



Riigikogu sotsiaalkomisjoni istungi protokoll nr 131

Tallinn, Toompea

Teisipäev, 09. september 2025

Algus 14.00, lõpp 16.04

Juhataja: Signe Riisalo (esimees)

Protokollijad: Riin Lindpere (konsultant), Kristi Tori (konsultant)

Võtsid osa:

Komisjoni liikmed: Kalle Grünthal, Toomas Järveoja, Tanel Kiik, Mihkel Lees, Irja Lutsar, Eero Merilind, Reili Rand (Helmen Küti asendusliige), Riina Solman

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

Puudus: Aleksandr Tšaplõgin

Kutsutud: eelnõu algatajate esindaja Reili Rand, Sotsiaalministeeriumi laste ja perede osakonna perepoliitika juht Gerli Lehe (1. päevakorrapunkt); Sotsiaalministeeriumi terviseala asekanstler Anniki Lai, laste ja perede osakonna laste heaolu teenuste poliitika juht Brit Tammiste, tervishoiuteenuste osakonna integratsiooni ja esmatasandi tervishoiu poliitika juht Anneli Taal (2. päevakorrapunkt); Sotsiaalministeeriumi hoolekande osakonna puudega inimeste õiguste poliitika juht Kadri Mets, tervishoiukorralduse osakonna ravimi- ja meditsiiniseadmete poliitika juht Kärt Veliste (3. päevakorrapunkt)

Päevakord:

1. Sotsiaaldemokraatliku Erakonna fraktsiooni ning Riigikogu liikmete Jaak Aabi, Ester Karuse, Tanel Kiige, Andre Hanimäe ja Züleyxa Izmailova algatatud perehüvitiste seaduse muutmise seaduse (659 SE) eelnõu esimese lugemise ettevalmistamine
2. Eesti tervishoiu ja sotsiaalsüsteemi integreerimise väljatöötamiskavatsuse arutelu
3. Sotsiaalhoolekande seaduse, ravikindlustuse seaduse ja meditsiiniseadme seaduse muutmise seaduse eelnõu väljatöötamise kavatsuse (abivahendite ja meditsiiniseadmete integreerimine) arutelu
4. Info ja muud küsimused

1. Sotsiaaldemokraatliku Erakonna fraktsiooni ning Riigikogu liikmete Jaak Aabi, Ester Karuse, Tanel Kiige, Andre Hanimäe ja Züleyxa Izmailova algatatud perehüvitiste seaduse muutmise seaduse (659 SE) eelnõu esimese lugemise ettevalmistamine

Signe Riisalo andis eelnõu tutvustamiseks sõna eelnõu algatajate esindajale.

Reili Rand rääkis, et eelnõu algatati muutunud demograafilise olukorra, toidukaupade hinnatõusu ning suureneva ebavõrdsuse tõttu. Eelnõu näeb ette võrdsustada lapsetoetused iga lapse kohta summas 100 eurot kuus. Hetkel on esimese ja teise lapse toetuse suurus 80 eurot, samal ajal kui kolmanda ja iga järgmise lapse kohta makstakse 100 eurot toetust. Eelnõu

kõige olulisem sõnum on väärtuspõhine: iga laps on väärtus ja iga laps on ühe ja sama kaaluga. Eelnõu lihtsustaks administratiivselt lapsetoetuse väljamaksmist.

Sotsiaalministeeriumis (SOM) valminud laste saamise ja kasvatamise toetamise analüüs toetab eelnõu sisulist eesmärki. Analüüsis on välja toodud, et majanduslik ebakindlus on jätkuvalt väga oluline tegur laste planeerimisel ja saamisel. Laste ülalpidamise keskmiseks kuluks vanematele hinnatakse Eestis 2025. aastal 564,62 eurot kuus lapse kohta.

Lisaks tõstetakse eelnõuga üksikvanema lapse toetus 80 eurolt 100 eurole kuus. SA Mõttekoda Praxis hiljutisest analüüsist ilmnes, et erinevad maksumuudatused ning hinnatõusud on üksikvanemaga leibkondade olukorda veelgi halvendanud. R. Rand märkis, et Rahandusministeeriumi (RAM) mure katteallikate osas on mõistetu. Samas vähenevad laste arvu vähenemise tõttu pikas vaates riigieelarves lastega peredele mõeldud toetuste ning teenuste kulud. See võimaldab ainuüksi peretoetuste maksmisel hinnanguliselt 10-11 miljonit eurot aastas kokku hoida. See oleks üks kokkuhoiukoht. Sotsiaaldemokraatlik Erakond (SDE) seisab selle eest, et riik erinevates keerulistes situatsioonides lastega peredele suunatud toetusi ja teenuseid ei kärbiks. Eelnõu muudatus tooks riigieelarvele aastas lisakulu 55 kuni 60 miljonit eurot. Tänuväärselt on riigieelarve läbirääkimised parasjagu käimas.

Signe Riisalo andis sõna SOM-i esindajale.

Gerli Lehe rääkis, et 20-eurone esimese ja teise lapse toetuse tõus ei pruugi olla kõige tõhusam meede perede majandusliku toimetuleku tõstmiseks. Pigem oleks see sõnum, et riik väärtustab kõiki lastega peresid. See sõnum on väga oluline. Pered vajavad täna perepoliitikas stabiilsust. SOM edastab Vabariigi Valitsusele (VV) kevadeks laste saamise ja kasvatamise toetamise analüüsis välja toodud meetmete tervikliku paketi.

