

II kooskõlastusringi tabel

Kooskõlastustabel on koostatud [rahvatervishoiu seaduse muutmise ja sellega seonduvalt teiste seaduste muutmise seaduse \(rehabilitatsioonisüsteemi muudatused\)](#) kohta.

Esitatud märkused või ettepanekud	Sotsiaalministeeriumi seisukoht
Tervisekassa Tervisekassa on olnud rehabilitatsioonireformi ettevalmistamisse sisuliselt ja järjepidevalt kaasatud, mistõttu toetame eelnõu põhisuundi ning oleme valdavas osas selle sisuga nõus. Samuti oleme valmis jätkama tulemuslikku koostööd reformi edukaks elluviimiseks. Peame väga positiivseks rehabilitatsiooniteenusele suunamise korralduses tehtud muudatust. Inimesekeskse süsteemi arendamise seisukohalt on oluline edasimineku, et rehabilitatsiooniteenusele suunamise õigus laieneb tervishoiutöötajatele, sealhulgas õdedele. Samuti toetame lahendust, mille kohaselt on kavandatud võimaldada e-konsultatsioonidele vastamist ka tervishoiutöötajatega võrdsustatud isikutel, mis aitab kaasa süsteemi suuremale paindlikkusele ja sujuvusele. Eelnõus kirjeldatud lahenduse puhul teeb Tervisekassale siiski muret asjaolu, et rehabilitatsiooniteenusele suunamise ainsa meetodina nähakse ette e-konsultatsiooni kasutamine. E-konsultatsioon on asjakohane ja vajalik suunamismehhanism olukordades, kus suunajal on vaja konsulteerida patsiendi käsitluse või edasise ravi osas. Samas kaasnevad e-konsultatsioonidega kulud, mis võivad avaldada märkimisväärset survet rehabilitatsiooniteenuse eelarvele.	Teadmiseks võetud. Täname tagasiside eest. Arvestatud osaliselt. Eelnõu 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 õe suunamisel. RHTS § 22² lõikes 6 täpsustakse, et inimese rehabilitatsiooniteenuse vajaduse tuvastamise ja teenust saama suunamise täpsemad tingimused ja korra kehtestab valdkonna eest vastutav minister

Seetõttu peab Tervisekassa vajalikuks kaaluda ambulatoorsele vastuvõtule suunava saatekirja kasutamise võimaldamist juhtudel, kus suunaval arstil puudub vajadus täiendava konsultatsiooni järele ning rehabilitatsiooniteenuse vajadus on üheselt selge. Selliseid olukordi võib esineda näiteks taastusarstide puhul, kui rehabilitatsiooniteenus on näidustatud taastusravi jätkusekkumisena. Arvestades, et üleminekuperioodi vajadusi silmas pidades on saatekirja lahenduse tehniline arendamine juba kavandatud, ei tooks selle kasutamise võimaldamine ka reformijärgses süsteemis kaasa täiendavaid arendusvajadusi ega olulisi lisakulusid. Vastupidi, see võimaldaks kasutada rehabilitatsiooniteenuse eelarvevahendeid säästlikumalt ning toetaks süsteemi tõhusamat toimimist. Koostatud ja koostamisel olevad toetavad materjalid ning planeeritavad koolitused aitavad rehabilitatsiooniteenuse mõistmisega ja paremate suunamispraktikatega kujundamisega.	määrusega. Rakendusakti kavand ütleb, et rehabilitatsiooniteenusele suunamine toimub tervise infosüsteemi vahendusel e-konsultatsiooni kaudu. Oleme nõus, et e-konsultatsiooni kasutamisel kaasnevad kulud ning suunamismudeli valikul tuleb hinnata selle mõju teenuse korraldusele ning kuludele. Esmased e-konsultatsiooni kasutamisega kaasneva mõju hinnangud on eelnõu koostamisega paralleelselt teostatud, sealhulgas hinnatud kulusid ja töökorralduslikke aspekte. Eelnõu seletuskirja on sellekohase hinnanguga täiendatud. Täpsemas analüüsis võetakse arvesse nii olemasolevat e-konsultatsioonide kasutamise praktikat tervishoiusüsteemis kui ka rehabilitatsiooniteenuse sihtrühmade eripärasid ja prognoositavaid teenusmahte. Rehabilitatsioonisüsteemi muudatusega seoses luuakse tõepoolest saatekirjaga rehabilitatsiooniteenusele suunamise tehniline lahendus, mis võimaldaks teenusele suunamist saatekirjaga ilma, et sellega kaasneks täiendav arenduskulu. Saatekirja tehnilist lahendust on aga kavas rakendada praeguselt teenuse korralduse süsteemile uuele ülemineku korraldusel.
Eelnõu kohaselt säilitab rehabilitatsiooniteenuse osutaja andmeid kolm aastat pärast teenuse osutamise lõppemist. Tervisekassa toob murekohana välja, et 3-aastane säilitamistähtaeg ei pruugi olla piisav olukorras, kus inimesel tekib teenuse osutamisest tingitult tervisekahjustus või kehavigastus. Tsiviilseadustiku üldosa seaduse § 153 kohaselt aeguvad surma põhjustamisest, kehavigastuse tekitamisest või tervise kahjustamisest tulenevad nõuded hiljemalt 30 aasta jooksul, arvates kahju põhjustanud teo tegemisest või sündmuse toimumisest. Ka ambulatoorse ning statsionaarse tervishoiuteenuse osutamist tõendavaid andmeid säilitatakse 30 aastat patsiendile osutatud teenuse andmete kinnitamisest (TTKS § 42 lg 4). Tervisekassa teeb ettepaneku antud säilitamistähtaeg viia kooskõlla teiste seadustega.	Arvestame Eelnõu ja seletuskirja on vastavalt täiendatud. Ühtlustame rehabilitatsiooniteenuse osutamise dokumentide ning andmete säilitamise tähtaja kehtiva õigusloomega (tervishoiuteenuste korraldamise seadusega ning tsiviilseadustiku üldosa seaduse §-ga 153). Ehkki Tervise infosüsteemi (TIS) edastatav epikriis annab üldise kokkuvõtte osutatud teenusest ja tulemustest, ei sisalda see teenuseosutaja igapäevast üksikasjalikku dokumentatsiooni (sh tegevuslogisid, spetsialistide vahe-sissekandeid ja detaile teostatud protseduuride kohta). Kuna rehabilitatsiooniteenus integreeritakse tervishoiusüsteemi ning teenuse osutamisel tekkida võivate tervisekahjustuste ja kehavigastuste nõuete aegumistähtaeg on TsÜS § 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.

Eelnõu kohaselt ei sõltu ligipääs rehabilitatsiooniteenusele enam puude raskusastmest ega töövõime hindamise tulemusest, vaid inimese tegelikust rehabilitatsioonivajadusest. Eelnõu mõjude analüüsi kohaselt jääb teenusesaajate arv ligikaudu samaks (10 827 inimest aastas, lk 24). Seletuskirja kohaselt jääb rehabilitatsiooniteenust kasutavate inimeste koguarv eelduslikult samasse suurusjärku SRT-d kasutanud inimeste arvuga (lk 25). Eelnõu kohaselt muutub ligipääs rehabilitatsiooniteenusele perearstide kaudu lihtsamaks, kaob puude taotlemise vajadus ning rehabilitatsiooni vajadus avastatakse varem. Teenuste ümberhinnastamisel tervishoiuteenuste põhimõtete järgi on sama eelarve juures võimalik pakkuda teenuseid väiksemas mahus (sk lk 39). Eeltoodu pinnalt järeldeb Tervisekassa, et seletuskirjas toodud arvandmete ja SHS § 59 lg 1 loetelu alusel esineb pigem tendents, et rehabilitatsiooniteenuse sihtrühm ja teenuse nõudlus suureneb võrreldes senisega. Ei ole üheselt selge, mismoodi katab Tervisekassa kulud kui SRT rahastamiseks riigieelarvest Tervisekassale kantud vahendid ei kata abivajajate SRT tegelikku hulka. Seetõttu kasvab surve Tervisekassa eelarvele, iseäranis taastusraviteenuste nõudluse kasvu kaudu.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuse rahastamine eelarveliste võimaluste piires on kooskõlas tavapäraste riigieelarve põhimõtetega ning kajastab asjaolu, et riigieelarvest rahastatavate tegevuste maht sõltub riigi eelarvevõimalustest ja prioriteetidest. Samas on rehabilitatsiooniteenus riigi poolt korraldatav oluline teenus, mille rahastamisvajaduse hindamisel lähtutakse teenuse vajadusest ja kokkulepitud eesmärkidest. Eelnõuga ei kavandata luua olukorda, kus rehabilitatsiooniteenuse rahastamise puudujääk kaetaks Tervisekassa ravikindlustuse vahendite arvelt. Riigieelarvest rahastatavate ülesannete täitmiseks vajalikud vahendid tuleb kavandada vastavalt riigieelarve protsessis ning arvestades tegelikku teenusvajadust ja riigi rahalisi võimalusi. Rehabilitatsiooniteenuse üheaastane eelarve on fikseeritud Riigikogu poolt vastu võetud riigieelarve seaduses ning nelja-aastane eelarve Vabariigi Valitsuse poolt kinnitatud RESis. Eelarvevahendid kanduvad iga-aastaselt baasis edasi. Vabariigi Valitsus ja Riigikogu saavad teha eelarves muudatusi, kuid sotsiaalministeeriumi huvides on üheselt, et riigieelarves oleks rehabilitatsiooniteenuste osutamiseks piisav eelarve.
Eesti Perearstide Selts	
Eesti Perearstide Selts peab vajalikuks anda enda poolne tagasiside, kuigi antud eelnõud meile enam kooskõlastamiseks ei saadetud. Meie hinnangul on suur osa eelmises tagasisideringis välja toodud kitsaskohti ja probleeme jätkuvalt lahendamata. Oleme jätkuvalt seisukohal, et antud reformi tehakse selgelt kiirustades, selle tõestuseks on mitmed kohtumised, kus tõdeti, et häid lahendusi ei jõua tähtajaks valmis ja seetõttu tuleks leppida millegagi, mis ei täida põhiliste osapoolte huvisid. Lisaks näeme jätkuvalt suurt rehabilitatsiooni teenuse kättesaadavuse halvenemisega või kohati isegi teenuse katkemise ohtu.	Selgitame. Täname Perearstide Seltsi tagasiside eest. Eelnõule on tagasiside andnud paljud erinevad osapooled ning eelnõus pakutud lahendus on parim tulemus, mis arvestab võimalikult paljude oluliste partnerite seisukohtadega, säilitades samas muudatuste põhieesmärgi: tagada inimestele nende terviseseisundist lähtuv kiire ja tulemuslik abi. Oleme eelnõu koostamise perioodil Eesti Perearstide Seltsi esindajatega korduvalt kohtunud, viimati 29.06. ning 12.08. on plaanis täiendav infopäev. Kohtumistel oleme jõudnud mitme kokkuleppeni, mis ka eelnõus kajastuvad (nt rehabilitatsiooniteenusele suunamine e-konsultatsioonide kaudu, täiendavate õiguste andmine õdedele, et vähendada perearstide koormust jms). Rehabilitatsioonisüsteemi reformi valmistatakse ette enam kui viis aastat ning tulles vastu osapoolte soovile, on muudatuste jõustumist juba ka edasi lükatud. Reformi uuendatud ajakavas püsimine on väga oluline, sest see tagab selguse ja kindluse nii teenust saavajatele/vajavatele inimestele kui teenuseosutajatele jt osapooltele. Seltsi viidatud lahendused, mis ei jõua valmis reformi rakendamisega samaaegselt

	puudutavad tehnilisi lisafunktsionaalsusi (nt enesehinnanguvorm), mis ei ole reformi eduka rakendumise vaatest määrava tähtsusega ning on loomulik, et täiendavaid funktsionaalsusi ja erinevaid mugavuslahendusi lisatakse etapiti ka peale põhimuudatuste rakendumist. Mõistame, et reform mõjutab perearstide tööd ja teeme kõik endast oleneva, et perearstid saaksid vajalikud tööriistad ja oleksid toetatud üleminekul uuele lahendusele. Üleminekul uuele süsteemile jõuab esimene hulk seniseid teenusesaajaid rehabilitatsiooniteenusele automaatse saatekirja alusel. See vähendab märkimisväärselt perearstide ja teiste rehabilitatsiooniteenusele suunajate esmast töökoormust, mis oli üks peamisi murekohti, millele Eesti Perearstide Selts varasemates aruteludes tähelepanu juhtis. Üleminekulahenduse oluline eesmärk on anda ka praegustele sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse saajatele, kellel on 30.09.2027 seisuga SKA väljastatud SRT suunamisotsus, kindlus ülemineku sujuvas korralduses, et vältida teenuse saamise olulist ajalist katkestust. Oleme (koostöös Tervisekassaga) planeerinud perearstidele enne reformi rakendumist erinevaid koolitusi, infopäevi ja praktilisi tööjuhiseid ning oleme avatud täiendavaks koostööks ja selgitusteks, mis aitavad muudatusi edukalt ellu viia.
Samuti on meie hinnangul lubamatu olukord, kus SOM kodulehel (27.07.26) https://sotsiaalkindlustusamet.ee/puue-ja-hoolekanne/sotsiaalne-rehabilitatsioon/rehabilitatsiooniteenuse-reform on kirjeldatud planeeritavaid muudatusi ja tavainimese jaoks jääb mulje, et nii nagu kodulehel kirjas on hakkabki kõik olema - seal puudub info, et kõik võib veel muutuda – ehk kommunikatsioon inimeste suunas, kes täna rehabilitatsiooni teenuseid saavad on meie hinnangul eksitav.	Arvestatud. Sotsiaalkindlustusameti kodulehel parandused sisse viidud. Nõustume, et uutel alustel rehabilitatsiooniteenuse korralduse ning suunamise kirjeldamisel tuleb selgitada, et tegemist on eelnõukohase lahendusega.
Hiljuti perearstkonna seas läbiviidud küsitluses selgus, et perearstid ei pea aktsepteeritavaks lisanduvat lisakoormust ning perearstidele jääb arusaamatuks, mis on tänase süsteemi ületamatud probleemid peale vigase ja kalli IT süsteemi. 24.09.2025 ERR artiklist: ... Nimelt kasutab sotsiaalkindlustusamet osaliselt endiselt mitukümmend aastat vana infosüsteemi SKAIS 1, mille edasiarendamine on kallid ja vaevavaline. Meie jaoks on arusaamatu, miks ei võiks ainult infosüsteemi vahetada ja tegeleda kitsaskohtade lahendamiseks - miks on vaja ühelt poolt lammutada toimivat süsteemi - SKA kaudu rehabilitatsiooniteenuse taotlemine ja hindamine - seal on olemas inimesed, kes seda tööd	Selgitame. Mõistame muret seoses täiendavate tööülesannetega tervishoiusüsteemis. Samas kinnitame, et vajadus rehabilitatsioonisüsteemi muudatuste järele ei ole seotud infosüsteemidega, vaid sooviga tagada terviseprobleemidega inimestele tulemuslikum ja terviklikum abi. Oleme nii kohtumistel, infotundides kui ka kirjalikult selgitanud rehabilitatsioonisüsteemi kavandatavate muudatuste põhjuseid, mis on põhjalikult käsitletud ka eelnõu seletuskirjas. Muudatuste eesmärk on pakkuda terviseseisundist tulenevalt igapäevaelus ja inimese tavapäras keskkonnas tuge vajavatele inimestele kvaliteetsemat, tulemuslikumat ja paremini koordineeritud abi, kasutades selleks olemasolevat spetsialistide kompetentsi ja avalikke vahendeid senisest tõhusamalt.

oskavad teha ja teevad seda igapäevaselt. Selle asemel plaanitakse tuua niigi ülekoormatud perearstiabisse lisaülesandeid, mida perearstkond ei pea juba tänast töömahtu arvestades võimalikuks.	Selle eesmärgi saavutamiseks on vajalik vähendada teenuste korralduslikku ja sisulist dubleerimist ning halduskoormust eri valdkondade vahel. Seetõttu nähakse ette rehabilitatsiooniteenuste korraldamise ja rahastamise koondamine tervishoiuga ühe juhtimise alla, mis võimaldab ühtlustada protsesse, töökorraldust ja infovahetust ning luua inimese vajadustest lähtuv terviklik vaade tema teenustekonnale. Kavandatava mudeli kohaselt on rehabilitatsiooniteenuse osutajate infosüsteemid liidetud tervise infosüsteemiga. See võimaldab ravi- ja rehabilitatsiooniprotsessiga seotud andmeid vahetada ühtses keskkonnas, vähendab dubleerivat andmesisestust ning toetab tõhusamat koostööd ravi- ja rehabilitatsioonimeeskondade vahel. Tulemuseks on inimese jaoks sujuvam, sidusam ja terviklikum teenustekond. Seetõttu on tervise infosüsteemile tuginev lahendus hinnatud tehniliselt, sisuliselt ja kulutõhususe vaatest kõige eesmärgipärasemaks lahenduseks, arvestades nii teenusesaajate, tervishoiuteenuse osutajate kui ka rehabilitatsiooniteenuse osutajate vajadusi.
Meie jaoks on arusaamatu, miks ei võiks ainult infosüsteemi vahetada ja tegeleda kitsaskohtade lahendamiseks - miks on vaja ühelt poolt lammutada toimivat süsteemi - SKA kaudu rehabilitatsiooniteenuse taotlemine ja hindamine - seal on olemas inimesed, kes seda tööd oskavad teha ja teevad seda igapäevaselt. Selle asemel plaanitakse tuua niigi ülekoormatud perearstiabisse lisaülesandeid, mida perearstkond ei pea juba tänast töömahtu arvestades võimalikuks. Olemasoleva süsteemi kitsaskohtade lahendamise võimaluse kõrval näeme, et meil on süsteemis veel inimesi, kes on koolitatud ekstra hindama inimese funktsioneerimist vastavalt RFKle - töötukassa töövõime hindajad, kes meie hinnangul võiksid alternatiivselt võtta üle siis SKA rehabilitatsiooniteenuse vajaduse hindajate rolli. Perearstide arvamuse kohaselt ei ole mõistlik antud lisa tööülesannet mitte ühelgi kujul lisada perearstide töölauale - seda on suudetud organiseerida seni nii, et perearstid on välja jäetud ja eesmärk peaks olema seda ka edaspidi nii teha, arvestades perearstide töökoormuse konstantset suurenemist muude ülesannete arvelt, viimasel ajal iseäranise vaimse tervise probleemide arvelt.	Selgitame. Eesmärk ei ole dubleerida tervishoiusüsteemist eraldiseisvat hindamis- ja andmevahetussüsteemi olukorras, kus tervise infosüsteemis on olemas vajalikud andmed inimese terviseseisundi kohta ning rehabilitatsiooniteenuse osutajate infosüsteemid on kavandatud tervise infosüsteemiga liidestatuna. Seetõttu on kõiki osapooli arvestades hinnatud otstarbekamaks kasutada olemasolevat tervise infosüsteemi taristut, mitte luua paralleelselt täiendavat eraldiseisvat süsteemi. Töötukassa töövõime hindamise süsteem on loodud teistsugusel eesmärgil ning selle peamine ülesanne on hinnata inimese töövõimet tööturuteenuste ja -toetuste kontekstis. Rehabilitatsiooniteenuse vajaduse hindamine keskendub aga terviseseisundist tulenevatele funktsioneerimisraskustele ning selle hindamise tulemuseks on inimesele sobiva rehabilitatsiooniteekonna ja -sekkumiste kavandamine. Seetõttu ei ole neid kahte funktsiooni võimalik üks-ühele üle kanda. Inimene, kellel on terviseseisundist tulenev mure, pöördub tavapäraselt enda perearsti, eriarsti või õe vastuvõttu. Seetõttu on inimese vaatest loogiline, et tema terviseseisundist tuleneva toe vajadus tuvastatakse samas etapis ning suunatakse ühtses voos edasi lähtuvalt inimese vajadustest. Samuti, tulenevalt sellest, et tegemist on inimese tervist puudutava olukorraga, on asjakohane, et rehabilitatsiooniteenuse vajaduse tuvastamisel kasutatakse tervishoiutöötaja, arsti või õe kompetentsi.

	Sisuliselt on tegemist ühe täiendava võimalusega, kuhu perearst saab oma patsiendi abi saamiseks suunata ja see toetab omakorda arste jt tervishoiutöötajaid nende eesmärkide saavutamisel. Praeguse sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse üheks peamiseks sihtrühmaks on arenguhäire, kõne hilistumise ning vaimse tervise muredega lapsed, samuti vaimse tervise muredega tööealised. Sellega tekib täiendava toe pakkumise võimalus juurde sihtrühmadele, kellele tervishoius pakutava toe võimaluste üle on Eesti Perearstide Selts muret tundnud. Laste sihtrühm jõuab perearstide vaatevälja laste tervisekontrollide kaudu ning rehabilitatsiooniteenus on üks meede, kuhu vajadusel edaspidi on antud sihtrühma lapsi suunata võimalik. Poliitikamuudatusega suunatakse ka täiendav ressurss mitmedimensioonilise Pereteraapia osutamiseks, mis on tugevdab sotsiaalvaldkonna võimekust pakkuda abi riskikäitumise, vaimse tervise probleemide ja mitmekülgse abivajadusega lastele ning nende peredele. Rehabilitatsiooniteenusele saavad suunata lisaks perearstidele ka teised eriarstid ja õed, kellel on inimese tervises seisundist tuleneva rehabilitatsioonivajaduse hindamiseks vajalik pädevus. Eesti Perearstide Seltsi soov varasemas tagasisidest on olnud, et ka õed saaksid olla rehabilitatsiooniteenusele suunajad. Oleme selle võimaluse eelnõusse lisanud. Reformi rakendamisel jätkatakse koostööd erialaseltsidega, et tagada lahenduste praktiline rakendatavus ning hoida perearstide täiendav töökoormus võimalikult väike.
Esimene oluline põhimõtteline probleem suunamisprotsessis on asjaolu, et suunaja peab sisuliselt andma hinnangu tema kompetentsivaldkonda mitte-kuuluvatele küsimustele. Nimelt ei kuulu näiteks perearstide ega pereõdede väljaõppesse funktsioonipiirangute (RFK) ja inimese toimetuleku hindamine ega kirjeldamine, ning see ei ole nende igapäevatöö osaks. Seega ei peaks kindlasti olema perearsti ülesandeks patsiendi poolt täidetud enesehindamisvormile omapoolse hinnangu andmine - vastav hindamine peaks toimuma samas etapis, kus pannakse paika vajaminevate teenuste maht, sisu ja eesmärgid. Lisaks on perearsti vaates keeruline eristada, kas inimene vajab üht või mitut teenust - ka see hindamine peaks toimuma teenuste mahu, sisu ja eesmärkide hindamise kontekstis ning ühe või mitme teenuse vahel liikumine peaks toimuma ilma perearsti osaluseta.	Selgitame. Eelnõu kohaselt ei eeldata suunajalt, sh perearstilt rehabilitatsioonivajaduse terviklikku hindamist ega rehabilitatsioonimeeskonna pädevusse kuuluvate otsuste tegemist, nagu teenuste mahu, sisu, kestuse või vajalike spetsialistide koosseisu määramine. Suunaja roll saab tugineda etteantud rehabilitatsioonivajaduse tuvastamise kriteeriumitele, mis aitavad hinnata, kas inimese tervises seisundist tulenevad probleemid mõjutavad tema igapäevast toimetulekut, õppimist, töötamist või ühiskonnaelus osalemist. See lähenemine toetab arsti võimalust näha inimest tervikuna ning kirjeldada tervises seisundist tulenevaid funktsioneerimispiiranguid oma tavapärase kliinilise töö raames. Sisuliselt ei erine see põhimõte oluliselt praegusest praktikast, kus tervishoiuteenusele suunamisel või saatekirja koostamisel kirjeldatakse muu hulgas inimese tervises seisundit, diagnoose ning haigusest või terviseprobleemist tulenevaid piiranguid. Rehabilitatsioonimeeskonna ülesandeks jääb seejärel hinnata

	põhjalikumalt inimese rehabilitatsioonivajadust, seada eesmärgid ning otsustada vajalike sekkumiste ja spetsialistide kaasamise üle. Samuti ei eeldata suunajalt otsustamist selle üle, mitme spetsialisti kaasamist inimese rehabilitatsiooniteenuse osutamine eeldab, kuna see kuulub rehabilitatsioonimeeskonna pädevusse. Juhul, kui e-konsultatsioonile vastava rehabilitatsioonimeeskonna hinnangul ei vaja inimene meeskondlikku panusega rehabilitatsiooniteenust, vaid tervishoiu üksikteenust, siis on võimalik e-konsultatsiooni vastuses selline seisukoht välja tuua. Lisaks on reformi üheks eesmärgiks muuta inimese teekond lihtsamaks ja sidusamaks. Kui inimese abivajadus tuleneb peamiselt tema terviseseisundist, on loogiline, et rehabilitatsioonivajaduse käsitus toimub tervishoiusüsteemis ravi ja terviseseisundi hindamise loomuliku jätkuna. See vähendab vajadust pöörduda paralleelselt mitme erineva spetsialisti või asutuse poole üksnes teenusele ligipääsu saamiseks ning aitab vältida olukordi, kus inimene peab rehabilitatsioonivajaduse tõendamiseks läbima täiendavaid hindamisi väljaspool oma raviteekonda. Võrreldes senise korraldusega väheneb vajadus pöörduda täiendavalt Sotsiaalkindlustusameti poole ning inimese jaoks kujuneb teenusele ligipääs terviklikumaks ja sujuvamaks pärast raviarsti või eriarstiga toimunud käsitlust. Muudatusega seotud koolitus- ja juhendmaterjalide osas teeme koostööd erialaseltside, -liitude ning teiste seotud osapooltega. Näeme siinkohal suurt rolli ka Eesti Perearstide Seltsil, kellega oleme juba ka suhtluses ning soovime seda jätkata. Samuti kavandame muudatuste jõustumist toetavat koostööd – infotunde, koolitusi jms – ka nt Eesti Õdede Liiduga.
Teine oluline probleem on tagasiside formaat, mille sõnastus võimaldab suunata perearstile tagasi lisategevusi või ka näiteks teenuse osutamisest keelduva kommunikatsiooni esitamist. Näiteks rehabilitatsiooniteenuse asemel üksikteenust vajava isiku saatekiri peaks liikuma automaatselt edasi vastava teenusepakkuja juurde, mitte tagasi suunajale. Käsitlemata on ka pikemaajalise/eluaegse teenusvajadusega isikud, tagasikutsmise vs korduva suunamise küsimused jm.	Arvestatud. Eelnõu sõnastust on täpsustatud. Selgitame, et inimesel võib olla elu jooksul korduvalt rehabilitatsiooniteenuse vajadus ning inimest on võimalik ka korduvalt rehabilitatsiooniteenusele suunata, kui tema vajadused ning rehabilitatsiooniteenuse eesmärk aja jooksul muutuvad. Küll aga ei ole rehabilitatsiooniteenuse puhul tegemist eluaegse ühetaolise teenusega. Selgitame, et rehabilitatsiooniteenusel on selge algus ja ka lõpp, mis on seotud seotud eesmärkide saavutamise või rehabilitatsiooniteenuse vajaduse ära langemisega. Oleme eelnõu seletuskirjas toonud välja loetelu alustest, millal rehabilitatsiooniteenus lõpeb.

	Teenuse eesmärk on toetada inimese iseseisvat toimetulekut, seeläbi parandada tema elukvaliteeti ja võimaldada võimalikult aktiivset osalemist ühiskonnaelus. 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. Suhtleme teenusepakkujate, erialaliitudega ja tehniliste lahenduste arendajatega edasi küsimuses, kuidas oleks võimalik inimene suunata edasi üksikteenusele olukorras, kus ta ei vaja rehabilitatsiooniteenuse osutaja hinnangul rehabilitatsiooniteenust, kuid vajab tervishoiu üksikteenuseid. Kindlasti on oluline, et info selle kohta, et inimene ei vaja rehabilitatsiooniteenust, kuid vajab näiteks mõnd tervishoiu üksikteenust, jõuaks ka suunajale.
Eelnõus on jäetud täielikult arvestamata e-konsultatsiooni kaudu teenusele suunamisega seotud tervishoiutöötajate ajakulu ning lisatöö tasustamine. Kuidagi ei saa nõustuda seletuskirjas toodud väitega, nagu oleks rehabilitatsiooniteenuse jaoks e-konsultatsiooni koostamine pelgalt “tavatoiming, mida iseenesest ei ole paslik lisakoormusena käsitleda”. Esiteks tähendab see vähemalt perearstide või pereõdede jaoks hinnangute andmist veel ühes täiendavas valdkonnas, teiseks eeldab vorm kirjeldamist ja põhjendamist - mis vaieldamatult on täiendav ajakulu, kolmandaks ei ole välistatud suunajatelt lisategevusi või -kommunikatsiooni nõudvaid vastuseformaate, neljandaks on perearstide laual väga palju selliseid ülesandeid, millest iga üksiku maht ei pruugi olla väga suur, kuid mis kokku liites toovad kaasa olukorra, kus paljud perearstid on sunnitud töötama kaugelt rohkem kui tavapärase tööaeg ette näeb. Enne paljasõnalise hinnangu andmist tuleks hinnata ja mõõta keskmise nimistu patsientide rehabilitatsiooniteenusele suunamisega seotud toimingutele kuluvat aega.	Selgitame, eelnõu seletuskirja on täpsustatud. Eelnõu koostamisel ei ole lähtutud eeldusest, et rehabilitatsiooniteenusele suunamine oleks tervishoiutöötaja jaoks täiesti ajakuluta tegevus. Samas tuleb arvestada, et rehabilitatsiooniteenusele suunamise puhul on tegemist inimesele täiendava tervises seisundist lähtuva teenuse kättesaadavaks tegemisega, mitte üksnes täiendava haldusülesande lisamisega. Praktikas pöörduv inimene niigi oma tervisemurega perearsti või mõne muu tervishoiutöötaja poole. Kui vastuvõtu käigus selgub, et lisaks ravile vajab inimene rehabilitatsiooniteenust, tekib tervishoiutöötajal võimalus suunata inimene edasi teenusele, mis toetab tema funktsioneerimisvõime taastamist, säilitamist või parandamist. Seega ei ole tegemist tervishoiusüsteemist eraldiseisva protsessiga, vaid patsiendi käsitlemise loomuliku jätkuga. Samuti ei eeldata suunajalt rehabilitatsioonivajaduse põhjalikku hindamist ega teenuste mahu ja sisu määramist, kuna need ülesanded jäävad rehabilitatsioonimeeskonna pädevusse. Rehabilitatsiooniteenusele suunamisega kaasnevalt on oluline arvestada ka seda, et inimese jaoks väheneb vajadus liikuda erinevate süsteemide vahel ning rehabilitatsiooniteenus muutub tervises seisundi käsitlemise loomulikuks osaks.

	Eelnõu seletuskirja on lisatud info e-konsultatsioonide tasustamise kohta. E-konsultatsioonile vastamise kulu kaetakse sotsiaalministeeriumi poolt iga-aastaselt Tervisekassale eraldatava eraldise kaudu.
Kirjeldatud murekohad, samuti saatekirja kavandi pikka ja kirjeldavat teksti eeldav formaat on aga üksnes osa perearstide poolt välja toodud probleemidest. Nagu eespool kirjeldatud, leiab perearstkond, et kogu teenuse protsess tervikuna peaks toimuma väljaspool perearstide tööpõldu. Arvestades perearstiabis täidetavate ülesannete ja ootuste pidevat kasvu - viimasel ajal iseäranis tulenevalt vaimse tervise probleemidega tegelemise puudulikest võimalustest, ning valdkonnas aina teravamaks muutuvat tööjõupuudust, ei ole mõeldav perearstidele täiendava valdkonna ja ülesannete lisamine. OSKA uuringu „Tulevikuvaade tööjõu- ja oskuste vajadusele: perearstiabi“ kohaselt on perearstide vanuselist koosseisu arvestades lähiaastatel oodata märkimisväärset tööjõupuudust. Eeldusel, et perearstide tegelik pensionile mineku iga oluliselt ei muutu, on aastaks 2033 vaja vanuse tõttu asendada ligikaudu 420 perearsti ehk ligikaudu pooled praegu tegutsevatest perearstidest.	Selgitame. Oleme teadlikud perearstiabi valdkonna tööjõu- ja töökoormuse probleemidest ning arvestame nendega reformi rakendamisel. Samas ei ole rehabilitatsiooniteenuse reformi eesmärk kujundada perearstist rehabilitatsioonivajaduse peamine hindaja ega koondada teenuse korraldamise vastutust perearstiabile. Lisaks vähendab üleminekuperioodil märkimisväärselt esmaseid suunamisi automaatsete saatekirjade kasutamine seniste teenusesaajate puhul. Seejuures jätkame rakendamise ettevalmistamisel koostööd perearstide esindusorganisatsioonidega, et leida lahendused, mis tagavad teenuse kättesaadavuse ega suurenda põhjendamatult perearstide töökoormust.
Eelnõu seletuskirja kohaselt saavad HVA haiglad “öelda, millises mahus, mis sihtrühmale nad on valmis teenust osutama, sealhulgas millised on need pädevusvaldkonnad rehabilitatsiooniteenuse liikide mõttes, kus haiglad on valmis rehabilitatsiooniteenust osutama.” Seega näib, et piirkondadesse ei teki osapooli, kellel oleks kohustus konkreetsetes mahus või kindalt liiki rehabilitatsiooniteenust osutada, samal ajal aga muudetakse teenuse pakkumine seniste väiksemate teenuspakkujate jaoks oluliselt keerulisemaks, kui mitte kohati võimatuks. Kui oleme eelnõust õigesti aru saanud, siis peab iga potentsiaalne teenusepakkuja suutma tagada kõigi põhimeeskonna liikmete olemasolu, mis omakorda tähendab, et näiteks kahele valdkonnale spetsialiseerumine ei sisuliselt võimalik. Eelnõus ei selgita piisavalt ka (põhi)meeskonna ja rehabilitatsiooniteenuse osutamisel osalejate seost, mh kas meeskond	Selgitame. Rakendusakti kavandit on täiendatud. Põhimeeskonna nõude eesmärk on tagada rehabilitatsioonivajaduse terviklik hindamine ja rehabilitatsiooniplaani koostamine, kuid see ei tähenda, et kõik põhimeeskonna liikmed peavad osalema iga inimese teenuse osutamises või et kõik spetsialistid peavad olema täiskoormusega seotud ühe konkreetse teenuseosutaja juures. Eelnõus peetakse rehabilitatsioonimeeskonna all silmas teenuseosutaja juures nõuetele vastavat spetsialistide koosseisu, mis võimaldab korraldada rehabilitatsiooniteenuse osutamist. Konkreetse inimese ümber moodustatav meeskond kujuneb tema vajadustest lähtuvalt ning sinna kaasatakse ainult need spetsialistid, kelle sekkumine on eesmärkide saavutamiseks vajalik. Samuti on oluline arvestada, et Tervisekassa lepingupartneritelt oodatakse võimekust osutada rehabilitatsiooniteenust tervikliku teenusena. See ei välista spetsialiseerumist teatud sihtrühmadele või rehabilitatsioonivaldkondadele, kuid inimesele peab olema

tähistab konkreetse isikuga tegelemiseks moodustatavat meeskonda või asutuses rehvilatatsiooniteenuse pakkumisega seotud isikuid üldiselt.	tagatud võimalus saada vajalik rehabilitatsiooniteenus kooskõlas tema rehabilitatsioonivajadusega. Teenuse detailsed korralduslikud põhimõtted ning lepingutingimused täpsustatakse rakendusfaasis ja Tervisekassa hanketingimustes.
Teenusele pääsemise ja teenuse kättesaadavuse kontekstis on kindlasti oluline ka teenuse alustamisest keeldumist ja teenuse osutamise lõpetamise regulatsioon - sedavõrd konkreetse loeteluna esitatud aluste kajastamine üksnes seletuskirjas, mitte õigusakti tekstis, ei ole õigusselguse vaates hea praktika - õigusakti lugeja ei oska sellist loetelu seletuskirjast otsima asuda ning selle õiguslik tähendus on ebaselge. Samuti jääb arusaamatuks, kelle poolt teostatakse järelevalvet vahendite efektiivse ja väärtuspõhise kasutamise üle (mis seletuskirja kohaselt hõlmab sisuliselt teenuse alustamise ja lõpetamisega seotud tingimuste järgimist - § 22 3 lg 1 p 6 ei ole kaetud ei § 32 sõnastuse ega seletuskirjaga).	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuse käsitluse aluseks on tervishoiusüsteemis tavapäraselt rakendatav põhimõte, et teenuse vajadus kestab seni, kuni esineb terviseseisundist tulenev rehabilitatsioonivajadus ning lõpeb vajaduse äralangemisel. Seetõttu ei ole rehabilitatsiooniteenuse osutamine seotud eelnevalt kindlaksmääratud lõpptähtajaga, vaid inimese eesmärkide saavutamise, seisundi muutumise või rehabilitatsioonivajaduse ümberhindamisega. Teenuse alustamise, jätkamise ja lõpetamise otsused tehakse rehabilitatsioonivajaduse hindamise ning rehabilitatsiooniplaani täitmise alusel, lähtudes inimese terviseseisundist ja funktsioneerimisvõimest. Selline lähenemine on kooskõlas tervishoiuteenuste üldise korraldusega, kus teenuse osutamise vajadust hinnatakse sisuliste näidustuste, mitte etteantud teenuse kestuse alusel. Täpsem järelevalve vahendite efektiivse ja väärtuspõhise kasutamise üle toimub Tervisekassa lepingutingimustes sätestatud nõuetes nii, et teenuste kasutamine oleks põhjendatud ja eesmärgipärane.
Võrreldes eelnõu eelmise versiooniga on positiivne, et loodi 3-kuuline automaatsete saatekirjadega üleminekuperiood - küll aga võiks üleminekuperioodi pikkuseks olla vähemalt 6 kuud - ning et teenusele saamine seoti lahti terviseteejuhtidest. Enamik kättesaadavusega seotud murekohtadest on meie hinnangul aga jätkuvalt lahendamata - sh teenuste hinna ja sihtrühma suurenemine olukorras, kus eelarve kasv on minimaalne; teenuse saamise tähtaegade ärajäämine; teenuseosutajate puudus ja tõenäoline vähenemine; majutus- ja transpordikulude hüvitamise lõpetamine.	Selgitame. Hea meel, et tehtud muudatus, mis võimaldab sujuvamat üleminekut uuele teenusele korraldusele, vastab ka Eesti Perearstide Seltsi väljendatud ootusele. Reformi keskne eesmärk on viia rehabilitatsiooniteenus vajaduspõhisele alusele, kus teenusele pääsemine sõltub inimese rehabilitatsioonivajadusest, mitte varasemast staatusest või kuulumisest kindlasse süsteemi. Teenuse kättesaadavuse küsimused, sealhulgas teenusmahtude kujunemine, teenuseosutajate võrgustik, sihtrühma muutusest tulenev mõju ning transpordi- ja majutustoetustega seotud lahendused on olulised teemad, mida hinnatakse jätkuvalt rakendusfaasis ja Tervisekassa teenuse kujundamise protsessis. Sotsiaalministeerium ja Tervisekassa on kohtunud ning kohtuvad jätkuvalt kõigi maakondade praeguste rehabilitatsiooniteenuse osutajate ja haiglatega. Kohtumistele on olnud kutsutud ning osa piirkondade arutelus osalenud ka perearstid. Senine tagasiside näitab, et teenuseosutajad otsivad aktiivselt parimaid ja praktilisi lahendusi, et jätkata rehabilitatsiooniteenuse osutamist uue korralduse alusel ning tagada teenuse järjepidevus ja kättesaadavus.

	Üksikud teenuseosutajad on väljendanud selget soovi rehabilitatsiooniteenuse osutamist uue korralduse alusel mitte jätkata. Nende teenuseosutajate teenindatavate klientide arv on pigem väike ning tegemist ei ole laiapõhjalise suundumusega valdkonnas. Kolmekuuline üleminekuperioodi valik on ühelt poolt selleks, et tagada sujuv üleminek uuele rehabilitatsioonikorraldusele, kuid samal ajal võimaldada suunamiste tegemist juba uute põhimõtete alusel, lähtudes inimese tegelikust rehabilitatsioonivajadusest. Üleminekuperiood puudutab eelkõige teenusele suunamist ja esmase aja broneerimist. Teenuse osutamine võib alata ka pärast üleminekuperioodi lõppu. Teenust saama suunamisega ning muu korraldusega seotud tähtaegu, kus asjakohane, täpsustatakse suunamisega seotud regulatsiooni koostamise käigus. Inimese rehabilitatsiooniteenuse vajaduse tuvastamise ja teenust saama suunamise täpsemad tingimused ja korra kehtestab valdkonna eest vastutav minister määrusega. Seega täpsustatakse suunamise lahendust määruse seletuskirjas. Ülemineku puhul ning seda ette valmistades on kavas pakkuda inimestele ka juhtumipõhist tuge nii praeguste teenuseosutajate ning Sotsiaalkindlustusameti poolt. Anname koostöös Sotsiaalkindlustusametiga senistele teenusesaajatele selged sõnumid, kuidas inimese jaoks üleminek toimub, kuidas ta saab valida teenuseosutaja, millal ta peab teenuseosutaja juures aja broneerima ning millal on võimalik teenuse osutamine inimesele.
Meie hinnangul ei ole piisavalt selgelt reguleeritud, millal edastatakse rehabilitatsiooniteenuse osutamist puudutav teave Tervise Infosüsteemi (edaspidi TIS). Rakendusakti § 6 lg 5 kohaselt edastatakse teenuse kokkuvõtte TIS-i “pärast rehabilitatsiooniteenuse osutamise lõppemist”, jääb ebaselgeks, kas RTHS § 22 3 lg 4 tuleneb täiendavaid edastamiskohtusi või mitte. Palume eelnõud täpsustada või täiendada selliselt, et teenusepakkujatel selge oleks kohustus andmed operatiivselt edastada iga tegevuse järel. Seletuskirja kohaselt on rehebailitasioniteenuse osutamist puudutavate andmete TIS-i edastamise põhjendus järgmine: “Andmete dokumenteerimine tervise infosüsteemis tagab raviotsuse järgmise järjepidevuse, võimaldab erinevatel inimese raviga seotud spetsialistidel saada vajalikku ülevaadet teenuse sisust ja tulemustest ning vähendab dubleerivat andmekogumist. Samuti	Arvestame. Täname antud selge ootuse ja tagasiside eest. Nõustume ning näeme asjakohase lahendusena, et rehabilitatsioonivajaduse esmase hindamise tulemus koos rehabilitatsiooni tegevuskava ja kavandatud eesmärkidega edastatakse suunajale ning on tervise infosüsteemi kaudu kättesaadav vaheepikriisi põhimõttel juba teenuse algusjärgus. See võimaldab raviarstile või muule suunajale anda ülevaate hindamise tulemustest ja kavandatud sekkumistest enne rehabilitatsiooniteenuse lõppemist. Samal ajal jääb teenuse lõppemisel koostatava kokkuvõtte eesmärgiks anda terviklik ülevaade osutatud teenustest, saavutatud tulemustest ja edasistest soovitud tulemustest. Nii on tagatud nii jooksva info kättesaadavus kui ka rehabilitatsiooniprotsessi lõplik kokkuvõte.

toetab see teenuse kvaliteedi ja ohutuse tagamist ning annab patsiendile võimaluse oma terviseandmetele ühest kohast ligi pääseda.” Nõustume täielikult andmete edastamise vajadusega ning rõhutame, et antud eesmärkide saavutamiseks on vajalik, et ajakohaseid andmeid edastatakse jooksvalt, mitte alles teenuse lõppedes - mis tõenäoliselt peaaegu alati kestab vähemalt mitu kuud, kui mitte aastaid. Absoluutse miinimumina tuleks ette näha või selgemalt välja tuua vähemalt vahehindamisel koostatava vaheepikriisi TIS-i edastamise kohustus.	
Rohkem selgitamist vajaks ka inimese lähedaste kaasamine - definitsiooni kohaselt kaasatakse rehabilitatsiooniteenuse osutamisse vajadusel inimese lähedasi, kuid eelnõust ei nähtu näiteks seda, kas ja millist teavet inimese lähedastele avaldada tohib.	Selgitame. Lähedaste kaasamise põhimõtted tulenevad üldistest tervishoiu- ja andmekaitse nõuetest. Laste ja eestkostetavate puhul kaasatakse teenuse osutamisse nende seaduslik esindaja (vanem või eestkostja) ning vajalik teave on neile kättesaadav seadusest tulenevas ulatuses. Täisealise teovõimelise inimese puhul kaasatakse lähedased rehabilitatsiooniprotsessi inimese enda nõusolekul ning teavet jagatakse ulatuses, millega inimene on nõustunud või mille avaldamiseks tuleneb alus õigusaktidest. Seetõttu ei anna eelnõu rehabilitatsioonimeeskonnale eraldi õigust avaldada lähedastele inimese terviseandmeid ilma inimese teadmise või nõusolekuta.
Kokkuvõttes loodame, et eelnõu puhul ei ole esmatähtis, et midagi saaks tähtjaks tehtud vaid, et saab tehtud reform, mis päriselt on mõistlik, mis on arusaadav ja mis parandab inimeste teenusele pääsemist ning teenuseid üldisemalt ja samaaegselt ei too kaasa perearstidele ega tervishoiusüsteemile täiendavaid tööülesandeid.	Täname sisuliste ettepanekute eest. Eelnõu väljatöötamisel oleme püüdnud leida tasakaalu süsteemi uuendamise vajaduse, teenuste kättesaadavuse parandamise ning tervishoiutöötajate töökoormuse vahel. Hindame kõrgelt perearstkonna panust aruteludesse ning peame oluliseks jätkata koostööd ka rakendamisetapis, et kujundada lahendused, mis toetavad nii inimesi, teenuseosutajaid kui ka tervishoiusüsteemi tervikuna.
Eesti Rehabilitatsiooniasutuste Liit	
Rehabilitatsiooniasutuste tulevik Eelnõu ei anna piisavat kindlust, et senistel pädevatel rehabilitatsiooniasutustel on uues süsteemis võimalus tegevust jätkata. Eelnõu kohaselt muutub teenuse osutamine oluliselt tervishoiuteenuse osutamise tegevusloa, Tervisekassa lepingumahtude ning HVA haiglate või teiste tervishoiuteenuse osutajate koostöövalmiduse põhiseks. See ei anna senistele teenuseosutajatele piisavat kindlust oma tegevuse jätkamiseks ega võimalda hinnata reformi tegelikku mõju.	Selgitame. Reformi eesmärk ei ole tõrjuda süsteemist välja seniseid pädevaid rehabilitatsiooniteenuse osutajaid, vaid luua rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks ühtsed kvaliteedi- ja pädevusnõuded ning siduda teenus tihedamalt tervishoiusüsteemiga. Sotsiaalministeerium ja Tervisekassa on aktiivses dialoogis praeguste teenuseosutajate ja haiglatega ning senine tagasiside näitab, et valdav osa teenuseosutajatest otsib võimalusi jätkata rehabilitatsiooniteenuse osutamist ka uue korralduse alusel. Üksikud teenuseosutajad on väljendanud soovi teenuse osutamist mitte jätkata ning nende teenindatavate klientide arv on olnud pigem väike või siis

Lisaks ei ole piisavalt maandatud riski, et teenus koondub suuremate teenuseosutajate juurde ning senised väiksemad ja spetsialiseerunud rehabilitatsiooniasutused jäävad süsteemis kõrval või alltöövõtja rolli või on sunnitud tegevuse lõpetama. Sellisel juhul võib väheneda abivajaja tegelik valikuvabadus, teenuse paindlikkus ning nii regionaalne kui ka linnasisene kättesaadavus.	keskendutakse teiste teenuste osutamisele, rolli täitmisele – näiteks haridusasutusena hariduse tugiteenuste tagamisele. Teisalt on tervishoiuteenuse osutamise tegevusloaga asutusi, kes on põhimõtteliselt valmis taas rehabilitatsiooniteenust osutama, kes omavad küll rehabilitatsiooniteenuse tegevusluba, kuid ei ole hetkel Sotsiaalkindlustusameti lepingupartneriks sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse osutajana. Samuti ei ole reformi eesmärk koondada teenuse osutamine üksnes suurte teenuseosutajate kätte. Teenuse korraldamisel peetakse oluliseks rehabilitatsiooniteenuse piirkondlikku kättesaadavust, teenuseosutajate mitmekesisust ja inimeste valikuvõimaluste säilimist. Nende põhimõtetega arvestatakse ka Tervisekassa lepingupartnerite kujundamisel ja teenuse rakendamisel. Reformi tegelikku mõju teenuseosutajate võrgustikule ja teenuse kättesaadavusele hinnatakse ning jälgitakse rakendamise käigus, et tagada inimestele vajalik rehabilitatsiooniteenus üle Eesti.
Teenuse rahastamine Rehabilitatsiooniteenuse rahastamise üldine raamistik on seletuskirjas kirjeldatud, kuid jätkuvalt vajab täpsustamist konkreetne hinnastamismetoodika ja selle rakendamine praktikas. Eelkõige palume selgitada, kuidas hinnastatakse meeskonnapõhine töö, mittetervishoiuspetsialistide panus, teenuse osutamine inimese igapäevases keskkonnas, vahe- ja lõpphindamised, kokkuvõtete koostamine jms.	Selgitame. Nõustume, et rehabilitatsiooniteenuse rahastamismudeli põhimõtted vajavad enne süsteemi rakendumist täiendavat täpsustamist. Eelnõu eesmärk ei ole reguleerida teenuste hinnastamise metoodikat seaduse tasandil, vaid luua selleks õiguslik raamistik. Rehabilitatsiooniteenuse hinnastamise põhimõtted töötatakse välja koostöös Tervisekassaga ning nende kujundamisel võetakse arvesse rehabilitatsiooniteenuse eripära, sealhulgas meeskonnapõhist tööd, tervishoiu- ja mittetervishoiuspetsialistide panust, teenuse osutamist inimese tavapärasel elukeskkonnas, eesmärgi seadmist, tegevuskava koostamist ning rehabilitatsiooniprotsessi dokumenteerimist ja koordineerimist.
Rehabilitatsiooniasutuste halduskoormus ja üleminekukulud Eelnõu ei kajasta piisavalt teenuseosutajate tegelikku halduskoormust ja üleminekukulusid. Eelnõu seletuskirjas eeldatakse halduskoormuse vähenemist, kuid praktikas lisanduvad või muutuvad mitmed tööprotsessid, sealhulgas dokumenteerimine, heaoluplaani ja tegevuskava seostamine, kvaliteedijuhtimissüsteemi muutmine ning tegevusloaga seotud investeeringute vajadus.	Nõustume, et uuele süsteemile üleminekuga kaasnevad teenuseosutajatele nii kohanemiskulud kui ka vajadus muuta seniseid tööprotsesse. Samas on reformi eesmärk pikemas vaates vähendada dubleerivaid hindamisi, paralleelset andmekogumist ning eraldiseisvate süsteemide vahelist asjaajamist, mis peaks toetama halduskoormuse vähenemist. Praeguse sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse korralduse puhul kulub liialt spetsialistide tööaega dokumenteerimisele. Selgitame, rehabilitatsiooniteenuse korralduses ning dokumenteerimisel ei ole otsest seost heaoluplaaniga. Teenuseosutaja dokumenteerib igapäevase töö jooksvalt enda

	infosüsteemi ning teenuse lõppedes esitatakse rehabilitatsiooniteenuse epikriis tervise infosüsteemi. Samuti on oluline arvestada, et reformiga luuakse rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks ühtsem ja tervishoiusüsteemiga paremini integreeritud raamistik, mille eesmärk on vähendada killustatust ning toetada teenuse osutamist pikemaajaliselt selgematel ja ühtsematel alustel. Lisaks on oluline märkida, et teatud ulatuses kaasnevad ettevõtlus- ja kohanemiskahjud paratamatult iga suurema süsteemse muudatusega. Riigi eesmärk on vähendada ebakindlust läbi varajase kaasamise, regulaarse teavitamise ning koostöö teenuseosutajate ja Tervisekassaga rakendamise ettevalmistamisel.
Spetsialistide puudus Eelnõu ei anna piisavat kindlust, et uues süsteemis on võimalik tagada vajalike spetsialistide olemasolu olukorras, kus kvalifikatsiooninõuded muutuvad ning mitmeid vajalikke spetsialiste, sealhulgas kliinilisi psühholooge ja psühholoog-nõustajaid, napib juba praegu. Eeltoodust tulenevalt leiame, et kuigi eelnõud on täiendatud, ei ole ERLi varasemates arvamustes tõstatatud põhiriskid sisuliselt maandatud. Palume eelnõu enne edasist menetlemist täiendada viisil, mis annab selged vastused teenuseosutajate jätkamise, rehabilitatsiooniteenuse osutajate TERVIKusse kaasamise, abivajajate valikuvabaduse, teenusele jõudmise, rahastusmudeli, halduskoormuse ja spetsialistide kättesaadavuse kohta.	Teadvustame, et rehabilitatsioonivaldkonnas on juba täna väljakutseid teatud spetsialistide, sealhulgas kliiniliste psühholoogide ja psühholoog-nõustajate kättesaadavusega. Samas on kvalifikatsiooninõuete eesmärk tagada inimestele kvaliteetne ja vajaduspõhine rehabilitatsiooniteenus ning luua ühtsed alused teenuse osutamiseks. Eelnõu rakendamise ettevalmistamisel pööratakse eraldi tähelepanu teenuseosutajate võimekusele, spetsialistide kättesaadavusele ning piirkondliku teenusevõrgu kujundamisele. Rehabilitatsioonimeeskonda kuuluvate spetsialistide kvalifikatsiooninõuded reguleeritakse määruse tasandil. Rakendusakti kavandit on täiendatud. Rakendusakti koostamisel ning menetlemisel on kavas teha koostööd erialaliitude ja – seltsidega.
Dorpat Tervis OÜ	
Tahaksime siiski soovitada kaaluda saatekirja, mitte e-konsultatsiooni. Tervisekassa teenusel toimib väga hästi see, et kui esimesel vastuvõtul selgub, et tegelikult näiteks probleem on juba lahenenud, enam sekkumist ei vaja, siis jääbki vastuvõtt ühekordseks. E-konsultatsioon ei anna asutusele mingit eelist või ole kuidagi mõistlik, tundub mulle. Kõik vajaliku info saab ka saatekirjalt. Praegu on nii suur teema see, et inimene saab ise valida arsti, muu spetsialisti - käiakse ju lausa saja kilomeetri kaugusel, kui seal "parem arst" või varem vaba aeg.	Oleme nõus, et e-konsultatsiooni kasutamisel kaasnevad kulud ning suunamismudeli valikul tuleb hinnata selle mõju süsteemi kulutõhususele ja teenuse kättesaadavusele. Eelnõu ettevalmistamise käigus on vaadeldud e-konsultatsiooni kasutamisega kaasnevat mõju, sealhulgas kulusid ja töökorralduslikke aspekte. Analüüsis võetakse arvesse nii olemasolevat e-konsultatsioonide kasutamise praktikat tervishoiusüsteemis kui ka rehabilitatsiooniteenuse sihtrühmade eripärasid ja prognoositavaid teenusmahte.

Ma usun, sellest tuleb probleem, kui inimene enam ise valida ei saa ja arst hakkab suunama. Arstid ei tunne reh asutusi, nende eripärasid ja kindlasti nad ei hakka seda ka endale selgeks tegema, millega kuhu saata. Reh süsteemis on juba praegu seda, et inimene helistab siia-sinna ja uurib, kes mida täpselt teeb, räägib oma mure ära, küsib, kas teie sellega üldse tegelete, ja otsustab niimoodi, kuhu ta oma teenusega läheb. Me ka asutustena vahel suuname peale esimest kõnet ringi, kui tuntavalt mitte meie profiilne klient. Ma väga paluksin siiski teha see saatekirjapõhiseks teenuseks, sest see toimib kindlasti paremini.	Ka e-konsultatsiooni saab arst või õde suunata just sinna asutusse, kuhu inimene soovib, ehk pakutud lahenduse puhul on võimalik suunajal valida inimesele sobiv asutus ning teha e-konsultatsioon asutusse, mis on inimesele kõige sobivam. See toimib praegu nii ka eriarstiabis. Teiseks toome välja, et kuna kaob ära puude raskusastme olemasoluga seotud automaatne õigus teenusele, on väga oluline, et nii inimene kui suunaja saavad tagasiside, et inimene ei vaja e-konsultatsioonile vastava meeskonna hinnangul kompleksteenust ning miks ta seda ei vaja.
Activitas OÜ	
Nõuded rehabilitatsioonimeeskonna erialasele ettevalmistusele, et olla kindel, et olen neist õigesti aru saanud. Lugesin koma alguses “ja”-ks, kuid seal võiks selguse mõttes igal nõudel “või” olla vahel, siis tundub, et oleks arusaadavam. Varasemas sihtgrupipõhises spetsialistide loetelus jooksis läbi ka toitumisterapeut - meie ettepanek oleks see spetsialist lisada loetellu: (2) Lisaks võivad rehabilitatsioonimeeskonda kuuluda järgnevad spetsialistid: 1) eripedagoog; 2) loovterapeut; 3) kogemusnõustaja. 4) toitumisenõustaja/toitumisterapeut	Selgitame (selgitused on täiendavalt antud ka kirjavahetuses). Rakendusakti kavandis toodud kvalifikatsiooninõuete puhul on toodud alternatiivid. Toitumisenõustaja/toitumisterapeut oli varasemates aruteludes käsitletud võimaliku rehabilitatsioonimeeskonna liikmena, kuid eelnõus ei ole antud eriala(de) spetsialisti täiendavate spetsialistide loetelus eraldi välja toodud. Eelnõus sätestatud loetelu kirjeldab täiendavaid spetsialiste, kelle kaasamist on peetud rehabilitatsiooniteenuse osutamisel sagedamini vajalikuks. Rehabilitatsioonimeeskonda kuuluvate spetsialistide loetelu reguleeritakse määruses. Rakendusakti kavandit on täiendatud. Rakendusakti koostamisel on kavas kaasata erialaliite ja -seltse ning teisi partnerorganisatsioone.
MTÜ Ojaveere Teraapiakeskus	
(5) <i>Rehabilitatsiooniteenuse saamiseks peab 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 õe suunamisel.</i>	Selgitame. Eelnõus peetakse rehabilitatsiooniteenusele suunamise all silmas e-konsultatsiooni vormis esitatavat saatekirja. E-konsultatsioon on saatekirja erivorm, mille kaudu edastatakse rehabilitatsioonimeeskonnale vajalik teave inimese tervises seisundi ja rehabilitatsioonivajaduse kohta.

