

Rahvatervishoiu seaduse muutmise ja sellega seondult teiste seaduste muutmise seaduse (rehabilitatsioonisüsteemi muutmise) eelnõu seletuskiri

1. Sissejuhatus

1.1. Sisukokkuvõte

Eelnõu eesmärk on luua inimesekeskne rehabilitatsioonisüsteem, kus inimese funktsioneerimisvõime ja abivajadus on terviklikult hinnatud ning vajalik abi õigeaegselt kättesaadav. Siht on lihtsustada inimese teekonda abini, viia teenuse sisu kooskõlla inimese tegeliku abivajadusega ning vähendada dubleerimist tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemis.

Muudatused toetavad tervishoiusüsteemi arengut inimese tervikliku heaolu suunas – oluline pole üksnes ravimine, vaid ka funktsioneerimisvõime taastamine, säilitamine ja parandamine kõigis eluetappides. Praegune rehabilitatsiooniteenus on killustunud sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi vahel ning teenuse saamine on sõltunud formaalsetest hindamistest, mitte tegelikust vajadusest. Sarnase sisuga teenuseid pakutakse kahes valdkonnas ning nende rahastus ja korraldus toimub erinevatel alustel.

Eelnõu kohaselt integreeritakse rehabilitatsiooniteenus senisest tihedamalt tervishoiusüsteemiga nii esmatasandi tervishoiu kui ka haiglates. Rehabilitatsiooniteenust hakatakse ostma Tervisekassa kaudu koordineeritult tervishoiuteenustega. See võimaldab luua sihtrühmapõhised rehabilitatsioonimeeskonnad, vähendada bürokraatiat, kasutada tõhusamalt spetsialistide ressursi ning tagada inimese jaoks ühtne ja loogiline teenustekond. Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse (edaspidi SRT) osutamine Sotsiaalkindlustusameti (edaspidi SKA) korraldusel lõpetatakse 30.09.2027 ning alates 01.10.2027 pakutakse rehabilitatsiooniteenust tervishoiusüsteemis.

Rahvatervishoiu seadusesse luuakse rehabilitatsiooniteenuse sisu, korralduse ja rahastuse alused. Rehabilitatsiooniteenust osutavad haiglavõrgu haiglad. Lisaks saab rehabilitatsiooniteenust osutada tervishoiuteenuse osutaja, kellel on kehtiv taastusravi või perearsti nimistu alusel perearstiabi osutamise tegevusluba või vähemalt kaks järgmistest tegevuslubadest: iseseisva füsioteraapia osutamise, iseseisva logopeedilise ravi osutamise, iseseisva psühholoogilise ravi osutamise või psühhiaatria tegevusluba. Rehabilitatsiooniteenust saab osutada kvalifitseeritud meeskonna olemasolul, sealhulgas olemasolevad rehabilitatsioonimeeskonnad, kes vastavad nõuetele või teevad koostööd tervishoiuteenuse osutajatega. Rehabilitatsioonimeeskond määrab teenused kliendi tervises seisundi vajaduste põhjal. Rehabilitatsiooniteenuse osutaja peab tagama, et meeskonnal on vajalik pädevus inimeste vajadustele vastamiseks.

Muudatuse tulemuseks on vajaduspõhine ligipääs teenusele ning pikemas vaates väheneb juhtumi põhiselt ametiasutustele taotluste menetlemise, korduvate samasisuliste hindamiste ja rehabilitatsiooniteenuse meeskonna jaoks dokumenteerimise ja koordineerimisega seotud ning tervishoiutöötajale korduvalt samade tervisemuredga vastuvõtule pöörduvate inimestega tegelemisest tingitud töökoormus, paraneb info liikumine ja teenuseosutajate töö on tõhusam. Andmed koondatakse tervise infosüsteemi. Pikaajaliselt aitab uus süsteem ennetada abivajaduse süvenemist, toetab inimese iseseisvat hakkamasaamist ja toimetulekut ning vähendab dubleerivaid teenuseid.

Eelnõu muudatuste mõju halduskoormusele puudutab kaht peamist sihtrühma – nii rehabilitatsiooniteenust vajavaid inimesi kui ka rehabilitatsiooniteenuse osutajaid. Rehabilitatsiooniteenuse osutajate halduskoormus ühelt poolt kasvab muutuvate nõuete tõttu rehabilitatsioonimeeskonna moodustamisele, kvaliteedijuhtimise ning andmete säilitamisele. Mitmete teenuseosutajate jaoks võib ajutiselt suureneda halduskoormus lähtuvalt vajadusest saada Tervisekassa lepingupartneriks ning tõendada vastavust rehabilitatsiooniteenuse osutamise nõuetele. Rehabilitatsiooniplaani koostamise kohustus asendub tegevuskava koostamise ja vahehindamisega. Koormus väheneb dokumenteerimise sidumisel tervishoius kasutatavate infosüsteemide ja tavapäraste dokumentidega, aga ka paralleelsete menetlus- ja aruandlusnõuete vähendamisega ning sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse tegevusloa taotlemise kohustuse lõppemisega. Samas ajal väheneb abivajajate halduskoormus. Inimese vastutus rehabilitatsiooniprotsessis osalemisel kasvab, sh kokkulepitud tegevuste ning mõnel juhul enesehinnanguvormi täitmisel enne teenusele suunamist. Samas ei sõltu teenuse saamine inimese jaoks edaspidi enam puude raskusastme tuvastamisest ega töövõime hindamisest, eraldi hindamismenetlustest või avalduse esitamisest Sotsiaalkindlustusametile.

1.2. Eelnõu ettevalmistaja

Eelnõu ja selle seletuskirja on ette valmistanud Sotsiaalministeeriumi laste ja perede osakonna laste heaolu teenuste poliitika juht Brit Tammiste (Brit.Tammiste@sm.ee) ning rehabilitatsiooni ja erivajadusega laste nõunik Eva Kuslap (Eva.Kuslap@sm.ee). Eelnõu ja selle seletuskirja valmimisse panustasid tervishoiuteenuste osakonna spetsialiseeritud abi poliitika juht Mariken Ross (Mariken.Ross@sm.ee) ja eriarstiabi ekspert Pille Saar (Pille.Saar@sm.ee) Sotsiaalministeeriumist, Lagle Kalberg, Sille Kask, Kärt Krautman ja Kati Karelson Sotsiaalkindlustusametist, Mari Kalbin ja Kadri Englas Tervisekassast ning Terviseameti esindajad.

Eelnõu juriidilise ekspertiisi on teinud Sotsiaalministeeriumi õigusloome ja isikuandmete kaitse nõunik Alice Sündema (Alice.Sundema@sm.ee). Eelnõu mõjude analüüsi on teinud Sotsiaalministeeriumi analüüsiosakonna analüütikud Kadri Keller, Marion Rummo ja Vootele Veldre.

Eelnõu on keeletoimetanud Rahandusministeeriumi ühisosakonna dokumendihaldustalituse keeletoimetaja Virge Tammaru (Virge.Tammaru@fin.ee).

1.3. Märkused

Eelnõu on seotud Vabariigi Valitsuse tegevusprogrammi peatükiga 13.3¹, mille kohaselt esitatakse Vabariigi Valitsusele hiljemalt 2026. aasta III kvartalis seaduste muutmise eelnõu rehabilitatsiooniteenuse senise korralduse muutmiseks. Lisaks on eelnõu seotud ravikindlustuse seaduse ja tervishoiuteenuste korraldamise seaduse muutmise seadus (psühhiaatria saatekiri, e-konsultatsioon ja erialata arstid) 922 SE², millega kehtestatakse e-konsultatsiooni regulatsiooni ning mida käesoleva eelnõuga muudetakse.

Eelnõu koostamisel on lähtutud järgmistest riigisisestest strateegiadokumentidest:

¹ Vabariigi Valitsuse tegevusprogramm | Eesti Vabariigi Valitsus (05.08.2026)

² <https://www.riigikogu.ee/tegevus/eelnoud/eelnou/bf75e56c-7297-472f-8354-6e567b4558e7/ravikindlustuse-seaduse-ja-tervishoiuteenuste-korraldamise-seaduse-muutmise-seadus-psuhhiaatria-saatekiri-e-konsultatsioon-ja-erialata-arstid/> (06.08.2026)

- riigi pikaajaline arengustrateegia „Eesti 2035“³;
- rahvastiku tervise arengukava 2020–2030⁴;
- heaolu arengukava 2023–2030⁵;

Eelnõuga muudetakse järgmisi seadusi:

- 1) rahvatervishoiu seadus (RTHS), avaldamismärkega RT I, 18.03.2026, 17;
- 2) kaitseväeteenistuse seadus (KVTS), avaldamismärkega RT I, 27.05.2026, 7;
- 3) käibemaksuseadus (KMS), avaldamismärkega RT I, 30.06.2026, 130;
- 4) puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus (PISTS), avaldamismärkega RT I, 30.06.2026, 21;
- 5) ravikindlustuse seadus (RaKS), avaldamismärkega RT I, 30.06.2026, 29;
- 6) riigilõivuseadus (RLS), avaldamismärkega RT I, 03.06.2026, 21;
- 7) sotsiaalhooletamise seadus (SHS), avaldamismärgetega RT I, 30.06.2026, 67 (jõustub 01.02.2027) ja RT I, 30.06.2026, 68 (jõustub 01.04.2027);
- 8) sotsiaalseadustiku üldosa seadus (SÜS), avaldamismärkega RT I, 30.06.2026, 31;
- 9) tervishoiuteenuste korraldamise seadus (TTKS), avaldamismärkega RT I, 30.06.2026, 133;
- 10) töövõimetoetuse seadus (TVTS), avaldamismärkega RT I, 30.06.2026, 35.

Eelnõu seadusena vastuvõtmiseks on vajalik Riigikogu lihthäälteenamus.

Eelnõu on seotud isikuandmete töötlemisega isikuandmete kaitse üldmääruse tähenduses ning selle kohta on koostatud täpsem mõjuanalüüs seletuskirja 6. punktis.

2. Seaduse eesmärk

Rehabilitatsiooniteenuse korralduses kavandatavate õiguslike muudatuste keskne eesmärk on kaasajastada regulatsiooni viisil, mis võimaldab korraldada erivajadusega ja terviseseisundist tulenevate piirangutega inimese rehabilitatsiooniteenust senisest terviklikumalt, inimesekesksemalt ja riigi ressursi säästvamalt. Soovitu saavutamiseks tehakse õiguses järgmised muudatused:

- 1) rehabilitatsiooniteenuse korraldus viiakse SHS-ist RTHS-i reguleerimisalasse
- 2) rehabilitatsiooniteenuse korraldamine antakse SKA-lt üle Tervisekassale.

Muudatustega kooskõlla viimiseks ajakohastatakse mitut seadust.

Eelnõu kohaselt lahendatakse probleem, kus rehabilitatsiooni raames pakutavaid teenuseid osutatakse nii tervishoiu- kui ka sotsiaalsüsteemi kaudu, mis ei ole otstarbekas ei inimesele ega administratiivselt.

Eelnõukohased muudatused on vajalikud tulenevalt praeguse süsteemi kitsaskohtadest:

- › **SRT kasutamine on inimesele keeruline ja ajakulukas.** Eelnevalt tuleb läbida mitu hindamist ja teenust eraldi taotleda. Taotlemiste, hindamiste ja menetluste tõttu võib inimene hakata teenust saama hiljem, kui ta tegelikult seda vajaks.
- › **Puudub vajaduspõhine ligipääs teenusele.** Teenuse saamise õigus ei sõltu inimese tervisevajadusest, vaid puude raskusastme olemasolust või töövõime hindamise tulemusest.
- › **Vähene eesmärgistatus ja tulemuslikkuse järgimine.** Teenuste sisu ei ole kooskõlas inimese terviseseisundist tuleneva vajadusega, puuduvad ka ühtsed standardid selle kohta, millised on vajalikud sekkumised ja kompetents nende rakendamiseks.

³ [Strateegia „Eesti 2035“](#) (15.04.2026)

⁴ [Rahvastiku tervise arengukava 2020-2030](#) (15.04.2026)

⁵ <https://www.sm.ee/heaolu-arengukava-2023-2030#arhiiv> (15.04.2026)

- › **Ebaefektiivne süsteem.** Samade spetsialistide teenuseid pakutakse killustunult ka muudes valdkondades, spetsialistide ressursi ei kasutata efektiivselt. Ametnike ja spetsialistide ressursi kulub kohati mittevajalike teenuste osutamisele, kuna puudub terviklik ülevaade sellest, milliseid teenuseid inimesele juba pakutakse.
- › **Liigne halduskoormus ja bürokraatia.** Teenuseosutajad peavad järgima erinevate asutuste – SKA, Eesti Töötukassa, Tervisekassa – nõudeid. Palju aega kulub taotluste, suunamiste ja hindamiste menetlemisele.
- › **Aegunud süsteemid.** Vananenud IT-lahendused ja keerulised tööprotsessid tekitavad lisakulusid.

Eelnõu visioon on integreerida inimestele terviseseisundist lähtuvalt vajaduspõhiste rehabiliteerivate sekkumiste osutamine tervishoiuteenustega ning pakkuda funktsioonide parandamisele, taastamisele ja säilitamisele suunatud teenuseid tervishoiusüsteemi kesksel korraldusel. Seejuures arendatakse täiendavalt välja erinevatele terviseseisunditele spetsialiseerunud rehabilitatsiooniteenuse osutamise meeskonnad.

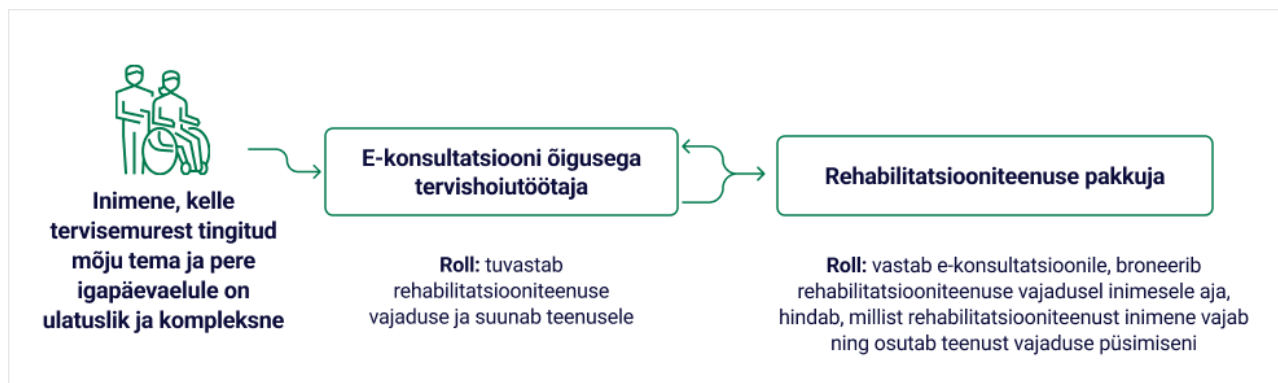
Rehabilitatsioonisüsteemi muudatuse tulemusel SRT osutamine SKA korraldusel lõpetatakse ning viimane inimesele teenuse osutamise päev on 30.09.2027.

Terviseseisundist tingitud rehabilitatsiooniteenust hakatakse uue korralduse alusel pakkuma praegust taastusraviteenust jõustava teenusena alates 01.10.2027. Muudatustega luuakse alused rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks tervishoiusüsteemis. RTHS-i täiendatakse rehabilitatsiooniteenuse eesmärgi ja sisuga, et võimaldada osutada teenust vajaliku tegevusloaga tervishoiuteenuse osutajal, kelle juures töötab nõutud koosseisule ja kvalifikatsiooninõuetele vastav meeskond. Rehabilitatsiooniteenust osutatakse edaspidi Tervisekassaga sõlmitava halduslepingu alusel ning selle eesmärk on toetada inimese iseseisvat hakkamasaamist ning taastada, säilitada ja parandada tema funktsioneerimisvõimet. Teenuse korraldust ja teenuseosutajate võrgustikku kaasajastatakse selliselt, et rehabilitatsiooniteenuse kättesaadavus paraneb. Inimese enda roll teenuse saamisel uueneb. Muudatusega tekivad eeldused teenuse kvaliteedi parandamiseks ja senisest sujuvamate taastumisteedkondade toetamiseks. Teenuse rahastamiseks eraldab Sotsiaalministeerium igal aastal riigieelarve vahendid Tervisekassale.

Eelnõukohased muudatused:

- soodustavad interdistsiplinaarset koostööd ja inimesekeskset lähenemist tervishoius, kus erinevate erialade spetsialistid tegutsevad ühise eesmärgi nimel. See tagab inimese vajaduste tervikliku hindamise, loogilise ja õigeaegse sekkumise ning ressursside tõhusama kasutamise;
- kohustavad haiglavõrgu arengukavas nimetatud haiglaid osutama rehabilitatsiooniteenust. Lisaks haiglatele võib rehabilitatsiooniteenust osutada tervishoiuteenuse osutaja, kellel on kehtiv taastusravi või perearsti nimistu alusel perearstiabi osutamise tegevusluba või vähemalt kaks järgmistest tegevuslubadest: iseseisva füsioteraapia osutamise, iseseisva logopeedilise ravi osutamise, iseseisva psühholoogilise ravi osutamise või psühhiaatria tegevusluba;
- muudavad rehabilitatsiooniteenuse osutamise aluseid. Rehabilitatsiooniteenuse osutamine põhineb edaspidi terviseseisundi alusel tegelikul abivajadusel, mitte puude raskusastmel või osalisel/puuduval töövõimel. See võimaldab sihtrühmapõhist, diferentseeritud teenuse pakkumist, mida praeguses SRT süsteemi korralduslikes alustes ei ole;
- aitavad ühtlustada teenuse pakkumist ja parandada selle kvaliteeti.

Muudatuse oodatav tulemus väljendub eelkõige rehabilitatsiooniteenust vajavate inimeste iseseisva hakkamasaamise, sealhulgas enesetõhususe suurenemises või säilimises, heaolu ja ühiskonnaelus osalemise suurenemises või säilimises ning tervises seisundist tingitud funktsioneerimisvõime piirangute leevendumises või taandumises, mis ennetab inimese abivajaduse süvenemist. Rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks on inimese aktiivne kaasatus, tema panus eesmärkide saavutamisesse ja potentsiaal iseseisvalt või osaliselt iseseisvalt toime tulla. Süsteemi vaatest on ootus, et väheneb vajadus statsionaarsete tervishoiuteenuste ja/või erinevate sotsiaalteenuste järele.



Joonis 1. Rehabilitatsiooniteenuse teekond

Kaasamine ja väljatöötamiskavatsus

Enne rehabilitatsiooniteenuse eelnõu väljatöötamist koostas Sotsiaalministeerium 2023. aasta lõpus väljatöötamiskavatsuse⁶ (edaspidi VTK). VTK kohta esitatud tagasisides väljendati, et rehabilitatsioonisüsteemi kavandatava reformi üldine suund – tervise- ja sotsiaaltoetuse parem loimimine ning inimese teekonna selgemaks muutmine – on vajalik ja põhimõtteliselt õige. Tagasisidet andnud sidusrühmad kinnitasid vajadust rehabilitatsiooni korraldust nüüdisajastada. 2023. aastal kooskõlastusele saadetud VTK oli tagasiside andjate arvates veel ebapiisava detailsusega. Leiti, et reform vajab põhjalikumat ettevalmistust ning aega rahastuse, rollide ja üleminekukorralduse kavandamiseks. Välja toodi muudatusest tulenevat võimalikku mõju teenuste kättesaadavusele, kvaliteedile ja haavatavatele sihtrühmadele toe pakkumisele. Vahepealsel perioodil, aastatel 2024–2026, on ministeerium tegelenud sellise rehabilitatsiooniteenuse korralduse väljatöötamisega, mis võtab arvesse tagasisides väljatoodud aspekte.

Tervisekassa, kohalikud omavalitsused (edaspidi KOV) ja teenuseosutajad hindasid, et kavandatud muudatused toovad kaasa lisakulud. Murekohana toodi välja, et rehabilitatsioonivaldkonna praegused riigieelarvelised vahendid kaovad tervishoiu üldise alarahastuse sisse, vähendades abi vajaduspõhisust ja mahtu. Paralleelselt rõhutati, et süsteemis ei ole piisavalt spetsialiste ning toodi välja üleminekut toetavate koolituste pakkumise vajadus.

Suur osa tagasisidest puudutas inimese teekonda ja süsteemidevahelist andmevahetust, sealhulgas abivajaduse hindamist, topelt hindamise vältimist ning inimese teekonna terviklikkuse tagamist. Seetõttu peeti oluliseks tagada inimesele valdkondadeülene juhtumikorraldus, mis süsteemi killustatust vähendaks. Leiti, et selge vastutusega võib inimese tervikliku toe teekond katkeda või jääda alustamata.

⁶ [Sotsiaalhoolekande seaduse ja teiste seaduste muutmise seaduse eelnõu väljatöötamise kavatsus inimeste vajadustele vastava rehabilitatsioonisüsteemi loomiseks – EIS \(08.04.2026\)](#)

Tagasiside andjad rõhutasid, et oluline on rehabilitatsioonis ka edaspidi tagada praegu tervishoius pakutavate teenuste kõrval toetavate teenustena teraapiate (nt loovteraapia) kättesaadavus.

VTK kohta tulnud tagasiside põhjal on tegeletud edasi valitud reformi suunaga, täpsustatud reformi rakendamise üleminekukava ja rahastusmudelit, samuti rolle ja vastutust, leitud lahendus muudatust toetavaks andmevahetuseks ning tervikuna kujundatud rehabilitatsiooniteenuse korraldust uutel alustel selliselt, et see lähtuks inimesekeskse toe pakkumise põhimõttest, mis parandab teenuste kvaliteeti ja kättesaadavust.

Eelnõu esimese kooskõlastusringi järel on tehtud järgmised muudatused:

- inimeste ja teenust saama suunajate jaoks on loodud sujuvam ülemineku korraldus, millega praeguses süsteemis 30.09.2027 seisuga kehtiva suunamisotsusega inimestele korraldatakse automaatne suunamine rehabilitatsiooniteenust saama;
- üldine rehabilitatsiooniteenust saama suunamise ning rehabilitatsiooniteenuse vajaduse tuvastamise protsess on seotud lahti valdkondadeülesest koordineerimisest ning terviseteejuhi rollist – teenust saama suunab tervishoiutöötaja saatekirjaga (e-konsultatsioon);
- rehabilitatsiooniteenuse dokumenteerimisel võetakse kasutusele tervishoius juba kasutusel olevad lahendused ehk rehabilitatsiooniteenuse andmete dokumenteerimine tervise infosüsteemis (TIS);
- haiglavõrgu haiglate kohustust osutada rehabilitatsiooniteenust on muudetud paindlikumaks.

3. Eelnõu sisu ja võrdlev analüüs

Eelnõu §-ga 1 muudetakse RTHS-i.

Paragrahvi 1 punktiga 1 täiendatakse RTHS-i reguleerimisala viitega rehabilitatsiooniteenusele.

Paragrahvi 1 punktiga 2 täiendatakse RTHS-i 2² peatükiga (§-d 22¹–22⁵), milles sätestatakse rehabilitatsiooniteenuse regulatsioon.

RTHS §-s 22¹ sätestatakse rehabilitatsiooniteenuse eesmärk ja sisu.

Lõikes 1 esitatakse rehabilitatsiooniteenuse õiguslik definitsioon uues tähenduses ja uue korralduse alusel ning määratletakse see kompleksteenuseks, mida osutatakse inimesele tema lähedast kaasates.

Teenust võib olla ravile eelnev, ravi toetav või ravile järgnev kompleksteenuseks, mida osutab multidistsiplinaarne meeskond. See tähendab, et rehabilitatsiooniteenust saab osutada lisaks pere- ja eriarstiabis osutatavale ravile. Samas võib rehabilitatsiooniteenus olla ka iseseisev teenus, kui inimese vajadus seisneb toimetuleku toetamises, mitte aktiivses ravis.

Teenust saab osutada inimesele tema lähedast kaasates. Lähedaste tugi ja nõustamine on oluline, kuna lähikondsed on toetav ressurss inimese arengu soodustamiseks sobiva keskkonna loomisel, taastumise või paranemise teekonnal. Lähedaste nõustamine on vajalik näiteks haiguse, vigastuse või arenguhäirega lapse vanemate toetamisel, kuid sarnane nõustamine võib olla asjakohane ka püsiva tõsise tervisehäirega täisealise inimese lähedastele, et parandada inimese heaolu või tagada adekvaatne reageerimine häire või haigussümptomite (taas)avaldumise või ägenemise korral. SRT osutajate sõnul saavutatakse teenuse osutamisel hea tulemus koos lähedastega, laste sihtrühma puhul siis, kui vanemad enda panuse annavad. Tulemust ei saavutata, kui laps tuuakse teenust saama, kuid vanema seotus eesmärkide suunas töötamisel jääb olemata.

Rehabilitatsiooniteenus on kogum teenuseid, mida osutatakse inimesele tema lähedasi kaasates enne ravi, ravi toetavana või ravi järel ning mille eesmärk on leevendada tervises seisundi, haiguse või vigastuse mõju inimese igapäevategevustele ja ühiskondlikule osalusele, parandada või säilitada inimese tegutsemis- ja osalusvõimet ning arendada tema iseseisvat toimetulekut ja enesejuhtimise oskusi igapäevaelus. Seega seatakse rehabilitatsiooniteenusele koostöös inimesega tema vajadustest lähtuvad selged eesmärgid, mis on suunatud võimalikult iseseisva toimetuleku saavutamisele inimese igapäevaelus, arvestades tema tervises seisundit, elulist keskkonda ja lähivõrgustikku.

Rehabilitatsiooniteenus erineb tervishoiuteenusest eelkõige oma eesmärgi ja sisu poolest, kus fookus ei ole haiguse või häire algpõhjuse kõrvaldamisel, vaid inimese terviseprobleemiga toimetulek ja heaolu parandamine. Kui tervishoiuteenuse eesmärk on diagnoosida ja ravida haigust või vigastust, siis rehabilitatsiooniteenus keskendub inimese funktsioneerimis- ja osalusvõime parandamisele ning haiguse või vigastuse mõjuga kohanemisele igapäevaelus. Rehabilitatsiooniteenus on oma olemuselt terviklik ja multidistsiplinaarne kompleksteenuse, mis hõlmab lisaks tervishoiuteenustele ka psühhosotsiaalseid ja vajaduse korral sotsiaalseid sekkumisi.

Teenuse eesmärk on toetada inimese iseseisvat toimetulekut, seeläbi parandada tema elukvaliteeti ja võimaldada võimalikult aktiivset osalemist ühiskonnas. Eesmärk on toetada inimest võimalikult hästi ka juhul, kui tervisehäire algpõhjus jääb püsima. Inimese tervises seisund ei pruugi muutuda, aga toimetulek võib paraneda. Rehabilitatsiooniteenus on mõeldud inimese iseseisva toimetuleku toetamiseks, kuid see ei ole inimese igapäevane toetamine. Tegemist ei ole elukestva toega olukorras, kus inimene endaga igapäevaselt toime ei tule.

Muudatuste kontekstis tuleb vaadata taastusravi ja rehabilitatsiooni kui üht valdkonda, milles rehabilitatsiooniteenus on seotud inimese tervisega. Rehabilitatsiooniteenus on kompleksteenuse, mis on sihitatud oma tervises seisundi kontekstis kodus ja kogukonnas hakkamasaamisele ning igapäevasele toimetulekule. Rehabilitatsiooniteenuse tegevused on suunatud pigem kogukonna tasandile, esmatasandile. Eelnõuga loodava rehabilitatsiooniteenuse korralduse kohaselt eristab rehabilitatsiooni taastusravist see, et rehabilitatsiooniteenuse puhul on alati tegemist kompleksteenusega, taastusravi, eelkõige ambulatoorne taastusravi, võib olla ka üksikteenuse põhine. Teiseks eristab rehabilitatsiooniteenust see, et teenuse tulemuslikkust hinnatakse inimese osaluse tasemel (osaluse tasandi eesmärgid on seotud inimese hakkamasaamisega sotsiaalsetes situatsioonides, näiteks koduse elu, tööelu, koolielu kontekstis). Taastusravis on eesmärgid seotud enam tegevusega (mõnikord osalusega) – tegevuse tasandi eesmärgid on näiteks kõndimine, riidesse panemine. Taastusravi osutamisel ja taastusravil järel, iseäranis statsionaarse käsitluse puhul, on praeguses süsteemis keeruline seada ja saavutada osaluse tasandi eesmärgid, sest teenused on kättesaadavad pigem inimese kodukohast eemal. Taastusravi on enamasti statsionaarne, ambulatoorselt osutatakse taastusravi meeskondlikult vähem.

Töölase rehabilitatsiooni teenuse⁷ osutamist jätkatakse iseseisva tööturuteenusena, mitte Tervisekassa rahastatava ja korraldatava rehabilitatsiooniteenuse raames.

