



Riigikogu sotsiaalkomisjoni istungi protokoll nr 160

Tallinn, Toompea ja videosild

Teisipäev, 17. veebruar 2026

Algus 14.00, lõpp 16.00

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

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

Puudusid: Jaanus Karilaid, Helmen Kütt ja Aleksandr Tšaplõgin

Kutsutud: Sotsiaalministeeriumi tervishoiukorralduse osakonna nõunik Mari Amos ja tervishoiuteenuste osakonna spetsialiseeritud abi poliitika juht Mariken Ross, Tervisekassa ravimite ja teenuste rahastamise portfelli peaspetsialistid Keili Kõlves-Toompuu ja Kaisa Parve ning IT portfelli digiresepti tootehaldur Anett Lilleväli, Eesti Apteekrite Liidu peaproviisor Kaidi Sarv, Eesti Proviisorapteekide Liidu juht Ly Rootslane, Eesti Haiglaapteekrite Seltsi juhatuse esimees Marko Urbala, Tartu Ülikooli Kliinikumi harvikaiguste kompetentsikeskuse juht ja harvikaiguste nõunik Katrin Õunap, Tallinna Kiirabi Apteegi juhataja ja proviisor Karin Alamaa-Aas (1. päevakorrapunkt); Sotsiaalministeeriumi tervishoiukorralduse osakonna tervishoiukorralduse ekspert Heli Paluste ja õigusosakonna õigusnõunik Rebeka Pintso, Riigikogu Kantselei õigus- ja analüüsiosakonna nõunik Tiina Kuusmann (3. päevakorrapunkt)

Päevakord:

1. Vabariigi Valitsuse algatatud ravikindlustuse seaduse muutmise ja sellega seondult teiste seaduste muutmise seaduse (välisravi ning ultraharvik-, ekstemporaalsed ja soodusravimid) eelnõu (764 SE) teise lugemise ettevalmistamine
2. Kollektiivse pöördumise "Tervisliku ja suitsuvaba elukeskkonna loomine kortermajades" arutelu
3. Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse ja ravimiseaduse muutmise seaduse (tervishoiutöötaja eneseravi) eelnõu algatamine
4. Info ja muud küsimused

1. Vabariigi Valitsuse algatatud ravikindlustuse seaduse muutmise ja sellega seondult teiste seaduste muutmise seaduse (välisravi ning ultraharvik-, ekstemporaalsed ja soodusravimid) eelnõu (764 SE) teise lugemise ettevalmistamine

Signe Riisalo rääkis sissejuhatuseks, et eelnõu 764 SE esimene lugemine toimus 13. jaanuaril 2026. Muudatusettepanekute tähtjaks ei esitatud eelnõule ühtegi muudatusettepanekut.

Eelnõu kohta saatsid arvamused Eesti Haiglaapteekrite Selts (EHAS), Tervisekassa, Eesti Proviisorapteekide Liit (EPAL), Eesti Ravimihulgimüüjate Liit (ERHL) ning Eesti Aptekrite Liit. S. Riisalo märkis, et ERHL-il eelnõule lisakommentaare ei ole. Seejärel palus ta Tervisekassa arvamust tutvustada.

Mariken Ross selgitas, et tutvustab Sotsiaalministeeriumi (SOM) esindajana Tervisekassa arvamust. Tervisekassa palub muuta ravikindlustuse seaduse § 27¹ lõige 2 teist lauset, et vältida tõlgendust, justkui peaksid eriarstid praktiseerima mitme tervishoiuteenuse osutaja juures. Soovi korral võivad nad seda teha, kuid kohustust ei ole. SOM toetab ettepanekut.

Signe Riisalo andis sõna Eesti Aptekrite Liidu esindajale.

Kaidi Sarv märkis, et probleemiks on nõue esitada iga retsepti puhul arsti kirjalik põhjendus ravimi vajaduse kohta. Samuti küsis ta, kuidas toimub ravimite lisamine standardiseeritud loetelusse ja kui kaua see kehtib.

Veel soovis ta selgitusi arsti põhjenduse sisu ja menetluse kohta, et vältida hüvitamise viibimist. Eesti Aptekrite Liit peab väga oluliseks, et tööstusliku ravimi puudumisel võimaldaks seadusemuudatus patsientidele ka apteegis valmistatud ravimite hüvitamist.

Signe Riisalo palus SOM-i ja Tervisekassa esindajatel Eesti Aptekrite Liidu arvamust kommenteerida.

Mari Amos märkis, et SOM-i ja Tervisekassa esindajad kohtusid hommikul Eesti Aptekrite Liidu esindajatega ning püüdsid murekohti lahendada. Eelnõu koostamisel on toimunud erakordselt ulatuslik kaasamine, periooditi koguni iganädalaselt. Esitatud küsimused on valdavalt tehnilist laadi, mida seaduse tasandil ei reguleerita. Ta palus Tervisekassal esitatud küsimustele vastata.

Signe Riisalo kommenteeris, et määruste andmine ei ole Riigikogu pädevuses. Riigikogu langetab otsuseid seaduse tasandil.

Kaisa Parve selgitas, et praegu keskendutakse kõige kriitilisemale ravimigrupile, mis on laste suspensioonid. Oodatakse taotlust Eesti Lastearstide Seltsilt (ELS). Taotluses tuleb ära tuua kõik toimeained, mida vastavas vanuserühmas lastele suspensioonina manustatakse. Taotlusele tuleb lisada diagnoosikoodid soodusravimite loetelust. Tõusetunud on küsimus, et laste puhul kasutatakse neid ravimeid sageli ka muudel diagnoosidel, mistõttu võiks kaaluda diagnoosipiirangute kaotamist. Seda tuleb Tervisekassas veel arutada. Esitatud taotlusi menetleb Tervisekassa. Positiivse otsuse korral lisatakse standardiseeritud pakendid retseptikeskusesse. Arst saab ravimi väljakirjutamisel teha pakendipõhise retsepti. Üldjuhul pakendipõhiseid retsepte ei tehta, kuid ekstemporaalse ravimite puhul on see lubatud. Retsepti koostamisel seotakse ravimiga õige soodustus. Soodustuse täpsustamine toimub apteegis. Näiteks juhul, kui on tehtud tavaline ekstemporaalne retsept ilma pakendit märkimata, kuid apteegis väljastatakse vastav soodustusega pakend, rakendub soodustus apteegis.

Signe Riisalo palus täpsustada, mis aja jooksul tuleb Tervisekassal otsus teha.

