



Riigikogu sotsiaalkomisjoni istungi protokoll nr 183

Tallinn, Toompea ja videosild

Esmaspäev, 15. juuni 2026

Algus 11.10, lõpp 13.07

Juhataja: Signe Riisalo (esimees)

Protokollijad: Terle Kask (konsultant), Riin Lindpere (konsultant)

Võtsid osa:

Komisjoni liikmed: Kalle Grünthal, Toomas Järveoja, Jaanus Karilaid, Tanel Kiik, Helmen Kütt, Mihkel Lees, Irja Lutsar, Eero Merilind

Komisjoni ametnikud: Heidi Barot (nõunik-sekretariaadijuhataja), Kristi Reindla (nõunik), Helgi Kundla (nõunik)

Puudus: Aleksandr Tšaplõgin

Kutsutud: Majandus- ja Kommunikatsiooniministeeriumi võrdsuspoliitika osakonna soolise võrdsuse poliitika juht Eva Liina Kliiman (2. päevakorrapunkt); Sotsiaalministeeriumi rahvatervishoiu osakonna nakkushaiguste ennetamise poliitika juht Kerli Reintamm-Gutan ja sama osakonna nõunik Maia-Triin Kanarbik (3. päevakorrapunkt); Sotsiaalministeeriumi laste ja perede osakonna lastekaitsepoliitika juht Birgit Siigur ning sama osakonna laste heaolu teenuste poliitika juht Brit Tammiste ja nõunik Ulvi Tüllinen (4. päevakorrapunkt), sotsiaalminister Karmen Joller (5. ja 6. päevakorrapunkt), Sotsiaalministeeriumi tervishoiukorralduse osakonna tervishoiu rahastamise poliitika ekspert Lii Pärj, Arenguseire Keskuse juhataja Tea Danilov ja ekspert Kaupo Koppel (5. päevakorrapunkt); Tervisekassa juhatuse esimees Siiri Lahe, juhatuse liikmed Maivi Parv ja Karl-Henrik Peterson (5. ja 6. päevakorrapunkt), Riigikogu Kantselei avalike suhete osakonna pressinõunik Maris Meissaar

Päevakord:

1. Nädala töökava kinnitamine
2. Vabariigi Valitsuse algatatud töölepingu seaduse muutmise ja sellega seondult teiste seaduste muutmise seaduse eelnõu (837 SE) kolmanda lugemise ettevalmistamine
3. Vabariigi Valitsuse algatatud nakkushaiguste ennetamise ja tõrje seaduse eelnõu (889 SE) kolmanda lugemise ettevalmistamine
4. Vabariigi Valitsuse algatatud lastekaitseseaduse ja teiste seaduste muutmise seaduse eelnõu (901 SE) kolmanda lugemise ettevalmistamine
5. Eesti tervishoiusüsteemi rahastamise hetkeolukorra, kitsaskohtade ja lahenduste analüüsi tutvustus
6. Tervisekassa arengukava 2026-2029 tutvustus
7. Info ja muud küsimused

1. Nädala töökava kinnitamine

Riigikogu sotsiaalkomisjoni nädala (15.-21.06.2026) töökava.

Komisjoni istung esmaspäeval, 15. juunil 2026 kell 11.10

1. Nädala töökava kinnitamine
2. Vabariigi Valitsuse algatatud töölepingu seaduse muutmise ja sellega seondult teiste seaduste muutmise seaduse eelnõu (837 SE) kolmanda lugemise ettevalmistamine
3. Vabariigi Valitsuse algatatud nakkushaiguste ennetamise ja tõrje seaduse eelnõu (889 SE) kolmanda lugemise ettevalmistamine
4. Vabariigi Valitsuse algatatud lastekaitseseaduse ja teiste seaduste muutmise seaduse eelnõu (901 SE) kolmanda lugemise ettevalmistamine
5. Eesti tervishoiusüsteemi rahastamise hetkeolukorra, kitsaskohtade ja lahenduste analüüsi tutvustus
6. Tervisekassa arengukava 2026-2029 tutvustus
7. Info ja muud küsimused

Komisjoni istung teisipäeval, 16. juunil 2026 kell 14.00

1. Riigikohtule arvamuse andmine põhiseaduslikkuse järelevalve asjas nr 5-26-26
2. Kokkuvõtte sotsiaalkomisjoni kevadistungijärgu tööst
3. Info ja muud küsimused

Otsustati:

1.1. Kinnitada nädala töökava (konsensus: Kalle Grünthal, Toomas Järveoja, Jaanus Karilaid, Helmen Kütt, Mihkel Lees, Irja Lutsar, Eero Merilind, Signe Riisalo).

2. Vabariigi Valitsuse algatatud töölepingu seaduse muutmise ja sellega seondult teiste seaduste muutmise seaduse eelnõu (837 SE) kolmanda lugemise ettevalmistamine

Signe Riisalo selgitas, et eelnõu teine lugemine toimus Riigikogu täiskogus 11. juunil 2026. Eelnõu on läbinud keelelise toimetamise ning keeleteimetajal märkusi ei olnud, mistõttu eelnõu tekstis muudatusi ei tehtud. Seejärel pani S. Riisalo hääletusele menetlusliku otsuse.

Otsustati:

2.1. Kiita heaks kolmanda lugemise menetlusdokument (konsensus: Kalle Grünthal, Toomas Järveoja, Jaanus Karilaid, Helmen Kütt, Mihkel Lees, Irja Lutsar, Eero Merilind, Signe Riisalo).

3. Vabariigi Valitsuse algatatud nakkushaiguste ennetamise ja tõrje seaduse eelnõu (889 SE) kolmanda lugemise ettevalmistamine

Signe Riisalo rääkis, et eelnõu teine lugemine toimus Riigikogu täiskogus 11. juunil 2026. Keeleteimetaja tegi eelnõu toimetamisel mitu märkust, mis on teksti sisse viidud ja Sotsiaalministeeriumi (SOM) esindajatega läbi räägitud. Olulisema muudatusena tõi ta esile eelnõu § 12 lõike 11 sissejuhatava lauseosa täpsustamise uues sõnastuses: „Nakkushaiguste seireks ja tõrjeks edastatakse andmesubjekti kohta järgmised andmed“. Muudatus ei mõjuta teksti sisu, kuid muudab sõnastuse korrektsemaks ja seadustekstile sobivamaks. Seejärel andis ta sõna komisjoni liikmetele.