Kas e-konsultatsioon või suunamiskiri? Seletuskirjas e-konsultatsioon kui suunamiskiri ja pikem kommentaar. Ka suunata saab iga õde? Või on siin ikkagi mõeldud ainult pereõde? Või siis eriõde? Kui jääb lihtsalt õde, siis saab suunata ka kooliõde; vaimse tervise õde; onkoloogiaõde; erakorralise meditsiini õde; töötervishoiuõde ... jne?	E-konsultatsioon on rehabilitatsiooniteenusele suunamiseks kasutatav kohustuslik vorm. Rehabilitatsiooniteenusele suunamise õigus on kavandatud: 1) perearstiasis töötavale õele; 2) ambulatoorses eriarstiasis töötavale õele. Inimese rehabilitatsiooniteenuse vajaduse tuvastamise ja teenust saada suunamise täpsemad tingimused ja korra kehtestab valdkonna eest vastutav minister määrusega. Seega täpsustatakse suunamise lahendust määruse seletuskirjas.
<i>(3) Rehabilitatsiooniteenuse osutaja peab säilitama andmeid kolm aastat pärast teenuse osutamise lõppemist.</i> Milliseid andmeid? Kas lg 5 alusel koostatavas määruses on andmekoosseis kirjeldatud? Ehk siis kas need on mingid muud andmed, mis on väljaspool REHA tarkvara või juba epikriisis edastatud andmed? Mis andmed need üldse saavad siis olla?	Eelnõu ja seletuskirja on täiendatud. Rakendusakti kavandis § 6 on toodud nõuded rehabilitatsiooniteenuse dokumenteerimisele. Rehabilitatsiooniteenuse osutamisel peab olema dokumenteeritud järgmine teave: 1) teenust saava isiku nimi ja isikukood või sünniaeg; 2) rehabilitatsiooniteenuse osutaja nimi; 3) rehabilitatsiooniteenusele osutamisse vahetult osutavate spetsialistide nimed ja erialad; 4) rehabilitatsiooniteenuse osutamise eesmärk; 5) teenuse saaja tervise seisundist tulenevad tegutsemis- ja osalusvõime piirangud; 6) rehabilitatsiooniteenuse tegevuskava, sealhulgas teenuse saaja enda tegevused; 7) rehabilitatsiooniteenuse raames osutatud teenuste nimetused, kestus, sisu, eesmärk ja tulemused, seos rehabilitatsiooniteenuse üldeesmärgiga; 8) teenuse osutamise minimaalne sagedus ja vajaduse korral teenuste osutamise ajaline järjestus; 9) rehabilitatsiooniteenusega saavutatud tulemused inimese elu ja toimetuleku kontekstis; 10) soovitus edaspidiseks, sealhulgas kodusteks tegevusteks, vajalikud jätkuteenused, teenuse osutamise käigus tuvastatud abivahendite vajadus (märkida abivahendi nimetus, kasutuskeskkond – lasteaed, kool, kodu, töö, vaba aeg, avalik ruum või universaalne ning abivahendi ISO-kood).
<i>(1) Inimesel, kellel on 2027. aasta 30. septembri seisuga kehtiv Sotsiaalkindlustusameti poolt sotsiaalhoolekande seaduse alusel tehtud sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse eest tasu maksmise kohustuse ülevõtmise otsus, võib sama otsuse alusel pöörduda käesoleva seaduse</i>	Selgitame, et üleminekusätte eesmärk on tagada senistele sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse saajatele võimalikult sujuv üleminek uude süsteemi ning teenuse katkematus üleminekuperioodil. Samas tuleb arvestada, et alates 1. oktoobrist 2027 hakatakse osutama uut rehabilitatsiooniteenust, mille õiguslik alus, eesmärgid ja korraldus erinevad senisest sotsiaalse rehabilitatsiooni teenusest.

§-s 22¹ sätestatud rehabilitatsiooniteenuse saamiseks teenuseosutaja poole kuni 2027. aasta 31. detsembrini. Kas D-osa tuleb ikkagi kõigile teha, kui teenuseosutaja lõpetab tegevuse ja uuel teenuseosutajal tuleb teha uus tegevuskava? Või saab siin teha ka mingi lihtsama üleminekusätte (STHK näitel, kus kõik kliendid peavad üle minema teisele teenuseosutajale)	Seetõttu on vajalik, et ka kõigile üleminekuperioodil teenusele jäävatele inimestele koostatakse vana korralduse alusel D-osa ning uue korralduse alusel rehabilitatsiooniteenuse uus tegevuskava. See tagab, et inimese rehabilitatsioonivajadus, eesmärgid ja kavandatavad tegevused on hinnatud, tegevuskava koostatud ning dokumenteeritud vastavalt uue süsteemi nõuetele, sõltumata sellest, kas inimene jätkab sama või teise teenuseosutaja juures. Erinevalt Saaremaa Toetava Hariduse Keskuse (STHK) teenuste korraldusest ei ole käesoleval juhul tegemist üksnes teenuseosutaja vahetumisega, vaid üleminekuga uuele rehabilitatsiooniteenuse korraldusele.
(1) Rehabilitatsiooniteenuse vajaduse tuvastab arst või õde inimese poolt esitatud enesehinnangu vormi ja tervises seisundi alusel. Kas iga õde või eriõde? Kas selle vormi eelnõu on ka kusagil eelnõuna?	Suunamisõigus on kavandatud: 1) perearstiasutuses töötavale õele; 2) ambulatoorses eriarstiasutuses töötavale õele. Inimese rehabilitatsiooniteenuse vajaduse tuvastamise ja teenust saama suunamise täpsemad tingimused ja korra kehtestab valdkonna eest vastutav minister määrusega. Seega suunamise lahendust täpsustatakse määruse seletuskirjas. Enesehinnangu vormi täpne sisu ja ülesehitus tuleb rakendamise ettevalmistamise käigus täiendavalt välja töötada, arvestades nii rehabilitatsiooniteenuse korralduslikke vajadusi, tervise infosüsteemi lahendusi kui ka huvikaitse- ja rehabilitatsiooniteenust saavate inimeste esindusorganisatsioonide ja teenuseosutajate tagasisidet. Vormi väljatöötamisse on kavas kaasata asjakohased osapooled, et tagada tegevuskava praktiline kasutatavus ning eesmärgipärane seos rehabilitatsioonivajaduse hindamise ja teenuse osutamisega.
(3) Rehabilitatsiooniteenusele suunamine toimub tervise infosüsteemi vahendusel e-konsultatsiooni kaudu. (4) Rehabilitatsiooniteenuse osutaja hindab e-konsultatsiooniga saatekirjas esitatud andmete alusel rehabilitatsiooniteenuse vajadust ja annab suunajale tagasiside või broneerib teenusele vastuvõtu. Tagasiside võib sisaldada soovitusi täiendavateks sekkumisteks või rehabilitatsiooniteenuse vajaduse kinnitamiseks.	Selgitame. Eelnõus peetakse rehabilitatsiooniteenusele suunamise all silmas e-konsultatsiooni vormis esitatavat saatekirja. E-konsultatsioon on saatekirja erivorm, mille kaudu edastatakse rehabilitatsioonimeeskonnale vajalik teave inimese tervises seisundi ja rehabilitatsioonivajaduse kohta. E-konsultatsioon on rehabilitatsiooniteenusele suunamiseks kasutatav kohustuslik vorm. Selgitame, et rehabilitatsiooniteenuse vajaduse tuvastamine ja teenusele suunamine reguleeritakse määruse tasandil. Seega suunamise lahendust täpsustatakse määruse seletuskirjas.

e-konsultatsioon või saatekiri? E-konsultatsiooni definitsiooni muutmine? Vastutus reha.meeskonnale otsuse eest? Seletuskirjas pikem kommentaar.	Selgitame, et nii e-konsultatsiooni saatekirja koostamise kui saatekirja vastuse koostamise eest on vastutav iga teenuse pakkuja – arst või õde suunamise (e-konsultatsiooni koostamise) ning rehabilitatsiooniteenuse osutaja sellele vastamise eest. Kui inimene suunatakse teenusele, aga vastu ei võeta (keeldutakse), jõuab inimene tagasi arsti või õde vastuvõtule, kes peab uuesti raviteenuse või ka rehabilitatsiooniteenuse vajaduse tuvastama. Täpsemad suunamise kriteeriumid kirjeldatakse koostatavas juhendis, milles peab olema täpselt kirjeldatud, millal suunatakse, mis andmed peavad olema saatekirja kirjas ja millal ei suunata.
<i>Saatekirja ja selle vastuse erialase sisu töötavad välja Tervisekassa ja vastava eriala ühendused, need kinnitab Tervisekassa ning avaldab oma kodulehel.</i> kas siin on planeeritud sätestada ka takistavad meetmed arsti/õe vastutuse edasiandmist rehameeskonnale? Kaebuste korral menetlemise erisused?	Selgitame, et nii e-konsultatsiooni saatekirja koostamise kui saatekirja vastuse koostamise eest on vastutav iga teenuse pakkuja – arst või õde suunamise (e-konsultatsiooni koostamise) ning rehabilitatsiooniteenuse osutaja sellele vastamise eest. Kui inimene suunatakse teenusele, aga vastu ei võeta (keeldutakse), jõuab inimene tagasi arsti või õde vastuvõtule, kes peab uuesti raviteenuse või ka rehabilitatsiooniteenuse vajaduse tuvastama. Täpsemad suunamise kriteeriumid kirjeldatakse koostatavas juhendis, milles peab olema täpselt kirjeldatud, millal suunatakse, mis andmed peavad olema saatekirja kirjas ja millal ei suunata.
<i>(1) Rehabilitatsiooniteenust osutavasse põhimeeskonda peavad kuuluma järgmised spetsialistid:</i> <i>1) eriarst või õde;</i> <i>2) kliiniline psühholoog, psühholoog-nõustaja või psühholoog või vaimse tervise õde;</i> <i>3) füsioterapeut;</i> <i>4) logopeed või tegevusterapeut;</i> <i>5) sotsiaaltöötaja.</i> Ka siin – kas eriõde või õde?	Seadus annab valdkonna eest vastutavale ministrile volitusnormi kehtestada rehabilitatsiooniteenuse liigid, nõuded rehabilitatsioonimeeskonna koosseisule ning teenuse osutamise tingimused ja kord määrusega. Nõuded rehabilitatsiooniteenuse meeskonnale reguleeritakse määruse tasandil. Määruse koostamisel on võimalik pidada nõu huvikaitse- ja esindusorganisatsioonidega. Rehabilitatsiooniteenust osutavasse põhimeeskonda kuuluva spetsialistide loetelu selgitatakse täpsemalt määruse seletuskirjas. Rakendusakti kavandis on peetud silmas õde.
<i>(5) Teenuseosutaja võib osutada rohkem kui üht liiki rehabilitatsiooniteenust, kui meeskonna koosseisus on olemas asjaomased spetsialistid.</i>	Selgitame. Eelnõu ettepanekuga ei täiendata, kuna säte reguleerib teenuseosutaja üldist võimekust osutada erinevaid rehabilitatsiooniteenuse liike, mitte konkreetse inimese teenuste vajadust.

Kas siin võiks olla sõnastus, et „kui inimese tervises seisundist tulenevalt on tegevuskavas fikseeritud põhjendatud vajadus ning meeskonna koosseisus on olemas asjaomased spetsialistid“	
<i>(6) Teenuseosutaja võib Tervisekassaga lepingut sõlmides märkida täiendavalt, millisele vanuserühmale (lapsed või täisealised) teenust osutatakse.</i> Aga ei pea? See säte peaks olema Tervisekassa hanketingimustes või lepingutes, sest kui see ei ole ette määratletud, siis saab tekkida olukord, kus mingis piirkonnas mingi sihtgrupp on katmata. Kui ma valin, et ma ei taha lepingus sätestada ja hiljem otsustan, kui hanked on tehtud. Pealegi ka spetsialistide mõistes – see on erinev, mis vanusegrupiga sa töötad. Nt kõik loovterapeudid ei tööta lastega, osad ei tööta vaimse alaarenguga vms. Seletuskirjas on selles osas ka: Teenuseosutaja märgib Tervisekassaga lepingut sõlmides, kas ja mis liiki rehabilitatsiooniteenust ta osutab ning millisele vanuserühmale (lapsed, täiskasvanud).	Rakendusakti kavandit on täiendatud. Teenuseosutaja märgib Tervisekassaga lepingut sõlmides täiendavalt, millisele vanuserühmale (lapsed või täisealised) teenust osutatakse.
<i>(3) Meeskonnas töötaval psühholoogil peab olema riiklikult tunnustatud magistrikraad psühholoogia erialal või sellele vastav kvalifikatsioon.</i> Märkamine: SOM võiks Enic/Naric’ga suhelda – nad on andnud erineva hinnangu TLÜ nõuka ajal tehtud lastepsühholoogia 5 a õppe osas. Mõni on saanud vastavuse psühholoogia magistriga ja mõni ei ole saanud. Kuigi sama õppekava.	Täname tehtud ettepaneku eest, oleme selle teadmiseks võetud.
<i>(6) Meeskonnas töötaval tegevusterapeudil peab olema kutseseaduse alusel antud tegevusterapeudi kutse, riiklikult tunnustatud kõrgharidus tegevusteraapias või sellele vastav kvalifikatsioon.</i> On mõistetav, et kuna meil ei ole Eestis tegevusteraapia magistriõpet, siis on siin erand, et ainult rakenduskõrgharidus ja nad saavad ka Tervishoiu Kõrgkoolist kutsetaseme 6.	Teadmiseks võetud.

<i>(7) Meeskonnas töötaval loovterapeudil peab olema kutseseaduse alusel antud loovterapeudi kutse tase 7, magistrikraad kunstiteraapias (loovteraapias) või muusikateraapias või sellele vastav kvalifikatsioon. Siin on sassis asjad. Loovteraapias on 4 suunda (kunst, muusika, tants- ja liikumine ning draama), millest saab olla magistrikraad (muusika, kunst (nimetatakse ka visuaal) ja tants). Muusikateraapias on olemas kutse 6 ja 7, kunsti ja tantsu osas on olemas ainult kutse 7. Või on eesmärk tantsu- ja liikumisterapeudid välistada?</i> Ettepanek sõnastada: Meeskonnas töötaval loovterapeudil peab olema kutseseaduse alusel antud loovterapeudi kutse tase 6 või 7, magistrikraad loovteraapias või sellele vastav kvalifikatsioon.	Rakendusakti kavandit on täiendatud. Kvalifikatsiooninõuded kehtestatakse määruse tasandil ning muudatuste mõju selgitatakse määruse seletuskirjas. Määruse koostamisel on võimalik pidada nõu huvikaitse- ja esindusorganisatsioonidega.
<i>(11) Meeskonnas töötaval sotsiaaltöötajal peab olema kutseseaduse alusel välja antud sotsiaaltöötaja kutse, riiklikult tunnustatud kõrgharidus sotsiaaltöös või sellele vastav kvalifikatsioon. Kas siin on mingi põhjus, et sotsiaaltöötaja puhul piisab bakalaureuse tasemest, kui Eestis on võimalik magistrit ka omada nii sotsiaaltöös kui rehabilitatsioonis?</i>	Selgitame, et kvalifikatsiooninõuded kehtestatakse määruse tasandil ning muudatuste mõju selgitatakse määruse seletuskirjas. Määruse koostamisel on võimalik pidada nõu huvikaitse- ja esindusorganisatsioonidega.
<i>(3) Rehabilitatsiooniteenuse osutaja koostab rehabilitatsiooniteenuse kokkuvõtte, mis peab minimaalselt sisaldama rehabilitatsiooniteenust osutanud spetsialistide nimesid ja erialasid koos erialapõhiste kokkuvõtetega ning rehabilitatsiooniperioodi üldkokkuvõtet, sealhulgas ülevaadet tulemustest, inimese toimetuleku seisundist ja soovitud edaspidiseks.</i> Kas siin võiks olla mingi täpsustus, et millal seda koostatakse. Teenuse lõppemisel, vähemalt kord aastas vms Või on selles punktis mõeldud vahe- ja lõpphindamisi? Siis võiks ka nii sõnastada, et oleks üheselt mõistetav ja seostatav RTHS §-s 223 lg1 p4'ga.	Selgitame, et rehabilitatsiooniteenuse dokumenteerimise täpsemad kehtestatakse määruse tasandil ning muudatuste mõju selgitatakse määruse seletuskirjas. Määruse koostamisel on võimalik pidada täiendavalt nõu eriala-, huvikaitse- ja esindusorganisatsioonidega. Kavas on täpsustada kokkuvõtte koostamise ning esitamise ajaetappi ning viisi.
<i>Määruse § 5 lõigetes 3, 7 ja 8 sätestatud kvalifikatsiooninõuded tuleb täita hiljemalt 1. oktoobril 2031. a.</i> Millega selline 5 aastane üleminekuaeg on põhjendatud? Loovterapeutide osas, kui on muusikaterapeutidel ka kutse 6 sobilik, on	Selgitame, et üleminekuaeg on põhjendatud nende spetsialistide erialade puhul, kus muudatusega muudetakse kvalifikatsiooninõudeid rangemaks võrreldes praeguste sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse osutamisel sotsiaalhoolekande seaduses esitatud nõuetele. Rakendusaktis toodud kvalifikatsiooninõuete puhul on tuginetud senises protsessis laekunud erialaliitude sisendile ning aruteludele erialade esindajatega, aga

piisavalt inimesi täna kutsega 6 ja 7. Või kas siis kuni 2031 saaks töötada ka loovterapeut, kellel pole kutset ega magistrit? Ei kujuta ette, kes need inimesed oleks. Kui siin on mõeldud, et õppija saaks magistri või EMTA väljaõppe käigus nt praktikat teha rehameeskonnas, siis nagunii teeb ta seda praktikalepingu alusel ja teise kutsega loovterapeudi superviseerimisel nagu seda praegu tehakse ning aruandlus toimub kutsega/töötava terapeudi nime alt. Selle jaoks seda erisust luua ka ei ole vaja. Psühholoog, kellel pole magistrikraadi ei peaks inimestega ilmselt ka töötama. Mis põhjusel on bakalaureuse kraadiga psühholoog kuni 2031 piisav?? Täiesti arusaamatu. Ja kas see ikka on kooskõlas seletuskirjas toodud põhiseaduse §29 riivega - Riive eesmärk on tagada rehabilitatsiooniteenuse kvaliteet ning kaitsta inimeste elu ja tervist, mis on põhiseaduslikult legitiimne eesmärk. Eripedagoogide osas ei kommenteeri.	ka huvikaitse- ja esindusorganisatsioonide, samuti rehabilitatsiooniteenuse osutajate tagasisidele, mille kohaselt on reformi rakendumisel oluline tagada meeskondade spetsialistide olemasolu, mis omakorda aitab tagada teenuse kättesaadavuse kõigis piirkondades. Üleminekuperiood annab teenuseosutajatele vajaliku aja viia meeskonnaliikmete kvalifikatsioon kooskõlla seatud nõudmistega. Kvalifikatsiooninõuded kehtestatakse määruse tasandil ning muudatuste mõju selgitatakse määruse seletuskirjas. Määruse koostamisel on võimalik pidada täiendavalt nõu huvikaitse- ja esindusorganisatsioonidega. Võtame teadmiseks psühholoogia eriala kvalifikatsiooninõuete kohta esitatud seisukoha.
<i>Eelnõu esimese kooskõlastusringi järgselt on tehtud muudatusi, millega on:</i> <i>loodud inimeste ja teenusele suunajate jaoks sujuvam ülemineku korraldus, millega praeguses süsteemis 30.09.2027 seisuga kehtiva suunamisotsusega inimestele korraldatakse automaatne suunamine rehabilitatsiooniteenusele;</i> Kas STHK näitel, kes lõpetab teenuse osutamise, on ka mingi võimalus, et vanemad saavad lapsele valida teise teenuseosutaja ja kuidagi sujuvamalt üle minna. Et STHK ei pea tegema kõigile, kellel plaan kehtib, D osa ja uuel teenuseosutajal uut rehaplaani? Jah võimalus on, et nad vahetavad teenuseosutaja enne 30.10.2027 aga võibolla on see laiem küsimus, kuidas nende teenuseosutajate osas toimida, kes lõpetavad teenuste osutamise või ei saa tegevusluba.	Selgitame, et üleminekusätte eesmärk on tagada senistele sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse saajatele võimalikult sujuv üleminek uude süsteemi ning teenuse katkematus üleminekuperioodil. Samas tuleb arvestada, et alates 1. oktoobrist 2027 hakatakse osutama uut rehabilitatsiooniteenust, mille õiguslik alus, eesmärgid ja korraldus erinevad senisest sotsiaalse rehabilitatsiooni teenusest. Seetõttu on vajalik, et ka kõigile üleminekuperioodil teenusele jäävatele inimestele koostatakse vana korralduse alusel D-osa ning uue korralduse alusel rehabilitatsiooniteenuse uus tegevuskava. See tagab, et inimese rehabilitatsioonivajadus, eesmärgid ja kavandatavad tegevused on hinnatud, tegevuskava koostatud ning dokumenteeritud vastavalt uue süsteemi nõuetele, sõltumata sellest, kas inimene jätkab sama või teise teenuseosutaja juures. Muudatusega võib esineda näiteid, kus üks teenuseosutaja lõpetab rehabilitatsiooniteenuse osutamise ning senised teenusesaajad pöörduvad uute teenuseosutajate vastuvõtule. Laiemalt on aga käesoleval juhul tegemist üleminekuga uuele rehabilitatsiooniteenuse korraldusele, mitte üksi teenuseosutaja vahetumisega. Mõistame, et Saaremaa Toetava Hariduse Keskust puudutav oli vaid näide, kuid rõhutame, et iga praegune sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse osutaja saab ise väljendada, sealhulgas enda klientidele selgitada, kas, kuidas ja millal asutus soovib

	rehabilitatsiooniteenuse osutamisega jätkata või lõpetada ning kuidas üleminekul seniseid kliente toetatakse.
<i>üldine rehabilitatsiooniteenusele suunamise ning rehabilitatsiooniteenuse vajaduse tuvastamise protsess seotud lahti valdkondadeülese koordinatsiooniteenusest ning terviseteejuhi rollist – teenusele suunab tervishoiutöötaja saatekirjaga (e-konsultatsioon);</i> Seaduseelnõu tekstis on sõna „suunamisel“ Saan aru, et ilmselt perearstide tagasisidest tulenevalt on siin tehtud muudatus ja sisuliselt pannakse vastutus suunamise eest nüüd rehameeskonnale. Perearst suunab e-konsultatsioonile ja teenuseosutaja peab tegema tagasiside, et pole põhjendatud teenusele suunata. Sisuliselt pannakse vastutus otsuse eest rehameeskonnale. Kas siin siis saab teoks stsenaarium, et inimene esitab mitte-suunamise eest kaebuse Terviseametile ja Terviseamet hakkab teenuseosutajaid menetlema? Mitte perearsti või eriarsti eitavat otsust? Kuna tegemist on ikkagi tervisejoiuteenusega, siis otsuse saab teha eriarst, perearst või eriõde ja rehabilitatsiooniteenuse osutaja viib otsuse ellu. Õiguslikult saaks olla siis kaks varianti – kas küsitakse hinnangut teenuseosutajalt (e-konsultatsioon) või/ja peale seda tehakse suunamiskiri. Praegu on määruses veider sõnastus: Rehabilitatsiooniteenusele suunamine toimub tervise infosüsteemi vahendusel e-konsultatsiooni kaudu. Need kaks sõna on erineva sisuga. Üks on nõu küsimine ja teine on otsuse tegemine. Rehabilitatsioonimeeskond või selle koosseisus olev arst ei saa olla eelduslikult pädevam kui konkreetse inimese perearst või eriarst. Kui võtta siia juurde ka THKS § 223 lg1 p6: rehabilitatsiooniteenuse osutaja on kohustatud tagama talle eraldatud rahaliste vahendite efektiivse ja väärtuspõhise kasutamise + seletuskirjas toodud selgituse, siis on selgelt nähtav, et vastutus suunamise tagasilükkamise eest on rehateenuse osutajal mitte pere- või eriarstil või õel.	Eelnõu kohaselt ei tee rehabilitatsioonimeeskond otsust suunamise asemel ega võta üle suunaja pädevust. Perearst, muu eriarst või õde tuvastab inimese tervises seisundist tuleneva võimaliku rehabilitatsioonivajaduse ja algatab suunamise tervise infosüsteemi kaudu e-konsultatsiooni vormis. Suunamine toimub perearsti, muu eriarsti või õe poolt saatekirjaga (e-konsultatsioon). E-konsultatsioon toimub tervise infosüsteemi vahendusel. Kui suunaja leiab, et patsiendi probleemist lähtuvalt on rehabilitatsiooniteenusest abi, koostab ta e-konsultatsiooni. Kui potentsiaalne ning vastava õigusega suunaja keeldub seda tegemast, on õigus esitada kaebus tema otsuse peale. Rehabilitatsioonimeeskonna ülesanne on seejärel hinnata rehabilitatsioonivajadust oma pädevuse piires ning otsustada, kas ja millises mahus on rehabilitatsiooniteenus inimese vajadustest lähtuvalt põhjendatud. Seega lõpliku sisulise otsuse teenuse alustamise või sellest keeldumise kohta teeb rehabilitatsioonimeeskond (teenuseosutaja). Eelnõu seletuskirjas on toodud, et teenuseosutaja saab teha põhjendatud otsuseid teenuse alustamisest keeldumiseks (näiteks suunamise põhjal ei ole arusaadav, et tegemist on rehabilitatsioonivajadusega). See on võrreldav teiste tervishoiusüsteemis kasutatavate suunamismudelitega, kus suunav tervishoiutöötaja tuvastab vajaduse täiendavaks käsitluseks, kuid konkreetse teenuse osutamise otsus ja korraldus kuuluvad vastava teenuse osutaja pädevusse. E-konsultatsiooni kasutamine on käesolevas kontekstis eeskätt tehniline suunamis- ja infovahetuskanal, mitte pelgalt nõu küsimise instrument. Seetõttu ei ole eesmärk eristada e-konsultatsiooni ja suunamist (eraldi suunamiskirja koostamist) kahe eraldiseisva etapina.

Lisaks rahastus – kas tervisekassa hakkab tasuma nende e-konsultatsioonide/suunamiste hindamise eest eraldi? E-konsultatsiooni klient ei ole rehaimeeskonna klient sellel hetkel – kes rahastab neid eitava otsusega e-konsultatsioone/hindamisi?	
<i>Teenuse eesmärk on toetada inimese iseseisvat toimetulekut, seeläbi parandada tema elukvaliteeti ja võimaldada võimalikult aktiivset osalemist ühiskonnaelus. 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 ei ole inimese toetamine igapäevaselt. Tegemist ei ole elukestva toega olukorras, kus inimene endaga igapäevaselt toime ei tule.</i> Erihoolekandekliendid ja rehabilitatsiooniteenused: Erinevate tõlgenduste vältimiseks oleks hea lisada seletuskirja veel suuniseid. Olen aru saanud, et osad erihoolekande kliendid ei ole enam õigustatud teenuseid saama ning osad justkui on. Nt seni kõnetu klient, kes on rehateenuste kaudu saanud teraapiaid ja kõne on muutunud selgemaks. Toimetulek on paranenud aga iseseisvat toimetulekut ei tule sealt kunagi. Ehk et oleks selgem kui kuidagi sõnastada see osa täpsemini, sest saan aru, et eesmärk on ikkagi, et nn elupõhised senised kliendid teenusele enam ei tuleks. Ja võib-olla ka mingi perspektiiv, kas ja millises ajaraamis on SOM plaan erihoolekandeteenuseid reformida.	Erihoolekande ja rehabilitatsiooniteenuste edasise korralduse osas on sotsiaalministeeriumil töös suure ja kompleksse psüühilise abivajadusega inimeste teenusmudeli kontseptsiooni väljatöötamine. Kehtiva tööplaani kohaselt valmistatakse ettepanekud Vabariigi Valitsusele esitamiseks ette 2027. aasta I kvartalis. Seetõttu ei ole praegu võimalik lõplikult kirjeldada erihoolekandeteenuste tulevast reformisuunda, kuid teenusmudeli kontseptsiooni valmimisel saab täpsemalt käsitleda ka erihoolekande ja rehabilitatsiooniteenuste omavahelist rollijaotust ning sihtrühmasid.
<i>Teenuseosutaja märgib Tervisekassaga lepingut sõlmides, kas ja mis liiki rehabilitatsiooniteenust ta osutab ning millisele vanusrühmale (lapsed, täiskasvanud). Vajaduse korral võib ühe tervishoiuteenuse osutajaga sõlmida lepingu(d) mitut liiki rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks.</i> Reha meeskonna määruse eelnõus on sõnastu, et „võib“ märkida, mitte et „peab“.	Rakendusakti kavandit on täiendatud.
<i>Meeskonnas töötavatel kliinilisel psühholoogil, psühholoog-nõustajal ja toitumisnõustajal peab olema tagatud erialast lähtuv kutse määruses</i>	Seletuskirja on täiendatud. Rakendusakti kavandis ei ole hetkel toitumisnõustajat tõepoolest nimetatud. Toitumisnõustaja/toitumisterapeut oli varasemates aruteludes

<i>välja toodud tasemel. Teistel erialadel on oluline kutseseaduse antud kutse või riiklikult tunnustatud kõrgharidus vastaval eriala. Meeskonna kogemusnõustaja peab läbima täienduskoolituse mahus 182 akadeemilist tundi.</i> Reha meeskonna määruhes ei ole toitumisnõustajat §55 nimetatud.	käsitletud võimaliku rehabilitatsioonimeeskonna liikmena, kuid eelnõus ei ole teda täiendavate spetsialistide loetelus eraldi välja toodud. Eelnõus sätestatud loetelu kirjeldab täiendavaid spetsialiste, kelle kaasamist on peetud rehabilitatsiooniteenuse osutamisel sagedamini vajalikuks. Kvalifikatsiooninõuded kehtestatakse määruse tasandil ning muudatuste mõju selgitatakse määruse seletuskirjas. Määruse koostamisel on võimalik pidada nõu huvikaitse- ja esindusorganisatsioonidega.
--	--

I kooskõlastusringi tabel

Esitatud märkused või ettepanekud	Sotsiaalministeeriumi seisukoht
Eesti Eripedagoogide Liit	
Meditsiinikeskne lähenemine Eelnõu käsitus rehabilitatsioonist on valdavalt meditsiinikeskne. Rehabilitatsiooniteenuste koondumine tervishoiusüsteemi ning rõhuasetus raviteenustele ei arvesta piisavalt hariduslike ja sotsiaalsete sekkumiste rolli, mis on eriti olulised laste arenguliste erivajaduste puhul. Välja on toodud, et teenuseosutajatel tuleb leping sõlmida Tervisekassaga ja ka teenuse eest tasub Tervisekassa. Paraku jääb selgusetuks, kuidas toimub nende teenuste rahastamine, mida ei ole Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelus, näiteks eripedagoogi teenuste puhul.	Selgitame. Eelnõu eesmärk ei ole käsitleda rehabilitatsiooniteenust üksnes tervishoiuteenuse või ravikeskse sekkumisena. Rehabilitatsiooniteenus on suunatud inimese funktsioneerimisvõime, iseseisva toimetuleku ja osalusvõime toetamisele ning eeldab vajaduse korral nii tervishoiuliste, sotsiaalsete kui ka hariduslike sekkumiste kaasamist. Tervisekassa sätestab tervishoiuteenuste loetelus lisaks TTL-is olemasolevatele füsioteraapia, tegevusteraapia, kliinilise psühholoogi jm teenustele ka meeskondliku teenuse ning lisanduvad mittetervishoiuteenused (eripedagoogi vastuvõtt, kogemusnõustaja vastuvõtt, sotsiaaltöötaja vastuvõtt, loovterapeudi vastuvõtt, psühholoogi vastuvõtt).
Eripedagoogi rolli ebaselgus Eelnõus ei ole eripedagoogi roll tervishoiusüsteemi partnerina selgelt määratletud. Kuigi seletuskirjas viidatakse erinevatele spetsialistidele (sh eripedagoogid), ei kajastu see selgelt teenuse osutamise raamistikus. See tekitab küsimuse, kuidas on kavandatud eripedagoogilise toe järjepidev kättesaadavus uues süsteemis.	Selgitame. Eripedagoogi rolli täpne määratlemine rehabilitatsiooni-meeskonnas, sealhulgas tema ülesanded, kaasamise põhimõtted ja koostöö teiste spetsialistidega, ei ole seaduse tasandil reguleeritav küsimus. Seadus sätestab rehabilitatsiooniteenuse üldised eesmärgid ja korralduslikud alused, kuid teenuse sisulist ülesehitust ning eri spetsialistide rollijaotust käsitletakse täpsemalt rakendusmaterjalides. Erinevate spetsialistide, sealhulgas eripedagoogide, roll ja panus rehabilitatsiooniprotsessis täpsustatakse rehabilitatsiooniteenuse käsitusjuhendis ning teistes rakendusdokumentides. See võimaldab kujundada lahendused piisavalt

	paindlikult, lähtudes sihtrühmade vajadustest, teenuse sisust ja parimast praktikast, ilma et oleks vaja spetsialistide ülesandeid seaduses detailselt reguleerida. Oluline on, et käsitusjuhendi väljatöötamisel oleks eripedagoogilise toe vajadus ja selle järjepidev kättesaadavus asjakohaselt ning olemasolevat tööjõuressurssi arvesse võetud.
Teenuste osutamise keskkond ja sisu Eelnõu kohaselt osutatakse rehabilitatsiooniteenuseid peamiselt haiglavõrgu kaudu ning teenuseosutajatena on välja toodud eeskätt tervishoiuteenuse osutajad (nt logopeedid, psühholoogid, füsioterapeudid). Samas jääb ebaselgeks, kuidas ja millises vormis on ette nähtud selliste teenuste pakkumine, mis ei ole olemuselt raviteenused (nt eripedagoogiline sekkumine), kuid on lapse arengus kriitilise tähtsusega. Siinkohal on oluline silmas pidada, et keerulisemate ning komplekssemate erivajadustega laste puhul on eripedagoogi teenus sageli esmane ja kõige mõistlikum valik, sest eripedagoog lähtuvalt oma eriala spetsiifikast/ettevalmistusest on võimeline juhtumeid komplekssemalt käsitlema. Näiteks erinevalt logopeedist, kes tegeleb oma töös kitsama valdkonnaga.	Selgitame. Nõustume, et mitme valdkonna toe ning keerukamate vajadustega laste puhul võib eripedagoogil olla rehabilitatsiooniprotsessis oluline roll ning tema pädevus võimaldab sageli vaadata lapse arengut terviklikult. Seetõttu on oluline, et rehabilitatsiooniteenuse rakendamisel oleks võimalik kaasata erinevaid spetsialiste vastavalt lapse vajadustele ning et teenuse korraldus ei eelistaks põhjendamatult üht eriala teisele. Teenuse edukus sõltub eelkõige sobiva multidistsiplinaarse meeskonna kokku panemisest, mitte teenuse osutamise asukohast või üksikust erialast.
Koostöö ja infovahetuse puudulik käsitus Eelnõu ei käsitle piisavalt koostööd haridusasutuste, tervishoiusüsteemi ja sotsiaalvaldkonna vahel ega too välja, kuidas tagada sujuvat ja süsteemset infovahetust õpetajate, eripedagoogide, tugispetsialistide ja tervishoiutöötajate vahel. Puudub selge regulatsioon, kuidas toimub turvaline ja tõhus infovahetus kooli, perearsti ja teiste osapoolte vahel.	Selgitame. Eelnõu IT-arendustes on kavandatud TISi ja TTO infosüsteemide vaheline andmevahetus, kuid kolmandate osapooltega suhtlust rehabilitatsioonisüsteemi eelnõu raames ei käsitleta. Valdkondadeülest koostööd toetava andmevahetuse loomine koos vastavate tegevustega kuulub "Lastele sotsiaal-, tervise, ja haridusvaldkonna integreeritud vajaduspõhise toe pakkumise ning hindamiste konsolideerimise kava" alla. Rehabilitatsiooniteenusele suunamise ning teenuse keskses infosüsteemis dokumenteerimise lahendust on eelnõus muudetud. Eelnõu näeb ette, et rehabilitatsiooniteenusele suunatakse ambulatoorse vastuvõtu saatekirjaga (rehabilitatsiooniteenusele), teenuseosutamise jooksev dokumenteerimine toimub tervishoiuteenuse osutaja infosüsteemis ning teenuseosutamise kokkuvõtte esitatakse epikriisina tervise infosüsteemi (TIS). Haridusasutustele ei teki muudatusega ligipääsu TISi. Lapsevanemal on võimalik rehabilitatsiooniteenusega seotud infot jagada haridusasutusega. Hariduse tugispetsialist teeb vajadusel koostööd meditsiini-, rehabilitatsiooni-, sotsiaalvaldkonna jm spetsialistidega õppijale vajaliku toe pakkumiseks.

Varajase märkamise ja sekkumise aspekt Arenguliste erivajaduste varajane märkamine toimub sageli just lasteaedades ja koolides. Eelnõus ei ole piisavalt arvestatud haridusasutuste rolli selles protsessis ega loodud mehhanisme, mis toetaksid varajase märkamise ja tervishoiusüsteemi vahelist sidusust.	Selgitame. Nõustume, et arenguliste erivajaduste varajases märkamises on haridusasutustel oluline roll ning sageli jõuavad lapse arengut mõjutavad raskused esmalt tähelepanu alla just lasteaias või koolis. Varajase märkamise, nõustamise ja toe pakkumise süsteem hõlmab seetõttu lisaks tervishoiule ka haridus- ja sotsiaalvaldkonda. Samas ei ole käesoleva eelnõu peamine eesmärk kujundada ümber varajase märkamise korraldust ega reguleerida haridusasutuste ülesandeid. Eelnõu toetab valdkondade vahelist koostööd ja rehabilitatsiooniteenusele jõudmist, kuid haridusasutuste roll, tugisüsteemid ning varajase märkamise protsessid on laiemad teemad, mida reguleeritakse ka teiste valdkondade õigusaktide ja korralduslike lahendustega.
Mõju lastele ja teenuste kättesaadavusele Seletuskirja andmetel on üks suurimaid sihtrühmi olnud 0–15-aastased puudega lapsed ning eripedagoogi teenus on olnud üks enimkasutatavaid teenuseid. Kui eripedagoogi teenuse roll rehabilitatsioonisüsteemis väheneb või ei ole selgelt tagatud, võib see viia olukorrani, kus vastav vajadus kandub teistele spetsialistidele, kelle pädevus ei kata eripedagoogilist sekkumist. Alla kolme aastased puudega lapsed, kes on veel kodused või käivad lastehoius võivad jääda neile olulisest eripedagoogilisest teenusest sootuks ilma. Kust nemad peaksid abi saama?	Selgitame. Eelnõu ei näe ette eripedagoogilise toe või teiste lapse arengut toetavate sekkumiste kaotamist ning selle eesmärk ei ole vähendada laste ligipääsu vajalikele rehabilitatsiooniteenustele. Rehabilitatsiooniteenuse sisu ja meeskonna koosseis peavad ka edaspidi lähtuma lapse individuaalsetest vajadustest. Lubades arstidel ja õdedel suunata rehabilitatsiooniteenusele, tõstab see tervishoius nii teadlikkust kui ka võimalust kiiremini ilma puude taotluseta vajalikele teenustele suunata. Rehabilitatsiooniteenuse rakendamisel tuleb seetõttu tagada, et perearstide ja eriarstide, kohalike omavalitsuste, haridusasutuste ja rehabilitatsioonispetsialistide koostöö toetaks lapse abivajaduse võimalikult varajast märkamist ning vajalike sekkumiste õigeaegset kättesaadavust. Nii väheneb risk, et abi vajavad väikelapsed jäävad süsteemis märkamata või jõuavad vajaliku toeni liiga hilja.
Vastuolu eesmärkide ja lahenduste vahel Seletuskirjas on viidatud, et muudatused võivad parandada laste toimetulekut ja tugiteenuste kättesaadavust haridussüsteemis. Samas ei ole eelnõus piisavalt selgelt tagatud eripedagoogilise toe olemasolu rehabilitatsiooniteenuste osana, mistõttu jääb ebaselgeks, kuidas kavandatud positiivne mõju reaalselt saavutatakse.	Selgitame. Eelnõu eesmärk on parandada rehabilitatsiooniteenuste kättesaadavust ning toetada inimeste, sealhulgas laste, paremat toimetulekut. Samas ei sätesta eelnõu üksikute spetsialistide ega konkreetsete sekkumiste loetelu, mistõttu ei saa sellest järeldada, et eripedagoogiline tugi oleks rehabilitatsiooniteenusest välja jäetud.
Valdkondadevahelise koordineerituse puudulikkus Eelnõu üheks oluliseks puuduseks on valdkondadevahelise koordineerituse vähesus. Hariduslike erivajadustega laste terviklik, teenuspõhine käsitus eeldab tihedat koostööd haridus-, sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna vahel, kuid eelnõus ei ole see piisavalt süsteemselt lahendatud.	Selgitame. Nõustume, et hariduslike erivajadustega laste toetamine eeldab tõhusat koostööd haridus-, sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna vahel. Samas ei ole käesoleva eelnõu eesmärk terviklikult ümber kujundada nende valdkondade vahelist koostöömudelit ega reguleerida kõigi osapoolte ülesandeid. Eelnõu loob rehabilitatsiooniteenuse korraldamiseks raamistiku ning toetab valdkondadevahelist koostööd, kuid valdkondade ülese koordineerituse tagamine ulatub oluliselt kaugemale rehabilitatsiooniteenuse reguleerimisest.

MTÜ Päästarmee Eestis

Seisukoht kavandatavate muudatuste suhtes

Toetame rehabilitatsiooniteenuste korralduse uuendamist ning tervishoiu- ja sotsiaalteenuste loomimist, mille eesmärk on parandada teenuste kättesaadavust ja tulemuslikkust. Samas peame väga oluliseks, et ka uues süsteemis:

- säiliks selge ja iseseisev roll psühhosotsiaalsetel ja sotsiaalsetel rehabilitatsiooniteenustel;
- oleks tagatud realistlik ja järkjärguline üleminekumudel teenuseosutajatele, kelle tegevus ei põhine tervishoiuteenustel;
- hinnataks teenuste panust sõltuvusvaba elu stabiliseerimisse, sotsiaalsesse toimetulekusse ja tööellu naasmisse;
- arvestataks MTÜ-de ja kogukonnapõhiste teenuseosutajate praktilist kogemust.

Peame oluliseks, et uues korralduses ei kaoks need rehabilitatsiooniteekonna osad, mis aitavad ennetada korduvaid kriise ning vähendada pikaajaliselt survet tervishoiusüsteemile.

Oleme huvitatud edasistest kaasamisest aruteludesse ning valmis oma praktikat ja teenusekorraldust täiendavalt tutvustama.

Arvestatud. Eelnõu eesmärk ei ole vähendada psühhosotsiaalsete või sotsiaalset toimetulekut toetavate sekkumiste rolli rehabilitatsioonis. Rehabilitatsiooniteenuse keskmes on ka edaspidi inimese funktsioneerimisvõime, osalusvõime ja iseseisva toimetuleku toetamine, mille saavutamiseks võib olla vajalik erinevate valdkondade spetsialistide ning sekkumiste kaasamine.

Hindame kõrgelt MTÜ-de, kogukonnapõhiste teenuseosutajate ja teiste partnerite praktilist kogemust ning peame oluliseks nende kaasamist edasistes aruteludesse ja rakendustegevustesse, et tagada inimeste vajadustele vastav ning kestlik rehabilitatsioonisüsteem.

Eesti Pereteraapia Ühing

Esmalt soovime välja tuua, et kahetsusväärset ei ole Pereteraapia diagnoosipõhistes rehabilitatsiooni ravimeeskondade koosseisudes kajastatud.

Usume, et tegemist on eksitusega. On ju Sotsiaalministeerium 2026 a keskendumas vanemlusele ning pereteraapia roll ja mõju vanemluse toetamisel ning haigusseisundite mõjutamisel on oluline.

Lisaks on raviteekondades väga selgelt teil välja toodud perede toetamine ja perede nõustamine. Täna Eestis on pereterapeutidel pädev peretöö ekspertsus, mis toetab peredega tööd erinevate muutuste puhul, mis peres aset leiavad näiteks haigusseisundite ilmnemisel. Pereteraapia on tõenduspõhine ning näidanud positiivseid tulemusi. Pereterapeutide ettevalmistus täna on põhjalik ning toetab rehabilitatsioonis raviteekondades peredega tegelemist. Täna on

Selgitame. Kuigi teenuse vajaduse tuvastamisel võetakse arvesse inimese tervise seisundit, ei ole rehabilitatsiooniteenuse aluseks konkreetne diagnoos, vaid tervise seisundist tulenev mõju inimese igapäevasele funktsioneerimisele ja osalusvõimele.

Rehabilitatsioonimeeskonna koosseis peab lähtuma inimese vajadustest ning võimaldama vajaduse korral kaasata erineva pädevusega spetsialiste. Seetõttu ei tähenda pereterapeudi nimeline puudumine mõnes meeskonnakirjelduses, et pereteraapial või pereterapeutidel puuduks rehabilitatsioonis roll.

Pereteraapia tõenduspõhisus, peredega töötamise kompetents ning pereterapeutide professionaalne ettevalmistus on olulised asjaolud, mida saab arvestada rehabilitatsiooniteenuse käsitusjuhendite ja raviteekondade täpsustamisel. Konkreetsete spetsialistide kaasamise põhimõtted ning nende roll

meil olemas ka Pereterapeudi kutsetunnistus tase 7, mis kinnitab pereterapeudi pädevust enda töös ning on kontrollitav.	rehabilitatsiooniprotsessis vajavad täiendavat käsitlemist rakendamise järgmistes etappides. Rehabilitatsioonimeeskonda kuuluvad spetsialistid oskavad valida ning rakendada tõenduspõhiseid sekkumisi, millest üheks võib vajaduspõhiselt olla erinevad psühhoteraapiad (sh pereteraapia).
Palume täpsustada §3 lg 3 ja §4 lg 1 sõnastust. §3 lg 3 sätestab: Rehabilitatsiooniteenust osutavasse põhimeeskonda peab kuuluma vähemalt kolm spetsialisti järgnevast loetelust: eriarst; õde; kliiniline psühholoog või psühholoog-nõustaja; füsioterapeut; logopeed; tegevusterapeut; psühholoog. §3 lg 4 sätestab: Terviseseisundist lähtuva teenuse osutamisel peab teenuseosutaja tagama vähemalt kolmeliikmelise meeskonna. Meeskond moodustatakse § 4 sätestatud spetsialistide loetelust, kaasates muud spetsialistid vastavalt inimese terviseseisundile. Eeldame, et kolmeliikmeline meeskond tuleb moodustada §3 lg 1 nimetatud kohustuslikest meeskonna liikmetest, mistõttu jääb arusaamatuks §3 lg 3 toodud terviseseisunditel põhinevate meeskonna koosseisude ning 4 toodud loetelude rakendus.	Selgitame. Rakendusakti kavandis oleme muutnud ning sõnastanud järgnevalt §4 lg 4 Rehabilitatsiooniteenuse osutamisel peab osalema vähemalt kaks spetsialisti § 4 lõigete 1 ja 2 sätestatud spetsialistide loetelust, kaasates spetsialistid, kes vastavad kõige paremini inimese rehabilitatsiooniteenuse eesmärgi täitmiseks. Rehabilitatsioonimeeskonnas peab alati olema vähemalt üks tervishoiutöötaja.
Palume lisada määruse §3 lg 2 meeskonnaliikmena “pereterapeut”. Pereterapeudi vajadus rehabilitatsioonis on kriitiline, tulenevalt erinevate teaduslikult tõendatud haigusseisundite ja psühhosomaatikate seosega päriolu ja tuumpere suhetega.	Mittearvestatud.
Palume lisada määruse §3 lg 3 p1 pereterapeut. Vaimse tervise tervisetekonnal on sageli igati asjakohane rakendada psühhoteraapiat, mis on ka teenusena toodud. Pereterapeut on samuti psühhoterapeut ning hädavajalik spetsialist, kelle toel saab klienti toetada terviseseisundist tulenevate peresuhete toetamisel. Samuti on palju tõendusmaterjali toitumishäirete korral pereteraapia sekkumise efektiivsusest.	Mittearvestatud. Rehabilitatsioonimeeskonda kuuluvad spetsialistid oskavad valida ning rakendada tõenduspõhiseid sekkumisi, millest üheks võib vajaduspõhiselt olla erinevad psühhoteraapiad (sh pereteraapia).

Palume lisada määruse §3 lg 3 p 4 pereteraapia. Mõlema sihtgrupiga on muusikaterapeudid olnud seniselt rakendatud ning saavutanud olulisi muutusi nii kõne ja keelearengus, eneseregulatsioonis kui igapäevases toimetulekus. Pereteraapia on eriti oluline normintellektiga sihtgrupi laste ja noortega, kus diagnoosi eripära eeldab väga head vanemliku allsüsteemi koostööd ning hästitoimivaid piire, mille loomisel on oluliseks toeks pereterapeut.	Mittearvestatud. Rehabilitatsioonimeeskonda kuuluvad spetsialistid oskavad valida ning rakendada tõenduspõhiseid sekkumisi, milleks üheks võib vajaduspõhiselt olla ka pereteraapia.
Palume lisada määruse §3 lg 3 p 8 pereteraapia. Vähihaiged on võimaluse korral kasutamas ka pereterapeute, et arutada läbi elulõpuga seotud emotsioonid, vajadused ja elukorraldus. Samuti on pereteraapia oluliseks toeks peresuhete hoidmisel ja/või taastamiseks enne surma.	Mittearvestatud. Rehabilitatsioonimeeskonda kuuluvad spetsialistid oskavad valida ning rakendada tõenduspõhiseid sekkumisi, millest üheks võib vajaduspõhiselt olla ka pereteraapia.
Eesti Ravimihulgitöötajate Liit	
1. Sotsiaalministeeriumi saatis kooskõlastamiseks nn TERVIK-ute loomise ja rehabilitatsioonireformi eelnõud. Esitasime Eesti Ravimihulgitöötajate Liidu poolt nende reformiteemade kohta eelnõude väljatöötamiskavatsuste menetluses (VTK) ka arvamuse. Kavandatud muudatused mõjutavad kogu tervishoiuvaldkonna korraldust, sealhulgas ravikindlustuse ulatust ja sisu ning seega vahetult ka ravimivaldkonda. Võib julgelt öelda, et tervishoiureformidega eelnõudes kavandatud muudatustel on Eesti tervise- ja sotsiaalõiguskordadele põhimõtteline tähendus. VTK-de kohta anti väga arvukalt tagasisidet, esitati kommentaare, küsimusi, ka kriitikat kokku vähemalt 31 erineva organisatsiooni ja riigiasutuse poolt. Tõstatatud küsimused puudutasid nii väga põhimõttelisi küsimusi tervishoiusüsteemi edasisest korraldusest ja rahastamise, tööjõuvajadustest kui ka reformi sisulisi elluviimise ja korralduslikke küsimusi.	Selgitame. Puudutab TERVIKute eelnõud. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordineerimise teenus.
Sedavõrd ulatuslike muudatuste ettevalmistamiseks ja menetluseks on valitsus kehtestanud spetsiaalse reeglustiku: - Eesti õiguskorras põhimõttelist tähendust omava sisuga seaduseelnõule tuleb Sotsiaalministeeriumil pärast väljatöötamiskavatsuse kooskõlastamist ja enne seaduseelnõu normide kujundamist koostada eelnõu õiguslikke	Selgitame, puudutab TERVIKute eelnõud. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordineerimise teenus.

valikuid kajastav kontseptsioon. - Ka kontseptsiooni koostamisse tuleb kaasata huvirühmad ning see eraldi kooskõlastada. - Alles seejärel saab liikuda seaduseelnõu enda koostamise ja kooskõlastamise etappi. - Nii VTK kui kontseptsiooni kohta esitatud huvirühmade arvamused ja ettepanekud tuleb koondada ning vormistada ja esitada seaduseelnõu seletuskirja lisaks olevas tabelis, milles tuleb eraldi märkida teave sellest, mil määral esitatud arvamusi ja ettepanekuid eelnõus arvestati. - Nii arvestatud kui arvestamata jäetud märkuste ja ettepanekute kohta tuleb esitada asjakohased selgitused ja põhjendused, märkides tabelis esitatud märkuse või ettepaneku sisu, selle esitaja ning millises eelnõu sättes märkus või ettepanek on arvesse võetud ning tuleb põhjendada märkuse või ettepaneku arvestamata jätmist.	
Praegu kooskõlastamisele saadetud seaduseelnõudes on ministeerium unustanud need ülesanded täita. Kuna tegemist on väga põhimõtteliste küsimuste ja reformikavadega, siis ei saa sel juhul valitsuse enda kehtestatud õigusloomereeglitest libiseda.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordineerimise teenus.
Eelnõu kohta sisulise ja mõtestatud arvamuse kujundamisel on oluline teada ja arvestada ka neid selgitusi ja põhjendusi, mida Sotsiaalministeerium reformikava kohta seni antud tagasiside kohta on arvestanud või mitte ning miks. See ei olu tähtis pelgalt hea halduse ja õigusloome reeglite järgimiseks, vaid kriitiliselt tähtis ka kavandatud reformi sisuliseks elluviimiseks ja õnnestumiseks, sealhulgas võimalike vigade parandamiseks reformikavades.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordineerimise teenus.
Eelnõu kohaselt tuleb heaolupiirkonna koostöökogu moodustada „maakonnakeskuseks oleva kohaliku omavalitsuse üksuse, kes korraldab koostöökogu tööd, juurde“ – eelnõu jätab täpsustamata, kuidas määratletakse maakonnakeskuseks olev KOV; samuti on sõnastuses teatav tautoloogia nõudes, et koostöökogu tuleb moodustada selle KOV juurde kes hakkab koostöökogu tööd korraldama.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordineerimise teenus.
Eelnõus nähakse koostöökogu otsustusprotsess ainuvõimalikuna ette konsensuspõhisena. Eelnõu jätab täpsustamata, mis saab konsensuse mittaavutamisel. Koostöökogu otsused on aluseks TERVIK-ute tööle, TERVIK-u tegevus aluseks selle rahastamisele Tervisekassa	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordineerimise teenus.