Kaisa Parve vastas, et Tervisekassa teeb otsuse enne retsepti väljakirjutamist. Tegu on nn massotsustega, mis rakenduvad kõikidele vastavate tingimustega patsientidele. Otsusega lisatakse pakend retseptikeskusesse soodustusega ning kui arst ravimit välja kirjutab, siis ei tule arstil täiendavalt midagi põhjendada. Soodustust kontrollitakse täiendavalt apteegis. Kui müüakse õiget standardiseeritud pakendit, siis tuleb apteegis ravimile soodustus külge, isegi kui eelnevalt seda olnud ei ole.

Kaidi Sarv küsis, kas on võimalik hüvitada patsiendile tagantjärele ravimi maksumusest

hüvitamisele kuuluv summa juhul, kui arst on kirjutanud ravimi, mille kohta ELS ei ole veel taotlust esitanud.

Kaisa Parve vastas, et tagantjärele hüvitamine ei ole võimalik.

Signe Riisalo andis kommentaariks sõna EPAL-i esindajale.

Ly Rootslane selgitas, et süsteem toimib analoogselt müügiloata ravimite menetlusega. Erialaselt esitab erandkorras taotluse, otsuse teeb Tervisekassa. Apteegis probleeme ei teki, sest arstidel on soodustuse info eelnevalt teada. Uue ravimi, uue näidustuse või uue patsiendi korral tuleb taotlust uuesti menetleda. L. Rootslane rõhutas, et praegu ei saa lapsed ekstemporaalseid ravimeid soodustusega, mis on väga suur probleem.

Signe Riisalo andis arvamuse tutvustamiseks sõna EHAS-e esindajale.

Marko Urbala märkis, et seadusemuudatus ei puuduta haiglate konteksti kuigivõrd, kuid selle valguses vaadatakse läbi ja ajakohastatakse ka alamakte. Tervise- ja tööministri 3. detsembri 2014. a määruse nr 69 „Ravimite apteegis valmistamise, jaendamise ja kontrollimise tingimused ja kord ning apteegis seeriaviisiliselt valmistatavate ravimite loetelu“ lisas 1 on aegunud säte, mis käsitleb apteekides valmistatavaid seeriaviisilisi ravimeid. Selline loetelu ei ole enam asjakohane ega vajalik. EHAS peab positiivseks, et nimetatud määruse lisas 1 on ravimite loetelu võrreldes varasemaga lühendatud. Samas on loetellu jäänud mitmed ravimid, mille kliiniline kasu on küsitav ning mis võivad mõnel juhul olla potentsiaalselt ohtlikud. Teine oluline aspekt on rahvatervise vaade. Praegu lubatakse apteekides seeriaviisiliselt valmistada mitmeid ravimeid, millel on olemas tööstuslik alternatiiv. Selliseid ravimeid ei peaks apteekides üldse valmistama, sest nendega kaasnevad valmistamisriskid on märkimisväärsed. EHAS on järjepidevalt juhtinud tähelepanu atsetüülsalitsüülhapet ja kofeiini sisaldavatele nn peavalupulbritele. Rahvatervise seisukohalt ei ole nende soodustamine ega aktsepteerimine põhjendatud, seda enam, et valuvaigistite valik apteekides on väga lai. Selliste kombinatsioonide kasutamine võib soodustada valuvaigistitest tingitud peavalu. M. Urbala tõstas küsimuse, miks selline loetelu üldse eksisteerib ning mil määral on selle kujundamisse kaasatud erialaekspertid, sealhulgas kliiniliste erialade esindajad. Määruse seletuskirjas märgitakse, et Raviamet võib oma otsusega erakorralistes olukordades loetelu laiendada, lubades uusi ravimeid seeriaviisiliselt valmistada. Ideaalis võikski reguleerimine tervikuna kuuluda Raviameti pädevusse, mitte olla määruse lisas.

Signe Riisalo märkis veelkord, et määruste andmine ei ole Riigikogu pädevuses, kuid sotsiaalkomisjoni liikmetel on siiski huvi ja soov olla murekohtadest teadlik.

Mari Amos vastas, et loetelu lühendati koostöös apteekrite ning Raviametiga. Otsustati nimekirja primaarsed ravimid alles jätta. Kõik osapooled tõdesid, et loetelu vajab teatud hetkel süsteemset ümberhindamist. Praegu ei ole tõenäoliselt võimalik saavutada kõigi osapoolte konsensust selles, mida tuleks nimekirjast eemaldada. M. Amos märkis, et kuna nn peavalupulbreid ei osteta apteekides massiliselt, ei pruugi neid praegu loetelust eemaldada. SOM võtab plaani loetelu põhjaliku ülevaatamise koos kõigi osapooltega.

Signe Riisalo leidis, et tegemist on mõistliku lahendusega. Ta avaldas lootust, et koos huvigruppidega jõutakse kokkulepeteni. S. Riisalo andis arvamuse tutvustamiseks sõna EPAL-i esindajale.

Ly Rootslane märkis, et koos Tervisekassa, apteekide, haiglaapteekide ja SOM-iga on välja valitud kõige enam kasutatavad, alternatiivita ravimid, näiteks lastele ja neelamisraskustega patsientidele valmistatavad suspensioonid, et tagada nende soodustusega kättesaadavus. Ta lisas, et paljude seeriaviisiliselt valmistatavate ravimite puhul esineb sageli tarneraskusi.

Eestis puudub farmakopea, mille alusel neid ravimeid teistes riikides valmistatakse. Seetõttu on teatud mahus seeriaviisiline valmistamine vajalik.

L. Rootslane kinnitas, et EPAL toetab eelnõu. Ta osutas, et kui juurdehindlus fikseeritakse ning turule tuleb uudseid ravimeid, mida saab apteegis valmistada, võivad hinnad osutuda problemaatiliseks, eriti kui toimeaine on väga kallis. Ta pidas oluliseks leida koostöös parimad tehnoloogilised lahendused. Apteegis ravimite valmistamine on olnud pikalt madalseisus. Investeeringud aitaksid olukorda parandada.

Signe Riisalo palus SOM-i esindajatel kommenteerida juurdehindluse küsimust.

Mari Amos palus EPAL-i esindajal küsimust täpsustada.

Ly Rootslane täpsustas, et toimeainele kehtiv proportsionaalne juurdehindluse ülempiir on fikseeritud. Kui toimeaine on väga kallis, kujuneb hind probleemseks.