Kalle Grünthal taotles eelnõu menetlemise katkestamist. Tema hinnangul ilmnes eelnõu teisel lugemisel, et tervisealase hädaolukorra väljakuulutamisel annaks Eesti otsustusõiguse Maailma Terviseorganisatsioonile (WHO) ja WHO peadirektorile. K. Grünthali sõnul oleks see vastuolus Eesti Vabariigi põhiseaduse §-ga 3, mille kohaselt on Eesti iseseisev ja sõltumatu riik, mistõttu sellist olukorda ei tohiks lubada. Riigikogu täiskogus märkis Irja Lutsar, et see väide ei vasta tõele ja kõnealust osa on eelnõus muudetud. Varro Vooglaid osutas aga, et ka teise lugemise tekstis on otsustusõiguse loovutamine sisuliselt alles ning see jääb WHO ja WHO peadirektori pädevusse. K. Grünthal leidis, et kogumis võib tegemist olla karistusseadustiku §-s 232 nimetatud tunnustega ehk riigireetmisega. Ta viitas sättele, mille

kohaselt karistatakse Eesti Vabariigi kodanikku kuue- kuni kahekümneaastase või eluaegse vangistusega, kui ta abistab välisriiki, välisriigi organisatsiooni, välismaalast või välisriigi ülesandel tegutsevat isikut Eesti Vabariigi iseseisvuse ja sõltumatuse või territoriaalse terviklikkuse vastu suunatud vägivaldsete tegevustes või kogub riigisaladust või salastatud välisteavet selle edastamise eesmärgil või edastab seda välisriigile, välisriigi organisatsioonile, välismaalasele või välisriigi ülesandel tegutsevale isikule. Tema sõnul peab Eesti iseseisva riigina langetama otsused ise ega tohi sõltuda välisriigi organisatsioonist. Ta palus eelnõu menetlusest välja arvata, kuna see on Eesti Vabariigi vastu suunatud.

Irja Lutsar märkis, et SOMi esindaja Kerli Reintamm-Gutan on korduvalt selgitanud, et rahvusvahelist hädaolukorda ei saa välja kuulutada üksikriik. Varem nimetati seda pandeemiaolukorraks, nüüd rahvusvaheliseks hädaolukorraks, mille saab välja kuulutada üksnes WHO. Kui WHO kuulutab välja rahvusvahelise hädaolukorra, nagu näiteks ebola viiruse puhul, otsustab iga riik ise, kuidas see tema territooriumil kohaldub. Kuna ebola oht Eestis on väga väike, ei kuulutanud Terviseamet hädaolukorda välja. Sama põhimõtte kehtib ka teiste haiguste puhul: Terviseamet hindab olukorda koos SOMi ja Vabariigi Valitsusega ning otsustab, kas hädaolukorra väljakuulutamine on vajalik. I. Lutsari hinnangul ei ole see põhiseadusega vastuolus. WHO ei võta ühegi riigi juhtimist üle. Ka COVID-19 pandeemia ajal otsustas eriolukorra kehtestamise Vabariigi Valitsus, mitte WHO.

Kalle Grünthali sõnul selgitas V. Vooglaid eelnõu teisel lugemisel, et kui WHO sellise otsuse vastu võtab, tekib olukord, kus Eesti peab seda järgima ning sisulist arutelu enam ei toimu. K. Grünthal palus eelnõu menetlemise katkestada ja komisjoni liikmetel hääletada.

Signe Riisalo küsis, kas SOMi esindaja soovib kommenteerida.

Kerli Reintamm-Gutan kinnitas, et I. Lutsari kirjeldatu oli korrektne. Ta selgitas, et § 3 sätestab kriteeriumid, mille alusel loetakse haigus eriti ohtlikuks nakkushaiguseks.

Selleks peab Terviseameti riskihinnangu kohaselt esinema reaalne oht

Eesti elanikkonna tervisele. Rahvusvahelise organisatsiooni otsus ei saa ilma Eesti enda eelneva hinnanguta riigi tegevust määrata.

Signe Riisalo märkis, et K. Grünthal soovib eelnõu menetlemise katkestamist enne kolmandat lugemist. Ta selgitas, et Riigikogu kodu- ja töökorra seaduse kohaselt ei saa komisjon sellist otsust teha. Menetluse saab peatada üksnes eelnõu algataja ehk Vabariigi Valitsus, keda esindab Riigikogus antud eelnõu puhul sotsiaalminister Karmen Joller. Seaduseelnõu menetlemise saab lõpetada ainult eelnõu tagasivõtmisega. Kolmanda lugemise hääletus on lõpphääletus, kus iga Riigikogu liige saab väljendada oma seisukohta, hääletades eelnõu poolt või vastu ning väljendada seisukohta sõna võttes. Seetõttu ei saa komisjonis panna hääletusele ka katkestamise taotlust. Seejärel pani ta hääletusele menetlusliku otsuse.

Otsustati:

3.1. Kiita heaks kolmanda lugemise menetlusdokument (poolt 7: Toomas Järveoja, Jaanus Karilaid, Helmen Kütt, Mihkel Lees, Irja Lutsar, Eero Merilind, Signe Riisalo; vastu 1: Kalle Grünthal; erapooletuid 0).

4. Vabariigi Valitsuse algatatud lastekaitseseaduse ja teiste seaduste muutmise seaduse eelnõu (901 SE) kolmanda lugemise ettevalmistamine

Signe Riisalo selgitas, et eelnõu teine lugemine toimus Riigikogu täiskogus 11. juunil. Eelnõu on läbinud keelelise toimetamise ning keeleteimetajal märkusi ei olnud, mistõttu eelnõu tekstis muudatusi ei tehtud. Seejärel pani S. Riisalo hääletusele menetlusliku otsuse.

Otsustati:

4.1. Kiita heaks kolmanda lugemise menetlusdokument (poolt 7: Toomas Järveoja, Jaanus Karilaid, Helmen Kütt, Mihkel Lees, Irja Lutsar, Eero Merilind, Signe Riisalo; vastu 1: Kalle Grünthal; erapooletuid 0).

5. Eesti tervishoiusüsteemi rahastamise hetkeolukorra, kitsaskohtade ja lahenduste analüüsi tutvustus

Lii Pärj andis slaidide abil ülevaate tervishoiukulude analüüsi tulemustest (lisa 1). Ta selgitas, et Sotsiaalministeeriumi (SOM) analüüs valmis Arenguseire Keskuse analüüsist mõnevõrra hiljem. Analüüsi eesmärk oli anda ülevaade tervishoiukulude kasutamisest, sealhulgas kulude jaotusest, toimunud muutustest ja prognoosidest, peamistest kitsaskohtadest ning tegevustest, mis on tehtud või töös süsteemi jätkusuutlikkuse toetamiseks.

