EESTI RAKENDUSUURINGUTE KESKUS CENTAR

# Tööst põhjustatud haiguste ja kutsehaiguste DIAGNOOSIMINE ja töötamisega seotud tervisekahjude HÜVITAMINE

## lõpparuanne

30. aprill 2026

Kaasrahastanud Euroopa Liit

Eesti tuleviku heaks

**Raporti autorid**: Janno Järve, Epp Kallaste, Laura Ots, Anu Rentel, Marko Sõmer

**Uuringu ülesandepüstitus**: Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium

**Tänusõnad:** Autorid tänavad südamest kõiki tööst põhjustatud tervisekahjustusega inimesi ja tööandjaid, kes olid valmis jagama meiega oma lugu ja kirjeldama olukorda. Samuti täname kõiki arste, ametnikke ja teisi intervjuudele vastanuid, kes lahkelt ning kannatlikult selgitasid enda seisukohti. Autorite eriline tänu kuulub välisriikide kogemust avanud ekspertidele Lätist, Taanist, Soomest, Rootsist, Saksamaalt ja Prantsusmaalt. Lõpetuseks täname uuringu vaheversioone lugenud ja kommenteerinud Majandus- ja Kommunikatsiooniministeeriumi töötervishoiu- ja ohutuse valdkonna inimesi Eneken Sepat, Seili Suderit, Ingel Kadarikku, Eva Põldist, Marilin Lutsoja ja Kristina Toomsalu, kelle kommentaarid aitasid uuringu teksti terviklikumaks ja täpsemaks saada.

Tööd finantseeritakse ühtekuuluvuspoliitika fondide rakenduskava 2021–2027 poliitikaeesmärgi 4 „Sotsiaalsem Eesti“ erieesmärgi „Edendada töötajate, ettevõtete ja ettevõtjate kohanemist muutustega ning aktiivse ja tervena vananemist ning tervislikku ja hästi kohandatud töökeskkonda, kus ohjatakse terviseriske“ meetme 21.4.3.1 „Kõrge tööhõive taseme saavutamine ja hoidmine“ toetuse andmise tingimuste "Toetavad tegevused töötingimuste edendamiseks" vahenditest.

# Sisukord

**LÜHIKOKKUVÕTE** ..... **7**

**EXECUTIVE SUMMARY** ..... **11**

**MÕISTED** ..... **15**

**LÜHENDID** ..... **16**

**SISSEJUHATUS** ..... **17**

**1 ÜLEVAADE TÖÖST PÕHJUSTATUD TERVISEKAHJUSTUSEGA INIMESTEST** ..... **19**

1.1 SISSEJUHATUS ..... 19
1.2 TÖÖÕNNETUSTE JA TÖÖGA SEOTUD HAIGUSTE LEVIK JA MUUTUS ..... 19
1.3 TÖÖST PÕHJUSTATUD TERVISEKAHJUSTUSTE KOMBINATSIOONID NING KORDUVAD JUHTUMID ..... 21
1.4 KUTSEHAIGUSE VÕI TÖÖST PÕHJUSTATUD HAIGUSEGA INIMESTE HAIGUSTE JA SOTSIAALDEMOGRAAFILISE TAUSTA KIRJELDUS ..... 22
*1.4.1 Kutsehaiguste ja tööst põhjustatud haiguste diagnoosid ..... 22*
*1.4.2 Sugu, vanus ja haridus ..... 22*
*1.4.3 Töökoha tunnused ..... 23*
1.5 TÖÖÕNNETUSSE SATTUNUD INIMESTE KIRJELDUS ..... 24
*1.5.1 Tööõnnetuse põhjused ja vigastuste liik ..... 24*
*1.5.2 Sugu, vanus, haridus ..... 24*
*1.5.3 Töökoha tunnused ..... 25*
1.6 TÖÖTAMINE JA TÖÖVÕIME TÖÖGA SEOTUD HAIGUSEGA JA TÖÖÕNNETUSSE SATTUNUD INIMESTEL ..... 27
*1.6.1 Töötamise jätkamine ja töötasu registriandmete põhjal ..... 27*
*1.6.2 Töötamise jätkamine ja töötingimuste muutumine küsitluse andmetel ..... 30*
*1.6.3 Töövõime vähenemine ja töövõime kaotuse ulatus ..... 32*
1.7 HINNANG TÖÖGA SEOTUD HAIGUSTE ALADIAGNOOSIMISELE JA TÖÖÕNNETUSTE ALAREGISTREERIMISELE ..... 33
*1.7.1 Tööõnnetuste alaregistreerimine ..... 33*
*1.7.2 Tööga seotud haiguste aladiagnoosimine ..... 34*
1.8 KOKKUVÕTE ..... 35

**2 TÖÖGA SEOTUD HAIGUSTE TUVASTAMINE** ..... **36**

2.1 SISSEJUHATUS JA ÜLESANDE PIIRITLEMINE ..... 36
2.2 TÖÖGA SEOTUD HAIGUSTE DIAGNOOSIMISE VAJALIKKUS ..... 36
*2.2.1 Tööga seotud haiguste diagnoosimise teoreetiline eesmärk ..... 36*
*2.2.2 Tööga seotud haigused ja nende diagnoosimise eesmärk Eesti õiguses ning praktikas ..... 38*
2.3 PÕHJA-EESTI REGIONAALHAIGLA KUTSEHAIGUSTE JA TÖÖTERVISHOIU KESKUS TÖÖGA SEOTUD HAIGUSTE DIAGNOOSIMISE INSTITUTSIOONINA ..... 42
2.4 TÖÖGA SEOTUD HAIGUSE MÄRKAMINE, DIAGNOOSIMINE JA TÖÖKOHAGA SIDUMISE PROTSESS JA SELLE PROBLEEMKOHAD EESTIS ..... 43
*2.4.1 Tööga seotud haiguse märkamine ..... 43*
*2.4.2 Pöördumine Põhja-Eesti Regionaalhaigla kutsehaiguste ja töötervishoiu keskusesse ..... 47*
*2.4.3 Diagnoosimine Põhja-Eesti Regionaalhaigla kutsehaiguste ja töötervishoiu keskuses ..... 48*
*2.4.4 Diagnoosimise tulemuse vormistamine ..... 51*
*2.4.5 Tööga seotud haiguste uurimine ja tulemused ..... 52*

*2.4.6 Töötajate hinnang tööga seotud haiguste diagnoosimise protsessile ..... 54*
2.5 DIAGNOOSIMISE PROBLEEMIDE KOKKUVÕTE JA LAHENDUSTE RAAMISTIK ..... 55
**3 TÖÖGA SEOTUD TERVISEKAHJU HÜVITAMINE ..... 57**
3.1 SISSEJUHATUS ..... 57
3.2 KAHJUHÜVITAMISE EESMÄRK, SÜSTEEM JA ALTERNATIIVID ..... 57
3.3 TÖÖANDJA VASTUTUSE ALUSEL TÖÖGA SEOTUD TERVISEKAHJU HÜVITAMINE ..... 61
*3.3.1 Tööga seotud tervisekahju hüvitise taotlemise ja maksmise alused ..... 61*
*3.3.2 Kahjuhüvitise parameetrid ..... 67*
*3.3.3 Erikord, kui tööandja on riik ..... 75*
*3.3.4 Hüvitise maksmine tööandja vabatahtliku vastutuskindlustuse alusel ..... 76*
3.4 AJUTISE TÖÖVÕIMETUSE HÜVITIS ..... 79
3.5 TÖÖST PÕHJUSTATUD TERVISEKAHJU HÜVITISE TAOTLEMISE JA MAKSMISE PRAKTIKA ÜLEVAADE ..... 82
*3.5.1 Hüvitist saavate inimeste arv ja osakaal tööst põhjustatud tervisekahjustusega inimestest ..... 82*
*3.5.2 Sotsiaalkindlustusameti hüvitiste määramise dünaamika ..... 85*
*3.5.3 Hüvitise saajate vanusjaotus ..... 86*
*3.5.4 Hüvitist maksvate tööandjate arv ..... 87*
*3.5.5 Hüvitise taotlemise kanal ..... 88*
*3.5.6 Kahjuhüvitise suurus ja arvutamise alused ..... 88*
*3.5.7 Hinnang kahjuhüvitise suurusele ja taotlemise protsessile ..... 92*
*3.5.8 Teekond kohtulahendini ..... 93*
*3.5.9 Tööga seotud tervisekahju kahjuhüvitise maksmise probleemkohad ..... 95*
**4 KUTSEHAIGUSTE DIAGNOOSIMISE PRAKTIKA TEISTES RIIKIDES ..... 96**
4.1 SISSEJUHATUS ..... 96
4.2 PATSIENDI TEEKOND ..... 97
4.3 TÖÖTERVISHOIUARSTIDE ROLL JA KOOSTÖÖ TEISTE ARSTIDEGA ..... 97
4.4 KUTSEHAIGUSE DIAGNOOSIMISE JA TUVASTAMISE SÜSTEEMI RAHASTUS ..... 98
4.5 PÕHJUSLIKU SEOSE TUVASTAMINE JA TÖÖTERVISHOIUARSTI NING TÖÖANDJA KOOSTÖÖ ..... 98
4.6 TÖÖTERVISHOIUARSTIDE JUHENDMATERJALID JA VÄLJAÕPE ..... 99
4.7 KUTSEVÄHI DIAGNOOSIMINE ..... 99
4.8 PSÜHHOSOTSIAALSED OHUTEGURID ..... 100
**5 LAHENDUSED JA NENDE MÕJUANALÜÜS ..... 101**
5.1 LAHENDUSTE KUJUNDAMISE LÄHTEKOHT ..... 101
5.2 ALTERNATIIVSED LAHENDUSSUUNAD ..... 101
*5.2.1 Tööga seotud tervisekahju hüvitamise alternatiivid ..... 101*
*5.2.2 Tööga seotud haiguste diagnoosimise ja varajase sekkumise strateegiline valik ..... 102*
*5.2.3 Alternatiivide võrdlus ..... 102*
5.3 SOOVITATAV LAHENDUSPAKETT ..... 103
*5.3.1 Varajase sekkumise rada: töötervishoiuarsti konsultatsiooni teenus ..... 104*
*5.3.2 Kutsehaiguse tuvastamise rada: kutsehaiguse tuvastamine kahjuhüvitamise süsteemi osana 106*
5.4 SOOVITATAVA LAHENDUSPAKETI MÕJUANALÜÜS ..... 110
*5.4.1 Varajase sekkumise raja mõju ..... 113*

*5.4.2 Kutsehaiguse raja korrastamise, tööst põhjustatud haiguse ümbermõtestamise ja infovahetuse tugevdamise mõju* ... *114*
*5.4.3 Kontaktpunkti ja nõustamisteenuse mõju* ... *115*
*5.4.4 Töövõime ja töövõimekaotuse ulatuse hindamise ühendamise mõju* ... *116*
*5.4.5 Kahjuhüvitise valemi määratlemise mõju* ... *116*
*5.4.6 Vanaduspensioniea käsitluse mõju* ... *117*
5.5 SOTSIAALKINDLUSTUSAMETI TÖÖÕNNETUSE JA KUTSEHAIGUSE KAHJUHÜVITISE ALTERNATIIVID ... 117
*5.5.1 Säilitada Sotsiaalkindlustusameti kahjuhüvitis erandskeemina kooskõlas üldise tööandja vastutuse skeemiga* ... *118*
*5.5.2 Lõpetada Sotsiaalkindlustusameti kahjuhüvitis* ... *120*

**KASUTATUD ALLIKAD ... 122**

**LISA 1 HINDAMISE METOODIKA: TÖÖÕNNETUSE PUHASMÕJU TÖÖTASULE ... 130**

**LISA 2 TÖÖST PÕHJUSTATUD TERVISEKAHJUGA INIMESTE KÜSITLUSE METOODIKA ... 131**

LISA 2.1 KÜSITLUSE VALIM JA KORRALDUS ... 131
LISA 2.2 VASTAMISMÄÄR ... 132

**LISA 3 KOHTUVAIDLUSTE ANALÜÜSI METOODIKA JA KOONDSTATISTIKA ... 135**

**LISA 4 INTERVJUUDE VALIMID ... 141**

**LISA 5 HÜVITISTE LISAJOONISED KÜSITLUSE ANDMETEL ... 143**

**LISA 6 KUTSEHAIGUSTE DIAGNOOSIMISE PRAKTIKA TEISTES RIIKIDES ... 144**

LISA 6.1 RAHVUSVAHELISE PRAKTIKA ÜLEVAATE KOOSTAMISE MEETOD ... 144
LISA 6.2 KUTSEHAIGUSTE ESINEMISSAGEDUS RIIKIDES ... 145
LISA 6.3 TAANI ... 147
*Lisa 6.3.1 Kutsehaiguste hüvitamise süsteem Taanis* ... *147*
*Lisa 6.3.2 Teekond kutsehaiguse kinnitamiseni Taanis* ... *148*
*Lisa 6.3.3 Töötervishoiuarstide väljaõpe, roll ja juhendmaterjalid Taanis* ... *149*
*Lisa 6.3.4 Kutsehaiguste tuvastamise rahastus Taanis* ... *150*
LISA 6.4 LÄTI ... 151
*Lisa 6.4.1 Kutsehaiguste hüvitamise süsteem Lätis* ... *151*
*Lisa 6.4.2 Teekond kutsehaiguse kinnitamiseni Lätis* ... *152*
*Lisa 6.4.3 Töötervishoiuarstide väljaõpe, roll ja juhendmaterjalid Lätis* ... *153*
*Lisa 6.4.4 Kutsehaiguste tuvastamise rahastus Lätis* ... *154*
LISA 6.5 ROOTSI ... 154
*Lisa 6.5.1 Kutsehaiguste hüvitamise süsteem Rootsis* ... *154*
*Lisa 6.5.2 Teekond kutsehaiguse kinnitamiseni Rootsis* ... *155*
*Lisa 6.5.3 Töötervishoiuarstide väljaõpe, roll ja juhendmaterjalid Rootsis* ... *156*
*Lisa 6.5.4 Kutsehaiguste tuvastamise rahastus Rootsis* ... *157*
LISA 6.6 SOOME ... 157
*Lisa 6.6.1 Kutsehaiguste hüvitamise süsteem Soomes* ... *157*
*Lisa 6.6.2 Teekond kutsehaiguse kinnitamiseni Soomes* ... *159*
*Lisa 6.6.3 Töötervishoiuarstide väljaõpe, roll ja juhendmaterjalid Soomes* ... *160*
*Lisa 6.6.4 Kutsehaiguste tuvastamise rahastus Soomes* ... *162*
LISA 6.7 SAKSAMAA ... 162

*Lisa 6.7.1 Kutsehaiguste hüvitamise süsteem Saksamaal ..... 162*
*Lisa 6.7.2 Teekond kutsehaiguse kinnitamiseni Saksamaal ..... 164*
*Lisa 6.7.3 Töötervishoiuarstide väljaõpe, roll ja juhendmaterjalid Saksamaal ..... 165*
*Lisa 6.7.4 Kutsehaiguste tuvastamise rahastus Saksamaal ..... 166*
LISA 6.8 PRANTSUSMAA ..... 167
*Lisa 6.8.1 Kutsehaiguste hüvitamise süsteem Prantsusmaal ..... 167*
*Lisa 6.8.2 Teekond kutsehaiguse kinnitamiseni Prantsusmaal ..... 167*
*Lisa 6.8.3 Töötervishoiuarstide roll ja väljaõpe Prantsusmaal ..... 169*
*Lisa 6.8.4 Kutsehaiguste tuvastamise rahastus Prantsusmaal ..... 170*
LISA 6.9 PSÜHHOSOTSIAALSETEST OHUTEGURITEST TINGITUD TÖÖGA SEOTUD HAIGESTUMINE ..... 170
*Lisa 6.9.1 Taani ..... 171*
*Lisa 6.9.2 Läti ..... 171*
*Lisa 6.9.3 Rootsi ..... 172*
*Lisa 6.9.4 Prantsusmaa ..... 172*
LISA 6.10 KUTSEVÄHK ..... 175
*Lisa 6.10.1 Saksamaa ..... 175*
*Lisa 6.10.2 Prantsusmaa ..... 176*
*Lisa 6.10.3 Taani ..... 177*
*Lisa 6.10.4 Soome ..... 178*
**LISA 7 TEISTE RIIKIDE PRAKTIKA KOKKUVÕTVAD TABELID UURIMISKÜSIMUSTE JÄRGI ..... 179**
**LISA 8 TEGEVUSALADE, AMETIALADE JA TÖÖÕNNETUSTE PÕHJUSTE TÄISNIMETUSED ..... 190**
**LISA 9 TÖÖST PÕHJUSTATUD TERVISEKAHJUSTUSEGA INIMESTE STATISTILISE ÜLEVAATE JOONISED JA TABELID ..... 191**

# Lühikokkuvõte

Uuring annab ülevaate tööga seotud haiguste diagnoosimise ning tööga seotud tervisekahjude hüvitamise süsteemist Eestis, tuvastab selle peamised probleemkohad ja pakub välja lahendused. Uuring põhineb registriandmetel, küsitlustel, intervjuudel spetsialistidega, kohtulahendite analüüsil ja kuue välisriigi praktika võrdlusel. Analüüsi objekt on piiritletud tööga seotud haiguste diagnoosimise ning tööga seotud tervisekahju hüvitamise süsteemiga, eeldades, et universaalset sotsiaalkaitset tervikuna ümber ei kujundata. Selles raamistikus otsitakse lahendusi diagnoosimise, vastutuse tuvastamise ja kahju hüvitamise süsteemi sees.

**Ülevaade tööst põhjustatud tervisekahjustusega inimestest**

Kahekümne aasta jooksul on registreeritud kutsehaiguste ja tööst põhjustatud haiguste arv oluliselt vähenenud. Kui 2004. aastal registreeriti 132 inimesel kutsehaigus ja 2005. aastal 399 inimesel tööst põhjustatud haigus, siis 2024. aastal registreeriti vastavalt vaid 20 inimesel kutsehaigus ja 45 inimesel tööst põhjustatud haigus. 100 000 hõivatu kohta registreeriti 2024. aastal kutsehaigus 2,8 inimesel ja tööst põhjustatud haigus 6,4 inimesel, võrreldes 21,9 kutsehaigusega inimest 2004. aastal ja 64,8 tööst põhjustatud haigusega inimest 2005. aastal. Tööõnnetuste arv ei näita samas selget langustrendi, vaid on kõikunud koos majandustsüklitega. 2024. aastal registreeriti 3384 tööõnnetust. Surmaga lõppenud tööõnnetuste arv on kahekümne aasta jooksul küll mõnevõrra langenud, kuid viimasel kümnendil selget muutust ei ole. Kuna surmaga lõppenud tööõnnetused sõltuvad registreerimispraktikast vähem ja on hea indikaator töökeskkonna ohutusele, ei viita kutsehaiguste ja tööst põhjustatud haiguste arvu langus tõenäoliselt niivõrd tööohutuse märkimisväärsele paranemisele, vaid pigem aladiagnoosimisele.

Kümne aasta jooksul, aastatel 2015–2024, registreeriti kokku 859 inimest kutsehaiguse ja/või tööst põhjustatud haigusega. See tähendab, et 2024. aastaks oli 100 000 hõivatu kohta registreeritud 131,8 tööga seotud haigusega inimest. Registreeritud tööga seotud haiguste võrdlus eneseraporteeritud andmetega Eesti tööjõu-uuringust viitab ulatuslikule aladiagnoosimisele ja alaregistreerimisele. Eesti tööjõu-uuringu järgi oli 2020. aastal 100 000 hõivatu kohta 2385 inimest, kellel oli tööga seotud terviseprobleem, mis piiras märkimisväärselt nende elu ja töötamist.

Tegevusalade lõikes registreeritakse suurim hulk tööst põhjustatud tervisekahjustusi töötlevas tööstuses, kuid suhtarvuliselt paistavad kõrge riskiga silma ka põllumajandus, metsamajandus ja kalapüük. Tüüpiline tööga seotud haigus registreeritakse sagedamini keskealistel naistel. Enamasti on tegemist lihas-skeleti ja sidekoe haigusega, mille taga on füsioloogilised ohutegurid, nagu füüsilise töö raskus, korduvad liigutused, sundasendid ning raskuste kandmine ja tõstmine. Tööõnnetusse satuvad sagedamini mehed, eriti nooremad mehed, kuid tööõnnetusi esineb sageli ka keskealistel naistel. Tööõnnetuste tavalisemad põhjused on kontrolli kaotamine masina, tööriista või looma üle, keskealistel naistel on sagedasemad põhjused kukkumine, libastumine ja komistamine.

Tööst põhjustatud tervisekahjustus mõjutab oluliselt inimese tööelu: väheneb nii töötamise tõenäosus kui ka töötasu. Tööõnnetuse mõju on üldjuhul lühemaajalisem. See tähendab ajutist katkestust töötamises ja töötasu saamises, mille järel tööhõive ja töötasu suurel määral taastuvad, kuid võrreldes muude tunnuste poolest sarnaste inimestega, kellel tööõnnetust ei olnud, püsib siiski keskmiselt 70–90 euro suurune kuise sissetuleku erinevus. Kutsehaiguse ja tööst põhjustatud haiguse korral hakkavad hõivenäitajad vähenema juba 2,5–3 aastat enne diagnoosi ning jäävad püsivalt madalamaks võrreldes diagnoosieelse kõrgeima hõivemääraga: kutsehaiguse puhul 25 protsendipunkti ja tööst põhjustatud haiguse puhul 20 protsendipunkti. Küsitluse

andmed kinnitavad sama mustrit: tööõnnetusse sattunud inimesed jätkavad enamasti tööd sama tööandja juures, kuid kutsehaigusega inimestest ligi kolmveerandil ning tööst põhjustatud haigusega inimestest umbes pooltel lõpeb töösuhe enne diagnoosi või varsti pärast seda.

**Tööga seotud haiguste diagnoosimine ja selle probleemid**

Tööga seotud haiguste diagnoosimine on Eestis koondunud Põhja-Eesti Regionaalhaigla kutsehaiguste ja töötervishoiu keskusesse, kus on olemas vastav rahastus ja töökorraldus. Teised töötervishoiuarstid tööga seotud haiguste diagnoosimisega tavapäraselt ei tegele. Viimastel aastatel tehakse Põhja-Eesti Regionaalhaigla kutsehaiguste ja töötervishoiu keskuses ligikaudu 80–90 ekspertiisi aastas, võrreldes 175 ekspertiisiga 2018. aastal. Umbes viiendikul juhtudest tuvastatakse kutsehaigus, pooltel tööst põhjustatud haigus ning ligikaudu 30% juhtudest tööga seotud haigust ei tuvastata. Töö ja tervise seost märkab tavaliselt esimesena perearst, kuid pere- ja eriarstide võimalused terviseprobleeme tööga seostada on piiratud, sest neil puudub sageli ülevaade inimese töökeskkonnast ja konkreetsetest ohuteguritest. Samuti ei ole praegu toimivat teenust, kuhu arst saaks tööga seotud terviseprobleemi kahtluse korral inimese suunata, et hinnata tervisemure seost töötamisega ja vajaduse korral kavandada vajalikud muudatused töötingimustes.

Diagnoosimissüsteemi keskne probleem on selle eesmärgi ebaselgus. Praegu ei ole selge, kas tööga seotud haiguse diagnoosimise eesmärk on varajane sekkumine ja töötingimuste kohandamine või vastutuse tuvastamise ja hüvitamise aluse loomine. Sageli oodatakse diagnoosimise protsessilt mõlemat eesmärki. Segadust süvendab tööst põhjustatud haiguse mõiste ebaselgus ja vähene praktiline väärtus. Tööst põhjustatud haigus ei ole otseselt seotud õigusega saada hüvitist ega too kaasa üheselt mõistetavaid õiguslikke tagajärgi. Tööga seotud haiguste diagnoosimiseni jõutakse seejuures liiga hilja, et see toimiks tõhusa ennetuse või varase sekkumise vahendina. Küsitluse järgi tekkisid esimesed tööga seotud haiguse vaevused keskmiselt 7,2 aastat enne diagnoosi. Kuna kutsehaiguse diagnoos on tihedalt seotud tööandja vastutuse, rahaliste kohustuste ja võimalike vaidlustega, väldib osa töötajad selle diagnoosimist ning ka arstid võivad olla diagnoosi panemisel ettevaatlikud.

**Tööga seotud tervisekahju hüvitamine**

Tööga seotud tervisekahju hüvitatakse Eestis kahe kanali kaudu. Esiteks pakub universaalne sotsiaalkaitse toetusi ja teenuseid sõltumata kahju põhjusest. Teiseks võib töötaja saada hüvitist tööandja vastutuse alusel võlaõigusseaduse järgi, kui tervisekahju on põhjustatud tööandja tegevusest või tegevusetusest. Lisaks kehtivad kaks eriskeemi: ajutise töövõimetuse hüvitis tööõnnetuse või kutsehaiguse korral ning Sotsiaalkindlustusameti kutsehaigusest või tööõnnetusest tingitud tervisekahju hüvitis juhul, kui vastutav tööandja on õigusjärglaseta lõppenud.

Praktikas jõuab tööandja vastutusel põhinev hüvitis väheste inimesteni. 2024. aastal maksti tööga seotud tervisekahju hüvitist 1585 inimesele: 24% sai hüvitist ainult tööandjalt, 61% ainult Sotsiaalkindlustusametist ja 15% nii tööandjalt kui ka Sotsiaalkindlustusametist. Seejuures hõlmab see näitaja kõiki tööst põhjustatud tervisekahjustusi, sealhulgas tööõnnetusi. Kui võrrelda seda 2015.–2024. aastal lisandunud tööst põhjustatud tervisekahjustusega inimestega, kellest 2024. aasta lõpus oli elus 36 836 inimest, moodustasid hüvitise saajad vaid 4%. 2024. aastal deklareeriti tööga seotud tervisekahju hüvitisi kokku 9,4 miljoni euro eest, millest 80% maksis Sotsiaalkindlustusamet. Tegemist on suuresti varem määratud hüvitiste jätkuva maksmisega: viimastel aastatel lisandub uusi Sotsiaalkindlustusameti hüvitisi vaid paar-kolm aastas ning 2024. aasta lõpus oli 88,6% Sotsiaalkindlustusameti hüvitise saajatest vähemalt 65-aastased.

Küsitluse põhjal ei taotle enamik tööõnnetusse sattunuid ega tööst põhjustatud haigusega inimesi hüvitist ning ka kutsehaigusega inimestest jõuab hüvitiseni ainult osa. Hüvitise mittetaotlemise taga on erinevad põhjused. Esiteks, vähene teadlikkus hüvitise saamise õigustest ja võimalustest. Teiseks, hüvitise taotlemine on töötaja jaoks koormav, ajamahukas ja kulukas. Tervisekahju ulatuse hindamine on keerukas, töövõime ja töövõimekaotuse hindamine dubleerivad teineteist ning kohtuvaidlused venivad aastatesse. Kutsehaiguse juhtumites kulus mediaanhagejal tervisekahju kujunemise algusest kuni jõustunud kohtulahendini 24,4 aastat ja kohtumenetlus ise kestis mediaanina 3,4 aastat. Samal ajal puudub ühtne alus hüvitise arvutamiseks, indekseerimiseks ja lõpptähtaja määramiseks, mistõttu peab töötaja oma nõude igal üksikjuhul sisuliselt ise üles ehitama.

**Teiste riikide praktika ülevaade**

Soomes, Rootsis, Taanis, Lätis, Prantsusmaal ja Saksamaal diagnoositakse kutsehaigust selleks, et määrata inimese õigus tööga seotud tervisekahju hüvitamisele. Vaadeldud riikides on kutsehaiguse tuvastamine seotud eraldi kindlustus- või sotsiaalkindlustusliku hüvitamisskeemiga. Seetõttu ei hinnata neis kutsehaiguse tuvastamisel tööandja süüd Eesti võlaõigusliku vastutuse tähenduses, vaid seda, kas haigus vastab tööga seotud tervisekahju hüvitamise tingimustele. See erineb Eestist, kus tööandjalt kahjuhüvitise saamine eeldab lisaks töö ja tervisekahju seosele ka tööandja vastutuse tõendamist. Üheski neist riikidest ei ole eraldi õiguslikult reguleeritud tööst põhjustatud haiguse kategooriat Eesti praeguses tähenduses, kuigi see ei tähenda, et sellist mõistet kliinilises praktikas üldse ei kasutataks. Töötervishoiuarsti roll kutsehaiguse diagnoosimisel erineb riigiti: mõnes riigis on keskne roll ettevõtte töötervishoiuarstil, mõnes võetakse töötervishoiuarstilt vajaduse korral täiendav arvamus ning mõnes riigis ei ole töötervishoiuarstil kutsehaiguse kindlustusmenetluses keskset rolli. Psühhosotsiaalsetest ohuteguritest tingitud haiguste hindamine on kõikjal keeruline, kuid mitmes riigis on selleks välja töötatud täpsemad juhised või täiendatud kutsehaiguste loetelusid. Kutsevähi diagnoosimine on pika peiteaja ja vähi mitmepõhjuselise tekke tõttu keeruline, kuid mitmes riigis on nende probleemide ületamiseks välja töötatud kutsevähi varajase avastamise või retrospektiivse tuvastamise erilahendusi.

**Lahendused**

Lahenduste kujundamisel kaalusime kahte strateegilist suunda: luua Eestis uus üldine süüst sõltumatu tööga seotud tervisekahju hüvitamise skeem või parandada olemasolevat tööandja vastutusel põhinevat süsteemi ning eristada sellest terviseprobleemide varajase märkamise lahendus.

Süüst sõltumatu tööga seotud tervisekahju hüvitis muudaks töötajale hüvitise saamise lihtsamaks ja kiiremaks, sest töötaja ei peaks tõendama tööandja rikkumist ega vastutust. Samas tähendaks selline lahendus põhimõttelist valikut tervisekahjude hüvitamisel, töö tõttu tekkinud tervisekahju hüvitataks muust tervisekahjust soodsamalt. See on põhjendatud, kui valitseb konsensus, et tööga seotud tervisekahju on eraldi kõrgemat hüvitist vääriv sotsiaalne risk. Samas tekitab paratamatult piiritlemisprobleeme olukorras, kus töö ja muu elu mõju tervisele on raske lahutada. Süüst sõltumatu hüvitise loomine eeldab uut keerukat rahastusmudelit, milles tuleb eraldi otsustada, kuidas säilitada tööandjate motivatsioon töökeskkonna riske vähendada ja kuidas jagada kulu tööandjate, töötajate ja riigi vahel. Kuna Eestis ei ole praegu konsensust uue üldise süüst sõltumatu skeemi loomiseks, on soovitatav keskenduda olemasoleva süsteemi korrastamisele. Olemasoleva süsteemi korrastamine on vajalik igal juhul, sest tööandja vastutus õigusvastaselt tekitatud kahju eest jääb kehtima ka siis, kui ka otsustataks luua eraldi hüvitamisskeem. Soovitatava lahenduse lähtekoht on

eristada kahte eesmärki: tööga seotud terviseprobleemi varajane märkamine ja töötingimuste kohandamine ühelt poolt ning kutsehaiguse õiguslik tuvastamine ja kahjuhüvitise taotlemine teiselt poolt.

Soovitatav lahenduspakett koosneb kahest rajast. Esimene on varajase sekkumise rada, mille keskmes oleks töötervishoiuarsti konsultatsiooni teenus. Selle eesmärk on võimaldada pere- ja eriarstil suunata inimene töötervishoiuarsti juurde siis, kui terviseprobleem võib olla seotud tööga, kuid puudub vajadus alustada kohe hüvitamiseks vajalikku kutsehaiguse diagnoosimise protsessi. See ei dubleeriks tööandja korraldatavat perioodilist tervisekontrolli. Töötervishoiuarsti konsultatsioon oleks probleemipõhine teenus, kuhu inimene jõuab siis, kui tal on juba tekkinud tervisemure või kui pere- või eriarst vajab töötingimuste hindamiseks töötervishoiuarsti sisendit. Teine rada oleks kutsehaiguse tuvastamine juhtudel, kus on vaja hinnata tööandja vastutust ja töötaja õigust kahjuhüvitisele. Selle raja toimimiseks tuleb parandada infovahetust raviarstide, töötervishoiuarstide, tööandja, tööinspektsiooni vahel. Töötajale on vaja ka selget kontaktpunkti või nõustamisteenust, mis aitaks aru saada hüvitise taotlemise eeldustest. Lisaks tuleb paremini siduda töövõime ja töövõimekaotuse hindamine, määratleda soovituslik kahjuhüvitise arvutamise metoodika ning täpsustada, kuidas arvestada hüvitist vanaduspensionieas.

Kokkuvõttes seisneb valdkonna peamine probleem selles, et tööga seotud haiguste diagnoosimise ja tervisekahju hüvitamise süsteem toimib vähestel juhtudel ja liiga hilja. Tööga seotud terviseprobleeme on märksa rohkem kui kajastub registreeritud statistikas ning valdav osa ei jõua tervisekahju hüvitamiseni. Kuna uue süüst sõltumatu hüvitisskeemi suhtes kokkulepet ei ole, on lähiaastatel olulisem muuta olemasolev süsteem töötaja jaoks tegelikult kasutatavaks. Tervisemured tuleb tööga seostada varem, töötingimusi tuleb kohandada enne püsiva kahju väljakujunemist ning hüvitise taotlemine peab muutuma selgemaks, ühtlasemaks ja prognoositavamaks. Selle eelduseks on varajase sekkumise ja kutsehaiguse tuvastamise raja selge eristamine ning parem tugi töötajale oma õiguste kasutamisel.

# Executive summary

The study provides an overview of Estonia's system for diagnosing work-related illnesses *(tööga seotud haigused)* and providing compensation in cases of work-related health damage *(tööga seotud tervisekahju)*, identifies its main problem areas, and proposes solutions. It is based on registry data, surveys, interviews with specialists, an analysis of court decisions, and a comparison of practices in six foreign countries. The analysis is limited to the system for diagnosing work-related illnesses and providing compensation in cases of work-related health damage, assuming that the overall system of universal social protection will not be redesigned. On this basis, the study examines how the processes of diagnosing, determining liability, and awarding compensation could be improved.

**Overview of people affected by work-related health damage**

Over the past twenty years, the number of registered occupational diseases (*kutsehaigused*) and illnesses caused by work (*tööst põhjustatud haigused*) has decreased significantly. In 2004, 132 people were registered with occupational diseases, and in 2005, 399 people were registered with illnesses caused by work. By 2024, the corresponding figures had fallen to only 20 people with occupational diseases and 45 people with illnesses caused by work. Per 100,000 employed persons, occupational diseases were registered for 2.8 people and illnesses caused by work for 6.4 people in 2024, compared with 21.9 people with occupational diseases in 2004 and 64.8 people with illnesses caused by work in 2005. At the same time, the number of occupational accidents (*tööõnnetused*) does not show a clear downward trend, but has fluctuated with economic cycles. In 2024, 3,384 occupational accidents were registered. The number of fatal occupational accidents has declined somewhat over the past twenty years, but there has been no clear change in the past decade. Since fatal occupational accidents are less dependent on registration practices and are a good indicator of workplace safety, the decline in occupational diseases and illnesses caused by work is likely to reflect underdiagnosis rather than a substantial improvement in occupational safety.

Over the ten-year period from 2015 to 2024, a total of 859 people were registered with occupational diseases and/or illnesses caused by work. This means that by 2024, 131.8 people with work-related illnesses had been registered per 100,000 employed persons. A comparison of registered work-related illnesses with self-reported data from the Estonian Labour Force Survey indicates extensive underdiagnosis and underregistration. According to the Estonian Labour Force Survey, in 2020 there were 2,385 people per 100,000 employed persons who had a work-related health problem that significantly limited their life and work.

By sector, the largest number of cases of work-related health damage is registered in manufacturing, while agriculture, forestry and fishing also stand out as high-risk sectors in relative terms. A typical work-related illness is more often registered among middle-aged women. In most cases, these are diseases of the musculoskeletal system and connective tissue caused by physiological risk factors, such as heavy physical work, repetitive movements, postures, and carrying and lifting loads. Occupational accidents more often involve men, especially younger men, although they are also common among middle-aged women. The most frequent causes of occupational accidents are loss of control over a machine, tool or animal. Among middle-aged women, falls, slips and trips are more common.

Work-related health damage has a significant impact on a person's working life, as both the probability of employment and wages decrease. The effect of an occupational accident is generally shorter-term. It means a temporary interruption in employment and wage income, after which both largely recover. However, compared

with otherwise similar people who did not have an occupational accident, an average monthly income difference of 70–90 euros remains. In the case of occupational diseases and illnesses caused by work, employment indicators begin to decline as early as 2.5–3 years before diagnosis and remain persistently below the highest pre-diagnosis employment rate: by 25 percentage points for occupational diseases and by 20 percentage points for illnesses caused by work. Survey data confirm the same pattern. People who have had an occupational accident mostly continue working for the same employer, whereas the employment relationship ends before diagnosis or soon after it for nearly three-quarters of people with occupational diseases and about half of people with illnesses caused by work.

**Diagnosis of work-related illnesses and its problems**

The diagnosis of work-related illnesses in Estonia is concentrated at the Centre for Occupational Diseases and Health of the North Estonia Medical Centre, where the necessary funding and work organization are in place. Other occupational physicians do not usually diagnose work-related illnesses. In recent years, the centre has carried out approximately 80–90 expert assessments annually, compared with 175 assessments in 2018. An occupational disease is identified in about one-fifth of cases, an illness caused by work in half of cases, and no work-related illness in approximately 30% of cases. The link between work and health is usually first noticed by the family physician, but family physicians and medical specialists have limited opportunities to connect health problems with work, as they often lack an overview of the person's working environment and specific risk factors. At present, there is also no functioning service to which a physician could refer a person if a work-related health problem is suspected, in order to assess the connection between the health concern and work and, where necessary, plan changes to working conditions.

The central problem of the diagnostic system is the lack of clarity regarding its purpose. At present, it is unclear whether diagnosing a work-related illness is meant to support early intervention and adaptation of working conditions, or to create a basis for identifying liability and awarding compensation. The diagnostic process is often expected to serve both purposes. The confusion is deepened by the unclear concept and limited practical value of illnesses caused by work. An illness caused by work is not directly connected to the right to receive compensation and does not entail clear legal consequences. Moreover, work-related illnesses are diagnosed too late for the diagnosis to serve as an effective tool for prevention or early intervention. According to the survey, the first symptoms appeared on average 7.2 years before diagnosis. Since the diagnosis of an occupational disease is closely associated with employer liability, financial obligations and potential disputes, some employees avoid seeking such a diagnosis, and physicians may also be cautious in making it.

**Compensation for work-related health damage**

Work-related health damage is compensated in Estonia through two channels. First, universal social protection provides benefits and services regardless of the cause of the damage. Second, an employee may claim damages on the basis of employer liability under the Law of Obligations Act, if the health damage was caused by the employer's action or inaction. In addition, two special schemes apply: temporary incapacity for work benefit in the event of an occupational accident or occupational disease, and the Social Insurance Board's benefit for health damage caused by an occupational disease or occupational accident if the liable employer has ceased to exist without a legal successor.

In practice, damages based on employer liability reach few people. In 2024, compensation in cases of work-related health damage was paid to 1,585 people: 24% received compensation only from the employer, 61% only from the Social Insurance Board, and 15% from both. This indicator covers all cases of work-related health

damage, including occupational accidents. Compared with the number of people newly registered with work-related health damage in 2015–2024, of whom 36,836 were alive at the end of 2024, compensation recipients accounted for only 4%. In 2024, declared compensation for work-related health damage amounted to 9.4 million euros, of which 80% was paid by the Social Insurance Board. These are largely continuing payments of benefits granted earlier: in recent years, only two or three new Social Insurance Board benefits have been granted each year, and at the end of 2024, 88.6% of recipients were at least 65 years old.

According to the survey, most people who have had an occupational accident or an illness caused by work do not apply for compensation, and only some people with occupational diseases receive it. There are several reasons for this. First, awareness of rights and compensation options is limited. Second, the application process is burdensome, time-consuming and costly for the employee. Assessing the extent of health damage is complex, the assessment of work ability and loss of work ability overlap, and court disputes can last for years. In occupational disease cases, the median claimant spent 24.4 years from the onset of health damage to a final court decision, while the court proceedings themselves lasted a median of 3.4 years. At the same time, there is no uniform basis for calculating or indexing compensation, or for setting its end date, meaning that the employee essentially has to construct their claim independently in each individual case.

**Overview of practices in other countries**

In Finland, Sweden, Denmark, Latvia, France and Germany, occupational diseases are diagnosed in order to determine a person's right to compensation for work-related health damage. In the countries examined, identifying an occupational disease is part of a separate insurance-based or social insurance compensation scheme. Therefore, the process does not assess the employer's fault in the sense of Estonian liability under the law of obligations, but rather whether the illness meets the conditions for compensation in cases of work-related health damage. This differs from Estonia, where receiving damages from the employer requires proving not only the link between work and health damage, but also the employer's liability. None of these countries has a separately legally regulated category of illnesses caused by work in the current Estonian sense, although this does not mean that such a concept is never used in clinical practice. The role of the occupational physician in diagnosing occupational diseases differs across countries. In some, the company's occupational physician plays a central role. In others, an additional opinion is obtained from an occupational physician if needed. Elsewhere, the occupational physician does not have a central role in the occupational disease insurance procedure. Assessing illnesses caused by psychosocial risk factors is difficult everywhere, but several countries have developed more detailed guidelines or supplemented their lists of occupational diseases for this purpose. Diagnosing occupational cancers is challenging because of long latency periods and the multifactorial causes of cancer, but several countries have developed specific solutions for early detection or retrospective identification.

**Solutions**

In developing the solutions, we considered two strategic directions: creating a new general no-fault compensation scheme for cases of work-related health damage in Estonia, or improving the existing system based on employer liability and developing a separate pathway for the early detection of health problems.

No-fault compensation for work-related health damage would make compensation simpler and faster for employees, because they would not have to prove the employer's violation or liability. At the same time, such a solution would represent a fundamental choice in compensating health damage, health damage caused by work would be treated more favourably than other health damage. This is justified if there is consensus that

work-related health damage constitutes a separate social risk deserving higher compensation. However, it inevitably creates boundary-setting problems in situations where it is difficult to separate the effects of work from other factors affecting health. Creating no-fault compensation would require a new and complex funding model, including separate decisions on how to preserve employers' motivation to reduce workplace risks and how to divide costs between employers, employees and the state. Since there is currently no consensus in Estonia on creating a new general no-fault scheme, it is advisable to focus on improving the existing system. This is necessary in any case, because employer liability for unlawfully caused damage will remain in force even if a separate compensation scheme is created. The recommended solution is based on distinguishing between two objectives: early detection of a work-related health problem and the adaptation of working conditions on the one hand, and the legal identification of occupational diseases and claims for damages on the other.

The recommended set of solutions consists of two pathways. The first is an early intervention pathway that would provide access to consultations with occupational physicians. Its aim would be to enable family physicians and medical specialists to refer a person to an occupational physician when the health problem may be related to work, but there is no need to immediately initiate the occupational disease diagnosis process required for compensation. This would not duplicate the regular health checks organised by the employer. The occupational physician consultation would be a problem-based service, which a person would access when they already have a health concern or when a family physician or medical specialist needs input from an occupational physician to assess working conditions. The second pathway would be the identification of occupational diseases in cases where it is necessary to assess employer liability and the employee's right to compensation. For this pathway to function, information exchange between attending physicians, occupational physicians, the employer and the Labour Inspectorate must be improved. Employees also need a clear contact point or advisory service to help them understand the conditions for applying for compensation. In addition, assessments of work ability and loss of work ability must be better linked, a recommended methodology for calculating damages must be defined, and the rules for calculating compensation at retirement age must be clarified.

In summary, the main problem in this field is that the system for diagnosing work-related illnesses and compensating work-related health damage functions in too few cases and too late. There are considerably more work-related health problems than are reflected in registered statistics, and the vast majority do not lead to compensation. Since there is no agreement on a new no-fault compensation scheme, the more important task in the coming years is to make the existing system genuinely usable for employees. Health concerns must be connected with work earlier, working conditions must be adapted before permanent damage develops, and applying for compensation must become clearer, more consistent and more predictable. This requires a clear distinction between the early intervention pathway and the pathway for identifying occupational diseases, as well as better support for employees in exercising their rights.

# Mõisted

| | | |
|---|---|---|
| **(Kahju)hüvitis** | - | Töötajale makstav hüvitis tööga seotud tervisekahju eest. |
| **Kutsehaigus (KH)** | - | Töötervishoiu ja tööohutuse seaduse (TTOS) § 23 lg 1. Haigus, mille on põhjustanud kutsehaiguste loetelus nimetatud töökeskkonna ohutegur või töö laad. Kutsehaiguste loetelu kehtestab valdkonna eest vastutav minister. |
| **SKA kahjuhüvitis** | - | Tööõnnetusest ja kutsehaigusest tingitud kahju hüvitamine Sotsiaalkindlustusameti poolt (vastavalt TTOS ptk 5[1]) |
| **Tööst põhjustatud haigus (TPH)** | - | TTOS § 23 lg 3. Töökeskkonna ohuteguri põhjustatud haigus, mida ei loeta kutsehaiguseks. |
| **Tööõnnetus (TÕ)** | - | TTOS § 22 lg 1. Töötaja tervisekahjustus või surm, mis toimus tööandja antud tööülesannet täites või muul tema loal tehtaval tööl, tööaja hulka arvataval vaheajal või muul tööandja huvides tegutsemise ajal. Tööõnnetusena ei käsitata tervisekahjustust või surma, mis toimus loetletud juhtudel, kuid mis ei ole põhjuslikus seoses töötaja töö või töökeskkonnaga. |
| **Tööga seotud haigus** | - | TTOS § 23 lg 2. Kutsehaigus või tööst põhjustatud haigus. |
| **Tööst põhjustatud tervisekahjustus** | - | Kutsehaiguse, tööst põhjustatud haiguse ja tööõnnetuse katusmõiste |
| **Tööga seotud terviseprobleem** | - | Lai mõiste tervisehäire, sümptomi, vaevuse või haiguse kohta, mille tekkimist või süvenemist seostatakse töötamise või töökeskkonnaga, sõltumata sellest, kas isikul on diagnoositud kutsehaigus või tööst põhjustatud haigus. |
| **Tööga seotud tervisekahju** | - | Töötaja tööst põhjustatud tervisekahjustusest või tööga seotud terviseprobleemist tulenev varaline ja/või mittevaraline kahju, mille seost töötamise, töökeskkonna või tööandja tegevuse või tegevusetusega väidetakse, hinnatakse või tõendatakse. |
| **Töövõime hindamine** | - | Pikaajalise tervisekahjustusega isiku töövõime ulatuse tuvastamine, mille käigus võetakse arvesse isiku terviseseisundit ja isiku hinnangut oma tegutsemisvõimele ning sellest tulenevaid tegutsemise ja osalemise piiranguid, nende prognoosi ja eeldatavat kestust ja tehakse otsus töövõime ulatuse kohta ning vajaduse korral antakse soovitusi töötingimuste ja abivahendite kasutamise ja töövõime toetamise kohta (Töötukassa teenus).[1] |
| **Töövõime ulatus** | - | Töövõime hindamise tulemusena antud hinnang töövõimele, mis jaguneb kolmeks: töövõime ei ole vähenenud, osaline töövõime, puuduv töövõime. |
| **Töövõime kaotuse ulatus/protsent** | - | Hinnang töötaja töövõime kaotuse ulatusele skaalal 10–100. Varem kehtinud Sotsiaalministri määruse[2] järgi väljendab püsiva töövõimetuse ulatust. |
| **Töövõime kaotuse hindamine** | - | Ekspertarsti hindamine, mille tulemuseks on hinnang töövõime kaotuse protsendile ja mis põhineb varasemal püsiva töövõimetuse ekspertiisi metoodikal (Sotsiaalkindlustusameti teenus). |
| **Tööandja vastutuskindlustus** | - | Kindlustusliik, mis katab tööandjale tööõnnetuse või kutsehaiguse alusel esitatavad kahjunõuded ning nendega seotud õigusabikulud. |

[1] Sotsiaalministeerium. (2020). Töövõime hindamise metoodika: 31.03.2020 korrigeeritud versioon. Vaadatud 19.03.2026.

[2] Töövõime kaotuse protsendi määramise juhend. (RTL 2002, 9, 92). Vaadatud 19.03.2026.

## Lühendid

| | | |
|---|---|---|
| AES | - | Taani Tööturukindlustus *(Arbejdsmarkedets Erhvervssikring*) |
| ASL | - | Taani töötajate kompensatsiooni seadus (*Arbejdsskadesikringsloven)* |
| ATS | - | Avaliku teenistuse seadus |
| CPAM | - | Prantsusmaa kohalik tervisekindlustusasutus *(Caisse Primaire d'Assurance Maladie)* |
| CRRMP | - | Prantsusmaa kutsehaiguste regionaalkomitee (*comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles)* |
| CSE | - | Prantsusmaal ettevõtte töötajaid esindav organ, mis peab olema 11 või enama töötajaga ettevõtetes *(comité social et économique)* |
| DGUV | - | Saksamaa tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse katusorganisatsioon *(Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung)* |
| EU-OSHA | - | Euroopa Tööohutuse ja Töötervishoiu amet *(European Agency for Safety and Health at Work)* |
| ILO | - | Rahvusvaheline Tööorganisatsioon *(International Labour Organization)* |
| KH | - | Kutsehaigus |
| MSA | - | Prantsusmaa kohalik tervisekindlustusasutus põllumajandusskeemis *(Mutualité sociale agricole)* |
| PERH-KTK | - | Põhja-Eesti Regionaalhaigla kutsehaiguste ja töötervishoiu keskus |
| RaKS | - | Ravikindlustuse seadus |
| RHK | - | Rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon |
| RVastS | - | Riigivastutuse seadus |
| SBU | - | Rootsi tervisetehnoloogiate ja sotsiaalteenuste hindamise amet *(Statens beredning för medicinsk och social utvärdering)* |
| SGB VII | - | Saksamaa sotsiaalkoodeksi VII osa |
| SKA | - | Sotsiaalkindlustusamet |
| TI | - | Tööinspektsioon |
| TPH | - | Tööst põhjustatud haigus |
| TSD | - | Tulu- ja sotsiaalmaksu deklaratsioon |
| TTOS | - | Töötervishoiu ja tööohutuse seadus |
| TVK | - | Soome Tööõnnetuskindlustuskeskus *(Tapaturmavakuutuskeskuse)* |
| TÕ | - | Tööõnnetus |
| TöMS | - | Tööturumeetmete seadus |
| WHO | - | Maailma Terviseorganisatsioon *(World Health Organization)* |
| VõS | - | Võlaõigusseadus |

# Sissejuhatus

Eesti tööealine elanikkond kahaneb ja vananeb, mistõttu on üha olulisem hoida inimesi tervena ja töövõimelisena tööturul võimalikult pikalt. Arvestades, et inimesed veedavad suure osa oma elust töökeskkonnas, mõjutavad töökeskkonnas esinevad ohutegurid suurelt ka inimeste tervist. Sotsiaalkaitse süsteem peaks seejuures toetama tervise hoidmist ja kiiret hõivesse naasmist. Eestis on pikalt ning tulutult vaieldud selle üle, kas ja millist tööst põhjustatud tervisekahjude hüvitamise süsteemi kujundada, peamiselt arutletakse tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse võimaluse üle. 2022. aastal sõlmisid Eesti Ametiühingute Keskliit, Eesti Tööandjate Keskliit ja Sotsiaalministeerium hea tahte kokkuleppe[3], mis näeb ette tööst põhjustatud haiguste kiire hüvitamise põhimõtete väljatöötamise. Praegune uuring annab sellel taustal ülevaate tööga seotud haiguste (kutsehaiguste (edaspidi KH) ja tööst põhjustatud haiguste (edaspidi TPH)) diagnoosimise ja tööst põhjustatud tervisekahjustuste (KH, TPH ja tööõnnetus (edaspidi TÕ)) hüvitamise süsteemist Eestis ning seonduvatest probleemidest.

Raportis kasutame mõistet „tööga seotud haigus" töötervishoiu ja ohutuse seaduse (TTOS) tähenduses, hõlmates KH ja TPH. Mõisteid „tööst põhjustatud tervisekahjustus" või „tööst tingitud tervisekahjustus" kasutame tähistamaks samaaegselt tööga seotud haigusi ning tööõnnetusi.

Praegusele tööst põhjustatud tervisekahjustuste tuvastamise ja kahjude hüvitamise süsteemile on palju etteheiteid, millest lähtuvalt on arutletud võimalike tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse lahenduste üle. Leitakse, et praegune süsteem ei toeta piisavalt tervisekahjustuste ennetamist, varast märkamist ja inimeste naasmist tööturule, KH-d on aladiagnoositud, TPH diagnoosimisele ei järgne süstemaatilisi jätkutegevusi, tööandjate ja Tööinspektsiooni (TI) roll on ebaselge, tööga seotud tervisekahjude hüvitiste taotlemine ja maksmine ei ole efektiivne ega läbipaistev. Sotsiaalkindlustusameti (SKA) TÕ-st ja KH-st tingitud kahjuhüvitiste maksmisel tekitavad küsimusi muuhulgas vähenenud töövõime arvestamine ning vanaduspensioniealiste kahju käsitlemine.

Uuringu ülesanne on välja töötada Eestile võimalikud lahendused tööga seotud haiguste diagnoosimise ja tööst tingitud tervisekahjude hüvitamise süsteemi parandamiseks. Analüüsiobjekt piiritletakse kitsalt tööga seotud haiguste diagnoosimise ja tööst põhjustatud tervisekahjude hüvitamise süsteemiga. Uuring asetub Eesti tööohutuse ja -tervishoiu ning sotsiaalkaitse süsteemi laiemasse raamistikku. Analüüsis eeldame, et sotsiaalkaitse taustsüsteemid (ravikindlustus, töövõime hindamise ja toetamise süsteem, töötuse korral inimeste toetamine, töötervishoiu ja ennetuse korraldus töökohtadel üldisemalt) on ette antud. Uuringus keskendume üksnes tööga seotud haiguste diagnoosimise ja tööst põhjustatud tervisekahjude hüvitamisele, mitte põhimõttelisele sotsiaalkaitse raamistiku muutmisele. Uuring ei tegele otseselt parimate lahenduste väljatöötamisega tööst põhjustatud tervisekahjude ennetamiseks, vaid kitsalt tööst põhjustatud tervisekahjustuste tuvastamise ja kahjude hüvitamise süsteemidega. See ei vähenda töötervishoiu ja tööohutuse (TTO) keskse eesmärgi – ennetuse – tähtsust, kuid praeguse uuringu fookus on tervisekahjustuste tuvastamise ja kahjude hüvitamise süsteemidel, mis peavad olema üles ehitatud nii, et need toetavad ennetust, kuid millel on samal ajal oma eraldiseisvad eesmärgid.

Eesti olukorra analüüsis kirjeldame tööga seotud haiguste diagnoosimise ja tööst põhjustatud tervisekahjude hüvitamise protsessi terviseprobleemi tekkimisest diagnoosimise ja kahjude hüvitamiseni. Tellija püstitas

[3] Eesti Ametiühingute Keskliit, Eesti Tööandjate Keskliit ja Sotsiaalministeerium. (2022). Hea tahte kokkulepe sooduspensionite reformimiseks. Vaadatud 19.03.2026.

uuringule palju uurimisküsimusi, mida täpsustame peatükkide alguses. Laiemalt keskenduvad uurimisküsimused järgmistele teemaplokkidele:

1. **Ülevaade tööst põhjustatud tervisekahjustusega inimestest**
2. **TPH ja KH tuvastamise protsess ja selle probleemide ning lahenduste analüüs**, sh inimeste teekond tööga seotud haiguse tekkest diagnoosimiseni, KH ja TPH käsitlus, aladiagnoosimise põhjused ja erinevate osapoolte oskused, roll ning koostöö selles protsessis.
3. **Tööst põhjustatud tervisekahjude hüvitamise** praeguse praktika, probleemide ja lahenduste analüüs, sh kui paljudele, kuidas ja mille alusel makstakse kahjuhüvitisi, millised on kahjuhüvitiste parameetrid ning kuidas erinevad SKA ja tööandja makstavad kahjuhüvitised.
4. **Teiste riikide praktika analüüs**, mis keskendub KH ja TPH diagnoosimise praktikale ja protsessile ning töötervishoiuarstide osale selles protsessis. Eraldi küsimused püstitati kutsevähi ja psühhosotsiaalsetest ohuteguritest tingitud tööga seotud haiguste diagnoosimise kohta.

Uuringu käigus kogusime andmeid intervjuudest spetsialistidega, sh arstide, ametnike, tööandjate ja töövõtjate esindajate ning kindlustusseltsidega. Samuti intervjueerisime tööst põhjustatud tervisekahjustusega töötajaid ning tööandjaid, kelle töötajatel on tööst põhjustatud tervisekahjustus tekkinud. Kvantitatiivse ülevaate saamiseks olukorrast kogusime küsitlusega andmeid viimase 10 aasta jooksul tööst põhjustatud tervisekahjustuse saanud inimestelt ning analüüsisime TI tööst põhjustatud tervisekahjustuse liigi, SKA töise tulu, töövõime kaotuse ulatuse hindamise ja kahjuhüvitiste ning Töötukassa töövõime hindamise ühendatud registriandmeid. Lisaks sellele tegi Statistikaamet ülevaate tulu- ja sotsiaalmaksudeklaratsioonidel (TSD) deklareeritud tööst põhjustatud tervisekahjustuse alusel tööandja ja SKA makstud kahjuhüvitistest. Kahjuhüvitiste arvestamise aluste ning detailse praktika kirjeldame dokumendianalüüsiga, mille üheks osaks oli 2015. aastast alates jõustunud kohtulahendite analüüs. Teiste riikide praktikat kirjeldame kuues riigis (Läti, Prantsusmaa, Rootsi, Saksamaa, Soome, Taani). Riikide kirjeldused põhinevad dokumendianalüüsil ja riikide ekspertidelt kogutud sisendil.

Uuringu raport on üles ehitatud nelja peatükina, mis vastab laiematele uurimisküsimuste plokkidele:

1. peatükk: Kirjeldame tööst põhjustatud tervisekahjustusega inimeste rühma ning anname hinnangu aladiagnoosimisele. Aladiagnoosimise hindamiseks kasutame lihtsustatud võrdlust inimeste enda raporteeritud tööst põhjustatud terviseprobleemide olemasolu vahel Eesti tööjõu-uuringu (ETU) küsitluses ning TI-s registreeritud TÕ, KH ja TPH-ga inimeste arvu vahel.

2. peatükk: Kirjeldame tööga seotud haiguste tuvastamise süsteemi, selle eesmärke ja praktikat. Peatükis kirjeldame töötaja teekonda tööga seotud tervisehäirete tekkimisest diagnoosimiseni ja probleeme teekonnal.

3. peatükk: Anname ülevaate tööga seotud tervisekahju hüvitiste maksmise süsteemist ja selle rakendamisest, õiguslikest alustest, arvutamise parameetritest ja probleemidest.

4. peatükk: Anname ülevaate uurimisküsimuste kaupa teiste riikide praktikast.

5. peatükk: Lahendused ja nende mõjuanalüüs.

# 1 Ülevaade tööst põhjustatud tervisekahjustusega inimestest

## 1.1 Sissejuhatus

Peatükis anname ülevaate tööst põhjustatud tervisekahjustusega inimeste rühmast: TÕ, TPH ja KH-ga inimeste sotsiaaldemograafilisest ja tööalasest taustast. Kirjeldame rühmade suurust, koosseisu ja omavahelisi seoseid, mis annab empiirilise tausta järgmistes peatükkides käsitletavate tööga seotud haiguste diagnoosimise, hüvitamise ja võimalike alternatiivide tõlgendamisele.

Analüüsis eristame kolme tasandit: inimene, juhtum ja diagnoos. Ühel inimesel võib olla mitu tervisekahjustuse juhtumit (TÕ, KH või TPH) ning ühes juhtumis mitu diagnoosi.

Terviktrende kirjeldame aastate 2004–2024 kohta, detailsemaid taustatunnuseid ja töökoha omadusi TI registriandmete põhjal perioodil 2015–2024. Hõive ja töötasu seoseid hindame TSD töötasu andmetel ning võrdleme muutusi viie aasta jooksul enne ja pärast KH või TPH diagnoosimist või TÕ toimumist. Ajastatud võrdlus näitab, kuidas tervisekahjustus mõjutab töötamise jätkamist ja töötasu vähenemist ning seeläbi, millises ulatuses võib tervisekahju põhjustada inimesele varalist kahju.

Töötamise jätkamist ja töötingimuste muutusi analüüsime küsitluse andmetel. Kirjeldame, kas inimene jätkab töötamist sama või teise tööandja juures, kas ta jääb samale või liigub teisele ametikohale, kas muutub töökoormus või tööülesannete sisu ning kas töötingimused muutuvad tervist säästvamaks. Nende seoste analüüs näitab üldisel tasandil, kuidas tööga seotud tervisekahjustus mõjutab inimese edasist tööelu ja milliseid kohandusi või tööalaseid muutusi see kaasa toob.

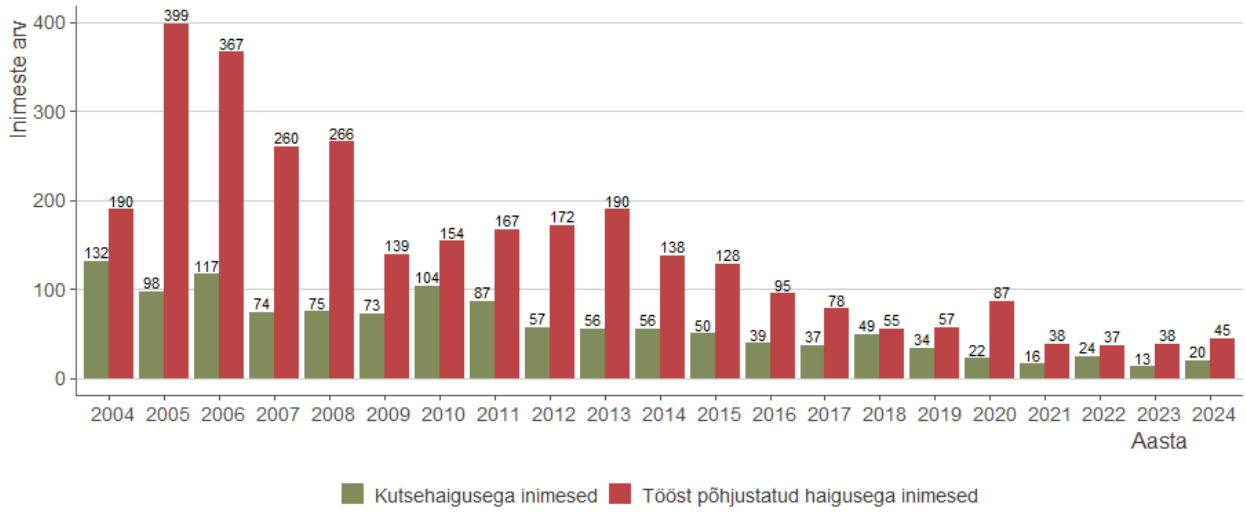
Töövõime vähenemist ning töövõime kaotuse ulatust analüüsime Töötukassa ja SKA registriandmete põhjal. Andmed näitavad, kui suurel osal tööga seotud tervisekahjustusega inimestest on tuvastatud vähenenud töövõime ja neist omakorda on määratud töövõime kaotuse ulatus protsentides. Ühelt poolt näitab see, kuidas tööga seotud tervisekahjustus seondub püsiva töövõime langusega. Teiselt poolt on see oluline kahjude hüvitamise vaates, kuna tervisekahjude hüvitamise eelduseks on töövõime vähenemine ja tuvastatud töövõime kaotuse ulatus.

Lõpetuseks hindame aladiagnoosimise ulatust, võrreldes TI registrit Eesti tööjõu-uuringus eneseraporteeritud näitajatega.

## 1.2 Tööõnnetuste ja tööga seotud haiguste levik ja muutus

Viimase 20 aasta jooksul on langenud inimeste arv, kellel registreeriti KH või TPH aasta jooksul. Kõige rohkem registreeriti KH-sid 2004. aastal (132 inimest) ja TPH-sid 2005. aastal (399 inimest), 2024. aastal registreeriti 20-l inimesel KH ja 45-l inimesel TPH (vt Joonis 1, lk 20). Analoogselt langes KH-ga ja TPH-ga inimeste suhtarv hõivatute hulgas, jõudes 2024. aastaks 6,4 TPH-ga inimeseni ja 2,8 KH-ga inimeseni 100 000 hõivatu kohta (vt Lisa 9, Joonis 59, lk 191). Tipunäitajatega võrreldes on langus ligi kümnekordne.

*Joonis 1. Inimeste arv, kellel diagnoositi kutsehaigus või tööst põhjustatud haigus (2004–2024)*

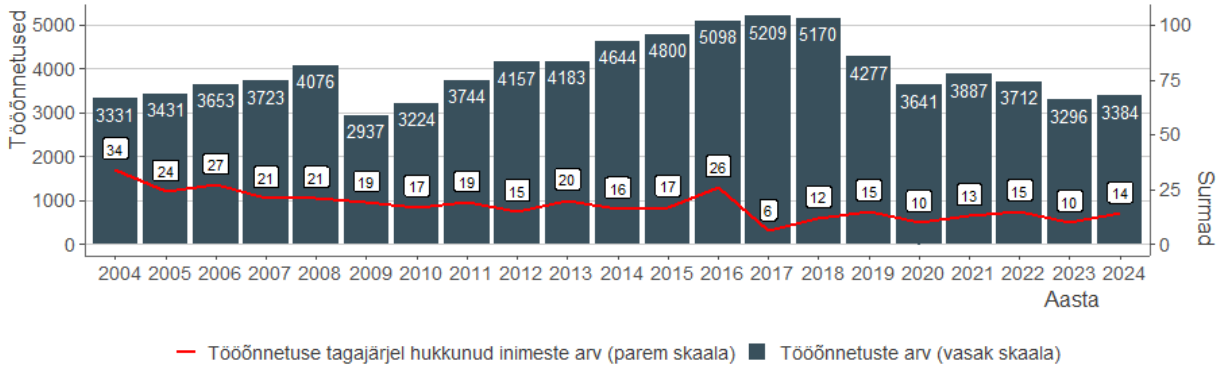



*Allikas: Tööinspektsioon*

Registreeritud TÕ-de arv on kõikunud viimase kahe aastakümne jooksul (vt Joonis 2 ja Lisa 9, Joonis 60, lk 191) korrelatsioonis majanduskasvu ja -languse tsüklilisusega. Selget langustrendi nagu KH-del või TPH-del TÕ-del pole. TÕ tõttu elu kaotanud inimeste arv on võrreldes 20 aasta taguse ajaga pea poole väiksem, viimased seitse aastat on see püsinud suhteliselt stabiilselt 10 ja 15 õnnetuse vahel aastas.

2019. aasta TÕ-de arvu languse põhjus on erandlik. Nimelt ei registreerita TI-s enam TÕ-na neid juhtumeid, kus töötaja ei jäänud töövõimetuslehele. TI andmetel[4] vähenes seetõttu 2019. aastal registreeritud TÕ-de arv ligikaudu 900 juhtumi võrra, mis tähendab, et ilma muudatuseta oleks TÕ-de koguarv jäänud 2018. aasta tasemele. 2020. aastal toimunud TÕ-de vähenemine võrreldes 2019. aastaga tulenes tõenäoliselt osaliselt COVID-19 pandeemiast tingitud eriolukorra ja majandustegevuse piirangutest.