Lõige 2 annab valdkonna eest vastutavale ministrile volitusnormi kehtestada rehabilitatsiooniteenuse liigid, nõuded rehabilitatsioonimeeskonna koosseisule ning teenuse osutamise tingimused ja kord määrusega. Volitusnorm on vajalik, kuna rehabilitatsiooniteenus on

⁷ Töölase rehabilitatsiooni teenus (TRT) on reguleeritud Vabariigi Valitsuse 29.09.2023.a määrusega nr 90 [Tööhõiveprogramm 2024–2029–Riigi Teataja](#). Tööhõiveprogramm annab töötukassale volituse kehtestada teenuse osutamiseks koostööpõhimõtted, millega sätestatakse teenuse tingimused, teenuse korraldus ja koostöö teenuse osutajatega.

olemuselt kompleksteenuse, mille osutamise praktika, kasutatavad sekkumised ja eri sihtrühmade vajadused muutuvad ajas. Seaduse tasandil on põhjendatud sätestada üksnes rehabilitatsiooniteenuse eesmärk ja põhilised teenuse korralduslikud alused, samas kui teenuse liikide, nende täpsema sisu, rehabilitatsioonimeeskonna koosseisu ja teenuse osutamise täpsemate nõuete reguleerimine vajab suuremat paindlikkust. Määruse tasand võimaldab ajakohastada teenuse korraldust vastavalt tõenduspõhise praktika arengule ja teenuste süsteemis toimuvatele muudatustele ilma seadust muutmata. Tegemist on tehnilise ja erialaspetsiifilise regulatsiooniga, mis ei puuduta isikute põhiõigusi, vaid täpsustab seaduses sätestatud rehabilitatsiooniteenuse osutamise korraldust.

Rehabilitatsiooniteenuse korralduses moodustab põhimeeskond teenuse osutamise kohustusliku baastasandi, millele ehitatakse üles kogu ülejäänud meeskonnatöö. Põhimeeskonna nõuete täitmine on eeltingimus rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks ning see tagab, et teenuseosutajal on olemas minimaalne interdistsiplinaarne rehabilitatsiooni baaskompetents, mis on vajalik inimese tervise seisundist tuleneva abivajaduse hindamiseks ja teenuse osutamiseks. Lisaks on võimalik kaasata spetsialiste, kes aitavad luua lisaväärtust tulenevalt inimese olukorrast ja vajadustest.

Tervise seisundipõhise rehabilitatsiooniteenuse liikide kujundamisel on tuginetud Maailma Terviseorganisatsiooni standardile *"Packages of intervention for rehabilitation"*⁸ ning erialaliitude ja huvikaitseorganisatsioonide seisukohtadele, mis omakorda tuginevad Eesti kogemustele ja juhistele.

RTHS §-s 22² on sätestatud, kuidas toimub teenuse korraldamine ja osutamine ning teenuse eest tasu maksmise kohustuse ülevõtmine.

Lõikes 1 sätestatakse, et rehabilitatsiooniteenust korraldab Tervisekassa. Teenuse korraldamine koos rahastamisega tähendab Tervisekassa lepingupartnerina rehabilitatsiooniteenust osutavate teenuseosutajate leidmist, lepingute ettevalmistamist, partneritega suhtlust, hangete korraldamist ja lepingute sõlmimist, samuti tervishoiuteenuste loetellu lisatavate teenuste loomist ja kirjeldamist, loetellu teenuste lisamist, raviarvelduse kujundamist ning seotud vajalikke arendusi.

Lõikes 2 sätestatakse, et rehabilitatsiooniteenust osutab maakonnas vähemalt üks haiglavõrgu arengukavas nimetatud haigla⁹. Rehabilitatsiooniteenuse osutajaks on seega primaarselt haiglavõrgu haiglad. Selline korraldus võimaldab esmalt tagada üle Eesti ühtlase rehabilitatsiooniteenuse osutajate baasvõrgustiku ning seejärel kaasata vajaduspõhiselt teisi teenuseosutajaid täiendava teenusevõimekuse loomiseks. Maakonnas vähemalt ühe haiglavõrgu haigla kohustus osutada rehabilitatsiooniteenust tagab teenuse katkematu pakkumise üle Eesti uuele korraldusele üleminekul ning loob potentsiaali piirkondlike kompetentsikeskuste arendamiseks. Haiglavõrgu haiglatele tuginedes on inimestel sõltumata oma elukohast vajaduse korral ligipääs ravile, diagnostikale ja erialaspetsialistide nõustamisele. Praeguses süsteemis ei ole SKA-l kohustust tagada teenusepakkumist piirkondlikult. Haiglavõrgu haiglad saavad öelda, millises mahus ja millisele sihtrühmale nad on valmis teenust osutama, sealhulgas millised on need pädevusvaldkonnad rehabilitatsiooniteenuse liikide mõttes, kus haiglad on valmis rehabilitatsiooniteenust osutama.

Rehabilitatsiooniteenust võib osutada ka inimese igapäevases keskkonnas, näiteks kodus või koolis, kui see on inimese jaoks kõige sobivam. Otsuse teenuseosutamise asukoha kohta teeb teenuseosutaja

⁸ [Packages of intervention for rehabilitation](#) (15.04.2026)

⁹ Haiglavõrgu arengukavas nimetatud haiglad peavad omama Terviseameti tegevusluba, mis vastab nende haiglaliigile (piirkondlik, kesk-, üld-, kohalik, eri-, taastusravi). Nõuded tulenevad „Haigla liikide nõuete“ määrusest, mis sätestab teenuste, personali ja taristu miinimumnõuded. Ilma vastava tegevusloata haiglavõrgu haiglana tegutseda ei saa.

lähtuvalt inimesel hinnatud vajadusest. Teenuse vajaduse otsustab teenuseosutaja ja tasustamine toimub tervishoiuteenuste loetelu määrase alusel.

Lõige 3 sätestab, et rehabilitatsiooniteenust võib lisaks lõikes 2 nimetatud haiglatele osutada tervishoiuteenuse osutaja, kellel on taastusravi või perearstiabi osutamise tegevusluba või vähemalt kaks järgmistest tegevuslubadest: iseseisva füsioteraapia, logopeedilise ravi, psühholoogilise ravi või psühhiaatria tegevusluba.

Seega, kui asutused soovivad osutada rehabilitatsiooniteenust, peavad nad omama Terviseameti väljastatud taastusravi tegevusluba või kaht järgmistest tegevuslubadest: iseseisva füsioteraapia, logopeedilise ravi, psühholoogilise ravi või psühhiaatria tegevusluba. Iseseisva psühholoogilise ravi ja psühhiaatria tegevusluba on seejuures antud kontekstis teineteise alternatiivid. Vähemalt kahe iseseisva tervishoiuteenuse osutamise tegevusloa nõue tuleneb sellest, et oleks tagatud vähemalt kahe tervishoiuspetsialisti koostöö ning meeskonnatöö komponent, mis on kompleksteenuse osutamise alus. Mitme tegevusloa olemasolu tähendab, et tervishoiuteenuse osutajal on võimekus pakkuda vähemalt kahte eraldiseisvat, kuid omavahel seotud teenust, mis loob eeldused terviklikuks ja inimesekeskseks rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks. Kahe või enama tegevusloa olemasolu suurendab tõenäosust, et patsient saab abi ühest kohast.

Terviseamet väljastab tervishoiuteenuse osutamise tegevuslubasid, et tagada teenuseosutaja vastavus kehtestatud nõuetele, sealhulgas piisava pädevusega töötajate olemasolu, sobivad ruumid ja vahendid ning ohutu ja läbimõeldud töökorraldus.

Oluline osa SRT-d pakkuvatel asutustel on juba praegu tihedalt seotud tervishoiusüsteemiga ning omavad vastavat pädevust ja töökorralduslikke protsesse. Ühine tegevusloogika võimaldab tagada kvaliteedinõuete ühtluse, spetsialistide pädevuse kontrollitavuse ja teenuse ohutuse, mis on eriti oluline olukorras, kus rehabilitatsiooniteenus hõlmab mitut eriala ja haavatavaid sihtrühmi. Asutustel on tulevikus võimalus olla rehabilitatsiooniteenuse osutajaks järgmisel moel: 1) omades taastusravi tegevusluba; 2) omades vähemalt kaht erinevat iseseisvalt tegutseva füsioterapeudi, logopeedi, iseseisva psühholoogilise ravi osutamise või psühhiaatria tegevusluba, vastates rehabilitatsiooniteenuse osutamise nõuetele (rehabilitatsiooniteenuse meeskonna olemasolu); 3) olles asjakohase tegevusloaga tervishoiuteenuse osutamise lepingupartneriks. Tegevusload on seotud tervishoiuteenuse osutamisega, mis on teenuseosutaja esmane tegevus.

RTHS §-s 22² loetletud kehtiva tervishoiuteenuse osutamise tegevusloaga Tervisekassa lepingupartnerid ei saa automaatselt rehabilitatsiooniteenuse osutamise õigust, sest selle eelduseks on lisaks tegevusloale ka vastamine rehabilitatsiooniteenuse osutamise nõuetele. Nõudeks on rehabilitatsioonimeeskonna olemasolu. Tervisekassa saab tervishoiuteenuse osutajatega sõlmivates lepingutes seada ka lisatingimusi rehabilitatsiooniteenuse osutajatele.

Teenuseosutajate rehabilitatsiooniteenuse osutamise nõuetele vastavuses, st vajaliku rehabilitatsioonimeeskonna olemasolus veendub Tervisekassa.

Teenuseosutaja märgib Tervisekassaga lepingut sõlmides, kas ja mis liiki rehabilitatsiooniteenust ta osutab ning millisele vanuserühmale (lapsed, täiskasvanud). Vajaduse korral võib ühe tervishoiuteenuse osutajaga sõlmida lepingu(d) mitut liiki rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks.

Tervisekassapoolne rehabilitatsiooniteenuse osutajatega lepingute sõlmimine saab toimuda olemasoleva süsteemi reegleid rakendades, tuginedes RTHS-is kirjeldatud tingimustele, mis suunavad kokkulepitud tulemustele ja/või inimesekesksele praktikale.

Kuna haiglavõrgu haiglatel on kohustus rehabilitatsiooniteenust osutada, sõlmib Tervisekassa lepingud esmalt nimetatud haiglatega. Muudel teenuseosutajatel on võimalik Tervisekassa lepingupartneriks saada vajaduspõhiselt, sõltuvalt Tervisekassa lepingumahtudest. Võimalused selleks on järgmised:

1. Tervisekassa sõlmib teenuseosutajatega otse lepingud. Täiendavaid lepingupartnereid valib Tervisekassa lähtudes õigusaktides sätestatud põhimõtetest. Lepingupartnerite leidmise kinnitab Tervisekassa nõukogu. Tervisekassa eesmärk on tagada, et partnerite valik toimuks läbipaistvatel ja üheselt mõistetavatel tingimustel. Esmased lepingud on plaanis Tervisekassal sõlmida riigihanke tulemusena.
2. Haiglavõrgu haiglad ja teised tervishoiuteenuse osutajad, kellel on leping Tervisekassaga rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks, tagavad osa teenuste osutamise lepinguliste koostööpartnerite kaudu. Tervishoiuteenuse osutaja lepingupartneriks saavad olla asutused, kes ei ole tervishoiuteenuse osutajad sõltumata juriidilisest tegutsemisvormist. Tervishoiuteenuse osutaja, kellel on Tervisekassaga leping, valib endale vajaduse korral täiendava lepingupartneri lähtuvalt teenuse osutamisele seatud tingimustest nii, et oleks tagatud rehabilitatsioonimeeskonna koosseis. Tervishoiuteenuse osutaja kaasab lepingupartneri rehabilitatsiooniteenuse osutamisse. Tervishoiuteenuse osutaja on vastutav rehabilitatsiooniteenuse tervikliku ja nõuetele vastava osutamise eest.

Tabel 1. Rehabilitatsiooniteenuse osutamise võimalused uues süsteemis

Teenuseosutaja tüüp	Teenuse osutamise alus	Millist rolli täidab süsteemis?
Haiglavõrgu haiglad.	Maakonnas vähemalt ühel haiglavõrgu haiglal on kohustus osutada rehabilitatsiooniteenust.	Moodustavad süsteemi baasvõrgustiku, tagavad teenuse kättesaadavuse kõikides piirkondades, saavad olla ka partnerid teistele teenuseosutajatele. Moodustab rehabilitatsioonimeeskonna.
Tervishoiuteenuse osutaja, kellel on taastusravi tegevusluba.	Terviseameti väljastatud tegevusluba. Tervisekassa lepingupartner ja/või erateenuse osutaja.	Võib osutada rehabilitatsiooniteenust iseseisvalt, kui täidab rehabilitatsiooniteenuse nõuded ja moodustab nõutud meeskonna.
Tervishoiuteenuse osutaja, kellel on perearsti nimistu alusel perearsti osutamise tegevusluba.	Terviseameti väljastatud tegevusluba. Tervisekassa lepingupartner.	Võib osutada rehabilitatsiooniteenust, kui täidab rehabilitatsiooniteenuse nõuded ja moodustab nõutud meeskonna.
Tervishoiuteenuse osutaja, kellel on vähemalt kaks tegevusluba: iseseisva füsioteraapia, logopeedilise ravi, psühholoogilise ravi osutamise või psühhiaatria tegevusluba.	Terviseameti väljastatud tegevusluba. Tervisekassa lepingupartner ja/või erateenuse osutaja.	Võib osutada rehabilitatsiooniteenust, kui täidab rehabilitatsiooniteenuse nõuded ja moodustab nõutud meeskonna.
Teenuseosutaja, kes tegutseb koostööpartnerina haiglavõrgu haigla või nõutud tegevusloaga tervishoiuteenuse osutaja kõrval.	Koostöölepe Tervisekassa lepingupartneriga. Ei pea ise omama tegevusluba, kuid peab tagama kvalifikatsiooninõuetele vastavad spetsialistid.	Saab osutada osa teenusest, aitab tagada teenuse kättesaadavuse, kui teenuseosutajal pole endal täismahus meeskonda.
Tervishoiuteenuse osutamise tegevusloaga tervishoiuteenuse osutaja, kellel puudub nõuetele	Koostöölepe Tervisekassa lepingupartneriga.	Saab osaleda üksikteenuste osutamisega, kuna puudub meeskonnatöö komponent.

vastav rehabilitatsioonimeeskond.	Peab tagama kvalifikatsiooninõuetele vastavad spetsialistid.	Saab osutada osa teenusest, aitab tagada teenuse kättesaadavuse, kui teenuseosutajal pole endal täismahus meeskonda.
-----------------------------------	--	--

Lõikes 4 sätestatakse Tervisekassa poolt tervishoiuteenuse osutajaga rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks lepingu sõlmimise alused. Rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks sõlmib Tervisekassa tervishoiuteenuse osutajaga lepingu, milles lepitakse kokku rehabilitatsiooniteenuse osutamine ja teenuse eest tasumine.

Tervisekassa sõlmib teenuseosutajatega lepingud kindla mahuga. Juhul kui lepingus kokku lepitud maht kalendriaasta jooksul ammendub, on teenuseosutajal võimalik pöörduda Tervisekassa poole täiendava mahu taotlemiseks. Selline lähenemine võimaldab reageerida tegelikule teenusevajadusele jooksvalt ning aitab tagada teenuse kättesaadavuse ka olukorras, kus nõudlus ületab esialgselt planeeritud mahud.

Lõigetes 5 ja 6 sätestatakse, millistel juhtudel võtab Tervisekassa rehabilitatsiooniteenuse eest tasu maksmise kohustuse üle ja kuidas toimub rehabilitatsiooniteenust saama suunamine. Inimese rehabilitatsiooniteenuse vajaduse tuvastamise ja teenust saama suunamise täpsemate tingimuste ja korra kehtestamine volitatakse valdkonna eest vastutavale ministrile.

Seaduses nimetatakse tervishoiutöötajad, kes on pädevad tuvastama rehabilitatsiooniteenuse vajadust ja suunama teenust saama. Seevastu teenust saama suunamise praktiline menetlus, vajalikud dokumendid ja muud korralduslikud detailid on oma olemuselt tehnilised küsimused, mida on põhjendatud reguleerida määruse tasandil. Volitusnormi alusel on võimalik kujundada ühtne ja läbipaistev teenust saama suunamise praktika kogu Eestis ning vajaduse korral seda ka ajakohastada. Määruse tasandil reguleerimine võimaldab täpsustada teenusevajaduse hindamise metoodikaid ja korralduslikke nõudeid ilma seadusesse liigset detailsust lisamata.

Kavandatava lahenduse kohaselt peab rehabilitatsiooniteenuse saamiseks inimese rehabilitatsiooniteenuse vajaduse tuvastama perearst, muu eriarst või õde. Tervisekassa võtab inimeselt rehabilitatsiooniteenuse eest tasu maksmise kohustuse üle, kui inimene saab rehabilitatsiooniteenust perearsti, muu eriarsti või õde suunamisel.

E-konsultatsioon võimaldab patsiendil saada vajaduspõhist abi kiiremini ja efektiivsemalt, vähendades ooteaegasid.

E-konsultatsioon on patsiendi suunamine põhjaliku saatekirjaga erialadevahelisele digitaalsele konsultatsioonile, kus saatekirja andmete koosseis on kokku lepitud iga eriala puhul eraldi. Saatekiri liigub TIS-i vahendusel erialase abi (rehabilitatsiooniteenuse) osutajani, kelle määratud tervishoiutöötajad ja tervishoiutöötajaga võrdsustatud isikud annavad selle saatekirja põhjal õigusaktis sätestatud tähtaja jooksul suunanud tervishoiutöötajale tagasisidet. Tagasiside võib sisaldada soovitusi diagnostikaks või raviks ilma patsienti füüsilisele vastuvõtule kutsumata, kuid vajaduse korral võetakse patsient üle ehk antakse patsiendile aeg vastuvõtuks, see tähendab, et rehabilitatsiooniteenust osutav tervishoiuteenuse osutaja registreerib ise patsiendi teenuse järjekorda lähtudes rehabilitatsiooniteenuse vajadusest. Vastavat vajadust võimaldab hinnata e-konsultatsiooni põhjalik saatekiri.

Rehabilitatsiooniteenuse sihtrühm on lapsed ja täisealised, kellel on terviseseisundist tulenevad funktsioneerimisvõime või toimetuleku piirangud ning kelle puhul on tuvastatud kompleksse

rehabilitatsiooniteenuse vajadus. Erinevalt varasemast ei ole enam eelduseks puude raskusastme otsus, osaline või puuduv töövõime.

Edaspidi pakutakse teenust üksnes vajaduspõhiselt. Rehabilitatsiooniteenust saama suunamine toimub rehabilitatsiooniteenuse teekonnal (joonis 2) kirjeldatud viisil.

Võrreldes praeguse SRT süsteemiga, kus teenuse saamine algab esmalt puude raskusastme taotlemise või töövõime hindamise taotlemisega ning seejärel inimese enda või tema lähedase avaldusest SKA-le, toimub muudatus juba esimeses märkamise etapis. Muudatusega tekib e-konsultatsiooni koostamise õigusega tervishoiutöötajatel võimalus koostada saatekiri (e-konsultatsioon) rehabilitatsiooniteenuse saamiseks. Rehabilitatsiooniteenust võib saada inimene, kes vastab rehabilitatsiooniteenuse kriteeriumidele: tema tervises seisundist tulenev probleem mõjutab tema igapäeva elu, tööd, õppimist või sotsiaalset toimetulekut, probleem on kompleksne ja on vajalik erinevate spetsialistide kaasamine, tervises seisundist tulenevad raskused on ulatuslikud ja ei lahene lihtsate nõustamis- ja tugimeetmetega, inimese ja/või tema pere vajadus on eluuskoste omandamine ja/või uue eluga kohanemine igapäeva elu keskkonnas.

Rehabilitatsiooniteenuse protsess

Detailne protsess luuakse rakendusaktide koostamise käigus ja seda täpsustatakse asjakohases eelnõus ja selle seletuskirjas.

Inimese tervises seisundi muutus ja selle märkamine

Inimene, kelle tervises seisundist tulenev mõju tema ja ta pere igapäeva elule on ulatuslik ja kompleksne, tunnetab abivajadust.

Enesehinnangu vormi täitmine

Inimesel endal on enne arsti või õe poole pöördumist võimalik täita terviseportaalil või erandjuhtudel paberil enesehinnangu vorm, mis põhineb näiteks WHODAS 2.0-l¹⁰. Kui inimene peale enesehinnangu vormi täitmist tunneb, et tema toimetulekut ja/või funktsioneerimist on võimalik professionaalse sekkumisega oluliselt parandada, pöördub ta enda pere- või muu raviarsti või õe poole. Enesehinnangu vorm on lahendus, mis aitab suunajal (arst või õde) tuvastada ja otsustada, kes vajavad rehabilitatsiooniteenust ning täiendavat hindamist rehabilitatsiooniteenuse meeskonna poolt. Enesehinnangu vorm võimaldab inimesel endal anda sisendi, et vähendada muu hulgas suunajal dokumenteerimisele kuluvat aega.

Tervishoiutöötaja tuvastab rehabilitatsiooniteenuse vajaduse

Kui tervishoiutöötaja (eriarst või õde) leiab, et tema patsiendi probleemidest lähtuvalt oleks abi rehabilitatsiooniteenusest, koostab ta e-konsultatsiooni saatekirja rehabilitatsioonimeeskonnale selleks, et suunata patsient rehabilitatsiooniteenust saama või konsulteerida rehabilitatsiooniteenuse vajaduses. E-konsultatsioon toimub TIS-i vahendusel. Suunaja lisab e-konsultatsiooni saatekirja info enesehinnangu vormi olemasolu kohta. See võimaldab saada rehabilitatsioonimeeskonnal vajalikku lisainfot ja tuge otsuste tegemisel ning tagab, et inimene jõuab õige teenuseosutaja juurde ega pea hakkama ise aegu otsima.

Rehabilitatsiooniteenust saama suunab eriarst või õde saatekirjaga, milles esitatakse diagnoos, diagnoosi hüpotees või terviseprobleemi kirjeldus, funktsioonipiirangute kirjeldus ja rehabilitatsioonivajaduse põhjendus.

¹⁰ [WHO Disability Assessment Schedule \(WHODAS 2.0\)](#)

Rehabilitatsiooniteenust saama suunamisel on e-konsultatsioon saatekirja alusel toimuv nõustamine või konsultatsioon inimese tervisega seoses rehabilitatsiooniteenuse vajaduse tuvastamiseks, mille tulemusena konsulteeriv tervishoiutöötaja nõustab juhtumi osas kirjalikult või määrab vajaduse korral inimesele vastuvõtu rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks.

Rehabilitatsiooniteenuse osutaja valik ja vastuvõtuaja broneerimine

Rehabilitatsiooniteenuse korral saab e-konsultatsioonile vastata rehabilitatsiooniteenuse osutaja meeskonda kuuluv tervishoiutöötaja, sh TTKS alusel tervishoiutöötajaga võrdustatud isik, ning vastuseks olla kas inimese teenusele võtmine või suunajale põhjendatud keelduva vastuse andmine. E-konsultatsiooni lahenduse puhul saab e-konsultatsioonile vastaja broneerida inimesele vastuvõtuaja. Vastuvõtuaegade broneerimine on võimalik hetkest, kui rehabilitatsiooniteenuse osutaja on enda rehabilitatsiooniteenuse osutamise ressursid üles laadinud.

Rehabilitatsiooniteenuse osutamine: täpsem vajaduse hindamine, teenuse osutamine

Rehabilitatsiooniteenuse osutamise etapis toimub inimese funktsioonivõime ja elukorralduse täpsem uurimine ja hindamine, vajaduse korral kasutatakse e-konsultatsioonis ja enesehinnanguvormis sisalduvat teavet inimese rehabilitatsioonivajaduse täpsustamiseks. Nende andmete alusel seab rehabilitatsioonimeeskond koostöös inimesega rehabilitatsiooniteenuse eesmärgid, koostab tegevuskava ja määrab eesmärkide saavutamiseks vajaliku rehabilitatsioonimeeskonna koosseisu.

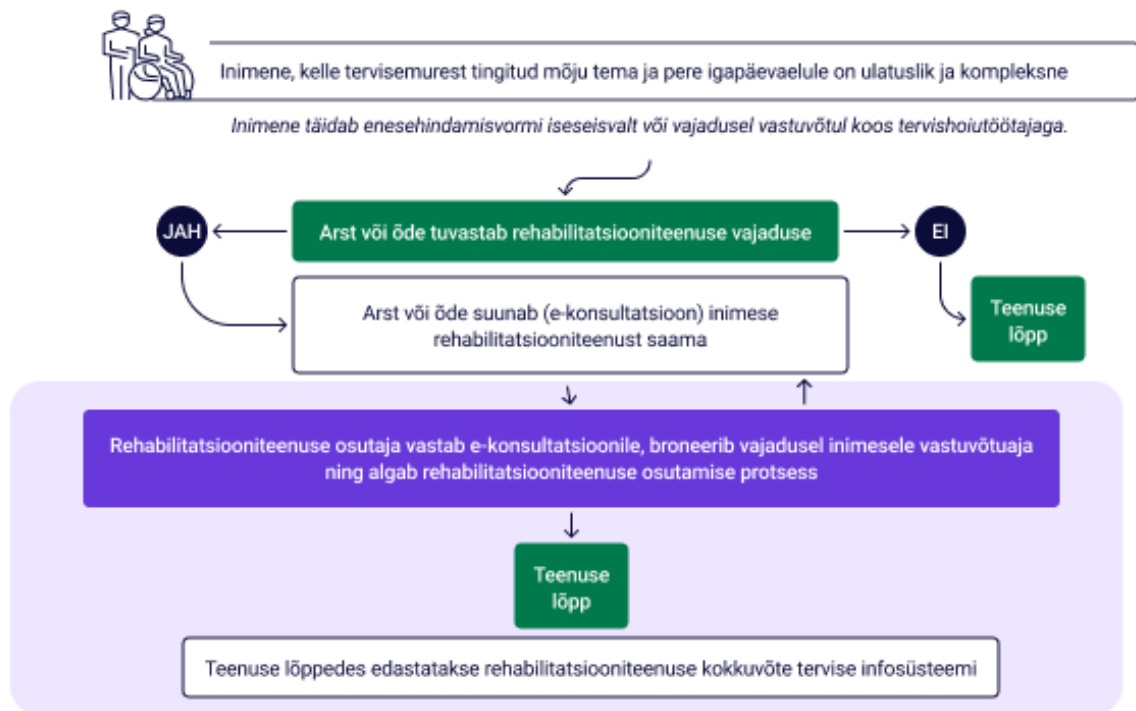
Rehabilitatsioonimeeskond koostab inimesele tegevuskava, milles määratletakse tema tervises seisundist ja sotsiaalsest olukorrast tulenevad eesmärgid ning nende saavutamiseks vajalikud sekkumised. Rehabilitatsiooniteenust saama suunaja ei määra rehabilitatsiooniteenuse sisu, mahtu ega eesmärke, vaid need kujundatakse rehabilitatsioonimeeskonna poolt rehabilitatsioonivajaduse hindamise tulemusel koostöös inimesega.

Rehabilitatsiooniteenuse jooksev dokumenteerimine

Rehabilitatsiooniteenuse jooksev dokumenteerimine toimub tervishoiuteenuse osutaja infosüsteemis. Iga rehabilitatsioonimeeskonna liige dokumenteerib enda töö tervishoiuteenuse osutaja infosüsteemis. Rehabilitatsioonimeeskond teeb vahehindamisi, mille järel koostatakse vajaduse korral ambulatoorne vaheepikriis. Rehabilitatsiooniplaani nii nagu praeguses süsteemis ei pea koostama. Teenuseosutaja valib, kuidas teenuse dokumenteerimise nõuetest lähtudes tegevuskava koostatakse.

Rehabilitatsiooniteenuse osutamise lõpp ja epikriisi koostamine

Teenuse lõpetamise sisulise otsuse teeb rehabilitatsioonimeeskond. Lõpphindamise järel koostab rehabilitatsioonimeeskonna juht rehabilitatsiooniteenuse ambulatoorse epikriisi. Epikriisi kinnitab ja esitab TISi rehabilitatsioonimeeskonda kuuluv tervishoiutöötaja. Vajaduse korral annab meeskond soovitusel, millist tuge ja jätkuteenuseid inimene rehabilitatsiooniteenuse osutamise lõppemisel vajab. Jätkuteenused tähendavad sotsiaal-, haridus- ja tervishoiuvaldkonna (üksik)teenuseid, mis on inimesele vajalikud pärast teenuse lõppemist, et tagada tema toimetulek, funktsioneerimine ja osalemine igapäevaelus. Rehabilitatsiooniteenuse kokkuvõtte esitatakse inimesele ja vajadusel tema esindajale ligipääsetavas vormis, arvestades inimese puudest, suhtlusviisist ja digioskustest tulenevaid vajadusi.