Tervishoiukulude jaotuse kohta märkis L. Pärj, et Tervisekassa kulud jagunevad peamiselt kolme suurema kulukomponendi vahel, millest 80% moodustavad tervishoiuteenuste kulud, 10% retseptiravimite kulud ja 7% ajutise töövõimetuse hüvitiste kulud. Vaadates tervishoiuteenuste kulusid, siis on näha, et nende maht on suurenenud, samal ajal kui ajutise töövõimetuse hüvitiste kulud on vähenenud ligikaudu 6%. L. Pärj selgitas, et seda on peamiselt mõjutanud Tervisekassa eelarvest sünnitus- ja lapsendamishüvitiste väljaviimine 2022. aastal. Tervishoiuteenuste kasutamise kohta märkis L. Pärj, et suurema osa teenuste mahust kasutavad 60+ vanuserühmad. 80-aastaste ja vanemate vanuserühmas on teenuste maht järk-järgult kasvanud: 2015. aastal moodustas see 10% ja 2024. aastal 13%. Aktiivses tööeas inimeste teenusevajaduse osakaal on aga aastate lõikes püsinud suhteliselt muutumatuna. Surve süsteemile suureneb eelkõige 60-aastaste ja vanemate vanuserühmas. Samuti on 10–19-aastaste vanuserühmas tervishoiuteenuste kasutamise kasv keskmisest kiirem. Sagedasemateks pöördumise põhjusteks on hambaravi ja korraline läbivaatus, aga ka F-rühma diagnoosid (meeleoluhäired, käitumis- ja tundeoluhäired, neurootilised ja stressiga seotud häired). Tervishoiuteenuste kasutamisel on kõige suurema kuluga esikolmik 2024. aasta andmetel: onkoloogia (108 mln eurot), üldkirurgia (105 mln eurot) ja sisehaigused (92 mln eurot). Erialade lõikes on tervishoiuteenuste kasutamine kõige kiiremini kasvanud sisehaiguste valdkonnas, kus kasv on olnud 109%. L. Pärj märkis, et üldkirurgia ja hematoloogia ehk vereloome- ja lümfisüsteemi haiguste puhul võib teenuste kasutamise mahu suurenemine olla seotud onkoloogiliste haigustega. Lisaks tõi ta välja, et kasutatud tervishoiuteenuste kasv suurendab ka ravimite kasutamist. Koos kuluga on kasvanud ka retseptide arv inimese kohta. Analüüs näitas, et retseptide arv inimese kohta hakkab märgatavalt suurenema pärast 50. eluaastat. Näiteks 2024. aasta andmetel ostab 50–59 vanuses inimene välja keskmiselt 12 retsepti aastas. Iga järgneva vanuserühmaga retseptide hulk inimese kohta suureneb ja on kõige suurem 80–89 vanuserühmas ehk 25 retsepti inimese kohta aastas. Keskmise kulu on suurem 60-aastaste ja vanemate vanuserühmas ning kiireim kulu kasv on toimunud 10–19 vanuserühmas. L. Pärj sõnas, et retseptiravimite kasutamisel on muutused sarnased tervishoiuteenuste kasutamise ja kasvutrendiga. Kokkuvõttes saab öelda, et ravimite kulude kasv on olnud isegi kiirem kui teenuste mahu kasv. Selles on oluline roll hinnakasvul ja uutel ravimitel. Ajutise töövõimetuse hüvitiste kohta märkis L. Pärj, et tegemist on kolmanda suurema kulukomponendiga ning ka need kulud on kasvanud. Sarnaselt teiste Euroopa Liidu riikidega on märgata vanemaealiste tööjõus osalemise suurenemist. Sama trend kajastub ka 60-aastaste ja vanemate vanuserühmas, kus on kasvanud töövõimetushüvitiste juhtumite arv ning hüvitatavate päevade arv. L. Pärj tõi välja, et tõenäoliselt suurenevad töövõimetushüvitiste kulud ka järgmistel aastatel, kuna vanemaealised osalevad tööturul kauem. Samas on tööjõuturul osalemise suurenemisel ka positiivne mõju, kuna rohkemate inimeste panus majandusse, sealhulgas tervishoiusüsteemi rahastamisse sotsiaalmaksu kaudu, suureneb ning see võib kulude kasvu osaliselt leevendada. Töövõimetushüvitiste kulude kasvu on pidurdanud mõned olulised muudatused. Näiteks on alates 2024. aasta maist võimalik haiguslehe ajal töötada kohandatud tingimustes, kasutades 50% + 50% hüvitamisskeemi. Samuti on hüvitistele kehtestatud ülempiir ning alates aprillist ei maksta hüvitisi töötuskindlustushüvitise saamise perioodil ning sünnitus- ja lapsendamishüvitised on Tervisekassa eelarvest välja viidud.

Tervishoiusüsteemi kitsaskohtadest ja lahendustest rääkides tõi L. Pärj esile kolm peamist kitsaskohta. Üheks neist on tervishoiuteenuste kättesaadavus ehk võimalus saada õigel ajal kvaliteetset abi. Ta selgitas, et kättesaadavust mõjutavad eelkõige pikad ravioteajad, tervishoiutöötajate nappus, ravikindlustuskaitseta inimeste suur arv ja leibkondade kõrge omaosaluskoormus. Samuti on oluline, et tervishoiukorraldus toetaks piisavalt muutuvat ravivajadust ning ravikindlustushüvitiste süsteem oleks ajakohane. Ka rahastusmudelid peaksid olema paremini kohandatud demograafiliste ja majanduslike muutustega.

Tervishoiuteenuste kättesaadavuse peamiseks probleemideks on pikad ravijärjekorrad, mis väljenduvad eelkõige ambulatoorses eriarstiabis. Ühe toetava lahendusena nimetas L. Pärge e-konsultatsioonide kasutamise suurendamist. E-konsultatsioonid aitavad hinnata, kas eriarsti vastuvõtt on vajalik, kui kiiresti see peaks toimuma ning milliseid uuringuid või tegevusi saab teha juba esmatasandil. Samas märkis ta, et e-konsultatsioonide laialdasem kasutamine ei lahenda üksinda ravijärjekordade probleemi. Vajalik on ka tervishoiuteenuste kvaliteedi terviklikum juhtimine, tervishoiuvõrgu strateegilisem planeerimine, tervishoiutöötajate piisava arvu tagamine ning tehnilise ja digitaalse toe suurendamine tervishoius. Ta lisas, et tervishoiutöötajate nappuse probleemi lahendamiseks on oluline parem planeerimine, aga ka töökorralduse muutmine ning digilahenduste ja tehisintellekti süsteemne rakendamine. Omaosaluskoormuse vähendamiseks on võetud eesmärgiks läheneda edaspidi omaosaluse vähendamisele vajaduspõhiselt ning tugevdada finantskaitset haavatavamatele sihtrühmadele. Selleks on alustatud metoodika väljatöötamise analüüsiga, mis valmib tõenäoliselt 2027. aastal. Ravikindlustusega kaetuse kohta märkis L. Pärge, et see ei ole täielik ning 2025. aasta andmetel oli ligikaudu 90 000 Eestis elavat inimest mingil perioodil ravikindlustuseta. Ta lisas, et vabatahtliku ravikindlustusega liitumise tingimusi on 2026. aasta algusest leevendatud, mis on parandanud võimalusi ravikindlustuse saamiseks. Samuti jätkatakse ravikindlustuskaitse laiendamise lahenduste väljatöötamist ning Vabariigi Valitsuse tegevusprogrammi ülesandest tulenevalt viib SOM läbi analüüsi ravikindlustusega kaetuse suurendamise võimaluste hindamiseks.

Lisaks eeltoodule töi L. Pärge ettekandes välja, et praegu kasutatav tervishoiu rahastamise mudel on valdavalt kulupõhine ning rahastamise seos ravitulemustega on väike. Sellest tulenevalt on koostöös Tervisekassaga võetud suund liikuda haiglavõrgus etapiviisiliselt tulemuspõhise rahastatismudeli rakendamise poole. Samuti vajavad ülevaatomist ravisutuste teenusepaketid ja korrigeerimist teenuse osutamise põhimõtted. Muudatusi vajab ka ravikindlustushüvitiste korraldus, et süsteem oleks ravikindlustushüvitiste vaates jätkusuutlik. Ta selgitas, et selles osas tuleb järjest suurendada ka ravimite ja meditsiiniseadmete valdkonna tõhusust ning tõhustada ajutise töövõimetuse hüvitise korraldust. Selleks, et ajutise töövõimetuse hüvitise skeem oleks osapoolte vaates õiglase jaotusega ning motiveeriks tööandjaid panustama tööohutusse ja tervislikesse töötingimustesse, soovitakse koostöös tööandjatega leida lähiaastatel võimalus, kuidas suurendada nende osalust töövõimetushüvitiste maksmisel ja seda eriti tööga seotud haigestumiste ja vigastuste korral.