poolt ning TERVIKu (töötajate) otsustega määratakse inimese õigused teenustele. Seega võib koostöökogus konsensuse ja seega otsuse puudumine peatada kõik ülejäänud protsessid ja tegevused	
Küsimus koostöökogu otsuste kohustuslikkusest TERVIK-ule. Kas TERVIKule on kohustuslikud on näiteks koostöökogu poolt tehtu „ettepanekud tervise- ja heaoluprofiilis toodud strateegiliste tegevussuundade ja tulemuseesmärkide ning tegevuskava muutmiseks“?	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordineerimise teenus.
Sotsiaalministeeriumi korraldus toimus paralleelselt eelnõus loodavate TERVIKute süsteemiga ka eurovahenditest finantseeritud TERVIKute loomise projektivoor. EL rahastuse ja käesoleva eelnõu nõuded TERVIKutele on erinevad. Kuidas kavandatakse välisfinantseeringu TERVIKute ja eelnõu TERVIKute omavaheline koostöö?	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordineerimise teenus.
TERVIKu ülesandeks sätestab eelnõu mh „tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutamise valmisoleku koordineerimine“, kuid jätab selgitamata, mida see funktsioon endast tegelikult kujutab ning kas see „koordineerimine“ asetab TERVIKu haldusorganina riigiasutuste kõrvale ja teenuseosutajate suhtes vertikaalsesse avalik-õiguslikku positsiooni?	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordineerimise teenus.
Eelnõus puuduvad kollisiooninormid juhuks, kui mõnes heaolupiirkonnas peaks tekkima mitu TERVIKu tingimustele vastavat ühendust, mis kõik pretendeerivad TERVIKu seisundile ja Tervisekassa rahastusele eelnõu tähenduses.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordineerimise teenus.
Eelnõu sõnastuses ei ole arvestatud Sotsiaalministeeriumi poolt paralleelselt menetluses olevat ning käesolevast eelnõust menetluslikus mõttes eespool olevat nn STEEL eelnõu tervishoiu IT-süsteemi liitmiseks. Ühel hetkel vajab eelnõu kindlasti muutmist vähemalt viidetes neile andmekogudele, mis STEEL-eelnõuga lõpetatakse.	Selgitame. Oleme STEEL eelnõuga kursis. Siiski seni kuni tegemist on eelnõuga, mida ei ole välja kuulutatud, ei saa käesolevas eelnõus STEEL eelnõuga planeeritavate muudatustega arvestada.
Eelnõu selgitustes räägitakse TERVIKute rahastamisest välisvahendite arvelt, kuid eelnõu tekstis on säte, mille kohaselt võtab alates 1.5.2028 TERVIKu rahastamise täiest ulatuse üle Tervisekassa ravikindlustuse	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole

vahenditest. Seda uut püsikulu ulatust ja arvestust ravikindlustuse eelarvele seletuskirjas avatud ei ole. Ei ole ka selgitatud, kuidas saab kassa kasutada ravikindlustussüsteemi vahendeid vähemalt osaliselt kindlustusväliste tegevuste ja isikute finantseerimiseks.	seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordineerimise teenus.
Eelnõus puudub regulatsioon koostöökogude ja TERVIK-ute kui haldusorganite üle haldusjärelevalve teostamise kohta.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordineerimise teenus.
Samuti on eelnõus jäänud avamata koostöökogude ja TERVIK-ute otsuste teatavakstegemise korraldus, millest vahetult sõltuvad neist otsustest ja tegevustest mõjutatud inimeste jt isikute õiguskaitsevõimalused ja -korraldus.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordineerimise teenus.
Eesti Pimedate Liit	
Samas on eelnõu praeguses tekstis mitu olulist probleemi, mis võivad pimedate ja vaegnägijate inimeste teenusele jõudmist, teenuse kvaliteeti ja senise puudespetsiifilise kompetentsi säilimist halvendada. Peamine risk on, et sisult psühhosotsiaalne ja igapäevaelu oskusi toetav nägemispuude rehabilitatsioon surutakse tervishoiuteenuse osutaja ja haiglavõrgu korraldusmudelisse nii tugevalt, et praegused kompetentsikeskused ei saa uues süsteemis jätkata ning inimese rehabilitatsiooni teenuste kavandamine ning rakendamine lähtub liigselt meditsiinilistest, mitte sotsiaalsetest / toimetuleku piirangutest või võimalustest. Pimedate ja vaegnägijate inimeste puhul on rehabilitatsiooni eesmärk õppida püsiva nägemiskahjustusega võimalikult iseseisvalt elama, liikuma, suhtlema, õppima, töötama ja ühiskonnaelus osalema. Selleks on vaja puudespetsiifilist kompetentsi, ligipääsetavat infot, paindlikku teenusele jõudmise võimalust, piisavat üleminekukorraldust ning rahastusmudelit, mis ei vähenda juba täna ebapiisavat teenuse mahtu.	Selgitame. Nägemispuude alases rehabilitatsioonis on oluline roll puudespetsiifilisel kompetentsil ning praktilistel sekkumistel, mis toetavad liikumist, suhtlemist, õppimist, töötamist ja igapäevaeluga toimetulekut. Eelnõu eesmärk ei ole asendada sellist lähenemist meditsiinilise mudeliga ega vähendada puudespetsiifilise kompetentsi tähtsust. Rehabilitatsiooniteenus on kavandatud terviseseisundipõhisena, mille puhul tuleb teenuse sisu kujundamisel arvestada ka terviseseisundist tulenevate tegevus- ja osaluspiirangutega ning inimese individuaalsete eesmärkidega. Teenuseosutajate võrgustiku kujundamine, puudespetsiifilise kompetentsi säilitamine, üleminekukorraldus ning teenuste täpsem rahastamis- ja korraldusmudel on küsimused, mida käsitletakse rakendamise ettevalmistamisel. Peame oluliseks, et uue süsteemi rakendamisel säiliks ja oleks võimalik kasutada olemasolevat eriteadmist ning kogemust, mis on välja kujunenud nägemispuudega inimeste rehabilitatsiooni valdkonnas, ning et teenuse kättesaadavus ja kvaliteet ei halveneks ülemineku tulemusena.
Teenuseosutajate ring on eelnõu § 13/7 lõigetes 2 ja 3 liiga tugevalt seotud haiglavõrgu arengukava haiglate ja tervishoiuteenuse tegevuslubadega. Seletuskiri lubab koostööpartnereid, kuid seaduse tasandil ei ole piisavalt selge, et senised puudespetsiifilised	Selgitame. Eelnõu eesmärk ei ole piirata rehabilitatsiooniteenuse osutamist üksnes haiglavõrgu arengukava haiglate või tervishoiuteenuse osutajatega. Seaduses sätestatakse teenuse osutajatele esitatavad üldised nõuded, kuid teenuseosutajate

kompetentsikeskused ja organisatsioonid saavad uues süsteemis sisuliselt ja stabiilselt jätkata ka siis, kui nad ei ole ise tervishoiuteenuse osutajad. Seletuskirjas toodud andmetest nähtub, et märkimisväärsel osal senistest SRT lepingupartneritest puudub tervishoiuteenuse osutamise tegevusluba. Seetõttu ei ole tegemist ainult tehnilise ümbervormistamisega, vaid riskiga, et olemasolev kompetents ja teenusekeskkond sõltuvad edaspidi haiglate või TTO-de valmisolekust neid kaasata.	võrgustiku kujundamine ning koostöömodelite loomine on suurel määral rakendamise küsimus. Mõistame muret, et osal senistest rehabilitatsiooniteenuse osutajatest puudub tervishoiuteenuse osutamise tegevusluba. Samas ei tähenda see automaatselt nende kompetentsi või panuse kadumist uues süsteemis. Eelnõu ülesehitus võimaldab koostööpartnerite kaasamist ning rehabilitatsiooniteenuse korraldamisel on oluline kasutada olemasolevat puudespetsiifilist teadmist ja kogemust, mis on aastate jooksul kujunenud erinevates kompetentsikeskustes ja organisatsioonides. Ülemineku ettevalmistamise käigus on Sotsiaalministeerium ja Tervisekassa alustanud arutelusid haiglavõrgu arengukava haiglatega üle Eesti kõigis piirkondades, et kaardistada valmisolek, piirkondlikud eripärad ning võimalikud koostöömodelid. Nende arutelude üheks eesmärgiks on leida lahendused, mis võimaldaksid säilitada olemasoleva kompetentsi ja tagada teenuse järjepidevuse ka uues korralduses. Peame oluliseks, et rakendamise käigus kujundataks koostöömodelid viisil, mis võimaldab kaasata puudespetsiifilise kompetentsiga organisatsioone ning tagada inimestele kvaliteetse ja vajaduspõhise rehabilitatsiooniteenuse sõltumata sellest, millise organisatsioonilise vormi kaudu teenust osutatakse.
Eelnõus puudub selge õiguslik tee, kuidas inimene ise, tema esindaja, lähedane, puudega inimeste organisatsioon või nägemispuude alane kompetentsikeskus saab algatada rehabilitatsioonivajaduse hindamise. Seletuskirja järgi ei viida varasema korra järgi teenust saanud inimesi automaatselt uuele teenusele ning teenusele jõudmine sõltub sotsiaal- või tervishoiuvaldkonna spetsialisti märkamise kaudu tekkinud teekonnast. Pikaajalise nägemispuudega inimene ei pruugi olla regulaarselt perearsti, silmaarsti ega KOV sotsiaaltöötaja vaateväljas.	Selgitame. Eelnõu eesmärk on lihtsustada inimese jõudmist rehabilitatsiooniteenusele ning vähendada eraldi taotlemise ja suunamisega seotud halduskoormust. Rehabilitatsioonivajaduse märkamine ei toimu üksnes tervishoiu- või sotsiaalvaldkonna spetsialisti algatusel. Nõustume, et pikaajalise nägemispuudega inimene ei pruugi olla regulaarselt perearsti, eriarsti või kohaliku omavalitsuse vaateväljas ning seetõttu on oluline tagada ka teiste osapoolte võimalus rehabilitatsioonivajaduse esiletoomiseks. Praktikas võivad inimese vajadusest teavet omada tema lähedased, esindaja või puudespetsiifilise kompetentsiga organisatsioonid.
Eelnõu kohaselt lõpetatakse SRT tegevusload ja senine SRT korraldus 1. oktoobril 2027, kuid eelnõus ei ole piisavalt sisulisi rakendussätteid olemasolevate teenusesaajate, teenuseosutajate ega puudespetsiifilise kompetentsi üleminekuks. SKA ei anna seletuskirja järgi SRT klientide isikuandmeid Tervisekassale üle. Kui eraldi üleminekumehhanismi ei looda, võib osa inimesi teenuselt välja kukkuda.	Selgitame. Eelnõus oleme täpsustanud ülemineku perioodi, kus luuakse õiguslik alus, et 30.09.2027 seisuga sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse kehtivate suunamisotsustega inimestele luua automaatne saatekiri. Kavandatav üleminekusäte on vajalik, et tagada sujuv üleminek sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse (SRT) korralduselt uuele rehabilitatsiooniteenuse korraldusele tervishoius. 30. septembri 2027. aasta seisuga kehtivate suunamisotsustega isikute hulk on märkimisväärne ning ilma täiendava regulatsioonita peaksid need isikud lühikese ajavahemiku jooksul pöörduma perearsti,

	eriarsti või õe poole uue saatekirja saamiseks, mis põhjustaks olulise halduskoormuse kasvu ning teenuse kättesaadavuse viibimise riski.
Eelnõu ei lahenda olukordi, kus nägemispuudega inimene vajab lühikest, kuid eluliselt olulist puudespetsiifilist sekkumist, näiteks uue marsruudi õppimist, ekraanilugeri või kõnetoega seadme kasutamise õpetust, punktkirja õppimist või kogemusnõustamist. Seletuskiri rõhutab, et üksikteenuste eraldiseisev osutamine ei kujuta endast rehabilitatsiooniteenust, kuid pole ka selgitatud, kuidas peaks üksikute teenuste osutamine sellisel juhul toimima?	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuse üldine põhimõte käsitleda inimese vajadusi terviklikult ning hinnata, kas lisaks esmasele vajadusele tuleks kaasata ka teisi spetsialiste või toetavaid sekkumisi. Seetõttu ei peaks üksikteenuse osutamine olema välistatud, kuid oluline on, et teenuse kavandamisel oleks võimalus vajaduse korral kaasata täiendavaid spetsialiste ning hinnata inimese vajadusi laiemalt kui üks konkreetne probleem või oskus. Teenuse täpsemad osutamismudelid, sealhulgas ühe teenuse või piiratud ulatusega sekkumiste rakendamine, vajavad täiendavat käsitlemist teenuse korralduslikes lahendustes ja käsitusjuhendites, et tagada inimestele paindlik ja vajaduspõhine abi.
Rakendusakti kavandis nägemispuude alase rehabilitatsioonimeeskonna koosseis on liiga kitsas. Kavandis kuuluvad sellesse tegevusterapeut, eripedagoog ja kogemusnõustaja, kuid puuduvad kohustuslik sotsiaaltöötaja või juhtumikorralduslik kompetents, psühholoogilise toe selge roll ning nõue tegeliku nägemispuude spetsiifilise pädevuse, kogemusnõustamise, kohta.	Selgitame. Rakendusakti kavand ei reguleeri enam detailselt konkreetse rehabilitatsioonimeeskonna kohustuslikku koosseisu. Lähenemise eesmärk on võimaldada kujundada rehabilitatsioonimeeskond paindlikult vastavalt inimese vajadustele, tervises seisundile ja rehabilitatsioonieesmärkidele. Seetõttu ei ole otstarbekas siduda teenuse osutamist kindla spetsialistide loeteluga. Vajaduse korral peab olema võimalik kaasata erineva pädevusega spetsialiste, sealhulgas sotsiaalvaldkonna, psühholoogilise toe, kogemusnõustamise või puudespetsiifilise kompetentsiga spetsialiste.
Eelnõu ega rakendusakti kavandid ei sisalda piisavaid ligipääsetavuse tagatise. Ligipääsetavad peavad olema mitte ainult inimesele suunatud portaalid ja dokumendid, vaid ka spetsialistide töövahendid, heaoluplaani haldus, rehabilitatsiooniteenuse dokumenteerimine ja suhtluskanalid. Vastasel juhul võivad süsteemist välja kukkuda nii pimedad teenusesaajad kui ka pimedad või vaegnägijad spetsialistid, kogemusnõustajad ja organisatsioonide töötajad.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordineerimise teenus.
Eemaldatakse senine sõidu- ja majutuskulude hüvitamise kord, kuid uut selget lahendust ei pakuta. Nägemispuude alane kompetents on Eestis paratamatult koondunud vähestesse keskustesse. Kui inimene peab teenuse saamiseks liikuma teise maakonda, ei saa transpordi- ja majutuskulu jääda ebamääraselt KOV-i või inimese enda kanda.	Selgitame. Tervishoiuteenuste korralduses ei ole üldreeglina ette nähtud teenuse saamiseks tehtavate sõidu- ega majutuskulude hüvitamist ning eelnõuga ei kavandata rehabilitatsiooniteenusele selles osas erandlikku regulatsiooni. Samas on põhjendatud tähelepanu juhtimine asjaolule, et teatud puudespetsiifiline kompetents, sealhulgas nägemispuudega inimeste rehabilitatsioonialane pädevus, on Eestis koondunud piiratud hulga teenuseosutajate juurde. Seetõttu on oluline, et teenusevõrgu ja lepingumudelite kujundamisel arvestataks teenuse tegelikku kättesaadavust ning võimalusel toetataks paindlikke teenuse osutamise viise,

	sealhulgas teenuse osutamist inimese elukohale lähemal või kaugteenusena, kui see on asjakohane. Transpordi- ja majutuskulude hüvitamise küsimus ei ole käesolevas eelnõus eraldi reguleeritud ning selle lahendamine eeldaks laiemat poliitikavalikut, mis ulatub rehabilitatsiooniteenuse korraldusest kaugemale.
Seletuskiri näitab, et tervishoiuteenuste hinnad on taastusravi süsteemis 1,2–2,1 korda kõrgemad SRT hindadest. Sama eelarve juures tähendab see väiksemat teenusemahtu. Eelnõu ei sisalda piisavat tagatist, et puudespetsiifiliste teenuste maht ja kättesaadavus tegelikult säilivad.	Selgitame. Teenuse kättesaadavus ja maht sõltuvad tervikuna kujundatavast rahastusmudelist, teenuste sisust, lepingumahtudest ning riigieelarvest eraldatavatest vahenditest. Samas on põhjendatud tähelepanu juhtimine vajadusele tagada, et uuele korraldusele üleminek ei tooks kaasa puudespetsiifiliste rehabilitatsiooniteenuste kättesaadavuse või mahu põhjendamatut vähenemist. Teenuste hinnastamise, rahastamise ja lepingute kujundamise käigus tuleb hinnata nende mõju teenuse tegelikule kättesaadavusele ning arvestada erinevate sihtrühmade vajadustega. Oluline on, et rakendamise ettevalmistamisel jälgitaks lisaks teenuste hinnatasemele ka seda, kas inimestele vajalikud rehabilitatsiooniteenused on sisuliselt ja mõistliku ooteajaga kättesaadavad ning kas olemasolev puudespetsiifiline kompetents ja teenusmaht säilivad.

2. RTHS § 13/6 lõige 2 — määrusandlus peab sisaldama miinimumtagatise

Praegune tekst: rehabilitatsiooniteenuse liigid ja nende täpsema sisu, teenuse osutamise tingimused ja korra kehtestab valdkonna eest vastutav minister määrusega.

Probleem: eelnõu jätab teenuse sisulised tagatised suuresti määruse tasandile. Nägemispuudega inimeste jaoks on just määruse sisu kriitiline: kas teenus hõlmab orienteerumis- ja liikumisõpet, punktkirja ja alternatiivseid lugemisviise, digivahendite ja ekraanilugeri kasutamist, igapäevaeluoskusi, kogemusnõustamist, psühhosotsiaalset tuge, lähedaste nõustamist jne. Kui seadus ei anna määrusele selgeid miinimumsuundi, võib puudespetsiifiline rehabilitatsioon jääda liiga kitsaks. Lisaks on määruse muutmine juriidilisest seisukohast oluliselt lihtsam kui seaduse, mis paneb nägemispuudega inimesed oluliselt haavatavamasse seisu.

Ettepanek: Eelnõuga tuleb sätestada puudespetsiifiliste rehabilitatsiooniliikide miinimumsisu, ligipääsetavuse nõuded, meeskonna puudespetsiifiline pädevus ning teenuseosutajate koostöö puudega inimeste organisatsioonide ja kompetentsikeskustega.

Selgitame Eelnõu eesmärk on sätestada rehabilitatsiooniteenuse peamised alused ja korralduslik raamistik seaduse tasandil, jättes teenuse täpsema sisu ja osutamise tingimused määruse tasandile. Selline lähenemine on õigussüsteemis tavapärane. Puudespetsiifiliste sekkumiste, ligipääsetavuse põhimõtete, vajaliku kompetentsi ning teenuse osutamise täpsemad nõuded on asjakohane käsitleda määruses, rehabilitatsiooniteenuse käsitusjuhendites ja muudes rakendusdokumentides. Nende väljatöötamisel on oluline kaasata puudega inimeste organisatsioone, kompetentsikeskusi ja valdkonna eksperte, et tagada teenuse vastavus sihtrühmade tegelikele vajadustele.

3. RTHS § 13/7 lõiked 2 ja 3 — teenuseosutajate ring on liiga kitsas
Praegune tekst: rehabilitatsiooniteenust osutavad haiglavõrgu arengukavas nimetatud haiglad. Lisaks võib teenust osutada tervishoiuteenuse osutaja, kellel on taastusravi või perearstiabi tegevusluba või vähemalt kaks iseseisva füsioteraapia, logopeedilise ravi või psühholoogilise ravi tegevusluba.

Probleem: nägemispuudega inimeste rehabilitatsioonikompetents on praegu koondunud eelkõige puudespetsiifilistesse keskustesse ja organisatsioonidesse, mitte haiglasse. Seletuskirja järgi võivad haiglad ja teised Tervisekassa lepingupartnerid kasutada koostööpartnereid, kuid see ei taga seniste kompetentsikeskuste säilimist. Kui haigla või TTO saab valida, kas tellida puudespetsiifiline teenus seniselt kompetentsikeskusest või palgata üksikuid spetsialiste enda juurde, võib olemasolev terviklik teenusekeskkond, meetodika, kogemus ja kogukonnasuhe kaduda. Lisaks jääb ebaselgeks, kuidas tagatakse sihtrühmapõhine teenus haiglapõhises mudelis praktikas: kas igas haiglas peab olema valmisolek pakkuda kõiki spetsialiseeritud rehabilitatsiooniliike või kuidas tagatakse inimese suunamine sellise teenuseosutaja juurde, kellel on tegelik pädevus just tema puudest või terviseseisundist tuleneva rehabilitatsioonivajaduse katmiseks.

Ettepanek: täiendada § 13/7 lõiget 3 või lisada uus lõige, mille järgi võib rehabilitatsiooniteenuse puudespetsiifilisi ja mittemeditsiinilisi komponente osutada ka muu juriidiline isik, kellel on nõuetele vastav rehabilitatsioonimeeskond või vastavad spetsialistid, ilma et ta peaks ise olema tervishoiuteenuse osutaja. Teise variandina tuleb seaduses selgelt sätestada Tervisekassa lepingupartneri kohustus kaasata puudespetsiifiline kompetentsikeskus, kui inimesel on sellise kompetentsi vajadus. Reform ei peaks külmutama senist teenuseosutajate mudelit, kuid peab looma realistliku ülemineku, et olemasolev haruldane puudespetsiifiline kompetents ei kaoks enne, kui uus süsteem suudab seda sisuliselt asendada.

Selgitame. Eelnõu eesmärk ei ole koondada kogu rehabilitatsioonialast kompetentsi haiglasse ega välistada puudespetsiifilise teadmise kasutamist rehabilitatsiooniteenuse osutamisel. § 137 sätestab rehabilitatsiooniteenuse osutamise üldised korralduslikud alused ja nõuded lepingupartneritele, kuid ei reguleeri ammendavalt kõiki võimalikke koostöömudeleid või teenuse osutamisse kaasatavaid osapooli. Rehabilitatsiooniteenuse korraldamisel on oluline tagada, et inimesele oleks kättesaadav tema vajadustele vastav pädevus sõltumata sellest, millise organisatsioonilise mudeli kaudu teenust osutatakse.

Teenuseosutajate võrgustiku kujundamine, koostööpartnerite kaasamine ning puudespetsiifilise kompetentsi kasutamise põhimõtted on eelkõige rakendamise küsimused, mida käsitletakse Tervisekassa lepingumudelite, käsitusjuhendite ja teenuse korralduslike lahenduste väljatöötamisel. Nende tegevuste käigus tuleb pöörata tähelepanu sellele, et olemasolev väärtuslik puudespetsiifiline kompetents oleks uues süsteemis jätkuvalt kasutatav ning inimestel säiliks ligipääs nende vajadustele vastavatele spetsialiseeritud rehabilitatsiooni-teenustele.

4. RTHS § 13/7 lõige 4 — Tervisekassa lepingutingimused peavad hõlmama puudespetsiifilist kvaliteeti

Praegune tekst: rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks sõlmib Tervisekassa tervishoiuteenuse osutajaga lepingu, lähtudes ravikindlustuse seaduse §-des 35–37 sätestatust.

Probleem: lepingumudel on eelnõus kirjeldatud üldiselt. Kui Tervisekassa lepingutes ei ole eraldi nõudeid puudespetsiifilise kompetentsi, teenuse ligipääsetavuse, koostööpartnerite, teenusmahtude ja regionaalse kättesaadavuse kohta, võib teenus formaalselt olemas olla, kuid sisuliselt mitte vastata nägemispuudega inimeste vajadustele.

Ettepanek: täiendada eelnõu või seletuskirja nii, et Tervisekassa lepingutes tuleb puudespetsiifiliste teenuste puhul sätestada vastava sihtrühma kompetentsi olemasolu, ligipääsetavus, teenuseosutaja kohustus kaasata vajalik kompetents ning seire teenusele jõudmise ja tulemuste kohta. Samuti tuleb selgelt kirjeldada, kuidas terviseteejuht ja Tervisekassa tagavad, et inimene suunatakse teenuseosutaja juurde, kellel on tegelik pädevus konkreetse puudespetsiifilise rehabilitatsiooni osutamiseks, mitte ainult üldine õigus rehabilitatsiooniteenust pakkuda.

Selgitame. Nõustume, et puudespetsiifiliste rehabilitatsiooni-teenuste puhul on oluline tagada inimese vajadustele vastav kompetents ning teenuse tegelik kättesaadavus. Samas ei peeta vajalikuks sätestada seaduses eraldi nõudeid üksikute sihtrühmade või puudeliikide kaupa. Oluline on, et rehabilitatsiooniteenuse korraldamisel lähtutaks inimese vajadusest ning teenuseosutajal oleks võimalik kaasata vajalikku eriteadmist ja pädevust.

Teenuse kvaliteedi, piirkondliku kättesaadavuse ja sihtrühmapõhise kompetentsi arvestamine on teemad, millele tuleb tähelepanu pöörata Tervisekassa lepingumudelite ja rakenduslahenduste kujundamisel. Tervisekassa hangib enda partnerid jälgides sihtrühma kaetust ja teenusevajadust piirkonniti.

Täpsustame ühtlasi, et eelnõu praeguse lahenduse kohaselt ei ole terviseteejuhi rolli enam ette nähtud. Rehabilitatsiooniteenusele jõudmise ja vajaduse tuvastamise korraldus on võrreldes varasemate reformikavadega muutunud ning seetõttu ei ole asjakohane käsitleda terviseteejuhti inimese teenuseosutaja juurde suunajana.

RTHS § 13/7 lõige 5 — teenusevajaduse hindamise algatamine on liiga kitsas

Praegune tekst: Tervisekassa võtab teenuse eest tasu maksmise kohustuse üle, kui teenuse vajaduse on hinnanud terviseteejuht ning teenuse vajadus on märgitud inimese heaoluplaani.

Probleem: säte kirjeldab teenuse rahastamise eelduse, kuid ei lahenda, kuidas inimene hindamiseni jõuab. Seletuskiri ütleb, et varasema korra järgi teenust saanud isikuid ei viida automaatselt üle ning aluseks on sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna spetsialistide märkamine.

Nägemispuudega inimeste puhul on see liiga kitsas. Nägemispuudega inimene võib vajada rehabilitatsiooni uues eluolukorras, kuid ei pruugi olla KOV-i ega tervishoiutöötaja vaateväljas. Sageli jõuab info inimeseni näiteks puudespetsiifilise organisatsiooni kaudu.

Ettepanek: täiendada § 13/7 lõiget 5 või lisada uus lõige, mis annab inimesele, tema esindajale, lähedasele, puudega inimeste organisatsioonile ja pädevale rehabilitatsioonikeskusele õiguse algatada teenusevajaduse hindamine. Algatus ei pea tähendama automaatset teenusele saamist, kuid peab looma terviseteejuhile kohustuse vajadust hinnata või põhjendada, miks hindamist ei alustata. Samuti peab inimesele olema ligipääsetavalt ja arusaadavalt selgitatud, kuidas ta saab toimida juhul, kui rehabilitatsioonivajadust ei hinnata, seda ei tuvastata või seda ei kanta heaoluplaani. See ei pea tähendama uut keerukat menetlust, kuid inimesel peab olema selge edasine samm ja vastutav kontakt.

Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordinatsiooni teenus.

Eelnõu eesmärk on lihtsustada inimese jõudmist rehabilitatsiooniteenusele ning vähendada eraldi taotlemise ja suunamisega seotud halduskoormust. Rehabilitatsioonivajaduse märkamine ei toimu üksnes tervishoiu- või sotsiaalvaldkonna spetsialisti algatusel.

Nõustume, et pikaajalise nägemispuudega inimene ei pruugi olla regulaarselt perearsti, eriarsti või kohaliku omavalitsuse vaateväljas ning seetõttu on oluline tagada ka teiste osapoolte võimalus rehabilitatsiooni-vajaduse esiletoomiseks. Praktikas võivad inimese vajadusest teavet omada tema lähedased, seaduslik esindaja või puudespetsiifilise kompetentsiga organisatsioonid.

8. RTHS § 13/8 — teenuseosutaja kohustustesse tuleb lisada ligipääsetavus ja puudespetsiifiline kvaliteet Praegune tekst: teenuseosutaja peab tagama teenuse vastavuse seadusele, nõuetele vastava meeskonna, nõuetekohase dokumenteerimise, kvaliteedijuhtimise ning rahaliste vahendite efektiivse kasutamise. Probleem: kohustuste loetelus puudub teenuse ligipääsetavuse, teabe ligipääsetavuse, suhtluskanalite ligipääsetavuse ja puudespetsiifilise kompetentsi tagamise selge kohustus. Nägemispuudega inimese jaoks võib teenus jääda kättesaamatuks, kui info, dokumendid, nõusolekud, ruumid, liikumiskeskond või digilahendused ei ole ligipääsetavad. Ettepanek: täiendada § 13/8 teenuseosutaja kohustusi ligipääsetavuse ja puudespetsiifilise kompetentsi tagamisega	Selgitame. Eelnõuga ei peeta vajalikuks täiendada § 138 eraldi ligipääsetavuse kohustusega, kuna ligipääsetavate teenuste tagamine tuleneb juba kehtivast õigusruumist ning on kohustuslik kõigile teenuseosutajatele sõltumata konkreetsest teenusest või sihtrühmast. Teenuste, teabe, digilahenduste ja suhtluskanalite ligipääsetavus ei ole üksnes rehabilitatsiooniteenuse eripära, vaid üldine nõue, mida tuleb järgida kogu avalike teenuste ja tervishoiuteenuste korraldamisel.
9. RTHS § 13/9 lõige 1 — erialane ettevalmistus on liiga üldine Praegune tekst: rehabilitatsioonimeeskonna liikmeks võib olla isik, kellel on selleks vajalik erialane ettevalmistus või sobiv kutse- või kõrgharidus. Probleem: “vajalik erialane ettevalmistus” on liiga üldine ega taga puudespetsiifilist pädevust. Nägemispuude rehabilitatsioonis ei piisa alati üldisest tegevusterapeudi, eripedagoogi või sotsiaaltöötaja kvalifikatsioonist. Vajalik on oskus töötada pimedate ja vaegnägijatega, tunda abivahendeid, ligipääsetavat tehnoloogiat, orienteerumis- ja liikumisõpet ning psühhosotsiaalset kohanemist. Ettepanek: täiendada § 139 lõiget 1 või rakendusakti § 4 nii, et puudespetsiifilise teenuse puhul peab meeskonnaliikmel olema lisaks üldkvalifikatsioonile sihtrühmapõhine pädevus või peab teenuseosutaja tagama sellise pädevuse kaasamise.	Selgitame. Eelnõuga ei peeta vajalikuks täiendada § 139 lõiget 1 sihtrühma- või puudespetsiifiliste pädevusnõuetega. Seaduse tasandil sätestatakse rehabilitatsioonimeeskonna liikmete üldised kvalifikatsiooninõuded, samas kui konkreetsete sihtrühmadega töötamiseks vajalikud teadmised, oskused ja kompetentsid on eelkõige teenuse sisulise korralduse küsimus. Nõustume, et näiteks nägemispuudega inimeste rehabilitatsioon eeldab lisaks üldisele erialasele ettevalmistusele ka spetsiifilisi teadmisi ja oskusi. Samas ei ole otstarbekas sätestada seaduses või rakendusaktis iga sihtrühma kohta eraldi pädevusnõudeid, kuna rehabilitatsiooniteenus hõlmab väga erinevaid terviseseisundeid ja vajadusi. Rehabilitatsiooniteenuse üldine põhimõte on, et inimesele tuleb tagada tema vajadustele vastav kompetents. Selle saavutamiseks peab teenuseosutajal olema võimalik kaasata vajalike teadmiste ja kogemustega spetsialiste. Puudespetsiifilise kompetentsi kasutamise põhimõtted on asjakohane täpsustada käsitusjuhendites, kvaliteedinõuetes ja teenuse korralduslikes lahendustes, mitte seaduse tasandil.

SHS § 160/9 ja § 160/10 — SRT lõpetamise rakendussätted on liiga napid

Praegune tekst: alates 1. veebruarist 2027 lõpetab SKA SRT tegevusloa taotluste vastuvõtmise ning alates 1. oktoobrist 2027 on SRT tegevusluba kehtetu.

Probleem: need rakendussätted lõpetavad vana süsteemi, kuid ei loo piisavat silda uude süsteemi. Puudub kohustus koostada olemasolevatele teenusesaajatele üleminekuplaan, teavitada neid ligipääsetaval viisil, hinnata jätkuvat vajadust või tagada, et puudespetsiifilised teenuseosutajad jõuavad uude lepingumudelisse enne vana süsteemi lõppu.

Ettepanek: täiendada SHS rakendussätteid eraldi üleminekusättega, mis kohustab SKA-d, Tervisekassat ja Sotsiaalministeeriumi koostöös tagama praeguste teenusesaajate ja teenuseosutajate ülemineku. Enne 01.10.2027 jõustumist peavad olema sisuliselt valmis ja testitud vähemalt teenuseosutajate lepingud, puudespetsiifiliste meeskondade olemasolu, inimese teekond uude süsteemi, andmevahetus, digilahenduste ligipääsetavus ning seniste teenusesaajate üleminek. Kui need eeldused ei ole täidetud, tekib reaalne teenuse katkemise risk.

Lisaks tuleb koostada teenuseosutajate üleminekukava, mis kirjeldab, kuidas senised nägemispuude alased kompetentsikeskused saavad uues süsteemis jätkata.

Eelnõus oleme täpsustanud üleminekuperioodi, kus luuakse õiguslik alus, et 30.09.2027 seisuga sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse kehtivate suunamisotsustega inimestele luua automaatne saatekiri. Kavandatav üleminekusäte on vajalik, et tagada sujuv üleminek sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse (SRT) korralduselt uuele rehabilitatsiooniteenuse korraldusele tervishoius. 30. septembri 2027. aasta seisuga kehtivate suunamisotsustega isikute hulk on märkimisväärne ning ilma täiendava regulatsioonita peaksid need isikud lühikese ajavahemiku jooksul pöörduma perearsti, eriarsti või õe poole uue saatekirja saamiseks, mis põhjustaks olulise halduskoormuse kasvu ning teenuse kättesaadavuse viibimise riski.

Samuti on selgitatud teenuseosutajatele, millised on nõuded uue korralduse alusel Tervisekassa lepingupartneriks saamisel. Samuti on toimunud ja toimumisel mitmeid infotunde tänastele ja tulevastele teenuseosutajatele. Samuti käivad Sotsiaalministeerium ja Tervisekassa kõik Eesti piirkonnad läbi, et kohtuda haiglavõrgu haiglatega ning tänaste teenuseosutajatega. Pärast eelnõu kooskõlastusringi saame valmistada täiendavaid infomaterjale kui eelnõu sätted on täielikult paigas.

TTKS muudatus § 8 — rehabilitatsiooniteenuse kokkuvõtte peab olema inimesele ligipääsetav

Praegune tekst: tervise infosüsteemi andmekoosseisu lisatakse rehabilitatsiooniteenuse kokkuvõtte vastavalt RTHS § 13/7 lõikele 6.

Probleem: tervise infosüsteemi andmete liikumine ei taga automaatselt, et inimene saab talle olulise info ligipääsetavalt kätte. Nägemispuudega inimene peab saama kokkuvõtte ekraanilugeriga kasutatavas vormis ning vajadusel alternatiivses suhtluskanalis. Hiljuti nägemise kaotanud inimene ei pruugi veel kasutada Terviseportaali ega digiteavitusi.

Ettepanek: lisada rakendusakti dokumenteerimise nõuetesse ja seletuskirja, et rehabilitatsiooniteenuse kokkuvõtte ja heaoluplaani lisatud info tehakse inimesele kättesaadavaks ligipääsetavas vormis ja vajadusel muus kui digikanalis. Samuti tuleb kirjeldada andmevahetus terviseteejuhi ja rehabilitatsiooniteenuse osutaja vahel: millise info saab teenuseosutaja heaoluplaanist, millist lisainfot saab ta küsida, kes teeb teenuse käigus tegevuskava muudatusi ning kuidas välditakse olukorda, kus inimene peab iga teenuse täpsustuse või muudatuse jaoks uuesti kogu teekonda alustama.

“Rehabilitatsiooniteenuse kokkuvõtte esitatakse inimesele ja vajadusel tema esindajale ligipääsetavas vormis, arvestades inimese puudest, suhtlusviisist ja digioskustest tulenevaid vajadusi.”

Arvestatud. Täiendame seletuskirja selgitusega, et rehabilitatsiooniteenuse kokkuvõtte ja muu asjakohase teabe inimesele kättesaadavaks tegemisel tuleb arvestada inimese puudest, suhtlusviisist ja digivõimekusest tulenevaid vajadusi ning vajaduse korral kasutada ligipääsetavaid ja sobivaid teabe edastamise viise.

Rakendusakti § 2 punkt 1 — tegevuskava peab sisaldama ligipääsetavuse ja teenusele jõudmise vajadusi Praegune tekst: teenuse osutamise käigus tuleb koostada inimesega tema heaoluplaaniga kooskõlas olev tegevuskava, mis sisaldab eesmärgi, kaasatavate spetsialistide loetelu, teenuse mahtu ja osutamise perioodi. Probleem: rakendusakti § 5 lõige 2 punkt 8 käsitleb teenuse käigus selgunud abivahendivajaduse dokumenteerimist, seega abivahendite teema ei ole kavandist täielikult puudu. Küll aga ei nimeta § 2 tegevuskava juures ligipääsetavusvajadust, inimese suhtlusviisi, teenusele jõudmise või transpordivajadust ega inimese enda keskkonnas vajalikke kohandusi. Nägemispuudega inimese rehabilitatsioon sõltub neist sageli juba tegevuskava koostamise hetkel, mitte alles teenuse lõpus kokkuvõtet tehes. Ettepanek: täiendada § 2 punkti 1 nii, et tegevuskava hõlmaks lisaks eesmärgile, spetsialistidele, mahule ja perioodile ka inimese suhtlus- ja ligipääsetavusvajadusi, teenusele jõudmise korraldust ning vajadusel keskkonnakohandusi.	Selgitame. Eelnõuga ei peeta vajalikuks täiendada rakendusakti § 2 punkti 1 eraldi ligipääsetavus- või transpordivajaduste loeteluga. Rehabilitatsiooniteenuse osutamise üheks keskseks põhimõtteks on inimese olukorra hindamine biopsühhosotsiaalse mudeli alusel, mis hõlmab lisaks tervises seisundile ka inimese tegevus- ja osalusvõimet mõjutavaid keskkonnategureid. See tähendab, et rehabilitatsiooniprotsessis käsitletakse nii inimese funktsioneerimist toetavaid kui ka takistavaid asjaolusid, sealhulgas vajaduse korral suhtlusviisiga, füüsilise või digitaalse ligipääsetavusega, keskkonnakohandustega ja muude toimetulekut mõjutavate teguritega seotud küsimusi. Nende asjaolude arvestamine on rehabilitatsiooniteenuse sisuline osa ega sõltu üksnes tegevuskava vormilistest elementidest.
Rakendusakti § 2 — lisada puudespetsiifiliste lühisekkumiste võimalus Praegune tekst: teenuse osutamise tingimused lähtuvad terviklikust tegevuskavast ja meeskondlikust teenusest. Probleem: nägemispuudega inimesel võib olla vaja lühikest, kuid väga olulist sekkumist, näiteks marsruudiõpet, abivahendi kasutamise õpetust, punktikirja või ekraanilugeri kasutamise juhendamist. Kui kõik peab liikuma täismahus meeskondliku teenuse kaudu, suureneb bürokraatia ja teenuse saamise aeg. Ettepanek: lisada § 2 eraldi punkt, mis võimaldab heaoluplaaniga seotud puudespetsiifilisi lühisekkumisi. “Kui inimese rehabilitatsioonieesmärgi saavutamiseks või säilitamiseks on vaja piiratud mahu puudespetsiifilist lühisekkumist, võib teenuseosutaja osutada seda inimese heaoluplaani või varasema rehabilitatsioonitegevuskava alusel lihtsustatud korras, tagades vajaduse ja tulemuse dokumenteerimise.”	Selgitame. Eelnõu eesmärk on võimaldada inimese vajadustest lähtuvat ja terviklikku rehabilitatsiooniteenust, kuid see ei välista piiratud mahuga või kitsalt määratletud eesmärgiga sekkumiste osutamist olukorras, kus see on inimese vajadusest tulenevalt põhjendatud. Nägemispuudega inimeste puhul võivad sellised sekkumised olla näiteks liikumisoskuste täiendamine, abivahendi kasutamise õpetus või muu konkreetse oskusega seotud tugi. Samas on oluline, et ka selliste piiratud mahuga sekkumiste puhul oleks tagatud inimese vajaduste terviklik hindamine ning võimalus kaasata vajaduse korral täiendavaid spetsialiste. Rehabilitatsiooniteenus ei peaks taanduma üksikutele eraldiseisvatele tegevustele ilma inimese üldist rehabilitatsioonivajadust arvesse võtmata. Oluline on, et rehabilitatsiooniteenuse korraldus võimaldaks paindlikult reageerida ka sellistele vajadustele, mille lahendamiseks ei ole alati vajalik ulatuslik või pikaajaline rehabilitatsiooniprotsess.

Rakendusakti § 3 lõige 3 punkt 2 — nägemispuude meeskond on liiga kitsas

Praegune tekst: nägemispuude alase rehabilitatsiooni meeskonda kuuluvad tegevusterapeut, eripedagoog ja kogemusnõustaja.

Probleem: koosseis ei sisalda sotsiaaltöötajat, psühholoogi või psühhosotsiaalse toe pädevust ega eraldi nõuet orienteerumis- ja liikumisõppe ning ligipääsetava tehnoloogia pädevuse kohta.

Nägemispuudega inimese toimetulek sõltub sageli sotsiaalteenuste, abivahendite, transpordi, õppimise, töö, digioskuste ja kogukonnatoe seostamisest.

Ettepanek: muuta § 3 lõike 3 punkti 2.

“2) nägemispuude alase rehabilitatsiooni meeskonda kuuluvad tegevusterapeut, eripedagoog, sotsiaaltöötaja või juhtumikorraldusliku pädevusega spetsialist, kogemusnõustaja ning vajadusel psühholoog. teenuseosutaja peab tagama orienteerumis- ja liikumisõppe, ligipääsetava tehnoloogia kasutamise, punktkirja või alternatiivsete lugemisviiside ning igapäevaeluoskuste õpetamise pädevuse.”

Selgitame. Märgime, et rakendusakti kavandi uuemas sõnastuses ei ole rehabilitatsiooniliikide kaupa enam rehabilitatsioonimeeskondade koosseise detailselt reguleeritud. Teadlikult on loobutud lähenemisest, kus iga sihtrühma või rehabilitatsioonivaldkonna jaoks määratakse ette kindel spetsialistide loetelu.

Lähenemise eesmärk on võimaldada kujundada rehabilitatsioonimeeskond paindlikult vastavalt inimese vajadustele, funktsioneerimisvõime piirangutele ja inimese eesmärkidele.

Oluline on, et teenuseosutajal oleks võimalik kaasata inimese vajadustest lähtudes erineva pädevusega spetsialiste, sealhulgas vajaduse korral sotsiaaltöötajaid, psühholooge, kogemusnõustajaid või puudespetsiifilise kompetentsiga spetsialiste.

Rakendusakti § 5 lõige 2 — dokumenteerida tuleb ka ligipääsetavus ja suhtlusvajadus Praegune tekst: dokumenteeritakse muu hulgas rehabilitatsiooniteenuse eesmärk, tegevuskava, teenuseosutaja, kaasatud spetsialistid, osutatud teenuste sisu, maht, eesmärk ja tulemused, ajakava, saavutatud tulemus inimese elu ja toimetuleku kontekstis ning soovitus edaspidiseks, sealhulgas jätkuteenused ja abivahendite vajadus. Probleem: see säte lahendab juba mitu olulist dokumenteerimisküsimust, sealhulgas abivahendivajaduse ja jätkuteenused. Täiendamist vajab aga ligipääsetavuse vaade: inimese suhtlusviis, ligipääsetava info vajadus, teenusele jõudmise või transpordiga seotud vajadus, keskkonnakohandused ja kokkulepitud vastutajad ei ole piisavalt selgelt esile toodud. Nägemispuudega inimese puhul võivad need olla teenuse õnnestumise eeldused. Ettepanek: täiendada dokumenteerimise nõudeid nii, et lisaks juba nimetatud tegevuskavale, tulemustele, jätkuteenustele ja abivahenditele kajastatakse ka inimese suhtlus- ja ligipääsetavusvajadused, teenusele jõudmisega seotud vajadused ning kokkulepitud vastutajad ja tähtajad.	Selgitame. Eelnõuga ei peeta vajalikuks täiendada § 5 lõiget 2 eraldi ligipääsetavus-, suhtlus- või transpordivajaduste kohustusliku loeteluga. Rehabilitatsiooniteenuse dokumenteerimise eesmärk on kirjeldada inimese rehabilitatsioonivajadust, eesmärke, osutatud teenuseid, tulemusi ning edasisi soovitusi terviklikult inimese funktsioneerimise ja toimetuleku kontekstis. Rehabilitatsiooniteenus lähtub biopsühhosotsiaalsest käsitlusest, mille kohaselt hinnatakse ja dokumenteeritakse ka inimese funktsioneerimist mõjutavaid keskkonnategureid, sealhulgas vajaduse korral ligipääsetavuse, suhtlusviisi, keskkonnakohanduste või muude toetavate ja takistavate teguritega seotud asjaolusid. Seetõttu ei ole vajalik iga võimalikku vajadust õigusaktis eraldi välja tuua. Teenuseosutaja dokumenteerimiskohustus peab võimaldama kajastada kõiki inimese rehabilitatsiooniprotsessi seisukohalt olulisi asjaolusid, sealhulgas ligipääsetavusega seotud vajadusi juhul, kui need on inimese eesmärkide saavutamise või teenuse korraldamise seisukohalt olulised. Dokumenteerimise täpsemad praktikad kujunevad käsitlusjuhendite ja töökorralduslike lahenduste kaudu.
Rakendusakti § 5 lõige 5 — kokkuvõtte tuleb edastada ka inimesele ligipääsetavas vormis Praegune tekst: teenuseosutaja edastab rehabilitatsiooniteenuse kokkuvõtte heaoluplaani tegevuskavasse pärast teenuse lõppemist. Probleem: kokkuvõtte edastamine heaoluplaani ei tähenda, et inimene selle tegelikult kätte saab, sellest aru saab või saab seda kasutada. Nägemispuudega inimese puhul peab kokkuvõtte olema ekraanilugeriga kasutatav ning vajadusel kättesaadav e-posti, telefoni või muu sobiva kanali kaudu. Ettepanek: täiendada § 5 lõiget 5. “Rehabilitatsiooniteenuse kokkuvõtte edastatakse heaoluplaani tegevuskavasse ning tehakse inimesele ja tema nõusolekul esindajale kättesaadavaks ligipääsetavas vormis ja inimesele sobivas suhtluskanalis.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga, heaoluplaani koostamisega ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordinatsiooni teenus.

Seletuskiri punktides, mis käsitlevad teenuseosutajaid ja tegevuslubasid Seletuskirja tuleb täiendada nägemispuude ja teiste harvaesinevamate puudespetsiifiliste teenuste vaatega. Praegu eeldab seletuskiri, et tervishoiuteenuse osutamise tegevusloa raamistik sobib uue teenuse korraldamiseks. Nägemispuude rehabilitatsiooni puhul ei ole probleem ainult tegevusloa olemasolu, vaid see, et senine kompetents on kujunenud keskustes ja organisatsioonides, mille põhitegevus ei ole tervishoiuteenuse osutamine. Palume seletuskirja lisada selgitus, et puudespetsiifiliste rehabilitatsiooniteenuste puhul on eesmärk säilitada olemasolev kompetents ning luua lepingumudel, mis võimaldab keskustel ja organisatsioonidel osaleda teenuseosutamises ilma ebaproportsionaalse tervishoiuteenuse tegevusloa nõudeta nende teenuseosade puhul, mis ei ole meditsiinilised. Samal ajal peab reform looma realistliku kvaliteedi- ja arendustee senistele teenuseosutajatele: eesmärk ei ole vana süsteemi muutmata kujul säilitada, vaid vältida olukorda, kus olemasolev puudespetsiifiline kompetents kaob enne, kui uus süsteem suudab selle asendada.	Selgitame. Nõustume, et puudespetsiifiliste rehabilitatsiooni-teenuste, sealhulgas nägemispuudega inimeste rehabilitatsiooni puhul on oluline säilitada ja edasi arendada aastate jooksul kujunenud eriteadmist ja praktilist kogemust. Samas ei peeta vajalikuks täiendada seletuskirja viisil, mis looks erandid tervishoiuteenuse osutajatele kehtestatud üldistest nõuetest või näeks ette eraldi teenuseosutajate kategooriad üksikute sihtrühmade jaoks. Eelnõu eesmärk ei ole olemasoleva puudespetsiifilise kompetentsi kadumine, vaid selle sidumine uue rehabilitatsiooniteenuse korraldusega. Teenuseosutamise täpsemad koostöömudelid, partnerite kaasamine ja kompetentsi kasutamise viisid kujundatakse rakendamise käigus. See võimaldab arvestada ka nende organisatsioonide teadmiste ja kogemustega, kelle põhitegevus ei ole tervishoiuteenuse osutamine.
Seletuskiri punktid 101–102 — automaatse ülemineku puudumine Seletuskirjas öeldakse, et varasema korra järgi teenust saanud isikuid ei viida automaatselt üle uuele teenusele. See on üks eelnõu olulisemaid riske. EPL palub seletuskirja täiendada konkreetse üleminekumehhanismiga, mitte üksnes üldise märkamisloogika kirjeldusega. Seletuskirjas tuleb selgitada, kuidas teavitatakse seniseid SRT kliente, kuidas nad saavad uues süsteemis hindamise alatatada, kuidas kasutatakse nende seniseid rehabilitatsiooniplaane või teenuse kokkuvõtteid inimese nõusolekul ning kuidas välditakse teenuse katkemist.	Selgitame. Eelnõus oleme täpsustanud üleminekuperioodi, kus luuakse õiguslik alus, et 30.09.2027 seisuga sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse kehtivate suunamisotsustega inimestele luua automaatne saatekirj. Kavandatud üleminekusäte on vajalik, et tagada sujuv üleminek sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse (SRT) korralduselt uuele rehabilitatsiooniteenuse korraldusele tervishoius. 30. septembri 2027. aasta seisuga kehtivate suunamisotsustega isikute hulk on märkimisväärne ning ilma täiendava regulatsioonita peaksid need isikud lühikese ajavahemiku jooksul pöörduma perearsti, eriarsti või õe poole uue saatekirja saamiseks, mis põhjustaks olulise halduskoormuse kasvu ning teenuse kättesaadavuse viibimise riski.

Seletuskiri punkt 276 ja seotud mõjuhinnaang — transpordi- ja majutuskulud Seletuskiri tunnistab, et planeeritud muudatuste tulemusena ei hüvitata enam teenuse saajatele transpordi- ega majutuskulusid samamoodi nagu senises SRT süsteemis. Nägemispuude alase teenuse puhul ei pruugi pädev teenus olla kättesaadav inimese kodukoha järgses omavalitsuses. Seetõttu tuleb seletuskirja lisada täpsem lahendus, mitte jätta küsimust KOV-ide ebaühtlase võimekuse kanda ega suunata inimest sisuliselt kasutama ainult kohalikke teenuseid, kui kohalikul tasandil puudub vastav puudespetsiifiline kompetents. EPL teeb ettepaneku säilitada riiklik transpordi- ja vajadusel majutuskulu hüvitamise mehhanism nende rehabilitatsiooniteenuste puhul, mille puudespetsiifiline osutaja asub väljaspool inimese elukohajärgset maakonda või kuhu jõudmine on inimese puude tõttu ilma toeta ebamõistlikult raske.	Selgitame. Tervishoiuteenuste korralduses ei ole üldreeglina ette nähtud teenuse saamiseks tehtavate sõidu- ega majutuskulude hüvitamist ning eelnõuga ei kavandata rehabilitatsiooniteenusele selles osas erandlikku regulatsiooni. Samas on põhjendatud tähelepanu juhtimine asjaolule, et teatud puudespetsiifiline kompetents, sealhulgas nägemispuudega inimeste rehabilitatsioonialane pädevus, on Eestis koondunud piiratud hulga teenuseosutajate juurde. Seetõttu on oluline, et teenusevõrgu ja lepingumudelite kujundamisel arvestataks teenuse tegelikku kättesaadavust ning võimalusel toetataks paindlikke teenuse osutamise viise, sealhulgas teenuse osutamist inimese elukohale lähemal või kaugteenusena, kui see on asjakohane. Transpordi- ja majutuskulude hüvitamise küsimus ei ole käesolevas eelnõus eraldi reguleeritud ning selle lahendamine eeldaks laiemat poliitikavalikut, mis ulatub rehabilitatsiooniteenuse korraldusest kaugemale.
Seletuskiri punktid 331–332 — spetsialistide töövahendite ligipääsetavus Seletuskiri käsitleb infosüsteeme ja TIS-i ligipääsu, kuid ei käsitle spetsialistide töövahendite digiligipääsetavust. Pimedad ja vaegnägijad inimesed võivad olla rehabilitatsioonis kogemusnõustajad, sotsiaaltöötajad, organisatsioonide töötajad või muud spetsialistid. Kui töövahendid ei ole ekraanilugeriga kasutatavad, ei võimalda uus süsteem neil tööd teha. EPL teeb ettepaneku lisada seletuskirja ja rakendusakti põhimõtte, et kõik rehabilitatsiooniteenuse dokumenteerimise, heaoluplaani, teavitamise ja koostöö digilahendused peavad olema ligipääsetavad nii teenusesaajale kui ka spetsialistile.	Selgitame. Nõustume põhimõttega, et rehabilitatsiooniteenuse osutamisel kasutatavad digilahendused peavad olema ligipääsetavad ning vastama üldistele ligipääsetavuse nõuetele. See põhimõte kehtib nii teenusesaajate kui ka teenuse osutamises osalevate spetsialistide suhtes. Samas ei peeta vajalikuks sätestada eelnõus või rakendusaktis eraldi nõuet iga võimaliku kasutajagrupi või erivajaduse kohta. Kehtiv õigusruum juba keelab erivajadusest tuleneva diskrimineerimise ning tööandjal on kohustus mõistlike kohanduste kaudu luua töötajale sobiv töökeskkond. Vajadusel on võimalik kasutada ka töökoha kohandamise meetmeid ja toetavaid lahendusi, et tagada erivajadusega spetsialistide võrdne osalemine tööelus. Seetõttu ei ole eesmärk piirata pimedate või vaegnägijate inimeste võimalusi töötada rehabilitatsioonivaldkonnas, vaid tagada, et töökorraldus, töövahendid ja töökeskkond oleksid vajaduse korral asjakohaselt kohandatud. Digilahenduste arendamisel tuleb järgida ligipääsetavuse põhimõtteid, kuid täiendava eriregulatsiooni kehtestamine käesolevas eelnõus ei ole vajalik.
EPL toetab rehabilitatsioonisüsteemi korrastamise eesmärki, kuid praegune eelnõu vajab enne edasist menetlemist sisulisi täiendusi. Kõige olulisem on tagada, et reform ei katkestaks nägemispuudega	Täname tagasiside eest ning nõustume, et reformi edukus sõltub suurel määral sellest, kui hästi on enne rakendumist läbi mõeldud üleminekukorraldus, teenuseosutajate valmisolek, IT-lahendused ja inimeste teekond uues süsteemis.

inimeste ligipääsu senisele puudespetsiifilisele rehabilitatsioonile ega muudaks seda ebakindlaks haiglate või tervishoiuteenuse osutajate kõrvalteenuseks. Rakendamise eelduseks peab olema, et teenuseosutajate võimekus, lepingud, IT-lahendused, ligipääsetavus ja üleminekuteekonnad on enne jõustumist päriselt testitud, mitte ainult üldisel tasandil kavandatud.

Eelnõu väljatöötamise ja menetluse käigus on nende küsimustega aktiivselt edasi tegeletud. Muudatuste ettevalmistamisel on toimunud ulatuslik koostöö teenuseosutajate, haiglavõrgu arengukava haiglate, Tervisekassa ning teiste partneritega. Selle töö käigus on detailselt kaardistatud peamised rakendusriskid, sealhulgas teenuseosutajate valmisolek, andmevahetusega seotud küsimused, teenusele jõudmise teekonnad, piirkondliku kättesaadavuse väljakutsed ning puudespetsiifilise kompetentsi säilitamisega seotud vajadused.

Paralleelselt õigusloomega on jätkunud ka vajalike IT-lahenduste ja tööprotsesside arendamine, et tagada võimalikult sujuv üleminek uuele korraldusele. Reformi rakendumiseni jääva aja jooksul on võimalik jätkata kaardistatud kitsaskohtade lahendamist ning vajaduse korral rakenduslahenduste täpsustamist koostöös asjaomaste osapooltega.

Eelnõu eesmärk ei ole vähendada nägemispuudega inimeste ligipääsu rehabilitatsioonile ega muuta puudespetsiifilist rehabilitatsiooni kõrvaltegevuseks, vaid luua terviklikum ja paremini koordineeritud süsteem. Peame oluliseks, et rakendamise ettevalmistamisel jätkuks aktiivne koostöö puudega inimeste organisatsioonide ja teiste valdkonna ekspertidega, et tagada teenuse kvaliteet, järjepidevus ja tegelik kättesaadavus ka pärast muudatuste jõustumist.

Eesti Perearstide Selts

Eesti Perearstide Seltsi kindel seisukoht on, et antud reformi on planeeritud liialt kiiresti, osapooli adekvaatselt kaasamata. Eelnõu jõustumisel jäävad patsiendid reaalse vajaliku abita ning peremeditsiinile langeb ebamõistlik koormus. Oleme seisukohal, et rehabilitatsiooniteenuseks vajalikke hindamisi ja dokumentatsiooni ettevalmistust ei saa panna perearsti ülesandeks.

Perearstiabi süsteem on juba täna tugevalt üle koormatud ning töötab võimekuse piiril, kusjuures järgnevatel aastatel on ette näha perearstide arvu märgatavate vähenemist ning olukorda, kus perearstiabi kättesaadavus mitmetes piirkondades satub ohtu. Eelnõus on täielikult jäetud arvesse võtmata asjaolu, et süsteemne terviseseisundi hindamine ja kommunikatsioon, mida seni on teostanud puude määramise või töövõime hindamisega tegelenud tervishoiutöötajad/spetsialistid, on terviseplaani koostamise kaudu muutumas perearstide ülesandeks.

Tervisejuht tegeleb küll sotsiaal- ja tervishoiusüsteemis oleva informatsiooni kokkukoondamise ning koordineerimisega, kuid ei tundu tõenäoline, et ta tal tekiks seisundite sisulise hindamise võimekus. Kui Eesti Perearstide Selts aastaid tagasi esitas Tervisekassale terviseteejuhi rahastamiseks TTL-i taotluse, siis oli meie eesmärgiks perearstide tänase töökoormuse vähendamine, mitte koos lisainimesega töö ja lisavaldkonna ülesannete juurdevõtmine.

Selgitame. Rehabilitatsioonisüsteemi muudatuse ühe vajaliku lahendusena näeme vajadust selgelt piiritleda rollid, kus perearstil on märkaja ja suunaja roll ning võimalus koheselt sobiva abi ehk rehabilitatsiooniteenusteni suunata ning rehabilitatsioonimeeskonna spetsialistidele jääb põhjalikum hindaja roll. Täiendavalt plaan lihtsustada ja digitaliseerida suunamisprotsessi, kasutada RFK-d järk-järgult ning rakendada reformi etapiviisiliselt, sidudes uued ülesanded reaalse ressursi ja võimekusega.

Reformi fookus on valdkondade koostöö parandamisel, mitte perearsti rolli laiendamisel.

Rehabilitatsiooniteenusele suunamise eelduseks ei ole perearsti poolt tervise- või raviplaani koostamine.

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

Selgitame. Sotsiaalministeerium koostöös Tervisekassaga plaanib 2026. aasta suvel kohtuda kõigi piirkondlike haiglate ja teenuseosutajatega, et kaardistada piirkondlikud eripärad ning leida lahendused, kuidas arvestada nendega süsteemi ümberkorraldustes. Selline lähenemine on oluline, et tagada muudatuste rakendatavus tegelikes teenuseosutamise tingimustes ning vältida ühtset, kuid piirkondlikke vajadusi mitteamestavat lahendust.

Oluline on rõhutada, et tänane rehabilitatsioonisüsteemi spetsialistide nappus ei tulene üksnes tööjõupuudusest, vaid on suurel määral seotud teenuste alarahastuse ning süsteemi killustatusega. Praegu osutatakse sarnase sisuga teenuseid paralleelselt nii tervishoiu- kui sotsiaalvaldkonnas, sageli ilma piisava koordineerimiseta. See toob kaasa ressursside ebaefektiivse kasutamise, dubleerimise ning olukorra, kus inimese vajadused ei ole terviklikult kaetud.

Probleemi leevendamiseks on vajalik tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna parem sidustamine, sh:

- ühtsetel alustel toimiv vajaduse hindamine,
- integreeritud teenuste planeerimine ja osutamine,
- dubleerivate teenuste vähendamine ja ressursside suunamine sisulist mõju loovatesse sekkumistesse.

Pelgalt seadusega haiglale lisaülesande panemine ei tekita võimekust osutada senisest laiemale sihtrühmale teenuseid - heaks näiteks on siinkohal PERH ja lastepsühhiaatria - nende vabandus teenust mitte osutada on spetsialistide puudus ja meie hinnangul saab sama vabandus olema ka teistel haiglatel, kes lihtsalt ei suuda leida rehabilitatsioonimeeskonna jaoks kõigi vajalikke spetsialiste. Juba täna pole perearsti saatekirjaga võimalik saada logopeedile kahes maakonnas - Hiiumaa, Läänemaa - ning teistes maakondades on väga kehvasti terviseseisundist tuleneva logopeedilise abi kättesaadavusega - ooteajad ebamõistlikult pikad või üldse puudulik teenus nt teise emakeelega patsientide jaoks. Psühholoogia erialaga on veel nutusem olukord - 3 maakonnas puudub Tervisekassal lepingupartner - Hiiumaa, Järvamaa ja Valgamaa - kuigi neis kõigis on HVA haigla olemas - ometi ei suuda nad juba täna pakkuda teenust perearsti patsientidele. Seletuskirjas toodi samuti välja, et tänased rehabilitatsiooniteenuse pakkujad on eelkõige koondunud Tallinn, Tartu, Harjumaa, ning meil puudub igasugune usk, et antud reform kuidagimoodi reaalselt parandaks inimeste vaates teenuste kättesaadavust, kui juba täna teatud haiglatel spetsialistid puuduvad, et perearsti patsiente aidata.

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

Selgitame. Eelnõus on kirjeldatud, et rehabilitatsiooniteenuse osutamise kohustus ei ole ainult haiglates, vaid võimalik on ka teised teenuseosutamise vormid, mis võimaldabki rehabilitatsiooniteenuste paindlikumat osutamist.

Samuti ei ole kohustus tervishoiuasutusel kohustus tagada kõigi kümne spetsialisti olemasolu, mis on tänase sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse puhul sotsiaalhoolekande seaduses sätestatud nõue. Uus korraldus võimaldab luua paindlikku meeskonnamudelit, kus teenuse osutamiseks ei ole nõutav kõigi spetsialistide paiknemine ühes asutuses, vaid lubatud teha võrgustikutööd, osta teenuseks vajalikke komponente teistelt teenuseosutajatelt.

Samuti on plaan TTL-is reguleerida rehabilitatsiooniteenused kaugnõustamiste - ja koduteenuse osutamine.

Teiseks ilmselgeks probleemkohaks on rahastus.

Rehabilitatsiooniteenused on kavas liigutada tervishoiusüsteemi, kus sama teenus maksab sõna otses mõttes kordades rohkem. Kui senine teenuse eelarve jääb suures plaanis samaks (planeeritav suurenemine on minimaalne), siis tähendab teenuse hinna mitmekordistumine, et sama raha eest on võimalik osutada kordades vähem teenust. Lisaks toimub terviseteejuhtide rahastamine Euroopa Liidu vahenditest üksnes lühiajaliselt - pärast selle perioodi lõppu tuleb ka nende tegevust rahastada Tervisekassa põhieelarvest, kus juba täna on tohutu puudujääk ning rakendatakse kärpimisplaane. Samal ajal vähenevad oluliselt teenuse saamisega seotud piirangud - kaovad ära kolme teenuse vajaduse nõue ning puude või osalise/puuduva töövõime tingimus, lisandub aktiivne märkamine. Sellega seoses planeeritav kõigest 5-20%-line mahu suurenemine tundub täiesti ebarealistlik ning ei nähtu, milliste andmete pinnalt see prognoos on tehtud. Välja ei ole toodud ka tegevusplaani olukorra puhuks, kui peaks selguma, et lisanduvate teenuse vajajate hulk on kavandatust oluliselt suurem. Eelnõus viidatakse dubleerivate või ebavajalike teenuste äralangemisest tulenevale kokkuhoiule, kuid on raske uskuda, et see vähenemine kaaluks üles lisanduva sihtrühma vajaduse ning mitmekordse hinnatõusu. Lisaks ei pruugi dulbeerimise osas tegelik kokkuhoid olla nii suur, kui esmapilgul paistab, sest sarnase nimetusega teenustel on tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemis kohati erinev suunitlus - kui ühed on suunatud ravile, siis teised iseseisva toimetuleku parandamisele. Seega on need teenused paljuski teineteist toetavad, mitte dubleerivad. Näeme, et reform jääb selgelt poolikuks, kuna jätkuvalt jäävad eraldiseisvateks tööalane rehabilitatsioon ja haridussüsteemi kaudu saadavad teenused. Ebaselge on, mil määral ja kuidas integreeritakse taastusraviga seotud integratsioon. Perearstide seisukohast oleks loomulikult suurepärane, kui rohkem abivajajaid teenust saaks ning probleemidega asutaks

Selgitame.