Mari Amos leidis, et see on mõistlik. Ta lisas, et lastele mõeldud suspensioonide alused on üsna kallid ning hinnad kujunevad vastavalt. Praktikast taandub küsimus sellele, millises mahus on Tervisekassal vahendeid hüvitiste maksmiseks. M. Amos märkis, et juurdehindluse ülempiiri on võimalik igal aastal üle vaadata.

Signe Riisalo andis sõna Tartu Ülikooli Kliinikumi harvikaiguste kompetentsikeskuse juhile.

Katrin Õunap märkis, et väide, nagu esineks ultraharvikaigusi sagedusega üks 200 000-le, ei ole korrektne ning jääb arusaamatuks, kust selline number on võetud. Ta selgitas, et on varasemalt eelnõu kohta arvamust avaldades edastanud mitmesuguseid materjale. Ühe materjali kohaselt on ultraharvikaiguste esinemissagedus üks 100 000-le. Diagnoosimata haiguste võrgustiku veebilehe andmetel esineb ultraharvikaigusi üks 50 000-le. Lisaks on ta edastanud kaks artiklit, kus on toodud selge definitsioon: ultraharvikaigust esineb üks 50 000-le. Seega on väär definitsioon, mille kohaselt esineb ultraharvikaigusi üks 200 000-le, ning selline käsitlus võib jätta patsiendid abita.

Ta lisas, et koos professorite Vallo Tillmanni ja Irja Lutsariga on jõutud seisukohale, et seaduses tuleks märkida, et ultraharvikaigusi esineb sagedusega üks 100 000-le.

Signe Riisalo andis kommentaariks sõna SOM-i esindajale.

Mari Amos märkis, et seda teemat on palju arutatud. Ta selgitas, et ultraharvikaigusi käsitlevas uues regulatsioonis taandub põhimõtte erandkorras rakendatavatele protseduuridele. Väga harvadel juhtudel on protseduuri võimalik kiirendada. Piiritlemise põhjendus taandub kahele pragmaatilisele küsimusele. Esiteks, et hoida ära olukord, kus otsused hakkavad käima erandkorra protseduuri kaudu ning tavapärane kaasamine ja kaalutlemine jäävad kõrvale. Teiseks, et hoida Tervisekassa kulud kontrolli all. Ultraharvikaiguste ravi ja ravimid on väga kallid. Seetõttu tuleb kusagile piir tõmmata.

Signe Riisalo andis kommentaariks sõna Irja Lutsarile.

Irja Lutsar märkis, et ta tõstatas teema, sest Eestis on öeldud, et ultraharvikaigusi esineb väga vähe. Selline hinnang on tema sõnul subjektiivne. I. Lutsari sõnul seisneb mure selles, et kui patsient haigestub veidi sagedamini esinevasse haigusesse, siis ei rahastata ravi selle skeemi alusel. Ta kinnitas, et küsimust on Tervisekassaga korduvalt arutatud. Ta leidis, et kui sageduspiiriks oleks üks 100 000 elaniku kohta, ulatuks ravi rahastamine rohkemate inimesteni, kuid see on riigi otsus. Kui riigieelarvelisi vahendeid ei jätku, tuleb teha teistsugune otsus.

Signe Riisalo küsis Tervisekassa esindajatelt, milline oleks suhtarvu muutmise mõju eelarvele.

Keili Kõlves-Toompuu soovis hajutada kartusi, et patsiendid jäävad ravita. See ei ole nii: ravimite kompenseerimine toimub tavakorras kas soodusravimite loetelu või tervishoiuteenuste loetelu alusel. Praegu on hinnaläbirääkimiste faasis arvukalt taotlusi, mis on komisjoni läbinud, ning olemas on kindlad kontaktid ravimitootjatega. Ultraharvikaiguste korral on näha, et ravimitootjatel puudub huvi tulla Eesti turule, sest ühe haiguse kohta on vaid üks kuni kaks patsienti. Mitmel ettevõttel puudub esindus nii Eestis kui ka Baltikumis. Erandkorra rakendamisel ilmneks, et vajadus Eestis on olemas. Tervisekassa võtaks ise ühendust ravimitootjatega ja alustaks läbirääkimisi.

K. Kõlves-Toompuu märkis, et kui lähtuda näitajast viis inimest miljoni kohta, tähendaks see, et erandkorra kaudu liiguks aastas kaks kuni kolm ravimit ning see mõjutaks ligikaudu kümnet patsienti. Kriteeriumi üks 50 000-le korral lisanduks veel kuni viis ravimit ning mõjutatud oleks ligikaudu 100 patsienti. Kõik need juhtumid liiguksid erandkorra kaudu ja tooksid kaasa ligikaudu 10 miljoni euro suuruse kulu.

Katrin Õunap selgitas täiendavalt, miks ta pakub ultraharvikaiguste definitsiooni esinemissageduseks pigem üks 100 000-le, mitte üks 50 000-le. Ta märkis, et Eestis on ligikaudu 260 000 last. Seega saab esinemissageduse üks 100 000-le korral rääkida ühest kuni kahest lapsest aastas. Sellises olukorras ei ole ravimifirmad tavaliselt huvitatud selliste juhtumite menetlemisest. Ta lisas, et kuigi teaduskirjanduses on levinum sagedus üks 50 000-le, soovib ta Eestis jätta sageduseks üks 100 000-le, mis võimaldaks kiiremat menetlust.

Signe Riisalo andis komisjoni liikmetele küsimusteks sõna.

Irja Lutsar tänas EHAS-i esindajat apteegis valmistatavate ravimite küsimuse tõstatamise eest. Ta meenutas Eestis möödunud aastal aset leidnud Avastiniga seotud juhtumit, mille tagajärjel sai suur hulk patsiente silmakahjustusi. I. Lutsari hinnangul tuleb selliste ravimite puhul puhtusesse suhtuda erilise hoolsusega. Ta palus Tervisekassal sellega arvestada.

Kalle Grünthal märkis, et pidas huvipakkuvaks arutelu selle üle, kas eelistada patsientidele kasulikumat, ent riigile kulukamat otsust või vastupidi.

Signe Riisalo tutvustas järgnevalt muudatusettepanekuid.

