



Riigikogu sotsiaalkomisjoni istungi protokoll nr 176

Tallinn, Toompea ja videosild

Teisipäev, 12. mai 2026

Algus 14.00, lõpp 15.05

Juhataja: Signe Riisalo (esimees)

Protokollijad: Terle Kask (konsultant), Riin Lindpere (konsultant)

Võtsid osa:

Komisjoni liikmed: Toomas Järveoja, Tanel Kiik, Helmen Kütt, Mihkel Lees, Irja Lutsar

Komisjoni ametnikud: Heidi Barot (nõunik-sekretariaadijuhataja), Kristi Reindla (nõunik), Helgi Kundla (nõunik)

Puudusid: Kalle Grünthal, Jaanus Karilaid, Eero Merilind ja Aleksandr Tšaplõgin

Kutsutud: Sotsiaalministeeriumi tervishoiuteenuste osakonna tervishoiuvõrgu ekspert Heli Paluste (1. ja 2. päevakorrapunkt) ja õigusosakonna õigusnõunik Rebeka Pintson, Eesti Arstide Liidu peasekretär Katrin Rehema ja Ravimiameti peadirektori asetäitja Ott Laius (TEAMS) (1. päevakorrapunkt); Sotsiaalministeeriumi tervishoiuteenuste osakonna esmatasandi tervishoiu ekspert Tiina Unukainen (2. päevakorrapunkt)

Päevakord:

1. Sotsiaalkomisjoni algatatud tervishoiuteenuste korraldamise seaduse ja ravimiseaduse muutmise seaduse eelnõu (886 SE) teise lugemise ettevalmistamine
2. Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse (perearstiabi tugevdamine) eelnõu väljatöötamiskavatsuse arutelu
3. Info ja muud küsimused

1. Sotsiaalkomisjoni algatatud tervishoiuteenuste korraldamise seaduse ja ravimiseaduse muutmise seaduse eelnõu (886 SE) teise lugemise ettevalmistamine

Signe Riisalo rääkis, et sotsiaalkomisjon algatas tervishoiuteenuste korraldamise seaduse ja ravimiseaduse muutmise seaduse eelnõu (886 SE) 15. aprillil 2026. Eelnõu esimene lugemine lõpetati 22. aprillil ning muudatusettepanekute tähtjaks määrati 7. mai. Samaks kuupäevaks paluti ka huvigruppide arvamusi. Muudatusettepanekuid eelnõule ei laekunud.

Huvigruppidest saatsid oma arvamuse Tartu Ülikool (TÜ), Eesti Ämmaemandate Ühing, Eesti Arstide Liit (EAL), Eesti Psühhiaatri Selts (EPS), Tervisekassa ja Ravimiamet. Sisulisi ettepanekuid eelnõu kohta ei tehtud, kuid EAL ja EPS märkisid, et nad ei toeta võimalikke lisapiiranguid, mida eelnõu kohaselt kavandatakse kehtestada ministri volitusnormi alusel, koostades loetelu ravimitest, mille enesele väljakirjutamine oleks keelatud.

Tervisekassa hinnangul tuleb selgemaks muuta sätted, mis lubavad tervishoiutöötajatel väljastada iseendale ravikindlustushüvitise aluseks olevaid dokumente (nt töövõimetuslehti), kuna selline praktika suurendab kuritarvitamise riski ja võib viia ravikindlustuse

põhjendamatu kasutamiseni. S. Riisalo mainis, et Vabariigi Valitsuse (VV) arvamus eelnõu kohta oli üheselt toetav. Kõigepealt andis ta sõna EALi esindajale arvamuse tutvustamiseks. **Katrin Rehema** tänas sotsiaalkomisjoni liikmeid eelnõu algatamise eest ja märkis, et EAL on eelnõu sõnastusega põhimõtteliselt nõus. Ta rõhutas, et arstid ei ole vastu ravimite väljakirjutamise piirangutele, sealhulgas endale väljakirjutatavate retseptide puhul. Ravimite väljakirjutamist reguleerivad juba praegu nii seadus kui ka määrus ning piiranguid on mitmeid nii ravimite määramisel teistele isikutele kui ka nende väljakirjutamisel. EALi hinnangul kehtivad samad piirangud ka eneseravi puhul. K. Rehema lisas, et kui õigusaktides on vaja seda selgesõnaliselt täpsustada, toetab EAL vastavat muudatust. Tema sõnul on piiranguid palju ja EPS on need samuti esile toonud. Psühhotroopsete ravimite puhul kehtivad näiteks erialapõhised piirangud (mõningaid ravimeid saab välja kirjutada ainult psühhiaater) ning koguse- ja annusepiirangud, sealhulgas see, kui palju ravimit võib ühe retseptiga välja kirjutada. Psühhiaatrite hinnangul on olemasolevad piirangud praegu piisavad.