*Joonis 2. Tööõnnetuse juhtumid ja tööõnnetuse tagajärjel hukkunud inimeste arv (2004–2024)*




*Allikas: Tööinspektsioon*

Registreeritud TÕ-de ja tööga seotud haigestumiste arv sõltub lisaks õnnetuste ja haiguste tegelikule esinemisele ka registreerimispraktikast ning aladiagnoosimisest. Seetõttu ei järeldu statistikas nähtavast

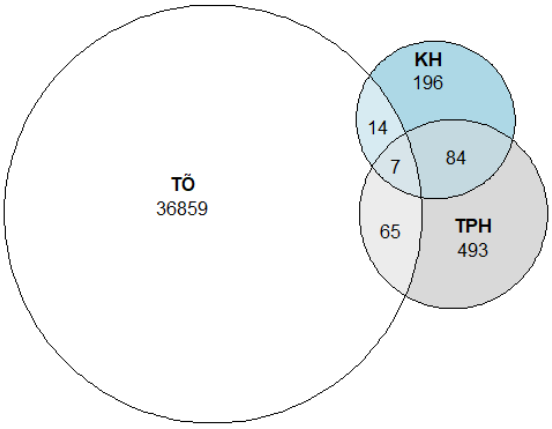
[4] Tööinspektsioon. (2020). Töökeskkond 2019. Vaadatud 30.01.2026.

juhtumite või isikute arvu muutusest üheselt, et tööga seotud tervisekahjustuste tegelik esinemissagedus on vähenenud, muutunud võivad olla ka registreerimise praktika või aladiagnoosimine, mis arvu mõjutavad. Kuna surmaga lõppenud tööõnnetuste registreerimist need tegurid oluliselt ei mõjuta, on töösurmade trend sobivam näitaja töökeskkonna ohutuse muutuse hindamiseks. Töösurmade põhjal on Eesti töökeskkond viimase kahekümne aasta jooksul küll muutunud tervist hoidvamaks, kuid viimase seitsme aasta jooksul on trend püsinud sisuliselt muutumatuna.

## 1.3 Tööst põhjustatud tervisekahjustuste kombinatsioonid ning korduvad juhtumid

Kuna TÕ-sse sattunud inimesi on märkimisväärselt rohkem kui KH või TPH-ga inimesi, võib esmapilgul jääda mulje, et erinevate tervisekahjustuste kombinatsioone esineb pigem harva (vt Joonis 3). See mulje on mõnevõrra petlik. Ligikaudu kolmandikul neist, kellel registreeriti KH, on vaatlusaluse kümne aasta jooksul registreeritud ka TPH. Lisaks võib ühel KH või TPH-ga inimesel olla mitme erineva haiguse diagnoos. Samuti on TPH-ga inimestest ligi kümnendikul registreeritud TÕ. Seega on **TÕ ohvrite hulgas registreeritud KH või TPH-ga inimesi vähe, kuid KH või TPH-ga inimeste hulgas on suhteliselt palju inimesi, kellel on veel mõni muu tööst põhjustatud tervisekahjustus.**

*Joonis 3. Tööõnnetuse, tööst põhjustatud haiguse ja/või kutsehaigusega inimeste arv tööst põhjustatud tervisekahjustuste kombinatsioonide kaupa (2015–2024)*




*Allikas: TI registriandmed.*

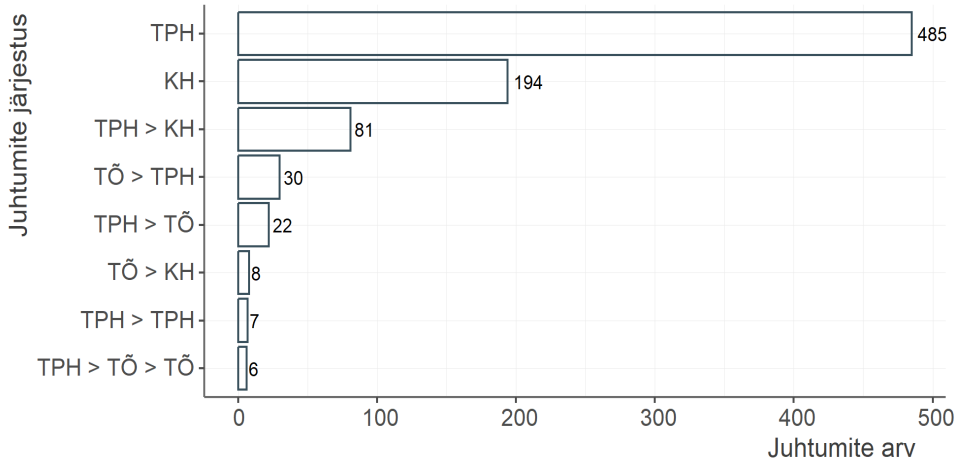
Lisaks sellele, et inimestel võib olla erinevate tööst põhjustatud tervisekahjustuste juhtumite kombinatsioone, on inimesi, kellel on korduvalt diagnoositud KH (2 inimest ehk 0,7% KH-ga inimestest), TPH (10 inimest ehk 1,5%) või registreeritud TÕ (4217 inimest, 11,4% TÕ-sse sattunud inimestest – vt Lisa 9, Tabel 25, lk 191).

Inimestel, kellel on registreeritud nii KH kui ka TPH, eelnes TPH juhtum KH-le 81-l inimesel (27% KH-dest). Teistel tööga seotud tervisekahjustuste juhtumite kombinatsioonidel ei esinenud selget ajalise järjestuse mustrit, TPH võib eelneda TÕ-le (28 inimest) ja järgneda (30 inimest), samuti esines olukordi, kus TÕ eelnes KH-le (8 inimest) (vt Joonis 4).

Ajaperiood erinevate tööst põhjustatud tervisekahjustuste juhtumite tuvastamise vahel on lühem olukorras, kus KH järgneb TPH-le. KH tuvastatakse **vähem kui aasta möödudes,** keskmiselt 266 päeva pärast TPH registreerimist. Kahe TPH juhtumi vahe oli keskmiselt **veidi üle aasta** – 453 päeva. TÕ ja TPH/KH

kombinatsioonide keskmised ajavahemikud olid pikemad, jäädes ligikaudu kahe aasta ning enam kui kolme ja poole aasta vahele (vt Lisa 9, Joonis 61, lk 192).

*Joonis 4. Registreeritud juhtumite kombinatsioonide järjestus sageduse järgi (2015–2024)*




*Märkus. Ainult inimesed, kellel on diagnoositud TPH ja/või KH; ainult juhtumite kombinatsioonid, kus on vähemalt 5 inimest. Allikas: TI registriandmed.*

## 1.4 Kutsehaiguse või tööst põhjustatud haigusega inimeste haiguste ja sotsiaaldemograafilise tausta kirjeldus

2015–2024 tuvastati 301 inimesel KH (kokku 303 KH juhtumit) ja 649 inimesel TPH (kokku 660 TPH juhtumit). Nende seas oli 91 inimest, kellel oli nii KH kui ka TPH. Seega registreeriti 2015–2024 tööga seotud haigus 859-l inimesel, kellest 2024. aasta lõpuks oli elus 828 inimest.

### 1.4.1 Kutsehaiguste ja tööst põhjustatud haiguste diagnoosid

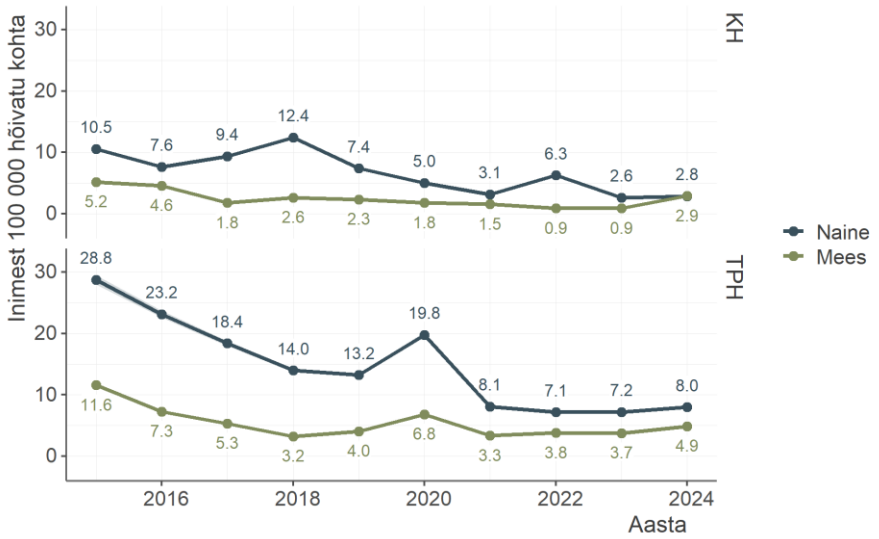
Kümne aasta jooksul diagnoositi ülekaalukalt kõige rohkem tööga seotud haigusi **lihas-skeleti ja sidekoe haiguste** kategoorias, moodustades KH diagnoosidest 67,8% ja TPH diagnoosidest 66,7%. KH-dest järgnesid oluliselt harvem nakkus- ja parasiithaigused (25 diagnoosi, 8,4% KH diagnoosidest), TPH-dest närvisüsteemi haigused (87 diagnoosi, 13,4% TPH diagnoosidest) (vt Lisa 9, Joonis 62 ja Joonis 63, lk 193).

### 1.4.2 Sugu, vanus ja haridus

**Soo lõikes registreeriti tööga seotud haigusi absoluutarvuliselt rohkem naistel kui** meestel (Lisa 9, Joonis 64, lk 193). Samuti oli naiste seas tööga seotud haiguste esinemissagedus 100 000 hõivatu kohta kõrgem kui meestel. Viimase kümne aasta jooksul on TPH-de arvu sooline erinevus mõnevõrra vähenenud. KH-ga inimeste sooline erinevus on samuti üldjoontes kahanenud, kuid väikese arvu tõttu kõigub see aastate lõikes palju (vt Joonis 5).

Tööga seotud haiguse registreerimise hetkel on haigestunu tüüpiliselt **keskealine** – perioodil 2015–2024 oli KH registreerimisel mediaanvanus 54–56 aastat ning TPH-l 51–54 aastat. Viimastel aastatel muutus TPH vanusjaotus laugemaks: varasemast rohkem registreeritakse TPH-sid nii noorematel kui ka vanematel inimestel. KH juhtumeid on vähe, mistõttu vanusjaotus kõigub aastati ja kindlaid trende ei saa välja tuua (vt Lisa 9, Joonis 65, lk 194).

*Joonis 5. Kutsehaiguse ja tööst põhjustatud haigusega inimeste arv 100 000 hõivatu kohta soo lõikes (2015–2024)*




*Märkus. Juhtumite arv TI registriandmete, hõivatute arv ETU alusel. Hõivatud vanuses 15–74.*
*Allikas: TI registriandmed, ETU.*

Haridustaseme järgi registreeritakse tööga seotud haigusi kõige sagedamini **kesk- või kutseharidusega inimestel.** Suhtarvud, mis näitavad põhihariduse või madalama haridusega ja kesk- või kutseharidusega inimeste osakaalu sama haridustasemega hõivatutest, on sarnased (vt Lisa 9, Joonis 66 ja Joonis 67, lk 195).

### 1.4.3 Töökoha tunnused

Ametialade lõikes registreeriti 2015–2024 tööga seotud haigusi absoluutarvuliselt kõige rohkem **oskus- ja käsitöölistel** (288) ning **lihttöölistel** (194). Suhtarvu järgi oli KH registreerimise tõenäosus kõrgeim **põllumajanduse, metsanduse ja jahinduse oskustööliste** seas, millele järgnesid **oskus- ja käsitöölised** (vastavalt 25,4 ja 11,3 inimest 100 000 hõivatu kohta). TPH-ga inimeste suhtarv ametialal hõivatutesse oli suurim **lihttööliste** ja **põllumajanduse, metsanduse, kalanduse ja jahinduse oskustööliste seas** (vastavalt 26 ja 22 inimest 100 000 hõivatu kohta) (vt Lisa 9, Joonis 68 ja Joonis 69, lk 196).

Tööga seotud haigustega inimestest suurim osa sai haiguse töötades **töötlevas tööstuses**: KH-dest 48% (145) ja TPH-dest 40% (267). Suhtarvu järgi (100 000 hõivatu kohta) oli kõrgeima riskitasemega **põllumajandus, metsamajandus ja kalapüük** (15,7 KH-d ja 21 TPH-d) ning **töötlev tööstus** (12 KH-d ja 22 TPH-d) (vt Lisa 9, Joonis 70 ja Joonis 71, lk 197).

Valdav enamik KH või TPH põhjustanud ohutegureid kuulus **füsioloogiliste ohutegurite** gruppi, sh füüsilise töö raskus, korduvad liigutused, üleväsimust põhjustavad sundasendid ja liigutused, tööasendid ning raskuste kandmine ja tõstmine (vt Lisa 9, Joonis 72 ja Joonis 73, lk 199). Suurim arv tööga seotud haigusi kujunes välja **töötlevas tööstuses füüsilise töö raskusest** tingitud ohuteguri mõjul. Füüsilise töö raskus oli levinud TPH ohutegur ka kõigil teistel tegevusaladel, sellele järgnesid nii töötlevas tööstuses kui ka teistel tegevusaladel teised füsioloogilise grupi ohutegurid: korduvad stereotüüpsed liigutused ning üleväsimust põhjustavad sundasendid. Keemilisi ohutegureid esines harvem ja need koondusid töötlevasse tööstusesse (vt Lisa 9, Joonis 74, lk 199).

KH kujunes analoogselt TPH-le tüüpiliselt **töötlevas tööstuses korduvate liigutuste või teiste füsioloogiliste ohutegurite tagajärjel**, sh raskuste kandmise, tõstmise või tööasendi tõttu. Korduvad liigutused oli sagedaseim KH-ga seotud ohutegur ka hulgi- ja jaekaubanduses; mootorsõidukite ja mootorrataste remondis, veonduses ja laonduses ning põllumajanduses, metsamajanduses ja kalapüügis. Tervishoius ja sotsiaalhoolekandes olid KH-d seotud kahjuritega (vt Lisa 9, Joonis 75, lk 200).

Kokkuvõttes iseloomustavad tüüpilist tööga seotud haigust ja haigestunut järgmised tunnused:

- haigestunu on sagedamini **naine** ning tüüpiliselt **keskealine**;
- haigestunu on enamasti **kesk- või kutseharidusega**, kuid osakaaluna hõivatutest on risk sarnane ka **põhihariduse või madalama haridusega** rühmas;
- enamasti diagnoositakse **lihas-skeleti ja sidekoe haigusi**;
- peamised tööga seotud haiguse põhjustajad on **füsioloogilised ohutegurid**, eeskätt füüsilise töö raskus, korduvad liigutused, sundasendid ning raskuste kandmine ja tõstmine;
- juhtumid koonduvad **töötlevasse tööstusesse**, kuid suhtarvu järgi esineb lisaks töötlevale tööstusele kõrge risk ka **põllumajanduses, metsamajanduses ja kalapüügis**;
- ametialadest registreeritakse juhtumeid kõige rohkem **oskus- ja käsitöölistel** ning **lihttöölistel**, suhtarvuliselt on suurim tõenäosus tööga seotud haiguse diagnoos saada **põllumajanduse, metsanduse, kalanduse ja jahinduse oskustöölistel**.

## 1.5 Tööõnnetusse sattunud inimeste kirjeldus

### 1.5.1 Tööõnnetuse põhjused ja vigastuste liik

2015–2024 toimus enim TÕ-sid **masina, transpordivahendi, käsitööriista või looma üle kontrolli kaotamise** (keskmiselt 1166 juhtumit aastas) või **kukkumise, libastumise või komistamise** tõttu (keskmiselt 938 juhtumit aastas). Viimaste osakaal on alates 2021. aastast kasvanud ning koos moodustavad need 2024. aastal ligikaudu 60% toimunud TÕ põhjustest.

Sageduselt järgmised olid **keha liikumisega seotud juhtumid**: keha liikumine füüsiliselt pingutades (tõstmine ja tõmbamine) põhjustas keskmiselt 578 TÕ-d aastas, keha liikumine füüsilise pingutuseta (toetumine teravate materjalide vastu, löök kukkuvalt esemelt) põhjustas aastas keskmiselt 426 õnnetust. Mõlema põhjuse osakaal registreeritud TÕ-dest on 2020. aastaga võrreldes langenud – kui keha liikumine füüsiliselt pingutades põhjustas 2020. aastal 18,5% TÕ-dest, siis 2024. aastal moodustasid need 11,7% (vt Lisa 9, Joonis 77 ja Joonis 78, lk 201).

Kõige sagedasemad vigastuse liigid on **haavad ja pindmised vigastused**, mis moodustasid igal aastal ligikaudu poole TÕ-dest. Sageduselt järgmised olid **luumurrud** ning **nihestused, nikastused ja venitused**, mis koos moodustasid umbes 40% TÕ-dest. Kõige sagedamini said viga **üla- ja alajäsemed** – kokku ligi kolmveerand kõigist juhtumitest igal aastal (vt Lisa 9, Joonis 79 ja Joonis 80, lk 202).

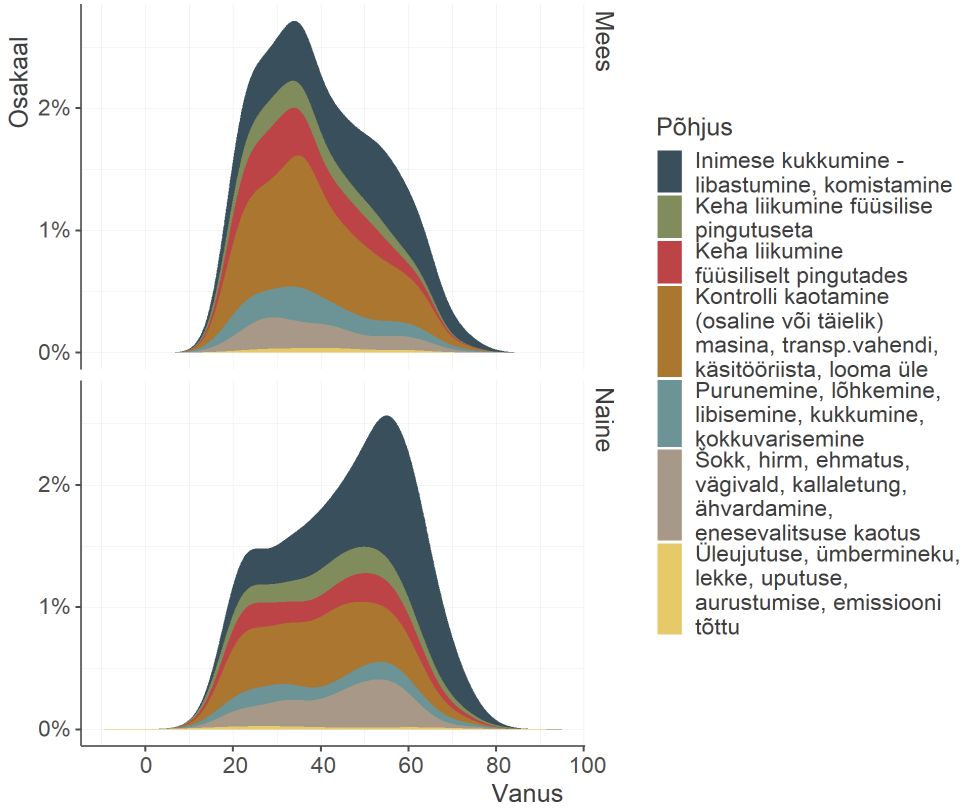
### 1.5.2 Sugu, vanus, haridus

Erinevalt tööga seotud haigustest, **registreeritakse TÕ-sid sagedamini meestel**, kusjuures erinevus naistest oli erinevatel aastatel peaaegu kahekordne. Perioodil 2015–2024 langes TÕ-de arv meestel mõnevõrra rohkem kui naistel: 100 000 hõivatu kohta vähenesid TÕ-d meestel 343 ja naistel 155 TÕ võrra (vt Lisa 9, Joonis 81 ja Joonis 82, lk 203).

Arvestades vanust ja sugu koos, satuvad TÕ-desse rohkem **nooremaealised mehed** ning **keskealised naised** (vt Lisa 9, Joonis 83, lk 204). Nii naiste kui ka meeste TÕ-sse sattumise mediaanvanus on kümne aasta jooksul kasvanud. Naiste mediaanvanus oli 2024. aastal 47, mis oli võrreldes 2015. aastaga 2 aastat kõrgem. TÕ-sse sattunud meeste mediaanvanus 2024. aastal oli 38 aastat, mis oli võrreldes 2015. aastaga 4 aastat kõrgem.

Lisaks vanuselise jaotuse erinevusele meeste ja naiste TÕ-des, erinevad ka TÕ-de põhjused. Noorematel meestel domineerib TÕ põhjustest **kontrolli kaotamine masina, transpordivahendi, käsitööriista või looma üle**, vanusjaotuses vanematel naistel domineerib **kukkumine, libastumine või komistamine** (vt Joonis 6).

*Joonis 6. Tööõnnetusse sattunud inimeste vanuse jaotus soo ja õnnetuse põhjuste lõikes*




*Allikas: TI registriandmed.*

Haridustaseme lõikes registreeriti TÕ-sid **absoluutarvuliselt kõige rohkem kesk- või kutseharidusega hõivatutel**, mis on ühtlasi kõige suurema hõivatute arvuga grupp. Oluliselt vähem registreeriti TÕ-sid kõrgharidusega ning põhihariduse või madalama haridusega töötajatel. Suhtarvuliselt oli varem kõige kõrgem tõenäosus sattuda TÕ-sse **põhihariduse või madalama haridusega hõivatutel**, kuid alates 2022. aastast langes TÕ-desse sattunud põhihariduse või madalama haridusega hõivatute suhtarv, olles 2024. aastaks ligilähedaselt sarnasel tasemel kesk- või kutseharidusega hõivatutega (vt Lisa 9, Joonis 84 ja Joonis 85, lk 205).

### 1.5.3 Töökoha tunnused

Ametialade lõikes registreeriti 10 aasta jooksul kõige rohkem TÕ-sid **oskus- ja käsitöölistel** (keskmiselt 1040 TÕ-d aastas), **teenindus- ja müügitöötajatel** (keskmiselt 655 TÕ-d aastas)**, lihttöölistel** (keskmiselt 651 TÕ-d

aastas) ning **seadme- ja masinaoperaatoritel ning koostajatel** (keskmiselt 622 TÕ-d aastas) (vt Lisa 9, Joonis 86, lk 205).

TÕ põhjuste ning ametialade lõikes oli oskus- ja käsitööliste, lihttööliste, seadme- ja masinaoperaatorite ning põllumajanduse, metsanduse, kalanduse ja jahinduse oskustööliste hulgas sagedaseim TÕ põhjus **kontrolli kaotamine masina, transpordivahendi, käsitööriista või looma üle**. Tippspetsialistidel, kontoritöötajatel ja klienditeenindajatel, tehnikutel ja keskastme spetsialistidel ning juhtidel oli sagedasemaks TÕ põhjuseks **kukkumine** (vt Lisa 9, Joonis 87, lk 206).

Tegevusalade lõikes registreeriti absoluutarvuliselt 2015–2024 kõige rohkem TÕ-sid **töötlevas tööstuses** (keskmiselt 1305 TÕ-d aastas), moodustades peaaegu kolmandiku kõigist juhtumitest erinevatel aastatel. Suhtarvu järgi (100 000 hõivatu kohta) oli aga TÕ-sse sattumise tõenäosus suurim **avaliku halduse ja riigikaitse; kohustusliku sotsiaalkindlustuse** tegevusalal (keskmiselt 1121 inimest), **haldus- ja abitegevustes** (1110 inimest) ning **töötlevas tööstuses** (1066 inimest) (vt Lisa 9, Joonis 89 ja Joonis 90, lk 208).

Töötlevas tööstuses, kus registreeriti absoluutarvuliselt enim TÕ-sid, oli peamiseks õnnetuse põhjuseks **kontrolli kaotamine**, mis domineeris ka hulgi- ja jaekaubanduses ning mootorsõidukite ja mootorrataste remondis, ehituses, põllumajanduses, metsamajanduses ja kalapüügis, majutuses ja toitlustuses ning mäetööstuses. Avalikus halduses ja riigikaitses ning kohustuslikus sotsiaalkindlustuses, veonduses ja laonduses, tervishoius ja sotsiaalhoolekandes, haldus- ja abitegevustes, hariduses, kinnisvaraalases tegevuses ning kutse-, teadus- ja tehnikaalases tegevuses oli peamine TÕ põhjustaja **inimese kukkumine**. Kunstis, meelelahutuses ja vabas ajas oli levinuim **keha liikumine füüsiliselt pingutades** (vt Lisa 9, Joonis 91, lk 209).

Maakondade lõikes registreeriti 10 aastaga kõige enam TÕ-sid **Harjumaal**, kus asub ka enamik ettevõtteid ning töötab kõige rohkem inimesi, moodustades erinevatel aastatel peaaegu poole kõikidest TÕ-dest. Suhtarvuliselt registreeriti kõige rohkem TÕ-sid **Järva maakonnas** ja **Lääne-Viru maakonnas**, kõige vähem **Ida-Virumaal** ja **Hiiu maakonnas** (Lisa 9, Joonis 92 ja Joonis 93, lk 210).

Kokkuvõttes iseloomustavad TÕ-sid ja TÕ-sse sattunud inimesi järgmised tunnused:

- TÕ-sid juhtub sagedamini **meestel**, seejuures satuvad TÕ-desse pigem **nooremad mehed** ja **keskealised naised**;
- TÕ-sse sattujad on kõige sagedamini **kesk- või kutseharidusega**, suhtarvuliselt on kõige kõrgem tõenäosus sattuda TÕ-sse **põhihariduse või madalama haridusega hõivatutel**;
- tüüpiliselt on põhjuseks **masina, transpordivahendi või looma üle kontrolli kaotamine** või **kukkumine, libastumise ning komistamine**.
- viga saavad üldiselt **üla- ja alajäsemed**, ning tavaliselt on see **haav/pindmine vigastus, luumurd** või **nihestus/nikastus/venitus**;
- kõige rohkem juhtub TÕ-sid **töötlevas tööstuses**;
- TÕ-sid registreeritakse enim **oskus- ja käsitöölistel**, **teenindus- ja müügitöötajatel**, **lihttöölistel** ning **seadme- ja masinaoperaatoritel ja koostajatel**.

## 1.6 Töötamine ja töövõime tööga seotud haigusega ja tööõnnetusse sattunud inimestel

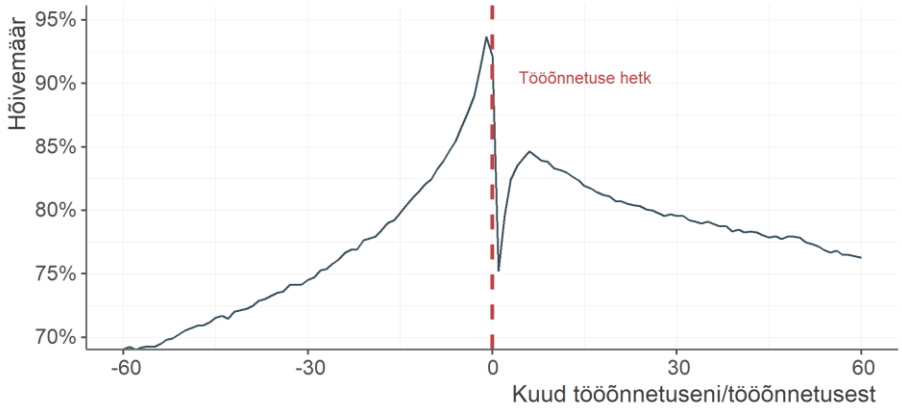
### 1.6.1 Töötamise jätkamine ja töötasu registriandmete põhjal

Tööst põhjustatud tervisekahjustus võib mõjutada töövõimet ja seeläbi inimese tööturul osalemist ning töist sissetulekut. Selles alapeatükis analüüsime töötamise jätkamist ja töötasu muutusi enne ning pärast TÕ toimumist või KH/TPH diagnoosimist, et hinnata tervisekahjustuse võimalikke tagajärgi hõivele ja varalise kahju ulatusele. Tööga seotud haigus kujuneb pika aja jooksul ning võib mõjutada inimese hõives püsimist ja sissetulekuid juba enne tervisekahjustuse seose tuvastamist töötamisega. Seetõttu vaatame töötamise jätkamist ja töötasu muutusi viis aastat enne ja pärast tööga seotud haiguse tuvastamist ja analoogselt uurime seoseid TÕ-del.

Hõivet ja töötasu suurust kirjeldame TSD-s deklareeritud töise tulu andmetega. Kui TSD-s oli vastaval kuul deklareeritud töist tulu, käsitlesime inimest sel kuul hõivatuna, vastasel juhul mittehõivatuna. Hõivemäär näitab, kui suur osa tööst põhjustatud tervisekahjustusega inimestest oli igal kuul tööga hõivatud (said TSD järgi töist tulu). Kuudel, mil inimene oli ajutiselt töövõimetu ja sai ajutise töövõimetuse hüvitist, käsitlesime teda mittehõivatuna. Kui samal kuul deklareeriti siiski ka töist tulu, kajastub ta hõives, kuid töötasu on väiksem. Deklareerimata töötasu eest töötamist TSD andmetest tuvastada ei ole võimalik.

Hõivemäär ja töötasu dünaamika erinevad TÕ-sse sattunute ja tööga seotud haiguse diagnoosiga inimestel. **Vahetult pärast TÕ-d vähenes töötasu saavate TÕ-sse sattunud inimeste osakaal 18 pp.** See näitab peamiselt TÕ-le järgnevat enam kui kuu aega kestvat ajutist töövõimetust. Lühemaajaline ajutine töövõimetus ei kajastu töötasude deklareerimise järgi hinnatud hõivemääras, sest sama kuu eest makstakse ja deklareeritakse nii haigushüvitist kui töötasu. **Umbes poole aasta vältel pärast õnnetuse toimumist tõuseb hõivemäär** u 9 pp, kuid mitte õnnetuse eelsele tasemele. Hõivemäär jääb õnnetuse eelsest tasemest püsivalt madalamaks, mis viitab osaliselt TÕ püsivatele tagajärgedele, sh mõnel juhul töövõime püsivale langusele. Pikaajalisem järk-järguline hõivemäära langus tuleneb loomulikust tööturudünaamikast ja osaliselt vanemaealiste jäämisest vanaduspensionile (vt Joonis 7).

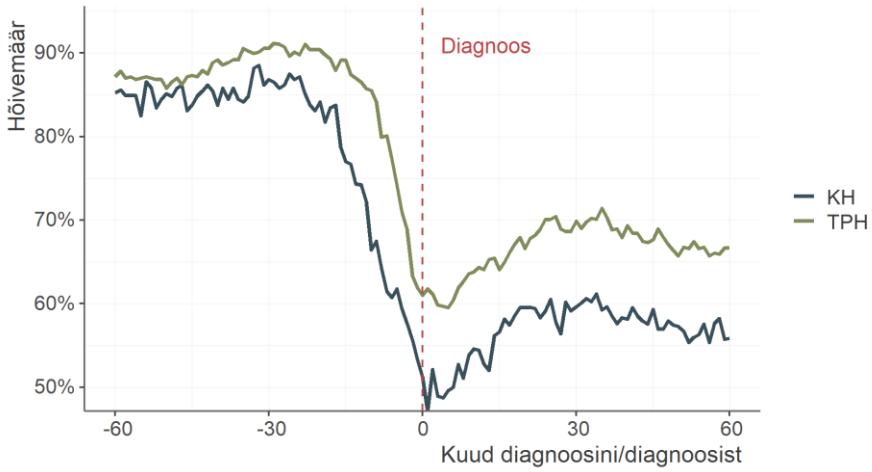
*Joonis 7. Tööõnnetusse sattunud inimeste hõivemäär enne ja pärast tööõnnetust (tööõnnetus registreeritud 2015–2024, hõivemäär 60 kuud enne ja pärast tööõnnetust)*




*Märkus. Hõivemäär näitab töiselt tulult TSD-l sotsiaalmaksu deklareerimist. Hõive kõikidest registreeritud TÕ-ga inimestest 60 kuud enne ja pärast TÕ-d; 18-65aastased, surnud on eemaldatud.*
*Allikas: TI ja SKA registriandmed*

Erinevalt TÕ-st, hakkab **tööga seotud haiguse diagnoosiga inimeste hõive langema juba kaks aastat enne haiguse tuvastamist**, kusjuures hõivemäära langus on eriti järsk alates 15 kuust enne diagnoosi saamist. Vahetult pärast diagnoosimist on hõivemäär TPH-ga inimestel umbes 60% ja KH-ga alla 50%, mis on ligikaudu 30–40 protsendipunkti (pp) madalam kui kaks aastat varem. Pärast diagnoosimist hõive mõne kuu järel taastub osaliselt ja jõuab umbes 2,5 aasta pärast ligikaudu 70%-ni TPH ja 60%-ni KH korral, mis on 10pp kõrgem madalaimast tasemest, jäädes siiski püsivalt madalamaks diagnoosieelsest perioodist. TPH hõivemäär on kogu perioodil umbes 10 pp kõrgem kui KH korral (vt Joonis 8).

*Joonis 8. Kutsehaiguse ja tööst põhjustatud haiguse diagnoosiga inimeste hõivemäär enne ja pärast diagnoosi (kutsehaigus või tööst põhjustatud haigus registreeritud 2015–2024, hõivemäär 60 kuud enne ja pärast diagnoosi)*

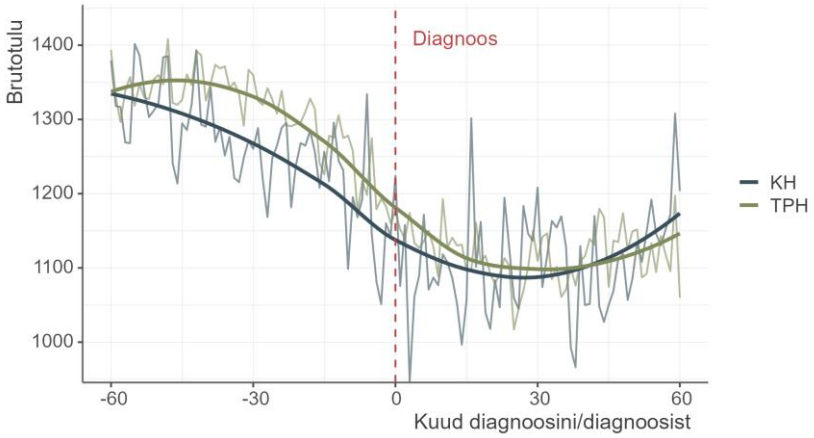



*Märkus. Hõivemäär näitab töiselt tulult TSD-l sotsiaalmaksu deklareerimist. Hõive kõikidest diagnositutest 60 kuud enne ja pärast diagnoosi; 18-65aastased, surnud on eemaldatud.*
*Allikas: TI ja SKA registriandmed*

Eelnevast nähtub, et tööga seotud haigusega inimeste hõivemäär viis aastat enne haiguse tuvastamist on kõrgem kui TÕ-del. TÕ-sse sattunud inimeste madalamat hõivemäära 60 kuud enne juhtumit seletab osaliselt rühma noorem vanuskoosseis. TÕ-sse satub suhteliselt rohkem noori, kellest osa ei pruukinud viis aastat enne õnnetust veel tööturul olla või oli nende hõive ebapüsivam. KH/TPH-ga inimesed on keskmiselt vanemad, kuna haigus kujuneb enamasti pikemaajalise töötamise ja ohuteguritega kokkupuute tagajärjel, mis tähendab püsivat tööhõivet diagnoosieelsel perioodil.

**KH- ja TPH-diagnoosiga inimeste töine brutotulu oli nii enne kui pärast diagnoosi langustrendis**. Suurim langus toimus diagnoosieelsel perioodil, saades alguse umbes 2,5–3 aastat enne diagnoosi (vt Joonis 9). Pärast diagnoosi töötasu ei kasva, vaid jääb ühtlaselt allapoole diagnoosieelset aega.

*Joonis 9. Kutsehaiguse ja tööst põhjustatud haiguse diagnoosiga inimeste keskmine tulu- ja sotsiaalmaksu deklaratsioonis deklareeritud töine sissetulek enne ja pärast diagnoosi (kutsehaigus või tööst põhjustatud haigus registreeritud 2015–2024, sissetulek eurodes 60 kuud enne ja pärast diagnoosi)*



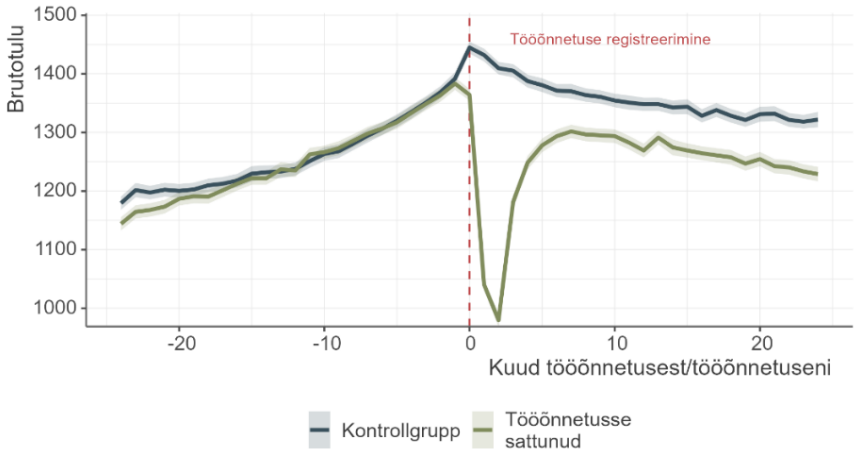

*Märkus. Brutotulu 2022. aasta hindades, ainult tulu saajad; 18-65aastased, surnud on eemaldatud.*
*Allikas: TI ja SKA registriandmed.*

**TÕ-l ei ole pikaajalist ja olulist seost töötasu muutusega** (vt Lisa 9, Joonis 94, lk 211). Samas, kuigi inimese enda palk otseselt TÕ tagajärjel ei lange, siis järgnev puhasmõju analüüs näitab, et võrreldes TÕ-sse mittesattunud sarnaste töötajatega kaotavad nad siiski edasises palgatasemes.

#### 1.6.1.1 Tööõnnetuse puhasmõju töisele sissetulekule

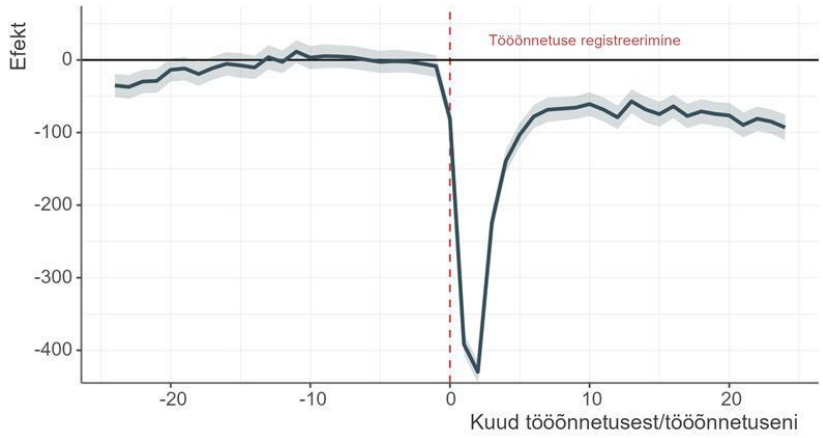
Selleks, et tuvastada TÕ mõju töötasule võrdlesime tööõnnetusse sattunud inimesi samade taustatunnustega inimestega, kellel tööõnnetust ei juhtunud (vt metoodikat Lisa 1, lk 130). Tulemusena näeme, et TÕ-l on püsiv mõju inimese hõive ja tasu kombinatsioonina kujunevale sissetulekule võrreldes sarnaste inimestega, kellel TÕ-st ei toimunud. TÕ-le järgneval kahel kuul on TÕ-sse sattunud inimesel töine sissetulek 2022. aasta hindades *ca* 390–430 eurot väiksem kui sarnase taustaga inimesel, kellel ei olnud TÕ-d. Kuuendaks kuuks pärast TÕ-d sissetulek küll mingil määral taastub, kuid jääb siiski püsivalt *ca* 70–90 eurot, ehk ligikaudu 5% kontrollgrupi teenitavast sissetulekust, madalamaks (vt Joonis 10 ja Joonis 11).

*Joonis 10. Tööõnnetusse sattunud ja neile sobitatud kontrollgrupi keskmine töötasu enne ja pärast tööõnnetuse toimumist (2022 hindades)*




*Allikas: Autorite arvutused, SKA registriandmed*

*Joonis 11. Tööõnnetusse sattunud inimeste ja kontrollgrupi sissetulekute erinevus eurodes*




*Allikas: Autorite arvutused, SKA registriandmed*

Kokkuvõttes näitavad registriandmed hõive ja sissetuleku kohta järgmist:

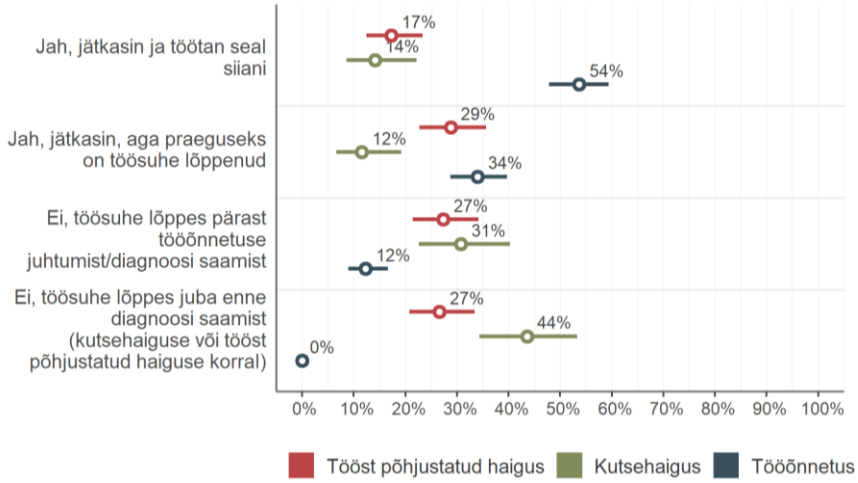
- **pärast TÕ-d jääb hõivemäär püsivalt madalamaks** kui õnnetuse-eelsel perioodil (õnnetusjärgne kõrgeim hõivemäär on ligikaudu 9 pp madalam kui hõivemäär TÕ hetkel);
- **KH/TPH-ga** inimeste hõivemäär **langeb** juba kuni **kaks aastat enne KH/TPH tuvastamist**. Pärast diagnoosi hõive osaliselt taastub, kuid ka kõrgeimas diagnoosijärgses punktis (2–3 aastat hiljem) on hõivemäär ligikaudu 20–30 pp madalam kui kaks aastat enne diagnoosi;
- **TÕ-l on püsiv negatiivne mõju töisele sissetulekule võrreldes samasuguste inimestega, kellel polnud TÕ-d**: kahel esimesel kuul pärast TÕ-d on sissetulek keskmiselt 390–430 eurot väiksem ning hiljem püsib vahe umbes 70–90 eurot kuus võrreldes samasuguse inimesega, kellel TÕ-d polnud;
- **KH/TPH-ga** inimeste brutotulu langus on suurim diagnoosieelsel perioodil ja algab 2,5–3 aastat enne diagnoosi. Pärast diagnoosi jääb sissetulek **püsivalt diagnoosieelsest tasemest madalamaks**.

### 1.6.2 Töötamise jätkamine ja töötingimuste muutumine küsitluse andmetel

Küsitluse tulemused kinnitavad registriandmetes leitut. **TÕ**-sse sattunud inimesed üldiselt jätkasid pärast **TÕ**-sse sattumist töötamist oma **senise tööandja juures** (88% vastanutest). **KH** diagnoosiga inimestest ligi kolmveerandil lõppes töösuhe kas juba **enne** KH tuvastamist või varsti **pärast** seda. **TPH**-diagnoosiga vastajatest **umbes pooltel** lõppes töösuhe **enne või pärast diagnoosi** (vt Joonis 12). Juhul, kui isik jätkas pärast diagnoosi või õnnetust tööd sama tööandja juures, siis kestis töösuhe tööga seotud haigusega inimestel veel keskmiselt **4,8 aastat**, TÕ-ga **2,4 aastat**.

**TÕ** järel töötasid sama tööandja juures jätkanud vastajad enamasti **samal ametikohal ja sama koormusega** kui enne õnnetust (84% TÕ-sse sattunud vastanutest). **Tööga seotud haigustega** inimestel muutus töökorraldus sagedamini. Samal ametikohal, sama koormusega jätkas umbes veerand nii TPH-ga kui ka KH-ga vastajatest. Eeskätt **vähendati koormust või tööülesandeid** (KH-ga vastajatest 45%, TPH-ga 46%), kuid mindi ka **teisele ametikohale** (KH 18%, TPH 25%) (vt Lisa 9, Joonis 95, lk 211). Kuna aga sama tööandja juures tööd jätkanud KH ja TPH-ga inimesi oli küsitluse vastajate seas vähe, siis on hinnangud suurte veapiiridega, mistõttu ei saa tulemustest palju järeldada.

*Joonis 12. Kas jätkas pärast tööga seotud haiguse diagnoosi saamist või tööõnnetuse toimumist töötamist sama tööandja juures (% vastava tööst põhjustatud tervisekahjustusega vastanutest, registreeritud 2015–2024)*



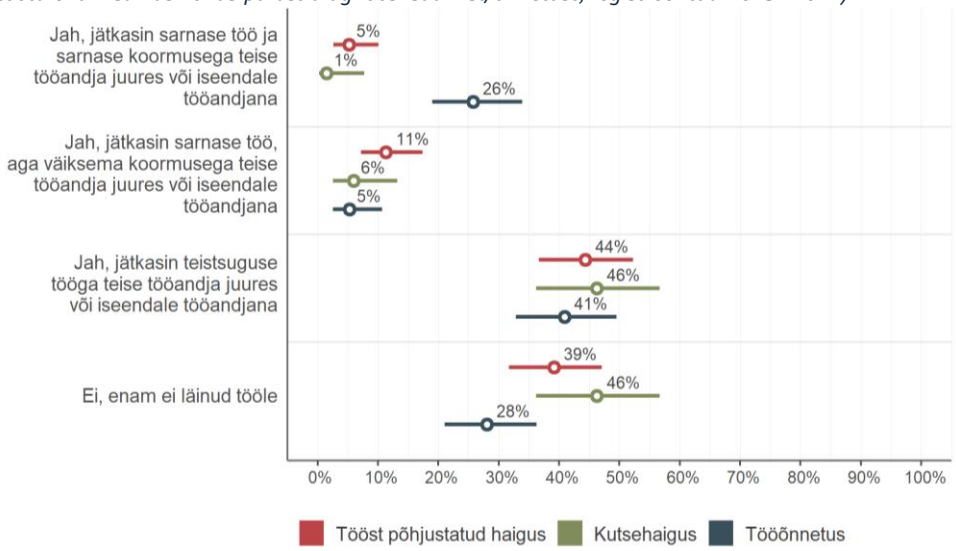

*Allikas: Tööst põhjustatud tervisekahjustustega inimeste küsitlus 2025.*

**Sama tööandja juures** jätkanud **tööga seotud haigusega** vastanutel on praegused töötingimused enamasti **tervist säästvamad kui enne diagnoosi** – töötingimused olid oluliselt või veidi tervist hoidvamad 72% TPH-ga vastanutest ning 70% KH-ga vastanutest. **TÕ** järel jäid tingimused valdavalt **samaks** (44%) või muutusid samuti **tervist hoidvamaks** (45%). Üksikutel juhtudel on olukord muutunud halvemaks – töökoormus on kasvanud või tööülesanded hõlmavad jätkuvalt potentsiaalselt tervist kahjustavaid tegevusi (vt Lisa 9, Joonis 96, lk 212).

Töösuhte ja töölepingu lõpetamisel lõpetati suuremal osal **TÕ-sse sattunutest** tööleping **poolte kokkuleppel** või **töötaja algatusel** (kokku 51% TÕ-sse sattunud vastanutest, kellel töösuhe lõppes). **Tööga seotud haigusega** inimeste tööleping lõppes aga kõige sagedamini **tööandja algatusel töötaja terviseseisundi tõttu** (KH-ga 40% ja TPH-ga 32% vastanutest, kellel töösuhe lõppes) (vt Lisa 9, Joonis 97). Töötajate sõnul erines tegelik töösuhte lõppemise põhjus ametlikust **TÕ-ga 21%, TPH-ga 28% ning KH-ga 34%** ("jah" vastuse osakaal). Tegelik põhjus oli töötaja enda arvates valdavalt tervislik seisund (sh mõnel juhul ka tööga seotud haiguse diagnoos) või erimeelsused tööandjaga ja pingeline õhkkond tööl. Üksikutel juhtudel oli põhjuseks pensionile jäämine, ettevõtte pankrotimenetlus või isiklikud põhjused.

Pärast töösuhte lõppemist jätkasid vastajad kõige sagedamini **teistsuguse tööga teise tööandja juures või iseendale tööandjana.** Tööga seotud haiguse korral oli ligikaudu sama suur osakaal neid, kes enam tööle ei naasnudki. Veerand TÕ-sse sattunud töötajatest jätkasid tööd sarnastel tingimustel teise tööandja juures või iseendale tööandjana (vt Joonis 13).

*Joonis 13. Kas asus pärast töösuhte lõppemist uuesti tööle (% vastava tööst põhjustatud tervisekahjustusega vastanutest, kes ei tööta enam samas kohas pärast diagnoosi saamist/õnnetust, registreeritud 2015–2024)*




*Allikas: Tööst põhjustatud tervisekahjustustega inimeste küsitlus 2025.*

Peamine põhjus töölt päris kõrvale jäämiseks tulenes **tervislikest takistustest, mis ei võimaldanud tööl käia**. Eriti selgelt tuli see esile tööga seotud haigusega vastajatel (KH-ga vastanutest 76% ja TPH-ga 77%), kuid oli levinud ka TÕ-sse sattunutel (49% TÕ-ga vastanutest). Järgmine põhjus oli sobiva töö mitteleidmine (KH 26%, TPH 40% ja TÕ 27% vastajatest) (vt Lisa 9, Joonis 98, lk 213).

Kokkuvõttes näeme küsitlusandmetest töötamise ja töötingimuste kohta järgmist:

- **Ligi kolmveerandil KH-ga ja umbes pooltel TPH-ga inimestest lõppes töösuhe** enne haiguse tuvastamist või vahetult pärast seda;
- Nii registriandmed kui küsitlusandmed kinnitavad, et suur osa tööga seotud haigusega inimestest **ei naase pärast töösuhte lõppu tööturule**: neist, kelle töösuhe lõppes, ei asunud uuesti tööle **39% TPH-ga** ja **46% KH-ga** vastajatest. Peamiselt jäädakse töölt kõrvale seetõttu, et **tervis ei võimalda töötamist**;
- Suur osa tööga seotud haigusega inimestest, kes lõpetasid töösuhte, **jätkas töötamist teistsugusel tööl** teise tööandja juures või iseendale tööandjana (**TPH 44%, KH 46%**). Kui pärast KH/TPH diagnoosi töötamist jätkati, muutusid töötingimused enamasti **tervist säästvamaks**;
- TÕ järel jätkati töötamist sagedamini kui KH/TPH diagnoosi korral. Enamasti jätkati tööd **sama tööandja juures**, **samal ametikohal** ja **sama koormusega**. Töötingimused jäid sageli **samaks (44%)** või muutusid **tervist hoidvamaks (45%)**;
- Töösuhte lõpetamise ametlik alus oli TÕ korral sagedamini **poolte kokkulepe** või **töötaja algatus**. Tööga seotud haiguse korral lõpetati töösuhe sagedamini **tööandja algatusel töötaja terviseseisundi tõttu**. Vastajate hinnangul erines tegelik töösuhte lõppemise põhjus kohati ametlikust (TÕ 21%, TPH 28%, KH 34% juhtudest) ning nendel juhtudel nimetati tegeliku põhjusena enamasti **terviseseisundit** või **pingeid tööl**.

### 1.6.3 Töövõime vähenemine ja töövõime kaotuse ulatus

Tööst põhjustatud tervisekahjustus võib, kuid ei pruugi, mõjutada inimese töövõimet. Vaatame, kui paljudel on tuvastatud töövõime vähenemine ja töövõime kaotuse ulatus pärast TÕ toimumist või KH/TPH diagnoosimist.

Sellel on tähendus hüvitamise seisukohalt, kuna tööst põhjustatud tervisekahjustusest tulenevat töövõimekaotuse ulatust kasutatakse kahjuhüvitamise proportsiooni arvestamisel SKA hüvitise arvutamisel TTOS-i järgi, aga ka olemasolevalt tööandjalt tervisekahju hüvitise taotlemisel (vt ka ptk 3.3.1.2).

Töövõimereformi järgselt, alates 2015. aastast, hinnatakse inimese töövõimet Töötukassas. Hindamise tulemusel tuvastatakse, kas töövõime on vähenenud või mitte. Töövõime vähenemise korral määratakse, kas töövõime on osaline või puuduv. Vähenenud töövõime annab õiguse töövõimetoetuse saamiseks. Enne 2015. aastat hinnati püsivat töövõimetust ja määrati töövõimetuse ulatus protsentuaalselt. Enam kui 40% püsiva töövõimetuse korral maksti töövõimetuspensioni. Kuna tööst põhjustatud tervisekahju hüvitamiseks on vaja teada täpselt hüvitatava tervisekahjustuse ulatust, siis on säilinud SKA-s töövõime kaotuse ulatuse hindamise teenus. Hindamiseks kasutatakse töövõimereformieelset püsiva töövõimetuse hindamise metoodikat. Hindamise tulemusena määratakse vähenenud töövõimega inimestele töövõime kaotuse ulatust kirjeldav protsent. SKA hindab töövõime kaotuse ulatust üksnes juhul, kui Töötukassa on eelnevalt tuvastanud töövõime vähenemise.

SKA ja TK registriandmete alusel oli perioodil 2015–2024 kumulatiivselt lisandunud tööga seotud haigusega inimestest 2024. aastaks tuvastatud töövõime vähenemine pea pooltel:

- **KH diagnoosiga:**
  - osaline töövõime 120 inimesel ehk 40%;
  - puuduv töövõime 38 inimesel ehk 13%.
- **TPH diagnoosiga:**
  - osaline töövõime 226 inimesel ehk 35%;
  - puuduv töövõime 73 inimesel ehk 11%.

Enamjaolt tuvastati töövõime vähenemine juba diagnoosieelsel perioodil, kuid siiski suurenes vähenenud töövõimega inimeste osakaal kõigist KH/TPH diagnoosiga inimestest ka vahetult pärast diagnoosi saamist (vt Lisa 9, Joonis 99, lk 213).

Töövõime kaotuse ulatust hinnatakse SKA-s ainult KH ja TÕ-ga inimestel, kellel on tuvastatud töövõime vähenemine Töötukassas, mistõttu on töövõime kaotuse ulatus tuvastatud vähematel kui vähenenud töövõime. Aastatel 2015–2024 diagnoositi KH kokku 301 inimesel, neist **111 inimest (37%) käisid SKA-s töövõime kaotuse ulatust hindamas** (vt Lisa 9, Joonis 101, lk 214). Töövõime kaotuse ulatuseks tuvastati KH hindamisel käinutest 3 inimesel 20–30%, 75 inimesel 40–60%, 16 inimesel 70–90% ja 17 inimesel 100%. TÕ-sse sattunutest on alates 2016. aastast SKA-s töövõime kaotuse tuvastatud ühel inimesel.

## 1.7 Hinnang tööga seotud haiguste aladiagnoosimisele ja tööõnnetuste alaregistreerimisele

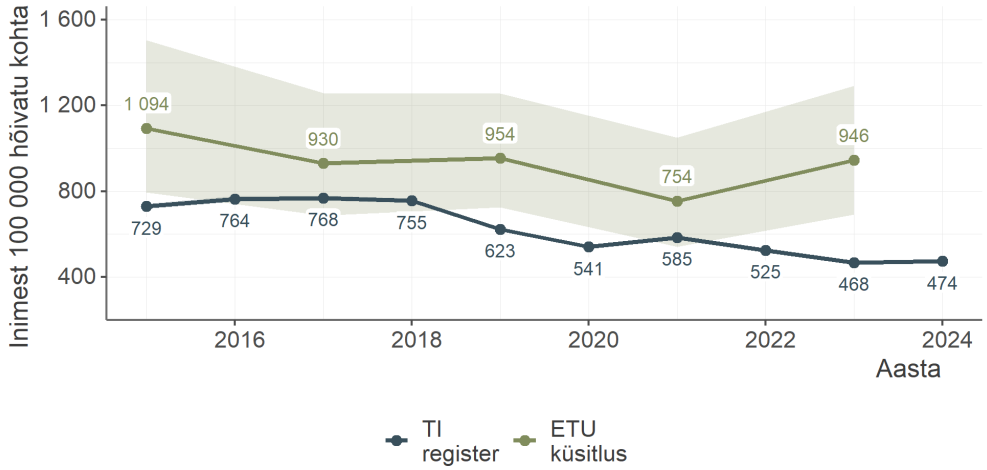
Alaregistreerimise ja aladiagnoosimise hindamiseks kõrvutame ETU-s kogutud inimeste enesehinnangutel põhinevaid andmeid registriandmetega.

### 1.7.1 Tööõnnetuste alaregistreerimine

**TÕ-**de alaregistreerimise hindamiseks kõrvutame TI registriandmetel TÕ arvu ETU küsitlusega, kus küsiti, **kas viimase 12 kuu jooksul on vastajal juhtunud TÕ**. Arvestasime TÕ-sid, mille tagajärjel oli vastaja töölt eemal vähemalt ühe päeva.

**ETU küsitluse järgi sattus TÕ-desse inimesi rohkem kui ametlikult registreeriti TÕ-sid TI-s**. Erinevus oli 2023. aastal keskmiselt 478 inimest 100 000 hõivatu kohta, 2019. aastal 331 ning 2015. aastal 365 inimest 100 000 hõivatu kohta. 2017. ja 2021. aastal olulist erinevust ei olnud (vt Joonis 14). Soo lõikes oli 2015–2023 TÕ-de alaregistreerimine suurem meeste seas. Enne 2023. aastat naistel TÕ-de registri- ja küsitlusandmete erinevus puudus. 2023. aastal oli alaregistreerimise hinnang (ETU ja registriandmete vahe) keskmiselt meestel 519 ja naistel 439 TÕ-d 100 000 hõivatu kohta (vt Lisa 9, Joonis 102).

*Joonis 14. Tööõnnetusse sattunud inimeste suhtarv 100 000 hõivatu kohta aastate lõikes*




*Märkus. Suhte aluseks olev hõivatute arv leitud ETU andmetel. Hõivatud vanuses 15–74. Tööõnnetuse andmed ETU-s koguti ad-hoc lisaga aastatel 2015, 2017, 2019, 2020, 2021 ja 2023. ETU andmetel on kasutatud tingimust, et TÕ pidi põhjustama vähemalt ühe päeva ajutist töövõimetust.*
*Allikas: TI registriandmed, ETU.*

ETU ja TI andmete erinevused viitavad sellele, et TÕ-de alaregistreerimine on erinevate aastate lõikes kõikuv, kuid seda esineb rohkem **meeste** seas.

### 1.7.2 Tööga seotud haiguste aladiagnoosimine

**KH ja TPH** aladiagnoosimise hindamiseks võrdlesime registriandmeid kahe ETU küsimusega: (1) kas inimesel esines viimase 12 kuu jooksul füüsiline või vaimne terviseprobleem ning selle **tekkimise või süvenemise põhjused olid tööga seotud**, arvestades nii praegust tööd kui ka varasemaid töökohti; (2) kas punktis üks nimetatud tööst põhjustatud või tööga süvenenud terviseprobleem piirab **märkimisväärselt** inimese võimet teha igapäevategevusi tööl või väljaspool tööd.

**Ametlikult registreeritud tööga seotud haiguste ja ETU andmetel eneseraporteeritud tööga seotud terviseprobleemide levimus erineb märkimisväärselt, mis viitab ulatuslikule aladiagnoosimisele**. 2020. aasta ETU andmetel oli 100 000 hõivatu kohta 6659,6 inimest tööga seotud terviseprobleemiga, neist 2384,8 inimest pidas tööga seotud terviseprobleemi märkimisväärselt elu ja tööd piiravaks. TI registris registreeriti 2015–2024 igal aastal kümneid kordi vähem KH/TPH diagnoosiga inimesi 100 000 hõivatu kohta. Viimase 10 aasta jooksul diagnoositud tööga seotud haigustest oli 2024. aastaks kumulatiivselt 131,8 KH/TPH diagnoosiga inimest 100 000 hõivatu kohta. Sotsiaaldemograafiliste lõigete jaotamine suurema ja väiksema aladiagnoosimisega gruppideks ei oleks sisukas, kuivõrd **aladiagnoosimist esineks igas lõikes.**

Erinevuse ulatuslikkust selgitab tõenäoliselt asjaolu, et ETU käsitleb viimase 12 kuu jooksul esinenud tööga seotud terviseprobleeme, sealhulgas kergemaid ja mööduvaid vaevusi. Küsimused on seega laialt tõlgendatavad ega ole seotud tööga seotud diagnoosi olemasoluga, piisab inimese hinnangust, et töö põhjustab või süvendab sümptomeid (nt tööl kogetav ärevus ilma väljakujunenud psüühikahäire diagnoosita). Igal juhul võib väita, et **TPH ja KH diagnooside arv ei kajasta kaugeltki tööga seotud terviseprobleemide ega ilmselt ka mitte tööga seotud haiguste levikut, mille põhjal oleks võimalik Eesti töötajate tööga seotud terviseprobleemide levikut hinnata**. Seda järeldust toetab võrdlus teiste riikidega (vt Lisa 6 Kutsehaiguste diagnoosimise praktika teistes riikides, Joonis 57, lk 146), kus KH-sid diagnoositakse oluliselt sagedamini – mitmes riigis on KH-de diagnoosimissagedus Eestist kümneid kordi kõrgem, mis annab alust eeldada, et ka Eestis on tööga seotud haigused märksa levinumad kui neid tegelikkuses diagnoositakse.

## 1.8 Kokkuvõte

Tööga seotud haiguste ja tööõnnetuste trendid on aja jooksul käitunud erinevalt. KH ja TPH-ga inimeste arv on viimase kahekümne aasta jooksul oluliselt vähenenud, samas kui TÕ-del samaväärset langustrendi ei ilmne. Registriandmed peegeldavad lisaks tervisekahjustuste tegelikule esinemisele ka registreerimispraktikat ning tööga seotud haiguste tõenäoliselt ulatuslikku aladiagnoosimist.

Tööst põhjustatud tervisekahjustused esinevad sagedamini teatud sotsiaaldemograafilistes rühmades. Tööga seotud haigused registreeritakse sagedamini keskealistel ja naistel ning kõige sagedamini on tegemist lihas-skeleti ja sidekoe haigustega, füsioloogiliste ohuteguritega ning töötleva tööstuse ja teiste füüsiliselt koormavate tegevusaladega. Tööõnnetused esinevad sagedamini meestel, eriti noorematel meestel, ning seonduvad kõige sagedamini kontrolli kaotamise, kukkumise, libastumise ja komistamisega. Seega ei jagune risk tööturul ühtlaselt, vaid on sotsiaaldemograafilisi gruppe ja ameti- ning tegevusalasid, kus risk on oluliselt kõrgem kui keskmiselt.

Tööst põhjustatud tervisekahjustused ei esine alati üksikute isoleeritud juhtumitena. Esineb erinevate tööst põhjustatud tervisekahjustuste kombinatsioone või korduvaid analoogse tervisekahjustuse juhtumeid. Eriti ilmneb see tööga seotud haigustel, kus KH järgneb TPH-le. See osutab, et tööst põhjustatud tervisekahjustus ei pruugi piirduda üksiku juhtumiga, vaid tuleb vaadata inimese pikemaajalist tervise- ja tööelukäiku.

Tööõnnetuse järel langeb hõive vahetult pärast õnnetust ning taastub hiljem suurel määral. Väike erinevus hõivemääras jääb püsima. Tööga seotud haigustega inimeste keskmine hõive ja töötasu langus algab aastaid enne diagnoosi, mis viitab tervisekahjustuse mõjule juba enne selle ametlikku tuvastamist. Tööga seotud haigusega inimeste töösuhe lõppeb sagedamini kui TÕ-ga inimestel juba enne või vahetult pärast diagnoosi. Juhul, kui tööga seotud haigusega inimesed jätkavad töötamist, siis tavaliselt muutuvad töötingimused tervist säästvamaks. Seega mõjutab tööga seotud tervisekahjustus lisaks tervisele töötamise jätkamist, töökoha töötingimusi ja sissetulekut ning need mõjud erinevad TÕ-l ja tööga seotud haigustel.

Töövõime vähenemine on tuvastatud tööga seotud haigusega inimestest umbes pooltel ja töövõime kaotuse ulatus tuvastatud ligi kolmandikul.

Registri- ja eneseraporteeritud andmete võrdlus näitab tööst põhjustatud tervisekahjustuste ulatuslikku alaregistreerimist. Seetõttu annavad registriandmed küll pildi ametlikult tuvastatud juhtumitest, kuid ei kajasta tööga seotud tervisekahjustuste tegelikku levikut Eestis.

# 2 Tööga seotud haiguste tuvastamine

## 2.1 Sissejuhatus ja ülesande piiritlemine

Tööga seotud haiguste diagnoosimise ja tuvastamisega seonduvad uurimisküsimused jagunesid kaheks. Esiteks, **TPH ja KH tuvastamise protsess ja selle probleemkohtade analüüs**, teiseks, **TPH ja KH avastamise ja diagnoosimise võimalike lahenduste analüüs.**

Eestis kehtib tööga seotud haiguste diagnoosimise ja tuvastamise süsteemi kujundav regulatsioon TTOS aastast 1999. Tööga seotud haiguste tuvastamise protsess, mõistete sisu, eesmärgid, seos praktilise (töö)tervishoiuga ning roll ennetuse ja kahjuhüvitamise süsteemides ei ole regulatsioonides selgelt piiritletud. Seetõttu tuleb enne lahenduste analüüsi selgelt raamistada, millist eesmärki TPH ja KH diagnoosimine Eestis teenib.

Peatükis analüüsime TPH ja KH diagnoosimise protsessi, tuvastame selle probleemkohad ning hindame, kas ja kuidas kehtiv õiguslik raamistik ja praktika toetavad süsteemi eesmärke. Analüüs põhineb kahel üksteist täiendaval vaatenurgal:

- Millised on TPH ja KH diagnoosimise eesmärgid töötervishoius ja kahjuhüvitamises sh:
    - teooria ja rahvusvahelise kogemuse järgi (ptk 2.2.1) ning
    - Eesti seaduste ja praktika järgi (ptk 2.2.1).
- Milline on töötaja teekond TPH ja KH tuvastamisel; seal kus asjakohane, võrdleme tulemusi või lisame infot ka kohtulahendite analüüsi tulemustest (vt Lisa 3 Kohtuvaidluste analüüsi metoodika ja koondstatistika, lk 135).

## 2.2 Tööga seotud haiguste diagnoosimise vajalikkus

### 2.2.1 Tööga seotud haiguste diagnoosimise teoreetiline eesmärk

Töötamine ja tervis on vastastikuses seoses: töötamine mõjutab tervist ja tervis mõjutab töötamist. Töötajate haigestumise saab jaotada haiguse põhjustajate järgi tinglikult kolmeks:[5]

1) üldhaigestumine, mille põhjused ei seondu töötamisega (nt diabeet);
2) *work related diseases*[6, 7] – mitmepõhjuselised haigused, mille tekkes või süvenemises on töökeskkonnal roll, kuid see pole ainuke põhjus (nt alaselja valu);
3) KH, mille konkreetne, tuvastatav töökeskkonna ohutegur on haiguse peamine või vältimatu põhjus (nt asbestoos).

Tervisehäire – olenemata etioloogiast – võib mõjutada töötamist ning töö võib mõjutada haiguse kulgu. Seetõttu on oluline kohandada töötingimused töötaja tervise toetamiseks: vähendada kokkupuuteid

[5] Koh, D., Gan, W. H. (2022). Textbook of Occupational Medicine Practice. Work and Health. Vaadatud 19.03.2026.

[6] World Health Organization (1985) määratleb mõiste *work related diseases*, mille tähendus Eestis ei vasta kitsalt TTOS-is TPH-le. TPH TTOS § 23 lg 3 järgi on töökeskkonna ohuteguri põhjustatud haigus, mida ei loeta kutsehaiguseks.