1. Muuta eelnõu pealkiri ning sõnastada see järgmiselt: „Ravikindlustuse seaduse muutmise ja sellega seondult teiste seaduste muutmise seadus“

Väljajäetav tekst: (välisravi ning ultraharvik-, ekstemporaalsed ja soodusravimid)

Sotsiaalkomisjon

Juhtivkomisjon

2. Muuta eelnõu § 1 punkt 5 ja sõnastada see järgmiselt:

„5) paragrahvi 27¹ lõige 2 muudetakse ja sõnastatakse järgmiselt:

„(2) Kindlustatud isiku vastavuse kohta käesoleva paragrahvi lõikes 1 nimetatud kriteeriumidele annavad hinnangu vastava eriala omandanud kolm eriarsti, kellest üks on kindlustatud isikule tervishoiuteenust osutav eriarst. Eriarstid peavad olema vähemalt kahest eri tervishoiuteenuse osutajast, välja arvatud juhul, kui Eestis ei osuta sama eriala teenust ükski teine tervishoiuteenuse osutaja.“;

Sotsiaalkomisjon

Juhtivkomisjon

3. Muuta eelnõu § 1 punktid 8 ja 9 ning sõnastada need järgmiselt:

„8) paragrahvi 41 lõige 8 muudetakse ja sõnastatakse järgmiselt:

„(8) Tervisekassa võib kindlustatud isiku või tema seadusliku esindaja kirjalikul taotlusel, mõjuvatel põhjustel, kooskõlas käesoleva paragrahvi lõike 3 punktiga 1 ning käesoleva seaduse § 43 lõikes 2 ning § 44 lõigetes 2 ja 3 sätestatud kriteeriume arvestades üle võtta tasu maksmise kohustuse järgmiste ravimite jaemüügihinna osa eest, välja arvatud omaosaluse alusmäär:

1) kindlustatud isiku ambulatoorseks raviks vajalik ravim, mis on kas ravimite loetellu kantud ravim või müügiloata ravim või standardiseeritud ektemporaalne ravim, kui taotlusele on lisatud kindlustatud isikut raviva arsti kirjalik seisukoht;

2) kindlustatud isiku raviks vajalik, Eestis kõige rohkem viit inimest miljonist mõjutava eluohtliku haiguse või kroonilise raske puude kujunemiseni viiva haiguse, mille korral ei ole tegu haiguse kitsama alarühmaga, diagnoosimiseks, ennetamiseks või raviks kasutatav Eestis kehtivat müügiluba omav ravim (edaspidi ultraharvikaiguse ravim), kui taotlusele on lisatud sellise eksperdikomisjoni otsus, kuhu kuuluvad kindlustatud isikut raviv arst ja vähemalt üks vastava eriala omandanud eriarst.“;

9) paragrahvi 41 täiendatakse lõikega 9 järgmises sõnastuses:

„(9) Käesoleva paragrahvi lõike 8 punktis 2 viidatud juhul sõlmib Tervisekassa müügiloaga ultraharvikaiguse ravimi puhul ravimitootja või väljastatud ravimi müügiluba omava isikuga jaemüügihinna osa eest tasumise kohustuse ülevõtmiseks käesoleva seaduse § 45 lõikes 2 sätestatud tingimusi käsitleva tähtaegse kokkuleppe, kui see on vajalik, et tagada vastavus ravikindlustuse rahalistele vahenditele.“;

Sotsiaalkomisjon

Juhtivkomisjon

4. Muuta eelnõu § 4 ja sõnastada see järgmiselt:

„§ 4. Seaduse jõustumine

Käesolev seadus jõustub 2026. aasta 1. mail.“

Sotsiaalkomisjon

Juhtivkomisjon

Signe Riisalo märkis, et toimuval istungil muudatusettepanekuid ei hääletata.

Tanel Kiik palus üle vaadata kolmanda muudatusettepaneku sõnastuse: „kroonilise raske puude kujunemiseni viiva haiguse“. Sõnade järjekord tuleks üle vaadata. Ta pakkus, et parem oleks sõnastada „raske puude kujunemiseni viiva kroonilise haiguse“. Muidu räägitakse justkui kroonilisest puudest, mida ei ole olemas. Veel märkis ta, et puue võib olla raskest veel tõsisem ehk sügav ning tuleks hinnata, kas praegune sõnastus katab ka selle ära.

Signe Riisalo tänas T. Kiike märkuse eest ja sõnas, et see tuleb üle vaadata. Seejärel andis ta küsimusteks sõna Eesti Apteekrite Liidu esindajale.

Kaidi Sarv märkis samuti kolmanda muudatusettepaneku kohta, kus on kirjas, et kindlustatud isiku ambulatoorseks raviks vajalik ravim, mis on kas ravimite loetellu kantud ravim või müügiloata ravim või standardiseeritud ektemporaalne ravim, hüvitatakse juhul, kui taotlusele on lisatud kindlustatud isikut raviva arsti kirjalik seisukoht. Tuleks leida lahendus, et iga retseptiga ei peaks kaasas olema raviarsti kiri. K. Sarv selgitas, et tegemist ei ole erialaseltsi kirjaliku seisukohaga. Erialaselt ei ole isikut raviv arst.

Signe Riisalo palus seda Tervisekassa esindajal kommenteerida.

Anett Lilleväli nõustas, et vaja on paremat sõnastust. Põhjendusi ei soovita konkreetse isiku kohta, vaid üldisemalt kõigi patsientide kohta.

Signe Riisalo palus SOM-il koostöös Tervisekassaga sõnastus läbi mõelda ning see komisjonile edastada. S. Riisalo tänas päevakorrapunktis osalenud külalisi.

2. Kollektiivse pöördumise "Tervisliku ja suitsuvaba elukeskkonna loomine kortermajades" arutelu

Signe Riisalo mainis, et Riigikogu sotsiaalkomisjon arutas kollektiivset pöördumist oma 26.01.2026, 9.02.2026 ja 17.02.2026 istungitel. 26.01.2026 istungil osalesid ka kollektiivse pöördumise kontaktisikud ning Sotsiaalministeeriumi esindaja. Istungil tõdeti, et passiivne suitsetamine ei ole pelgalt ebameeldivus, vaid see avaldab mõju inimese tervisele. Komisjon tõdes, et kui rõdul suitsetamine keelatakse, siis võib tekkida korteris sees suitsetamise oht. Suitsetaja pereliikmed hingavad sel juhul suitsu veelgi rohkem sisse. Sõltuvalt ventilatsiooni ülesehitusest võib tubakasuits jõuda ka teistesse korteritesse. Kortermajade rõdudel ja akendel suitsetamise keelustamise rakendamisel on suureks probleemiks järelevalve küsimus. Praegu kehtestatud suitsuvabade keskkondade üle teevad järelevalvet kohalikud omavalitsused. Paraku ei ole ka võimekatel kohalikel omavalitsustel ressursse järelevalvet teha. S. Riisalo tegi ettepaneku kollektiivse pöördumisega osaliselt nõustuda ning edastada ettepanekud Vabariigi Valitsusele seisukoha kujundamiseks ja pöördumisele vastamiseks. Samuti palutakse Vabariigi Valitsuselt hinnangut kollektiivses pöördumises toodud kortermajade akendel ja rõdudel suitsetamise piirangute kehtestamise põhiseaduspärasuse kohta.