Signe Riisalo andis sõna Ravimiameti esindajale arvamuse tutvustamiseks.

Ott Laius kinnitas, et Ravimiamet on eelnõu tekstiga põhimõtteliselt nõus. Ta lisas, et seaduses võiks säilida volitusnorm, mis võimaldab vajaduse korral piiranguid kehtestada. Millised ravimid loetellu lisatakse ja kuidas piiranguid rakendatakse, vajab tema sõnul eraldi arutelu. Praegu kokkulepet veel ei ole, kuid võimalus piiranguid kehtestada võiks seadusesse jääda.

Signe Riisalo andis sõna Sotsiaalministeeriumi (SOM) esindajale VV seisukoha tutvustamiseks. Ta palus kommenteerida ka Tervisekassa märkust muude dokumentide (nt töövõimetuslehtede) väljastamisel iseendale tekkida võiva huvide konflikti või õiguse mittesihipärase kasutamise ohu kohta. Samuti palus ta käsitleda volitusnormi küsimust.

Heli Paluste ütles, et VV toetab eelnõu praegusel kujul ning seda kinnitati ka kirjalikult esitatud seisukohas. Ta märkis, et Sotsiaalministeerium (SOM) oli eelnõu koostamisse aktiivselt kaasatud.

Tervisekassa tähelepanek töövõimetuslehtede väljastamise kohta iseendale võib tema sõnul vajada eraldi arutelu ja võimalikke täpsustusi, kuid mitte selle eelnõu raames. SOM ei pea teema sidumist käesoleva eelnõuga põhjendatuks, kuid on valmis töövõimetuslehtede küsimuses eraldi kaasa mõtlema.

SOMi hinnangul on volitusnorm eelnõus vajalik, sest määruks tuleb selgesõnaliselt täpsustada, et ravimite teisele isikule väljakirjutamise piirangud kehtivad samamoodi ka siis, kui tervishoiutöötaja kirjutab retsepti välja endale. Esialgu võib piirduda kehtivate piirangute selgesõnalise laiendamisega enesele retsepti väljakirjutamisele. H. Paluste lisas, et on palunud Ravimiametilt ja Terviseametilt rakendusakti kohta täpsustusi. Tagasiside saamisel saadetakse määruse eelnõu kooskõlastamisele.

Signe Riisalo tsiteeris Irja Lutsarit, kes eelnõu esimesel lugemisel Riigikogu täiskogus rääkis: „Terviseameti andmetel on 1. jaanuarist 2024 kuni 31. oktoobrini 2025 iseendale retsepti kirjutanud 77% arstidest, kusjuures narkootilisi ja psühhotroopseid aineid on kirjutanud 750 ehk 15% arstidest. Kui pooled neist on kirjutanud vaid 1–2 retsepti, siis peaaegu 15% on vähem kui kahe aasta jooksul endale kirjutanud 10 narkootilise või psühhotroopse ravimi retsepti ja maksimumiks on 55 retsepti vähem kui kahe aasta jooksul.“ S. Riisalo hinnangul põhistavad need numbrid volitusnormi vajadust. Kui praktika ja andmed seda nõuavad, saab seadusi ka tulevikus muuta. Ka komisjoni liige Tanel Kiik on varasemates komisjoni aruteludes rõhutanud kahte asja: volitusnorm toimib turvavõtmena ning kui seaduse rakendamisel tekib parem teadmine, on võimalik seadust muuta. Seejärel andis ta komisjoni liikmetele sõna küsimusteks.