Joonis 2. Rehabilitatsiooniteenuse teekond

RTHS §-s 22³ on sätestatud teenuseosutaja kohustused.

Lõikes 1 on sätestatud teenuseosutaja peamised kohustused.

Lõike 1 punktis 1 on välja toodud teenuseosutaja kohustus tagada rehabilitatsiooniteenuse osutamine vastavalt RTHS-is ja selle alusel kehtestatud tingimustele.

Lõike 1 punktis 2 on välja toodud teenuseosutaja kohustus tagada rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks RTHS § 22¹ lõike 2 alusel kehtestatud nõuetele vastav meeskond. Meeskonda kuuluvad tervishoiutöötajad ja ka muud spetsialistid, kes interdistsiplinaarse meeskonnana osutavad rehabilitatsiooniteenust.

Lõike 1 punktis 3 on välja toodud teenuseosutaja kohustus tagada, et tema lepingulises suhtes olev rehabilitatsioonimeeskonna liige vastaks RTHS §-le 22⁴ ja selle alusel kehtestatud nõuetele. Teenuse tingimuseks ei ole eriarsti (sh taastusarsti) olemasolu meeskonnas, vaid oluline on, et rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks vajalik põhimeeskond on tagatud. Rehabilitatsioonimeeskonnad võivad lähtuvalt olemasolevast pädevusest osutada rehabilitatsiooniteenuse liigi või liikide põhiselt teenust vastavalt inimeste terviseseisundist tulenevatele vajadustele. Spetsialiseerumine eeldab, et teenuseosutaja tagab vastavat liiki teenuse osutamiseks vajalike oskustega spetsialistide kaasamise ja tervikliku meeskonnatöö. Teenuse osutamisel peab olema tagatud meeskond, mille koosseis kujundatakse lähtuvalt inimese individuaalsest terviseseisundist ja rehabilitatsioonivajadusest.

Lõike 1 punktis 4 on toodud välja teenuseosutaja kohustus tagada rehabilitatsiooniteenuse nõuetekohane dokumenteerimine. Rehabilitatsiooniteenuse osutaja koostab inimese rehabilitatsiooniteenuse tegevuskava teenuseosutaja infosüsteemis, kus märgib teenuse või tegevuse nimetuse, mis on seotud inimese eesmärkidega, teenuse osutamise mahu ja kestuse. Teenuse

osutamise käigus toimub vahe- ja lõpphindamine, mis on aluseks tegevuskava kokkuvõttele. Rehabilitatsiooniteenuse osutaja koostatud rehabilitatsiooniteenuse tegevuskava kokkuvõtte edastatakse ambulatoorse epikriisina TISi.

Lõike 1 punktis 5 on sätestatud teenuseosutaja kohustus kirjeldada kvaliteedijuhtimise süsteemis rehabilitatsiooniteenuse osutamise korraldus, sealhulgas multidistsiplinaarse meeskonna koosseis (nt füsioterapeut, tegevusterapeut, psühholoog, logopeed jt), nende rolli ja pädevust, meeskonnatöö põhimõtteid, teenuse osutamise protsessi ning kvaliteedi ja patsiendiohutuse tagamise viise.

Lõike 1 punktis 6 on välja toodud, et teenuseosutaja peab tagama talle eraldatud rahaliste vahendite efektiivse ja väärtuspõhise kasutamise. Efektiivne ja väärtuspõhine kasutamine tähendab seda, et teenuseosutaja vastutab oma tegevuste, otsuste ja töökorralduse eest viisil, mis aitab kasutada olemasolevaid ressursse säästlikult ning võimalikult paljude abivajajate heaks.

Rehabilitatsioonimeeskond saab teha põhjendatud otsuseid teenuse osutamise lõpetamiseks, kui:

- 1) rehabilitatsiooni eesmärk on saavutatud;
- 2) on selge, et määratud sekkumised ei toeta enam rehabilitatsiooni eesmärki;
- 3) inimese kaasatust ei ole õnnestunud saavutada, kuigi meeskond on teinud vajalikud pingutused;
- 4) inimene ei täida kokkulepitud tegevusi või oma rolli rehabilitatsiooniprotsessis.

Põhjendatud otsuseid teenuse osutamise alustamisest keeldumiseks saab teha, kui:

- 1) teenuseosutajal puudub vajalik pädevus;
- 2) suunamise põhjal ei ole arusaadav, et tegemist on rehabilitatsioonivajadusega;
- 3) teenuse osutamise alustamisel selgub, et suunamisel kirjeldatud olukord ei vasta tegelikkusele.

Rehabilitatsiooniteenuse osutamise tegevuskava koostatakse inimese tegelikest, personaalsest vajadustest lähtudes, pidades silmas, et:

- 1) rehabilitatsiooni eesmärk on toetada inimese võimalikult iseseisvat toimetulekut;
- 2) teenus ei tohiks kujundada sõltuvust rehabilitatsioonimeeskonnast.

Lõikes 2 on täpsustatud teenuseosutaja dokumenteerimiskohustust.

Lõike 2 punktides 1–6 selgitatakse, et rehabilitatsiooniteenuse osutaja dokumenteerib enda infosüsteemis teenuse osutamise järgmises andmekoosseisus:

- 1) inimese üldandmed;
- 2) inimese tervise seisundist tulenevad tegutsemis- ja osalusvõime piirangud;
- 3) inimese kasutatavad abivahendid ja meditsiiniseadmed;
- 4) inimesele rehabilitatsiooniteenuse raames osutatavad teenused ja tegevused;
- 5) teenuse osutamisel saavutatud tulemus ning hinnang inimese heaolule ja toimetulekule;
- 6) muud teenuse osutamisega seotud andmed.

Rehabilitatsiooniteenuse osutaja dokumenteerib oma infosüsteemis inimese tegutsemis- ja osalusvõime piirangud, et selgitada välja, millistes valdkondades vajab inimene toetust ning millised teenused aitavad kaasa seatud eesmärkide saavutamisele. Selleks kirjeldatakse esmalt piiranguid, millega on võimalik rehabilitatsiooniteenuse raames tegeleda. Rehabilitatsiooniteenuse osutaja ei pane diagnoosi ega määra ravi ning dokumenteeritavad andmed ei hõlma raviplane, meditsiinilisi otsuseid ega kliinilisi diagnoose.

Vahe- ja lõpphindamiste käigus võrreldakse inimese algset seisundit ning hinnatakse, kas tema toimetulek ja heaolu on paranenud. Hindamise tulemuste alusel otsustatakse, kas

rehabilitatsiooniteenuse jätkamine on vajalik, inimene saab edaspidi iseseisvalt hakkama või vajab lisateenuseid.

Hinnang on vajalik selleks, et tagada terviklik ülevaade inimesele osutatavatest teenustest ning nende tulemuslikkusest ja vajalikkusest.

Lõikes 3 on sätestatud, et rehabilitatsiooniteenuse osutaja peab säilitama eelnimetatud (lõikes 2 sätestatud rehabilitatsiooniteenuse osutamist tõendavaid andmeid) andmeid 30 aastat pärast teenuse osutamise lõppemist. 30-aastane säilimistähtaeg võimaldab vajaduse korral kontrollida teenuse osutamisega seotud asjaolusid, tagada andmete kättesaadavus ravi ja rehabilitatsiooniprotsessi järjepidevuse toetamiseks ning täita teenuse rahastamise ja järelevalvega seotud ülesandeid. Säilitamistähtaeg muutub võrreldes SRT osutaja kohustusega andmeid säilitada. Muudatus on tingitud eelkõige vajadusest ühtlustada rehabilitatsiooniteenuse osutamise dokumentide ja andmete säilitamise tähtaeg kehtiva õigusega (TTKS ning tsiviilseadustiku üldosa seaduse § 153). Ehkki TIS-i edastatav epikriis annab üldise kokkuvõtte osutatud teenusest ja tulemustest, ei sisalda see teenuseosutaja igapäevast üksikasjalikku dokumentatsiooni (sh tegevuslogisid, spetsialistide vahetissekandeid ja detaile teostatud protseduuride kohta). Kuna rehabilitatsiooniteenus integreeritakse tervishoiusüsteemi ning teenuse osutamisel tekkida võivate tervisekahjustuste ja kehavigastuste nõuete aegumistähtaeg on tsiviilseadustiku üldosa seaduse § 153 kohaselt kuni 30 aastat, puuduks teenuseosutajal ja patsiendil 3-aastase säilitamistähtaja korral hilisemate vaidluste korral vajalik tõendusmaterjal. Seetõttu viiakse säilitamise nõuded eelnõus kooskõlla tervishoiuvaldkonna üldiste säilitamistähtaegadega.

Lõikes 4 selgitatakse, et rehabilitatsiooniteenuse lõppedes esitab rehabilitatsiooniteenuse osutaja rehabilitatsiooniteenuse kokkuvõtte ambulatoorse epikriisina TIS-i. Võimalik on lisada teenusekoodid, mille alusel on infosüsteemist leitavad rehabilitatsiooniteenuse epikriisid. Rehabilitatsiooniteenuse info on kättesaadav ja leitav tervishoiutöötajatele, kes samaaegselt inimesega tegelevad. Kesksest infosüsteemist on võimalik saada ülevaade rehabilitatsiooniteenuse saamise faktist, teenuse sisust ja tulemustest.

Lõikes 5 on sätestatud, et rehabilitatsiooniteenuse dokumenteerimise nõuded ja täpsema andmekoosseisu kehtestab valdkonna eest vastutav minister määrusega. Seaduses sätestatakse teenuseosutaja dokumenteerimiskohustus ja dokumenteeritavate andmete põhikategooriad, kuid selle kohustuse tehnilisi nõudeid ega täpseid andmevälju ei ole otstarbekas reguleerida seaduse tasandil. Määruse tasandil kehtestatav andmekoosseis võimaldab tagada ühtse dokumenteerimispraktika, samuti võimaldab see vajaduse korral kiiresti kohandada dokumenteerimise nõudeid. Volitusnorm vastab ka isikuandmete töötlemise regulatsiooni nõuetele, kuna seadus sätestab andmete töötlemise eesmärgi ja peamised andmeliigid, kuid tehnilisemad tingimused (andmekoosseisud) määratakse rakendusaktis.

RTHS §-s 22⁴ on sätestatud nõuded rehabilitatsioonimeeskonna liikmele.

Lõikes 1 kirjeldatakse, kes võib olla rehabilitatsioonimeeskonna liige. Põhiseaduse §-s 29 on sätestatud, et isikul on õigus vabalt valida tegevusala, elukutset ja töökohta. Seaduses võib sätestada selle õiguse kasutamise tingimused ja korra. Eelnõus sätestatakse põhiõigusi puudutav piirang, mille kohaselt võib rehabilitatsioonimeeskonna liikmeks olla isik, kellel on selleks vajalik erialane ettevalmistus või sobiv kutse- või kõrgharidus. Sellise seaduse regulatsiooniga on sätestatud rehabilitatsioonimeeskonna liikmena tegutsemisele piirang, mille kohaselt peavad olema isikul täidetud vajalikud ettevalmistusnõuded. Sellega on seadusandja otsustanud ja reguleerinud

põhiõiguste seisukohalt olulise küsimuse ning see vastab põhiseaduse §-s 3 sätestatud olulisuse põhimõttele. Seadusandja võib anda ministrile volituse kehtestada määrus, milles sätestatakse väheintensiivsed põhiõiguste piirangud, kui seaduse raamist selgub, milliseid seaduses sätestatud põhiõiguste piiranguid võib määrusandja täpsustada. Praegusel juhul on kavas anda ministrile volitus täpsustada, millised on need hariduse ja koolituse nõuded, mis tagavad rehabilitatsioonimeeskonna liikmele vajaliku ettevalmistuse. Sealhulgas jääb ministri otsustada, millisel juhul piisab ettevalmistusnõuete täitmiseks sobiva hariduse või kutse olemasolust ja millal on vaja läbida selleks täiendav koolitus. Selline lahendus võimaldab paindlikult reageerida muutustele rehabilitatsiooniteenuse turul, selleks et ei satuks ohtu teenuse osutamise sobiva tööjõu puuduse tõttu.

Eelnõu kohaselt riivatakse põhiseaduse §-st 29 tulenevat õigust valida vabalt tegevusala, elukutset ja töökohta, nähes ette, et rehabilitatsioonimeeskonna liikmeks võib olla üksnes isik, kellel on selleks vajalik erialane ettevalmistus või asjakohane kutse- või kõrgharidus. Riive eesmärk on tagada rehabilitatsiooniteenuse kvaliteet ning kaitsta inimeste elu ja tervist, mis on põhiseaduslikult legitiimne eesmärk.

Kvalifikatsiooninõuete kehtestamine on eesmärgi saavutamiseks sobiv ja vajalik abinõu, kuna see tagab teenust osutavate spetsialistide pädevuse ning puuduvad sama tõhusad, kuid vähem piiravad meetmed, mis tagaksid võrreldava kvaliteeditaseme. Rehabilitatsiooniteenust hakkavad saama haavatavad sihtrühmad, kellel on enda tervises seisundi tõttu kompleksteenuse vajadus, kes võivad olla eelnevalt saanud tuge tervishoiu üksikteenuste, sotsiaalteenuste või hariduse tugiteenuste näol ning ka kogukonnatasandi toe näol, kuid mis ei ole tervikuna olnud vajadustele vastavad või on inimese vajadused aja jooksul komplekssemaks muutunud. Seega peab tervishoidu integreeritud rehabilitatsiooniteenust osutavatel spetsialistidel olema nõutud pädevus just rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks. Kvalifikatsiooninõuded lähtuvad sellest, et rehabilitatsioonimeeskonna liikmel oleksid rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks vajalikud oskused. Kuna rehabilitatsiooniteenuse puhul on tegemist tervishoidu integreeritud teenusega, mis on suunatud inimese tervises seisundist tulenevate funktsioneerimisvõime piirangutega tegelemisele ja mida osutatakse enne esmatasandi ja kõrgema etapi ravi, raviga samal ajal või selle järel, on kvalifikatsiooninõuete seadmine vajalik inimese elu ja tervise kaitse eesmärgil. Meede on ka mõõdukas, kuna piirang ei välista erialal tegutsemist täielikult, vaid seab põhjendatud nõuded, võimaldades nende täitmist erinevate haridus- ja koolitusnõuete kaudu ning jättes täpsustamise paindlikult määruse tasandile. Arvestades kaitstava hüve – inimeste elu ja tervise – suurt kaalu, ei ole riive intensiivsus ülemäärane. Seega on piirang kooskõlas põhiseadusega.

Lõikes 2 sätestatakse, et rehabilitatsioonimeeskonna liikmele esitatavad täpsemad nõuded kehtestab valdkonna eest vastutav minister määrusega. Ministrile antakse volitus täpsustada, millised on need hariduse ja koolituse nõuded, mis tagavad rehabilitatsioonimeeskonna liikmele vajaliku ettevalmistuse, ning otsustada, millisel juhul piisab ettevalmistusnõuete täitmiseks sobiva hariduse või kutse olemasolust ja millal on vaja läbida selleks täiendav koolitus. Spetsialiseerunud meeskonna pädevus tugineb põhimeeskonna koosseisule, millele lisanduvad teenuseliigi spetsiifilised oskused. Meeskonnas töötavatel kliinilisel psühholoogil ja psühholoog-nõustajal peab olema tagatud erialast lähtuv kutse määrukses välja toodud tasemel. Teistel erialadel on oluline kutseseaduse antud kutse või riiklikult tunnustatud kõrgharidus vastaval eriala. Meeskonna kogemusnõustaja peab läbima etteantud mahus täienduskoolituse.

Lõikes 3 sätestatakse, et rehabilitatsioonimeeskonna liikmed peavad hoidma konfidentsiaalsena neile rehabilitatsiooniteenuse osutamisel teatavaks saanud andmeid teenust saava inimese ja tema lähedaste kohta, kui seaduses või kokkuleppel teenusesaajaga ei ole ette nähtud teisiti.

Sätte eesmärk on tagada rehabilitatsiooniteenust saavate inimeste eraelu puutumatus ning kaitsta isiku põhiõigusi. Rehabilitatsiooniteenuse osutamise käigus töötlevad rehabilitatsioonimeeskonna liikmed teenust saava inimese terviseandmeid ja muid tema eraelulisi andmeid. Kuivõrd rehabilitatsioonimeeskonda võivad lisaks tervishoiutöötajatele kuuluda ka spetsialistid, kellele ei kohaldu tervishoiutöötajate kutsesaladuse hoidmise kohustus, on õigusselguse huvides vajalik sätestada konfidentsiaalsuskohustus rehabilitatsioonimeeskonna kõikidele liikmetele ühtselt seaduse tasandil. Nii tagatakse, et inimese eraelu kaitse tase ei sõltu sellest, millise erialase ettevalmistusega spetsialist talle teenust osutab. Konfidentsiaalsuskohustus aitab luua inimese ja rehabilitatsioonimeeskonna vahel usaldusliku suhte, mis on rehabilitatsiooniteenuse eesmärkide saavutamise eelduseks. Inimene peab saama teenuse osutamisel avaldada oma tervises seisundit ja toimetulekut puudutavat teavet teadmise, et seda ei avaldata kolmandatele isikutele ilma õigusliku aluseta. Säte võimaldab andmete avaldamist üksnes seaduses sätestatud juhtudel või inimese nõusolekul.

RTHS §-s 22⁵ on sätestatud, kuidas toimub teenuse rahastamine.

Lõikes 1 sätestatakse, et RTHS-is nimetatud tingimustel ja suunamise alusel rehabilitatsiooniteenust saavale isikule võimaldatakse rehabilitatsiooniteenust ravikindlustuse seaduse § 30 lõike 1 alusel kehtestatud Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelus sätestatud tingimustel ja korras. Rehabilitatsiooniteenuse hinnad ja täpsemad osutamise tingimused kehtestatakse Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelus, mida kohaldatakse kõikide rehabilitatsiooniteenuse saajate puhul (nii ravikindlustatud kui ka kindlustamata isikud) Tervisekassa poolt tasu maksmise kohustuse ülevõtmisel.

Lõikes 2 selgitatakse, et inimesele, kes saab rehabilitatsiooniteenuseid RTHS-is nimetatud tingimustel ja suunamise alusel, rahastatakse neid riigieelarve vahenditest Tervisekassa kaudu. Muul juhul tasub inimene talle osutatava rehabilitatsiooniteenuse eest ise.

See lahendus annab võimaluse vältida uue administratiivse koormuse tekkimist nii riigile kui ka teenuseosutajatele, kuna tuginetakse tervishoiuteenuste korraldamise süsteemile. Uue korraldusega luuakse süsteem, mis aitab loogiliselt vältida olemasolevate tervishoiuteenuste (nt füsioterapeut, logopeed, kliiniline psühholoog, arst, õde) dubleerimist ja liita liituvad mittetervishoiuteenused ühteks terviklikuks rehabilitatsiooniteenuseks. Samuti võimaldab see kujundada lisanduvate rehabilitatsioonis kasutatavate teenuste (nt kogemusnõustaja, loovterapeut jne) hinnakujundust vastavalt olemasolevale regulatsioonile ning tasuda teenuste eest ühtsetel alustel Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelu kaudu.

Paragrahvi 1 punktiga 3 täiendatakse RHTS § 32 lõiget 1 enne tekstiosa „§-des 14–22“ tekstiosaga „§ 22³ lõike 1 punktides 1, 2, 4 ja 5 ning“. Muudatusega laiendatakse RTHS-i alusel Terviseameti tehtavat järelevalvet ka rehabilitatsiooniteenuse osutaja tegevusele. Terviseamet hakkab RHTS-i alusel tegema järelevalvet rehabilitatsiooniteenuse osutaja kohustuste täitmise üle, välja arvatud § 22³ lõike 1 punktis 3 nimetatud kohustuse üle, milleks on rehabilitatsioonimeeskonna liikmele valdkonna eest vastutava ministri määrusega kehtestatud nõuded. Kuna rehabilitatsiooniteenuse osutaja kohustuseks on kirjeldada organisatsioonis rakendatud kvaliteedijuhtimise süsteemis rehabilitatsiooniteenuse osutamise ja selle kvaliteedi tagamise korraldust, kontrollib Terviseamet, kas nõuetekohane kirjeldus on olemas.

Paragrahvi 1 punktiga 4 täiendatakse RTHS 8. peatüki 1. jagu §-ga 38², milles sätestatakse rehabilitatsiooniteenuse saamine SKA otsuse alusel, ning § 38³, milles sätestatakse Sotsiaalministeeriumi kohustus analüüsida hiljemalt 2031. aastal eelnõukohase seadusemuudatuse ehk rehabilitatsiooniteenuse regulatsiooni mõju ja tulemuslikkust.

Eelnõuga luuakse õiguslik alus, et 30.09.2027 seisuga kehtivate SRT suunamisotsustega inimestele luua automaatne rehabilitatsiooniteenuse saatekiri. Kavandatud üleminekusäte on vajalik, et tagada sujuv üleminek SRT korralduselt uuele rehabilitatsiooniteenuse korraldusele tervishoius. 30.09.2027. seisuga kehtivate suunamisotsustega inimeste hulk on märkimisväärne ning ilma täiendava regulatsioonita peaksid need inimesed lühikese ajavahemiku jooksul pöörduma perearsti, muu eriarsti või õe poole uue saatekirja saamiseks, mis põhjustaks olulise halduskoormuse kasvu ja teenuse kättesaadavuse viibimise riski.

Üleminekusäte loob selge õigusliku aluse isiku- ja terviseandmete töötlemiseks ulatuses, mis on vajalik, et tuvastada õigustatud inimesed ning genereerida neile automaatselt rehabilitatsiooniteenuse saatekiri. See võimaldab vältida dubleerivaid toiminguid ning tagada, et teenuse saamine ei katkeks süsteemide vahetumisel. Samuti toetab see lahendus tervishoiutöötajate töökoormuse vähendamist ning võimaldab spetsialistide ressursse suunata sisulisse ravi- ja hindamistegevusse.

Andmete töötlemine on ajaliselt piiratud ning seotud üksnes üleminekuperioodiga. Töötlemise eesmärk on kitsalt piiritletud – rehabilitatsiooniteenuse saatekirjade loomine inimestele, kellel on kehtiv suunamisotsus. Edastatakse üksnes minimaalsed vajalikud andmed, mis võimaldavad inimest tuvastada ja tema teenuse saamise õigust kindlaks teha. Selline lähenemine tagab andmekaitse põhimõtete järgimise, eelkõige eesmärgipärasuse, minimaalsuse ja proportsionaalsuse nõuete täitmise.

Alternatiivina oleks võimalik kasutada üksnes tavapärasest arsti kaudu suunamist, kuid selline lahendus ei oleks üleminekuperioodil piisav ega proportsionaalne, arvestades korraga süsteemi sisenevate inimeste hulka ning sellest tulenevat koormust tervishoiusüsteemile ja inimestele. Seetõttu on põhjendatud kehtestada erandlik ja ajaliselt piiratud regulatsioon, mis võimaldab andmete ühekordset töötlemist ja edastamist tehnilise lahenduse abil teenuse järjepidevuse tagamiseks.

Kokkuvõttes on üleminekusäte vajalik, et tagada avaliku teenuse kättesaadavus, vähendada süsteemset koormust ning võimaldada turvaline ja õiguspärane andmetöötlus uuele rehabilitatsiooniteenuse korraldusele üleminekul.

Lõikes 1 sätestatakse, et inimene, kellel on 2027. aasta 30. septembri seisuga kehtiv SKA poolt SHS alusel tehtud SRT tasu maksmise kohustuse ülevõtmise otsus, võib sama otsuse alusel pöörduda rehabilitatsiooniteenuse saamiseks teenuseosutaja poole kuni 2027. aasta 31. detsembrini.

Selleks, et tagada praeguses süsteemis SRT saajatele sujuv üleminek uutel alustel teenuse korralduse süsteemis, viiakse varasema korra järgi teenust saanud inimesed automaatselt üle uuele teenusele. 30.09.2027 kehtiva SRT suunamisotsusega inimestele koostatakse automaatselt rehabilitatsiooniteenuse ambulatoorse vastuvõtu saatekiri. Saatekiri genereeritakse automaatselt 01.10.2027. Inimesele on saatekiri nähtav terviseportaalis. Saatekirja alusel on inimesel võimalik teenuseosutaja juures broneerida vastuvõtu aeg. Saatekirja loomise etapile järgnevad etapid teenuse saamisel on samadel alustel nagu neil, kes uute rehabilitatsiooniteenuse saajatena süsteemi sisenevad. Rehabilitatsioonimeeskond hindab teenusevajadust ja koostab rehabilitatsiooniteenuse tegevuskava uutel alustel.

Lõikes 2 sätestatakse, et sama paragrahvi lõikes 1 nimetatud inimesele koostatakse automaatselt sotsiaalkaitse infosüsteemi kantud SRT andmete alusel saatekiri rehabilitatsiooniteenuse saamiseks.

Lõikes 3 sätestatakse, et saatekirja koostamiseks kasutatakse järgmisi sotsiaalkaitse infosüsteemis olevaid andmeid:

- 1) teenusesaaja nimi;
- 2) teenusesaaja isikukood;
- 3) SRT eest tasu maksmise kohustuse riigi poolt ülevõtmise otsuse kehtivuse aeg.

Eelnõu §-ga 2 muudetakse KVTs-i.

Paragrahvi 2 punktiga 1 sõnastatakse ümber KVTs § 195 lõike 1¹ punkt 1. Lõige 1¹ reguleerib teenistusülesannete täitmise tõttu tervisekahjustuse saanud inimesele vajaduse korral Kaitseministeeriumi valitsemisala eelarvest piirmäära ulatuses sotsiaal- ja tervishoiuteenuste tagamist, sealhulgas SRT tagamist. Kuna SRT kaob, tuleb sellega seoses muuta ka KVTs-i sätet ning sõnad „sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse“ asendatakse sõnaga „rehabilitatsiooniteenuse“. Kaitseministeerium selgitab, et reformi raames seni kehtinud SRT osutamine asendatakse uue rehabilitatsiooniteenuse osutamise süsteemiga tervishoius. Rehabilitatsiooniteenust osutatakse seega riiklikul tasandil edasi, kuid teenuse sisu ja teenuseosutajad muutuvad. Rahastuse loogika ei muutu. KVTs §195 lõike 11 punkti 1 mõte on olnud riiklikust süsteemist erisuse loomine, millega Kaitseministeerium katab selle osa, mida riik enam ei hüvita ega taga.

Paragrahvi 2 punktiga 2 täiendatakse KVTs § 195 lõike 2 esimest ja teist lauset pärast sõnu „sotsiaalhoolekande seaduse“ sõnadega „või rahvatervishoiu seaduse“. Sellega täiendatakse SHS-i alusel tagatavate teenuste loetelu ka RTHS alusel tagatava rehabilitatsiooniteenusega. Kaitseväelasele, asendusteenistujale ja teenistusest vabastatud isikule tagatakse KVTs-is nimetatud sotsiaalteenused, mida ei rahastata ega tagata SHS-i ega RTHS-i alusel, Kaitseministeeriumi valitsemisala eelarvest piirmäära ulatuses.

Eelnõu §-ga 3 muudetakse KMS-i.

Paragrahvi 3 punktiga 1 täiendatakse KMS § 16 lõike 1 punktis 2 esitatud käibemaksuvabade teenuste loetelu rehabilitatsiooniteenusega. Kuna nii praegune SHS-is reguleeritud SRT kui ka tervishoiuteenused on käibemaksuvabad, on tulevikus jätkuvalt käibemaksuvaba ka RTHS-is reguleeritud rehabilitatsiooniteenus.

Paragrahvi 3 punktiga 2 muudetakse KMS § 16 lõike 1 punkti 4, jättes sellest välja viite SRT-d reguleerivale SHS-i paragrahvile. Sättes on nimetatud käibemaksuvabad sotsiaalteenused. Kuna SRT kaob ja sellega seoses muutub kehtetuks ka SHS § 56, tuleb viide sellele paragrahvile loetelust välja jätta. Tegemist on tehnilise muudatusega, mis on seotud SHS-i sätete kehtetuks tunnistamisega.

Eelnõu §-ga 4 muudetakse PISTS-i.

Paragrahvi 4 punktiga 1 tunnistatakse kehtetuks PISTS § 2³ lõike 6 punkt 6, mille kohaselt võetakse puude raskusastme tuvastamisel muu hulgas arvesse rehabilitatsiooniplaani olemasolu korral selles ettenähtud tegevused. Uutel alustel rehabilitatsiooniteenuse korralduse puhul rehabilitatsiooniplaani ei koostata. Puude raskusastme tuvastamise protsessis praktikas rehabilitatsiooniplaanis esitatud andmetele ei toetuta.

Paragrahvi 4 punktidega 2 ja 3 muudetakse PISTS § 6 lõike 1 ja § 7¹ lõike 1 sõnastusi, jättes nendest välja viite rehabilitatsiooniplaanile. Tegemist on tehnilise muudatusega, mis on seotud SHS-i sätete kehtetuks tunnistamisega.