G. Lehe rääkis, et sündimuse kontekstis on sihtgrupid väga erinevad. On noored, kes on alles pere loomas ning need pered, kellel täna juba on lapsed. Peredel on erinevad murekohad, miks lapsi perre ei sünni või erinevad kitsaskohad laste kasvatamisel. Kui perepoliitikas muudatusi teha, siis peavad need olema pikaajalised. Meetmete pakett peab pakkuma peredele stabiilsust. Meetmete mõju peab olema hinnatav pikema ajavahemiku jooksul. G. Lehe selgitas, et sündimuse mõjutamine ei peitu ainuüksi perepoliitikas. Sündimust mõjutavad ka teiste valdkondade probleemkohad. Madala sündimuse lahendusi tuleb vaadata valdkondadeüleselt. Ta nentis, et eelnõu algatajate ettepanek on õigustatud, aga selle juurde tuleks vaadata ja analüüsida ka teisi valdkondi. SOM-i suunis on oodata ära kevadeks valmiv meetmete pakett.

Signe Riisalo andis komisjoni liikmetele küsimusteks sõna.

Riina Solman märkis, et laste saamise ja kasvatamise toetamise analüüsis on välja toodud, kui suur on riigi kokkuhoid sündide arvu vähenemisest tuleneva peretoetuste maksmise vähenemise arvelt. R. Solman kinnitas, et Isamaa fraktsioon toetab eelnõu. Isamaa fraktsioon on varasemalt ise lapsetoetuse tõstmiseks sama ettepaneku teinud. Kõikidele lastele 100 eurot toetust maksta on õige suund. Ta küsis, kas SDE toetab seda, et kolme- ja enamalapseliste perede peretoetus on suurem. Suured pered vajavad suuremat eluruumi, mis nõuab suuremaid kulutusi. Kas SDE on sellise seisukohaga nõus?

Reili Rand vastas, et SDE seisukoht on perepoliitikas olnud läbivalt üks ja sama. Erinevad meetmed on erineva eesmärgiga. Lapsetoetus on universaalne ja see peaks olema kõikidel lastel võrdne. Selge on see, et kui lapsi on peres rohkem, siis kulutuste kasv objektiivselt kasvab. Selleks on ette nähtud lasterikka pere toetus. Sellisel kujul peaks see toetus edasi olema.

Tanel Kiik arvas, et eelduslikult saavad kõik aru, et lapsed on võrdsed. See, et riik lasterikkaid peresid täiendavalt toetab, on igati põhjendatud. See, et riigi rahanduslikus vaates tekib olukord, kus rahvastikukriisi tingimustes hakkab peretoetuste osakaal riigieelarves lähiaastatel vähenema, on absurdne. Elementaarne oleks, et riik tagab peretoetusteks edaspidi

samasuguse summa nagu varasemalt, sõltumata madalast sündimusest. T. Kiik küsis SOM-i esindajalt, et kui tõsta esimese ja teise lapse toetus 100 euro peale, siis mis ajahetkeni tähendaks see üldse riigile lisakulu, arvestades, et lapsi sünnib aina vähem.

Gerli Lehe vastas, et arvutuste kohaselt oleks järgmisel aastal eelarve muutus võrreldes 2025. aastaga 10 miljonit eurot ning ülejäägisel aastal 25,9 miljonit eurot. Ligi neli aastat kuluks selleni, et riigil lisakulu ei tekiks. Lisaks vanemahüvitisele ning peretoetustele langevad kulud haridusele ning sotsiaalvaldkonnale.

Signe Riisalo täpsustas, et kui rääkida madala sündimuse tõttu perehüvitiste seaduses kasutamata ressursist, siis on summad 2028. aastal 25,9 miljonit eurot ning 2029. aastal 21,2 miljonit eurot. Arutatava eelnõu kulu jääb aastast vahemikku 55 kuni 60 miljonit eurot, mis selgelt ületaks kasutamata jääva ressursi ega jätaks võimalust teisi analüüsis esitatud meetmeid rakendada.

Reili Rand märkis, et S. Riisalo välja toodud numbrid on konkreetset peretoetuse saajate vähenemisest tingitud. Mõju tuleb hinnata proportsionaalselt. Madala sündimuse tõttu jääb üle ressursi ka teistest sotsiaal- ning haridusteenustest.

Tanel Kiik rääkis, et esimese ja teise lapse toetuse suuruse tõstmine 80 eurolt 100 eurole on mõnevõrra sarnane SOM-i pakutava indekseerimise ettepanekuga. Vahe on selles, et vahepealset perioodi, mil elu on kallimaks läinud, ei võeta indekseerimisel arvesse. 80 eurot oli mõni aasta tagasi rahalises väärtuses midagi muud kui täna.

T. Kiik rõhutas, et ühiskonnas on võrdsustamise põhimõte oluline. Iga laps on ühetaolist summat väärt. Praegune vahetegemine on tekitanud mõttetut vastandumist. Selles on süü mitmel erakonnal. T. Kiik kommenteeris veel, et lisaks peretoetuste koondsummale on mõistlik vaadata ka osakaalu eelarvest. Olukorras, kus riigieelarve pidevalt kasvab, on küüniline, kui rahvastikukriisi tingimustes perepoliitika eelarve osakaal väheneb. T. Kiik märkis, et ta ei nõustu komisjoni esimehe kommentaariga, et eelnõu võtaks võimaluse midagi muud ära teha. Minimaalne, mida riik teha saab, on suunata seni tehtuga samas mahus proportsionaalseid vahendeid riigieelarvest perepoliitikasse.

Signe Riisalo rõhutas, et ta vastas eelnõu algatajate esindaja kommentaarile eelnõu kulude katteallika kohta. Eelnõu algatajate esindaja toodud katteallikas ei ole piisav. S. Riisalo rääkis veelkord üle selle, et komisjonile tutvustatud laste saamise ja kasvatamise toetamise analüüsis on välja toodud hulk meetmeid, sealhulgas laste- ja peretoetuste indekseerimise võimalus. Kõiki pakutud meetmeid kaalutakse ning edastatakse 2026. aasta kevadel VV-le täpne tegevuskava.

Gerli Lehe rõhutas veelkord, et oluline on vaadata kogu meetmete paketti. Ainult rahaliste toetustega ei ole võimalik sündimust mõjutada.

Riina Solman märkis, et SOM-i sotsiaalala asekanstler on varasemalt laste saamise ja kasvatamise toetamise analüüsi tutvustades kinnitanud, et madala sündimuse tõttu üle jäävat raha kasutatakse perepoliitika kujundamiseks.