Eesmärk on vähendada teenuse saamise korduvust ning suunamisotsuse pikkus ei sõltu enam konkreetsest perioodist, vaid abivajadusest. See vabastab spetsialistide ressursi. Kui terviseteejuhtide võrgustik rakendub, siis on võimalik olla inimesele ja meeskondadele toeks.

varem tegelema, kuid kavandatava süsteemi valguses tundub tõenäoline, et tegelikkuses järjekorrad pikenevad - kusjuures tõenäoliselt ka seni tervishoiusüsteemi kaudu toimunud psühholoogi, logopeedi ja füsioterapeutide juurde saamisele. Näeme, et kui uue süsteemiga hakkab olema oluline märkamine, sh võimalikult varajane märkamine, siis meie hinnangul on märkamisega sama oluline või olulisemgi, et neid inimesi, keda on märgatud oleks reaalselt võimalik ka teenustele suunata. Praegu kavandatav eelarve seda meie hinnangul ei võimalda. Inimese abivajadus saab küll märgatud, aga reaalselt abi talle riigi poolt pakkuda pole.	
Kolmas oluline probleem on teenusele pääsemisel tekkiv pudelikael ning teenuse saamisega seotud tähtaegade puudumine. Vastavalt seletuskirjale ei viida varasema korra järgi teenust saanud isikuid automaatselt üle uuele teenusele ning edaspidi pakutakse teenust üksnes vajaduspõhiselt ja aluseks on sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna spetsialistide poolne märkamine. Praktikas tähendab see, et teenusele pääsemiseks on vaja kõigepealt tervishoiutöötaja poolt märkamislehe täitmist, terviseteejuhiga koostöös heaoluplaani koostamist, selles sisendiks oleva terviseplaani koostamist tervishoiutöötaja poolt, vajadusel sotsiaaltöötaja sisendit, ning võimalik, et ka tugimeeskonna moodustamist. Eelnõust ei nähtu üleminekuperioodi, mis tähendab, et kõik teenust vajavad inimesed - st nii praegused teenuskasutajad kui uued pöördujad ning märgatavad isikud - pöörduvad korraga terviseteejuhtide poole, et teenusele saada. Terviseteejuhte aga planeeritud selleks ajaks koolitada kõigest 50, kuigi SoM toob ise välja, et vajadus oleks 67 ning nende koolitus peaks lõppema kõigest üks kuu enne pöördumistelaviini.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordineerimise teenus. Eelnõus oleme täpsustanud üleminekuperioodi, kus luuakse õiguslik alus, et 30.09.2027 seisuga sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse kehtivate suunamisotsustega inimestele luua automaatne saatekiri. Kavandatav üleminekusäte on vajalik, et tagada sujuv üleminek sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse (SRT) korralduselt uuele rehabilitatsiooniteenuse korraldusele tervishoius. 30. septembri 2027. aasta seisuga kehtivate suunamisotsustega isikute hulk on märkimisväärne ning ilma täiendava regulatsioonita peaksid need isikud lühikese ajavahemiku jooksul pöörduma perearsti, eriarsti või õe poole uue saatekirja saamiseks, mis põhjustaks olulise halduskoormuse kasvu ning teenuse kättesaadavuse viibimise riski. Samuti peame oluliseks, et kommunikatsiooni raskuskese ei oleks perearstide kanda, vaid uue rehabilitatsiooniteenuse toetavad kommunikatsioonitegevused on SKA, Tervisekassa, SoM,

Ka IT-lahenduste esimese etapi valmimistähtajaks on planeeritud 2027. aasta september ning senise kogemuse pinnalt puudub kindlus nende tähtaegse valmimise ning adekvaatse kasutatavuse osas. Samuti selgub seletuskirjast, et alles hakatakse raha taotlema IT arenduste jaoks - ehk täna puudub igasugune kindlus, et IT arenduse jaoks realselt raha leitakse ja et need õigeaegselt ära tehakse. Puudub tegevusplaan olukorra puhuks, kui IT-arendused õigeks ajaks ei valmi. Meie vaates ei ole antud reform ilma toimivate IT-lahendusteta võimalik. Seega tekib olukord, kus alates 01.10.2027 on päevapealt uus korraldus, uued spetsialistid, uued infotehnoloogilised lahendused - ning samaaegne hindamisvajadus kogu teenuse sihtrühmal.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordineerimise teenus. Selleks, et IT-lahendused oleksid 2027. aasta septembris rakendatavad, peab kasutama tervishoius sarnastel loogikatel olemasolevaid võimalusi, mis täidavad teenusele suunamise ja korraldamise eesmärgi: saatekiri, tegevuskava, ja epikriis. Teenuseosutajatel on võimalik kasutada enda infosüsteemi ning täiendavaid infotehnoloogilisi lahendusi rakendama ei pea.
Tänases süsteemis on toodud välja teenusele pääsemise protsessi etappide konkreetsete tähtajad, sh aeg, mille jooksul inimene peab teenusele pääsema. Kavandatavas süsteemis seevastu on vaid üks tähtaeg - see on aeg märkamislehe täitmisest terviseteejuhi kontaktini. Puudub aga igasugune info, kui kiiresti peaks inimene saama terviseteejuhi juurest edasi suunatud rehabilitatsiooni meeskonna juurde või kas ja kui kiiresti saab inimene negatiivse otsuse terviseteejuhilt. Veelgi olulisem - pole üldse aru saada, kui kiiresti pääseb rehabilitatsiooni teenustele ja kas hakkab kehtima põhimõte “kes ees see mees” või tekib vajaduspõhisusest tulenev järjekord ning kas luuakse lahendused kiireloomulist abi vajavate inimeste jaoks. Teenuse kättesaadavusega seotud probleemide valguses oleks meie hinnangul asjakohane hinnata eelnõu põhiseaduslikkust ka riskistsenaariumi rakendamise korral. Praeguses põhiseaduslikkuse analüüsis on lihtsalt märgitud, et teenuse kättesaadavuse parandamise eesmärk vastab tervisepõhiõiguse sisule, kuid ei nähtu, et oleks analüüsitud riivete ulatust olukordades, kus reaalne kättesaadavus halveneb või teenus katkeb.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordineerimise teenus. RFK süsteemse rakendamise eelduseks on nii ühtseid meetoodilisi kokkuleppeid, kasutajate ettevalmistamist kui ka vastavaid IT-lahendusi. Praegu on pooleli rehabilitatsiooniteenuse uue korralduse rakendamiseks vajalike tööprotsesside, andmekoosseisude ja infosüsteemide lõplik kujundamine. Enne RFK-põhise dokumenteerimise laiemat kasutuselevõttu on vajalik kokku leppida, milliseid koode, määrajaid ja andmeelemente kasutatakse ning kuidas need seotakse rehabilitatsiooniteenuse dokumenteerimise ja tulemuslikkuse hindamise protsessidega. Peame RFK kasutamist perspektiivis vajalikuks ning kavandame selle rakendamise võimalusi pärast seda, kui rehabilitatsiooniteenuse korraldusega seotud IT-lahendused ja andmevahetuse põhimõtted on lõplikult kokku lepitud ja rakendatud. RFK laiem kasutuselevõtt on asjakohane siduda rehabilitatsiooniteenuse tulemuslikkuse hindamise järgmise arendusetapiga.

Täiendava probleemina on meie arvates on hindamata ja arvesse võtmata, milline on reaalne täiendav ajakulu perearstile ja tema meeskonnale. Seletuskirja kohaselt nähakse ainsa perearstidele juurde tuleva lisaülesandena digitaalse märkamislehe täitmist, samas ootab terviseteejuht perearstilt terviseplaani, osalemist tugimeeskonna töös. Eelnõus ei selgu ka see, kes ja mis etapis peab hindama inimest lähtuvalt RFK-st. Enamikul perearstidel puudub igasugune oskus, teadmine RFK-st - meie käsitus põhineb RHK-10-1. Lisaks näeme selgelt, et eelnõus planeeritav lahendus toob kaasa perearstidele kaasa kogu rehabilitatsiooni süsteemiga seotud negatiivse kommunikatsiooni patsientidele ja nende lähedastele - sh igapäevased küsimused: kuhu ma pöördun; miks minuga veel ühendust pole võetud; miks otsus venib; miks teenusele ei saa - st kogu patsientide pahameele.

Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordineerimise teenus.

RFK süsteemse rakendamise eelduseks on nii ühtseid metoodilisi kokkuleppeid, kasutajate ettevalmistamist kui ka vastavaid IT-lahendusi. Praegu on pooleli rehabilitatsiooniteenuse uue korralduse rakendamiseks vajalike tööprotsesside, andmekoosseisude ja infosüsteemide lõplik kujundamine. Enne RFK-põhise dokumenteerimise laiemat kasutuselevõttu on vajalik kokku leppida, milliseid koode, määrajaid ja andmeelemente kasutatakse ning kuidas need seotakse rehabilitatsiooniteenuse dokumenteerimise ja tulemuslikkuse hindamise protsessidega.

Peame RFK kasutamist perspektiivis vajalikuks ning kavandame selle rakendamise võimalusi pärast seda, kui rehabilitatsiooniteenuse korraldusega seotud IT-lahendused ja andmevahetuse põhimõtted on lõplikult kokku lepitud ja rakendatud. RFK laiem kasutuselevõtt on asjakohane siduda rehabilitatsiooniteenuse tulemuslikkuse hindamise järgmise arendusetapiga.

Samuti peame oluliseks, et kommunikatsiooni raskuskese ei oleks perearstide kanda, vaid uue rehabilitatsiooniteenuse toetavad kommunikatsioonitegevused on SKA, Tervisekassa, SoM vahel kokku lepitud.

Terviseplaani koostamiseks puuduvad nii tööprotsessid kui infotehnoloogilised lahendused; tegemist ei ole dokumendiga, mis oleks infosüsteemides üldjoontes olemas või suhteliselt lihtsa vaevaga koostatav. Näiteks Maailmapanga riskipatsientide ravijuhtimise pilootprojekti raames koostatavad terviseplaanid ei ole meie hinnangul valdkonnaülese koordinatsiooni ja rehabilitatsiooni raames otse rakendatavad, sest need käsitlevad eelkõige kroonilisi haigusi ning Maailmapanga riskipatsientide ravijuhtimise projekti loogika oli, et liiga keerulised/kompleksset käsitlust vajavad patsiendid jäetakse välja. Samuti on Eesti Perearstide Seltsi tagasiside raviplaani olnud läbi aegade, et seda raviplaani peavad saama täita ka teised eriarstid, spetsialistid ning patsient ise. Lisaks on Maailmapanga riskipatsientide raviplaani koostamise, jälgimise näol tegemist vabatahtliku, ajamahuka ning eraldi rahastatava lisaülesandega, milles kõik perearstid ei osale.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud tervise- või raviplaani koostamise või plaani olemasoluga.
Aina süveneva perearstide puuduse ning pidevalt lisanduvate kohustuste valguses ei ole mõeldav perearstide töömahu arvestatav suurendamine ning tuleb otsida lahendusi lisakoormuse minimeerimiseks. Leiame, et perearsti poolne sisend võiks lisaks märkamislehele hõlmata näiteks teatavaid lisavalikuid, mitte aga mahukaid lisahindamisi, korduv- ja ümberhindamisi ning lisadokumentatsiooni koostamist ja nõ patsiendi juhtumiaruteludel osalemist. Samuti näeme, et esmane märkamislehe täitja peaks olema inimene ise või tema eestkostja - sarnaselt täna kehtivale süsteemile, kus inimene teeb enda või tema eestkostetava kohta puude saamise taotluse. Erinevalt puude taotlemise mahukast dokumentatsioonist on märkamisleht lihtsamini struktureeritud ja arusaadavam ning ka terviseteejuhi poolt hõlpsamini kontrollitav. Meie jaoks on mõeldamatu eelnõus toodud süsteemiga kaasnevate täiendavate ülesannete lisandumine.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud märkamislehe täitmisega. Rehabilitatsiooniteenus on üks võimalustest, mille abil saab perearst suunata oma patsiendi täiendava abi saamiseks ning seeläbi vähendada korduvate visiitide vajadust perearsti vastuvõtule.

Lisaks toome alljärgnevalt välja mõned spetsiifilisemad kitsaskohad.

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

Selgitame. Eelnõu visioon on integreerida inimestele terviseseisundist lähtuvalt vajaduspõhiste rehabiliteerivate sekkumiste osutamine tervishoiuteenustega ning pakkuda funktsioonide parandamisele, taastamisele ning säilitamisele suunatud teenuseid tervishoiukesksel korraldusel.

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.

Rehabilitatsiooniteenus on kompleksteenuse, mis on sihitatud oma terviseseisundi kontekstis kodus ja kogukonnas hakkamasaamisele ning igapäevasele toimetulekule. Rehabilitatsiooniteenuse tegevused on suunatud pigem kogukonna tasandile, esmatasandile.

Täiendavate spetsialistide kaasamine rehabilitatsioonimeeskonnas on abiks inimestele ning leevendus tervishoiule. Rehabilitatsiooniteenuse osutamine tervishoius toob valdkonda multimeeskonna rakendamise, mis ei ole täiesti võõras, kuid mitte veel laialdaselt kasutust leidnud.

Rehabilitatsiooniteenuse andmed, mis on vajalikud teistele tervishoiutöötajatele, edastatakse Tervise infosüsteemi.

Rehabilitatsiooniteenuse puhul ei kohaldu ohutusjuhtumite, vastutuskindlustuse ja tervishoiuteenuse osutajate vastutuse regulatsioon, kuna rehabilitatsiooniteenus ei ole käesoleva regulatsiooni alusel tervishoiuteenus.

Rehabilitatsioonimeeskonna liikmed peavad hoidma konfidentsiaalsena neile rehabilitatsiooniteenuse osutamisel teatavaks saanud andmeid teenust saava isiku ja tema lähedaste kohta, kui seaduses või kokkuleppel teenust saava isikuga ei ole ette nähtud teisiti.

2. Dokumenteerimise osas on oluline täpsemalt selgitada, kuidas ja millises süsteemis toimub teenuse dokumenteerimine isikute poolt, kes ei ole tervishoiutöötajad - sh kas ja mis alusel on võimalik anda neile ligipääs TTO infosüsteemidele. Kuna reeglina ei ole tegemist ühekordsete teenustega, on veel oluline täpsustada, et info osutatud teenuste kohta peaks vähemalt tugimeeskonnale kättesaadavaks muutuma regulaarselt, mitte alles teenuse lõppemisel.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordineerimise teenus. Rehabilitatsiooniteenuse dokumenteerimine toimub tervishoiuteenuse osutaja infosüsteemis ning ligipääsud ja võimalus dokumenteerida oma teenuse lõikes, tagatakse vastavalt rollile. Need, kes ei ole tervishoiutöötajad, ei oma ligipääsu tervise infosüsteemile ning võimalust sinna dokumente edastada.
3. Jääb ebaselgeks, kas ja millistel juhtudel saab osutada teenust ainult põhimeeskonnaga ning kas seejuures peavad olema täidetud määruse § 3 lõikes 3 sätestatud koosseisunõuded, sh mida tähendab järgmine selgitus: “oluline on, et rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks vajalik põhimeeskond on lähtuvalt teenuse liigist tagatud” (seletuskiri lk 14, punkti 3 selgitus). Kui kirjeldatud meeskonnakoosseisud on alati nõutavad, siis märgime ära, et perearstikeskustes ei ole sisuliselt võimalik rehabilitatsiooniteenust osutada - logopeede ega tegevusterapeute ei ole sisuliselt üheks perearstikeskuses, kliinilisi psühholooge või psühholoog-nõustajaid on väga üksikutes keskustes. Perearstid on küll eriarstid, kuid eriarste ei ole nimetatud üheski § 3 lg 3 meeskonnas.	Selgitame, et § 3 lõikes 3 sätestatud meeskonnakoosseise ei tule tõlgendada selliselt, et kõik loetletud spetsialistid peavad igal üksikjuhul ja kõigi teenuste osutamisel olema samaaegselt kaasatud. Nimetatud säte kirjeldab rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks vajaliku meeskonna võimalikku koosseisu ning loob raamistikud, millest lähtuda. Seletuskirjas toodud lause „oluline on, et rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks vajalik põhimeeskond on lähtuvalt teenuse liigist tagatud“ tähendab, et konkreetse teenuse osutamisel tuleb tagada need kompetentsid, mis on sisuliselt vajalikud teenuse eesmärgi saavutamiseks. Seega võib teenust osutada ka väiksema ehk põhimeeskonnaga, kui konkreetse juhtumi puhul ei ole kõik § 3 lõikes 3 nimetatud spetsialistid vajalikud. Praktikas tähendab see, et: • meeskonna koosseis on paindlik ja vajaduspõhine; • teenuse osutamisel ei ole kohustuslik kõigi loetletud ametite samaaegne olemasolu; • oluline on, et vajalikud teenused ja kompetentsid oleksid kättesaadavad (sh vajadusel koostöövõrgustiku kaudu). Selline lähenemine võimaldab rehabilitatsiooniteenust osutada ka perearstikeskustes, kus kõiki § 3 lõikes 3 nimetatud spetsialiste ei ole kohapeal. Vajaduse korral saab puuduvaid kompetentse kaasata koostööpartnerite kaudu või suunata patsient teenuse järgmisele tasemele.

4. Palume selgitada, millises ulatuses on rehabilitatsiooniteenuse osutajal (nii haiglal kui muudel teenusepakkujatel) kohustus teenust osutada - sh kas teenuseosutaja võib liike ja mahtusid vabalt valida. Näiteks, kui heaolupiirkonnas on üks rehabilitatsiooniteenuste pakkuja, siis kas ta võib Tervisekassaga rahastuslepingut sõlmides märkida, et spetsialiseerub ühele liigile ning ühele vanuserühmale? Perearstide vaatest leiame, et kui perearstiabi osutaja otsustab pakkuda rehabilitatsiooniteenust, peaks teenuse nimistuvälistele isikutele osutamine olema võimalus, mitte kohustus, ning see peaks puudutama ka perearstita patsiente (seletuskirjas lk 9: “Perearstiabi raames rehabilitatsiooniteenuse osutamisel on teenusele õigustatus ka nendel inimestel, kes kuuluvad teise perearsti nimistusse.”)	Selgitame. Teenuse osutamise kohustus – millistel juhtudel. Vajab eelnõus täiendamist. Teenuseosutajal on teatud valikuvabadus, kuid see ei ole täielikult piiramatult. Lubatud on: spetsialiseerumine konkreetsetele teenuseliikidele (nt füsioteraapia, logopeedia); keskendumine kindlale sihtrühmale (nt lapsed, eakad, tööealised); teenuse mahtude piiramine vastavalt ressursile, personalile, lepingule Tervisekassaga. Piirangud: valik tehakse lepinguläbirääkimiste käigus, mitte ühepoolset. Tervisekassa hindab seejuures piirkondlikku vajadust, teenuse kättesaadavust, tervishoiusüsteemi terviktoimimist.
5. Palume selgitada, milliste põhimõtete alusel hakkab toimuma teenuse rahastamine - kas ajapõhine, tükipõhine, miski muu; kas sõltub meeskonna koosseisust ja suurusest jne	Selgitame. Eelarve, rahastus.
6. Jääb arusaamatuks, kuidas terviseteejuht saab “tagada”, et rehabilitatsiooniteenuse osutaja valik lähtuks inimese vajadustest, piirkonna võimalustest ning rehabilitatsiooniteenuse osutamise nõuetele vastavatest teenuseosutajatest (seletuskirja lk 11-12). Puudub kindlus, kas kõik teenused saavad olema igas Eesti piirkonnas kättesaadavad, rääkimata valiku võimalusest. Lisaks, kui teenuseosutaja valikul on otsustusõigus inimesel endal, siis ei saa terviseteejuhi roll minna soovitamistest kaugemale. Samuti jääb arusaamatuks, kuidas tervisejuht saab “tagada” teenuste info kandmise heaoluplaani - tema ei saa teenuseosutaja eest täita dokumenteerimiskohustust.	Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutal alustel, sealhulgas rehabilitatsiooni-teenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordineerimise teenus.

7. Palume selgitada kuidas lahendatakse olukord, kui terviseteejuhi ja/või rehabilitatsioonimeeskonna hindamisel selgub, et inimene ei vaja valdkonnaülese koordineerimise teenust, vaid üksikteenust. Kas siis on võimalus kohustada HVA haiglaid seda teenust pakkuma? Näiteks logopeediline abi, psühholoogiline abi.	Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooni-teenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordineerimise teenus. Juhul kui inimesel on üksikteenuse vajadus, põhjendab rehabilitatsioonimeeskond seda e-konsultatsiooni vastuses.
8. Eelnõu seletuskirjas on märgitud: “Uue süsteemi rakendamisega kaasneb ühekordne ja piiratud halduskoormuse kasv, mis on seotud üksnes ühe tegevusega – tervishoiu- ja sotsiaaltöötaja poolt märkamislehe täitmisega uute andmeväljade osas.” (lk 1-2) Tuuakse välja, et SRT korraldusega oli 2025–2026. aastal seotud 17 ametikohta ja Sotsiaalministeeriumi arvutuste järgi on terviseteejuhtide vajadus rehabilitatsiooni sihtrühma puhul 67 (lk 33 ja 39). Meile jääb aga arusaamatuks, et kui praegu teeb SRT juhtumikorraldusega seotud töö ära 17 inimest ning alates 01.10.2027 hakkab seda tegema 67 inimest, siis kuidas see pikas perspektiivis parandab ressursikasutust.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordineerimise teenus. Terviseteejuhi ja Sotsiaalkindlustusameti peaspetsialisti roll ning eesmärgid on erinevad.
9. Palume selget infot, millal ja milliseid EL vahendeid on võimalik tervishoiutaristu arendamiseks kasutada. Seletuskirjast lk 33: “Täiendava võimalusena saab potentsiaalselt kasutada Euroopa Liidu vahendeid tervishoiutaristu arendamiseks.”	Selgitame. Pikemas perspektiivis saab lisavõimalusena potentsiaalselt kasutada Euroopa Liidu vahendeid tervishoiutaristu arendamiseks.

10. On ebaselge, mida on seletuskirjas silmas peetud järk-järgulise ülemineku all: “Reformiga kaasneb üleminekurisk: ajutiselt võib teenuse kättesaadavus olla raskendatud, kuid olemasolevad kliendid saavad teenuseid kuni 2027. aasta oktoobrini varasematel tingimustel ning üleminek toimub järk-järgult.” (lk 35) - kui kõigi seniste rehabilitatsiooniplaanide kehtivus ning SKA poolt väljastatud tegevuslubade kehtivus lõpeb 01.10.2027, siis milles väljendub ülemineku järk-järgulisus?	Eelnõus oleme täpsustanud üleminekuperioodi, kus luuakse õiguslik alus, et 30.09.2027 seisuga sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse kehtivate suunamisotsustega inimestele luua automaatne saatekiri. Kavandatud üleminekusäte on vajalik, et tagada sujuv üleminek sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse (SRT) korralduselt uuele rehabilitatsiooniteenuse korraldusele tervishoius. 30. septembri 2027. aasta seisuga kehtivate suunamisotsustega isikute hulk on märkimisväärne ning ilma täiendava regulatsioonita peaksid need isikud lühikese ajavahemiku jooksul pöörduma perearsti, eriarsti või õe poole uue saatekirja saamiseks, mis põhjustaks olulise halduskoormuse kasvu ning teenuse kättesaadavuse viibimise riski.
11. Tänapäevase SRT kaudu makstakse kompensatsiooni ka majutuse ja transpordi eest, enamasti hüvitise kasutajad on 0-15a sihtrühm. Planeeritud muudatuste tulemusena ei hüvitata enam teenuse saajatele transpordi- ega majutuskulusid samamoodi nagu senises SRT süsteemis. Seletuskirjas näha, et see võib tähendada, et kohalikel omavalitsustel tekib vajadus tagada transpordi kättesaadavust inimestele, kes saavad teenust väljaspool oma elukohajärgset maakonda. Aga tuuakse välja, et kulu võib kanduda ka leibkondadele, kelle jaoks võib teenusele jõudmine ilma täiendava toeta olla keeruline. Meie jaoks on arusaamatu ja samas ka lubamatu, et tahetakse teha reformi, mille käigus näha, et osad abivajajad võivadki jääda abita ja see on justkui aktsepteeritud.	Selgitame. Sõidu- ja majutuskulud.
12. Palume selgitada, kas sihtrühma suuruse ning eelarve osas on arvesse võetud isikud, kelle puhul on teenust seni rahastatud KVTS alusel Kaitseministeeriumi valitsemisala eelarvest, ning kui suur on selline sihtrühm ja nende teenustega seotud eelarve.	Pöördusime täiendavalt Kaitseväge poole, kes andsid tagasiside, et komplekset sotsiaalse rehabilitatsiooni teenust sellisel kujul nagu see siiani on olnud, ei ole Kaitseväge poolt püsivalt töövõimeks tunnistanud isikud kasutanud. Nende isikute vajadus on üksikteenuste järele. Kaitseväge hinnangul on sihtrühma suurus umbes 100 inimest, kes on teenistusülesannete täitmise tõttu püsivalt töövõimeks tunnistanud.

Eesti Perearstide Seltsi seisukohalt on küll vaja tänast olemasolevat rehabilitatsiooni süsteemi reformida, aga mitte nii nagu antud eelnõus on kavandatud - vaid inimkeskselt, vajaduspõhiselt ja sujuva üleminekuga. Lubamatu on, et eelnõuga nähakse ette reaalse abi kättesaadavuse halvenemist, Eelarve kasvu planeeritakse minimaalsena, samal ajal on teada, et teenuse maht ja kulud kasvavad ehk sama raha eest hakkab tulevikus vähem inimesi teenust saama. Reformi tulemusel võib teenuseosutajaid vähemaks jääda, mitte süsteemi juurde tulla. Väiksemad rehabilitatsiooniasutused suretatakse välja läbi tegevuslubade ja meeskonnakoostööte, teenuse osutamine koondatakse sisuliselt haiglavõrgu ja suurte tervishoiuteenuse osutajate kätte. Kolmeliikmelised ja spetsialiseeritud meeskonnad kõlavad hästi, kuid Eestis lihtsalt ei ole piisavalt spetsialiste: logopeede, kliinilisi psühholooge, tegevusterapeute, füsioterapeute, eripedagooge. Sisuliselt tehakse reform eeldusega, et igal HVA haiglal on olemas kõik meeskonnad ja kõik spetsialistid - reaalsus on, et juba täna on maakondi, kus juba ka tervishoiuteenused pole spetsialistide puuduse tõttu kättesaadavad - utoopiline on eeldada, et järsku rehabilitatsiooniteenused nendesse kohtadesse tekivad.

Eelnõu eesmärk on kujundada rehabilitatsiooniteenuse korraldus selliselt, et olemasolevat nappi spetsialistide ressursi kasutatakse võimalikult tõhusalt ning välditakse dubleerivat tööd erinevate süsteemide ja teenuseosutajate vahel. Arvestades, et Eestis on mitmete erialaspetsialistide (sh logopeedid, kliinilised psühholoogid, tegevusterapeudid ja füsioterapeudid) kättesaadavus piiratud, ei ole realistlik ega jätkusuutlik üles ehitada süsteemi, kus samasisulist teenust pakutakse paralleelselt hajutatult paljude väikeste üksuste poolt. Pigem on eelnõu suunatud sellele, et olemasolevad kompetentsid koondatakse ning neid kasutatakse sihipäraselt, tagades teenuse kvaliteedi ja järjepidevuse. Teenuseosutajatele seatud meeskonnakoostööte ja spetsialiseerumise võimalus ei ole mõeldud väiksemate teenuseosutajate väljatõrjumiseks, vaid kvaliteedi ühtlustamiseks ning selle tagamiseks, et inimesel oleks võimalik saada terviklikku ja tulemuslikku abi. Samuti aitab selline korraldus vältida olukordi, kus sama inimest hinnatakse või teenindatakse mitmes kohas paralleelselt, mis koormab nii spetsialiste kui ka süsteemi tervikuna. Eelnõu lähtub eeldusest, et piiratud ressurssidega olukorras ei ole otstarbekas dubleerida teenuseid erinevates valdkondades või teenuseosutajate vahel, vaid suunata olemasolev võimekus sinna, kus see annab inimesele suurima kasu. See tähendab, et fookus on teenuse sisulisel kvaliteedil, koordineeritusel ja vajaduspõhisusel, mitte üksnes teenuseosutajate arvu suurendamisel. Ühtlasi loob kavandatav lähenemine eeldused paremaks koostööks tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna vahel, vähendades killustatust ning toetades inimese sujuvat liikumist teenuste vahel. Eesmärk ei ole vähendada teenuse kättesaadavust, vaid tagada, et olemasolevad ressursid oleksid kasutatud viisil, mis on pikemas vaates jätkusuutlik ning võimaldab pakkuda kvaliteetset abi ka tulevikus.

Kõige absurdsem on, et süsteem ei anna inimese jaoks mingit kindlust, kas ja mis aja jooksul ta rehabilitatsiooni teenusele jõuab. Perearstidele tähendab see uut lisafunktsiooni, ilma lisarahastuseta. Paberil väidetakse, et töökoormus väheneb, et kõike „koordineerib terviseteejuht“, aga reaalsuses peab perearst hakkama põhjendama rehabilitatsiooni vajadust, täitma täiendavat dokumentatsiooni, suhtlema rehabilitatsioonimeeskondadega, koordineerima jätkuteenuseid, tegelema patsientidega, kes süsteemis „ripuvad“ lisaks tegelema kogu rehabilitatsiooni kommunikatsiooniga - sealhulgas patsientide ja tema lähedaste pahameelega.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordinatsiooni teenus. Kavandatud muudatuste kontekstis ei ole eesmärk suurendada perearsti halduskoormust ega lisada uusi, sisuliselt rehabilitatsiooniteenuse korraldamisega seotud ülesandeid. Vastupidi – lahendused peavad olema kujundatud nii, et perearst saab keskenduda oma põhifunktsioonile: patsiendi tervise hindamisele ja raviteekonna algatamisele. Rehabilitatsioonivajaduse sisuline hindamine, teenuse planeerimine ning jätkutegevuste koordineerimine peaksid jääma rehabilitatsioonimeeskonna vastutusalasse. Süsteem peab olema kujundatud nii, et: • perearst tuvastab vajaduse ja suunab patsiendi edasi, kasutades e-konsultatsiooni; • rehabilitatsioonimeeskond vastutab teenuse sisulise hindamise ja korraldamise eest; • patsiendil on selge kontaktpunkt ning ta ei jää süsteemis „ripakile“.
Reform alahindab täielikult esmatasandi kriisi. Perearstisüsteem töötab juba praegu ülekoormuse piiril: arstide puudus, õdede puudus, vaimse tervise koormus, krooniliste haigete kasv, administratiivne ülekoormus. Ja nüüd lisatakse sinna veel rehabilitatsiooniteenuste pääsemisega seotud dokumenteerimise ja kommunikatsiooni surve. Silma riivab seletuskirja väide, et „pikemas vaates töökoormus väheneb“. Eesti tervishoius tähendab see tavaliselt: alguses kasvab töökoormus massiivselt, vana süsteem laguneb ära, uus süsteem ei hakka tööle, inimesed jäävad teenuseta, raha ei jätku ning lõpuks maandub kogu probleem perearstile ja rahulolematud on nii perearstid kui ka inimesed.	Oluline on rõhutada, et reformi eesmärk ei ole suurendada perearstide koormust ega nihutada rehabilitatsiooniteenuse korralduslikku vastutust esmatasandile. Perearsti roll peab ka edaspidi jääma patsiendi terviseseisundi esmasele hindamisele ja vajaduspõhisele suunamisele (kasutades e-konsultatsiooni), mitte teenuste koordineerimisele või detailsele dokumenteerimisele. Seetõttu on kriitiline, et kavandatav lahendus ei looks uut halduskoormust esmatasandile, vaid vastupidi – vähendaks perearstide rolli teenuse korralduslikes küsimustes ning tagaks, et inimene liigub süsteemis edasi selge ja toimiva suunamise alusel.

Meie hinnangul on täiesti vastutustundetu minna sellise reformiga edasi olukorras, kus: ● terviseteejuhte ei ole piisavalt; ● IT-lahendused ei ole valmis, nende rahastus ei ole kindel; ● teenuseosutajate võimekus on teadmata; ● perearstidele lisanduv töökoormus on adekvaatselt hindamata; ● puudub realistlik üleminekuplaan; ● puudub tegevuskava olukorraks, kus süsteem ei hakka tööle. Sisuliselt riskitakse olukorraga, kus vana süsteem lõpetatakse enne, kui uus süsteem reaalselt toimib	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutal alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordineerimise teenus. Oleme eelnõus täiendanud üleminekuperioodi lahendust, kus on võimalik 30.09.2027 seisuga kehtivate SRT suunamisotsuste automaatne genereerimine saatekirjadeks, mis vähendab esmatasandi koormust massiliste saatekirjade väljastamisel ühest süsteemist teise üleminekul. See lahendus tugineb olemasolevatele ja toimivatele tervishoiu IT-võimekustele, sealhulgas tervise infosüsteemi (TIS) ja teiste riiklike andmekogude vahelisele andmevahetusele ning struktureeritud terviseandmete kasutamise praktikatele, võimaldades tehniliselt teostatavat, sujuvat ja madala halduskoormusega üleminekut.
Eesti Perearstide Seltsi hinnangul ei paranda kiirustades tehtav reform rehabilitatsiooniteenuste kättesaadavust ega kvaliteeti. Vastupidi — suureneb oht, et järjekorrad pikenevad, piirkondlik ebavõrdsus süveneb, osa teenusepakkuja kaob süsteemist ning patsiendid jäävad abita. Sellisel kujul reformi elluviimine ei ole vastutustundlik.	Eesti Perearstide Seltsi mure on arusaadav, kuid ei ole põhjendatud väita, et reform vältimatult halvendab teenuste kättesaadavust või kvaliteeti. Eelnõu eesmärk on olemasolevat süsteemi korrastada, vähendada killustatust ning kasutada piiratud spetsialistide ressursi sihipärasemalt. Kavandatud muudatused loovad eeldused paremini koordineeritud teenuseks, selgemaks rollijaotuseks ning ühtlasemaks kvaliteediks üle Eesti. Üleminekuperioodi lahendused, sh järkjärguline rakendamine ja olemasolevate suunamiste konverteerimine, aitavad vähendada riski, et inimesed jäävad teenuseta. Seetõttu ei ole tegemist kiirustades tehtava muudatusega, vaid sammuga süsteemi jätkusuutlikkuse suunas, mille eesmärk on pikemas vaates parandada teenuse kättesaadavust ja kvaliteeti.
Lapssi OÜ	
1. Spetsialistide nappus, kitsas kutsenõue ja turuvõimu risk Rakendusaktis on ette nähtud, et vaimse tervise alase rehabilitatsiooni meeskonda peavad kuuluma kliiniline psühholoog või psühholoog-nõustaja, tegevusterapeut ja loovterapeut ning neuroarenguliste eripärade alase rehabilitatsiooni meeskonda kliiniline psühholoog või psühholoog-nõustaja, tegevusterapeut, logopeed, füsioterapeut ja eripedagoog.	Rakendusakti kavandit on muudetud. Meeskonna koosseis on rakendusaktide kavandis üle vaadatud ja lihtsustatud. Arvesse on võetud nimetatud risk. Rehabilitatsiooniteenuse liikide põhiselt ei ole toodud enam kinnist loetelu spetsialistidest, kes peavad tingimata rehabilitatsioonimeeskonda kuuluma.

Praktikas tekitab see väga tõsise kitsaskoha. Meile kättesaadavate kutserregistri andmete kohaselt on Eestis kehtiva kutsetunnistusega kliinilisi psühholooge 387 ning kutsega logopeede 106 – kokku alla 500 spetsialisti kogu riigis, kõigi tööandjate ja valdkondade peale kokku. Selline kitsas nõue loob paratamatult olukorra, kus vähesed spetsialistid omavad sisuliselt võtmepositsiooni kogu teenuse osutamise võimalikkuses. Kutsetunnistuse saamine ei sõltu üksnes kompetentsist, vaid eeldab ka ligipääsu kutseaasta läbimise võimalustele, juhendamisele ja töökorraldusele, mis ei ole kõigile töötavatele spetsialistidele praktiliselt võrdselt kättesaadav. Nii tekib olukord, kus kitsas formaalne nõue piirab terve valdkonna juurdepääsu. See loob teenuseosutaja jaoks olulise turuvõimu riski. Kui riik kohustab kaasama spetsialisti, keda on vähe ja kelle asemele on raske saada, kujuneb sellise spetsialisti tasu teenuseosutajale sisuliselt dikteeritavaks. Kui Tervisekassa tariif ei kata sellise spetsialisti tegelikku turuhinda koos meeskonnatöö, dokumenteerimise ja vastutusega, muutub teenuse osutamine majanduslikult raskesti teostatavaks. Kõik see kahjustab lõpuks klienti, kes teenust vajab. LAPSSI OÜ olukord illustreerib seda eriti selgelt. Meil on olemas taastusravi tegevusluba, kolm iseseisva tervishoiuteenuse tegevusluba ning põhimeeskonna nõuetele vastav koosseis – taastusarst, füsioterapeudid, logopeedid ja psühholoogid. Sellest hoolimata on meil olnud väga keeruline leida kliinilist psühholoogi meeskonda just seetõttu, et kehtiv Tervisekassa tariif ei ole tööjõuturul konkurentsivõimeline. Isegi hästi ettevalmistatud väiksem teenuseosutaja, kes vastab kõigile teistele nõuetele, võib jääda reformist sisuliselt kõrvale ühe raskesti kättesaadava spetsialisti kohustuslikuks muutmise tõttu. See ei ole võimekuse, vaid turu reaalsuse küsimus.	
2. Meeskonnaliikme roll erineb sisuliselt senisest TERK-spetsialisti rollist	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuse dokumenteerimisega seotud koormus ei laiene. Kasutatakse tervishoius tavapäraseid dokumenteerimise lahendusi. Kaob rehabilitatsiooniplaan ning rehabilitatsiooniteenuse tegevuskava koostamisel on

Praeguses süsteemis osutab iga spetsialist oma teenust iseseisvalt ning vastutab peamiselt oma teenuse sisu ja kvaliteedi eest. Uues rehabilitatsioonimudelil tähendab meeskonnaliikmeks olemine aga kollektiivset vastutust kogu rehabilitatsiooniprotsessi eest, ulatuslikku dokumenteerimiskohustust ning oluliselt suuremat juriidilist vastutust Tervisekassa ees. See ei ole spetsialisti jaoks lihtsalt sama töö teises formaadis, vaid sisuliselt uus ja oluliselt suurema vastutusega roll. Meie praktiline kogemus näitab, et just see rollimuutus mõjutab spetsialistide valmisolekut meeskonnatöös osaleda. Konkreetse näitena: otsisime oma meeskonda kliinilist psühholoogi. Spetsialist ei olnud valmis liituma kahel põhjusel – Tervisekassa tariif ei kata tema erateenuse hinda ning meeskonnaliikmena nõutav dokumenteerimis- ja juriidiline vastutus on võrreldamatult suurem kui senises süsteemis. Sama kogemus kehtib kutsega logopeedide puhul. Seetõttu on oluline, et reformi rahastusmudel ei käsitleks meeskonnaliikme rolli kui olemasoleva üksikteenuse lihtsat jätku, vaid arvestaks tegelikku töökorralduslikku ja vastutuslikku muutust ning see kajastuks ka tariifides.	teenuseosutajal suurem paindlikkus. Rehabilitatsiooniteenus on meeskondliku lähenemisega ning tõepoolest nõuab spetsialistidelt valmisolekut töötada sellel põhimõttel. Tervisekassa teenuste hinnastamisel on kavas eraldi hinnastada ka meeskonnatöö komponent.
3. Inimesed jäävad teenuseta juba praegu LAPSSI OÜ osutab rehabilitatsiooniteenust kolmes tegevuskohas ning praeguses SKA rehabilitatsioonisüsteemis on ligikaudu 500 püsiklienti. Meieni jõuab pidevalt pöördumisi inimestelt, kes ei saa vajalikku teenust neile sobival ajal. Eriti puudutab see lapsi ja noori, kellel on logopeediline probleemistik, ADHD või muud neuroarengulised eripärad, kuna neile ei määrata enam üldiselt puuet ning nad ei kvalifitseeru vanas SKA süsteemis teenusele. Kui reformi eesmärk on parandada kättesaadavust ja muuta teenus vajaduspõhisemaks, siis on väga oluline hinnata, kas uued meeskonnakoosseisu nõuded seda eesmärki ka tegelikult toetavad. Eriti suur risk on väiksemate ja paindlikumate teenuseosutajate puhul, kellel on olemas aastatepikkune kogemus ja toimiv kliendibaas, kuid kelle jaoks muutuvad uued koosseisu- ja rahastusnõuded praktiliselt ületamatuks.	Selgitame. Muudatusega ei ole teenuse saamise õigustatuse aluseks enam puude raskusastme olemasolu või osaline või puuduv töövõime, vaid inimesel tuvastatud tegelik rehabilitatsiooniteenuse vajadus. See tähendab rehabilitatsiooniteenuse vajaduse tuvastamist kindlate kriteeriumide alusel. Osa praegusest sihtrühmast, kes kas taotleb või on SRT saajad, ei pruugi vajada kompleksteenust. Praeguses süsteemis on osa kliente pikaajaliselt SRT-d saamas, kuid ei vaja tingimata meeskonnapõhist kompleksteenust. Nende klientide arvelt, kes ei vaja kompleksteenust, vaid vajavad kas tervishoiu üksikteenuseid, hariduse tugiteenuseid või vajavad lapsevanemad vanemlike oskuste toetamist, vabaneb spetsialistide ressursid tööks teiste klientidega. Selgitame, et rakendusaktis toodud meeskonnaliikmete koosseisu nõudeid on muudetud paindlikumaks. Rakendusakti koostamisel on võimalik nõudeid huvikaitse- ning esindusorganisatsioonidega veel arutada.

4. LAPSSI OÜ valmisolek ja reformis osalemise eeldused LAPSSI OÜ on süsteemselt valmistunud rehabilitatsioonireformiks. Alates 05.05.2026 omame taastusravi tegevusluba, meie meeskonnas töötab taastusarst ning meil on kolm iseseisva tervishoiuteenuse tegevusluba. Meie igapäevane töö vastab juba täna paljuski eelnõus kirjeldatud rehabilitatsiooniteenuse loogikale: meeskonnapõhine lähenemine, eesmärkide seadmine, tegevuskava koostamine, teenuste koordineerimine ja dokumenteerimine. Seetõttu soovime selgust, millistel tingimustel on taastusravi tegevusloaga ja mitme iseseisva tervishoiuteenuse tegevusloaga väiksemal TTO-l realselt võimalik saada Tervisekassa rehabilitatsiooniteenuse lepingupartneriks ning millised on selleks vajalikud praktilised sammud ja ajakava.	Selgitame. Esmalt sõlmib Tervisekassa lepingud rehabilitatsiooniteenuse osutamise kohustusega haiglavõrgu haiglatega. Eelnõud on haiglavõrgu haiglate kohustuse osas täpsustatud. Seejärel korraldab Tervisekassa ülejäänud teenuse mahu osas hanke, kus nõuetele vastavad teenuseosutajad saavad osaleda. Hanke tulemustest selgub, kellega Tervisekassa lepingud ning mis ulatuses sõlmib. Tervisekassal on kavas hankida teenust selliselt, et teenuse pakkumine oleks tagatud piirkondade ning terviseseisundite põhiselt. Seega lähtuvalt sellest, milline on haiglate poolt tagatav teenuse maht ning lisapädevusvaldkonnad (milliste terviseseisundite põhiselt teenust ollakse valmis osutama), on vajalik täiendavate teenusepakkujate poolt teenuse osutamine.
Kas kohustuslike spetsialistide nõude kujundamisel on hinnatud, kas kehtiv Tervisekassa tariif katab kliinilise psühholoogi või psühholoog-nõustaja ning kutsega logopeedi tegeliku turuhinna koos meeskonnaliikmeks olemisega kaasneva vastutus- ja dokumenteerimiskoormusega? Meile kättesaadavate kutseregistri andmete kohaselt on Eestis kehtiva kutsetunnistusega kliinilisi psühholooge 387 ja logopeede 106. Kuidas on planeeritud tagada nende nõuete tegelik täidetavus? Kas on hinnatud ohtu, et kitsad kutsenõuded loovad olukorra, kus väheste kutsetunnistusega teenuseosutaja võimalused kujundada jätkusuutlikku teenusemudelit muutuvad väga piiratuks ning Tervisekassa tariif ei suuda seda katta – muutes teenuse osutamise majanduslikult võimatuks ka teenuseosutajatele, kes vastavad kõigile teistele nõuetele?	Selgitame. Tervisekassal ei ole kavas muuta rehabilitatsiooniteenuse rahastamise kontekstis olemasolevaid tervishoiuteenuse loetelus olevaid teenuskoode ning hindu. Lähtutakse samadest hindadest, mis olemasolevate teenuste puhul. Rakendusakti kavandis on nõudeid rehabilitatsioonimeeskonnale täiendatud. Üleminek võtab kindlasti aega aga võimaliku lahendusena näeme astmelise abi lähenemise rakendamist. Astmelise abi põhimõtte kohaselt ei vaja kõik patsiendid kohe kõige kõrgema kvalifikatsiooniga spetsialisti sekkumist ning väiksema intensiivsusega ravi juhtumid saab suunata madalama intensiivsusega sekkumistesse, mida ei pea läbi viima kliinilised psühholoogid. Sama lähenemist on võimalik rakendada ka rehabilitatsiooniteenustes, et suunata kõrgema kvalifikatsiooniga spetsialistide ressursse keerukamatele juhtumitele. Paralleelselt töötame ka psühholoogide kutsesüsteemi muudatustega, et muuta kutse taotlemine selgemaks ja paindlikumaks. Eesmärk on liikuda üldise psühholoogi kutse mudeli suunas, mille pinnalt oleks võimalik edasi spetsialiseeruda, mis aitaks parandada spetsialistide järelkasvu ja vähendada tarbetuid kitsaskohti kutse omandamisel.
Kas meeskonna spetsialiseerunud koosseisunõuded on kooskõlas reformi vajaduspõhisuse põhimõttega? Sotsiaalministeeriumi kodulehel avaldatud KKK (06.05.2026) kirjeldab spetsialiseerumist paindlikult, märkides, et „spetsialiseerumine eeldab vastava teenuseliigi osutamiseks vajalike spetsialistide olemasolu.“	Selgitame, et rakendusaktis toodud meeskonnaliikmete koosseisu nõudeid on muudetud paindlikumaks. Rehabilitatsioonimeeskonna nõutud koosseis tähendab valmisolekut igale kliendile vajaduspõhiselt rehabilitatsiooniteenust osutada. Küll aga iga kliendi puhul on konkreetne meeskond ehk vajalikud teenuskomponendid

Rakendusaktis on aga spetsialiseerunud meeskondade koosseis ette nähtud järgalt fikseerituna. Palume selgitada, kuidas on need kaks põhimõtet omavahel kooskõlas, ning kaaluda, kas kohustuslik koosseis saaks olla paindlikum ja sõltuda konkreetse kliendi funktsioneerimisraskustest ja rehabilitatsioonieesmärgist.	varieeruvad. Igal juhul tuleb teenuse osutamisel lähtuda konkreetse kliendi funktsioneerimisraskustest ja rehabilitatsioonieesmärgist.
Kuidas tagatakse, et 30.09.2027 SKA süsteemis rehabilitatsiooniteenust saavate klientide teenus ei katke? LAPSSI OÜ osutab rehabilitatsiooniteenust ligikaudu 500-le püsikliendile. Millised üleminekumeetmed on ette nähtud konkreetset lastele ja noortele, kellel on käimasolev rehabilitatsiooniplaan, kuid kes ei pruugi uue süsteemi nõuete kohaselt kohe teenusele kvalifitseeruda?	Eelnõus oleme täpsustanud üleminekuperioodi, kus luuakse õiguslik alus, et 30.09.2027 seisuga sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse kehtivate suunamisotsustega inimestele luua automaatne saatekiri. Kavandatud üleminekusäte on vajalik, et tagada sujuv üleminek sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse (SRT) korralduselt uuele rehabilitatsiooniteenuse korraldusele tervishoius. 30. septembri 2027. aasta seisuga kehtivate suunamisotsustega isikute hulk on märkimisväärne ning ilma täiendava regulatsioonita peaksid need isikud lühikese ajavahemiku jooksul pöörduma perearsti, eriarsti või õe poole uue saatekirja saamiseks, mis põhjustaks olulise halduskoormuse kasvu ning teenuse kättesaadavuse viibimise riski.
Sotsiaalministeeriumi KKK (06.05.2026) kohaselt tutvustab Tervisekassa lepingupartneriks saamise tingimusi alles 2026. aasta sügisel. Seetõttu palume selgitada juba praegu, millistel kriteeriumide alusel ja mis ajakava järgi on võimalik taastusravi tegevusloa ning mitme iseseisva tervishoiuteenuse tegevusloaga teenuseosutajal astuda Tervisekassa lepingupartneriks rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks – ning kas on planeeritud eraldi lepingutingimusi sõltuvalt teenuseosutaja suurusest, spetsialiseerumisest ja senisest kogemusest.	Selgitatud eespool. Tervisekassa teeb üldise tervishoiuteenuste ostmist ning korraldust tutvustava infotunni teenuseosutajatele augustis ja täpsema rehabilitatsiooniteenuse osutamise lepingute ning hankega seotud infotunni oktoobris 2026.
Sotsiaalministeeriumi KKK tunnistab, et TIS-i juurdepääs ei ole tagatud kõigile rehabilitatsioonimeeskonna liikmetele, kuna mitte kõik neist ei ole tervishoiutöötajad. Seetõttu palume täpsustada, millises infosüsteemis ja millisel kujul toimub rehabilitatsiooniteenuse dokumenteerimine nende spetsialistide puhul, kellel TIS-i juurdepääs puudub, ning kas on planeeritud integreerimine olemasolevate HIS-lahendustega nagu LIISA / Medisoft.	Selgitame. Eelnõud ja seletuskirja on täiendatud. Rehabilitatsioonimeeskonna liikmed dokumenteerivad igapäevase töö teenuseosutaja infosüsteemis ning rehabilitatsiooniteenuse kokkuvõtte esitatakse epikriisina TISi. Rehabilitatsiooniteenuse kokkuvõtte edastab rehabilitatsioonimeeskonnast tervishoiutöötaja, kellel on ligipääs TIS. Eelnõus on kohustuslik kaasata meeskonda ligipääsuga tervishoiutöötaja.
Peame väga oluliseks, et reformi rakendamisel võetaks arvesse reaalselt tegutsevate teenuseosutajate praktilist kogemust. Kui reformi eesmärk on vajaduspõhisus, inimesekesksus ja parem kättesaadavus, siis peavad ka regulatsioon, meeskonnatõused ja rahastusmudel seda tegelikkuses võimaldama. Vastasel juhul tekib oht, et heade	Täname antud tagasiside eest ning valmisoleku eest rääkida kaasa reformi rakendamisel.

kavatsustega kehtestatud nõuded muudavad teenuse hoopis vähem kättesaadavaks – eelkõige nende jaoks, kes seda kõige rohkem vajavad. Oleme valmis oma seisukohti täiendavalt selgitama ning konstruktiivselt panustama lahenduste leidmisse.	
Erihoolekandeteenuse Pakkujate Liit	
Põhiprobleemid ja ettepanekud Meie teenuse sihtgrupp – psüühilise erivajadusega inimesed – on sageli sama haavatav nagu lapsed. Viimastel aastatel on sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuste kättesaadavus meie sihtgrupile oluliselt vähenenud ning leitud, et erihoolekandeteenus katab kõik vajadused. Reaalsuses on eriti keerulises olukorras kroonilise psüühikahäirega inimesed, kelle jaoks kogemusnõustamise ja psühholoogi (nt kognitiiv-käitumusliku teraapia) tugi on hädavajalikud igapäevase toimetuleku tagamiseks. Liitpuudega inimeste puhul on regulaarne füsioteraapia hädavajalik, et säilitada lihaste normaalne seisund ja vältida kontraktuuride teket. Hetkel on jõutud olukorda, kus näiteks mähkmete vahetamine võib inimesele põhjustada valu lihasjäikuse tõttu. Teenuseid ei peaks osutama nõ paketina: füsioteraapia saamiseks peab praegu kasutama koos veel kahte teenust, mis tähendab mõttetut bürokraatiat ja ebamõistlikku raha kulutamist Kui need kitsaskohad leiavad uues süsteemis lahenduse, on muudatused igati tervitatavad.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenus on ka uue regulatsiooni kohaselt kompleksteenuse, mille puhul lähenetakse inimese seatavate eesmärkide täitmisele meeskondlikult. Kui inimesel on terviseseisundist tulenevad vajadused, mis vastavad rehabilitatsiooniteenuse kriteeriumidele, siis on õigustatud inimese suunamine rehabilitatsiooniteenusele sõltumata sellest, kas ta on erihoolekandeteenuse klient või mitte. Rehabilitatsiooniteenuse asemel võivad kirjeldatud juhtudel olla asjakohased ka tervishoius osutatavad üksikteenused. Erihoolekandeteenustel olevate inimeste terviseseisundist tulenevaid vajadusi saab süsteemselt märgata ka õde. Potentsiaalselt tuleks arendada viise, kuidas õe poolt teenusvajaduse märkamisel oleks tagatud kõige sujuvamad klienditeekonnad sealhulgas tervishoiuteenuseteni ning vajaduspõhine teenuste osutamine erihoolekandeteenusel olevatele inimestele. Nõustume, et ei ole mõistlik olukord, kus juhul, kus inimene vaid üht teenust (kirjeldatud näite puhul füsioteraapiat, mis on olemasolev ning Tervisekassa poolt juba rahastatav tervishoiuteenus), tuleks lisaks kasutada täiendavalt kaht teenust, mida inimesel tingimata lähtuvalt tema eesmärgist, vaja ei ole. Selline korraldus tingib praeguses SRT korralduses, spetsialistide ressursi rakendamises ning ka teenuse rahastamisel ressursside ebaefektiivse kulutamise.
Kui eelisjärjekorras plaanitakse sõlmida lepingud haiglavõrgu arengukavas nimetatud haiglatega ning teenustele ei seata mahupiiranguid, kas jätkub ressursse (nii inim- kui rahalisi) praegustele sotsiaalse rehabilitatsiooni spetsialistide teenuseid vajavatele psüühikahäiretega inimestele? Eelnõus esitatud statistika näitab, et 2025. aastal kasutasid just psüühikahäirega tööealised inimesed teenuseid kõige enam.	Selgitame. Tervisekassa hangib teenuseid piirkonna (maakond) ning terviseseisundi põhiselt.

Kliiniliste psühholoogide ja psühholoog-nõustajate kaasamine mitmesse rehabilitatsioonimeeskonda (nt vaimse tervise, neuroarenguliste eripärade ja neuroloogiliste seisundite rehabilitatsioonis) on vajalik, kuid nende spetsialistide puuduse tõttu on juba täna tervishoius pikk ooteaeg ning palgatase ei ole erasektoriga võrreldav. Kuidas tagatakse reformi raames nende spetsialistide piisav kättesaadavus?	Selgitame. Rakendusakti kavandit ning eelnõu seletuskirja on täiendatud. Rehabilitatsiooniteenuse meeskonna koosseisu nõudeid on muudetud paindlikumaks. Eelnõu muudatusega kaasneb oluline eelis, et varasemad spetsialistide tehtud hindamised ja sekkumised on paremini nähtavad ning arvestatavad kogu teenuseteekonna ulatuses. See võimaldab vältida dubleerivaid hindamisi ja vähendada olukordi, kus kliiniline psühholoog või psühholoog-nõustaja peab alustama sisuliselt nullist. Koos astmelise abi lähenemisega ja väheintensiivsete sekkumiste laiem kasutuselevõtuga aitab see spetsialistide koormust paremini juhtida, suunates kõrgema kvalifikatsiooniga spetsialistide ressursi juhtumitele, kus nende sekkumine on tegelikult vajalik. Suurem rõhk varasemate sekkumiste dokumenteerimisele ja info paremale kasutamisele aitab spetsialistidel oma tööd optimeerida ning keskenduda sisuliselt kõige olulisemale.
Rehabilitatsiooniteenuste meeskondade spetsialiseerumise loetelus on 9. meeskond sõnastatud veidi segaselt: "teiste terviseseisundite puhul, mis mõjutavad funktsioneerimisvõimet või põhjustavad funktsioneerimisvõime langust, peab teenuseosutaja tagama meeskonnaliikmete olemasolu lähtuvalt inimese terviseseisundist ning tuginedes rehabilitatsiooni põhimeeskonna hinnangule." Palume täpsustust selle sätte tähenduse kohta.	Rakendusakti kavandit ning eelnõu seletuskirja on täiendatud.
Ei ole teada, milline saab olema Tervisekassa hinnakiri loovterapeudi ja kogemusnõustaja teenustele.	Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelus kujundatakse detailsed hinnad 2026. aasta II poolaastal ning kinnitatakse 2027. aasta I poolaastal. Enne seda ei ole võimalik konkreetsete spetsialistide hindade detaile kommenteerida.
Eelnõu seletuskirjas on märgitud: "<i>Kvalifikatsiooninõuete tõus ja teenuse hinnataseme muutused võivad vähendada teenuste mahtu olemasoleva eelarve tingimustes ning suurendada vajadust teenuste sihipärasemaks kasutamiseks.</i>" Meie hinnangul võib see tähendada, et psüühikahäiretega inimestele pakutavate teenuste maht võib kriitiliselt väheneda. Nende inimeste toetusvajadus on sageli pikaajaline või eluaegne ning asendustuge teenuste vähenemisel ei teki, mistõttu kannatab nende toimetulek ja elukvaliteet.	Rakendusakti kavandit ning eelnõu seletuskirja on täiendatud. Muudatused kvalifikatsiooninõuetes sätestatakse rakendusaktis ning soovitud hinnang esitatakse vastavas määru eelnõu seletuskirjas. Rehabilitatsiooniteenus on ka uue korralduse alusel kompleksteenuse, mille puhul inimese vajadused ning eesmärgid eeldavad meeskonnapõhist sekkumist. Rehabilitatsiooniteenus ei ole pikaajaline ega elukestev teenus. Kui inimese vajadused oluliselt muutuvad ning on võimalik seada uued eesmärgid rehabilitatsiooniteenusel osalemiseks, on võimalikud korduvad rehabilitatsiooniteenusele suunamised elukaare üleselt. Rehabilitatsiooniteenuse eesmärk on toetada inimese funktsioneerimisvõimet,

	iseseisvat toimetulekut ja osalusvõimet tema tavapärasel elu- ja tegevuskeskkonnas. Seejuures ei ole rehabilitatsiooniteenuse eesmärk asendada inimese pikaajalist igapäevast tuge ega osutada pidevat kõrvalabi, vaid suurendada inimese võimekust tulla iseseisvalt toime ning kasutada vajaduse korral teisi tema vajadustele vastavaid teenuseid ja toetavaid meetmeid.
Haapsalu Neuroloogiline Rehabilitatsioonikeskus	
1. Rehabilitatsiooniteenusele suunamine ja arsti saatekirja võimalus Eelnõus kirjeldatakse rehabilitatsiooniteenust teenuste kogumina, mida võib osutada ravile eelnevalt, ravi toetavana, ravile järgnevalt või ravi asemel. Selline definitsioon eeldab, et rehabilitatsiooniteenuse vajadust saab tuvastada ja teenusele suunata ka arst, sh perearst, eriarst või taastusarst. Praegusest sõnastusest ja esitatud teenuseteekonna kirjeldusest jääb aga mulje, et rehabilitatsiooniteenusele jõudmine toimub peamiselt või üksnes valdkonnaülese koordineerimise ja terviseteejuhi kaudu. See tekitab küsimuse, miks on varasemalt tutvustatud arsti saatekirjaga teenusele suunamise võimalus eelnõu kirjeldusest kadunud. Meie hinnangul peab eelnõus olema selgelt sätestatud, et rehabilitatsiooniteenusele suunamise õigus on ka eriarstil, sh perearstil ja taastusarstil, kui patsiendi terviseseisund ja funktsioneerimisvõime piirang viitavad kompleksse rehabilitatsiooniteenuse vajadusele. Veelgi enam, kui perearstikeskuses on olemas nõuetele vastav meeskond (seda võimalust näeb eelnõu seletuskiri ette) ning spetsialistid suudavad inimese vajaduse tuvastada ja teenust osutada, siis võib kohustuslik liikumine terviseteejuhi kaudu teenusele jõudmist hoopis pikendada. See oleks vastuolus reformi eesmärgiga lihtsustada inimese teekonda.	Arvestatud. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole eelnõu kohaselt seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkondadeüleline koordineerimine. Eelnõud ning seletuskirja on täiendatud. Rehabilitatsiooniteenusele suunamine toimub tervishoius tuttavaid lahendusi kasutades ehk saatekirjaga (e-konsultatsioon). Eelnõu kohaselt on rehabilitatsiooniteenusele suunamise õigus on ka eriarstil, sh perearstil ja taastusarstil, kui patsiendi terviseseisund ja funktsioneerimisvõime piirang viitavad kompleksse rehabilitatsiooniteenuse vajadusele.