L. Pärge märkis lõpetuseks, et kuna Eesti rahvastik muutub ja vananeb, siis peab tervishoiusüsteemi fookus nihkuma haiguste ravilt rohkem ennetusele, tervise hoidmisele ja krooniliste haiguste tõhusamale juhtimisele. Tervishoiu jätkusuutlikkus ei sõltu ainult lisarahastusest – vajalik on süsteem, mis ennetab rohkem, töötab tõhusamalt ja vastab paremini inimeste muutuvatele vajadustele. Tervishoiukulude analüüs näitab, et tervishoiukulude kasv pole ajutine – see on struktuurne ja kiireneb. Kasvu vedurid on rahvastiku vananemine, teenuste mahu suurenemine ja tervishoiu sisendhindade kiire tõus. Kokkuvõttes eeldab tervishoiu jätkusuutlikkuse tagamine universaalse ravikindlustuse põhimõtete hoidmist ja tugevdamist, eraraha panuse suunamist tervisesse viisil, mis toetab senisest enam tervise toetamist ja haiguste ennetamist ning väldib paralleelse ravisüsteemi kujunemist. Samuti on vajalik avaliku rahastuse järkjärguline suurendamine, et vastata demograafilisele ja epidemioloogilisele olukorrale, ning innovatsiooni, digilahenduste ja tehisintellekti kiire rakendamine koos investeringuteks ja digiarenduste ülalpidamiseks vajalike ressursside tagamisega.

Karmen Joller täpsustas, et ravijärjekordade käsitlemisel ei sisaldanud analüüs e-konsultatsioonide andmeid. E-konsultatsioonide kasutamine on aidanud lühendada mitmeid tavapärases ravijärjekorras esinevaid väga pikki ooteaegu. Samuti juhtis ta tähelepanu asjaolule, et kuigi Tervisekassa nõukogu kehtestas 2013. aastal ambulatoorse eriarstiabi ravijärjekorra maksimaalseks pikkuseks kuus nädalat ehk 42 päeva, on erialaselt sid andnud tagasisidet, et teatud juhtudel võib nende valdkonnas olla põhjendatud pikem ooteaeg. Sellel teemal arutelud jätkuvad.

Kaupo Koppel tutvustas slaidide abil Arenguseire Keskuse (ASK) raportit „Tervishoiu

jätkusuutlikkus. Stsenaariumid aastani 2035“ (lisa 2). Ta tõi välja, et Eesti kulutab tervishoiule oluliselt vähem kui Euroopa riigid keskmiselt, suunates tervishoidu 7,8% sisemajanduse koguproduktist (SKP), samas kui Euroopa Liidu keskmine on 10,5%. Nimetatud erinevus vastab ligikaudu 1 miljardile eurole aastas. Ta märkis, et tervishoiu suurim rahastaja on avalik sektor, kuid Eesti avaliku sektori panus tervishoidu jääb siiski alla Euroopa keskmist taset. Peamiseks tuluallikaks on sotsiaalmaks, mis moodustab 85% Tervisekassa tuludest. Niivõrd kitsas maksubaas on aga Euroopa riikide võrdluses ebataoline. K. Koppel lisas, et Eesti panustab vähem ennekõike pikaajalisele hooldusele, ravimitele ja statsionaarsele ravile. Ambulatoorse ravi ja ennetustegevuse puhul ei erine Eesti panus inimese kohta Euroopa võrdluses märkimisväärselt. Samas on Eestis väiksemad administratiiv- ja muud kulud, mida võib käsitleda positiivse aspektina. K. Koppel tõi välja, et alates 2025. aastast kaetakse suur osa jooksvaid kulusid reservidest. Samast aastast ületavad Tervisekassa iga-aastased kulud tulused ligikaudu 100 miljoni euro võrra aastas. Tervisekassa ja Rahandusministeeriumi prognooside kohaselt defitsiit jätkub ning reservid saavad otsa 2029. või 2030. aastal. Samuti ei ole prognoosides arvestatud kulude kokkuhoiu meetmed veel täielikult sisustatud.

Eesti tervishoiukulude kiire kasvu peamiseks põhjusteks on palgatõus ja teenuste sagenenud kasutamine. Tervishoiukulud on praegu kolm korda suuremad kui 2010. aastal ja kaks korda suuremad kui 2015. aastal. Kulude kasvu peamine põhjus on tervishoiuteenuste kallinemine (51–55%) ning suurimat mõju on avaldanud tervishoiutöötajate palgatõus. Ligikaudu 40% kulude kasvust on seotud tervishoiuteenuste kasutamise sagenemisega.

K. Koppel tõi esile, et tervishoiutöötajate palgatõus on aidanud oluliselt vähendada arstide väljarännet, kuid tööjõupuudus tervishoius püsib. Tervishoiutöötajate väljaränne on võrreldes 2004. aastaga märkimisväärselt vähenenud. Samal ajal on viimase kümnendi jooksul kasvanud erasektoris töötavate tervishoiutöötajate osakaal ligikaudu ühe protsendipunkti võrra aastas, suurenedes 32%-lt 39%-le. Tööjõupuudus on eriti terav õdede, perearstide, logopeedide, psühhiaatrite ning vaimse tervise spetsialistide seas. Avaliku sektori tervishoiutöötajate töötasu on erasektori töötasust veidi kõrgem peamiselt ületundidest tulenevate lisatasude tõttu, samas kui põhipalk on kõrgem erasektoris. Saab öelda, et arstide ja õdede palk on keskmise palgaga võrreldes jõudnud Euroopa keskmisele tasemele.

K. Koppel käsitles ettekandes võimalikke lahendusi kujunenud olukorrale. Ta märkis, et üha enam arutatakse tervishoiu täiendava rahastamise võimalust erakindlustuse laienemise kaudu. 2025. aastal moodustab erakindlustus Eestis küll vaid 0,8% tervishoiuturust, kuid valdkond kasvab kiiresti ning hõlmab juba ligikaudu kümnendikku töötajatest. Erakindlustuse osakaalu suurendamine eeldab riiklikult tugevat reguleerimist. Erakindlustus toimib praegu peamiselt tervise edenduse maksuvaba summa kaudu, mille maksimaalne määr on 400 eurot töötaja kohta, kuid seda võimalust kasutavad vähesed ettevõtted. Vabatahtliku ravikindlustusega on kaetud ligikaudu 10% töötajatest ning see osakaal on kasvutrendis. Enim kasutatakse erakindlustust finants- ja kindlustustegevuses, info- ja kommunikatsioonitehnoloogia valdkonnas ning elektrienergia tootmisel, samas kui enamikus sektorites on selle kasutamine marginaalne. K. Koppel lisas, et Eesti tervishoiu tasutakse teenuste eest valdavalt üksikteenuste hinnakirja alusel, mis võib soodustada teenuste ületarbimist. Väärtuspõhine tervishoid tähendab, et tervishoiuteenuste eest tasutakse tulemuste ja kvaliteedi, mitte teenuste mahu järgi. Peamiseks väljakutseteks väärtuspõhistele maksemudelitele üleminekul on riskide ja andmete jagamine tervishoiuteenuse osutajate vahel ning tervishoiutöötajate vastuseis. K. Koppel sõnas, et raportis esitati ka kolm võimalikku arengustsenaariumi, mis kirjeldavad Eesti tervishoiu võimalikke arengusuundi järgmise kümne aasta jooksul. Kõigi stsenaariumide puhul on keskseks küsimuseks solidaarsusprintsipi tugevus ja tervishoiuteenuste universaalse kättesaadavuse tagamine. Oluliseks otsustuskohaks on, kas laiendada maksubaasi ja tugevdada riiklikku rahastust või suurendada erakindlustuse rolli. Teine läbiv otsustuskoht puudutab tehnoloogia kasutamise ulatust ja eesmärki: kas keskenduda eelkõige tõhususe suurendamisele, sealhulgas dubleerivate protseduuride tuvastamisele ja automaatsele dokumenteerimisele, või kujundada laiemalt ümber töökorraldust ja teenusemudeleid, et tulla toime tööjõupuuduse ning kasvava teenusenõudlusega. Seejuures tuleb lahendada ka võrdse ligipääsu ning eetika ja