Reili Rand rõhutas, eelnõu muudatused võrdsustaksid perede stardipositsiooni. Peredele tuleb anda signaal, et iga laps on väärtus.

Tanel Kiik täiendas, et eelnõu ettepanek ei asenda kuidagi SOM-i analüüsis pakutud meetmeid. Eelnõu algatajad on kindlasti valmis rahvastikukriisi lahendamiseks debatti jätkama. Lisaks arvas ta, et kui plaanitakse peretoetusi indekseerima hakata, siis oleks mõistlik enne seda toetused ühtlustada.

Kalle Grünthal arutles, et eelnõu miinusena tuuakse välja see, et esimese ja teise lapse

toetuse tõstmiseks ei ole raha. Olgugi, et kahe VV-sse kuuluva erakonna liidrid on meedias välja öelnud, et riigil on eelarves raha üle.

Signe Riisalo pani hääletusele menetluslikud otsused.

Otsustati:

1.1. Teha ettepanek võtta eelnõu täiskogu päevakorda 17.09.2025 (konsensus: Kalle Grünthal, Toomas Järveoja, Tanel Kiik, Mihkel Lees, Irja Lutsar, Eero Merilind, Reili Rand, Signe Riisalo, Riina Solman).

Signe Riisalo tegi ettepaneku määrata juhtivkomisjoni esindajaks Mihkel Leesi. Komisjon nõustus sellega konsensuslikult.

Riina Solman avaldas soovi juhtivkomisjoni esindaja olla.

Signe Riisalo küsis M. Leesilt, kas ta on nõus juhtivkomisjoni esindamisest loobuma.

Mihkel Lees vastas, et ta nõustub juhtivkomisjoni esindamisest loobuma.

Signe Riisalo tühistas juhtivkomisjoni esindaja määramise menetlusliku otsuse hääletustulemuse. S. Riisalo pani uuesti hääletusele menetluslikud otsused.

Otsustati:

1.2. Teha ettepaneku määrata juhtivkomisjoni esindajaks Riina Solman (konsensus: Kalle Grünthal, Toomas Järveoja, Tanel Kiik, Mihkel Lees, Irja Lutsar, Eero Merilind, Reili Rand, Signe Riisalo, Riina Solman).

1.3. Teha ettepanek eelnõu tagasi lükata (poolt 5: Toomas Järveoja, Mihkel Lees, Irja Lutsar, Eero Merilind, Signe Riisalo; vastu 4: Kalle Grünthal, Tanel Kiik, Reili Rand, Riina Solman; erapooletuid 0).

2. Eesti tervishoiu ja sotsiaalsüsteemi integreerimise väljatöötamiskavatsuse arutelu

Signe Riisalo andis väljatöötamiskavatsuse (VTK) tutvustamiseks sõna Sotsiaalministeeriumi (SOM) esindajale.

Anniki Lai rääkis sissejuhatuseks, et tervishoiu ja sotsiaalsüsteemi integreerimine on inimesekeskse tervishoiu saavutamiseks väga oluline. Riigil on soov pakkuda inimestele mugavaid ja kergesti kättesaadavaid sotsiaalteenuseid, et inimene ei peaks erinevate teenuseosutajate rägastikus ekslema. Oluline on, et inimene saaks abi õigeaegselt ja õiges kohas. A. Lai märkis, SOM-is on integratsiooni teemadega erinevate pilootprojektide näol juba ca 8 aastat tegeletud. SOM-is otsustati eelmise aasta alguses, et alustatakse reformi ettevalmistega, et seniselt projektipõhiselt lähenemiselt süsteemsele lähenemisele edasi liikuda ning tagada üle-eestiliselt ühtlane praktika. VTK on saanud palju tagasisidet, sealhulgas ka kriitikat. Kriitikat võetakse väärtusliku tagasisidena, et leida paranduskohti.

Anneli Taal tegi slaidide (lisa 1) abil VTK-st ülevaate. Tervishoiu ja sotsiaalsüsteemi integreerimise teemalisi pilootprojekte on seni olulisel määral finantseeritud välisabist. Välisabi lõpeb 2027. aasta detsembris. Täna töötavad kuues maakonnas tervisejuhid ja hoolduskoordinaatorid projektipõhiselt. Eesti Perearstide Selts on teinud taotluse luua esmatasandile tervisejuhi amet. Õppega saab loodetavasti lähitulevikus alustada. Plaanis on moodustada maakondlikes heaolupiirkondades tervishoiu- ja sotsiaalteenuse osutajate koostööorganisatsioonid (TERVIK). Sotsiaalse rehabilitatsiooni tänane süsteem

integreeritakse samuti loodavasse TERVIK-ute süsteemi. Teiste riikide praktika näitab, et kui tahta süsteeme integreerida, siis peab see olema süsteemne ning puudutama kõiki tasandeid.

A. Taal tõi välja tänased kitsaskohad Eestis. Tervishoiu ja sotsiaalteenuste korraldajad ja rahastajad ei tee teenuste planeerimisel koostööd. Puudub süsteemne valdkonnaülene teenuste koordinatsioon ega pole spetsialiste, kes pääseksid ligi mõlema valdkonna infosüsteemidele.

A. Taal kirjeldas loodava TERVIK-u mudelit (lisa 1 lk 5). TERVIK koondab piirkonna olulisemad teenuseosutajad: perearstid, haiglad, kohalikud omavalitsused (KOV) ning piirkonna soovil muud teenuseosutajad. TERVIK-u kõige olulisem ülesanne on ühiselt kokkulepitud eesmärkide koostööpõhine saavutamine. TERVIK otsustab tervisejuhtide paiknemise maakonnas. Inimesekeskse tulemuse saavutamiseks peavad perearstid, haigla, kiirabi ning KOV-id tegema koostööd. Selleks peab igas maakonnas olema oma TERVIK. Igal TERVIK-ul on inimesekesksed eesmärgid konkreetsete mõõdikutega.