Küsimused: 1. Kas uues süsteemis on eriarstil õigus suunata inimene rehabilitatsiooniteenusele otse saatekirjaga? Kui jah, siis palume see eelnõus ja seletuskirjas selgesõnaliselt välja tuua. 2. Kui ei, siis mis on põhjendus, kui rehabilitatsiooniteenust kirjeldatakse ravile eelneva, ravi toetava, ravile järgneva või ravi asemel osutatava teenusena? 3. Millistel juhtudel peaks arst edaspidi suunama patsiendi taastusravile ja millistel juhtudel rehabilitatsiooniteenusele? 4. Milline on arsti otsustusõigus võrreldes terviseteejuhi rolliga rehabilitatsioonivajaduse tuvastamisel?	Selgitame. Eelnõud ja seletuskirja on täiendatud. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole eelnõu kohaselt seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkondadeülene koordinatsiooniteenus. Uuendatud eelnõu kohaselt saavad rehabilitatsiooniteenusele suunata arstid ja õed kasutades e-konsultatsiooni. Täpsemad e-konsultatsiooni sisu, sh aluspõhimõtted, mille alusel on võimalik arstil märgata rehabilitatsiooniteenuse vajadust, töötatakse järgmistes etappides täiendavalt välja koostöös erialaühingutega.
2. Taastusravi ja rehabilitatsiooniteenuse sisuline piiritlemine Eelnõu seletuskirjas püütakse rehabilitatsiooniteenust eristada tervishoiuteenusest eelkõige selle kaudu, et tervishoiuteenuse fookus on haiguse või vigastuse diagnoosimisel ja ravimisel, rehabilitatsiooniteenuse fookus aga funktsioneerimis- ja osalusvõime parandamisel ning haigusega kohanemisel. Selline eristus ei ole taastusravi, eriti neuroloogilise taastusravi vaates sisuliselt täpne. Neuroloogiliste diagnooside ja paljude teiste krooniliste või püsiva funktsioonihäirega seisundite puhul ei ole ravi eesmärk sageli haiguse algpõhjuse kõrvaldamine, vaid just funktsioneerimisvõime, osalusvõime, enesetõhususe, igapäevase toimetuleku ja kohanemise toetamine. Samuti on taastusravi praktikas olemuslikult meeskondlik ja inimesekeskne. Seetõttu võib eelnõu praegune sõnastus tekitada eksitava mulje, nagu oleks terviklik, tegevus- ja elukeskkonda arvestav, meeskondlik käsitlus rehabilitatsiooniteenuse eripära, mitte taastusravi loomulik osa. <u>Ettepanek:</u> täpsustada seletuskirjas taastusravi ja rehabilitatsiooniteenuse omavahelist suhet viisil, mis ei vastanda neid teenuseid kunstlikult ega kirjelda taastusravi kitsalt haiguse või vigastuse ravina.	Arvestatud. Eelnõud ja seletuskirja on täiendatud.

Küsimused: 1. Kuidas suhestuvad kavandatavas süsteemis taastusravi ja rehabilitatsiooniteenus, ehk kas rehabilitatsiooniteenus on mõeldud taastusravi täiendava või jätkuteenusena, paralleelse kompleksteenusena või eraldi teenuseteekonnana? 2. Kas seletuskirjas on võimalik loobuda taastusravi ja rehabilitatsiooniteenuse vastandamisest ning kirjeldada rehabilitatsiooni pigem taastusravi, psühhosotsiaalsete ja sotsiaalsete sekkumiste integreeritud laiendusena?	Selgitame. Seletuskirja on täiendatud. Rehabilitatsiooniteenus on eelnõu kohaselt planeeritud kompleksteenusena, mille peamine eesmärk on toetada inimese iseseisvat hakkamasaamist ja suurendada osalusvõimet tema tervises seisundiga tema igapäevases keskkonnas. Teenus on planeeritud ambulatoorse teenusena. Eelnõu loob eeldused selleks, et rehabilitatsiooniteenus võiks kujuneda üheks osaks inimeste taastus- ja kohanemisteenuskonnal juhul, kui nimetatud eesmärgid ei ole saavutatud juba taastusraviga ning vajalik on kodu- või kodukohapõhine sekkumine.
3. Rehabilitatsiooniteenuste osutamine raviperioodi vältel Eelnõus on positiivne, et rehabilitatsiooniteenust nähakse ette nii ravile eelneva, ravi toetava, ravile järgneva kui ka ravi asemel osutatava teenusena. Praktikas on oluline, et see põhimõte toimiks ka statsionaarse ja ambulatoorse taastusravi raames. Näiteks statsionaarsel taastusravil viibival patsiendil võib multidistsiplinaarne meeskond hinnata vajalikuks loovterapeudi, eripedagoogi või kogemusnõustaja teenuse kaasamise. Sellisel juhul peab olema võimalik osutada neid teenuseid samas raviperioodis ja võimalusel sama asutuse spetsialistide poolt, ilma et patsient peaks läbima eraldi terviseteejuhi kaudu algavat teenuseteekonda. Vastasel juhul suureneb halduskoormus ning tekib vastuolu eelnõu eesmärgiga vähendada bürokraatiat ja tagada abivajavale inimesele sujuvam teekond. <u>Ettepanek:</u> lisada eelnõusse või seletuskirja põhimõtte, et kui taastusravi- või ravimeeskond tuvastab ravi käigus vajaduse rehabilitatsiooniteenuse komponentide järele, peab neid olema võimalik rakendada sama raviperioodi jooksul ilma eraldi koordineerimisteenuskonda läbimata.	Täname tehtud sisulise ettepaneku eest. Selgitame, et muudatusega loodava rehabilitatsiooniteenuse korralduse ning rahastuse loogikast lähtuvalt ei teki tervishoiuteenuse loetellu eraldiseisvalt loovterapeudi, eripedagoogi ega kogemusnõustaja teenuseid. Neid teenuskoodi on kava kohaselt võimalik kasutada vaid rehabilitatsiooniteenuse puhul koos meeskondliku komponendiga ehk mitte eraldiseisvate teenustega, mida rakendada ka taastusravis. Loovterapeudi, eripedagoogi ja kogemusnõustaja teenust rahastab Tervisekassa vaid rehabilitatsiooniteenuse rahastamiseks mõeldud riigieelarve eraldisest, mitte ravikindlustusvahendist. Rehabilitatsiooniteenus on eelnõu kohaselt eraldiseisev kompleksteenuse.

Küsimused: 1. Kas statsionaarsel või ambulatoorsel taastusravil viibivale patsiendile saab sama raviperioodi jooksul osutada rehabilitatsiooniteenuse komponente, näiteks loovteraapiat, eripedagoogi teenust või kogemusnõustamist? 2. Kas sellised teenused on võimalik kajastada samal raviarvel või sama teenusjuhtumi raames? 3. Kas taastusravimeeskonnal on õigus rehabilitatsiooniteenuse vajadus ise tuvastada ja vajalikud spetsialistid kaasata?	Selgitame. Taastusravi raames ei ole võimalik patsiendile osutada üksikuid rehabilitatsiooniteenuse komponente, näiteks loovteraapiat, eripedagoogi teenust ega kogemusnõustamist. Selliseid teenuseid ei ole võimalik kajastada seetõttu samal raviarvel ega sama teenusjuhtumi raames. Taastusravimeeskonnal on õigus rehabilitatsiooniteenuse vajadus ise tuvastada ning suunata inimene rehabilitatsiooniteenusele.
4. Teenuseosutajate võimekus ja kättesaadavuse risk Eelnõu kohaselt pannakse haiglavõrgu arengukava haiglatele rehabilitatsiooniteenuse osutamise kohustus. Samas on mitmes haiglas juba praegu spetsialistide puudus ning rehabilitatsioonimeeskonna komplekteerimine võib olla väga keeruline. Lisaks võib teenusevajajate hulk suureneda, kuna teenusele ligipääs ei sõltu enam puude raskusastmest või töövõime hindamisest ning lähedaste kaasamine muutub süsteemsemaks. Sisuliselt on see positiivne areng, kuid kui teenusevajajate arv kasvab ning spetsialistide arv ei kasva samas tempos, tekib tõsine oht ootejärjekordade pikenemiseks. <u>Ettepanek:</u> täiendada mõjuanalüüsi realistliku hinnanguga spetsialistide kättesaadavusele, haiglate tegelikule võimekusele, teenusemahtudele ja ootejärjekordade riskile.	Selgitame. Haiglavõrgu haiglate kohustus rehabilitatsiooniteenust osutada on eelnõus täiendatud. Teenusele suunamise alused ei eelda eelnõu kohaselt puude raskusastme, osalise või puuduva töövõime tuvastamist, teenusele suunamine toimub tegeliku vajadusel alusel. Ühelt poolt see laiendab potentsiaalselt teenusesaajate sihtrühma, kuidas teiselt poolt võimaldab teenusele suunata inimesed, kellel on tegelik rehabilitatsiooniteenuse vajadus. Teiseks oluliseks muudatuseks on see, et teenuse osutamine toimub kuni teenuse vajaduse äralangemiseni ehk juhul, kui inimene enam teenust ei vaja, kui seatud eesmärgid on täidetud, teenus lõppeb. Rakendusakti kavandit on täiendatud muutes rehabilitatsiooniteenuse meeskonna koosseisu nõudeid paindlikumaks.

Küsimused: 1. Kui teenusevajajate hulk suureneb, kuid spetsialistide hulk jääb samaks, siis millise mehhanismi kaudu teenuste kättesaadavus paraneb? 2. Millised on planeeritavad teenusemahud ja rahastus võrreldes tänase SRT tegeliku kasutusega? 3. Kuidas jälgitakse ja maandatakse ootejärjekordade pikenemise riski?	Selgitame. 1) Kättesaadavuse paranemine ei põhine üksnes spetsialistide arvu suurendamisel, vaid töökorralduse muutmisel. Teenust osutatakse vajadusepõhiselt, kasutatakse paindlikumalt erinevate erialade spetsialiste, vähendatakse dubleerivaid hindamisi ja menetlusi ning suunatakse ressursid rohkem otseses teenuse osutamisse. See võimaldab olemasolevat tööjõudu kasutada tõhusamalt. 2) Teenuse mahtude ja rahastuse kavandamisel arvestatakse muuhulgas senisest SRT tegelikust kasutusest ning prognoositavast vajadusest. 3) ooteaegu jälgitakse Tervisekassa lepingulise koostöö ja andmekogumise kaudu. Riskide ilmnemisel saab rakendada meetmeid nagu teenusmahtude kohandamine, teenuseosutajate võrgustiku laiendamine, töökorralduse muutmine ning teenuse osutamise protsesside tõhustamine, et tagada inimestele õigeaegne abi.
5. Rahastus ja teenuste hinnastamine Tervisekassa süsteemis Eelnõu järgi liigub rehabilitatsiooniteenuse rahastamine Tervisekassasse ning lisanduvad rehabilitatsioonis kasutatavad teenused, näiteks loovteraapia ja kogemusnõustamine, peaksid jõudma Tervisekassa tervishoiuteenuste loetellu. See on põhimõtteliselt mõistlik, kuid peame oluliseks rõhutada ka nende teenuste kaug- ja grupiteenusena osutamise võimaluse tagamist, kui see on inimese vajadustest lähtudes põhjendatud.	Täname ettepaneku eest. Teenuste hinnastamise loogikate kirjeldamisega tegeletakse 2026. aasta II poolaastas.
6. Meeskonnatööd ja vastuolud kahe või kolme spetsialisti nõudes Seletuskirjas esineb ebaselgust selles, kas rehabilitatsiooniteenuse osutamise eelduseks on vähemalt kahe või vähemalt kolme spetsialisti olemasolu. Ühes kohas põhjendatakse vähemalt kahe iseseisva tervishoiuteenuse tegevusloa nõuet kahe spetsialisti koostöö ja meeskonnatöö komponendiga, samas on põhimeeskonna puhul nimetatud vähemalt kolme spetsialisti nõuet. Ettepanek: ühtlustada eelnõu ja seletuskirja sõnastus nii, et oleks selge, mitme spetsialisti kaasatus on eelduslikult vajalik rehabilitatsiooniteenuse kui kompleksteenuse osutamiseks	Selgitame. Tegevusloa nõuded puudutavad nõuded sellele, kes on õigustatud rehabilitatsiooniteenust osutama. See seab eeltingimused ka sellele, kellega on võimalik Tervisekassal rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks lepinguid sõlmida. Sellest eraldiseisevad nõuded rehabilitatsiooniteenuse meeskonnale. Täpsemad nõuded rehabilitatsiooniteenuse meeskonnale reguleeritakse määruse tasandil. Rakendusakti kavandit on täiendatud muutes rehabilitatsioonimeeskonna koosseisu nõuded paindlikumaks. Rehabilitatsiooniteenuse meeskonda peab rakendusakti kavandi kohaselt kuuluma vähemalt viis erinevat spetsialisti, kelle puhul on võimalikud erinevad alternatiivid erialade kaupa. Kolmandaks on oluline eristada konkreetse kliendi puhul teenuse osutamise meeskonda kuuluvate spetsialistide arvu. Kuna rehabilitatsiooniteenuse osutamine on meeskondlik tähendab see vähemalt kahe spetsialisti panustamist.

7. Kvalifikatsiooninõuded ja teenuse kättesaadavus Toetame vajadust tagada rehabilitatsiooniteenuse kvaliteet ja spetsialistide pädevus. Samas tuleb kvalifikatsiooninõuete tõstmisel hinnata mõju teenuste kättesaadavusele. Kui nõudeid tõstetakse näiteks magistrikraadi tasemele valdkondades, kus spetsialiste on niigi vähe, võib see oluliselt piirata teenuseosutajate võimekust ja pikendada järjekordi. Ettepanek: kvalifikatsiooninõuete kehtestamisel tuleb paralleelselt hinnata iga nõude mõju teenuse kättesaadavusele, piirkondlikule kaetusele ja üleminekuperioodi vajadusele. Samuti peaks kvalifikatsiooninõuete kujundamisel arvestama lisaks formaalsele haridusele ka töökogemust, täienduskoolitusi ja senist rehabilitatsioonivaldkonna praktikat.	Selgitame. Rakendusakti kavandit ning eelnõu seletuskirja on täiendatud. Kvalifikatsiooninõuete tõstmisel on võimalik luua uutele nõutele ülemineku aeg - määruse koostamisel on võimalik pidada nõu huvikaitse- ja esindusorganisatsioonidega.
8. Dokumenteerimine, heaoluplaan ja teenuseosutaja sisemine koordineerimine Eelnõu eeldab, et terviseteejuht koordineerib heaoluplaani ning et rehabilitatsioonimeeskonna tegevuskava kokkuvõtted liiguvad heaoluplaani. Samas ei kao teenuseosutaja sees vajadus koordineeriva rolli järele. On ebarealistlik eeldada, et iga meeskonnaliige suhtleb eraldi terviseteejuhiga või haldab iseseisvalt kogu valdkonnaülest infovahetust. Praktikas on teenuseosutaja poolel jätkuvalt vaja koordineerivat spetsialisti, sageli sotsiaaltöötajat või juhtumikorraldusliku pädevusega töötajat, kes korraldab meeskonnasisest infovahetust, dokumenteerimist ja suhtlust terviseteejuhiga. Samuti ei pruugi dokumenteerimiskoormus väheneda sellisel määral, nagu seletuskirjas eeldatud, sest endiselt tuleb hinnata inimese vajadusi, koostada tegevuskava, teha vahe- ja lõpphindamisi ning edastada kokkuvõtteid. <u>Ettepanek:</u> täpsustada seletuskirjas, et teenuseosutaja sisemine koordineeriv roll säilib. Halduskoormuse vähenemise eeldused vajavad realistlikumat kirjeldust.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole eelnõu kohaselt seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkondadeülene koordinatsiooniteenus.

9. Juurdepääs andmetele ja heaoluplaani õiguste haldus Eelnõu kirjeldab, et heaoluplaani andmetele pääsevad ligi need spetsialistid, kellel on roll inimese teenuseteekonnal. Samas vajab täpsustamist, kuidas hallatakse juurdepääse olukorras, kus rehabilitatsioonimeeskondades on personalivoolavus, osakoormusega töötajad ja koostööpartnerid. Ei tundu otstarbekas, et iga konkreetse spetsialisti ligipääsu haldamine jääb terviseteejuhi ülesandeks. Mõistlikum oleks, et teenuseosutaja haldab oma töötajate ja inimese teenuseprotsessis osalevate spetsialistide ligipääse kokkulepitud õiguste ja vastutuse alusel.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole eelnõu kohaselt seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkondadeülene koordineerimine. Rehabilitatsioonimeeskonna liikmed dokumenteerivad enda igapäevase töö tervishoiuteenuseosutaja infosüsteemis.
10. Terviseteejuhtide arv ja töökoormuse arvestus Seletuskirjas on toodud terviseteejuhtide vajaduse hinnang, kuid vajab täpsustamist, millise ajaperioodi, teenusesaajate mahu ja töökoormuse eelduse põhjal see arvestus on tehtud. Millise ajaperioodi kohta on arvutatud ühe terviseteejuhi kohta 50–100 klienti ja millist töömahtu eeldatakse ühe kliendi kohta? Kui terviseteejuht muutub rehabilitatsiooniteenusele jõudmisel oluliseks lüliks, on tema töökoormuse realistlik hindamine kriitilise tähtsusega. Vastasel juhul võib terviseteejuhust saada teenusele jõudmise pudelikaal. Loodan, et kasutate esitatud tagasisidet kavandatava reformi täpsemal kujundamisel.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole eelnõu kohaselt seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkondadeülene koordineerimine.
Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsioon	
1. Ajakava ja ressursid Teenuseosutajate vaatest on tegemist sisuliselt turumuutust tingiva eelnõuga. Kõik senised SRT pakkujad ei jää tõenäoliselt turule, veel rehabilitatsiooniteenuseid mitte osutavad haiglavõrgu arengukava haiglad peavad hakkama teenust osutama. Vaja on kõigepealt üle vaadata uued nõuded, hinnata võimalused, tagada tegevusload, värvata uut personali ja lõpetada töösuhteid personaliga, kellele enam tööd ei ole pakkuda. Asutustel, kellel täna ei ole tervishoiuteenuse	Kavandatavad muudatused eeldavad teenuseosutajatelt kohanemist ning toovad kaasa nii organisatsioonilisi kui ka töökorralduslikke muutusi. Samas ei ole tegemist erandliku olukorraga – sarnased muutused kaasnevad iga suurema süsteemireformiga, mille eesmärk on tagada teenuste kvaliteet, ühtsus ja jätkusuutlikkus. Eelnõu näeb ette üleminekuperioodi, mille jooksul on teenuseosutajatel võimalik oma tegevust kohandada, sh täita uued nõuded, arendada koostöömudeleid ning ette valmistada vajalikud IT-lahendused. Samuti võimaldab etapiline rakendamine ja selge rollijaotus vähendada riske, mis on seotud nii turumuutustega kui ka organisatsiooniliste ümberkorraldustega.

tegevusluba, tähendab see lisaks vormilistele muudatustele ka kultuurilist muudatust. Harjuda tuleb tervisekassa nõuete ja rahastuse korraldusega, hakata selgemalt eesmärgistama ja kasutama uusi mõõdikuid, tegema senisest laiemalt koostööd nii meeskonna sees kui ka terviseteejuhiga. Lisaks tuleb osadel teenuseosutajatel harjuda olema teenuseosutaja partneriks mitte iseseisvaks teenuseosutajaks. Kõik see vajab ühest õigusselgust (seaduse ja rakendusaktide vastuvõtmist), kommunikatsiooni, koolitusi ja aega. Oluline on ka see, et puudub kindlus vajalike IT arenduste valmimiseks, kuna seletuskirja selgituste kohaselt minnakse nendeks raha riigieelarve lisataotlustena alles taotlema. Kuna seletuskirjas ei ole ära toodud kõigi vajalike tegevuste ühtset ajakava, siis on raske hinnata, kas kõigi vajalike muudatuste eelduste täitmine 1.10.2027 on üldse reaalne.	Kuigi kõikide eelduste täitmine nõuab aega ja selgeid juhiseid, on reformi eesmärk luua pikemas vaates selgem ja paremini toimiv süsteem, kus teenuseosutajate rollid on ühtsemad ning koostöö tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna vahel toimib tõhusamalt. Eelnõud on aastaid ettevalmistatud ning reformiks vajalikud eeldustegevused on tehtud selleks, et muudatused saaksid õigeaegselt jõustuda.
Samuti tekitab küsimusi kavandatav teenuseosutamise korraldus, kus Tervisekassa sõlmib lepingud eelisjärjekorras haiglavõrgu arengukava haiglatega ning teistel teenuseosutajatel on võimalik teenust osutada vaid läbi lepingupartneri või vajaduspõhiselt. Selline mudel võib vähendada seniste teenuseosutajate võimalusi turul jätkata ning piirata konkurentsi. Lisaks peavad olemasolevad teenuseosutajad vastama uutele teenuseosutamise tingimustele, mis eeldab mitmeid ümberkorraldusi. Sellega kaasnev halduskoormus ja kulud võivad olla märkimisväärsed.	Kavandatav lepingumudel lähtub eelkõige Tervisekassa rollist tagada teenuste kättesaadavus, kvaliteet ja eelarve tasakaal. Tervisekassa võimalused eelarvet juhtida on piiratud ning seetõttu on vajalik kujundada lepingupartnerite võrgustik viisil, mis võimaldab ressursi koondada ja kasutada võimalikult efektiivselt. Haiglavõrgu arengukava haiglate kaasamine eelisjärjekorras tuleneb nende rollist tagada piirkondlik teenuse kättesaadavus ning võimekus pakkuda terviklikke teenuseid. See ei välista teiste teenuseosutajate osalemist, kuid seab fookuse koostöömodelile, kus teenust osutatakse vajaduspõhiselt ja koordineeritult, mitte killustatult. Samal ajal säilib Tervisekassal võimalus kaasata täiendavaid partnereid, kui see on vajalik teenuse kättesaadavuse tagamiseks või eelarve efektiivseks kasutamiseks. Seega ei ole tegemist üksnes konkurentsi piirava muudatusega, vaid eelkõige sammuga süsteemi parema juhitavuse suunas olukorras, kus ressursid – nii rahalised kui ka spetsialistide osas – on piiratud.

Kohati jääb mulje, et kavandatud süsteem ühendab varasemaid lähenemisi, sealhulgas elemente ISTE programmist, kuid tervikuna ei pruugi see arvestada piisavalt valdkonna tegelikke toimimisvõimalusi. On oht, et riigi kokkuvõtte saavutatakse olukorras, kus mitmed eraettevõtted on sunnitud tegevuse lõpetama, mis omakorda suurendab koormust juba niigi pinges haiglasüsteemile.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordineerimise teenus. Reformiga kaasnevad paratamatult muutused teenuseosutajate turul ning kõik senised teenuseosutajad ei pruugi jätkata samal kujul nagu täna. Samas loob reform eeldused uute koostöömodelite kujunemiseks, kompetentside koondamiseks ning tugevamate ja jätkusuutlikumate teenuseosutajate tekkeks. Pikemas vaates on eesmärk tagada, et piiratud spetsialistide ressurss oleks koondatud viisil, mis võimaldab pakkuda kvaliteetset, terviklikku ja kättesaadavat rehabilitatsiooniteenust.
Olulise küsimusena tõuseb esile süsteemi rahastamise jätkusuutlikkus. Seletuskirjas on toodud, et teenust osutatakse seni, kuni abivajadus püsib, kuid ei selgu, millised saavad olema teenusmahtude piirid ja kuidas välditakse olukorda, kus teenusvajadus ületab riigi rahalised võimalused. Vajaduspõhise teenuse osutamise kõrval peaksid seaduses ja rakenduspraktikas olema selgelt määratletud teenuse saamise piirid, kriteeriumid ja vaidlustamise võimalused. Vastasel juhul võib tekkida õiguslik ebakindlus nii inimestele kui ka teenust korraldavatele asutustele.	Küsimus rahastamise jätkusuutlikkusest on oluline, kuid tuleb arvestada, et kavandatud lähenemine ei erine põhimõtteliselt tänasest tervishoiuteenuste korraldusest. Ka kehtivas tervishoiusüsteemis ei ole enamiku teenuste puhul seaduses sätestatud individuaalseid teenusemahu ülempiire ega ette määratud, mitu korda või kui pika aja vältel inimene konkreetset teenust võib saada. Teenuste osutamine lähtub meditsiinilisest näidustusest, inimese vajadusest ning ravi- või sekkumise eesmärgist. Samamoodi on rehabilitatsiooniteenuse puhul eesmärk tagada inimese vajadusest lähtuv abi, mitte piirata teenust eelnevalt kindlaks määratud mahtudega. See ei tähenda siiski piiramatut õigust tekkimist teenustele. Praktikas toimub teenuste rahastamine Tervisekassa eelarve ning lepingumahtude kaudu, mis võimaldab teenusevajadust ja rahalisi võimalusi jooksvalt tasakaalustada. Oluline on ka see, et rehabilitatsiooniteenuse vajaduse, sisu ja kestuse üle teeb professionaalse otsuse rehabilitatsioonimeeskond, lähtudes inimese funktsioneerimisvõimest, eesmärkidest ja oodatavast tulemusest. Teenuse osutamine ei ole eesmärk omaette, vaid peab olema põhjendatud ning toetama kokkulepitud rehabilitatsioonieesmärkide saavutamist või säilitamist. Õiguskaitse seisukohast jäävad inimesele ka edaspidi alles tavapärased vaide- ja kaebõigused juhtudel, kui ta leiab, et tema õigusi on teenuse määramisel või osutamisel rikutud. Seetõttu ei tekita vajaduspõhine korraldus iseenesest suuremat õiguslikku ebakindlust kui muud tervishoiusüsteemis kasutatavad teenused. Pigem võimaldab see suunata abi sinna, kus sellest on inimese jaoks tegelikult kasu, vältides jäikadest mahupiirangutest tulenevaid põhjendamatuid piiranguid.

Seletuskirjast ei selgu, kuidas lahendatakse olukord, kus Tervisekassale teenusteks eraldatav raha on teenusvajaduse katmiseks ebapiisav. Selgitatud on, et hinnad kallinevad. Teenusele õigustatud isikute arv võib oluliselt tõusta, kuna kaob puude või töövõime languse nõue. Juba täna on spetsialistide vähesuse tõttu suunamisest teenusteni jõudmisel viiteajad. Kas uue korralduse puhul tekivad järjekorrad või kuidas teisiti lahendatakse inimese vaatest olukord, kus on teenusvajadus on põhjendatud, kuid vahendeid ei jätku?	Teenusvajaduse ja rahastamise vaheline tasakaal on oluline küsimus kogu tervishoiusüsteemis, kuid rehabilitatsiooniteenus ei erine selles osas teistest Tervisekassa rahastatavatest tervishoiuteenustest. Ka praegu ei ole tervishoius välistatud ooteajad ning järjekordade olemasolu ei tähenda automaatselt, et teenus ei oleks kättesaadav. Eelkõige on oluline, et teenusele pääsemine oleks läbipaistev, põhjendatud ja juhitud ning et piiratud ressurss suunataks esmajärjekorras neile inimestele, kellel on teenusest suurim kasu.
Ebaselgeks jääb ka see, millest kaetakse täiendavad haldus- ja koordinatsioonikulud. Praktikas tuleb katta haiglate koordinatsioonikulu, lepingute haldamine, aruandlus, kvaliteedivastutus, IT- ja dokumentatsioonikulud ning samal ajal ka otsese teenuseosutaja töö. Kui olemasolev ressurss jaguneb rohkemate osapoolte vahel, võib see vähendada teenuseosutajate motivatsiooni ning suurendada süsteemi üldist halduskoormust.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordinatsiooni teenus. Kuigi üleminekuperioodil võivad kaasneda täiendavad kohanemiskulud, on eesmärk kujundada selgem rollijaotus ja ühtsem teenusekorraldus, mis võimaldab olemasolevaid ressursse kasutada tõhusamalt ning toetab kvaliteetse rehabilitatsiooniteenuse osutamist. Lisaks toimub teenuse rahastamine Tervisekassa tavapäraste lepinguliste mehhanismide kaudu, mis võimaldab arvestada nii teenuse osutamise kui ka selle korraldamisega seotud kuludega.
Kuigi eelnõu eesmärgina tuuakse välja halduskoormuse vähendamine, võib praktikas osa koormusest lihtsalt liikuda ühelt osapoolelt teisele. Otsuste töösuhete asemel tekivad vahendatud suhted, rohkem lepinguid, kooskõlastusi ja vastutusahelaid. Eriti keeruline võib see olla väiksematele teenuseosutajatele, kellel puudub piisav administratiivne võimekus või läbirääkimisjõud haiglatega.	Tuleb arvestada, et tervishoius on lepingulised koostöösuhted ja partnerlusmodelid tavapärane praktika. Eelnõu eesmärk ei ole suurendada väikeosutajate halduskoormust, vaid võimaldada neil panustada süsteemi oma erialase kompetentsiga, toetudes vajaduse korral suuremate teenuseosutajate koordineerivale võimekusele.
Seoses muudatustega on vaja infopäevi ja koolitusi. Kuigi osaliselt on koolitusvajadust seletuskirjas välja toodud, ei teki sellest tervikvaadet, samuti ei ole selgitatud, kui palju need maksma lähevad ja mille arvelt kulud kaetakse.	Koolituste, infopäevade ja teiste rakendustegevuste kulud on kavandatud katta Euroopa Sotsiaalfondi (ESF) vahenditest. Seetõttu ei ole ette nähtud nende rahastamist teenuste osutamiseks mõeldud vahendite arvelt ega asutuste olemasolevate eelarvete ümberjaotamise kaudu. Eesmärk on toetada reformi rakendamist täiendavate vahenditega, ilma et see vähendaks teenuseosutajate põhitegevuseks ettenähtud ressursse.
Milline saab olema sotsiaaltöötaja roll uues süsteemis ning milline on tugimeeskonna praktiline lisaväärtus võrreldes praeguse korraldusega?	Sotsiaaltöötajal on uues süsteemis oluline roll rehabilitatsioonimeeskonna liikmena. Rehabilitatsioon ei keskendu üksnes inimese tervises seisundile ja funktsioneerimisvõimele, vaid ka tema igapäevasele toimetulekule, sotsiaalsele

	osalusele, tugivõrgustikule. Samuti on sotsiaaltöötajal oluline roll jätkuteenuste vajaduse hindamisel ja korraldamisel, et rehabilitatsiooniga saavutatud tulemused oleksid kestvad. Seega aitab sotsiaaltöötaja osalemine rehabilitatsioonimeeskonnas tagada inimese vajadustest lähtuva tervikliku käsitlemise ning toetab rehabilitatsiooni peamist eesmärki – parandada inimese toimetulekut ja osalemist ühiskonnaelus. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordinatsiooni teenus.
Võtmekoht uue korralduse rakendamisel on antud eelnõuga samal ajal kooskõlastusel oleva sotsiaal- ja tervise valdkondade integratsiooni eelnõu menetlus ja TERVIKute reaalne rakendumine ning terviseteejuhtide tööle hakkamine. Seletuskirjast ei selgu, kuidas tagatakse, et ka teine eelnõu ja sellega kaasnevad tegevused toimuvad nii, et antud eelnõu eesmärgid on võimalik saavutada. Välja toomata on, kuidas maandatakse riske kui teise eelnõu menetlus võtab oodatust kauem aega.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordinatsiooni teenus. Seega on eelnõude eraldamisega maandatud risk, et ühe eelnõu menetlemine või rakendamine takistab teise elluviimist.
Seletuskirjas on toodud, et IT arendused puudutavad ennekõike SKAISi, TISi ja MTRi. Arendused puudutavad oluliselt kindlasti ka STARi, kuigi need tehakse teise seaduse muudatuse eelnõu raames, tuleks need ka siin ära märkida, sest ilma heaoluplaani andmete nägemise ja märkamislehe süsteemi kaudu edastuse võimaluseta tekib KOVidele oluline halduskoormus.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordinatsiooni teenus.
Oluline on viia läbi põhjalikud ressursianalüüsid. See aitaks tagada, et muudatused on realistlikud, rakendatavad ega kahjusta olemasolevat toimivat süsteemi enne, kui uus lahendus on täielikult valmis seda asendama.	Põhjalikud ressursianalüüsid on olulised ning neid on täiendavalt rakendusasutuste poolt läbiviidud ning viiakse täiendavalt läbi rakendamise ettevalmistamise käigus. Samas ei ole eelnõu eesmärk olemasolevat süsteemi lõpetada enne uue valmimist – selleks on ette nähtud üleminekuperiood ja järkjärguline rakendamine, et tagada muudatuste realistlikkus ja teenuste järjepidevus.
Eelnõu näeb valdkonna eest vastutavale ministrile ette kolm volitust rakendusmääruste kinnitamiseks, mis on kaetud ühe määruse	Määruse pealkiri võtab lühidalt kokku määruse sisu ja määruses reguleeritavad teemad sätestatakse täpsemalt määruse reguleerimisalas.

kavandiga. Kavandi pealkirjas ei kajastu, kuid määruse eelnõus on toodud rehabilitatsioonimeeskonna liikmele esitatavad täpsemad nõuded. Määruse pealkiri peaks sisaldama kõiki kolm. Seletuskirja punktis 8.1 on välja toodud viis määrust, milles tuleb muudatusi teha. Loetelust puudub. Antud määruse § 38 (6) Töötukassa võimaldab inimesel vastavalt tegevuskavas kokku lepitud rehabilitatsioonivajadusele valida sobiva tööalase rehabilitatsiooni teenuse osutaja töötukassa kvalifitseeritud teenuseosutajate seast. Teenuseosutajal peab olema sotsiaalhoolekande seaduse § 147 lõikes 1 sätestatud tegevusluba.“ Vastav osa SHSist tunnistatakse kehtetuks, seega tuleb muuta ka antud sätte sõnastust.	Arvestatud, seletuskirja rakendusaktide alla täiendavalt lisatud Vabariigi Valitsuse 29. septembri 2023. a määrus nr 90 “Tööhõiveprogramm 2024-2029”.
Muutmist vajab ka SHSi ja selle rakendusmäärustega seotud kaitseministri 29.06.2016 määrus nr 11 „Psühholoogilise abi ja sotsiaalteenuse tagamine ning töövõimetuse või puudega seotud lisakulu katmise tingimused, kord ja ulatus“.	Arvestatud, rakendusaktide alla täiendavalt lisatud.
Kehtetuks muudetakse ka nõuded kogemusnõustaja ja rehabilitatsioonimeeskonna spetsialisti koolitustele. Samas jääb rakendusakti kavandi järgi kogemusnõustajale kohustus läbida vähemalt 182 – tunnine täiendkoolitus. Selle nõude säilimisel on koolituste ühtse taseme tagamiseks oluline kinnitada ka nõuded koolitusele.	Rakendusakti kavandis on kogemusnõustajale ette nähtud kohustus läbida kindlaksmääratud mahus täienduskoolitus. Leiame, et koolitusnõudeid ei ole otstarbekas kehtestada määruse tasandil, kuna see vähendab paindlikkust koolituste sisu ja mahu ajakohastamisel. Nõuete kehtestamine madalama taseme regulatsioonis võimaldaks koolitusprogramme kiiremini kohandada ning tagada nende vastavuse muutuvatele vajadustele.
Seotus teiste valdkondadega Seletuskirjas on oluline rõhk inimesepõhise tervikvaate tekkimisele. Sotsiaal- ja tervishoiuteenuste ühtsesse plaani toomisega ei teki veel tervikvaadet, kuna rehabilitatsiooniteenustega osalt kattuvatel eesmärkidel osutab töötukassa tööalast rehabilitatsiooniteenust (tööealised teenusesaajad), samuti toetavad lapsi hardidussüsteemis sama ettevalmistusega tugispetsialistid ning toimetulekut arendav on ka erivajadusega õpilastele korraldatavad hooldus- ja toimetulekuõppe vormid.	Eelnõu ei lähtu eeldusest, et rehabilitatsiooniteenus katab kõiki inimese vajadusi või asendab teiste süsteemide pakutavat tuge. Inimese toimetulekut toetavad jätkuvalt ka töötukassa teenused, haridussüsteemi tugiteenused ning teised valdkondlikud meetmed. Seetõttu on rehabilitatsiooniteenuse üheks oluliseks ülesandeks hinnata inimese vajadusi terviklikult ning teha vajaduse korral soovitusi jätkuteenuste kasutamiseks ka väljaspool tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi.
Muudatuste mõju kohalikele omavalitsustele	Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga

Halduskoormuse suurenemine on välja toodud ainult juhtumikorralduse ja teenuste vajaduse vähenemise vaatest. Arvestada tuleks ka seda, et osa täna rehabilitatsiooniteenuseid kasutavad isikud ei vaja juhtumikorraldust, vaid saavad abi lihtmenetlustega, nende hulgas võib olla ka neid, kes ei kasuta üldse KOV teenuseid ja toetusi, mistõttu on nende kohta märkamislehe koostamine arvestatav lisakoormus. Täna piirdub sotsiaaltöötaja roll rehabilitatsiooniteenuste puhul nõustajaks olemisega ja SKA poole pöördumisel abistamises, tulevikus tuleb hakata täitma märkamislehti, sh selleks infot koguma ja tegema koostööd terviseteejuhiga. Samuti võib pöördumiste arv suureneda seoses sotsiaaltranspordi taotluste arvu suurenemise ja transpordi korraldamisega. Samuti võtab terviseteejuht üle ainult riskirühma teenuste koordineerimise, kõigi teiste abivajajate puhul jääb sotsiaaltöötajatele endiselt alles vajadus suhelda tervishoiuteenuste osutajatega. Vähemalt esialgu toob valdkonnaülesele koordineerimisele õigustatud ja mitteõigustatud abivajajate eristamine lisasegadust ja selgitamist.	ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordinatsiooni teenus. Sealhulgas ei ole vajalik iga rehabilitatsiooniteenust vajava inimese puhul täita märkamisleht ning alustada valdkonnaülest koordinatsiooniteenust. Uue rehabilitatsiooniteenuse korralduse teenuse saamise aluseks on eriarsti või -õe suunamine.
Seletuskirjas on ühe olulise mõjuna välja toodud põhjendamatu rehabilitatsiooniteenuse osutamine, sh pikaajaliselt. Pikaajaliste teenusesaajate teenuselt välja juhtimine võib tähendada suuremat vajadust KOV toetavate teenuste järele, sh tugiisikuteenuse järele.	Rehabilitatsiooniteenust tuleb osutada inimese tegelikust abivajadusest lähtuvalt ning eesmärki mittetäitev teenuse osutamine ei ole põhjendatud. Samas tuleb arvestada, et pikaajaliste teenusesaajate rehabilitatsiooniteenuselt välja juhtimine ei tähenda tingimata abivajaduse lõppemist. Sellisel juhul võib vajadus liikuda teistele toetavatele teenustele, sealhulgas kohaliku omavalitsuse korraldatavatele teenustele, näiteks tugiisikuteenusele. Seega kohaliku omavalitsuse roll on olla kursis oma piirkonna abivajavate inimestega.
Seletuskirja järgi pakutakse täna KOVide poolt sotsiaalsele rehabilitatsioonile suunatavatele lastele tulevikus suuremas mahus MDFT saamise võimalust. Seletuskirjast ei selgu kuidas ja mis ajaks SKA kuuenda meeskonna võimekus saavutatakse ja palju võimaldab ühe meeskonna lisandumine mahtu kasvatada. MDFT on väga hea teenus, sh ka probleemide süvenemist ennetav teenus, kuid juba täna on vajadus suurem, kui on SKA võimalused teenust pakkuda. Kuna ka MDFTle on vajalik teha KOV suunamine, siis selles osas tuleb KOVil	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. Väljaõppe läbinud meeskond on valmis täisvõimsusel töötama mais 2028. aastal. Märkamislehe täitmise kohustus käesoleva muudatuse kontekstis enam aktuaalne, kuna valdkonnaülene koordinatsiooniteenus ei ole teenusele jõudmise ega teenuse osutamise aluseks. Seetõttu ei kaasne kavandatava muudatusega KOVidele täiendavat koormust märkamislehtede täitmisega.

endiselt teha suunamisi + märkamislehtede täitmine teiste teenust vajavate laste kohta.	
Eelnõu seletuskirjas on selgitatud teenuse saajate transpordi- ja majutuskulude hüvitise lõppemist kui võimalikku lisakoormust KOVidele. Oluline on välja tuua, et KOVil on kehtiva SHSi järgi kohustus tagada sotsiaaltransport isikutele, kellel puue takistab isikliku või ühissõiduki kasutamist, kasutada tema vajadustele vastavat transpordivahendit tööle või õppeasutusse sõitmiseks või avalike teenuste kasutamiseks. Juhul, kui isikul ei ole tervisest tulenevaid takistusi isikliku või ühissõiduki kasutamiseks, siis ei teki KOVil kohustust talle teenust osutada. Samuti puudub KOVil kohustus tagada rehabilitatsiooniteenuse kasutamise ajal majutusteenust. Osad KOVid on loonud endale toetused, mis sobivad ka antud kulude katmiseks, kuid kohustust neil selleks pole ja seoses riigi kohustuslike teenuste kulude kasvuga on mitmed KOVid juba pidanud enda loodud hüvitisi vähendama. Tulenevalt sellest tuleks eelnõu seletuskirja täpsustada, et inimestel ei tekiks ekslik arusaam, et juhul, kui tal endal majanduslikud võimalused ei võimalda neid kulusid katta, on tal igal juhul õigus nõuda nende katmist elukohajärgselt KOVilt. Pigem on sellisel juhul lahenduseks võimalikult kodulähedaste teenuste kasutamine, et hoida kulude suurust inimesele jõukohasel tasemel.	Selgitame. Sõidu- ja majutuskulud. Praeguses süsteemis hüvitatakse SRT saajatele transpordi- ja majutuskulusid, kuid oluline on eristada, kas ja millal on teenuseosutaja valik seotud kliendi vajadusega (kas on tingimata vajalik kaugemal, näiteks teises maakonnas asuv teenuseosutaja) või on valik tehtud muudel alustel. Majutusega teenuse saajaks on eelkõige täisealised. Rehabilitatsiooniteenuse eesmärgist lähtuvalt ei too rehabilitatsiooni tulemust lühiajalised teenuseosutamise perioodid kord või paar korda aastas, oluline on järjepidev teenuse osutamine. Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse osutajad, sealhulgas need, kes osutavad majutusega teenust, on selgitanud, et laste sihtrühmale on soovitatud kodulähedast teenuseosutajat just sel eesmärgil, et laps saaks järjepidevamalt teenust, mida ei võimalda tagada, kui majutuse võimalusega teenuseosutaja asub elukohast eemal. Tervisekassa plaanib teenust hankida piirkonna, tervise seisundi ja vanuselise sihtrühma põhiselt. See aitab kaasa sellele, et piirkondlikult oleks rehabilitatsiooniteenuse osutajad olemas ning teenuse pakkumine tagatud. Praeguses süsteemis ei ole Sotsiaalkindlustusametil kohustust tagada teenusepakkujate ehk Sotsiaalkindlustusameti lepingupartnerite olemasolu piirkonniti (näiteks iga maakonnas). Sellega võrreldes on oodatav mõju, et teenuse pakkumine kogukonna tasandil, piirkonniti paraneb. Lisaks teenuse hankimisele, kuna pannakse haiglavõrgu arengukava haiglate kohustus rehabilitatsiooniteenust osutada, suureneb kõigis piirkondades (eelkõige maakondade põhiselt) teenuse pakkumine ning seega ka kättesaadavus.
Märkamislehte saavad koostada ja edastada nii sotsiaal- kui tervisevaldkonna spetsialistid. On võimalik, et ühe ja sama inimese kohta teevad seda mõlema valdkonna spetsialistid, kuna alati ei saa inimesed ise aru, millest täpselt on jutt ja ei oska seetõttu ise topelt töö kohta infot anda. Mõlema valdkonna spetsialistide koormus on küllaltki suur, mistõttu oleks otstarbekas, kui info märkamislehe koostamise või selle edastamise kohta jõuaks võimalikult varases etapis ka teise valdkonna spetsialistini.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordineerimise teenus.

Inimese vaade Seletuskirja järgi ei saa inimene enam rehabilitatsiooniteenuseid taotleda, vaid perearstil või sotsiaaltöötajal tuleb täita märkamisleht. Kuna teenusele suunamisele ei kohaldu enam Sotsiaalhoolekande seadus, siis ei ole märkamislehe edastamise otsuse jaoks nõutav haldusakti andmine KOVi poolt. Samuti ei tee terviseteejuht otsuseid, mida saaks vaidlustada. Seletuskirjast ei selgu, millised on abivajaja õigused ja kuidas toimub vaidluste lahendamine juhul, kui inimene ei ole rahul spetsialistide otsustega. Eriarvamuste ennetamiseks oleks oluline täpsemalt välja tuua, millisel juhul on sotsiaal- või tervishoiuvaldkonna spetsialistil õigus ja kohustus märkamisleht koostada ja edastada.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uuatel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordinatsiooni teenus. Rehabilitatsiooniteenuse vajaduse hindamine ja teenusele suunamine toimub e-konsultatsiooni kaudu, mille käigus edastab tervishoiutöötaja asjakohase info teenuse osutajale. Seetõttu ei ole märkamislehe koostamise, edastamise ega sellega seotud vaidlustamise küsimused käesoleva regulatsiooni puhul enam asjakohased. Inimese õigused ning teenuse osutamisega seotud menetluslikud küsimused tulenevad edaspidi e-konsultatsiooni korra.
Ebaselge on, kuidas toimub rehabilitatsiooniteenuse dokumenteerimine teenuseosutaja juures. Kokkuvõtte heaoluplaani esitatakse alles teenuse osutamisel, kuid kus kajastab teenuseosutaja oma tegevuse. Terviseportaalil või on teenuseosutajatel oma tarkvarad?	Rehabilitatsiooniteenuse osutamise dokumenteerimine toimub teenuseosutajate infosüsteemides, nagu see toimub ka praegu kehtiva korralduse alusel. Teenuseosutajad kajastavad teenuse osutamisega seotud tegevused oma töökorralduseks kasutatavates infosüsteemides ning teenuse tulemusena koostatakse kokkuvõtte vastavalt kehtestatud nõuetele. Kavandatav muudatus toob kaasa selle kohustuse, et teenuseosutajal tuleb andmed edastada Tervise infosüsteemi, kus need on ka inimesele ja eriarstile nähtavad.
Seletuskirjas on toodud, et seda, kas inimene vajab kaugnõustamist või kohapealset teenust, otsustab teenuseosutaja, hinnates inimese terviseseisundit ja olukorda. Kindlasti tuleks arvestada ka inimese enda eelistusi ja valmisolekut ning võimalusi kaugsuhtlusvahendite kasutamiseks.	Nõustume esitatud seisukohaga. Kaugnõustamise või vahetu teenuse sobivuse hindamisel tuleb lisaks inimese terviseseisundile ja olukorrale arvestada ka inimese eelistusi, valmisolekut ning võimalusi kasutada kaugsuhtlusvahendeid. Selle tagamiseks on vajalik kehtestada selged kriteeriumid, millest teenuseosutaja teenuse korraldamisel lähtub.
Kindlasti tuleks ka inimese vaatest välja tuua sõidu- ja majutuskulude hüvitamise lõppemine, kuna ennekõike tähendab see seda, et juhul, kui tegemist ei ole sotsiaaltranspordile õigustatud sihtrühmaga, tuleb kulud katta inimesel endal.	Täiendame seletuskirja sõidu- ja majutuskulude osa inimese vaates.
Seletuskirjas on küll öeldud, et ülemineku hetkel teenuste katkemise vältimiseks tuleb muudatuste korraldus hästi läbi mõelda, kuid pole selgitatud, kuidas teenuse mittekatkemine tagatakse. Osadel muudatuse hetkel teenustele suunatud inimestel kindlasti ei lõppe teenused ülemineku hetkel, kuid neil võib tekkida vajadus	Selgitame. Eelnõus oleme täpsustanud üleminekuperioodi, kus luuakse õiguslik alus, et 30.09.2027 seisuga sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse kehtivate suunamisotsustega inimestele luua automaatne saatekiri. Kavandatav üleminekusäte on vajalik, et tagada sujuv üleminek sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse (SRT) korralduselt uuele rehabilitatsiooniteenuse korraldusele tervishoius. 30. septembri 2027. aasta seisuga

teenuseosutaja vahetuseks (näiteks tänane teenuseosutaja ei jää tegutsema). Kas sellisel juhul on võimalik märkamislehtede edastamine juba enne 1. oktoobrit, et selleks tähtajaks oleks uue teenuseosutaja juures teenust jätkata? Ebaselge on mida ja kas tuleb vormiliselt teha juhul, kui teenus jätkub sama teenuseosutaja juures, kuid uutel alustel. Kas ka nende teenusvajadus nõ hinnatakse üle ja otsustatakse teenuse vajadus uuesti või jätkub teenus juba koostatud tegevuskava alusel?	kehtivate suunamisotsustega isikute hulk on märkimisväärne ning ilma täiendava regulatsioonita peaksid need isikud lühikese ajavahemiku jooksul pöörduma perearsti, eriarsti või õe poole uue saatekirja saamiseks, mis põhjustaks olulise halduskoormuse kasvu ning teenuse kättesaadavuse viibimise riski. Tegevusele lisandub täiendav kommunikatsioon, kus on selgitatud, mida inimene ise peab tegema selleks, et liikuda uutel alustel rehabilitatsiooniteenusele.
Seletuskirjas kasutatakse läbivalt terminit vaimupuue. 2022 tehti SHSis läbivalt muudatus ja termin "vaimne alaareng" asendati terminiga "intellektipuue". Sellest tulenevalt on kohane, et ka antud juhul kasutataks sama terminit.	Arvestatud osaliselt.
Eesti Arstide Liit	
Arstide liit toetab eesmärgi „luua inimesekeskne rehabilitatsioonisüsteem, kus inimese funktsioneerimisvõime ja abivajadus on terviklikult hinnatud ning vajalik abi kiiresti kättesaadav.“ Leiame, et loodava rehabilitatsioonisüsteemi ebapiisava rahastuse ja tööjõupuuduse tõttu on kaheldav, kas eelnõu täidab selle eesmärgi ja seetõttu ei saa me eelnõu toetada.	Leiame, et eelnõu eesmärgi saavutamist toetab olemasolevate ressursside senisest sihipärasem kasutamine. Muudatustega vähendatakse dubleerivaid tegevusi, lihtsustatakse teenusele jõudmist ning suunatakse spetsialistide tööaega rohkem vahetusse teenuse osutamisse. Samuti võimaldab terviklikum teenusele suunamise korraldus kasutada olemasolevat kompetentsi tõhusamalt, mis aitab parandada abi kättesaadavust ka piiratud rahastuse ja tööjõu tingimustes.
Leiame, et õigusselguse tagamiseks tuleks rehabilitatsiooniteenus lugeda tervishoiuteenuseks, kuna selle korraldamine ja rahastamine vastab tervishoiuteenuste korraldamise ja rahastamise tingimustele. Eelnõu järgi ei ole rehabilitatsiooniteenus tervishoiuteenus, kuna seda reguleerib rahvatervishoiu seadus, mitte TTKS; sellele viitab teenuse definitsioon ja seletuskirjas rõhutatakse korduvalt, et rehabilitatsiooniteenus ei ole tervishoiuteenus. Kuid rehabilitatsiooniteenuse osutajatel peab olema tervishoiuteenuse osutamise tegevusluba, teenust rahastab Tervisekassa ravikindlustuse seaduse § 30 ja 35-37 alusel, mis reguleerivad tervishoiuteenuse osutamise eest tasumist ja Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelu koostamist. Juhul, kui rehabilitatsiooniteenuseid ei defineerita	Arvestatud osaliselt. Rehabilitatsiooniteenust ei käsitleta tervishoiuteenusena, kuna selle eesmärk on inimese funktsioneerimisvõime, igapäevase toimetuleku ja ühiskonnaelus osalemise toetamine tervikliku, valdkondadeülese lähenemise kaudu. Kuigi teenust osutavad tervishoiualase pädevusega spetsialistid ning selle rahastamises osaleb Tervisekassa, ei muuda see teenuse olemust tervishoiuteenuseks. Rehabilitatsiooniteenus erineb tervishoiuteenusest oma eesmärgi, sisu ja korralduse poolest ning hõlmab lisaks terviseseisundile ka inimese sotsiaalset ja tegevusvõimega seotud toimetulekut. Seega on tänases eelnõus põhjendatud rehabilitatsiooniteenuse reguleerimine eraldiseisva teenusena, mitte tervishoiuteenusena. Rehabilitatsiooniteenust rahastatakse sotsiaalministeeriumi poolt riigieelarve vahenditest Tervisekassale iga-aastaselt antavast eraldisest, mitte ravikindlustusvahenditest.

tervishoiuteenustena, siis on küsitav, kas nende rahastamist oleks võimalik reguleerida vastavate teenuste kandmisega Tervisekassa tervishoiuteenuste loetellu. See võib minna vastuollu RaKS § 2 lg 1 sätestatud ravikindlustuse mõistega ja RaKS § 4 sätestatud ravikindlustuse vahendite ja Tervisekassale riigieelarvest eraldatud vahendite lubatud kasutusviisidega.	
Rehabilitatsioonisüsteemi muudatuste kulud ei ole täielikult kaetud ja on ilmne risk, et uusi kohustusi peab Tervisekassa taas osaliselt rahastama raviteenuste arvelt ja arstiabi kättesaadavus patsientidele halveneb veelgi. Seletuskirja järgi eraldab Sotsiaalministeerium igal aastal riigieelarve vahendid Tervisekassale rehabilitatsiooniteenuse rahastamiseks. Väidetakse, et reformiga seotud eelarvemõju ei kandu Tervisekassale (ravikindlustuseelarvele). Teenuseid rahastatakse SRT riigieelarve vahenditest. Rehabilitatsiooniteenuse korraldamise eelarve maht on 2027. aastal 25 733 608 eurot, 2028. aastal 28 092 732 eurot, 2029. aastal 29 601 528 eurot ning 2030. aastal 29 601 528 eurot. Kuigi rahastus tuleb riigieelarvest, mõjutab teenuste tegelikku mahtu asjaolu, et tervishoiuteenuste hinnad on kõrgemad. 2024. aasta seisuga olid taastusravi süsteemis hinnad 1,2–2,1 korda kõrgemad SRT hindadest. See tähendab, et sama eelarve juures on võimalik pakkuda teenuseid väiksemas mahus. Aastatel 2027 ja 2028 planeeritud IT-süsteemidega liidestamise arendamiskulud on kokku üle 500 000 euro. Kuludel puudub rahaline kate, seetõttu esitatakse 2027–2030 lisataotlus riigi eelarvestrateegia protsessis. Vahendite mitteeraldamise korral ei ole võimalik arendust sellisel kujul ellu viia, mis halvendab seadusega võetud eesmärkide täitmist. Tõenäosus, et puuduolevad summad peavad katma Tervisekassa ja haiglad, on suur. Rahastamine riigieelarvest on planeeritud aastateks 2027–2030, ei ole selgitatud, kuidas see jätkub peale seda perioodi.	Selgitame. Eelnõu kohaselt rahastatakse rehabilitatsiooniteenust sihtotstarbeliselt riigieelarvest ning selleks vajalikud vahendid eraldatakse Tervisekassale eraldi ravikindlustuse vahenditest. Seetõttu ei ole kavandatud muudatuste eesmärk ega eeldus katta rehabilitatsiooniteenuse kulusid raviteenuste arvelt. Teenuse kättesaadavuse riski maandamiseks on uutel alustel teenuse korralduses väga oluline vajaduspõhine suunamine teenusele. IT-arenduste rahastamise vajadus on eelnõus välja toodud ning vastavad vahendid kavandatakse riigi eelarvestrateegia protsessi kaudu. Teenuse pikaajaline rahastamine sõltub nagu teistegi avalike teenuste puhul riigieelarve otsustest, kuid rehabilitatsiooniteenuse rahastamise alused ei lõpe 2030. aastaga. Samuti on reformi eesmärk muuta teenuse korraldus tõhusamaks ja vähendada halduskoormust, et olemasolevaid ressursse saaks senisest enam suunata vahetu abi osutamisse.
Uue süsteemi ülesehitus on kohati ebaselge ja vajalike rehabilitatsiooniteenuste tegelik saamine on seotud paljude riskidega.	Leiame, et eelnõuga seotud peamised rakendusriskid on olulisel määral maandatud. Muudatuste elluviimiseks on sotsiaalvaldkonna ja tervishoiu integratsiooni ja

	rehabilitatsioonisüsteemi reform jagatud kaheks eraldiseisvaks eelnõuks, mis võimaldab muudatusi ette valmistada ja rakendada järk-järgult. Samuti on ette nähtud üleminekuperiood, et tagada olemasolevate teenuste katkematu jätkumine ning anda kõigile osapooltele piisavalt aega uue korraldusega kohanemiseks. Lisaks tugineb uus teenusele suunamise mudel tervishoius tavapäraselt kasutatavale loogikale ja töökorraldusele, mis vähendab vajadust luua paralleelseid menetlusi. Rehabilitatsiooniteenuse kättesaadavust toetab ka haiglavõrgu arengukava haiglate kohustus teenust osutada, mis aitab tagada teenuste järjepidevuse ja piirkondliku kättesaadavuse. Seetõttu leiame, et teenuste tegeliku saamisega seotud suuremad riskid on kavandatud lahendustega olulises osas minimeeritud.
Inimestes tekitatakse ootus, et edaspidi on rehabilitatsioon kättesaadav ja Tervisekassa poolt rahastatud, kuid see pole tegelikult tagatud. Seletuskirjas nenditakse, et „oluliseks piiranguks on ka tööjõu kättesaadavus, kuna mitmes valdkonnas on spetsialistide nappus, eelkõige kliiniliste psühholoogide, logopeedide, arstide, õdede ning füsioterapeutide seas.“ Eelnõu sätestab, et „rehabilitatsiooniteenust ja selle korraldamist rahastatakse riigieelarvest Tervisekassa kaudu riigieelarveliste võimaluste piires.“	Selgitame. Nõustume, et tööjõupuudus ja piiratud ressursid mõjutavad teenuste kättesaadavust nii tervishoiu- kui ka sotsiaalvaldkonnas laiemalt. Tegemist on süsteemse probleemiga, mida ei ole võimalik lahendada üksnes käesoleva rehabilitatsioonisüsteemi reformiga. Eelnõu eesmärk on olemasolevaid ressursse tõhusamalt kasutada, lihtsustada teenusele jõudmist ja parandada valdkondade vahelist koostööd, kuid see ei kõrvalda iseenesest spetsialistide nappusest tulenevaid väljakutseid. Seadus annab valdkonna eest vastutavale ministrile volitusnormi kehtestada rehabilitatsiooniteenuse liigid, nõuded rehabilitatsioonimeeskonna koosseisule ning teenuse osutamise tingimused ja kord määrusega. Rehabilitatsiooniteenus on olemuselt kompleksteenuse, mille osutamise praktika, kasutatavad sekkumised ning eri sihtrühmade vajadused muutuvad ajas. Teenuse liikide, rehabilitatsioonimeeskonna koosseisu ning ka kvalifikatsiooninõuete nõuete reguleerimine vajab suuremat paindlikkust. Määruse tasand võimaldab ajakohastada teenuse korraldust vastavalt teenuste süsteemis toimuvatele muudatustele ilma seadust muutmata.
Suurim otsustusõigus ja vastutus on terviseteejuhtidel, kellel ei pea olema tervishoiuspetsialisti väljaõpet. Terviseteejuht hindab valdkonnaülese koordinatsiooniteenuse vajadust, moodustab tugimeeskonna, koostab heaoluplaani ja osaleb rehabilitatsiooniteenuse osutaja valimisel, seega sõltub tema otsustest, kas ja milliseid rehabilitatsiooniteenuseid inimene tegelikult saada	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordinatsiooni teenus.

hakkab. Eelnõust ei selgu, kas ja kuidas saab terviseteejuhi otsuseid vaidlustada.	
Rehabilitatsiooniteenuste liigid pole määratud ja kirjeldatud. Rakendusakti kavandi § 1 punkt 2 järgi kehtestab määrus rehabilitatsioonimeeskonna koosseisu, teenuse liigid ja nende sisu, kuid määruse kavandis ei ole nimetatud rehabilitatsiooniteenuste liike ega kirjeldatud nende sisu, on määratud ainult spetsialistid, kes peavad kuuluma erinevate rehabilitatsioonimeeskondade koosseisu.	Selgitame. Seadus 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 olemuselt kompleksteenuse, mille osutamise praktika, kasutatavad sekkumised ning 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 ning 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. Määruses reguleeritakse eelkõige rehabilitatsiooniteenuse liigid. Teenuste täpsem sisu, sekkumiste valik ning nende rakendamise põhimõtted kirjeldatakse terviseseisundipõhistes rehabilitatsiooni sekkumiste käsitusjuhendites, mis võimaldavad arvestada erinevate sihtrühmade vajadusi ning ajakohastada sekkumisi paindlikumalt vastavalt erialase teadmise arengule.
Taastusravi ühildumine rehabilitatsiooniteenusega ja taastusarstide roll on selgitamata. Olemasolev kompetents ja toimiv taastusravi ning rehabilitatsioonimeeskondade roll on uues süsteemis kirjeldamata. Eelnõus ja seletuskirjas ei ole taastusarste mainitud ega selgitatud, mida tegelikult reform haiglate taastusravikliinikutele ja -osakondadele, taastusravikeskustele ja taastusarstidele kaasa toob.	Seletuskirja on täiendatud. Reformi eesmärk on parandada taastusravi ja rehabilitatsiooniteenuse omavahelist sidusust ning teenuste koordineerimist, mitte asendada või vähendada olemasoleva taastusravisüsteemi rolli. Muudatuste kontekstis tuleb vaadata taastusravi ja rehabilitatsiooni kui üht valdkonda, milles rehabilitatsiooniteenus on seotud inimese tervisega. Rehabilitatsiooniteenus on kompleksteenuse, mis on sihitatud oma terviseseisundi kontekstis kodus ja kogukonnas hakkamasaamisele ning igapäevasele toimetulekule. Rehabilitatsiooniteenuse tegevused on suunatud pigem kogukonna tasandile, esmatasandile. Eelnõuga loodava rehabilitatsiooniteenuse korralduse põhiselt 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). Taastusravis on eesmärgid seotud enam tegevusega (mõnikord osalusega) – tegevuse tasandi eesmärgid on näiteks kõndimine, riidesse panemine. Taastusravi osutamisel ning inimese taastusravilt väljumisel on keeruline praeguses süsteemis seada eesmärke olukordades, kus inimene väljub (statsionaarselt) taastusravilt. Taastusravi on enamasti statsionaarne, ambulatoorses osutatakse taastusravi meeskondlikult vähem.
Haiglate koormus suureneb. Peamine koormus ja vastutus pannakse HVA haiglatele, kellel on kohustus rehabilitatsiooniteenust osutada ja tagada selleks nõuetele vastavate spetsialistide olemasolu (tööjõupuuduse tingimustes), teenuste kvaliteet ja rahaliste vahendite efektiivne kasutamine.	Reformi eesmärk ei ole luua haiglatele uusi sisulisi kohustusi, vaid koondada teenuse korraldus loogilisemalt olemasolevatele teenuseosutajatele. Seejuures ei kaasne muudatustega üksnes täiendavad kohustused, vaid ka teenuseosutajate ümberkorraldamise tulemusena lisandub HVA haiglatele rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks vajalikku kvalifitseeritud personali ja kompetentsi. Ühtsem teenuse korraldus, parem koordineeritus ning spetsialistide koondumine suurema võimekusega meeskondadesse aitab kasutada olemasolevaid ressursse tõhusamalt ning toetada teenuste kvaliteeti ja kättesaadavust.
Seniste rehabilitatsiooniteenuste osutamine võib katkeda. Ei ole piisavalt selgitatud, kuidas toimub praeguse süsteemi järgi teenuse saajate üleminek uude süsteemi. Eelnõu järgi sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse osutamine (SRT) Sotsiaalkindlustusameti korraldusel lõpetatakse 30.09.2027 ning alates 01.10.2027 pakutakse rehabilitatsiooniteenust tervishoiuvaldkonnas. Seletuskirjas hoiatatakse, et „reformiga kaasneb üleminekurisk: ajutiselt võib teenuse kättesaadavus olla raskendatud, kuid olemasolevad kliendid saavad teenuseid kuni 2027. aasta oktoobrini varasematel tingimustel ning üleminek toimub järk-järgult.“ Ei ole selge, mida tähendab üleminek järk-järgult, kui üks süsteem lõpetab 30.09. 2027 ja uus alustab järgmisel päeval. Eelnõu kohaselt võtab Tervisekassa inimeselt rehabilitatsiooniteenuse eest tasu maksmise kohustuse üle, kui teenuse vajaduse on hinnanud terviseteejuht ning teenuse vajadus on märgitud inimese heaoluplaani. Puudub selgitus, kas ja millisel perioodil peab kõigi nn vanas süsteemis teenuseid saanud inimeste kohta täitma märkamislehe, et terviseteejuht saaks koostada heaoluplaani jne.	Eelnõus oleme täpsustanud üleminekuperioodi, kus luuakse õiguslik alus, et 30.09.2027 seisuga sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse kehtivate suunamisotsustega inimestele luua automaatne saatekiri. Kavandatud üleminekusäte on vajalik, et tagada sujuv üleminek sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse (SRT) korralduselt uuele rehabilitatsiooniteenuse korraldusele tervishoius. 30. septembri 2027. aasta seisuga kehtivate suunamisotsustega isikute hulk on märkimisväärne ning ilma täiendava regulatsioonita peaksid need isikud lühikese ajavahemiku jooksul pöörduma perearsti, eriarsti või õe poole uue saatekirja saamiseks, mis põhjustaks olulise halduskoormuse kasvu ning teenuse kättesaadavuse viibimise riski.