andmekaitsega seotud probleemid.

Mihkel Lees küsis ravimitega seotud omaosaluskulude jaotuse kohta.

Lii Pärj vastas, et edastab ravimitega seotud omaosaluskulude kohta komisjonile vastuse hiljem kirjalikult, kuna see vajab täpsustamist.

Eero Merilind küsis, kas kättesaadavuse hindamisel vaadatakse näiteks ka perearsti või eriarsti vastuvõtule pääsemise keskmist ooteaega?

Karmen Joller vastas, et ravijärjekordi analüüsiti digiregistratuuri andmete põhjal. See ei hõlmanud perearstiabi ravijärjekordi ega e-konsultatsioonide andmeid.

Eero Merilind märkis, et kui kättesaadavust ei mõõdetata, siis ei ole võimalik ka hinnata, kas see paraneb või halveneb.

Irja Lutsar tõstatas küsimuse hambaraviteenuste vajaduse suurenemise kohta 10–19-aastaste vanuserühmas, arvestades, et laste puhul tehakse ennetavat hambaravi ning ravivajadus ei peaks üldjuhul olema nii suur. Ta küsis, kas hambaraviteenuste kasutamise kasvu põhjuseid on täpsemalt analüüsitud.

Lii Pärj vastas, et analüüsi raames seda täpsemalt ei vaadatud.

Maivi Parv lisas, et laste hambaravi vajaduse kasv on seotud eelkõige kaariese raviga. Kuigi laste hambaravis pööratakse üha enam tähelepanu ennetusele, sealhulgas suuläbivaatuste läbiviimisele, viitavad tulemused jätkuvalt laste kehvale suutervise olukorrale. Seetõttu kajastub see ka laste hambaraviteenuste kasutamise kasvus.

Eero Merilind märkis, et tervishoiu rahastamise küsimustes tuleb teha poliitilisi valikuid. Ta viitas Arenguseire Keskuse raportis välja toodud võimalikele struktuursetele lahendustele, sealhulgas ravikindlustusmaksu tulubaasi laiendamisele tulumaksuga samale baasile, täiendava püsieraldise kehtestamisele Tervisekassale õpilaste eest, kohustusliku lisakindlustuse võimalusele, käibemaksu 1% võrra tõstmisele ning avaliku sektori tervishoiutöötajate palgatõusu ajutisele piiramisele 2% peale. Ta küsis, millised on SOMi poliitilised soovitusel.

Karmen Joller vastas, et nimetatud teemad on olnud arutlusel, kuid konkreetseid otsuseid ei ole veel vastu võetud. Ta avaldas lootust, et osa ettepanekutest saab lahenduse riigieelarve läbirääkimiste käigus. Prioriteetsete teemadena tõi ta esile vaimse tervise valdkonna, eelkõige astmelise abi arendamise tervishoiusüsteemi koormuse vähendamiseks, tervishoiutöötajate koolituse, et vähendada tulevikus koormust tervishoiutöötajatele, kui neid järjest vähemaks jääb, ja tagada abi kättesaadavus ning digilahenduste edasine arendamine. Ta lisas, et tegemist on üldiste teemadega ning konkreetsetest summadest ei ole praegu võimalik rääkida. Lõplikud lahendused selguvad läbirääkimiste käigus.

Irja Lutsar märkis, et ebaratsionaalne haiglavõrk võib kaasa tuua märkimisväärsed kulusid, samal ajal kui piirkondades või teenustes, kus ravi osutamine oleks otstarbekas, võib esineda rahapuudust. Ta küsis, millal on kavas haiglavõrgu reguleerimisega edasi liikuda.

Karmen Joller selgitas, et haiglavõrgu reguleerimisega seotud töö on käimas. Teemat on arutatud erinevate haiglate ja erialaseltsidelt on saadud tagasiside. Osapooled on esitanud mitmeid konstruktiivseid ettepanekuid ning üldiselt nähakse vajadust haiglavõrgu täiendavaks reguleerimiseks. Vajadust toetavad muu hulgas personali nappus ning eesmärk kujundada patsiendi jaoks mõistlik ja toimiv raviteekond. Ministeerium soovib töö käesoleva aasta jooksul lõpule viia ning esitada järgmise aasta alguses ettepanekud haiglavõrgu tulevase korralduse kohta.

Tanel Kiik küsis, kas tervishoiukulude kasvu puhul on analüüsitud, kas seda veab eelkõige avalik või erasektor. Kas palgakasvu dünaamika viitab pigem sellele, et riik kohandub erasektori palgatasemega, või sellele, et avaliku sektori palgatõus mõjutab omakorda erasektori palgataset. Lisaks viitas T. Kiik Arenguseire Keskuse ettekandele, mille kohaselt töötab erasektoris 40% meditsiinitöötajatest. Ta palus selgitada, kuidas on arstide puhul erasektor defineeritud. Kas näiteks osaühinguna tegutsev perearst loetakse erasektoris või avalikku sektoris kuuluvaks ning kuidas käsitatakse teenuseosutajaid, kes osutavad Tervisekassa rahastusel teenuseid, kuid tegutsevad ise erasektoris.

Karmen Joller märkis, et erakliinikute hinnangul on neil üha keerulisem maksta arstide küsitud töötasu ning mõnel juhul on avaliku sektori palgatase erasektori omast isegi kõrgem.

Kaupo Koppel selgitas, et palgakasv on olnud mõnevõrra kiirem erasektoris. Avaliku sektori

puhul on viimase viie aasta jooksul selgelt suurenenud lisatasude osakaal. Selge trendina tõi ta esile avaliku sektori lisatasude kasvu kiirenemise. Ta lisas, et mis puudutab teist küsimust, siis perearstid kuuluvad erasektoris ja näiteks Tartu Ülikooli Kliinikum kuulub avalikku sektoris.

Eero Merilind küsis ministrilt, kas tööandjapoolse kindlustuse ja eraraha kaasamise osas on kavas esitada Riigikogu sotsiaalkomisjonile seaduseelnõu.

Karmen Joller vastas, et see teema on plaanis koos töötervishoiu arengusuundadega selle aasta lõpuks välja töötada.

