

Lugupeetud sotsiaalminister Karmen Joller
Sotsiaalministeerium
info@sm.ee

31. august 2025

Väljatöötamiskavatsus Eesti tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi integreerimiseks

Täname võimaluse eest anda tagasisidet väljatöötamiskavatsusele Eesti tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi integreerimiseks (edaspidi VTK). Täname teemaga tegelemise eest. VTK-d lugedes tekkis juba päris hea esmane ülevaade reformiga planeeritud sammude raamistikust.

I. Üldine hinnang

Tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi integreerimisega on püütud tegeleda väga pikalt, siiski tundub, et ka seekord ei ole VTK-s kirjeldatu kõige paremini õnnestunud. Eesti Rehabilitatsiooniasutuste Liidu (edaspidi ERL) liikmete hinnangul on VTK koostatud kiirustades, läbimõtlemata ja ametniku vaatest lähtuvalt, mõistmata sihtrühmade vajadusi ja olukordi. VTK keskendub abivajaja asemel uutele koostöö organisatsioonidele ja bürokraatialle. Uute institutsioonide loomine, mis jagab niigi piiratud ressursi, ei tee inimestele teenust kättesaadavamaks, vaid süsteem muutub keerulisemaks, bürokraatlikumaks ja jätab teenustele senisest veel vähem raha.

Sotsiaalne rehabilitatsioon (edaspidi SRT) ei sobitu universaalsesse tervishoiusüsteemi, kus tervishoiuspetsialisti põhieesmärk on sekkumine, mis teeb patsiendi terveks. Rehabilitatsioon on algusest peale koostöö ja kaasamine, kus traditsioonilised meditsiinist teada rollid ei toimi. Inimese suutlikkus oma tervises seisundiga toime tulla ei sõltu ainult meditsiinilisest diagnoosist ja ravimitest. Oluline roll on inimese isikuomadustel, elukeskkonnal ja sotsiaalsel võrgustikul. Puude ja erinevate toimetulekupiirangutega inimene ei pöördu alati abi saamiseks arsti vastuvõtule ega kahjuks ka tihti KOV sotsiaaltöötaja poole.

VTK järgi loobutakse tervishoiuteenuste ostmisest paralleelsüsteemide kaudu. Juhime tähelepanu, et SRT ei ole kunagi olnud tervishoiuteenus vaid nõustav sotsiaalteenus, seega saab rääkida integreerimisest aga mitte dubleerimise lõpetamisest. Teadaolevalt on Tervisekassa

eelarve juba praegu pingeline ning lisanduv rahastus tähendab ka uusi kulusid. VTK plaani järgi jääb Eesti tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi integreerimine vaid osaliseks, sest muudatus puudutab ainult SRT-d. Tööalane rehabilitatsioon jääb VTK järgi eraldiseisvaks süsteemiks.

Lisaks leiame, et haridusvaldkond on plaanidest välja jäänud ja arvestades, et 62% praegustest SRT saajatest on lapsed (0–15 lapsed 55% ja KOV lapsed 7%), on see oluline puudujääk.

ERL mõistab tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi integreerimise vajadust, aga seda ei saa teha kiirustades, läbimõtlemata ja sihtrühmi sisuliselt kaasamata.

II. Koondasime meie liikmetelt põhimõttelisi ja praktilisi küsimusi, millele tuleks reformi käigus kavandatud seadusemuudatuste koostamisel leida vastused:

2.1 Eelarve ja rahastus

- 2.1.1 Ministeerium selgitab, et reformiga kaasneb ca 50 miljoni euro suurune kokkuvõtte ning uue süsteemi käivitamise järel lisanduv püsikulu Tervisekassa eelarvele vähemalt 10 miljonit eurot aastas. Millise mudeli ja Eesti sihtrühma andmetele analüüs tugineb?
- 2.1.2 Mille arvelt on planeeritud kokkuvõtte? Kas kokkuvõtte ei tule kvaliteedi, tööjõu või haavatavate sihtrühmade teenuse arvelt?
- 2.1.3 Oodatavat kokkuvõtte tervishoiusüsteemile ei saa pidada põhjendatuks, kui sihtrühma suurust ei ole täpselt teada. Palun selgitage.
- 2.1.4 Kavandatakse uut suurt süsteemi, mis vajab rahastust ja suurendab halduskoormust. Tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutajate koostööorganisatsioonide (edaspidi TERVIK) puhul kaasneb raha maksmisega ka järelevalve- ja kontrollfunktsioon. Tegemist on otsese kuluga bürokraatialle mitte abivajajale teenuse osutamiseks. Palun selgitage.
- 2.1.5 Kui suur on praegune SRT eelarve ja kui palju sellest plaanitakse kasutada VTK tegevuste jaoks?
- 2.1.6 Kui palju jääb vahendeid praegustele SRT teenuse kasutajatele, kes ei kuulu TERVIK-u tulevastesse sihtrühmadesse?
- 2.1.7 Kas riigieelarves on VTK tegevuste tarbeks vahendid juba planeeritud või selgub see 2026. aasta RES protsessi käigus?
- 2.1.8 Kuidas on planeeritud teenuse rahastamine? Kas abivajajatele tekib nt kindel aastane rahaline piirmäär või osutatakse teenust vastavalt vajadusele ehk TERVIK-u eelarvest lähtudes?
- 2.1.9 Vajame täpsemaid selgitusi eelarveridade kohta:
 - “Tervishoiuteenuste osutamisega seonduv rahasiire SoM-ilt Tervisekassale”
 - “Sotsiaalse iseloomuga teenuste osutamisega seonduv rahasiire SoM-ilt TERVIK-utesse”

- Kas need siirded jätkuvad ka pärast 2030. aastat?

- 2.1.10 Eelarve püsikulude read alates reformi käivitumisest 2027 ja järgnevatel aastatel on kavandatud muutumatuna. Mil määral on sel kujul eelarvestamine realistlik ja arvestab elukalliduse kasvu, inflatsiooni, tööjõukonkurentsi jms teguritega? Küsimus on kriitiline, sest süsteemi käivitumise järel puudub selle kaudu osutatavatele teenustele alternatiiv ja teisisõnu ei saa reformi järgselt lubada ühtki olulisemat rakendustõrget või ebaõnnestumist, sest vastasel juhul jäävad inimesed vajaliku abita ja neile lubatud teenuseta.
- 2.1.11 TERVIK-utele mõeldud boonustasud ei saa olla märgitud kui “NA” (Not Available või Not Applicable), st teadmata või puuduva väärtusega. Palume kavandatavad tasud lisada eelarvesse, et saaksime hinnata nende mõju.

2.2 Muud ressursid ja koormus, sh IT ja infosüsteemid

- 2.2.1 Tervishoiuteenuste osutamisel on pikad järjekorrad, seega abivajajatel võib teenuse kättesaadavus hoopis halveneda?
- 2.2.2 Kas TERVIK toob juurde uusi võimalusi või pigem teisendab olemasoleva teenuste struktuuri bürokraatlikumaks?
- 2.2.3 Kuidas on võimalik alustada IT-arendusi 2025. aastal, kui süsteemi detailne töökorraldus, teenuste loogika ja andmevood ei ole veel selged?
- 2.2.4 Juba täna on võimalik teha koostööd KOV–perearst–SRT osutaja (TO) vahel, kuid peamine takistus on ühise infosüsteemi puudumine. See probleem on kestnud aastaid ning ei lahene kindlasti 1–2 aasta jooksul. REHA ERP loodi eraalgatuslikult ning see on oluliselt lihtsustanud turvalist andmevahetust SKA-ga, Töötukassaga ja nüüd ka Tervisekassaga. Kas on infovahetamiseks plaanis kasutada olemasolevat tarkvara?
- 2.2.5 Kes täidab „targa tellija“ rolli IT-arenduses? Kas selleks kaasatakse ka senise REHA ERP süsteemi pakkujat?

2.3 Koostöö ja rollid, riskid ja konkurents

- 2.3.1 Heaolupiirkonna koostöökogu (edaspidi koostöökogu) kontseptsioon, eesmärk ja roll TERVIK-u ning patsientide ja teenusekasutajate suhtes peavad olema VTK-s selgemalt kirjeldatud. Samuti koostöökogu tegevuse rahastamine ning koostöökogu poolt maakonnas teenuste osutamist piiritlevate-määravate otsuste õiguslik olemus. Kirjeldada tuleb ka koostöökogude töös osalemise töökoormus vastavatele asutustele ning koostöökogude tehnilise teenindamise korraldus ja rahastamine. Palume täpsemat kirjeldust tagasisides.