Irja Lutsar küsis K. Rehemaalt EALi eetikakoodeksi kohta. Ta märkis, et tema teada ei ole näiteks Soomes retseptide enesele väljakirjutamist puudutavat õigusnormi, kuid eetikakoodeksites rõhutatakse, et arstide eneseravi ei soovitata või seda ei peeta heaks tavaks. Tema sõnul kinnitas ka Tartu Ülikooli meditsiiniajaloo ja -eetika nooremlektor Anu Rae, et samal viisil õpetatakse seda ka arstiteaduskonna üliõpilastele. I. Lutsar soovis teada, kas EALil on plaanis eetikakoodeks üle vaadata, et eneseravi kohta selgem seisukoht lisada.

Katrin Rehema vastas, et küsimus tuleks suunata EALi eetikakomiteele, keda tema otseselt ei esinda. Praegu ei ole kavas eetikakoodeksit selles osas muuta. Eetikakoodeksi

kinnitab aasta lõpus EALi üldkogu, seega saab teha ettepanekuid. Ta lisas, et koodeksi koostamisel on suurel määral lähtutud Maailma Arstide Liidu eetikakoodeksist, kus eneseravi teemat eraldi ei käsitleta. Ta selgitas, et eetikakoodeks on sisuliselt kokkulepete kogum, mis suunab head tava. K. Rehema märkis, et arstide usaldamine on põhimõtteline küsimus. Tema sõnul ei soovi ükski arst end kahjustada ega hakka endale määrama ravimeid, mille osas tal puudub pädevus otsustada. Sellisel juhul pööratakse kolleegi või eriarsti poole.

Terviseameti statistikast kuulis K. Rehema esimest korda. Kui tegemist on tõepoolest rikkumistega, ei tolereeri EAL seda. Terviseamet peab tegema järelevalvet ning kuritarvitamise korral tuleb asjakohaselt reageerida ja vajadusel karistada. EAL ei pea õigeks lauspiirangute kehtestamist. Ta rõhutas, et EAL nõustub olemasolevate piirangutega ning need peavad kehtima ka eneseravi puhul.

Irja Lutsar märkis, et Terviseameti võimalused järelevalvet teha on piiratud.

Terviseamet saab kontrollida, kas seadust täidetakse. Kui seaduses piiranguid ei ole, siis on keeruline hinnata, mida tähendab näiteks 55 psühhotropsete ainete retsepti kahe aasta jooksul. Puudub selgus, milleks neid kasutatakse ja kuidas seda sisuliselt kontrollida. Ta küsis, millised on psühhotropsete ainete osas praegu kehtivad piirangud?

Katrin Rehema rõhutas, et piirangud kehtivad ka praegu. Terviseamet saab järelevalvet teha kehtiva õiguse alusel. Pelgalt retseptide arv ei tõenda kuritarvitamist, sest puudub teave, kas väljakirjutamine oli põhjendatud. Terviseametil on õigus järelevalve alata ning vajadusel välja selgitada, miks retsepte on väljastatud tavapärasest rohkem. Tema sõnul on nn retseptivabrikuid sellise kontrolli käigus avastatud ning rikkumiste eest on inimesi ka karistatud. Ta rõhutas, et rikkumised on taunitavad.

Heli Paluste selgitas, et piirangud tulenevad määrusest „Ravimite väljakirjutamine ja apteekidest väljastamine“. Määruses on paljudele ravimitele kehtestatud kutse- ja erialapõhised piirangud. Eraldi on sätestatud näiteks narkootiliste ravimite kogusepiirang retsepti kohta: väljakirjutatav kogus ei tohi ületada üheks kuuks vajalikku kogust. Bensodiasepiini ja sarnaseid aineid sisaldavate ravimite puhul kehtib samuti ulatuslik piirangute loetelu. EPS juhtis tähelepanu, et oluline oleks juba olemasolevate piirangute järgimise tagamine ja kontrolli tõhustamine. Määruse täpsustamisel kehtiksid samad piirangud nii patsiendile kui ka enesele ravimite väljakirjutamisel.

Irja Lutsar märkis, et olemasolevad piirangud kirjeldavad eelkõige seda, kui suur kogus ravimit võib olla ühel retseptil. Samas ei reguleeri seadus näiteks olukorda, kus väljastatakse kahe aasta jooksul 55 retsepti. I. Lutsari sõnul ei hõlma kehtiv regulatsioon sellist juhtumit.

Signe Riisalo nentis, et volitusnorm aitaks neid riske maandada.

Toomas Järveoja küsis, kas pärast keelu kehtestamist on ravimite väljakirjutamise kuritarvitamine vähenenud?