Säilib kaks eraldiseisvat rehabilitatsioonisüsteemi. Töölase rehabilitatsiooni saab ka edaspidi töötukassa kaudu, seega jääb tööeliste inimestele kehtima kaks eraldiseisvat rehabilitatsioonisüsteemi, kus teenused ja spetsialistid vähemalt osaliselt kattuvad.	Töölase rehabilitatsiooni teenuse rahastus on kuni 31.detsembrini 2027 tagatud ESF vahenditest (aastane eelarve ca 6.5 milj eurot). Hetkel ei ole töötukassa nõukogu poolt langetatud otsust, millistest vahenditest (ESF, töötuskindlustus vm vahendid) teenuse rahastamist alates 2028.aastast jätkatakse – vastavad otsused on plaanis langetada 2026. a II pooles. Töölane rehabilitatsioon jätkab iseseisva tööturuteenusena (st mitte Tervisekassa poolt rahastatava rehabilitatsiooniteenuse koosseisus), kuna vähenenud töövõimega inimestele ei piisa tööturule sisenemiseks ja tööturul püsimiseks vaid sotsiaal- ja tervishoiuteenustest – vaja on ka tööturukesksest kompleksset sekkumist
Puudub selgitus haridussüsteemi kaasamise kohta. Ei ole arusaadav, kas ja kuidas on süsteemi kaasatud laste sihtrühma puhul olulised haridussüsteemis töötavad logopeedid, eripedagoogid, psühholoogid jt spetsialistid.	Kahe süsteemi vaheline sidusus tekib eelkõige lapse vajaduste hindamise, toe planeerimise ja teenuste osutamise tasandil. Haridusvaldkonna tugiteenused ja rehabilitatsiooni teenused täiendavad teineteist, mitte ei asenda. Rehabilitatsiooniteenuse eesmärk on laiem toimetulek igapäevaelus, mitte ainult koolis. Süsteemid ei ole ka pärast eelnõu rakendamist täielikult integreeritud ning sidusus on arendamisel ning liigub ühise andmevahetuse ja koordineeritud toe mudeli suunas Kool kui võimalik teenuse osutamise koht saab tulla kõne alla olukorras, kus on lapsel tuvastatud rehabilitatsiooniteenuse vajadus ning teenuse osutamine on õigustatud tema igapäevakeskkonnas - sellistel alustel, millal on tervishoiuteenuste loetelu (TTL) kohaselt näidustatud kaug- ja koduteenuste osutamine. Hariduse tugispetsialist teeb vajadusel koostööd meditsiini-, rehabilitatsiooni-, sotsiaalvaldkonna jm spetsialistidega õppijale vajaliku toe pakkumiseks.
Inimeste terviseandmete kaitse nõrgeneb. Oluliselt laiendatakse inimeste terviseandmetele juurdepääsu omavate isikute ringi, kes pole tervishoiutöötajad – terviseteejuhid, rehabilitatsioonimeeskonda kuuluvad sotsiaaltöötajad, loovterapeudid, kogemusnõustajad jt. Eelnõu ei selgita piisavalt, kuidas tagatakse terviseandmete kaitse.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordineerimise teenus.
Eesti Taastusarstide Selts esitab eelnõule oma arvamuse, arstide liit toetab erialaselt seisukohti. Arstide liit ei saa ülaltoodust tulenevalt eelnõu toetada. Soovime olla kaasatud eelnõu edasises menetluses.	Arvestatud. Suur tänu arvamuse eest. Arstide liit kaasatakse eelnõu edasises menetluses ning edastatakse teisel kooskõlastusringil eelnõu täiendavalt arvamuse andmiseks.

Eesti Linnade ja Valdade Liit	
Teeme ettepaneku täiendada eelnõu seletuskirja tegevuste (IT-arendused, tegevusload, koolitused) detailse ajakavaga kuni 1. oktoobrini 2027.	Arvestatud.
Eelnõust tulenevalt ei saa inimene enam ise teenust taotleda, vaid sõltub spetsialisti (perearst või sotsiaaltöötaja) koostatud märkamislehest. Kuna teenusele suunamisel ei tehta enam KOV-i poolt haldusakti ega tee vaieldavaid otsuseid ka terviseteejuht, on ebaselge, kuidas saab teenuse saaja spetsialistide otsuseid vaidlustada. Palume täiendada eelnõu ja seletuskirja viitega, kuidas toimub toimingute vaidlustamine. Ühtlasi palume kirjeldada teenuse saaja õigusi ja vaidluste lahendamise korda olukorras, kus inimene ei ole rahul sotsiaal- või tervishoiuspetsialisti otsusega jätta märkamisleht koostamata.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordineerimise teenus.
Palume selgitada, kuidas lahendatakse olukord ja välditakse järjekordi, kui sihtgrupi laienemisel osutub Tervisekassa eelarve teenusvajaduse katmiseks ebapiisavaks?	Selgitame. Teenusvajaduse ja rahastamise vaheline tasakaal on oluline küsimus kogu tervishoiusüsteemis, kuid rehabilitatsiooniteenus ei erine selles osas teistest Tervisekassa rahastatavatest tervishoiuteenustest. Ka praegu ei ole tervishoius välistatud ooteajad ning järjekordade olemasolu ei tähenda automaatselt, et teenus ei oleks kättesaadav. Eelkõige on oluline, et teenusele pääsemine oleks läbipaistev, põhjendatud ja juhitud ning et piiratud ressurss suunataks esmajärjekorras neile inimestele, kellel on teenusest suurim kasu.
Palume tuua välja riskide maandamise plaan juhuks, kui rahvatervishoiu seaduse ja tervishoiuteenuste korraldamise seaduse muutmise seadus (tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi koostöö) eelnõu.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordineerimise teenus.
Teeme ettepaneku kirjeldada eelnõu seletuskirjas protsessi, kuidas tagatakse sotsiaal- ja tervisevaldkonna spetsialistide vaheline varajane infovahetus, et vältida olukorda, kus sama inimese kohta koostatakse topelt märkamislehti.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordineerimise teenus.
Täiendada seletuskirja osas, mis puudutab kaugnõustamise või kohapealse teenuse valikut, märkides, et lisaks teenuseosutaja	Seletuskiri täiendatud.

hinnangule tuleb arvestada ka inimese enda eelistusi, valmisolekut ja võimalusi.	
Täpsustada kuidas toimub rehabilitatsiooniteenuse osutamise vahepealne dokumenteerimine teenuseosutaja juures (näiteks Terviseportaalis või teenuseosutaja juures vm).	Seletuskiri täiendatud.
Kirjeldada detailselt, mida ja kas peab inimene vormiliselt tegema, kui teenus jätkub pärast 1. oktoobrit 2027 sama teenuseosutaja juures uutel alustel (kas toimub uus hindamine, kas jätkatakse vana kava alusel vm). Samuti tuleb täiendavalt selgitada, kas teenuseosutaja vahetumisel saab märkamislehe edastada juba enne tähtaega, et vältida teenuse katkemist.	Selgitame. 30.09.2027 seisuga kehtivad SRT suunamisotsused genereeritakse automaatselt saatekirjadeks, mis lubab otse teenuseosutaja juurde pöörduda, kuidas teenuseosutaja kohustus viia läbi teenuse vajaduse hindamine. Eesmärk on vähendada eraldi hindamisi ja taotlusi, kuid vajaduse hindamine ning teenuse sisu määratlemine toimub uue mudeli alusel. Alates 1. oktoobrist 2027 lõpeb senine Sotsiaalkindlustusameti korraldatav sotsiaalse rehabilitatsiooni teenus ning rehabilitatsiooniteenus hakkab toimima uutel alustel Tervisekassa kaudu. Teenusele saamine ei sõltu enam puude või töövõime staatusest, vaid inimese tegelikust abivajadusest. Samuti ei jätkata automaatselt vana rehabilitatsiooniplaani alusel, vaid inimese abi korraldatakse uue vajaduspõhise süsteemi järgi.
Olukorras, kus RTHS-i muudetakse erinevate eelnõudega (meie seisukoht on esitatud juba SOM eelnõu 26-0428 kohta ja menetlusse on tulnud ka tervishoiusüsteemis muudatusi käsitlev eelnõu), on raske hinnata seadusesätete omavahelist toimet. Teeme ettepaneku iga eelnõu ja seletuskirja juures need aspektid välja tuua ja kaaluda riigikogule ühe tervikliku eelnõu esitamist	Arvestatud osaliselt. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordineerimise teenus.
Tervisekassa	
Ettepanek sõnastada eelnõu § 1 punktis 2 toodud § 13/6 järgmiselt: „§ 13/6. Teenuse eesmärk ja sisu (1) Rehabilitatsiooniteenus on tervishoiuteenuste ja neid toetavate teenuste kogum, mille eesmärgiks on toetada inimese igapäevast funktsioneerimis- ja osalusvõimet, leevendades haiguse või vigastuse mõju inimese kehalistele, psüühilistele ja sotsiaalsetele funktsioonidele, parandades või säilitades iseseisvat toimetulekut ja heaolu ning arendades enesejuhtimisega seotud oskuseid inimese	Arvestatud. Eelnõud ja seletuskirja on täiendatud ning sõnastus Tervisekassaga läbi arutatud. Eelnõu § 1 punktis 2 §13/6 sõnastatud järgmiselt “Rehabilitatsiooniteenus on kogum teenuseid, mida osutatakse inimest ja tema lähedast kaasates enne ravi, ravi toetavana või pärast ravi, mille eesmärk on leevendada tervises seisundi, haiguse või vigastuse mõju inimese igapäevategevustele ja ühiskondlikule osalusele, parandada või säilitada inimese iseseisvat funktsioneerimis- ja osalusvõimet ning arendada enesega toimetulekut ja enesejuhtimise oskusi igapäevaelu kontekstis.

tervise seisundit, elukeskkonda ning personaalseid faktoreid arvestades. (2) Rehabilitatsiooniteenust osutatakse meeskondlikult ühise eesmärgi nimel, kaasates inimene ja tema lähivõrgustik nii eesmärkide püstitamisesse kui tegevustesse. (3) Rehabilitatsiooniteenust osutatakse vastavalt vajadusele ravile eelnevalt, ravi toetavana, ravile järgnevalt või ravi asemel. (4) Rehabilitatsiooniteenuse liigid ja nende täpsema sisu, teenuse osutamise tingimused ja korra kehtestab valdkonna eest vastutav minister määrusega.“ Ettepanek on ajendatud eesmärgist muuta eelnõu § 136 lõikes 1 esitatud rehabilitatsiooniteenuse sisu selgemaks ja arusaadavamaks. Seetõttu on lõigetena eristatud teenuse eesmärk, selle osutajad ja teenuse osutamise aeg. Lisaks leiab Tervisekassa, et rehabilitatsiooniteenuse osutamisse võib olla vajalik kaasata lisaks inimese lähedastele, kelle all üldjuhul mõeldakse inimese pereliikmeid, sugulasi või koos elavaid inimesi, ka teisi inimesega igapäevaselt kokkupuutuvaid inimesi, nagu näiteks lapse õpetaja või tugispetsialist lasteaias ja koolis. Seega võiks kasutada sõna „lähivõrgustik“.	
Ettepanek sõnastada eelnõu § 1 punktis 2 toodud § 13/7 lõige 5 järgmiselt „(5) Tervisekassa võtab inimeselt rehabilitatsiooniteenuse eest tasu maksmise kohustuse üle, kui teenuse vajaduse on hinnanud inimese raviarst või terviseteejuht. Terviseteejuhi märgatud rehabilitatsiooniteenuse vajadus on märgitud inimese heaoluplaani. Arsti hinnangule järgneb saatekiri rehabilitatsiooniteenusele.“ Tervishoiuteenuste osutamisel kasutatakse inimese teenusele suunamisel saatekirja. Ravikindlustuse seaduse (RaKS) kohaselt on saatekiri olemasolu üldjuhul Tervisekassa poolt tasu maksmise kohustuse ülevõtmise eelduseks. Eranditeks on valdkonnad, kus inimesel on võimalik omal	Arvestatud. Rehabilitatsiooniteenusele suunamise lahenduse väljatöötamisel on osalenud Tervisekassa esindajad, sealhulgas kohtustel Eesti Perearstide Seltsiga. Oluline muudatus võrreldes EIS I kooskõlastusringi läbinud eelnõuga on see, et rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle ei otsusta ega suuna rehabilitatsiooniteenusele terviseteejuht, vaid seda teeb arst või õde. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordinatsiooni teenus.

algatuse pöörduda tervishoiuteenuse osutaja poole Tervisekassa rahastusel teenuse saamiseks, nagu näiteks perearstiabi, hambaravi, RaKS § 70 lõikes 3 nimetatud valdkonnad.

Tervisekassa hinnangul on oluline, et inimese õigus saada riigi kulul rehabilitatsiooniteenust põhineb hinnatud vajadusel.

Sealjuures juhime tähelepanu, et terviseteejuhile antav õigus suunata inimene otse rehabilitatsiooniteenusele on suur erand võrreldes kõigi teiste tervishoiu- ja sotsiaalteenustega, mida terviseteejuht saab heaoluplaani lisada, kuid ei saa neile suunata. Kuna rehabilitatsiooniteenus hõlmab endas muu hulgas ka erinevaid tervishoiutöötajate või nendega võrdsustatud isikute osutatavaid teenuseid (füsioterapeudi, logopeedi ja kliinilise psühholoogi teenused) ja erinevate tervishoius töötavate spetsialistide teenuseid (näiteks tegevusterapeut, psühholoog-nõustaja), kuhu tänaste regulatsioonide kohaselt saab ravikindlustushüvitise saamiseks suunata vaid arst või erioode, siis loob tervishoiuteeejuhile antav õigus inimese suunamiseks samade spetsialistide juurde võimaluse saada teenusele selle vajadusele arstlikku hinnangut saamata. Taoline erand tõmbab rehabilitatsiooniteenusele palju tähelepanu, mis suurendab inimeste õigustatud ootust seda teenust saada. See omakorda mõjutab Tervisekassa võimalusi juhtida piiratud rahalisi ressursse ning tekitab suure surve teenuseosutajatele teenuse osutamisest keelduda või korraldada järjekordi.

Situdes rehabilitatsiooniteenuse rahastamise eriarsti suunamisega, lihtsustaks see rehabilitatsiooniteenuste lõimimist tervishoiuteenustega ning võimaldaks paremini jälgida rehabilitatsiooni kasutamist terviseseisundist tulenevate probleemide lahendamisel ja inimese eesmärkide seadmisel ja saavutamise toetamisel. Samuti toetaks see meeskondliku teenuse vajaduse hindamist ja sisulist lahtimõtestamist. Eriarstil on võimalik suunamisotsuse tegemisel hinnata, kas inimene vajab oma seisundist

tulenevalt üksikut tervishoiuteenust või rehabilitatsiooniteenust kompleksteenuseks. Eelnevast tulenevalt soovib Tervisekassa kaaluda varianti rakendada terviseteejuhti rehabilitatsiooniteenusega seoses sarnaselt teiste tervishoiu- ja sotsiaalteenustega, s.o mitte suunaja vaid koordinaatorina neil juhtudel, kus terviseteejuhi kaasamiseks on olemas näidustus vastavalt rahvatervishoiu seadusele. Selline lähenemine tagab ka suurema selguse seoses loodava terviseteejuhi rolli ja rakendamisega olukorras, kus tegu on uue institutsiooniga Eesti ühiskonnas. See omakorda tähendaks ka valdkonnaülesele koordineerimisele märkamislehelt sõna “rehabilitatsioon” eemaldamist, et vältida segadust nende kahe teenuse segamini ajamisel. Igal rehabilitatsioonivajadusega inimesel ei ole tarvis valdkonnaülest koordineerimise teenust ning igal valdkonnaülesel koordineerimise teenust saav inimene ei vaja rehabilitatsiooniteenust, mistõttu ei saa nende märkamiseks kasutada samu aluseid.	
Eelnõu § 1 punktis 2 toodud § 13/7 lõikes 7 sätestatakse rehabilitatsiooniteenuse dokumenteerimise nõuded. Tervisekassa juhib tähelepanu, et rehabilitatsiooniteenuse puhul on tegemist kompleksteenusega, mille hulka kuuluvad ka teenused, mida osutavad tervishoiutöötajad ja tervishoiutöötajatega võrdsustatud isikud (nt kliiniline psühholoog), kes peavad tervishoiuteenuste osutamisel järgima TTKS-is ja selle alusel antud määrustega kehtestatud dokumenteerimise nõudeid. Seega võib näiteks tekkida kliinilisel psühholoogil segadus, milliseid õigusakte tal tuleb osutatud teenuse dokumenteerimisel järgida. Tervisekassa hinnangul võiks dokumenteerimise nõuded ja põhimõtted olla reguleeritud ühtedes õigusaktides ja olla sarnased.	Arvestatud.
Rehabilitatsiooniteenuse rahastamise osas (eelnõu § 1 punktis 2 toodud § 13/10) soovib Tervisekassa kindlust, et riigieelarvest Tervisekassa kaudu rehabilitatsiooniteenuse ja selle korraldamise tarbeks tehtavad	Selgitame.

eraldis oleks oma mahult stabiilne või kasvav. Hetkel eelnõus toodud väljend „eelarveliste võimaluste piires“ seda kindlust Tervisekassale ega ka teenuse sihtgrupile ei taga. Eelnõu kohaselt sõlmib Tervisekassa rehabilitatsiooniteenuse osutajatega lepingu, lähtudes ravikindlustuse seaduse §-des 35-37 sätestatust. Tervisekassa võtab halduslepingutega kohustuse rahastada lepingus kokkulepitud ajaperioodil ja mahus (§-s 36 sätestatud lepingu kohustuslikud tingimused) rehabilitatsiooniteenust. Viide riigieelarvelistele võimalustele annab selge sõnumi, et rehabilitatsiooniteenuse näol on tegemist teenusega, mille pakkumine inimestele sõltub üksnes riigieelarve seisust ja poliitilistest prioriteetidest. Tervisekassal puudub võimalus eeltoodut mõjutada, mistõttu tekib oht, et halduslepingutega võetud kohustuste täitmiseks tuleb Tervisekassal kasutada täiendavalt oma eelarvelisi vahendeid ehk ravikindlustushüvitiste maksmiseks ja muude tervishoiuteenuste (nt kiirabi, vältimatu arstiabi) rahastamiseks planeeritud vahendeid.	„Eelarveliste võimaluste piires“ on kooskõlas tavapärase riigieelarve põhimõtetega ning kajastab asjaolu, et riigieelarvest rahastatavate tegevuste maht sõltub riigi eelarvevõimalustest ja prioriteetidest. Samas on rehabilitatsiooniteenus riigi poolt korraldatav oluline teenus, mille rahastamisvajaduse hindamisel lähtutakse teenuse vajadusest ja kokkulepitud eesmärkidest. Eelnõuga ei kavandata luua olukorda, kus rehabilitatsiooniteenuse rahastamise puudujääk kaetaks Tervisekassa ravikindlustuse vahendite arvelt. Riigieelarvest rahastatavate ülesannete täitmiseks vajalikud vahendid tuleb kavandada vastavalt riigieelarve protsessis ning arvestades tegelikku teenusvajadust ja riigi rahalisi võimalusi. Rehabilitatsiooniteenuse üheaastane eelarve on fikseeritud Riigikogu poolt vastu võetud riigieelarve seaduses ning nelja-aastane eelarve Vabariigi Valitsuse poolt kinnitatud RESis. Eelarvevahendid kanduvad iga-aastaselt baasis edasi. Vabariigi Valitsus ja Riigikogu saavad teha eelarves muudatusi, kuid sotsiaalministeeriumi huvides on üheselt, et riigieelarves oleks rehabilitatsiooniteenuste osutamiseks piisav eelarve.
Eelnõu § 8 punktist 2 tuleb välja võtta „punkti 1“, kuna selle punktiga täiendatakse § 59/2 lõiget 1 punktiga 4. Seletuskirjast puudub hetkel selgitus nimetatud sätte muutmise kohta.	Eelnõud ja seletuskirja on täiendatud.
Kokkuvõttes: 1) Tervisekassa arvates on vajalik ja mõistlik käsitleda taastusravi ja rehabilitatsiooni ühtse valdkonnana, et vähendada teenuste dubleerimist ja suunata tervishoiuteenuseid senisest varem inimeste tegevus- ja osaluseesmärkide saavutamisele ja enesejuhtimiskuste arendamisele. Selle ettepaneku sisu ei ole käsitleda rehabilitatsiooni tervishoiuteenusena, vaid tervishoiuteenuseid toetava teenusena. Väiksemas mastaabis on sellised praktikad juba hetkel rakendatud, näiteks tegevusterapeutide kaasamisel tervishoiuteenuste osutamisesse. 2) Hoides rehabilitatsiooniteenuse väga selgelt eraldiseisva teenusena, iseäranis teenuse õiguslikke ja korralduslikke aspekte silmas pidades,	1) Eelnõud ja seletuskirja on täiendatud 2) Eelnõud ja seletuskirja on täiendatud 3) Eelnõud ja seletuskirja on täiendatud. Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuse üheaastane eelarve on fikseeritud Riigikogu poolt vastu võetud riigieelarve seaduses ning nelja-aastane eelarve Vabariigi Valitsuse poolt kinnitatud RESis. Eelarvevahendid kanduvad iga-aastaselt baasis edasi. VV ja Riigikogu saavad teha eelarves muudatusi, kuid sotsiaalministeeriumi huvides on üheselt, et riigieelarves oleks rehabilitatsiooniteenuste osutamiseks piisav eelarve. 4) Eelnõud on täiendatud. Baasina olemasolevate ja juba tervishoiu kasutusel olevate IT-lahenduste rakendamine rehabilitatsiooniteenuse osutamisel aitab tagada eeldused reformiga õnnestuda.

tähendab see Tervisekassale oluliselt suuremat halduskoormust, kui teenust mõistlikult lõimides. Suurem halduskoormus on seotud teenuse lepinguliste aspektide korraldamisega, teenuse järelvalvega, teenusele suunamise ettevalmistamise ja korraldamisega, arveldamisega jne. Taolise suurema halduskoormuse katet riigieelarve eraldises hetkel arvestatud ei ole. Samuti ei ole sellise halduskoormuse tekitamine mõistlik ega kuluefektiivne. 3) Tervisekassa juhib tähelepanu, et hetkel on riigieelarve eraldi planeeritud stabiilse suurusega ning ebakindel on eraldise jätkuv olemasolu alates 2029. aastast. Arvestades tavapäraselt elukalliduse tõusu ja üldteada prognoose abivajaduse suurenemisele seoses rahvastiku vananemise ja elanikkonna vaimse tervise kriisiga, tähendab hetkel esitatud eraldise planeering pikas perspektiivis teenuse kättesaadavuse vähenemist. See omakorda märkimisväärset survet Tervisekassa eelarvele, et saaksime Tervisekassa võetud halduslepingulisi kohustusi täita. Tervisekassa ostab rehabilitatsiooniteenuseid riigieelarve eraldise mahus, mistõttu tekib mahu vähenemisel selge kättesaadavuse piiratus. Peame vajalikuks arutelu ja selgeid lahendusi, et eraldi oleks ajas kasvava iseloomuga. 4) Hetkel on väga ebaselge, kuidas on planeeritud rehabilitatsioonireformi toetavad IT-arendused. Arvestades väga kiiret reformi ajaraami, juhib Tervisekassa tähelepanu, et olemasolevate IT-lahenduste rakendamine rehabilitatsiooniteenuse osutamisel vähendab oluliselt riski IT-lahenduste tõttu reformiga ebaõnnestuda.	
Eesti Psühhiaatri Selts	
Teenuse toimepidevuse katkemise risk üleminekuperioodil Eelnõu loogika järgi lõpeb senine süsteem kindlal kuupäeval, kuid uue süsteemi toimimine eeldab samal ajal hinnakirjade kehtestamist, Tervisekassa lepingute sõlmimist, IT-arenduste valmimist, terviseteejuhtide väljaõpet ning teenuseosutajate tegelikku valmisolekut. Seletuskirjast nähtub ühtlasi, et teenusele pääsemine	Eelnõus oleme täpsustanud üleminekuperioodi, kus luuakse õiguslik alus, et 30.09.2027 seisuga sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse kehtivate suunamisotsustega inimestele luua automaatne saatekiri. Kavandatud üleminekusäte on vajalik, et tagada sujuv üleminek sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse (SRT) korralduselt uuele rehabilitatsiooniteenuse korraldusele tervishoius. 30. septembri 2027. aasta seisuga kehtivate suunamisotsustega isikute hulk on märkimisväärne ning ilma täiendava regulatsioonita peaksid need isikud lühikese ajavahemiku jooksul pöörduma perearsti,

hakkab sõltuma uuest vajaduspõhisest hindamisest ja koordineeritud suunamisest. Kui neist eeldustest kasvõi üks viibib, tekib praktiline oht, et vana süsteem lõpeb enne uue realselt toimima hakkamist. Seetõttu ei saa pidada enesestmõistetavaks, et praegused teenusesaajad jätkavad sujuvalt teenusel ka pärast reformi jõustumist. Tuleb tagada, et ükski praegune teenusesaaja ei jääks üleminekuperioodil teenuseta põhjusel, et senine süsteem on lõppenud, kuid uus hindamine või uus teenus ei ole veel tegelikult käivitunud.	eriarsti või õe poole uue saatekirja saamiseks, mis põhjustaks olulise halduskoormuse kasvu ning teenuse kättesaadavuse viibimise riski.
Terviseteejuhi rolliga seotud riskid Seletuskirja järgi tuvastab terviseteejuht teenusevajaduse, koordineerib infot, aitab teenuseosutaja valikul, seob teenuse heaoluplaaniga ning toetab jätkuteenustele suunamist. See eeldab, et õigeks ajaks on olemas piisav arv pädevaid spetsialiste ning selge töökorraldus ja piirkondlik paiknemine. Vastasel juhul võib kujuneda uus pudelikael süsteemi sisenemisel. Eelnõu edu ei sõltu siin üksnes rolli kirjeldusest, vaid sellest, kas see roll toimib kogu riigis ühtlaselt ja piisava võimekusega. Tuleb selgelt määratleda terviseteejuhtide arv, väljaõpe, töökorraldus ja paiknemine.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole eelnõu kohaselt seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkondadeülene koordinatsiooniteenus.
Ebaselge rahastusmudeli ja rakendatavuse riskid Seletuskirja järgi kehtestatakse rehabilitatsiooniteenuste hinnad hiljem Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelus. See tähendab, et eelnõu menetletakse olukorras, kus puudub lõplik teadmine teenuste hinnatasemest, mahust ja rahastamise loogikast. Ilma hinnakirjata ei ole teenuseosutajatel võimalik planeerida personali, töökorraldust, koostöömudeleid ega hinnata, kas senine teenusemaht on olemasoleva rahastuse juures üldse säilitatav. See on eriti oluline valdkondades, kus senine teenus on olnud kombinatsioon individuaalsest toest, grupitööst ja pikaajalisest toimetulekut toetavast sekkumisest. Paberil võib süsteem olla terviklik, kuid kui rahastus hakkab soosima üksnes kitsamalt tervishoiuloomikasse sobituvaid või kõrgema hinnaga teenuseid, võivad osa sihtrühmade jaoks vajalikud teenused tegelikult kaduda või muutuda marginaalseks. Enne rakendumist peab olema avalik ja	Selgitame. Eelnõu eesmärk on luua uus teenuse korralduslik raamistik. Teenuste täpsem sisu, hinnastamine, lepingutingimused ning muud rakenduslikud küsimused töötatakse välja järgmises etapis rakenduskavandite, tervishoiuteenuste loetelu muudatuste ja rakendusjuhiste kaudu. Nende väljatöötamisse kaasatakse asjaomased osapooled, et tagada süsteemi praktiline toimivus.

arusaadav rehabilitatsiooniteenuste hinnakiri ning lepingumudel, mille alusel saavad teenuseosutajad hinnata oma valmisolekut ja võimekust.	
Teenuseosutajate valmisoleku ja regionaalse võrdsuse riskid Seletuskirjast nähtub, et oluline osa senistest sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse osutajatest ei oma praegu tervishoiuteenuse osutamise tegevusluba ning uues süsteemis sõltub teenuse iseseisev osutamine tervishoiuloast ja rehabilitatsioonimeeskonna nõuetele vastamisest. Formaalne võimalus jätkata lepingupartnerina ei lahenda automaatselt küsimust, kuidas säilib olemasolev võimekus piirkondades, kus teenus põhineb vähestel spetsialistidel või väiksematel teenuseosutajatel. On reaalne oht, et kui teenusevõrk koondub enam suurematesse keskustesse ja haiglale ümber, muutub väiksemates piirkondades teenus sõltuvaks üksikutest lepingulistest lahendustest. Kättesaadavuse paranemise asemel võib see mõne sihtrühma jaoks hoopis halveneda. Isegi kui teenused väljaspool kodupiirkonda on inimesele formaalselt olemas, võivad need praktiliselt jääda kättesaamatuks. Tuleb kehtestada meetmed, mis hoiavad ära väiksemate ja piirkondlike teenuseosutajate väljalangemise ning teenusevõrgu liigse koondumise.	Selgitame. Eelnõu ei näe ette rehabilitatsiooniteenuse osutamise koondamist haiglatesse ega üksnes suurte teenuseosutajate juurde. Teenuseosutajate võrgustiku kujundamine, lepingupartnerite valik ning piirkondliku kättesaadavuse tagamise põhimõtted on rakendusküsimused, mida täpsustatakse Tervisekassa lepingute ja teenuse korralduse väljatöötamisel. Samas tuleb arvestada, et ka kehtiv süsteem ei näe ette kohustust tagada igas piirkonnas kõigi rehabilitatsiooniteenuste olemasolu ega konkreetse teenuseosutaja püsimist. Teenuse kättesaadavus on ka praegu piirkonniti erinev ning sõltub teenuseosutajate võimekusest, spetsialistide olemasolust ja lepingulistest korraldustest. Uue süsteemi eesmärk on kujundada rehabilitatsiooniteenuse osutajate võrgustik sarnaselt teiste tervishoiuteenustega, arvestades muu hulgas tervishoiuteenuste korraldamise ja haiglavõrgu arengukava (HVA) põhimõtteid. Seejuures on oluline, et Tervisekassa arvestaks lepingute kujundamisel teenuse kättesaadavuse, piirkondliku tasakaalu ja erinevate sihtrühmade vajadustega. Nende küsimuste täpsem käsitlemine toimub rakendamise ettevalmistamise käigus koostöös teenuseosutajate ja teiste asjaomaste osapooltega.
Vaimse tervise valdkonna spetsiifilised riskid Eraldi tuleb rõhutada, et vaimse tervise ja psüühikahäirete valdkonnas ei saa rehabilitatsioonivajadust käsitada üksnes terviseseisundipõhiste sekkumistena. Selle sihtrühma vajadused on sageli seotud mitte ainult terviseseisundi, vaid ka eluliste, sotsiaalsete ja toimetulekuliste puudujääkidega. Praktikas tähendab see oluliselt avaramat ja mitmekesisemat teenusevajadust, kui võimaldab kitsalt häirepõhine standardiseeritud sekkumisloogika. Vajalikud on sekkumised, mis aitavad säilitada osalusvõimet, ennetada ägenemisi ning toetada igapäevast toimimist. Tuleb sõnaselgelt tagada, et grupiteenused, kogemusrühmad, loovteraapiad ja muud toimetulekut toetavad sekkumised ei kaoks uues süsteemis rahastuse ega regulatsiooni tõttu tahaplaanile.	Arvestatud. Eelnõu eesmärk ei ole piirata rehabilitatsiooniteenust üksnes häire- või diagnoosipõhiste kliiniliste sekkumistega. Rehabilitatsiooniteenus on ka edaspidi suunatud inimese funktsioneerimisvõime, iseseisva toimetuleku ja ühiskonnaelus osalemise toetamisele, mistõttu tuleb teenuse kavandamisel arvesse võtta ka vaimse tervise probleemidest tulenevaid sotsiaalseid ja igapäevaeluga seotud vajadusi. Konkreetsete sekkumiste, sealhulgas grupitegevuste, kogemusrühmade, loovteraapiate ja teiste toimetulekut toetavate meetodite kasutamine sõltub edaspidi teenuse sisulisest ülesehitusest, raviteekondadest ning tervishoiuteenuste loetelu ja rakenduskäitumise väljatöötamisest. Eelnõu ei välista nende sekkumiste kasutamist ega sea eesmärgiks nende osakaalu vähendamist. Teenuste täpsema kujundamise käigus pööratakse tähelepanu sellele, et erinevate sihtrühmade, sealhulgas psüühikahäirega inimeste vajadustele vastavad tõenduspõhised ja eesmärgipärased sekkumised oleksid rehabilitatsiooniteenuse osana põhjendatud juhtudel jätkuvalt kättesaadavad.

Inimvara ja täiendava koormusega seotud riskid ja vastulu astmelise abi põhimõtetega. Rehabilitatsiooniteenuste liikumine tervishoiusüsteemi suurendab täiendavalt survet sellele, kuna abi vajavad inimesed koonduvad teenuse saamiseks järjest enam vaimse tervise püramiidi kõige kallimasse ja kitsamasse tippu. Samal ajal jääb eelnõus käsitlemata, mis motiveerib haiglavõrgu haiglaid niigi pingestatud koormuse tingimustes alustama uute teenuste arendamist, nende laiendatud mahus osutamist ning sellega seotud korralduslike ja juhtimisülesannete täitmist. On oluline risk, et tervishoiuvaldkonnale asetatav lisakoormus kiirendab seniste spetsialistide liikumist valdkonnast välja. Reformi rakendamiseks tuleb eelnevalt tagada realistlik inimvara plaan, piisav rahastus ja toimivad stiimulid, et täiendavad ülesanded ei süvendaks tervishoiusüsteemi ülekoormust ega personali puudust.	Arvestatud. Eelnõu eesmärk ei ole suunata kõiki rehabilitatsioonivajadusega inimesi tervishoiusüsteemi kõige kõrgema spetsialiseerituse tasemele, vaid kujundada tervise- ja sotsiaalvaldkonda paremini lõimiv ning vajaduspõhine teenus. Rehabilitatsiooniteenuse osutamise täpsem korraldus, teenuse mudelid ja osutajate võrgustik kujundatakse rakendamise ettevalmistamise käigus, arvestades olemasolevat võimekust ning eri tasandite rolli teenuse osutamisel. Tuleb arvestada, et inimvara planeerimine, teenuseosutajate motiveerimine ning teenuste rahastamise ja lepingute kujundamise küsimused on eelkõige rakendamise etapi küsimused. Nende lahendamine toimub koostöös Tervisekassa, teenuseosutajate ja teiste asjaomaste osapooltega. Reformi ettevalmistamisel pööratakse tähelepanu sellele, et uute ülesannete rakendamine oleks kooskõlas olemasoleva ressursi ja teenusevajadusega. Seetõttu ei ole põhjendatud kõiki kirjeldatud riske lahendada seaduse tasandil.
Eesti Taastusarstide Selts	
Luu selgus seaduseelnõu terminoloogias ja sihtrühmas. Rehabilitatsioon võib olla meditsiiniline, psühhosotsiaalne, hariduslik, kutse- või noorte õiguserikkujate rehabilitatsioon. Meditsiiniline rehabilitatsioon ehk TAASTUSRAVI on arstlik eriala, kus arstil on võimalus teha vajadusel ka täpsustavaid uuringuid ja väljastada retseptiravimeid ilma milleta jääks tervises seisundi käsitus poolikuks. SKA enda sõnastuses on Sotsiaalne rehabilitatsioon sotsiaalteenus, mis aitab puudega, tervisemure või piiratud töövõimega inimestel igapäevaelus paremini toime tulla ja olla võimalikult iseseisev. Abivajajal peab olema selge, mis sisuga teenust talle haigla juures pakkuma hakatakse. Kui on taastusarsti koostatud taastusraviplaan, siis rakendub patsiendile ka patsiendikindlustus ja tegemist on taastusraviga. Kui seaduseelnõu sisu on osaliselt ka meditsiinilise rehabilitatsiooni ehk taastusravi eriala korraldamine, siis tuleb selguse	Selgitame. Eelnõud ja seletuskirja on täiendatud. Eelnõu ei reguleeri taastusravi kui eraldi tervishoiuteenust ega muuda taastusravi eriala sisu või korraldust. Eelnõuga luuakse uus rehabilitatsiooniteenuse korraldus, mille eesmärk on toetada inimese funktsioneerimisvõimet, iseseisvat toimetulekut ja ühiskonnaelus osalemist tervises seisundist tulenevate piirangute korral. Nõustume, et rehabilitatsiooni mõistet kasutatakse erinevates valdkondades erinevas tähenduses ning seetõttu on oluline tagada sihtrühmale ja teenuseosutajatele selge arusaam teenuse sisust. Samas on eelnõus käsitletav rehabilitatsiooniteenus sisult laiem kui taastusravi ning hõlmab lisaks ravisekkumistele ka inimese toimetuleku ja funktsioneerimise toetamist multidistsiplinaarse lähenemise kaudu. Taastusravi osutamise, patsiendikindlustuse kohaldamise ning muude tervishoiuteenuste regulatsioon jääb ka edaspidi kehtiva õiguse alusel eristatuks. Eelnõu rakendamise käigus pööratakse tähelepanu sellele, et teenuse kirjeldused, juhendmaterjalid ja sihtrühmadele suunatud teave selgitaksid üheselt rehabilitatsiooniteenuse eesmärki, sisu ja erinevust taastusravist.

mõttes seda ka nimetada, et teenuse pakkujad ja sihtrühmad mõistaksid, mis teenusega tegemist on.	
Sõnastada selgelt rehabilitatsiooni eesmärk. Rehabilitatsiooni eesmärk on tegevus- ja osalusvõime põhine (seaduse eelnõus on kirjeldused diagnoosipõhised). Mitte tuua sisse uut mõistet heaoluplaan kui selle sisu on sama mis rehabilitatsiooniplaanil.	Selgitame. Eelnõu rehabilitatsiooniteenuse eesmärk on inimese tegevusvõime, osalusvõime ja iseseisva toimetuleku toetamine ning parandamine tervises seisundist tulenevate piirangute korral. Kuigi teenuse vajaduse tuvastamisel võetakse arvesse tervises seisundit, ei ole rehabilitatsiooni eesmärk diagnoosi või haiguse käsitlemine iseenesest, vaid selle mõju vähendamine inimese igapäevasele funktsioneerimisele ja ühiskonnaelus osalemisele. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole eelnõu kohaselt seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkondadeülene koordinatsiooniteenus.
Ajalise määratluse sisse toomisel soovitame mitte kasutada sõnastust ravi asemel, mis võib tekitada kliendil segadust teenuse sisu osas. Ravi protsessi toetavana on piisav kirjeldamiseks teenuseid nii ravi eelselt, ajal kui järgselt.	Arvestatud. Eelnõud on täiendatud. Nõustume esitatud ettepanekuga. Selguse huvides on asjakohasem kasutada sõnastust, mille kohaselt rehabilitatsiooniteenuseid osutatakse ravi eel, ravi ajal või ravi järgselt.
Administratiivsed ja personalipoliitilised riskid. Holistilise rehabilitatsiooni koordineerimise panemine HVA haiglate vastutusse tähendab automaatselt lisakohustusi taastusravikeskustele. Taastusarstidena vajame avatud sõnumeid, mida tegelikult reform haiglatele, taastusravikeskustele ja taastusarstidele kaasa toob.	Selgitame. Eesmärk ei ole panna rehabilitatsiooniteenuse korraldamise koormust taastusraviarstidele või taastusravikeskustele, vaid see on täiendav võimalus. Teenuse osutamise mudelid, meeskondade tööjaotus ning teenuseosutajate kohustuste täpsem ulatus vajavad edasist täpsustamist koostöös eriala esindajate, haiglate ja Tervisekassaga. Küsimust on olnud võimalik sotsiaalministeeriumil koos Tervisekassaga arutada maist juulini (sealhulgas) toimunud kohtumistel haiglavõrgu haiglatega.
Spetsiifiliste üleriigiliste rehabilitatsiooniprogrammide tellimist peaks koordineerima rahastaja ehk Tervisekassa (näit kuulmis, nägemis, vaimse tervise programmid jt)	Selgitame. Nõustume, et spetsiifiliste üleriigilise vajadusega rehabilitatsiooniprogrammide, näiteks kuulmis-, nägemis-, vaimse tervise ja teiste sarnaste sihtrühmade teenuste kavandamisel ja tellimisel on oluline Tervisekassa keskne roll. Seega ei ole sekkumiste sisu seaduse või rakendusakti tasandil detailselt ära kirjeldatud. Programmpõhine lähenemine on üks potentsiaalne viis, kuidas rehabilitatsiooniteenust ning valdkonda edasi arendada.
Jagatud spetsialistide baas. Eelnõus nimetatud rehabilitatsiooni põhimeeskonna koosseis kattub üks ühele taastusravi meeskonna koosseisuga. HVA haiglate taastusravi spetsialistide nappuse	Selgitame. Eelnõu ei loo täiendavaid spetsialiste ega kõrvalda olemasolevat tööjõupuudust, mistõttu on põhjendatud pöörata tähelepanu rehabilitatsiooni- ja taastusravivaldkonna ühisele inimvara väljakutsele. Samas ei tulene eelnõust nõuet, et

tingimustes ei ole aus anda psühhosotsiaalset tuge vajavale abivajajale lootus, et tema eest hakkab keegi “leidma” talle teenuste aegu. Eriti tervishoiuspetsialistidele (arst, füsioterapeut, psühholoog), Kui spetsialiste ei jagu, ei jagu ka teenuste aegu. Kuigi seda ei ole lahti kirjutatud, hakkaks antud eelnõu järgi HVA haigla vastutama spetsialistide olemasolu eest ja taastusravi osakond peab jagama oma niigi nappi spetsialistide kaadrit, et tagada mingilgi moel rehabilitatsiooniteenus. Juba täna on haiglad küsimuse ees, kuidas tagada kiired taastusravi ajad trauma patsientidele, kui ajad on pikalt ette broneeritud funktsioone toetava taastusravi patsientide ravikuuridega. Võimalus, et HVA haigla teeb tänaste rehabilitatsiooniteenuseid pakkuvate asutustega alltöövõtulepingud ja abivajaja jaoks midagi ei muutu, toob haiglale juurde halduskoormuse ja vastutuse arvete ja teenuse kvaliteedi eest.	HVA haiglad peaksid rehabilitatsiooniteenust osutama üksnes oma töötajate kaudu või et kogu vastutus teenuse osutamise eest lasuks haigla taastusraviüksustel. Teenuseosutajate võrgustiku kujundamine, koostöömudelid ning võimalike partnerite kaasamine on rakendamise küsimused, mida täpsustatakse koostöös Tervisekassa ja teenuseosutajatega. Seejuures tuleb rakendamise käigus hinnata muudatuste mõju olemasolevale spetsialistide ressursile, ravijärjekordadele, halduskoormusele ning teenuse kvaliteedi tagamise korraldusele.
Rehabilitatsioonikorralduse reformi kontekstis tuleb välja joonistada ka esmatasandi, so perearstikeskuse ja KOV kohustused ja teenused inimese tegevusvõime toetamisel, et suunata uusi toimivaid lahendusi just inimese elukohajärgsete tervishoiu- ja sotsiaalteenuste integratsiooni, mis on olnud üks nõrgemaid lülisid raviteekonnal. Elukvaliteedi toetamine ja samas inimesele enda tervise eest vastutuse andmine ei peaks olema piirkondliku tervishoiuasutuse, vaid just esmatasandi teema.	Selgitame. Paljud inimese igapäevast toimetulekut mõjutavad vajadused eeldavad tervishoiu- ja sotsiaalteenuste koordineeritud koostööd tema tavapärasel elukeskkonnas. Eelnõu üheks eesmärgiks ongi tugevdada tervise- ja sotsiaalvaldkonna lõimitud toimimist, kuid esmatasandi, kohaliku omavalitsuse ja rehabilitatsiooniteenuse omavaheline tööjaotus vajab rakendamise käigus täiendavat täpsustamist. See on oluline, et vältida olukorda, kus piirkondliku või kõrgema tasandi teenuseosutajatele pannakse ülesandeid, mida oleks otstarbekam lahendada inimese elukohajärgsete teenuste kaudu. Peame oluliseks, et edasises rakendustöös pöörataks tähelepanu toimivatele lahendustele esmatasandi tervishoiu, kohalike omavalitsuste ja rehabilitatsiooniteenuse koostöös, kuna just seal on suurim potentsiaal toetada inimese elukvaliteeti, iseseisvat toimetulekut ja vastutust oma tervise eest.
Rehabilitatsioonis on abivajajal sageli mitu diagnoosi ja seega ei pruugi rehabilitatsioonimeeskonna liikmete koosseisu liiga detailne kirjeldamine olla praktikas piisavalt paindlik. Kuna projekti suurim eesmärk on tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna sidususe parendamine, siis võiks suures plaanis olla rehabilitatsiooni meeskonnas	Selgitame. Eelnõu eesmärk ei ole kehtestada kõigile inimestele ühesugust rehabilitatsioonimeeskonna koosseisu, vaid võimaldada koostada meeskond vastavalt inimese vajadustele. Arvestades, et rehabilitatsioonivajadus on sageli mitmetahuline ning inimesel võib esineda mitu terviseprobleemi või funktsioneerimispiirangut, peab teenuse korraldus võimaldama paindlikult kaasata eri valdkondade spetsialiste.

tervishoiutöötaja (füsioterapeut, psühholoog), rehabilitatsioonispetsialist (sotsiaaltöötaja, eripedagoog, kogemusnõustaja jt) ning patsient, patsiendi esindaja või KOV esindaja. Täpsustamist vajab, kas Tervisekassa hinnakirja tuleb teenusena rehabilitatsioonispetsialisti hind ja kood? Kas mõne antud nimekirjas puuduva, kuid vajaliku spetsialisti (näit. audioloogi, optometristi, lümfiterapeudi) kaasamine toimub läbi suunamise tervishoiuteenusele? Kas Terviseteejuhil on õigus suunata tervishoiuteenusele?	Põhimeeskonna kõrval on võimalik kaasata ka täiendavaid spetsialiste, kui see on vajalik inimese eesmärkide saavutamiseks. See võimaldab arvestada ka selliste spetsialistide panusega, kes ei pruugi kuuluda meeskonna tavapärasesse koosseisu, kuid kelle sekkumine on konkreetsel juhul põhjendatud. Ühtlasi märgime, et eelnõu praeguse lahenduse kohaselt ei ole terviseteejuhi rolli enam ette nähtud. Samuti ei anna eelnõu ühelegi rehabilitatsiooniteenuse koordineerivale rollile õigust suunata inimest iseseisvalt tervishoiuteenustele – rehabilitatsiooniteenusele suunamine toimub sarnaselt tervishoiuteenustele perearsti, eriarsti või õe suunamisel.
Andmevahetus tervishoiu ja sotsiaalsüsteemi vahel. Olulisem, kui teenuste ühele pinnale või sama rahastaja alla toomine, on infovahetus erinevate teenustepakujate vahel. Siduserialade vahelise infovahetuse parendamiseks tuleks sarnaselt haiguste klassifikaatoriga (RHK-10) võtta rehabilitatsioonispetsialistide igapäevatöö praktikasse tegevusvõimet kaardistav Rahvusvaheline Funktsioonide Klassifikaator (RFK). Kindlasti tuleks kodeerida rehabilitatsiooni eesmärk (näit. d465 – Liikumine abivahendiga, d570 – Oma tervise eest hoolitsemine vms). Oleks väga kahju, kui uutes integratsiooniprojektides võetaks kasutusele järgmised vabas vormis küsimustikud (märkamislehed) või ühe kitsa valdkonna küsimustik, mida järgmises etapis või teises valdkonnas ei ole enam võimalik kasutada või siis eelnevaga võrrelda.	Selgitame. Nõustume, et rehabilitatsiooniteenuse osutamisel on oluline kasutada ühtseid aluseid inimese tegutsemis- ja osalusvõime eks ning kirjeldamiseks. Kavandatava korralduse kohaselt on planeeritud, et teenuseosutajad dokumenteerivad asjakohased andmed RFK-põhiselt, sealhulgas hindamiste ning vahe- ja lõpphindamiste käigus kogutud info. Märkamislehe täitmine ei ole enam rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks.
Lisaks terviseteejuhile (õde või sotsiaaltöötaja) on vajalik anda võimalus suunata tervisemurega inimest rehabilitatsiooni arsti saatekirjaga (näit silmaarst nägemisrehabilitatsiooni). See oleks kõige konkreetsem tee terviseseisundist lähtuva rehabilitatsioonivajadusega inimesele.	Arvestatud. Eelnõu kohaselt on võimalik suunata perearsti, eriarsti ja õe suunamisel. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordinatsiooni teenus.
Probleemiks tuuakse ka ühtsete standardite puudumine, millised on vajalikud sekkumised ning kompetents nende rakendamiseks. Võimalus oleks töötada välja tegevus- ja osalusvõime eesmärgipõhised ajaliselt määratletud	Eelnõu tasandil ei pea oluliseks reguleerida rehabilitatsiooni-programmide täpset sisu, kuid selliste programmide väljatöötamine on asjakohane rakendamise järgmises etapis koostöös erialaekspertide, teenuseosutajate ja teiste asjaomaste osapooltega.

rehabilitatsiooniprogrammid (näit ratastooliga liikumine erinevates keskkondades).	Oluline on, et võimalikud programmid oleksid seotud selgete funktsioneerimis- ja osalusvõime eesmärkidega ning võimaldaksid hinnata rehabilitatsiooniteenuse tulemusi ja mõju ühtsematel alustel.
Ohud	
- Liiga kiire ajakava (30.09.26) nii suure muudatuse läbiviimiseks. - Teenust juba kasutataval inimestele võib teenus katkeda, kuna haiglatel endal pole lisapersonali teenuse käivitamiseks ja nad ei suuda nii kiiresti vormistada seniste teenusepakkujatega võrgustikutöö lepinguid. - Haiglate personalile suured ootused ja meedikutele lisakoormus põhitöö kõrval - Väikese rahvaarvuga Eestis võib mõni spetsiifiline rehabilitatsiooniprogramm olla ainus- sel juhul tuleb luua mehhanismid koostööks ka Tervikute üleselt või teha otselepingud Tervisekassaga. - Kroonilise haiguse ja langenud tegevus-ja osalusvõimega teenuse vajajate ebarealistlikud ootused uuele teenusele (haiglates oodatakse taastusraviteenust, mitte rehabilitatsiooniprogramme) - Teenuse kättesaadavus ei parane, sest psühhosotsiaalse rehabilitatsioonivaldkonna praegused riigieelarvelised vahendid kaovad tervishoiu üldise alarahastuse sisse ja sihtrühma laiendatakse - Nii rehabilitatsiooni kui taastusravi süsteemis ei ole lähiajal piisavalt spetsialiste. Tugevused - Soov luua parem infovahetus ja teenuste sidusus tervishoiu ja sotsiaalsüsteemi vahele - Akuutravi järgsetele patsientidele võimalus saada kohest tuge igapäevaelu toetamisel Nõrkused - terminoloogia on seaduses ebaselge (rehabilitatsioon, taastusravi, heaoluplaan).	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordineerimise teenus.