- 2.3.2 Kas TERVIK-mudeli kaudu ei suurene hoopis bürokraatia ja halduskulud, eriti kui tekivad Tervisekassa rahadega teenust ostvad n.ö piirkondlikud allüksused? Kas ei teki ka risk, et TERVIK-ud ja nende juures tegutsevad terviseteeakonna juhid muutuvad uueks administratiivseks takistuseks teenuse vajaja ja teenuse vahel?
- 2.3.3 Kui suur osa teenustest peaks toimuma lasteaias ja koolis (nt logopeed, eripedagoog, sotsiaalpedagoog), siis kas Haridus- ja Teadusministeerium (HTM) ei peaks olema reformiprotsessi kaasatud?
- 2.3.4 Kas Rajaleidja ja teised hariduse tugisüsteemid saavad jätkata tänases mahus või neile plaanitakse samuti reformiline ümberkujundamine? Rajaleidjad kasutavad siiani teiste TO-de kokkuvõtteid oma otsuste tegemisel.
- 2.3.5 Millisena nähakse SKA rolli tulevikus tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi integratsiooni kontekstis?
- 2.3.6 TERVIK-u võimaliku osapoolena on mainitud üldhooldekodusid. Kas loetelus ei võiks olla ka erihooldusteenuse pakkujad?
- 2.3.7 Ebaselgeks jääb, miks ja mil viisil teostab TERVIK-u üle lepingulist järelevalvet (lisaks Tervisekassale) ka SoM (vm riigiasutus) ja omavalitsused, kelle ülesandeks on inimestele vajalikke teenuseid rahastada ning tagada nende kvaliteet ja kättesaadavus. Palume selgitada.
- 2.3.8 Plaani kohaselt delegeerib riik suures mahus avaliku teenuse vastutuse kui ka korraldusfunktsiooni eraõiguslikule TERVIK-ule, mida võidakse nt sundlõpetada, mis võib muutuda maksejõuetuks vms. Oluline on tagada ka nende riskide maandamine, kirjeldada võimalikud asendussüsteemid ning TERVIK-u ja selle moodustanud isikute vastutuse jaotus nii omavahel kui patsientide jt teenuse saajate ees. Milliseid meetmeid kavandatakse selle riski maandamiseks?
- 2.3.9 Palume lahti mõtestada maakondliku terviseedendaja roll TERVIK-us ning selgitada, kuidas see roll uude süsteemi sobitub ja kas seda on sellisel juhul enam vaja.
- 2.3.10 VTK toob välja riski, et TERVIK-ute loomise viibimine maakondades võib põhjustada rehabilitatsiooniteenuse katkemise. Hea, et risk on teadvustatud, kuid selle maandamist ei ole kirjeldatud. Palume selgitada.
- 2.3.11 Kes otsustab, keda TERVIK-utesse kaasatakse?
- 2.3.12 Kuidas on lahendatud konkurentsi küsimus, kui erinevad teenuseosutajad kuuluvad TERVIK-usse?
- 2.3.13 Kuidas on maandatud võimalik ebavõrdne kohtlemine ja huvide konflikt olukorras, kus TERVIK-usse kuuluvad küll mõned teenuseosutajad, kuid mitte tingimata kõik konkureerivad teenusepakkujad.

2.3.14 Kuidas on TERVIK-ute korralduses arvestatud võimalusega, et teenuseosutajad ajas muutuvad, vanad võivad tegevuse lõpetada, uued lisanduda? Muutused võivad hõlmata ka TERVIK-u moodustanud teenusepakkujaid.

2.4 Teenuste korraldus TERVIK-ute süsteemis

2.4.1 Kui perearst saab olema peamine vajaduste märkaja ja suunaja, siis kuidas lahendatakse olukord, kus inimesel pole perearsti? Kas nemad peavad edaspidi lootma ainult haigla ja KOV-i märkamisele?

2.4.2 Kes toetab tervisejuhti (nt supervisioon, nõustamine)? Kas selleks on TERVIK-utele ja terviseteeakonna juhtidele tagatud piisavalt administratiivset ja rahalist ressursi?

2.4.3 Kuidas on planeeritud uue süsteemi järgi abivajaja teenuste lõpetamine? Kui kauaks saab teenuseid määrata? Mis on minimaalne ja maksimaalne periood?

