

Sotsiaalministeerium

Meie: 02.09.2025 nr 50

info@sm.ee

Eesti Puuetega Inimeste Koja arvamus sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna integratsiooni väljatöötamiskavatsusele

EPIKoda tänab kaasamise eest. Samas oleme väga mures VTK-le eelnenud kaasamisprotsessi pärast, kuhu EPIKoda ega meie liikmesühinguid ei kaasatud. Leiame, et VTK-s on mitmeid sisulisi ja põhimõttelisi kitsaskohti, mistõttu ei ole EPIKojal võimalik VTK suunda tervikuna toetada. Laiemalt jääb ebaselgeks inimese teekond teenustele, sh keda loetakse koordinatsiooniteenuse sihtgrupiks, milline on mõju sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna rahastusele ning kuidas rahastuse ja korralduse muudatused koos ajakavaga teenuste kättesaadavust reaalselt mõjutavad.

EPIKoda ja liikmesühingud on pikalt oodanud sotsiaal- ja tervishoiu (ning ka töö- ja haridusvaldkonna) paremat lõimumist, et abivajaja teekond oleks lihtne ning inimene ei peaks ise eri valdkondadest abi otsima. Väljatöötamiskavatsus sõnastab põhjendatult mitu suurt muret: Eestis on sotsiaal- ja tervishoiusüsteem teineteisest eraldatud; abivajaja võib ekselda eri teenuseosutajate vahel; abi ei jõua õigel ajal ega optimaalsel viisil. Samu teenuseid pakutakse paralleelselt mõlemas süsteemis ja ka rahastamine on killustunud. Toetame põhimõtet pakkuda abi proaktiivselt.

Alljärgnevalt esitame tähelepanekud, murekohad ja ettepanekud:

1. VTK järgi luuakse 15 healupiirkonda, mille taga on suur administratiivne tasand (sh juhtimine, kontrollimine), kuid reaalne teenuste kättesaadavuse parandamist ja kvaliteeti pole kirjeldatud. Täna pole sotsiaal- ja tervishoiuteenused üle Eesti ühtlaselt kättesaadavad. 15 erineva juhtimistasandi loomine ei too kaasa teenuste kättesaadavuse parandamist. Kuigi VTKs on lisatud, et teenuseid saab hankida ka teisest healupiirkonnast, jääb selgusetuks, kuidas see on korraldatud inimese vaates (aja- ja halduskulu) ning kulude liikumise vaates. Kas enne healupiirkonna administratiivtasandi rahastamist ja terviseteeakonna juhtide koolitamist ei võiks suunata ressursse igas piirkonnas teenuste paremasse kättesaadavusse? Kas Eesti mastaapi



arvestades on mõistlik 15 juhtimistasandi loomine? Kas ja millised alternatiivseid lahendusi kaaluti VTK koostamise käigus?

2. KOV-ide, perearstide liitumine TERVIKU lepinguliseks partneriks on küll seaduse järgi kohustuslik, kuigi eelduslikult on nii lühikese ajaraami jooksul kõikide kohalike omavalitsuste ja perearstikeskuste liitumine ebareaalne. Seetõttu on tõenäoline, et paljude inimesteni abi lihtsalt ei jõua. Oluline on juba ette läbi mõelda olukorrad, kus mõnes piirkonnas ei õnnestu TERVIKU moodustamine või see viibib. Kuidas tagatakse sellisel juhul inimeste võrdne kohtlemine ja ligipääs vajalikele teenustele? On oluline, et abi saamise võimalused ei sõltuks inimese elukohast ning et süsteem looks lahendused ka neile, kes elavad piirkondades, kus koostööorganisatsioon ei ole välja kujunenud.

3. VTK-s on välja toodud, et koordinaatsiooniteenuse sihtgruppi kuulumiseks on vajalik vähemalt kolme kroonilise haiguse diagnoos. Abivajadus ei sõltu alati diagnooside arvust – teatud diagnoosid võivad iseenesest tingida ulatusliku toetusvajaduse nii tervishoiu- kui sotsiaalvaldkonna (ka töö- ja haridusvaldkonna) teenuste näol, samas kui mitme diagnoosiga inimene võib igapäevaelus hästi toime tulla ka ilma teenusteta. Diagnooside nimekiri ei ole ammendav ja piisav alus abivajaduse hindamiseks. See võib kaasa tuua olukorra, kus inimesed on sunnitud pöörduma tervishoiutöötajate poole, et katusdiagnoosi all olevad seisundid või vaevused eraldi välja toodaks. See omakorda lisab koormust nii inimesele kui tervishoiutöötajatele. Seetõttu palume kasutada alternatiivseid lähenemisi, mis võtavad aluseks eelkõige inimese tegeliku toimetuleku ja abivajaduse, mitte üksnes diagnooside arvu. Samuti on TERVIKU-st õigust abi saada ka inimesel, kes vajab rehabilitatsiooniteenust, kes ei pruugi omada 3 ja enam kroonilist diagnoosi. Seega jääb arusaamatuks, milliseid inimesi oodatakse TERVIKusse abi saama.