Eelnõu §-ga 5 muudetakse RaKS-i.

Muudatusega täiendatakse RaKS §-i 30 kahe lõikega. Ravikindlustuse seaduse ja tervishoiuteenuste korraldamise seaduse muutmise seadus (psühhiaatria saatekirja, e-konsultatsioon ja erialata arstid) 922 SE¹¹ täiendab RaKSi samade § 30 lõigetega – lõiked 5 ja 6, ning vastavad põhjendused sätete lisamiseks on toodud viidatud eelnõu seletuskirjas. Käesoleva eelnõuga täiendatakse mõlemat lõiget võimalusega rakendada e-konsultatsiooni ka olukorras, kui inimene suunatakse perearsti, eriarsti või õe poolt rehabilitatsiooniteenusele. Erisus võrreldes 922 SE-s tehtava muudatusega seisneb selles, et rehabilitatsiooniteenusele suunamise korral ei ole eesmärgiks konsultatsioon kahe tervishoiuteenuse osutaja vahel, vaid inimese suunamine uuele teenusele. Rehabilitatsiooniteenuse korral saab e-konsultatsioonile vastata rehabilitatsiooniteenuse osutaja meeskonda kuuluv tervishoiutöötaja, sealhulgas TTKS alusel tervishoiutöötajaga võrdsustatud isik ning vastuseks olla kas inimese teenusele võtmine või suunajale põhjendatud keelduva vastuse andmine. Keelduva vastuse põhjuseks saab olla ka ebapiisav informatsioon e-konsultatsiooni saatekirja täitmisel. Seetõttu ei takista keeldumine ka uue e-konsultatsiooni tegemist. Samal ajal saab keelduv vastus sisaldada ka soovitusi suunamise teinule, millised muud meetmed võivad olla rehabilitatsiooniteenuse osutamise asemel asjakohased. Samas võimaldab e-konsultatsiooni kaudu suunamine kokku hoida inimese aega, kuivõrd suunav perearst, muu eriarst või õde peab tuvastama kindla teenusepakkuja, kes pakub inimesel asjakohast rehabilitatsiooniteenus ning inimesel endal puudub sarnaselt tavapärase e-konsultatsiooniga vajadus ise teenusepakkujat otsida.

Lõiget 6 täiendatakse erisusega, kes ja kuidas töötavad välja e-konsultatsiooni saatekirja ja selle vastuse sisu. Kui üldjuhul on e-konsultatsioon seotud spetsiifilise valdkonnaga, siis rehabilitatsiooniteenuse korral on osapooli väga palju. Sellest tulenevalt on vastava sisu väljatöötamise kohustust kõigil rehabilitatsiooniteenuse osutamisega seotud erialaühendustel koostöös, Tervisekassa kinnitajana tagab, et mitmepoolne sisend koondatakse ühiseks tervikuks ja avaldatakse Tervisekassa veebilehel.

Eelnõu §-ga 6 muudetakse RLS-i.

Muudatusega tunnistatakse kehtetuks RLS § 286³, milles on sätestatud SRT osutamise tegevusloa riigilõivu määr. Majandustegevuse seadustiku üldosa seaduse § 19 lõike 7 kohaselt peab ettevõtja tasuma tegevusloa taotluse esitamisel selle lahendamise eest riigilõivu RLS-is sätestatud määras. Kuna SRT korraldamine SKA poolt lõpetatakse ja selle osutamiseks nõutavaid tegevuslubasid alates 01.02.2027 enam ei väljastata, tuleb sellega seoses kehtetuks tunnistada ka RLS-i säte, milles on kehtestatud tegevusloa riigilõivu määr. Tegemist on tehnilise muudatusega, mis on seotud SHS-i sätete kehtetuks tunnistamisega.

Eelnõu §-ga 7 muudetakse SHS-i.

Paragrahvi 6 punktiga 1 tunnistatakse kehtetuks SHS § 13¹ lõiked 3 ja 4, 3. peatüki 2. jagu ja §-d 147–150, milles on kehtestatud SRT ning selle osutamiseks nõutava tegevusloa regulatsioon. SRT lõppemisega lõpetab SKA SRT eest tasu maksmise, mis tähendab, et asutusele ei jää enam kohustust menetleda SRT avaldusi ning väljastada teenuse saamiseks suunamisotsuseid. Samuti ei sõlmi SKA teenuseosutajatega SRT lepinguid ning lõpetab teenuse osutamiseks vajalike tegevuslubade menetlemise, lepingujärgse kontrolli ja järelevalve tegemise.

¹¹<https://www.riigikogu.ee/tegevus/eelnoud/eelnou/bf75e56c-7297-472f-8354-6e567b4558e7/ravikindlustuse-seaduse-ja-tervishoiuteenuste-korraldamise-seaduse-muutmise-seadus-psuhhiaatria-saatekirja-e-konsultatsioon-ja-erialata-arstid/> (06.08.2026)

Paragrahvi 7 punktidega 2 ja 3 jäetakse SHS § 142¹ lõike 1 punktist 2 ja § 144 lõike 6 punktist 7 välja viited SRT-le. Tegemist on sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregistri (edaspidi STAR) andmeid puudutavate sätetega, milles isiku kohta käivate muude andmete hulgas ei ole SRT-ga seotud andmete kajastamine teenuse korraldamise lõppedes asjakohane. Samuti lõppeb SRT korraldamise lõppedes SKA poolt STAR-i SRT vajaduse hindamise andmete kandmine.

Paragrahvi 7 punktiga 4 täiendatakse SHS 9. peatüki 1. jagu §-ga 160⁹, milles esitatakse rakendussätteid, mis puudutavad SRT osutamise erisusi 2027. aastal. Alates 2027. aasta 1.veebruari lõpetab SKA SRT osutamise tegevusloa taotluste vastuvõtmise, kuna uutel teenuseosutajatel ei jää enam turule tulemiseks ja teenuse osutamiseks piisavalt aega.

Paragrahvi 7 punktiga 5 täiendatakse SHS 9. peatüki 1. jagu §-dega 160¹⁰ ja 160¹¹, milles esitatakse rakendussätteid.

Paragrahvis 160¹⁰ reguleeritakse SRT osutamise tegevuslubade kehtetust. Alates 01.10.2027 loetakse SRT osutamiseks väljastatud tegevusload kehtetuks ning nende alusel enam teenust ei osutata. Tegemist on muudatusega, mis on seotud SRT regulatsiooni kehtetuks tunnistamisega.

Paragrahvis 160¹¹ reguleeritakse STAR-i kantud SRT vajaduse hindamise andmete säilitamist pärast rehabilitatsiooniteenuse korralduse muutmist. Kuni 2027. aasta 1. oktoobrini STAR-i kogutud SRT vajaduse hindamise andmed arhiveeritakse hiljemalt 2032. aasta 1. oktoobril ja neid säilitatakse viis aastat pärast teenuse saamise õiguse lõppemist. Pärast nimetatud tähtaja möödumist andmed anonüümitakse.

Kehtivas SRT korralduses algab teenusele saamine inimese või tema esindaja taotluse esitamisega SKA-le. Teenuse saamise õiguse tuvastamiseks viiakse läbi eraldi menetlus, mille käigus hinnatakse muu hulgas inimese vastavust seaduses sätestatud eeltingimustele, nagu puude raskusaste, töövõime staatus või muu teenuse saamise alus. Pärast teenust saama suunamist koostab rehabilitatsiooniteenuse osutaja rehabilitatsiooniplaani ning dokumenteerib teenuse osutamise oma infosüsteemides. Andmed inimese abivajaduse, teenuste kasutamise ja eesmärkide kohta paiknevad seejuures erinevates infosüsteemides ning tervishoiu-, sotsiaal- ja rehabilitatsioonivaldkonna andmevahetus on piiratud. Seetõttu tuleb inimesel sageli esitada samu andmeid mitmele asutusele ning läbida korduvaid hindamisi erinevate teenuste ja toetuste saamiseks.

Uues rehabilitatsiooniteenuse korralduses lähtutakse teenusel inimese tervises seisundist tulenevast abivajadusest, mitte puude raskusastmest või töövõime staatusest. Rehabilitatsiooniteenuse osutamise käigus tekkinud dokumentatsioon ja teenuse kokkuvõtte kantakse TIS-i, võimaldades õigustatud osapooltel kasutada inimese abivajaduse ja rehabilitatsiooniprotsessi kohta juba olemasolevat teavet. Sellega parandatakse tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna vahelist andmevahetust, vähendatakse andmete korduvat kogumist ning luuakse eeldused sujuvamaks teenuste korraldamiseks ja inimese vajadustest lähtuvaks koostööks. Reformi üheks oluliseks eesmärgiks on kaasaegsete IT-lahenduste arendamine ja andmete tõhusam kasutamine kogu rehabilitatsiooniprotsessi vältel.

SKA korraldusel toimub SRT raames andmete töötlemine valdavalt asutuse- ja teenusepõhiselt ning andmed on eri infosüsteemides (STAR, SKAIS, tervishoiuteenuse osutaja infosüsteem, Delta) hajutatud. Uue korralduse eesmärk on terviklik andmehaldus, kus rehabilitatsioonivajaduse hindamise, eesmärkide, teenuste ja tulemuste kohta kogutud info on paremini seotud TIS-iga. See vähendab dubleerivat andmekogumist ja parandab kahe valdkonna infovahetust.

Eelnõu §-ga 8 muudetakse SÜS-i.

Paragrahvi 8 punktiga 1 muudetakse SÜS § 38 lõike 1 punkti 2 ja § 39 lõike 2 punkti 2 sõnastusi, jättes nendest välja viited SRT andmetele. Kuna SRT kaob ja sellega seoses ei koguta alates 30.09.2027 sotsiaalkaitse infosüsteemi (edaspidi SKAIS) ka enam SRT andmeid, tuleb andmekogu regulatsioonist viited sellele teenusele välja jätta. SKAIS-i juba kogutud SRT andmeid säilitatakse andmekogus vastavalt SÜS-i lisatavale rakendussättele (vt p-s 2 esitatud muudatus). Tegemist on tehnilise muudatusega, mis on seotud SHS-i sätete kehtetuks tunnistamisega.

Paragrahvi 8 punktiga 2 täiendatakse SÜS-i 5. peatükki §-ga 39³, milles esitatakse rakendussäte, mis puudutab SKAIS-i kantud SRT andmete säilitamist pärast rehabilitatsiooniteenuse korralduse muutmist. Kuni 2027. aasta 1. oktoobrini SKAIS-i kogutud SRT andmed arhiveeritakse hiljemalt 2028. aasta 1. oktoobril ja neid säilitatakse kümme aastat pärast teenuse saamise õiguse lõppemist. Pärast nimetatud tähtaja möödumist andmed anonüümitakse. Täpsemad selgitused on esitatud eelnõu § 6 punkti 5 selgituste juures.

Eelnõu §-ga 9 muudetakse TTKS-i.

Paragrahvi 9 punktiga 1 täiendatakse TTKS-i § 3 lõikega 7, millega sätestatakse, et TTKS § 3 lõikes 6 nimetatud isikud on tervishoiutöötajaga võrdsustatud ka juhul, kui nad osutavad rahvatervishoiu seaduse §-s 22¹ sätestatud rehabilitatsiooniteenust ehk ka olukordades, kus nad ei osuta raviteenust. Muudatus tagab, et olukorras, kus rehabilitatsiooniteenuse osutamisse kaastakse spetsialistid, kes loetakse TTKS-i mõistes ravi osutamisel võrdsustatuks tervishoiutöötajaga, oleksid seda ka rehabilitatsiooniteenuse osutamisel. Eelkõige on see vajalik olukordades, kus rehabilitatsiooniteenuse osutaja otsustab inimesele teenuse osutamise üle ja korraldab epikriisi edastamise TIS-i.

Paragrahvi 9 punktiga 2 täiendatakse TTKS-i § 14 lõikes 1 ja § 22 lõikes 3 olevaid tegevusalade loetelusid rehabilitatsiooniteenusega. Muudatusega võimaldatakse perearstiabi osutaval äriühingul ja haiglat pidaval aktsiaseltsil või sihtasutusel osutada RTHS-is reguleeritud rehabilitatsiooniteenust. Praeguse tervishoiukorralduse alusel lubab TTKS perearstiabis osutada füsioteraapiat, logopeedilist ravi, psühholoogilist ravi, õendusabi ja ämmaemandusabi ning sotsiaalteenuseid, tegeleda tervishoiualase õppe- ja teadustööga ning kinnisasja kasutusse andmisega. Muudatusega loodava võimalusega osutada rehabilitatsiooniteenust tekib perearstidel võimalus kaasata patsiendi käsitluses täiendavaid spetsialiste rehabilitatsiooniteenuse osutamise nõuetele vastava meeskonna komplekteerimisel. Perearstiabi raames rehabilitatsiooniteenuse osutamisel on õigus saada teenust ka nendel inimestel, kes kuuluvad teise perearsti nimistusse.

Paragrahvi 9 punktiga 3 täiendatakse TTKS § 59¹ lõiget 1, lisades sellega TIS-is tervishoiugaa seotud töödeldavate andmete hulka ka rehabilitatsiooniteenuse osutamise andmed. Tervise seisundist tuleneva rehabilitatsioonivajaduse, seatud eesmärkide, osutatud teenuste ja saavutatud tulemuste kohta käivate andmete kättesaadavus võimaldab parandada tervishoiu ja rehabilitatsioonivaldkonna spetsialistide infovahetust ning vähendada andmete korduvat kogumist ja inimese vajaduste mitmekordset hindamist. Samuti parandab TIS-i kasutamine inimese enda ligipääsu teda puudutavatele rehabilitatsiooniteenuse andmetele. Inimesel tekib võimalus vaadata ühes kohas talle osutatud rehabilitatsiooniteenustega seotud andmeid, eesmäärke, kokkuvõtteid ja soovitusi. See toetab inimese teadlikku osalemist oma rehabilitatsiooniprotsessis ning vähendab vajadust dokumente korduvalt küsida või esitada erinevatele tervishoiuteenuse teenuseosutajatele.

Rehabilitatsiooniteenuse andmete esitamine TIS-i on põhjendatud, kuna tegemist on inimese tervise ja tegevusvõime parandamisele suunatud teenusega, mille osutamisel kogutakse ja kasutatakse terviseandmeid. Andmete dokumenteerimine TIS-is tagab raviprotsessi järjepidevuse, võimaldab

erinevatel inimese raviga seotud spetsialistidel saada vajalikku ülevaadet teenuse sisust ja tulemustest ning vähendab dubleerivat andmekogumist. Samuti toetab see teenuse kvaliteedi ja ohutuse tagamist ning annab patsiendile võimaluse oma terviseandmetele ühest kohast ligi pääseda.

Paragrahvi 9 punktiga 4 täiendatakse paragrahvi TTKS 59² lõiget 1 punktiga 4, milles sätestatakse, et tervishoiuteenuse osutaja on kohustatud TIS-i edastama andmed inimesele osutatud rehabilitatsiooniteenuse kohta vastavalt RTHS § 22³ lõikes 4 sätestatule. Tervishoiuteenuse osutaja peab edastama pärast rehabilitatsiooniteenuse osutamist selle kokkuvõtte ambulatoorse epikriisina TIS-i. Muudatusega pannakse TIS-i rehabilitatsiooniteenuse kohta (epikriis) andmete esitamise kohustus piiritletud üksnes tervishoiutöötajale, st ükski teine rehabilitatsiooniteenuse meeskonna liige vastavat kohustust täita ei saa.

Paragrahvi 9 punktiga 5 täiendatakse TTKS § 59³ lõiget 2 punktiga 4, millega antakse tervishoiuteenuse osutajale juurdepääs TIS-is olevatele isikuandmetele RTHS §-s 22¹ sätestatud rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks. Teenuseosutajad töötlevad rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks TIS-is olevaid rehabilitatsiooniteenuse saatekirja (e-konsultatsioon) ja rehabilitatsiooniteenuse kohta koostatava epikriisi andmeid. Muudatusega piiratakse, et ligipääs on üksnes tervishoiutöötajal.

Eelnõu §-ga 10 muudetakse TVTS-i.

TVTS § 22¹ lõike 1 punkt 5, mis reguleerib SKA ja Eesti Töötukassa vahelist andmevahetust SRT osutamiseks, tunnistatakse kehtetuks. Kehtiva regulatsiooni kohaselt on SKA-l õigus saada Eesti Töötukassalt SRT osutamiseks töövõime hindamisel antud eksperdiarvamusi ja töövõime hindamise otsuse andmeid. Kuna SRT kaob ja lõpeb ka seda teenust saada suunamine, ei ole SKA-l vaja alates 2027. aasta 30. septembrist enam Eesti Töötukassalt nimetatud andmeid vaja ja andmevahetuse regulatsioonist tuleb sellise andmevahetuse aluseks olev säte välja jätta.

Eelnõu §-s 11 esitatakse seaduse jõustumissätteid.

Seadus jõustub 2027. aasta 1. oktoobril, mil lõpetatakse SKA korraldusel SRT osutamine ning teenuse korraldamine kehtivas süsteemis on võimalik kuni 2027. aasta 30. septembrini. Seaduse jõustumise ajaks on tagatud piisav aeg selleks, et ümberkorraldused ja ettevalmistavad tegevused (sh IT-arendused) oleksid plaanipäraselt teostatud.

Seaduse § 7 punkt 4 jõustub 2027. aasta 1. veebruaril, kuna SKA alustab SRT lõpetamiseks ettevalmistavate tegevustega juba varem. Alates 2027. aasta 1. veebruarist ei võta SKA enam vastu uusi rehabilitatsiooniteenuse osutamise tegevusloa taotlusi, kuna uutel teenuseosutajatel ei jää enam turule tulemiseks ja teenuse osutamiseks piisavalt aega.

Eelnõu vastavus põhiseadusele

Riigil on avar kaalutusruum sotsiaalpoliitiliste valikute tegemisel, et teenuseid ümber kujundada või teenuste korraldust muuta. Rehabilitatsioonisüsteemi muudatusel on mõistlik ja legitiimne eesmärk ning üleminek praeguselt SRT-lt uuele teenusele on korraldatud viisil, mis ei põhjusta teenusesaajatele ebamõistlikku või ebaproportsionaalset kahju. Teenus korraldatakse ümber, kuid see ei kao abivajajate jaoks ära. Eelnõuga kavandatud muudatused on kooskõlas PS §-st 28 tuleneva igäihe õigusega tervise kaitsele. Rehabilitatsiooniteenuse ümberkorraldamise eesmärk on parandada teenuse kättesaadavust, tagada selle sisuline vastavus inimese tegelikule terviseseisundist tulenevale abivajadusele ning toetada inimese iseseisvat toimetulekut ja funktsioneerimisvõime

säilitamist või parandamist. Selline eesmärk vastab tervisepõhiõiguse sisule, mis ei piirdu üksnes haiguste raviga, vaid hõlmab ka toimetuleku ja heaolu toetamist.

Vajaduspõhisele rehabilitatsiooniteenuse korraldusele üleminek tugevdab tervise kaitse põhiõiguse tegelikku teostamist. Teenusele ligipääsu sidumine puude raskusastme asemel terviseseisundist tuleneva funktsioneerimisvõime piirangu ja kompleksse rehabilitatsioonivajadusega vähendab formaalseid takistusi teenust saama jõudmisel ning võimaldab inimesel saada abi ajal, mil sellest on tervisele ja toimetulekule tegelik kasu.

Rehabilitatsiooniteenuse muudatused suurendavad ka PS §-s 12 sätestatud võrdsuspõhiõiguse kaitset. Teenuse saamise õigus ei sõltu enam puude olemasolust või raskusastmest, vaid sisulisest abivajadusest. See aitab vältida olukordi, kus sarnase terviseseisundi ja funktsioonipiiranguga inimesi koheldakse erinevalt üksnes formaalse otsuse olemasolu või puudumise tõttu. Kõiki rehabilitatsiooniteenust vajavaid inimesi koheldakse edaspidi võrdselt, lähtudes objektiivselt ja põhjendatud kriteeriumist – inimese terviseseisundist ja sellest tulenevast toimetuleku piirangust.

Rehabilitatsiooniteenuse saaja õiguste võimalik riive seisneb üksnes selles, et rehabilitatsiooniteenuse saamine eeldab vajaduse hindamist ja koordineeritud suunamistegevust. See riive on põhiseaduspärane, kuna see teenib tervisepõhiõiguse tõhusama kaitse eesmärki. Kokkuvõttes on eelnõuga valitud lahendused sobivad, kuna terviklik hindamine ja koordineerimine aitavad suunata inimese õigeaegse ja asjakohase teenuseni. Need on vajalikud, sest teenuste killustatud ja formaalsetel alustel toimiv korraldus ei võimalda sama tulemuslikku tervise ja toimetuleku toetamist. Isiku õiguste riive on mõõdukas, kuna see ei välista kedagi teenuse saajate hulgas egasea ebamõistlikke tingimusi teenusele ligipääsuks ning vähendab inimese halduskoormust võrreldes varasema süsteemiga.

4. Eelnõu terminoloogia

Eelnõus ei võeta kasutusele uusi termineid.

5. Eelnõu vastavus Euroopa Liidu õigusele

Eelnõu ei ole seotud Euroopa Liidu õiguse rakendamisega.

6. Seaduse mõjud

Poliitikamuudatuse rakendamisel võib eeldada sotsiaalset, majanduslikku, hariduslikku ja regionaalset mõju, samuti mõju riigivalitsemisele ja infotehnoloogilistele arendustele. Seaduse mõjusid käsitlev peatükk on üles ehitatud sihtrühmapõhiselt. Sihtrühmadena on eristatud rehabilitatsiooniteenuse vajajad (kasutajad) ja nende lähedased, senise SRT osutajad, tervishoiuteenuse osutajad, KOV-id, haridusasutused ning riigi- ja avalik-õiguslikud asutused.

Eelnõuga kaasneb oluline mõju mitmele sihtrühmale, mistõttu on kavandatud eelnõu muudatuste mõju järeelhindamine. Tegevuse täpsem sisu ja ajakava kujunevad pärast eelnõukohase seaduse jõustumist. Kavas on võrrelda uut tervishoiusüsteemipõhist korraldust varasema teenuse korraldusega ning analüüsida ümberkorralduste mõju teenuse kättesaadavusele, tulemuslikkusele, kvaliteedile ja kulutõhususele. Hindamise tulemused integreeritakse poliitikakujundamisse ning nende toel kohandatakse vajaduse korral pikaajalist visiooni rehabilitatsiooniteenuse täielikuks integreerimiseks tervishoidu.

Koondhinnang eelnõu muudatuste mõjust halduskoormusele

Eelnõu toob halduskoormuse kasvu kaasa peamiselt rehabilitatsiooniteenuse osutajatele. Nende jaoks võib koormus suureneeda seoses vajadusega saada Tervisekassa lepingupartneriks ning tõendada vastavust rehabilitatsiooniteenuse osutamise nõuetele. Eelkõige puudutab see seniseid sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse osutajaid, kes peavad uues tervishoiusüsteemis lepingu sõlmimiseks täitma täiendavaid organisatsioonilisi, kvaliteedi- ja kvalifikatsiooninõudeid. Lisanduvad või muutuvad rangemaks nõuded rehabilitatsioonimeeskonna moodustamisele, kvaliteedijuhtimise ja andmete säilitamisele 30 aastaks. Teenuseosutajate halduskoormus väheneb aga eelkõige dokumenteerimise ja menetluste lihtsustamise kaudu, kuna rehabilitatsiooniteenuse dokumenteerimine viiakse tervishoius juba kasutatavate infosüsteemide ja tööprotsesside juurde ning rehabilitatsiooniplaani koostamise kohustus kaob. Selle asemel kasutatakse tervishoius tavapäraseid dokumente. Paindlikkuse suurenemisega kaasneb siiski vajadus koostada tegevuskava ja viia läbi vahehindamisi. Kaob vajadus täita paralleelselt erinevate asutuste (SKA, Töötukassa, Tervisekassa) erinevaid menetlus- ja aruandlusnõudeid. Teenuse korraldus koondatakse tervishoiusüsteemi, mis vähendab dubleerivat asjaajamist ning võimaldab kasutada ühtset andmevahetust ja töökorraldust. SRT tegevuslubade süsteemi lõpetamisega kaob ka vastava tegevusloa taotlemise ning selle eest riigilõivu tasumise vajadus.

Eelnõu vähendab kokkuvõttes abi vajavate inimeste halduskoormust. Halduskoormuse vähenemise toob eelkõige kaasa asjaolu, et rehabilitatsiooniteenuse saamine ei sõltu edaspidi puude raskusastme tuvastamisest ega töövõime hindamisest. Inimene ei pea teenuse saamiseks läbima eraldi hindamismenetlusi ega esitama avaldust SKA-le, vaid teenusele suunamine toimub tervishoiutöötaja kaudu e-konsultatsiooni alusel. Sellega väheneb dokumentide esitamise, hindamistel osalemise ja erinevate ametiasutustega suhtlemise vajadus. Lisaks vähendatakse korduvaid ja sisult sarnaseid hindamisi ning välditakse olukordi, kus inimene peab sama teavet esitama mitmele asutusele. Lisakohustusena saab mõnel juhul käsitada enesehinnanguvormi täitmist enne teenusele suunamist. Andmed liiguvad ühtses tervise infosüsteemis, mis lihtsustab teenuse saamise protsessi ja vähendab asjaajamiskulu inimese jaoks. Üleminekuperioodil saavad kehtiva SRT suunamisotsusega inimesed automaatselt rehabilitatsiooniteenuse saatekirja. See välistab vajaduse pöörduda üksnes formaalse saatekirja saamiseks uuesti perearsti, eriarsti või õe poole.

6.1. Rehabilitatsiooniteenust vajavad inimesed (teenuse kasutajad) ja nende lähedased

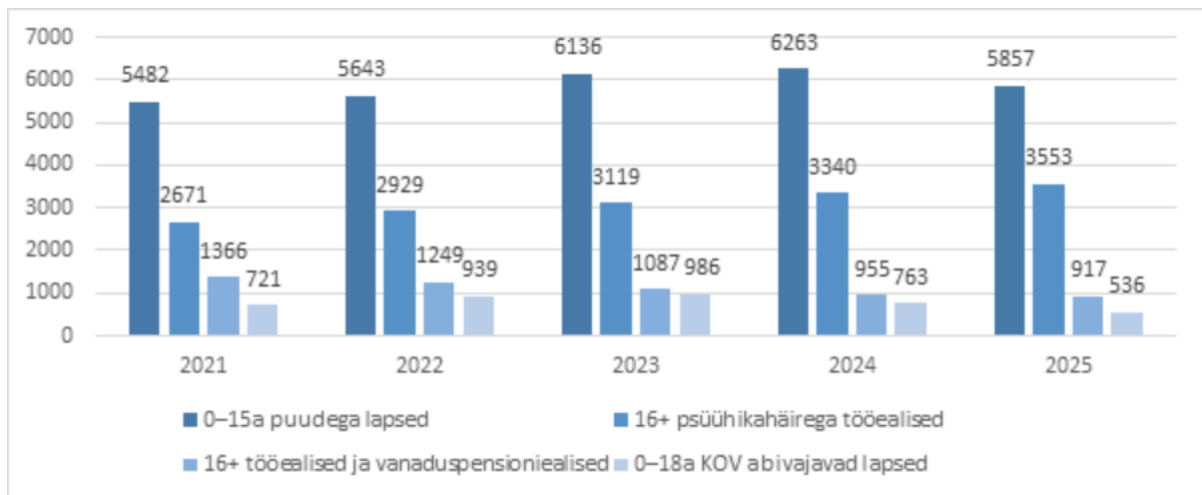
Poliitikamuudatus mõjutab kõiki terviseseisundist tulenevalt rehabilitatsiooni vajavaid inimesi. 2025. aastal sai senist SRT-d 10 827¹² inimest ehk ligikaudu 1% elanikkonnast¹³. Suurima sihtrühma (54% SRT saajatest) moodustasid kuni 15-aastased puudega lapsed, keda oli 5857, ehk ligikaudu 3% selle vanuserühma lastest Eestis¹⁴. Kuni 18-aastaseid KOV-i abivajavaid lapsi oli 536 ehk 5% kõigist SRT saajatest. Tööealisi (16–64 a) oli teenusesaajate hulgas 3899 (36% SRT saajatest ja 0,5% rahvastiku sellest vanuserühmast), kellest valdav osa (91%) ehk 3553 inimest olid psüühikahäirega. Vanaduspensioniealisi SRT saajaid oli 576¹⁵ (vt jooniselt 3 SRT kasutajate peamisi gruppe aastatel 2021–2025).

¹² Sotsiaalkindlustusameti andmed 20.03.2026, unikaalsed isikud 31.12.25 seisuga.

¹³ Statistikaameti andmed 20.03.2026 seisuga.

¹⁴ RV0240: rahvastik soo, vanuse ja elukoha järgi, 1. jaanuar. Statistika andmebaas.