[7] Terminile pole Eesti regulatsioone arvestades head eestikeelset vastet. Tinglikult võiks sellele vastata Eesti regulatsioonis TPH, kuid seadus ei määratle seda nii. Otsetõlkena võiks seda nimetada eesti keeles „tööga seotud haiguseks“, kuid Eesti regulatsioon määrab tööga seotud haiguse KH ja TPH katusmõistena. Seetõttu on see määratlus siinkohal jäetud inglisekeelsena.

ohuteguritega, kohandada töövahendeid või töötingimusi, korraldada tööpause või leida sobivam töö. Kohandused peaksid olema võimalikud sõltumata haiguse põhjusest. Töötamise negatiivset mõju tervisele tuleb märgata võimalikult varakult ja kohandused teha kiiresti. Kuna töötaja vajab terviseprobleemi korral kiiret tuge sõltumata selle põhjustest, peaks töötingimuste kohandamine olema võimalik ka ilma KH või TPH diagnoosita ning toimima eraldi tööga seotud haiguste diagnoosimise süsteemist.

KH viitab tervisekahjustusele, mille tekkimist oleks saanud töötingimuste muutmisega ennetada, sest ilma töökeskkonna ohuteguriga kokkupuuteta poleks haigust tekkinud. KH tuvastamisel on haigus juba välja kujunenud, seetõttu on KH diagnoos alati tagantjärele seose loomine töötamise ja haiguse vahel. Seega saab KH tuvastamise süsteem täita neid eesmärke, mida võimaldab tervisekahjustusest tagantjärele teada saamine. Laiemalt, peale töötajale korrektse ravi ja töötingimuste kohandamise soovituste andmise, saab KH tuvastamisel olla kolm eesmärki:

1. Indikaatorjuhtum – näitab, et konkreetse tööandja juures tuleb töötingimused kiirelt üle vaadata, et ennetada sarnaseid juhtumeid (teistel töötajatel).
2. Kahjuhüvitiste alus – loob õigusliku raamistiku kahju määramiseks, hüvitamiseks ja tööandja vastutuse hindamiseks.
3. Riiklik seire – võimaldab jälgida töökeskkonna ohuteguritest tingitud tervisekahjustuste levikut ja trende ning kavandada järelevalvet, regulatiivseid muudatusi ning ennetusprogramme, luua andmestik teadus- ja poliitikauuringuteks.

Oluline on, et kuigi KH diagnoosiga võivad kaasneda soovitused tervist hoidvamaks tööks, ei ole juba kujunenud haiguse tekkimist enam võimalik vältida. Võimalik on üksnes pidurdada selle süvenemist või ennetada kordumist. Kui TPH-d käsitatakse juba kujunenud haigusena, millel on seos töötamisega, siis on ka selle diagnoosimine analoogselt KH-ga tagantjärele haiguse ja töötamise seose tuvastamine. Sel juhul on TPH diagnoosimise eesmärgid sisuliselt samad mis KH diagnoosimisel. Kui aga TPH-d mõista KH-le eelneva seisundina, on selle peamine mõte varajane sekkumine.

Kuigi tööga seotud haiguste diagnoosimise laiem eesmärk on tervislikuma töökeskkonna loomine ja tööst põhjustatud tervisekahjustuste ennetamine, on riikliku süsteemi kujundamisel otstarbekas lähtuda kitsamalt eelnevalt nimetatud kolmest eesmärgist. Kitsamad eesmärgid aitavad luua raamistiku, mille kaudu laiemat eesmärki taotleda, süsteeme kujundada ja hinnata.

Uuringus kirjeldame viie riigi praktikat tööga seotud haiguste diagnoosimisel (vt ptk 4, lk 96). Kõigis riikides on kitsalt määratud KH tuvastamise eesmärk kahjuhüvitiste õiguse tuvastamine ja maksmine (vt Lisa 7, Tabel 17, lk 179), kõrvaleesmärgina või protsessi osana kogutakse statistikat riikliku järelevalve ja töötingimuste parandamise eesmärgil. Seega on vaatlusalustes riikides KH tuvastamine seotud kahjuhüvitamise eesmärgiga ning sellele vastavalt on kujundatud KH tuvastamise süsteem. Andmed edastatakse statistikaks ja ennetuseks kas KH kahtluse või töötaja pöördumise alusel või pärast KH kinnitamist.

Vaadeldud riikidest kõigis, peale Rootsi, määratakse KH-na haigused, mis on KH loetelus (vt Lisa 7 Teiste riikide praktika kokkuvõtvad tabelid uurimisküsimuste järgi, Tabel 18, lk 179). Enamasti saab eritingimustel ja kaalutlemisel lugeda KH-ks ka loeteluväliseid haigusi, kui on tõenäoline, et tegemist on tööst tuleneva haigusega (v.a Läti, kus loetakse KH-ks ainult loetelus olevad haigused). Viimaseid, eritingimustel KH-na määratletud haigusi, tähistatakse siiski sama terminiga „kutsehaigus“. Vaid Saksamaal on reguleeritud täiendav mõiste, mille tõlge eesti keelde on „nagu kutsehaigus“, mis viitab haigustele, mida loetakse KH-ks, aga mis pole veel KH nimekirja kantud. Rootsis kaalutletakse iga haiguse seost töötamisega eraldi ning määratakse

KH-na haigus, mille korral tuvastatakse, et see tuleneb töötamisest, aga KH määramisega tegeletakse pärast seda, kui on tuvastatud, kas muud kahjuhüvitise saamise tingimused on täidetud.

Üheski vaatlusaluses riigis ei määratleta seaduses eraldi mõistet „tööga seotud haigus" või „tööst põhjustatud haigus". Sisuliselt kasutatakse neid töötervishoiuarstide kliinilises praktikas ja ennetustegevuses, kuid neil puudub õiguslik tähendus teenuste, kahjuhüvitiste õiguste tekkimisel või kohustuste määramisel. Seega ei paku rahvusvaheline praktika mudelit TPH mõiste õiguslikuks raamistikuks – selleks tuleb Eestis esmalt täpsustada TPH roll ja eesmärgid ning seos olemasoleva tööga seotud haiguste süsteemiga.

### 2.2.2 Tööga seotud haigused ja nende diagnoosimise eesmärk Eesti õiguses ning praktikas

Eestis ei määratle seadus otseselt, mis eesmärgil diagnoositakse KH-d või TPH-d. Eesmärgist annab kaudselt aimu KH uurimisele seatud eesmärk VV määruses „Tööõnnetuse ja kutsehaigestumise registreerimise, teatamise ja uurimise kord" § 8 lg 1: välja selgitada kutsehaigestumise asjaolud ja põhjused ning kindlaks määrata abinõud samalaadse juhtumi kordumise vältimiseks. See viitab KH diagnoosile kui ennetusmeetmele ja indikaatorjuhtumile. Samas on KH diagnoosimine alati tagantjärele kahju fikseerimine – haigus on juba tekkinud – mistõttu ei saa ennetust pidada diagnoosimise keskseks eesmärgiks. Keskne töötervishoiu ennetustegevus peab asuma mujal (riskianalüüsid, töötervishoiu ennetavad kontrollid jm), nii et hoitaks ära tervisekahjustuste tekkimine.

KH ja TPH diagnoosimise praktilised tagajärjed näitavad, millist eesmärki need Eestis täidavad. Tööga seotud haiguste diagnoosimise teekonda, osapooli ja ülesandeid kirjeldab Joonis 15. Töötaja teekond joonisel algab sellest, kui arst kahtlustab haiguse olemasolu ja väljastab saatekirja töötervishoiuarsti poole pöördumiseks. Joonis lõppeb KH diagnoosist tekkivate võimalustega:

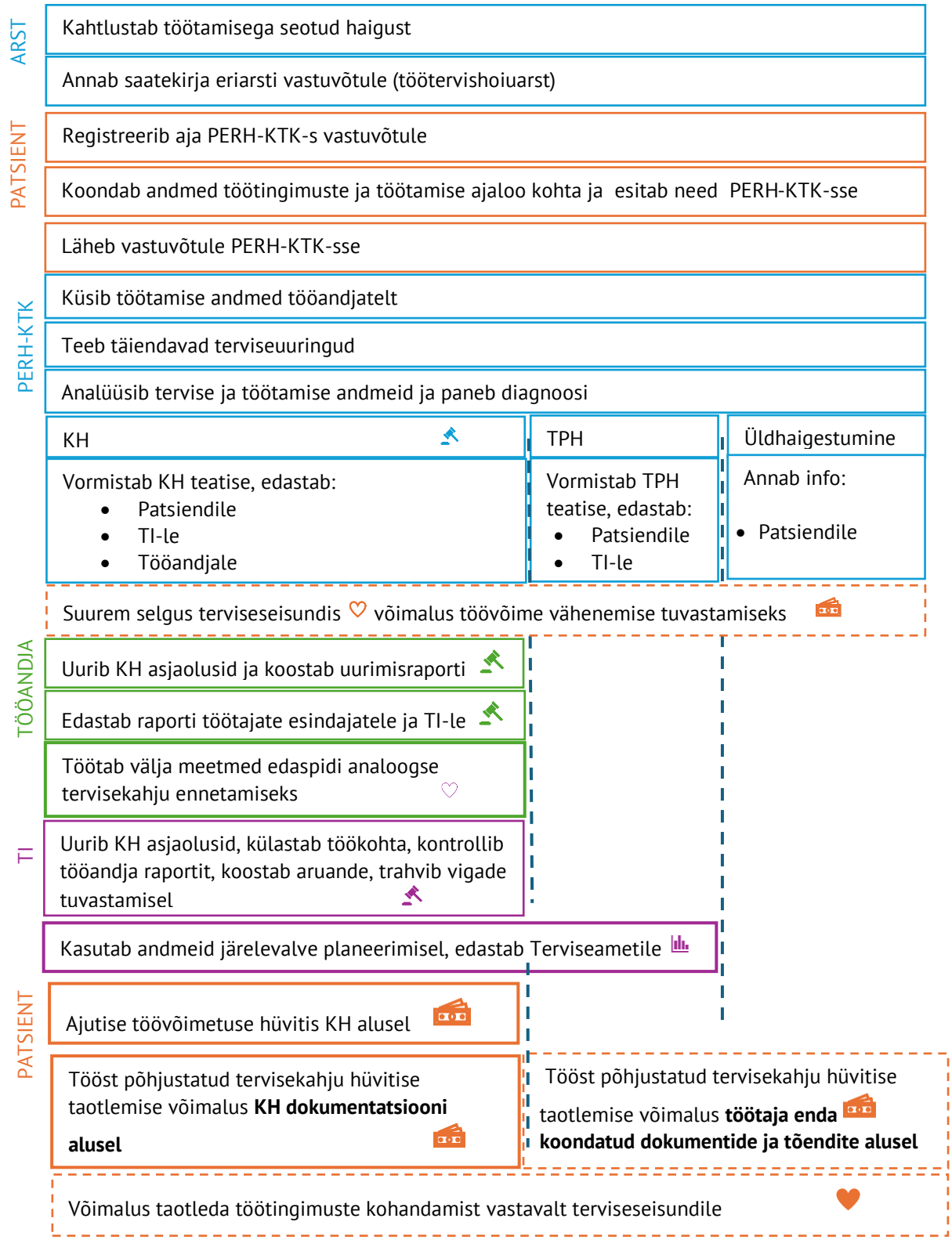
- katkendliku joonega on kastid, millele diagnoosimine annab sisendit, kuid mis pole otseselt diagnoosimise protsessist sõltuvad. Need tulemid võib saada ka tööga seotud haiguse diagnoosimise protsessi läbimata;
- paksu raamiga on kastid, mis näitavad diagnoosimise protsessist otseselt sõltuvaid tulemeid, mida ilma KH diagnoosita ei teki.

**Arst** vormistab **KH** diagnoosimisel KH teatise ning teavitab TI-d ja tööandjat. **TPH** diagnoosimisel piirdub arst TI teavitamisega.

**Tööandja** TPH diagnoosist teada ei saa ja kohustusi talle ei teki. KH diagnoosi teavituse saamisel peab tööandja:

- uurima töökeskkonda ja koostama uurimisraporti (TTOS § 24);
- võtma kasutusele meetmed töökeskkonna parandamiseks ja tervisekahjustuste ennetamiseks (TTOS § 13);
- teavitama uurimistulemustest TI-d, kes vajadusel viib läbi täiendava kontrolli, kavandab järelevalvet ja teeb ettekirjutusi (TTOS § 24–25).

*Joonis 15. Töötaja teekond tööga seotud haiguse diagnoosimisel ja töökohaga sidumisel*



**Töötajal**:

- on **KH korral** õigus:
    - ajutise töövõimetuse perioodil saada **heldemat haigushüvitist**[8] (vt selle kasutamise levikut ptk 3.4, lk 79).
    - õigusjärglaseta lõpetatud tööandja asemel taotleda KH-st tingitud **tervisekahjust tuleneva varalise kahju hüvitist SKA-st** (edaspidi ka SKA kahjuhüvitis[9]) (vt selle kasutamise levikut ptk 3.5.2, lk 85).
- on õigus **taotleda tööandja tekitatud tervisekahju hüvitamist** võlaõigusseaduse (VõS) alusel, sõltumata KH või TPH diagnoosist. Praktikas on kahju ja tööandja vastutuse tõendamine lihtsam **KH diagnoosi** olemasolul, kuna diagnoosiga kaasnevad tõendid töökeskkonna uurimise ja terviseseisundi ning töötamise seose kohta. KH diagnoos on üldjuhul vajalik nii tööandja vabatahtliku vastutuskindlustuse kaudu makstava kahjuhüvitise kui ka SKA kahjuhüvitise saamiseks (vt ptk 3.3, lk 61).

Töötajate küsitlus ja intervjuud näitavad, et tööga seotud haiguse diagnoosimist taotletakse eri põhjustel, millest sagedasemad on soov saada selgust terviseprobleemi põhjustes ja toetada töövõime hindamisega seotud otsuseid, kahjuhüvitiste teema on töötajate endi kirjeldustes pigem teisejärguline ning teadlikkus KH seosest kahjuhüvitistega ebaühtlane. Detailsemalt käsitleme pöördumise ajendeid ja loobumise põhjuseid pöördumise etapis (vt ptk 2.4.2, lk 47).

**KH ega TPH diagnoosimine ei anna töötajale teistest tervisekahjustustest erinevaid õigusi nõuda töökeskkonna kohandamist oma tervisele sobivamaks.** Töötajal on õigus arsti otsuse alusel taotleda üleviimist ajutiselt või alaliselt teisele tööle või töötingimuste ajutist kergendamist (TTOS § 14 lg 5 p 5), samuti öötöö asendamist töötamisega päevasel ajal (TTOS § 14 lg 5 p $5^1$), seda olenemata sellest, kas tööga seotud haigus on diagnoositud või on mingist muust haigusest tulenevalt vaja kohandada töötingimusi. Kuigi TTOS § $10^1$ lg 3 ütleb, et tööandja on kohustatud KH tagajärjel osaliselt töövõime kaotanud töötajale pakkuma võimalust jätkata sobival tööl ettevõttes, siis praktikas ei erine see kohustus teistest tervisehäiretest. Kõikide tervisehäirete kohta ütleb TLS § 88 lg 2, et tervisest tulenevate töötamise takistuste korral peab tööandja pakkuma töötajale võimaluse korral teist tööd enne, kui töölepingu üles ütleb.

KH ja TPH diagnoosimise praktilised eesmärgid saab seega kokku võtta järgmiselt:

- **KH** diagnoos seob tervisekahjustuse konkreetse töökeskkonna ja tööandjaga, mis annab töötajale selguse haiguse päritolu kohta ja tõendi kahjuhüvitise taotlemiseks, mis on mitmel juhul kahjuhüvitise saamise eelduseks.
- **KH** diagnoosimise järel peab tööandja uurima töökeskkonda ja võtma kasutusele meetmed järgneva tervisekahjustuse vältimiseks.

[8] KH-dest põhjustatud ajutise töövõimetuse korral maksab Tervisekassa haigushüvitist alates 2. töövõimetuse päevast ning 100% asendusmääraga vrdl muu haigestumise korral on inimese omavastutus 3 päeva, mille järel makstakse haigushüvitist asendusmääraga 70%.

[9] TTOS ptk $5^1$ reguleerib tööõnnetusest ja kutsehaigusest tingitud kahju hüvitamist SKA poolt. SKA veebilehel nimetatakse seda tööõnnetuste ja kutsehaigustega seotud kahjuhüvitised või kahjuhüvitis tööõnnetuse ja kutsehaiguse korral. Statistikaamet avaldab andmeid (tabel SK181) hüvitise nimetusega "Kahjuhüvitis töötrauma ja kutsehaiguse puhul". Varem on kasutatud tööõnnetustest tingitud tervisekahju tähistamiseks ka väljendit töövigastus nt Ettevõtete, asutuste ja organisatsioonide töötajatele tööülesannete täitmisel saadud vigastuse või muu tervisekahjustusega tekitatud kahju hüvitamise ajutine kord. (RT 1992, 33, 431).

- **KH ja TPH diagnoosid** lähevad riiklikusse seiresse TI-s ja Terviseametis, mis võimaldab koguda statistikat ning kavandada järelevalvet ja ennetustegevust.

**TPH tõlgendused ja praktiline tähendus.** Erinevalt KH-st mõistetakse TPH-d nii selle uuringu intervjuude kui varasemate uuringute põhjal praktikas mitmeti:

1. **TPH kui haigus, mille tekkes oli töökeskkond vaid üks mitmest mõjurist**. Selle järgi ei loeta TPH-d KH-ks seetõttu, et töökeskkonna ohutegur **polnud ainuke haiguse põhjustaja**[10], kuid vähemalt ühe tööst tuleneva põhjustajaga on sisult TPH sarnane KH-le**.**
2. **TPH kui pöörduv või lühiajaline seisund, mis võib kujuneda hiljem KH-ks**[11, 12]. Osades intervjuudes kirjeldati TPH-d kui lühiajalist/pöörduvat/akuutset ning KH-d kui väljakujunenud/kroonilist/pikaajalist terviseseisundit. Selle tõlgenduse korral on võimalik TPH diagnoosi kasutades ja töökeskkonda ning töötingimusi suunates ennetada KH välja kujunemist.
3. **TPH kui tööga seotud haigus ilma konkreetse töökeskkonna seoseta**, kas töötaja enda soovil (nt töökoha säilitamiseks) või tõendamise piirangute tõttu. Lisaks töötaja soovile KH diagnoosist loobuda võib olukord tuleneda meditsiinisüsteemist, kui haiguse sidumiseks konkreetse töö või töötaja töötingimustega on liiga vähe infot (nt on haigestumisest möödunud palju aega). Teoreetiliselt võib puududa veel ka teaduslik kindlus haiguse sidumiseks töökeskkonna ohuteguriga.

Lisaks TPH mitmesugusele tõlgendusele ilmnes intervjuudes, et mõistet **tööga seotud haigus** kasutatakse mõnikord ka iseseisva tähendusega mõistena, mitte TPH ja KH üheks siduva katusmõistena nagu seda sätestab TTOS. Sellise tõlgenduse korral loodi gradatsioon töö mõju suuruse järgi haiguse kujunemisele: tööga seotud haigus on üldhaigestumine, mis küll halveneb töötamise mõjul, kuid töö mõju on väiksem kui TPH-l; TPH ja KH järgnevad järjest tõusvas joones töö mõjuga tervisele, kus TPH korral on töötamise mõju haiguse kujunemisele kuni 50% ja KH-l üle 50%. Käesolevas uuringus lähtume kitsalt TTOS-i tähendusest, mille järgi on tööga seotud haigus katusmõiste TPH-le ja KH-le, ja ei laienda seda mõistet.

Spetsialistide intervjuudes kirjeldati TPH diagnoosimise vajadust vastavalt sellele, kuidas tõlgendati TPH tähendust. Kui TPH-d mõisteti KH-le eelneva haigusena, siis seostati diagnoosimise vajadus KH ennetamisega. Ka Riigikontrolli aruanne[13] nägi just ennetustegevuse tõhustamise vajadust põhjusena, miks tuleb TPH-sid koos KH-ga senisest põhjalikumalt analüüsida. Kui tõlgendamisel lähtuti sellest, et haigusel on mitu tekkepõhjust, siis nähti KH ja TPH eristamise vajalikkust eelkõige erinevustes kahju hüvitamise õiguste seisukohalt.

Kokkuvõttes mõistetakse spetsialistide seas KH-d ühtsemalt kui TPH-d. KH diagnoosimisel on Eestis praktilised väljundid indikaatorjuhtumina, tööga seotud tervisekahju hüvitise alusena ja riiklikus seires. TPH diagnoos

[10] Vt nt Tööinspektsioon. (2021). Tööst põhjustatud haigestumine. Vaadatud 25.04.2025; Riigikogu. (2022). Töötervishoiu ja tööohutuse seaduse ning töölepingu seaduse muutmise seaduse eelnõu seletuskiri. Vaadatud 25.04.2024; Küüdorf, A., Merisalu, E., Lehtsalu, M. (2008). Tervis ja karjäär. Inimese tervis – eriala valiku ja tööalase karjääri mõjutaja, lk 32. Vaadatud 01.12.2025.

[11] Vt nt Rünkla, E. (2014). Töökeskkond, lk 53. Vaadatud 1.12.2025.

[12] Vt nt Vt nt Metsalu-Nurminen, I., Vinni, R., Eylandt, O. & Loide, K. (2023). Töövõime vähenemise ennetamine, Riigikontrolli aruanne Riigikogule, lk 15. Vaadatud 19.03.2026.

[13] Metsalu-Nurminen, I., Vinni, R., Eylandt, O. & Loide, K. (2023). Töövõime vähenemise ennetamine, Riigikontrolli aruanne Riigikogule. Vaadatud 19.03.2026.

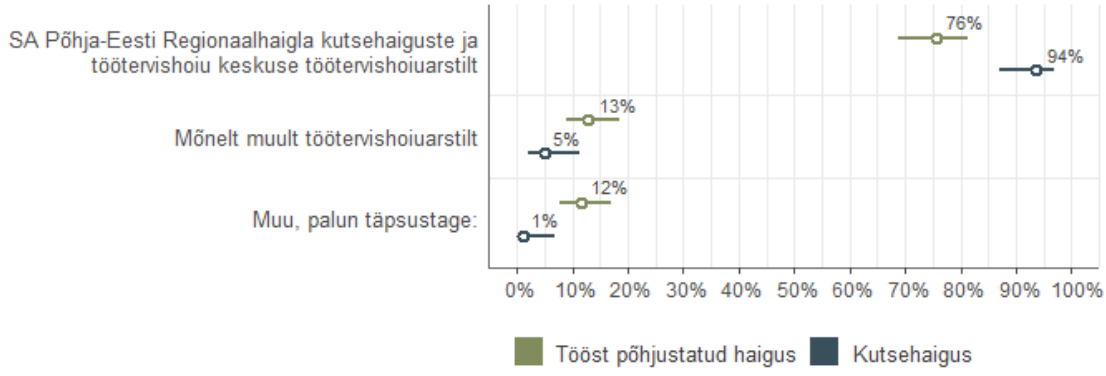
annab sisendi riiklikusse seiresse, kuid kuna TPH tähendust tõlgendatakse erinevalt ja diagnoosimine ei anna õiguseid ega too kaasa tagajärgi, on selle praktiline väärtus väike. Inimesed omistavad tööga seotud haiguste diagnoosimisele (sõltumata väljundist) täiendava eesmärgi ja väärtuse: täpsema diagnoosi saamine, parem arusaam oma tervislikust olukorrast ning seonduvalt ka täiendavate tõendite loomine töövõime vähenemise tõendamiseks.

## 2.3 Põhja-Eesti Regionaalhaigla kutsehaiguste ja töötervishoiu keskus tööga seotud haiguste diagnoosimise institutsioonina

TTOS (§ 23 lg 5) ei ütle, et tööga seotud haigusi diagnoosib ainult PERH-KTK, vaid et **KH-d ja TPH-d diagnoosib töötervishoiuarst**. Seetõttu võib jääda mulje, et inimene võib pöörduda iga töötervishoiuarsti poole KH või TPH diagnoosimise palvega. Reaalsuses on Tervisekassal leping KH ja TPH diagnoosimise uuringute finantseerimiseks PERH-KTK-ga. Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium finantseerib lisaks PERH-KTK-d kolmeaastase lepingu alusel, et finantseerida tervise ja töötingimuste töökohaga sidumist. Teistel töötervishoiuarstidel puudub analoogne rahastus tööga seotud haiguste diagnoosimiseks ja töökohaga seose tuvastamiseks. Vaatamata sellele toodi intervjuudes välja vähemalt üks juhus, kus PERH-KTK väline töötervishoiuarst diagnoosis KH. Seega on teistel töötervishoiuarstidel teoreetiliselt võimalik diagnoosida KH-d, kuid tavapäraselt seda ei tehta, sest puudub rahastus.

Küsitlusest selgus, et enamik KH ja TPH diagnoose pandi PERH-KTK-s (vt Joonis 16). Märkimisväärne osa vastajatest, eriti TPH diagnoosiga inimesed, väidavad, et diagnoosi pani mõni muu töötervishoiuarst või eriarst (muu vastuse all märgiti eelkõige eriarste). Küsitluse tulemust võib selgitada asjaolu, et KH- ja TPH-diagnoosiga inimesed mõistavad diagnoosi laiemalt kui ametlik TPH v KH diagnoosi vormistamine (nt peeti diagnoosi saamiseks töötervishoiukontrolli käigus antud hinnangut või allergoloogi pandud diagnoosi).

*Joonis 16. Kas Teie saite kutsehaiguse või tööst põhjustatud haiguse diagnoosi Põhja-Eesti Regionaalhaigla kutsehaiguste ja töötervishoiu keskuse töötervishoiuarstilt või mõnelt muult töötervishoiuarstilt (% kutsehaiguse ja % tööst põhjustatud haigusega inimestest, registreeritud 2015–2024)*




*Allikas: Tööst põhjustatud tervisekahjustustega inimeste küsitlus 2025.*

Rätsep jt (2020) analüüsis[14] tõid töötervishoiuarstid esile, et **KH-de diagnoosimise koondumine PERH-KTK-sse toob kaasa suure töökoormuse ja põhjustab pikki järjekordi**, mis omakorda vähendab diagnoosimise jõudlust.

[14] Rätsep, A., Trumm, E., Aaviksoo, E., Kostabi, E., Tamm, G., Urmann, H., Lubi, K., Lees, K., Kiisel, M., Mägi, M., Kiivet, R. A., Kalda, R., Puur, S. M. ja Tubelt, E. (2020). Töötervishoiuteenuse uuring Sotsiaalministeeriumile. Vaadatud 19.03.2026.

Leiti, et KH-de diagnoosimisega võiksid tegeleda ka PERH-KTK-st väljaspool tegutsevad töötervishoiuarstid. See, et PERH-KTK suur töökoormus põhjustab pikki järjekordi, ei leidnud selle uuringu intervjuudes kinnitust. PERH-KTK arstide hinnangul ei ole nende töökoormus tööga seotud haiguste diagnoosimisel ülemäära suur.

Tööga seotud haiguste diagnoosimise koondumist PERH-KTK-sse hinnati intervjuudes ühelt poolt positiivselt, kuid sellel nähti ka negatiivseid külgi:

- Positiivsena nähti **ekspertteadmiste koondumist** ja PERH-KTK paremaid **võimalusi** tööga seotud haiguste diagnoosimiseks.
- Negatiivsena leiti, et:
    - diagnoosimise koondumine ühte keskusesse võib suurendada **aladiagnoosimise riski**. Töötervishoiuarstide laiapõhjalisem osalemine diagnoosimises soodustaks tööga seotud haiguste paremat avastamist ja ennetamist;
    - **monopoolne seisund** viib selleni, et puudub konkurents ning puudub võimalus alternatiivse hinnangu võtmiseks. Kuna tööga seotud haiguste diagnoosimise väljundiks võib olla ühelt poolt töötajale olulise kahjuhüvitise andev ja teisalt tööandjale suurt finantskoormust põhjustav KH diagnoos, siis oli nii töötajate kui tööandjate seas neid, kes soovisid PERH-KTK pandud diagnoosile teist hinnangut juurde võtta, kuid selleks puudub võimalus ja süsteem.

## 2.4 Tööga seotud haiguse märkamine, diagnoosimine ja töökohaga sidumise protsess ja selle probleemkohad Eestis

### 2.4.1 Tööga seotud haiguse märkamine

#### 2.4.1.1 Tööga seotud haiguse tekkimise aeg, haiguse märkamine ja Põhja-Eesti Regionaalhaigla kutsehaiguste ja töötervishoiu keskusesse suunamine

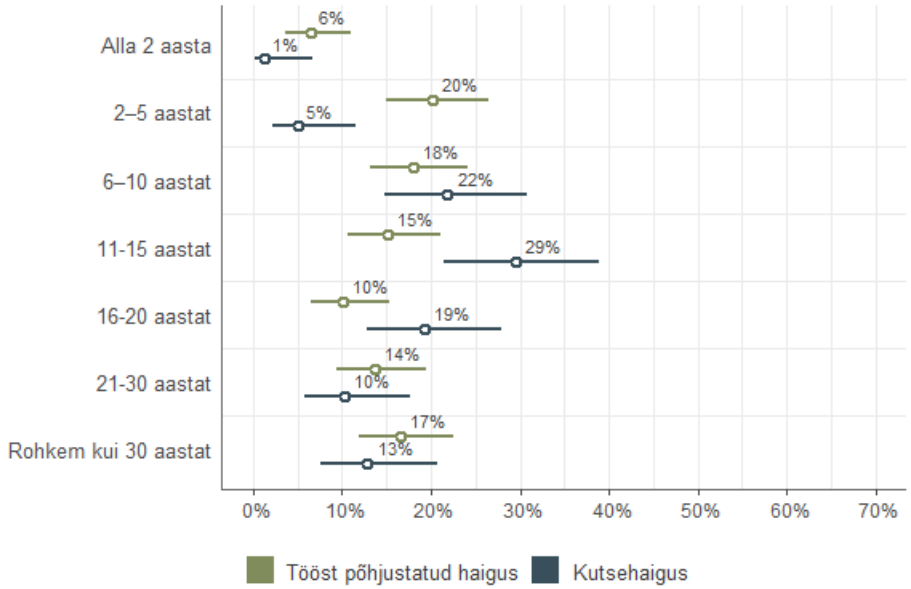
Selles peatükis peame märkamise all silmas tööga seotud terviseprobleemide varajast tuvastamist – mitte üksnes tööga seotud haiguse märkamist, vaid juba sellele viitavate esmaste sümptomite teket.

Küsitluse järgi tekkisid inimestel, kellel hiljem tuvastati tööga seotud haigus, esimesed diagnoosiga seotud vaevused keskmiselt **7,2 aastat** enne KH v TPH diagnoosi. Alla 45-aastastel oli see periood veidi lühem kui üle 45-aastastel. Kohtuvaidluste lahendites oli mediaanperiood tööga seotud haiguse kujunemisel enne diagnoosi 18 aastat, mis näitab, et kohtusse jõutakse tõenäolisemalt pikema aja jooksul kujunenud haigustega.

Seega teevad inimesed tavaliselt tööga seotud haiguse põhjustanud tööd juba aastaid enne haiguse seose tuvastamist töötamisega (Joonis 17, lk 44). Vaid üksikutel juhtudel kujuneb tööga seotud haigus kiiremini kui kahe aasta töötamise jooksul. Seejuures on KH diagnoosiga inimesed teinud tööd, mis haiguse põhjustas või seda süvendas, keskmiselt kauem kui TPH diagnoosiga inimesed. KH-ga inimestest oli enam kui 70% teinud tööd, mis KH põhjustas, kauem kui 10 aastat; TPH-ga inimestest oli selliseid 56%.

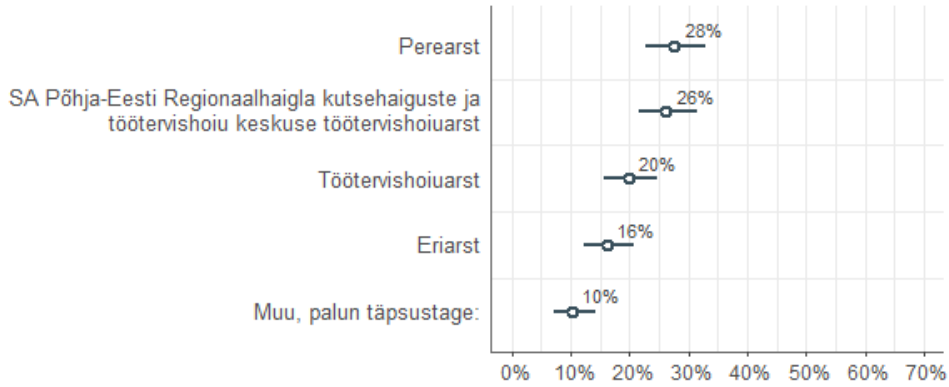
Jättes kõrvale inimesed, kes märkisid, et nende haiguse seost tööga märgati alles PERH-is, näeme, et arstidest märkab terviseprobleemi seost tööga esimesena tavaliselt perearst. Töötervishoiuarst või eriarst märkavad veidi harvematel juhtudel (vt Joonis 18, lk 44). Lisaks toodi välja juhtumeid, kus terviseprobleemi seost tööga märkas mõni muu tervishoiuspetsialist või töötaja ise. Intervjuud näitasid, et mõnel juhul võib terviseprobleemi seost tööga märgata esimesena ka tööandja.

*Joonis 17. Mitu aastat kokku Te olite enne kutsehaiguse või tööst põhjustatud haiguse diagnoosi saamist teinud sellist tööd, mis Teie kutsehaiguse või tööst põhjustatud haiguse põhjustas või seda süvendas (% kutsehaiguse ja % tööst põhjustatud haigusega inimestest, registreeritud 2015–2024)*




*Allikas: Tööst põhjustatud tervisekahjustustega inimeste küsitlus 2025.*

*Joonis 18. Milline arst kahtlustas esimesena, et Teie terviseprobleem võib olla seotud tööga (% tööga seotud haigusega inimestest, registreeritud 2015–2024)*



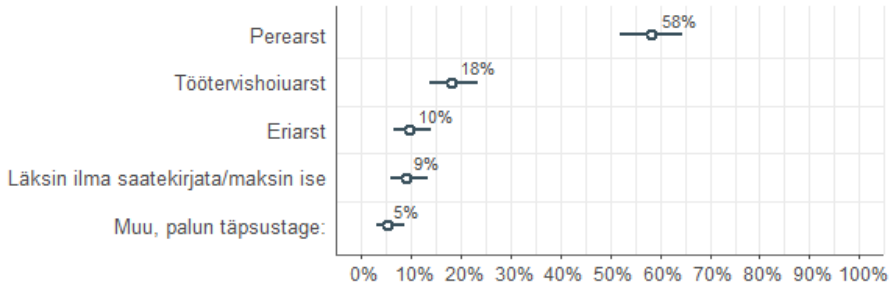

*Märkus. Muu - terviseprobleemi seost tööga märkas muu spetsialist (nt füsioterapeut, psühholoog, sotsiaaltöötaja) või töötaja ise.*

*Allikas: Tööst põhjustatud tervisekahjustustega inimeste küsitlus 2025.*

Kuna tööga seotud haigused sageli ei eristu kliiniliselt muudest haigustest, pannakse praktikas esmalt haiguse diagnoos ja seos tööga lisandub hiljem. Samas on haigusi, mille puhul võib tööga seotud diagnoos olla esmane. Küsitluse järgi oli umbes kolmandikul (34%) tööga seotud haiguse diagnoosiga vastanutest varem pandud samade sümptomite tõttu mõne muu haiguse diagnoos või oli see haigus loetud üldhaigestumiseks. Muu haiguse/üldhaigestumise diagnoos oli **keskmiselt 8,9 aastat** enne tööga seotud haiguse diagnoosi (alla 45-aastastel keskmiselt veidi lühemalt kui üle 45-aastastel). KH ja TPH diagnoosiga inimeste vastused ei erinenud.

Tervisekassa rahastatud tööga seotud haiguse diagnoosimise teenuse saamiseks PERH-KTK-s peab patsiendil olema saatekiri, mille võib väljastada perearst, eriarst või töötervishoiuarst. Kõige sagedamini suunavad inimesi PERH-KTK-sse perearstid, vähem töötervishoiuarstid ja eriarstid (vt Joonis 19).

*Joonis 19. Milline arst andis saatekirja kutsehaiguse või tööst põhjustatud haiguse tuvastamiseks Põhja-Eesti Regionaalhaiglas (% tööga seotud haigusega inimestest, registreeritud 2015–2024)*




*Allikas: Tööst põhjustatud tervisekahjustustega inimeste küsitlus 2025.*

Inimene saab pöörduda tööga seotud haiguse diagnoosimiseks PERH-KTK-sse ilma saatekirjata, kui ta tasub ekspertiisi eest ise. PERH-KTK töötervishoiuarstide intervjuude järgi esineb ise tasumist üliharva.

#### 2.4.1.2 Pere- ja eriarst tervise ja töötamise seose märkaja ja Põhja-Eesti Regionaalhaigla kutsehaiguste ja töötervishoiu keskusesse suunajana

Pere- ja eriarstid tõid intervjuudes tööga seotud terviseprobleemide märkamise kitsaskohana välja selle, et neil puudub ülevaade töökeskkonna ohuteguritest ja seetõttu on neil keeruline terviseprobleeme tööga seostada. Lihtsamates ja selgemates juhtumites näevad perearstid ja eriarstid neid seoseid, keerulisemate juhtumite korral aga mitte. Sageli ei ole pere- ega eriarstil teavet patsiendi töö kohta ning vastuvõtul napib aega tööga seotud asjaolude täpsustamiseks. Tööga seotud ohutegurite tundmist peavad pere- ja eriarstid eeskätt töötervishoiuarstide pädevuseks ning terviseprobleemide seostamist tööga nende esmaseks ülesandeks. Töötervishoiuarstid nõustuvad selle arusaamaga ning leiavad, et teiste erialade arstid ei saa nende rolli töö ja tervise seoste tuvastamisel üle võtta. Perearstide arvates võiks perearsti residentuuris vähesel määral käsitleda tööga seotud terviseprobleemide märkamist, kuid lisakoolitusest üksi ei piisa, et koolitada perearstist töötervishoiuarsti. Perearstide täiendava koolitamise mõte peaks olema sel juhul just tervise ja töö seose märkamine, mitte aga põhjalik analüüs või kindlate seoste tuvastamine. Arvestades esmase märkamise tähtsust ning asjaolu, et paljud patsiendid ei jõua oma muredega perearsti vastuvõtule, vaid puutuvad esmalt kokku pereõe, füsioterapeudi vm tervishoiuspetsialistiga, peaks ka teiste spetsialistide koolituses pöörama tähelepanu tervise ja töötamise seoste varajasele märkamisele.

Kui pere- või eriarst kahtlustab, et terviseprobleem võib olla seotud tööga ja seos on selge ja ühene, siis ta võib suunata patsiendi edasi PERH-KTK-sse tööga seotud haiguse diagnoosimisele/uuringutele. Uuringus intervjueeritute seas oli nii selliseid arste, kes olid suunanud oma patsiente PERH-KTK-sse kui ka neid, kes ei olnud seda teinud. Mittesuunamise põhjuseks on vähene teadlikkus, et üldse saab patsiente PERH-KTK-sse suunata ja mida suunamine patsiendile annab. Pere- ja eriarstide esmaseks eesmärgiks on pakkuda abi ja vältida patsiendi tervise halvenemist; kahjuhüvitiste temaatikat nad suunamisotsustes üldjuhul ei kaalu ja pole sellest ka teadlikud. Ebaselge töö- ja terviseprobleemide seose korral pere- ja eriarstid patsienti PERH-KTK-sse tavaliselt ei suuna, mistõttu jõuab väga väike osa tööga seotud haigustest üldse PERH-KTK-s uurimisele. Intervjueeritud perearstid tõdesid, et mõne keerukama juhtumi korral sooviksid nad suunata patsiendi täiendavale kontrollile töötaja töökoha töötervishoiuarsti juurde, kes tunneb konkreetse töökoha ohutegureid,

kuid jätavad selle tegemata, sest teenuse eest peaks tasuma tööandja ja selliseks teenuste koordineerimiseks puudub süsteem.

Pere- või eriarsti märkamisele võivad järgneda järgmised sammud:

- suunamine PERH-KTK-sse tööga seotud haiguse diagnoosimiseks ja/või uuringuteks;
- terviseprobleemi käsitlemine tervishoiusüsteemis (uuringud, nõustamine, ravi, jälgimine) ja vajadusel suunamine eriarstile;
- ajutise töövõimetuslehe väljastamine;
- tõend töötajale töökoormuse vähendamiseks või tervislikel põhjustel töötamise lõpetamiseks.

#### 2.4.1.3 Töötervishoiuarst töötamise ja tervise seose märkajana ja Põhja-Eesti Regionaalhaigla kutsehaiguste ja töötervishoiu keskusesse suunajana

Töötervishoiuarstide intervjuud kinnitasid varasemates uuringutes[15] leitud kitsaskohta: paketipõhised korralised töötervishoiukontrollid jäävad pealiskaudseks ega taga töötaja tervise sisulist hindamist. Töötervishoiuarstid ei saa oma oskusi ja teadmisi piisavalt rakendada, nende töö piirdub valdavalt rutiinsete kontrollidega, ilma võimaluseta teha uuringuid, diagnoosida või ravida. Tagajärjena kaasneb nn tühjade töötervishoiukontrollide probleem: töötervishoiuarst ei tuvasta ega dokumenteeri töötaja terviseprobleeme, kuid sama töötaja jõuab hiljem üldisesse tervishoiusüsteemi juba tõsiste kaebustega või diagnoositakse tal aastaid märkamata tööga seotud haigus. Töötajate intervjuudest lisandus täiendav probleem – osa töötajaid palub töötervishoiuarstil tervisemuresid mitte dokumenteerida, kartes töökoha kaotust.

Kui töötervishoiuarst tuvastab tööga seotud terviseprobleemi ja selle lahendamine ei eelda lisauuringuid, siis nõustab ta töötajat ja tööandjat töö kohandamiseks. Olukorras, kus terviseprobleem vajab lisauuringuid, kirjeldasid töötervishoiuarstid erinevaid praktikaid: osa suunab patsiendi täiendavateks uuringuteks perearsti juurde, kes vajadusel suunab edasi PERH-KTK-sse; osa suunab patsiendi otse PERH-KTK-sse ja mõnel juhul fikseerib eelnevalt ka TPH. Töötervishoiuarstid arvestavad PERH-KTK-sse suunamisel kahjuhüvitiste temaatikaga, kuna nad on tervisekahjude hüvitamise teemaga paremini kursis kui pere- ja eriarstid. Intervjueeritud töötervishoiuarstid, kes töötavad väljaspool PERH-KTK-d, sooviksid rohkem esmaseid uuringuid ise teha ning teatud juhtudel tööga seotud haiguste diagnoose panna, aga seda takistab töötervishoiuteenuse rahastus.

Patsientide suunamisel tööga seotud haiguste diagnoosimisele PERH-KTK-sse töötervishoiuarste regulatsioon ega diagnoosimise rahastus ei piira. Ravikindlustusega inimese tööga seotud haiguse diagnoosimist finantseerib Tervisekassa, sõltumata saatekirja väljastajast. Töötervishoiuarstide peamiseks mureks on pigem paketipõhised töötervishoiukontrollid.

#### 2.4.1.4 Töötaja ja tööandja töötamise ja tervise seose märkajana

Ehkki töötajatelt ja tööandjatelt ei eeldata meditsiinilise seose tuvastamise oskust, aitab suurem teadlikkus töö ja tervise seostest varasele märkamisele ja tööga seotud haiguste ennetamisele kaasa. Intervjuudes hinnati positiivsena, et töötajate ja tööandjate teadlikkus on aja jooksul kasvanud.

[15] Rätsep, A., Trumm, E., Aaviksoo, E., Kostabi, E., Tamm, G., Urmann, H., Lubi, K., Lees, K., Kiisel, M., Mägi, M., Kiivet, R. A., Kalda, R., Puur, S. M. ja Tubelt, E. (2020). Töötervishoiuteenuse uuring Sotsiaalministeeriumile. Vaadatud 19.03.2026.

Kui töötaja kahtlustab, et terviseprobleem on seotud tööga, pöördub ta tavaliselt perearsti poole või räägib murest töötervishoiuarstile korralise töötervishoiu kontrolli ajal. Tööandjate intervjuudest selgus, et ka tööandja võib märgata võimalikku seost töö ja tervise vahel ning suunata töötaja töötervishoiuarsti juurde täiendavaks hindamiseks. Tööandja võib vajada töötervishoiuarsti hinnangut töötaja töövõimele, muuhulgas olukorras, kus terviseseisundi halvenemine ei tulene töötamisest.

Töötajate ja tööandjate intervjuudest ilmnes, et arsti poole pöördumise või arsti juurde suunamise ajendid on enamasti praktilised (terviseprobleemi selgitamine ja ravi; töötingimuste kohandamise vajadus; hinnang töövõimele), mitte soov diagnoosida tööga seotud haigust. Ajendeid ja otsustamise loogikat kirjeldame järgmises pöördumist PERH-KTK-sse kirjeldavas peatükis.

### 2.4.2 Pöördumine Põhja-Eesti Regionaalhaigla kutsehaiguste ja töötervishoiu keskusesse

Patsient registreerib PERH-KTK töötervishoiuarsti vastuvõtule aja, koondab andmed töötingimuste ja töötamise ajaloo kohta ja esitab need PERH-KTK-le. Küsitlusest ja KH- ja TPH-diagnoosiga inimeste intervjuudest selgus, et osadel juhtudel on andmete koondamine ja esitamine keeruline ning ajamahukas (näiteks tuleb koguda erinevaid dokumente, kirjeldada detailselt töötingimusi ja tööülesandeid, sh erinevate varasemate töökohtade lõikes).

Töötajad ise kirjeldasid nii küsitluses kui intervjuudes tööga seotud haiguse diagnoosimise peamise ajendina soovi teada saada, mis põhjustab tervisehäireid ja valu. Sageli kujuneb haigus pika aja jooksul, selle täpseid põhjusi on keeruline välja selgitada ja töötajatel kaasneb valu ning vaev, millele nad otsivad selgitust. Peamise põhjusena tööga seotud haiguse diagnoosimiseks ei näe inimesed ise tavaliselt kahjuhüvitise taotlemise võimalust ja paljudel puudub üldse teadmine sellest, et KH diagnoos kuidagi kahjuhüvitistega seondub. Siiski on ka inimesi, kes lasevad tööga seotud haiguse diagnoosida just selleks, et taotleda tööga seotud tervisekahju eest kahjuhüvitist. On olukordi, kus tööandja nõuab töötaja kahjuhüvitise nõude kinnituseks tööga seotud haiguse diagnoosi, mis tõendaks haiguse seost töötamisega (sh tööandja vabatahtliku vastutuskindlustuse alusel kahjuhüvitise saamiseks). Samuti läheb osa inimesi tööga seotud haiguse diagnoosimisele selleks, et töövõime hindamiseks tõendeid luua, mis võimaldab tuvastada vähenenud töövõime ja saada seonduvaid toetusi ning teenuseid (nt haigushüvitis, töövõimetuspension, paremad võimalused rehabilitatsiooniteenustele). Ka töötervishoiuarstide intervjuus märgiti, et tööga seotud haiguse diagnoos toetab töövõime vähenemise tuvastamist. Mõnikord ei erista inimesed erinevaid hindamisi ja samastavad töövõime vähenemise hindamise tööga seotud haiguste diagnoosimisega. Seega omistavad inimesed tööga seotud haiguste diagnoosimisele lisaks kahjuhüvitise taotlemisele järgmisi eesmärke: diagnoosimise täpsus ja selgus terviseseisundis, kui teised tervishoiuspetsialistid ei ole osanud diagnoosi korrektselt panna või terviseseisundi põhjuseid tuvastada; põhjalikum terviseseisundi kirjeldus, mis annab suurema võimaluse vähenenud töövõime tuvastamiseks ja ligipääsu teenustele ning toetustele. Üldisemalt on diagnoosimise praktilised väljundid ja nende seos õiguste ning kohustustega kokku võetud süsteemi eesmärgi käsitluses (vt ptk 2.2.2, lk 38).

Mitmed KH- ja TPH-diagnoosiga inimestest rõhutasid, et nad ei algatanud protsessi ise, vaid neid suunas diagnoosimisele arst, üksikutel juhtudel tuttav. Spetsialistide intervjuudes toodi välja, et osa patsiente saab küll saatekirja, kuid ei registreeri vastuvõtule ehk loobub haiguse tööga seose tuvastamisest ilma vastuvõtule jõudmata. Kui töötaja diagnoosimisest saadavat kasu kaasnevate kulude kõrval väga kõrgelt ei hinda, siis võib ta diagnoosimisest loobuda. Otsuste täpseid põhjuseid intervjueeritud spetsialistid kirjeldada ei osanud, kuid need võivad kattuda motiividega, miks inimene ei soovi isegi juhul, kui arst näeb alust KH diagnoosiks, seda

lasta välja kirjutada. Diagnoosimise kulukust tõstab kaugemal elavatele inimestele vajadus sõita diagnoosimiseks Tallinnasse. Tööga seotud haiguse oodatava tulu vähene tähtsustamine võib tuleneda informatsiooni puudumisest kahjuhüvitise saamise võimaluste ja suuruse kohta või teadmisest, et tööga seotud tervisekahju eest kahjuhüvitise taotlemine tööandjalt on pikk, keeruline ja ebakindla tulemusega. Küsitlusest ja intervjuudest selgus, et on esinenud olukordi, kus pere- või töötervishoiuarstid kirjeldavad kahjuhüvitise taotlemise protsessi patsiendile keerulise, ebameeldiva ja tulemuse osas ebakindlana. Oli patsiente, kes tajusid seda soovitusena diagnoosimist ja/või kahjuhüvitist mitte taotleda. Seega mõjutavad ka arstid patsiendi otsust tööga seotud haiguse diagnoosimist taotleda või mitte.

### 2.4.3 Diagnoosimine Põhja-Eesti Regionaalhaigla kutsehaiguste ja töötervishoiu keskuses

PERH-KTK-s on keskmine diagnoosimisele kuluv aeg 3–6 kuud: statsionaarse vastuvõtuga lühem, ambulatoorsega pikem. Ka intervjuudes kirjeldasid statsionaarse vastuvõtuga töötajad diagnoosimise protsessi suhteliselt lühemana ja ambulatoorse vastuvõtuga pikemana. Vastuvõtud jagunevad ligikaudu pooleks statsionaarsete ja ambulatoorsete vahel.

Diagnoosimisel lähtub PERH-KTK saatekirjast, patsiendi tervise- ja tööajaloost, tehakse tööanamnees, viiakse läbi lisauuringud ning konsulteeritakse eriarstidega. Terviseandmed saadakse digiloost ning uuringutest. PERH-KTK arstide hinnangul on teenusele suunamise saatekirjade kvaliteet väga erinev, kuid see sõltub pigem asutusest ja arstist, mitte erialast.

Diagnoosimiseks vajalikud töötamise andmed kogutakse töötajalt ja tööandjalt. Tööhügieenik kogub tööalase lisainfo töötajaga vestluses (kuni 1 tund) ja küsib tööandjalt dokumente, sh riskianalüüse. Riskianalüüside olemasolu ja kvaliteet on kõikuv[16]; varasemate töökohtade riskianalüüse sageli polegi. Kuigi seaduse järgi peaks töötervishoiuarst vestlema tööandjaga ja külastama lünkade katmiseks töökohta, siis praktikas seda ei tehta. Kui tööandja kirjalikule andmepäringule ei vasta, küsitakse lisainfot TI-st. PERH-KTK pöördub TI poole hinnanguliselt 10 korda kuus, mis arvestades ekspertiiside arvu (vt Joonis 20) tähendab praktiliselt kõikidel juhtudel TI-st andmete pärimist. TI edastab PERH-KTK-le senised järelevalve andmed, vajadusel teeb tööandjale teabenõude ja/või kontrollkäigu. TI pakkus halduskoormuse vähendamiseks välja, et töötervishoiuarstidele võiks anda otsepääsu tööandjate riskianalüüsidele ja varasematele tööõnnetuste ning haiguste andmetele, tegemata selleks eraldi päringuid.

PERH-KTK arstid põhjendavad töökoha mittekülastamist tööga seotud haiguste diagnoosimisel järgmiselt:

- haigus võib olla kujunenud pika aja jooksul eri töökohtades ja tingimustes, mistõttu pole ühe töökoha külastamisest palju abi;
- patsient võib PERH-KTK-sse pöördudes olla juba töötu, mistõttu pole tal kehtivat seost tööandjaga;
- külastus võib rikkuda patsiendi anonüümsust tööandja ees;
- üksik külastus ei anna piisavat ülevaadet tegelikest töötingimustest.

Tuleb täheldada, et samad piirangud kehtivad ka TI spetsialistidele, mistõttu ei ole need argumendid asjakohased järeldamaks, et neid ülesandeid saaks TI paremini täita kui töötervishoiuarstid.

Analüüsist ilmneb, et infovahetus diagnoosimise protsessis ei ole selge. Tööandjad esitavad PERH-KTK-le diagnoosimiseks mahuka dokumentatsiooni (ühe juhtumi lugemiseks kulub 10–20 töötundi), kuid ei saa sageli tagasisidet, kuidas esitatud infot kasutati ja milliste kaalutlustega otsus kujunes, eriti juhul, kui KH-d ei

[16] Probleem on korduvalt välja toodud ka varasemates uuringutes (vt nt Rätsep jt, 2020)

diagnoosita ja tööandjale teatist ei edastata. See vähendab protsessi läbipaistvust ning suurendab kahtlusi, kas tööandja esitatud andmestikuga üldse tutvuti ja kuidas seda arvesse võeti. Näiteks ühes intervjuus kirjeldati olukorda, kus diagnoos järgnes vahetult tööandja andmete edastamisele. Samuti ilmnes töötajate vaates, et info liikumine ja otsuse või diagnoosi selgitused ei ole alati üheselt arusaadavad, eeskätt ilmnes seda TPH diagnoosi korral (vt ptk 2.4.4.2, lk 51). Tööandjate ja töötajate kirjeldused viitavad seega vajadusele ühtlustada minimaalne infostandard nii protsessi alguses, info kogumisel kui ka protsessi lõppemisel.

Töötervishoiuarsti vastuvõtu planeeritud pikkuseks on üks tund. PERH-KTK töötervishoiuarstide hinnangul on patsientidel enne pöördumist tehtud 10–20% vajalikest uuringutest. PERH-KTK ei korda varem tehtud uuringuid, vaid tuginevad neile. PERH-KTK arstid toovad välja, et nad vaatavad tervist töökeskkonna ohuteguripõhiselt, hinnates korraga erinevaid organsüsteeme. Keskuses on võimalik teha spetsiifilisi uuringuid (nt kompuuter- ja magnetuuringud, elektroneuromüograafia, allergiatestid, kopsu-uuringud) ning konsulteerida eri valdkondade spetsialistidega. Juhul, kui on patsiendile on vaja teha täiendavaid uuringuid, siis reeglina tehakse need PERH-KTK-s ja samuti konsulteeritakse PERH-KTK eriarstidega. Vajadusel, kui patsiendil on Tallinna sõit keeruline ja kodulähedaselt võimalik uuringud või konsultatsioonid teha, on võimaldatud kodulähedasi uuringuid nt kokkuleppel perearsti või kohaliku eriarstiga.

Nii küsitluses kui ka intervjuudes kirjeldasid tööga seotud haiguse diagnoosimisele suunatud töötajad PERH-KTK arste valdavalt positiivselt: arstid suhtusid töötajatesse toetavalt ning tegid põhjalikke uuringuid. Üksikjuhtudel kriitiseeriti kahjuhüvitiste teema käsitlemist ja selgitusi, miks inimesele ei pandud inimese soovitud diagnoosi.

Spetsialistide ja tööandjate intervjuudes toodi välja, et töötingimuste ja haiguse väljakujunemise vahelise põhjusliku seose tuvastamine on olemuselt keeruline protsess, sh töötervishoiuarstidel. Keerukust kirjeldati intervjuudes järgmiselt:

- kogu haigestumise perioodi riskianalüüsid ei pruugi olla kättesaadavad või piisavad, mistõttu pole kõik ohutegurid teada;
- töötingimused ja riskid muutuvad ajas, mõju võib ulatuda mitme tööandja peale ja samasuguse ametiala töötingimused üle aja ei pruugi olla võrreldava mõjuga;
- tervist mõjutavad ka töövälised tegurid (geneetika, elustiil, eraelu, vanus) ja erinevate mõjurite panust ei ole võimalik piisava kindlusega eristada;
- tööelu killustatus raskendab haiguse sidumist konkreetse tööandjaga; väidetavalt on olnud olukordi, kus vastutus jääb viimase tööandja kanda;
- vaimse tervise probleemide sagenemist on keeruline siduda üheselt tööga.

Kokkuvõttes jääb töötingimuste ja haiguse vaheline seos tõenäosuslikuks.

KH loetelu annab töötervishoiuarstidele kindlama aluse, määratlemaks haiguse tulenemise töötamisest, kuna loetelus olevate haiguste seos töötamisega on rahvusvaheliselt teadusuuringutes tuvastatud. Samuti leidsid töötervishoiuarstid, et KH loetelus olev diagnoos annab kindluse ja selguse töötajale ja tööandjale, et tegemist on töötamisest tingitud haigusega. Selle tõttu pidasid töötervishoiuarstid KH loetelu oluliseks. Kuigi loeteluväliseid haiguseid määratakse KH-na väga harva, siis KH loetelu ei piira KH diagnoosimist. Eesti loetelu on vastavuses Euroopa Liidu soovitustega[17] ja töötervishoiuarstid leiavad, et loetelu on vajalik, piisavalt kaasaaegne ning paindlik.

[17] Euroopa Komisjoni soovitus Euroopa kutsehaiguste nimekirja kohta. ((EL) 2022/2337). Vaadatud 19.03.2026.

PERH-KTK töötervishoiuarstide hinnangul peaks arsti roll piirduma tööga seotud haiguste diagnoosimisega, st otsusega, kas haigus on seotud töötamisega. Kehtiv KH diagnoosimise teatise vorm[18] nõuab lisaks haiguse väljakujunemise perioodi märkimist tööandjate kaupa. Arstid peavad seda pigem KH uurimise ja hüvitamise menetluse osaks, mis võiks kuuluda TI ülesannete hulka.

Ammuste töösuhete ja töötingimuste andmeid ei pruugi olla säilinud ning arstil puudub võimalus tegelikke olusid tagantjärgi kontrollida. Seetõttu peavad nad otstarbekamaks suunata arsti tegevus töötaja praegusele terviseseisundile ja vajalikele töötingimuste kohandustele, mitte aastatetaguste töökeskkondade hindamisele. Viimane on oluline eelkõige kahjude hüvitamise ja vastutuse jaotuse määramisel, kuid ei toeta otseselt töötaja tervise parandamist.

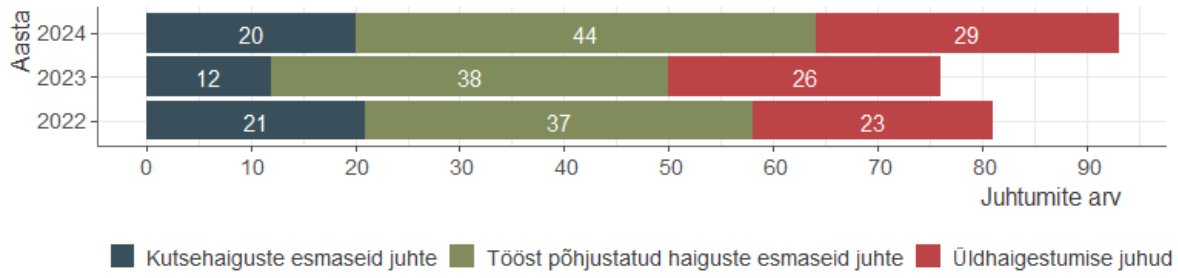
Arstide arvates peaks diagnoosimise osa KH tuvastamisel piirduma järgmisega: töötaja amet, kokkupuuted ohuteguritega, diagnoos (sh lokalisatsioon ja histoloogia) ning nendevaheline seos, mis võimaldab haigust lugeda tööga seotuks. Kõik sellele järgnev – seose konkreetsete töökeskkondadega ning eri tööandjate panuse määramine – peaks nende hinnangul kuuluma TI pädevusse.

TI otsus seevastu, milliste tööandjate juures uurimine läbi viia, kujuneb töötervishoiuarstide sisendist. Tööinspektorid märgivad, et neil puudub pädevus ise hinnata, milliste tööandjate juures ja milliste ohuteguritega kokkupuutest haigus välja kujunes. KH tekkimist mõjutanud tööandjate loetelu ja nende juures töötatud aja proportsioon on omakorda oluline sisend, mille järgi arvutatakse tööandjate vastutuse jaotus ja kahjuhüvitise suurus (vt ptk 3.3.2, lk 67). Tavaliselt arvutatakse see proportsionaalselt tööandja juures töötatud ajaga, arvestamata töötingimuste muutumist aja jooksul.

Diagnoosimise tulemuse otsust mõjutab muuhulgas patsient, kellel on võimalik suunata töötervishoiuarsti otsust, kas tulemusena diagnoositakse KH või mitte. Töötervishoiuarstid tõid välja, et on olukordi, kus töötaja ei luba KH diagnoosi kirjutada, kuna ta ei taha, et sellest teatatakse tööandja(te)le, kuna töötaja tahab hoida häid suhteid tööandjaga, väiksemas piirkonnas ka kogukonnaga ja säilitada töökohta.

PERH-KTK teeb viimastel aastatel *ca* 80-90 ekspertiisi aastas. Ligi viiendikul juhtudest diagnoositakse KH, pooltel TPH ja ülejäänud juhtudel (~ 30%) tööga seotud haigust ei tuvastata (vt Joonis 20). Ekspertiiside arv on järjepidevalt langenud, võrdluseks oli 2018. aastal ekspertiise 175.

*Joonis 20. Põhja-Eesti Regionaalhaigla kutsehaiguste ja töötervishoiu keskuse tööga seotud haiguste ekspertiiside arv tulemuse lõikes*




*Allikas: PERH-KTK*

[18] Tööõnnetuse ja kutsehaigestumise registreerimise, teatamise ja uurimise kord. (RT I 2008, 30, 191). Vaadatud 19.03.2026. Varasemal vormil loetles arst üksnes töötaja varasemad tööandjad: Tööõnnetuse ja kutsehaigestumise registreerimise, teatamise ning uurimise kord. (RT I 2003, 42, 289). Vaadatud 19.03.2026.

### 2.4.4 Diagnoosimise tulemuse vormistamine

Töötervishoiuarst vormistab diagnoosimise tulemuse sõltuvalt otsusest:

- KH diagnoosimise teatise[19] edastab tööandja(te)le, TI-le, patsiendile ja arstile, kes patsiendi PERH-KTK-sse suunas.
- TPH diagnoosimisest teavitab[20] patsienti ja TI-d.
- Kui TPH-d või KH-d ei diagnoosita, annab töötervishoiuarst saatekirja vastuse, mida näevad saatekirja väljastanud arst ja patsient.

#### 2.4.4.1 Kutsehaiguse teatis

KH teatis on ametlik dokument, mis kinnitab diagnoosi ja selle seose tööga ning käivitab tööandja ja TI uurimise. Teatis ei anna iseseisvalt õigust kahjuhüvitisele, kuid on eeltingimus KH ametlikuks tunnustamiseks ja kahjuhüvitiste taotlemiseks.

Tööandjale edastataval KH teatisel kajastuvad: töötaja nimi, varasemad tööandjad ja nende juures töötamise perioodid (mis võisid haigust mõjutada), KH-ga seotud ohutegurid, diagnoosimise kuupäev, soovitused edasiseks töökorralduseks ning otsuse teinud töötervishoiuarsti andmed. Lisaks koostatakse PERH-KTK-s eraldi soovitused töötajale töö jätkamiseks ja töökeskkonna kohandamiseks, vajadusel suunatakse inimene Töötukassasse karjäärinõustamisele ning nõustatakse töökorralduse ja ravi (sh taastusravi) osas.

Intervjuudest selgus, et tööandjad pöörduvad KH teatise saamisel sageli diagnoosi väljastanud töötervishoiuarsti poole, et saada selgitusi diagnoosi põhjendatuse ja seose kohta konkreetsete töötingimustega. Kuna KH diagnoos toob tööandjale kaasa täiendavad kohustused ja kulud, on vaidlused suunatud diagnoosi ja töötamise seosele ja seosele konkreetse tööandjaga, mitte niivõrd diagnoosile endale. Kui töötaja esitab kahjuhüvitise nõude, võib vaidlus jõuda kohtusse, kus muuhulgas vaieldakse selle üle, kas diagnoos tuleneb tööandja juures töötamisest.

KH diagnoos seab töötervishoiuarsti keerulisse rolli – lisaks meditsiinilisele otsusele peavad nad põhjendama diagnoosi tööandjale, kindlustajale ja vajadusel ka kohtus. Nagu osutas ka Rätsep jt (2020)[21], võib süsteem, kus töötaja peab KH-ga seotud kahju ise kohtus sisse nõudma, vähendada arstide motivatsiooni diagnoosi kinnitada. Praeguse uuringu intervjuudes märkisid mitmed töötervishoiuarstid, et eelistaksid keskenduda töötaja terviseseisundile ja sobivate töötingimuste kujundamisele, mitte aga diagnoosi seostamisele konkreetse tööandja töötingimuste ja tegemiste või tegemata jätmistega. Nende hinnangul ei peaks arst osalema diagnoosi „kaitsmisel" kohtuvaidlustes. Samas kahtlesid mitu tööandjat nende töötajale pandud diagnoosi adekvaatsuses ja selle korrektses sidumises tööandja töötingimustega. Kuna tööandjad ei mõista, kuidas nende töötingimused said haiguse põhjustada, siis on oodatav ka vastuseis töötajal diagnoositud KH-le ning selle diagnoosi vaidlustamise soov.

#### 2.4.4.2 Tööst põhjustatud haigestumine või üldhaigestumine

Tööandjat ei teavitata ei TPH ega üldhaigestumise diagnoosist, kuigi tööandjad edastavad diagnoosimiseks dokumentatsiooni. Seetõttu jääb tööandja sageli teadmatusse, kas kahtlus leidis kinnitust ja kuidas menetlus

[19] Tööõnnetuse ja kutsehaigestumise registreerimise, teatamise ja uurimise kord. (RT I 2008, 17, 120). Lisa 4. Vaadatud 19.03.2026; Töötervishoiuarsti teatis kutsehaigestumise diagnoosimise kohta. Tööinspektsioon. Vaadatud 1.12.2025

[20] Teatis tööst põhjustatud haigestumise diagnoosimisest. Tööinspektsioon. Vaadatud 1.12.2025

[21] Rätsep, A., Trumm, E., Aaviksoo, E., Kostabi, E., Tamm, G., Urmann, H., Lubi, K., Lees, K., Kiisel, M., Mägi, M., Kiivet, R. A., Kalda, R., Puur, S. M. ja Tubelt, E. (2020). Töötervishoiuteenuse uuring Sotsiaalministeeriumile. Vaadatud 19.03.2026.

lõppes (vt ptk 2.4.3, lk 48). Tööandjad tõid intervjuudes esile ootuse saada vähemalt lühiteavitus, et ühel praegusel või endisel töötajal kahtlustati tööga seotud haigust, uuringud ei kinnitanud selle olemasolu, KH-d ei määratud ning tööga seotud haiguse uurimine on lõpetatud.

Kuigi TI ega töötervishoiuarst ei teavita tööandjat TPH diagnoosist, siis töötaja võib seda ise teha. Tööst põhjustatud tervisekahjustusega töötajate küsitluse kohaselt teavitas 66% TPH diagnoosiga inimestest tööandjat oma diagnoosist. Peamine mitteteavitamise põhjus oli hirm tööst ilma jääda.