Heli Paluste vastas, et sellist võrdlevat andmeanalüüsi ei ole tehtud.

Signe Riisalo lisas, et praegu ei ole endale retsepti väljakirjutamine üldse lubatud. Tema sõnul on oluline jälgida, millise mõju toob kaasa muudetud seaduse rakendumine.

Terviseamet on tõenäoliselt esimene, kellel on huvi käitumismustrite muutust analüüsida. Pärast rakendamist saab Riigikogu parlamentaarse järelevalve korras teavet küsida ja osapooli vajadusel selgitusi andma kutsuda.

Tanel Kiik nentis, et eelnõu puhul on jõutud hea kompromissini, millega tuleks edasi liikuda. Ta rõhutas, et järelevalves tuleks keskenduda pigem kvalitatiivsele hinnangule, mitte üksnes kvantitatiivsetele mõõdikutele, sest eesmärk on tuvastada tegelik probleem. Tervisekassa kirjas oli töövõimetuslehtede teema esitatud tema sõnul väga üldsõnaliselt, ilma selle ulatust või sisu avamata. Tervisekassal on võimalus seda hinnata ja vajadusel selgitada, kas ja millises mahu on tegemist probleemiga. Ta lisas, et pelgalt üksik number (kas arst kirjutab ravimi või haiguslehe välja endale või teeb seda kolleeg) ei anna tervikpilti. Kui pärast eelnõu menetlust soovitakse teemasse süvitsi minna, peaksid Terviseamet ja Tervisekassa tegema põhjalikuma eeltöö, sest üksnes numbrite põhjal ei ole võimalik probleemi (kuritarvitamise) olemasolu tuvastada.

Heli Paluste nõustus, et enne probleemi lahendamist tuleb veenduda, et probleem on olemas. Ta rõhutas, et määrus piirab ravimite väljakirjutamisel koguseid ning seeläbi ka retseptide arvu kaudselt. Näiteks on sätestatud, et kui viimase 12 kuu jooksul ei ole bensodiasepiini või

sarnast ainet sisaldavat ravimit välja kirjutatud, võib ühele retseptile määrata vaid kindla koguse. Samuti on ette nähtud maksimaalne kogus, mida ühe ravimivormi kohta võib 30 päeva jooksul välja kirjutada. Seega on retseptide arv kogusepiirangute kaudu juba praegu teatud määral piiratud. Eraldi küsimus on, kui tõhusalt suudetakse järelevalves nende piirangute järgimist kontrollida.

Helmen Kütt tõdes, et saavutatud kompromiss on parem lahendus kui esialgne variant. Tema sõnul ei tohiks üksikute rikkumiste tõttu kõiki karistada, vaid keskenduda tuleb rikkujatele ning vajadusel rakendada sanktsioone. Ta küsis, kas järelevalve tegemiseks on piisav suutlikkus. H. Kütt lisas, et andmeid välja võttes saab tuvastada, kes on kehtivat seadust rikkunud. Ta uuris, kas sellist seiret on võimalik ka edaspidi teha.

Heli Paluste vastas, et järelevalve- ja kontrollivõimekusel on piirid ning iga ravimi väljakirjutamist ei ole võimalik üksikjuhtumina kontrollida. Samas nõuab andmete väljavõtmine ja retseptide jälgimine Terviseametilt aega ning ressursi, kuid seda tehakse. Tema sõnul on nn retseptivabrikud avastatud just sellise kontrolli käigus. Ressursside ja võimaluste piires on võimekus olemas ning järelevalvet jätkatakse.

Signe Riisalo võttis kokku, et järelevalve on paljude komisjoni poolt käsitletud probleemide puhul läbiv teema ning avalikul sektoril on sageli selleks ebapiisav võimekus. Tema sõnul võiks abi olla tehisintellektist ja teistest IT-lahendustest, mis annaksid märku, kui üks tervishoiuteenuse osutaja kirjutab välja ebamõistlikult suurel hulgal retsepte. Ta tänas kõiki osapooli koostöö eest eelnõu koostamisel. Seejärel pani S. Riisalo hääletusele menetluslikud otsused.

Otsustati:

1.1. Teha ettepanek võtta eelnõu täiskogu päevakorda 20.05.2026 (konsensus: Toomas Järveoja, Tanel Kiik, Helmen Kütt, Mihkel Lees, Irja Lutsar, Signe Riisalo).