¹⁵ Sotsiaalkindlustusameti andmed 20.03.2026, unikaalsed isikud 31.12.25 seisuga.



Joonis 3. SRT kasutajad 2021–2025, unikaalsed isikud (SKA)

Kuna reform kujundab ringi rehabilitatsiooniteenuse saamise alused, võib sihtrühma koosseis väikeses ulatuses muutuda, kuid rehabilitatsiooniteenust kasutavate inimeste koguarv jääb eelduslikult samasse suurusjärku SRT-d kasutanud inimeste arvuga. Reformiga võivad hakata rehabilitatsiooniteenust kasutama need inimesed, kellel on juba varem olnud kompleksse rehabilitatsiooni vajadus, kuid kes ei ole seni teenuse saamisele kvalifitseerunud, kuna neil ei olnud tuvastatud puude raskusastet ega vähenenud töövõimet. Teisalt võib eeldada, et need tuvastatud puude raskusastmega inimesed, kes said seni SRT raames üksikteenuseid, saavad neid teenuseid edaspidi kohe tervishoiusüsteemist ning nende arvelt vabaneb ressurss kompleksse rehabilitatsiooni osutamiseks.

Abivajajate kõrval on oluline sihtrühm ka abivajajate lähedased, näiteks rehabilitatsiooni vajavate laste vanemad, töö- ja vanemaealiste abivajajate elukaaslased, lapsed ja teised pereliikmed. Selle sihtrühma täpset suurust ei ole võimalik öelda, kuid tõenäoliselt on see vähemalt kaks-kolm korda suurem rehabilitatsiooniteenuse (potentsiaalsete) kasutajate hulgast.

Poliitikamuudatuse peamine mõju sihtrühmale avaldub selles, et edaspidi ei sõltu ligipääs tervisega seotud rehabilitatsioonitegevustele puude raskusastmest ega töövõime hindamise tulemustest, vaid inimese tegelikust rehabilitatsioonivajadusest, mis tuvastatakse tervishoiusüsteemis. Uutel alustel rehabilitatsiooniteenuse korraldus loob eeldused terviklike teenuse- ja tootevõimaluste kujundamiseks, mis ei lähtu inimese võimest süsteemis orienteeruda ning arvestavad tema tegelikke tervises seisundist tulenevaid piiranguid ja vajadusi. Tervise- ja sotsiaalteenuste parem loomine toetab varasemat ja täpsemini suunatud sekkumist, aidates ennetada funktsioneerimisvõime langust ning toetada kiiremat ja tõhusamat taastumist. Pikemas perspektiivis vähendab poliitikamuudatus nii ajutise kui ka püsiva töövõimetuse või puude kujunemise riski ning vajadust kulukate tervishoiu- ja hoolekandeteenuste järele. Parema ligipääsu tervises seisundiga seotud rehabilitatsioonitegevustele ja täpselt sihitatud teenused toetavad inimeste kiiremat ja tõhusamat taastumist, osalemist töö-, haridus- ja ühiskonnaelus ning inimeste ja nende perede paremat toimetulekut ja suuremat heaolu.

Kavandatavad muudatused kujundavad inimese abiteekonnad ümber, vähendavad abini jõudmise etappide hulka ning seovad abivajaduse märkamise, hindamise ja teenuste kavandamise ühtseks koordineeritud tervikuks. Muutused vähendavad dubleerimist, kahandavad abiteekondade katkestusi ning parandavad teenuste sidusust. Selle tulemusena vähenevad inimeste ajakulu ning otsesed ja kaudsed kulud, kuna kaob vajadus sama infot korduvalt esitada, erinevate asutuste vahel liikuda ja läbida paralleelseid hindamisi.

Muutused avaldavad olulist mõju ka rehabilitatsiooni vajavate inimeste lähedastele. Kui teenused on loogiliselt üles ehitatud ja seotud paremini inimese terviseseisundist tuleneva vajadusega, võib väheneda lähedaste hoolduskoormus ning teenuste kasutamisega seotud ajakulu ja töölt eemalolekust põhjustatud sissetulekukaotus. Samuti võib väheneda administratiivne ja emotsionaalne koormus, mis on seotud teenuste (korduva) taotlemise, info otsimise ja erinevate asutustega suhtlemisega.

Planeeritud muudatuste tulemusena ei hüvitata enam teenusesaajatele transpordi- ega majutuskulusid samamoodi nagu senises SRT süsteemis. Uue regulatsiooni alusel ja Tervisekassa rahastusel ei ole majutus eraldi hinnastatud ehk ei ole osa riigieelarve eraldisest rahastatavast rehabilitatsiooniteenusest. 2025. aastal hüvitati peamiselt tööealistele ööpäevaringset majutusteenust 281 323 euro ulatuses. Puudega laste (0–15-a) ja nende esindajate majutuskulud hüvitati 11 741 euro ulatuses.¹⁵ Nimetatud kulu ei kandu aga kindlasti täielikult leibkondadele, sest senises süsteemis ei olnud majutuse vajadus täielikult vältimatu, vaid sõltus tugevalt inimese enda subjektiivsetest valikutest saada teenust oma mitte-elukohajärgses maakonnas. Poliitikamuudatus ei välista, et teenuseosutaja osutab inimesele ka majutusteenust, kuid see ei ole osa rehabilitatsiooniteenusest.

Eelnõu koostajate hinnangul on teenuseid vajava inimese transpordiküsimus vajalik lahendada tema leibkonna ja elukohajärgse KOV-i koostöös. 2025. aastal hüvitati teenusega seotud sõidukulusid kokku 35 593 euro ulatuses. Sellest 32 014 eurot ehk 89,9% moodustasid 876¹⁶ inimese või tema esindaja kulud teenuseosutaja juurde sõitmisel. Keskmine hüvitatud sõidukulu oli 30,7 eurot inimese kohta (mediaankulu 37,9 eurot inimese kohta). Sihtrühmade kaupa hüvitati psüühilise häirega tööealiste sõidukulusid 13 489,9 euro ulatuses (357 inimest), üle 16-aastaste sõidukulusid 9 911,6 euro ulatuses (297 inimest), 0–15-aastaste laste sõidukulusid 8 494,3 euro ulatuses (221 inimest) ning kohaliku omavalitsuse abivajavate laste sõidukulusid 118,5 euro ulatuses (4 inimest). Ülejäänud 3 579 eurot ehk 10,1% moodustasid teenuseosutajatele hüvitatud kulud spetsialistide sõitudeks inimeste juurde. Need kulud olid seotud 215 inimesega ning keskmine kulu oli 16,6 eurot spetsialisti kohta. Sealjuures olid teenuseosutajate sõidukulud valdavalt seotud 0–15-aastaste lastega. Selle sihtrühma arvele langes umbes 87% inimestest (186) ja 84% kuludest (3014 eurot).¹⁷ Sõidukulude hüvitamise kogumaht on seega piiratud ning valdav osa kuludest on seotud inimeste või nende esindajate sõiduga teenuseosutaja juurde.

Hüvitamise lõppemisel võib osa neist kuludest jääda inimeste ja nende leibkondade kanda, kuid olemasolevate andmete põhjal ei ole võimalik hinnata, kui suure osa puhul tekib vajadus KOV-i täiendava toe järele. Sõidukulude hüvitamisel kehtivas süsteemis ei hinnata inimese majanduslikku olukorda ega sisulist transpordivajadust. Hüvitamise eelduseks on inimese avaldus, teenuse saamiseks elukohajärgsest KOV-ist väljapoole liikumine, teenusel osalemise kontroll ning piisava limiidi järgi olemasolu. Seetõttu ei näita senised hüvitamisandmed, kui paljude inimeste jaoks oli transporditoetus majandusliku olukorra või tegeliku abivajaduse tõttu vajalik ning kelle jaoks võib teenusele jõudmine ilma täiendava toeta olla keeruline. Praeguste hüvitise saajate arvu ei saa samastada nende inimeste arvuga, kes vajavad reformi järel vältimatult KOV-i transpordituge. Ka ei saa kogu seni hüvitatud summat käsitada reformi järel automaatselt leibkondadele või KOV-idele kanduva kuluna. Mõju tegelik ulatus sõltub sellest, kui paljud inimesed vajavad teenusele jõudmiseks täiendavat tuge, milline on teenuste piirkondlik kättesaadavus ning mil määral on võimalik teenust osutada inimese elukoha lähedal või tema tavapärase keskkonnas.

¹⁶ 876 tähistab inimeste unikaalset arvu. Sihtrühmade kaupa esitatud arvudes võib sama inimene kajastuda rohkem kui ühes sihtrühmas, mistõttu ei ole need arvud omavahel summeeritavad.

¹⁷ Sotsiaalkindlustusamet, 2026; Sotsiaalministeeriumi arvutused.

Infosegaduse riski maandamiseks on Sotsiaalministeerium kavandamas sihtrühmadele suunatud teavitustegevusi (nt infopäevad, teavituskirjad), juhendmaterjalide koostamist ning info koondamist ja kättesaadavaks tegemist kõigi seotud asutuste veebilehtedel. Tõese ja üheselt arusaadava info õigeaegne kättesaadavus ja arusaadavus on kriitiline komponent sujuva teenust saada jõudmise tagamisel, seejuures eriti nende inimeste puhul, kellel on keerulisem süsteemis orienteeruda. Muudatuste ettevalmistamise käigus on juba kaardistatud huvikaitseorganisatsioonide ja partnerasutuste võrgustik, kelle kaudu infot edasi jagatakse. Tervisekassa on potentsiaalsetele lepingupartneritele rehabilitatsiooniteenuse osutamise lepingu tingimusi valmis tutvutama 2026. aasta sügisel.

Ülemineku perioodiga kaasneva teenuse kättesaadavuse riski vähendab lahendus, mille kohaselt koostatakse 30.09.2027 seisuga kehtiva SRT suunamisotsusega inimestele automaatselt rehabilitatsiooniteenuse saatekiri. 30.09.2027 kuupäevaga lõppevaid suunamisotsuseid on hinnanguliselt vahemikus 8000–10 000. Lahendus väldib olukorda, kus kõik senised teenusesaajad peaksid lühikese aja jooksul pöörduma tervishoiuteenuse osutaja poole üksnes uue saatekirja saamiseks. Automaatne saatekiri toetab teenuse järjepidevust, vähendab tervishoiutöötajate ühekordset koormust ning maandab riski, et teenuse saamine katkeb süsteemide vahetumise tõttu. Teenuse jätkumine uues süsteemis sõltub samas siiski inimese tegelikust rehabilitatsioonivajadusest ning rehabilitatsioonimeeskonna hinnangust rehabilitatsiooni asjakohasusele. Automaatne saatekiri ei taga teenuse jätkumist varasema SRT otsusega samas sisus või mahus, kuna rehabilitatsioonimeeskond hindab inimese vajadust uue teenusekorralduse alusel ning määrab koostöös inimesega teenuse eesmärgid, sisu, mahu ja vajalikud sekkumised.

Rehabilitatsioonivajaduse tuvastamise ühtse praktika tagamiseks töötatakse välja ühtsed rehabilitatsiooniteenusele suunamise ja e-konsultatsioonile vastamise juhised, milles kirjeldatakse, millal inimene teenusele suunatakse või jäetakse suunamata, millised andmed peavad sisalduma saatekirjas ning millistest põhimõtetest lähtutakse rehabilitatsioonivajaduse hindamisel. Hindamispraktika ühetaolisust toetavad ka tervise seisundipõhised käsitusjuhendid, teenuseosutajate kvaliteedijuhtimise nõuded, Tervisekassa lepingutingimused ning rakendamist toetavad koolitused ja juhendmaterjalid. Rakendamise käigus tuleb jälgida, kas teenusele vastuvõtmise ja teenuse mahu määramise praktika erineb teenuseosutajate või piirkondade kaupa. Täpsemate suunamiskriteeriumide kirjeldamine juhendis on ka kooskõlastustabelis kavandatud maandamismeede.

Kui inimese vajadust ei hinnata rehabilitatsiooniteenuse tingimustele vastavaks, suunatakse ta võimaluse korral tema vajadusele vastavale tervishoiu-, sotsiaal- või haridusvaldkonna üksikteenusele. Mõju ulatus sõltub seega lisaks hindamispraktikale ka sobivate üksikteenuste olemasolust ja kättesaadavusest.

Senisel kujul rehabilitatsiooniplaani uues süsteemis ei koostata ning selle asemel koostab rehabilitatsioonimeeskond koostöös inimesega tegevuskava. Tegevuskavas määratakse inimese tervise seisundist ja sotsiaalsest olukorrast lähtuvad eesmärgid, eesmärkide saavutamiseks vajalikud sekkumised ning teenuste maht ja kestus. Teenuse käigus tehakse vahe- ja lõpphindamisi ning teenuse kokkuvõtte edastatakse ambulatoorse epikriisina TIS-i. Tegevuskava koostamisel on suurem paindlikkus rehabilitatsiooniteenuse osutajal – oluline on, et see sisaldab nõutud andmeid. Muudatusega kaasneb mõju teenuseosutajate töökoormusele, kuna rehabilitatsiooniplaanide koostamine praeguses süsteemis on olnud bürookraatlik ning suure töökoormusega. Sellega, et teenuseosutaja ei pea enam rehabilitatsiooniplaane koostama, vabaneb oluline spetsialistide ressurss inimesega vahetult tegelemiseks ning talle teenuse osutamiseks.

Poliitikamuudatus võib rakenduslike probleemide korral tuua kaasa ajutisi häireid konkreetsete teenuste osutamisel konkreetses piirkonnas ja sel moel võib ajutiselt esineda regionaalset ebavõrdsust teenuste kättesaadavuses. Nagu näitavad tabelid 2 ja 5, ei ole ka praegu teenuste osutamine maakondades päris sünkroonis teenusevajadusega ning see võib üle kanduda ja mõnel juhul võimenduda ka uues süsteemis. Regionaalsed erinevused võivad lisaks teenuseosutajate paiknemisele avalduda ka hindamispraktikas ning inimesele sobivate alternatiivsete tervishoiu-, sotsiaal- ja haridusteenuste kättesaadavuses. Piirkondliku teenuse kättesaadavuse riski maandab olulisel määral see, kui igas maakonnas pakub rehabilitatsiooniteenust vähemalt üks haiglavõrgu haigla. Ajutisi häireid üksikute teenuste regionaalses kättesaadavuses on võimalik maandada haiglavõrgu haiglate koostöös. Praegune teenuseosutajate jaotus maakondade üleselt on ebaühtlane – muudatus parandab teenuse kättesaadavust näiteks Hiiumaal, Läänemaal, Jõgevamaal, kui neis maakondades kujuneb välja nõuetele vastav ja piisava mahuga teenusepakkumine.

Tabel 2. SRT saajad elukoha maakonna ja sihtrühma järgi, 2025

Teenusesaaja elukoha maakond rahvastikuregistri järgi	16-a ja vanemad inimesed ¹⁸ (lg 1)	KOV-i abivajav laps (lg 2)	0–15-a puudega laps (lg 3)	Psüühikahäirega tööealine (lg 5)	KOKKU (unikaalsed)
Harju	396	305	2 298	1 628	4 591
Hiiu	3	8	13	11	35
Ida-Viru	135	29	682	379	1221
Jõgeva	17	9	128	70	224
Järva	9	22	172	74	273
Lääne	10	21	53	20	102
Lääne-Viru	23	49	316	152	540
Põlva	27	6	144	133	309
Pärnu	45	23	338	139	543
Rapla	19	11	129	67	225
Saare	13	1	114	44	172
Tartu	114	50	1 024	633	1815
Valga	13	2	144	62	221
Viljandi	41	8	207	119	375
Võru	57	5	142	142	346
Mitte Eesti	6	0	16	17	40
Puudub kehtiv aadress	0	0	106	13	144
Eesti kokku (unikaalsed)	917	536	5 857	3 553	10 827

Allikas: SKA

Kuna laste sihtrühmas (0–15-a) on positiivsete suunamisotsuste (üle 90%) ja teenusesaajate osakaal väga suur, võib eeldada, et laste puhul toimib teekond taotluse esitamisest teenuse saamiseni ning reform seda alamsihtrühma ei kasvata. Küll aga on reformil tõenäoliselt oluline mõju tööealistele abivajajatele, kelle puhul on teekonnal SRT teenuse taotlusest teenuse kasutamiseni olnud kõige suurem väljalangevus nii menetluse käigus kui ka pärast positiivset otsust. See viitab kitsaskohtadele nii teenuse kättesaadavuses (nt järjekorrad) kui ka protsessis laiemalt (sh info liikumine ja motivatsiooni vähenemine pikema ooteaja jooksul). Vanemaealiste (64+) puhul on teenusesaajate

¹⁸ Puudega/ vähenenud töövõimega töö- ja pensionialised. Siin ei sisaldu 16-aastased ja vanemad psüühikahäirega puudega või vähenenud töövõimega isikud, kes on toodud tabeli veerus „psüühikahäirega tööealine“.

arv olnud kõige väiksem. Positiivsete otsuste osakaal on juba algtasemel väiksem (50–60%¹⁹) ning suurem osa taotlusi katkeb menetluse käigus või võetakse tagasi. Selles sihtrühmas põimub SRT vajadus sageli teiste teenustega (nt hoolekandeteenused või tervishoiu üksikteenused), mistõttu ei pruugi SRT olla alati sobiv lahendus või ei hakata teenust praktilistel põhjustel kasutama.

Kokkuvõttes avaldab poliitikamuudatus sihtrühmale märkimisväärsel mõju, lihtsustades inimestele vajaduspõhiste teenuste kättesaamist, ja vähendab oluliselt bürokraatiat. Sihtrühm moodustab väikese osa kogurahvastikust, kuid sihtrühmal on suur toetusvajadus. Muudatus nõuab üleminekufaasis sihtrühma kohanemist uute tingimustega, kuid protsess on neile võrreldes kehtiva lahendusega oluliselt mugavam ja vähem koormav. Uutel alustel pakutav rehabilitatsiooniteenus võimaldab kujundada terviklikud teenuse- ja toetuskonnad, mis ei lähtu üksnes inimese võimest süsteemis orienteeruda, vaid arvestavad tema tegelikke tervises seisundist tulenevaid piiranguid ja vajadusi.

6.2. SRT osutajad

Poliitikamuudatus mõjutab väga oluliselt seniseid SRT osutajaid. 2026. aasta alguses oli kehtiv SRT osutamise tegevusluba 179 juriidilisel isikul, kellest 119 olid ka SKA SRT osutamise lepingupartnerid.²⁰ Juriidiliselt vormilt olid neist 43 mittetulundusühingud, 49 osaühingud, 6 aktsiaseltsid, 9 sihtasutused, 9 KOV hallatavad asutused ja 3 riigikoolid. SRT meeskondadesse kuulus 1942 spetsialisti, kellest 84,9% panustas vaid ühe teenuseosutaja juures.²¹ Kuna suur osa SRT osutajatest pakub ka tööalase rehabilitatsiooni teenust (TRT) (ca 60% ehk 74 asutust), mõjutab muudatus ka TRT osutajaid, keda oli 2025. aastal kokku 95.²² Kõigist tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandetasutustest (2024. a seisuga 2766²³) moodustavad SRT-d ja TRT-d pakkuvad asutused väikese osa (5%).

2025. aasta juuli seisuga oli SRT meeskondi 145, sealhulgas kuulus osa neist SKA lepingupartneriks oleva sama asutuse alla, kuid tegutsemiskohad olid erinevad. Keskmiselt oli ühes SRT meeskonnas 17,3 spetsialisti ning esindatud 7,4 eriala spetsialistid (4–10) (vt tabel 3) ehk teenuseosutamine on ka seni tuginenud valdavalt multidistsiplinaarsele meeskonnatööle. Suurimas meeskonnas oli 56 spetsialisti, neist 27 kogemusnõustajat.

Tabel 3. Spetsialistid SRT meeskondades, sh keskmine ja maksimaalne arv meeskonna kohta, 2025

Spetsialist	Spetsialistide arv kokku meeskondades	Mitmes meeskonnas	Spetsialiste keskmiselt meeskonnas, kus on erialaspetsialist	Spetsialiste maksimaalselt meeskonnas
Arst	123	73 (63%)	1,7	6
Eripedagoog	452	126 (87%)	3,6	24
Füsioterapeut	393	131 (90%)	3	28
Kogemusnõustaja	324	96 (66%)	3,4	27
Logopeed	280	105 (77%)	2,7	20
Loovterapeut	149	86 (59%)	1,7	12
Psühholoog	508	143 (99%)	3,5	22
Sotsiaaltöötaja	368	144 (99%)	2,5	12

¹⁹ Sotsiaalkindlustusameti andmed suunamisotsuste osas ajavahemikus 2020-2024, 06.04.2025.

²⁰ Sotsiaalkindlustusameti andmed 26.02.2026 seisuga.

²¹ Sotsiaalkindlustusameti andmed 26.08.2024 seisuga.

²² Töötukassa andmed 26.03.2026, 31.12.2025 seisuga.

²³ Statistikaamet, 2025. Statistilisse profiili kuuluvad ettevõtted. [Er021: statistilisse profiili kuuluvad ettevõtted tegevusala \(EMTAK 2008\) järgi. Statistika andmebaas](#) (26.03.2026)

Tegevusterapeut	140	78(54%)	1,7	9
Õde	151	85 (59%)	1,8	10

Allikas: SKA

Kõige enam SRT spetsialiste töötas ootuspäraselt 2025. aastal Harju ja Tartu maakonnas. Harju maakonnas töötas ligi 41% kõigist SRT spetsialistidest (1029) ja Tartu maakonnas ligi 18% (464 spetsialisti). Keskmise suurusega maakondades, nagu Pärnu, Viljandi ja Võru, jäi spetsialistide arv vahemikku 90–130, samas kui väiksemates maakondades, nagu Hiiu, Lääne ja Jõgeva, oli spetsialistide koguarv väga piiratud, ulatudes mõnest üksikust kuni paarikümneni. See viitab sellele, et nendes piirkondades põhineb rehabilitatsioonivõimekus kitsal spetsialistide ringil ning inimesed võivad sõltuda naabermaakondades pakutavast teenusest. Tabel 4 annab ülevaate SRT meeskondade erialalisest koosseisust maakonniti.

Tabel 4. Spetsialistid SRT meeskondades maakonniti, 2025*

Maakond	Spetsialist										Kokku
	Arst	Eri-pedagoog	Füsio-terapeut	Kogemus-nõustaja	Logo-peed	Loov-terapeut	Psühho-loog	Sotsiaal-töötaja	Tegevus-terapeut	Õde	
Harju	57	150	148	137	79	84	218	146	77	62	1029
Hiiu	1	0	3	7	1	1	3	2	1	2	20
Ida-Viru	15	33	47	42	32	4	54	36	13	21	263
Jõgeva	3	5	3	0	3	0	2	2	0	3	17
Järva	4	16	13	11	5	2	14	11	7	6	78
Lääne	0	2	1	0	0	1	1	3	1	1	9
Lääne-Viru	0	15	8	3	6	5	8	14	5	1	58
Põlva	3	11	16	3	5	3	9	6	2	4	54
Pärnu	9	20	11	32	11	7	24	29	4	8	131
Rapla	1	8	3	2	4	4	5	8	6	1	35
Saare	6	16	7	8	9	5	9	9	2	5	59
Tartu	15	140	67	45	95	17	113	64	10	13	464
Valga	0	13	9	9	11	4	13	9	2	3	64
Viljandi	1	12	28	18	11	7	21	18	9	7	112
Võru	8	11	27	7	8	5	13	11	1	14	94

* Tabelis esitatud spetsialistide arv ei ole unikaalsete isikute arv. Sama isik võib olla arvestatud mitmel ametikohal ja/või mitmes SRT meeskonnas.

Allikas: SKA

SRT saajate arv ühe spetsialisti kohta oli suurim Jõgeva, Lääne ja Lääne-Viru maakonnas (vastavalt 13,2, 11,3 ja 9,3 SRT saajat ühe spetsialisti kohta). See viitab nende piirkondade väikesele spetsialistide arvule ning võimalikele teenuse kättesaadavuse pingekohtadele. Kõige väiksem oli SRT saajate arv spetsialisti kohta Hiiu maakonnas (1,8 SRT saajat)²⁴, mis osutab väga väikesele koormusele ja samal ajal väga väikesele teenusemahule. Samas tuleb arvestada, et teenust ei saada alati isiku rahvastikuregistrijärgse elukoha maakonnas. SRT saajate maakondlik ränne on esitatud Tabelis 8.

Statistikaameti 2024. aasta andmetel töötas paralleelselt kahes rehabilitatsiooniteenust pakkuvas asutuses 2276 palgatöötajat (sh teenust vahetult mitteosutavad spetsialistid)²⁵. Seejuures töötasid ligi

²⁴ Statistikaameti andmed 30.04.2025 seisuga. Analüüsis käsitletud palgatöötajate hulka kuuluvad otseselt teenuse osutamisega seotud tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistid ning tugispetsialistid.

²⁵ Statistikaameti andmed 30.04.2025 seisuga. Analüüsis käsitletud palgatöötajate hulka kuuluvad otseselt teenuse osutamisega seotud tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistid ning tugispetsialistid.

pooled neist (49%) samal ametikohal mitmes asutuses, mis viitab töötajate jagunemisele erinevate teenuseosutajate vahel.

Seega iseloomustab rehabilitatsioonivaldkonna tööjõudu see, et samad spetsialistid osutavad teenuseid nii sotsiaalse kui ka tööalase rehabilitatsiooni raames ning töötavad sageli paralleelselt mitmes asutuses. Rehabilitatsiooni osutavatest asutustest mitmed osutavad ka tervishoiuteenuseid, sealhulgas Tervisekassa lepingupartnerina. Selline paindlik töökorraldus võimaldab toetada spetsialistide kohanemist teenuste korralduslikes muutustes ning võimaldada jätkata töötamist erinevate teenuseosutajate juures senise rehabilitatsioonivaldkonnas omandatud pädevuse alusel.

Teenuse osutamise jätkamise võimalused uues süsteemis

Uue korra kohaselt hakkab rehabilitatsiooniteenuse osutamine sõltuma tervishoiuteenuse osutaja tegevusloast ja vastavusest rehabilitatsiooniteenuse osutamise nõuetele. Senistel SRT osutajatel, kellel ei ole veel asjakohast tervishoiuteenuse osutamise tegevusluba, on riiklikult rahastatud rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks peamiselt kaks võimalust: 1) viia tegutsemisalused kooskõlla rehabilitatsiooniteenuse osutajale seatavate nõuetega ehk hankida endale sobiv tervishoiuteenuse osutaja tegevusluba või 2) pakkuda oma teenuseid asjakohase tegevusloa ja Tervisekassa lepinguga tervishoiuteenuse osutaja lepingupartnerina. Esimesel juhul tuleb tagada, et organisatsioonil oleks korrektne õiguslik vorm, sest tervishoiuteenuse osutaja ei saa olla näiteks MTÜ ega KOV hallatav asutus. Kui MTÜ-st teenuseosutaja otsustab uues korralduses jätkata tegevust äriühinguna, kaasneb sellega ühekordne äriregistri toimingute ja õigusliku ümberkorralduse kulu. Luues osaühingu MTÜ omandusse või asutades selle eraisiku(te)na, tuleb esmalt tasuda riigilõiv (e-äriregistris ettevõtet alustades on see 265 eurot). Tegevuse ja tegevuskoha vastavusse viimine tervishoiuteenuse osutamise tegevusloa nõuetega võib nõuda teenuseosutajalt lisakulu, eelkõige nõuetele vastavate ruumide, sisseseade, personali, IT-nõuete täitmiseks ja töökorralduse tagamiseks.

Rehabilitatsiooniteenust pakkuvad asutused, kel on sobiv tervishoiuteenuse osutamise tegevusluba, ei pea oma tegutsemisaluseid poliitikamuudatuse tõttu kohandama. 2026. aasta juuli alguse seisuga oli SRT-d osutavatest SKA lepingupartneritest 25-l ambulatoorse taastusravi, 47-l iseseisva füsioteraapia, 31-l iseseisva logopeedilise ravi osutamise, 22-l iseseisva psühholoogilise ravi tegevusluba ja 20-l psühhiaatria tegevusluba. SKA lepingupartneriks olevaid asutusi, kellel ei ole ühtegi tervishoiuteenuse osutamise tegevusluba, on ca 80. Perioodil veebruar 2026 kuni juuli 2026 on kasvanud kõige suurema klientide arvuga SRT osutajate arv, kellel on olemas uutal alustel rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks vajalikud tervishoiuteenuse osutamise tegevusload (vt ka tabel 5). Kuigi haiglavõrgu haiglatest pea kõigil on ka rehabilitatsiooniteenuse osutamise tegevusluba, olid 2026. aasta veebruari seisuga vaid osa neist SRT osutajana SKA lepingupartnerid. Suurimate SRT osutajate hulgas on paar taastusravi tegevusloaga tervishoiuteenuse osutajat ja ka üks haiglavõrgu haigla.