Intervjuudest ja küsitluse avatud vastustest selgus, et diagnoos ei ole alati inimeste jaoks arusaadav. Seda ilmnes eelkõige TPH diagnoosiga, aga ka üksikutel KH juhtumitel. Osa inimesi oli segaduses, kas, millal ja milline diagnoos neile pandi ning mida KH või TPH diagnoos tähendab. TPH diagnoosi saanud inimeste segadus tekkis mõnel juhul ootusest saada KH diagnoos: nad ei mõistnud, miks seda ei määratud, või jäi TPH mõiste ja tähendus neile ebaselgeks. Mõnel juhul oli info liikumine puudulik – näiteks kirjeldati olukorda, kus diagnoosist saadi teada tööandja, mitte arsti käest. Ühel juhul tekitas arusaamatust näiteks see, et töötaja ootas eraldi otsust ega saanud aru, et otsus ongi määratud diagnoos.

### 2.4.5 Tööga seotud haiguste uurimine ja tulemused

#### 2.4.5.1 Tööandja kutsehaiguse uurimine

Pärast KH teatise saamist peab tööandja 20 päeva jooksul uurima haiguse tekkimise asjaolusid töökeskkonnas ja koostama uurimisraporti[22]. Raporti eesmärk on selgitada tervisekahjustuse põhjuseid ja leida abinõud edasise kahju ennetamiseks. Uurimistulemused edastatakse TI-le, KH-ga inimesele (või tema esindajale) ning töötajate valitud esindajatele.

Praktikas tajuvad tööandjad uurimist formaalse kohustusena. Sageli arvatakse, et tegeliku uurimise viib läbi TI, ning tööandja roll piirdub dokumentide täitmise ja andmete edastamisega. Kuna tööandjal puudub ligipääs töötaja diagnoosile ja ta teab vaid ohutegurite loetelu, ei ole tööandja uurimine haiguse tekkimise põhjuslikkuse analüüsi mõttes kuigi põhjalik.

Intervjuudest ilmnes, et tööandjad ei pidanud KH diagnoose sageli õigeks ning ei näinud vajadust töötingimusi sisuliselt muuta. KH diagnoosimise ja uurimise praktiliseks tulemuseks oli dokumentatsiooni täpsustumine: riskianalüüsidesse kanti kõik ohutegurid, isikukaitsevahendeid hakati väljastama allkirja vastu, juhendamiste kohta koguti allkirju jmt. Tööandjad põhjendasid, miks KH ei saa olla nende hinnangul olla tööandja töötingimustega seotud, järgmiselt:

1. KH tekkis õigusjärgluse tõttu – uuel omanikul polnud varasemate riskide kohta infot, sh ettevõtte omandamise ajal;
2. tööandja oli täitnud kõik seadusest tulenevad nõuded;
3. töötaja eiras ise tööohutusnõudeid;
4. töötaja ei teavitanud riskidest ega KH tekkest, mistõttu risk polnud riskianalüüsis kajastatud;
5. töötaja eraelulised riskid olid määravamad kui töökeskkonna omad.

#### 2.4.5.2 Tööinspektsiooni kutsehaiguse uurimine

TI kasutab KH teatisel loetletud tööandjate infot ja viib läbi uurimise kõigi tööandjate juures, mis teatise edastamise ajal eksisteerivad. TI uurib asjaolusid alati, kui KH on diagnoositud ja tööandja(d) olemas, kuigi

[22] Tööõnnetuse ja kutsehaigestumise registreerimise, teatamise ja uurimise kord. (RT I 2008, 17, 120). Lisa 5. Vaadatud 19.03.2026

seaduse järgi võib TI kaaluda selle vajadust. Uurimine kestab kuni 30 päeva. Selle käigus vesteldakse töötajaga, kogutakse tööandja dokumentatsioon, analüüsitakse tööandja raportit, külastatakse töökohta ja koostatakse kokkuvõte. Vajadusel võib TI nõuda tööandjalt täiendavat uurimist või teha ettekirjutuse töötingimuste parandamiseks. KH uurimine ja järelevalvemenetlus võivad toimuda ka paralleelselt, kui TI spetsialist näeb kiiret töötingimuste parandamise vajadust.

Kuigi KH on juba definitsiooni kohaselt tööst põhjustatud ja töötervishoiuarst on tuvastanud selle, et ohutegurid on haiguse põhjustanud, siis tekib küsimus, kas ja miks on vaja TI-l lisaks sellele KH-d uurida. TI uurimise fookus on töötingimuste ja tervisekahjustuse põhjusliku seose kirjeldamine – millised tööandja tegevused või tegemata jätmised aitasid kaasa haiguse kujunemisele. Kui VõS-i järgi kahjuhüvitist nõuda, siis peab tööandja vastutuse jaoks olema tuvastatud, et tööandja on mõnda oma kohustust rikkunud, mis võimaldas KH teket. Sellist uurimist ei tee töötervishoiuarst ning kuna TI on erapooletu institutsioon, peetakse tema uurimise tulemusi objektiivsemaks kui tööandja omi. Kuigi kohtus kaalutakse eraldi kõiki tõendeid, siis kahjuhüvitise nõuete põhjendamisel on oluliseks argumendiks nii töötajatele kui tööandjatele muuhulgas TI uurimiste kokkuvõtted.

Tööandja ei saa TI kokkuvõtet eraldi vaidlustada, sest see ei ole iseseisev haldusakt, vaid uurimise lõpus koostatud kokkuvõttev dokument. Tööandja saab küll menetluse käigus oma seisukohti esitada ja paluda sisu täpsustada, kuid kokkuvõtte õiguspärasust ei saa eraldi vaidlustada ka siis, kui tööandja järeldustega ei nõustu.

TI nõustab uurimise lõpus KH-ga inimest, soovitab pöörduda Kutsehaigete Liitu, kus aidatakse koostada nõuet tööandja vastu. Töötajale helistatakse üle, kas ta on uurimise kokkuvõtte kätte saanud ja aidatakse orienteeruda raportis ning selle lisades.

KH diagnoosimise ja uurimise tulemusena on töötajal protsessi lõpuks:

- KH teatis PERH-KTK-st,
- tööandja uurimistulemuste raport ja
- TI uurimise kokkuvõte.

Tööandja peaks KH enda ja TI uurimise tulemusena olema analüüsinud töötingimuste olukorda, raporteerinud ette võetavad tegevused järgmiste KH-de vältimiseks ning viinud sisse muudatused töökeskkonnas ja töötingimustes. Muudatuste tegemist kontrollib hiljem TI tööandja esitatud dokumentide põhjal (näiteks tervisekontrolli otsus, foto töötajale soetatud abivahendist vms).

KH-de andmeid säilitatakse töökeskkonna andmekogus 55 aastat (TTOS § $24^1$ lg 4 p 3).

#### 2.4.5.3 Tööinspektsiooni tööst põhjustatud haiguse järelevalve

TPH-st tööandja teada ei saa ega uuri selle tekkimise asjaolusid. TI ei vii samuti läbi analoogset menetlust nagu KH-ga. Selle asemel algatab TI järelevalvemenetluse, mille eesmärk on kontrollida töötingimusi ja töökeskkonna ohutegureid, vajadusel neid korrigeerida ning vältida tervisekahjustuse süvenemist või tekkimist. TI vaatab töökoha üle, analüüsib riske ja teeb vajadusel ettekirjutused riskide maandamiseks.

Mitu intervjueeritavat oli seisukohal, et TPH uurimine peaks olema keskne ennetusmeede, kuna see võimaldaks töötingimusi muuta ja seeläbi hoida ära KH tekkimise või süvenemise. See idee lähtub TPH-st kui KH-le eelnevast haigusseisundist, mis pole veel välja-arenenud KH-ks. Kuna aga TPH diagnoos pannakse sarnaselt KH diagnoosimisele alles pärast seda, kui töötaja tervis on juba kahjustunud ning on vaatamata sellele, kas ja kuidas TPH-d tõlgendatakse, tagantjärele tõdemus haigusseisundi ja töötamise seostest üksikutel TPH

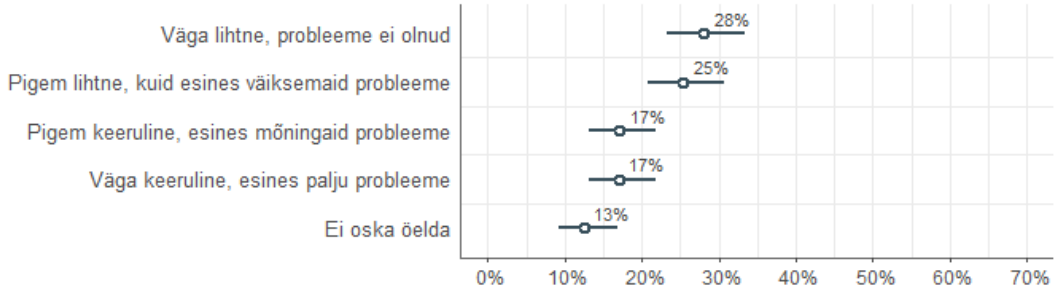
diagnoosimisele jõudnud patsientidel, siis ei oleks TPH uurimine ennetusmeetmena põhjendatud. Asjakohasem oleks luua alternatiivne süsteem ja lahendus varase võimaliku töötingimuste ja tervise seoste märkamiseks.

TI spetsialist pidas TPH-de uurimist vajalikuks, et parandada töötingimusi ja ennetada tervisekahjustuse süvenemist. Praeguse lahenduse korral on TI spetsialistile keerukas see, et töökoha hindamisel tuleb säilitada töötaja anonüümsus, mistõttu ei saa tööandjale öelda järelevalve tegelikku põhjust.

### 2.4.6 Töötajate hinnang tööga seotud haiguste diagnoosimise protsessile

Veidi üle poole (53,4%) KH ja TPH diagnoosiga vastanutest kirjeldas diagnoosimisprotsessi väga lihtsa või pigem lihtsana, **keeruliseks ja probleemseks hindas umbes kolmandik** (vt Joonis 21). KH ja TPH diagnoosiga inimeste vastused ei erine.

*Joonis 21. Milline oli kutsehaiguse või tööst põhjustatud haiguse diagnoosi saamise protsess Teie jaoks (% tööga seotud haigusega inimestest, registreeritud 2015–2024)*




*Allikas: Tööst põhjustatud tervisekahjustustega inimeste küsitlus 2025.*

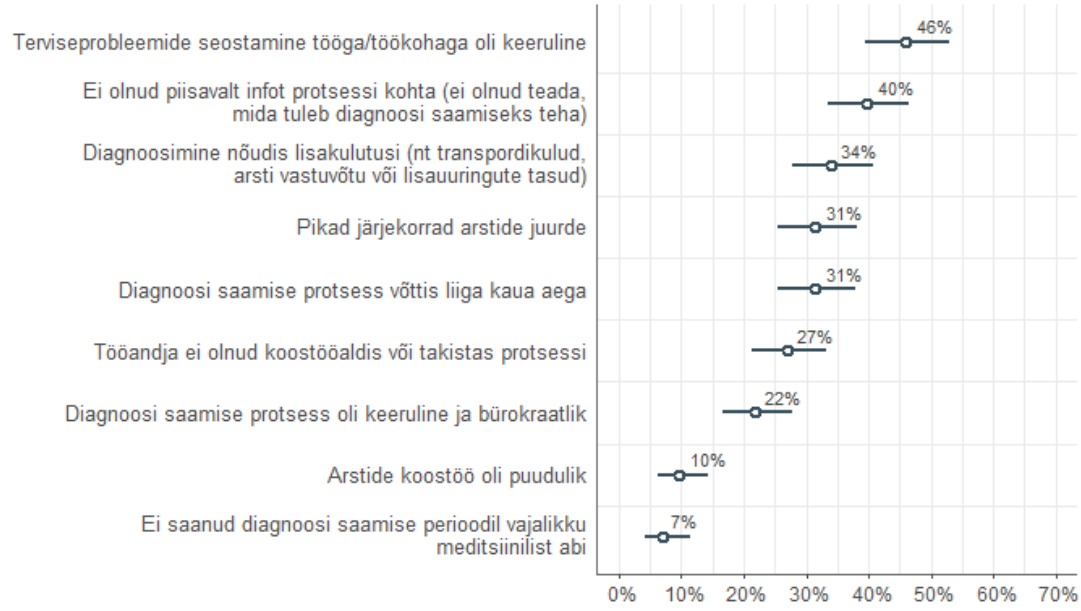
Küsitlus näitas, et kõige suurem probleem diagnoosimise protsessis on **terviseprobleemi ja töö seostamise keerukus** (vt Joonis 22), mis väljendub eelkõige suures **asjaajamis- ja tõendamiskoormuses** (dokumentide kogumine, töötingimuste ja tööülesannete detailne kirjeldamine (sh eri töökohtade lõikes) ning tervisemurede korduv põhjendamine).

Teise probleemide ringina nimetati **infoga seonduvat.** Protsessi alguses ei teadnud paljud, kuhu ja kelle poole pöörduda ja mida teha. Kohati oli hilisem protsessi käigus saadud info samuti raskesti mõistetav (sh millal ja milline diagnoos määratakse ja milliseid tagajärgi see kaasa toob). Paljud otsisid infot iseseisvalt ja abi saadi Eesti Kutsehaigete Liidult.

Osale KH- või TPH-diagnoosiga inimestele oli diagnoosi saamine **aeganõudev ja kulukas**, kuna lisaks töötervishoiuarstile ja/või perearstile tuli käia eriarstil, läbida täiendavaid uuringuid, operatsioone ning taastusravi. Pikad ootejärjekorrad suunasid mõnel juhul inimese tasulistele vastuvõttudele. Mõned inimesed pidasid tööga seotud haiguse diagnoosimise protsessi osaks ka töövõime ja töövõime kaotuse ulatuse hindamist. Nende hindamiste tulemus on tähtajaline ja neid tuleb korrata tähtaja saabumisel. Hindamise käigus võib eri osapoolte antav erinev info teha kogu süsteemi veelgi keerulisemaks.

Lisaprobleemina toodi esile **tööandja tõrjuvat või süüdistavat hoiakut**, eriti need, kes töötasid endiselt sama tööandja juures. Arstide vahelise koostöö puudujääke ja vajaliku arstiabi saamata jäämist mainiti harva.

*Joonis 22. Milliseid probleeme diagnoosi saamise protsessis esines (% kutsehaiguse või tööst põhjustatud haigusega inimestest, kellel esines probleeme, registreeritud 2015–2024)*




*Allikas: Tööst põhjustatud tervisekahjustustega inimeste küsitlus 2025.*

## 2.5 Diagnoosimise probleemide kokkuvõte ja lahenduste raamistik

Tööga seotud haiguste tuvastamise peamised probleemid tulenevad Eestis süsteemi ülesehitusest tervikuna. Probleemid algavad eesmärkide ja mõistete ebaselgusest.

Diagnoosimise eesmärk ei ole piisavalt selge. Praegu ei eristata piisavalt selgelt, kas diagnoosimise eesmärk on varajane sekkumine ja töötingimuste kohandamine või vastutuse tuvastamise ja hüvitamise aluse loomine. Erinevad osapooled ootavad nende täitmist samaaegselt just tööga seotud haiguste diagnoosimiselt. KH-d mõistetakse praktikas suhteliselt ühtselt, kuid TPH tähendust kirjeldatakse intervjuudes erinevalt: mitme põhjusega haigusena, KH-le eelneva või pöörduva seisundina, tööga seotud haigusena, mida ei saa siduda konkreetse töökeskkonnaga. Kuna TPH diagnoos ei too kaasa tööandjale samasuguseid õiguslikke tagajärgi nagu KH ega anna iseseisvat alust kahjuhüvitise taotlemisel, jääb TPH praktiline väärtus väikeseks.

Diagnoosimiseni jõutakse enamasti liiga hilja, et sellest oleks kasu ennetamise eesmärgil. Tööga seotud haigused kujunevad pika aja jooksul ning nende seos tööga tuvastatakse üldjuhul alles siis, kui tervisekahju on juba välja kujunenud. Küsitluse järgi tekkisid KH ja TPH diagnoosiga inimestel esimesed vaevused keskmiselt 7,2 aastat enne diagnoosi, kohtulahendites oli haiguse kujunemise mediaanperiood enne diagnoosi 18 aastat.

Tööga seotud haigused on aladiagnoositud. Inimesed ei jõua diagnoosimiseni või katkeb protsess enne KH diagnoosi. Seda mõjutavad töötajate vähene teadlikkus, hirm tööandja reaktsiooni ees ning protsessi keerukus. Samuti ei pruugi pere- ja eriarstid töö ja tervise seost õigel ajal märgata ega tea alati, millisel eesmärgil töötajat töötervishoiuarsti juurde või PERH-KTK-sse suunata. Kuigi terviseprobleemi seost tööga märkab sageli esimesena perearst, puudub tal praktikas toimiv võimalus saada töötervishoiuarsti sisendit terviseprobleemi sidumiseks töötamisega. Töötervishoiu paketipõhised korralised tervisekontrollid ei soodusta keerukamate töö

ja tervise seoste varajast märkamist. Kui töötingimuste ja tervise seost ei märgata varakult, jäävad töötingimused kohandamata ning töötaja võib jätkata tervist kahjustavas keskkonnas töötamist.

Aladiagnoosimise tõttu ei peegelda ametlik statistika tööga seotud haiguste tegelikku levikut. Kahjuhüvitiste vaates tähendab see, et sarnaste tööga seotud terviseprobleemidega inimesed on erinevas olukorras sõltuvalt sellest, kas nende juhtum jõuab KH diagnoosini või mitte. KH diagnoos on praktikas keskne eeltingimus tööga seotud tervisekahju kahjuhüvitiste taotlemisel, mida tõendatakse KH teatisega.

Diagnoosimise praegune korraldus ei ole piisavalt läbipaistev ja usaldusväärne. Praktikas diagnoositakse KH või TPH vaid PERH-KTK-s, mistõttu sisuliselt puudub alternatiivse meditsiinilise hinnangu võimalus. See on probleemne olukorras, kus diagnoosil on olulised õiguslikud ja rahalised tagajärjed. Infovahetus osapoolte vahel on ebaühtlane. Tööandjad esitavad diagnoosimiseks mahuka dokumentatsiooni, kuid ei pruugi saada selget tagasisidet protsessi tulemuse kohta, eriti kui KH-d ei diagnoosita. Töötajale ei ole diagnoosi (eriti TPH) sisu alati arusaadav. Arstide hinnangul on tööandjate riskianalüüside kvaliteet ebaühtlane, mistõttu tuleb sageli küsida lisateavet.

KH diagnoosimine seondub tihedalt vastutuse ja vaidlustega. KH diagnoos käivitab tööandja ja TI uurimise ning loob olulise tõendibaasi kahjuhüvitamise vaidlustes. Seetõttu ei ole diagnoosimine praktikas neutraalne meditsiiniline protsess, vaid seotud võimalike rahaliste kohustuste ja vaidlusriskiga. Arstid ei soovi osaleda töötaja ja tööandja kahjuhüvitiste vaidlustes. Töötajale tähendab KH diagnoos tööandja teavitamist, mistõttu osa inimesi ei pruugi seda soovida. See omakorda võib suurendada aladiagnoosimist.

Praegu püütakse ühe protsessiga, tööga seotud haiguste diagnoosimine, täita kahte eri eesmärki: ühelt poolt oodatakse tööga seotud terviseprobleemide varajast märkamist ja töötingimuste kohandamist, teiselt poolt aluse loomist vastutuse tuvastamiseks ja kahjuhüvitise taotlemiseks. Sellest tuleneb vajadus kujundada kaks omavahel seotud, kuid eri eesmärgiga süsteemi. Esimene peaks aitama kaasa tööga seotud terviseprobleemide varajasele märkamisele ja töötingimuste kohandamisele. Eesmärk ei oleks hüvitamine ega vastutuse tuvastamine, vaid kiire sekkumine olukorras, kus on põhjendatud kahtlus, et töötingimused halvendavad tervist. Selleks peaks pere- ja eriarstidel olema võimalus saada töötervishoiuarsti konsultatsiooni või suunata patsient töö ja tervise seose hindamisele ilma, et see automaatselt käivitaks hüvitamise või vastutuse menetluse. Teine peaks olema KH diagnoosimine juhtudel, kus on vaja luua alus kahjuhüvitise taotlemiseks ja tööandja vastutuse hindamiseks. Kuna KH diagnoos on praktikas hüvitamise eeltingimus, peab see protsess olema üheselt eesmärgistatud, läbipaistev ja selge rollijaotusega. Selles raamistikus tuleb eraldi otsustada, kas TPH eraldi diagnoosina on vajalik, kui see ei loo iseseisvat alust kahjuhüvitise saamiseks.

Mõlema süsteemi toimimiseks on vaja parandada infovahetust ja vähendada põhjendamatut halduskoormust. Töötervishoiuarstide ligipääs riskianalüüsidele ja varasematele töökeskkonna andmetele peab olema süsteemne. Selgemaks tuleb muuta tööandja teavitamise ja tagasiside standardid ning korrastada pere-, eri- ja töötervishoiuarstide ning TI vahelised infokanalid. Pädevuste arendamine peaks keskenduma töö ja tervise seoste varajasele märkamisele ja suunamisele täiendava konsultatsiooni saamiseks. Samuti vajab täpsustamist uurimis- ja järelevalvemenetluste raamistik, et vähendada dubleerimist ja muuta rollijaotus selgemaks.

Kokkuvõttes seisneb peamine probleem selles, et sama protsessi kaudu püütakse korraga täita ennetuse, kohandamise, vastutuse ja hüvitamise ülesandeid. Toimivam lahendus eeldab nende eesmärkide lahutamist kaheks seotud süsteemiks: üks varajase märkamise ja töötingimuste kohandamise jaoks ning teine KH tuvastamiseks hüvitamise ja vastutuse hindamise eesmärgil.

# 3 Tööga seotud tervisekahju hüvitamine

## 3.1 Sissejuhatus

Peatükis kirjeldame tööga seotud tervisekahjude hüvitamise süsteemi: kahjuhüvitise maksmise aluseid ja ulatust. Esmalt kirjeldame teoreetiliselt kahjuhüvitamise süsteemi, selle üldist struktuuri ja eesmärke. Teiseks kirjeldame kitsamalt tööandja vastutuse kujunemist tööga seotud tervisekahju hüvitamisel ja toome välja selle probleemkohad. Samuti kirjeldame kahjuhüvitise maksmise parameetrite kujunemist, erikorda, mis kehtib kui tööandjaks on riik ja vabatahtliku tööandja vastutuskindlustuse olukorda tööga seotud tervisekahju hüvitamise finantseerimisel. Seejärel kirjeldame KH ja TÕ alusel ajutise töövõimetuse hüvitise maksmist. Neljandaks kirjeldame kahjuhüvitiste taotlemise ja maksmise praktikat registri- ja küsitluse andmetel.

Peatükk põhineb dokumendianalüüsil, tööst põhjustatud tervisekahjustusega töötajate küsitlusel, registriandmetel ja intervjuudel. Üheks osaks dokumendianalüüsist oli tööga seotud tervisekahju hüvitamise kohtuvaidluste lahendite analüüs, mille metoodikat kirjeldame täpsemalt raporti lisas (vt raporti Lisa 3 Kohtuvaidluste analüüsi metoodika ja koondstatistika, lk. 135).

## 3.2 Kahjuhüvitamise eesmärk, süsteem ja alternatiivid

Eestis ei ole selgelt piiritletud tööga seotud tervisekahjude hüvitamise süsteemi, millele oleks sõnastatud eesmärke, seetõttu pole võimalik hinnata, kas ja mil määral praegune süsteem eesmärke täidab. Intervjuudes kirjeldavad spetsialistid ja tööturu osapooled järgmisi ootuseid tööga seotud tervisekahju kahjuhüvitamise korraldusele: (i) lihtne ja ennustatav kahjude hüvitamine, (ii) õiglane vastutus ja (iii) riskide ülekandmine tööandjale (riskide internaliseerimine).

Praegu hüvitatakse tööga seotud tervisekahju kahel põhiseaduslikul alusel. Põhiseaduse[23] § 28 järgi on igaühel õigus riigi abile vanaduse, töövõimetuse, toitjakaotuse ja puuduse korral. Abi liigid, ulatuse ja tingimused sätestab seadus. Sellel põhineb universaalne sotsiaalkaitse, mis tagab minimaalse sissetuleku ja teenused sõltumata töövõime vähenemise põhjusest. Põhiseaduse § 25 järgi on igaühel õigus nõuda õigusvastaselt tekitatud moraalse ja materiaalse kahju hüvitamist. Sellel põhineb kannatanu õigus nõuda kahjuhüvitist tööandjalt, kui tööandja tegevus või tegevusetus põhjustas tervisekahju.

Seega hüvitatakse Eestis tööga seotud tervisekahju kahe kanali kaudu, mida saab tinglikult määratleda tööga seotud tervisekahju hüvitamise süsteemina:

1. **universaalne sotsiaalkaitse** (nt ravikindlustus, töövõimetoetus, rehabilitatsioon, puudetoetused)[24], mis abistab sõltumata tervisekahju põhjusest (sh tööga seotud tervisekahju),

[23] Eesti Vabariigi põhiseadus. (RT 1992, 26, 349). Vaadatud 19.03.2026.

[24] Tervisekahju põhjusest ja süüdlase tuvastamisest sõltumatud riiklikud toetused ja teenused tervisekahju kompenseerimiseks Eestis on praegu järgmised: ravikindlustusega kaetud raviteenuste ja ravimite kulud (Ravikindlustuse seadus (RaKS)); haigushüvitis asendussissetulekuks ajutise töövõimetuse ajal (RaKS ja TTOS); asendussissetulek töötuskindlustusest ja töötutoetusest töö kaotamisel (Töötuskindlustuse seadus ja tööturumeetmete seadus (TöMS)); uue töö leidmist, sh vajadusel oskuste ja teadmiste arendamist toetavad teenused (TöMS); töövõimetoetus pikemaajalise töövõime osalise või tervikliku kaotuse sissetulekute augu tasandamiseks (Töövõimetoetuse seadus); töövõime täielikul

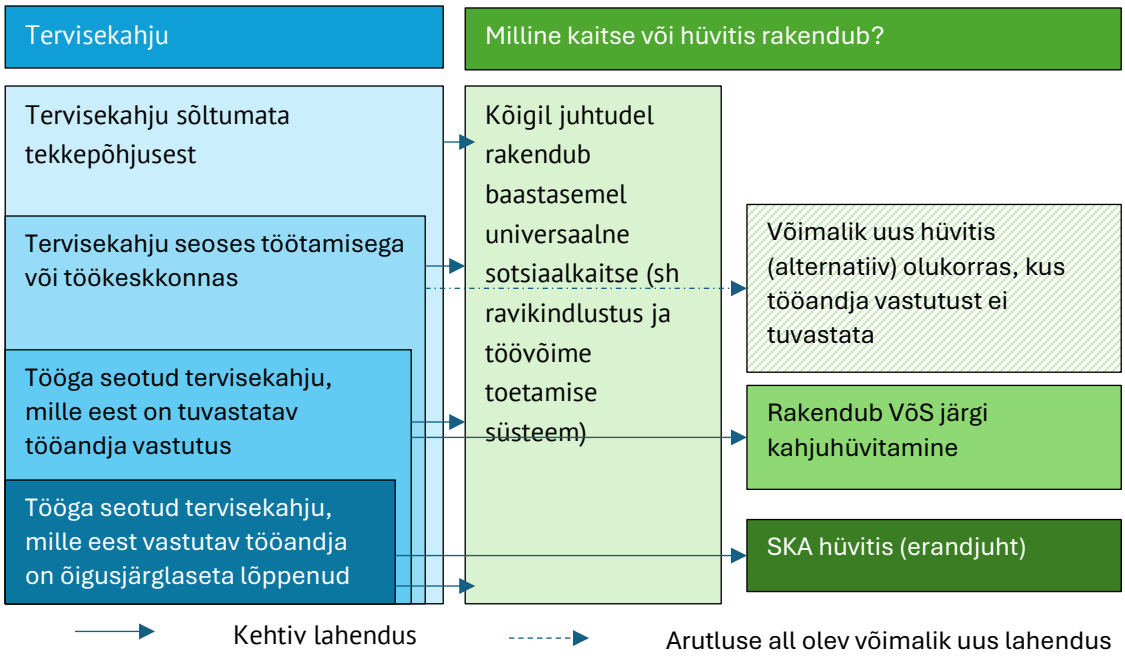
2. **tööandja vastutus võlaõigusseaduse alusel,** kui tööandja on töötaja tervisekahju põhjustanud oma tegevuse või tegevusetusega.

Lisaks on kaks **eriskeemi**:

- **ajutise töövõimetuse hüvitis TÕ ja KH korral**, mis on muude ajutise töövõimetuse põhjustega võrreldes soodsam ega sõltu tööandja vastutusest;
- **SKA hüvitis,** millega võtab riik üle tööandja kahjuhüvitise maksmise kohustuse, kui tööandja on õigusjärglaseta lõpetatud.

Universaalsel sotsiaalkaitsel ja tööandja vastutusel on kummalgi omaette eesmärk, mis ei lähtu otseselt tööga seotud tervisekahju hüvitamise spetsiifikast. Universaalse sotsiaalkaitse laiem eesmärk on võrdsetel alustel kõigile inimväärse, piisava sissetuleku tagamine ja kiire võimaluse loomine tööle naasmiseks erinevate riskide realiseerumisel. Tööandja vastutuse alusel tööga seotud tervisekahju hüvitamise eesmärk on määrata täpselt vastutus kahju tekkimise eest, kahju suurus ja kanda see üle kahju tekitajale.

*Joonis 23. ATööga seotud tervisekahju ja selle hüvitamise asetsemine Eesti sotsiaalkaitse süsteemis*




Võimaliku alternatiivina praegusele tööga seotud tervisekahju hüvitamise süsteemile Eestis[25], võiks kaaluda eraldi hüvitist või toetust, mida makstaks sõltumata tööandja vastutusest. Sellise lahenduse teoreetiline

kaotamisel kogumispensioni väljamaksed (Kogumispensionide seadus §40 lg 11); säilinud osalise töövõime kasutamise toetamise meetmed (sh tööalase rehabilitatsiooni teenused) (TöMS ja VV 2023 a 29.02.2023 määrus nr 90 Tööhõiveprogramm 2024–2029); rehabilitatsiooni teenused puuduva töövõime korral (Sotsiaalhoolekande seadus); puudega inimeste toetused ning teenused puudest tuleneva halvemuse ületamiseks (Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus).

[25] Lähtume uuringu lähteülesandes püstitatud raamistavast eeldusest, et tööga seotud tervisekahju hüvitamise lahendus ei muuda olemasolevaid universaalse sotsiaalkaitse skeeme. See tähendab, et ei teki oluliselt erinevat ravikindlustuse, töötuskindlustuse või töövõime toetamise lahendust olukorras, kus tervisekahju seondub töötamisega ja muudel juhtudel.

põhjendus tuleneb töötamise ühiskondlikust väärtusest: kuna töötamine loob ühiskondlikku heaolu, on õiglane, et töö tõttu tekkinud kahju hüvitatakse töötajale. See väljendaks sotsiaalset õiglust ja ühiskonna võlga töötaja ees. Majandusteoreetiliselt tugineb selline käsitlus arusaamale, et tööturg ei ole täiuslik ning töötasu ei kajasta alati tööga kaasnevaid riske. Kui riskid realiseeruvad, tuleb kahju kanda vähemalt osaliselt töötajalt üle tööandjale või ühiskonnale.[26] Kuna puudub ühene objektiivne alus „õige" hüvitise suuruse määramiseks, on selline lahendus paratamatult poliitilise valiku ja ühiskondliku kokkuleppe küsimus.

Alternatiivne skeem tähendaks, et tööga seotud tervisekahju korral saaks inimene hüvitist ka siis, kui selle eest ei vastuta tööandja ja tööandja vastutust ei ole vaja tuvastada ning tõendada. Osaliselt asendaks see praegust tööandja vastutusel põhinevat hüvitamist, vältimaks topelt hüvitamist. Kõigis uuringus vaadeldud välisriikides kasutatakse lahendust, kus tööga seotud tervisekahju hüvitamine ei sõltu tööandja vastutusest, vaid sellest, kas tervisekahju on seotud TÕ või KH-ga. Teoreetiliselt võiks kaaluda ka laiemat süsteemimuutust, kus universaalse sotsiaalkaitse sees luuakse eraldi mehhanism tööga seotud ja muudest põhjustest tingitud tervisekahjude hüvitamiseks, kuid selline skeem ei ole käesoleva uuringu fookuses.

Tööandja vastutusest sõltumatu tervisekahju hüvitamise skeemi loomise üle tuleks otsustada etapiviisiliselt: (1) kas tööga seotud tervisekahju muust tervisekahjust kõrgema tasemega hüvitamine on soovitav tulemus; (2) kui suur peaks olema hüvitis ja kellel oleks sellele õigus; (3) kuidas korraldada hüvitise menetlemine ja rahastamine.

Tööga seotud tervisekahjude hüvitamise süsteemi esmane eesmärk peaks olema hüvitise tagamine. Ennetus ja töötervishoiuriskide internaliseerimine saavad olla üksnes teiseseks eesmärgiks[27]. Hüvitamissüsteem võib küll mõjutada tööandjate ja töötajate käitumist sissemaksete, väljamaksete, vastutuse määramise ja uurimiskohustuse kaudu, kuid rahvusvahelised uuringud ei anna veenvat kinnitust sellele, et just tööga seotud tervisekahju hüvitamise skeemide kujundus parandaks üheselt tööohutust. Seetõttu ei ole põhjendatud teha ennetusest süsteemi peamist eesmärki. Küll aga on põhjendatud, et tööandja kannaks temast sõltuvatel põhjustel tekkinud tervisekahju kulud õiglase vastutuse korras.

Üldjoontes on Eestil kaks peamist alternatiivi:

1. **Jätkata praeguse süsteemiga.** Töötaja saab tööandjalt hüvitist nõuda siis, kui tööandja vastutus on tuvastatav, ning kõigile kehtib sõltumata tervisekahju põhjusest universaalse sotsiaalkaitse miinimum.
2. **Uue tööga seotud tervisekahju hüvitise loomine või mõne olemasoleva universaalse hüvitise laiendamine.** Sellisel juhul lisanduks universaalsele sotsiaalkaitsele tööga seotud tervisekahju eest eraldi hüvitis ning tööandja vastutuse alusel saaks nõuda hüvitist vaid selles osas, mida uus skeem ei kata. Selle tulemusena oleks tööga seotud tervisekahjuga inimestel suurem hüvitise tase kui muudel tervisekahju juhtudel. Teoreetiliselt võiks siinjuures kaaluda ka eristust selle järgi, kas kahju tekkis töökohal viibides või otseselt tööülesandeid täites.

[26] Cullinan, P. & Koh, D. (2022). Textbook of Occupational Medicine Practice. Workers' compensation schemes. Vaadatud 19.03.2026.

[27] Masso jt jõudsid samuti järeldusele, et töötervisehoiu ja töökeskkonna ohutuse tagamise ja ennetusmeetmena ei ole tööõnnetuse ja kutsehaiguse hüvitamise lahenduse loomine Eesti tingimustes põhjendatud. Ennetuse lahenduste kese peaks asetsema teistes kohtades. Allikas: Masso, M., Veldre, V., Amos, M., Tammiku, M., Partei, M. (2015). Töövõimekao hüvitamise süsteem Eestis ja rahvusvaheline võrdlus. Vaadatud 19.03.2026.

Peamine erinevus alternatiivide vahel seisneb selles, kas hüvitis sõltub süüst. Süüst sõltumatu hüvitis eeldab väiksemat tõendamiskoormust, on kiirem ja väiksema halduskoormusega, kuid laiendab hüvitise saajate ringi ja suurendab kogukulu. Hüvitise suurus on poliitiline otsus, mis peab väljendama ühiskonna hinnangut sellele, kas tööga seotud tervisekahju tuleb käsitada eritaolise riskina võrreldes muu tervisekahjuga. Tööandja vastutusel põhinev hüvitis eeldab täpsemat tõendamist: tuvastada tuleb nii tööandja vastutus kui ka kahju ulatus, mida muud skeemid ei kata. Hüvitise suurus ei ole sel juhul poliitiline otsus, vaid see peab vastama kahju tõendatud suurusele igal individuaalsel juhul.

Mõlema alternatiivi menetlemise ja rahastamise küsimusi tuleb eraldi analüüsida ja lahendada. Uuringus vaadeldud välisriikides rahastatakse süüst sõltumatuid skeeme erinevalt: Lätis kohustusliku riikliku sotsiaalkindlustusmakse kaudu, mida administreerib Sotsiaalkindlustusamet; Soomes kohustusliku kindlustuse kaudu, mida haldavad erakindlustusseltsid koos garantiifondiga; Taanis kohustusliku kindlustuse kaudu, mida administreerib selleks loodud eraldi amet. Menetluse ja rahastuse täpsem kujundus eeldab siiski eelnevat põhimõttelist otsust, millist hüvitist, mis mahus ja kellele soovitakse luua.

Tööandja vastutusel põhinev hüvitamine ei toimi Eestis praegu hästi mitmel põhjusel (vt ptk 3.3, lk 61). Kui alternatiivset tööga seotud tervisekahju hüvitamise lahendust ei looda, tuleb parandada just tööandja vastutusel põhinevat süsteemi, et töötajal tekiks tegelik ja efektiivne võimalus hüvitist saada ning kahju eest vastutav isik kannaks sellega seotud kulud.

Eriskeemide edasine kujundus tuleks üldise printsiibi järgi siduda valitud põhialternatiiviga. Ajutise töövõimetuse soodsam hüvitamine KH ja TÕ korral sobib loogiliselt paremini kokku alternatiiviga 2, kus tööga seotud tervisekahju hüvitatakse üldisest süsteemist heldemalt. Kui sellist eraldi hüvitist ei looda, tuleks üle vaadata ajutise töövõimetuse soodsam käsitlus ja viia see kooskõlla üldise lahendusega. SKA hüvitis sõltub alternatiivide valikust vähem, kuid ka siin tuleb teha põhimõtteline otsus, kas ja millistel tingimustel on põhjendatud võtta riigi kanda eraõiguslikust suhtest tulenev hüvitamiskohustus.

Tööandja õigusjärglaseta lõppemisel tööga seotud tervisekahju hüvitamise ülevõtmine riigile (SKA hüvitis) ei sõltu oluliselt alternatiivide valikust, kuid vajab põhimõttelist otsust: kas ja millistel tingimustel on põhjendatud võtta riigi kanda eraõiguslikust suhtest tekkinud hüvitamiskohustus. Nii nagu tööga seotud tervisekahjude hüvitamise üldiste skeemide korral, tuleks põhimõtteliste otsuste järgselt kaaluda hüvitiste menetlemise ja finantseerimise skeeme.

Spetsialistide ja tööturu osapoolte seisukohtade põhjal ei ole Eestis üksmeelt selles, kas tööga seotud tervisekahju tuleks süüst sõltumatult hüvitada suuremas ulatuses või heldematel tingimustel kui muud tervisekahju. Pooldajad rõhutavad, et töötaja tegutseb tööandja kontrolli all ning tema võimalused töö sisu ja tingimusi mõjutada on piiratud. Kui töötajal tekib töötamisest haigus või vigastus, peaks kahju kandma tööandja või ühiskond. Samuti nähakse väärtusena, et hüvitis oleks töötajale kiiresti, lihtsalt ja ilma suure tõendamiskoormuseta kättesaadav. Vastased osutavad seevastu, et tänapäevases tööelus on tööga seotud ja töövälised tervisemõjusid sageli raske eristada: töö ja eraelu piir hägustub, töö toimub erinevates kohtades ja paindliku ajaga ning haiguse põhjuseid ei ole alati võimalik selgelt lahus hoida. Samuti nähakse riskina, et süüst sõltumatu hüvitis võib vähendada tööandja motivatsiooni ennetusse panustada või nõrgendada otsest vastutust tehtud kahju eest. Lisaks peetakse küsitavaks, kas selline eristamine oleks õiglane ülejäänud ühiskonna suhtes, kui sama vigastuse või haiguse korral peaks sotsiaalkaitse põhimõtteliselt andma võrdse kaitse sõltumata selle tekkepõhjusest.

Tööandja vastutusel põhinev hüvitamine ei ole aga sotsiaalkaitse poliitilise valiku küsimus, vaid põhiseadusest tulenev subjektiivne õigus nõuda õigusvastaselt tekitatud kahju hüvitamist. Seetõttu peab õigusriik tagama selle õiguse tegeliku toimimise. Arvestades, et praegune uuring ei käsitle universaalse sotsiaalkaitse baastaseme muutmist, et süüst sõltumatu heldema hüvitamise osas puudub ühiskondlik kokkulepe ning et tööandja vastutus jääb põhiseadusliku nõudena igal juhul püsima, kitseneb realistlik valik sisuliselt alternatiivile 1. See tähendab, et Eestis tuleks keskenduda praegu tööga seotud tervisekahju hüvitamise põhiskeemina tööandja vastutuse alusel hüvitise saamise võimaluste parandamisele, nii et süsteem oleks osapooltele kiirem, õiglasem, tõhusam ja ennustatavam. Samal ajal tuleb eraldi otsustada, kas ja millises ulatuses säilitada või ümber kujundada eriskeemid, eeskätt ajutise töövõimetuse hüvitis ning SKA hüvitis.

Kokkuvõttes puudub Eestis tööga seotud tervisekahju hüvitamise üheselt määratletud skeem koos selgete eesmärkidega. Seetõttu mõistetakse nii süsteemi sisu kui ka eesmärke erinevalt. Praegu põhineb hüvitamine universaalsel sotsiaalkaitsel ja tööandja võlaõiguslikul vastutusel. Universaalne sotsiaalkaitse tagab minimaalse kaitse sõltumata kahju põhjusest, tööandjalt saab aga nõuda kahju hüvitamist siis, kui on tõendatud seos tööga ja tööandja vastutus. Kuna Eestis puudub konsensus süüst sõltumatu tööga seotud tervisekahju hüvitamiseks ning tööga seotud ja tööväliste tervisemõjude eristamine on sageli keeruline, ei ole praegu mõistlik arendada eraldiseisvat üldist süüst sõltumatut tööga seotud tervisekahju hüvitamise skeemi. Keskenduda tuleks tööandja vastutusel põhineva hüvitamissüsteemi toimimise parandamisele ning hinnata eriskeeme selle järgi, kas need on valitud üldraamistiku sees põhjendatud erandid või tuleks need ülejäänud hüvitamiskorraldusega loogiliselt ühtlustada.

## 3.3 Tööandja vastutuse alusel tööga seotud tervisekahju hüvitamine

### 3.3.1 Tööga seotud tervisekahju hüvitise taotlemise ja maksmise alused

#### 3.3.1.1 Tervisekahju seos töötamise ja tööandja tegevuse või tegevusetusega

Töötaja võib nõuda tööga seotud tervisekahju hüvitamist tööandjalt VõS alusel[28]. Kui kahju põhjustanud tööandja on õigusjärglaseta lõpetatud ja likvideeritud, võib töötaja taotleda SKA-st selle tööandja osa hüvitamist (TTOS ptk $5^1$).

VõS § 1043 kohustab kahju hüvitama isikut, kes on selle tekitanud õigusvastaselt ja süüliselt või kes vastutab kahju tekkimise eest seaduse alusel[29]. Tööandja vastutuse eeldused (vt Joonis 24):

- töötajal on tekkinud tervisekahju;
- tervisekahju on põhjuslikus seoses töötamisega konkreetses töökohas[30];

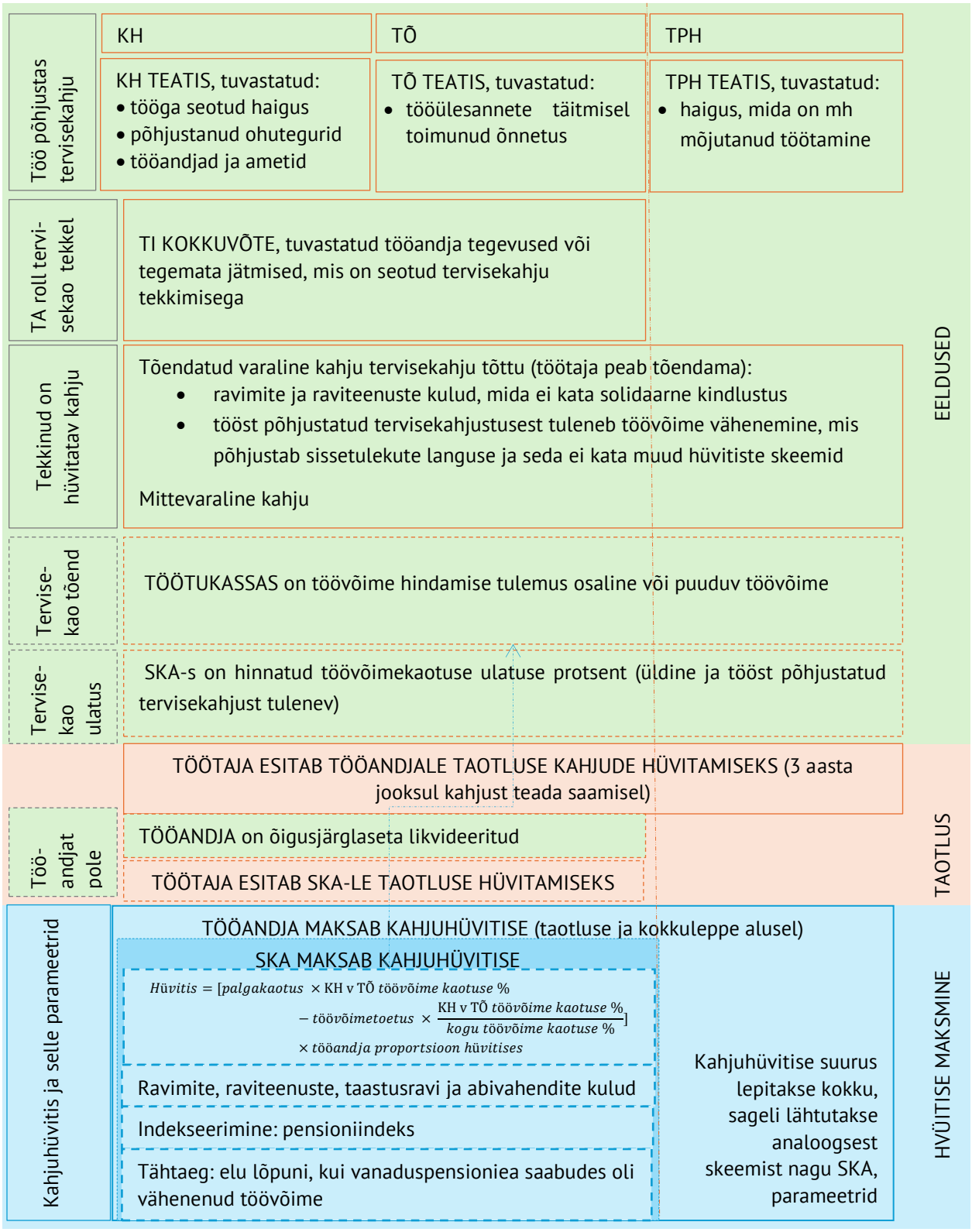
[28] Seda õigust märgib TTOS § 14 lg 5 p 6, kuid õigus kehtib sõltumata TTOSi viitest.

[29] VõS § 101 võimaldab nõuda kahjuhüvitist, kui teine pool on rikkunud kohustusi ehk tugineda töölepingu rikkumisele. Samas saab § 1044 p 3 järgi ka lepingu rikkumise alusel hüvitist nõudes tugineda kehavigastuse ja tervisekahjutuse tekitamise korral deliktiõigusele.

[30] Haigus või TÕ peab olema tööst põhjustatud, st eksisteerima peab põhjuslik seos konkreetse tööandja töötingimuste ja tervisekahju vahel. Kohtulahendite analüüsis oli 6 juhtumit (2-16-7836, 2-16-13469, 2-13-59440, 2-18-12722, 3-16-453, 3-17-747), kus leiti, et selline seos pole piisavalt selge.

- tööandja on rikkunud TTO või muid asjakohaseid kohustusi (nt tegemata riskianalüüs, puudulik juhendamine ja väljaõpe) ning rikkumine on põhjuslikus seoses tervisekahjuga[31].

*Joonis 24. Tööst põhjustatud tervisekahjustuste kahjuhüvitise saamise eeldused ja parameetrid[32]*



Tööandja vabaneb võlaõigusseaduse alusel vastutusest üksnes juhul, kui ta suudab näidata, et täitis kohustusi nõuetekohaselt ning kahju ei olnud nende tingimustega seotud. Näiteks tekkis tervisekahju üksnes töötaja enda käitumisest või muust tööst sõltumatust põhjusest[33].

Kui tööandja on õigusjärglaseta likvideeritud, võtab riik SKA kaudu üle tööandja hüvitamiskohustuse. SKA hüvitis ei ole siiski täpselt samasugune nagu on tööandjalt nõutav kahjuhüvitis. SKA makstava TÕ või KH kahjuhüvitise eeldused on TTOS-is detailsemalt reguleeritud ning mitmes aspektis kitsamad (Joonis 24 eristab katkendliku joonega eeldusi, milleta SKA-st hüvitist ei saa). SKA maksab hüvitist üksnes registreeritud KH või TÕ-ga ja ainult siis, kui tööandja on likvideeritud. Intervjuudes toodi välja probleemina, et pankrotimenetluse ajal võib inimene jääda ajutiselt hüvitiseta, kuna nõue ei erine pankrotimenetluses teiste võlausaldajate nõuetest. [34].

VõS-i järgi saab tööandjalt kahjuhüvitist nõuda iga töötaja, kelle tervisekahju eest tööandja vastutab. See õigus ei sõltu tingimata ametlikust KH diagnoosist või registreeritud TÕ-st. Kui töötajal ei ole KH diagnoosimise dokumente ega TI uurimise kokkuvõtet, võib ta ise koondada nõuet toetavad dokumendid, selgitada tööandja kohustuste rikkumise sisu ning põhjendada, kuidas see tervisekahju põhjustas[35]. Praktikas tõendatakse aga sageli siiski ametlikult registreeritud KH või TÕ teatisega.

Ainuüksi registreeritud KH või TÕ ei tähenda automaatselt tööandja vastutust, tõendatud peab olema tervisekahjuga põhjuslikkus seoses olev tööandja rikkumine. Tööandja rikkumist tõendatakse KH ja TÕ vaidlustes sageli TI uurimise kokkuvõttega. Selles fikseeritakse tööandja juures esinenud ohutegurid ja töötingimused, mis võisid põhjustada KH või TÕ teatisega kirjeldatud tervisekahju. Kui TI uurimise kokkuvõttes tööandja rikkumisi ei tuvastata või kui tööandja tõendab, et tuvastatud puudused ei olnud tervisekahjuga põhjuslikus seoses, ei teki tööandjal vastutust pelgalt diagnoosi olemasolu tõttu.

Vastutuse alus kujuneb tegutseva ja likvideeritud tööandja puhul erinevalt. TI uurib KH juhtumeid ainult nende tööandjate juures, kes uurimise ajal veel eksisteerivad. Kui tööandja on likvideeritud, maksab SKA hüvitist KH teatise ja töötamist tõendavate dokumentide alusel, ilma tööandja vastutuse sisulise uurimiseta. Kui TI on jõudnud tööandja juures uurimise läbi viia ja tööandja likvideeritakse alles hiljem, kasutab SKA oma menetluses TI uurimise kokkuvõtet.

Intervjuud näitasid, et tööandjate teadlikkus ja valmisolek tööga seotud tervisekahjusid käsitleda erineb. On kõrgema TÕ riskiga tööandjaid, kellel on välja kujunenud terviklik süsteem alates tervisekahju juhtumi teavitamisest ja info liikumisest kuni kahjuhüvitise maksmiseni. Teised tööandjad käsitlevad tervisekahju juhtumeid erandlike ja juhtumipõhistena.

#### 3.3.1.2 Hüvitatava kahju olemasolu ja selle suurus

**Varaline ja mittevaraline kahju**

Tööga seotud tervisekahju hüvitamise õiguse tekkimiseks ei piisa üksnes sellest, et tervisekahju ja selle seos tööandja vastutusega on tõendatud. Töötaja peab näitama, et tervisekahju tõi kaasa **varalise või mittevaralise**

[33] Näiteks vähendatakse hüvitist, kui töötaja oma käitumisega ise põhjustab kahju süvenemise, ei anna arenevast haigusest tööandjale teada vmt Riigikohus viidanud lahendis 3-2-1-142-16.

[34] Õiguskantsler (2021). Tervisekahju hüvitise maksmine. Vaadatud 19.03.2026.

[35] Nt Tallinna Halduskohus, 20.01.2023, Tallinn, haldusasja nr 3-22-328, selgitatakse, kuidas töötaja haiguse seos töötamisega on tõendatud, sh PERHis diagnoositud tööga seotud haigusega. Tööga seotud haigus on kas TPH või KH.

**kahju**[36]. Kui tööandja vastutab tervisekahju tekkimise eest ja sellega kaasneb varaline või mittevaraline kahju, tuleb see VõS § 128 järgi hüvitada.

SKA makstav hüvitis erineb selles osas tööandjalt nõutavast kahjuhüvitisest põhimõtteliselt. SKA võtab üle üksnes varalise kahju hüvitamise ega kata mittevaralist kahju.

Seega ei piisa ei KH diagnoosist, registreeritud TÕ-st ega ka tuvastatud tööandja vastutusest. Töötaja peab näitama, et tervisekahju tõttu on tekkinud näiteks sissetuleku vähenemine või lisakulud ning et see kahju on põhjuslikus seoses just tööst põhjustatud tervisekahjustusega, mitte muude haiguste või elusündmustega. VõS ei ütle täpselt, milliste tõenditega tuleb seda näidata. Praktikas kasutatakse sageli töövõime hindamise tulemusi, kuid formaalne töövõime hindamine ei ole VõS-is sätestatud tööandjalt kahjuhüvitise nõudmise vältimatu eeldus.

Intervjuudest ilmnes, et töötajad ei taju peamise kahjuna palga- või sissetulekukaotust. Paljud kirjeldavad peamise kaotusena tervise kaotust ja tööelu enneaegset lõppemist (*„jätsin sinna oma tervise"*). See ei pruugi väljenduda üksnes töövõime hindamise tulemustes, vaid ka selles, et inimene ei saa enam teha tööd, mida ta oskab või soovib teha. Töötajate hinnangul ei kata üksnes varalise kahju hüvitamine olulist osa tegelikust kahjust: tervise halvenemist, tööelu kvaliteedi langust ja võimaluse kaotust jätkata varasemas ametis või töökohal.

**Töövõime hindamine ja seonduvad probleemid kahjuhüvitamisel**

SKA makstavat TÕ või KH kahjuhüvitist saab taotleda üksnes siis, kui Töötukassa on tunnistanud inimese töövõime osaliseks või puuduvaks. Lisaks hindab SKA ekspertarst töövõime kaotuse ulatust protsentides, et eristada tööga seotud tervisekahju osa muust tervisekahjust. Mõlemad hindamised peavad olema tehtud ja kehtivad. Kui kordushindamisel töövõime vähenemist enam ei tuvastata, lõpeb õigus SKA hüvitisele. Töövõime kaotuse protsendi muutumisel arvutatakse hüvitis ümber.

Töövõime kaotuse ulatuse määramisega seondub mitu probleemi:

- SKA kasutatav metoodika on aegunud. 2015. aasta töövõimereformiga loobuti riiklikult püsiva töövõime kaotuse protsentuaalsest määramisest ja keskenduti säilinud töövõime hindamisele. Tööga seotud tervisekahju hüvitamise loogika eeldab aga endiselt töövõime kaotuse ulatuse eristamist. SKA kasutab selleks varasemat metoodikat, mis ei arvesta piisavalt töö, töötamise ega töötingimuste muutumist. Intervjuude järgi jätab see ekspertarstidele suure kaalutlusruumi ning muudab otsuste põhjendamise ja kaitsmise vaidlustes keeruliseks.
- Dubleeritud töövõime ja töövõime kaotuse protsendi hindamist pidasid intervjueeritud ebaotstarbekaks. See koormab nii asutusi kui ka hüvitise taotlejaid ja muudab süsteemi loogika taotlejale segaseks. Inimestel on suuri raskusi Töötukassa ja SKA hindamiste eristamisel.
- SKA hüvitise sidumine üksnes osalise või puuduva töövõime tuvastamisega ei ole kooskõlas hüvitise eesmärgiga. Võib juhtuda, et tervisekahju takistab inimesel jätkata senisel tööl ja põhjustab sellega reaalse varalise kahju, kuid töövõime hindamisel leitakse, et inimene on võimeline töötama muul

[36] Tööga seotud haigus või õnnetus peab olema isikule kaasa toonud tõendatud kahju. Kohtulahendite analüüsis oli üks juhtum (2-15-470), milles leiti, et sellist kahju pole tekkinud. Kahju pole tõendatud nt olukorras, kus inimene teenib samasugust või kõrgemat tasu kui enne KH diagnoosimist või olukorras, kus inimene pole selgelt dokumenteerinud ja näidanud erinevust varasemast sissetulekust. Samuti pole kahju tõendatud, kui inimene ei suuda veenvalt näidata, et sissetulekute langus tuleneb just KH-st mitte üldhaigestumisest või vanusest (nt 2-16-7836 ja 2-16-13469).

tööl. Näiteks võib keevitajal tekkida astma, mis ei võimalda tal enam keevitajana töötada, kuigi üldine töövõime mõnel muul ametil hinnatakse säilinuks. Sellisel juhul jääb kahju inimese kanda.
- TTOS seob SKA hüvitise määramisel töövõime hindamise ja töövõime kaotuse tuvastamise sõnaselgelt 16-aastase kuni vanaduspensioniealise isikuga (TTOS § $24^3$ p 3). Seadus ei reguleeri olukorda, kus tööõnnetusest või kutsehaigusest tingitud töövõime kaotust soovitakse esmakordselt tuvastada alles vanaduspensionieas. SKA menetluspraktika järgi ei peeta seda võimalikuks, kuna vanaduspensioniealiste töövõimet Töötukassas ei hinnata[37] ning TTOS ei sätesta selget eraldi alust ega metoodikat töövõimetuse ulatuse esmakordseks tuvastamiseks pensionieas. Samal ajal enne pensioniiga määratud hüvitist makstakse pärast pensioniikka jõudmist edasi tähtajatult. See tekitab vanuse ja taotlemise aja põhise erinevuse ning annab stiimuli taotleda hüvitist enne pensioniikka jõudmist.

Kuigi VõS ei nõua töövõime ega töövõime kaotuse protsendi ametlikku hindamist, kasutatakse neid praktikas siiski tööandjalt kahjuhüvitise nõudmisel. Nende abil püütakse ühelt poolt näidata, et tööga seotud tervisekahju mõjutab töövõimet, ja teiselt poolt määrata kindlaks, milline osa varalisest kahjust on tööandja vastutada. Seetõttu pöörduvad töötajad SKA poole ka siis, kui nad ei taotle hüvitist SKA-lt, vaid soovivad saada töövõime kaotuse protsendi hinnangut tööandjalt kahju nõudmiseks. Sisuliselt osutab SKA seega töövõime kaotuse ulatuse hindamisel kahte teenust: töövõime kaotuse ulatuse hindamine SKA hüvitise maksmiseks (TTOS §$24^3$) ja juhtudel, kus töötaja soovib kasutada seda teavet nõude esitamisel tegutsevale tööandjale. Viimasele sihtrühmale osutatav teenus ei ole regulatsioonides sätestatud. Aastas hindab SKA *ca 6–10* töötaja taotlusel töövõimekaotuse ulatust, kus eesmärk ei ole SKA-st taotletav TÕ või KH hüvitis[38].

SKA maksab TÕ või KH kahjuhüvitist ainult registreeritud TÕ v KH-ga inimestele ning hindab töövõime kaotuse ulatust samuti neile. TPH alusel SKA hüvitist ei maksa ja töövõime ulatust ei hinda. Intervjuudest ilmnes olukord, kus SKA keeldus TPH-ga inimese töövõime kaotuse protsenti hindamast, kuna selleks pole alust. Tööandjalt on võimalik aga tööga seotud tervisekahju hüvitist taotleda ka muu tööga seotud terviseprobleemiga.

**Hüvitise suuruse üldpõhimõtted**

VõS § 127 lg 1 järgi peab hüvitis asetama kannatanu võimalikult sarnasesse olukorda, milles ta oleks olnud ilma kahju tekkimata. Hüvitisest tuleb maha arvata kahjuga saadud tulud (VõS § 127 lg 2), et vältida rikastumist hüvitise arvelt. Varalise kahjuna tuleb hüvitada (VõS § 130):

- lisakulud, mida inimesel ilma kahjustuseta poleks tekkinud;
- töövõime vähenemisest tekkinud kahju, sh sissetulekute vähenemisest ja edasiste majanduslike võimaluste halvenemisest tekkinud kahju.

Hüvitise määramisel arvestatakse töötaja omaosalust kahju tekkimisel (VõS § 139). SKA hüvitisel töötaja omaosalust üldjuhul ei arvestata, välja arvatud juhtudel, kus SKA võtab üle hüvitise maksmise tööandjalt, kes oli töötaja omaosaluse juba varem hüvitise suurusesse sisse arvestanud.

[37] Alla 16-aastaste ja üle vanaduspensioniealiste töövõimet Töötukassas ei hinnata. Kuna töövõime kaotuse ulatus on hädatarvilik sisend SKA hüvitise arvestamisel, siis hindab selliste inimeste töövõimetuse ulatust SKA ekspertarst. Juhul, kui üle vanaduspensioniealise töövõime oli hinnatud enne vanaduspensioniiga, siis hinnatakse töövõimetuse ulatus selle alusel ja lähtutakse edaspidi viimasest hindamisest enne vanaduspensioniiga.

[38] SKAIS2 rikke tõttu ei edastanud SKA statistikat töövõimekaotuse ulatuse hindamiste arvu kohta. Kokku tegutseb SKA-s kolm ekspertarsti ja ühe ekspertarsti keskmine aastane koormus perioodil 2024-2025 oli 43 hindamist.

VõS sätestab hüvitamise üldpõhimõtted, kuid ei anna detailset metoodikat kahju suuruse arvutamiseks. SKA TÕ ja KH kahjuhüvitise arvutamiseks on veidi detailsemad juhised TTOS-is ning SKA veebilehel avaldatud näited hüvitise suuruse arvutamiseks. Kohtupraktika näitab, et töötaja ja tööandja vaidlustes kasutatakse sageli SKA lähenemisele analoogset arvutuskäiku.

#### 3.3.1.3 Kahjuhüvitise taotlemine ja selle tähtaeg

VõS-i järgi on kahju hüvitamise nõude aegumistähtaeg kolm aastat alates hetkest, mil kannatanu sai või pidi saama teada kahju tekkimisest ja kahju tekitajast. Praktikas on aegumine üks sagedasemaid põhjusi, miks hagi jäetakse rahuldamata (11 juhtumit[39] ehk 15% kõigist analüüsitud kohtukaasustest jäid rahuldamata aegunud hagi tõttu). Riigikohus on korduvalt rõhutanud, et tähtaja algust ei määra mitte KH diagnoosimise aeg, vaid see, millal kahju tekkis ja millal kannatanu sellest teada sai või pidi teada saama.

VõSi järgi makstakse sellist hüvitist, mida kahju kannataja taotleb. Seega peab kahju kannatanul olema oskus kahju tekkimist tõendada, koondada vajalikud dokumendid, määratleda kahju suurus ja esitada nõue õigeaegselt. Juhul, kui kahju kannataja ise mõnda hüvitise osa ei taotle, siis ei kaalutle kohus selle maksmist.

SKA-lt TÕ või KH kahjuhüvitise taotlemisel tuleb esitada taotlus koos lisadokumentidega[40]. SKA-l ei ole taotlemiseks üldist tähtaega, kuid taotluse esitamise aeg mõjutab hüvitise maksmise algust. Kui taotlus esitatakse kolme aasta jooksul alates KH diagnoosimisest, töövõime vähenemise hindamisest või varem hüvitist maksnud asutuse likvideerimisest, määratakse ja makstakse hüvitist alates õiguse tekkimise päevast. Hilisemal taotlemisel makstakse hüvitist alates taotluse esitamise päevast.

#### 3.3.1.4 Kitsaskohad, mis tulenevad kahjuhüvitiste õiguslikust alusest

Esiteks on tööandjalt kahjuhüvitise saamine töötajale keeruline juba seetõttu, et puudub automaatne menetlus ja selged juhised. Töötaja peab ise teadma, et tal võib olla õigus hüvitisele, oskama nõude koostada ning suutma tõendada tervisekahju seose töötamisega ning tervisekahju suuruse. Seetõttu jõuavad hüvitise taotlemiseni inimesed, kes tunnevad oma õigusi või suudavad leida õigusabi ning paljud, kellel oleks õigus hüvitisele, jäävad sellest ilma.

Teiseks on töötaja tõendamiskoormus suur. Ta peab näitama, et tervisekahju tuleneb töötamisest ja et selle tagajärjel tekkis varaline kahju. KH diagnoosi või registreeritud TÕ-ga on tõendite kogumine lihtsam. KH diagnoos viitab seosele töötamisega ning TI uurimistulemusi saab kasutada tööandja rikkumiste tuvastamiseks. Ilma KH diagnoosi või TÕ-ta saab töötaja tugineda vaid tööga seotud terviseprobleemi kinnitavale arstitõendile ning peab ise koguma andmed ja selgitama, millised tööandja kohustuste rikkumised haiguse tekkimise põhjustasid. Arvestades töötaja ja tööandja ebavõrdset positsiooni on see ilma välise abita sageli ületamatu takistus, eriti TPH juhtudel, kus TI uurimist ei tehta.

Kolmandaks, SKA hüvitise reeglid tekitavad täiendavat ebaühtlust. Kuigi SKA võtab üle õigusjärglaseta lõpetatud tööandja hüvitamiskohustuse, ei ole hüvitise saamise tingimused samad mis tegutseva tööandja puhul. Peamised erinevused on järgmised:

---

[39] Kohtuasjad järgmiste numbritega: 3-20-2044, 2-15-10280, 2-16-16328, 2-16-18035, 2-16-18056, 2-12-32502, 2-15-11653, 2-19-7640, 3-2-1-20-16, 3-2-1-54-16, 2-15-10683.

[40] Lisadokumendid on järgmised: PERH-ist teatis KH diagnoosi ja seotud tööandjate loeteluga; kutsehaigestumise uurimise kokkuvõte TI-st või tööõnnetuse raport töövigastuse korral; töötamist tõendavad dokumendid (tööleping, tööraamat vmt); töötasu tõend tööandjalt; tõend makstud hüvitise kohta, kui asutus, mille eest hüvitamist taotletakse, maksis enne hüvitist; kohtuotsus, kui see on asjas tehtud; kuludokumendid, kui taotletakse muude kulude hüvitamist.

- SKA hüvitisel piisab KH diagnoosist või registreeritud TÕ-st ning tööandja rikkumisi ei uurita ega tõendata samal määral kui on tegemist tegutseva tööandjaga.
- Tegutsevalt tööandjalt võib nõuda hüvitist ilma KH diagnoosita, kui põhjuslik seos ja rikkumine on tõendatud, kuid SKA hüvitise õigus tekib vaid KH või TÕ-ga.
- SKA hüvitab üksnes varalise kahju, samal ajal kui tegutsevalt tööandjalt võib nõuda ka mittevaralise kahju hüvitamist.
- SKA hüvitise õigus on ainult juhul, kui inimesel on tuvastatud töövõime langus ametlikult, samas kui võlaõigusseaduse alusel võib kahju ilmneda ilma ametliku töövõime vähenemise hindamiseta.

Seega on õigusjärglaseta lõpetatud tööandjaga seotud juhtudel hüvitise saamise tingimused ühelt poolt kitsamad (piiratud juhtumite ring ja hüvitise liik), teisalt aga lõdvemad (ei nõuta tööandja rikkumise tõendamist), mis muudab süsteemi sisemiselt ebaühtlaseks.