Otsustati:

2.1. Kollektiivse pöördumisega osaliselt nõustuda ning edastada ettepanekud Vabariigi Valitsusele seisukoha kujundamiseks ja pöördumisele vastamiseks (poolt 5: Tanel Kiik, Mihkel Lees, Irja Lutsar, Eero Merilind, Signe Riisalo; vastu 1: Kalle Grünthal; erapooletuid 0).

3. Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse ja ravimiseaduse muutmise seaduse (tervishoiutöötaja eneseravi) eelnõu algatamine

Signe Riisalo selgitas, et sotsiaalkomisjon arutas k.a jaanuaris retseptiravimite väljakirjutamise küsimust ning pöördus seejärel Riigikogu õigus- ja analüüsiosakonna poole arvamuse saamiseks eelnõu algatamise kohta. S. Riisalo palus esmalt Sotsiaalministeeriumi (SOM) esindajal tutvustada probleemi tausta.

Heli Paluste selgitas, et probleem tuleneb sellest, et arstid kirjutavad endale retseptiravimeid. Terviseamet juhtis tähelepanu ravimiseaduse (RavS) sättele, mille järgi võib retsepti väljastada ainult teise isiku ravimiseks. Seadusest tulenevalt lõpetati ka tehniliselt võimalus retsepte iseendale kirjutada. Seaduse sätte tõlgendamine ja tehniline rakendamine põhjustasid segadust, mistõttu tekkis vajadus seadust muuta. SOM arutas erinevaid lahendusvariante, lähtudes vandeadvokaat Ants Nõmperi koostatud eelnõust, millele SOM on lisanud täiendavaid sätteid.

SOM teeb ettepaneku muuta esmalt RavS-i § 33 lõike 4 sõnastust nii, et fraas "teise isiku" eemaldatakse ning lause korrigeeritakse, võimaldades arstil kirjutada retsepti ka iseendale. Õigusselguse tagamiseks lisatakse tervishoiuteenuste korraldamise seadusesse (TTKS) säte, mille järgi võib tervishoiutöötaja olla ka iseenda patsient. Retsepti kirjutamine on osa raviprotsessist. Lisaks sisaldab eelnõu täiendavat sätet, mis annab RavS-is ministrile volituse kehtestada loetelu toimeainetest, mille väljakirjutamine iseendale on piiratud või keelatud. Täpne loetelu nendest ravimitest on veel koostamisel, kuid eelkõige puudutab see sõltuvust tekitava potentsiaaliga ravimeid. Selline lahendus aitaks selgelt reguleerida arsti õigust kirjutada endale retseptiravimeid.

Signe Riisalo tõi välja, et piirangute kehtestamise vajalikkuses on sihtgrupi esindajad, sh arstid, avaldanud kahtlust. Riisalo on arutanud teemat ka sotsiaalministriga, kuid praegu puudub ministril lõplik seisukoht. Terviseameti ja Ravimiameti statistika järgi ei näi riskid olevat nii suured, kui algul arvati, ent täiendava teabe kogumine on juba käimas. Riisalo leiab, et eelnõu tekstiga võiks jätkata ning volitusnormi osas saab langetada otsuse menetluse käigus, kui vajalik info on olemas.

Irja Lutsar tõdes, et praeguses olukorras on riske keeruline adekvaatselt hinnata, kuna kehtib keeld endale retseptiravimeid välja kirjutada. I. Lutsar märkis, et pole oma arstipraktikas iseendale retsepte määranud. Praegu puudub selgus, kuidas olukord muutub, kui keeld kaotada. Seetõttu tuleb läheneda ettevaatlikult ning kaaluda kõiki võimalikke lahendusi põhjalikult. Ajalooliselt pole iseravimine olnud hea tava. Hädaolukorras võib see olla vajalik, kuid pikema aja jooksul ilma teise arstiga konsulteerimata pole see parim lahendus.

Signe Riisalo rõhutas, et teeb ettepaneku jääda eelnõu esialgse teksti juurde. Vajadusel saab teksti menetluse käigus täiendada.

Tanel Kiige sõnul tõi Terviseamet eelneval komisjoni arutelul välja, et riskid on märkimisväärsed ning kuritarvitamise juhtumeid esineb sageli, kuid konkreetseid arvandmeid ei esitatud. Oluline oleks siiski hinnata, kui suured need riskid tegelikult on. Teiseks tõi ta esile mure, et inimesed ei pruugi alati oma terviseprobleemide tõsidust õigesti hinnata. Kuidas vähendada riski, et inimene jääb ilma teise arsti nõuandest ja hinnangust, eriti tugevatoimeliste ravimite väljakirjutamisel või keerulisemate terviseprobleemide korral?

Ta tõi konkreetse juhtumi põhjal näiteks üksikpraksistes tegutsevad perearstid, kelle terviseprobleemid võivad halvemal juhul takistada nimistu haldamist ja juhtimist, samuti vastutuse kandmist personali, sealhulgas õdede palgafondi eest. Sellistes olukordades on hädavajalik, et kõrval oleks teine arst, kes vajadusel annaks nõu ja hindaks kolleegi tervise seisundit. Kui selline tugi puudub, võivad probleemid süveneda. Riskid on eriti teravad just üksikpraksiste puhul, sest tervisekeskustes toetavad kolleegid üksteist ning aitavad vajadusel. Kuidas selliseid riske paremini maandada?

Signe Riisalo leidis, et eelnõuga ei peaks kiirustama. Algamine peaks toimuma läbimõeldult ning kogu menetlus olema põhjalik, kaasates eksperte, kes oskavad riske hinnata. Eneseravi küsimus kerkis varasemates aruteludes peamiselt üles korduvretseptide ja nädalavahetusel vajalike ravimite kontekstis. Põhjuseks toodi ka seada, et see võimaldaks nädalavahetusel haigestunud arstil olla juba esmaspäeva hommikul töövõimeline. Vähem räägiti olukordadest, kus ravimi määramiseks arst ise endale diagnoosi paneb, uuringuid teeb ja analüüse korraldab.