1.2. Teha ettepanek teine lugemine lõpetada (konsensus: Toomas Järveoja, Tanel Kiik, Helmen Kütt, Mihkel Lees, Irja Lutsar, Signe Riisalo).

1.3. Kui teine lugemine lõpetatakse, teha ettepanek võtta eelnõu täiskogu päevakorda ja viia läbi lõpphääletus 03.06.2026 (konsensus: Toomas Järveoja, Tanel Kiik, Helmen Kütt, Mihkel Lees, Irja Lutsar, Signe Riisalo).

2. Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse (perearstiabi tugevdamine) eelnõu väljatöötamiskavatsuse arutelu

Signe Riisalo rääkis sissejuhatuseks, et väljatöötamiskavatsuse (VTK) eesmärk on pakkuda lahendusi, et tagada perearstiabi pikaajaline jätkusuutlikkus ning ühtlane ja kvaliteetne kättesaadavus kogu Eestis. Täpsemalt seab VTK eesmärgiks määratleda põhimõtted ja suunad, mis loovad inimestele paremad eeldused saada kvaliteetset perearstiabi, toetades sihipäraselt tervisekeskuste tõhusamat töökorraldust ning üksikpraksiste võrgustumist ja toimepidevust esmatasandi teenuste osutamisel. Seejärel andis ta sõna SOMi esindajale VTK tutvustamiseks.

Tiina Unukainen tutvustas komisjonile tervishoiuteenuste korraldamise seaduse eelnõu VTKd (lisa) ning märkis, et ettekandes käsitletakse perearstiabi peamisi väljakutseid, strateegilisi suundi esmatasandi tervishoiu arendamisel ning õigusruumi muudatusi. Ta tõi välja, et perearstiabi peamisteks väljakutseteks on elanike kasvavad ootused teenuse kättesaadavusele ja kvaliteedile, suurenevad nõuded toimepidevusele ja küberturvalisusele, piirkondlik ebavõrdsus teenuste osutamisel ning tööjõu- ja järelkasvuriske. T. Unukainen selgitas, et senised töökorraldusmudelid ei pruugi tuleviku vajadusi katta ning seetõttu tuleb tugevdada meeskonnapõhist lähenemist, koostöö- ja tugivõrgustikke ning tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi lõimimist. Koostöö- ja tugivõrgustike loomine aitab üksikpraksistel piirkonnas paremini toime tulla ning sellised võrgustikud parandavad teenuse kättesaadavust ning toetavad sobivate toimemudelite rakendamist. T. Unukainen märkis, et tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi lõimimisel on keskne roll tugeval esmatasandi tervishoiul. Ta lisas, et perearstiabi süsteemi tuleb muuta paindlikumaks, et tagada parem kättesaadavus. Lähiaastatel on oodata perearstide ulatuslikku pensionile jäämist. Sellega seoses peetakse vajalikuks suurendada tervisekeskuste rolli asenduste korraldamisel

ning kujundada kogu asendussüsteem senisest ennetavamaks. Samuti on oluline meeskonnatöö tugevdamine ning eraldi tervisekeskuse liigina laiendatud ülesannetega tervisekeskuse loomine. T. Unukainen selgitas, et tegemist oleks keskustega, millel on oluline roll piirkondades, kus esineb perearstiabi jätkusuutlikkuse oht või teenuse osutamise katkemise risk. Sellistel juhtudel oleks neil võimalik võtta üle teenuse osutamise funktsioon ning täita kesksel rolli piirkondlikus tugivõrgustikus. Õigusruumi muudatuste osas märkis T. Unukainen, et eesmärk on säilitada perearstiabi nimistupõhine korraldus, kuid muuta see tõhusamaks ja paremini toimivaks. Samuti sätestada seaduse tasandil eraldi tervisekeskuse liigina laiendatud ülesannetega tervisekeskus ja tema ülesanded ning luua üle-eestiline laiendatud ülesannetega paiknemise strateegiline plaan. Lisaks luua võimalus määratleda strateegilise plaani alusel riskipiirkonnad, kus riik rakendab perearstiabi jätkusuutlikkuse tagamiseks erimeetmeid. T. Unukainen lisas, et tõhustada tuleb järelevalvesüsteemi, mis võimaldab õigeaegselt sekkuda olukordades, kus perearstiabi osutaja tegevus või tegevusetus ei taga perearstiabi kvaliteeti, kättesaadavust või patsiendiohutust.

