisleht lihtsamini struktureeritud ja arusaadavam ning ka terviseteejuhi poolt hõlpsamini kontrollitav.

**Meie jaoks on mõeldamatu eelnõus toodud süsteemiga kaasnevate täiendavate ülesannete lisandumine.**

**Lisaks toome alljärgnevalt välja mõned spetsiifilisemad kitsaskohad.**

1. Meie jaoks on ebaselge, **mis on rehabilitatsiooniteenus nii sisulises kui õiguslikus vaates** - kuidas seda eristatakse tervishoiuteenusest ning kas ja milline osa tervishoiuteenuse osutamisega seotud regulatsioonis selle suhtes kohaldub. Kas tekib olukord, kus sama teenusosutaja osutab näiteks füsioteraapiat vahel tervishoiuteenusena, vahel rehabilitatsiooniteenusena? Ning ühel juhul dokumenteeritakse see ühes süsteemis ja edastatakse Tervise Infosüsteemi, teisel juhul aga teises infosüsteemis ning edastamist ei toimu (v.a. tegevuskavasse lisatav kokkuvõtte)? Samuti, kas ühel juhul kohaldub ohutusjuhtumite, vastutuskindlustuse ja tervishoiuteenuse osutajate vastutsue regulatsioon, teisel juhul aga mitte? Sarnane küsimus puudutab ka isikuandmete töötlemise aluseid ja seadusest tulenevat saladuse hoidmise kohustust.

2. **Dokumenteermise osas on oluline täpsemalt selgitada, kuidas ja millises süsteemis toimub teenuse dokumenteerimine isikute poolt, kes ei ole tervishoiutöötajad** - sh kas ja mis alusel on võimalik anda neile ligipääs TTO infosüsteemidele. Kuna reeglina ei ole tegemist ühekordsete teenustega, on veel oluline täpsustada, et info osutatud teenuste kohta peaks vähemalt tugimeeskonnale kättesaadavaks muutuma regulaarselt, mitte alles teenuse lõppemisel.

3. Jääb ebaselgeks, **kas ja millistel juhtudel saab osutada teenust ainult põhimeeskonnaga ning kas seejuures peavad olema täidetud määruse § 3 lõikes 3 sätestatud koosseisunõuded**, sh mida tähendab järgmine selgitus: *“oluline on, et rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks vajalik põhimeeskond on lähtuvalt teenuse liigist tagatud”* (seletuskiri lk 14, punkti 3 selgitus). Kui kirjeldatud meeskonnakoosseisud on alati nõutavad, siis märgime ära, et perearstikeskustes ei ole sisuliselt võimalik rehabilitatsiooniteenust osutada - logopeede ega tegevusterapeute ei ole sisuliselt üheksi perearstikeskuses, kliinilisi psühholooge või psühholoog-nõustajaid on väga üksikutes keskustes. Perearstid on küll eriarstid, kuid eriarste ei ole nimetatud üheski § 3 lg 3 meeskonnas.

4. Palume selgitada, **millises ulatuses on rehabilitatsiooniteenuse osutajal (nii haiglal kui muudel teenusepakkujatel) kohustus teenust osutada** - sh kas teenuseosutaja võib liike ja mahtusid vabalt valida. Näiteks, kui heaolupiirkonnas on üks rehabilitatsiooniteenuste pakkuja, siis kas ta võib Tervisekassaga rahastuslepingut sõlmides märkida, et spetsialiseerub ühele liigile ning ühele vanuserühmale? Perearstide vaatest leiame, et kui perearstiabi osutaja otsustab pakkuda rehabilitatsiooniteenust, peaks teenuse nimistuväliste isikutele osutamine olema võimalus, mitte kohustus, ning see peaks puudutama ka perearstita patsiente (seletuskirjas lk 9: *“Perearstiabi raames rehabilitatsiooniteenuse osutamisel on teenusele õigustatus ka nendel inimestel, kes kuuluvad teise perearsti nimistusse.”*)

5. Palume selgitada, **milliste põhimõtete alusel hakkab toimuma teenuse rahastamine** - kas ajapõhine, tükipõhine, miski muu; kas sõltub meeskonna koosseisust ja suuruselt jne.