Eero Merilind tõi välja arstide seisukoha, et kui arstidel on õigus väljastada ravimit oma patsientidele, ei näe ta põhjust, miks peaks piirama arstide võimalust ennast ravida. Ta küsis, miks on vaja kehtestada eraldi määrus ravimite väljakirjutamise ja apteegist väljastamise tingimuste kohta, kui RavS § 7 juba annab vastutavale ministrile õiguse neid küsimusi määrusega reguleerida, sealhulgas ka retseptivormi osas.

Rebeka Pintson selgitas, et kolmanda punktiga soovitakse täiendada määrust, et valdkond oleks õigustehniliselt reguleeritud ühe ja sama määrusega.

Signe Riisalo andis seejärel sõna Riigikogu õigus- ja analüüsiosakonna esindajale.

Tiina Kuusmanni sõnul küsis Riigikogu sotsiaalkomisjon õigus- ja analüüsiosakonnalt (ÕAO), kas SOM-i koostatud eelnõu menetlemisel tuleks muuta ka võlaõigusseadust (VÕS). T. Kuusmann leiab, et see pole vajalik, kuna eelnõu reguleerib küsimust, kas tervishoiutöötaja

võib olla iseenda patsient. VÕS reguleerib tervishoiuteenuse osutamise lepingut, mille osapooled on tervishoiuteenuse osutaja (TTO) ja patsient, mitte tervishoiutöötaja. Kui eelnõuga antakse tervishoiutöötajale võimalus olla iseenda patsient, tekib olukord, kus TTO ja tervishoiutöötaja kattuvad ühes isikus. Kui TTO tegutseb füüsilisest isikust (FIE) ettevõtjana ning on ühtlasi tervishoiutöötaja, langevad osapooled kokku – teenuse osutaja ja patsient on üks ja sama isik ning lepingulist suhet (võlaõiguslikku lepingut) ei teki. Seetõttu puudub vajadus VÕS-i muuta. Kui tervishoiutöötaja on tervisekeskuse palgal, võib lepinguline suhe tekkida, siis on töötaja ühtaegu tööandja esindaja ja patsient. Sellisel juhul võib olla sõlmitud tervishoiuteenuse osutamise leping, kuid avalikest vahenditest kulutuste tegemisel rakenduvad korruptsioonivastase seaduse (KVS) toimingupiirangud, mis keelavad isikul iseendaga selliseid tehinguid teha. Avalikke vahendeid ei tohi kasutada enda huvides. Leping ning ravikindlustusvahenditest kulu hüvitamine on võimalik ainult juhul, kui esinevad toimingupiirangu erandid, näiteks hädaseisund või asendamise võimatus. Sellistel erandjuhtudel võib tõesti olla võimalik leping sõlmida ning teenuseid ravikindlustusvahenditest hüvitada. Samuti kehtib retsepti endale väljakirjutamisel, et otsus kasutada Tervisekassa vahendeid ravimihüvitise näol on sisuliselt otsus enda kasuks avalike vahendite arvelt, mistõttu KVS-i järgi pole see lubatud. Seega eneseravi ravikindlustusvahendite arvelt on väga piiratud ning seletuskirjas tuleks neid juhtumeid selgemalt avada, et vältida valesti mõistmist. Tegemist on erandliku olukorraga ja tuleb arvestada, et mitmete riikide eetikakoodeksites on eneseravi pigem taunitud. Näiteks on risk, et tervishoiutöötaja, kes iseendale teenust osutab, võib jääda süsteemist kõrvale ja isoleeruda. Ta rääkis ka teiste riikide praktikast. Seletuskirjas on märgitud, et Soomes ja Saksamaal on võimalik arstil endale retsepti kirjutada. T. Kuusmanni sõnul sellistel juhtudel ei hüvitata nende retseptide kulu avalikest vahenditest, vaid need tuleb katta omal kulul. Tervisetõendite väljastamist, mis annavad õigusi või kohustusi, ei käsitleta tervishoiuteenuse osutamisenä. Seda otsust ei saa iseenda suhtes teha, välja arvatud juhul, kui isikut pole võimalik asendada. See tuleneb haldusmenetluse seadusest. Volitusnormi kohta rääkis ta, et seadus tuleb enne vastu võtta ja volitusnormi jõustumisel saab vastu võtta määruse. Komisjon saab siiski ministriga arutada, milliste toimeainetega ravimid võiksid olla lubatud.

Eero Merilind sõnas, et arstkonnas on neid teemasid arutatud ning arsti pädevus ei kao ka siis, kui ta iseendale diagnoosi paneb või ravimit määrab. Mitmetes riikides on arstil õigus endale retseptiravimeid välja kirjutada ning nende kulud kaetakse solidaarse ravikindlustusega. Praegu kehtib veel vana KVS, mis seab piiranguid nii arstile kui ka tema pereliikmetele, kuid seaduseelnõu esimesel lugemisel on arstkonna arvamust arvestatud ning seadusesse on tehtud vastavaid parandusi. Need õigusaktid peaksid omavahel olema kooskõlas, kuid praegu võib selles osas siiski esineda probleeme.

Irja Lutsari hinnangul ulatub eneseravi tähendus märksa kaugemale kui pelgalt retsepti väljakirjutamine. I. Lutsar soovis täpsustust, millised piirangud on ravimite väljakirjutamisel ette nähtud.

Tiina Kuusmann selgitas, et kui tervishoiutöötaja töötab tervisekeskuses, peab ta järgima tööandja juhiseid ning iseendale teenuse osutamiseks on vajalik tööandja nõusolek. Sel juhul tekib tervishoiuteenuse osutamise leping, kus töötaja on ühtaegu äriühingu esindaja ja patsient. Iga juhtum, kus tervisekeskuse töötaja osutab iseendale teenuseid, tuleb eelnevalt tööandjaga läbi arutada ja saada juhtkonna luba, sest vastutus lasub tervisekeskusel. Lisaks piirab praegu kehtiv KVS ravikindlustusvahendite arvelt iseendale teenuste osutamist. Kui FIE, kes on ühtlasi tervishoiutöötaja, osutab iseendale teenust, lepingut ei teki. Ravikindlustusvahenditest väljamakse eeldab, et on sõlmitud leping ja tekkinud rahaline kohustus, mille Tervisekassa võtab üle. Kui lepingut ei ole, sest isik on ühtaegu TTO ja patsient, siis rahalist kohustust ei teki ning Tervisekassa ei saa seda üle võtta. Meditsiinilise protseduuri või teenuse puhul, mille eest makstakse ravikindlustusvahenditest, kaasneb iseenda suhtes avalikest vahenditest hüve saamine, mis on kehtiva seaduse järgi toimingupiirangu all. Sellist otsust võib teha iseenda suhtes vaid toimingupiirangu erandite

korral, näiteks asendamise võimatus või hädaseis. Ravimite retseptide pikendamine on töövälisel ajal võimalik perearsti nõuandetelefoni kaudu.