A. Taal tõi välja, et integratsioonist on võimalik saada olulist kuluefektiivsust. Võimalik on vähendada *ca* 5% sihttrühma tervishoiukulu. Ta kirjeldas, kuidas kuluefektiivsust saavutada. Teiste riikide praktika põhjal on plaanitud, et iga maakond võiks maksimaalselt neli prioriteetset valdkonda paika panna. Nendest kaks valdkonda oleksid riigi määratud ning kaks maakonna enda pakutud. Esimene riigi ettepanek oleks tagada kompleksse teenusvajadusega inimestele holistlikul põhimõttel proaktiivne tervise- ja sotsiaalvaldkonna ning kogukonna tugi, mis võimaldaks neil toime tulla oma tavapärasel elukeskkonnas. Teine ettepanek oleks tagada perearstiabi jätkusuutlik osutamine lõimitult sotsiaalteenuste ja teiste esmatasandi tervishoiuteenustega. A. Taal märkis, et see on praegu väga kriitiline. Eestis on perearstisüsteem kokkukukkumise äärel.

A. Taal selgitas, et valdkonnaülest koordinatsiooni on vaja mitme kroonilise haiguse ja sotsiaalprobleemidega inimestele, erivajadustega inimestele ning vaimse tervise ja sõltuvusprobleemidega lastele ja noortele. Lahendus, mida pakutakse, on Soomes olnud kasutusel juba 10 aastat. See on lahendus, kus inimene siseneb süsteemi ühest punktist, talle tehakse terviklik hindamine ning koostatakse heaoluplaan.

A. Taal tegi ülevaate TERVIK-u eesmärkidest ja mõõdikutest (lisa 1 lk 11). Ta rõhutas, et TERVIK peab saavutatud kulutõhususest osa saama, et võimaldada vajalikke teenuseid ja planeeritud arenguid piirkonna probleemsetes valdkondades.

A. Taal kirjeldas TERVIK-u eelarve näidisarvestust 30 000 elanikuga maakonna kohta, kus oleks kuus tervisejuhti (lisa 1 lk 13). Hiljemalt 2028. aastaks tuleb üle minna riiklikule rahastamisele. Lisaks kirjeldas ta rehabilitatsioonisüsteemi muudatusi (lisa 1 lk 14).

Integratsiooni ajakava (lisa 1 lk 15) kohta tagasisidestati, et see on üsna tihe, eriti rehabilitatsiooniteenuste ülemineku osas. Oluline on see, et 2027. aasta lõpuks oleksid Eesti õigusruumis TERVIK, tervisejuhi teenus kui ka heaoluplaan reguleeritud, et saaks need riiklikust rahastusest kasutusele võtta.

Signe Riisalo andis komisjoni liikmetele küsimusteks sõna.

Mihkel Lees rääkis, et heaolupiirkonnaks plaanitakse määrata maakond. Eestis on maakonnad suhteliselt erinevad. Kas kaaluti varianti, et suuremad linnad oleksid omaette heaolupiirkonnad? Lisaks soovis M. Lees teada, millist tagasisidet andsid VTK-le Tallinna Linnavalitsus ning Tartu Linnavalitsus.

Anneli Taal vastas, et Eestis on kolm suuremat piirkonda, kus on rohkem KOV-e. Praegu on näiteks Ida-Viru maakond jagatud kaheks tõmbekeskuseks ning mõlemal on oma võrgustiku

juht. Kui ühel hetkel TERVIK luua, siis peab see olema maakonna kohta ühine. Tallinna integratsiooni initsiatiivgrupis on arutatud seda, et jagada Tallinn ja Harjumaa väiksemateks piirkondadeks ning määrata igale piirkonnale võrgustiku juht. Mingil ajahetkel oleks siiski vajalik vaadata maakonda terviklikult. A. Taal vastas VTK tagasiside kohta, et Tallinna Linnavalitsus ei ole VTK-le tagasisidet andnud. VTK-d on arutatud Tallinna integratsiooni initsiatiivgrupis. Tartus vastavat gruppi veel loodud ei ole, kuid Tartu Linnavalitsuses on käidud kohapeal VTK-d tutvustamas. Tartu linn ei ole esitanud ettepanekut, et Tartu linn peaks olema eraldiseisev piirkond.

Anniki Lai täiendas, et kui jätta Tallinn ja Tartu kõrvale, siis on enamik maakondi ise väljendanud, et neil on harjumus teha maakonna tasandil koostööd. Teiste riikide kogemus näitab, et suuremate linnade puhul tehakse erandeid ning SOM-is tegeletakse erandite küsimusega edasi.

Eero Merilind soovis parandada A. Taali väljaöeldut, et perearstisüsteem on kokkukukkumise äärel. Tegelikult see nii ei ole. Ülikoolist tuleb uusi sãrasilmseid perearste juurde. E. Merilind märkis, et ta on perearstide ning tervisekeskuste juhtidega tervishoiu ja sotsiaalsüsteemi integreerimise küsimust arutanud. Nende palve on, et tervisekeskused võiksid olla integreerimise vedajad ning tervisejuhid võiksid töötada tervisekeskustes kohapeal.

Irja Lutsar küsis tervishoiu ja sotsiaalsüsteemi integreerimise rahastuse kohta. Kas raha suunatakse TERVIK-usse, kust seda omakorda teistele laiali jagatakse või jätkub praegune rahastuse süsteem? Lisaks soovis ta teada, millises õppetasemes hakatakse tervisejuhte koolitama.