Lõpuks puudub ühtne standard nii hüvitise õiguse tekkimise kui ka selle arvutamise kirjeldamiseks. Võlaõigusseaduse alusel kujuneb lahendus sageli juhtumipõhiselt ja läbirääkimiste tulemusena. SKA kasutab küll administratiivseid reegleid, kuid need kehtivad vaid olukorras, kus tööandja on õigusjärglaseta lõpetatud. Tulemuseks on süsteem, mis ei võimalda kiiret ega lihtsat hüvitamist ning kus hüvitis ei ole kõigile võrdselt kättesaadav. Juhtudel, kus kahju välja ei nõuta, diagnoosi ei panda või tööandja rikkumist ei suudeta tõendada, jäävad tööst tulenevad terviseriskid töötaja ja universaalse sotsiaalkaitse kanda, süsteem ei suuna tööandjaid riske internaliseerima. Samas ei tulene see puudus mitte võlaõigusliku mudeli olemusest, vaid suuresti sellest, et kahju ei tuvastata ning nõuta välja.

### 3.3.2 Kahjuhüvitise parameetrid

Pärast seda, kui on selgunud töötaja õigus tööga seotud tervisekahju hüvitisele, tuleb määrata õiglane hüvitis: milline kahju kuulub hüvitamisele, kuidas seda arvutatakse ja millistest tingimustest hüvitise maksmine sõltub. Järgnevalt käsitleme esmalt lisakulusid, seejärel sissetuleku vähenemisest tulenevat kahju, regulaarse hüvitise kestust ning indekseerimist.

#### 3.3.2.1 Lisakulude hüvitamise alused

Lisakulud hüvitatakse tavaliselt kuluarvete põhjal, mistõttu pole peamine küsimus tavaliselt kulude suurus, vaid see, kas ja millises ulatuses konkreetne kulu seondub tööga seotud tervisekahjuga. SKA TÕ ja KH kahjuhüvitise puhul hindab ekspertarst, kas lisakulud seonduvad tööga seotud tervisekahjuga ning kompenseeritakse ekspertarsti otsuse alusel. Tööandja ja töötaja vaidlustes lähtutakse samuti arstide otsustest või arsti välja kirjutatud ravimitest ja raviteenustest.

Kohtupraktikas on vaieldud selle üle, millise perioodi lisakulud kuuluvad hüvitamisele, eeskätt kas enne KH diagnoosi tekkinud sama haiguse ravikulud tuleb hüvitada. Nt kui inimesel kujunes PERH-i teatise järgi KH perioodil 2004-2015 ja KH diagnoositi 2015. aastal, siis kohtuotsuse (kaasus 2-18-13335) järgi ei hüvitata ravikulusid perioodil 2012-2015, kuna ei ole võimalik tuvastada, et hagejal oli KH kui tervisekahjustus juba 2012. aastal olemas.

SKA hüvitab samuti kulusid alates KH diagnoosist, kui inimene taotleb hüvitist kuni kolme aasta jooksul diagnoosi saamisest. Kui inimene taotleb hiljem, siis hüvitatakse kahju alates taotluse saamisest. Lisakuludena hüvitab SKA järgmisi kulusid järgmistes määrades (märts 2025 seisuga):

- kulutused **proteesidele ja abivahenditele** ilma piirmäärata, kuludokumentide alusel;

- kulutused **retseptiravimitele**, ilma kuludokumentideta kompenseeritakse kuni 8,5 eurot kuus ja 102 eurot aastas ning suuremate kulude korral kuludokumentide alusel;
- kulutused **taastusravile**, ambulatoorse ravi korral kuni 14 päeva ja 300 euro eest ning statsionaarse (ehk sanatoorse) ravi korral kuni 10 päeva ja 700 euro eest ühes kalendriaastas;
- **sõidukulud** raviasutusse kuni 0,1 eurot km kohta ilma kuludokumentideta;
- **kannatanu hooldamiskulud,** voodihaige või spetsiaalse meditsiinilise hoolduse puhul kulud kuni hooldustöötaja kuupalga alammäärani, mis on kokku lepitud tervishoiutöötajate kollektiivlepingus kuludokumendi alusel, muu hoolduse puhul kuni 60% sellest.

Lisakulude hüvitamise peamine kitsaskoht on, et KH kujuneb enamasti välja pika aja jooksul ning kulud võivad tekkida juba ammu enne diagnoosi. Kui hüvitamine algab alles diagnoosist, jäävad varasemad kulud töötaja kanda, kuigi sisuliselt tulenevad need samast tervisekahjust. Samas loob diagnoosist lähtumine süsteemi jaoks selge piiri, millest alates on tervisekahju olemasolu ametlikult tuvastatud.

#### 3.3.2.2 Sissetuleku vähenemist kompenseeriva hüvitise parameetrid

Sissetuleku vähenemist kompenseeriva (regulaarse) hüvitise arvutamisel on otsustamist ja vaidlust tekitavaid kohti kohtulahendite ja intervjuude põhjal palju:

- milline varasem sissetulek võtta aluseks;
- milline osa sissetuleku vähenemisest tuleneb tööga seotud tervisekahjust ja milline muudest teguritest;
- kuidas arvestada töötaja enda osa kahju tekkimisel;
- millised toetused ja hüvitised tuleb kahjuhüvitisest maha arvata;
- kas ja kuidas hüvitist indekseerida;
- kui kaua hüvitist maksta.

Töötaja ja tööandja omavahel kokku lepitud hüvitiste parameetritest pole detailset ülevaadet, kuna need pole avalikud. Intervjuudest ja küsitlusest ilmnes, et mõnikord lepitakse lihtsalt kokku kindlas summas, ilma et selle kujunemise alused oleksid mõlemale poolele arusaadavad. On ka olukordi, kus hüvitise parameetrid on küll kokku lepitud nt kohtuvaidluses, kuid osapooled siiski ei saa aru, miks hüvitise suurus just selliseks kujunes ja ei oska hinnata, milline peaks olema õiglane hüvitis. Nii töötajad kui tööandjad leiavad, et õiglase hüvitise suuruse määramine on keeruline, sageli ei oska nad ise sobivat skeemi välja pakkuda ega tea, kuidas hüvitise suurust leida. Intervjuudes toodi välja juhtum, kus töötaja kasutas ühe tööandja hüvitise arvutamise infot sarnase hüvitise taotlemiseks teistelt tööandjatelt.

Kohtulahenditest ja intervjuudest näeme, et töötajad kasutavad nõuete koostamisel sageli Kutsehaigete Liidu abi. Kutsehaigete Liidu soovitused järgivad SKA hüvitise arvutamise skeemi ja lähtuvad osaliselt varem kehtinud ajutisest korrast[41] (nt kohtuasjas 2-11-37822 viidatakse otseselt ajutisele korrale), mis ei ole kehtiv, kuid pole ka vastuolus kahju hüvitamise põhimõtetega. SKA hüvitise arvestamise üldised juhised annab TTOS: arvestama peab töövõime hindamise tulemusega, selle põhjal arvutatakse töövõime kaotuse protsent ja hüvitisest arvutatakse maha töövõimetoetus. Täpsema hüvitise suuruse leidmise skeemi on määranud SKA ise. SKA menetlejate hinnangul oleks vajalik täpsem seadusandja sisend hüvitise arvutamiseks, mis jätaks SKA-le väiksema tõlgendamise vajaduse.

[41] Ettevõtete, asutuste ja organisatsioonide töötajatele tööülesannete täitmisel saadud vigastuse või muu tervisekahjustusega tekitatud kahju hüvitamise ajutine kord. (RT 1992, 33, 431). Vaadatud 19.03.2026.

SKA veebilehel toodud näidete põhjal saab **sissetuleku vähenemise hüvitise arvutamise loogika** kokku võtta järgmiselt.

1. **Indekseeritud sissetulek**. Inimese teenitava palga suuruse tuletamiseks tänapäeva vääringus võetakse töötaja TÕ või KH-le eelneva 12 täistööajaga kuu keskmine palk, millest jäetakse välja puhkuse ja haigusperioodidega kuud. Leitud palga väärtus korrigeeritakse hüvitise maksmise otsuse tegemise aja väärtusesse, arvestades miinimumpalga kasvu.

$$Indekseeritud\ sissetulek = Kuu\ keskmine\ sissetulek\ \times \frac{miinimumpalk_{hindamise\ ajal}}{miinimumpalk_{palga\ saamise\ kuul}}$$

2. **Võimalik sissetulek -** näitab kui suure osa indekseeritud sissetulekust inimene säilinud töövõimega (100% - töövõime kaotuse %) teeniks.

$$Võimalik\ sissetulek = Indekseeritud\ sissetulek \times (100\% - Töövõime\ kaotuse\ \%)$$

3. **Palgakaotus** arvestatakse sõltuvalt tegelikult teenitavast töötasust hüvitise saamise ajal:
   a. Kui **töötasu ⩽ võimalik sissetulek**, palgakaotus ei vähene.
   b. Kui **töötasu > võimalik sissetulek**, kahaneb palgakaotus euro-euro kaupa.

$$Palgakaotus = Indekseeritud\ sissetulek\ - max(0,\quad Töötasu - Võimalik\ sissetulek)$$

4. **Hüvitise leidmiseks:**
   a. Leitakse palgakaotusest hüvitatav osa, ehk töövõime kaotuse proportsioonile vastav osa.
   b. Hüvitatavast osast lahutatakse töövõimetoetus, mis juba katab töövõime kaotusest tulenevat kahju.
   c. Leitud summa korrutatakse tööandja osakaaluga, kui vastutajaid tervisekahju eest on mitu.

$$Hüvitis = [palgakaotus\ \times töövõime\ kaotuse\ \% - töövõimetoetus] \times tööandja\ proportsioon\ hüvitises$$

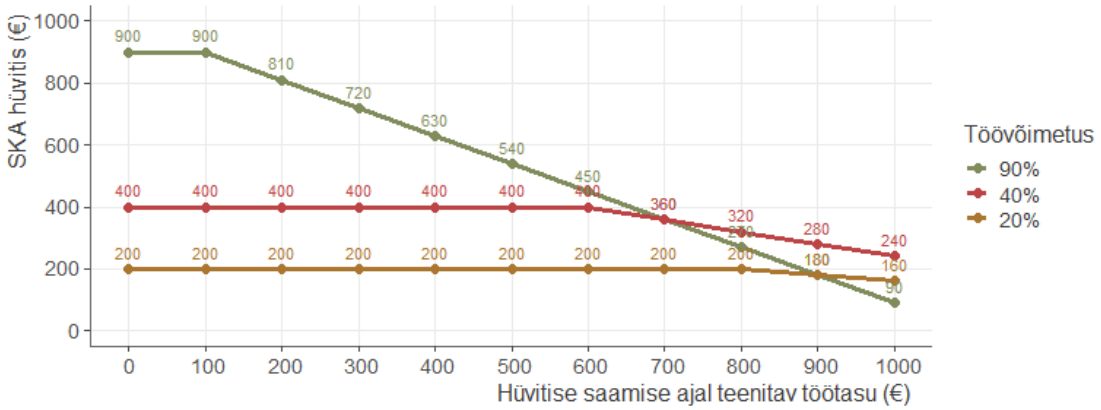
5. Hüvitist **indekseeritakse** TTOS § 31[2] alusel pensioniindeksiga üks kord aastas.

SKA määrab küll eraldi protsendid KH-st tingitud ja kogu töövõime kaotusele, aga veebilehel on näited hüvitise arvutamiseks ainult KH-st tuleneva töövõime kaotuse protsendiga. Näiteid olukorra kohta, kus osa töövõime kaotusest tuleneb üldhaigestumisest ja osa KH-st, veebilehelt ei leia. TTOS §24[4] lg 1 ütleb, et hüvitisest lahutatakse töövõimetoetuse see osa, mis vastab KH-st või TÕ-st tulenevale proportsioonile kogu töövõime kaotusest. Seega kujuneb lõplik hüvitise arvutuse valem järgmiseks:

$$Hüvitis = [palgakaotus\ \times \text{KH v TÕ}\ töövõime\ kaotuse\ \% - töövõimetoetus\ \times \frac{\text{KH v TÕ}\ töövõime\ kaotuse\ \%}{kogu\ töövõime\ kaotuse\ \%}] \times tööandja\ proportsioon\ hüvitises$$

SKA hüvitise arvutusskeemiga on hüvitis maksimaalne, kuni töötasu jõuab **võimaliku sissetuleku** piirini. Iga piirist üle minev euro kärbib hüvitist proportsioonis töövõime kaotusega. Näiteks, kui varasem palk oli 1000 € ja KH-st tulenev töövõime kaotus 90 %, siis on võimalik sissetulek kuni 100 €, alates millest suurem töötasu vähendab hüvitist. Alates 101 €-st vähendab iga teenitav euro hüvitist 0,90 € võrra. 40 % kaotuse korral algab vähendamine 600 €-st, iga lisaeuro kahandab hüvitist 0,40 € võrra. (vt Joonis 25).

*Joonis 25. Kutsehaiguse kahjuhüvitise suurus hüvitise saamise ajal teenitava töötasu suuruse järgi kolmel inimesel (töövõime kaotuse ulatusega: (1) 20%, (2) 40% ja (3) 90%), kelle töötasu enne kutsehaiguse diagnoosi oli 1000 eurot*




*Märkus. Eeldame, et töötaja KH põhjustas töötamine ühe tööandja juures, kes vastutab täielikult selle töövõime kaotuse eest. SKA hüvitise arvutusskeemiga on hüvitis maksimaalne, kuni töötasu jõuab **võimaliku sissetuleku** piirini. Iga piirist üle minev euro kärbib hüvitist proportsioonis töövõime kaotusega. Näiteks, kui varasem palk oli 1000 € ja KH-st tulenev töövõime kaotus 90 %, siis on võimalik sissetulek kuni 100 €, alates millest suurem töötasu vähendab hüvitist. Alates 101 €-st vähendab iga teenitav euro hüvitist 0,90 € võrra. 40 % kaotuse korral algab vähendamine 600 €-st, iga lisaeuro kahandab hüvitist 0,40 € võrra.*

*Allikas: autori arvutused SKA kodulehe põhjal*

#### 3.3.2.3 Praktikas vaieldavad parameetrid

Kohtulahenditest näeme, et vaieldakse mitmete tööst põhjustatud tervisekahju sissetuleku vähenemise hüvitise parameetrite üle.

**Kahjuhüvitise aluseks olev töötasu.** Vaieldakse selle üle, millised tasu komponendid (nt puhkusetasud, lisatasud, transpordikompensatsioon) kuuluvad keskmise palga hulka[42]. Enamasti lähtutakse diagnoosile eelnenud 12 kuu keskmisest tasust, kui inimene töötas täiskoormusel ja katkestusteta[43] ning puhkuse, ajutise töövõime kaotuse ja osalise töökoormusega kuud jäetakse välja. Analoogselt arvutab tervisekahju hüvitist SKA.

Mõnes lahendis kaldutakse kirjeldatud skeemist siiski kõrvale. Näiteks kohtuasjas (2-12-2007) otsustas kohus, et hüvitise arvutamisel tuleb lähtuda majandustegevusala keskmisest töötasust. Kohus põhjendas, et hageja töötasu oli keskmisest suurem just selle tõttu, et ta tegi tervist kahjustaval viisil tööd. Hüvitise arvestamisel ei tohiks lähtuda tervist kahjustava töö premeerimisest. Hüvitise eesmärk on taastada sissetulek, mis oleks olnud ohtlike tingimusteta, mitte eeldusel, et inimene jätkaks tervise hinnaga sama tööd. Tervise müümisega ei tohi olla võimalik suuremat tasu teenida.

**Töövõime kaotuse protsent.** Praktikas eeldatakse, et töövõime kaotuse protsent väljendab kaotust sissetulekutes, kuigi see seos ei ole otsene. Sarnase tervisekahju korral võivad inimesed teenida pärast haigestumist väga erinevat töötasu, sõltuvalt ümberõppe võimalustest, tööandja paindlikkusest, tööturu

[42] Näiteks kohtuasjas 2-13-13229 vaieldi selle üle, kas transpordikompensatsioon lugeda töötasu hulka ja otsustati mitte lugeda.

[43] Kohtusajas 3-2-1-15-16: Riigikohus on märkinud, et töötaja keskmise sissetuleku arvutamise metoodikana ei ole põhjendatud kasutada Vabariigi Valitsuse 11. juuni 2009. a määrust nr 91, mis sätestab keskmise töötasu maksmise tingimused ja korra, ega lähtuda ohvriabi seaduses või ravikindlustusseaduses sätestatud metoodikast (Riigikohtu 29. aprilli 2015. a otsus tsiviilasjas nr 3-2-1-17-15, p 16)

olukorrast ja inimese enda aktiivsusest. Siiski on proportsiooni määramine võlaõiguse loogikas vältimatu, sest muidu ei ole võimalik eristada tööandja vastutusalas olevat kahju muust kahjust.

Hüvitise suuruse arvutamine muutub eriti keerukaks siis, kui osa töövõime kaotusest tuleneb KH-st ja osa üldhaigestumisest. Neid protsente ei saa alati lihtsa liitmise teel kokku arvutada. Kohtupraktikas ei ole ka ühtset lähenemist sellele, kas töövõime kaotuse protsenti rakendatakse lisaks hüvitise põhiosale ka näiteks tegeliku töötasu, töövõimetoetuse või töötushüvitise mahaarvamisel.

SKA töövõimekaotuse ulatuse ekspertiisis hinnatakse eraldi nii KH-st tulenev kui üldhaigestumisest tulenev töövõime kaotus, mõnel juhul aga kogu töövõime kaotuse ulatus, sh eraldi KH-st tulenev töövõimekaotuse ulatus. Kohtulahenditest näeme, et KH ja üldhaigestumise töövõime kaotuse protsendid kombineeruvad tervikuks töövõime kaotuse ulatuseks erinevalt. Nt 40% KH-st tulenev töövõime kaotuse ulatus ja 60% töövõime kaotuse ulatus üldhaigestumisest ei pruugi kokku olla 100% töövõime kaotust (vt kohtuasjad 2-14-59814, 2-13-35580).

Mõnel juhul arvestatakse töövõime kaotuse protsente hüvitisest maha arvatavates summades nagu hüvitise saamise ajal teenitav töötasu, töövõimetoetus ja töötushüvitis[44], mõnel juhul aga mitte. Nt kaasuses 2-18-13335 oli töötajal oli 40% töövõime kaotust KH-st ja 60% töövõime kaotust kokku. Töötasu kaotuse hindamise aluseks võeti 40% keskmisest töötasust. Kui töötaja teenis töötasu, mis ületas säilinud töövõime määras (60%) tasu varasemast indekseeritud sissetulekust (vt täpsemalt eelnevalt kirjeldatud arvutusvalem), siis see üle säilinud töövõime määra teenitud osa arvestati hüvitisest maha. Töövõimetoetusest arvestati maha KH-st tuleneva töövõime kaotuse proportsioonile (40%/60%=2/3) vastavalt 2/3.

**Toetused ja pensionid.** Reeglina arvatakse tööga seotud tervisekahju hüvitisest maha muud kahjusid hüvitavad toetused, eeskätt töövõimetoetus. Vanaduspensioni seevastu tavaliselt Riigikohtu selgitustest[45] lähtudes kahjuhüvitisest maha ei arvata, sest seda ei maksta tervisekahju tõttu. Enamgi veel, vanaduspension ise võib olla väiksem tervisekahjustuse tõttu piiratud töötamise võimaluste tõttu. Siiski esineb üksikuid lahendeid, kus vanust ja üldist tervislikku seisundit on arvestatud kaudselt hüvitise suuruse määramisel[46].

Vanaduspensioniea saabumisel töövõimetoetus lõpeb, mistõttu sama arvutusvalemiga hüvitise arvutamise mehaaniline jätkamine suurendab tööandja kanda jäävat osa. Praktikas on seda lahendatud nii, et pensioniikka jõudmisel jätkatakse enne pensioniiga arvutatud hüvitise maksmist kindlas summas. Nt kaasuses 2-18-13335 pidas kohus sellist lähenemist tasakaalustatuks: pension ei vähenda hüvitist, ent asendab senise töövõimetoetuse. Ka SKA maksab enne pensioniiga arvutatud viimast hüvitist edasi elu lõpuni.

**Töötaja omaosalus.** Kohtuvaidlustes hinnatakse töötaja enda rolli kahju tekkimisel VõS § 139 alusel. Kui töötaja on raskelt hooletu või on kahju tekkimisele ise kaasa aidanud, vähendatakse hüvitist proportsionaalselt.

[44] Töötushüvitisi käsitletakse mõnes kohtulahendis määratud hüvitiste arvestamise skeemis samadel alustel nagu töötasu.

[45] Riigikohtu 30. oktoobri 2002. aasta otsus tsiviilasjas nr 3-2-1-114-02.

[46] Näiteks kaasuses 2-13-39600 leidis kohus, et hageja oleks vanadusest ja üldisest tervislikust seisundist lähtuvalt võimeline töötama 70% koormusega. Hüvitise suuruse leidmisel arvestati vähendati selle võrra töötasu kaotuse ulatust.

Kohtupraktikas on vähendusi tehtud näiteks 10%[47], 20–25%[48] ja 50%[49] ulatuses sõltuvalt töötaja käitumisest. SKA hüvitisel sellist proportsionaalset süüjaotust reeglina ei arvestata.

#### 3.3.2.4 Regulaarse hüvitise kestus

Regulaarse kahjuhüvitise maksmise lõpptähtaega tavaliselt ei määrata, kuna tervisekahju ise, sellest tulenev töövõime langus ja seonduv kahju võivad olla pikaajalised või eluaegsed. Üldjuhul makstakse hüvitist seni, kuni kahju püsib. Kohtupraktikas kasutatakse lõpetamise tingimustena näiteks järgmisi formuleeringuid:

- kuni tervenemiseni;
- töövõime kaotuse protsendi või töövõimetuspensioni muutumiseni;
- KH-st tingitud püsiva töövõime kaotuse lõppemiseni.

Vanaduspensioniikka jõudmine ei lõpeta üldjuhul ei SKA TÕ ja KH kahjuhüvitist ega tööandja makstavat regulaarset kahjuhüvitist. Riigikohus on rõhutanud[50], et ka vanaduspensioniealine inimene võib jätkata töötamist ja kanda tööst tingitud tervisekahjustuse tõttu saamata jäänud tulust kahju. Samas vaieldakse mitmes kohtuasjas selle üle, kas on õiglane, et tööandja peab maksma inimesele tööst põhjustatud tervisekahju hüvitist, kui on ilmne, et muud vanusest ja muudest haigustest põhjustatud tegurid mõjutavad inimese töövõimet ja alates mingist vanusest inimene ei töötaks vanuse tõttu nagunii. Samuti toodi vaidlusaluse teemana see probleem üles mitmes intervjuus. Üksikutes kohtuvaidlustes vähendati vanaduspensioniea argumendiga hüvitist[51] või keelduti selle maksmisest[52].

Erandlikuna kinnitas kohus ühe kompromisslahenduse[53], milles regulaarset hüvitist makstakse kuni vanaduspensioni määramiseni või hüvitise suurust muutva kohtulahendi jõustumiseni.

Pärast pensioniiga töövõimet enam ei hinnata, mistõttu puudub mehhanism, millega objektiivselt jälgida, kas tööst põhjustatud tervisekahju mõju aja jooksul suureneb või väheneb. Seetõttu eeldatakse praktikas sageli, et kahju püsib samas ulatuses elu lõpuni.

#### 3.3.2.5 Saamatajäänud tulu regulaarse hüvitise indekseerimine

SKA hüvitist indekseeritakse pensioniindeksiga. Ka tööandja ja töötaja vahelistes vaidlustes peetakse indekseerimist üldiselt mõistlikuks[54], sest see aitab vältida korduvaid vaidlusi hüvitise suuruse üle (nt 3-2-1-106-14; 2-13-13229) ja aitab kahjuhüvitise reaalväärtuse taset hoida ajas[55]. 2015–2025. aasta kohtuvaidluste seas oli selliseid, mis keskendusidki indekseerimisele.

---

[47] Nt kaasuses 2-11-960 töötaja jättis tööandjale terviseriskidest teatamata, ent tööandja rikkumised olid ulatuslikud. Töötaja osa loeti väikeseks ja hüvitist vähendati 10% võrra.

[48] Nt töötaja jätkas tööd, teades arsti hoiatusi või ignoreerides töö- ja puhkeaja norme aastate kaupa (kaasused 2-12-1007 ja 3-2-1-19-15).

[49] Nt töötaja varjas tööandja eest varasemaid haigusi (kaasus 2-13-35580).

[50] Riigikohus tõi 2002. aastal lahendis 3-2-1-114-02 välja, et „ka vanaduspensioniikka jõudnud isikul on tervisekahjustuse tõttu tekitatud kahju see osa sissetulekust, mis tal jääb saamata seoses tervisekahjustusega."

[51] Kaasus 2-13-39600.

[52] Kaasused 2-16-7836 ja 2-16-13469.

[53] Kaasus 2-15-4653.

[54] Kohtulahendite analüüsis leiti, et 46 juhul taotleti indkeseerimist ja 9 juhul mitte. Välja mõistetud hüvitistest 35 juhul see indekseeriti ja 6 juhul mitte.

[55] Kohtulahend 3-2-1-15-16, p 16; 3-2-1-68-11, p 12.

Kohtulahendite järgi indekseeriti hüvitisi levimuse järjekorras järgmiste indeksitega:

1. **tegevusala keskmise brutopalga kasv** – vastavalt Statistikaameti avaldatavale statistikale;
2. **pensioniindeks** – viidatakse TTOS §32-le[1], millega SKA hüvitisi indekseerib;
3. **Eesti keskmine või tegevusalade keskmine** palgakasv;
4. **kollektiivlepingus** kokkulepitud palgatõus.

Mitmes lahendis taotles hageja indekseerimist **tarbijahinnaindeksiga**, kuid kohus otsustas teiste indeksite kasuks. Riigikohus on rõhutanud[56], et kahju hüvitamise eesmärgile vastavad üldjuhul paremini sissetulekute arengut peegeldavad palgaindeksid, mitte tarbijahinnaindeks ega **pensioniindeks**[57]. Tarbijahinnaindeksi kasutamise vastu märkis Riigikohus[58], et kahju hüvitamise eesmärk on kompenseerida saamata jäänud sissetulek, mitte elukalliduse tõus. **Ometi kasutati pensioniindeksit** seitsmes kohtuasjas ja seda kasutab ka SKA hüvitise indekseerimisel[59].

Ühes kohtulahendis ei indekseeritud hüvitist põhjendusega, et kannatanu ei jätkanud pärast tervisekahjustust palgatööd[60] ja indekseerimine tooks kaasa rikastumise.

#### 3.3.2.6 Hüvitise arvutamise parameetrite kitsaskohad

Pärast hüvitise saamise õiguse tuvastamist jääb kõige keerulisemaks küsimuseks see, kuidas määrata õiglane hüvitis. Praktika näitab, et **ühtset, lihtsat ja kõigile arusaadavat standardit ei ole**.

**Lisakulude** peamine vaidluskoht on **mitte kulude suurus, vaid see, millised kulud ja milline periood** loetakse tööga seotud tervisekahjuga seotuks. Kui hüvitamine algab alles diagnoosist, jäävad varem tekkinud kulud töötaja kanda isegi siis, kui need sisuliselt tulenevad samast tervisekahjust. Nii kohtupraktikas kui SKA hüvitise puhul piirdutakse üldjuhul kuludega alates KH diagnoosimisest, varasemad sama haiguse kulud jäetakse sageli hüvitamata. Uuringu empiiriline analüüs näitab, et KH mõju töötamisele ja töötasule võib avalduda juba aastaid enne KH diagnoosimist.

Tööga seotud tervisekahjust tulenevate lisakulude seose tuvastamiseks, mille eest tööandja vastutab, on vaja **meditsiinieksperdi hinnangut**, kuna töötajal on huvi näidata lisakulusid võimalikult suurena ja tööandjal väiksena ning mõlemal puudub pädevus selle hindamiseks. SKA-s hindab lisakulude põhjendatust ekspertarst ning lisaks on lisakuludele kehtestatud piirmäärad ja tingimused, mis lihtsustavad kuludokumentide haldamist.

---

[56] 2-15-10683/64 otsus p 23. „indeksiks võib olla nt üldise keskmise brutopalga või kahju kannatanud isikuga samal tegevusalal töötavate isikute keskmise brutopalga muutust kajastav indeks, mitte aga tarbijahinnaindeks või nn pensioniindeks. Tuleb leida tarbijahinnaindeksist kannatanu töövõime säilimise puhuks tema sissetuleku võimalikku muutumist paremini arvestav näitaja. Sissetuleku indekseerimine ei või viia hageja rikastumiseni seeläbi, et talle määratud hüvitis ületaks töötasu, mida ta eelduslikult võinuks hüvitise saamise ajal teenida. See oleks vastuolus kahju hüvitamise eesmärgiga (TsK § 448 lg 1, VÕS § 127 lg-d 1 ja 5)“

[57] Pensioniindeks kehtestatakse riikliku pensionikindlustuse seaduse alusel ja koosneb praegusel ajal kombineerituna 20 % tarbijahinnaindeksi aastasest kasvust ja 80 % sotsiaalmaksu pensionikindlustuse osa laekumise aastasest kasvust.

[58] 3-2-1-15-16, p 16 ja 3-2-1-68-11, p 12.

[59] Kohus märkis kaasuses 3-2-1-15-16, et SKA makstav KH hüvitis ei pea olema samas suuruses ega indekseerimisalusega kui tööandjate makstav hüvitis, sest riiklik hüvitis on toetus, mis võib olla piiratud kompensatsioon valdkonnas puuduva kindlustuse asemel.

[60] Kohtulahendis 2-10-53812 leidis kohus, et tegevusala brutopalga kasvuga indekseerimine tooks kaasa hageja rikastumise, kuna kannatanu ei jätkanud pärast tervisekahjustust palgatööd. Otsustati määrata hüvitis fikseeritud sissetuleku alusel.

**Sissetuleku vähenemisest tuleneva kahju** arvutamine on lisakulude arvestamisest komplekssem. Vaieldakse selle üle, millist töötasu perioodi (tavaliselt diagnoosile eelnenud 12 kuud), milliseid tasu komponente (puhkus, ületunnid, lisatasud) keskmise palga hulka arvestada ning kas ja millal tuleks lähtuda tegevusala keskmisest palgast, et mitte „premeerida" tervist kahjustavaid töötingimusi seniselt kõrgema töötasuga. SKA kasutatav hüvitise arvestamise võrrand, mis tugineb indekseeritud varasemale sissetulekule, töövõime kaotuse protsendile, tegelikul töötasule, töövõimetoetusele ja tööandja osakaalule kõigi tervisekahju põhjustanud tööandjate seas, on sisuliselt standardiks kohtuvaidlustes. Samas on SKA valemis keeruliselt mõistetavaid, olulises osas subjektiivsel hinnangul põhinevaid osi, nagu nt töövõime %-le vastav töötasu, mis määrab töötasu võimaliku taseme. **Suur hulk töötajaid ja tööandjaid, aga ka kohtunikke ei ole kursis sellega, kuidas sissetulekute vähenemisest tuleneva kahju suurust arvestada ja igakordselt kaalutakse ning leiutatakse lahendus, kuidas seda teha.**

Oluline ebakindluse allikas on **töövõime kaotuse protsendi kasutamine kui hüvitise arvutamise keskne parameeter**. Lähtutakse sellest, et töövõime kaotuse protsent väljendab sissetulekute kaotuse ulatust, ent praktikas ei ole sellel otsest alust: sarnase tervisekahju korral võivad inimeste sissetulekud olla väga erinevad, sõltudes töövõime kasutamise võimalustest, ümberõppest, tööandja paindlikkusest ja töötaja enda aktiivsusest. Veelgi keerukamaks muutub olukord siis, kui osa töövõime kaotusest tuleneb KH-st ja osa üldhaigestumisest. Sellisel juhul peaks eristama, milline osa töövõime kaotusest on tööandja vastutusel ning millises osas tuleb arvestada muid tegureid. Kohtupraktikas ei ole alati ühtset loogikat nende protsentide kasutamisel ning selles, kas ja kuidas rakendatakse töövõime kaotuse protsente teiste summade (tegelik töötasu, töövõimetoetus, töötushüvitis) mahaarvamistel. Samas ei ole võimalik võlaõiguse alusel õiglase kahjuhüvitise suuruse leidmine ilma selleta, et oleks tuvastatud tööandja vastutada oleva kahju suurus. Kokkuvõttes on **hüvitiste arvestamise süsteem killustatud ja raskesti jälgitav.**

Täiendavaks keerukuse ja ebajärjekindluse allikaks on **muu sissetuleku ja hüvitiste arvestamine kahjuhüvitise suuruse määramisel**. Reeglina, kuid mitte alati, arvestatakse hüvitisest maha need riiklikud toetused ja hüvitised, mis on määratud seoses tervisekahjustusega (nt töövõimetoetus), kuid mitte vanaduspension, mida ei maksta tervisekahju tõttu. Kohtupraktikas on siiski erandeid, kus vanusest ja üldisest tervislikust seisundist tulenevalt hüvitise suurust vähendati. Vanaduspensioniikka jõudmisel töövõimetoetus lõpeb, mistõttu hüvitise arvutamise proportsioon muutub ja tööandja kanda jääb suurem osa, kui sama tööealise inimese hüvitis. Praktikas lahendatakse see viisil, et pensioniikka jõudmisel jätkatakse senise (enne pensioniiga arvutatud) hüvitise maksmist. Kujunenud olukorda, kus tegelikku vananemisest tuleneva töövõime kaotuse mõju töötamisele ja sellest tulenevat kahju suurust väljendava hüvitise leidmisel ei arvestata, pidasid intervjuudes ebaõiglaseks erinevad osapooled.

**Hüvitise kestuse ja indekseerimise küsimused lisavad veel ühe ebakindluse tasandi**. Üldiselt eeldatakse, et regulaarset hüvitist makstakse seni, kuni kahju püsib, ning lõpptähtaega ei määrata, mis on loogiline pikaajalise või eluaegse kahju korral. Samas ei hinnata vanaduspensioniikka jõudnud inimestel enam töövõimet, mistõttu puudub mehhanism, mis võimaldaks kahju edasist muutumist objektiivselt jälgida. Intervjuudest ilmnes, et olukorda, kus tööandja on kohustatud inimesele maksma tööst põhjustatud tervisekahju hüvitist elu lõpuni, sõltumata inimese vanusest, erinevatest tervislikest põhjustest tulenevast töövõimest ning sellest, kas inimene on tegelikult valmis töötama või mitte, peeti ebaõiglaseks. Seda tõid välja nii spetsialistid kui tööturu osapoolte esindajad. Samas esines arvamusi, et elu lõpuni maksmine, sh vanaduspensioni ajal, on õiglane, kuna ka vanaduspensioniealine inimene võib soovi korral töötada ja hüvitis

katab haigusest tuleneva väiksema vanaduspensioni, mis tuleb töötamise piirangutest ja väiksematest sotsiaalmaksetest tööealisena.

**Hüvitiste indekseerimisel kasutatakse nii pensioniindeksit kui erinevaid palgaindekseid**, kuigi Riigikohus on leidnud, et kahju hüvitamise eesmärgiga on paremini kooskõlas sissetulekute arengut kajastavad palgaindeksid, mitte tarbijahinnaindeks või pensioniindeks. Praktikas kasutatakse ka pensioniindeksit, sh kasutab seda SKA. On juhtumeid, kus hüvitist üldse ei indekseerita, kuna töötaja pole osanud seda küsida või viidatakse rikastumise võimalusele. See tähendab, et samalaadse tervisekahju ja sissetulekukaotuse hüvitised arenevad ajas erineva trajektooriga, sõltuvalt sellest, kas ja milline indeks valiti.

Kokkuvõttes on tööst põhjustatud tervisekahju hüvitise arvutamise süsteem detailirohke, killustatud ja raskesti jälgitav. Hüvitise suurus sõltub mitmest järjestikusest hinnangulisest otsusest ning see vähendab nii töötajate kui tööandjate jaoks süsteemi etteaimatavust. Seetõttu ei ole hüvitis samalaadsetes olukordades ühtmoodi kättesaadav ega võrreldava suurusega.

### 3.3.3 Erikord, kui tööandja on riik

Tööandjalt kahju hüvitamise taotlemise alused on era- ja avalikus sektoris erinevad. Avalikus sektoris määratakse tööandja vastutus avaliku teenistuse (ATS) ning Riigivastutuse seaduse (RvastS) järgi.

ATS[61] § 49 määrab kindlas suuruses hüvitised ametnikele teenistusülesannete täitmisel tekkinud kahju eest, sõltumata süüst või kahju suurusest. Ründe või päästesündmuse korral katab riik ka ravikulud, mida ei hüvita Tervisekassa. Hüvitise taotlus tuleb esitada 90 päeva jooksul pärast juhtumi asjaolude selgumist[62].

*Tabel 1. Avaliku teenistuse seaduse § 49 hüvitiste suurused ametniku keskmise palga* perioodidena teenistusülesannete täitmisel tekkinud tervisekahju hüvitamiseks*

| Tervisekahjustuse ulatuse määratlus | Teenistusülesannete täitmisel | Surma või vigastuse teenistusülesannete täitmisel põhjustas rünne või juhtus see süüteo tõkestamisel, päästesündmuse lahendamisel või ohu tõrjumisel |
|---|---|---|
| **Surm[63]** | 10 aasta palk | 20 aasta palk |
| **Puuduv töövõime** | 7 aasta palk | 13 aasta palk |
| **Osaline töövõime** | 2 aasta palk | 8 aasta palk |
| **Ajutine töövõimetus** | | 1 kuu palk |

**Märkus. Keskmise palga arvutamisel lähtutakse töölepingu seaduse § 29 lg 8 alusel kehtestatud korrast.*

*Allikas: ATS*

ATS katab vaid TÕ-na kvalifitseeruva kahju. Tööga seotud haiguse hüvitamine avalikus sektoris tugineb RVastS § 7 ja § 8 sätetele, mille kohaselt peab kahju olema põhjustatud õigusvastase teo tagajärjel. Hüvitist saab nõuda nii tekkinud lisakulude, varalise kui mittevaralise kahju eest, kusjuures viimane peab olema

[61] Varem reguleeriti politsei, pääste ja vanglateenistuse ametnike õnnetustes saadud vigastuste hüvitamist eriseaseadustes, kuid praeguseks on need koondatud ATS-i ja reguleeritakse ühtselt.

[62] Ametniku hukkumise või surma korral hüvitist saama õigustatud isikute ja neile makstava hüvitise osakaalu määramise kord ning avalduse vorm. (RT I, 07.04.2016, 6). Vaadatud 19.03.2026.

[63] Hüvitis makstakse ülalpidamisel olnud isikule: lapsele, vanemale, lesele ja registreeritud elukaaslasele, kellega sõlmitud kooseluleping on lõppenud surma tõttu.

proportsionaalne rikkumise ja süü raskusega. Hüvitise suuruse täpne määramine jääb ka siin seaduse järgi lahtiseks.

Seega on avalikus sektoris TÕ hüvitis kergemini kättesaadav, väiksema tõendamisvajadusega ning määratud kindlas summas, erinevalt VõS-i alusel taotletavast hüvitisest. Tööga seotud haiguse tõendamiskoormus on töölepinguga töötavatel ja avalikus teenistuses töötavatel inimestel sarnane ning detailselt hüvitise arvutamise metoodikat ei ole kummalgi juhul ette kirjutatud.

Juhul kui riik tööandjana ei nõustu töötaja taotletavat hüvitist maksma, võib töötaja pöörduda kolme aasta jooksul kahjust teada saamisest kohtu poole hüvitise vaidluse lahendamiseks[64].

### 3.3.4 Hüvitise maksmine tööandja vabatahtliku vastutuskindlustuse alusel

Tööandja vastutuskindlustust pakkusid avalikult kättesaadavate kindlustustingimuste järgi 2025. aasta aprilli alguse seisuga kaheksa kindlustusseltsi[65]. Nelja seltsi[66] kindlustustingimused nimetavad võimalust laiendada kindlustuskaitset kindlustusvõtja soovil **KH-st** tulenevatele nõuetele. Kuigi ülejäänud seltside kindlustustingimustes välistatakse KH-st tulenevate nõuete kindlustus, siis tegelikkuses saab laiendada kliendi soovil kindlustuskaitset KH-st tulenevatele nõuetele ka nendes seltsides, kus kindlustustingimustes nimetatakse KH-d välistusena (intervjuude põhjal kindlustusseltsidega). TPH-d kindlustused ei kata.

Kindlustuse üldistest põhimõtetest lähtuvalt peab kindlustatav olukord olema juhuslik ja ettearvamatu ning kindlustus ei kata ette teada või tahtlikult tekitatud olukordi. TÕ sobib nende tingimustega: toimumine on ootamatu, ühel ajahetkel ja kindlustusjuhtumi kvalifitseerimine selgepiiriline. Seetõttu pakuvad kindlustusseltsid TÕ kindlustust suhteliselt kergelt. KH-d kujunevad välja pika aja jooksul. Varased haigusnähud peaksid ideaalis töötervishoiu kontrollide käigus ilmnema, mistõttu ei tohiks haigus olla kindlustusvõtja jaoks "ootamatu". Seetõttu on KH tekkimist keeruline määrata kindlustusjuhtumina. Kindlustusjuhtumiks loetakse KH juhul, kui on täidetud järgmised tingimused:

- diagnoositud on KH vastavalt TTOS-ile;
- diagnoos pandi kindlustusperioodi jooksul[67];
- töötaja oli või on tööandjaga töösuhtes;

[64] Kohtusse pöördumise nõude aegumistähtaeg on kolm aastat kahju tekkimisest teada saamisest (TsÜS § 153 lg 1). RVastS § 17 lg 3 sätestab samuti, et nõue aegub kolme aasta jooksul kahjust ja kahju põhjustanud isikust teada saamisest, kuid mitte hiljem kui kümne aasta jooksul. Riigikohtu tsiviilkolleegiumi viide kohtuasjas 2-16-16328/28: KH-st põhjustatud tervisekahjustuse korral tuleb õiguste rikkumisest teadasaamiseks lugeda tervisekahjustusest tuleneva varalise kahju tekkimisest teadasaamise, mitte õigusvastasest teost ega tervisekahjustusest teadasaamise aega (Riigikohtu 20. detsembri 2017. a otsus tsiviilasjas nr 2-15-10683, p-d 18 ja 18.2; 16. novembri 2016. a otsus tsiviilasjas nr 3-2-1-106-16, p 12; 14. juuni 2016. a otsus tsiviilasjas nr 3-2-1-54-16, p 12; 3. mai 2016. a otsus tsiviilasjas nr 3-2-1-20-16, p 30; 30. jaanuari 2013. a otsus tsiviilasjas nr 3-2-1-177-12, p 10).

[65] Kindlustusseltsid, keda nimetatakse pakkujatena (Varblane, 2024): BTA, ERGO, If Kindlustus, PZU, Seesam, Gjensidige, Salva. Lisaks on vabatahtlikku tööandja vastutuskindlustuse tingimused avaldanud veebis LHV (LHV, ettevõtte kindlustuse tingimused, kehtivad alates 01.02.2023), kuid väidetavalt neil selle kindlustuse liigi lepinguid pole.

[66] Ergo, PZU, Seesam ja LHV.

[67] Kohtuasjas nr 2-16-6187 nõudis töötaja tööandjalt KH eest hüvitist. Kostja soovis, et menetlusse kaasataks kolmanda osapoolena kindlustus, kes selgitas, et kuigi kindlustusleping kehtib alates 01.01.2015 ja haigus diagnoositi 30.01.2015, siis haiguse kujunemise periood oli 2002-2015 ning kahjustus on tekkinud enne lepingu sõlmimist ja kindlustusel puudub kahju hüvitamise kohustus.

- haiguse tekkimisest polnud tööandja enne diagnoosimist teadlik.

Kindlustuskaitse laieneb nõuetele, mis esitatakse kuni kolme aasta jooksul pärast kindlustusperioodi lõppu.

KH areneb pikalt ja selle tekkimist peaksid märkama regulaarsetes töötervishoiukontrollides töötervishoiuarstid. Seepärast on kindlustuse vaates **tähtis, et töötervishoiukontrollides registreeritaks KH tekkimisele viitavad sümptomid** ja see info jõuaks tööandjani. Kindlustusjuhtumid on ainult uued, tööandjale seni teadmata infol põhinevad KH diagnoosid. Praktikas tähendab see, et mida üldsõnalisemad on varasemad tervisekontrolli kirjeldused, seda lihtsam on hiljem tõendada, et haigus oli tööandjale „uus" ega olnud poliisi sõlmimisel teada.

Kindlustusjuhtumi korral peab tööandja käituma vastavalt seadusele, raporteerima ja uurima TÕ-d või KH-d. Töötaja esitab tööandjale kahjuhüvitamise nõude koos nõuet tõendava dokumentatsiooniga (sh KH registreerimise teatis, TI uurimiskokkuvõtte ja kahju suurust tõendavad dokumendid). Tööandja kontrollib dokumentatsiooni ja otsustab nõude rahuldada või selle suuruse üle vaielda. Kui tööandja ja töötaja jõuavad kokkuleppele, siis esitab tööandja kogu töötaja esitatud dokumentatsiooni kindlustusele, kes omakorda kontrollib nõude põhjendatust ja teeb kindlustuse väljamakse kindlustusvõtjale ehk tööandjale[68], kellel on omakorda kohustused töötaja ees.

Kindlustusseltsid küll kontrollivad kahjunõude põhjendatust ja seda tõendavaid dokumente, kuid hinnang põhineb peamiselt KH teatisel ja TI uurimiskokkuvõttel. Diagnooside iseseisev meditsiiniline ümberhindamine ei ole seltside tavapärane praktika. KH võib olla seotud mitme töökohaga ja pika latentsusperioodiga, mistõttu saab kindlustusandja reeglina kontrollida üksnes oma kindlustusvõtjast tööandja töötingimusi, mitte teiste võimalike tööandjate töötingimusi. **Tööandja vabatahtlik vastutuskindlustus tugineb riiklikule KH-de diagnoosimise ja tööga sidumise süsteemile ning kindlustusseltsidel endil puudub praegu iseseisev võimekus neid samme dubleerida või põhjalikult kontrollida**.

Tööandja vastutuskindlustusega kindlustatakse reeglina:

- varaline kahju;
- mõistlikud ning vajalikud õigusabi-, kohtu- ja ekspertiisikulud kindlustatud isiku vastutuse tuvastamiseks[69].

Varalise kahjuna kompenseeritakse:

- asjakahju, mis seondub rohkem TÕ-de kui KH-dega;
- tervisekahjustamisest või surmast tekkinud kulud (ravimid, taastusravi, abivahendid jmt);
- sissetuleku vähenemisest tekkinud kahju.

Kindlustuslepingus määratakse hüvitise ülempiir ja omavastutus. Ühegi **kindlustusseltsi kindlustustingimused ei võimalda moraalse/mittevaralise kahju hüvitamist**, ega ka tööandja enda muid kahjusid või saamatajäänud tulude hüvitamist, mis kindlustusjuhtumiga võivad kaasneda.

Lisaks üldistele välistustele (nt seaduse tahtlik rikkumine, joobeseisund, kohustusliku kindlustuse juhtumid jms) on tavapärased välistused seotud järgnevate riskidega: lõhkematerjalid ja relvad; tubakas ja e-sigaretid;

[68] Üks kindlustusseltsidest väitis, et mõnel juhul võidakse teha kindlustuse väljamaksed ka otse töötajale.

[69] Sõnastatud selliselt ERGO ettevõttekindlustuse tingimustes, lk 48. Analoogselt katavad ka teised seltsid õigusabi kulud, kuid sõnastused erinevad, nt kasutab LHV sõnastust "õigusabikulud kindlustatud isiku vastu esitatud kahjunõuete tõrjumiseks" (punkt 31.2 Ettevõttekindlustuse tingimused)

asbest; plii; ränidioksiid; elektromagnet- ja kiirgusväljad; toksiline hallitus; nakkushaigused (sh COVID, SARS jms); ravimid; teatud toksiinid (nt UF, DES, dioksiinid, furaanid, pestitsiidid); ning vaimse ängi, diskrimineerimise, ahistamise, laimu või mainekahjuga seotud nõuded. Täpsed välistuse nimekirjad erinevad seltsiti.

Tööandja vastutuskindlustuse hinnanguline maht oli Kindlustusseltside Liidu andmetel 2024. aastal ca 3 000 lepingut, kahjujuhtumeid oli 70. Kahjude koguhüvitis 2024. aasta I poolaastal oli *ca* 53 000 eurot[70]. Keskmiseks kahjuhüvitiseks juhtumi kohta oli seega *ca* 1514 eurot (aastas)[71]. KH-de kohta eraldiseisvat arvestust ei peeta, mistõttu pole võimalik eristada TÕ ja KH juhtumite makseid.

Tööandja vastutuskindlustus on mõeldud kasutamiseks eelkõige TÕ vastu, kuid kindlustusvõtja soovil saab lisada KH-de kaitse. Kindlustusseltside hinnangud KH-de kaitse osakaalule erinevad, on seltse, kus KH-de kaitse võtmine on vähene ja erandlik ja on seltse, kus leiti, et KH-de kindlustuskaitse kasutamine on tavapärane ja pigem reegel kui erand. Kuna KH-de kahjuhüvitised kujunevad tavapäraselt pikaajaliseks (elu lõpuni või tööandja lõppemiseni) regulaarseks kuiseks väljamakseks, siis ei ole kahjuhüvitiste kogusuurus hästi ennustatav ja teada.

Kulud hüvitatakse arvete alusel ja sissetuleku kaotusest tuleneva kahju nõude kokkupanemisel peab töötaja näitama, milline on tema praegune tasu, milline oli varasem tasu, kui palju tema kahjudest on kaetud riiklike toetuste ja sotsiaalkindlustusega ning milline on kindlustatud tööandja osa kahjude kandmises. Tavapäraselt määratakse hüvitis aastaks, mille järel see vaadatakse ümber ning uuendatakse kahju hüvitamise aluseks olevaid andmeid. Kindlustusseltside huvi ei ole väga täpselt määratleda või aidata töötajatel oma kahjunõuet üles ehitada, kahjuhüvitise nõude koostab ja hüvitise suuruse arvutab töötaja. Seetõttu ei kipu kindlustusseltsid ka andma sisendit, kuidas peaks Eestis olema korraldatud töövõime hindamine, töövõime kaotuse protsendi määramine vm alused töötaja kahjunõude koostamiseks. Kindlustus võtab tööandja kohustused üle seni, kuni tööandja oleks neid makseid ise maksnud. Tööandja lõpetamise korral kaovad ka tööandja kohustused.

Tööandja vastutuskindlustuse kasutajate seas on levinumad suuremate TÕ arvuga sektorid: ehitus, laondus, logistika, kaubandus ja tööstus. KH-dest tulenevate nõuete vastu kindlustamine ei ole tööandjate peamine motivatsioon, peamine motivatsioon lähtub TÕ-st. Osas kindlustusseltside intervjuudes märgiti, et tööandja vastutuskindlustust kasutavad pigem suuremad, rahvusvaheliste kontsernide allharud või ettevõtted, kellelt hankija või tarnija nõuab vastava kindlustuse olemasolu. Teisalt oli ka seltse, kelle kogemuse järgi võtavad kindlustust suurema TÕ tõenäosusega sektorite tööandjad Eestis enda initsiatiivil ja ka väiksemad ettevõtted. Leiti, et teadlikkuse kasvuga kasvab tööandja vastutuskindlustuse võtnud tööandjate arv. Teadlikkus puudutab nii tööandjate kui töötajate teadlikkust ning oskuslikkust tervisekahju ilmnemisel hüvitist nõuda.

Kindlustusmaksete suurus tööandjale kujuneb arvestades tööandja tegevusala ja füüsilise töö tegijate osakaalu, tööandja TÕ ja KH ajalugu, töötajate arvu, töötajate palgataset ja omavastutuse suurust, kindlustuspiirkonda ning hüvitise piirmäära. Kuna igal seltsil on oma arvutusmehhanism, mis on osalt ärisaladus, siis ei ole võimalik välja tuua keskmist kindlustusmakset lepingu või töötaja kohta.

[70] Varblane, K. (2024) Tööandjad kindlustavad üha enam töötajate ravikulusid, aga enda vastutust mitte. Uudis Eesti Liikluskindlustuse Fondi/Eesti Kindlustusseltside Liidu veebilehel. Vaadatud 19.03.2026.

[71] Eeldades, et 2024. a II poolaasta on samasugune nagu I poolaasta ja väljamaksete kogusumma 2×53 000. Kogusumma jagatakse 70 kahjujuhtumi peale.

Kindlustusseltside Liidu uudises[72] märgitakse keskmist summat 400 eurot aastas lepingu kohta. Kui keskmine tööandja kindlustuse võtja oleks 30–40 töötajaga ettevõte, siis oleks makse suurus töötaja kohta *ca* 1 euro kuus, mis oleks keskmise palgaga töötaja töötasust *ca* 0,05% brutopalgast. Samas rõhutavad kindlustusseltsid, et selline ühe makse välja toomine jätab vale mulje kindlustusmaksega kaasnevast koormusest tööandjale ning makse suurused varieeruvad oluliselt.

Praegu on tööandja vastutuskindlustus vabatahtlik: tööandjad otsustavad, kas nad vajavad kindlustustust ja selts otsustab, kellele ja millistel tingimustel kindlustust pakub. Üldist kohustuslikku skeemi ei pea kindlustusseltsid teostatavaks peamiselt neljal põhjusel:

- piiratud ressursid - seltsidel pole personali ega taristut kõigi tööandjate kindlustamiseks ja tööga seotud haigusjuhtumite meditsiinilise hindamise korraldamiseks eraldisesivalt praegusest Eesti meditsiinisüsteemist;
- puudub usaldusväärne andmestik riski esinemise ja sellega kaasnevate kahjude hindamiseks;
- käitumuslikud muutused (moraalirisk) – kohustuslik kindlustus tooks kaasa osapoolte käitumuslikud muutused, nt väheneks tööandja stiimul töökeskkonna ja -ohutuse investeerimiseks, kuna tunnetuslikult jääb kahju kindlustaja kandja, suureneks töötaja üleraporteerimise risk, kus hüvitisele lihtsam ligipääs viib selleni, et kõik sh kergemad või piiripealsed juhtumid raporteeritakse; töötervishoiuarstidel tekiks stiimul KH-de julgemaks diagnoosimiseks, kuna rahastus on tagatud vmt; sellised käitumuslikud muutused teevad seniste andmete põhjal arvutatavad riskinäitajad kasutuks ning ei võimalda enam välja arvutada õiget kindlustusmakset;
- pika latentsusega haigus ei vasta klassikalisele ootamatu ja äkilise sündmuse tunnusele, millele kindlustus tugineb.

Kokkuvõttes on kindlustusseltsid kohustusliku tööandja vastutuskindlustuse või TÕ ja KH kindlustuse rakendamise vastu. Senine statistika ei võimalda hinnata ega hinnastada kõigile tööandjatele laienevat kohustusliku kindlustuse skeemi, sest kohustuslik süsteem muudaks nii riskikäitumist kui nõuete mahtu. Seltside intervjuudest ilmnes, et vabatahtlik tööandja vastutuskindlustus võiks laieneda, kui töötajad nõuaksid rohkem tööga seotud tervisekahju hüvitist, mis muudaks riski tööandjatele reaalseks. Võimaliku ideena, kuidas riik saaks nügida vabatahtliku tööandja vastutuskindlustuse laiemat kasutuselevõttu, pakuti näiteks riigihangetel seda tingimuseks seades või ise tööandjana kindlustust võttes.

## 3.4 Ajutise töövõimetuse hüvitis

Ajutise töövõimetuse hüvitamine on Eestis tööga seotud tervisekahju kompenseerimismehhanism, mis ei sõltu tööandja vastutuse tuvastamisest. TÕ-st ja KH-st põhjustatud ajutise töövõimetuse[73] hüvitist maksab Tervisekassa alates teisest töövõimetuse päevast 100% referentsperioodi sissetulekust. Esimene töövõimetuse päev jääb inimese enda kanda ja selle eest hüvitist ei maksta. Skeem on nii töötajale kui tööandjale heldem võrreldes teistel põhjustel ajutise töövõimetuse kompenseerimisega[74]. Võrreldes muudel põhjustel

[72] Varblane, K. (2024) Tööandjad kindlustavad üha enam töötajate ravikulusid, aga enda vastutust mitte. Uudis Eesti Liikluskindlustuse Fondi/Eesti Kindlustusseltside Liidu veebilehel. Vaadatud 19.03.2026.

[73] Samuti makstakse vigastuse korral, mis tulenes tegevusest riigi või ühiskonna huvide kaitsel.

[74] Ajutisele töövõimetusele, mis ei tulene TÕ-st või KH-st, rakendub 3-päevane töötaja omavastutus, 4.-8. päeva eest maksab tööandja hüvitist asendusmääraga 70% ning tervisekassa sama asendusmääraga hüvitist alates 9. päevast.

haigestumistega jaguneb suur osa KH-st ja TÕ-st tuleneva ajutise töövõimetuse kuludest ümber tööandjalt ja töötajalt riigile. TPH-d käsitletakse analoogselt muu haigestumise, mitte KH-ga.

TÕ-st põhjustatud ajutise töövõimetuse heldemat hüvitamist võib põhjendada põhimõttega, et tööl toimunud õnnetusest tekkinud kahju ei peaks jääma üksnes töötaja kanda ning selle ümberjagamine ühiskonnale on põhjendatud. KH puhul on selline põhjendus nõrgem. KH kujuneb enamasti välja pika aja jooksul ning diagnoositakse praktikas väga vähestel. Seetõttu tähendab KH alusel ajutise töövõimetuse heldem hüvitamine tegelikult üksnes väikese osa tööst põhjustatud haigusjuhtude kulude kandmist ühiskonna poolt. Praeguse diagnoosimispraktika juures ei ole see laiapõhjaline kaitse kõigile tööst põhjustatud haigusega inimestele, vaid pigem kitsale juhtumite ringile kohaldatav erand.

KH ja TÕ alusel ajutise töövõimetuse hüvitise probleemkohad, millele viidatakse varasemas kirjanduses ja mis tulid välja uuringu intervjuudest ning küsitlusest, on järgmised:

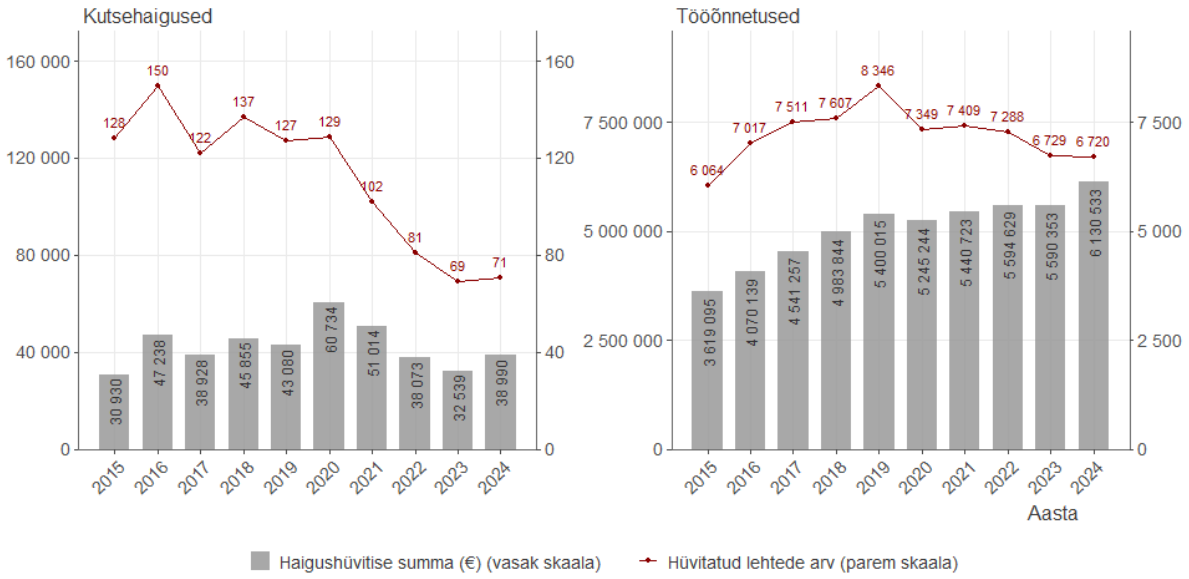
- Ajutise töövõimetuse heldem riiklik kompenseerimine, sõltumata tööandja süüst, võib vähendada tööandjate rahalist motivatsiooni panustada tööohutusse ja töötaja tervisekahjude kompenseerimisse Sellele on viidanud ka Masso jt (2015)[75], rõhutades võimalikke väärstiimuleid süsteemi toimimisel.
- Intervjuudes tuli esile juhtum, kus töötaja loobus tööandja vastu tervisekahju hüvitamise nõudest, kui õnnetus registreeriti TÕ-na, mille haigushüvitise maksis Tervisekassa ja inimene pidas seda piisavaks. See viitab, et ajutise töövõimetuse hüvitist võidakse tajuda tööandja kahjuhüvitise asendajana.
- Intervjuudes toodi välja kahtluseid, et tööandjad võivad püüda vältida tööõnnetusest tekkinud haiguslehe registreerimist TÕ-na, lubades töötajale kompenseerida ajutise töövõimetuse hüvitise erinevuse. Tegemist on kuuldusega, millele selle uuringu tööandjate ja töötajate intervjuudes kinnitust ei leitud.
- Uuringust ilmnes, et töötajate teadlikkus ajutise töövõimetuse hüvitise tingimustest ja maksmise korrast on puudulik. Mitmed küsitluses osalenud töötajad arvasid ekslikult, et KH või TÕ alusel maksab haigushüvitist tööandja. Samuti esines juhtum, kus inimene ei teadnud, et tal on õigus kõrgemale haigushüvitisele kui tavapärase haigestumise korral. Selline ekslik arusaam võib viia selleni, et töötaja peab haigushüvitist tööandja makstavaks kahjuhüvitiseks ning jätab täiendava kahju hüvitamise nõude esitamata.
- Korduvate haiguslehtede võtmine KH ja TÕ alusel on kohati probleemne, kuna perearstidel on keeruline eristada, kas ajutine töövõimetus tuleneb KH-st/TÕ-st või mõnest muust haigestumisest. Intervjueeritud perearstid ei arva, et KH ja TÕ diagnoosiga inimesed võtaksid haiguslehti sagedamini nn valedel alustel kui teised patsiendid, kuid möönavad, et ajutise töövõimetuse tegeliku põhjuse kontrollimise võimalused on piiratud.

Pärast Riigikohtu otsust, milles leiti, et tööandjalt ei saa ajutise töövõimetuse hüvitist nõuda, kui tema vastutust ajutise töövõimetuse tekke eest ei ole tuvastatud, on KH ja TÕ ajutise töövõime hüvitamine jäänud solidaarse sotsiaalkaitse kanda. Kuna ajutise töövõimetuse hüvitise nõuded on suhteliselt väikesed ja tööandja vastutuse tuvastamine keeruline, siis pärast seda otsust enam tööandjatelt hüvitist regressi korras ei nõuta ning see kaetakse solidaarsest ravikindlustuse eelarvest.

[75] Masso, M., Veldre, V., Amos, M., Tammiku, M., Partei, M. (2015). Töövõimekao hüvitamise süsteem Eestis ja rahvusvaheline võrdlus. Vaadatud 19.03.2026.

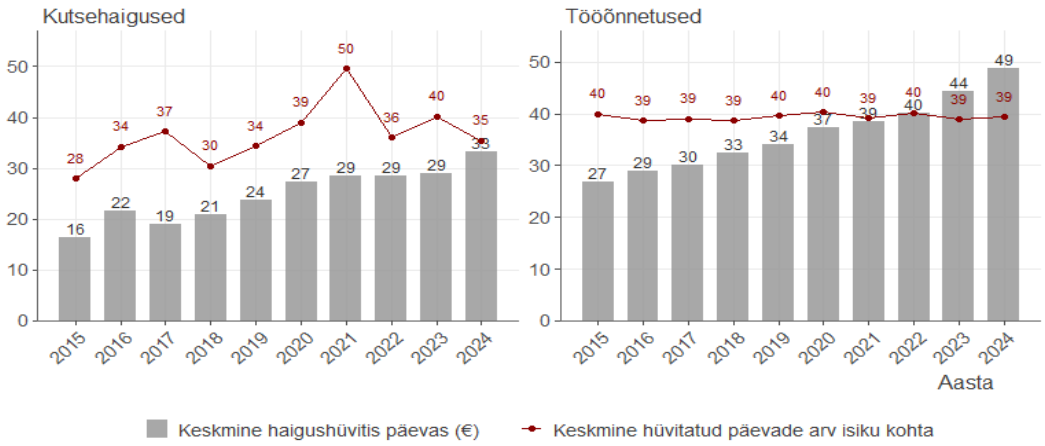
KH ja TÕ alusel haiguslehel olnud inimeste arv on ligi kaks korda väiksem kui neile väljastatud haiguslehtede arv. Keskmiselt võttis aasta jooksul 50 KH-ga inimest 111 haiguslehte perioodil 2015–2024 ja 3578 TÕ-sse sattunud inimest 7204 haiguslehte. Tervisekassa haigushüvitise summa KH haiguslehtedele oli 2024. aastal 38 990 ja TÕ-dele 6 miljonit eurot (vt Joonis 26). KH keskmine haiguslehe pikkus oli 35 päeva ja ühe päeva hüvitis 33 eurot ning TÕ korral 39 päeva ühe päeva hüvitisega 49 eurot (vt Joonis 27).

*Joonis 26. Kutsehaiguse ja tööõnnetuse alusel väljastatud haiguslehtede arv ja hüvitatud summa eurodes*




*Allikas: Haigekassa*

*Joonis 27. Kutsehaiguse ja tööõnnetuse alusel väljastatud haiguslehtede keskmine pikkus päevades ja haigushüvitise suurus päeva kohta eurodes*




*Allikas: Haigekassa*

Kokkuvõttes on Eesti ajutise töövõimetuse hüvitamise kord tööandja vastutusest sõltumatu ja töötajale soodne kompenseerimismehhanism, kuid see toimib ainult piiratud juhtumite ringis. TÕ ja KH ajutise töövõimetuse kulud kantakse ühiskondlikult suhteliselt heldelt, ent püsivama tööst põhjustatud tervisekahju hüvitamine

sõltub töötaja aktiivsusest ja tööandja vastutuse tõendamisest. Seetõttu ei moodusta ajutise töövõimetuse hüvitis terviklikku ega järjekindlat tööst põhjustatud tervisekahju kompenseerimise süsteemi. Rahulolematust tekitab see, et tööandja vastutusele jäävat tervisekahju hüvitatakse suures osas solidaarselt, kuigi teiste tervisekahjude solidaarne kaetus on väiksem.

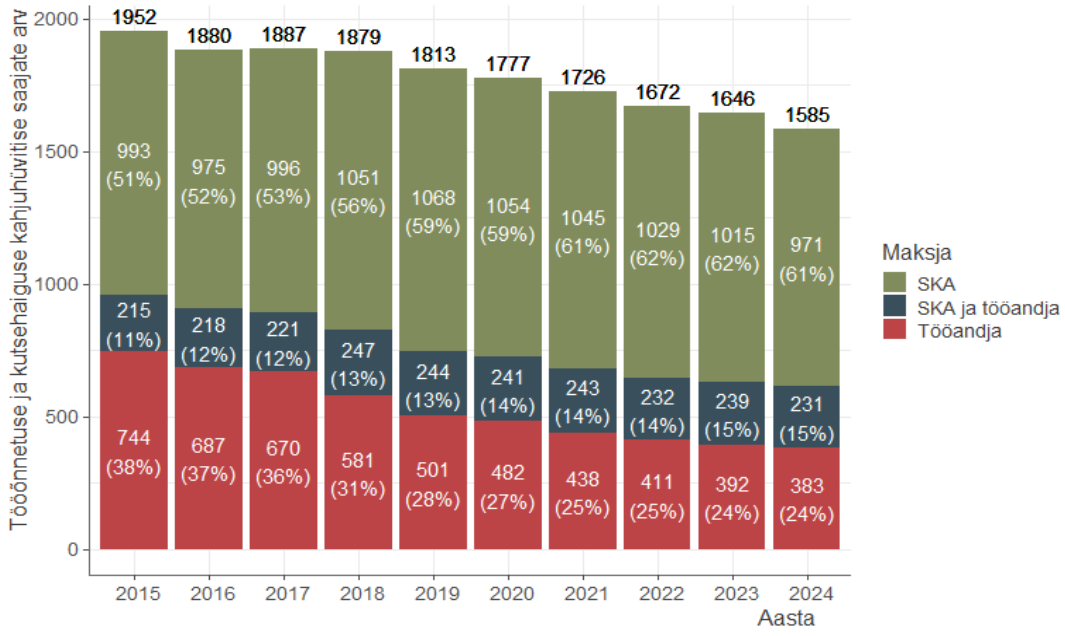
## 3.5 Tööst põhjustatud tervisekahju hüvitise taotlemise ja maksmise praktika ülevaade

Ülevaade põhineb registriandmetel, tööst põhjustatud tervisekahjustusega töötajate küsitlusel ja kohtulahendite analüüsil.

