

Lugupeetud sotsiaalminister Karmen Joller
Sotsiaalministeerium
info@sm.ee

11. mai 2026

**Rahvatervishoiu seaduse ja sellega seonduvalt teiste
seaduste muutmise seaduse (rehabilitatsioonisüsteemi muudatused) eelnõu**

Täname võimaluse eest avaldada arvamust rahvatervishoiu seaduse ja sellega seonduvalt teiste seaduste muutmise seaduse (rehabilitatsioonisüsteemi muudatused) eelnõu (edaspidi eelnõu) kohta.

Tunnustame riigi eesmärki muuta rehabilitatsioonisüsteem inimesekesksemaks. Siiski leiame, et laste ja psüühikahäiretega inimeste kompleksteenuse kättesaadavus halveneb kuna suureneb suundumus üksikteenustele, mis ei ole rehabilitatsiooniteenuse põhimõtetega kooskõlas. Meie hinnangul ei vähene eesmärgiks võetud teenuste dubleerimine, kui süsteemiga ei liideta tööalast rehabilitatsiooni ja haridusvaldkonna tugiteenuseid.

Reformi tahetakse läbi viia kiirustades ja ebaloogilises järjekorras: enne olemasoleva rehabilitatsioonisüsteemi lammutamine, seejärel TERVIKute ja heaolupiirkondade loomine ning terviseteejuhtide värbamine ja koolitamine. Sujuvat üleminekut ega piloteerimist reformis planeeritud ei ole. Uuele teenusele üleminek eeldab mitmete erinevate süsteemide üheaegset ja tõrgeteta käivitumist, sh TERVIKute loomine ja käivitamine, TERVIKute juurde kompetentsete terviseteejuhtide värbamine, koolitamine ja tööle rakendamine, uue teenuse alguses kõigi abivajajate samaaegne märkamine ja hindamine, et nad teenusele suunata, haiglavõrku kuuluvate haiglate (edaspidi HVA) juures teenusevõimekuste tekkimine, sotsiaal- ja tervishoiu infosüsteemide ühendamise ja arendamine nii riigi kui teenuseosutajate poolel ja uute süsteemidega liidestumine jne. Kui mõni nimetatud eeldustest viibib või ei realiseeru kavandatud kujul, tekib reaalne risk, et abivajajad jäävad üleminekuperioodil teenuseta. Seetõttu palume eelnõu menetlemisel täiendavalt hinnata reformi rakendatavust, teenuse järjepidevust ja mõju olemasolevatele teenusesaajatele ning teenuseosutajatele.

1. 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.

2. 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 tervise seisundist tuleneva 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 sellisel, et teenuse sihtrühm oleks üheselt mõistetav.

3. Rehabilitatsiooniteenuste osutamise korraldus

Rahvatervishoiu seaduse § 13⁷ 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 riigihai glad 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 haiglate kohustamine rehabilitatsiooniteenuseks.

Ühtlasi leiame, et eelnõus kavandatud haiglapõhine lähenemine toob kaasa teenusturu põhjendamatut koondumist riigihai glate kätte ning e bamõistliku konkurentsi vähenemist, olukorras, kus rehabilitatsiooniteenuste turul teenuse osutajate ringi osas turutõrget ei ole. Suuremate haiglate 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 haiglatega ning teiste teenuseosutajate kaasamine sõltub hiljem 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.

4. Teenusele saamise õigus ja teenusele suunamise korraldus

Rahvatervishoiu seaduse § 13¹⁰ 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.

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.

5. Terviseteejuhtide pädevus

Uues süsteemis on terviseteejuhtidel kandev 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.

6. 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 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 riigihaiaglate juurde ei too kaasa teenuse kvaliteedi langust ega teenuse paindlikkuse vähenemist.

7. 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 taastusravi süsteemis 2024. aastal 1,2–2,1 korda kõrgemad, mistõttu võib sama eelarve juures osutatava teenuse maht väheneda.

8. 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.

9. 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.

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.

10. 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 täitmine, tegevusloa või koostöölepingu vajadus, kvaliteedijuhtimissüsteemi muutmine ning Terviseameti järelevalve.

Palume hinnata nende tegevuste tegelikku mõju halduskoormusele.

11. 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.

Palume selgitada, kuidas tagatakse reformi rakendamine juhul, kui vajalikku rahastust IT-arendusteks ei eraldata või arendused ei valmi kavandatud tähtajaks.

12. 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.

13. 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.

14. 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.

15. 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

jättkuvalt hindama teenusesaaja olukorda, seadma eesmärgid ning koostama teenuse sisu ja tegevuskava.

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.

16. Tervishoiuteenuse tegevusloa taotlemisega seonduvad kulud

Juhime tähelepanu, et tervishoiuteenuse osutamise tegevusloa on eelduseks uue teenuse osutamiseks. Asutustel, kes praegu tegevusloa 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.

17. 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.

Lugupidamisega

(allkirjastatud digitaalselt)

Marilin Vaksman
juhatuse esimees