Irja Lutsar märkis, et apteekrid on viidanud sellele, et inimesed ei pruugi väljakirjutatud ravimeid tegelikult tarvitada. Need ostetakse küll apteegist välja, kuid jäetakse kasutamata. Ta küsis, kas ravi järgimist on kontrollitud või uuritud. Samuti küsis ta, kas Tallinna Haigla ehitamine kuulub riigi plaanidesse või ei ole see praegu riigi kavades.

Karmen Joller vastas, et objektiivselt on väga keeruline hinnata, kas inimene võtab ravimeid või mitte. Tema hinnangul ei ole seda teemat sellisel kujul tõenäoliselt uuritud. Vajaduse korral oleks võimalik teha küsitlusuuring, kuid ka sellisel juhul ei ole võimalik kindlalt teada, kui täpselt inimesed oma ravimite tarvitamist kirjeldavad. Tallinna Haigla kohta märkis K. Joller, et riigi plaani alles koostatakse ning see peaks valmima eeldatavasti käesoleva aasta lõpuks. Ta lisas, et Tallinna Haigla jaoks on kavas raha taotleda ning erinevaid lahendusi arutatakse Rahandusministeeriumiga peetavatel läbirääkimistel.

6. Tervisekassa arengukava 2026-2029 tutvustus

Signe Riisalo rääkis päevakorrapunkti sissejuhatuseks, et esmalt tutvustavad Tervisekassa esindajad Tervisekassa 2026-2029 arengukava ning seejärel saavad komisjoni liikmed aruteluks sõna.

Siiri Lahe rääkis slaidide (lisa 3) abil, et arengukava keskmes on tervena elatud eluaastate pikendamine. Arengukavasse on lisatud ajalooline graafik, mis illustreerib oodatava eluea ja tervena elatud eluaastate erinevust. Kuigi Eestis on aastakümnete jooksul olnud näha selget paranemistrendi, kinnitavad Statistikaameti hiljutised rahvastikuküsitluse andmed, et tervena elatud eluaastate arv on veidi langenud. Ta avaldas lootust, et Tervisekassa saab selle suundumuse põhjuste analüüsi tutvustada sügisel. S. Lahe rõhutas, et tervena elatud eluaastate pikendamiseks tuleb tagada õigeaegne ja kvaliteetne arstiabi õiges kohas. Olukorra analüüsist on selgunud, et Tervisekassa eelarvet koormavad enim eluviisihaigused. Seetõttu keskendub arengukava nende ennetamisele, ravile ja kontrolli all hoidmisele. Samuti on eesmärgiks seatud rahastuse põhjalikum analüüs, et leida viise Tervisekassa tulude ja kulude tasakaalus hoidmiseks.

Maivi Parv selgitas täpsemalt arengukavas esitatud kolme strateegilise eesmärgi saavutamist. Tema sõnul on võimalikke sekkumissuundi rohkem, kuid jõutud on järeldusele, et just nendes kolmes valdkonnas saab Tervisekassa kõige enam panustada. Esimene strateegiline eesmärk on tugeva esmatasandi tagamine. Tervisekassa on võtnud ülesandeks luua uus südame-veresoonkonna haiguste ennetusmudel, mis hõlmab südame-veresoonkonna ja metabolisme haiguste riski tuvastamist, riskirühma kuuluvate inimeste jälgimist ning nende suunamist ennetusprogrammidesse ja -teenustele. Teine oluline suund on üha enam perearstiabi osutamine meeskonnamudelil rakendavate tervisekeskuste kaudu. Samuti soovitakse esmatasandil luua integreeritud võrgustik. Lisaks terviseteejuhtidele on kavas pakkuda uusi teenuseid, sealhulgas palliatiivravi, geriaatriat ja tööajavälist erakorralist abi. Eesmärk on kujundada võrgustik, kuhu kuuluvad perearstid ja pereõed ning ka laiem esmatasandi meeskond: koduõed, füsioterapeudid, apteekrid ja teised spetsialistid. Oluline on parandada ka vaimse tervise abi kättesaadavust esmatasandil nii täiskasvanutele kui ka lastele ja noortele. Rõhk on sellel, et esmatasand oskaks ja suudaks senisest rohkem teenuseid pakkuda. Perearstikeskustele on kavas luua tervisejuhtimise portaali digitaalne töölaud, mis aitab perearstidel oma nimistu patsiente ennetuse ja riskipatsientide jälgimise kaudu kiiremini ning hõlpsamalt toetada. Perearst näeb, kuidas tema nimistu patsientidel läheb ja saab tulemusi võrrelda teiste nimistute ning Eesti keskmisega. Keskne terviseplaan koondab inimese ennetus- ja ravieesmärgid terviseportaali ning seda saavad kasutada nii inimene ise kui ka tema ravimeeskond.

Teine strateegiline eesmärk on ravi tulemust parandavate tasumudelite rakendamine. Oluline märksõna on töötervishoiu, tööandjate ja perearstide koostöö. Töötervishoius kasutatavad andmed ja järeldused soovitakse tuua esmatasandile, et neid saaks paremini kasutada. Samuti peaksid perearstid saama töötervishoiuteenuse kaudu senisest rohkem tuge. See haakub osaliselt südame-veresoonkonna haiguste ennetusmodeliga. Lisaks rõhutas ta, et suunamised algavad e-konsultatsioonist ning eesmärk on jõuda ühtse e-konsultatsioonipõhise suunamiseni. Perearst küsib eriarstilt vajaduspõhiselt ja meditsiiniliselt põhjendatult nõu. Eriarst annab perearstile soovitusi või määrab, millise ooteajaga patsient üle võetakse. Ta märkis, et rohkematel erialadel tuleb kasutusele võtta tulemuspõhine rahastamine. Alustada tuleks suuremate kulukohtadest, nagu onkoloogia ja südame-veresoonkonna haigused. Just nende valdkondade puhul on oluline luua uusi tasumodeleid ja rakendada tulemuspõhist rahastamist. Oluline on ka strateegiline ostmine. Selgelt tuleb määratleda teenuseosutajate rollid ja vastutus. Ostutegevuse kaudu on võimalik säästa teenuseosutajate ressursi ning samal ajal tagada teenuse kvaliteet. Võimalik on tsentraliseerida vähem osutatavaid ja spetsiifilisemaid teenuseid ning samal ajal tuua kodulähedasi teenuseid juurde. Lisaks tuleb senisest enam kasutada patsiendi hinnangut ravitulemusele ja ravikogemusele (PROM- ja PREM-mõõdikuid).