Asutused, kes tervishoiuteenuse osutajaks saada ei soovi, saavad siiski jätkata rehabilitatsiooniteenuste osutamist olles partneriks tervishoiuteenuse osutajatele, kel endal ei ole lepingu täitmiseks piisavat võimekust.

*Tabel 5. Suurimad SRT osutajad, inimeste arv ühes kuus keskmiselt (2025) ja tervishoiuteenuse osutamise tegevusloa olemasolu***

Asutus	SRT-d saavaid isikuid	Taastusravi tegevusluba	Psühhiaatria tegevusluba	Iseseisva füsioteraapia tegevusluba	Iseseisva logopeedilise ravi tegevusluba	Iseseisva psühholoogilise ravi tegevusluba
--------	-----------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--	--

	keskmiselt kuus					
Papaver MTÜ	344	ei	jah	jah	ei	ei
Lapssi OÜ	326	jah	ei	jah	jah	jah
Tallinna Erihoolekande- ja Rehabilitatsiooniteenuste Keskus	316	ei	ei	ei	ei	ei
Dorpat Tervis OÜ	257	jah	ei	ei	ei	ei
Eesti Laste ja Noorte Diabeedi Ühing	235	ei	ei	ei	ei	ei
ProVida Kliinik OÜ	229	ei	jah	jah	jah	jah
Virumaa Tugiteenused MTÜ	179	ei	ei	jah	jah	ei
Loodusmeel MTÜ	163	ei	ei	ei	ei	ei
ST.PeReKe OÜ	149	ei	jah	jah	jah	jah
Ühiselt MTÜ /Ühiselt Tervisekeskus OÜ	136	ei		jah	jah	ei
Põlva Haigla	135	jah*		ei	ei	ei

Allikas: SKA, MEDRE

* Üldhaigla, ** 04.07.2026 seisuga

Rehabilitatsiooniteenuse uus korraldus ja seotus tervishoiuvaldkonnaga muudab teenuse eesmärgipärasemaks. Väheneb dubleeriv töö, sest kaovad korduvad hindamised ja mahukad eraldiseisvad rehabilitatsiooniplaanid. Teenuseosutajad, kes on seni järginud mitme valdkonna reegleid, saavad halduskoormuse vähenemise tõttu enam keskenduda otsesele klienditööle. Uuenenud rehabilitatsiooniteenus tugineb olemasolevale tervisevaldkonna korraldusele, mis aitab vältida eraldi tegevusloa loomist ning sellega seotud haldus- ja arenduskulusid. Selline lahendus vähendab seni toimunud dubleerimist nii regulatsioonide kui järelevalve osas ning muudab ülemineku teenuseosutajatele lihtsamaks, kuna kasutatakse juba kehtivaid tegevuslubade, lepingute ja järelevalve mehhanisme.

Dokumenteerimine muutub senise rehabilitatsiooniplaani keskse mudeliga võrreldes tervishoiu dokumenteerimisloogikale lähedasemaks. Teenuseosutaja dokumenteerib igapäevase töö enda infosüsteemis ning esitab TIS-i rehabilitatsiooniteenuse kokkuvõtte. Rehabilitatsiooniplaani koostamise kohustus praegusel kujul kaob, mis vabastab spetsialistide aega sisuliseks tööks inimesega. Uus korraldus tähendab, et teenuseosutaja dokumenteerib teenuse eesmärgi, osutatud sekkumised, tulemused ja rehabilitatsiooniteenuse kokkuvõtte nii, et see info on tervishoiusüsteemis leitav ja kasutatav.

Uues süsteemis on eesmärk liikuda rehabilitatsiooniteenuse osutamisel terviseseisundipõhise pädevuse kasvatamise suunas. Selleks sõnastatakse rehabilitatsiooniteenuse liigid, mis võimaldab teenuseosutajatel väljendada, milliste terviseseisundite põhisel on neil olemas lisapädevus sihtrühmaga tegelemiseks ning võimaldab teenust hankida ka sihtrühmapõhiselt. Kuigi praktikas on paljudel teenuseosutajatel kujunenud kitsamad terviseseisundi- või vanusepõhised sihtrühmad, kehtivas regulatsioonis selliseks spetsialiseerumiseks aluseid ei olnud. Terviseseisundipõhise lisapädevuse kasvatamine võimaldab parandada teenuse kvaliteeti ja tulemuslikkust, kuna teenuseosutajad saavad paremini keskenduda kindlate sihtrühmade spetsiifilistele vajadustele.

Rehabilitatsioonimeeskondade koosseisu ja kvalifikatsiooninõuete muutmine võimaldab teenuse kvaliteeti ning spetsialistide pädevust täpsemalt määratleda (baaskvalifikatsioon). Nõuete kujundamisel võetakse arvesse tööjõu kättesaadavust, et tagada piisav spetsialistide ressurss vajaduspõhiseks teenuste osutamiseks meeskondades. Kvalifikatsiooninõuded kehtestatakse määruse tasandil ning muudatuste mõju selgitatakse määruse seletuskirjas.

Teenuse sisu kujundamisel tuleb teenuseosutajatel edaspidi enam lähtuda terviseseisundipõhistest sekkumistest, mis tuginevad standardiseeritud käsitusjuhenditele.²⁶ See võimaldab määratleda terviseseisundipõhised vajalikud sekkumised ja nende sisu ning sekkumisi rakendavad spetsialistid, vähendades teenuse kvaliteedi ja sisu varieeruvust. Samuti aitab see täpsemalt määratleda rehabilitatsioonimeeskonna põhimeeskonna koosseisu ning toetada ressursside sihipärasemat kasutamist.

Õigusest kaotatakse nõue, et vähemalt üks rehabilitatsioonimeeskonna spetsialist peab olema läbinud määrusega kehtestatud rehabilitatsioonivaldkonna koolituse või pidanud eriala omandamisel läbima vastava koolituse. Ühe spetsialisti koolitamine nõuetele vastavaks on teenuseosutajale tähendanud lisakulu suurusjärgus 1000 eurot. Paindlikum lähenemine võimaldab teenuseosutajal valida meeskonnale sobivaima erialase täiendkoolituse. Spetsialiseerumise toetamiseks on tulevikus vaja pakkuda rehabilitatsioonimeeskondadele rohkem nii kutsealapõhiseid kui ka kutsealadeüleseid alamvaldkonnaspetsiifilisi täiendkoolitusi.

Kui seni on kogemusnõustaja koolituse õppekava ja sisu olnud määrusega reguleeritud, siis poliitikamuudatusega kaotatakse määruse tasandil kehtestatud õppekava nõuded ning kehtestatakse kvalifikatsiooninõue, mille kohaselt peab kogemusnõustaja olema läbinud kogemusnõustaja täiendkoolituse. Rehabilitatsioonimeeskonna koosseisu võib seega ka edaspidi kaasata kogemusnõustaja, kellel on sarnane puude, tervisekahjustuse või erivajadusega seotud isiklik kogemus ja kes on läbinud kogemusnõustaja esmase koolituse.

Kohanemiskulu ja riskid

Ümberkorraldused pakuvad teenuseosutajatele uusi võimalusi ning toovad kaasa kohanemisvajaduse. Teenuseosutajad, kes vastavad kehtestatud nõuetele ja sõlmivad lepingu Tervisekassaga, saavad jätkata oma tegevust tervishoiusüsteemis. Üleminekuprotsessiga kaasnevad teenuseosutajatele kulud tegevusloa taotlemiseks, tööprotsesside ümberkujundamiseks ja vajaduse korral lisatööjõu palkamiseks. Seejuures võib suurem kohanemisvajadus kaasneda väiksematele MTÜ-dele.

Kulude täpset kogumahtu ei ole võimalik hinnata, kuna see võib teenuseosutajati väga oluliselt varieeruda ning sõltub otseselt teenuseosutaja tehtavatest valikutest tulevikus.

Asutused, kellel juba on tervishoiuteenuse osutamise tegevusloa ja lepinguline suhe Tervisekassaga, on üldjuhul üleminekuks paremini valmis ning kohandamist vajavad peamiselt tööprotsessid ja -korraldus. Praegu veel tervishoiuteenuse osutamise tegevusloata asutused peavad läbima mahukama kohanemisprotsessi. Asutused peavad esmalt hindama, kas ja kuidas võimaldavad senised tegutsemisalused ja töökorraldus teenuste osutamise jätkamist uues süsteemis. Kõik teenuseosutajad ei pruugigi uuenevatele nõuetele (kohe) vastata, mistõttu võib osa neist loobuda (reformi käivitumisel) teenuse iseseisvast osutamisest; samas on võimalik jätkata tegevust haiglate ja tervishoiuteenuse osutajate lepingupartnerina osa rehabilitatsiooniteenuse komponentide osutajana.

²⁶ [Package of interventions for rehabilitation](#) (08.04.2026)

Muudatusega kaasneb vähemalt lühiajalises vaates rehabilitatsiooniteenuse osutajate vajadus kohaneda osaliselt muudetavate rehabilitatsiooniteenust osutava tööjõu kvalifikatsiooninõuetega. Nende erialade puhul, kus kvalifikatsiooninõuded muutuvad senisest rangemaks, võib üleminekuperioodil väheneda nõuetele vastavate spetsialistide kättesaadavus ning teenuseosutajatel võib tekkida vajadus kohandada meeskonna koosseisu või töökorraldust. Tagamaks teenuseosutajate realistlikud võimalused moodustada nõuetele vastavad meeskonnad kõikides piirkondades, on riskide maandamiseks kvalifikatsiooninõuete rakendamiseks kavandatud üleminekuaeg, rakendamise ettevalmistamine ning koostöö teenuseosutajate ja erialaliitudega. Kvalifikatsiooninõuded reguleeritakse määruse tasandil ning seega kirjeldatakse kvalifikatsiooninõuetega seotud mõju asjakohases määruse seletuskirjas.

Uue korralduse rakendamine nõuab reformi jõustumisele eelneval perioodil uute tööprotsesside ja digilahenduste kasutuselevõttu. Pikemas vaates väheneb teenuseosutajate halduskoormus, kuna teenuse korraldus ja dokumenteerimine muutuvad ühtsemaks ning teenuste pakkumise korraldus muutub senisest paindlikumaks võimaldades vajaduspõhiselt teenuseid osutada ka inimese kodus või kaugnõustamisena. Muudatusega suureneb lühiajaliselt koolitus- ja kohanemiskoormus. Sihtrühma laienemine ja teenusele ligipääsu aluste muutus võivad üleminekufaasis suurendada nõudlust ning see võib reformi käivitumise faasis suurendada koormust nõuetele vastanud ja rehabilitatsioonilepingu sõlminud teenuseosutajatele.

Kokkuvõttes on muudatus teenuseosutajate jaoks väga olulise mõjuga, pannes ettevõtteid ja ühinguid, kellel ei ole tervishoiuteenuse osutaja tegevusluba, vaatama oma tegutsemisalused üle. Siiski pakub poliitikamuudatus senistele SRT osutajatele mitmeid paindlikke lahendusi oma tegevusega jätkamiseks. Teenust osutavate asutuste jaoks väheneb halduskoormus ning rehabilitatsioonivaldkonnas tekivad võimalused paremaks võrgustikutööks ja spetsialiseerumiseks.

6.3. Tervishoiuteenuse osutajad

Poliitikamuudatus mõjutab otseselt tervishoiuteenuse osutajaid, kes rehabilitatsiooniteenust osutavad või selle korralduses osalevad, sealhulgas nii perearstikeskusi ja haiglaid kui ka eriarstiabi osutajaid. Uue korraldusega on haiglavõrgu haiglatel kohustus osutada rehabilitatsiooniteenust. Teenust võivad pakkuda ka kõik nõutud tegevuslubadega tervishoiuteenuse osutajad. Koos haiglavõrgu haiglatega on ambulatoorse taastusravi ja füsiatriateenuse tegevusluba 79 asutusel.

Tabel 6. Haiglavõrgu haiglad SRT osutajatena (rehabilitatsiooniteenuse tegevusluba omavad haiglad ja viimane SKA lepingupartneriks olemise aasta)

<i>Haigla</i>	<i>Haigla liik*</i>	<i>Taastusravi leping</i>	<i>Rehabilitatsiooniteenuse tegevusluba</i>	<i>SKA lepingupartner SRT osutajana</i>
Tartu Ülikooli Kliinikum SA	11	jah	jah	2023
Tallinna Lastehaigla SA	11	jah	jah	2024
Ida-Tallinna Keskhaigla SA	12	jah	jah	2023
Lääne-Tallinna Keskhaigla SA	12	jah	ei	
Ida-Viru Keskhaigla SA	12	jah	jah	2026
Pärnu Haigla	12	jah	jah	2026
Järvamaa Haigla	13	jah	jah	2026
Kuressaare Haigla SA	13	jah	jah	2026
Läänemaa Haigla SA	13	ei	ei	

Rakvere Haigla SA	13	jah	jah	2023
Lõuna-Eesti Haigla SA	13	jah	jah	2026
Narva Haigla SA	13	jah	ei	
Viljandi Haigla SA	13	jah	jah	2026
Valga Haigla SA	13	jah	ei	
Hiiumaa Haigla SA	13	jah	ei	
Põlva Haigla SA	13	jah	jah	2026
Raplamaa Haigla SA	13	jah	jah	2026
Haapsalu Neuroloogiline Rehabilitatsioonikeskus SA	14	jah	jah	2023
Jõgeva Haigla SA	17	jah	jah	2025
Põhja-Eesti Regionaalhaigla SA	11	jah	jah	2026

*11 – piirkondlik haigla, 12 – keskhaigla, 13 - üldhaigla, 14 – taastusravihaigla, 17 – kohalik haigla

Maakonnas vähemalt ühele haiglavõrgu haiglale pandav kohustus ei tähenda, et iga haigla peab osutama rehabilitatsiooniteenust kõigile sihtrühmadele ja kõigis teenuseliikides. Teenusevõimekus kujuneb Tervisekassa lepingute, piirkondliku vajaduse, haiglate valmisoleku, spetsialistide olemasolu ja koostööpartnerite kaasamise kaudu.

Tervishoiuteenuse osutajate jaoks on poliitikamuudatuse pakutav oluline lisandväärtus see, et ravi ja rehabilitatsioon liiguvad ühte infovälja. TIS-i põhine vaade võimaldab tervishoiutöötajatel näha rehabilitatsiooniteenuse vajadust ja tulemust senisest paremini üheskoos muu terviseinfoga. Seni tervishoius pakutavast toest eraldatud rehabilitatsiooniteenuse osutajad ja rehabilitatsioonimeeskondade spetsialistid on võimalik panna sünkroonis tööle tervishoius tegutsevate meeskondadega. See võimaldab spetsialistidel toetada patsienti terviklikuma teabe alusel, õigeaegsemalt ja abivajaduse süvenemist ennetades.

Tervishoiutöötajatele kaasneb muudatusega kohustus tuvastada olulise tervisehäire ja -kao korral rehabilitatsiooniteenuse vajadust ning kui asjakohane, teha põhjendatud suunamine (koostada e-konsultatsiooni saatekiri). Koostöös rehabilitatsioonimeeskonnaga määratletakse konkreetsele inimesele sobiv ja tulemuslik toe pakkumise viis. Saatekirja, selle vastuse ja hilisema rehabilitatsiooniteenuse kokkuvõtte kaudu tekib kõigil patsiendiga kokkupuutuvatel tervishoiutöötajatel parem võimalus olla informeeritud sellest, kas ja millist rehabilitatsiooniteenust inimene saab või on saanud ning millise tulemuslikkusega.

E-konsultatsiooni saatekirja koostamine on perearstidele ja teistele seda lahendust juba kasutavatele tervishoiutöötajatele olemuselt tavapärane tegevus, kuid rehabilitatsiooniteenust saama suunamisega võib kaasneda täiendav töömaht. E-konsultatsioonide kasutamine on viimastel aastatel märkimisväärselt kasvanud. Tervise infosüsteemi andmetel suurenes e-konsultatsioonide arv 2022. aasta 64 286-lt 2025. aastaks 145 966-ni ehk enam kui kaks korda; 2026. aasta 4. augusti seisuga oli tehtud 107 101 e-konsultatsiooni. E-konsultatsioon on tervishoius eri erialadel laialdaselt kasutatav töökorralduslik lahendus, mistõttu rehabilitatsiooniteenusele suunamise korraldamine e-konsultatsiooni kaudu ei eelda uue suunamiskanali loomist, vaid olemasoleva lahenduse laiendamist uuele teenusevaldkonnale. E-konsultatsioon toimib seega ka esmase triaaži ja teenusevajaduse täpsustamise vahendina, toetades rehabilitatsiooniteenuse vajaduspõhist kasutamist ja võimaldades komplekssele teenusele suunata eelkõige inimesed, kelle puhul selle vajadus on põhjendatud.

Poliitikamuudatusega on kavas anda e-konsultatsiooni õigus rehabilitatsiooniteenust saama suunamisel ka õdedele, kelle jaoks on tegemist uue tööülesandega. Ka rehabilitatsiooniteenuse osutajatele, kes ei ole e-konsultatsiooni lahendust varem kasutanud, on tegemist uue tegevusega. Selle rehabilitatsiooniga seotud aspektidest tulenevat koormust saab vähendada koolituste, töötubade, juhendite või kogemuste jagamise kaudu. Tegevuste täpne maht ja sihtrühmad täpsustatakse rakendamise ettevalmistamise käigus. Rehabilitatsiooniteenusele suunamise e-konsultatsioonidele vastamisega seotud kulu on esialgsete arvutuste kohaselt praegust sihtgruppi arvestades hinnanguliselt 300 000 eurot. Tegevuste kulud kaetakse Sotsiaalministeeriumi välisvahenditest. Sotsiaalministeerium kavandab rakendamist toetavaid tegevusi nii 2026. kui 2027. aastal kaasates sellesse nii tervishoiu kui ka sotsiaalvaldkonna esindajaid.

Uues süsteemis kahaneb teenuseosutajate dokumenteerimisega seotud koguhalduskoormus, sest senised SRT korraldamise ja osutamisega seotud dubleerivad tegevused kaovad ning infoliikumine paraneb. Olemasolevate järelevalve- ja vastutussüsteemide kasutamine tagab ühtlasema kvaliteedikäsitluse ja parema nõuetele vastavuse kontrollitavuse.

Üleminekuperioodiga kaasneda võivat suunajate ülekoormuse riski vähendab lahendus, mille kohaselt koostatakse 30.09.2027 seisuga kehtiva SRT suunamisotsusega inimestele automaatselt rehabilitatsiooniteenuse saatekiri. See väldib olukorda, kus kõik senised teenusesaajad peaksid lühikese aja jooksul pöörduma arsti või õe poole üksnes uue saatekirja saamiseks. Automaatne saatekiri toetab teenuse järjepidevust, vähendab tervishoiutöötajate ühekordset koormust ning maandab riski, et teenuse saamine katkeb süsteemide vahetumise tõttu. Teenuse jätkumine uues süsteemis sõltub siiski inimese tegelikust rehabilitatsioonivajadusest ja rehabilitatsioonimeeskonna hinnangust. 30.09.2027 kuupäevaga lõppevaid suunamisotsuseid on hinnanguliselt vahemikus 8000–10 000.

Praktiliseks kitsaskohaks võib osutada taristu ja ruumide ebapiisavus eelkõige haiglates. Haiglate funktsionaalsetes arengukavades ei ole enamasti rehabilitatsiooni pakkumist täiendavas mahus planeeritud. Samas on enamik haiglavõrgu haiglaid olnud SRT osutajad ning seega omavad praktilist kogemust rehabilitatsiooniteenuse osutamisel haigla ruumides. Lahendustena nähakse võimalust kaasata lepingupartneritena juba olemasolevaid rehabilitatsioonimeeskondi ja nende tegutsemise asukohti. Samuti on võimalik teenuseid osutada paindlikumalt, sealhulgas inimese kodus või kaugnõustamisena, mis võib samuti leevendada oluliselt ruumipiiranguid. Pikemas perspektiivis saab lisavõimalusena potentsiaalselt kasutada Euroopa Liidu vahendeid tervishoiutaristu arendamiseks.

Oluline riskikoht konkreetse rehabilitatsiooniteenust osutava tervishoiuteenuse osutaja vaatevinklist on spetsialistide nappus. Näiteks on esile tõstetud laste sihtrühmaga tegutseda oskavate spetsialistide nappust. Lastega töötavate vaimse tervise spetsialistide, füsioterapeutide, logopeedide ja taastusraviarstide piiratud kättesaadavus võib mõjutada teenuse tegelikku mahtu ja piirkondlikku kättesaadavust. Riski maandamiseks arvestatakse ka rehabilitatsioonimeeskonna kutsealade vajadusega valdkondliku koolitustellimuse kokkuleppimisel ning täiendkoolitusprogrammide väljatöötamisel ja rakendamisel.

Kokkuvõttes on muudatus tervishoiuteenuse osutajate jaoks olulise mõjuga. Mõju ulatus on suur, kuna muutub rehabilitatsiooniteenuse osutamise ja koordineerimise roll ning igapäevane töökorraldus, sealhulgas teenusele suunamine, dokumenteerimine ja valdkondadevaheline koostöö. Peamiselt avaldub mõju üleminekuperioodil, misjärel

integreeruvad rehabilitatsioonivajaduse hindamine ja teenuste osutamine igapäevasesse ravigraafiasse.

6.4. KOV-id

Poliitikamuudatus leevendab kaudse mõjuna survet KOV tasandi sotsiaalsüsteemile keerukamate terviseprobleemidega inimeste juhtumikorralduses. Kui inimene saab õigeaegselt ja vajaduspõhiselt rehabilitatsiooniteenuseid, ei pruugi tema abivajadus süveneda, mistõttu võib nõudlus suurema ressursimahuga sotsiaalteenuste järele kahaneda või nende vajadus edasi lükkuda. Seega loob rehabilitatsioonireform eeldused KOV-ide koormuse kahanemiseks juhtumikorralduse selle osa arvelt, mis oli seotud tervishoiu ja rehabilitatsioonivaldkonna (senise puuduliku) koostöö koordineerimisega. Üleminekuperioodil võib KOV-ide töökoormus ajutiselt suurendada, kuna uue korralduse rakendamine eeldab kõikidelt osapooltelt kohanemist ning juhtudel, kus KOV on inimese jaoks esmaseks kontaktpunktiks, on KOV-idel vajalik abi vajavaid elanikke täiendavalt nõustada ja toetada nende liikumist muutuvast süsteemis.

Tabel 7. SRT saajate jaotus teenuseosutaja emaasutuse ja teenusesaaja rahvastikuregistrijärgse elukoha maakonna järgi 2025. aastal, SKA andmetel*

TO (emaasutus) Maakond	Harju	Hiiu	Ida-Viru	Jõgeva	Järva	Lääne	Lääne-Viru	Põlva	Pärnu	Rapla	Saare	Tartu	Valga	Viljandi	Võru	Mitte-Eesti	Puudub kehtiv aadress	Kokku (unikaalsed)
Harju	4 242	17	195	42	33	27	95	15	93	77	26	262	98	88	15	21	54	5 259
Hiiu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ida-Viru	48	1	869	7	2	2	5	2	6	1	1	8	0	1	2	5	21	957
Jõgeva	1	0	1	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20
Järva	53	13	56	15	200	64	23	0	17	9	7	9	4	5	0	1	3	454
Lääne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lääne-Viru	20	0	15	0	10	0	378	1	25	1	0	2	0	1	2	0	10	447
Põlva	18	0	3	8	1	0	4	211	3	0	1	50	9	4	56	3	2	359
Pärnu	93	4	34	11	14	4	13	7	367	46	17	44	73	124	27	5	5	864
Rapla	28	0	0	1	4	0	0	0	1	93	0	0	0	0	0	0	2	125
Saare	6	0	1	1	0	1	1	0	3	0	117	0	0	0	1	0	4	130
Tartu	49	1	19	112	9	3	18	51	16	3	4	1 430	52	22	32	3	18	1 786
Valga	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	8
Viljandi	7	0	2	6	6	0	0	0	14	0	0	4	3	164	0	1	2	202
Võru	72	0	46	9	4	3	9	27	8	2	1	35	7	12	218	0	0	448
Kokku (unikaalsed)	4 603	35	1 224	224	277	102	540	309	544	335	172	1 816	221	375	346	39	119	10 827

* Unikaalsete isikute arv on esitatud üksnes koondnäitajates ning maakondlikud arvud võivad sisaldada sama isikut korduvalt. Tabel ei kajasta teenuse tegelikku osutamiskohta; erineva maakonna all võivad kajastuda ka teenuseosutaja filiaalis, muus tegevuskohas või inimese juures osutatud teenused.

Poliitikamuudatuste tulemusena ei hüvitata enam teenusesaajatele transpordi- ega majutuskulusid ning osa sellest kulust võib kanduda üle KOV-idele. Tabel 7 näitab, et rehabilitatsiooniteenuseid osutavad asutused teenindavad sageli ka inimesi, kelle rahvastikuregistrijärgne elukoht asub teenuseosutaja emaasutuse juriidilisest aadressist erinevas maakonnas. See viitab rehabilitatsiooniteenuste korralduse maakonnaülesusele, kuid ei näita otseselt, kui palju inimesi sai teenust füüsiliselt väljaspool oma elukohamaakonda. Näiteks olid teistes maakondades elavate inimestega seotud teenusekasutuste osakaalud kõrged Pärnu (57%), Järva (56%), Võru (51%) ja Põlva maakonna (41%) juriidilise aadressiga teenuseosutajate puhul. Neid näitajaid tuleb siiski

tõlgendada ettevaatlikult, sest teenuseosutaja emaausutuse juriidiline aadress ei pruugi kattuda teenuse tegeliku osutamiskohaga.

Kuigi olemasolevate andmete põhjal ei ole võimalik maakonnaülese liikumise ulatust täpselt hinnata, esineb rehabilitatsiooniteenuste kasutamisel ka teenusesaajate liikumist teise maakonda. Selle põhjuseks ei pruugi olla üksnes teenuse puudumine elukohamaakonnas, vaid ka teises maakonnas pakutava teenuse sisu, korraldus või keskkond.

Samas on maakondi, kus valdav osa teenusekasutustest on seotud sama maakonna elanikke teenindavate ja selles maakonnas registreeritud emaausutustega. Ida-Viru ja Saare maakonnas moodustasid sellised teenusekasutused vastavalt 93% ning Lääne-Viru maakonnas 86%. Harju ja Tartu maakonna juriidilise aadressiga teenuseosutajate puhul oli sama maakonna elanikega seotud teenusekasutuste osakaal 81%.

Eespool esitatud transpordikulude andmed (lk 26) viitavad sellele, milline on olnud hüvitatud sõidukulude kogumaht. Eelnõu koostajate hinnangul on transpordikulu suhtelist väiksust ja olulist piirkondlikku varieeruvust arvestades otstarbekas lahendada sellega seotud küsimused kohalikul tasandil. Rehabilitatsiooniteenust saama suunamisega ei kaasne automaatselt KOV-i kohustust hüvitada inimese sõidukulusid. Transporditoetuse vajadust hindab KOV iga inimese puhul eraldi, lähtudes tema abivajadusest. Kui hindamise tulemusel selgub, et inimene vajab rehabilitatsiooniteenuse osutamise kohta jõudmiseks transpordituge, võib KOV seda vastavalt vajadusele korraldada või toetada.

Ööpäevaringset majutusteenust hüvitati 2025. aastal peamiselt tööealistele kokku 281 323 euro ulatuses. Puudega laste (0–15-a) ja nende esindajate majutuskulusid hüvitati 11 741 euro ulatuses.²⁷ Nagu varem märgitud, ei pruugi ei transpordivajadus ega ka majutuse vajadus olla vältimatud – need on olnud tugevalt seotud inimese valikutega saada teenust mitte elukohajärgses maakonnas. Tulevikus on ette nähtav maakonnapiire ületava teenusrände kahanemist, kuna reformi kontseptsioonis nähakse ette, et rehabilitatsioon on peamiselt kogukonnatoena pakutav teenus. Siiski on teenusränne kindlasti põhjendatud spetsiifiliste tervisehäirete puhul toe pakkumisel. Kui KOV-i abi vajaval elanikul tekib tulevikus vajadus kasutada teenuseid väljaspool elukohajärgset KOV-i ja maakonda, võib KOVil olla oluline roll selle vajaduse realiseerimisel. Mõju ulatus sõltub suurel määral sellest, kuidas kujuneb teenuste regionaalne kättesaadavus.

Reformi raames muutub mõneti ka osa KOVide puhul SRT kasutajaks olnud KOV-i abivajava lapse sihtrühma kuuluvate laste käsitus. Praegu kuuluvad SRT saajate sihtrühma ka lapsed, kelle rehabilitatsioonivajadus on tingitud riskikäitumisega seotud muredest. Osa neist vajavad abivajaduse iseloomust tulenevalt teistsuguseid sekkumisi. Seetõttu suurendatakse reformi käigus SKA korraldatava mitmedimensioonilise pereteraapia (MDFT)²⁸ pakkumist, sealhulgas ka KOV-i abivajavatele lastele. Muudatusega lisandub kuues MDFT meeskond, kelle tööle rakendamiseks vajalikud tegevused tehakse 2026. ja 2027. aastal ning komplekteeritud meeskond saab alustada tööd 1. oktoobrist 2027. aastal paralleelselt baasõppe läbimisega. Väljaõppe läbinud meeskond on valmis täisvõimsusel töötama 2028. aasta maikuuks.