Irja Lutsar tõstatas küsimuse perearstide autonoomia säilimise kohta kavandatavate muudatuste kontekstis. Ta märkis, et mõned üksikpraksises töötavad perearstid on väljendanud muret, et võib korduda apteegireformiga sarnane olukord, kus tegelik otsustusõigus koondub mujale. Sellega seoses palus ta selgitada, millised meetmed on ette nähtud selleks, et üksikpraksises perearstide autonoomia ei väheneks ega kaoks.

Tiina Unukainen selgitas, et ühe meetmena on kavandatud sätestada, mitu nimistut võib üks juriidiline isik teenindada, arvestades, et ühe juriidilise isiku all võib olla mitmeid tervisekeskusi ning nad võivad ka mitmeid nimistuid omada. Teiseks tõi ta esile tervisekeskuste konkursi korraldamise, mille raames oleks Tervisekassal võimalik arvestada piirkondlikku vajadust ning perearstide valmisolekut vastavas piirkonnas tervisekeskus moodustada. Ta märkis, et selline lähenemine aitaks vältida olukorda, kus eelis on üksnes suurel ettevõttel. Kolmandaks selgitas ta, et võrgustumine ei tähenda autonoomia kadumist ning kõik toimub vastastikusel kokkuleppel ning koostöös. Kavandatavaid meetmeid rakendatakse piirkondades, kus esineb perearstiabi jätkusuutlikkuse oht või teenuste kättesaadavus on piiratud.

Heli Paluste lisas, et on teadlik üksikpraksises tegutsevate perearstide hirmust, et neid sunnitakse tervisekeskustega liituma, kuid sellist plaani ei ole.

Irja Lutsar tõstatas küsimuse perearstiabi osutamise kohta väljaspool tööaega ning selle võimalikust mõjust erakorralise meditsiini osakondade koormuse vähendamisele. Ta palus selgitada, kas kavandatavate muudatuste kohaselt hakatakse teenust osutama ka riigipühadel ning nädalavahetustel, sealhulgas hilisematel õhtustel kellaaegadel. Ta täpsustas, et peab eelkõige silmas Tallinna ja Tartut.

Tiina Unukainen vastas, et perearstiabi osutamist väljaspool tavapärasel tööaega on kavandatud piirkondliku vajaduse alusel eeskätt eesmärgiga vähendada erakorralise meditsiini osakondade koormust. Ta selgitas, et sellist korraldust rakendatakse vaid piirkondades, kus selleks on suurem vajadus.

Irja Lutsar küsis täiendavalt, kas kavandatavates muudatustes on see võimalus ette nähtud, et perearstikeskused oleksid teatud piirkondades avatud ka pikemate riigipühade ajal.

Tiina Unukainen vastas, et tegemist on ühe võimaliku lahendusega, mille rakendamist tuleb täiendavalt arutada ja kaaluda. Erialaühendused on öelnud, et see ei ole igas piirkonnas vajalik ning seetõttu tuleks kindlasti lähtuda piirkondlikust vajadusest.

Tanel Kiik küsis, millises ulatuses on tulevikus kavandatud vaimse tervise toe pakkumise suurendamine esmatasandil. Samuti palus ta selgitada, kas VTK raames on käsitletud olukordi, kus patsientidel võib perearsti tegevuskoha vahetuse või tegevuse lõpetamise tõttu tekkida raskusi elukoha lähedal perearstiabi saamisel. Kuidas neid olukordi on plaanis lahendada?

Tiina Unukainen vastas, et VTK ei käsitle otseselt vaimse tervise toe pakkumist, kuid paralleelselt toimub astmelise abi mudeli ülesehitamine, mis hõlmab ka esmatasandi tervishoidu. Ta märkis, et ühe meetmena on kavandamisel koolitused esmatasandi tervishoiuspetsialistidele. Rehabilitatsioonireformi raames nähakse ette ka täiendavad võimalused inimeste suunamiseks, et nad jõuaksid vajaliku abini. Seoses küsimusega perearsti

tegevuskoha muutumise või tegevuse lõppemise mõjude kohta märkis T. Unukainen, et väljatöötamiskavatsus puudutab seda teemat kaudselt ning see vajab eraldi põhjalikumat arutelu.