Heli Paluste sõnul tutvuti ÖAO arvamusega, kuid mitmete seadusesätete tõlgendamisel ei ole SOM nendega samal seisukohal. Ta selgitas, et TTKS §-i 4 järgi võib tervishoiuteenuse osutajaks olla nii tervishoiutöötaja kui ka tervishoiuteenuseid pakkuv juriidiline isik. Praktikas ei tehta tervishoiu õigusruumis vahet, kas teenuse osutajaks on FIE või juriidiline isik ja mõlemad loetakse TTO-deks. Näiteks on ühe inimese osatüingu puhul olukord sisuliselt sama, mis FIE puhul: teenuseid, sealhulgas retseptide kirjutamist, osutatakse iseendale. Samuti on ravikindlustushüvitiste õiguse saamise sätete ja KVS-i kohaldamise osas esinenud erinevaid tõlgendusi. On teada juhtumeid, kus peetakse KVS-i rikkumiseks vaid iseenda ravimist, kuid mitte oma lähedaste ravimist. Kui analüüsi käigus leitakse, et nii enda kui ka lähedaste ravimisel kehtivad samad toimingupiirangud, tuleks seda eraldi ja põhjalikumalt käsitleda. H. Paluste hinnangul võib eelnõuga siiski edasi liikuda ning menetluse käigus on võimalik vajadusel lisada täpsustusi või teha ettepanekuid.

Rebeka Pintson selgitas, et VÕS on üldseadus ning TTKS eriseadus, mistõttu asjakohane säte lisatakse TTKS-i. Ta avaldas kahtlust, kas olukorras kus tervisekeskus on moodustatud juriidilise isiku poolt, tekib tervisekeskuse ja arsti vahel viimase eneseravi korral VÕS-suhe. Tema hinnangul sellises olukorras lepingut siiski ei teki. Samuti tõstatas ta küsimuse, kas on põhjendatud jätta arst, kes on patsiendina kindlustatud isik, soodustuste saajate hulgast välja.

Irja Lutsar tõi välja, et sugulaste ravimisel ja neile retseptide kirjutamisel on praktikas mitmeid tõlgendusi. Oluline on, et kõik visiidid oleksid korrektselt dokumenteeritud, sest ainult siis saab Tervisekassa visiidi eest tasuda ning seejärel on võimalik määrata retsepte või teha vajalikke analüüse.

Eero Merilind tõdes, et kehtiv KVS tekitab olukorra, kus tervisekeskuse perearstil pole vajadusel võimalik isegi teise perearsti poole pöörduda. Selleks, et ravi saada, tuleks vahetada nii perearsti kui ka tervisekeskust, kuna kõik on omavahel seotud – ollakse kas osanikud, sugulased või tuttavad. Selline süsteem teeb ravi kättesaamise keeruliseks. Ta palus, et lahenduste leidmisel jäädaks mõistlikkuse piiridesse ega muudetaks ravi kättesaamist võimatuks.

Signe Riisalo sõnul on peamiseks eesmärgiks jõuda kompromisslahenduseni, kuna kõik osapooled soovivad antud probleemi lahendada korrektselt. Keskne küsimus seisneb selles, kas olemasolev eelnõu ja seletuskiri võimaldavad menetlusega edasi liikuda või oleks siiski mõistlik protsess hetkeks peatada ning keskenduda seletuskirja täiendamisele. Eelnõu sätteid saab vajadusel hiljem muuta muudatusettepanekutega, aga seletuskirja muuta ei saa. S. Riisalo hinnangul tasub võtta aeg maha ja veenduda, et kõik osapooled mõistavad olukorda ühtemoodi, sest tegemist on õiguslikult keeruka küsimusega.

Eero Merilind leidis, et komisjon võiks alustada eelnõu esimese lugemisega ning vajadusel teha muudatusettepanekuid teise lugemise käigus.

Signe Riisalo kordas, et seaduse eelnõu seletuskirja hiljem muuta ei saa. Ta tegi ettepaneku, et eelnõu menetlemise arutelu jätkatakse märtsis. Kuni selle ajani tuleb keskenduda eelkõige seletuskirja täiendamisele ning võimalusel ka eelnõu tekstiga töötamisele. Komisjonil ei ole mõistlik alata eelnõu, mille tekst ja seletuskiri on puudustega.

KVS-i muudatused vajavad omavahelist kooskõlastamist ja sätete võrdlemist. Seaduse eesmärk ei ole võimaldada arstil ennast ise ravida, vaid küsimus tõstatas sellest, kas arst võib endale ise retsepti kirjutada. Retsepti kirjutamisele eelneb aga alati diganoos, seega on kogu raviprotsess arutluse all. Soodusravimid, eriti juhul kui tegemist on kallite spetsiifiliste ravimitega, peavad olema tagatud ka arstidele.

Tanel Kiige sõnul kerkis probleem praegu esile, sest Terviseamet kehtestas ootamatult piirangu retseptide väljakirjutamisele. Selle sammuga viidi praktika kooskõlla seadusega. Riik ise on loonud olukorra, kus ajasurve on tekkinud ning nüüd tuleb lahendusi leida kiiremas korras. T. Kiige hinnangul tasub hinnata, kas selline tegutsemisjärjekord oli kõige mõistlikum. Kuigi üldjuhul võib retseptiravimite väljakirjutamise ja pikendamise põhjendatus olla olemas, siis vaimse tervise probleemide korral ei ole arstil võimalik ennast objektiivselt diagnoosida ja ravida. Näiteks gripi korral suudab perearst oma seisundit üsna täpselt hinnata, kuid keerukamate haiguste, eriti vanusega süvenevate tervisemurede puhul, tekivad paratamatult takistused. Arsti tervislikku seisundit peaks hindama teine arst, kes otsustab, milline raviskeem oleks kõige sobivam. Ei ole õiglane panna arsti olukorda, kus ta peab ise vastutama oma ravi eest ilma erapooletu hinnanguta. Seletuskirja tuleks täiendada nii, et seadusandja mõte oleks üheselt arusaadav. Eesmärk pole kindlasti see, et inimesed hakkaksid kõigi tervisemurede korral ise end ravima. Eelnõu praegune sõnastus on liialt üldine ning võib jätta eksliku mulje, justkui oleks kõik lubatud. Tegelikult puudutab arutelu peamiselt retseptide pikendamist ning erakorralisi olukordi, samuti tavalisi ja lihtsasti diagnoositavaid haigusjuhte. Ravi keerukus ning probleemide ulatus varieeruvad suuresti – alates lihtsatest juhtumitest kuni tõsiste, vanuse või diagnoosiga seotud vaimse tervise mureteni. Kõiki olukordi ei ole võimalik reguleerida ühe ja sama reeglga, kuid hetkel kehtivad normid käsitlevad neid kõiki ühtviisi.