6.5. Haridusasutused

²⁷ Sotsiaalkindlustusameti andmed 20.03.2026 seisuga.

²⁸ [Mitmedimensiooniline pereteraapia | Sotsiaalkindlustusamet](#) (15.04.2026).

Eelnõukohasel seadusel on haridusasutustele piiratud kaudne mõju. Reformi tulemusena suunatakse rehabilitatsiooniteenust saama edaspidi üksnes need lapsed, kellel on terviseseisundist tulenev rehabilitatsioonivajadus. See võib vähendada olukordi, kus rehabilitatsiooniteenust kasutatakse selliste vajaduste katmiseks, millele vastavad sisuliselt haridusasutustes osutatavad tugiteenused või muud sotsiaalvaldkonna toetavad meetmed. Seetõttu võib väheneda rehabilitatsiooniteenuse kasutamine nende laste poolt, kelle arenguliste või õpivajaduste toetamiseks piisab üksnes hariduse tugispetsialistide (nt eripedagoog, logopeed, psühholoog või sotsiaalpedagoog, mõnel pool ka füsioterapeut või tegevusterapeut) pakutavast toest.

Muudatuse tulemusena võib suurenda nõudlus hariduse tugiteenuste järele. Mõju ulatus sõltub sellest, kui paljudele senistele SRT kasutajatele osutuvad edaspidi asjakohaseks hariduse tugiteenused, samuti tugispetsialistide olemasolust ja teenuste praegusest kättesaadavusest. Kuna selle sihtrühma suuruse ja täiendava teenusmahu kohta täpsed andmed puuduvad, ei ole võimalik töökoormuse muutust kvantitatiivselt hinnata.

Mõju tegelik ulatus sõltub hariduse tugiteenuste kättesaadavusest. Kui vajalik tugi on haridusasutuses või KOV-i korraldatuna muul moel õigeaegselt kättesaadav, võib väheneda vajadus rehabilitatsiooniteenust kasutada juhtudel, kus puudub terviseseisundist tulenev kompleksne rehabilitatsioonivajadus. Praeguse SRT saajatena toovad teenuseosutajad peamiselt välja kõne hilistumisega, arenguhäire ja vaimse tervise probleemide ning riskikäitumisega lapsi, kellest osale piisaks sisuliselt toena ka hariduse tugiteenustest, kuid kohati on probleemiks nende teenuste kättesaadavus või SRT taotlemine lähtuvalt õigusest teenust saada, mitte tingimata tegelikust vajadusest. Viimane viitab, et lapsevanematele on vajalik juhtumikorralduslik tugi, mis aitaks vajaduspõhist tegevuskava koostada ning aidata keskenduda vaid kõige olulisemale, mis lapsele sobiva toe ja arengukeskkonna tagaks.

Haridusasutustele ei panda eelnõu kohaselt täiendavaid ülesandeid rehabilitatsiooniteenuse korraldamisel ega dokumenteerimisel. Rehabilitatsiooniteenust saama suunamine toimub tervishoiusüsteemis saatekirja alusel, teenuse dokumenteerimine toimub tervishoiuteenuse osutaja infosüsteemis ja teenuse osutamise kokkuvõte esitatakse TIS-i. Haridusasutustele ei anta juurdepääsu TIS-i ega rehabilitatsiooniteenuse dokumentatsioonile. Vajaduse korral saab lapsevanem jagada teenusega seotud teavet haridusasutusega.

Juhul kui rehabilitatsiooniteenuse osutamine lapse igapäevakeskkonnas on rehabilitatsiooni tegevuskava või raviplaani eesmärkide saavutamiseks põhjendatud ja tervishoiuteenuste loetelu tingimustega kooskõlas, võib teenuse osutamise kohaks olla kool, lasteaed või lastehoid ehk lapse igapäevakeskkond. Sellisel juhul jääb teenuse korraldamise, osutamise ja dokumenteerimise vastutus rehabilitatsiooniteenuse osutajale. Haridusasutus ei muutu teenuseosutajaks ega vastutavaks töötlejaks terviseandmete töötlemisel.

Haridusliku erivajadusega lastele rehabilitatsiooniteenuste kättesaadavus sõltub ka koolivõrgust ehk sellest, milline on haridusasutuste paiknemine keskuste ning rehabilitatsiooniteenuse osutajate suhtes.

Laste sihtrühmas eeldab reform jätkuvalt koostööd tervishoiu, haridus- ja sotsiaalvaldkonna vahel, et tagada lapse vajadustele vastava toe valik. Rehabilitatsiooniteenus ei asenda hariduse tugiteenuseid, vanemluse tuge ega KOV-i juhtumikorralduslikku tuge, vaid on mõeldud juhtudeks, kus lapsel esineb terviseseisundist tulenev kompleksne rehabilitatsioonivajadus. Haridussüsteemi ja tervishoiu koostööd ning õigeaegse asjakohase suunamise praktikat toetavad valdkondadeülese, sealhulgas piirkondliku koostöö edendamine, valdkondadeülesed juhendmaterjalid, võrgustikutöö,

teadlikkuse suurendamine nii haridussüsteemis kui ka tervishoius pakutava toe ja töökorralduse kohta.

Haridusasutustele ei kaasne eelnõust täiendavaid õiguslikke kohustusi ega halduskoormust. Muudatuse peamine mõju seisneb rehabilitatsiooniteenuse ja hariduse tugiteenuste selgemas rollijaotuses ning vajaduspõhises suunamises lapse vajadustele kõige paremini vastava toe juurde.

6.6. Riigi- ja avalik-õiguslikud asutused

Eelnõukohasel seadusel on oluline mõju rehabilitatsiooniteenuse korraldamisega seotud riigi- ja avalik-õiguslike asutuste töökorraldusele. Muudatuse tulemusena viiakse rehabilitatsiooniteenuse korraldamine, rahastamine ja teenust saada suunamine tervishoiusüsteemi ning lõpetatakse SHS-i alusel korraldatav SRT. Kõige suurem mõju avaldub Tervisekassale ja SKA-le, kelle vahel toimub rehabilitatsiooniteenuse korraldamise vastutuse ümberjaotus. Mõju kaasneb ka Terviseametile, Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskusele (edaspidi TEHIK), Sotsiaalministeeriumile, Eesti Töötukassale ning Tarbijakaitse ja Tehnilise Järelevalve Ametile.

Muudatusega koondatakse SKA-s 17 ametikohta, lisandub viis ametikohta Tervisekassas ning üks ametikoht Terviseametis.

Tervisekassa

Tervisekassast saab rehabilitatsiooniteenuse korraldaja ja rahastaja. Sellega kaasneb rehabilitatsiooniteenuse lepingute haldamine, teenuste hinnastamine, arvelduse korraldamine ja teenusemahtude jälgimine. Mõju Tervisekassale on ühelt poolt oluline, kuna tegemist on uue ülesandega. Teisalt on rehabilitatsiooniteenuse korraldamisel võimalik kasutada olemasolevaid tervishoiu rakendatavaid tööprotsesse, lepingute sõlmimise põhimõtteid, infosüsteeme ja järelevalvemehhanisme, mistõttu ei ole vaja luua eraldiseisvat teenusekorralduse süsteemi.

2025. aastal moodustasid SKA korraldatud SRT kulud 20,1 miljonit eurot (vt kulude täpsemat jaotust tabelitest 8 ja 9). Reformi rakendamisel suunatakse rehabilitatsiooniteenuse rahastamiseks riigieelarvest need vahendid edaspidi Tervisekassale, teenust ei rahastata ravikindlustuse eelarvest. Kinnitatud riigieelarve vahendid (rehabilitatsiooniteenuse baaseelarve) on 2027. aastal 22,3, 2028. aastal 26,7 ja 2029. aastal 29,6 miljonit eurot.

Peamine mõju Tervisekassale seisneb ühekordses rakenduskoormuses, mis on seotud rehabilitatsiooniteenuse hinnamudeli(te), kohandatud lepingutingimuste, teenusekirjelduste, seiremehhanismide ning infosüsteemi täienduste väljatöötamise ja rakendamisega. Rehabilitatsiooniteenuse ülevõtmiseks on Tervisekassa hinnangul vajalik luua Tervisekassasse viis täiendavat ametikohta, mis on kordades väiksem kui SKA SRT korraldamisega seotud ametikohtade arv.

Tabel 8. SRT kulu sihtrühmade kaupa, 2025

Sihtrühm	Inimeste arv	Teenuste ja majutuse kulu (eurot)	Kliendile hüvitatud sõidukompensatsiooni kulu (eurot)	SRT kokku (eurot)
----------	--------------	-----------------------------------	---	-------------------

16-aastased ja vanemad (lg 1)	917	736 264	9 912	746 176
KOV abivajav laps (lg 2)	536	816 196	118	816 314
0-15-aastased puudega lapsed (lg 3)	5857	10 608 136	8 494	10 616 630
Psüühikahäirega tööalised (lg 5)	3553	7 909 221	13 490	7 922 711
KOKKU	10 827	20 069 818	32 014	20 101 832

Allikas: SKA

Tabel 9. SRT kulu teenuse saajate puude liikide kaupa, 2025

Puude liik	Inimeste arv	SRT kulu (eurot)
Keele- ja kõnepuue	1315	2 326 477
Kuulmispuue	69	108 372
Liikumispuue	773	906 087
Liitpuue	3810	6 959 702
Muu	720	1 097 989
Nägemispuue	83	90 151
Psüühikahäire	2978	5 269 247
puudub	1427	2 388 814
Vaimupuue	524	922 978
KOKKU	10827	20 069 818

Allikas: SKA

Kuigi rahastus tuleb riigieelarvest, mõjutab teenuste tegelikku mahtu asjaolu, et tervishoiuteenuste hinnad on SRT hindadest olnud kõrgemad, näiteks 2024. aastal olid taastusravi süsteemis hinnad 1,2–2,1 korda kõrgemad SRT hindadest.²⁹ See tähendab, et teenuste ümberhinnastamisel tervishoiuteenuste põhimõtete järgi on sama eelarve juures võimalik pakkuda teenuseid väiksemas mahus. Teenuse kättesaadavuse riski maandamiseks on uutel alustel teenuse korralduses väga oluline vajaduspõhine suunamine teenust saama.

Tervisekassa on rehabilitatsiooniteenuse korraldamise ülevõtmiseks kavandanud järgmised sammud:

- teenust saama suunamiseks võetakse kasutusele uus TIS-i saatekirja eriala „Rehabilitatsiooniteenus“;
- teenuse rahastamiseks võetakse kasutusele uus lepingu eriala „Rehabilitatsioon“;
- senises tervishoiuteenuste loetelus sätestatakse tervishoiuteenuste kõrval rehabilitatsiooniteenuste hinnad ja kulu ülevõtmise täiendavad tingimused;
- täiendava infotehnoloogilise arenduskulu vältimiseks esitatakse rehabilitatsiooni ravijuhu kokkuvõtted TIS-i ambulatoorse ravi epikriisi vormil;
- rehabilitatsiooniteenuse osutamisel minnakse täielikult üle vajaduspõhisele teenuse osutamisele ning isikupõhine aastane maht kuludele ja mahule kaotatakse;

²⁹ Sotsiaalkindlustusamet, Eesti Töötukassa, Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelu, 2025. Sotsiaalministeeriumi arvutused

- teenuse vajaduspõhise osutamise seiramiseks on kavas rakendada vahehindamisi (sh vaheepikriisi koostamine).

Rehabilitatsiooniteenuse tulemuslikkuse süsteemseks hindamiseks on edaspidi vajalik ühtne funktsioneerimisvõime kirjeldamise raamistik. Ühe võimalusena saab siin tugineda Rahvusvahelise funktsioneerimisvõime klassifikatsioonile³⁰ (RFK), mida saab rehabilitatsiooniteenuse hindamises kasutusele võtta koos toetavate digitaalsete lahendustega. RFK potentsiaal on toetada reformi keskset eesmärki – tagada inimese funktsioneerimisvõime terviklik ja vajaduspõhine käsitlus ning hinnata teenuse tulemuslikkust sisuliselt, mitte halduslike kriteeriumite alusel³¹.

Rehabilitatsiooniteenuse korraldamine tervishoiusüsteemis võimaldab rakendada tervishoius senisest süsteemsemalt ka nende erialade spetsialiste, kelle sekkumine toetab inimese funktsioneerimisvõimet ja toimetulekut, kuid kelle puhul ei ole alati vaja tervishoiutöötaja ressursi kasutada.

SKA

SKA ülesanded rehabilitatsiooniteenuse korraldamisel lõpevad. Amet lõpetab taotluste menetlemise, rehabilitatsioonivajaduse hindamise, suunamisotsuste tegemise ja seniste teenuseosutajatega lepingute sõlmimise. Muudatus vähendab pikaajaliselt SKA töökoormust, tööjõuvajadust ja ameti seotud eelarvekulu. Kui aastatel 2025 ja 2026 oli rehabilitatsiooniteenuse korraldamisega seotud 17 ametikohta, siis pärast üleminekuperioodi lõppu jääb kuni 2028. aasta alguseni rehabilitatsioonivaldkonnaga seotuks hinnanguliselt kuni kolm ametikohta³². Pärast SRT osutamise korraldamise lõppemist on ametikohtade peamiseks ülesandeks teenuse korralduse lõpetamise protsessi juhtimine. Selle raames toimub senise teenuse kokkuvõtmine ja protsessi analüüs, teenuse ülemineku toetamine uuele korraldusele ning teenusega seotud dokumentidele, andmete ja materjalide nõuetekohane korrastamine ja arhiveerimine. Lisaks väheneb vajadus hallata rehabilitatsiooniteenusega seotud infosüsteeme. Näiteks SKAIS-i hoolduskulu on seni olnud ligikaudu 300 000 eurot aastas.

Lühiajaliselt kaasneb SKA-le siiski üleminekukoormus, mis hõlmab teenuse lõpetamisega seotud menetlusi, andmete arhiveerimist, dokumentide menetlemist ja infosüsteemi sulgemist. Need tegevused võivad ulatuda osaliselt 2028. aasta algusesse. Tegemist ei ole rehabilitatsiooniteenuse edasise osutamisega, vaid üleminekuiga seotud ajutiste järeltegevustega, mille eesmärk on tagada teenuse korrektne lõpetamine ja vastutuse sujuv üleminek SKA-lt Tervisekassale.

Osa SRT eelarvest suunatakse SKA korraldatava MDFT senisest suuremas mahus osutamiseks sihtrühmale, kes praeguses korralduses saavad SRT-d KOV-i abivajava lapse sihtrühmas. Alates 2028. aastast on planeeritud lisavahendid ligikaudu 500 000 eurot aastas. Muudatusega lisandub kuues MDFT meeskond, kelle tööle rakendumiseks vajalikud tegevused tehakse 2026. ja 2027. aastal ning komplekteeritud meeskond saab alustada tööd 1. oktoobrist 2027. aastal paralleelselt baasõppe läbimisega.

³⁰ Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime klassifikatsioon (ingl k ICF, *International Classification of Functioning, Disability and Health*) on Maailma Terviseorganisatsiooni poolt 21. mail 2001 vastu võetud klassifikatsioon tervise ja tervisega seotud seisundite kirjeldamiseks. [RFK tutvustus ja kasutamine](#) (16.04.2026).

³¹ Maailma Terviseorganisatsiooni RFK ametlik eestikeelne versioon: [Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime klassifikatsioon](#) (16.04.2026).

³² Üleminekuperioodil väheneb ametikohtade arv järk-järgult: 01.06.2027–30.09.2027 14 ametikohani, 01.10.2027–30.11.2027 kümne ametikohani, 30.11.2027–31.12.2027 seitsme ametikohani ja 2028. aasta alguseks kolme ametikohani.

Üleminekuperioodil on SKA ülesandeks toetada enda lepingupartneriks olevaid SRT osutajaid ning kuni teenuse osutamise lõpuni 2027. aasta septembris nii praeguseid kliente kui SRT-d taotlemaid ja suunamisotsuse saavaid kliente. Nii 2026. kui 2027. aastal on kavas regulaarsed infotunnid teenuseosutajatele, sealhulgas koostöös Sotsiaalministeeriumi Tervisekassa ja Terviseametiga, ühised kommunikatsioonitegevused koostöös Sotsiaalministeeriumiga, ning selgitava info koondamine SKA veebilehel.

Terviseamet

Terviseametile lisandub kohustus teha järelevalvet rehabilitatsiooniteenuse osutamise nõuete täitmise üle ning kujundada rehabilitatsiooniteenuse kvaliteediraamistik osana tervishoiuteenuste kvaliteedijärelevalvest. 2025. aasta lõpus loodi Terviseameti tervishoiuteenuste osakonna koosseisu kvaliteedikeskus, mille peamine fookus on tervishoiuteenuste kvaliteedil, kuid plaanitud muutusi arvestades sai keskus enda ülesandeks tegeleda kvaliteediga ka sotsiaal- ja tervishoiuteenuste integratsiooni võtmes.³³ Seega eelnõu kohase seadusega kvaliteedikeskuse ülesandeid ei laiendata, kuid seaduse rakendumisel saab tõeliseks viidatud määruse seletuskirjas välja toodud keskuse ülesannete sisu ja tähendus rehabilitatsiooniteenusele uue kvaliteedivaate andmisel. Rehabilitatsiooniteenuse osutaja kohustuseks on kirjeldada organisatsioonis rakendatud kvaliteedijuhtimise süsteemis rehabilitatsiooniteenuse osutamise ja selle kvaliteedi tagamise korraldus ning Terviseametil on kohustus kontrollida, kas nõuetekohane kirjeldus on olemas.

Ameti töökoormuse kasv on eeldatavalt piiratud, kuna järelevalve toimub olemasoleva võimekuse baasilt. Seaduse rakendamine tähendab Terviseametile ühe täiendava ametikoha loomist. Lisanduv töö hõlmab järelevalvetoiminguid, kaebuste menetlemist ning teenuseosutajate nõustamist ja ennetustegevust. Ametile võib üleminekuperioodil lisanduda töökoormust seotuna tervishoiuteenuse osutamise tegevusloa taotluste arvu ajutise kasvuga, kuid eelduslikult on lisanduvate taotluste esitamine ajas hajutatud ning märkimisväärset mõju, mis võiks ohtu seada seaduses sätestatud menetlustähtajad, ametile poliitikamuudatusega seotult ei avaldu.

Terviseametil on edaspidi kohustus teha järelevalvet RTHS-i alusel rehabilitatsiooniteenuse osutaja kohustuste täitmise üle. Kuna rehabilitatsiooniteenuse osutaja kohustuseks on kirjeldada organisatsioonis rakendatud kvaliteedijuhtimise süsteemis rehabilitatsiooniteenuse osutamise ja selle kvaliteedi tagamise korraldust, kontrollib Terviseamet, kas nõuetekohane kirjeldus on olemas. Oluline on Terviseameti tegevus rehabilitatsiooniteenuse kvaliteedivaate arendamisel, sealhulgas selleks vajaliku võimekuse (sh rehabilitatsiooniteenuse kvaliteedinõuete väljatöötamine) loomine. See võib teatud määral Terviseameti töökoormust suurendada.

TEHIK

TEHIKule kaasneb poliitikamuudatusega ühekordne mõju seoses rehabilitatsiooniteenuse korraldamiseks vajalike infosüsteemide arendamisega (vt arenduskulude ülevaadet). Olulisemad arendused on seotud rehabilitatsiooniteenusele suunamise tehnilise lahendusega, rehabilitatsiooniteenuse dokumenteerimise võimaldamisega, automaatsete saatekirjade loomise lahenduse väljatöötamisega üleminekuperioodiks ja enesehinnanguvormi väljatöötamisega.

Poliitikamuudatus kujundab ümber andmehalduse loogika ja koondab teenustega seotud info eraldi-seisvatest infosüsteemidest ühtsesse kesksesse lahendusse. See võimaldab luua tervikpildi inimese vajadustest ja teenustest ning parandab infovahetust tervishoiutöötajate ja rehabilitatsiooniteenuse

³³ Tervise- ja tööministri 27. detsembri 2022. a määruse nr 96 „Terviseameti põhimäärus“ muutmise määruse seletuskiri.

meeskondade vahel. Kuna rehabilitatsiooniteenuse andmed koonduvad TISi, väheneb pikemas perspektiivis TEHIK-ul vajadus hallata paralleelseid infosüsteeme. Muudatusega ei kaasne TEHIK-ule püsivalt täiendavat tööjõuvajadust.

Sotsiaalministeerium

Sotsiaalministeeriumil on vastutus reformi eduka rakendamise, rakendumise seire ja strateegilise juhtimise eest. Ministeerium korraldab riigieelarveliste vahendite suunamist Tervisekassale ning jälgib nende sihipärast kasutamist. Eelnõukohase seaduse vastuvõtmise järel kaasneb ministeeriumile töökoormus eelkõige rakendusaktide ja juhendmaterjalide väljatöötamisega kommunikatsiooni korraldamisega, partnerite koolitamisega, IT-arendusteks sisendi andmisega ja reformi mõju hindamisega.

Kõik need tegevused kaetakse olemasoleva ressursiga. Poliitikamuudatus toob väikese mõjuna Sotsiaalministeeriumile püsiva töökoormuse seotuna iga-aastase eraldise andmisega Tervisekassale ning eraldise sihipärase kasutamise seirega. Kaasnev töökoormus kaetakse asutuse sisemise ressursi arvelt. Muudatuse rakendamise ettevalmistamine ja rakendamise koordineerimine on osa ministeeriumi tavapärastest ülesannetest ning seega ei ole tegemist täiendava töökoormusega.

Eesti Töötukassa

Eesti Töötukassa jätkab tööalase rehabilitatsiooni teenuse korraldamist ja rahastamist³⁴. Rehabilitatsioonireform ei muuda Eesti Töötukassa vastutust tööalase rehabilitatsiooni teenuse osutamisel. Poliitikamuudatus vähendab andmevahetust SKA-ga, kuna rehabilitatsiooniteenuse saamine ei sõltu edaspidi puude raskusastmest ega töövõime hindamise tulemustest.

Rehabilitatsiooniteenuse sisu ja teenuseosutajate nõuete täpsustamine võib tingida vajaduse kohandada ka tööalase rehabilitatsiooni sisu ja nõudeid, et tagada teenuste omavaheline kooskõla ja vähendada dubleerimist.

Reform võib mõjutada tööalase rehabilitatsiooni teenuse osutamise kulubaasi, kuna erinevad rehabilitatsiooniteenused tuginevad osaliselt samale spetsialistide ja teenuseosutajate ressursile. Muudatused teenuste korralduses, nõuetes, meeskondade koosseisu või rahastamis põhimõtetes võivad suurendada konkurentsi spetsialistide pärast ning avaldada mõju teenuste kuludele. Samal ajal võib teenuste parem kooskõla ja ühtlasem korraldus vähendada dubleerimist, toetada olemasoleva ressursi tõhusamat kasutamist ning parandada inimese jaoks teenuste terviklikkust. Reformi tegelik mõju sõltub muudatuste lõplikust sisust ja rakendamise viisist.

Poliitikamuudatuse kaudne mõju võib avalduda juhul, kui rehabilitatsiooniteenuse parem kättesaadavus suurendab inimeste võimekust tööturule suunduda või seal püsida. See võib vähendada pikaajalist sõltuvust tööturuteenustest ja toetustest ning parandada tööalase rehabilitatsiooni tulemuslikkust.

Tarbijakaitse ja Tehnilise Järelevalve Amet

Tarbijakaitse ja Tehnilise Järelevalve Ametile kaasneb poliitikamuudatusega ajutine töökoormuse kasv seoses majandustegevuse registris seniste sotsiaalse rehabilitatsiooni tegevuslubade kehtetuks

³⁴ Tööalase rehabilitatsiooni teenuse rahastus on kuni 31.dets 2027.a tagatud ESF vahenditest (aastane eelarve ca 6.5 milj eurot).

tunnistamisega. Mõju on samas tehniline ega eelda infosüsteemide arendamist või täiendavaid püsikulusid.

Kokkuvõttes kaasnevad riigiasutusele ja –valitsemisele lühiajaliselt rakenduskulud ja töökoormuse kasv mitmes asutuses, kuid pikaajaliselt on oodata töökoormuse vähenemist, paremat ressursikasutust ja süsteemi suuremat sidusust. Mõju realiseerumine sõltub eelkõige sellest, kas teenuste maht, rahastus ja korraldus on omavahel tasakaalus.

Mõju infotehnoloogilistele arendustele

Eelnõuga kaasneb oluline mõju rehabilitatsiooniteenuse osutamisega seotud infosüsteemidele. Muudatuse tulemusena viiakse rehabilitatsiooniteenuse korraldamine tervishoiusüsteemi ning teenusega seotud andmete töötlemine integreeritakse TIS-i ja teiste tervishoius kasutatavate infosüsteemidega.

Praegu toimub rehabilitatsiooniteenuse korraldamine mitmes eraldiseisvas infosüsteemis, mistõttu puudub terviklik ülevaade inimese ravist, rehabilitatsioonist ja muudest toetavatest sekkumistest. Muudatuse tulemusena koondatakse rehabilitatsiooniteenusega seotud põhiandmed tervishoius kasutatavatesse infosüsteemidesse, mis võimaldab siduda ravi- ja rehabilitatsiooniteenuse andmeid ning parandada infovahetust teenusega seotud osapoolte vahel. Rehabilitatsiooniteenuse osutajad dokumenteerivad teenuse osutamise jätkuvalt enda kasutatavates infosüsteemides. Samas tuleb osal teenuseosutajatest teha infosüsteemides täiendusi, et toetada rehabilitatsiooniteenuse standardiseeritumat dokumenteerimist ning andmevahetust TIS-iga.

Riigile kaasneb IT-arenduste kulu rehabilitatsiooniteenust saama suunamise, dokumenteerimise ja üleminekuperioodi lahenduste loomiseks. Kesksete infosüsteemide arenduskulu on hinnanguliselt 350 000 eurot 2027. aastal ja 150 000 eurot 2028. aastal ehk kokku 500 000 eurot. Täpsem ülevaade arenduskuludest on esitatud seletuskirja kulude ja tulude peatükis. TEHIKu töökoormust on avatud eespool asjakohases alapunktis.

Pikemas perspektiivis kahandab eelnõukohane seadus vajadust hallata rehabilitatsiooniteenusega seotud eraldiseisvaid infosüsteeme ning väheneb andmete dubleerimine erinevate registrite vahel. Muudatus toetab ühtsema andmehalduse kujundamist ning loob paremad eeldused rehabilitatsiooniteenuse kvaliteedi, mahtude ja tulemuste seireks.

Kokkuvõttes on muudatuste mõju infotehnoloogilistele arendustele oluline ja puudutab eelkõige SKAIS-i ja TIS-i.

Andmekaitsealane mõjuhinnang

Muudatuse tulemusena lõpetatakse SKA kaudu korraldatava SRT osutamine alates 01.10.2027. Selle asemel hakkab inimene saama teenuseid tervishoiusüsteemist. Teenust hakkab korraldama Tervisekassa. SKA ei anna SRT klientide isikuandmeid Tervisekassale üle. Küll aga võivad senised SRT osutajad taotleda tervishoiuteenuse osutamise tegevusluba ja jätkata uutel alustel rehabilitatsiooniteenuse osutamist. Praeguse SRT osutaja kohustus on SRT dokumentide puhul need pärast teenuse osutamist hävitada või vastavalt õigusaktidest tulenevatele nõuetele säilitada. Pärast säilitamistähtaaja möödumist need hävitatakse.

Töödeldavate andmete koosseis ei muutu, kuid andmete töötlemine väheneb: uusi andmeid ei koguta, olemasolevaid andmeid kasutatakse vaid õigusaktidest tuleneva säilitamiskohustuse ja järelevalve eesmärgil. Väheneb aktiivne töötlus (nt juhtumikorraldus), kuid säilitamisega kaasnevad jätkuvalt teatud riskid, eelkõige seoses isikuandmete säilitamise vajadusega. Andmeid säilitatakse nii STAR-is kui ka SKAIS-is. STAR-i ja SKAIS-i turvaklassid, turvameetmed, logimine ja juurdepääsu piiramine on sobilikud riski maandamiseks. Andmete edastamist Tervisekassale ei toimu.