- Senine kompetents antud valdkonnas taastusravi ja rehabilitatsioonimeeskondade näol on uues süsteemis kirjeldamata. - Vastutus psühhosotsiaalsete teenuste ja abivajaja parema osaluse eest igapäevaellu on pandud arengukava haiglatele, kelle prioriteet on tervishoiuteenus - Terviseteejuhi kui juhtumikorraldaja pädevus ja roll tuleks lahti kirjutada, et ei jääks muljet nagu terviseteejuhi roll oleks terviseseisundist põhjustatud rehabilitatsioonivajaduse hindamine. Võimalused - Katta tervishoius juba töötavate tugispetsialistide (näit. sotsiaaltöötajate töö) ja luua juurde võimalus kasutada parema toimetuleku tagamiseks lisajõudu (kogemusnõustajad jt) - Parendada infovahetust kasutades ühise keelena WHO klassifikaatoreid	
Eesti Rehabilitatsiooniasutuste Liit	
Teenuse juriidilised aspektid Uue eelnõu kohaselt on rehabilitatsiooniteenus valdkonnaülene koordinatsiooniteenus, mis ei ole tervishoiuteenus ega sotsiaalteenus. Samas on teenuse osutamine kavandatud üksnes tervishoiuteenuse osutajate (edaspidi TTO) kaudu ning teenust osutavad tervishoiuspetsialistid, näiteks õed, füsioterapeudid, tegevusterapeudid, kliinilised psühholoogid, logopeedid jne. Rehabilitatsiooniteenus WHO käsitluses on tervishoiuteenus. Kui tegemist ei ole tervishoiuteenusega, siis tähendab see praktikas, et patsiendikindlustuse kaitse teenusesaajatele ei laiene. Palume selgitada millised õigussuhted ja missugusel alusel tekivad teenuseosutaja ja teenusesaaja vahel.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole eelnõu kohaselt seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkondadeülene koordinatsiooniteenus. Rehabilitatsiooniteenus ei ole valdkondadeülene koordinatsiooniteenus. Rehabilitatsiooniteenust osutatakse, korraldatakse ja rahastatakse tervishoius, teenusele suunatakse tervishoius. Rehabilitatsiooniteenus ei ole tervishoiuteenus, mistõttu kogu teenusele vastutuskindlustus ei laiene. Patsiendikindlustus on vajalik tervishoiuteenuse osutamise tegevusloa taotlemisel lähtuvalt kehtivatest tervishoiuteenuse osutamise tegevusloa nõuetest.
Sihtrühm ei ole üheselt mõistetav Rahvatervishoiu seaduse eelnõu § 136 lõike 1 sõnastus seob rehabilitatsiooniteenuse eesmärgi haiguse või vigastuse mõjuga. Seetõttu ei ole piisavalt selge, kas teenus hõlmab ka häirest, neuroarengulisest eripärast või muust terviseseisundist tuleneva	Eelnõud ja seletuskirja on täiendatud. Rehabilitatsiooniteenus hõlmab ka häiretest või muust terviseseisundist tuleneva funktsioneerimisvõime piiranguga inimesi.

funktsioneerimisvõime piiranguga inimesi, kellel puudub haigus või vigastus kitsas tähenduses. Meie hinnangul tuleks teenuse osutamise põhitingimused sätestada seaduse tasandil. Sellega määratakse teenusesaajate ja teenuseosutajate õiguste ja kohustuste piirid. Tegemist on küsimustega, mida seadusandja ei saa täies ulatuses edasi delegeerida. Palume sätte sõnastust täpsustada selliselt, et teenuse sihtrühm oleks üheselt mõistetav.	
Rehabilitatsiooniteenuste osutamise korraldus Rahvatervishoiu seaduse § 13/7 lõike 1 kohaselt on rehabilitatsiooniteenuse korraldamise kohustus Tervisekassal. Samas ei selgu eelnõust, mida see kohustus sisuliselt tähendab ning mis ülesandeid Tervisekassa selle raames peab täitma. Sätte sisu tuleks selles osas täpsustada. Lõigete 2 ja 3 kohaselt kohustatakse rehabilitatsiooniteenust osutama HVA, samas kui teistel teenuseosutajatel on selleks õigus üksnes vajaduspõhiselt. Samas jätab eelnõu lahti küsimused sellest, missuguses mahu riigihaglad peavad teenusevõimekuse ja -kohustuse enda peale võtma ning mis põhimõtete järgi ja mahu saavad teenust osutada ülejäänud teenuseosutajad. Samuti tundub riigi kinnitatud haiglavõrgu arengusuundades toodud detsentraliseerimise põhimõtetega vastuolus näiteks piirkondlike haglate kohustamine rehabilitatsiooniteenuseks. Ühtlasi leiame, et eelnõus kavandatud haiglapõhine lähenemine toob kaasa teenusturu põhjendamatut koondumist riigihaglate kätte ning ebamõistliku konkurentsi vähenemise, olukorras, kus rehabilitatsiooniteenuste turul teenuse osutajate ringi osas turutõrget ei ole. Suuremate haglate domineerimine vähendab teenuse paindlikkust, mistõttu ei ole võimalik pakkuda kliendikeskseid individuaallahendusi. Infopäevadel viidatud nn rätseplahenduste rakendamine ei ole sellises mudelis realistlik. Seletuskirjast nähtub, et Tervisekassa sõlmib lepingud esmalt HVA haglatega ning teiste teenuseosutajate kaasamine sõltub hiljem	Eelnõud on täiendatud. Eelnõud ja seletuskirja on täiendatud sätete ning selgitusega, kuidas toimub rehabilitatsiooniteenusele suunamine ning tasu maksmise kohustuse üle võtmine Tervisekassa poolt. Varajane märkamine saab toimuda kõigi lastega enda töös kokkupuutuvate spetsialistide poolt. Eesti riigis on olemas õiguslikud ja korralduslikud mehhanismid, kuidas abivajavas ja ka hädaohus lapsest teavitada. Rehabilitatsiooniteenuse vajaduse korral luuakse tervishoius võimalused teenust osutada kõigile sihtrühmadele vanusest sõltumata. Rehabilitatsiooniteenuse tervishoiuga lõimimisel toimub suunamine tervishoius tuttavaid lahendusi kasutades, mis lihtsustab korralduslikult teenusele suunamist. “Lapse tervise jälgimise juhend” käsitleb” on pannud paika laste tervisekontrollid ning nende teostamise eest vastutajad. Samuti on riik loonud osa sihtrühmadele, kus lapsel on terviseseisundist tulenev püsiva toe vajadus, automaatse teavituse lahenduse tervishoiu ja kohalike omavalitsuste vahel. Haiglavõrgu arengukava haiglad, kellel on kohustus rehabilitatsiooniteenust osutada, ei ole kohustust osutada teenust kõigi terviseseisundi põhiselt. Haiglavõrgu haiglad nii nagu teised teenuseosutajad saavad väljendada, millise tervisesesundi põhiselt rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks on asutusel olemas vajalik pädevus. Tervisekassal on kavas hankida teenust piirkonna ja terviseseisundi ning vanuselistele sihtrühmadele põhiselt. Seega olukorras, kus konkreetse maakonna haiglavõrgu arengukava haigla ei osuta rehabilitatsiooniteenust kõigile sihtrühmale, on Tervisekassa eesmärgiks hankega tagada, et igas piirkonnas oleks vajaduspõhine teenuse pakkumine tagatud.

lepingumahtudest. See loob riski, et olemasoleva eelarve tingimustes koondub rahastus esmalt HVA haiglatele ning teistele teenuseosutajatele ei jää piisavat mahtu tegevuse jätkamiseks. Palume selgitada, kuidas välditakse olukorda, kus rehabilitatsiooniteenuse korraldus koondub eelkõige haiglavõrgu HVA kätte ning senised rehabilitatsiooniteenuse osutajad ja abivajajad jäävad ebapiisava lepingumahu tõttu süsteemist välja. Lisaks on haiglate tegevus olemuslikult ravikeskne, samas kui laste puhul on esmatähtis arendav lähenemine, mis keskendub oskuste kujundamisele ja arenguliste puudujääkide sihipärasele toetamisele. Seetõttu tekib põhjendatud küsimus, kas haiglad on valmis ja võimelised võtma üle laste arenduspõhised teenused vajalikus mahus ja kvaliteedis. Selgitamist vajab, mis hetkel, alusel ja vormis tekib teenusesaaja ja rehabilitatsiooniteenuse osutaja vahel õigussuhe, mille raames tekkiva tasu maksmise kohustuse Tervisekassa vastavalt lõikele 5 inimeselt üle võtab. Palume ka selgitada, kas ja kuivõrd saame laste puhul loota varajase märkamise ja sekkumise kontseptsioonile? Lisaks palume täpsustada, kas HVA haiglate eelistamisel ja mahupiiranguteta teenusekorralduse puhul jätkub piisavalt inim- ja eelarveressurssi ka teistele sihtrühmadele, sealhulgas psüühikahäirega tööealistele inimestele, kelle puhul eelnõu statistika kohaselt oli 2025. aastal keskmine teenusekasutus sihtrühmade võrdluses kõige suurem.	Tervisekassa korraldatavas uutel alustel korraldatava rehabilitatsiooniteenuse puhul on vajalik tugineda olemasolevale kompetentsile ning spetsialistidele, kes praegu rehabilitatsiooniteenuse meeskondades tegutsevad. Arvestades rehabilitatsiooniteenuse riigieelarve vahendeid, on arvata, et haiglavõrgu haiglate kõrval on vajaliku teenusmahu ning pakkumiseks erinevates piirkondades ning sihtrühmadele olulisel korral Tervisekassa hankes osalevad teenusepakkujad.
Teenusele saamise õigus ja teenusele suunamise korraldus Rahvatervishoiu seaduse § 13/10 lõige 2 sätestab rehabilitatsiooniteenuse saamise tingimused viiteliselt ravikindlustuse seaduse alusel kehtestatud määrusele. Teenuse õiguse ja põhitingimused peavad olema sätestatud seaduse tasemel, kuna neist sõltuvad inimeste õigused ja kohustused. Kuna teenus luuakse ja sätestatakse rahvatervishoiu seaduses, siis ei ole õiguslikult korrektne ega õigusselge sätestada teenuse tingimusi ravikindlustuse seaduse alusel kehtestatud määrusega.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordineerimise teenus.

Palume selgitada, kuidas tagatakse teenusesaaja autonoomia ja õigeaegne abi olukorras, kus eelnõu kohaselt antakse rehabilitatsiooniteenusele suunamise pädevus terviseteejuhile ning senine iseseisev pöördumise võimalus asendub süsteemipoolse vajaduse tuvastamisega. Leiame, et selline korraldus võib suurendada inimese sõltuvust süsteemi märkamisvõimest ning tekitada riski, et abi ei jõua õigeaegselt abivajajani. Eriti oluline on see laste puhul, kelle arenguline toetamine on ajakriitiline ning teenuse viibimine võib kaasa tuua pikaajalisi tagajärgi.	
Terviseteejuhtide pädevus uues süsteemis on terviseteejuhtidel kande roll teenusevajaduse hindamisel ja rehabilitatsiooniteenusele suunamisel. Seetõttu peab olema seaduse või rakendusakti tasandil selgelt määratletud terviseteejuhtide väljaõppe sisu, pädevusnõuded, otsustusprotsessi alused ning vastutus. Palume täpsustada, milline on terviseteejuhtide nõutav erialane ettevalmistus ja täienduskoolitus, kuidas hinnatakse nende valmisolekut rehabilitatsioonivajaduse tuvastamiseks ning milliste kriteeriumide alusel tehakse otsus inimese rehabilitatsiooniteenusele suunamise kohta. Samuti palume selgitada, milliste mehhanismidega tagatakse otsustusprotsessi erapooletus ja läbipaistvus, et välistada subjektiivsus, piirkondlik ebaühtlus või konkreetsete teenuseosutajate põhjendamatu eelistamine. Oluline on, et teenusele suunamine lähtuks inimese tegelikust abivajadusest, mitte konkreetse piirkonna teenuseosutajate võimekusest, lepingusuhetest või teenusekorralduslikest eelistustest.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordineerimise teenus.
Valikuvabadus Teenusesaaja valikuvabadus ei saa olla üksnes formaalne, vaid peab olema tagatud ka sisuliselt. Kui senised väiksemad ja spetsialiseerunud rehabilitatsiooniasutused ei saa uues süsteemis tegevust jätkata või muutuvad suuremate teenuseosutajate alltöövõtjateks, väheneb teenusesaaja võimalus	Selgitame. Eelnõud ja seletuskirja on täiendatud. Rehabilitatsiooniteenuse osutajana ning Tervisekassa lepingupartneritena nähakse uutel alustel teenuse korralduses ette nii haiglavõrgu haiglaid kui teisi teenusepakkujaid. Haiglavõrgu arengukava haiglatele rehabilitatsiooniteenuse osutamise kohustuse panemine tagab teenuse pakkumise kõigis maakondades. Haiglavõrgu arengukava haiglate kohustuse sätet on muudetud selliselt, et absoluutselt kõik haiglad ei pea rehabilitatsiooniteenust osutama.

valida talle sobiv teenuseosutaja, spetsialistide meeskond, teenuse asukoht ja teenuse osutamise viis. Palume selgitada, kuidas tagatakse teenusesaaja tegelik valikuvabadus olukorras, kus väiksemad teenuseosutajad võivad reformi tulemusel turult lahkuda või muutuda suuremate teenuseosutajate alltöövõtjateks. Leiame, et teenuse koondumine vähestesse keskustesse võib pikendada ootejärjekordi, vähendada teenuse paindlikkust ning halvendada teenuse regionaalset kui ka linnasisest kättesaadavust. Teenuse füüsiline kaugus ei ole oluline üksnes maapiirkondades. Näiteks võib ka Tallinna piires liikumine ühest linnaosast teise olla teenusesaaja või tema lähedase jaoks ajamahukas, kulukas ja koormav. Sellisel juhul võib teenus olla küll süsteemis olemas, kuid inimese jaoks praktikas raskesti kättesaadav. Rehabilitatsiooniteenus eeldab sageli pikaajalist usaldussuhet, valdkondadeülest meeskonnatööd ja paindlikku kohandumist inimese tegelike vajadustega. Seetõttu on oluline, et reform ei vähendaks olemasolevat teenuseosutajate mitmekesisust ega muudaks valikuvabadust üksnes näiliseks. Samuti palume selgitada, kuidas tagatakse, et konkurentsi vähenemine ja teenuse koondumine riigihaiqlate juurde ei too kaasa teenuse kvaliteedi langust ega teenuse paindlikkuse vähenemist.	Tervisekassa eesmärgiks on leida maakondade põhiselt teenusepakkujad selliselt, et oleks tagatud piirkondlik ning sihtrühmapõhine teenuse kättesaadavus. Kuna kõigil haiglatel ei ole samaväärselt pädevust tööks kõigi sihtrühmadega rehabilitatsiooniteenuse osutamise kontekstis, on vajalik, et hanke kaudu saavad Tervisekassa lepingupartneriks ka teised teenuseosutajad. Praeguses süsteemis on Sotsiaalkindlustusameti lepingupartneriks ka väikese meeskonna ning klientide arvuga teenuseosutajaid, kelle puhul on keeruline tagada valmisolekut inimese vajadustest lähtuvalt rehabilitatsiooniteenust osutada. Riskikohaks on olnud teenuseosutamisel nende spetsialistide rakendamine, kes parasjagu meeskonnas on, mitte selliste, kes lähtuvalt inimese vajadusest peaksid teenuseosutamisel kaasatud olema. Haiglatel on ootuspäraselt suurem paindlikkus meeskondade komplekteerimisel. Samuti on haiglatel, nagu ka teistel tervishoiuteenuse osutajatel, kogemus tervishoiu kvaliteedi tagamise süsteemi ning korraldusega.
Teenuse kättesaadavuse võimalik halvenemine Seletuskirjas on märgitud, et reformi tulemusel peaks teenuse kättesaadavus paranema, kuid kättesaadavuse paranemise mehhanism ei ole piisavalt selgelt kirjeldatud. Samas on seletuskirjas viidatud ka sellele, et kõigisse maakondadesse ei pruugi vajalikke spetsialiste jätkuda. Palume selgitada, milliste konkreetsete meetmetega tagatakse rehabilitatsiooniteenuse tegelik kättesaadavus kõigis piirkondades ning kuidas välditakse olukorda, kus teenuse vajadus on olemas, kuid abivajaja ei pääse teenusele ebapiisava rahastuse, lepingumahtude või spetsialistide puuduse tõttu. Samuti palume täpsustada, kuidas mõjutab teenuse kättesaadavust asjaolu, et seletuskirja kohaselt olid tervishoiuteenuste hinnad	Selgitame. Tervisekassal on kavas hankida teenust piirkonna ja terviseseisundi ning vanuselist sihtrühmade põhiselt. Seega olukorras, kus konkreetse maakonna haiglavõrgu arengukava haigla ei osuta rehabilitatsiooniteenust kõigile sihtrühmale, on Tervisekassa eesmärgiks hankega tagada, et igas piirkonnas oleks vajaduspõhine teenuse pakkumine tagatud. Tervisekassa korraldatavas uutel alustel korraldatava rehabilitatsiooniteenuse puhul on vajalik tugineda olemasolevale kompetentsile ning spetsialistidele, kes ka praegu rehabilitatsiooniteenuse meeskondades tegutsevad. Arvestades rehabilitatsiooniteenuse riigieelarve vahendeid, on arvata, et haiglavõrgu haiglate kõrval on vajaliku teenusmahu pakumiseks erinevates piirkondades ning sihtrühmadele olulisel korral Tervisekassa hankes osalevad teenusepakkujad. Selleks, et teenuse maht ja kättesaadavus ei väheneks, on teenuse korraldajal ehk Tervisekassal võimalik kasutada ressurside juhtimise meetmeid.

taastusravi süsteemis 2024. aastal 1,2–2,1 korda kõrgemad, mistõttu võib sama eelarve juures osutatava teenuse maht väheneda.	Eelnõus on sätestatud teenuseosutaja kohustus tagada talle eraldatud rahaliste vahendite efektiivne ja väärtuspõhine kasutamine.
Nõuetele vastava kvalifikatsiooniga spetsialistide tagamine Palume selgitada, kuidas on eelnõus hinnatud tööjõuga seotud riske, arvestades, et seletuskirjas on tunnistatud spetsialistide puudust ning võimalust, et kvalifikatsiooninõuete tõus võib olemasoleva eelarve tingimustes vähendada osutatava teenuse mahtu. Praegu on meeskondades lubatud psühholoogid, aga edaspidi on paljudes rehabilitatsioonimeeskondades vaja tagada kliinilise psühholoogi ja psühholoog-nõustaja kättesaadavus, kuid neid spetsialiste napib juba praegu ning tervishoius on nende vastuvõttudele pikad järjekorrad. Eelnõu kohaselt tuleb neid vajadusel kaasata muu hulgas vaimse tervise, neuroarenguliste eripärade ja neuroloogiliste seisundite alase rehabilitatsiooni meeskondadesse, kus neid täna sageli ei ole. Palume täpsustada, millised meetmed tagavad nende spetsialistide leidmise, rahastamise ja kaasamise ning kuidas välditakse olukorda, kus spetsialistide puudus hakkab piirama teenuse kättesaadavust.	Selgitame. Rakendusakti kavandit on täiendatud. Täpsemad selgitused antakse rakendusakti seletuskirjas. Kliinilise psühholoogi, psühholoog-nõustaja, magistrikraadiga psühholoogi kõrval on alternatiivse võimalusena lisatud ka vaimse tervise õe kaasamine rehabilitatsioonimeeskonda. Määruse tasandil seatavaid nõudeid on võimalik vajadusel paindlikumalt täiendada ja muuta. Võimalik on anda nõuete kehtestamisel üleminekuaeg. Rehabilitatsioonimeeskonda kuuluda võivate spetsialistide kvalifikatsiooninõuete kohta on enda sisendi andnud erialaliidud. Täiendav arutelu on huvikaitse- ja esindusorganisatsioonidega võimalik rakendusakti koostamise käigus. Rehabilitatsiooniteenuse liikude puhul ei ole rakendusakti kavandis toodud kinnist loetelu spetsialistide erialade põhisel, kes rehabilitatsioonimeeskonda kuuluma peavad – otsustus vajaliku lisapädevuse olemasolu kohta on jäetud rehabilitatsioonimeeskonnale. Suunised vajalike spetsialistide kohta annab terviseseisundi põhise rehabilitatsiooniteenuse käsitusjuhend, mis on sotsiaalministeeriumi eestvedamisel koostamisel.
Rehabilitatsiooniasutuste tegevuse jätkamise risk ja mõju teenuseosutajatele Eelnõus on teenuseosutajatele avalduvat mõju alahinnatud. Kuigi teenuseosutajad moodustavad seletuskirja kohaselt ligikaudu 5% tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande valdkonna ettevõtetest, on nende roll rehabilitatsiooniteenuse sisulisel osutamisel märkimisväärne. Eelnõus on välja toodud, et valdkonnas tegutseb 43 mittetulundusühingut (edaspidi MTÜ), kelle tegevuse jätkumine uues süsteemis ei ole tagatud. MTÜS kohaselt ei ole MTÜ ümberkujundamine teist liiki juriidiliseks isikuks võimalik ega lubatud. Seega peavad kõik praegused MTÜ vormis rehabilitatsiooniteenuse osutajad minimaalselt lõpetama oma sellealase tegevuse, koondama töötajad jne. Kui rehabilitatsiooniteenus on MTÜ ainus tegevus, siis tuleb lõpetada ka vastava MTÜ tegevus. See tähendab kulu ja suurt muutust sektoris.	Selgitame. Seletuskirja on täiendatud. Eelnõu eesmärk ei ole olemasolevate rehabilitatsiooniteenuse osutajate tegevuse lõpetamine, vaid teenuse korralduse ja rahastamise muutmine. Samas on arvestatud, et osa teenuseosutajaid, sealhulgas MTÜd, võivad vajada oma tegevusmudeli või organisatsioonilise vormi kohandamist. Eelnõu ei too automaatselt kaasa töötajate koondamist ega asutuste sulgemist ning seetõttu ei ole kavandatud eraldi meetmeid kollektiivsete koondamiste jaoks. Teenuse järjepidevuse tagamiseks on ette nähtud üleminekuperiood, mis võimaldab teenuseosutajatel muudatustega kohaneda. Reformi eesmärk on säilitada olemasolev rehabilitatsioonialane kompetents ja kaasata praegused spetsialistid uude süsteemi. Kas ja mil määral teenuseosutajad oma tegevust ümber korraldavad, sõltub nende otsustest, tegevusmudelist ja kohanemisvõimest. Spetsialistide tööhõive osas ei nähta ette vajaduse vähenemist. Vastupidi, rehabilitatsiooniteenuste vajadus püsib ning süsteem vajab ka edaspidi füsioterapeutide, tegevusterapeutide, logopeedide, psühholoogide ja teiste rehabilitatsioonispetsialistide kompetentsi. Seetõttu on eesmärk toetada nende jätkamist valdkonnas ning vältida teenuse järjepidevuse katkemist. Seletuskirjas toodud spetsialistide arvu puudutavad näitajad kirjeldavad erinevaid andmekogemeid.

Milliseid meetmeid on kavandatud, MTÜ töötajate võimalike kollektiivsete koondamiste tarbeks? Sama risk puudutab ka teisi väiksemaid teenuseosutajaid, kellel ei ole võimalik jääda määramata ajaks ootama, kas mõni haigla nendega lepingu sõlmib. Millised meetmed on kavandatud, et vältida teiste teenuseosutajate tegevuse lõpetamist, teenuse kättesaadavuse halvenemist ja võimalikke kollektiivseid koondamisi? Palume hinnata, milline mõju võib olla teenuseosutajate võimalikul turult lahkumisel spetsialistide tööhõivele ja teenuse järjepidevusele. Arvestades valdkonna pikaajalist alarahastust, võib asutuste samaaegne tegevuse lõpetamine kaasa tuua kvalifitseeritud spetsialistide lahkumise erialaselt töölt. Samuti palume täpsustada eelnõus esitatud andmeid spetsialistide hõivatuse kohta. Ühes osas märgitakse, et rehabilitatsioonimeeskondadesse kuulus 1942 spetsialisti, kellest 84,9% töötas ühe teenuseosutaja juures, samas kui teises osas viidatakse, et 2024. aastal töötas paralleelselt kahes asutuses 2276 töötajat ning kolmes või enamas asutuses 219 töötajat. Palume need andmed üle kontrollida ja selgitada, millistele andmetele mõjuanalüüs tegelikult tugineb. Palume selgitada, kas eelnõu koostamisel on hinnatud riski, et osa tänaseid rehabilitatsiooniasutusi ei saa reformi järel tegevust jätkata tegevusloa, lepingumahu või töötajate kvalifikatsiooninõuete tõttu.	Ühel juhul on tegemist unikaalsete rehabilitatsiooniteenusega seotud spetsialistide arvuga, teisel juhul mitmes töökohtade kattuvusega. Seletuskirjas täpsustatakse andmete metoodikat ja allikaid, et vältida võimalikke vastuolulisi tõlgendusi. Eelnõu koostamisel on hinnatud riski, et kõik tänased teenuseosutajad ei pruugi jätkata täpselt samal kujul. Seda võivad mõjutada tegevusloa nõuded, kvalifitseeritud tööjõu olemasolu või tulevase lepingulised kokkulepped. Samas ei ole reformi eesmärk teenuseosutajate arvu vähendamine, vaid sellise süsteemi kujundamine, mis tagab teenuse kvaliteedi, spetsialistide kompetentsi säilimise ja teenuse parema kättesaadavuse.
Halduskoormuse kasv Palume täpsustada eelnõu mõju halduskoormusele. Seletuskirjas on halduskoormuse lisandumist käsitletud pigem piiratud ulatuses, eelkõige märkamislehe täitmise kaudu, ning samas väidetakse, et kokkuvõttes halduskoormus väheneb. Eelnõu sisust nähtub siiski, et teenuseosutajatele lisandub või muutub oluliselt mitu tööprotsessi, sealhulgas uus suunamisloogika terviseteejuhi kaudu, heaoluplaani ja tegevuskava seostamine, dokumenteerimine teenuseosutaja infosüsteemis, kokkuvõtete edastamine heaoluplaani, Tervisekassa lepingute ja lepingutingimuste	Selgitame. Eelnõud ja seletuskirja on täiendatud. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole eelnõu kohaselt seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkondadeülene koordinatsiooniteenus.

täitmine, tegevusloa või koostöölepingu vajadus, kvaliteedijuhtimissüsteemi muutmine ning Terviseameti järelevalve. Palume hinnata nende tegevuste tegelikku mõju halduskoormusele.	
Üleminekuperioodiga seotud riskid ja IT-risk ja nende maandamine Seletuskirjas on küll välja toodud mitmeid riske, kuid nende käsitus jääb võrreldes reformi eeldatavate positiivsete mõjudega oluliselt üldisemaks. Palume täiendada mõjuanalüüsi selliselt, et lisaks oodatavale kasule oleks süsteemselt hinnatud ka teenuseosutajate, tööjõu, rahastuse, IT-arenduste ja teenuse kättesaadavusega seotud riske. Üleminekuperioodiga kaasnevad olulised riskid abivajajate jaoks, sealhulgas teenuse katkemise oht ja segadus süsteemide vahetumisel. Selle tulemusena võivad osad abivajajad jääda pikemaks ajaks abita. Seaduse kohaselt alustab TERVIK 01.07.2027, kuid heaolupiirkonnad käivituvad alles 01.05.2028. Samal ajal lõpetatakse olemasolev rehabilitatsioonisüsteem 30.09.2027. Arvestades, et teenusel on hinnanguliselt ligikaudu 11 000 klienti, ei ole realistlik eeldada, et kõik teenusesaajad viiakse lühikese aja jooksul sujuvalt uude süsteemi üle. Eelnõus olev otsus, et teenust hakkavad põhiliselt edaspidi osutama HVA haiglad ja nende lepingupartnerid, eeldab aega süsteemi ümberkorraldamiseks. Haiglad peavad aru saama, millises mahus on neil lepingupartnereid vaja, kellega nad on valmis lepinguid sõlmima jne. See aga tähendab, et abivajajad oleksid sel ajal ilma teenuseta ja selleks ajaks, kui haiglad on valmis lepinguid sõlmima, on osad asutused turult kadunud, sest asutus ei saa endale lubada aega, et oodata, kas temaga sõlmitakse leping või mitte. Palume selgitada, kuidas maandatakse reformi ülemineku- ja IT-riske. Eelnõu keskseteks rakendusvahenditeks on kavandatud märkamisleht ja heaoluplaan, kuid seletuskirjast nähtub, et nende arendamiseks vajalik rahastus ei ole veel tagatud, vaid seda on kavas alles taotleda.	Selgitame. Eelnõud ja seletuskirja on täiendatud. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole eelnõu kohaselt seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkondadeülene koordineerimine. Eelnõud on täiendatud sätetega, mis loovad kindlatel kriteeriumidel aluse teenusesaajate automaatseks üleviimiseks uude teenuse korraldussüsteemi.

Palume selgitada, kuidas tagatakse reformi rakendamine juhul, kui vajalikku rahastust IT-arendusteks ei eraldata või arendused ei valmi kavandatud tähtajaks.	
Rahastusmudel ning pikaajaline rahastus Eelnõu kohaselt nähakse ette teenusesaajate arvu suurenemine koos teenuse hinna kasvuga, mis toob kaasa kogukulude suurenemise. Sellises olukorras ei ole põhjendatud eeldus, et eelarve jääb samaks või väheneb, kuna see ei ole kooskõlas kavandatud muudatuste tegeliku mõjuga. Seega väide, et teenuse saajate hulk ja teenuse maht koos kasvavad, ei ole ilmselgelt õige. Palume täpsustada rehabilitatsiooniteenuse rahastusmudelit. Seletuskirjas on märgitud, et Sotsiaalministeerium eraldab igal aastal riigieelarve vahendid Tervisekassale ning hinnad kehtestatakse Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelus, kuid teenuse praktiline hinnastamine jääb ebaselgeks ning puuduvad ka määruse kavandid. Palume selgitada: ☐ kuidas kujuneb rehabilitatsiooniteenuse hind; ☐ kuidas arvestatakse meeskonnapõhisust; ☐ kuidas hinnastatakse mittetervishoiuspetsialistide panus (nt loovterapeut, kogemusnõustaja jne); ☐ kuidas rahastatakse kodus või haridusasutuses osutatavat teenust; ☐ kuidas rahastatakse koordineerimist, vahehindamisi ja kokkuvõtete koostamist; ☐ kuidas rahastatakse teenuseosutaja koostööpartneri mudelit. Rahastusmudeli täpsustamine on oluline, kuna eelnõu järgi on rehabilitatsiooniteenus kompleksteenuse, mitte üksnes üksikvastuvõttude kogum. Samuti palume esitada rahastuse pikema vaade pärast 2030. aastat. Nii ulatusliku reformi puhul ei ole piisav kirjeldada rahastust üksnes aastani 2030, eriti arvestades, et teenus liigub Tervisekassa eelarvesse olukorras, kus ravikindlustuse eelarve jätkusuutlikkus on juba praegu surve all ning puudujääk on ca 100 milj. eur.	Selgitame. Seletuskirja on täiendatud. Selleks, et teenuse maht ja kättesaadavus ei väheneks, on teenuse korraldajal ehk Tervisekassal võimalik kasutada ressursside juhtimise meetmeid. Inimesele tegeliku vajaduse põhisel teenuse osutamine ei tähenda, et kõigile teenusesaajatele teenuse maht kasvab, vaid teenusepakkumine vajaduspõhiselt tähendab erinevas mahu teenuse osutamist. Põhimõtteline muudatus võrreldes praeguse teenuse korraldamise ja rahastamisega on, et kõigile teenusesaajatele ei ole ette nähtud samas mahu teenust. Tervisekassa koostab arvestuslikud mahu prognoosid, kuid tegelik teenuse osutamine toimub vajaduspõhiselt ning kuni vajaduse äralangemiseni. See tähendab teenuseosutaja kohustust lepingumahu ressursside planeerimist vastavalt klientide arvule ning nende vajadustele. Tervisekassal on võimalik tegeleda teenuste hinnastamisega lähtuvalt eelnõu menetlemise ajakavast. Praeguse kontseptsiooni kohaselt on kavas luua teenuskoodid, mis arvestavad rehabilitatsiooniteenuse meeskondliku töö ja hindamisega. Tervisekassal on kavas tervishoiu korralduse ning teenuste rahastamise jm teemadel infotund teenuseosutajatele augustis 2026, et selgitada üldiseid põhimõtteid. Tervisekassa lepingupartneriks tulemisega seotud tingimuste infotund on kavas oktoobris 2026. Rehabilitatsiooniteenust ei rahastata ravikindlustusvahenditest, vaid sotsiaalministeeriumi poolt iga-aastaselt Tervisekassale eraldatavast riigieelarve vahendite eraldisest.

Terviseteejuhi roll ja tugimeeskonna moodustamine Palume täpsustada terviseteejuhi rolli tugimeeskonna moodustamisel. Seletuskirjast nähtub, et terviseteejuht moodustab tugimeeskonna, kuhu kuuluvad vähemalt raviarst või perearst, pereõde ja kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja, kuid ebaselgeks jääb tugimeeskonna moodustamise täpne kord. Palume selgitada, millistel alustel valitakse tugimeeskonna liikmed, kuidas toimub nende kaasamine ning kes vastutab olukorras, kus mõni vajalik osapool meeskonnatöös ei osale.	Selgitame. Eelnõud ja seletuskirja on täiendatud. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole eelnõu kohaselt seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkondadeülene koordineerimine.
Koolitusnõuete kaotamine Eelnõuga kaotatakse nõue rehabilitatsioonivaldkonna spetsiifilise koolituse läbimiseks, põhjendades seda kulude kokkuhoiuga. Samas on kvaliteetse teenuse osutamiseks oluline, et meeskonnaliikmed mõistaksid rehabilitatsiooni põhimõtteid ja metoodikat. Eelnõus viidatakse ka tulevikuvajadusele pakkuda valdkonnapõhiseid täiendkoolitusi, mis tekitab küsimuse, miks olemasolev süsteem lammutatakse, kui vajadus vastava kompetentsi järele püsib.	Selgitame. Praegusel kujul rehabilitatsioonimeeskonna spetsialisti baaskoolitus vajab ajakohastamist ning seega ei ole koolitusnõude kaotamine seotud kulude kokkuhoiu põhjendusega, vaid sisuline. Eelnõu ei sea eesmärgiks rehabilitatsioonialase kompetentsi vähendamist ega valdkonnapõhise täiendõppe kaotamist. Muudatuse eesmärk on vähendada liigset regulatiivset koormust ning võimaldada tööandjatel ja ala arendajatel paindlikumalt kujundada spetsialistide täiendkoolitust vastavalt nende tööülesandele ja sihtrühmade vajadustele. Praegune kohustuslik koolitusnõue ei ole iseenesest kvaliteedi tagamise ainus meelde. Rehabilitatsiooniteenuse kvaliteet sõltub eelkõige spetsialistide erialasest kvalifikatsioonist, meeskonnatööst, juhendamisest, rakendatavatest meetoditest ning pidevast erialasest arengust. Samas nõustume, et rehabilitatsiooni põhimõtete, meeskonnatöö ning inimese funktsioneerimise tervikliku käsitlemise tundmine on kvaliteetse teenuse osutamise eelduseks. Eelnõu koostamisel on arvestatud vajadusega toetada edaspidi sihipäraste rehabilitatsioonivaldkonna täiendkoolituste pakkumist, mis võimaldavad ajakohastada teadmisi ja vastata muutuvatele vajadustele. Muudatus võimaldab ajakohastada olemasolevat kompetentsisüsteemi.
Sotsiaaltöötaja roll Oleme panustanud sotsiaaltöötaja rolli kirjeldamisele, mida meie hinnangul ei ole eelnõus piisavalt arvestatud. Palume selgitada, kuidas on eelnõus arvestatud sotsiaaltöötaja rolliga rehabilitatsioonimeeskonnas. Kuigi eelnõu kohaselt rehabilitatsiooniplaan kaob ja seda asendab terviseteejuhi koostatud heaoluplaan, peab rehabilitatsioonimeeskond praktikas jätkuvalt hindama teenusesaaja olukorda, seadma eesmärgid ning koostama teenuse sisu ja tegevuskava.	Selgitame. Eelnõud ja seletuskirja on täiendatud. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole eelnõu kohaselt seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkondadeülene koordineerimine.

Seetõttu palume täpsustada, kas rehabilitatsiooniplaani kaotamine vähendab tegelikult dokumenteerimiskoormust või tekib senise ühe dokumendi asemel mitu eraldi dokumenti: märkamisleht, heaoluplaan ning rehabilitatsioonimeeskonna hinnang ja tegevuskava. Samuti palume selgitada, kuidas tagatakse rehabilitatsiooniteenuse terviklikkus, kui sotsiaaltöötaja roll väheneb. Teenusesaaja toetamine eeldab jätkuvalt teenuste koordineerimist. Lisaks sisaldab rehabilitatsiooniteenus võrgustikutööd, lähedaste nõustamist ning koostööd haridusasutuste, lastekaitse ja teiste osapooltega. Nende ülesannete panemine üksnes erialaspetsialistidele või terviseteejuhile ei pruugi olla realistlik ega jätkusuutlik.	
Tervishoiuteenuse tegevusloa taotlemisega seonduvad kulud Juhime tähelepanu, et tervishoiuteenuse osutamise tegevusluba on eelduseks uue teenuse osutamiseks. Asutustel, kes praegu tegevusluba ei oma, tähendab nõuetega kooskõlla viimine täiendavat ressursi, eelkõige nõuetele vastavate ruumide ja sisseseade tagamiseks. Palume täpsustada, kas eelnõu mõjuanalüüsis on hinnatud nende asutuste tegelikku valmisolekut tervishoiuteenuse osutamise tegevusloa taotlemiseks, sealhulgas vajalike investeeringute mahtu, ajakulu ja praktilist teostatavust kavandatud üleminekuperioodi jooksul.	Selgitame. Eelnõud ja seletuskirja on täiendatud. Tegevuslubade taotlemise protsessi ning tegevuslubade nõuete selgitamiseks korraldab sotsiaalministeerium koostöös Sotsiaalkindlustusameti, Terviseameti ja Tervisekassaga infotunde ning laekuvate küsimuste pinnalt annab täiendavaid selgitusi toetamaks teenuseosutajaid üleminekuprotsessis.
Sihtrühmapõhine rehabilitatsioon Sihtrühmapõhise rehabilitatsioonimeeskondade moodustamine vajab kindlasti veel laiapõhjalist arutelu. Näiteks on praegu neuroerinevusega inimeste rehabilitatsioonis kohustuslikeks meeskonnaliikmeteks eripedagoog ja logopeed. Samas ei pruugi täiskasvanud neuroerinevusega inimesed neid teenuseid alati vajada. Sellised tähelepanekuid on teisigi.	Selgitame. Rakendusakti kavandit ning eelnõu seletuskirja on täiendatud. Rehabilitatsiooniteenuse liikude puhul ei ole toodud kinnist loetelu iga terviseseisundipõhise rehabilitatsiooniteenuse liigi puhul spetsialistidest, kes peavad meeskonda kuuluma.
Eesti Tegevusterapeutide Liit	
Seletuskiri, lk 6: Tagasiside andjad rõhutasid, et oluline on rehabilitatsioonis ka edaspidi tagada praegu tervishoius pakutavate teenuste kõrval toetavate teenustena jätkuvalt teraapiate (nt loovteraapia, tegevusterapia)	Arvestatud.

kättesaadavus. Juhime tähelepanu, et tegevusteraapia on alates 2006. aastast olnud ja on ka praegu tervishoius pakutav teenus. Tegevusteraapia teenuste koodid tervishoius on 7053, 7054, 7061, 7068, 7069, 7078 ning 2025. aastal teostati 118 487 protseduuri (sh 76 136 neist taastusravis).	
Ettepanek võimaldada tegevusteraapia iseseisev teenuse osutamine. Tegevusteraapia on olnud tervishoiuteenus alates 2006. aastast ning psühholoogia, logopeedia, füsioteraapia ja tegevusteraapia peaksid toimima samadel alustel. Antud ettepanek suurendaks olemasolevate rehabilitatsiooniasutuste võimalust osaleda teenuste osutajatena (uue seaduse järgi on ilma taastusravi ja perearstiteenuse tegevusloata vaja kahte iseseisva teenuse osutamise luba: psühholoogiline ravi, füsioteraapia, logopeediline ravi). Juhul kui asutus soovib spetsialiseeruda näiteks vaimse tervise alasele rehabilitatsioonile siis nad peaksid hakkama osutama ka logopeedia või füsioterapeudi iseseisvat teenust, mis ei pruugi antud sihtgrupi puhul asjakohane olla. Vaimse tervise rehabilitatsioonimeeskonna põhikoosseis on: kliiniline psühholoog või psühholoog-nõustaja, tegevusterapeut ja loovterapeut.	Mittearvestatud. Eelnõuga ei tehta muudatust, millega tegevusteraapia puhul oleks võimalik teenuse iseseisev osutamine. Eelnõud ja seletuskirja on täiendatud rehabilitatsiooniteenuse osutajalt nõutavate tegevuslubade osas.
Rakendusaktide kavand: § 3. Rehabilitatsiooni-meeskonna koosseis, teenuse liigid ja nende sisu Praegune sõnastus: (3) Rehabilitatsiooniteenust osutavad meeskonnad saavad spetsialiseeruda lähtuvalt rehabilitatsiooniteenuse liikidest, tagades lisaks lõikes 1 nimetatud nõudele vajadusel järgmised spetsialistid: Selgitus: Meil on teadmine (ja seletuskirjast tuleb ka välja), et spetsialiseerumise puhul on tegemist kohustuslike spetsialistidega ehk ilma kellela ei ole võimalik spetsialiseerumise valdkonnas rehabilitatsiooniteenust osutada. Rakendusakti sõnastusest jääb mulje, et asutus ise otsustab kas peab vajalikuks loetletud spetsialistide rehabilitatsioonimeeskondadesse kaasamise või mitte. Ettepanek: Sõnastada lõik selgemalt, et oleks üheselt arusaadav, et spetsialiseerumisega seotud valdkonnas teenuse osutamisel peab olema tagatud kohustuslik meeskonna koosseis (ehk kõik spetsialistid,	Arvestatud osaliselt. Rakendusakti kavandit ning seletuskirja on täiendatud. Terviseseisundi põhiste rehabilitatsiooniteenuse liikude puhul ei ole toodud kinnist loetelu spetsialistidest, kes peavad iga rehabilitatsiooniteenuse liigi puhul rehabilitatsioonimeeskonda kuuluma.

kes on spetsialiseerumise juures mainitud) ning valikuvõimalus on jäetud ainult täiendavate spetsialistide kaasamise osas.	
Praegune sõnastus: (4) Terviseseisundist lähtuva teenuse osutamisel peab teenuseosutaja tagama vähemalt kolmeliikmelise meeskonna. Meeskond moodustatakse § 4 sätestatud spetsialistide loetelust, kaasates muud spetsialistid vastavalt inimese terviseseisundile. Selgitus: Hetkel jääb segaseks rehabilitatsiooni põhimeeskonna ja teenust osutava meeskonna koosseis. §4 ei ole kirjeldatud õe ega eriarsti nõudeid, samas §3 järgi võivad nad olla põhimeeskonnas. Kas antud lõigus on mõeldud muude spetsialistide all õde, eriarsti? Ettepanek: Sõnastada lõik selgemalt, et oleks aru saada, mida see tähendab ja kuidas suhestub teiste lõikudega (põhimeeskonna koosseis, spetsialiseerumised, kvalifikatsioon) jne.	Selgitame. Rakendusaktide kavand on täiendatud.
Hetkel jääb ebaselgeks, et kuidas toimub tulevikus rehabilitatsioonimeeskonna liikmete ja nende koosseisude üle arvestuse pidamine? Tähtis on, et erinevatel osapooltel jääks alles võimalus kontrollida teenust osutavate inimeste andmeid (nt et klient/terviseeteejuht saab kontrollida enne teenusele suunamist, et kes seal olemas on või teenuse käigus, et kas teenust osutab õige inimene). Avalik info on tähtis ka näiteks tegevusteraapia tudengitele praktikakohtade otsimisel või valdkonnas otsuste tegemisel. Täna on väga keeruline kontrollida MTRi registreeringu või tervishoiu tegevusloa järgi spetsialiste, kes teenust osutavad (lausa nii keeruline, et abivahendite valdkonnas ei eeldata abivahendi firmadelt kontrollimist, kas abivahendi tõendit väljastav tegevusterapeut või füsioterapeut on olemas vaid piirdutakse tõendil märgitud rehabilitatsiooni või tervishoiuasutuse olemasolu kontrolliga). Antud küsimus tuleks lahendada ära süsteemide üleselt, aga ka rehabilitatsioonisüsteemi sees. Näiteks kui haigla on Tervisekassa lepingupartneriks, aga hangib osa teenust ise sisse- kus siis hakkab olema spetsialistide info või kui asutusel on nt ainult iseseisva füsioteraapia ja logopeedia tegevusluba, et kuhu siis kantakse teised spetsialistid. Antud küsimus tuleb ära lahendada ka abivahendite ja meditsiiniseadmete reformi vaatest, et milline tegevusterapeut,	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole eelnõu kohaselt seotud terviseeteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkondadeülene koordineerimine.

füsioterapeut saab tulevikus abivahenditele tõendeid väljastada (täna saavad kõik, kes töötavad rehabilitatsioonis või tervishoius).	
Ebaselgeks jääb seos inimese tugimeeskonna ja rehabilitatsioonimeeskonna vahel.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole eelnõu kohaselt seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkondadeülene koordineerimine.
Milline on planeeritav orienteeruv teenuse periood ning rahaline maksumus (lagi) kliendi/patsiendi kohta aastas?	Selgitame. Teenuse osutamine toimub vajaduspõhiselt lähtudes inimese vajadustest, eesmärgist ning teenust osutatakse kuni vajaduse äralangemiseni. Teenuse hinnastamisel ning eelarve planeerimisel on Tervisekassal kavas koostada nn keskmise juhu maksumus sihtrühma/terviseseisundi põhiseadusest, kuid see on veel kujundamisel.
Kuidas on tagatud või millised on kontrollmehhanismid, et inimene saab teenust vastavalt vajadusele (ehk kõik vajalikud spetsialistid on kaasatud) ja et ei lähtuta konkreetse rehabilitatsioonimeeskonna koosseisust?	Selgitame. Teenuse osutamisel lähtutakse inimese vajadusest, mitte rehabilitatsioonimeeskonna olemasolevast koosseisust. Vajalike spetsialistide kaasamine põhineb professionaalsel hindamisel ning peab olema dokumenteeritud. Vajaduspõhisust toetavad kehtivad kvaliteedinõuded, tervise infosüsteemi dokumenteerimiskohustus ning Tervisekassa lepinguline kontroll. Nii on võimalik hinnata, kas inimesele osutatud teenused ja kaasatud spetsialistid vastavad tema tegelikule vajadustele.
Soovime kaasa rääkida rehabilitatsiooniteenuste hindade kujundamisel, sh üle vaadata ka olemasolevad tegevusteraapia teenused tervishoius (kui saime õieti aru siis rehabilitatsiooni raames tuginetakse neile mitte ei hakata looma juurde täiendavaid tegevusteraapia koodi). Peame vajalikuks, et igapäevases keskkonnas olev teenus oleks kättesaadav ja rakendatav ka piirkondades, kus vahemaad teenuse osutaja juurde jõudmiseks on suuremad. Samuti tuleks üle vaadata ka teenuste ajalisel kestusel (vajadusel luues nt 60 min koodi).	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuse hindade kujundamise protsessis on vajalik koostöö Tervisekassaga.
Eesti Tööandjate Keskliit	
Eesti Tööandjate Keskliit toetab eesmärgi korraldada erivajadusega ja tervise seisundist tulenevate piirangutega inimese rehabilitatsiooniteenust senisest terviklikumalt, inimesekesksemalt ja riigi ressurssi säästvamalt. Samas oleme seisukohal, et rahvatervishoiu seaduse ja sellega seonduvalt teiste seaduste muutmise seaduse eelnõu (edaspidi: eelnõu)	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole eelnõu kohaselt seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkondadeülene koordineerimine.

on ebapiisavalt ette valmistatud ning kavandatud reformid on omavahel halvasti kooskõlastatud. Tööandjate keskliidu hinnangul viiakse ulatuslikke sisulisi, IT- ja rahastusmuudatusi ellu paralleelselt ilma tervikliku mõju- ja riskianalüüsita. Puuduvad rakendusaktid, rahastuse selgus, realistlik üleminekuplaan ja riskide maandamise meetmed. Tööandjate Keskliit leiab, et eelnõu ei lahenda süsteemi killustatust, vaid viib sotsiaalteenused järk-järgult Tervisekassa rahastusele ilma selge mandaadi, rahastusmudeli ja vastutusahelata. Teenuse sisu jääb valdavalt mitte-meditsiiniliseks, kuid selle rahastamine liigub ravikindlustuse eelarvesse olukorras, kus Tervisekassa rahaline seis on juba täna pingeline. Eelnõu suurendab kulusid ja halduskoormust, kuid vähendab tõenäoliselt teenuse kättesaadavust. Teenuse muutub kallimaks, samas rahastus jääb piiratuks ning abi hakkab jõudma vähemate inimesteni. Lisaks võib reform kaasa tuua teenuseosutajate vähenemise, ulatuslikud tööjõuprobleemid ning huvide konflikte teenuse korralduses. Kokkuvõttes ei integreeri eelnõu sotsiaal- ja tervishoiusüsteeme, vaid paigutab sotsiaalteenused tervishoiu rahastuse alla ilma selgete vastutuse ja riskijaotuse mehhanismideta. Lähtudes eeltoodust on Tööandjate keskliit seisukohal, et eelnõu ei loo sellisel kujul lisaväärtust ning vajab ülevaatamist ja muutmist enne menetlemise jätkamist.	Rehabilitatsioonisüsteemi muudatustes on tehtud valik tugineda eelnõu EISi I kooskõlastusringi versiooniga enam olemasolevatel tervishoiu loogikatele, rakendades olemasolevaid partnerite leidmise, dokumenteerimise, teenuse hinnastamise jm korralduse protsesse ja koogikaid. IT-lahenduste puhul kasutatakse olemasolevaid süsteeme tehes vajalikud arendused, mis valmivad ajakavas ning võimaldavad reformi jõustada ettenähtud tähtajal. Ülemineku sujuvamaks korraldamiseks viiakse sügisel 2027 sotsiaalse rehabilitatsiooni teenust saama õigustatud inimesed automaatselt üle uutel alustel korraldatavasse süsteemi. Rehabilitatsiooniteenust ei rahastata ravikindlustuseelarvest, vaid iga-aastaselt Tervisekassale antavast riigieelarve eraldisest. Eelnõuga seotud kulude osa on kirjeldatud eelnõu seletuskirja mõjude osas, kus on toodud nii teenuse otsekulud, kaudsed kulud. Selleks, et maandada teenuseosutajata kriitilise vähenemise riski, on sotsiaalministeerium koos Tervisekassaga kohtunud ning jätkamas kohtumisi maakondades haiglavõrgu arengukava haiglate, SRT teenuseosutaja ning perearstidega. Praeguseid Sotsiaalkindlustusameti lepingupartnereid on väga erinevas suuruses – osal on jooksvaid kliente alla 10 inimese. Kuna teenuseosutajad osutavad samaaegselt ka mitmeid teisi teenuseid (nii töövaldkonnas, haridusvaldkonnas kui ka tervishoiuvaldkonnas), ei ole kõik üksi rehabilitatsiooniteenusele pühendunud teenuseosutajad. Olulisem teenuseosutajate kui juriidiliste kehade arvust, on spetsialistide ressurss ning vajalik variatsioon rehabilitatsioonimeeskondade komplekteerimiseks.
Eesti Puuetega Inimeste Koda	

Toetame reformi üldist eesmärki, mille kohaselt rehabilitatsioon sõltuks inimese tegelikust abivajadusest ning sotsiaal- ja tervishoiuvaldkond killustatus väheneks. Samas näeme suurt riski teenuste kättesaadavuse halvenemise osas. Rehabilitatsiooni korraldus Sotsiaalkindlustusametis lõpetatakse 30.09.2027 ja uus korraldus Tervisekassas algab 01.10.2027, sh ei ole selge, kas see tähendab kohest teenuse jätkumist al 01.10.2027 või see periood võib kuuajasest tõrkest veel pikemaks kujuneda, kui arvestada tervishoiutöötaja poolset märkamist, õigustatuse tuvastamist ja vajaduse hindamist jms. Seletuskirjas on märgitud, et seniseid teenusesaajaid ei viida automaatselt üle uuele teenusekorraldusele. Kuigi seletuskirjas viidatakse, et haiglatele pandav teenuseosutamise kohustus aitab tagada teenuse katkematu pakkumise, ei taga see ju automaatselt iga inimese individuaalse teenuseteekonna katkestuseta jätkumist. EPIKoda on varasemalt kohtumistel rõhutanud, et inimeste teenus ei tohi üleminekuga katkeda. Seisukoht: Teenusesaajad või teenusele õigustatud isikud peavad saama aegsasti isikliku teavituse koos selgete juhistega, mida peab tegema, et vajalikku teenust katkestuseta edasi saada.	Arvestatud. Eelnõud on täiendatud. Eelnõusse on lisatud sätted, mille alusel viiakse SRT-d saama õigustatud inimesed automaatselt üle uude süsteemi. Sotsiaalministeerium on kavandamas sihtrühmadele suunatud teavitustegevusi (infopäevad), 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 teenusele jõudmise tagamisel, seejuures eriti nende inimeste puhul, kellel on keerulisem süsteemis orienteeruda. Täiendavalt toetab Sotsiaalkindlustusamet koostöös sotsiaalministeeriumiga SRT saajaid kui teenuseosutajaid üleminekul uuele teenuse korraldusele: - Koostatakse infokiri teenusesaajatele, mida on võimalik edastada läbi Sotsiaalkindlustusameti kui teenuseosutajate; - Koostatakse juhend teenuseosutajatele selleks, et toetada üleminekul teenusesaajaid; - Täiendatakse SKA ja sotsiaalministeeriumi veebilehel olevat infot muudatuse kohta; Tervisekassa kodulehele tekib ülevaade rehabilitatsiooniteenuse kohta, kavas on infotunnid uutele teenuseosutajatele.
EPIKoja liikmesorganisatsioonide tagasiside põhjal on läbiv mure, et eelnõu eesmärk muuta	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole

teenusele jõudmine kiiremaks, lihtsamaks ja dubleerimist vähendavaks, ei ole inimese vaatest selge. Kavandatav teekond hõlmab mitut järjestikust osapoolt ja otsustuskohta: vajaduse märkamist, märkamislehte, terviseteejuhi hinnangut, heaoluplaani koostamist, teenuseosutaja valikut, rehabilitatsioonimeeskonna tegevuskava ning teenuse rahastamise ja mahu otsustamist. Selline teekond võib olla keeruline ka spetsialistile, rääkimata inimesest, kes teenust vajab ja kellel on vähene süsteemis navigeerimise võimekus. Seisukoht: enne reformi jõustumist kirjeldada inimese teenuseteekonnad lihtsas, samm-sammulises ja ligipääsetavas vormis ning testida seda eri sihtrühmadega. Reformi ei saa hinnata ainult asutuste töökorralduse loogika alusel, vaid tuleb selgeks teha, et abivajaja saab päriselt aru, kuhu pöörduda, kes otsustab, mis ajaks vastus tuleb, kuidas teenus algab, mida teha, kui teenus ei käivitu jne.	eelnõu kohaselt seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkondadeülene koordineerimine. Kirjeldatud teenuseteekonnad on koostamisel lähtuvalt eelnõus toodud teenusele suunamise lahendusest. Testime teekondi sihtrühmadega.
Edaspidi sõltub teenuse saamine spetsialistide märkamisest (tervishoiutöötaja, sotsiaaltöötaja), terviseteejuhi hinnangust ja heaoluplaani sisust. Mõjuanalüüsis ei ole seda piisava hoolsusega käsitletud, sest üleminekuetapis võib tekkida pudelikaela efekt esmatasandil, kui teenusevajadusega inimesed üritavad “märgatud saada” ja uuesti teenustele siseneda. Praktikas on paljudes piirkondades juba praegu raskusi perearstiabi kättesaadavusega. Kui rehabilitatsiooniteenusele jõudmine hakkab sõltuma ülekoormatud esmatasandi suutlikkusest inimest märgata, märkamislehte täita ja tugimeeskonnas osaleda, tekitab see uue pudelikaela. Samuti on muudatused riskantsed inimeste vaatest, kellel on väiksem suutlikkus teenuse jätkumiseks spetsialisti poole pöörduda ja järjekordse hindamise, oma juhtumi selgitamise, sobivate kohtumisaegade kokkuleppimise jms tegeleda. Nimetatud riske on oluline hoolsusega analüüsida, hinnata ning riskide maandamiseks sobivad tegevused planeerida.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole eelnõu kohaselt seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkondadeülene koordineerimine. Eelnõud on täiendatud. Eelnõusse on lisatud sätted, mille alusel viiakse SRT-d saama õigustatud inimesed automaatselt üle uude süsteemi.
Rahastus ja teenusmaht Eelnõus on välja toodud, et rehabilitatsiooniteenuseid rahastatakse riigieelarvest Tervisekassa kaudu riigieelarveliste võimaluste piires.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole seotud terviseteejuhi rolliga

Seletuskirjas on täiendavalt lisatud, et tervishoiuteenuste hinnad on rehabilitatsiooni hindadest 1,2–2,1 korda kõrgemad, mistõttu võib sama eelarvega pakkuda väiksemat teenusemahtu. Sealjuures on hinnanguliselt öeldud, et teenusesaajate arv võib kasvada 5-20%. Lisaks on seletuskirjas endas viidatud, et varasem huvigruppide tagasiside viitab sellele, et riigieelarvelised vahendid kaovad tervishoiu üldise alarahastuse sisse, vähendades abi vajaduspõhisust ja mahtu. Seisukoht: Täiendavat selgitamist vajab, kuidas tagatakse, et reform ei too kaasa teenuse tegeliku mahu, sageduse või kättesaadavuse vähenemist. Lisaks teenuse otsesele hinnale tuleb arvestada ka uue süsteemi korralduslikku kulu: terviseteejuhtide töö, perearstide, pereõdede, raviarstide, KOV-i sotsiaaltöötajate, rehabilitatsioonimeeskondade ja teiste osapoolte koostöö, info jagamine, tegevuskavade muutmine, juhtumite koordineerimine ning dokumenteerimine eeldavad täiendavat tööaega ja selget rahastust. Samuti palume selgitada, kuidas tagatakse vajaduse korral lisarahastus ning millisest eelarvest või millistest allikatest kaetakse teenusemahu kasv ja uue korraldusega kaasnevad koordineerimiskulud?	ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordinatsiooni teenus. Rehabilitatsiooniteenuse rahastamiseks eraldab Sotsiaalministeerium Tervisekassale iga-aastaselt eraldise riigieelarve vahenditest. Rehabilitatsiooniteenuseid ei rahastata ravikindlustusvahenditest. Seetõttu ei mõjuta rehabilitatsiooniteenuste korraldus ning rahastamine Tervisekassa ravikindlustusvahenditest rahastatavaid teenuseid. Selleks, et teenuse maht ja kättesaadavus ei väheneks, on teenuse korraldajal ehk Tervisekassal võimalik kasutada ressurside juhtimise meetmeid. Eelnõus on sätestatud teenuseosutaja kohustus tagada talle eraldatud rahaliste vahendite efektiivne ja väärtuspõhine kasutamine. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole eelnõu kohaselt seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkondadeülene koordinatsiooniteenus. Seetõttu ei ole valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse ja terviseteejuhtidega seotud kulud käesoleva eelnõu kontekstis asjakohased. Eelnõu seletuskirja mõjude osas on kirjeldatud eelnõuga kaasnevate kulude ülevaade, sealhulgas on rehabilitatsiooniteenuse otsekulude kõrval välja toodud teenuse korraldamise kulud.
Teenuste dubleerimine Eelnõus viidatakse korduvalt teenuste dubleerimise vähendamisele, samas pole faktiliselt, arvuliselt käsitletud, kui palju teenuste dubleerimine süsteemis ressursse kulutab. EPIKoda on sellele ka oma varasemates tagasisides tähelepanu pööranud[1][2], nt on üksikteenuste kättesaadavus tervishoius vähenenud, hariduse tugispetsialiste puudus koolides ja lasteaedades, mistõttu on surve rehabilitatsiooniteenuste osutamiseks suurem. Seisukoht: Vajab selgitamist, kuidas hakkab uus rehabilitatsiooniteenus suhestuma teiste sarnase eesmärgi või osaliselt kattuva sisuga teenustega, sh taastusravi, tööalase rehabilitatsiooni, tervishoiu üksikteenuste ja haridusvaldkonna tugiteenustega. Kui rehabilitatsioon jätkub praktikas mitmel eraldi rajal, mis nõuab eraldi	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenus on kindlasti oluline osa mitmete terviseeisisunditega seotud raviteekondadest. Praegu käimasolev reform loob eeldused, et integratsioon nii olemasolevatesse kui tulevastesse raviteekondadesse saaks toimuda. Reform loob eeldused, et Tervisekassa saaks rehabilitatsiooniteenuse rahastamise üle võtta, kuid ei korralda teenuseosutamist detailselt. Terviklike teekondade arendamine on osa rehabilitatsiooniteenuse integreerimisest tervishoidu. Eelnõuga ei lahendata kõiki teiste valdkondade probleemkohti, mis on küll muudatusega puutumuses, kuid siiski eraldiseisvad. Rehabilitatsiooniteenus eristub nii tööalase rehabilitatsiooniteenusest, hariduse tugiteenustest kui tervishoiu üksikteenustest enda eesmärgi ning sellest lähtuvalt ka sisu poolest. Rehabilitatsiooniteenust osutatakse kindlatel alustel ning eesmärgiga, nõudlus teenusele ei tohi olla tingitud vajaliku ning seadusest tulenevate kohustuste ja toe pakkumise puudujääkidest. Inimese vaatest võib mitme valdkonna poolt toe ja teenuste

hindamisi, suunamisi ja koordineerimist, võib reform dubleerimist vähendamise asemel seda teisel kujul säilitada või isegi suurendada. Lisaks vajab selgitamist, kuidas haakub kavandatav rehabilitatsiooniteenuse korraldus Eestis arendatavate diagnoosi- ja seisundipõhiste raviteekondadega. Mitmete terviseseisundite puhul võib rehabilitatsioon olla inimese raviteekonna ja taastumise või funktsioonivõime säilitamise oluline osa, kuid jääb ebaselgeks, kas ja kuidas rehabilitatsiooniteenus on nendesse raviteekondadesse sisuliselt integreeritud. Lisaks palub EPIKoda täpsustada, millised teenused loetakse praeguses süsteemis kattuvaks, kuidas nende rahastamine ja korraldus uues süsteemis eristub ning kuidas välditakse olukorda, kus sarnase vajadusega inimesed jõuavad erinevatele teenusradadele erineva rahastuse, ooteaja või õiguskaitsega.	saamine olla tingitud vähese ja toetatud teadliku suunamise või tervikliku tegevuskava puudumise tõttu. Juhul kui inimene vajab eelkõige et talle pakutavat tuge ja teenuseid koordineeritakse valdkondade üleselt, siis see on rehabilitatsiooniteenuse väline küsimus - rehabilitatsiooniteenus saab olla üks pakutavatest teenustest. Tervishoius korraldatav rehabilitatsiooniteenus on eristuv taastusravist, kuid tegemist on sama valdkonnaga. Töölase rehabilitatsiooniteenust korraldab edasi Töötukassa. Laste sihtrühma puhul on rehabilitatsiooniteenus meeskonnapõhine kompleksteenuse, mis eristub hariduse tugiteenustest lähtuvalt sellest, mis on rehabilitatsiooniteenuse kriteeriumid (selgitatud ka seletuskirjas: inimese terviseseisundist tulenev probleem mõjutab tema igapäevaelu, tööd, õppimist või sotsiaalset toimetulekut, probleem on kompleksne ja on vajalik erinevate spetsialistide kaasamine, terviseseisundist tulenevad raskused on ulatuslikud ja ei lahene lihtsate nõustamis- ja tugimeetmetega, inimese ja/või tema pere vajadus on eluoskuste omandamine ja/või uue eluga kohanemine igapäevaelu keskkonnas), kestus, eesmärk ning spetsialistide ressurs, keda teenuse osutamisel kaasatakse.
Rehabilitatsiooni mõiste EPIKoda peab positiivseks, et eelnõu käsitleb rehabilitatsiooniteenust laia teenuste kogumina, mida võib osutada ravile eelnevalt, ravi toetavana, ravile järgnevalt või ravi asemel. EPIKoja seisukoht on, et rakendamisel tuleb tagada, et teenuse tulemuslikkust ei hinnataks üksnes paranemise kaudu. Paljude krooniliste, progresseeruvate või pikaajaliste seisundite puhul võib tulemus olla ka funktsioneerimisvõime säilitamine, halvenemise aeglustamine, osalusvõime hoidmine või inimese elukvaliteedi paranemine. Lisaks peame oluliseks rõhutada, et erinevate terviseseisundite puhul ei pruugi rehabilitatsioonivajadus olla ühekordne. Teenuse vajadus võib tekkida haiguse eri faasides, ägenemiste järel, töövõime või igapäevase toimetuleku muutumisel ning funktsioonivõime säilitamiseks.	Selgitame. Eelnõud on täiendatud. Reformi ning eelnõu aluseks olev rehabilitatsiooni kontseptsioon arvestab, et inimese terviseseisund ei pruugi muutuda, kuid seejuures võib inimese toimetulek paraneda. Samas on oluline rõhutada, et rehabilitatsioon ei ole eluaegne teenus ehk rehabilitatsiooniteenus ei ole selleks, et inimese toimetulekut tagada, vaid selleks, et inimene saaks teenuse abil hakkama enda igapäevaeluga enda igapäevakeskkonnas. See ei tähenda, et inimene ei võiks saada korduvalt suunamisi erinevatel perioodidel, kui inimese vajadus on muutunud ning rehabilitatsiooniteenus on vajalik uuel eesmärgil.
Haiglavõrgupõhine rehabilitatsiooniteenus ja teenuse piirkondlik kättesaadavus	Selgitame. Eelnõud on täiendatud. Haiglavõrgu arengukava haiglad, kellel on kohustus rehabilitatsiooniteenust osutada, ei ole kohustust osutada teenust kõigi terviseseisundi põhiselt. Haiglavõrgu haiglad nii nagu teised teenuseosutajad saavad väljendada, millise tervisesesundi põhiselt

Eelnõu kohaselt osutavad rehabilitatsiooniteenust haiglavõrgu arengukavas nimetatud haiglad ning lisaks võivad teenust osutada nõutud tegevuslubadega tervishoiuteenuse osutajad.