Anneli Taal vastas, et praegustes pilootprojektides on tervisejuhtidel kas sotsiaaltöö kõrgharidus või õe baasharidus ning nad on saanud täiendkoolituse. Tervisejuhtide koolituskava näeb ette, et esialgu koolitatakse välja sotsiaaltööspetsialiste, kes suunatakse täiendkoolitusele. Kindlasti peavad tervisejuhid olema enne töötanud vähemalt kaks aastat. Tervishoiu ja sotsiaalsüsteemi integreerimise rahastuse kohta vastas A. Taal, et tervisejuhid võiksid olla TERVIK-u palgal. Füüsiliselt võiksid tervisejuhid paikneda tervisekeskustes. Tervishoiuteenused oleksid endiselt rahastatud Tervisekassa poolt ja sotsiaalteenused endiselt KOV-i poolt.

Irja Lutsar märkis, et täiendusõppega ei saa inimene kvalifikatsiooni.

Anneli Taal vabandas, et ta väljendas ennast valesti. Tervisejuhtidele kehtestatakse nõue, et nad peavad olema lisaks täiendõppe läbinud. Täna pilootprojektides olevad tervisejuhid on kõik koolituse läbinud. Oluline on see, et kõik tervisejuhid saaksid ühetaolise kvaliteetse täiendkoolituse.

Riina Solman tänas SOM-i mahuka reformi algatamise eest. Ta sõnas, et on tutvunud Eesti Puuetega Inimeste Koja (EPIKoda) tagasisidega VTK-le. EPIKojal on SOM-ile kuus etteheidet. Näiteks heidab EPIKoda SOM-ile ette, et neid ei ole protsessi kaasatud. Inimliku teenuse disainimist tuleks alustada inimlikkusega. Veel märgib EPIKoda, et reformiga tahetakse TERVIK-usse õdesid tööle palgata. Õdedest on juba praegu puudus. R. Solman

soovitas komisjoni liikmetel EPIKoja veebilehel nende tagasisidega VTK-le tutvuda.

Anniki Lai selgitas, et VTK-s on kaks reformi koos: TERVIK-ute ja sotsiaaltervise integratsiooni koostööorganisatsiooni loomine ning rehabilitatsioonireform. Oluline on vahet teha, et TERVIK-ud on platvorm, millele saab ka tulevikus erinevaid integreeritud teenuste ülesandeid juurde lisada. Kuna rehabilitatsioonireform oli samal ajal töös, siis peeti mõistlikuks kahe lahenduse ühendamist. Rehabilitatsioonireformi osas on EPIKoda olnud väga olulise sihtrühmana kaasatud. Need algatused said alguse väga ammu. Tõenäoliselt on osapooli, keda ei ole piisavalt kaasatud igasse etappi. SOM võtab seda arvesse. Oluline on, et inimkesksus oleks ka igapäevases töös paremini nähtav. Teine küsimus puudutas õdede puudust. Nagu eelpool mainitud, siis esmalt luuakse vundament sotsiaaltöötajate baasile. Sotsiaaltööhariidusega inimesi on rohkem kui õdesid. Õdesid lihtsalt ei välistata selles rollis.

Tanel Kiik nentis, et tegemist on väga keerulise teemaga. Eesmärgid on õilsad ja kui saaks nullist alustada, siis kõik kõlaks mõistlikult. Paraku on olemasolev süsteem ees, mis teeb kõik muudatused keerulisemaks. T. Kiigele tundub reformi edasilükkamine ainumõistlik. Kuna EPIKoda ja veel mõned organisatsioonid plaani heaks ei kiida, siis tuleks võtta aega aruteludeks. T. Kiik soovis teada, kuidas sellesse paketti suhestub haridus lasteaiast kõrgkoolini.

Anniki Lai vastas, et esimeses järjekorras ei plaanita haridusvaldkonda sisse tuua. Laste vaimse tervise osas on aga ka rehabilitatsioonireformi puhul väga tugevad seosed haridusvaldkonnaga. Seega teemat on arutatud Haridus- ja Teadusministeeriumiga (HTM). Tulevikuperspektiivis võiks siduda ka haridustugiteenused TERVIK-utega.

Brit Tammiste lisas, et rehabilitatsioonisüsteemi muudatuste juhtrühma töös osaleb ka HTM-i esindaja.

Tanel Kiik märkis, et kui dubleerimist soovitakse vähendada, siis haridusvaldkonda kaasamata ei ole seda võimalik teha. Pere jaoks tähendab see ikka seda, et jääb mitu teenusepakkujat ja rehabilitatsiooniplaani.

Kalle Grünthal soovis teda, kui palju on raha eraldatud käimasoleva projekti jaoks ja kui suurt kulu prognoositakse 2027. aastaks.

Anneli Taal vastas, et kui liigutakse edasi ainult TERVIK-ute loomisega, siis on aastane kulu ca 10-12 miljonit eurot aastas. See tähendab, et igal pool on võrgustikujuhid ja toimub koordineeritud planeerimine. Kui tuua juurde tervisejuhi teenused krooniliste haigustega inimeste sihtrühmale, siis see tähendab ca 10 lisamiljonit kulu aastas. See tähendab, et iga viie perearsti kohta oleks üks terviseteeakonna juht. Tervisekassa on hinnanud, et neil oleks vaja juurde viis spetsialisti. See kulu oleks aastas ca 300 000 eurot, samuti paarsada tuhat kulu IT-lahenduste püsikuludeks. Alguses tahetakse kulusid mingi aja jooksul finantseerida välisabist. Umbes kolme aasta jooksul on võimalik saavutada kuluefektiivsus. SOM-i arvutuste kohaselt on see maksimaalselt 50 miljonit eurot ja Tervisekassa hinnangul on see ca 22 miljonit eurot. Kui kokkuhoiukohad ja lisakulud kokku arvestada, siis tänaste arvestuste kohaselt kolme kuni nelja aasta perspektiivis peaks tekkima kokkuhoid. Selle ajaga peaks olema võimalik lisaks kulude katmisele suunata ressursse ka teenuste kättesaadavuse parandamisse.

Anniki Lai lisas, et välisvahendeid on võimalik kasutada suurusjärgus 15 miljonit eurot kuni aastani 2029. Seda raha plaanitakse hästi investeerida ja ära kasutada.

Irja Lutsar märkis, et VTK-s on mainitud pilootprojekte, aga ei ole toodud nende tulemusi.