4. VTK-s jääb ebaselgeks TERVIKU vastutus inimese sidustamisel teenustega. Nt kui inimene vajab teenuseid tervishoiust, rehabilitatsioonist, kohalikust omavalitsusest. Kohalik omavalitsus on autonoomne haldusorgan, kes hindab ise oma piirkonna inimese teenusvajaduse. Kuidas saab inimene tervisejuhi tehtud otsuseid, plaani vaidlustada? Kuidas saavad KOV-i väliste hindajate hindamistulemused olla KOV-le teenuste osutamisel siduvad? Kui vajadusi hindab üks haldusorgan ja osutab teine haldusorgan, siis kes vastutab juhtumikorralduse eest?

5. Tervisejuhtide koolitamine – ministeerium on alustanud juba õppekava hankega ehk võtnud rahalisi kohustusi, mis on väga kummaline olukorras, kus integratsiooni plaan ei ole läbinud ametlikku kooskõlastusetappi, st pole ühiskondlikku ega ka partnerite ja teiste osapooltega tehtud kokkulepet, et TERVIKUTE loomisega ka edasi minnakse.

- Uute spetsialistide koolitamise tarvis eeldatakse, et sinna kandideerivad tänased õe või sotsiaaltöötaja haridusega inimesed. Need on aga erialad, kus on spetsialistidest niigi suur puudus. Ei tundu õige olevat nendest sektoritest inimesi ära viia, eriti kui valdkonnas on suur osa kergemini täiendõpetatavaid inimesi olemas, nt rehabilitatsioonimeeskondade juhtumikorraldajad, pereõed (krooniliste haigustega inimeste teekonnajuhid), Töötukassa juhtumikorraldajad, hariduasutuste tugispetsialistid (Rajaleidja), kohalike omavalitsuste sotsiaaltöötajad (tervise seisundi tõttu abi vajavate inimeste teekonnajuhid), haiglate sotsiaaltöötajad (teekonnajuhid haiglasse sattunud inimestele). Need inimesed on täna süsteemis olemas ning neil on ka vastavad oskused, aga neil on puudu andmebaasid ja õigused andmete vahetamiseks. Reformiplaani kohaselt luuakse need võimalused sotsiaal- ja tervishoiu andmete liigutamiseks.

- Tundub ebarealistlik koolitada välja 6 kuuga spetsialistid, kellel peavad olema oskused tunda nii sotsiaal- kui tervishoiuvaldkonda, erinevaid erivajadusi ja haigusi.

Ettepanek: luua uus rakenduslik õppekava, mis hõlmaks vajalikul määral tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna õpet, kuhu saaks kandideerida ilma valdkonnas senist töökogemust omamata inimesed.

6. Rehabilitatsiooniteenuste üleminek - kuidas ja kes tagab, et inimesed katkematult teenust edasi saaks, sest vastutus piirkonna teenuseosutajate kaasamiseks liigub TERVIKU-sse, kuigi on ebaselge, kas antud ajaraamis igasse maakonda TERVIKud tekivad. Lisaks jäävad teenuseta praeguse plaani kohaselt need sotsiaalse rehabilitatsiooni teenusel olevad inimesed, kes ei vasta mitme diagnoosi kriteeriumile.

Ettepanek: Koostada selge üleminekukava kõigile teenusel olevatele sihtrühmadele.

- Teenuste hinnastamise küsimus. Siiani on olnud sotsiaalse rehabilitatsiooni hinnad olulisemalt madalamad, kui samad teenused tööalases rehabilitatsioonis või tervishoiusüsteemis. Eelduslikult need ühtlustatakse tervishoiuhindadega. Kuidas leetakse pingelises eelarveolukorras lisaraha teenuste rahastamiseks? Ilma lisarahastuseta pole võimalik teenuseid samal määral pakkuda.

- Tänapäevaste teenusepakkujate jätkamine rehabilitatsiooniteenuse osutajatena. MTÜ-d ei saa olla Tervisekassa partneriks, kuid täna on Sotsiaalkindlustusameti partneriteks ca 40 MTÜ-d, kes ei saa sellisel kujul uues süsteemis jätkata, sh on nende MTÜ-de seas puudespetsiifilisi organisatsioone, kes pakuvad teenust ainult kindlale sihtgrupile. Kuidas riik tagab selle kompetentsi säilimise ja arendamise? Nt pimedate, vaegkuuljate, kurtide ja afaasia diagnoosiga inimeste rehabilitatsioon. Praegu on näiteks kurtidele lastele väga hea lahendus Põlvkondade

Maja, kus pakutakse peaaegu kõiki teenuseid viipekeeles. Täiskasvanud ja eakad saavad tuge Eesti Vaegkuuljate Liidust, kus teenused on samuti kättesaadavad kurtide emakeeles (viipekeeles) ilma, et oleks vaja kasutada eraldi viipekeeletõlgi teenust.

Lisaks näiteks Tervisekassa teenuste loetelust jääb hetkel välja mitmeid olulisi afaasiaga inimeste kompleksseks rehabilitatsiooniks vajalikke spetsialiste, kes panustavad otseselt inimese toimetulekusse. Näiteks terapeutilise loovtegevuse juhendajad, kompleksse programmi spetsialistid-tegevusjuhendajad, nn afaasia tõlkijad.