Rakendusakti kavandis on sätestatud põhimeeskond ning täiendavad spetsialiseeritud rehabilitatsiooniteenuse liigid, mille osutamise saab teenuseosutaja Tervisekassaga lepingut sõlmides märkida.

Seisukoht: EPIKoja hinnangul vajab täpsustamist, kas haiglavõrgu arengukavas nimetatud haiglatelt eeldatakse kõigi tervise seisundipõhiste teenuste tagamist või üksnes rehabilitatsiooni põhimeeskonna olemasolu. Praktikast ei ole realistlik eeldada, et igal haiglavõrgu haiglal oleks võimekus pakkuda kõiki spetsialiseeritud rehabilitatsiooni-teenuseid. Samas peab inimesel olema võimalik saada vajalikku teenust mõistliku aja jooksul ja võimalikult kodulähedaselt või tema igapäevases keskkonnas.

Seletuskirjas on toodud, et rehabilitatsiooniteenust võib vajaduse korral osutada ka inimese igapäevases keskkonnas, näiteks kodus või koolis. EPIKoda peab seda väga oluliseks, kuid praeguses sõnastuses on tegemist pigem võimaluse kui garantiiga, et see praktikas ka realiseerub. Teenuse tegelik kättesaadavus sõltub sellest, kas selline teenuseosutamine on rahastusmudelisse sisse arvestatud, lepingutingimustes ja teenuseosutajate töökorralduses ette nähtud.

EPIKoda rõhutab, et rehabilitatsioon peab toetama oskuste ülekandumist inimese pärisellu. Seetõttu tuleb teenuse korraldamisel ja rahastamisel arvestada inimesele sobivaima keskkonna vajadust, mitte lähtuda ainult teenuseosutaja ruumidest või töökorraldusest. Oleme seisukohal, et praegusel kujul on tegemist deklaratiivse lähenemisega -et teenust osutataks kodus, koolis või muus kohas, kus inimene saab õpitut praktiliselt rakendada ja igapäevaellu üle kanda, tuleb ette näha ka vastav rahastusmudel, et teenuseosutajad oleksid motiveeritud teenust selliselt ka pakkuma ning teenuse eesmärgid saaksid sisuliselt ja tõhusalt rakendatud (nt lusikaga sööma õppimine loomulikus keskkonnas ja söögiajal, mitte teraapiaks ettenähtud kellaajal teraapiakabinetis).

rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks on asutusel olemas vajalik pädevus. Tervisekassal on kavas hankida teenust piirkonna ja tervise seisundi ning vanuselistest sihtrühmade põhisel. Seega olukorras, kus konkreetse maakonna haiglavõrgu arengukava haigla ei osuta rehabilitatsiooniteenust kõigile sihtrühmale, on Tervisekassa eesmärgiks hankega tagada, et igas piirkonnas oleks vajaduspõhine teenuse pakkumine tagatud.

Kaug- ja koduteenused on tervishoiuteenuste loetelus ka praegu olemas. Samadel alustel on kaug- ja koduteenused rakendatavad ka osana rehabilitatsiooniteenusest. Eelduseks on, et kaug- või kodusteenus on konkreetsel juhul põhjendatud.

Rehabilitatsioonisüsteemi reform lähtub eesmärgist, et rehabilitatsioon peab toetama oskuste ülekandumist inimese pärisellu - eesmärgiks on, et inimene tuleks toime enda igapäevaeluga enda igapäevakeskkonnas.

Enne reformi jõustumist koostatakse Tervisekassa kodulehel ülevaade Tervisekassa lepingupartneriks olevatest rehabilitatsiooniteenuse osutajatest piirkondade ja tervise seisundite põhisel. Muudatuse kavandamisel ning jõustamisel on loodetavaks kaasnevaks väljundiks terviklik rehabilitatsioonivaldkonna pädevuste kaardistus ning koostöövõrgustiku kujunemine nii Eesti põhisel kui piirkondlikult.

Rehabilitatsiooniteenuse pakkumise puhul on oluline tagada baasmeeskondade ning universaalse rehabilitatsiooniteenuse pakkumine kõikides piirkondades - tuues sellega teenuse optimaalselt lähedale inimestele kõigis maakondades. Lisaks võimaldab muudatus lisapädevuse põhisel teenuseosutajate eristamise. Kitsam spetsialiseerumine, mis tähendab süvitsi fookuseerimist vaid ühele tervise seisundile, on võimalik valdkonna arendamisel ning osa sihtrühmade põhisel (näiteks nägemis- ja kuulmispuue) varasemas etapis. Viimane tähendab tervise seisundi põhise teenuse pakkumise suuremate piirkondade põhisel kui maakonna tasand.

Reformi üheks eesmärgiks on siduda inimese jaoks kokku talle osutatavad tervishoiuteenused ning rehabilitatsiooniteenus. See võimaldab valdkonnas olemasolevat ressursi, spetsialistide pädevust ning tööaega rakendada inimese toetamise eesmärgil tõhusamalt. Lisaks võimaldab muudatus viia vajalikus ning asjakohases mahus inimese terviseinfo ning osutatava rehabilitatsiooniteenuse info ja kokkuvõtte. See võimaldab nii näha inimese tervisega seonduvat terviklikumalt ning ka talle pakutava toe sisu ja tulemusi. Samuti võimaldab muudatus arvestada

Lisaks on oluline, et reformi käigus ei kaoks puudespetsiifiliste organisatsioonides välja kujunenud rehabilitatsioonikompetents. Mitmete sihtrühmade puhul ei piirdu rehabilitatsioon ainult tervise aspektiga, vaid hõlmab igapäevaeluoskusi, liikumist, suhtlemist, õppimist, töötamist, abivahendite kasutamist ning kogukonnas osalemist. Seetõttu tuleb kirjeldada, kuidas selline kompetents uues süsteemis säilitatakse ja teenuseosutamisse kaasatakse.

Palume täpsustada, kas enne reformi jõustumist koostatakse piirkondlik ülevaade haiglate, perearstikeskuste ja teiste tervishoiuteenuse osutajate tegelikust võimekusest ja valmisolekust rehabilitatsiooni-teenust pakkuda;

kuidas tagatakse spetsialiseeritud rehabilitatsiooniteenuste kättesaadavus kõigis piirkondades, sh vajadusel mobiilse teenusena;

kuidas välditakse olukorda, et spetsiifilisema vajadusega inimesed, näiteks afaasia, apraskia, düsrtriaga inimesed jt. inimesed, jäävad teenuseta. Praegu on logopeedid ravimeeskondades vaid üksikutes suuremates haiglates, arvestatav ambulatoorne ravi ja kompleksne rehabilitatsioon puudub. Abi otsitakse sotsiaalse rehabilitatsiooni, raviteenuste ja erateenuste kombineerimisest.

Kuidas tagatakse teenused inimestele, kelle neuroloogiline kahjustus avaldub muuhulgas kõne-ja keelekasutuse häirena?

kuidas toetatakse seniseid SRT teenuseosutajaid uude süsteemi sisenemisel, kellest osal puudub praegu tervishoiuteenuse osutamise tegevusluba (119st SKA lepingupartnerist ca 85-l pole tervishoiuteenuse osutamise tegevusluba);

kas 01.10.2027 alustavad teenuse pakkumist praktikas haiglavõrgu haiglad ning millistel tingimustel ja ajakavas saavad liituda teised teenuseosutajad.

palume selgitada, kust leitakse haiglavõrgu haiglate juurde lisaspetsialistid, kes teenust hakkavad osutama? Praegused haiglate juures tegutsevad meeskonnad on haiglatööga hõivatud.

kuidas säilitatakse ja kaasatakse puudespetsiifiline kompetents uues süsteemis?

samaaegselt tervishoiuteenuste ning rehabilitatsiooniteenuse vastastikust koostöö, kus asjakohane.

Spetsiifilisemate häirete korral on võimalik rehabilitatsioonimeeskonnal teha minimaalselt rehabilitatsiooniteenuse kokkuvõtte koostamisel koostööd teiste tervisevaldkonna spetsialistidega.

Praeguseid SRT teenuseosutajaid toetatakse sotsiaalministeeriumi, SKA, Tervisekassa koostöös, vajadusel kaasates teisi osapooli (näiteks Terviseamet), korraldades nii regulaarselt kui ka vajaduspõhiselt (nt tervishoiuteenuse osutamise tegevuslubade taotlemine ning väljastamine) infopäevi, koondades asutuste põhiselt ning üleselt korduma kippuvaid küsimusi ja korraldades neile vastamise. Lisaks toetab sotsiaalministeerium koos valitsemisala asutustega teenusepakkujate suhtlust praeguste teenusesaajatega - sõnastades üldiseid muudatusega seotud sõnumeid, koostades infomaterjale, -kirju. Teenusepakkujad aitavad välja praktilisi aspekte muudatuse rakendamisel, millele on ettevalmistavalt vaja täiendavalt mõelda ning võtta arvesse nii tegevuste planeerimisel, muudatust toetavate materjalide koostamisel, aga ka määruste sisustamisel. Sotsiaalministeerium on kaasanud praegused SRT osutajaid nii rehabilitatsiooniteenuse dokumenteerimise lahenduse aruteludes, terviseseisundi põhise rehabilitatsiooniteenuse käsitusjuhendi koostamisel ning laiemalt rehabilitatsioonisüsteemi reformi ja õigusloome kujundamisel.

Teenuse hinnastamise kohta on Tervisekassa andnud selgitusi kohtumistel ning selgitustega on täiendatud ka eelnõu seletuskirja.

Seisukoht: EPIKoda peab vajalikuks, et enne reformi jõustumist oleks avalikult esitatud teenuseosutajate ja spetsialiseeritud meeskondade olemasolu sihtrühmade ja piirkondade lõikes. Hetkel ei ole eelnõus ega määruse kavandis rahastuse kujunemist käsitletud ei põhimeeskondade ega spetsialiseeritud meeskondade vaatest.	
Terviseteejuhi pädevus ja roll rehabilitatsiooniteenuse protsessis Eelnõu kohaselt võtab Tervisekassa inimeselt rehabilitatsiooniteenuse eest tasu maksmise kohustuse üle juhul, kui teenuse vajaduse on hinnanud terviseteejuht ning teenuse vajadus on märgitud inimese heaoluplaani. Seletuskirja kohaselt põhineb rehabilitatsiooniteenusele suunamine valdkonnaülese koordineerimise suunamisloogikal ning aluseks on tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistide poolne märkamine. Seisukoht: inimese vaatest vajab teekond täpsustamist. Ebaselgeks jääb, kuidas saab inimene ise rehabilitatsioonivajaduse korral süsteemi siseneda, kui perearst, tervishoiutöötaja või kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja tema vajadust ei märka. Seisukoht: sätestada selge võimalus inimesel endal rehabilitatsioonivajaduse hindamisele pöörduda. Inimesel peab olema võimalus algtada rehabilitatsioonivajaduse hindamine ka juhul, kui spetsialist ei ole tema vajadust märganud. Samuti peab olema selge, kuidas saab inimene või tema seaduslik esindaja teada, kuhu pöörduda, millise aja jooksul tema vajadust hinnatakse ning kuidas saab ta otsuse või hinnanguga mittenoostumisel seda vaidlustada. Inimesel peab olema ligipääs ka teabele, mis seisus tema vajaduse hindamine on. Arusaamatuks jääb, kes ja kuidas hindab rehabilitatsioonivajadust? Eelnõu kohaselt moodustab terviseteejuht tugimeeskonna, kuhu kuuluvad vähemalt inimese raviarst või perearst, pereõde ning kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja. Inimese nõusolekul kaasatakse ka teisi asjakohaseid spetsialiste või lähedasi. Terviseteejuht korraldab tugimeeskonna suhtlust ning tagab, et vajalik info liigub õigetele osapooltele. Kas rehabilitatsioonivajadust hindab terviseteejuht või meeskond? Ebaselge on, kuidas tagatakse terviseteejuhi piisav	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole eelnõu kohaselt seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkondadeüleline koordineerimine.

pädevus rehabilitatsioonivajaduse esmaseks hindamiseks olukorras, kus rehabilitatsiooni eesmärkide seadmine, teenuse sisu ja mahu määramine eeldab tavapärast meeskondlikku hindamist. Kui hindamine on mitme-etapiline, on see vastuolus eelnõu algse eesmärgiga lihtsustada inimese teekonda teenuseni.

Harvikaigustega inimesed on uues süsteemis eriti haavatavad, sest nende haiguste mõju funktsioneerimisvõimele, osalusele ja igapäevaelule ei pruugi olla esmatasandil piisavalt tuntud.

Kui teenusele jõudmine sõltub esmatasandi või üldspetsialisti märkamise ja hindamise oskusest, võib harvikaigusega inimese rehabilitatsioonivajadus jääda alahinnatuks või märkamata.

Seisukoht: lisada rakendusse selge nõue, et harvikaigusega inimese puhul peab vajaduse korral olema tagatud ligipääs spetsialiseeritud kompetentsile või erialasele konsultatsioonile rehabilitatsioonivajaduse hindamisel ja teenuse planeerimisel. Harvikaigusega inimese teenusele jõudmine ei tohi sõltuda üksnes sellest, kas tema seisund on esmatasandil piisavalt äratuntav.

Palume täpsustada:

- milline on terviseteejuhi pädevus rehabilitatsioonivajaduse hindamisel; vajalik on selgelt kirjeldada, millised teadmised ja oskused peavad terviseteejuhil olema eri puudeliikide, krooniliste haiguste, neuroloogiliste haiguste, neuroarenguliste eripärade, psüühikahäirete, kõnekahjustuste, harvikaiguste ja progresseeruvate seisundite jm märkamiseks? Kui terviseteejuht peab tuvastama rehabilitatsiooniteenuse vajaduse, peab olema selge, millise metoodika, juhiste ja erialase toe alusel ta seda teeb;

- millisel juhul hindab vajadust terviseteejuht ja millisel juhul rehabilitatsioonimeeskond;

- kuidas tagatakse terviseteejuhtide pädevus suhelda eri puudeliikidega inimestega, sh

kuulmispuudega, nägemispuudega, intellektipuudega, psüühikahäirega, autismispektri eripäraga ja kõnekahjustusega inimestega;

• kuidas tagatakse inimesele ligipääsetav info ja suhtlus kogu teenusettekonna jooksul; • kas ja kuidas saab inimene pöörduda rehabilitatsioonivajaduse hindamiseks ka ilma märkamisleheta; • kuidas toimub vaidlustamine juhul, kui rehabilitatsioonivajadust ei tuvastata või seda ei kanta heaoluplaani? Kõik otsused (nii märkamislehe täitmata jätmine, terviseteejuhi hinnang, heaoluplaani sisu, teenuseosutaja keeldumine jms) peavad olema selgelt vaidlustatavad. Inimesel peab olema selge informatsioon selle kohta, mis seis on ning kuidas süsteemis navigeerida. Lisaks peab olema selgelt välja toodud, kelle poole vaidlustamisel pöörduda ning kust saab vajadusel õigusabi. • andmevahetust terviseteejuhi ja rehabilitatsiooniteenuse osutaja vahel. Seletuskiri märgib, et rehabilitatsiooniteenuse osutamisega seotud meeskonnaliikmed kasutavad andmeid ulatuses, mis on vajalik tööülesannete täitmiseks. Praktikas tuleb siiski selgelt kirjeldada, kas rehabilitatsiooniasutus saab ise vajaliku info heaoluplaanist, kas ta saab küsida täiendavat infot terviseteejuhilt ning kes ja kuidas teeb teenuse käigus tegevuskava muudatusi. Inimene ei tohi sattuda olukorda, kus iga teenuse täpsustamiseks või muudatuseks peab ta uuesti alustama eraldi pöördumist terviseteejuhi poole. • milliseid seniseid andmeid saab inimese nõusolekul või seadusest tuleneval alusel kasutada uues heaoluplaanis ja rehabilitatsiooniteenuse kavandamisel? See aitab vältida olukorda, kus inimene peab oma abivajadust uuesti ja korduvalt tõendama.	
Heaoluplaani koostamine, sh inimese tahte väljaselgitamine Rõhutame, et inimese vajaduse hindamisel peab hinnang näitama inimese tegelikku olukorda ja vajadusi, mitte asutuse poolt pakutavaid võimalusi ja mahtu. Kui riik ei saa neid vajadusi täita, peab inimesel olema võimalus hinnangu alusel endale rehabilitatsiooni eelarve vahenditega kas ise teenuseid osta või pöörduda nt kohaliku omavalitsuse poole abi saamiseks. Seisukoht: Heaoluplaani koostamisel peab olema tagatud, et plaan kajastab inimese tegelikke vajadusi, eesmärgi, piiranguid ja	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole eelnõu kohaselt seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkondadeülene koordinatsiooniteenus.

igapäevaelu olukorda. Paljude sihtrühmade jaoks võib oma vajaduste sõnastamine olla keeruline. See puudutab näiteks afaasiaga inimesi, intellektipuudega inimesi, autismispektri eripäraga inimesi, traumakogemusega inimesi, psüühikahäirega inimesi, kõnekahjustusega inimesi, kognitiivse langusega inimesi ning inimesi, kelle tervise seisund on muutlik.

EPIKoja hinnangul peab heaoluplaani koostamise regulatsioonis või juhendites olema selgelt kirjeldatud, kuidas tagatakse inimese tegeliku tahte, eelistuste ja vajaduste väljaselgitamine juhul, kui inimene ei suuda neid tavapärasel viisil või konkreetsel ajahetkel piisavalt väljendada. Heaoluplaan ei tohi kujuneda dokumendiks, mis peegeldab inimese suhtlusvõimekust ühel kohtumisel, vaid peab kajastama tema tegelikku funktsioneerimist, osaluspiiranguid ja abivajadust.

Seisukoht: täpsustamist vajavad nõusolekud andmete jagamisel, heaoluplaani aktsepteerimise ja teenuse kasutamisel. Kui inimene annab nõusoleku, mille sisust ta tegelikult aru ei saanud, või keeldub nõusolekust, mõistmata selle tagajärgi, võib vastutus teenusest ilmajäämise või ebaõige teenuseteekonna eest langeda inimesele, kuigi tema mõistmis- või otsustusvõimet võis mõjutada tervise seisund.

EPIKoda teeb ettepaneku sätestada, et inimesel peab olema võimalik kaasata tema valitud usaldusisik, seaduslik esindaja või muu tugivõrgustiku liige, kui see on vajalik inimese tahte, eelistuste, vajaduste ja piirangute väljaselgitamiseks või nõusoleku sisuliseks mõistmiseks.

Usaldusisiku kaasamine ei tohi asendada inimese tahet ega anda teisele isikule automaatset otsustusõigust, kuid peab aitama tagada, et inimese osalus on sisuline, mitte üksnes formaalne.

Seisukoht: tuleb täpsustada, kuidas toimub teenuse jätkamine, muutmine või ajutine katkestamine olukorras, kus inimese tervise seisund halveneb ning ta ei suuda ajutiselt teenusel osaleda või koostööd teha. Tervise seisundist tulenev osalemisraskus ei tohi automaatselt kaasa tuua teenusest ilmajäämist.

Laste teenuseteekond ja koostöö haridussüsteemiga

Selgitame. Hariduse tugiteenuste spetsialistidel on õigus kaasata meditsiini- ja rehabilitatsioonispetsialiste.

Laste puhul on rehabilitatsioonivajaduse märkamine sageli seotud haridusasutuse igapäevase töö, teadlikkuse ja tähelepanelikkusega. Lapse kõne, suhtlemise, liikumise, käitumise, õppimise, eneseteeninduse või sotsiaalse osaluse raskused ilmnevad tihti lasteaias või koolis, mitte ainult tervishoiusüsteemis. Seisukoht: vajab täpsustamist, kuidas toimub uues süsteemis koostöö haridusasutuste, tugispetsialistide, lapsevanema, terviseteejuhi, kohaliku omavalitsuse ja rehabilitatsiooniteenuse osutaja vahel. EPIKoda palub täpsustada, kuidas tagatakse lapse rehabilitatsioonivajaduse märkamine ja teenusele jõudmine juhul, kui vajadus ilmneb haridusasutuses, kuid tervishoiu- või sotsiaalvaldkonna spetsialist ei ole seda veel märganud. Samuti tuleb selgitada, millised on lapsevanema või seadusliku esindaja õigused otsuste vaidlustamisel ning kuidas tagatakse lapsele teenus olukorras, kus vajadus on küll tuvastatud, kuid vajalikud spetsialistid ei ole piirkonnas kättesaadavad. Laste puhul tuleb vältida olukorda, kus teenusele jõudmine sõltub sellest, millise asutuse vaatevälja laps satub. Rehabilitatsiooniteenuse teekond peab olema seotud haridusliku toe, KOV-i teenuste ja tervishoiuga nii, et laps ja pere ei peaks ise süsteemide vahel vastutust kandma.	
Psüühikahäirega inimese teenustekond Inimese võimekus abi küsida, kohtumistele jõuda või teenusel osaleda sõltuda tugevalt tema tervises seisundi kõikumisest. Seetõttu ei pruugi ainult spetsialisti aktiivsele märkamisele tuginev süsteem seda sihtrühma piisavalt kaitsta. Seisukoht: palume täpsustada, kuidas tagatakse psüühikahäirega inimesele terviklik ja katkestusteta teekond rehabilitatsiooniteenuseni. EPIKoja hinnangul peab inimese lähedasel, hooldajal või muul tugivõrgustiku liikmel olema võimalus anda süsteemile märku inimese võimalikust abivajadusest või algatada abivajaduse märkamise teavitus, kui inimene ise seda oma tervises seisundi tõttu ei suuda. Selline märguanne ei tohi tähendada lähedase automaatset õigust inimese andmetele või otsustamisele, kuid peab võimaldama süsteemil inimese abivajadust kontrollida ja pakkuda talle sobivat tuge. Samuti peab terviseteejuhi väljaõppe	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole eelnõu kohaselt seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkondadeüleline koordinatsiooniteenus. Selleks, et inimesel või tema lähedasel oleks võimalik inimese vajadustest teada anda ja neid kirjeldada, on kavas enesehinnanguvormi koostamine. Enesehinnanguvormi on kontseptsiooni kohaselt võimalik täita kas enne vastuvõttu või vastuvõtu ajal. Enesehinnanguvormi sisu ning andmekoosseis luuakse rakendusaktide koostamisel.

kohustuslik osa olema töötamine psüühikahäirega inimestega, sh kriisi, kontakti vältimise, usaldamatuse, traumakogemuse, motivatsioonilanguse ja kõikuva koostöövõime mõistmine. Terviseseisundist tulenev raskus teenusel osaleda ei tohi automaatselt tähendada teenuseteekonna lõpetamist.	
Rehabilitatsiooniteenuse meeskonnad Rakendusakti kavandi kohaselt peab rehabilitatsiooniteenust osutavasse põhimeeskonda kuuluma vähemalt kolm spetsialisti määruses sätestatud loetelust (eriarst, õde, kliiniline psühholoog või psühholoog-nõustaja, füsioterapeut, logopeed, tegevusterapeut, psühholoog) ning täiendavalt võivad meeskonda kuuluda muu hulgas eripedagoog, toitumisnõustaja, vaimse tervise õde, sotsiaaltöötaja, loovterapeut ja kogemusnõustaja. Seisukoht: Palume täpsustada, miks on kõikide terviseseisundist lähtuvate teenuste puhul valitud vähemalt kolmeliikmelise meeskonna nõue ning kuidas tagatakse, et see nõue parandab teenuse kvaliteeti ega muutu piirkondades, kus spetsialiste napib, kättesaadavuse takistuseks? Afaasiaga inimeste puhul on eriti oluline, et rehabilitatsioon ei piirduks üksnes logopeedilise sekkumisega, vaid hõlmaks ka suhtlemise, osaluse, eneseväljenduse, igapäevategevuste ja psühhosotsiaalse toimetuleku toetamist. Oluline on võimalus kaasata meeskonda terapeutiliste loovtegevuse juhendaja. Palume hinnata, kuidas uues süsteemis tagatakse afaasiaga inimeste rehabilitatsiooniteenuse tegelik kättesaadavus. Seisukoht: Mitmed EPIKoja võrgustikuorganisatsioonid on rõhutanud põhimeeskonna laiendamise vajadust, nt neuroloogiliste seisundite ja tugi- ja liikumiselundkonna alase rehabilitatsiooni puhul. EPIKoda leiab, et kõikide täiendavate spetsialistide lisamine igal juhul kohustuslikuks põhimeeskonna osaks võib spetsialistide nappuse tingimustes halvendada veelgi teenuse kättesaadavust, kui ilma ühe liikmeta ei ole võimalik spetsialiseeritud teenust pakkuda. Kuid inimesel peab olema selge võimalus anda tagasisidet või esitada kaebus, kui tema vajadusest tulenev spetsialist ei ole tegelikult	Selgitame. Rakendusakti kavandit on muudetud. Rakendusakti kavandi kohaselt peab rehabilitatsiooniosutaja baasmeeskonda kuuluma vähemalt viis spetsialisti. See ei tähenda, et rehabilitatsiooniteenust saavale inimese peavad teenust osutama viis erinevat spetsialisti. Konkreetset juhul panustavate spetsialistide arv sõltub inimese vajadustest, seatud eesmärgist ning viisist, kuidas rehabilitatsiooniteenusega eesmärgini jõuda. Rehabilitatsiooniteenus on meeskonnapõhine ehk seega on vajalik, et teenuse osutamisse panustavad korraga vähemalt kaks spetsialisti. Baasmeeskond peab aga lähtuvalt teenusesaajate erinevatest vajadustest olema valmis kaasama erinevaid pädevusi. Terviseseisundist lähtuva rehabilitatsiooni puhul ei ole rakendusakti kavandi kohaselt enam toodud kinnist nõutavate spetsialistide loetelu. Spetsialistide kaasamine terviseseisundist lähtuva rehabilitatsiooniteenuse osutamiseks on teenuseosutaja vastutus. Rehabilitatsioonimeeskonna koosseisu ning liikmetele seatavad nõuded täpsustatakse määruses ning rakendusakti koostamisel kaasatakse huvikaitse- ning esindusorganisatsioone. Kuna meeskonnaliikmete koosseisu ning liikmete nõuded reguleeritakse määruse tasandil, on võimalik vajadusel määruses teha paindlikumalt muudatusi. Terviseseisundi põhise rehabilitatsiooniteenuse arendamiseks on kavas viia lõpule terviseseisundi põhise rehabilitatsiooniteenuse käsitusjuhendi koostamine, mis lisaks kaasatavate spetsialistide väljatoomisele kirjeldab terviseseisundi põhiselt rakendatavaid sekkumisi.

kättesaadav või tema kaasamata jätmist ei ole piisavalt põhjendatud, nt võib olla teatud haiguste puhul väga oluline toitumisnõustaja, kes õpetab põletikku vähendavat ja kehakaalu kontrollivat toitumist, mis on otseselt seotud haiguse kulu kontrolli all hoidmisega.	
Transpordi- ja majutuskulu muutmine EPIKoda peab üheks olulisemaks riskiks transpordi- ja majutuskulude hüvitamise muutust. Seletuskirjas on märgitud, et planeeritud muudatuste tulemusena ei hüvitata teenuse saajatele transpordi- ega majutuskulusid samamoodi nagu senises rehabilitatsioonisüsteemis ning see võib tähendada, et kohalikel omavalitsustel tekib vajadus tagada transpordi kättesaadavus inimestele, kes saavad teenust väljaspool oma elukohajärgset maakonda. Seletuskirja andmetel toimub umbes viiendik rehabilitatsiooniteenuste kasutustest väljaspool teenuse saaja kodumaakonda. Kui spetsialiseeritud teenused koonduvad suurematesse keskustesse ja sõidu- või majutuskulusid ei hüvitata, muutuvad teenused sihtrühmadele kättesaamatuks. See suurendab regionaalset ebavõrdsust ja seab maapiirkondades elavad puuetega inimesed ja kroonilised haiged ning nende lähedased, omastehooldajad halvemasse olukorda võrreldes suuremates linnades elavate inimestega. Seisukoht: Transpordi- ja majutuskulu hüvitamine on osade inimese jaoks eeldus, et teenus tegelikult kättesaadav oleks. Kui spetsialiseeritud rehabilitatsiooniteenus ei ole inimese kodu lähedal kättesaadav, peab olema lahendatud olukord, kuidas inimene teenusele jõuab. Kui pereliige või lähedane peab hakkama inimest regulaarselt teenusele viima maakonnakeskusesse või teise maakonda, ei vähene inimese ega tema lähedaste aja-, haldus- ega hoolduskoormus. Vajalik on luua transpordi- ja vajaduse korral majutuskulude hüvitamise või korraldamise võimalus olukordadeks, kus vajalik rehabilitatsiooniteenus ei ole inimesele kodulähedased kättesaadav või inimese puue/tervise seisund takistab iseseisvat teenusele jõudmist.	Selgitame. Seletuskirja on täiendatud. Uutel alustel rehabilitatsiooniteenuse korralduse ning rahastamise puhul ei ole kavas Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelus rehabilitatsiooniteenuse hinnastamisel majutuse- ja sõidukulude komponente sisse arvestada. Planeeritud muudatuste tulemusena ei hüvitata enam teenuse saajatele transpordi- ega majutuskulusid samamoodi nagu senises SRT süsteemis. Uue regulatsiooni alusel ning Tervisekassa rahastusel ei ole majutus eraldi hinnastatud ehk ei ole osa riigieelarve eraldisest rahastatavast rehabilitatsiooniteenusest. 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 korraldab osa teenustest, kus see on asjakohane, selliselt, et see sisaldab ka abivajaja majutuse komponenti.
Teenuse kvaliteedi tagamine Eelnõus vajab täpsustamist, mida peetakse uues süsteemis kvaliteetseks rehabilitatsiooniteenuseks ja milliste tulemuste alusel	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuse kvaliteedivaate loomiseks tehakse koostööd Terviseameti ja Tervisekassaga. Uutel alustel teenuse rakendamisel ning teenuse arendamisel on kavas luua vastavaid juhendeid.

teenuse kvaliteeti hinnatakse. Eelnõus on teenuseosutaja kohustus kirjeldada organisatsioonis rehabilitatsiooniteenuse osutamise ja kvaliteedi tagamise korraldus. See on vajalik, kuid ei vasta veel küsimusele, milline peab olema teenuse sisuline kvaliteet. Seisukoht: EPIKoda peab ülioluliseks, et rehabilitatsiooniteenuse kvaliteeti ei hinnataks ainult protsessi, dokumenteerimise või teenuse mahu järgi. Kvaliteet peab väljenduma inimese elukvaliteedi säilitamises või parandamises. Inimese vaatest peab olema üheselt arusaadav, kelle poole pöörduda kahju tekkimise või ebakvaliteetse teenuse pakkumise korral. Lisaks peab olema selge, kas ja kuidas saab inimene vaidlustada terviseteejuhi hinnangut, rehabilitatsioonivajaduse heaoluplaani kandmata jätmist, teenuseosutaja keeldumist või teenuse mahu ja sisu muutmist. Ettepanek: 1. töötada enne reformi jõustumist koos puudega inimeste organisatsioonide, patsiendiorganisatsioonide ja erialaspetsialistidega välja rehabilitatsiooniteenuse tulemuslikkuse-, kvaliteedi näitajad ja õiguskaitsevõimalused. 2. täiendada RTHS § 13⁷ lõike 6 punkti 3 sõnastust nii, et teenuseosutaja dokumenteeriks mitte ainult teenuseosutaja hinnangu, vaid ka inimese enda hinnangu teenuse tulemusele, heaolule ja toimetulekule.	Teenuse kvaliteet peab väljenduma selles, kuivõrd inimene tänu rehabilitatsiooniteenusele tuleb toime enda igapäevaeluga enda igapäevakeskkonnas. Ebakvaliteetse teenuse või kahju tekkimise korral rakendatakse meetmeid, mis on tervishoius tavapärased. Selgitame, et rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole eelnõu kohaselt seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkondadeülene koordineerimine. Rehabilitatsiooniteenuse tulemuslikkuse ja kvaliteedi hindamise põhimõtted ning teenusesaajate õiguskaitsega seotud küsimused on võimalik välja töötada enne reformi jõustumist. Seejuures on oluline kaasata puudega inimeste organisatsioone, patsiendiorganisatsioone, teenuseosutajaid ja valdkonna eksperte, et kujundada kõigi osapoolte arvestatavad lahendused. Rehabilitatsiooniteenuse dokumenteerimist on kavas juhendites täpsustada enne reformi jõustumist.
Kogemusnõustaja teenus EPIKoda peab positiivseks, et rakendusakti kavand võimaldab rehabilitatsioonimeeskonda kaasata kogemusnõustajaid ning et kogemusnõustajal peab olema sarnase puude, tervisekahjustuse või erivajaduse kogemus ja läbitud kogemusnõustaja täienduskoolitus vähemalt 182 akadeemilise tunni mahus. Samas vajab täpsustamist, kuidas hinnatakse kogemuse sisulist vastavust konkreetse sihtrühma vajadustele. Seisukoht: vajalik on juhendites ja lepingutingimustes teenuseosutajatega täpsustada, kuidas tagatakse kogemusnõustamise sihtrühmapõhine sobivus ja kvaliteet. Täpsustada tuleb, millistes olukordades ja etappides peab kogemusnõustaja kaasamine olema	Arvestatud. Ettepanekut on võimalik sisendina arvesse võtta rakendusakti kavandi täpsustamisel ehk rehabilitatsioonimeeskonna liikmetele seatavate nõuete sõnastamisel. Samuti on võimalik kogemusnõustajale ja kogemusnõustaja kaasamisele seatavaid nõudeid ning sobivuse väljaselgitamise kriteeriume täpsustada juhendites. Kõik rehabilitatsioonimeeskonna liikmed dokumenteerivad enda töö tervishoiuteenuse osutaja infosüsteemis. Oleme nõus, et kogemusnõustaja kutsestandard vajab korrastamist. Sotsiaalministeeriumi poolt on käivitunud sotsiaalvaldkonna kvalifikatsioonipõhimõtete väljatöötamise protsess, mille ühes töörühmas keskendutakse kogemusnõustaja kvalifikatsiooninõuete korrastamisele. Töörühma kohtumised toimuvad august 2026 kuni juuni 2027.

kohustuslik (näiteks esmase teenusevajaduse, psüühikahäire korral). Lisaks peab kogemusnõustaja arvamus olema samuti dokumenteeritud. Koostöös Kutsekojaga tuleb korrastada kogemusnõustajate kutsestandardid ning tagada supervisioon ning tugi, sest tegu on sarnase diagnoosi ja haiguskoormusega inimestega.	
PISTS muudatused ja rehabilitatsioonihinnangute kasutamine Eelnõuga jäetakse PISTS-ist välja viited rehabilitatsiooniplaanile. EPIKoda mõistab, et senisel kujul rehabilitatsiooniplaani enam ei koostata. Samas ei tohiks rehabilitatsiooniteenuse käigus kogutav oluline info inimese funktsioneerimisvõime, osaluspiirangute, abivahendivajaduse ja toimetuleku kohta kaduda teistest otsustusprotsessidest. Seisukoht: analüüsida, kuidas saab edaspidi puude raskusastme tuvastamisel ja vajalike toetuste hindamisel kasutada heaoluplaani, rehabilitatsiooniteenuse kokkuvõtte ja rehabilitatsioonimeeskonna hinnanguid inimese nõusolekul ja andmekaitsevennustega järgides. See aitab vältida korduvat hindamist ning toetab inimese terviklikumat käsitlust.	Selgitame. Toetame igati eesmärki, et olemasolevaid andmeid saaks läbivalt taaskasutada ja võtta vajadusel aluseks järgmistes protsessides ning otsustuskohtades. Keskne infosüsteem, kuhu rehabilitatsiooniteenuse osutamise kokkuvõte edastatakse, on tervise infosüsteem. Seega on rehabilitatsiooniteenuse kokkuvõte nähtav tervishoiutöötajatele, perearstidele ja teistele eriarstidele, kes inimesega rehabilitatsiooniteenuse osutamise ajal ning järgselt kokku puutuvad.
Muudatuste ajakava realistlikkus EPIKoda peab reformi ajakava väga pingeliseks. Seletuskirja järgi valmivad 2027. aasta septembriks esimese etapi IT-arendused, sh märkamisleht ja terviseteejuhi töölaud, mis on vajalikud valdkonnaülese koordineerimise teenuse korraldamiseks. Samal ajal jõustub uus rehabilitatsiooniteenuse korraldus 01.10.2027. Selline ajakava jätab väga vähe aega süsteemi testimiseks, vigade parandamiseks, teenuseosutajate koolitamiseks, terviseteejuhtide praktiliseks ettevalmistamiseks. Eriti oluline on, et kõik digitaalsed lahendused peavad vastama ligipääsetavusstandarditele ning olema kasutatavad alternatiivselt kas telefoni teel või paberkandjal ja et digilahendused oleksid testitud ka erivajadusega inimestega. Kokkuvõtvalt peab EPIKoda vajalikuks hinnata eelnõu lisaks põhiseaduslike põhiõiguste vaatele ka ÜRO puuetega inimeste õiguste konventsiooni põhimõtete valguses. Reform puudutab otseselt	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uuendatakse alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole eelnõu kohaselt seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkonnaülese koordineerimise teenus. Sotsiaalministeeriumil, koostöös Tervisekassa, SKA ja TEHIKuga on loodud tegevuskavad, mis arvestavad muudatuste jõustumise kavandatud tähtajaga. IT-lahenduste vaatest on kavas taaskasutada tervishoiu kasutusel olevaid infosüsteeme, milles tehtavad arendused on teostatavad reformi ajakavas. Samuti peaks saama kättesaadavaks need andmed ka Sotsiaalkindlustusameti ja Töötukassa ekspertarstidele.

puudega inimeste õigust tervisele, rehabilitatsioonile, iseseisvale elule, kogukonnas osalemisele. EPIKoda toetab reformi üldist eesmärki muuta rehabilitatsiooniteenus vajaduspõhisemaks, terviklikumaks ja inimese tegelikest piirangutest lähtuvaks, kuid ei saa eelnõud praegusel kujul toetada, sest planeeritavad muudatused ei anna ilma käesolevas pöördumises täpsustamist vajavate teemadeta piisavat kindlust, et need parandavad puuetega inimeste, krooniliste haigustega inimeste ja teiste rehabilitatsioonivajadusega inimeste tegelikku ligipääsu teenustele.	
Tartu Ülikool	
Terminoloogia täpsustamine - taastusravi ja rehabilitatsioon Eelnõus kasutatakse läbivalt mõistet „rehabilitatsioon“, kuid jääb ebaselgeks, millist rehabilitatsiooni sihtrühma silmas peetakse. Rehabilitatsioon võib olla meditsiiniline, psühhosotsiaalne, hariduslik, kutse- või noorte õigusrikkujate rehabilitatsioon. Rahvusvahelises ja Eesti praktikas on need erineva eesmärgi, korralduse ja vastutusega teenused. Meditsiiniline rehabilitatsioon on taastusravi, mis on Eestis eraldi arstlik eriala (inglise keeles „Physical and Rehabilitation Medicine“). Arstliku järelevalve all teostatav taastusravi erineb aga oma sisult eluga kohanemist toetavatest rehabilitatsiooniprogrammidest. Teeme ettepaneku täpsustada eelnõus kasutatavat terminoloogiat ning eristada selgelt meditsiiniline rehabilitatsioon (taastusravi) teistest rehabilitatsioonimeetmetest ja vältida sõnastust „ravi asemel osutatav teenus“, mis võib tekitada ebaselgust teenuse sisus ja vastutuses.	Arvestatud. Eelnõud on täiendatud. Eelnõus väljendatava rehabilitatsiooniteenuse kontseptsiooni kohaselt on rehabilitatsiooniteenus ning taastusravi teineteisest eristuvad, kuid samasse valdkonda kuuluvad. Rehabilitatsioon on seotud inimese tervisega.
Reformi korralduslikud ja personaliriskid Eelnõu järgi muutuvad haiglavõrgu arengukava haiglad rehabilitatsiooniteenuse põhikorraldajateks. Praktikas tähendab see täiendavat korralduslikku ja sisulist koormust taastusravikeskustele ja taastusarstidele, kellest on Eestis niigi suur puudus. Näeme siin riski, et taastusravi teenuste kättesaadavus võib veelgi halveneda, spetsialistide ressurss killustub ja haiglate halduskoormus kasvab. Psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni teenused peaksid olema võimalikult lähedal inimese tavapärasele elukeskkonnale ning põhinema	Selgitame. Vajaliku teenusmahu pakkumiseks, sealhulgas kõigile sihtrühmadele ning piirkondades, on haiglavõrgu haiglate kõrval olulisel kohal ka teised teenuseosutajad. Enamik haiglavõrgu arengukavas nimetatud haiglates omavad praeguses süsteemis rehabilitatsiooniteenuse tegevuskava ning on olnud või on ka praeguse hetkeni Sotsiaalkindlustusameti lepingupartnerid SRT osutajana. Seega on enamikule rehabilitatsiooniteenuse kui meeskonnapõhise teenuse korraldamise kogemus olemas. Taastusarsti panus rehabilitatsioonimeeskonnas on tervitav, kuid ei ole vältimatu eeldus. Potentsiaalselt võib rehabilitatsiooniteenuse integreerimine tervishoidu mõjutada positiivses suunas taastusravi kui eriala nähtavusele ning tuua spetsialiste

esmatasandi, KOV-i ja kogukonnateenuste koostööl, mitte haiglakesksel mudelil. Teeme ettepaneku - anda rehabilitatsiooni koordineeriv roll pigem loodavatele tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna inimesekesksete koostööorganisatsioonide (TERVIKute) juhtkondadele; - jätta spetsiifiliste üleriigiliste programmide (nt Parkinsoni tõbi, seljaajutrauma) koordineerimine Tervisekassale; säilitada spetsialiseeritud rehabilitatsioonikeskuste roll nägemis-, kuulmis- ja psüühilise erivajadusega sihtrühmade puhul.	valdkonda juurde. Ressursside kasutamine on asutuste juhtimise ning planeerimise küsimus. Osutatavate teenuse mahtude üle on võimalik Tervisekassaga lepingute sõlmimise protsessis läbi rääkida. Selleks, et rehabilitatsiooniteenused oleksid piirkondlikult inimestele võimalikult lähedaselt pakutavad, on Tervisekassal kavas teenuseid hankida piirkondade ning sihtrühmade põhisel. Nõustume, et teenused peaksid olema võimalikult lähedal inimese tavapärasele elukeskkonnale. Haiglavõrgu haiglate põhine teenusepakkujate võrgustik tagab rehabilitatsiooniteenuse pakkumise kõigis maakondades aidates kaasa sama eesmärgi täitmisele. Haiglate kõrval omavad rolli teised teenusepakkujad, sealhulgas arvestades sellega, millistes valdkondades erinevad teenusepakkujad lisapädevust omavad. Rehabilitatsiooniteenuse ning -valdkonna arendamise ning maakondade võimalikult hea ning piirkonna inimeste vajadustele vastava teenusepakkujate võrgustiku tagamiseks on võimalik arendada koostööd piirkonna sotsiaalvaldkonna ja tervishoiu üleste koostööorganitega (TERVIKutega): Teatud sihtrühmade puhul, näiteks mainitud nägemis- ja kuulmispuue, võib olla vajalik teenuse hankimine suuremate piirkondade kui maakond põhisel.
Spetsialistide nappus ja meeskonnakorraldus Eelnõus kirjeldatud rehabilitatsiooni põhimeeskond kattub sisuliselt taastusravi meeskonnaga. Samal ajal on tervishoius juba praegu puudus taastusarstidest, füsioterapeutidest, kliinilistest psühholoogidest ja logopeedidest. Kui haiglatele lisandub kohustus tagada ka rehabilitatsiooniteenused, võib see vähendada taastusravi võimekust ja pikendada veelgi ravijärjekordi. Seejuures jääb ebaselgeks, kuidas rahastatakse rehabilitatsioonimeeskonna sidusspetsialiste ja kaasatakse nimekirjast välja jäänud spetsialiste (nt lümfiteapeut, audioloog jt). Samuti jäävad ebaselgeks terviseteejuhi pädevused ja õigused (sh suunamine tervishoiuteenustele)? Teeme ettepaneku, töötada välja selged eesmärgipõhised rehabilitatsiooni- ja taastusraviprogrammid, mis on vastavuses UEMS-i (European Union of Medical Specialists) programmidega, ning siduda teenused konkreetsete tegevus- ja osalusvõime eesmärkidega.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole eelnõu kohaselt seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkondadeüleline koordinatsiooniteenus. Rehabilitatsiooniteenuse korraldusel uutel alustel on võimalik tugineda ka nende spetsialistide ressursile, kes praegustes sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse meeskondades tegutsevad. Lisaks on võimalik rehabilitatsiooniteenuse meeskondades kaasata spetsialiste, kes ei ole tervishoiutöötajad, kes kuuluvad samuti praeguses süsteemis rehabilitatsioonimeeskondadesse. Rehabilitatsiooniteenus on taastusravist eelnõu kohases korraldussüsteemis eristuv, kuid neid nähakse ühe valdkonnana. Rehabilitatsiooniteenus on samuti seotud tervisega. Rehabilitatsioonimeeskonna nõude reguleeritakse määruse tasandil, mis võimaldab vajadusel teha nõuetes paindlikumalt muudatusi. Reformi järgmistes etappides on võimalik tegeleda tulevikuperspektiivis teenuse arendamisega programmide põhisel.

Andmevahetus ja RFK kasutamine Reformi suurim väärtus ei ole teenuste formaalne ühendamine, vaid tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi sisuline infovahetus. Seega peab integratsiooni aluseks olema valideeritud mõõtevahendite kasutamine ja standardiseeritud andmevahetus. Soovitame võtta ühtseks aluseks rahvusvahelise funktsioneerimisvõime klassifikaatori (RFK), mida kasutavad juba Töötukassa ja Sotsiaalkindlustusamet. RFK võimaldab võrreldavat andmevahetust eri süsteemide vahel, hinnata tegevus- ja osalusvõimet ühtsetel alustel ning kasutada andmeid teenuste planeerimisel ja kvaliteedi hindamisel. Peame riskiks, kui paralleelselt hakatakse kasutama vabavormilisi hindamisinstrumente, mille tulemusi ei ole võimalik süsteemide vahel võrrelda.	Arvestatud. Toetame seisukohta, et valdkondade ülese andmevahetuse aluseks peab olema standardiseeritud ja valideeritud lähenemine. Leiame, et rahvusvahelise funktsioneerimisvõime klassifikaatori (RFK) kasutuselevõtt ühtse alusraamistikuna on põhjendatud, kuna see võimaldab tagada andmete võrreldavuse, parema teenuste planeerimise ning järjepidevuse erinevate süsteemide vahel. Planeerime järgmises etapis 2028. aastal võtta kasutusele tulemuslikkuse hindamisel RFK põhimõtted. RFK kasutuselevõtt on võimalik etapiliselt ning see on seotud ka laiemaga sotsiaalvaldkonna ning tervishoiu loomimise eesmärkidega.
Eripedagoogi teenus Eelnõu kohaselt liiguvad rehabilitatsiooni-teenused eelkõige haiglatesse ja rõhk läheb ravile – eelnõus on ära nimetatud kolm eriala: logopeed, psühholoog, füsioterapeut. Seletuskirjas ja rakendusakti kavandis on seevastu ära toodud ka kogemusnõustajad, eripedagoogid jt, aga pole arusaadav, kuidas saab neid teenuseid pakkuda haiglas, kui need pole raviteenused. Seletuskirjas (lk 20-21) on ühtlasi märgitud, et suurim sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse sihtrühm on olnud 0-15 a puudega lapsed (N=5857). Eripedagoogi teenust sai 2025. a neist 4635 (indiv) + 209 (grupis) ja logopeedi teenust 3201 (indiv) + 58 (grupis). Eripedagoogi teenus oli seejuures tähtsusetel teisel kohal kõikidest teenustest (esimene on sotsiaaltöötaja). Märgime, et kui eripedagoogi teenus kaob rehabilitatsioonisüsteemist ära, võib juhtuda, et seda teenust hakatakse ootama edaspidi logopeedidelt. Lisaks on seletuskirjas (lk 41) toodud, et muudatustel on kaudne mõju ka haridusasutustele, kuna rehabilitatsiooniteenuste parem kättesaadavus võib mõjutada laste toimetulekut ja tugivajadust (eripedagoogi, logopeedi jm teenused) haridussüsteemist. Palume selgitada, et kui rehabilitatsiooniteenuste hulgas edaspidi eripedagoogi	Selgitame. Vajaliku teenusmahu pakkumiseks, sealhulgas kõigile sihtrühmadele ning piirkondades, on haiglavõrgu haiglate kõrval olulisel kohal ka teised teenuseosutajad. Selgitame, et üheks võimaluseks rehabilitatsiooniteenust osutada on juhul, kui teenuseosutajal on kaks järgnevat tegevuslubadest: iseseisva logopeedilise ravi, füsioteraapia, iseseisva psühholoogilise ravi või psühhiaatria tegevusluba. Lisaks peab teenuseosutaja moodustama nõuetele vastava meeskonna. Eripedagoog võib kuuluda rehabilitatsioonimeeskonda ning nimetatud tegevuslubade loeteluga ei ole kuidagi piiratud eripedagoogi kuulumine rehabilitatsiooniteenuse meeskonda. Sõltumata sellest, millise nõutud tegevusloa või lubade alusel rehabilitatsiooniteenuse osutajale seatavad nõuded täidab, on nõuded rehabilitatsiooniteenuse meeskonnale samad. Seega ei ole eristatud meeskonna koosseis lähtuvalt sellest, kas teenuseosutajaks on haigla või mõni muu asutus. Eelnõu ning selle rakendusakti kavandi kohaselt ei kao eripedagoogi teenus rehabilitatsioonisüsteemist ära.

teenust ei ole, siis kuidas selle teenuse kättesaadavus paraneb ja see mõju saab olla positiivne.	
Kokkuvõte Toetame rehabilitatsioonisüsteemi suuremat sidusust ning vajaduspõhist lähenemist, kuid peame oluliseks vältida olukorda, kus toimiv rehabilitatsiooni süsteem asendatakse haiglakeskse mudeliga ilma piisava ressursi, spetsialistide ja selge rollijaotuseta. Peame vajalikuks, et rahvatervishoiu seaduse muutmise eelnõu (rehabilitatsioonisüsteemi muudatused) väljatöötamise protsessis kaasataks kõik asjakohased osapooled ühiseks aruteluks, et tagada kavandatavate muudatuste põhjendatus, kooskõlastatus ja rakendatavus. Kokkuvõttes teeme ettepaneku reformi elluviimisel lähtuda järgmistest põhimõtetest: - säilitada olemasolevate rehabilitatsiooniasutuste kompetents; - eristada meditsiiniline rehabilitatsioon (taastusravi) teistest rehabilitatsioonimeetmetest; - tugevdada esmatasandi ja KOV-i rolli; - kasutada RFK-põhist standardiseeritud andmevahetust; - kujundada selged kvaliteedi- ja pädevusnõuded ning eesmärgipõhised programmid.	Selgitame. Tervisekassa korraldatavas uutel alustel korraldatava rehabilitatsiooniteenuse puhul on vajalik tugineda olemasolevale kompetentsile ning spetsialistidele, kes praegu rehabilitatsiooniteenuse meeskondades tegutsevad. Arvestades rehabilitatsiooniteenuse riigieelarve vahendeid, on arvata, et haiglavõrgu haiglate kõrval on vajaliku teenusmahu ning pakkumiseks erinevates piirkondades ning sihtühmadele olulisel korral Tervisekassa hankes osalevad teenusepakkujad. Sotsiaalministeerium koos Tervisekassaga on peale eelnõu I kooskõlastusringi kohtunud maakondades haiglavõrgu arengukava haiglate, SRT teenusepakkujate ja perearstidega ning on kavas kohtumistega jätkata muudatuste rakendamise paremaks ettevalmistamiseks. Lisaks on toimunud teisi arutelukohtumisi huvikaitse – ja esindusorganisatsioonidega. Uutel alustel korraldataval rehabilitatsiooniteenusel on taastusravi kõrval oma erituv roll. Samas käsitletakse rehabilitatsiooni ja taastusravi ühe valdkonnana ning rehabilitatsioon on seotud inimese tervisega. Rehabilitatsioonisüsteemi ümberkorraldamise kõrval näeme olulisema KOVide ning esmatasandi poolt pakutava toe arendamist Eestis. RFK- põhise standardiseeritud andmevahetuseni jõudmine saab toimuda etapiliselt ning see on seotud laiemalt sotsiaalvaldkonna ja tervishoiu loomise eesmärkidega. Planeerime järgmises etapis 2028. aastal võtta kasutusele tulemuslikkuse hindamisel RFK põhimõtted. Kvaliteedi- ja pädevusnõuete arendamine on olulisel kohal reformi järgmistes etappides ning potentsiaalselt programmpõhise teenuse arendamisega on võimalik tegeleda tulevikuperspektiivis.
Eesti Õdede Liit	
Toetame rehabilitatsiooniteenuse süsteemi ajakohastamist ja muudatuste tegemise vajadust, kuid päris selge ei ole veel teenuse kvaliteedi tagamine. Kuna praegu puuduvad ühtsed standardid, jääb ebaselgeks, kuidas tagatakse teenuse ühtlane kvaliteet edaspidi. Kas ja milliseid indikaatoreid plaanitakse kasutusele võtta teenuse kvaliteedi ja tulemuslikkuse hindamiseks?	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuse kvaliteedivaate loomiseks tehakse koostööd Terviseameti ja Tervisekassaga. Uutel alustel teenuse rakendamisel ning teenuse arendamisel on kavas luua vastavaid juhendeid.
Tervishoiuteenuse ja rehabilitatsiooniteenuse mõisted on praktikas tihedalt põimunud, kuna mõlemad hõlmavad tervise halvenemise	Arvestatud.

ennetamist ja funktsioonivõime taastamist. Mõõname, et rehabilitatsiooniteenuse eesmärk on eristatav.	
EÕL tunnustab muudatust, mille kohaselt saab tervise teejuhi vastuvõtule suunata tervishoiutöötaja üldisemalt, mis laiendab õigust ka õdedele ega piira suunamist pelgalt arstliku erialaga. Samas vajab suunamisprotsess ja tervise teejuhi roll täiendavat selgust.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole eelnõu kohaselt seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkondadeülene koordineerimine.
Mida tähendab “suunamine digitaalse märkamislehega” - millises keskkonnas see asub ja kas see integreeritakse tervise juhtimise töölauale? Või on tegemist saatekirjaga?	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole eelnõu kohaselt seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkondadeülene koordineerimine. Rehabilitatsiooniteenusele suunamine toimub saatekirjaga (e-konsultatsioon).
Kui inimesel tervise teejuhi hinnangul ei ole õigust rehabilitatsiooniteenusele ning ta suunab tagasi tervishoiutöötajale, siis kas tekib sellekohane digitaalne märgeline tervise infosüsteemi?	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole eelnõu kohaselt seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkondadeülene koordineerimine.
Samuti vajab täpsustamist, millise tehnilise lahendusega tagab tervise teejuht info liikumise rehabilitatsiooniteenuse osutajani.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole eelnõu kohaselt seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkondadeülene koordineerimine.
EÕL avaldab kahtlust, et tervise teejuht peab olema õe haridusega. Kui roll piirdub raviteekonna koordineerimise ja suunamisega, kuid ei sisalda vahetut õendusabi osutamist, ei ole see õe regulatiivsele haridusele ja pädevusele vastav optimaalne väljund. Palume teenuse koordineerija rolli ja kvalifikatsiooninõudeid täiendavalt analüüsida.	Selgitame. Rehabilitatsiooniteenuste korraldus uutel alustel, sealhulgas rehabilitatsiooniteenuse vajaduse üle otsustamine ning teenusele suunamine, ei ole eelnõu kohaselt seotud terviseteejuhi rolliga ning rehabilitatsiooniteenuse saamise eelduseks ei ole valdkondadeülene koordineerimine.
RTHS § 3 lg 2 p 3 vaimse tervise õde - soovime asendada õenduseriala ülese mõistega “eriõde”, kuna lähtuvalt patsiendi vajadustest võib olla vajalik kaasata ka teisi eriõdesid, nt neuroloogilise seisundi rehabilitatsioonis kliinilise õenduse eriõde. Ka pereõde võib olla eriõde. Ühtlasi katab mõiste eriõde kõik neli valdkonda: kliinilise õenduse, vaimse tervise õenduse, intensiiv- ja terviseõenduse.	Osaliselt arvestatud Rakendusaktide kavandis on rehabilitatsioonimeeskonnas vaimse tervise õde toodud ühe võimaliku alternatiivina kliinilise psühholoogi, psühholoog-nõustaja ja magistrikraadiga psühholoogi kõrval. Rakendusakti kavandit täiendatakse järgmises etapis.

Kuna praegusi rehabilitatsiooniteenuse saajaid ei viida automaatselt üle uuele teenusele, siis on oodata ajutist halduskoormuse kasvu. Kui heaoluplaan hakkab paiknema tervise juhtimise töölaual koos raviplaani ja muu patsiendipõhise infoga, on üleminek hallatav. Sellegipoolest tuleb tagada, et erinevad programmid vahetaksid andmeid autonoomselt ning andmeid ja dokumente ei peaks kopeerima dubleerivalt mitmesse infosüsteemi.	Selgitame. Eelnõu on täiendatud sätetega, millega viiakse sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse saajad automaatselt üle uutel alustel korraldatavale teenusele. Rehabilitatsiooniteenuse korraldus ei ole eelnõu kohaselt seotud heaoluplaaniga.
Leiame, et eeltoodud küsimustes vajab eelnõu täiendavat täpsustamist, et tagada muudatuste praktiline rakendatavus, õigusselgus ning tervishoiutöötajate rollide üheselt mõistetav korraldus. Eesti Õdede Liit kooskõlastab eelnõu esitatud märkustega.	Arvestatud.