2.4.4 Kuidas toimub abivajaja teenustele liikumine – kas terviseteeakonna juht suhtleb ise teenuseosutajatega, broneerib ajad, suunab KOV sotsiaaltöötaja vastuvõtule või jääb see abivajaja ülesandeks?

2.4.5 Kui pikk on aeg heaoluplaani koostamiseks?

2.5 Teenusepakkujad, nende õiguslik vorm ja tegutsemispiirangud

2.5.1 Paljud SRT teenuseosutajad on MTÜ-d, kes ei saa taotleda tervishoiuteenuste tegevusluba. Kehtiva regulatsiooni järgi võivad tervishoiuteenuseid osutada üksnes OÜ-d või AS-id. Seega tuleb tegevusloa taotlemiseks muuta organisatsiooni õiguslik vorm. Kas MTÜ-d saavad edaspidi osutada taastusabi teenuseid (loovteraapia, kogemusnõustaja, eripedagoog, psühholoog) ja millise tegevusloa alusel?

2.5.2 Tegevusterapeutid ei ole kehtiva regulatsiooni kohaselt iseseisva teenuse osutajad ja neil puudub juurdepääs Terviseinfosüsteemi (edaspidi TIS). Kas tegevusterapeutidele on TIS-i juurdepääs tagatud aastaks 2027?

2.6 Rakendamine ja üleminek

2.6.1 Kuidas tagatakse, et ükski SRT klient, eriti lapsed, ei jää 2027. aastast teenuseta?

2.6.2 SKA kavandab uue perioodi SRT teenuseosutajatega lepinguid kuni 2026. aasta lõpuni. Teisisõnu lõpevad alates 2027. aasta uusaastaõöst kõik praegused SRT teenused. Millised on konkreetsed sammud ja rahastusmehhanismid teenuse osutamise järjepidevuse tagamiseks?

2.6.3 Kas ja kuidas plaanitakse testida uut süsteemi enne üleriigilist rakendamist?

2.6.4 2016. aastast on ESF rahastuse toel läbinud rehabilitatsioonimeeskonna liikmed rehabilitatsioonimeeskonna spetsialisti täienduskoolituse (156 akadeemilist tundi).

Täienduskoolitust pakub näiteks Tartu Ülikooli Pärnu Kolledž. Kas tulevased terviseteeonna juhid ei võiks olla praeguse rehabilitatsioonimeeskondade täienduskoolituse läbinud spetsialistid, lisaks sotsiaaltöötajatele ka tegevus-, füsioterapeudid jne?

2.6.5 Millal on planeeritud terviseteeonna juhtide koolitamine, arvestades, et võimalikud parimad kandidaadid töötavad rehabilitatsioonimeeskondade juures täiskoormusega?

2.6.6 Kui muudatused peaksid rakenduma 2027. aasta algusest, võib koolituskoormus osutuda liiga suureks. Soovitame kavandada üleminekuaega või lükata rakendumine vähemalt 2028. aastasse.

2.6.7 Terviseteeonna juhi õppekavast:

- Juhime tähelepanu, et senine SRT on hinnanud inimest kõikides valdkondades (iseseisev toimetulek, psühholoogiline tasakaal, õppimine ja hariduse omandamine/töötamise valdkond, sotsiaalne aktiivsus, elu/töö või muu tegevuse kohandamine ja abivahendid, toimetuleku piirajad) ning teenused on nõustava iseloomuga, keskendudes igapäevaelu toimetuleku parandamisele ja säilitamisele, mitte diagnoosist tulenevale ravile. Laste puhul hinnatakse lisaks kasvatava isiku toimetulekut. Märkamisleht, mis on terviseteeonna juhi alusdokument peab olema suunatud inimese toetamisele, jõustamisele mitte ainult ravimisele ja sekkumisele.

2.7 Vastused VTK lõpus toodud küsimustele

2.7.1 ERLi hinnangul on maakond sobiv koostöö tasand.

2.7.2 Seadusest tulenevat kohustust TERVIK-us osalemiseks on keeruline ette kujutada. Pigem peaks süsteem olema üles ehitatud nii, et TERVIK-us osalemine tooks osalejatele selge kasu ja motivatsiooni.

2.7.3 Heaoluplaani osana võiks kaaluda ka Töötukassa kaasamist ning nende teenuste sidumist süsteemiga.

Lugupidamisega

(allkirjastatud digitaalselt)

Marilin Vaksman
juhatuse esimees