Ettepanek: Teeme ettepaneku lihtsustada Tervisekassa partneriks saamise protsessi nii, et praegused kõrgekvaliteedilist ja vajaduspõhiseid teenuseid pakkuvad MTÜd saaks jätkusuutlikult teenust edasi osutada.

- Kuidas toimib loogiliselt inimese terviklik rehabilitatsioon, kui tervishoiuteenuste osutamiseks mõeldud vahendid suunatakse Tervisekassasse, aga sotsiaalse iseloomuga teenuste osutamise vahendid Tervikule? Kuidas ja kes planeerib inimesele tervikliku teenuse? Lisaks liigub ka sotsiaalse rehabilitatsiooni eelarvest osa valdkonnaülese koordinatsiooni pakkumiseks Tervisekassale. Varasemalt rehabilitatsiooniteenusel sellist komponenti pole olnud, lisarahastuse puudumise korral vähenevad reaalsed teenuse osutamiseks mõeldud vahendid.

Ettepanek: kaardistada selgelt, milline saab olema mahuka, kompleksse ja pikaajalise või püsiva teenusevajadusega inimese teekond. Oluline on selgelt välja tuua, kuidas hakatakse teenuste integreerimisel määratlema, kui mitu tundi psühholoogi, füsioterapeudi vms teenust inimene vajab ning mille alusel seda otsustatakse.

- Töölalast rehabilitatsiooniteenust esimese etapis integreerima ei hakata, samas pole VTK-s ka väljatoodud, mis on visioon, millal ja kuidas seda tehakse.

Reformi edukus sõltub eelkõige sellest, kas suudetakse säilitada ja rakendada juba olemasolev professionaalne võimekus, sh rehabilitatsioonimeeskonnad, sh mittetulundusühingud. Oluline on tagada toimiva ja tervikliku infosüsteemi loomine, mis oleks praktiliseks tööriistaks spetsialistidele ning toetaks inimeste abivajaduse õigeaegset ja asjakohast märkamist.

Reformi elluviimisel tuleb tagada inimeste valikuvabadus ja üleriigiline teenuste kättesaadavus, vältides abi piiramist üksnes heaolupiirkondade raamistikus. Keerulise abivajadusega sihtgruppide puhul on vältimatu kaasata süsteemselt ka pereliikmeid, kellele langeb suur hoolduskoormus ning kes on seetõttu samuti rehabilitatsiooni sihtgrupi osa.



Samavõrd tähtis on tagada tööalase ja meditsiinilise rehabilitatsiooni sidusus, sest töövõime ja igapäevane toimetulek on otseselt seotud inimese terviseseisundiga ning terviklik lähenemine loob reaalse võimaluse inimeste ühiskonnaelus ja tööturul osalemiseks.

Ettepanek: Analüüsida piirkondlikke probleeme ja võimalusi koos sihtrühmadega, sh nii lõppkasutajate, teenusepakkujate kui KOVide esindajatega. Samuti teeme ettepaneku tuua selgelt välja, kui palju finantsressurssi suunatakse teenuste kättesaadavuse parandamiseks. Sujuv teekond ei saa olla omaette eesmärk, kui see viib suletud kabinetiukseni. Praeguses plaanis sisalduv kokkuhoid EMO külastuste ja korduvhospitaliseerimiste vähendamise osas ei ole realistlik, kui plaanis on hakata osutama teenuseid tegeliku vajaduse alusel ning proaktiivselt - seda põhjusel, et praegu on vajadus suurem kui võimalused ja pakkumine.

Toetame Tervisekassa poolt VTK-le esitatud arvamust. Lisame kokkuvõtvalt, et tunnustame ettepaneku eest sotsiaal-ja tervishoiuteenused sidustada, kuid ei pea võimalikuks VTK-d toetada. Tegemist on põhimõttelist ja täiendavat sisulist arutelu vajavate küsimustega, mida VTK hetkel piisavalt ei kata. Tõime oma arvamuses välja vaid ühe osa murekohti, kuivõrd vastuseta küsimusi ja läbimõttlemata põhimõttelisi punkte on liialt palju, et hetkel oma ressursse materjali täiendavasse analüüsi ja tagasisidestamisse panna. Inimese vaatest on tegemist eluks ja heaoluks vajalike oluliste teenustega, mistõttu soovime algetada sisulise ja kaasava arutelu, mille tulemusel tekkivad lahendused on kõikidele osapooltele üheselt selged ja arusaadavad ning praktikas reaalselt ka rakendatavad ja lisandväärtust loovad.

Lugupidamisega

(digitaalselt allkirjastatud)

Maarja Krais-Leosk
Tegevjuht
Eesti Puuetega Inimeste Koda

Tuuli Seinberg; Tervisekaitsealase huvikaitse nõunik ;+372 5401 0461; tuuli.seinberg@epikoda.ee

Kristi Kähär; Toetuste ja teenuste nõunik; +372 5401 0462; kristi.kahar@epikoda.ee