Karl-Henrik Peterson selgitas, et digivaldkonnas saab arengukava tegevused jagada kolme põhisuunda. Esiteks tuleb keskenduda infosüsteemide funktsionaalsusele, sealhulgas sellele, kuidas korrastada praegu killustunud infosüsteemide maastikku. Teiseks on oluline hinnata infoturbe hetkeseisu. Kolmandaks tuleb pöörata tähelepanu andmetele ning nende kasutamisele nii Tervisekassa igapäevatöös ja arengukava projektides kui ka laiemalt tervisevaldkonnas ning sellega seotud tehnoloogialahenduste arendamisel. Tema sõnul on vaja luua mudel, mis võimaldaks tuua osa funktsionaalsusi senisest enam keskele tasandile ja vähendada seeläbi kasutusel olevate infosüsteemide hulka. Piltlikult öeldes tasutakse praegu esmatasandil sama funktsionaalsuse eest vähemalt neljakordselt ning haiglale infosüsteemide puhul ligikaudu nelja- kuni seitsmekordselt. See ei ole mõistlik. Esmalt alustatakse perearsti infosüsteemi uuendamisest, mis aitab ühelt poolt koondada funktsionaalsusi ja muuta arendust tõhusamaks ning teiselt poolt paremini toetada tervishoiutöötajaid. Näiteks võiksid tehisaru ja muud lahendused säästa vähemalt 20% perearsti ajast. See aitaks leevendada töökoormust olukorras, kus tervishoiutöötajate nappus süveneb. Infoturbe puhul tuleb alustada mõõtmisest, et mõista tegelikku olukorda Eesti tervishoiusektoris. Praegu ei ole peale Eesti infoturbe standardi auditi sisulist tehniliste parameetrite mõõdet. Selline mõõde on väga oluline, eriti arvestades tehisaru arengut ja selle kasutamist rünnete läbiviimisel. Andmete valdkonnas on mitu projekti, millest olulisem on ühendandmeladu, kuhu koondatakse tervise infosüsteemi ja Tervisekassa andmed. Neid on vaja kokku tuua, et luua väärtuspõhiseid rahastusmudeleid. Andmetest selgub, milline on teenuse väärtus. Samuti saab nende põhjal teha prognoose, poliitikat ja lepingute juhtimise otsuseid.

Siiri Lahe andis ülevaate aruandes käsitletud tuludest ja kuludest. Ligikaudu 85% Tervisekassa tuludest laekub sotsiaalmaksu komponendist, millele lisandub mittetöötavate pensionäride eest tehtav eraldis. Eelmisel aastal oli selle eraldise suurus 310 miljonit eurot. Üle 65-aastaste isikustatud kulud ulatuvad ligi 900 miljoni euron ja sellele lisanduvad veel kiirabi ja muud pearahapõhised kulud. Teine oluline teema on 238 miljoni euro eest teenuseid, mille Tervisekassa on üle võtnud. Osa neist pidi olema kaetud lisakomponendi arvelt. Absoluutarvudes on kõige rohkem kasvanud eriarstiabi, mille kulud on kümne aastaga suurenenud 2,1 korda. Samal ajal on teadlikult rõhutatud esmatasandi olulisust ning perearstiabi kulud on kasvanud 2,6 korda. Kuna lähtepositsioon oli väiksem, on absoluutarvudes kasv siiski tagasihoidlikum.

Signe Riisalo andis komisjoni liikmetele küsimusteks sõna.

Irja Lutsar küsis, kas tugev esmatasand tähendab seda, et inimene pöördub tavapärase tervisehoidmise korral esmalt perearsti poole, mitte ei lähe kohe EMOsse, kus teenus on oluliselt kallim. I. Lutsari hinnangul ei peaks ligikaudu 50% EMO vastuvõtule jõudvatest patsientidest sinna pöörduma. Ta küsis, milliseid meetmeid selles valdkonnas plaanitakse rakendada.

Siiri Lahe avaldas lootust, et EMOsse pöördumiste vähendamiseks aitab kaasa juba kasutusel olev meede, mille eesmärk on muuta perearstiga ühenduse võtmine inimese jaoks võimalikult

lihtsaks. Perearstiga saab ühendust võtta telefoni teel ning Tervisekassa rahastab kõnekeskuse teenust, mis aitab perearstidel ja pereõdedel kõnesid paremini hallata ning tagasihelistamisi korraldada. Samuti saab inimene pöörduda digiteenindusplatvormi kaudu endale sobival ajal, sealhulgas öhtul või nädalavahetusel. Perearst ja pereõde vaatavad pöördumised tööpäeva alguses üle, hindavad nende kiireloomulisust ning võtavad patsiendiga ühendust vastavalt vajadusele. Uue Tervisekassa lepingu järgi tuleb perearsti kodulehel kuvada ka vastuvõtuajad, et inimesel oleks selge ülevaade perearsti ja pereõde vastuvõtuaegadest. Teine oluline suund on e-konsultatsioon, mis võimaldab perearstil patsiendi ravivajadust eriarstiga arutada ja vajaduse korral patsient edasi suunata. Samuti avaldas ta lootust, et uus perearstiabi kulumudel, mis keskendub riskipatsientidele ja meeskonnatööle, loob teenuseosutajatele senisest selgema väärtuse ja stiimuli.

Eero Merilind märkis, et ennetusele suurema tähelepanu pööramisest räägitakse palju. Ta küsis, kas ennetusteenuste laiendamine toimub lisaraha, patsiendi omaosaluse või raviraha arvelt.

Maivi Parv vastas, et ennetusteenuste laiendamine peab toimuma olemasoleva eelarve piires. Selleks on tehtud vajalikud arvutused ning fookus on eelkõige südame-veresoonkonna haiguste ennetusel. Arenduskulude katmisel on oma roll ka innovatsioonifondil, mille kaudu saab rahastada uusi pilootprojekte. Vaksineerimiste, tervisekontrollide, ennetusteenuste ja eri ennetusprojektide laiendamine peab praegu jääma üldise eelarve raamidesse.

Helmen Kütt küsis perearstide koondamise kohta perearstikeskuste alla. Ta soovis teada, kui palju on Eestis ravikindlustuseta inimesi ning kui paljudel ei ole perearsti.

Maivi Parv vastas, et kindlustamata inimesi on ligikaudu 90 000 ehk umbes 6%. Ta selgitas, et perearstiabi arendamisel on eesmärk liikuda selles suunas, et vähemalt kaks kolmandikku teenusest osutatakse tervisekeskuste kaudu. Praegu see veel nii ei ole: tervisekeskuste kaudu osutatakse ligikaudu pool või veelgi vähem perearstiabist. Tervisekassa hinnangul on meeskonnas töötav perearst jätkusuutlikum ning suudab paremini korraldada ka asendusi. Tervisekeskuse meeskond, kuhu kuuluvad näiteks koduõde, füsioterapeut ja ämmaemand, aitab raviteekonda kiirendada.

Signe Riisalo katkestas arutelu ja küsis, kas komisjon on valmis istungit pikendama kümme minutit. Komisjon nõustus istungi pikendamisega konsensuslikult.

Tanel Kiik küsis tulemuspõhise rahastamise loogika kohta. Arengukavas on viidatud psühhiaatria eriala tulemuspõhisele rahastamisele alates 2026. aastast. Ta palus täpsemalt selgitada, mida see tähendab. Samuti palus ta laiemalt selgitada, millises mahus ja ulatuses on lähiaastatel võimalik tulemuspõhist rahastamist rakendada.