Anniki Lai kommenteeris, et Viljandi-Kuressaare-Valga on PAIK projekt. PAIK projektil on praegu Tervisekassa rahastamisel kliiniline uuring pooleli, et saada ülevaade projekti tulemustest eelnevalt näidatud indikaatorite mõistes. Viljandi Haigla saatis oma tagasiside VTK-le, kus nad toovad välja, et PAIK projekti tulemused on head. Need toimivad sarnaselt tuleviku TERVIK-utele. Seal on tervisejuht ja tehakse koostööd nii sotsiaalpoole kui esmatasandiga. PAIK projekti esialgsed tulemused annavad suurt lootust, et see võiks edukalt minna. Projekti tulemused ja raport peaksid valmima järgmise aasta suveks.

Tanel Kiik soovis teada, kuidas planeeritakse üleviimist Tervisekassa eelarvesse. Kas see hakkab olema üks osa tavapärasest Tervisekassa eelarvest, mis sõltub puhtalt maksulaekumistest või millist lahendust planeeritakse?

Anniki Lai selgitas, et TERVIK-ute ülevõlpidamise administratiivkulu tuleb Tervisekassast. Selle suurusjärguks on arvestatud ca 1 miljon eurot. See oleks Tervisekaasa ravikindlustuse rahadest tasutav raha TERVIK-utele. Teine pool on tervishoiuteenuste loetelu kaudu rahastatav terviseteeakonna juhi teenus. Raha selleks peab tulema sisemiste tõhustuste arvelt.

Brit Tammiste lisas, et VTK kohaselt toimiks tervishoiuteenuste rahastus läbi Tervisekassa ja ülejäänud teenuste rahastus, mis tervishoiuteenuste loetellu ei sobitu, toimuks läbi TERVIK-ute.

Anniki Lai täiendas, et rahastus Tervisekassale jõuab Sotsiaalkindlustusameti seniste kulude arvelt. See raha kantakse üle Tervisekassale.

Tanel Kiik küsis, kas kaetakse tänases summas ja tulevikuvajadus tuleb katta ravikindlustuse vahendite arvelt või indekseeritakse eraldi tegevustoetusena.

Anniki Lai vastas, et tänane süsteem ei ole korraldatud piisavalt kuluefektiivselt. Väga paljudel inimestel on üksikteenuse vajadus, kuid seda kaetakse läbi meeskonnapõhise töö, mida inimene ei pruugi vajada.

Brit Tammiste lisas, et sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse eelarvesse on tulemas ka lisaraha, mis on seotud puudega lapse eapiiri muudatusega.

Anniki Lai märkis, et sotsiaalteenuste rahastamine ei lähe Tervisekassasse, jutt on tervishoiuteenustest, mida juba praegu rahastab Tervisekassa.

Tanel Kiik küsis, kuidas käsitletakse Ida-Virumaad. See ei ole võrreldav näiteks Saaremaaga, vaid pigem Harjumaa ja Tallinnaga.

Anneli Taal rääkis, et Ida-Virumaa on praegu jagatud kaheks piirkonnaks. Ühe tõmbekeskus

on Kohtla-Järve ja Jõhvi ning teise piirkonna tõmbekeskus on Narva. Kummalgi piirkonnal on oma võrgustikujuht. Maakonna peale on pilootprojektis kümme tervisejuhti. Nendest viis on palgatud Ida-Viru Keskhaigla ja viis Narva haigla poolt. Mõlemas piirkonnas neli töötavat esmatasandil tervisekeskustes ja üks töötab haiglas.

Riina Solman nentis, et rehabilitatsiooniküsimuses on praegu tänu Eesti hajaasustusele regionaalpoliitiliselt keeruline neid teenuseid võrdselt jagada. Linnadest kaugemal elavad inimesed kurdavad, et nad neid teenuseid täna ei saa. Kuidas reform abivajaja jaoks olukorda parandab? Samuti soovis ta teada, kuidas Ida-Virumaa ja ka Tallinna puhul lahendatakse keeleküsimust.

Brit Tammiste sõnul on oluline vaadata, millistele sihtrühmadele, kui spetsiifilisi teenuseid on vaja. Täna saavad kompleksteenuseid ka mõned inimesed, kes vajaksid üksikteenuseid. Alles peaks jääma mobiilse teenuse võimalus. Täna süsteemis on võimalik, et spetsialist läheb inimese juurde või ka vastupidi. On sihtrühmi, kellele spetsiifiliselt nende vajadustele spetsialiseeritud teenused ei ole täna kättesaadavad, näiteks nägemis-kuulmispuudega inimesed. Oluline oleks konsulteerimisvõimalus rehabilitatsiooniteenuste pakkujate võrgustikus.

Anniki Lai sõnul on rehabilitatsiooniteenused seotud TERVIK-utega selleks, et inimese teekond teenuseni oleks võimalikult sujuv. Et erinevad osapooled, sh perearst, haigla eriarstid, sotsiaalteenuse osutajad jt teeksid omavahel koostöökokkulepped inimese liikumise kohta. R. Solmani küsitud keeleoskuse temaatika on keeruline. Tegeletakse erinevate kõnetoe ja AI-lahendustega tõlke korraldamiseks. Muuhulgas on ka eestikeelsed noored arstid hädas vene keele oskusega.

Anneli Taal rääkis Ida-Viru pilootprojektist. Heaoluplaani peamine eesmärk on, et inimene saaks aru, mida ta ise tegema peab. Kui inimene eesti keelt ei oska, siis ei ole mõtet talle plaani eesti keeles koostada. Kõik muu dokumentatsioon (tegevuskavad, infovahetused, hindamisplaanid) on praegu eestikeelne.

Tanel Kiige sõnul oli ettekandes viide, kuidas inimese teenuse vajadust hakatakse välja selgitama proaktiivselt ja inimese poole pöördudes. Kas see lahendus on päriselus rakendatav?