### 3.5.1 Hüvitist saavate inimeste arv ja osakaal tööst põhjustatud tervisekahjustusega inimestest

TSD[76] järgi sai 2024. aastal tööandja vastutuse alusel tööst põhjustatud tervisekahju hüvitist 1585 inimest: 24% ainult tööandjalt, 61% SKA-st ja 15% nii tööandjalt kui ka SKA-st (vt Joonis 28). Hüvitise saajate arv on viimase kümne aasta jooksul vähenenud kooskõlas TÕ-de ja diagnoositud KH-de arvu langusega. 2024. aastal oli hüvitise saajaid 19% vähem kui 2015. aastal. Nii tööandjate kui ka SKA makstavate hüvitiste saajate arv väheneb, kuid tööandjalt hüvitist saanute arv kahanes kiiremini. Seetõttu on SKA osakaal kõigi hüvitise saajate seas kasvanud.

*Joonis 28. Tööõnnetuse ja kutsehaiguse kahjuhüvitise saajate arv*




*Allikas: Statistikaameti arvutused TSD andmetel, autorite arvutused*

[76] TSD-l tuleb TuMS järgi deklareerida § 13 lg 1 tööõnnetusest või kutsehaigusest tingitud tervisekahjustuse korral makstav kahjuhüvitis, mis maksustatakse tulumaksuga juhul, kui seda ei maksta kindlustushüvitisena.

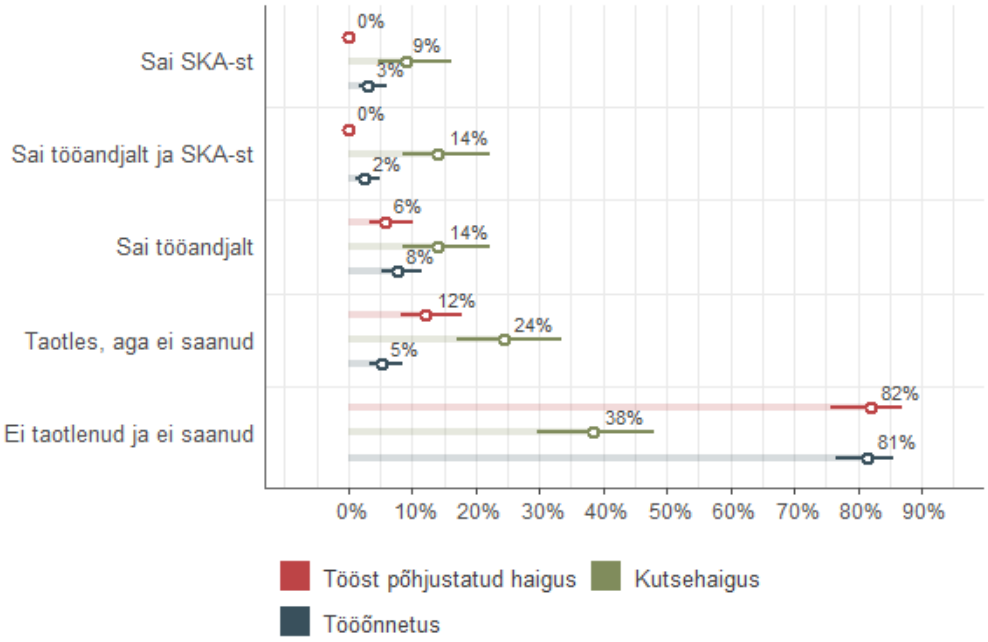
Perioodil 2015–2024 lisandunud tööst põhjustatud tervisekahjustusega inimestest oli 2024. aasta lõpus elus 36 836 (sh 288 KH, 633 TPH ja 36 019 TÕ). 1585 hüvitise saajat moodustab sellest 4%. Kuna tööga seotud haiguse eest makstakse hüvitist sageli regulaarsete ja tähtajatute maksetena (vt ptk 3.3.2.4, lk 72), on 2024. aastal saajate hulgas palju inimesi, kelle tervisekahju tekkis juba enne 2015. aastat.

Kuna tööst põhjustatud tervisekahjustustest moodustavad valdava osa TÕ-d, kujundavad just TÕ-d registriandmetel hüvitise saajate koondpilti kõige enam.

Registriandmed ei erista TÕ, KH ja TPH alusel makstavaid hüvitisi, mistõttu kasutame tervisekahjustuste liikide võrdlemiseks küsitluse andmeid. Küsitluse järgi saab KH-ga inimestest hüvitist märksa suurem osa kui TÕ-sse sattunutest või TPH-ga inimestest. Viimase kümne aasta jooksul tööst põhjustatud tervisekahjustustega inimeste küsitluse järgi sai TÕ-sse sattunutest hüvitist umbes 10% tööandjalt ja 5% SKA-st (vt Joonis 29). KH-ga inimestest sai hüvitist umbes veerand tööandjalt ja veerand SKA-st ning TPH-ga inimestest 6% tööandjalt.

Küsitluse järgi enamik (u 80%) TPH-dest ja TÕ-sse sattunutest ei taotle hüvitise maksmist, samas kui KH-dest üle poole taotlevad. Kuna SKA hüvitis piirdub KH ja TÕ-ga, saavad TPH-ga inimesed hüvitist taotleda üksnes tööandjalt. Hüvitise saajate absoluutarvud on esitatud raporti lisas (vt Joonis 55, lk 143 ja Joonis 56, lk 143, Lisa 5 Hüvitiste lisajoonised).

*Joonis 29. Tööst põhjustatud tervisekahjustuse eest kahjuhüvitise taotlemise ja saamise koondpilt (% vastava tööst põhjustatud tervisekahjustusega inimestest, registreeritud 2015–2024)*




*Allikas: Tööst põhjustatud tervisekahjustustega inimeste küsitlus 2025.*

Neilt, kes hüvitist ei taotlenud, küsiti põhjusi. Vastustest joonistuvad välja eelkõige teadmatus ja infopuudus: paljud ei teadnud, et selline võimalus üldse olemas on, või ei teadnud, mida hüvitise saamiseks teha. Samuti peeti tööandjalt hüvitise küsimist liiga keeruliseks, kulukaks või lootusetuks, eriti juhul, kui see tähendaks võimalikku kohtuvaidlust. Osa vastajaid märkis, et nad ei soovinud töökohta ohtu seada. Osa leidis, et neil puudub hüvitise saamiseks alus, kuna sissetulek ei vähenenud, tervisekahju oli väike või tööandja ei olnud

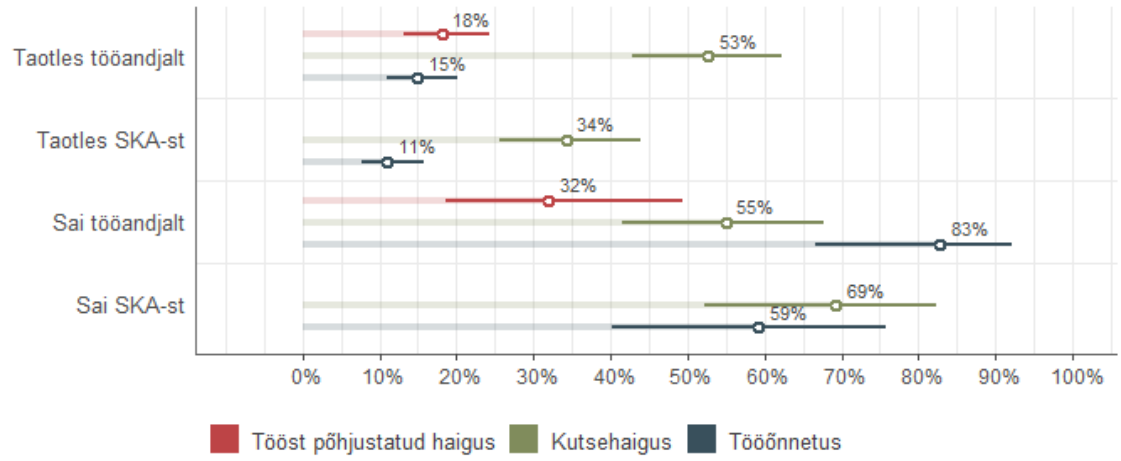
nende hinnangul süüdi. Mõned loobusid hüvitise taotlemisest pärast seda, kui selgus, et KH diagnoosi ei saa. Üksikjuhtudel takistasid taotlemist nõude tähtaja aegumine, tööandja likvideerimine või ümberkorraldused ettevõttes.

SKA-st hüvitise saamist pidasid intervjueeritud lihtsamaks kui tööandjalt. SKA esindajate sõnul on olnud mitu juhtumit, kus töötaja loobub kahju hüvitamise nõudmisest teistelt tööandjatelt pärast SKA-lt likvideeritud tööandja eest hüvitise saama hakkamist. See näitab, et töötajad lepivad kohati väiksema hüvitisega, et vältida keerulisi kohtuvaidlusi tööandjaga.

SKA-st taotleb siiski hüvitist väiksem osa kui tööandjalt, mis on loogiline, kuna SKA hüvitise saamise eelduseks on kahju eest vastutav tööandja, kes on õigusjärglaseta lõpetatud. Erinevus tööandjalt ja SKA-st hüvitist taotlenute osakaaludes ei ole siiski väga suur. Nt TÕ-sse sattunutest taotles tööandjalt hüvitist 15% ja SKA-st 11%, KH-dest vastavalt 53% ja 34%.

TÕ alusel hüvitise taotlemisel maksab tööandjatest hüvitist suurem osa kui KH või TPH alusel. Tööandjalt hüvitist taotlenud TÕ-sse sattunutest saab hüvitist enamik (u 80%, vt Joonis 30), KH-ga inimestest umbes pooled ja TPH-ga inimestest umbes kolmandik. SKA-st hüvitise saamine on ligikaudu sama sage kui tööandjalt. KH punkthinnang SKA-st hüvitist saanute osakaalule on veidi kõrgem, kuid see ei eristu statistiliselt oluliselt tööandjatelt hüvitise saamisest. Hüvitist saavad SKA-st taotlenutest veidi enam kui pooled.

*Joonis 30. Tööst põhjustatud tervisekahjustuse eest kahjuhüvitise taotlemine (% vastava tervisekahjustusega inimestest, registreeritud 2015–2024) ja kahjuhüvitise saamine (% neist, kes kahjuhüvitist taotlesid) tööandjalt ning Sotsiaalkindlustusametist*



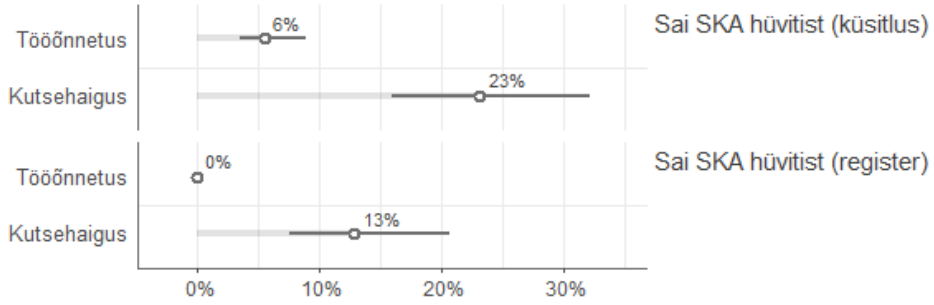

*Allikas: Tööst põhjustatud tervisekahjustustega inimeste küsitlus 2025.*

Küsitluse tulemusi tuleb tõlgendada ettevaatlikult. Intervjuud ja küsitlus viitavad, et inimestel on raskusi tööga seotud tervisekahju hüvitiste eristamisel ja süsteemis orienteerumisel. Segamini aetakse tööandjalt saadav kahjuhüvitis, ajutise töövõimetuse hüvitis ehk haigusraha, SKA TÕ ja KH kahjuhüvitis, tööandja vastutuskindlustuse alusel makstav tööga seotud tervisekahju hüvitis ning Töötukassa töövõimetoetus.

Küsitluse järgi on hüvitise saajate osakaal üldiselt suurem kui registriandmetel. Kuigi küsitluse järgi märkis 6% TÕ-sse sattunutest, et said SKA-st KH või TÕ kahjuhüvitist, ei kinnita seda registriandmed – neile ei ole SKA hüvitist tegelikult makstud. Küsitluse kohaselt oli KH-ga inimeste seas kahjuhüvitise saajate osakaal ligikaudu 10 protsendipunkti võrra kõrgem kui registriandmetes. Erinevust selgitab lisaks süsteemis orienteerumise

raskusele see, et küsitlus kajastab inimeste kogu senist kogemust, TSD aga ainult konkreetsel ajahetkel deklareeritud makseid. Samuti ei kajastu TSD-l alati tööandja ühekordsed kokkuleppemaksed ega kindlustuse kaudu tehtud hüvitised.

*Joonis 31. Tööst põhjustatud tervisekahjustuse eest hüvitise saamine Sotsiaalkindlustusametist (% vastava tööst põhjustatud tervisekahjustusega inimestest, registreeritud 2015–2024)*




*Allikas: Tööst põhjustatud tervisekahjustustega inimeste küsitlus 2025 ja SKA registriandmed*

Kokkuvõttes taotleb ja saab hüvitist väike hulk tööst põhjustatud tervisekahjustusega inimestest (TSD-l deklareeriti tööga seotud tervisekahju hüvitise maksmist 2024. aastal 1585 inimesele) ning see erineb tööst põhjustatud tervisekahjustuse liigiti:

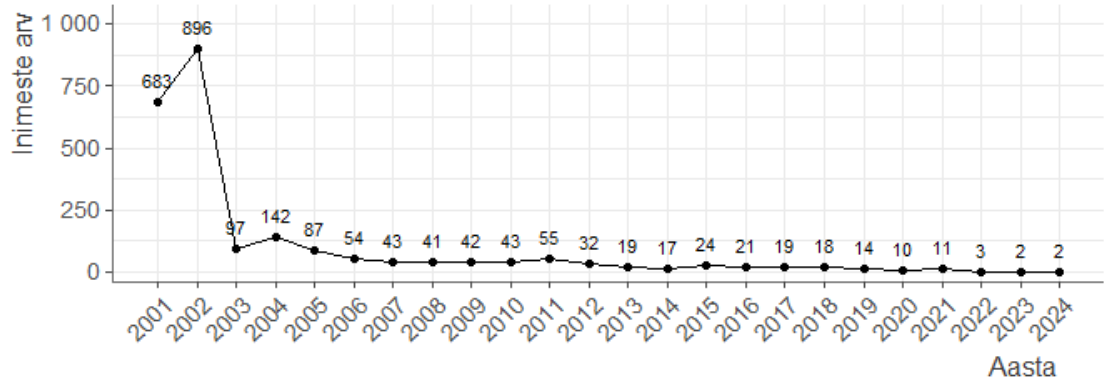
- **TÕ-sse** sattunutest taotles hüvitist umbes viiendik, tööandjalt sai hüvitist umbes kümnendik ja SKA-st umbes 5%. Küsitluse järgi sai viimase kümne aasta jooksul TÕ-sse sattunutest tööandjalt hüvitist 2857 inimest ja SKA-st 2018 inimest.
- **KH-ga inimestest** taotles hüvitist umbes kaks kolmandikku, hüvitist sai tööandjalt umbes 28% ja SKA-st 23%. Küsitluse järgi sai viimase kümne aasta jooksul KH diagnoosi saanutest tööandjalt hüvitist 78 ja SKA-st 64.
- **TPH-ga inimestest** taotles hüvitist umbes viiendik ja sai tööandjalt 6%, mis viimase kümne aasta jooksul diagnoositud TPH-dest on 30 inimest.

### 3.5.2 Sotsiaalkindlustusameti hüvitiste määramise dünaamika

SKA-st hüvitise määramised kuhjuvad registriandmete põhjal 2000-ndate aastate algusesse, kui 2001. ja 2002. aastal määrati hüvitis vastavalt 683 ja 896-le inimesele (vt Joonis 32, lk 86). Järgnevatel aastatel langes hüvitiste määramine *ca* 100 peale aastas ja aasta-aastalt on hüvitiste määramine järjest vähenenud ning viimastel aastatel määrati hüvitis vaid paarile-kolmele uuele inimesele.

Viimase kümne aasta jooksul määrati SKA hüvitis 124-le inimesele, sh 56 inimesele, kelle KH või TÕ registreeriti sel perioodil. See tähendab, et 68 inimese KH diagnoos või TÕ oli registreeritud enne 2015. aastat. Samas sai 20 inimest, kelle KH või TÕ registreeriti perioodil 2015–2024, hüvitist juba enne 2015. aastat. See tähendab, et neil on juhtunud kas korduv TÕ, korduvalt diagnoositud KH või on neil varem olnud hüvitis nt TÕ alusel ja alates 2015. aastast diagnoositi KH (vt ptk 1.3, lk 21).

*Joonis 32. Inimeste arv, kellele määrati esmane Sotsiaalkindlustusameti kutsehaiguse või tööõnnetuse kahjuhüvitis*

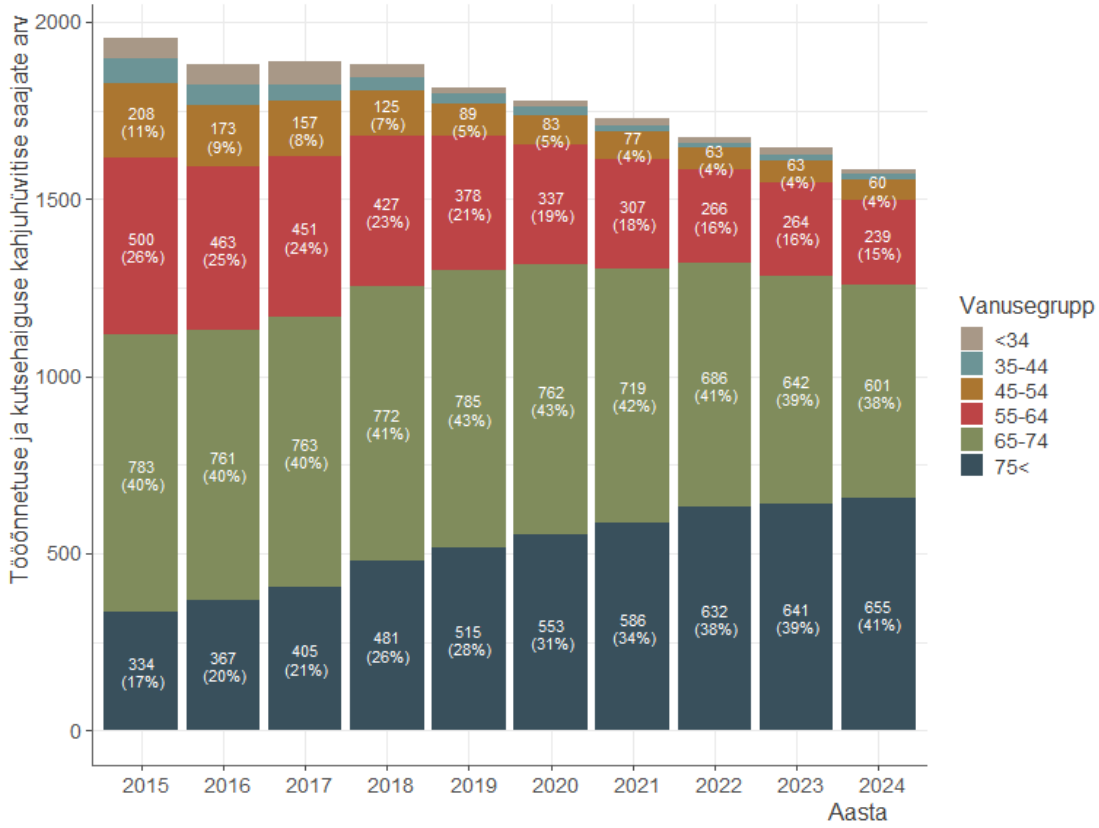



*Allikas: Sotsiaalkindlustusamet*

### 3.5.3 Hüvitise saajate vanusjaotus

Hüvitise saajate vanusjaotus näitab, et praegune süsteem toimib üha enam varem määratud hüvitiste jätkuva administreerimisena. 2024. aastal oli hüvitise saajatest 80% pensioniealised ehk 65-aastased või vanemad (vt Joonis 33). 2015. aastal oli nende osakaal 57%, seega on vanemate vanusrühmade osakaal kasvanud 23 protsendipunkti. See näitab, et uusi hüvitisi määratakse üha harvem, samal ajal kui varem määratud hüvitiste saajad vananevad. Siiski esineb ka nooremaid hüvitise saajaid, sh on üksikud alla 34-aastased.

*Joonis 33. Tööst põhjustatud tervisekahjustuse eest kahjuhüvitise saajate vanusjaotus*



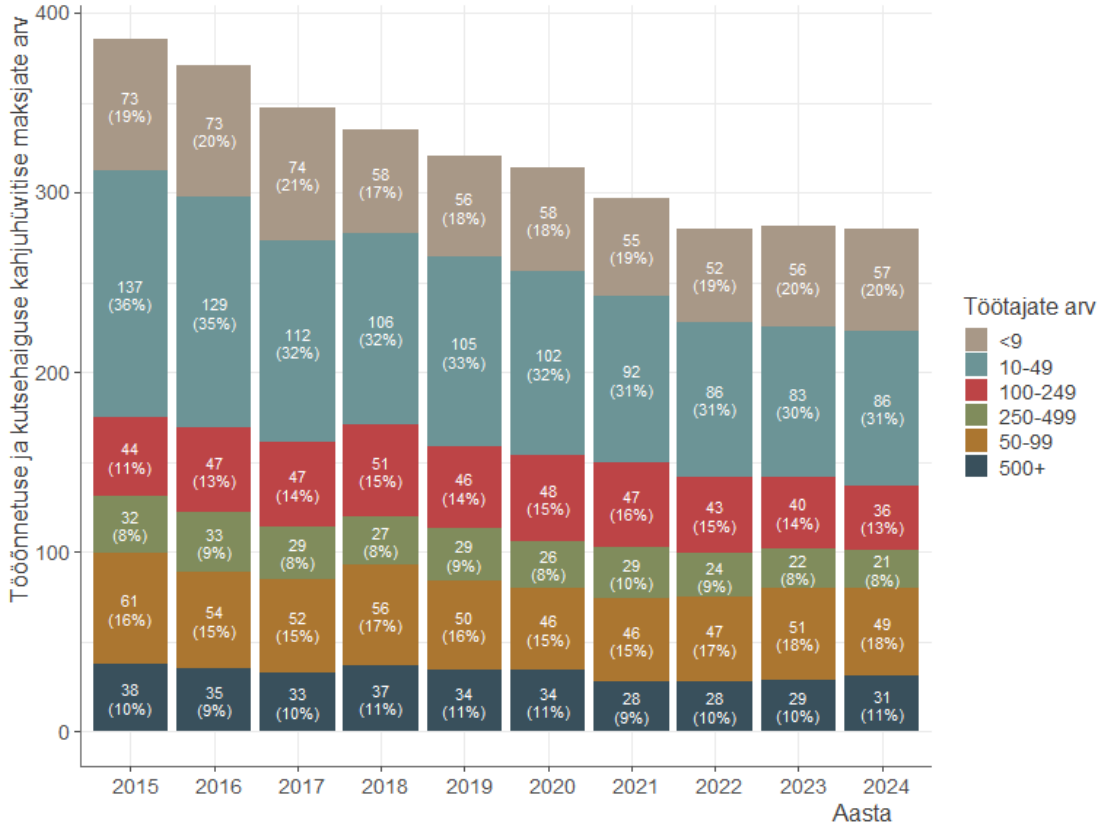

*Allikas: Statistikaameti arvestused TSD andmetel, autorite arvutused*

SKA hüvitise saajate seas oli vanemaealiste osakaal veelgi suurem: 2024. aasta lõpus oli SKA hüvitise saajatest 65-aastaseid või vanemaid 88,6% (1218 hüvitise saajast 1079).

### 3.5.4 Hüvitist maksvate tööandjate arv

Tööandjate arv, kes deklareerisid tööst põhjustatud tervisekahju hüvitise maksmist, langes rohkem kui hüvitise saajate arv: 386-lt 2015. aastal 280-ni 2024. aastal. 2024. aasta tase moodustas 73% 2015. aasta hüvitist maksnud tööandjate arvust (vt Joonis 34).

*Joonis 34. Tööst põhjustatud tervisekahjustuse eest kahjuhüvitise maksmist deklareerinud tööandjad töötajate arvu järgi*

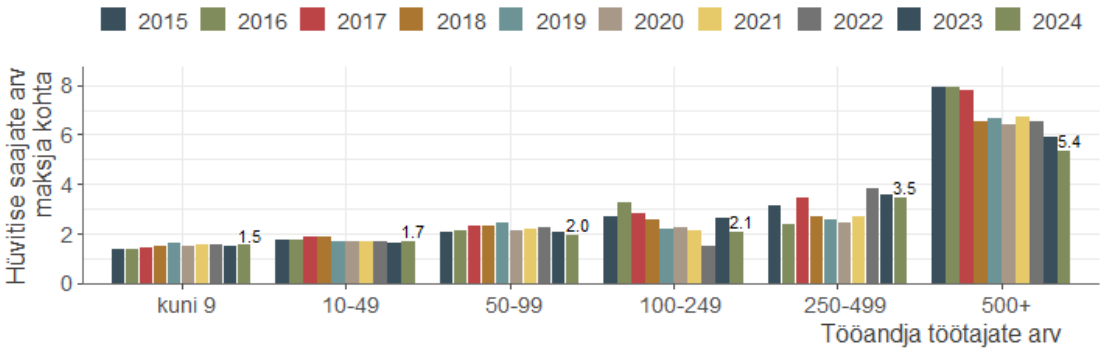



*Allikas: Statistikaameti arvestused TSD andmetel, autorite arvutused*

Hüvitisi deklareerinud tööandjate struktuur töötajate arvu järgi on üle aastate suhteliselt stabiilne, pooltel hüvitist maksvatel tööandjatel on vähem kui 50 töötajat. Hüvitise maksmise levik erineb aga ettevõtte suurusgrupiti. Vähem kui kümne töötajaga tööandjatest deklareerib hüvitise maksmist alla 1%, 250 või enama töötajaga tööandjatest enam kui veerand (2024. aastal 28%).

Keskmiselt maksab üks tööandja hüvitist 2,9 töötajale. Mida suurem tööandja, seda rohkem on tal tavaliselt hüvitise saajaid. Enam kui 500 töötajaga tööandjad maksid hüvitist keskmiselt viiele töötajale 2024. aastal. Hüvitise saajate arv suurtes ettevõtetes on aga aastatega selgelt langenud (perioodi algul oli see kaheksa). Väiksematel tööandjatel sellist trendi ei ilmne. See, et üks hüvitist maksev tööandja maksab hüvitist keskmiselt enam kui ühele töötajale, võib viidata nii töökeskkonna riskide koondumisele kui ka sellele, et töötajate seas levib info hüvitise taotlemise võimaluste kohta.

*Joonis 35. Tööst põhjustatud tervisekahjustuse eest kahjuhüvitise saajate keskmine arv hüvitist maksva tööandja töötajate arvu ja maksmise aasta järgi*




*Allikas: Statistikaameti arvestused TSD andmetel, autorite arvutused*

### 3.5.5 Hüvitise taotlemise kanal

Tavapärasem on hüvitise taotlemine kokkuleppel, mitte kohtu kaudu. TÕ-sse sattunud töötajatest taotleb hüvitist kohtu kaudu marginaalne osa. Ligikaudu 20–30% KH ja TPH-ga hüvitist taotlenutest vaidles hüvitise üle kohtus. Kohtulahendite analüüs näitas, et perioodil 2015–2025 jõudis kohtusse 75 tööga seotud tervisekahju vaidlust, millest 49 puudutas tööga seotud haigusi ja 26 TÕ-sid. Aastas lahendati kohtus keskmiselt 4,9 tööga seotud haiguse ja 2,5 TÕ kahjuhüvitise vaidlust.

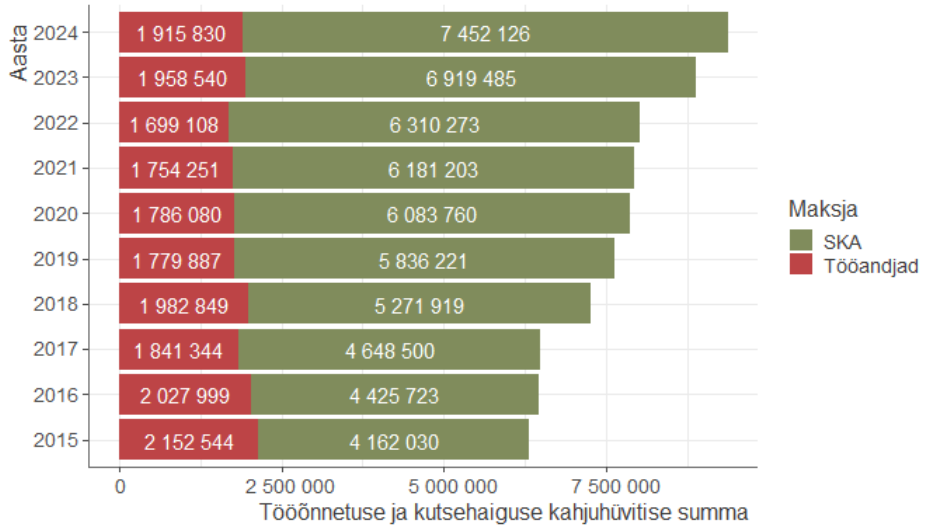
KH ning TPH-ga hüvitise taotlejatest umbes pooled kasutasid juriidilist abi, pooled mitte. TÕ-sse sattunud ja hüvitist taotlenutest kasutas juriidilist abi vähem kui kümnendik. Juriidilist abi kasutati rohkem siis, kui pöörduti kohtusse. Need KH ja TPH-ga inimesed, kes juriidilist abi ei kasutanud, tõid peamiste põhjustena esile teadmatust, kuhu abi saamiseks pöörduda, ning kõrgeid kohtu- ja juristikulusid. Juriidilise abi kasutamine jagunes ligikaudu võrdselt tasulise ja tasuta abi vahel. Intervjuudest selgus, et tasuta juriidilist abi saadakse Kutsehaigete Liidust. Hüvitise taotlemise edukuses ei ilmnenud statistiliselt olulist erinevust sõltuvalt sellest, kas kasutati juriidilist abi või mitte.

Ei kohtu kaudu ega kokkuleppe teel hüvitise taotlemisel ei ole tulemus ühene, mõlemal juhul on olukordi, kus hüvitist makstakse kui selliseid, kus hüvitis jääb maksmata. Kohtulahendite analüüs näitas, et ligikaudu kahes kolmandikus lahenditest rahuldati hüvitisenõue täielikult või osaliselt (vt Lisa 3 Kohtuvaidluste analüüsi metoodika ja koondstatistika).

### 3.5.6 Kahjuhüvitise suurus ja arvutamise alused

2024. aastal deklareeriti tööga seotud tervisekahju hüvitiste makseid 9,4 miljoni euro eest (vt Joonis 36). Lõviosa hüvitistest maksab SKA (80%). Vaatlusalusel perioodil kahanesid tööandja maksed absoluutsummana, samas kui SKA maksed kasvasid. Seda trendi kujundavad korraga nii hüvitise saajate arvu muutus kui ka hüvitise suuruse dünaamika. 2024. aastal maksis SKA hüvitist 76%-le kõigist hüvitise saajatest ja hüvitise saajate arv SKA-st pole kümne aasta jooksul oluliselt muutunud, samas kui tööandjatelt hüvitise saajate arv langes ligi kolmandiku võrra (36%) (vt Joonis 28).

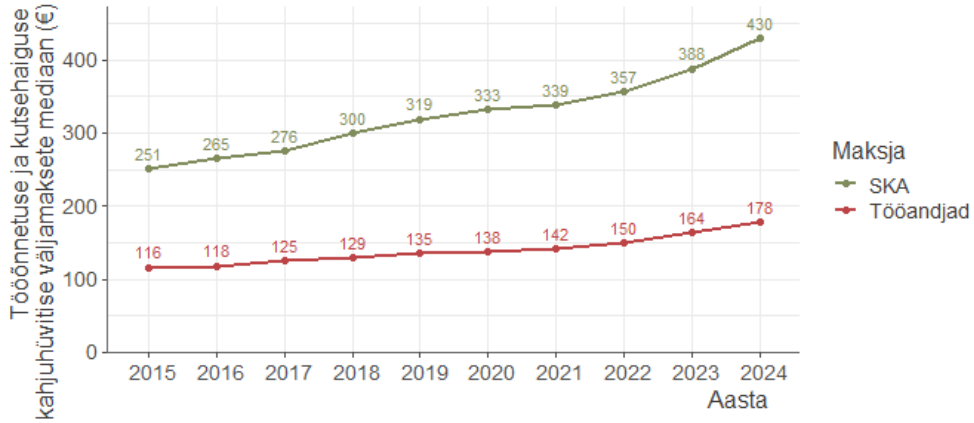
*Joonis 36. Tööst põhjustatud tervisekahjustuse kahjuhüvitiste koondsumma hüvitise maksja järgi (eurodes)*




*Allikas: Statistikaameti arvestused TSD andmetel, autorite arvutused*

SKA makstav hüvitis ületab tööandjate makstavat hüvitist rohkem kui kaks korda ja erinevus on aastatega kasvanud (Joonis 37). TSD-l deklareeritud kuise hüvitise väljamakse mediaan oli tööandjatel 178 eurot ja SKA-l 430 eurot. Seega oli SKA mediaanmakse 2,41 korda suurem. Kümne aasta jooksul kasvas SKA mediaanväljamakse 71% ja tööandjate oma 53%.

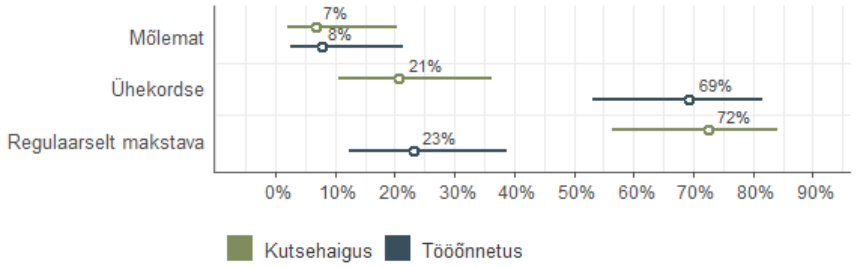
*Joonis 37. Tööst põhjustatud tervisekahjustuse kahjuhüvitise mediaanväljamakse kuus (eurodes)*




*Allikas: Statistikaameti arvestused TSD andmetel, autorite arvutused*

Tööga seotud tervisekahju hüvitamisel sõltuvad hüvitatavate kulude liigid ja hüvitamise viisid tervisekahjustuse liigist. Küsitluse andmetel saavad TÕ-sse sattunud inimesed kahjuhüvitise sagedamini ühekordse maksena, samas kui KH-ga inimesed regulaarse igakuise maksena (vt Joonis 38). TPH-ga hüvitise saajaid oli küsitluses nii vähe, et nende vastuste põhjal ei saa maksete regulaarsuse kohta kindlaid järeldusi teha.

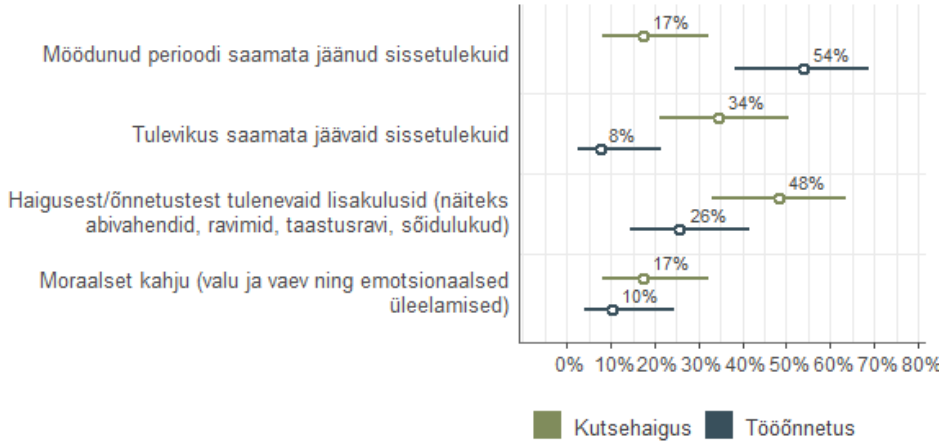
*Joonis 38. Tööst põhjustatud tervisekahjustuse kahjuhüvitise maksete regulaarsus (% kahjuhüvitist saavatest vastava tervisekahjustusega inimestest, registreeritud 2015–2024)*




*Allikas: Tööst põhjustatud tervisekahjustustega inimeste küsitlus 2025.*

Kooskõlas hüvitise maksmise regulaarsusega on see, millist kahju hüvitis katab. TÕ-de korral katab hüvitis kõige sagedamini möödunud perioodil saamatajäänud tulu ühekordse maksena, KH-de korral aga regulaarselt saamatajäävat tulu ja haigusest tulenevaid ravimite ja raviteenuste lisakulusid (vt Joonis 39). Mittevaralise kahju hüvitise saamist märgivad vähesed.

*Joonis 39. Kahju liik, mida kahjuhüvitis katab (% kahjuhüvitist saavatest vastava tervisekahjustusega inimestest, registreeritud 2015–2024)*

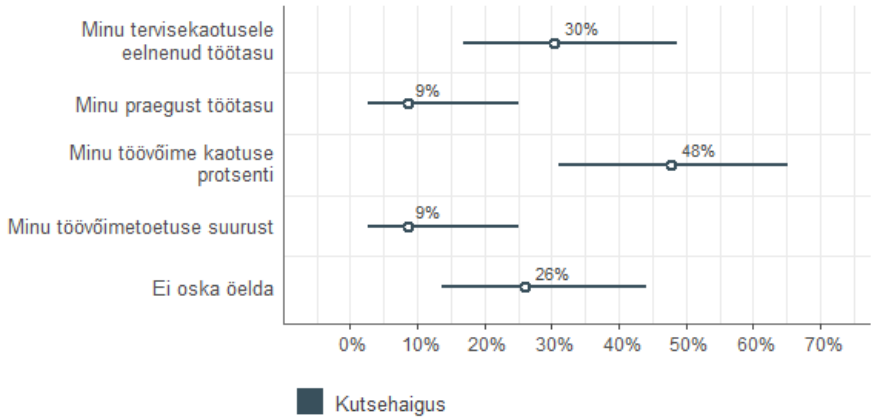



*Allikas: Tööst põhjustatud tervisekahjustustega inimeste küsitlus 2025.*

Kohtulahendite analüüs kinnitab sama mustrit. KH alusel kohtusse jõudnud vaidlustes nõutakse peaaegu alati tööandjalt nii kohtuotsuse tegemiseni saamata jäänud tulu kui ka regulaarset hüvitist edaspidi jätkuvate saamata jäävate tulude eest. Mittevaralise kahju hüvitist nõutakse kohtuvaidlustes umbes 60% TÕ ja 40% KH juhtumites ning see mõisteti välja ligikaudu pooltel juhtudest, mille üle kohtus vaieldi.

Regulaarse hüvitise alusena arvestatakse töötajate küsitluse järgi kõige sagedamini töövõimekaotuse protsenti ja diagnoosimisele eelnenud töötasu (vt Joonis 40). Harvem võetakse arvesse töötasu hüvitise maksmise ajal ja töövõimetoetuse suurust. Päris palju on KH-sid, kes ei oska öelda, kuidas hüvitise suurus kujuneb (nt *"Ei tea, arvutati protsendi ja töötasuvaheline suhe")*. Samuti on näha, et inimesed ei erista hästi erinevaid hüvitisi ja nende maksmise aluseid. Muude hüvitistena, mida inimesed ise täpsustasid, märgiti haigusrahasid, osalise töövõime toetust ja koondamistasu.

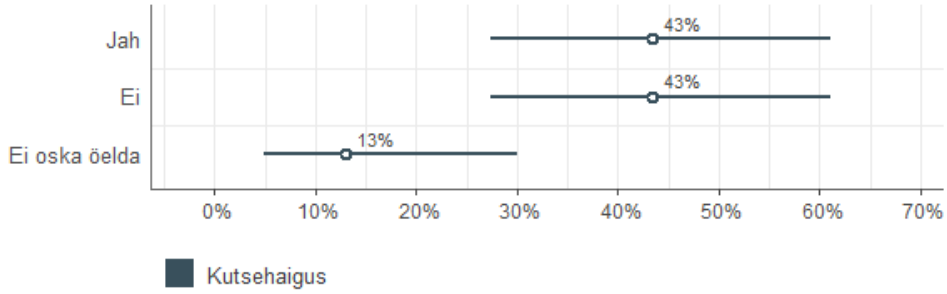
*Joonis 40. Tööst põhjustatud tervisekahjustuse kahjuhüvitise suuruse arvestamise parameetrid (% regulaarset kahjuhüvitist saavatest kutsehaigusega inimestest, registreeritud 2015–2024)*




*Allikas: Tööst põhjustatud tervisekahjustustega inimeste küsitlus 2025.*

Küsitluse põhjal võib järeldada, et regulaarset tervisekahju hüvitist indekseeritakse umbes pooltel juhtudel (vt Joonis 44). Kohtuvaidluste analüüs näitas, et kohtus taotletakse tavaliselt tervisekahju hüvitise indekseerimist ning välja mõistetud hüvitistest 85% mõisteti välja koos indekseerimisega.

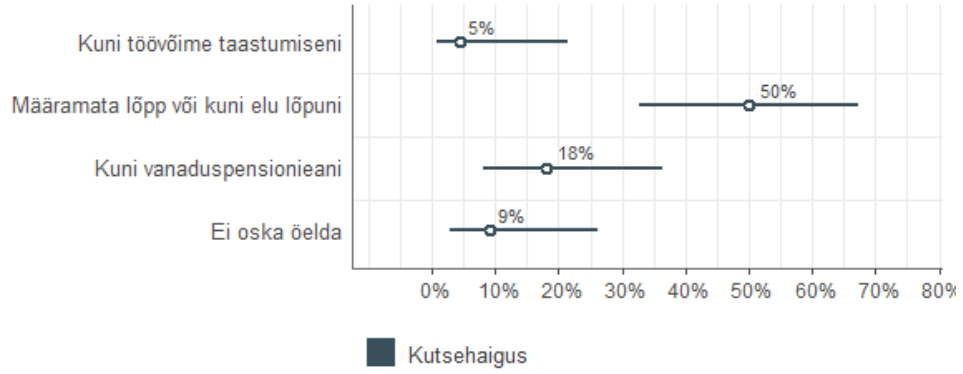
*Joonis 41. Tööst põhjustatud tervisekahjustuse kahjuhüvitise indekseerimine (% regulaarset kahjuhüvitist saavatest kutsehaigusega inimestest, registreeritud 2015–2024)*




*Allikas: Tööst põhjustatud tervisekahjustustega inimeste küsitlus 2025.*

Tervisekahju hüvitise maksmise lõpu tähtaeg pole reeglina määratud või on määratud elu lõpuni, mis tähendab, et vanaduspensionile jäämine ei lõpeta hüvitise maksmist (vt Joonis 42). Sisuliselt analoogne on olukord, kui tervisekahju hüvitis on määratud töövõime taastumise või tervenemiseni, kuna KH diagnoositakse tavaliselt kroonilise, püsiva konditsiooni korral. Samas esineb juhtumeid, kus kahjuhüvitise lõppemine seotakse vanaduspensionieaga. Seega kinnitab küsitlus, et vanaduspensioni ja pensioniea arvestamisel tööga seotud tervisekahju hüvitise määramisel puudub ühtne praktika.

*Joonis 42. Tööst põhjustatud tervisekahjustuse kahjuhüvitise maksmise lõpu määratlus (% regulaarset kahjuhüvitist saavatest kutsehaigusega inimestest, registreeritud 2015–2024)*

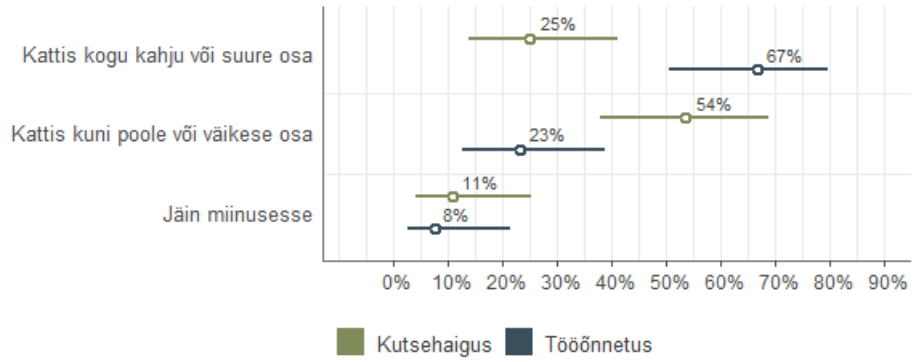



*Allikas: Tööst põhjustatud tervisekahjustustega inimeste küsitlus 2025.*

### 3.5.7 Hinnang kahjuhüvitise suurusele ja taotlemise protsessile

Ligikaudu kaks kolmandikku TÕ-sse sattunud inimestest, kes said kahjuhüvitist, leiavad, et see kattis suure osa tekkinud kahjust või kogu kahju (vt Joonis 43). KH-ga kahjuhüvitise saajate seas jagab seda hinnangut vaid veerand vastanutest. Enamik KH alusel kahjuhüvitist saanutest leiab, et see katab ainult väikese osa kahjust, ning ligikaudu iga kümnes märgib, et kahjuhüvitise taotlemise kulud ületasid saadud hüvitise väärtuse.

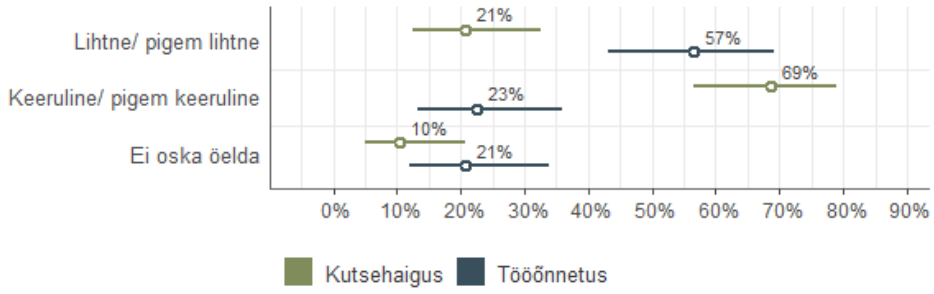
*Joonis 43. Hinnang tööst põhjustatud tervisekahjustuse kahjuhüvitise suurusele (% kahjuhüvitist saanud vastava tervisekahjuga inimestest, registreeritud 2015–2024)*




*Allikas: Tööst põhjustatud tervisekahjustustega inimeste küsitlus 2025.*

Hinnangud kahjuhüvitise taotlemise protsessile järgivad sama mustrit kui hinnangud kahjuhüvitise suurusele. TÕ-sse sattunud kahjuhüvitist taotlenud inimestest hindavad enam kui pooled taotlemist lihtsaks, samas kui KH-ga inimestest peab kaks kolmandikku seda keeruliseks või pigem keeruliseks (vt Joonis 44).

*Joonis 44. Hinnang kahjuhüvitise taotlemise protsessile (% kahjuhüvitist taotlenud vastava tervisekahjustusega inimestest, registreeritud 2015–2024)*




*Allikas: Tööst põhjustatud tervisekahjustustega inimeste küsitlus 2025.*

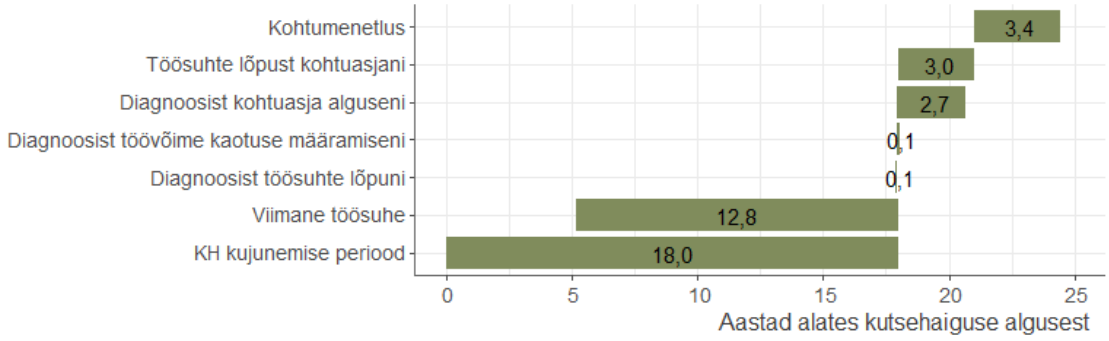
Kahjuhüvitist taotlenud KH ja TPH-ga inimesed märkisid probleemidena kõige sagedamini infopuudust, terviseprobleemi ja töötamise seose tõendamise raskust, tööandja poolseid takistusi ning taotlemise kulusid. TÕ-sse sattunud inimestel kerkis teistest probleemidest selgemalt esile infopuudus.

Vastajate kirjelduste järgi muudavad kahjuhüvitise taotlemise keeruliseks tööandja vastuseis, pikk ja kulukas kohtumenetlus ning suur tõendamiskoormus. Korduvalt märgiti, et puudub koht, kust inimene saaks süsteemset abi. Vastustes kordus ka psühholoogilise koormuse teema: stress, väsimus ja hirm ning mõnel juhul loobuti hüvitise taotlemisest pärast tööandja keeldumist või kohtusse pöördumise ettepanekut.

### 3.5.8 Teekond kohtulahendini

Kohtulahendite analüüs näitab, et tööga seotud tervisekahju hüvitamise vaidlused jõuavad lahenduseni aeglaselt, eriti KH juhtudel. Kohtus lahendatud KH kahjuhüvitise juhtumites kulus mediaanhagejal tervisekahjustuse kujunemise algusest kuni jõustunud kohtulahendini 24,43 aastat (vt Joonis 45). Sellest umbes 18 aasta jooksul kujunes välja KH ning haiguse kujunemine algas sageli enne viimase tööandja juurde tööle asumist, kellega hiljem kahjuhüvitise üle vaieldi. Töösuhte lõpust kuni kohtuasja alguseni kulus mediaanhagejal kuni kolm aastat ja kohtumenetlusele omakorda veidi üle kolme aasta.

*Joonis 45. Kutsehaiguse kahjuhüvitise kohtuvaidluse juhtumite ajaskaala – mediaankestused etappide kaupa*

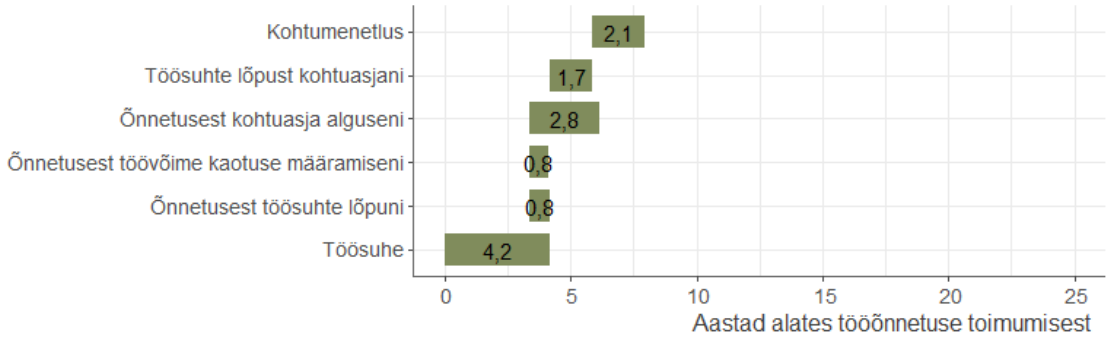



*Allikas: Perioodi 2015—2025 kohtulahendite analüüs*

TÕ-d juhtuvad ootamatult ühel ajahetkel ja ühe tööandja juures. Seetõttu on TÕ kahjuhüvitise vaidlusi vähem ning need on lühemad (vt Joonis 46). TÕ mediaanperiood töösuhte algusest kuni kohtulahendini oli umbes

kaheksa aastat, millest 2,06 aastat moodustas kohtumenetlus ning õnnetuse toimumisest kohtuasja alguseni kulus 2,82 aastat.

*Joonis 46. Tööõnnetuse kahjuhüvitise kohtuvaidluse juhtumite ajaskaala – mediaankestused etappide kaupa*



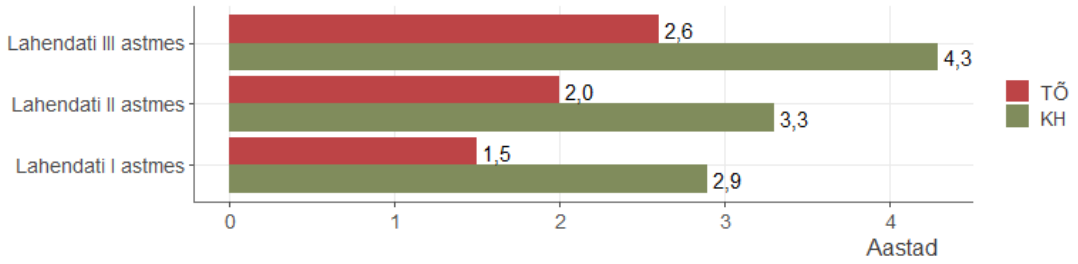

*Allikas: Perioodi 2015–2025 kohtulahendite analüüs*

Kohtuvaidlused toimusid pärast töösuhte lõppu. Selliseid vaidlusi, kus töötaja oleks vaidluse ajal endiselt sama tööandja juures töötanud, ei olnud. KH kohtuasjades oli keskmine töösuhe kostja juures oluliselt pikem kui TÕ juhtumites. KH juhtumite puhul lõpetas töösuhte enamasti tööandja töötaja terviseseisundi tõttu (TLS § 88 lõige 1 punkt 1) (17 juhul, 35%). Päris paljude (17,35%) juhtumite kohtulahendites ei kirjeldatud töösuhte lõppemise põhjuseid ja esines ka muid töösuhte lõpetamise aluseid nagu koondamine, töötaja algatus jmt. TÕ kohtulahendites ei olnud paljudes lahendites infot töösuhte alguse ja lõppemise aja ning lõppemise põhjuse kohta. Kui töösuhte lõpetamise põhjust kirjeldati, siis sagedasem oli lõpetamine terviseseisundi tõttu.

Ajaliselt lõppeb kohtulahendite järgi KH-ga töötaja töösuhe vahetult enne või pärast diagnoosi saamist. Kokku oli 6 juhtumit (2%), kus hageja töötas pärast diagnoosi saamist edasi kostja juures pikemalt kui 6 kuud. TÕ juhtumite puhul oli teavet töösuhte lõppemise aja kohta vähem, kuid mediaanperiood 0,8 aastat TÕ-st töösuhte lõppemiseni viitab, et enamikul juhtudel lõppes töösuhe 9-10 kuu jooksul pärast õnnetust.

KH kohtumenetlused kestavad kauem kui TÕ omad (vt Joonis 47). Enamik menetlusi jõuab nii KH kui TÕ juhtumite lahendini teises kohtuastmes. Riigikohtusse jõudis umbes viiendik kõikidest kohtuasjadest. Iga täiendav kohtuaste lisab kohtumenetluse pikkusele pool kuni ühe aasta.

*Joonis 47. Tööst põhjustatud tervisekahjustuse kahjuhüvitiste kohtuasjade pikkus aastates kohtuasja algusest kuni jõustunud kohtulahendini kohtumenetluse astemete lõikes*




*Allikas: Perioodi 2015–2025 kohtulahendite analüüs.*

### 3.5.9 Tööga seotud tervisekahju kahjuhüvitise maksmise probleemkohad

Kahjuhüvitiste taotlemise ja maksmise praktika analüüsist joonistub välja rida kitsaskohti:

- Hüvitamise tegelik katvus on madal ja erineb tervisekahjustuse liigiti. Enamik TÕ-sse sattunuid ja TPH-ga inimesi ei taotle üldse tervisekahju eest kahjuhüvitist ning ka KH-ga inimestest jõuab kahjuhüvitiseni ainult osa potentsiaalselt õigustatud isikutest.
- Süsteem on inimestele keeruline. Erinevad hüvitised lähevad kergesti segamini ning tööga seotud tervisekahju hüvitise taotlemist takistavad infopuudus, nõustamise nappus ja selge kontaktpunkti puudumine, kust oleks võimalik protsessis abi saada.
- SKA TÕ ja KH kahjuhüvitise süsteem toimib üha enam varem määratud kahjuhüvitiste jätkuva administreerimisena. Enamik kahjuhüvitistest on määratud varasematel aastatel, uusi saajaid lisandub väga vähe ning valdav osa SKA kahjuhüvitise saajatest on vanaduspensioniealised.
- Kahjuhüvitise taotlemine on paljudele koormav, ajamahukas ja kulukas. Eriti suur on probleem kohtuvaidlustega. Vaidlused venivad aastatesse, nõuavad mahukat tõendamist ning toovad kaasa märkimisväärse vaimse ja rahalise pinge; juriidilise abi kättesaadavus on piiratud.
- Kahjuhüvitise suurus ei kata inimeste hinnangul sageli tegelikku kahju, eriti KH kahjuhüvitised. Samal ajal on kahjuhüvitise arvutamise, indekseerimise ja lõpptähtaja loogika paljude jaoks ebaselge.
- Praegune kahjuhüvitiste välja maksmise praktika ei loo tööandjatele ega tegevusaladele riskidele vastavaid stiimuleid nende ennetamiseks või kindlustamiseks. Kuna kahjuhüvitiste taotlemine ei ole süsteemne, siis pole ka nende vastu kindlustamine süsteemne. Sarnased riskitegurid ei too kaasa sarnast kahjuhüvitamise käitumist.

# 4 Kutsehaiguste diagnoosimise praktika teistes riikides

## 4.1 Sissejuhatus

Teistest riikidest kaardistasime KH ja TPH diagnoosimise praktikaid ning protsesse Soomes, Rootsis, Taanis, Lätis, Prantsusmaal ja Saksamaal. Täpsemalt vaatasime:

1. Milline on riikides KH ja TPH diagnoosimisel **patsiendi teekond** terviseprobleemide tekkimisest kuni KH ja TPH diagnoosimiseni?
2. Kuidas toimub **töötervishoiuarstide koostöö** teiste ekspertidega KH ja TPH diagnoosimise protsessis?
3. Milline on KH ja TPH diagnoosimise **süsteemi rahastus**?
4. Kuidas toimub töökeskkonna ja KH/TPH **põhjusliku seose tuvastamine**, milline on töötervishoiuarsti ja tööandja vaheline **koostöö** KH ja TPH diagnoosimise protsessis?
5. Kas ja millistele **juhendmaterjalidele ning väljaõppele** töötervishoiuarstid toetuvad KH ja TPH diagnoosimisel?
6. Kuidas diagnoositakse **kutsevähki ja psühhosotsiaalsetest ohuteguritest** tingitud tööga seotud haigusi?

Kaardistus põhineb dokumendianalüüsil ja ekspertide intervjuudel. Peatükk võtab kokku riikide praktika uurimisküsimuste kaupa, riikide kaupa ülevaateid vt Lisa 6 Kutsehaiguste diagnoosimise praktika teistes riikides (lk 144) ja tulemuste võrdlustabeleid vt Lisa 7 Teiste riikide praktika kokkuvõtvad tabelid uurimisküsimuste järgi (lk 179).

Enne teiste tulemuste juurde asumist tuleb märkida, et TPH mõistet Eestile võrreldaval kujul vaatlusalustes riikides ei kasutata ega defineerita. Reguleeritud ja hüvitistega seotud kategooria on KH. TPH-d võidakse kasutada kliinilises praktikas, kuid eraldiseisva kategooriana seda ei reguleerita. Riikide ekspertides tekitas segadust TPH kohta küsimuste esitamine koos KH-ga. Kuna neis riikides sellist kategooriat eraldiseisvalt ei määratleta, siis piirdume analüüsis KH diagnoosimise ja hüvitamise süsteemi kirjeldamisega.

Kõigis vaatlusalustes riikides kuulub **KH tuvastamine tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse menetluse protsessi** (vt Tabel 17, lk 179), ja KH olemasolu on eeltingimuseks hüvitise saamise õiguse tekkimisel. Kõigis riikides, peale Läti, tuvastatakse KH kindlustusmenetluse käigus. Lätis kinnitatakse esmalt eraldi protsessis KH ja seejärel avaneb diagnoosi alusel töötajal õigus taotleda hüvitist. KH tuvastamise protsessiga on seotud statistika ja järelevalve eesmärgid nii, et kogutakse andmeid muuhulgas KH kahtluste või KH diagnooside kohta ja planeeritakse järelevalve tegevusi neid andmeid kasutades.

Vaatlusalustes riikides ei piisa kindlustushüvitise saamiseks ainult kinnitatud KH olemasolust, lisanõuded rakenduvad kindlustusstaažile, töövõime või sissetuleku kaotuse ulatusele või kestusele jm. Samas ei seota üheski vaatlusalustest riikidest kindlustushüvitise saamist tööandja vastutusega KH tekkimisel. Seega erineb kõikide vaatlusaluste riikide süsteem Eestist, kus hüvitamise kohustus piirdub tööandja vastutusel tekkinud tervisekahjuga. Siiski on ka teistes riikides võimalik töötajatel tööandjalt nõuda raske hooletuse või süülise käitumise korral (kohtu kaudu) täiendavalt kahjuhüvitist, mida kindlustus ei kata.

## 4.2 Patsiendi teekond

Patsiendi KH tuvastamise teekond algab alati kahtlusest: kas töötaja ise, tema perearst, raviarst või töötervishoiuarst märkab seost haiguse ja töötingimuste vahel. Vaatlusalustes riikides, peale Läti, esitatakse KH kahtluse teade kindlustusandjale, kes koondab töötamise ja meditsiinilised dokumendid ning teeb otsuse, kas haigus kvalifitseerub KH-ks ja hüvitamiseks. Lätis on KH tuvastamise ja hüvitise taotlemise protsessid eraldi. Lätis suunab perearst KH kahtluse korral töötaja töötervishoiuarstile, kes omakorda suunab otsuse tegemise meditsiinikomisjoni, mis otsustab, kas tegemist on KH-ga või mitte. Komisjoni otsuse alusel saab töötaja pöörduda hüvitisi administreeriva kindlustusasutuse poole, et taotleda hüvitist. Teistes riikides ei tuvastata eraldiseisvalt kindlustuse otsusest KH-d.

Töötaja teekond algab meditsiinilise diagnoosi kirjeldusega, mille ta ise või arst esitab kindlustusasutusele. Soomes edastab kindlustusele meditsiinilise info tööga seotud haiguse kohta üldjuhul ettevõtte töötervishoiuarst, Taanis perearst või arst, kes kahtlustab KH olemasolu, Saksamaal on nii arstil kui tööandjal kohustus kindlustusasutust teavitada, aga teavitada võib ka töötaja ise, tema lähedased või kolleegid, Prantsusmaal ja Rootsis esitab kindlustusele taotluse ja meditsiinilised dokumendid töötaja ise.

Kindlustusasutus koondab tervise ja töötamise andmed ja otsustab, kas tegemist on KH-ga ja õigusega hüvitisele. Riigiti erineb see, kas kindlustusjuhtumi käsitlemisel tehakse täiendav meditsiiniline ekspertiis. Soomes, Rootsis, Taanis ja Prantsusmaal võib kindlustusasutus vajadusel tellida täiendavaid meditsiinilisi uuringuid eriarstidelt või töötervishoiuarstidelt, kuid seda ei tehta alati. Saksamaal tellitakse eraldi meditsiiniline ekspertiis KH tuvastamise käigus.

Rahvusvaheliselt loetakse KH-ks haiguseid, mille teke on peamiselt (või ülekaalukalt) põhjustatud töökeskkonna riskiteguritest. Kõigis vaatlusalustes riikides, välja arvatud Rootsis, kasutatakse KH tuvastamiseks ametlikku KH nimekirja (vt Tabel 17, Lisa 7 Teiste riikide praktika kokkuvõtvad tabelid uurimisküsimuste järgi, lk 179). Nimekiri ei ole siiski enamasti range: kui konkreetne diagnoos sinna ei kuulu, võib haiguse määratleda KH-na kaalutlusotsusega, kui leitakse, et põhjuslik seos tööga on piisav (Saksamaa „nagu KH“, Prantsusmaa CRRMP otsus, Taani KH komitee, Soome avatud nimekiri nimekirjavälistele juhtudele). Sellest kitsam erand on Läti, kus otsus rajaneb rangelt KH loetelul. Kuna KH tuvastamine on otseses seoses hüvitise saamisega, siis tegeletakse Rootsis KH tuvastamisega juhul, kui teised hüvitise saamise tingimused on täidetud.

## 4.3 Töötervishoiuarstide roll ja koostöö teiste arstidega

Töötervishoiuarstide osalus KH diagnoosimisel varieerub riigiti, kandes mõnes riigis tuumikrolli ja olles teistes marginaalse tähtsusega (vt Tabel 19). Rootsis ja Taanis on töötervishoiuarstide roll episoodiline – nad kaasatakse menetlusse kindlustusasutuse tellimusel üksnes siis, kui vajatakse lisahinnangut ning ka lisahinnangu võtmisel ei pruugita seda võtta töötervishoiuarstilt. Soomes ja Lätis on olukord pigem vastupidine ning KH kahtluse tõendi koos tööanamneesiga koostab just töötervishoiuarst (Soomes ettevõtte töötervishoiuarst). Selle alusel kinnitatakse KH diagnoos. Töötervishoiuarst teeb täiendavad uuringud, kaasab teisi töötervishoiuspetsialiste ja esitab kindlustusandjale (Soomes) või meditsiinikomisjonile (Lätis) struktureeritud kirjelduse haiguse ning töötamise kohta. Saksamaal viivad vajadusel kindlustuse tellimusel meditsiinilise ekspertiisi läbi töötervishoiuarstid (või vastava haiguse eriarstid, sh töötervishoiu spetsialiseerumisega eriarstid), samuti kaasatakse liidumaa tasandi töötervishoiuarst. Prantsusmaal koostab

ettevõtte töötervishoiuarst CPAM-i ja CRRMP[77] jaoks põhjendatud arvamuse töötaja tegeliku kokkupuute ja tööseose kohta. Struktuurilt sarnaneb Eesti mudel enim Lätile: töötervishoiuarst tuvastab KH, mida järgmistes etappides saab kasutada hüvitise taotlemisel.

## 4.4 Kutsehaiguse diagnoosimise ja tuvastamise süsteemi rahastus

Kõigis vaadeldud riikides rahastatakse KH tuvastamise ja hüvitamise süsteemi põhiosas tööandjate tehtavatest maksetest, kuid institutsioonilised lahendused erinevad. Kindlustusmenetlusele eelnev meditsiiniline diagnoos ja KH kahtluse kujundamine, on enamasti üldise ravikindlustuslahendusega kaetud.

Vaatlusalustes riikides on kasutusel:

1. **Avalik-õiguslik KH kindlustamise fond** (Taanis ja Saksamaal), mida finantseeritakse tööandja maksetest. Taanis on üks üleriiklik fond, mis katab tööandjate kindlustusmaksetega nii juhtumite menetlemise, ekspertarvamuste küsimise kui ka hüvitiste maksmise. Saksamaal on eraldi sektoripõhised kindlustusfondid, mis samuti katavad diagnoosimise, täiendavad uuringud ja hüvitiste maksmise.
2. **Riiklik sotsiaalkindlustuse** haru, mida finantseeritakse tööandja maksetest ja mõnel juhul muudest maksudest (Läti, Prantsusmaa ja Rootsi). Rootsis täiendab seda kollektiivlepingute põhine lisakindlustus. Lätis ja Rootsis pöördub töötaja hüvitise taotlusega kindlustusasutuse poole pärast meditsiinilist diagnoosi, mille finantseerimine käib üldise ravikindlustuse alusel.
3. Soomes kasutatakse KH hüvitiste maksmiseks **erakindlustust**, mida finantseeritakse tööandjate maksetega ja mis on tihedalt seotud tööandja korraldatud töötervishoiuteenusega, mille alusel tegutseb ettevõtte töötervishoiuarst, kes annab kindlustusele KH diagnoosimise sisendi.