Eero Merilind sõnul on retsepti kirjutamine osa raviprotsessist. Probleem seisneb aga selles, et arst ei saa endale ise kirjutada näiteks valuvaigistit, vererõhurohtu ega südamerohu ja ta peab pöörduma kolleegi poole, mis omakorda koormab tervishoiusüsteemi. Ravimite soodustuse või Tervisekassa poolse rahastuse määrab arvutiprogramm, mitte arst ise. Arst ei saa programmis muuta, kas osta ravimit soodustusega või ilma, kuid ilma retseptita ei ole võimalik isegi valuvaigistit apteegist kätte saada.

Mihkel Leesi hinnangul ollakse praeguse lahendusega algsest probleemipüstitusest liiga kaugele liigutud. Ta toetas komisjoni esimehe ettepanekut võtta aeg maha ja vaadata eelnõu ning seletuskiri üle. Samuti jagas ta T. Kiige ettevaatlikkust küsimuses, kas kõik terviseseisundid võimaldavad arstil end objektiivselt hinnata ja ravida. Tekib ka küsimus, kui kaua võib arst olla iseenda patsient. Kas see peaks olema ajaliselt piiratud või tuleks kehtestada mingi objektiivne vahekontroll? Näiteks olukorras, kus psühhiaater diagnoosib endal vaimse tervise häire ja kirjutab endale rahusteid, võiks tekkida vajadus välise kontrolli järele, et vältida pikaajalisi sõltuvusprobleeme. Sellised küsimused vajavad põhjalikku arutelu enne kui eelnõu saab algatada.

Irja Lutsar toetas samuti aja maha võtmise ettepanekut eelnõu seletuskirja korrastamise eesmärgil. Protsessi ei tohiks aga liialt venitada ja arutelu peaks jätkama märtsi alguses. Probleem sai alguse sellest, et teema alguse sellest, et seadus keelab arstidel endale retsepte kirjutada. Seadus on kehtinud tegelikult juba aastaid ja vaid osad arstid järgisid seda seadust. Terviseamet hakkas selle seaduse täitmist kontrollima ja jõustas piirangud. Oluline on, et lahendus oleks selgelt ja kõigile aktsepteeritavalt seadustatud.

Heli Paluste juhtis tähelepanu sellele, et teatud ravimitele võiks kehtida piirangud, mitte täielik keeld arstidel endale retsepti kirjutada. Näiteks võiks kehtestada piirangu, et lubatud on ainult üks retsept või retsepti pikendamine kindla ajavahemiku jooksul. Volitusnorm võimaldaks paindlikult määrata, millised ravimid on välistatud ja millistele kehtivad piirangud, ilma et peaks iga muudatuse korral seadust muutma. Volitusnormi saab sõnastada nii, et minister võib kehtestada konkreetseid erandid ja piirangud ning vajadusel muudab neid vastavalt praktikale.

Eero Merilind rõhutas, et arst ravib nii patsiente kui ka iseennast ainult oma pädevuse piires. Kui tal puudub vastav oskus või pädevus, näiteks puusaliigese vahetamiseks, pöördub ta kolleegi poole, kes teostab vajaliku protseduuri ja kirjutab ka

retsepti. Erinevatele ravimigruppidele, nagu bensodiasepiinid ja uinutid, kehtivad seaduslikud piirangud, mida tuleb järgida.

Tanel Kiik märkis, et kõik inimesed, ka arstid, võivad elu jooksul tervise tõttu vajada tuge ja ei pruugi karjääri lõpuni püsida oma tippvormis. Seaduse puhul tuleb arvestada, milline mehhanism võiks sellistes olukordades lahendust pakkuda. Tervisekeskustesse koondumine aitab kaasa sellele, et ka perearstid ei jää üksi, vaid saavad tegutseda koos teiste spetsialistidega.

Tiina Kuusmann hinnangul on SOM-i käsitlus tervishoiutöötajast ja TTO-st veidi lihtsustatud. Kui arst ravib end tööandjaga kokkuleppel ja dokumenteeritult tervisekeskuses, siis tekib ka vastav lepinguline suhe. Praegu on RavS alusel võimalik tellimislehega kõigil retsepti väljakirjutamise õigusega tervishoiutöötajatel ravimeid apteekidest saada, kuigi sellele ei laiene hüvitised.

Mihkel Lees küsis, kas teatud ravimigruppide puhul kehtivad piirangud retseptil väljakirjutatavale kogusele või on olemas ka ajaliselt isikupõhised piirangud? Kas retsepti võib kirjutada näiteks mitmeks aastaks, või on ette nähtud kindel ajavahemik.

Eero Merilind vastas, et retseptidele kehtivad nii ajalised, koguselised kui ka erialapõhised piirangud. Näiteks bensodiasepiinide puhul võib retseptile kirjutada vaid kindla koguse ja kindla intervalliga. Kõik sellised tegevused peavad olema põhjendatud ja korrektselt dokumenteeritud haigusloos. Retsepti ei tohi pikendada põhjendamatult.

Signe Riisalo avaldas lootust, et koostöös SOM-iga suudetakse selgust luua ja parem lahendus saavutada. Ta tänas ÕAO panuse eest. Komisjon püüab teema arutelu jätkata märtsi alguses. Keskenduma peaks eelkõige algele probleemitõstatusele ehk retseptiravimite välja kirjutise õigusele erilistes olukordades ja arsti pädevuse piirides.

4. Info ja muud küsimused

4.1 Signe Riisalo rääkis, et 26.-27. märtsil 2026 toimub Riias Balti Assamblee kohtumine.

4.2 Signe Riisalo andis teada, et 14. aprillil 2026 toimub Riigikogu sotsiaalkomisjoni ja Arenguseire Keskuse tervishoiukonverents.

(allkirjastatud digitaalselt)
Signe Riisalo
juhataja

(allkirjastatud digitaalselt)
Riin Lindpere
protokollija

(allkirjastatud digitaalselt)
Kristi Tori
protokollija