Anneli Taali sõnul on see mõeldud nii, et peab olema keegi märkaja osapool, kes osutab inimese koordineeritud abi vajadusele. Peamiste märkajatena nähakse perearsti, pereõde, KOV-i sotsiaaltöötajat, kiirabi, päästeametit jne. Otseselt nii see ei hakka olema, et tervisejuht ise helistab kõigile. Samuti ei saa inimene ise otse tervisejuhi poole pöörduda, see peab toimuma läbi suunamise.

Signe Riisalo kinnitas, et teemat arutatakse komisjonis ka edaspidi, kuna eelnõu on alles koostamisel. Muudatused on põhjalikud ja on ülioluline, et klient ega täna olemasolevad teenuseosutajad ei jääks nõ hammasrataste vahele. Ta tänas päevakorrapunkti osalenud külalisi.

3. Sotsiaalhoolekande seaduse, ravikindlustuse seaduse ja meditsiiniseadme seaduse

muutmise seaduse eelnõu väljatöötamise kavatsuse (abivahendite ja meditsiiniseadmete integreerimine) arutelu

Signe Riisalo andis väljatöötamiskavatsuse (VTK) tutvustamiseks sõna Sotsiaalministeeriumi (SOM) esindajale.

Kadri Mets andis slaidide (lisa 2) abil ülevaate VTKS-st, mille üks suurimaid eesmärke on abivahendite ja meditsiiniseadmete integratsioon. K. Mets rääkis, et koalitsioonileppes 2025–2027 on toodud, et abivahendeid hakatakse pakkuma peamiselt tervishoiusüsteemi kaudu. VTK kooskõlastusring ja tagasisidestamine toimus sellel suvel. Edasine tegevuskava lepatakse kokku lähtudes saadud tagasisidest.

VTK-s on kolm laiemat teemat: 1) abivahendite ja meditsiiniseadmete integreerimine ühtseks inimkeskseks tervikuks; 2) meditsiiniseadmete hinnaregulatsioon; 3) meditsiiniseadme kaardi väljakirjutamise õiguse laiendamine. Täna rahastab Tervisekassa meditsiiniseadmeid ja Sotsiaalkindlustusamet (SKA) abivahendeid. Tegemist on sarnasel eesmärgil kasutatavate seadmete ja vahenditega, mida vajavad sageli samad inimesed. Tõendeid nende saamiseks väljastavad samuti samad tervishoiutöötajad ning müüvad samuti osaliselt kattuvad ettevõtted. Seega tegemist on erineva, kuid sarnast eesmärki kandva ja osaliselt kattuva sihtrühmaga. Süsteemi haldamine ja arendamine kahe korraldusasutuse kaudu on ressursimahukas ja kulukas dubleerimine. See muudab süsteemis orienteerumise, abi osutamise ja abi saamise raskeks. Seadusemuudatuse eesmärk on vähendada dubleerimist ja bürokraatiat ning viia abivahendite ja meditsiiniseadmete süsteem ühtsetele alustele. Täna ei ole abivahenditeenus digitaliseeritud, väljastatakse paberkandjal tõendit. Meditsiiniseadme süsteem on digitaliseeritud. Seega soovitakse luua terviklik ühtsetel tingimustel toimiv süsteem. See lihtsustaks ja kiirendaks abivahendite ja meditsiiniseadmete kättesaadavust. VTK-s pakutakse lahenduseks kõikide abivahendite etapiviisilist üleviimist Tervisekassa korralduse alla. Euroopa Liidu õiguse mõistes on enamik abivahendi loetelu kaudu rahastatavatest abivahenditest meditsiiniseadmed. Abivahendite tõendeid väljastavad tervishoius töötavad spetsialistid. Tervisekassa süsteem on oluliselt digitaliseeritum kui abivahendite süsteem SKA-s. Abivahendeid ja meditsiiniseadmeid võimaldatakse ravikindlustatud inimestele digitaalse meditsiiniseadme kaardi alusel. Olemasolevate püsikasutajate abivahendi tõendid tuuakse automaatselt üle Tervisekassa süsteemi. Täiendav ravimi- ja meditsiiniseadmehüvitis laieneb üle toodud abivahenditele, vähendades omaosaluskoormust senisest laiapõhjalisemalt. Tegu on hüvitisega, mis laieneb soodusravimitele ja soodusmeditsiiniseadmetele. Rakendub automaatselt inimese jaoks juhul, kui summa on vähemalt 100 eurot. Erandite menetlus on plaanis lahendada süsteemselt Tervisekassas. Abivahendite integreerimisega meditsiiniseadmete loetellu tagatakse, et eelarve jääb arvestuslikuks. Täpsed ettepanekud eelarve osas tehakse koos õigusaktide muudatusega 2026. aastal kui hakatakse koostama 2027.–2030. aasta riigieelarve strateegiat.

Kärt Veliste rääkis meditsiiniseadmete hinnaregulatsioonist. Täna saavad meditsiiniseadmeid müüa ettevõtted, kellega Tervisekassa sõlmib müügilepingu. Apteekidega ei sõlmi Tervisekassa lepinguid, sest nad saavad müügiõiguse meditsiiniseadmetele läbi üldapteegi tegevusloa. Apteegid aga ei järgi neid hindu, millest Tervisekassa tootjate esindajatega on kokku leppinud. Seega patsient võib apteegis maksta ettenähtust kõrgema hinna. Kõige suurema kahju saavad sellest patsiendid. Seega eesmärk on õigusselguse suurendamine, et kõikide partnerite jaoks kehtiksid ühetaolised reeglid. Selleks oleks vaja muuta ravikindlustuse seadust. Kolmas temaatika puudutab meditsiiniseadme kaardi väljakirjutamise

õigust. Täna on see õigus piiratud meditsiiniseadmete puhul ainult arstidega. Tegelikult on spetsialiste, kellel on pädevus, aga puudub õigus. Ta tõi näiteks ämmaemandad, kes rasedusaegse diabeedi jälgimisel võiksid kirjutada välja testibasid ja lantsette, aga täna neil sellist õigust ei ole. Eesmärk ongi anda laiem õigus spetsialistidele, kellel see pädevus on. Abivahendite loetelu puhul on tõendi väljastamise õigusega isikute ring laiem.