Maivi Parv selgitas, kuidas tulemuspõhine rahastamine praegu toimib. Perearstiabis ja koolitervishoius on tulemustasustust juba kasutusel. Eriarstiabis rakendatakse seda näiteks psühhiaatria erialal, kuid praegu pigem protsessipõhisena. Tasustatakse e-konsultatsioonide kasutamist, meeskonnatööd ja esmaste patsientidega tegelemist. Tulemustasu komponente kasutatakse ka raviteekondades, näiteks insuldi- ja endoproteesiraviteekonnas. Psühhiaatria eriala on arengukavas eraldi välja toodud seetõttu, et erialade ja konkreetsete haigusseisundite kaudu on võimalik kiiremini edasi liikuda. Psühhiaatrie erialaselts on aktiivne Tervisekassa partner ning valmis liikuma praeguselt protsessipõhiselt tulemustasult tervisetulemite tasustamise suunas. Praegu töötatakse välja mudelit, mida soovitakse järgmise aasta alguses testida. Näiteks meeleolu- ja ärevushäirete puhul hakatakse jälgima, millise tervisetulemini patsient ravi tulemusena jõuab, ja seotakse see psühhiaatriateenuse osutaja tasustamisega.

Irja Lutsar viitas nakkushaiguste ennetamise ja tõrje seadusele, mille kohaselt saab Terviseamet haiguste ennetamise eesmärgil koguda eri liiki andmeid. Ta küsis, millal muudetakse Tervisekassa andmed tervishoiutöötajatele kättesaadavaks nii, et nad ei peaks neid haiguslugudest käsitsi välja otsima. Lisaks märkis ta, et kuigi sageli räägitakse tervishoiutöötajate arvu vähenemisest, on andmete järgi arstide arv viimase viie aasta jooksul umbes 2% kasvanud. Ta küsis, kas tervishoiutöötajate arv tegelikult väheneb.

Karl-Henrik Peterson selgitas, et eristada tuleb kahte tasandit. Andmed peavad olema sisuliselt kasutusvalmis ehk kokku kogutud, struktureeritud ja analüüsiks rakendatavad. See suurendab võimekust käsitsi analüüsi teha. Selleni jõutakse käesoleva aasta lõpuks. Teiseks on küsimus selles, millal konkreetsed funktsioonid jõuavad

tervishoiutöötajateni. Selleks on vaja haiglate, Tervisekassa või TEHIKu panust, et vajalikud funktsionaalsused välja arendada. Töenäoliselt jõuavad esimesed lahendused perearstideni perearsti infosüsteemi kaudu. Tervishoiutöötajate arvu kohta selgitas ta, et Tervisekassa peab tagama, et kõiki nimistuid teenindaksid perearstid. Järgmise viie aasta jooksul jõuab ligikaudu 30% perearstidest pensioniikka, mistõttu tuleb selleks aegsasti valmistuda.

Signe Riisalo palus koostada komisjoni liikmetele kirjaliku ülevaate IT- ja andmeregistrite arenduste kohta. Ülevaates võiks välja tuua, millised arendused on plaanis, millises ajaraamis need toimuvad ning milline on nende praktiline kasu.

Tanel Kiik küsis psühhiaatria kohta, kas tulemuspõhise rahastamise mudeliga kaasneb ka rahastuse kasv. Ta märkis, et erasektoris on psühhiaatrie ja teiste vaimse tervise spetsialistide tasud märksa kõrgemad kui Tervisekassa rahastatavas süsteemis. See motiveerib spetsialiste erasektoris liikuma ning võib suurendada ebavõrdsust vaimse tervise teenuste kättesaadavuses. Ta küsis, kas mudeliga kaasneb ka tasude tõus. Lisaks soovis ta teada, kas Tervisekassa toetab plaani viia rehabilitatsiooniteenused Tervisekassa rahastamisele.

Maivi Parv vastas, et tulemustasu mudelit saab kujundada mitmel viisil. Üks võimalus on maksta hea tulemuse eest lisatasu, teine aga vähendada tasu kehva tulemuse korral. Praeguse plaani järgi soovitakse katsetada mudelit, kus teenuse hinnas on eraldi tulemustasu komponent. Näiteks võib see moodustada 20% tasust ning kui kokkulepitud tulemus saavutatakse, saab teenuseosutaja selle komponendi. Insuldiraviteekonnas kasutatakse ka kulude jagamise mudelit: kui tulemused saavutatakse ja efektiivsus paraneb, jaotatakse osa rahast ümber. Võimalikke lahendusi on rohkem ning oluline on leida tasakaal, mis motiveerib teenuseosutajaid. Üksnes lisaraha maksmist Tervisekassa eelarve ei võimalda. Teine küsimus puudutas integratsioonireformi. Tervisekassa töötab praegu rehabilitatsiooni ja meditsiiniliste abivahendite teemadega. Nende teenuste ülevõtmisel on ette nähtud ka vajalik lisaraha ning selle piires saab teenust osutada. Lisasumma hulka on arvestatud ka täiendavad tööjõukulud.

Eero Merilind märkis, et Eestis on ligikaudu 90 000 ravikindlustuseta inimest ning palju on ka neid, kes ei kuulu perearsti nimistusse. Ta soovis teada, kuidas nad pääsevad eriarsti juurde olukorras, kus liigutakse kohustusliku e-konsultatsiooni suunas.

Siiri Lahe vastas, et eriarsti vastuvõtule pääseb meditsiinilise vajaduse korral ning üldjuhul perearstisüsteemi kaudu. Perearst hindab ravivajadust ja suunab patsiendi vajaduse korral edasi. Probleem tekib juhul, kui inimesel perearsti ei ole.

Karmen Joller lisas, et e-konsultatsiooni kaudu suunamisele ei ole täielikult üle mindud. Praegu on seda kavas rakendada ühel erialal ning ka seal säilib võimalus pöörduda psühhiaatriakliinikusse vaimse tervise õe kaudu. Aja jooksul tuleb sarnase lahenduse kasutamist kaaluda ka teistel erialadel. E-konsultatsiooni saab algtada ka teine eriarst või erakliiniku arst. Eraldi probleem on olukord, kus inimesel ei ole perearsti.

Signe Riisalo rääkis, et komisjon arutab neid teemasid sügisesel istungjärgul edasi.

Irja Lutsar küsis, kas Tervisekassa kavandatud suunas liikumiseks on vaja mõnda seadust muuta.

Maivi Parv vastas, et strateegilise ostmise küsimuses on vaja poliitilist tuge. Teiseks tuleb jätkuvalt pöörata tähelepanu teenuste ülevõtmisele, sealhulgas integratsiooni, rehabilitatsiooni ja meditsiiniliste abivahendite valdkonnas. Samuti on oluline, et kavandatud summad jõuaksid Tervisekassa eelarvesse ning oleks selge, et Tervisekassa osutab neid teenuseid üksnes üleantud summa piires ega kata neid terviseraha arvelt. Kolmandaks teeb Tervisekassa ettepanekuid ka rahastatavate teenuste kohta. Näiteks on Tervisekassa üle võtnud sõltuvushaiguste ennetuse ja ravi. Võimalik, et mõnda sellist valdkonda tuleks rahastada otse riigieelarvest.

Signe Riisalo tänas päevakorrapunktis osalenud külalisi.

7. Info ja muud küsimused

7.1 Komisjon arutas istungite korraldamist istungjärkude vahelisel ajal. Komisjoni esimees märkis, et nimetatud perioodil ei ole istungeid kavas pidada.

(allkirjastatud digitaalselt)
Signe Riisalo
juhataja

(allkirjastatud digitaalselt)
Terle Kask
protokollija

(allkirjastatud digitaalselt)
Riin Lindpere
protokollija