Toomas Järveoja küsis, kas uute tervisekeskuste loomiseks on kavandatud rahaline toetus.

Heli Paluste vastas, et tegemist on uue perioodi Euroopa Liidu toetusvahendite planeerimise küsimusega ning tervisekeskuste ehitamiseks eraldi meetet otseselt kavandatud ei ole.

Tiina Unukainen lisas, et meetmed ehitamiseks on kavandatud üksnes nendes piirkondades, kus selleks esineb selge vajadus, näiteks Ida-Virumaal. Ta selgitas, et kavandatavate meetmete põhirõhk on tervisekeskuste kriisivalmiduse ja vastupanuvõime suurendamisel.

Helmen Kütt tõstatas küsimuse hooldekodudes osutatava perearstiabi korralduse kohta. Ta märkis, et paljudes hooldekodudes on olukordi, kus mõnekümnel hoolealusel on kümme erinevat perearsti. Kuigi inimesel on õigus oma perearstile ja ka hooldekodu valik on vaba, siis ei pruugi perearst sageli asuda samas maakonnas ega omavalitsuses. Praktikast võib see tähendada, et perearstiga võetakse ühendust peamiselt retsepti vajaduse korral, kuid arsti vahetu jõudmine hoolealusele on piiratud. Ta palus selgitust, kuidas on plaanis sellised olukorrad lahendada. H. Kütt tõi positiivse näitena esile Viljandi Tervikumi, kus kõik toimib omavahel seotult.

Tiina Unukainen märkis, et praegu ei ole võimalik välja pakkuda ühtset sobivat teenuse mudelit. Ta selgitas, et plaanis on kaardistada hooldekodude peamised probleemid ning töötada selle põhjal välja kõige sobivamad lahendused teenuse korraldamiseks. Ta tõi esile, et hooldekodude suurus ja vajadused on erinevad: väiksemates asutustes võib osutuda piisavaks olemasolev mudel, samas kui suuremates võib olla vajalik leida eraldi teeninduspartner ning kavandada selleks täiendav rahastus. Lisaks märkis ta, et tähelepanu pööratakse ka sellele, et patsiendid ei jääks sobimatu nimistukorralduse tõttu teenuseta ning kaalutakse elukoha registreerimise tingimuste paindlikumaks muutmist.

Helmen Kütt lausus, et väga tänuväärne meede on see, et läbi Tervisekassa on võimalik hoolekandenasutusel, kui seal on rohkem kui 40 hoolealust, saada ühe täiskohaga õe rahastus. Ta märkis, et tuleks vaadata, kui paljudes hooldekodudes seda kasutatakse. Samuti tõi ta esile, et olukorras, kus perearst asub kaugemal, täidavad õed sageli esmase abi tagamisel olulist rolli. Seevastu asutustes, kus tervishoiuteenuse osutamise luba puudub, võib õena olla palgal töötaja, kellel ei pruugi olla nõutavat kvalifikatsiooni.

Signe Riisalo märkis, et käsitlus peaks olema laiem ega peaks piirduma üksnes üldhooldusega, vaid hõlmama kõiki sotsiaalhoolekande asutusi, kus inimesed ööpäevaringselt viibivad.

Irja Lutsar küsis, kas on analüüsitud, millist mõju avaldab tervisekeskuste loomine tööjõuvajadusele. Ta soovis teada, kui suur on tegelik tööjõuvajadus, kas see tervisekeskuste loomise tulemusel väheneb või võib hoopis suurened. Samuti palus ta selgitada, kas hinnangud põhinevad üksnes oletustel või on nende taga ka vastavad mudelid ja analüüsid.

Tiina Unukainen vastas, et tööjõuvajaduse mõju tuleb täiendavalt hinnata olemasolevate andmete põhjal. Ta märkis, et selle teema käsitlemiseks on olemas analüüsid ning rahvusvaheliste praktiliste uuringute taust, kuid Eesti-spetsiifilisi andmeid ei ole praegu veel piisavalt.

3. Info ja muud küsimused

Täiendavat infot ei olnud ja muid küsimusi ei arutatud.

(allkirjastatud digitaalselt)
Signe Riisalo
juhataja

(allkirjastatud digitaalselt)
Terle Kask
protokollija

(allkirjastatud digitaalselt)
Riin Lindpere
protokollija