6. **Jääb arusaamatuks, kuidas terviseteejuht saab “tagada”, et rehabilitatsiooniteenuse osutaja valik lähtuks inimese vajadustest, piirkonna võimalustest ning rehabilitatsiooniteenuse osutamise nõuetele vastavatest teenuseosutajatest** (seletuskirja lk 11-12). Puudub kindlus, kas kõik teenused saavad olema igas Eesti piirkonnas kättesaadavad, rääkimata valiku võimalusest. Lisaks, kui teenuseosutaja valikul on otsustusõigus inimesel endal, siis ei saa terviseteejuhi roll minna soovitamisest kaugemale. Samuti jääb arusaamatuks, kuidas tervisejuht saab “tagada” teenuste info kandmise heoluplaani - tema ei saa teenuseosutaja eest täita dokumenteerimiskohustust.

7. **Palume selgitada kuidas lahendatakse olukord, kui terviseteejuhi ja/või rehabilitatsioonimeeskonna hindamisel selgub, et inimene ei vaja valdkonnaülese koordineerimise teenust, vaid üksikteenust.** Kas siis on võimalus kohustada HVA haiglaid seda teenust pakkuma? Näiteks logopeediline abi, psühholoogiline abi.

8. Eelnõu seletuskirjas on märgitud: *“Uue süsteemi rakendamisega kaasneb ühekordne ja piiratud halduskoormuse kasv, mis on seotud üksnes ühe tegevusega – tervishoiu- ja sotsiaaltöötaja poolt märkamislehe täitmisega uute andmeväljade osas.”* (lk 1-2) Tuuakse välja, et SRT korraldusega oli 2025–2026. aastal seotud 17 ametikohta ja Sotsiaalministeeriumi arvutuste järgi on terviseteejuhtide vajadus rehabilitatsiooni sihtrühma puhul 67 (lk 33 ja 39). Meile jääb aga arusaamatuks, et **kui praegu teeb SRT juhtumikorraldusega seotud töö ära 17 inimest ning alates 01.10.2027 hakkab seda tegema 67 inimest, siis kuidas see pikas perspektiivis parandab ressursikasutust.**

9. **Palume selget infot, millal ja milliseid EL vahendeid on võimalik tervishoiutaristu arendamiseks kasutada.** Seletuskirjast lk 33: *“Täiendava võimalusena saab potentsiaalselt kasutada Euroopa Liidu vahendeid tervishoiutaristu arendamiseks.”*

10. On ebaselge, **mida on seletuskirjas silmas peetud järk-järgulise ülemineku all:** *“Reformiga kaasneb üleminekurisk: ajutiselt võib teenuse kättesaadavus olla raskendatud, kuid olemasolevad kliendid saavad teenuseid kuni 2027. aasta oktoobrini varasematel tingimustel ning üleminek toimub järk-järgult.”* (lk 35) - kui kõigi seniste rehabilitatsiooniplaanide kehtivus ning SKA poolt väljastatud tegevuslubade kehtivus lõpeb 01.10.2027, siis milles väljendub ülemineku järk-järgulisus?

11. Täna SRT kaudu makstakse kompensatsiooni ka majutuse ja transpordi eest, enamasti hüvitise kasutajad on 0-15a sihtrühm. Planeeritud muudatuste tulemusena ei hüvitata enam teenuse saajatele transpordi- ega majutuskulusid samamoodi nagu senises SRT süsteemis. Seletuskirjas nähakse ette, et see võib tähendada, et kohalikel omavalitsustel tekib vajadus tagada transpordi kättesaadavust inimestele, kes saavad teenust väljaspool oma elukohajärgset maakonda. Aga tuuakse välja, et kulu võib kanduda ka leibkondadele, kelle jaoks võib teenusele jõudmine ilma täiendava toeta olla keeruline. **Meie jaoks on arusaamatu ja samas ka lubamatu, et tahetakse teha reformi, mille käigus nähakse ette, et osad abivajajad võivadki jääda abita ja see on justkui aktsepteeritud.**

12. **Palume selgitada, kas sihtrühma suuruse ning eelarve osas on arvesse võetud isikud, kelle puhul on teenust seni rahastatud KVTS alusel Kaitseministeeriumi valitsemisala eelarvest, ning kui suur on selline sihtrühm ja nende teenustega seotud eelarve.**

#### **Kokkuvõte:**

Eesti Perearstide Seltsi seisukohalt on küll vaja tänast olemasolevat rehabilitatsiooni süsteemi reformida, aga mitte nii nagu antud eelnõus on kavandatud - vaid inimkeskselt, vajaduspõhiselt ja sujuva üleminekuga.