## 4.5 Põhjusliku seose tuvastamine ja töötervishoiuarsti ning tööandja koostöö

KH tuvastamine eeldab kõigis riikides meditsiinilist ja töökeskkonna ning ohuteguritega kokkupuute sisendit. KH tuvastamine tähendabki sisuliselt töötamise ja haiguse põhjusliku seose kinnitamist ning teistes riikides, peale Läti, tuvastab KH olemasolu kindlustusasutus. Lätis otsustab KH olemasolu meditsiiniline komisjon.

Kõigis riikides kogutakse töötamise, töökeskkonna ja meditsiinilise olukorra kirjeldus töötajalt. Üldjuhul (Taanis, Saksamaal, Prantsusmaal, Rootsis ja Soomes) kogutakse töökeskkonna kirjeldus tööandjalt kas küsimustiku või kirjaliku selgituse vormis. Tööandja kirjeldab selles ohuteguritega kokkupuuteid, kaitsevahendeid, töötervishoiuteenust ja -kontrolle. Lätis küsib töötervishoiuarst tööandjalt sisendi vaid juhul, kui seos ei ole selge või kahtlus on mittetüüpiliste töökeskkonnategurite ja haigusseisundi vahel. Kindlustusandja, Lätis KH tuvastamise komisjon, koondab ka muud vajalikud dokumendid nagu tööandja riskianalüüsid, ohutuskaardid jm asjassepuutuv, mis on vajalik KH tuvastamiseks. Saksamaal ja Prantsusmaal võib kindlustusandja külastada ja vaadelda töökohta.

Ekspertiis meditsiinilise diagnoosi näol võib eelneda kindlustusmenetlusele ja mõnel juhul võib kindlustusandja seda täiendada, tellides juurde uuringuid nii diagnoosi täpsustamiseks kui töövõime

[77] CPAM - Prantsusmaa kohalik tervisekindlustusasutus (Caisse Primaire d'Assurance Maladie); CRRMP - Prantsusmaa kutsehaiguste regionaalkomitee (comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles)

hindamiseks. Taanis, Saksamaal, Soomes, Prantsusmaal ja Rootsis kasutavad kindlustusandjad oma meditsiinikonsultante, kindlustusarste, -spetsialiste, kes hindavad, kas diagnoos ja kokkupuude vastavad KH tingimustele. Üldjuhul nad patsienti ise ei uuri ega vaata läbi, vaid töötavad dokumentatsiooniga ja vajadusel tellivad väljast lisaekspertiise.

Tööandja ja töötervishoiuarsti koostöö KH diagnoosimise protsessis erineb riigiti oluliselt ning lähtub eelkõige sellest, milline roll üldse on töötervishoiuarstil selles protsessis. Riikides, kus töötervishoiuarsti roll ei ole keskne, annavad töötervishoiuarstid sisendit kindlustusandjale, kui kindlustusandja nende poole pöördub. Soomes on ettevõtte töötervishoiuarstil keskne roll meditsiinilise hinnangu andmisel ja tööandja peab talle võimaldama ligipääsu töökohale ja töökeskkonna dokumentidele, riskipõhistele tegevuskavadele, mida arst kasutab meditsiinilise põhjendatud arvamuse koostamisel. Lätis tuvastab KH töötervishoiuarst, kelle taotlusel peab tööandja andma sisendi töökeskkonna dokumentide ja kirjelduse näol. Juhul, kui tööandja seda eirab, siis saab meditsiinikomisjon kaasata protsessi Tööinspektsiooni.

## 4.6 Töötervishoiuarstide juhendmaterjalid ja väljaõpe

Kuna mitmes riigis ei seondu KH tuvastamine töötervishoiuarstidega, siis on juhendmaterjalid laiemalt meditsiinilise hinnangu andmiseks KH menetluse protsessis. Juhendmaterjalid, millest lähtutakse KH meditsiinilisel tuvastamisel, jagunevad üldisteks ning spetsiifilisteks. Kõigis riikides, peale Rootsi, on välja töötatud üldine juhendmaterjal, millest lähtuda KH diagnoosimisel (vt Tabel 22, lk 186). Lisaks on riigiti erinevaid konkreetsemate haigustunnuste või ohutegurite käsitlemise juhiseid. Rootsis ei ole KH hindamiseks eraldi juhendmaterjali. Töötervishoiuarstid toetuvad Rootsis SBU töömeditsiini-alastele teadusülevaadetele, kindlustusmeditsiini spetsialistid aga oma erialasele kogemusele ja tõenduspõhisele kirjandusele.

Kõigis riikides eeldab töötervishoiuarstiks kvalifitseerumine arsti baashariduse järgselt mitmeaastast spetsialiseerumist (vt Tabel 22 lk 186). Mõnes riigis on võimalik ümber spetsialiseeruda, kui varasemalt on õpe lõpetatud mõnel muul arsti erialal (Saksamaa, Läti, Rootsi).

## 4.7 Kutsevähi diagnoosimine

Kutsevähi diagnoosimine on keeruline pika peiteaja ja vähi mitmepõhjuselise tekke tõttu. Seetõttu on mitmes riigis loodud kutsevähi varajase avastamise või retrospektiivse tuvastamise erilahendusi. Üldjoontes keskenduvad need lahendused kutsevähi riskiteguritega kokkupuute registreerimisele, terviskontrollide ning diagnooside sidumisele kokkupuute andmetega. Saksamaal nt jälgitakse vähitekitajatega (nt asbest) kokku puutunud töötajate tervist ka pärast töösuhte lõppemist ja tööandjatel on kohustus kindlustusasutusele edastada asbestiga kokkupuute andmed. Taanis vahetavad vähiregister ja AES automaatselt kahe vähitüübi (mesotelioomi ning ninaõõne/ninakõrvalkoobaste vähk) andmeid. Kui registreeritakse selline vähijuht, saab AES automaatse teate ja algatab kutsevähi uurimise. Soomes on eraldi kantserogeenidega kokkupuute register. Lisaks sellistele süsteemsetele kutsevähi avastamisele suunatud lahendustele katsetatakse teavitus-kampaaniaid, et suunata vähidiagnoosiga inimesi senisest rohkem KH diagnoosimisele (nt Prantsusmaal põievähiga patsientidele).

Seega püüeldakse kutsevähkide suurema avastamise jaoks selliste süsteemide poole, mis tekitavad **püsiva sideme kantserogeenidega kokku puutumise andmete ja terviseandmete** vahel (Saksamaa, Soome, Prantsusmaa, Taani) ja võimaldavad alustada kutsevähi uurimist ka **pärast töösuhte lõppu.** Suurem

avastamismäär on Taanis, kus toimub automaatne andmevahetus, võrreldes nt Soomega, kus on küll kokkupuute registreerimise lahendus, kuid puudub vähidiagnoosi ja kokkupuute andmete automaatne analüüsimise lahendus.

## 4.8 Psühhosotsiaalsed ohutegurid

Psühhosotsiaalsetest ohuteguritest tingitud haigestumise sidumine tööga on kõikjal keeruline, kuna tegemist on seisunditega, mille tekke põhjustes on keeruline eristada tööd ja muid tegureid (varasemad vaimse tervise probleemid, iseloomujooned, perekondlikud ja muud stressorid). Seejuures on paljudes riikides sellised haigused kujunenud peamiseks KH taotlemise põhjuseks, kuid KH-na tunnustatakse neist siiski suhteliselt väheseid.

Mõnes riigis on KH nimekirja kantud mõned konkreetsed psühhosotsiaalsetest teguritest põhjustatud haigused – posttraumaatilise stressi häire ja sõjast tingitud depressioon Taanis ning läbipõlemissündroom Lätis. Samas saab avatud KH nimekirjaga riikides põhjendatud juhul tuvastada psühhosotsiaalsetest ohuteguritest põhjustatud haigusi KH-na. Põhjendamiseks lisatakse tavaliselt psühholoogi/psühhiaatri arvamus KH tuvastamise taotlusele, milles käsitletakse haiguse seost riskitegurite ja stressimudelitega. Prantsusmaal käsitletakse KH nimekirja-väliseid haigusi CRRMP-s ja see tähendab, et kaasnev töövõime kadu peab olema vähemalt 25%. CRRPM-le loodi selliste haiguste hindamiseks juhend, mille alusel peab olema dokumenteeritud töökeskkonnas otseselt selliste tegurite olemasolu, mis haiguse põhjustas või selle teket oluliselt soodustas (nt raske depressiooni ja üldistunud ärevushäire tuvastamisel tuleb dokumenteerida, kas töökeskkonnas esines füüsilist või verbaalset vägivalda; liigset töökoormust, ajalist survet, kõrgeid psühholoogilisi või vastukäivaid nõudmisi; samuti vähest otsustusvabadust või sotsiaalset tuge).

Kokkuvõttes on psühhosotsiaalsetest ohuteguritest tingitud haiguste tööga sidumine keeruline kõikides vaatlusalustes riikides. Kuna aga tegemist on laialt levinud haigustega, siis on üha aktuaalsem selliste haiguste hindamine KH tuvastamise raamistikus. Osalt on seda lahendatud KH nimekirja täiendamisega mõne haigusega, mille sidumine töötamisega on selgem ja lihtsam (nt posttraumaatiline stressihäire). Teisalt on üha suurem vajadus selgelt ja süsteemselt määratleda tõendid ja hindajad vajavad juhendeid, milliseid haiguseid ning millises olukorras on võimalik KH-na tunnustada. Prantsusmaal on koostatud hindamisjuhend, samas kui Läti eksperdid märgivad, et juhend oleks vaja kindlasti luua. Psühhosotsiaalsetest teguritest tulenevaid haigusi tunnustatakse KH-na võrreldes taotlustega suhteliselt vähe, kuna keeruline on tuvastada, kas haigus tuleneb peamiselt või olulises osas töötamisest.

# 5 Lahendused ja nende mõjuanalüüs

## 5.1 Lahenduste kujundamise lähtekoht

Uuringu ülesanne on tuua välja praeguse tööga seotud haiguste diagnoosimise ja tööga seotud tervisekahju hüvitamise probleemkohad, töötada välja alternatiivsed lahendused ning hinnata nende rakendatavust ja mõju. Analüüsi objekt piiritleti kitsalt tööga seotud haiguste diagnoosimise ning tööga seotud tervisekahju hüvitamise süsteemiga, eeldades, et universaalset sotsiaalkaitset tervikuna ümber ei kujundata. Selles raamistikus otsime lahendusi diagnoosimise, vastutuse tuvastamise ja kahju hüvitamise süsteemi sees, mitte üldise sotsiaalkaitse ümberkujundamise kaudu.

Eesti tööst põhjustatud tervisekahjustuste tuvastamise ja tööga seotud tervisekahju hüvitamise süsteemi põhiprobleemiks ei ole üksikud tehnilised puudused, vaid see, et samalt süsteemilt oodatakse korraga liiga erinevate eesmärkide täitmist. Tööga seotud haiguse diagnoosimise protsessilt oodatakse korraga varajast märkamist, ravi ja töötingimuste kohandamise toetamist, statistika ja ennetussignaalide kogumist, tööandja vastutuse tuvastamist ning kahjuhüvitise aluse loomist. Seetõttu on süsteem töötajale raskesti mõistetav, menetlus on aeglane ning ühtegi eesmärkidest ei täideta hästi.

Praegune tööga seotud tervisekahju hüvitamine põhineb universaalsel sotsiaalkaitsel ja tööandja võlaõiguslikul vastutusel, kuid töötajale ei ole kahjuhüvitise saamise tee selge ega kergesti kasutatav. Tööandjalt tööga seotud tervisekahju hüvitise nõudmine eeldab suurt teadlikkust, tõendite kogumist ning sageli ka juriidilist abi. Seetõttu tuleb lahenduste kujundamisel eristada strateegilisi valikuid süsteemi tasandil ja detailsemaid ning tehnilisemaid muudatusi valitud suuna sees. Esmalt kirjeldame strateegilisi valikuid ja seejärel uuringu põhjal soovitatud valiku detailsemaid muudatusi. Lõpetuseks käsitleme võimalikke alternatiivseid lahendusi SKA makstavale TÕ ja KH kahjuhüvitisele tööandja õigusjärglaseta lõpetamise korral.

## 5.2 Alternatiivsed lahendussuunad

### 5.2.1 Tööga seotud tervisekahju hüvitamise alternatiivid

Eestil on tööga seotud tervisekahju hüvitamisel üldjoontes valida kahe alternatiivi vahel. Esimene alternatiividest on jätkata senise põhimudeliga, kus kõigile kehtib sõltumata tervisekahju põhjusest universaalse sotsiaalkaitse miinimum ning tööandjalt saab nõuda täiendavat kahjuhüvitist, kui tuvastatakse tervisekahju põhjuslik seos töötamisega ja tööandja vastutus. Teine alternatiiv on luua tööga seotud tervisekahju katmiseks eraldi süüst sõltumatu hüvitis või laiendada mõnd olemasolevat universaalse sotsiaalkaitse hüvitist nii, et tööga seotud tervisekahju kaitse oleks muudel põhjustel tekkinud tervisekahjust ulatuslikum.

Süüst sõltumatu tervisekahju hüvitamise eelis oleks väiksem tõendamiskoormus ja kiirem ligipääs hüvitisele. Samal ajal laiendaks selline skeem hüvitise saajate ringi, suurendaks väljamaksete mahtu ning eeldaks põhimõttelist poliitilist otsust, et tööga seotud tervisekahju käsitletakse muudel põhjustel tekkinud tervisekahjust erineva ja kõrgemalt hüvitatava sotsiaalse riskina.

Süüst sõltumatu tööga seotud tervisekahju hüvitise loomise eeliseks oleks väiksem töötaja tõendamiskoormus ja hüvitise kiirem kättesaamine. See on oluline eelis võrreldes praeguse olukorraga, kus tööandja vastutusel põhinev hüvitamine jõuab väheste töötajateni ning kohtuvaidlused on pikad ja kulukad. Uus hüvitis laiendaks hüvitise saajate ringi, suurendaks hüvitiste kogukulu ja eeldaks uut rahastusmudelit. Süüst sõltumatu skeemi

loomine tähendab põhimõttelist erinevust praegusega võrreldes, loodaks hüvitis, millega hüvitatakse tööga seotud tervisekahju heldemalt muust tervisekahjust. Oluliseks takistuseks ja süsteemi loomisel tunnetatava ebaõigluse allikana nähakse tööga seotud ja tööväliste tervisemõjude eristamise keerukust tänapäeva töömaailmas, kus töö ja muu elu on tihedalt põimunud. Süüst sõltumatu skeemi korral muutuks tööst tulenevate tervisekahjustuste piiritlemine keskseks, sest sellest sõltuks ligipääs soodsamale hüvitisele.

Vaatamata süüst sõltumatu tööga seotud tervisekahju hüvitamise loomisele säilib tööandja vastutus, mis tuleneb kehtivatest seadustest. Tervisekahju hüvitamine kahjustaja poolt on nii eraõiguslikult kui ka põhiseaduslikult sätestatud õigus. Selle lahenduse keskne puudus on praegune praktika: süsteem on töötajale raskesti kasutatav, menetlus pikk ja kulukas ning hüvitise saamine ebakindel. Põhiküsimus on, kuidas muuta tööandja vastutuse süsteem töötaja jaoks praktiliselt kasutatavaks ja hüvitise suuruse kujunemine mõlemale poolele läbipaistvaks ja etteaimatavamaks.

Uuring näitas, et  Eestis ei ole praegu konsensust uue üldise süüst sõltumatu tööga seotud tervisekahju skeemi loomiseks. Seetõttu piirdub realistlik valik tööga seotud tervisekahju hüvitamise probleemide lahendamisel tööandja vastutusel põhineva süsteemi toimimise parandamise ning olemasolevate eriskeemide loogilise korrastamisega.

### 5.2.2 Tööga seotud haiguste diagnoosimise ja varajase sekkumise strateegiline valik

Tööga seotud haiguste diagnoosimise süsteemi strateegiline valik on samuti kahe lähenemise vahel. Esimene võimalus on jätkata praeguse ühe tööga seotud haiguste diagnoosimise mehhanismiga, millelt oodatakse ühtaegu varajast märkamist, töötingimuste kohandamist, ennetust, statistikat ja hüvitise maksmiseks aluse loomist. Teine võimalus on jagada praeguselt protsessilt oodatavad eesmärgid kahe eraldi mehhanismi vahel.

Praegune protsess ei toimi hästi ei varajase sekkumise ega kahjuhüvitise tõendamise vahendina. Töö ja tervise seoseid tuvastatakse liiga hilja, et see täidaks ennetuse eesmärki. KH diagnoosimise õiguslike tagajärgede tõttu ei soovi osa inimesi KH diagnoosimist. Arstid eelistavad keskenduda inimeste ravi ja ennetuse rajale KH diagnoosi tõendamise asemel. Samal ajal on KH diagnoos praktikas oluline õiguslik tõend kahjuhüvitise taotlemisel ja tööandja vastutuse hindamisel.

Teine võimalus on jaotada eesmärgid kahele eraldi rajale. Esimene rada tegeleb varajase märkamise, töö ja tervise seose hindamise ning töötingimuste kohandamisega enne püsiva kahju väljakujunemist, ilma otseste õiguslike tagajärgedeta. Teine rada tegeleb juhtumitega, kus on vaja luua õiguslikult ja menetluslikult piisav alus tööandja vastutuse hindamiseks ja kahjuhüvitise taotlemiseks. Uuringu tulemused toetavad teist lähenemist. See võimaldab vähendada segadust, miks inimene üldse töötervishoiuarsti juurde suunatakse, mida diagnoosist oodatakse ja millal algavad sellest õiguslikud tagajärjed.

### 5.2.3 Alternatiivide võrdlus

Kokkuvõttev strateegiliste alternatiivide toimeloogika, rakendatavuse ja peamiste mõjude võrdlus on järgmises tabelis. Uus üldine tööga seotud tervisekahju süüst sõltumatu kahjuhüvitis parandaks töötaja ligipääsu hüvitisele, kuid eeldaks põhimõttelist otsust tööga seotud tervisekahju hüvitamiseks kõrgemalt kui muudel põhjustel tekkinud tervisekahju. Eesti praeguses olukorras on realistlikum parandada tööandja vastutusel põhinevat tööga seotud tervisekahju hüvitamist ja eraldada diagnoosimise eri eesmärkide käsitlus erinevatesse süsteemidesse.

*Tabel 2. Strateegiliste alternatiivide võrdluse koondpilt*

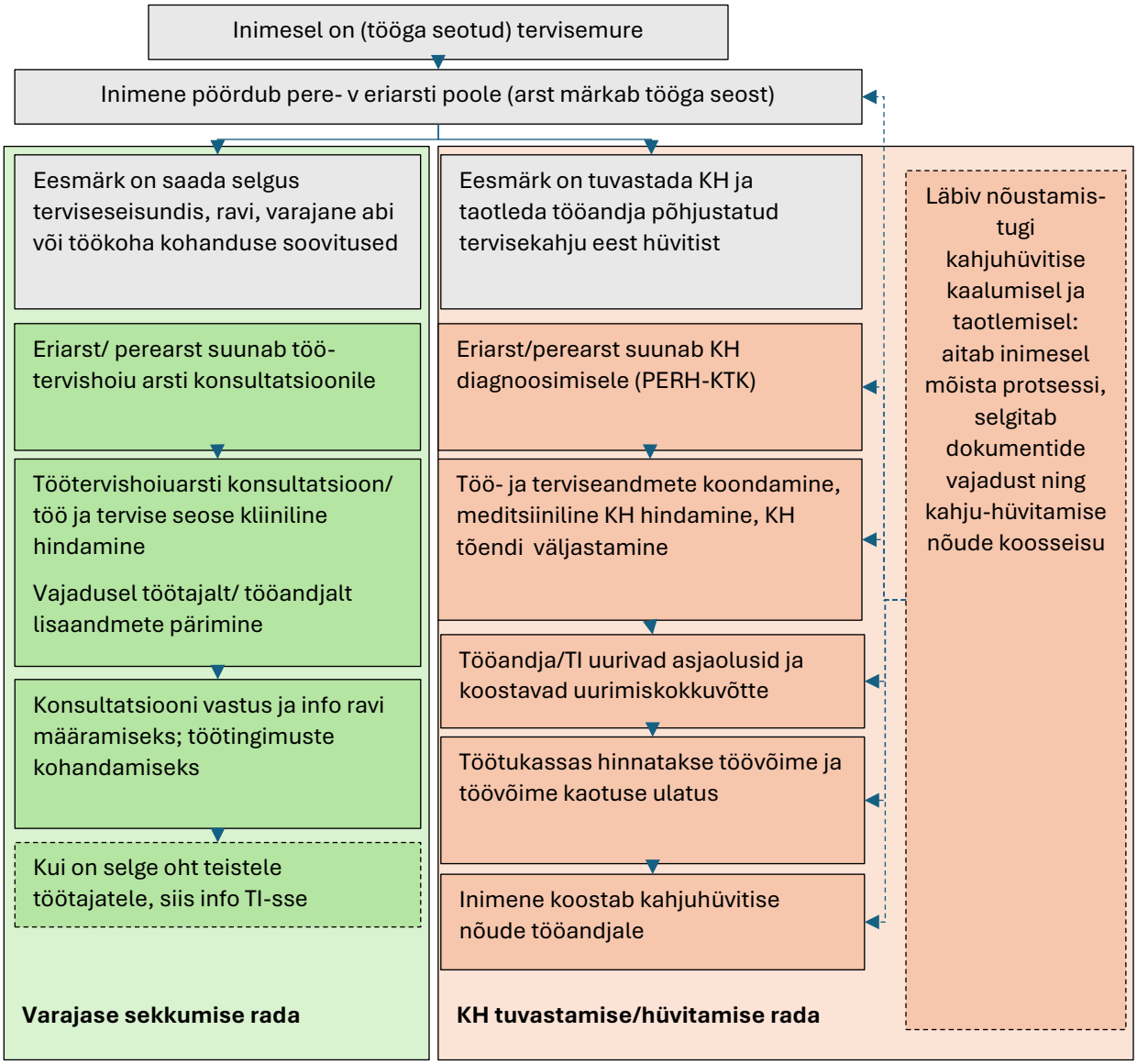
| Võrdluskriteerium | Alternatiiv A: uus üldine süüst sõltumatu kahjuhüvitis | Alternatiiv B: tööandja vastutuse süsteemi parandamine + varajase sekkumise raja eristamine |
|---|---|---|
| **Hüvitamise loogika** | Hüvitis ei sõltu tööandja vastutuse tuvastamisest; rõhk on kiiremal ja laiemal kaitsel; hüvitise suurus on kokkuleppelistel tasemetel. | Hüvitis eeldab jätkuvalt tööandja vastutuse ja kahju tõendamist; rõhk on olemasoleva süsteemi toimimise parandamisel; hüvitise suurus individuaalne, vastavalt tuvastatud töötaja tervisekahju suurusele. |
| **Töötaja ligipääs hüvitisele** | Lihtsam ja kiirem; väiksem individuaalne tõendamiskoormus; töötajal stiimul näidata, et tervisekahjustus tuleneb töötamisest, mitte muudest teguritest, et saada ligipääs suuremale hüvitisele; negatiivne mõju töötaja stiimulitele töötervishoiureeglite järgimisel. | Jääb keerukamaks kui süüst sõltumatus skeemis, kuid paraneb nõustamise, selgema KH raja ja ühtlasemate reeglite tõttu; kuna töötaja ligipääs hüvitisele pole automaatne, vaid seotud tööandja vastutuse kontrollimisega, siis puudub alternatiiv A-ga analoogne negatiivne mõju töötaja töötervishoiu ja -ohutuse reeglite järgimisele. |
| **Mõju tööandja stiimulitele** | Seos üksiku tööandja vastutuse ja tööga seotud tervisekahju hüvitise vahel on nõrk. Kuna luuakse ühtne/kohustuslik skeem, siis on vaja keerukat finantseerimislahendust, mis mõjutaks muuhulgas tööandjaid selle kaudu töötervishoidu panustama ja ennetama riskide realiseerumist. | Tugev seos tööandja vastutuse ja tööga seotud tervisekahju vahel; toetab paremini riskide internaliseerimist. |
| **Mõju riigi rollile ja kulule** | Riigi roll suureneb ja kogukulu kasvab märkimisväärselt; eeldab uut poliitilist kokkulepet ja rahastusmudelit. | Riigi roll kasvab pigem mõõdukalt uute nõustamis- ja hindamisteenuste tõttu; kahjuhüvitist maksab tööandja. |
| **Rakendamise keerukus** | Kõrge: nõuab uue skeemi sihtrühma, kahjuhüvitise ulatuse, rahastuse ja menetlusloogika põhimõttelist kokkulepet. Samas tuleks analoogselt alternatiiv B-le välja arendada ja korrastada töötervishoiuarstide ennetusele keskenduv konsultatsiooniteenus. | Keskmine: tugineb kehtiva süsteemi toimeloogikale, kuid eeldab KH raja, töövõime hindamise, nõustamise ja arvutusreeglite korrastamist ning uue ennetusele keskendunud töötervishoiuarstide konsultatsiooniteenuse välja arendamist. |

## 5.3 Soovitatav lahenduspakett

Soovitatud lahenduspakett põhineb neljal valikul. Esiteks, Eestis ei looda uut üldist süüst sõltumatut tööga seotud tervisekahju hüvitist. Teiseks, parandatakse tööandja vastutusel põhineva kahjuhüvitamise toimimist. Kolmandaks, tööga seotud terviseprobleemide varajane käsitlus eristatakse õiguslikust KH tuvastamise ja tervisekahju hüvitamise rajast. Neljandaks, tööandja vastutuse kõrval olemasolevaid TÕ ja KH eriskeeme ei käsitleta kogu süsteemi keskse kandva loogikana, vaid eraldi poliitiliste valikutena, mille üle tuleb otsustada eraldi.

Alljärgneval joonisel on lihtsustatud ülevaade soovitatava lahenduspaketi toimeloogikast töötaja teekonna vaates. Tegemist ei ole detailse menetlusskeemiga, vaid kahe põhitee eristusega: varajase sekkumise rada ravi ja töö kohandamise eesmärgil ning KH/kahjuhüvitise rada tööandja vastutuse ja kahjuhüvitise taotlemise olukorras. Erinevus võrreldes praeguse süsteemiga seisneb selles, et praeguses süsteemis oli töötajal ainult üks teekond ehk kaks rada liikusid ühtselt KH tuvastamise rada mööda.

*Joonis 48. Töötaja teekond soovitatava lahenduspaketi järgi*




### 5.3.1 Varajase sekkumise rada: töötervishoiuarsti konsultatsiooni teenus

Esiteks tuleks luua varajase sekkumise rada töö ja tervise seoste hindamiseks. Selle eesmärk on aidata varakult tuvastada, kas ja kuidas terviseprobleem seondub töötamisega, leida sobiv ravi ning määrata kindlaks töövõtted ja töötingimused, mis toetavad tervise taastumist ja säilimist. Teenus peab olema sõltumatu sellest, kas terviseprobleemi algpõhjus on töö või muu tegur, ning selle eesmärk ei ole vastutuse väljaselgitamine. Kui töötaja ei taotle hüvitist, ei ole vaja tulemust kvalifitseerida KH-na.

Lahendust on vaja mitmel põhjusel. Tööga seotud haigused on ulatuslikult aladiagnoositud, töö ja tervise seoseid ei märgata piisavalt vara ning töötajad jätkavad sageli tervist kahjustavas keskkonnas töötamist. Pere- ja eriarstide võimekus töö ja tervise seoseid märgata on ebaühtlane, töötervishoiu paketipõhised kontrollid ei soodusta keerukate seoste süvendatud käsitlemist ning praegune KH või TPH diagnoosimise protsess ei sobi varajase sekkumise ja töö kohandamise instrumendiks, sest sellega kaasnevad tööandjale õiguslikud tagajärjed.

Varajase sekkumise rada peaks võimaldama perearstidel, eriarstidel ja töötajal endal saada töötervishoiuarsti konsultatsiooni olukorras, kus on vaja hinnata, kas ja kuidas töötingimused tervist mõjutavad ning milliseid töökorralduslikke või ravialaseid kohandusi oleks vaja teha. Tööandjani peab jõudma selle raja kaudu töö korraldamiseks vajalik miinimumteave: soovitus kohandada töökoormust, tööaega, töövahendeid, tööasendit, ohuteguritega kokkupuudet või ajutist tööülesannete jaotust. Sel juhul toimuks ennetav sekkumine varem, enne kahjuhüvitise vaidluse tekkimist.

Loodav ennetuse rada peaks eristuma tööandjate kohustuslikult korraldatavast tervisekontrollist. Tööandja rahastatud tervisekontroll on perioodiline, riskianalüüsist lähtuv ja seotud tööandja üldise kohustusega jälgida töötajate tervist. Varajase sekkumise rada on seevastu probleemipõhine ja käivitub siis, kui töötajal on tekkinud tervisemure või raviarst näeb, et terviseprobleemi täpseks välja selgitamiseks või ravi määramiseks on vaja töötervishoiuarsti sisendit. Seetõttu ei ole tegemist tavapärase tööandja korraldatava tervisekontrolli dubleerimisega, vaid eraldi teenusega, mis täidab lünga perioodiliste tervisekontrollide vahel olukorras, kus tööga seotud terviseprobleem vajab täpsustamist ravi- või töökorralduslikel eesmärkidel.

Uuringu soovitus on üldisel tasandil põhimõttelise suuna valikuks, mistõttu ei käsitle uuring konkreetselt teenuse korralduse ja rahastuse mudelit, mis tuleks põhimõttelise valiku langetamise järel välja töötada. Varajase sekkumise raja korraldusmudeli valikul tuleb otsustada, kas töötervishoiuarsti konsultatsiooni osutab töötaja tööandjaga seotud töötervishoiuteenuse osutaja, sõltumatu piirkondlik või valdkondlik töötervishoiukeskus või eraldi teenusepakkujate võrgustik. Mudeli valikul tuleb tagada teenuse sõltumatus ja ligipääsetavus, töötervishoiuarstide ressursi realistlik kasutus ning piir tööandja kohustuslike tervisekontrollide ja probleemipõhise konsultatsiooni vahel.

Kuna selline konsultatsioon erineb eesmärgi, algataja ja kasutusloogika poolest tööandja korraldatavast tervisekontrollist, tuleb selle rahastamismudel eraldi läbi mõelda. Kaaluda tuleks, kas ja millises ulatuses saaks teenust rahastada tööandja ja millises ulatuses tervishoiusüsteem. Teenuse rahastus peaks olema kooskõlas eesmärgi ja kasutusloogikaga. Kuna selline konsultatsioon on sisult lähedasem probleemipõhisele raviteekonnale, mis peab rakenduma sõltumata tööandja vastutusest ja terviseprobleem ei pea tulenema otseselt töötamisest, siis ei pruugi olla põhjendatud seda käsitada tööandja rahastatava teenusena.

Korraldusmudel peab ette nägema olukorra, kus konsultatsioonil ilmneb tõsine või vahetu töökeskkonnarisk, mis võib ohustada teisi töötajaid. Sellisel juhul peab olema selge, kes ja millist infot sisaldava riskiteate esitab Tööinspektsioonile. Selline teade peaks andma Tööinspektsioonile aluse kaaluda järelevalvet.

Kui TPH õigusliku kategooriana kaotada, tuleb tööga seotud terviseprobleemide levikut jälgida muul viisil. Selleks tuleks kujundada töötervishoiuarsti konsultatsioonide statistiline seire, mille eesmärk on anda piisav ülevaade poliitika- ja ennetuse kujundamiseks ilma töötaja või tööandja automaatsete õiguslike tagajärgedeta.

### 5.3.2 Kutsehaiguse tuvastamise rada: kutsehaiguse tuvastamine kahjuhüvitamise süsteemi osana

Teine osa põhilahendusest on luua töötajale selge rada tööandja vastutusel põhineva tööga seotud tervisekahju hüvitise taotlemiseks. Selle raja esimeseks sammuks on KH tuvastamine olukorras, kus töötaja soovib tööandjalt kahjuhüvitist nõuda. Eesmärk on anda töötajale meditsiiniline tõend, mis kinnitab, et tegemist on KH-ga, kui see leiab kinnitust. KH-d ei tuvastata selles mudelis muudel eesmärkidel. Kuna KH diagnoos on praktikas hüvitise taotlemisel keskne tõend tööandjalt kahjuhüvitise nõudmisel, viiakse KH tuvastamine selgelt hüvitise ja vastutuse määramise teenistusse, sellelt protsessilt ei oodata muude funktsioonide täitmist.

Selle raja sees tuleb täpsustada etappe ja rollijaotust. Alguspunktiks peaks olema töötaja kahtlus, et tervisekahju põhjustas tööandja tegevus või tegevusetus ja ta võib soovida selle eest hüvitist nõuda. KH tuvastamisel peaks töötervishoiuarsti ülesanne olema hinnata, kas haigus tuleneb töötamisest ja millistel töökohtadel see kujunes. Tööandja ning Tööinspektsiooni uurimine looks seejärel aluse hindamiseks, kas ja millised tööandja rikkumised võivad tervisekahjuga seonduda. Töötajal peaks selles protsessis olema ligipääs menetlusnõustamisele, mis aitab mõista eri osapoolte rolle, vajalikke tõendeid ja kahju hindamise üldpõhimõtteid, kuid ei tähenda töötaja õiguslikku esindamist ega riikliku õigusabi süsteemi loomist.

Selle raja osaks on loobumine TPH-st eraldiseisva õigusliku kategooriana. Analüüs näitab, et TPH praktiline tähendus on praegu ebaselge, tõlgendused erinevad ning diagnoos ei loo tööandjale kohustusi ega anna töötajale iseseisvat hüvitise õigust. Selguse huvides on põhjendatud jätta hüvitistega seotud kategooriaks KH. Töö ja tervise seoste kliiniline hindamine jääb varajase sekkumise raja ülesandeks ning selleks ei ole vaja säilitada eraldi TPH kategooriat.

Lisaks tuleb tugevdada infovahetust. Esiteks tuleb parandada töötervishoiuarstide ligipääsu tööandja riskianalüüsidele ja varasematele töökeskkonna andmetele. Tööandjal on kehtiva õiguse järgi kohustus esitada töötervishoiuarstile töökeskkonna riskide hindamise tulemused, kuid praktikas seda alati ei tehta. Seetõttu tuleks täpsustada töötervishoiuarstide ligipääsu tööandja riskianalüüsidele ja muudele asjakohastele töökeskkonna andmetele, sealhulgas kaaluda lahendust, mis võimaldaks töötervishoiuarstidele põhjendatud ulatuses juurdepääsu Tööinspektsiooni töökeskkonna andmekogus olevatele andmetele. Teiseks tuleb selgemalt reguleerida tööandja teavitamist ja tagasisidet. Tööandja teavitamise ja tagasiside minimaalne standard tuleb selgelt paika panna olukorras, kus tööandjalt kogutakse diagnoosimiseks andmeid. Kehtiv õigus näeb ette tööandja teavitamise KH diagnoosi korral, kuid määruses võiks sätestada tööandja teavitamise ka olukorras, kus KH-d uuriti, aga KH-d ei diagnoositud. Kui tööandjalt on diagnoosimise käigus andmeid küsitud, peaks talle jõudma vähemalt piiratud tagasiside selle kohta, kas tuvastati KH või haigust ei tuvastatud, ning kas töötingimuste ülevaatamine on vajalik.

#### 5.3.2.1 Kontaktpunkt ja nõustamisteenus

Praegune tööandja vastutusel põhinev hüvitamissüsteem ei toimi. Töötaja peab teadma, et tal võib olla õigus kahjuhüvitisele, suutma kahju hinnata, kirjeldada, tõendada ja õigeaegselt nõue esitada. Probleemi keskmes on see, et töötajatel puuduvad teadmised hüvitamise võimalusest ja sellest, kuidas, kellelt ning millistel tingimustel on võimalik hüvitist üldse taotleda, mistõttu on praeguse süsteemi tegelik kasutatavus piiratud.

Selleks, et töötajal oleks tööandjalt reaalselt võimalik kahju hüvitamist nõuda, on tal vaja nõustamisteenust. Praegu täidab osaliselt sellise toe rolli Kutsehaigete Liit vabatahtlikus korras, kuid see ei ole universaalne ega riiklikult tagatud lahendus ning väga paljud ei jõua üldse hüvitise taotlemise kaalumiseni. Inimene, kellel võib

olla õigus tööandjalt või riigilt tööga seotud tervisekahju hüvitisele, peaks saama ühest kohast teabe selle kohta, millised on võimalikud nõude alused, milliseid dokumente ja tõendeid on vaja, kuidas kujuneb tõendamise loogika ning millised on kokkuleppe ja kohtuvaidluse peamised etapid. Kuna peamised takistused on vähene teadlikkus ning VÕS-i alusel kahjunõude tõendamise ja koostamise keerukus, vajavad töötajad selge kontaktpunktiga nõustamisteenust.

Korralduslikult tuleb vältida kontaktpunkti funktsioonide kattumist teiste asutuste ülesannetega. Samuti tuleb otsustada, kas kontaktpunkt luuakse uue üksusena või olemasoleva süsteemi sees. Eesmärk ei peaks olema luua uut vaidlusorganit ega töötaja õiguslikku esindamist pakkuvat teenust, vaid vähendada teadmiste puudumisest ja menetluslikust keerukusest tulenevat tõket kahjuhüvitamise taotlemisel. Vajaduse korral peaks selline teenus suunama inimese edasi õigusnõustamise või õigusabi taotlemise juurde.

Oluline takistus tööst põhjustatud tervisekahju hüvitise taotlemisel tekib juba enne vaidlusfaasi ning on seotud tööst põhjustatud tervisekahju eest hüvitise saamise teadlikkusega, tervisekahju tuvastamise ja tööandja vastutuse sisustamise kohta tõendite kogumisega. Seetõttu on esmatähtis parandada töötaja võimalusi süsteemis orienteeruda ja saada asjakohast tuge.

Täiendava võimalusena on Eestis kaalutud tööga seotud tervisekahju hüvitamise vaidluste suunamist kohtu asemel või enne kohut töövaidluskomisjoni[78]. Töötajate küsitluse järgi lahendatakse 20–30% tööga seotud haiguste kahjuhüvitiste nõuetest kohtus ning mediaankohtuvaidluse kestus oli 3,4 aastat, mistõttu võiks lühem menetlus aidata osal töötajatest kiiremini otsuseni jõuda. Samas juhiti töövaidluskomisjoni pädevuse laiendamise arutelu kommentaarides tähelepanu sellele, et sellised vaidlused on sageli mahukad, keerukad ja ekspertiise nõudvad ning töövaidluskomisjon ei pruugi neid praegusel kujul lihtsustada ega kiirendada. Pigem on oht, et vaidluse läbimine esmalt töövaidluskomisjonis ja seejärel kohtus pikendab menetlust veelgi. Käesolev uuring näitab, et oluline takistus tekib juba enne vaidlusfaasi, kuna paljud töötajad ei jõua üldse hüvitise taotlemiseni. Seetõttu tuleks esmalt parandada töötaja võimalusi süsteemis orienteerumiseks ja pakkuda nõustamist. Töövaidluskomisjoni rolli laiendamist tuleks kaaluda eraldi reformina.

#### 5.3.2.2 Töövõime ja töövõime kaotuse ulatuse hindamise ühendamine

Paralleelselt eelnevaga on vaja korrastada töövõime ja töövõime kaotuse hindamine. Praegu hinnatakse töövõimet ja töövõime kaotuse ulatust eri menetlustes ning erineva eesmärgiga. Töötukassa hindab töövõimet töövõimetoetuse seaduse alusel, lähtudes inimese terviseseisundist ning sellest tulenevatest tegutsemise ja osalemise piirangutest. TTOS-i alusel tuvastatakse eraldi kogu töövõime kaotuse protsent ning tööõnnetusest või KH-st tingitud töövõime kaotuse protsent, mida kasutatakse tööst põhjustatud tervisekahju hüvitise arvutamisel. See tähendab, et sama terviseseisundi kohta antakse sama sisendi põhjal hinnang kahes eri süsteemis erineva eesmärgiga.

Põhjendatud on luua lahendus, kus töövõime ja kahjuhüvitise jaoks vajalik töövõime kaotuse hinnang kujunevad ühe menetluse käigus sama sisendit kasutades ja sama eksperthinnangu alusel. Ühendatud hindamises tuleb anda vastus vähemalt kolmele küsimusele: esiteks, milline on inimese üldine töövõime; teiseks, kui suur on töövõime kaotuse ulatus; kolmandaks, milline osa töövõime kaotusest on seotud tööõnnetuse või KH-ga ning seeläbi kasutatav sisendina kahjuhüvitise määramisel. Hindamise ühendamine

[78] Töövaidluse lahendamise seaduse väljatöötamiskavatsus, eelnõu toimiku nr 26-003, https://eelnoud.valitsus.ee/main/mount/docList/ee11b559-815e-41ac-a75b-61a12d12d539#WDqsVXoF

vähendaks asutuste ja taotlejate koormust, parandaks otsuste läbipaistvust ning vähendaks ohtu, et inimene jääb kahe süsteemi vahele.

Kahjuhüvitise tarbeks peab ühendatud hindamine andma väljundi ka nende juhtude jaoks, kus inimese üldine töövõime ei ole oluliselt vähenenud, kuid tööst põhjustatud tervisekahjustus vähendab tema töövõimet senisel eri- või ametialal. Seetõttu peab ühendatud hindamine võimaldama eraldi hinnata, kas ja mil määral on tööõnnetus või KH vähendanud inimese töövõimet tema senisel tööalal. See hinnang on vajalik selleks, et tööga seotud osa töövõime kaotusest oleks kahjuhüvitise menetluses selgelt eristatav ja võimaldaks kahjuhüvitist taotleda ka juhul, kui töövõime kaotus on erialaspetsiifiline, aga mitte üldine.

Institutsionaalselt on loogiline koondada töövõime ja töövõime kaotuse hindamine ühte keskse pädevusega asutusse. Eelistatud asutus selleks on Töötukassa, kuna seal asub juba oluliselt laiem üldise töövõime hindamise põhisüsteem, väljakujunenud menetluskorraldus ning tööle naasmise ja töövõime toetamise teenused. Praktiline lahendus oleks töövõime hindamise menetlusele luua eraldi väljund või spetsialiseeritud eksperthinnang töövõimekaotuse ulatuse kohta, kui tuvastatud tööst põhjustatud tervisekahjustusega inimene seda taotleb. Nii kaob vajadus selle järele, et SKA hindaks eraldi väikest osa juhtumeid üksnes kahjuhüvitise maksmise eesmärgil. Töövõime kaotuse hindamise teenus peaks olema erinevalt praegusest ametlikult kättesaadav kõigile, kes soovivad tööandjalt kahjuhüvitist taotleda.

#### 5.3.2.3 Kahjuhüvitise arvutamise detailide alternatiivid ja lahendused

Kahjuhüvitamise arvutamise suunamiseks on sisuliselt kaks alternatiivi. Esiteks, jätta hüvitise arvutamise põhimõtted valdavalt kohtupraktika ja juhtumipõhiste kokkulepete kujundada nagu praegu. Selle eelis on paindlikkus, kuid nõrkuseks pikemad vaidlused ja vähene ennustatavus. Teiseks, luua kahjuhüvitamisele selgem rakendusjuhis või normatiivne metoodika, mis ei võta kohtult ära lõplikku kaalutlusruumi, kuid loob osapooltele ühtse lähtekoha.

Sissetulekute kaotusest tuleneva varalise kahju hüvitise suuruse kujunemine on töötajale ja tööandjale sageli ebaselge ning kohtuvaidlustes vaieldakse nii arvutamise aluste kui ka hüvitamise kestuse üle. Rakendusjuhistes või normatiivses metoodikas tuleks täpsustada vähemalt järgmised põhiparameetrid:

1. võrdlussissetulek. TÕ-l on põhjendatud võtta aluseks õnnetusele eelnenud 12 kuu keskmine töötasu. KH-l ei ole vahetult diagnoosieelse perioodi sissetulek sageli sobiv alus, sest KH-ga inimeste hõive ja sissetulek hakkavad langema juba varem. Seetõttu tuleks KH puhul kasutada pikemat eelnevat võrdlusperioodi, näiteks kolme aastat. Baasperioodi sissetulekud tuleb viia hüvitise esialgse määramise aja väärtusesse indekseerimise abil.
2. tervisekahjustusjärgne arvesse võetav sissetulek. Kahju arvutamisel tuleks arvesse võtta suurem kahest väärtusest: töötaja tegelik töine ja ettevõtlusest tulenev sissetulek või säilinud töövõimele vastav osa võrdlussissetulekust. See väldib olukorda, kus hüvitis kompenseerib ka seda sissetulekukaotuse osa, mida inimene oleks suutnud mõistlikult toimides vältida.
3. mahaarvatavad töised sissetulekud ja hüvitised. Mahaarvatavate sissetulekute hulka tuleks lugeda isikliku tööga teenitud sissetulekud, sealhulgas töölepingu alusel makstav tasu, töövõtu- ja käsunduslepingu tasud ning ettevõtlustulu selles osas, milles see tuleneb kannatanu isiklikust tööpanusest. Rakendusjuhis peaks üheselt määrama ka selle, millised avalikud hüvitised loetakse sama sissetulekukaotuse katteks ja arvestatakse tööandja hüvitisest maha. Mahaarvatavate hüvitistena võiks ühtlustada järgmised toetused ja hüvitised: töövõimetoetus, töötuskindlustushüvitis, ajutise töövõimetuse hüvitis.

4. indekseerimine. Kuna tööga seotud tervisekahjust tuleneva sissetulekukaotuse hüvitis asendab pikema aja jooksul saamata jäänud töist tulu, tuleb juba määratud hüvitist regulaarselt ajakohastada. Selleks on põhjendatud kasutada palgakasvu indeksit ja vältida tarbijahinnaindeksit, miinimumpalga kasvuindeksit ja pensionihinnaindeksit, kuna need ei kajasta mitte töötasude kasvu vaid elatustaseme üldist muutust või poliitilisi kokkuleppeid. Keskmise palgakasvuindeksi kasutamine on põhjendatud sektori või ametiala palgakasvu asemel selle universaalsuse tõttu, et välistada igakordseid vaidlusi sektori või ametiala klassifitseerimise üle.
5. hüvitamise kestus, ümbervaatamine ja lõppemine. Rakendusjuhis peaks määrama, millal hüvitise maksmine lõpeb ja millal selle suurus üle vaadatakse, näiteks töövõime ümberhindamise, terviseseisundi olulise muutuse või vanaduspensioniea saabumise korral.

Ühtlustatud valem kahju suuruse hindamiseks:

$$\begin{aligned}
&Perioodiline\ sissetulekute\ kaotuse\ kahju\text{hüvitis} \\
&= \\
&(võrdlussissetulek\ ilma\ tervisekahjustuseta \\
&- suurem\ väärtus\ kahest: \\
&tegelik\ töine\ ja\ ettevõtlusest\ tulenev\ sissetulek; \\
&töövõime\ kaotuse\ ulatusest\ järele\ jääv\ osa\ võrdlussissetulekust \\
&- mahaarvatavad\ hüvitised\ ja\ toetused) \\
&\times\ tööandja\ vastutusel\ olev\ töövõime\ kaotuse\ ulatus\ (s.o\ KH-st\ või\ TÕ \\
&\quad - st\ tulenev\ töövõimekaotuse\ ulatus/üldine\ töövõimekaotuse\ ulatus) \\
&(\times\ konkreetse\ tööandja\ proportsioon, kui\ vastutus\ jaguneb\ tööandjate\ vahel)
\end{aligned}$$

Kaalutledes töötaja omaosalust tööst põhjustatud tervisekahjustuse tekkimisel, tuleb vähendada arvutatud hüvitist töötaja omaosaluse võrra. Omaosaluse hindamisel tuleb arvesse võtta seda, kas töötaja eiras teadlikult ohutusnõudeid, jätkas teadlikult tööd tervist kahjustavatel tingimustel, jättis mõistlikud leevendavad sammud kahju vältimiseks tegemata. Sellele näitajale ei saa mõõdetavat väärtust ette anda, võimalik on kaaluda mõningaid kohtukaasustes kasutatud suurusjärke, kuid neid pole piisavalt ühtse soovitusliku praktika kujundamiseks.

Kui valemiga arvestatud kahjuhüvitise väärtus on null või väiksem, siis puudub hüvitatav kahju. Pärast hüvitise esmast määramist tuleks ajakohastada määratud hüvitist palgakasvu indeksiga.

Selline metoodika ei lahenda kõigi üksikjuhtumite võimalikke probleeme ja vaidlusi automaatselt, kuid annab osapooltele selge lähtekoha ja vähendab vaidlusi hüvitise arvutamise põhimõtete üle.

#### 5.3.2.4 Hüvitise maksmine alates vanaduspensionieast

Regulatsioon, mis sätestab TÕ-st ja KH-st tuleneva kahjuhüvitise maksmise riigi poolt tööandja õigusjärglaseta lõpetamisel, ei ole selge selles osas, kas vanaduspensioniealine saab taotleda hüvitist, kui ta pole seda tööealisena teinud. Vanaduspensionieas kahjuhüvitise maksmise jätkamine on praegu tavapärane praktika, kuid SKA ei võimalda vanaduspensionieas inimesel esmakordselt TÕ või KH kahjuhüvitist taotleda. Töövõimet hinnatakse Eestis kuni vanaduspensionieani vastavalt vähenenud töövõimega inimeste töötamise toetamise ja neile sissetuleku tagamise loogikale. SKA rakenduspraktika ei võimalda vanaduspensioniealistel töövõime kaotuse ulatust hinnata, kui pole eelnevalt töövõimet hinnatud. Seetõttu ei saa vanaduspensioniealine tulla

esmakordselt tööga seotud tervisekahjust tingitud sissetulekukaotuse hüvitist taotlema. Samal ajal jätkub enne vanaduspensioniiga määratud hüvitise maksmine pärast pensioniiga. See tekitab vanusepõhise erinevuse ning stiimuli taotleda hüvitist enne vanaduspensioniea saabumist.

Vanaduspensioniea käsitlemiseks hüvitise maksmise kontekstis võib kaaluda kolme alternatiivi. Esimene on jätkata praeguse lahendusega, kus enne pensioniiga määratud hüvitist makstakse edasi samal alusel. Selle eelis on kannatanu kaitse, kuid puuduseks risk, et tööandja kanda jääb ka selline sissetulekukaotuse osa, mis ei ole enam seotud üksnes tööga seotud tervisekahjuga. Teine alternatiiv on piirata tööandja hüvitamiskohustus vanaduspensionieaga. Selle eelis on selge maksmise piir, kuid puuduseks see, et kandmata jääb nende inimeste kahju, kes oleksid ka pärast pensioniiga töötamist jätkanud. Kolmas alternatiiv on kohandada hüvitise arvestamise valemit pärast vanaduspensioniea saabumist, võttes arvesse vanusrühmapõhist töötamise tõenäosust. See ei jäta kogu pensionieas avalduvat sissetulekukaotust tööandja kanda, kuid ei kaota nende töötajate hüvitisi, kelle tööga seotud tervisekahjust tulenev kahju jätkub pensionieas.

Kui tööga seotud tervisekahjust tuleneva sissetulekukaotuse hüvitamist ei lõpetata automaatselt vanaduspensioniea saabumisel, peab pensioniealisel inimesel olema võimalik hüvitist ka esmakordselt taotleda. VÕS-i üldise kahjuhüvitamise loogika järgi ei kao kahju üksnes seetõttu, et inimene jõuab vanaduspensioniikka. Küll aga tuleb pensionieas eraldi hinnata, kas ja millises ulatuses oleks inimene tervisekahjustuseta tõenäoliselt töötamist jätkanud. Seetõttu eeldab pensionieas hüvitise taotlemise võimalus ka eraldi metoodikat tööga seotud sissetulekukaotuse hindamiseks. Kui poliitiline valik oleks siduda tööga seotud tervisekahju sissetulekukaotuse hüvitamine üksnes tööeaga ja lõpetada see vanaduspensionieas, ei oleks pensionieas esmakordse taotlemise võimalust vaja luua.

Tasakaalukaim lahendus on eelpool nimetatud alternatiividest kolmas. See nõuab täiendavat hüvitise suuruse arvestamise metoodikat, kuid võimaldab paremini eristada tööga seotud tervisekahjust tulenevat sissetulekukaotust vanusega seotud üldisest tööturult taandumisest. Lihtne lahendus oleks korrutada kahjuhüvitis hõivemääraga nii, et tööandja maksab kahjuhüvitist proportsionaalselt vanuserühma töötamise tõenäosusega. Arvestades 75-aastaste ja vanemate inimeste väga väikest töötamise tõenäosust üldiselt (vt Tabel 3), oleks asjakohane lugeda sellest vanusest alates inimesed üldiselt mittetöötavaks vanadusest tulenevatel põhjustel ja lõpetada tööst põhjustatud tervisekahjustusest tuleneva sissetulekute kaotuse hüvitise maksmine.

*Tabel 3. Hõivemäär vanusrühmade järgi (2025)*

| | 60-64 | 65-69 | 70-74 | 75+ |
|---|---|---|---|---|
| **Hõivemäär, %** | 71,7 | 38,6 | 18,8 | 4,5 |

*Allikas: Statistikaamet, statistika andmebaas, TT330: 15-aastaste ja vanemate hõiveseisund*

## 5.4 Soovitatava lahenduspaketi mõjuanalüüs

Tööga seotud tervisekahju tuvastatakse ja hüvitatakse praegu harva, samal ajal kui tööga seotud terviseprobleemide võimalik levik on eneseraporteeritud andmetes mitmekümneid kordi suurem. Seetõttu on lahenduste kujundamisel enne kulude ja koormuse analüüsi keskne küsimus, millised muudatused aitaksid praegu üksnes vähestel juhtumitel töötava süsteemi laiemalt tööle panna.

*Tabel 4. Tööst põhjustatud tervisekahju hüvitamise ja tööga seotud haiguste tuvastamise koondpilt*

| Näitaja | Väärtus |
|---|---|
| **Hüvitise saajaid 2024** | 1585 inimest |
| **Hüvitiste kogumaht 2024** | 9,4 mln eurot |
| **SKA osakaal kogumaksetes 2024** | 80% |
| **Hüvitist maksnud tööandjaid 2024** | 280 |
| **Hüvitise saajate osakaal perioodil 2015–2024 lisandunud ja 2024. a lõpus elus olnud tööst põhjustatud tervisekahjuga inimestest** | 4% |
| **Kohtuvaidlusi 2015–2025** | 75 |
| **Registreeritud KH-ga inimesi 2015–2024** | 301 inimest |
| **Registreeritud TPH-ga inimesi 2015–2024** | 649 inimest |
| **Registreeritud KH või TPH-ga inimesi 2015–2024 kokku** | 859 inimest |
| **Registreeritud TÕ-ga inimesi 2015–2024** | 36 945 inimest |
| **ETU eneseraporteeritud tööga seotud terviseprobleemiga inimesed, kellel esineb sellest märkimisväärne igapäevategevuste piirang** | 2384,8 inimest 100 000 hõivatu kohta (2020) |
| **ETU eneseraporteeritud tööga seotud terviseprobleemiga inimesed kokku** | 6659,6 inimest 100 000 hõivatu kohta (2020) |
| **PERH-KTK ekspertiise tööga seotud haiguste tuvastamiseks 2022–2024** | *ca* 80–90 aastas |

Järgnevates alapeatükkides kirjeldame pakutud lahenduste peamisi mõjukanaleid ja -suundi töötajatele, tööandjatele, seotud institutsioonidele ja riigieelarvele. Tabel 5 esitab kokkuvõtvalt olulisemad mõjud.

*Tabel 5. Soovitatavate lahenduste mõjuanalüüsi koondtulemus*

| Lahendus | Millist praeguse süsteemi probleemi lahendab? | Peamine positiivne mõju või lahenduse suund | Peamine risk või rakenduseeldus |
|---|---|---|---|
| **Varajase sekkumise rada / töötervishoiuarsti konsultatsioon** | Töö ja tervise seoseid märgatakse liiga hilja; KH/TPH diagnoosimine ei sobi hästi varajaseks ennetuseks; töötajad võivad vältida KH menetlust õiguslike tagajärgede tõttu. | Tööga seotud terviseprobleeme saab käsitleda enne püsiva kahju ja hüvitisvaidluse tekkimist; töötaja saab töötingimuste kohandamiseks ja raviks vajaliku sisendi varem. | Teenuse korraldus ja rahastus tuleb eraldi välja töötada; vaja on vältida dubleerimist tööandja korraldatud tervisekontrolliga ning tööandja kohustuste nihkumist tervishoiusüsteemile. |
| **KH tuvastamise raja eristamine hüvitamise jaoks** | Praeguselt tööga seotud haiguse diagnoosimise protsessilt oodatakse korraga ennetust, ravi, statistikat ja hüvitise tõendamist; rollid on ebaselged. | KH menetluse eesmärk muutub selgemaks: see loob töötajale meditsiinilise tõendi kahjuhüvitise taotlemiseks ja eristub varajase sekkumise rajast. | Tuleb tagada, et KH hindamine oleks menetluslikult piisavalt vaidluskindel ning et töötaja mõistaks, millal on tegemist ravi/ennetuse rajaga ja millal hüvitise taotlemise rajaga. |

| Lahendus | Millist praeguse süsteemi probleemi lahendab? | Peamine positiivne mõju või lahenduse suund | Peamine risk või rakenduseeldus |
|---|---|---|---|
| **TPH eraldiseisva õigusliku kategooria kaotamine** | TPH praktiline tähendus on ebaselge; TPH diagnoos ei anna töötajale iseseisvat hüvitiseõigust ega loo tööandjale selgeid kohustusi. | Hüvitistega seotud kategooriaks jääb KH; töö ja tervise seose kliiniline hindamine liigub varajase sekkumise rajale. | TPH kadumisel tuleb säilitada süsteemne ülevaade tööga seotud terviseprobleemide levikust töötervishoiuarsti konsultatsioonide statistilise seire kaudu. |
| **Infovahetuse tugevdamine ja riskianalüüsidele ligipääs** | Töötervishoiuarstidel ei ole alati piisavat ligipääsu tööandja riskianalüüsidele ja varasematele töökeskkonna andmetele; tööandjatelt andmete küsimine jõustatakse läbi TI. Tööandjad ei saa tagasisidet, kuigi edastavad andmed. | Väheneb dubleeriv andmeküsimine tööandjatelt. Tööandjad saavad tagaisisde. | Tuleb täpsustada, millistele andmetele, millises ulatuses ja mis eesmärgil töötervishoiuarst ligipääsu saab ja millised on täpsed tagasisidevormid tööandjatele. |
| **Kontaktpunkt ja nõustamisteenus** | Töötajad ei tea sageli, kas neil võib olla õigus hüvitisele, milliseid tõendeid on vaja ja kuidas nõuet esitada; süsteem on töötaja jaoks raskesti kasutatav. | Töötajal on lihtsam süsteemis orienteeruda ja kahjuhüvitise taotlemiseni jõuda; nõuded muutuvad sagedasemaks ja paremini ette valmistatuks. | Tuleb vältida kattumist TI, SKA, Töötukassa, tervishoiuteenuse ja õigusabi ülesannetega; teenus ei tohi tekitada ootust, et hüvitis on automaatselt tagatud. |
| **Töövõime ja töövõimekaotuse hindamise ühendamine** | Töövõimet ja töövõimekaotuse ulatust hinnatakse eri menetlustes ning eri eesmärkidel; inimene võib jääda kahe süsteemi vahele. | Sama eksperthinnang annab sisendi nii töövõime toetamiseks kui ka kahjuhüvitise arvutamiseks; väheneb dubleerimine ja paraneb otsuste läbipaistvus. | Vajalik on metoodiline arendustöö; tuleb selgelt eristada üldist töövõimet, töövõimekaotuse ulatust ja tööga seotud osa töövõimekaotusest. |
| **Kahjuhüvitise arvutamise metoodika** | Hüvitise suuruse kujunemine on töötajale ja tööandjale ebaselge; vaidlused tekivad arvutamise aluste, mahaarvamiste, indekseerimise ja kestuse üle. | Ühtne metoodika muudab hüvitise suuruse prognoositavamaks ja võib vähendada vaidlusi arvutamise põhimõtete üle. | Metoodika ei kõrvalda kõiki juhtumipõhiseid vaidlusi. |

| Lahendus | Millist praeguse süsteemi probleemi lahendab? | Peamine positiivne mõju või lahenduse suund | Peamine risk või rakenduseeldus |
|---|---|---|---|
| **Vanaduspensioniea käsitluse täpsustamine** | Regulatsioon ja praktika ei ole selged selles, kas pensioniealine saab esmakordselt hüvitist taotleda ja kuidas hüvitise suurust pensionieas arvutada. | Taotlusõigus ja hüvitise arvestus muutuvad selgemaks. | Tuleb lahendada juba määratud hüvitiste õiguspärase ootuse küsimus ning otsustada, kas uus loogika rakendub ainult uutele või ka olemasolevatele hüvitistele. |

### 5.4.1 Varajase sekkumise raja mõju

Varajase sekkumise raja mõju tekib läbi töö ja tervise seose hindamise enne õigusliku tähendusega KH menetlust. Tööga seotud terviseprobleemi saab märgata ja sellega tegeleda varem, enne kui tervisekahju süveneb, inimene lahkub töölt või vaidlus muutub kahjuhüvitise nõudeks. Teiseks oluliseks mõjukanaliks on KH menetluse ja varajase sekkumise raja selge eristamine, mis võimaldab jätta KH menetluse hüvitamise kanali keskseks instrumendiks, ilma sellelt olulist ennetuse panust ootamata.

**Töötajale.** Töötaja peamine kasu tuleneb sellest, et töö ja tervise seost saab hinnata varem, ilma et peaks kohe sisenema õigusliku tähendusega KH menetlusse. See võib vähendada hirmu tööandja reaktsiooni, stigmatiseerimise või töö kaotuse ees ning suurendada valmisolekut tervisemurest rääkida. Varasem konsultatsioon võib parandada võimalusi saada õigel ajal töötingimuste kohandusi, töökorralduse muudatusi või ravi toetavat sisendit. Negatiivne mõju võib ilmneda siis, kui rada jääb töötaja jaoks ebaselgeks ja seda tajutakse lisamenetlusena, mis ei vii vajalike kohanduste või raviotsusteni.

**Tööandjale.** Surve tööandjatele töötingimusi ja töökorraldust kohandada kasvab. Tööandja saab tervist kahjustavatest töötingimustest varem teada, mis suurendab võimalust tööohutuse parandamiseks. See tugevdab tööandja võimalusi töökeskkonna riskide juhtimiseks ja võib pikemas vaates vähendada kahjuhüvitise vaidlusi. Negatiivse mõjuna suureneb töökeskkonna ja selle riskide päringute koormus, et oleks võimalik töötamist seostada töötaja tervisega.

**Arstidele ja tervishoiusüsteemile.** Pere- ja eriarstidel tekib selgem võimalus suunata inimene töötervishoiuarsti konsultatsioonile olukorras, kus tervisemure võib olla seotud tööga, kuid puudub vajadus KH alusel hüvitise taotlemiseks. Töötervishoiuarstide roll muutub selgemalt kliinilise konsultatsiooni ja töötingimuste kohandamise nõustamise suunas. Lahenduse positiivne mõju seisneb ka paremini eristatud ravi- ja ennetusfunktsioonides. Selle lahenduse täiendava võimalusena võib töötervishoiuarstide roll laieneda valdkonnaspetsiifilise sisulise eriarsti tööks. Negatiivse mõjuna tähendab see täiendavat koormust, vajadust uute suunamiskriteeriumide, dokumenteerimisreeglite ja konsultatsioonimudeli järele. Samuti on vajadus koolitada arste töö ja tervise seoseid varem märkama ning uut töötervishoiuarsti konsultatsiooniteenust ning KH hindamise teenust efektiivselt kasutama. Võimaliku ohukohana tuleb kaaluda tööandja korraliste tervishoiupakettide ja pere- või eriarsti suunamisel tekkiva töötervishoiuarsti konsultatsiooni omavahelisi seoseid, et ei tekiks ühelt poolt kattuvust ja täiendavat dubleerimist ning teiselt poolt tööandja praeguste kohustuste ülekandmist tervishoiusüsteemile.

**Tööinspektsioonile, SKA-le, Töötukassale ja muudele asutustele.** Vajalik on välja töötada detailselt uute teenuste pakkumise ja rahastamise lahendus. Võimalikke lahendusvariante on erinevaid, mistõttu tuleb enne valiku langetamist detailsemaid lahendusvariante põhjalikumalt eelnevalt analüüsida. Näiteks võib kaaluda lahendusi, kus töötervishoiuarsti konsultatsiooni annab tööandja lepinguline töötervishoiuarst või kus konsulteerivad töötervishoiuarstid on koondunud paari töötervishoiukliinikusse. Rahastuse lahendustes tuleb kaaluda Tervisekassa teenuste rahastamise metoodikat ja võimalusi, samuti on vaja hinnata töötervishoiuarstide ressurssi teenuse pakkumiseks. Positiivne mõju on ennetuse, ravi ja õigusliku vastutuse funktsioonide selgem eristamine. TI koormus võib osaliselt väheneda nendes juhtumites, mis lahendatakse enne vastutusmenetlust töötingimuste kohandamise kaudu. Samas tuleb luua siiski ka tööandja raskete rikkumiste juhtudeks TI teavitamise lahendus. SKA ja Töötukassa töökoormus võib väheneda, kui osa hilisemaid töövõime vähenemise juhtumeid jääb ära või lükkub edasi. Peamine oht seisneb selles, et teenust ei kujundata nii, et rollijaotus, suunamisreeglid või teenuse sisu oleksid selged, mistõttu muutub ennetuse rada bürokraatlikuks lisaastmeks enne KH menetlust.

**Riigieelarvele.** Tõenäoline on mõõdukas lisakulu, kuna töö ja tervise seoste hindamist (töötervishoiuarsti konsultatsioon eriarstina) toimub senisest rohkem ja varasemas etapis. Kulu kaasneb uue teenuse välja töötamise ja selle haldamisega. Pikemas vaates võib see vähendada hilisema töövõime languse, tööturult väljalangemise ja vaidluskoormuse kulu, kuid täpsemat eelarvemõju ei ole praegu võimalik usaldusväärselt hinnata.

### 5.4.2 Kutsehaiguse raja korrastamise, tööst põhjustatud haiguse ümbermõtestamise ja infovahetuse tugevdamise mõju

Lahenduse peamine mõjukanal seisneb selles, et KH menetluse eesmärk piiritletakse selgelt tööga seotud tervisekahju hüvitamise ja vastutuse tuvastamisega ning töö ja tervise seose kliiniline hindamine ennetamise eesmärgil tõstetakse sellest eraldi rajale. Mõju avaldub läbi suurema õigusselguse ja selgema rollijaotuse. Kombinatsioonis nõustamisteenuse loomisega kasvab tõenäoliselt tööandjalt tööga seotud tervisekahjude kompenseerimiseks kahjuhüvitist taotlevate inimeste arv.

**Töötajale.** Positiivne mõju on suurem õigusselgus. Töötajale muutub arusaadavamaks, millal on tegemist ravi ja töötingimuste kohandamise rajaga ning millal menetlusega, mille eesmärk on luua tõenduslik alus tööandjalt kahjunõude küsimiseks. See vähendab segadust KH, TPH ja muude tööga seotud terviseprobleemide praktilise tähenduse ümber.