Tabel 10. Riskid ja leevendusmeetmed

Risk	Riskitase	Võimalikud tagajärjed	Leevendusmeetmed
Aegunud andmete turvanõrkus (<i>sh andmed ei ole enam asjakohased, andmed unustatakse keskkonda, mille turvameetmeid ei uuendata</i>)	Keskmine	Turvameetmed võivad muutuda ebapiisavaks	Regulaarne turvameetmete audit ja ajakohastamine, seadusejärgne andmete kustutamine ja hävitamine
Volitamata juurdepääs	Keskmine	Isikuandmete lekkimine	Rollipõhine juurdepääs, logimine, autentimine
Eesmärgiväline kasutus	Keskmine	Ebaseetiline või ebaseaduslik andmekasutus	Ligipääsu piiramine, auditimehhanismid, juhendamine ja koolitus
Andmete kadu tehniliste rikete tõttu	Keskmine	Andmete taastumatus	Varundusplaanid, failide replikatsioon, turvatud infrastruktuur
Isiku tuvastamine säilitatavate andmete kaudu	Madal	Isikuandmete privaatsuse rikkumine	Anonüümimine või pseudonüümimine säilitamise perioodi lõpus
Kaebused andmete pika säilitamise kohta	Madal	Andmesubjekti rahulolematuse	Teavituse säilitamispõhimõtetest, säilitamise õiguslik selgitus

Andmete säilitamine STAR-is ja SKAIS-is järgib seadusest tulenevaid säilitamiskohustusi ning toimub kontrollitud ja logitud keskkonnas. Andmetöötluse eesmärk on piiritletud ning riskid maandatud sobivate organisatsiooniliste ja tehniliste meetmetega. Arvestades, et uue teenuse osutamise alustamisel ei toimu andmete üleandmist Tervisekassale, ei lisandu uusi andmekaitseriske. Kokkuvõttes võib muudatuse andmekaitsealast mõju hinnata väheeks kuni mõõdukaks.

Rehabilitatsiooniteenust hakatakse osutama tervishoiusüsteemis. Eelnõu on küll seotud isikuandmete töötlemisega isikuandmete kaitse üldmääruse (IKÜM) tähenduses, kuid sisulisi muudatusi andmetöötluses ei toimu. Uusi aluseid andmetöötluseks ei looda. Ka kehtiva regulatsiooni kohaselt suunatakse patsient tema nõusolekul eriarsti vastuvõtule, kuid e-konsultatsiooni korral ei toimu vastuvõttu, vaid inimese tervises seisundile antakse hinnang esitatud saatekirjal kajastatud teabe ja terviseandmete alusel. Andmetöötluse aluseks on TTKS § 4¹ lõike 1 punkt 1, mille kohaselt on tervishoiuteenuse osutajal, kellel on seadusest tulenev saladuse hoidmise kohustus, õigus andmesubjekti nõusolekuta töödelda isikuandmeid, sealhulgas eriliiki isikuandmeid tervishoiuteenuse osutamiseks. E-konsultatsioonina osutatakse inimesele ambulatoorset eriarstiabi. Seega on andmekaitsealane mõju vähe, kuna juba praegu töödeldakse TIS-is inimese isikuandmeid ning andmeesitajad rakendavad kõiki kehtivaid isikuandmetega seotud nõudeid. Kogu protsessist jäävad maha logid. Kuna andmete töötlus ja andmete kättesaadavus lähtub minimaalsuse

põhimõttest – andmed on kättesaadavad vaid seaduses nimetatud isikutele ja ulatuses ning tagatud on riiklike andmekogude turvasüsteemide nõuded, saab järeldada, et muudatuste tulemusena ei lisandu negatiivset mõju andmesubjektidele.

Rehabilitatsiooniteenus on suunatud inimese funktsioneerimis- ja osalusvõime toetamisele ning iseseisva toimetuleku ja heaolu parandamisele või säilitamisele, arvestades tema tervises seisundit, kuid ilma diagnoosi panemise ja ravi osutamiseta. Teenust osutatakse meeskonnatöona ning selle osutamisega seotud andmed dokumenteeritakse teenuse järjepidevuse, kvaliteedi ja tulemuslikkuse tagamiseks. Isikuandmete töötlemine rehabilitatsiooniteenuse dokumenteerimise teel on vajalik õigusaktist tuleneva kohustuse täitmiseks ning avalikes huvides ülesande täitmiseks. Terviseandmete töötlemine on lubatud IKÜM artikli 9 lõike 2 punkti h alusel, kuna andmeid töödeldakse rehabilitatsiooniteenuse osutamise eesmärgil. Rehabilitatsiooniteenuse osutamisel töödeldakse teenusesaajate isikuandmeid eesmärgiga osutada kvaliteetset ja ohutut teenust ning täita seadusest tulenevaid kohustusi. Isikuandmeid säilitatakse õigusaktides määratud säilitustähtaegade jooksul ning nende kaitseks rakendatakse asjakohaseid tehnilisi ja organisatsioonilisi turvameetmeid, sealhulgas juurdepääsu kontrolli, andmete logimist ja turvalisi infosüsteeme. Kokkuvõttes võib ka selle muudatuse andmekaitsealast mõju hinnata väheks kuni mõõdukaks.

Oluline on rõhutada, et kuigi teenuse osutamisel võivad osaleda tervishoiutöötajad, ei ole rehabilitatsiooniteenus tervishoiuteenus diagnoosimise ega ravi mõttes. Rehabilitatsiooniteenuse osutaja ei pane diagnoosi ega määra ravi ning dokumenteeritavad andmed ei hõlma raviplane, meditsiinilisi otsuseid ega kliinilisi diagnoose. Tervisega seotud teavet kasutatakse üksnes ulatuses, mis on vajalik inimese funktsioneerimis-, osalusvõime ja toimetuleku kirjeldamiseks ning toetamiseks. See eristus on oluline nii töötlemise eesmärgi selguse kui ka andmete proportsionaalsuse hindamisel.

Töötlemine vastab IKÜMi artiklis 5 sätestatud põhimõtetele, eelkõige eesmärgipärasuse ja minimaalsuse põhimõttele. Teenuse dokumenteerimiseks kogutavad andmed on otseselt seotud rehabilitatsiooniteenuse sisuga ning piirduvad vältimatult vajalikuga. Andmeid ei koguta edasisteks, teenuse eesmärgiga kokkusobimatuteks kasutusteks ega ulatuses, mis ületaks teenuse osutamiseks ja hindamiseks vajaliku. Andmesubjekti vaates võib andmetöötlusega kaasneda risk eelkõige tundliku teabe volitamata avalikustamise või väärkasutuse korral. Samuti võib risk seisneda rehabilitatsiooniteenuse ja tervishoiuteenuse segunemises, kui teenuse iseloomu ei ole piisavalt selgelt piiritletud. Neid riske hinnatakse siiski mõõdukaks, arvestades teenuse mitteravivat iseloomu ja rakendatavaid kaitsemeetmeid.

Riskide maandamiseks rakendatakse nii organisatsioonilisi, tehnilisi kui ka õiguslikke meetmeid. Teenuse dokumenteerimine toimub turvalises infosüsteemis, kus juurdepääs andmetele on piiratud üksnes teenuse osutamiseks vajalikus ulatuses. Andmesubjekte teavitatakse läbipaistvalt andmete töötlemise eesmärkidest ja nende õigustest vastavalt IKÜMi artiklitele 12–22. Andmesubjektide õiguste kaitseks nähakse eelnõus ette ka rehabilitatsioonimeeskonna liikmete konfidentsiaalsuskohustus. Konfidentsiaalsuskohustus hõlmab teenust saava inimese kohta rehabilitatsiooniteenuse osutamisel teatavaks saanud andmeid, kui seaduses või kokkuleppel teenust saava inimesega ei ole ette nähtud teisiti. See on oluline kaitsemeede, kuna rehabilitatsiooniteenuse osutamisel võivad teenuseosutajale teatavaks saada tundlikud andmed inimese tervises seisundi, toimetuleku, abivajaduse ja eraelu kohta.

Ülemineku perioodiks planeeritud lahendus on disainitud, lähtudes IKÜM-i andmekasutuse minimeerimise ja lõimitud andmekaitse põhimõtetest. Eelnõukohase seaduse üleminekusätete (eelnõu § 1 p 4 - § 38²) kohaselt ei toimu isikuandmete massilist ega käsitöönduslikku edastamist

SKA-lt Tervisekassale, vaid lahendus on üles ehitatud automaatsele ja minimeeritud masin-masin andmepäringule infosüsteemide vahel (mida haldab TEHIK):

- Kooskõlas IKÜM artikli 6 lõike 1 punktidega c ja e on isikuandmete töötlemise aluseks eelnõu § 38² lõiked 2 ja 3, mis loovad selge seadusliku aluse (õiguslik kohustus ja avalik huvi) andmete töötlemiseks, et tagada isikutele sujuv üleminek ja teenuse järjepidevus.
- Tagatud on andmete minimeerimine (IKÜM art 5 lg 1 p c) seeläbi, et saatekirja genereerimiseks vajalik andmekoosseis on viidud miinimumini. Eelnõu § 38² lõike 3 kohaselt piirdub päring vaid kolme andmeväljaga:
 - teenusesaaja nimi;
 - teenusesaaja isikukood;
 - otsuse kehtivuse aeg.
 Terviseandmeid, diagnoose ega muid eriliiki isikuandmeid (IKÜM art 9) selle protsessi käigus üle ei kanta.
- Tagatud on turvalisus ja protsessi arhitektuur (IKÜM art 5 lg 1 p f) selle kaudu, et süsteem on üles ehitatud selliselt, et SKA ei koosta ega edasta eraldiseisvaid andmefailide. TEHIK, kes on nii SKAIS-i kui ka TIS-i tehniline arendaja ja haldaja, võtab vajalikud andmed otse SKAIS_AE-st. Selline automatiseeritud lahendus (n-ö andmete tõmbamine otse TEHIKu poolt turvalises sisevõrgus) hoiab ära vahepealsed andmelekke ning viib andmekasutuse mõju miinimumini.

Samal ajal ei kohusta automaatselt genereeritud saatekiri inimest teenust saama, vaid annab talle õiguse ise otsustada, kas ta pöördub edaspidi uue saatekirjaga tervishoiuteenuse osutaja poole.

Kokkuvõttes on eelnõuga kavandatud isikuandmete töötlemine eesmärgipärane ja vajalik rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks ning selle korraldamiseks. Eelnõuga kavandavate muudatuste andmekaitsealast mõju võib hinnata väheseks kuni mõõdukaks ning see on maandatav sobivate kaitsemeetmetega.

7. Seaduse rakendamisega seotud riigi ja kohaliku omavalitsuse tegevused, eeldatavad kulud ja tulud

Rehabilitatsiooniteenuse osutamise üleminek SKA-st Tervisekassasse tähendab senise teenusekorralduse lõpetamist SKA-s ning vastavate ülesannete ja vastutuse koondumist tervishoiusüsteemi.

Süsteemi muutus ei too kaasa riigieelarve kulude suurenemist – eesmärk on olemasoleva raha tõhusam kasutamine. Ainsad lisavajadused on ühekordsed IT-arenduskulud (510 000 €) 2027. aastal ja 2028. aastal, mis moodustab kokku ligikaudu 0,5% perioodi 2027–2030 kogukuludest (111 083 180 €).

Uutel alustel rehabilitatsiooniteenuse korraldamise eelarve maht on 2027. aastal 24 989 408 eurot, 2028. aastal 26 890 716 eurot, 2029. aastal ja 2030. aastal 29 601 528 (tabel 11). Rehabilitatsiooniteenuse ümberkorraldamise eduka elluviimise võtmekohaks on IT-arendused. Riigieelarve lisarahastuse vajadus IT-arendusteks on 2027. aastal 360 000 eurot ja 2028. aastal 150 000 eurot.

Tabel 11. Seaduse rakendamisega seotud kulud

Tegevus	2027	2028	2029	2030	2027-2030	Katteallikas
---------	------	------	------	------	-----------	--------------

REHABILITATSIOONI-SÜSTEEMI MUUTMINE	24 989 408	26 890 716	29 601 528	29 601 528	111 083 180	
TERVISEKASSA	4 901 013	26 152 535	29 042 535	29 042 535	89 138 618	
Rehabilitatsiooniteenus	4 548 033	25 781 906	28 653 375	28 633 917	87 617 230	RE sihtotstarbeline toetus
Tervisekassa tegevuskulud	264 735	0	0	0	264 735	Sotsiaalmaksu ravikindlustuse eelarve
Tervisekassa tegevuskulud	88 245	370 629	389 160	408 618	1 256 653	RE sihtotstarbeline toetus
TERVISEAMET	14 292	57 168	57 168	57 168	185 796	
Järevalve korraldamiskulud	13 792	55 168	55 168	55 168	179 296	RE eelarve
Järevalve, arvutitöökohta kulud (RIT)	500	2 000	2 000	2 000	6 500	RE eelarve
SKA	19 714 103	531 013	501 825	501 825	21 248 766	
Rehabilitatsiooniteenus	19 599 098	15 594	0	0	19 614 692	RE eelarve
Koondamiskulud	115 005	13 594	0	0	128 599	RE eelarve
MDFT lisanduva meeskonna kulud	0	501 825	501 825	501 825	1 505 475	RE eelarve
TEHIK	360 000	150 000	0	0	510 000	
IT arenduskulu kesketes süsteemides rehabilitatsiooniteenust saama suunamise ja dokumenteerimise lahenduste loomiseks	350 000	150 000	0	0	500 000	RES 2027-2030 lisataotlus
MEIS arenduskulud	10 000	0	0	0	10 000	RES 2027-2030 lisataotlus

Tervisekassa

Seaduse rakendamisel alustab Tervisekassa rehabilitatsiooniteenuse osutamist 01.10.2027. Rehabilitatsiooniteenuse osutamise kulud 2027. aasta kolme kuu eest on 4 548 033 eurot. 2028. aastal on kulud 12 kuu eest 25 781 906 eurot ja aastatel 2029 ning 2030 vastavalt 28 653 375 eurot ja 28 633 917 eurot.

Eelnõuga kaasnevad Tervisekassale tegevuskulud (viis töötajat), mida rahastatakse 2027. aasta esimesed üheksa kuud sotsiaalmaksu ravikindlustuse eelarvest summas 264 735 eurot. Alates Tervisekassa poolt teenuse osutamisest (01.10.2027) finantseeritakse tegevuskulusid Sotsiaalministeeriumi sihtotstarbelisest toetusest (edaspidi toetus) Tervisekassale. 2027. aasta kolme kuu kulu on 88 245 eurot, 2028. aasta 12 kuu kulu on 370 629 eurot.

Terviseamet

Seaduse rakendamine kehtestab Terviseametile uue ülesandena rehabilitatsiooniteenuse järelevalve korraldamise, mis eeldab 1,0 ametikoha täiendavat loomist. Lisanduv töö hõlmab järelevalvetoiminguid, kaebuste menetlemist ning teenuseosutajate nõustamist ja ennetustegevust. 2027. aastal on täiendava ametikoha kolme kuu (alates 01.10.2027) tööjõu- ja ülalpidamiskulu koos arvutitöökohta kuluga (RITile) 14 292 eurot ning 2028. aastast on 12 kuu kulu 57 168 eurot.

Täiendava ametikohaga seotud kulud suunatakse senisest SRT eelarvest Terviseameti eelarvesse seoses rehabilitatsioonisüsteemi muudatusega.

Lisaks koondub uue regulatsiooni rakendumisel rehabilitatsiooniteenuse kvaliteedivaate kujundamine ja edasiarendamine Terviseameti kvaliteedikeskusesse, mis eeldab kvaliteedinõuete väljatöötamist, seiret, juhendmaterjalide koostamist ja teenuseosutajate nõustamist. Sellega seotud kulud kaetakse Terviseameti eelarvest.

SKA

2027. aastal osutab SKA SRT-d kuni 30. septembrini summas 19 599 098 eurot ning 2028. aastal tekivad teenuse lõpetamisega seotud korralduskulud 15 594 eurot. Lisaks toob rehabilitatsiooniteenuse osutamise üleminek SKA-st Tervisekassasse SKA-le 17 töötaja koondamise kulud kokku 128 599 eurot, mis kaetakse asutuse eelarvest. SKA rehabilitatsiooniteenuse eelarvest suunatakse alates 2028. aastast SKA korraldatava MDFT lisanduva kuuenda meeskonna kuludeks 501 825 eurot aastas teenuse senisest suuremas mahus osutamiseks sihtrühmale, kes praeguses SRT korralduses saavad SRT-d KOV-i abivajava lapse sihtrühmas.

TEHIK

Kesksetes süsteemides rehabilitatsiooniteenust saama suunamise ja dokumenteerimise lahenduse loomise IT-arendustega seotud kulud on 2027. aastal 350 000 ja 2028. aastal 150 000 eurot aastas. Arendustegevused on vajalikud rehabilitatsiooniteenuse spetsiifiliselt dokumenteerimise võimaldamiseks TIS-i tasandil. Arvestus tugineb TEHIKu teostatavuse hinnangutele ja varasematele analoogsetele IT-arenduste kogemustele tervishoius.

Seaduse rakendamisega kaasneb Terviseametile uue ülesandena rehabilitatsiooniteenuse järelevalve korraldamine, mille elluviimiseks ja muudatustega kohanemiseks on vajalik 2027. aastal menetlusinfosüsteemi MEIS arendamine maksumusega 10 000 eurot, mis vastab arendaja hinnangule.

Kuna IT-arenduskuludel puudub rahaline kate, esitatakse 2027–2030 riigi eelarvestrateegia protsessis Vabariigi Valitsusele õigusaktidest tulenev lisataotlus. Eespool mainitud lisataotluste eraldamata jätmise korral ei ole võimalik arendust sellisel kujul ellu viia, mis omakorda halvendab seadusega seatud eesmärgi saavutamist. Kui lisarahastust 2027–2030 riigi eelarvestrateegia protsessis ei eraldata, vaadatakse arenduste vajadused üle, et tagada IT-arenduste miinimumtase. See võib kaasa tuua Sotsiaalministeeriumi valitsemisala senise strateegiliste eesmärkide muutmise ning vähendada valitsemisala muude põhitegevuste ja riiklike programmide rahastust.

8. Rakendusaktid

8.1. Seaduse vastuvõtmisel tuleb kehtestada uus sotsiaalministri määrus „Rehabilitatsiooniteenuse nõuded“. Määrus kehtestatakse järgmiste volitusnormide alusel:

- 1) RTHS § 22¹ lõige 2 - rehabilitatsiooniteenuse liigid, nõuded rehabilitatsioonimeeskonna koosseisule ning teenuse osutamise tingimused ja kord;
- 2) RTHS § 22² lõige 6 - inimese rehabilitatsiooniteenuse vajaduse tuvastamise täpsemad tingimused ja kord;
- 3) RTHS § 22³ lõige 5 - rehabilitatsiooniteenuse dokumenteerimise nõuded ja täpsem andmekoosseis;
- 4) RTHS § 22⁴ lõige 2 - rehabilitatsioonimeeskonna liikmele esitatavad nõuded.

8.2. Seaduse vastuvõtmisel tuleb muuta järgmisi määrusi:

- 1) sotsiaalkaitseministri 5. märtsi 2019. a määrus nr 12 „Sotsiaalkaitse infosüsteemi põhimäärus“;
- 2) sotsiaalkaitseministri 27. detsembri 2017. a määrus nr 72 „Sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregistri põhimäärus“;
- 3) sotsiaalministri 19. jaanuari 2007. a määrus nr 9 „Tervisekassa poolt tasu maksmise kohustuse ülevõtmise kord“;
- 4) sotsiaalministri 17. septembri 2008. a määrus nr 53 „Tervise infosüsteemi andmekoosseisud ja nende esitamise tingimused“;
- 5) sotsiaalministri 18. septembri 2008. a määrus nr 56 „Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise tingimused ja kord“;
- 6) majandus- ja infotehnoloogiainistri 22. detsembri 2023. a määrus nr 69 „Töötukassa andmekogu põhimäärus“;
- 7) kaitseministri 29. juuni 2016. a määrus nr 11 „Psühholoogilise abi ja sotsiaalteenuse tagamine ning töövõimetuse või puudega seotud lisakulu katmise tingimused, kord ja ulatus“;
- 8) Vabariigi Valitsuse 23. märtsi 2026. a määrus nr 37 „Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelu“;
- 9) Vabariigi Valitsuse 1. detsembri 2016. a määrus nr 138 „Tervise infosüsteemi põhimäärus“;
- 10) Vabariigi Valitsuse 29. septembri 2023. a määrus nr 90 „Tööhõiveprogramm 2024–2029“.

8.3. Seaduse vastuvõtmisel muutuvad volitusnormi kehtetuks tunnistamise tõttu kehtetuks järgmised määrused (HMS § 93 lg 1):

- 1) sotsiaalkaitseministri 21. detsembri 2015. a määrus nr 66 „Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse eest tasumise ning sõidu- ja majutuskulude hüvitamise tingimused ja rehabilitatsiooniprogrammi hindamiskriteeriumid“ – kehtestatud SHS § 57, § 58, § 60 lõike 5 ja § 69 lõike 10 alusel (RT I, 19.01.2024, 10) [Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse eest tasumise ning sõidu- ja majutuskulude hüvitamise tingimused ja rehabilitatsiooniprogrammi hindamiskriteeriumid – Riigi Teataja](#);
- 2) sotsiaalkaitseministri 21. detsembri 2015. a määrus nr 69 „Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse vajaduse otsustamiseks ja teenuse osutamiseks vajalike andmete loetelu ning sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse vajaduse tuvastamine“ - kehtestatud SHS § 61 lõike 2, § 62 lõike 4 ning § 69 lõigete 6 ja 10 alusel (RT I, 09.01.2024, 22) [Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse vajaduse otsustamiseks ja teenuse osutamiseks vajalike andmete loetelu ning sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse vajaduse tuvastamine – Riigi Teataja](#);
- 3) sotsiaalkaitseministri 21. detsembri 2015. a määrus nr 68 „Kogemusnõustaja koolituskava“ – kehtestatud SHS § 68 lõike 5 alusel (RT I, 10.07.2018, 7) [Kogemusnõustaja koolituskava – Riigi Teataja](#);
- 4) sotsiaalkaitseministri 21. detsembri 2015. a määrus nr 67 „Rehabilitatsioonimeeskonna spetsialisti koolituskava“ – kehtestatud SHS § 68 lõike 7 alusel (RT I, 29.12.2015, 34) [Rehabilitatsioonimeeskonna spetsialisti koolituskava – Riigi Teataja](#).

Punktis 8.1 nimetatud rakendusakti kavand (uute volitusnormide alusel antav määrus) on esitatud seletuskirja lisas 1. Punktis 8.2 nimetatud rakendusaktid töötatakse välja määruste muutmise käigus.

9. Seaduse jõustumine

Seadus jõustub 2027. aasta 1. oktoobril, mil lõpetatakse SKA korraldatava SRT osutamine ning teenuse korraldamine kehtivas süsteemis on võimalik kuni 2027. aasta 30. septembrini. Seaduse jõustumise ajaks on tagatud piisav aeg selleks, et ümberkorraldused ja ettevalmistavad tegevused (sh IT-arendused) oleksid plaanipäraselt tehtud.

Seaduse § 7 punkt 4 jõustub 2027. aasta 1. veebruaril, kuna SKA alustab SRT lõpetamiseks ettevalmistavate tegevustega juba varem. Alates 2027. aasta 1. veebruarist ei võta SKA enam vastu uusi rehabilitatsiooniteenuse osutamise tegevusloa taotlusi, kuna uutel teenuseosutajatel ei jää enam turule tulemiseks ja teenuse osutamiseks piisavalt aega.

10. Eelnõu kooskõlastamine, huvirühmade kaasamine ja avalik konsultatsioon

Eelnõu koostamise käigus konsulteeriti VTK kohta esitatud konkreetsetest ettepanekutest ja arvamustest lähtudes ka konkreetsete sidusrühmadega.

Rehabilitatsioonisüsteemi muudatuste eesmärgi saavutamiseks vajalike lahenduste, sealhulgas õigusloomemuudatuste kujundamiseks ja juhtimiseks, moodustati 2025. aasta kevadel reformi juhtrühm, kuhu kuuluvad Sotsiaalministeeriumi sotsiaal- ja terviseala asekanclerid ning SKA, Terviseamet, Tervisekassa, Majandus- ja Kommunikatsiooniministeeriumi, Haridus- ja Teadusministeeriumi, TEHIK-u ja Eesti Töötukassa esindajad.

Rehabilitatsiooniteenuse uutel alustel korraldamise aruteludes on osalenud Eesti Puuetega Inimeste Koda, Eesti Rehabilitatsiooniasutuste Liit, SKA, Tervisekassa, Terviseamet, Eesti Eripedagoogide Liit, Eesti Tegevusterapeutide Liit, Eesti Füsioterapeutide Liit, Eesti Taastusarstide Selts, Eesti Psühhiaatrite Selts, Eesti Psühholoogide Liit, Eesti Logopeedide Ühing, Eesti Tervishoiulogopeedide Selts, Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsioon, Eesti Töötukassa, Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium, Haridus- ja Teadusministeerium, haiglavõrgu haiglad, Eesti Perearstide Selts, Eesti Õdede Liit, Eesti Endokrinoloogide Selts, Eesti Oftalmoloogide Selts, Eesti Lastearstide Selts, Eesti Laste ja Noorte Diabeediühing, Eesti Pimedate Liit, Eesti Vaegkuuljate Liit, Eesti Muusikaterapia Ühing, Eesti Kliiniliste Psühholoogide Kutseliit, Eesti Linnade ja Valdade Liit ja kohalikud omavalitsused, Tartu Ülikooli Pärnu Kolledž, Eesti Afaasialiit, Erihoolekandeteenuste Pakkujate Liit ja sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse osutajad.

Õigusloomemuudatuste ja eelnõu aruteludes on kaasatuna osalenud SKA, Tervisekassa, Terviseamet, Eesti Töötukassa, Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium, Haridus- ja Teadusministeerium, Eesti Rehabilitatsiooniasutuste Liit, Eesti Perearstide Selts, haiglavõrgu haiglad, sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse osutajad, Eesti Puuetega Inimeste Koda, Eesti Linnade ja Valdade Liit ning TEHIK.

Eelnõu esitati kooskõlastamiseks eelnõude infosüsteemi (EIS) kaudu. Esimeses ringis esitati eelnõu arvamuse avaldamiseks järgmistele asutustele ja organisatsioonidele: Eesti Töötukassa, Eesti Puuetega Inimeste Koda, Eesti Rehabilitatsiooniasutuste Liit, Eesti Patsientide Esindusühing, Erihoolekandeteenuse Pakkujate Liit, Eesti Linnade ja Valdade Liit, Eesti Esmatasandi Tervisekeskuste Liit, Eesti Perearstide Selts, Eesti Psühhiaatrite Selts, Eesti Taastusarstide Selts, Eesti Arstide Liit, Eesti Haiglate Liit, Tervise Arengu Instituut, Õiguskantsleri Kantselei, Eesti Õdede Liit, Eesti Füsioterapeutide Liit, Eesti Eripedagoogide Liit, Eesti Logopeedide Ühing, Eesti Tervishoiulogopeedide Selts, Eesti Endokrinoloogide Selts, Eesti Lastearstide Selts, Eesti Oftalmoloogide Selts, Eesti Pimedate Liit, Eesti Vaegkuuljate Liit, Tartu Ülikool, Tallinna Ülikool, MTÜ Lastekaitse Liit, Eesti Psühholoogide Liit, Eesti Kliiniliste Psühholoogide Kutseliit, Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsioon, Eesti Tegevusterapeutide Liit, Eesti Füsioterapeutide Liit, Eesti Kogemusnõustajate Koda, Eesti Loovteraapiate Ühing.

Eelnõu kooskõlastas märkustega Eesti Linnade ja Valdade Liit.

Eelnõu kohta andsid tagasiside Eesti Arstide Liit, Eesti Eripedagoogide Liit, Eesti Perearstide Selts, Eesti Pereteraapia Ühing, Eesti Pimedate Liit, Eesti Psühhiaatrite Selts, Eesti Puuetega Inimeste Koda, Eesti Ravimi Hulgimüüjate Liit, Eesti Rehabilitatsiooniasutuste Liit, Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsioon, Eesti Taastusarstide Selts, Eesti Tegevusterapeutide Liit, Eesti Õdede Liit, Erihoolekandeteenuse Pakkujate Liit, Haapsalu Neuroloogiline Rehabilitatsioonikeskus, Kaitsevägi, Lapssi OÜ, MTÜ Päästearmee Eestis, SKA, Tartu Ülikool, Tervisekassa ja Eesti Tööandjate Keskliit.

Eelnõu esitati teisel kooskõlastusringil teadmiseks ka neile, kes andsid tagasisidet esimesel ringil ning kellele saadeti eelnõu esimesel ringil kooskõlastamiseks või arvamuse avaldamiseks.

Kooskõlastamise käigus esitatud märkustega arvestamise tabelid on esitatud seletuskirja lisa 2.

Algatab Vabariigi Valitsus 14. septembril 2026. a

Vabariigi Valitsuse nimel

(allkirjastatud digitaalselt)

Heili Tõnisson

Valitsuse nõunik