Signe Riisalo andis küsimusteks sõna komisjoni liikmetele.

Irja Lutsar küsis, kas muudatustega kaasneb Tervisekassa suures miinuses olevale eelarvele lisakoormus. Kõik abivahendid ei ole meditsiinilised, nagu mähkmed või funktsionaalne voodi.

Kadri Mets selgitas, et abivahendeid rahastatakse samamoodi riigieelarve kaudu arvestusliku kuluna. See eelarve antakse arvestuslikuna Tervisekassale üle. Abivahendite puhul hinnakokkuleppeid ei sõlmita.

Kärt Veliste lisas, et eesmärgiks on viia kõik abivahendite loetelus olevad tooted koos rahaga Tervisekassa alla.

Tanek Kiik küsis, et kas arvestatakse tänase raha või tulevikuvajadusega. Arvestuslik kulu tähendab, et kui on vaja siis makstakse 1000 või kui vaja siis 10 000. Täna Tervisekassal ühtegi sellist arvestuslikku kulurida ei ole.

Kadri Mets vastas, et abivahendid liiguvad koos prognoositava vajadusega. See lahendus on läbi räägitud Rahandusministeeriumiga. Nende ametlikku tagasisidet VTK kohta hetkel veel ei ole.

Tanel Kiik küsis, et kas raha liigub fikseeritud summana või on see iga-aastane tegevustoetus Tervisekassale? Milline oli tagasiside VTK-le? Mida arvavad EPIKoda ja teised sihtrühmad?

Kadri Mets vastas, et tegemist on iga-aastase toetusega. Saadud tagasiside on üldjoontes läbi räägitud. Edasised arutelud veel tulevad. Tervisekassa eelarve on üks küsimus, mille osas mitmed osapooled tundsid muret. Tervisekassa oli ainuke, kes väljendas konkreetselt, et nad ei toeta ettepanekut. Nende peamine mure oli eelarve.

Tanel Kiik nentis, et sellisel juhul ei ole ikkagi tegemist arvestusliku kuluga.

Signe Riisalo palus diskussiooni mitte alustada. Tervisekassa on oma seisukoha andnud. SOM kinnitab, et tegemist on arvestusliku kuluga. Täna räägitakse VTK-st, mitte veel seaduse eelnõust. Ministeeriumi ametnikud kinnitavad, et see on arvestuslik kulu, mis tuleb riigieelarvest nii nagu see täna läheb SKA-sse. Tervisekassa ei toeta ettepanekut just rahastamise tõttu, kartes, et neil on ressursse vähe. Komisjoni parim teadmine on täna see, et tegemist on arvestusliku kuluga, mis tuleb eraldi riigieelarvest.

Tanel Kiik märkis, et sellisel juhul on Tervisekassa vaid vahendaja ja see raha ei ole Tervisekassa eelarves. Kui see on Tervisekassa eelarves, siis see ei saa olla arvustuslik kulu. SKA on riigiamet. Neil kahel on erinevad staatused. Arvestuslik eelarve eeldab uut mudelit,

kus Tervisekassa on vaid vahendaja rollis.

Signe Riisalo märkis, et Tervisekassas ei ole juba praegu ainult sotsiaalmaksust laekuvad summad, vaid on ka riigieelarvest eraldi saadavad summad, mille arvestamiseks on ka alati mingi alus. Enamik nendest ei ole arvestuslikud, vaid on iga kord läbirääkimiste käigus kokku lepitud summad.

Tanel Kiik märkis, et Tervisekassa ise oskab kõige paremini hinnata, kas selline muutus on nende jaoks eelarverisk.

Riina Solman küsis, miks valiti Tervisekassa ja mitte SKA.

Kadri Metsa sõnul on peamine põhjus see, et Tervisekassa süsteem on digitaliseeritud. Abivahendid on väga otseselt tervisevaldkonnaga seotud, tõendi väljastajad töötavad tervishoiusüsteemis, enamik abivahendeid on Euroopa mõistes meditsiiniseadmed.

Riina Solman küsis, et SKA-s on juhtumikorraldajad, keda Tervisekassas ei ole. Kuidas selles osas asi lahendatakse?

Kadri Metsa vastas, et abivahendi ja meditsiiniseadme saamine peaks algama tervishoiusüsteemis. Tõend väljastatakse seal, kuhu terviseprobleemiga pöördatakse. Täna on abivahendite puhul kasutusel pabertõend ja meditsiiniseadmete puhul digitaalne tõend, mille alusel saab inimene vastavast ettevõttest osta soodushinnaga toote.

Eero Merilind palus saata ka RAM-i tagasiside ning SOM-i vastused juba laekunud 23-le arvamusele.

Tanel Kiik märkis, et EPIKoda on saatnud konkreetsed küsimused VTK kohta ja palus saata komisjonile ka EPIKojale antavad vastused.

Irja Lutsar küsis, kas abivahendite vahendajad on ka protsessi kaasatud.

Kadri Metsa kinnitas, et nad on kaasatud VTK koostamise ja tagasiside andmise käigus. Samuti suheldakse nendega edasise tegevuskava paika panemisel.

Signe Riisalo rääkis, et tegemist on VTK-ga. Lahendused ei ole lõplikult fikseeritud. Kitsaskohad on nüüd komisjonil teada ja vajadusel korraldatakse veel täiendav arutelu. Täna on päevakorrapunktis osalenud külalisi.

4. Info ja muud küsimused

Täiendavat infot ei olnud ja muid küsimusi ei arutatud.

(allkirjastatud digitaalselt)
Signe Riisalo
juhataja

(allkirjastatud digitaalselt)
Riin Lindpere
protokollija

(allkirjastatud digitaalselt)
Kristi Tori
protokollija