Lubamatu on, et eelnõuga nähakse ette reaalse abi kättesaadavuse halvenemist, Eelarve kasvu planeeritakse minimaalsena, samal ajal on teada, et teenuse maht ja kulud kasvavad ehk sama raha

est hakkab tulevikus vähem inimesi teenust saama. Reformi tulemusel võib teenuseosutajaid vähemaks jääda, mitte süsteemi juurde tulla. Väiksemad rehabilitatsiooniasutused suretatakse välja läbi tegevuslubade ja meeskonnanõuete, teenuse osutamine koondatakse sisuliselt haiglavõrgu ja suurte tervishoiuteenuse osutajate kätte. Kolmeliikmelised ja spetsialiseeritud meeskonnad kõlavad hästi, kuid Eestis lihtsalt ei ole piisavalt spetsialiste: logopeede, kliinilisi psühholooge, tegevusterapeute, füsioterapeute, eripedagooge. Sisuliselt tehakse reform eeldusega, et igal HVA haiglal on olemas kõik meeskonnad ja kõik spetsialistid - reaalsus on, et juba täna on maakondi, kus juba ka tervishoiuteenused pole spetsialistide puuduse tõttu kättesaadavad - utoopiline on eeldada, et järsku rehabilitatsiooniteenused nendesse kohtadesse tekivad.

Kõige absurdsem on, et süsteem ei anna inimese jaoks mingit kindlust, kas ja mis aja jooksul ta rehabilitatsiooni teenusele jõuab.

Perearstidele tähendab see uut lisafunktsiooni, ilma lisarahastuseta. Paberil väidetakse, et töökoormus väheneb, et kõike „koordineerib terviseteejuht“, aga reaalsuses peab perearst hakkama põhjendama rehabilitatsiooni vajadust, täitma täiendavat dokumentatsiooni, suhtlema rehabilitatsioonimeeskondadega, koordineerima jätkuteenuseid, tegelema patsientidega, kes süsteemis „ripuvad“ lisaks tegelema kogu rehabilitatsiooni kommunikatsiooniga - sealhulgas patsientide ja tema lähedaste pahameelega.

Reform alahindab täielikult esmatasandi kriisi. Perearstisüsteem töötab juba praegu ülekoormuse piiril: arstide puudus, õdede puudus, vaimse tervise koormus, krooniliste haigete kasv, administratiivne ülekoormus. Ja nüüd lisatakse sinna veel rehabilitatsiooniteenustele pääsemisega seotud dokumenteerimise ja kommunikatsiooni surve.

Silma riivab seletuskirja väide, et „pikemas vaates töökoormus väheneb“. Eesti tervishoius tähendab see tavaliselt: alguses kasvab töökoormus massiivselt, vana süsteem laguneb ära, uus süsteem ei hakka tööle, inimesed jäävad teenuseta, raha ei jätku ning lõpuks maandub kogu probleem perearstile ja rahulolematud on nii perearstid kui ka inimesed.

Meie hinnangul on täiesti vastutustundetu minna sellise reformiga edasi olukorras, kus:

- terviseteejuhte ei ole piisavalt;
- IT-lahendused ei ole valmis, nende rahastus ei ole kindel;
- teenuseosutajate võimekus on teadmata;
- perearstidele lisanduv töökoormus on adekvaatselt hindamata;
- puudub realistlik üleminekuplaan;
- puudub tegevuskava olukorraks, kus süsteem ei hakka tööle.

Sisuliselt riskitakse olukorraga, kus vana süsteem lõpetatakse enne, kui uus süsteem realselt toimib.

Eesti Perearstide Seltsi hinnangul ei paranda kiirustades tehtav reform rehabilitatsiooniteenuste kättesaadavust ega kvaliteeti. Vastupidi — suureneb oht, et järjekorrad pikenevad, piirkondlik ebavõrdsus süveneb, osa teenusepakkujaid kaob süsteemist ning patsiendid jäävad abita. Sellisel kujul reformi elluviimine ei ole vastutustundlik.

Lugupidamisega

Eesti Perearstide Seltsi juhatuse nimel

Elle-Mall Sadrak