**Tööandjale.** Positiivne mõju on suurem etteaimatavus. Tööandjale muutub selgemaks, millal on tegemist õiguslike tagajärgedega juhtumiga ja millist teavet tööandjalt oodatakse. Samal ajal soodustab tööandja tegelik kohustus vastutuse korral kahju hüvitada töötervishoiu ja -ohutuse riskide internaliseerimist. Piisavalt suure nõuete arvu kasvu korral peavad tööandjad välja töötama finantseerimislahendused ja võivad hakata kasutama vabatahtlikke kindlustuse lahendusi. Negatiivse mõjuna kasvab töötajate nõuete arv, mis suurendab tööandja halduskoormust ja toob potentsiaalselt kaasa rohkem vaidlusi töötajatega.

**Arstidele ja tervishoiusüsteemile.** Arstidele muutuks tööjaotus selgemaks: varajase sekkumise rada toetab ravi ja töö kohandamist, KH rada aga hüvitise taotlemiseks vajalikku meditsiinilist hinnangut. Positiivne mõju on selgem tööjaotus. Töötervishoiuarsti roll kitseneb KH hindamise rajal meditsiinilise seose hindamisele ja selle kinnitamisele konkreetsetel kahjuhüvitise taotlemise juhtudel, TI roll tööandja rikkumiste ja vastutuse uurimisele. Arstide tööle kaasneb suurem ootus, et meditsiiniline hinnang peab olema menetluslikult vaidluskindel.

**Tööinspektsioonile, SKA-le ja muudele asutustele.** Ümber tuleb kujundada registrite korraldus ja andmevahetusloogika nii, et ennetuse raja loomise ja TPH eraldiseisva õigusliku kategooria ära kaotamisel tekiks siiski süsteemne ülevaade tööga seotud terviseprobleemide esinemisest. Selleks tuleks luua lahendus töötervishoiuarstide konsultatsioonide, nende põhjuste ja tulemuste statistika koondamiseks. Lahenduse positiivne mõju TI-le seisneb selles, et vastutuse ja rikkumiste hindamisel muutub TI roll selgemaks. Ohuna tuleb arvestada asutustevahelise tööjaotuse muutumisega, mis võib üleminekuperioodil tõsta halduskoormust, tekitada ebaselgust vastutusvaldkondades ning põhjustada töökorralduslikke tõrkeid.

**Riigieelarvele.** Peamine eelarvemõju tuleneb juhiste, vormide, andmevahetuse, ligipääsulahenduste ja koolituste väljatöötamisest. IT-arendused ja andmevahetuslahendused toovad esmalt ühekordse lisakulu, millele järgnevad hilisemad arendus- ja ülalpidamiskulud. Kui KH rada muutub töötajale ja tööandjale selgemaks, võib kasvada hüvitisnõuete arv, mis mõjutab kaudselt TI-d, SKA-d ja kohtusüsteemi. Samal ajal kaob TI-s TPH-de alusel algatatud järelevalve korraldus. Töötervishoiuarstide efektiivsem ligipääs tööandja riskianalüüsidele vähendab PERH-KTK ja TI dubleerivat tööandjalt andmete küsimist.

### 5.4.3 Kontaktpunkti ja nõustamisteenuse mõju

Kontaktpunkt ja nõustamisteenus aitab vähendada kolme peamist takistust: töötaja teadmatus, nõustamise puudumine ja kahjunõude menetluslik keerukus. Inimene saab ühest kontaktpunktist info, kas tal võib olla õigus hüvitisele, milliseid tõendeid on selleks vaja ja kuidas nõue praktiliselt koostada. Tulemuseks on tõenäoliselt tööandjale esitatavate kahjuhüvitiste nõuete arvu kasv.

**Töötajale.** Töötajal saab lihtsamini aru, kas tal võib olla õigus hüvitisele ja milliseid tõendeid ta vajab. Nõustamine vähendab teadmiste puudumisest ja menetluslikust keerukusest tulenevaid takistusi ning muudab nõude esitamise realistlikumaks ka neile, kellel puudub varasem kokkupuude õigussüsteemiga. Negatiivne mõju võib tekkida, kui teenuse roll ei ole selge ja töötajal tekivad põhjendamatud ootused, nagu tagaks kontaktpunkt automaatselt hüvitise või pakuks täielikku esindust vaidluses.

**Tööandjale.** Tööandjani jõuaksid paremini ette valmistatud ja dokumenteeritud nõuded, mis võivad lihtsustada kohtuväliseid kokkuleppeid. Negatiivse mõjuna võib tööandjate vaatest suureneda esitatavate nõuete arv. See suurendab tööandja vajadust töötajate andmepäringutele vastata ja nõudeid menetleda ning osadel juhtudel ka hüvitist maksta.

**Arstidele ja tervishoiusüsteemile.** Positiivne mõju on, et arstidel väheneb surve täita KH diagnoosimise käigus menetlusliku nõustaja rolli. Risk on, et kontaktpunkt suurendab arstidele esitatavate tõendi- ja selgitussoovide hulka, sh selliseid, mille hindamine poleks meditsiinilisest vaatenurgast põhjendatud.

**TI-le, SKA-le, Töötukassale, kohtusüsteemile ja riigile.** See aitab vähendada süsteemi killustatust ja parandada kasutajate arusaama eri asutuste rollidest. Kohtusüsteemi jaoks võib kontaktpunkt suurendada kohtuväliste kokkulepete tõenäosust. Kontaktpunkti loomine tähendab uue teenuse loomist, mis võib osutuda keerukaks nii korralduslikult kui ka sisuliselt. Korralduslikult tuleb vältida kontaktpunkti funktsioonide kattumist teiste asutuste ülesannetega. Sisuliselt võib asja keerukamaks muuta see, et teenus hõlmab mitut valdkonda. Samuti tuleb otsustada, kas kontaktpunkt luuakse uue üksusena või olemasoleva süsteemi sees.

**Riigieelarvele.** Eelarvemõju tuleneb teenuse loomisest, nõustajate tööjõukulust, juhendmaterjalide loomisest ja ajakohastamisest ning võimaliku digikanali arendamisest. Samal ajal võib teenus vähendada osa kohtuvaidluste kulust, kui suurem hulk juhtumeid laheneb enne kohtusse jõudmist. Mõju asutuste

töökorraldusele ja eelarvele sõltub sellest, kas kontaktpunkt kujundatakse eraldi teenusena või koondatakse olemasolevatesse kanalitesse.

### 5.4.4 Töövõime ja töövõimekaotuse ulatuse hindamise ühendamise mõju

Töövõime kaotuse ulatuse hindamise teenuse loomine ja selgesõnaline reguleerimine tööandjalt hüvitise taotlemise protsessis annab töötajatele selge aluse tööst põhjustatud tervisekahjustusest tuleva töövõime kaotuse ulatuse hindamiseks. Mõju tuleneb sellest, et sama hindamine annaks sisendi nii töövõime toetamiseks kui ka kahjuhüvitise arvutamiseks. See vähendaks dubleerimist ja muudaks otsused paremini jälgitavaks.

**Töötajale.** Positiivne mõju on dubleerimise kadumine, parem arusaadavus ja väiksem oht jääda kahe süsteemi vahele. Ühe menetluse käigus antud hinnangud on lihtsamini mõistetavad ja omavahel sidusamad. Positiivne mõju on eriti oluline nendele, kelle töövõime üldises tööturu vaates pole vähenenud, kuid kes ei saa enam jätkata senises ametis. Samas võib endiselt jääda segaseks, mille poolest erinevad hinnangud töövõimele ja töövõime kaotuse ulatusele.

**Tööandjale.** Positiivne mõju on suurem selgus, kuidas töövõime kaotuse ulatuse hinnang kujuneb ja kuidas seda kahjuhüvitise määramisel kasutatakse. Samas võib tööandjatel olla suurem huvi töövõimekaotuse hinnangut vaidlustada, sest see mõjutab otseselt hüvitise suurust.

**Töötukassale, SKA-le, TI-le ja muudele asutustele.** Positiivne mõju on hindamisloogika sidusam ülesehitus ja osaliselt dubleerimise vähenemine. Eksperthinnang saab selge koha kahjuhüvitise protsessis. Töötukassa, SKA ja teiste menetlejate tööjaotus muutub läbipaistvamaks. Hindamiste ühendamine tuleb välja töötada, mis eeldab metoodilist arendustööd.

**Riigieelarvele ja asutuste töökorraldusele.** Eelarvemõju tuleneb metoodika väljatöötamisest, koolitustest, infosüsteemide kohandamisest ja võimalikust üleminekuperioodi lisakoormusest. Pikemas vaates võib dubleerivate hindamiste vähenemine ja selgem tööjaotus tuua kokkuhoidu, kuid lühikeses vaates on tegemist arendusinvesteeringuga. Kuna tööandjatele esitatavate kahjuhüvitise nõuete arv võib kasvada, kasvab võrreldes praegusega ka kahjuhüvitise jaoks vajalike hindamiste koormus.

### 5.4.5 Kahjuhüvitise valemi määratlemise mõju

Ühtne arvutusmetoodika vähendaks praegust ebaselgust ja vaidlusi hüvitise arvutamise aluste üle. Töötaja ja tööandja saavad varem hinnata, millise suurusjärguga hüvitisest räägitakse, kuna töötaja, tööandja ning menetlevad asutused lähtuvad samadest põhiparameetritest kahjuhüvitise suuruse määramisel.

**Töötajale.** Selgem arvutusmetoodika suurendab prognoositavust ja vähendab juhuslikkust. Töötajale muutub arusaadavamaks, kuidas hüvitis kujuneb, millised asjaolud mõjutavad selle suurust ning milliseid tõendeid tuleb nõude esitamisel koguda. See võib vähendada ka vaidlusi hüvitise arvutamise aluste üle ja hõlbustada kohtuväliste kokkulepete saavutamist. Positiivne mõju on, et töötaja võimalus kahjuhüvitist saada sõltub vähem tema võimekusest leida õigusabi või pidada tööandjaga keerukaid läbirääkimisi. Negatiivse mõjuna võib ühtlasem raamistik üksikjuhtumitel kitsendada seniseid avaramaid juhtumipõhiseid tõlgendusi.

**Tööandjale.** Tööandjale tähendab see samuti suuremat etteaimatavust ja paremat võimalust hinnata võimaliku vastutuse ulatust. Selgem metoodika võib vähendada vaidlusi hüvitise arvutamise aluste üle ja hõlbustada kohtuväliseid kokkuleppeid. Samal ajal suureneb surve dokumenteerida täpsemalt töötaja varasemat sissetulekut, töökorraldust, töövõime vähenemise mõju ning võimalikke töötamisvõimalusi pärast tervisekahju,

sealhulgas seda, kas ja millisel määral oleks töötajal võimalik jätkata töötamist sama tööandja juures või muul tööl.

**Arstidele ja tervishoiusüsteemile.** Mõju on minimaalne.

**SKA-le, Töötukassale, kohtusüsteemile ja muudele asutustele.** Positiivne mõju on suurem ühetaolisus ja väiksem puhtalt arvutusreeglite üle peetavate vaidluste osakaal. Metoodiline selgus muudab lihtsamaks töövõime hinnangute ja kahjuhüvitise arvutuste sidumise. Vajalik on välja töötada selged juhised hüvitiste arvutamiseks, mida saavad kasutada nii töötaja, tööandja kui nõustavad asutused. Mõju asutuste töökorraldusele seisneb peamiselt ühtlustatud reeglite rakendamises ja vajaduses neid regulaarselt ajakohastada.

**Riigieelarvele.** Eelarvemõju piirdub peamiselt metoodika väljatöötamise, juhendmaterjalide loomise, koolitustega. Kuigi püsikulu ei ole suur, tuleb alguses arvestada metoodika, juhendite ja koolituste väljatöötamise kuluga.

### 5.4.6 Vanaduspensioniea käsitluse mõju

Ühtne põhimõte hüvitise arvestamiseks vanaduspensionieas ühtlustab kahjuhüvitise arvestamist ja maksmist. Soovitatud hüvitise arvestamise põhimõte arvestab sellega, et vanaduses ilmnevad paratamatult tervisest tulenevad takistused töötamisele. Võrreldes praegusega väheneb alates vanaduspensionieast kahjuhüvitise suurus.

**Töötajale.** Positiivne mõju on suurem õigusselgus ja väiksem juhuslikkus. Töötajale muutub arusaadavamaks, kas ja millistel tingimustel võib sissetulekukaotuse hüvitis jätkuda pärast vanaduspensioniea saabumist. Negatiivse mõjuna võib osa töötajaid tajuda pensioniea järgse hüvitise sidumist vanusrühmapõhise töötamise tõenäosusega ebaõiglasena, kuna see ei arvesta nende individuaalset töövõimet ja tegelikku olukorda. Kahjuhüvitise saajate arv ja hüvitiste suurus väheneb.

**Tööandjale.** Tööandjale muudab selgem pensioniea käsitlus hüvitise maksmise kestuse paremini prognoositavaks. See võib lihtsustada vaidluste lahendamist ja kulude planeerimist. Negatiivse mõjuna võib tekkida uus vaidluskoht selle üle, kas konkreetsel inimesel oleks olnud tervisekahjuta reaalne võimalus ja kavatsus pärast pensioniiga töötamist jätkata.

**SKA-le, Töötukassale, kohtusüsteemile ja muudele asutustele.** Hüvitise arvutamise valemit tuleb jooksvalt kaasajastada ja arvutamine muutub veidi keerulisemaks, kuna hüvitise suurus tuleb ümber arvutada uute tööhõive näitajate avaldamisel ning tuleb arvestada inimese vanusega. Kohtusüsteemile võib see vähendada formaalse vanusepiiri üle peetavaid vaidlusi. Mõju asutuste töökorraldusele seisneb eelkõige vajaduses töötada välja selged kriteeriumid, mille alusel hinnata pensioniea järgse töötamise tõenäosust ja hüvitise võimalikku jätkumist.

**Riigieelarvele ja asutuste töökorraldusele.** SKA hüvitiste kogukulu väheneb. Hüvitise arvestamise menetluskulu on veidi kõrgem, kuna arvestada tuleb vanaduspensioni lisaparameetriga.

## 5.5 Sotsiaalkindlustusameti tööõnnetuse ja kutsehaiguse kahjuhüvitise alternatiivid

SKA TÕ ja KH kahjuhüvitis on tööandja vastutusel põhineva tervisekahju hüvitise erandjuht, kus riik võtab hüvitamiskohustuse üle juhul, kui kahju põhjustanud tööandja on õigusjärglaseta lõpetatud. See ei ole eraldi põhiskeem, vaid tööandja vastutuse erandlik jätk olukorras, kus tööandjat enam ei ole. SKA kahjuhüvitis pole

praegu suure mahuga aktiivne hüvitisskeem, vaid üha enam varasemalt määratud hüvitiste jätkuv administreerimine: viimastel aastatel on hüvitis määratud vaid paarile-kolmele uuele hüvitise saajale aastas ning viimase kümne aasta jooksul määrati SKA kahjuhüvitis 124 inimesele. 2024. aasta lõpus oli 88,6% SKA hüvitise saajatest 65-aastased või vanemad.

SKA kahjuhüvitise kujundamiseks on laiemalt kaks alternatiivi:

1. Säilitada SKA hüvitis erandskeemina ja viia see kooskõlla üldise tööandja vastutuse skeemiga
2. Lõpetada SKA kahjuhüvitis

Uuringu põhimõtteliste lahenduste valideerimiseks tehtud Delphi intervjuu tulemused näitasid, et SKA TÕ ja KH kahjuhüvitise säilitamise või lõpetamise küsimuses ei kujune konsensust. Seisukohad polariseeruvad kahe põhimõttelise väärtusvaliku vahel ja seetõttu ei kujune SKA hüvitise alternatiivide vahel valimiseks uuringus tehnilist või konsensusel põhinevat soovitust. See on poliitiline valik, kas tööandja lõppemise või maksejõuetuse risk jääb töötaja kanda, kellel ei ole võimalik kahju tekkimist ega tööandja hilisemat lõppemist mõjutada või kantakse seda kollektiivselt, mis tähendab eraõigusliku vastutuse kollektiviseerimist.

### 5.5.1 Säilitada Sotsiaalkindlustusameti kahjuhüvitis erandskeemina kooskõlas üldise tööandja vastutuse skeemiga

Selle alternatiivi korral võtab SKA TÕ ja KH kahjuhüvitise erandina üle tööandja vastutuse, kui tööandja ise seda vastutust ei kanna. Tööandja ei saa kanda vastutust, kui ta on õigusjärglaseta lõpetatud.

Kui SKA hüvitis säilitatakse, tuleks seda käsitada tööandja vastutuse garantiimehhanismina, mille eesmärk on vältida olukorda, kus töötaja jääb hüvitiseta põhjusel, et vastutav tööandja on maksejõuetu, likvideerimisel või pankrotimenetluses ning hüvitise kättesaamine ei ole mõistliku aja jooksul realistlik. Süsteemne lahendus oleks selline, kus riik võtab hüvitise maksmise üle juba siis, kui tööandjalt hüvitise kättesaamine ei ole mõistliku aja jooksul realistlik ning töötaja nõude alus ja hüvitise suurus on piisavalt selged. Selline varasem ülevõtmine peaks olema seotud eeldustega, et riik ei võta üle nõuet, mille tööandja vastutus või hüvitise suurus on vaidluse all. Ülevõtmine võiks tulla kõne alla, kui hüvitise maksmise kohustus on tööandjaga kokku lepitud, kohtuotsusega tuvastatud või muul selgel alusel kindlaks tehtud, kuid tööandja ei täida seda maksejõuetuse, pankroti- või likvideerimismenetluse tõttu. Sellisel juhul maksaks SKA töötajale hüvitist edasi ning riik astuks töötaja asemele nõudega pankroti- või likvideerimismenetluses. Kui pankrotivara, õigusjärglase või muu vastutaja vastu nõude esitamine on realistlik ja kulutõhus, saab riik esitada nõude või osaleda menetluses. Kui tagasinõudmine eeldab ebaproportsionaalselt kulukat või ebakindlat vaidlust, võib olla põhjendatud regressi kasutamisest loobumine. Nii tagataks töötaja kaitse, kuid riigile ei teki kohustust pidada kõiki võimalikke tagasinõudevaidlusi.

SKA kahjuhüvitise tingimused ja arvutusloogika tuleks võimalikult suures ulatuses viia kooskõlla tööandja vastutusel põhineva üldise hüvitamissüsteemiga. See tähendab vähemalt hüvitise tekkimise aluse, töövõimekaotuse hindamise, töötaja omaosaluse, mahaarvamiste, vanaduspensioniea käsitluse ja hüvitise kestuse ühtlustamist. SKA praegused erisused, sealhulgas töötaja omaosaluse mittearvestamine ja vanaduspensioniea jäik käsitlus, erinevad tööandjalt nõutava kahju hüvitamise loogikast ning toetavad seetõttu ühtlustamise vajadust.

Eraldi küsimus on, kuidas rahastada SKA kahjuhüvitisi. Laiemalt on võimalikud kaks põhilahendust. Esiteks võib jätkata senise mudeliga, mille rahastus tuleb riigieelarvest. Teiseks võib kaaluda tööandjate rahastusel põhineva, täiendavalt finantseeritud garantiifondi või muu sarnase reservilahenduse loomist, mille eesmärk

oleks katta lõpetatud tööandjate eest makstavad hüvitised. Praegu on SKA kahjuhüvitiste summa ligikaudu 7,5 miljonit eurot aastas. Kui rakendada vanaduspensioniea alusel piiranguid ja hüvitise ümberkujundamist, väheneb hüvitiste maht. Samas ei saa välistada ka vastupidist arengut. Kui üldine tööandja vastutusel põhinev tööst põhjustatud tervisekahjustuse hüvitamise süsteem muutub toimivamaks ning tööandjalt hüvitiste nõudmine sageneb, võib suureneda ka nende juhtumite arv, kus nõue puudutab õigusjärglaseta lõppenud tööandjat. Samuti võib kulu kasvada siis, kui laiendada kahjuhüvitise õigusi olukordadele, kus hüvitist tuleb maksta juba pankrotimenetluse ajal, mitte alles pärast tööandja lõplikku lõpetamist. Rahastusküsimus ei ole üksnes tehniline, vaid sõltub kaitse ulatusest, mida lõpetatud tööandjate juhtumites tegelikult pakutakse.

Riigieelarvelise rahastuse eelis on lihtsus. Väikese mahuga rahastusskeemile ei ole vaja luua eraldi kogumis-, reservi- ega haldusmehhanismi. Halduskulu on väike ja võimalik on jätkata senise korraldusega ilma oluliste täiendavate institutsionaalsete muudatusteta. Sisuliselt kaetakse eraõiguslikust tööandja vastutusest tulenev risk üldise avaliku rahastusega.

Tööandjate rahastusest täiendavalt finantseeritud garantiifondil oleks kaks peamist mõtet: kanda lõpetatud tööandjate kohustuste kulu kollektiivselt tööandjatele ja tekitada eraldiseisev sihtotstarbeline rahastus. Esmapilgul võib see paista tööandja vastutuse loogikaga paremini kooskõlas olevana. Samas kannavad sellise rahastusskeemi korral nõuetele vastavalt tegutsenud ettevõtted tööandjate kohustusi, kelle tegevus põhjustas kahju ja kelle töökeskkonnariskid olid suuremad. Kahju ei kanta üle seda põhjustanud tööandjale, vaid tööandjate ringile kollektiivselt. Selline rahastusskeem ei too kaasa vastutuse individualiseerimist ega riskide internaliseerimist. Sellise spetsiifilise eesmärgiga garantiifond ei erine majanduslikus loogikas põhimõtteliselt riigieelarvelisest rahastusest, mis samuti kujuneb lõppastmes tööandjate ja teiste isikute maksudest ning on sisuliselt üksnes üks kollektiivse rahastamise vorm. Seega lisanduks eraldi väiksemahulise fondi loomisega halduskoormus ilma, et tekiks selget sisulist erinevust riigieelarvega või täiendavat stiimulit tööandjate käitumise mõjutamiseks. Lahendada tuleks fondi maksebaasi, kogumismehhanismi, valitsemise, väljamaksete tingimuste ja võimaliku pankrotimenetlusega seotuse küsimused, mis muudaks lahenduse keerukamaks.

Seetõttu sõltub sobiv rahastuslahendus skeemi ulatusest. Kui SKA kahjuhüvitis jääb väikese mahuga erandskeemiks või selle maht väheneb, on proportsionaalne ja praktiline riigieelarveline rahastus. Kui skeemi laiendatakse oluliselt nii, et lõpetatud tööandjate juhtumite arv või kulu oluliselt kasvab, võib tööandjate kaasrahastus olla poliitiliselt ja eelarveliselt asjakohasem, kuid garantiifondi peamine sisu on siiski kannatanu kaitse ja maksevõime puudumisest tuleneva lünga katmine, mitte töökeskkonna riskide internaliseerimine tööandja otsustesse.

#### 5.5.1.1 Sotsiaalkindlustusameti kahjuhüvitise säilitamise mõjuanalüüs

Praeguse olukorraga võrreldes on sellel kaks olulist mõjukanalit: (1) arvutusvalemi ühtlustamise käigus ühtlustatav vanaduspensioniea käsitlus, mis piirab hüvitiste saajate arvu ja hüvitise suurust; (2) hüvitise maksmise kohustuse ülevõtmine riigil poolt, kui tööandjalt hüvitise saamine ei ole töötajal tööandja pankrotiprotsessi tõttu mõistliku aja jooksul võimalik.

**Töötajale.** Positiivne mõju seisneb suuremas ühetaolisuses ja õiguskindluses: töötaja õigused ei sõltu sellest, kas kahju tekitanud tööandja on tegev või on tema tegevus lõppenud. Negatiivne mõju ilmneb juhul, kui SKA hüvitis viiakse kooskõlla üldise pensioniea järgse hüvitise korrigeerimisega ja pensioniealiste senised maksed vähenevad.

**Tööandjale.** Mõju on kaudne, kuid süsteemi tervikloogika muutub järjekindlamaks.

**SKA-le, Töötukassale, TI-le ja kohtusüsteemile.** SKA-le tähendab see, et kahjuhüvitise, töövõimekaotuse hindamise, pensioniea loogika ja kahju arvutamise põhimõtted kujundatakse ümber. Selgemalt ja detailsemalt reguleeritud hüvitiste maksmise skeem tähendab, et ametkondlikuks tõlgendamiseks jääb vähem ruumi. Tööandja vastutuse alustega kooskõlla viimine tähendab seevastu, et kaalutleda tuleb lisaks senisele ka töötaja omaosalust kahju tekkimisel, mis teeb keerukamaks hüvitise õiguse üle otsustamise.

**Riigieelarvele.** 2024. aastal deklareeriti tööst põhjustatud tervisekahju hüvitisi kokku 9,4 miljoni euro eest, millest 80% maksis SKA. See tähendab, et SKA kogukulu suurusjärk oli ligikaudu 7,5 miljonit eurot. Kuna 88,6% SKA kahjuhüvitise saajatest olid 2024. aasta lõpus 65-aastased või vanemad, puudutab vanaduspensioniea käsitluse muutmine valdavat osa skeemi praegusest mahust. Kui SKA hüvitis viia pensioniea järel kooskõlla üldise kahjuhüvitise skeemiga ning siduda hüvitise suurus vanusrühma hõivemääraga, võib kokkuhoid olla SKA kahjuhüvitise eelarvele oluline. Täpne kokkuhoid sõltub siiski kasutatavatest vanuserühmadest, hõivemäärast, hüvitiste vanuserühmapõhisest jaotusest ning sellest, kas uus loogika rakendub ainult uutele või ka juba määratud hüvitistele. Uuringu andmestik ei võimalda seda väga täpselt hinnata. Illustratiivse, ülemise piiri lähedase, suurusjärgu hinnanguna võib märkida, et kui pensioniealistega seotud kulu jaotuks ligikaudu proportsionaalselt saajate arvuga, oleks 65-aastaste ja vanemate hüvitise saajatega seotud SKA kahjuhüvitiste suurusjärk umbes 6,7 miljonit eurot aastas.

**Rakendusriskid.** Peamine risk puudutab juba hüvitist saavaid inimesi. Tuleb hinnata, kas ja kuidas võib hüvitise kaotamine riivata nende õiguspärast ootust. Teine risk on see, et pankroti korral võib varasem SKA sekkumine suurendada riigi koormust.

### 5.5.2 Lõpetada Sotsiaalkindlustusameti kahjuhüvitis

Teise alternatiivi korral lõpetataks SKA TÕ ja KH kahjuhüvitise määramine uutele juhtumitele. Riik ei võtaks enam üle eraõigusliku isiku tekitatud kahju hüvitamist isegi siis, kui vastutav tööandja on õigusjärglaseta lõpetatud. Lahendada tuleks selles skeemis juba määratud hüvitiste edasi maksmine või kehtestada muu asjakohane üleminekukord.

Selle lähenemise peamine argument on põhimõtteline: ühiskond ei peaks üle võtma eraõigusliku isiku vastutust kahju eest, mille kandmine peaks jääma kahjustaja kanda. Selle lahenduse eelis oleks süsteemi lihtsustumine ja riigi vastutuse selgem piiritlemine. Samas tähendab see, et olukorras, kus tööandja on lõppenud või pankrotis, jääb töötaja kanda kahju, mille tekkimist ei saa ta mõjutada. Sarnane olukord on ka teistes eraisikute vahelistes vastutusküsimustes, kus riik ei võta selliseid kohustusi üle.

Ka selle alternatiivi korral tuleb lahendada juba määratud hüvitiste saajate olukord. Kõige realistlikum oleks säilitada varasemad määramised edasi jooksvate kohustustena ning lõpetada üksnes uute juhtumite vastuvõtt. See tähendab, et kokkuhoid tekib aeglaselt, sest skeem on juba täna suuresti vanade juhtumite administreerimine ning uusi määramisi lisandub vähe.

#### 5.5.2.1 Sotsiaalkindlustusameti kahjuhüvitise lõpetamise stsenaariumi mõjuanalüüs

SKA hüvitise lõpetamisel kaoks riigi roll tööandja vastutuse üle võtjana. Õigusjärglaseta lõppenud tööandja juhtumites kaob töötaja jaoks senine hüvituskanal, riigi otsene hüvitamiskulu väheneb ja töötaja kanda jääv kahju kasvab.

**Töötajale.** Peamine mõju on negatiivne: kui tööandja on õigusjärglaseta lõppenud või pankrotis, väheneb või kaob töötaja praktiline võimalus kahju kätte saada. See tekitab õiguskaitse lünga olukorras, kus vastutus võib küll sisuliselt olemas olla, kuid selle realiseerimine ei ole enam võimalik.

**Tööandjale.** Tegutsevatele tööandjatele mõju pole. Väheneb riigi roll tööandja vastutuse viimase kandjana, kuid see ei loo automaatselt tugevamat ennetusstiimulit juhtudel, kus ettevõte lõpetatakse või muutub maksejõuetuks.

**SKA-le, Töötukassale, TI-le ja kohtusüsteemile.** SKA kahjuhüvitise kadumine tähendab mingi osa administratiivse kulu kadumist ja uute juhtumite menetlemise kaotamist. Kuna tööga seotud tervisekahju tuvastamise ja tööandjalt hüvitise nõudmise toetamise baasfunktsioonid tuleb riigil korraldada sõltumata SKA kahjuhüvitise olemasolust, siis puudutab ümberkorraldus vaid SKA väljamakstavate kahjuhüvitiste menetlemisest tulenevat kokkuhoidu.

**Riigieelarvele.** Selle alternatiivi otsene eelarve-eelis seisneb SKA kahjuhüvitiste väljamaksete vähenemises. Samas on kokkuhoid lühikeses vaates vähene, kuna uusi kahjuhüvitise menetlusi on viimastel aastatel olnud paar-kolm aastas. Seega tekib sääst esialgu peamiselt uute juhtumite ärajäämise arvelt, samas kui juba määratud hüvitiste maksmine tuleb lahendada järk-järgult. Lisaks ei kaoks riigi kulud täielikult, sest tööandjalt hüvitise taotlemise toetamiseks vajalikud baastegevused — nõustamine, hindamine, tõendamise tugi ja võimalikud vaidlused — tuleb korraldada ka SKA kahjuhüvitise likvideerimisel.

## Kasutatud allikad


*Act on Occupational Physicians, Safety Engineers and Other Occupational Safety Specialists of 12 December 1973 (Federal Gazette I p. 1885), last amended by Article 3 (5) of the Act of 20 April 2013 (Federal Gazette I p. 868).* Vaadatud 11.11.2025.

AFA Försäkring. (n.d.). *Security in working life*. [AFA kindlustus]. Vaadatud 11.11.2025.

Ameli – l'Assurance Maladie. (2025a). *Comprendre l'assurance AT/MP.* [Tervisekindlustuse kodulehekülg Ameli, hankige AT/MP kindlustus]. Vaadatud 11.11.2025.

Ameli – l'Assurance Maladie. (2025b). *Réduire les cotisations AT/MP avec la prévention.* [Tervisekindlustuse kodulehekülg Ameli, vähendage tööõnnetus-/kutsehaiguskindlustuse makseid ennetusmeetmete abil] Vaadatud 11.11.2025.

Ametniku hukkumise või surma korral hüvitist saama õigustatud isikute ja neile makstava hüvitise osakaalu määramise kord ning avalduse vorm, Vastu võetud 31.03.2016, RT I, 07.04.2016, 6. Vaadatud 19.03.2026.

Arbejdsmarkedets Erhvervssikring. (2025a). *Arbejdsskadestatistik 2024*. [Tööturukindlustus, tööst põhjustatud tervisekahjustuste statistika].

Arbejdsmarkedets Erhvervssikring. (2025b). *Godtgørelse for varigt mén, 100 pct.* [Tööturukindlustus, püsiva tervisekahjustuse hüvitis, 100 protsenti]. Vaadatud 28.01.2025.

Arbejdsmarkedets Erhvervssikring. (2025c). *Søg selv i vores statistik.* [Tööturukindlustus, otsi ise meie statistikat]. Vaadatud 12.11.2025.

Arbejdsmarkedets Erhvervssikring. (n.d.-a). *Erhvervssygdomsudvalget.* [Tööturukindlustus, kutsehaiguste komitee]. Vaadatud 18.02.2025.

Arbejdsmarkedets Erhvervssikring. (n.d.-b). *Anmeld erhvervssygdom.* [Tööturukindlustus, teata kutsehaigusest]. Vaadatud 28.01.2025.

Arbejdsmarkedets Erhvervssikring. (n.d.-c). *Fortegnelsen over erhvervssygdomme.* [Tööturukindlustus, kutsehaiguste loetelu]. Vaadatud 29.01.2025.

Arbejdsmarkedets Erhvervssikring. (n.d.-d). *Sådan behandler AES psykiske arbejdsskader.* [Tööturukindlustus, kuidas AES käsitleb psühholoogilisi tööga seotud tervisekahjustusi]. Vaadatud 12.11.2025.

Arbejdsmarkedets Erhvervssikring. (n.d.-e). *Sådan bliver sagen behandlet i AES.* [Tööturukindlustus, kuidas juhtumit AES-is käsitletakse]. Vaadatud 09.04.2025.

*Arbejdsskadesikringsloven*. LBK nr 919 af 25/06/2024. Retsinformation. [Töötajate kompensatsiooni seadus]. Vaadatud 07.11.2025.

Arbejdstilsynet. (n.d.-a). *Bekendtgørelse om asbest i arbejdsmiljøet*. [Tööohutuse ja töötervishoiu amet, täidesaatev korraldus asbesti kohta töökeskkonnas]. Vaadatud 10.11.2025.

Arbejdstilsynet. (n.d.-b). *Helbredskontrol ved natarbejde.* [Tööohutuse ja töötervishoiu amet, tervisekontroll öötöö ajal]. Vaadatud 10.11.2025.

Arbejdstilsynet. (n.d.-c). *Helkropsvibrationer.* [Tööohutuse ja töötervishoiu amet, kogu keha vibratsioon]. Vaadatud 10.11.2025.

Arbejdstilsynet. (n.d.-d). *Støj.* [Tööohutuse ja töötervishoiu amet, müra]. Vaadatud 10.11.2025.

Arbejdstilsynet. (n.d.-e). *Udsættelse for sundhedsskadelige mikroorganismer i arbejdsmiljøet.* [Tööohutuse ja töötervishoiu amet, kokkupuude kahjulike mikroorganismidega töökeskkonnas]. Vaadatud 10.11.2025.

Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan. (n.d.). *Anmäl allvarliga olyckor, allvarliga tillbud eller arbetsskador.* [Rootsi Töökeskkonnaamet ja Sotsiaalkindlustuskassa, teata rasketest õnnetustest, rasketest vahejuhtumitest või tööga seotud tervisekahjustusest]. Vaadatud 11.11.2025.

*Arodslimību izmeklēšanas un uzskaites kārtība*, 9. pielikums - arodslimību grupu klasifikācija (2006:908). [Kutsehaiguste uurimise ja registreerimise kord, lisa 9 – kutsehaiguste rühmade klassifikatsioon]. Vaadatud 10.11.2025.

*Arodslimību izmeklēšanas un uzskaites kārtība*. (2006). [Kutsehaiguste uurimise ja registreerimise kord]. Vaadatud 10.11.2025

*Bekendtgørelse om lægers og tandlægers pligt til at anmelde erhvervssygdomme til Arbejdstilsynet og Arbejdsmarkedets Erhvervssikring*. (2024). BEK nr 486 af 21/05/2024. Retsinformation. [Täidesaatev korraldus arstide ja hambaarstide kohustuse kohta teatada kutsehaigustest Taani Töökeskkonnaametile ja Taani Tööturukindlustusele]. Vaadatud 07.11.2025.

*Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) - Anlage 1.* (BGBl. I 1997, 2625 – 2626) [Saksamaa kutsehaiguste määrus – Lisa 1]. Vaadatud 11.11.2025.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. (2025). *Dokumente zu den einzelnen Berufskrankheiten.* [Föderaalne Tööohutuse ja Töötervishoiu Instituut, üksikute kutsehaigustega seotud dokumendid]. Vaadatud 11.11.2025.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (n.d.). *Ärztlicher Sachverständigenbeirat Berufskrankheiten.* [Saksamaa tööelu- ja sotsiaalministeerium, kutsehaiguste meditsiiniline nõuandekogu]. Vaadatud 14.04.2025.

Bundesärztekammer. (2025). *Ärztestatistik zum 31. Dezember 2024*. [Föderaalne Arstide Liit, arstide statistika 31. detsembriks 2024].

Caisse nationale de l'Assurance Maladie. (2024). *Rapport Annuel 2023 de l'Assurance Maladie - Risques Professionnels*. [Prantsusmaa riiklik ravikindlustusfond, 2023. aasta aruanne – tööalased riskid].

Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale. (2025). *The French social security system - Accident at work and occupational-diseases branch*. [Euroopa ja rahvusvahelise sotsiaalkindlustuse kontaktkeskus, Prantsuse sotsiaalkindlustussüsteem – tööõnnetuste ja kutsehaiguste haru]. Vaadatud 11.11.2025.

Code du travail. (2025). Légifrance. [Prantsuse tööseadus]. Vaadatud 12.11.2025.

Cullinan, P., & Koh, D. (2022). Workers' compensation schemes. D. Koh & W. H. Gan (Toim.), *Textbook of occupational medicine practice* (5th ed., lk 847–866). World Scientific Publishing Company.

Danø, H., Skov, T., & Lynge, E. (1996). Underreporting of occupational cancers in Denmark. Scandinavian journal of work, environment & health, 22(1), 55–57.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung. (2025). *Empfehlung zur Begutachtung von arbeitsbedingten Hauterkrankungen und Hautkrebserkrankungen*. [Soovitus tööga seotud nahahaiguste ja nahavähi hindamiseks].

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung. (n.d.) *Recognized cases of OD*. [Saksa seadusjärgne õnnetusjuhtumikindlustus, tunnustatud KH juhtumid]. Vaadatud 12.11.2025.

DGUV. (2011). *Empfehlung für die Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten – Falkensteiner Empfehlung.* [Soovitus asbestist tingitud kutsehaiguste hindamiseks – Falkensteineri soovitus].

DGUV. (2014). *Begutachtungsempfehlung für die Berufskrankheit Nummer 2112 (Gonarthrose)*. [Kutsehaiguse number 2112 (gonartroos) hindamissoovitus].

DGUV. (2018). *Polyneuropathie oder Enzephalopathie durch organische Lösungsmittel oder deren Gemische*. [Orgaaniliste lahustite või nende segude põhjustatud polüneuropaatia või entsefalopaatia].

DGUV. (2019). *Empfehlung für die Begutachtung von Quarzstaublungenerkrankungen (Silikosen) - Bochumer Empfehlung*. [Soovitus kvartspulbri kopsuhaiguste (silikooside) hindamiseks – Bochumi soovitus].

DGUV. (2020). *Empfehlung für die Begutachtung der Lärmschwerhörigkeit (BK-Nr. 2301) – Königsteiner Empfehlung.* [Soovitus mürast põhjustatud kuulmislanguse hindamiseks (KH nr 2301) – Königsteini soovitus].

DGUV. (2024). *Empfehlung für die Begutachtung der Berufskrankheiten der Nummern 1315 (ohne Alveolitis), 4301 und 4302 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) - Reichenhaller Empfehlung*. [Kutsehaiguste määruse (BKV) lisa 1 kutsehaiguste hindamise soovitus numbritega 1315 (välja arvatud alveoliit), 4301 ja 4302 - Reichenhalli soovitus].

DGUV. (2025). *Empfehlung für die Begutachtung von Post Covid.* [Soovitus koroonajärgse olukorra hindamiseks].

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Sous-direction de l'observation de la santé et de l'assurance maladie (OSAM). (2025). Médecins RPPS 2012-2025.xlsx. La démographie des professionnels de santé depuis 2012. [Teadusuuringute, uuringute, hindamise ja statistika direktoraat DREES ning tervise jälgimise ja tervisekindlustuse alldirektoraat OSAM, RPPS arstid 2012-2025, tervishoiutöötajate demograafia alates 2012. aastast].

Eesti Ametiühingute Keskliit, Eesti Tööandjate Keskliit, Sotsiaalministeerium. (2022). Hea tahte kokkulepe sooduspensionite reformimiseks. Allkirjastatud 2.05.2022. Vaadatud 04.12.2025.

Eglīte, M. (2012). *Darba medicīna*. Rīgas Stradiņa universitāte. [Töömeditsiin].

Eurogip. (2015). *Reporting of occupational diseases: Issues and good practices in five European countries*. Eurogip - 102/E.

Euroopa Komisjon. (2022). Komisjoni soovitus (EL) 2022/2337, 28. november 2022, Euroopa kutsehaiguste nimekirja kohta, Euroopa Liidu Teataja, L 309/12, 30.11.2022. Vaadatud 01.12.2025.

European Agency for Safety and Health at Work. (2022). *OSH Pulse - Occupational safety and health in post-pandemic workplaces*. Flash Eurobarometer – Report.

European Agency for Safety and Health at Work. (n.d.). *Postgraduate Courses for Physicians in Occupational Medicine.* Vaadatud 18.02.2025.

European Commission. (2009). *Information notices on occupational diseases: a guide to diagnosis*. Office for Official Publications of the European Communities.

European Commission. (2025). *Your social security rights in Sweden.* Publications Office of the European Union.

Eurostat. (2023). *Persons reporting a work-related health problem by educational attainment level [hsw_pb1]*. Vaadatud 07.11.2025.

Eurostat. (2024). *Methodological note DK*.

Eurostat. (2024). *Methodological note FI*.

Eurostat. (2024). *Methodological note LV*.

Eurostat. (2025). *Employed persons by professional status [lfsa_egaps]*. Vaadatud 17.11.2025.

Finnish Institute for Health and Welfare kodulehekülg. Vaadatud 11.11.2025.

Finnish Institute of Occupational Health. (2019). *Social security with a suspected occupational disease.* Vaadatud 25.04.2025.

Finnish Workers' Compensation Center. (n.d.). What is an occupational disease? Vaadatud 11.11.2025.

Forchert, M., Bischof, M., Hellmann, J., Kaup, R., Marx, M., Welsch, N., Scharmer, O. (2025). *Allgemeine Empfehlungen zur Begutachtung von Berufskrankheiten*. [Kutsehaiguste hindamise üldised soovitused].

Försäkringskassan. (2025). *Annuity – compensation for loss of income due to occupational injury.* [Sotsiaalkindlustuskassa]. Vaadatud 27.02.2025.

Försäkringskassan. (2025). *Statistik inom området sjuk – arbetsskadelivräntor och yrkesskadelivräntor.* [Sotsiaalkindlustuskassa, haigusvaldkonna statistika – tööõnnetus- ja kutsehaigusannuiteedid]. Vaadatud 12.11.2025.

Gan, W., H. & Koh, D. (2022). Textbook of Occupational Medicine Practice (5th edition). World Scientific Publishing Company.

GBD 2016 Occupational Risk Factors Collaborators. (2020). Global and regional burden of disease and injury in 2016 arising from occupational exposures: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Occupational and Environmental Medicine, 77(3), 133-141.

Gollac, M. et Bodier, M. (2011). Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser.

*Grozījumi Ministru kabineta 2006. gada 6. novembra noteikumos Nr. 908 "Arodslimību izmeklēšanas un uzskaites kārtība"*. (2025). Likumi.lv. [Ministrite Kabineti 6. novembri 2006. aasta määruse nr 908 "Kutsehaiguste uurimise ja registreerimise kord" muudatused]. Vaadatud 10.11.2025.

Hansen, J., Rasmussen, T. R., Omland, Ø., Olsen, J. H., & Danish National Board of Industrial Injuries (2007). Anmeldelse af udvalgte arbejdsbetingede kraefttilfaelde (1994-2002) til Arbejdsskadestyrelsen [Valitud tööga seotud vähijuhtumite (1994–2002) teatamine Taani Töötervisekahjustuste Nõukogule]. Ugeskrift for laeger, 169(18), 1674–1678.

Health Statistics Database. (2025). *RES010. Number of medical doctors by speciality.* Vaadatud 11.11.2025.

Heidelberg. (2025). *Have an occupational disease diagnosed.* Vaadatud 15.04.2025.

Heikkinen, J., Rytkönen, M., Räsänen, K. (2016). *The specialist physician training program in occupational health care in Finland.* University of Eastern Finland, Faculty of Health Sciences, Institute of Public Health and Clinical Nutrition.

Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung. (n.d.). *Wie-BK (nach § 9 Absatz 2 SGB VII)*. [Saksa seadusjärgse õnnetusjuhtumikindlustuse tööohutuse ja töötervishoiu instituut, nagu kutsehaigus (vastavalt SGB VII § 9 lg 2)] Vaadatud 11.02.2025.

Kela. (2025). *Sairaanhoito osana työterveyshuoltoa.* [Soome Sotsiaalkindlustusamet, arstiabi osana töötervishoiust]. Vaadatud 24.04.2025.

Kieffer, C. (2018). Incidence and detection of occupational cancers in nine European countries. Eurogip - 141/E.

Kogumispensionide seadus, vastu võetud 14.04.2004, RT I 2004, 37, 252, jõustumine 01.05.2004, viimane red. RT I, 03.12.2024, 16.

Koh, D., Gan, W., H. (2022). Work and Health. Toim. Koh, D., Gan, W. H. Textbook of occupational medicine practice. 5th ed. Chapter 1. Hackensack, NJ : World Scientific Publishing Co. lk 37-61.

Kreem, M. (2021). *Tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse võimalikkus Eestis*. [Magistritöö, Tartu Ülikool]. Tartu Ülikooli digitaalarhiiv ADA.

Küüdorf, A., Merisalu, E., Lehtsalu, M. (2008) Tervis ja karjäär. Inimese tervis – eriala valiku ja tööalase karjääri mõjutaja, Elukestva Õppe Arendamise Sihtasutus Innove. Vaadatud 01.12.2025.

Lægeforeningens Attestudvalg. (2025). *Attesttakster og Takster for forskellige forretninger per 1. april 2025.* [Arstide Liidu arstitõendite komisjon, sertifikaatide ja erinevate tehingute tasud alates 1. aprillist 2025].

*Lag om försäkringsmedicinska utredningar*. (2018). 2018:744. Sveriges riksdag. [Kindlustusmeditsiiniliste läbivaatuste seadus]. Vaadatud 11.11.2025.

Lastovkova, A., Carder, M., Rasmussen, H., Sjoberg, L., Groene, G., Sauni, R., Vevoda, J., Vevodova, S., Lasfargues, G., Svartengren, M., Varga, M., Colosio, C. & Pelclova, D. (2018). Burnout syndrome as an occupational disease in the European Union: an exploratory study. Industrial health, 56(2), 160-165.

Latvijas arodslimību ārstu biedrība. (2005). *Mugurkaula slimību saistīšanai ar arodu*. [Läti töötervishoiuarstide assotsiatsioon, selgroohaiguste seostamine kutsetööga].

Latvijas arodslimību ārstu biedrība. (2005). *Trokšņa radīto veselības traucējumu agrīnai identifikācijai un diagnosticēšanai*. [Läti töötervishoiuarstide assotsiatsioon, mürast põhjustatud tervisehäirete varajaseks avastamiseks ja diagnoosimiseks].

*Liste des tableaux.* (n.d.) Institut national de recherche et de sécurité INRS. [Prantsuse riiklik tööõnnetuste ja kutsehaiguste ennetamise uurimis- ja ohutusinstituut INRS, tabelite loend]. Vaadatud 12.11.2025.

Malvet, M. (2024). Kahjuhüvitis tööõnnetuse ja kutsehaiguse korral. Juridica, 2024(9-10), 755-761.

Masso, M., Veldre, V., Amos, M., Tammiku, M., Partei, M. (2015). *Töövõimekao hüvitamise süsteem Eestis ja rahvusvaheline võrdlus*. Praxis.

Mehiläinen. (n.d.). *The ABCs of occupational health.* Vaadatud 24.04.2025.

*Méntabel*. (2017). VEJ nr 9086 af 03/02/2017. Retsinformation. [Püsiva tervisekahjustuse hindamise tabel]. Vaadatud 07.11.2025.

Metsalu-Nurminen, I., Vinni, R., Eylandt, O. & Loide, K. (2023). Töövõime vähenemise ennetamine: Riigikontrolli aruanne Riigikogule. Riigikontroll.

Ministry of Social Affairs and Health. (n.d.) *Occupational accidents and illnesses.* Vaadatud 11.11.2025.

Ministry of Welfare Republic of Latvia. (2020). *Types of social insurance benefits.* Vaadatud 06.01.2025.

MISSOC. (n.d.). *Invalidity – comparative tables.* Vaadatud 27.02.2025

Nukka, M. (2024). Tööga seotud tervisekahjustuste nõuded kohtumenetluses. Väljakutsed ja võimalikud lahendused. [Video]. 38. Eesti õigusteadlaste päevade tööõnnetuste ja kutsehaiguste sektsioon. UTTV.

Occupational Safety and Health Administration. (2025). *Occupational and work-related diseases.* Vaadatud 24.04.2025.

Official statistics of Latvia. (2025). *Occupational disease cases by sex and diagnosis group.* Vaadatud 12.11.2025.

OSHWIKI. (2023). *OSH system at national level – Finland.* Vaadatud 24.04.2025.

Peterson, P. (2024). Kolgata tee kolmepoolsete kokkulepete saavutamisel tööohutuse ja töötervishoiuga seotud riskide maandamiseks. [Video]. 38. Eesti õigusteadlaste päevade tööõnnetuste ja kutsehaiguste sektsioon. UTTV.

Puuetega inimeste sotsiaaltoetuste seadus, Vastu võetud 27.01.1999, RT I 1999, 16, 273, viimane red. RT I, 12.06.2025, 2. Vaadatud 01.12.2025.

Ravikindlustuse seadus (RaKS), Vastu võetud 19.06.2002, RT I 2002, 62, 377, viimane red. RT I, 12.12.2024, 22.

Regeringskansliet (2023). *En ändamålsenlig arbetsskadeförsäkring.* [Rootsi valitsuskantselei, sobiv töötajate õnnetusjuhtumikindlustus].

Riigikogu. (2022). Töötervishoiu ja tööohutuse seaduse ning töölepingu seaduse muutmise seaduse eelnõu seletuskiri, Töötervishoiu ja tööohutuse seaduse ning töölepingu seaduse muutmise seadus 615 SE, Vastu võetud 26.10.2022. Vaadatud 25.04.2024.

Riigikontroll. (2007). *Riigi tegevus tööõnnetuste vähendamisel, nr OSIII-2-1.4/07/47.* Riigikontroll.

Rätsep, A., Trumm, E., Aaviksoo, E., Kostabi, E., Tamm, G., Urmann, H., Lubi, K., Lees, K., Kiisel, M., Mägi, M., Kiivet, R. A., Kalda, R., Puur, S., M. ja Tubelt, E. (2020). *Töötervishoiuteenuse uuring Sotsiaalministeeriumile*. Tartu Ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuuringute keskus RAKE, Peremeditsiini ja rahvatervise instituut; Tallinna Tervishoiu Kõrgkool.

Rünkla, E. (2014). Töökeskkond, kogumikus Ü. Marksoo (toim) Töövaldkonna areng 2013, Sotsiaalministeeriumi toimetised nr 4/2014, lk 44-61. Vaadatud 1.12.2025.

*Siebtes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Unfallversicherung* BGBl. I S. 1254. [Sotsiaalseadustiku seitsmes raamat – tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustus – (7. augusti 1996. aasta seaduse artikkel 1, Liidumaa Teataja I lk 1254)]. Vaadatud 11.11.2025.

Skov, T., Mikkelsen, S., Svane, O. & Lynge, E. (1990). Reporting of occupational cancer Denmark. Scandinavian journal of work, environment & health, 16(6), 401-405.

Socialstyrelsen. (2025). *Statistikdatabaser - Hälso- och sjukvårdspersonal*. [Rootsi Sotsiaalamet, statistilised andmebaasid – tervishoiu- ja meditsiinitöötajad]. Vaadatud 11.11.2025.

Sotsiaalhoolekande seadus, Vastu võetud 09.12.2015, RT I, 30.12.2015, 5, viimane red. RT I, 12.06.2025, 24

Sotsiaalministeerium. (2018). *Tööõnnetuskindlustuse väljatöötamise kavatsus.*

Sotsiaalministeerium. (2019). *Töökeskkonna vaimse tervise analüüs*. Sotsiaalministeeriumi töö- ja pensionipoliitika töökeskkonna üksus.

Sotsiaalministeerium. (2020). *Töövõime hindamise metoodika: 31.03.2020 korrigeeritud versioon*.

Sundhedsdatabanken. (2025). *Uddannede sundhedspersoner i arbejdsstyrken.* [Taani terviseandmebaas, koolitatud tervishoiutöötajad tööjõus]. Vaadatud 10.11.2025.

Sundhedsstyrelsen. (2022). *Målbeskrivelse for speciallægeuddannelsen i Arbejdsmedicin*. [Taani Terviseamet, töötervishoiu erialase koolituse eesmärgi kirjeldus].

Tapaturmavakuutuskeskuse (TVK). (2016). *Notice of occupational disease*.

Terveysportti kodulehekülg. Vaadatud 11.11.2025.

Terviseamet. (2024). *Kutsehaigestumine ja tööst põhjustatud haigestumine 2021. aastal.* Vaadatud 20.01.2026.

Tervise Arengu Instituut. (2023). *Rahvastiku tervise aastaraamat 2023. Eesti rahvastiku tervise ja selle mõjurite muutused 2000-2022*. Tervise Arengu Instituut.

Tervise Arengu Instituut. (2025). *THT001: Tervishoiutöötajad, täidetud ametikohad ja ületunnid ameti järgi.* Vaadatud 10.11.2025.

The Centre for Occupational Safety. (n.d.). *Workplace survey.* Vaadatud 25.04.2025.

Tööinspektsioon. (2020). *Töökeskkond 2019.* Vaadatud 30.01.2026.

Tööinspektsioon. (2021). *Tööst põhjustatud haigestumine*. Tööelu, 08.02.2021. Vaadatud 25.04.2025.

Töölepingu seadus (TLS), vastu võetud 17.12.2008, RT I 2009, 5, 35, jõustumine 01.07.2009, viimane red. RT I, 23.12.2024, 6. Vaadatud 01.12.2025.

Töötervishoiu ja tööohutuse seadus (TTOS), vastu võetud 16.06.1999, RT I 1999, 60, 616, jõustumine 26.07.1999, viimane red. RT I, 30.01.2025, 10. Vaadatud 01.12.2025.

Tööturumeetmete seadus (TöMS), Vastu võetud 15.02.2023, RT I, 07.03.2023, 5, jõustumine 01.01.2024, viimane red. RT I, 12.06.2025, 15. Vaadatud 01.12.2025.

Töötuskindlustuse seadus, vastu võetud 13.06.2001, RT I 2001, 59, 359, jõustumine 01.01.2002, viimane red. RT I, 03.06.2025, 4. Vaadatud 01.12.2025.

Töövõime kaotuse protsendi määramise juhend. Vastu võetud 23.01.2002, RTL 2002, 9, 92. Vaadatud 19.03.2026.

Töövõimetoetuse seadus, vastu võetud 19.11.2014, RT I, 13.12.2014, 1, jõustumine 01.07.2016, viimane red. RT I, 26.06.2025, 32.

Työtapaturma- ja ammattitautilaki. (2015). 459/2015. Finlex. [Tööõnnetuste ja kutsehaiguste seadus]. Vaadatud 11.11.2025.

Työterveyslaitos. (2025). *Ammattitaudit ja ammattitautiepäilyt 2021-2022*. [Soome Töötervishoiu Instituut, kutsehaigused ja kutsehaiguse kahtlused 2021-2022].

Työterveyslaitos. (2023). *Työterveyshuollon toiminta ja laatu*. [Soome Töötervishoiu Instituut, töötervishoiu toimimine ja kvaliteet].

Työterveyslaitos. (n.d.). *Ammattitaudit.* [Soome Töötervishoiu Instituut, kutsehaigused]. Vaadatud 29.04.2025.

Työterveyslaitos. (n.d.). *Työperäinen syöpä*. [Soome Töötervishoiu Instituut, tööga seotud vähk]. Vaadatud 29.04.2025.

Työterveyslaitos. (n.d.). Työterveyshuollon pätevöittävät koulutukset. [Soome Töötervishoiu Instituut, töötervishoiu kvalifikatsioonikoolitus]. Vaadatud 11.11.2025.

Unfallkassen und Berufsgenossenschaften. (n.d.). *Serviceportal der gesetzlichen Unfallversicherung.* [Avaliku sektori õnnetuskindlustuskassad ja kutseõnnetuskindlustuse ühingud, kohustusliku õnnetusjuhtumikindlustuse teenindusportaal]. Vaadatud 11.11.2025.

Vabariigi Valitsus. (2003). 13. mai 2003. a määrus nr 146, Tööõnnetuse ja kutsehaigestumise registreerimise, teatamise ning uurimise kord, RT I 2003, 42, 289.

Vabariigi Valitsus. (2008). 3. aprilli 2008. a määrus nr 75, Tööõnnetuse ja kutsehaigestumise registreerimise, teatamise ja uurimise kord. RT I 2008, 17, 120, viimane red. RT I, 22.11.2022, 9.

Vabariigi Valitsus. (2023a). 29. septembri 2023. a määrus nr 90, Tööhõiveprogramm 2024–2029, RT I, 03.10.2023, 21.

Varblane, K. (2024) Tööandjad kindlustavad üha enam töötajate ravikulusid, aga enda vastutust mitte. Uudis Eesti Liikluskindlustuse Fondi/Eesti Kindlustusseltside Liidu veebilehel. Vaadatud 19.03.2026.

*Vejledning om arbejdsbetingede tandskader 2016*. (2016). VEJ nr 9662 af 28/06/2016. Retsinformation. [Tööga seotud hambavigastuste juhend 2016]. Vaadatud 10.11.2025.

*Vejledning om erhvervssygdomme anmeldt fra 1. januar 2005*. (2024). VEJ nr 10031 af 06/12/2024. [Kutsehaiguste juhend, millest on teatatud alates 1. jaanuarist 2005]. Retsinformation. Vaadatud 10.11.2025.

*Vejledning om opløsningsmiddelforgiftning 2016*. (2016). VEJ nr 9663 af 28/06/2016. Retsinformation. [Lahustimürgistuse juhend 2016]. Vaadatud 10.11.2025.

Veldre, V., Masso, M. & Osila, L. (2015). *Vaimse tervise häirega inimesed tööturul*. Praxis.

Voltri, J. (2018). Riik otsib võimalusi töötajaid tööõnnetuste vastu kindlustada. ERR.

World Health Organization. (1985). *Identification and Control of Work-Related Diseases. Report of a WHO Expert Committee (meeting held in Geneva 28 Nov – 2 Dec 1983)*. Technical Report Series No. 714. Geneva: WHO. Vaadatud 30.11.2025.

World Health Organization. *New cases of occupational diseases per 100 000.* Vaadatud 07.11.2025.

Võlaõigusseadus (VõS), vastu võetud 26.09.2001, RT I 2001, 81, 487, jõustumine 01.07.2002, viimane red. RT I, 11.11.2025, 16

Õiguskantsler (2014). Seisukoht vastuolu mittetuvastamise kohta. Tööõnnetuse ja kutsehaiguste sotsiaalkindlustusskeem. Vastuskiri 26.03.2014 nr 6-1/140402/1401362. Vaadatud 05.12.2025.

Õiguskantsler (2021). Tervisekahju hüvitise maksmine. Kiri 03.08.2021 nr 14-1/211102/2104970. Õiguskantsler. Vaadatud 05.12.2025.

# Lisa 1 Hindamise metoodika: tööõnnetuse puhasmõju töötasule

TÕ puhasmõju hinnangu määratleme järgmiselt:

*mõju = tulemus sekkumisega − tulemus sekkumiseta*

Probleem on selles, et me ei näe kunagi sama inimest samal ajal kahes olekus (TÕ-sse sattununa ja TÕ-sse mittesattununa). Kui TÕ-sse satutaks juhuslikult, siis võiksime võrdluseks kasutada lihtsalt TÕ-sse mittesattunuid. Kuna aga võime eeldada, et TÕ-sse sattunud ei ole päris juhuslik läbilõige populatsioonist, vaid on korreleeritud soo, vanuse, töö iseloomu (nt stabiilsus, sissetuleku tase) ja muude individuaalsete karakteristikutega, siis tooks taoline lähenemine kaasa mõjuhinnangu kallutatuse. Üheks lahenduseks on sobitamismeetodid, mis aitavad leida TÕ-sse mittesattunute hulgast iga osaleja jaoks nn "statistilise teisiku". See "teisik" on oma taustalt (vanus, haridus, töökogemus jne) piisavalt sarnane TÕ-s osalejale, et võiksime eeldada, et tema tulemus oleks sama, kui õnnetuses osalenu poleks õnnetusse sattunud. Seeläbi luuakse nn kontrafaktuaalne (*counterfactual*) analüüsiraamistik, milles hinnatakse samaaegselt sissetulekuid õnnetusse sattunute populatsioonis (vaatlusgrupp ehk *treatment group*) ning teoreetilises konstrueeritud populatsioonis (kontrollgrupp ehk *control group*), mis on (võimalike mõõdetavate tunnuste lõikes) identne esimesega, kuid kus keegi TÕ-sse ei sattunud.

Tööõnnetuse mõju hindamiseks sissetulekutele ja hõivele konstrueerisime taolise kontrafaktuaalse analüüsiraamistiku, kus kasutasime vaatlusgrupi ja kontrollgrupi tasakaalustamiseks täppissobitamist (*exact matching*). Analoogset analüüsi pole võimalik teha KH ja TPH inimestele, kuna puudub võimalus sobiva võrdlusgrupi koostamiseks.

Kasutasime riskihulgal põhinevat sobitamist (*risk set matching*), kus igale TÕ-sse sattunud isikule (vaatlusgrupp) leidsime vaste isikute hulgast, kes olid samal ajahetkel (TÕ registreerimise kuul) hõivatud, kuid kelle TÕ juhtus piisavalt kaugel perioodil, vähemalt 48 kuud varem või hiljem[79]. See tagab võrdluse identsetes makromajanduslikes tingimustes.

Igale vaatlusgrupi liikmele sobitati kontrollisik suhtes 1:1, täpse kokkulangevusega järgmistes tunnustes:

- Vaatluskuu: kontrollisik peab olema hõivatud samal kalendrikuul, mil toimus TÕ.
- Demograafia: sugu ja vanus (vanus sündmuse hetkel aastates).
- Hõive ajalugu ja stabiilsus: töötatud kuude arv sündmusele eelneva 24 kuu jooksul. See kriteerium on kriitiline, et vähendada valikunihet (*selection bias*), vältides ebastabiilse tööajalooga isikute võrdlemist püsiva karjääriga töötajatega.

Hinnatavaks tunnuseks oli sotsiaalmaksustatud töine brutotulu koos nulltuludega (inimene võeti arvesse ka kuul kui ta ei teeninud tulu). Kõik tulud esitame 2022. aasta hindades.

[79] Uuringus saime kasutada registriandmeid perioodil 2015–2024 registreeritud tööst põhjustatud tervisekahjuga inimeste kohta, mistõttu pidime koostama TÕ-sse satttunud inimestest nii vaatlus- kui kontrollgrupi. Kontrollgrupi koostamine muudel alustel ülejäänud populatsioonist polnud andmete piirangu tõttu praeguses uuringus võimalik.

# Lisa 2 Tööst põhjustatud tervisekahjuga inimeste küsitluse metoodika

## Lisa 2.1 Küsitluse valim ja korraldus

Küsitluse üldkogumi moodustasid inimesed, kellel on TI andmetel alates 2015. aastast diagnoositud KH, TPH või kes on sattunud TÕ-sse.

Küsitluse struktuur oli tervisekahju-spetsiifiline: küsimustik sisaldas eraldi mooduleid sõltuvalt sellest, kas vastajal oli diagnoositud KH, tööst põhjustatud haigus või oli aset leidnud tööõnnetus. Seetõttu oli vajalik üheselt eristada, millise tervisekahju kohta vastaja vastab. Arvestades, et samal isikul võis ajas esineda mitu erinevat tervisekahju (nt varasem tööõnnetus ja hilisem KH diagnoos), küsisime TI andmed vastaja viimati tuvastatud tervisekahju kohta ning suunasime ka küsimustikus vastamise sellele viimasele juhtumile. Näiteks juhul, kui vastaja oli varem sattunud tööõnnetusse, kuid hiljem diagnoositi tal KH, vastas ta KH mooduli küsimustele.

Küsitluse kutse saatmiseks vajalikud kontaktandmed (nimi ja e-posti aadress) küsisime rahvastikuregistrist. Viimase 10 aasta jooksul KH ja TPH-ga isikute kontaktid küsisime kõikselt, TÕ-sse sattunute puhul palusime rahvastikuregistril võtta valimisse 10% sel ajaperioodi tööõnnetusse sattunud inimestest. Kõikidele päringutele kehtis tingimus, et isik oli väljavõtte tegemise hetkel elus. Vastava päringu alusel saime rahvastikuregistrist kokku 4244 kontakti, sh 259 KH-ga, 500 TPH-ga ja 3485 TÕ-ga isikut (vt ka Tabel 6).

Küsitluse viisime läbi veebis Limesurvey küsitluskeskkonnas. Kõikidele valimisse valitud inimestele saatsime nende e-posti aadressile kutse küsitlusele vastamiseks. E-kirjas oli uuringu tutvustus ning individuaalne link küsitlusankeedile. Küsitluskutse tekst oli esitatud nii eesti kui ka vene keeles.

Kuna valim sisaldas mitu tuhat inimest, ei saanud me neile kõigile saata küsitluskutset korraga (liiga suure hulga kirjade kiire väljasaatmine võib põhjustada olukorra, kus kirja saatja tuvastatakse rämpsposti saatjana ning järgnevad kirjad blokeeritakse). Seetõttu toimus uuringukutsete väljasaatmine kolme päeva jooksul, igal päeval saadetavate kirjade hulka vähehaaval suurendades. Uuringukutse e-kirjade väljasaatmine toimus 25.–27.08.2025 ning vastamise tähtajaks oli seatud 8.09.2025. Saatsime meeldetuletuse uuringus osalemiseks neile, kes polnud küsitlusele vastamist alustanud või kellel oli vastamine jäänud pooleli kuupäevadel 4.–5.09.2025.

Rahvastikuregistrist saadud kontaktide nimekirjas vigaseid e-posti aadresse ei olnud. Mitteeksisteerivaid aadresse oli 164 (3,86% kõigist e-posti aadressidest). Ankeedi alguses küsisime vastajatelt nõusolekut küsitluses osalemiseks ja isikuandmete töötlemiseks; ankeedi avanuid, kuid osalemisega mittenõustunuid oli 106. Seejärel küsisime, kas TI-s vastaja kohta viimati registreeritud teave tema tööst põhjustatud tervisekahjustuse (KH, TPH või TÕ) kohta vastab tõele. Neid, kes vastasid, et teave ei vasta tõele või et nad pole selles kindlad, oli 142 (vt ka Tabel 6). Mõned valimisse kuulunud Inimesed võtsid meiega ise ühendust ja selgitasid teabe võimalikku ebatäpsust või oma ebakindlust: (1) nad ei olnud kindlad, kuidas nende tööga seotud haiguse diagnoosimisprotsess lõppes (kas ja milline diagnoos pandi); (2) nad väitsid, et neil ei ole tööga seotud haiguse diagnoosi ega tööõnnetust olnud (s.t registriandmed on ekslikud); (3) pensioniealised teatasid, et „neil ei ole enam" KH-d või TPH-d, kuna nad ei tööta enam. Lisaks teatasid mõned eakamad inimesed, et jätsid ankeedile vastamata väheste arvutioskuste tõttu.

## Lisa 2.2 Vastamismäär

Üldine efektiivne vastamismäär (st osakaal valimist, kes vastasid valikukriteeriumitele ja täitsid ankeedi lõpuni) oli 11,8% (Tabel 6). Samas tervisekahjude liikide lõikes erines see märkimisväärselt – KH puhul oli vastamismäär ligi 30%, TPH-ga inimeste hulgas 28%, TÕ valimis oli vastamismäär oluliselt madalam - 8%. TÕ valimis torkab silma ka suur hulk vastanuid, kes ei seostanud endaga TI-s registreeritud TÕ-d või ei mäletanud seda.

*Tabel 6. Üldkogumi suurus, valimi suurus, vastanute arv ja vastamismäärad juhtumi liigi lõikes*

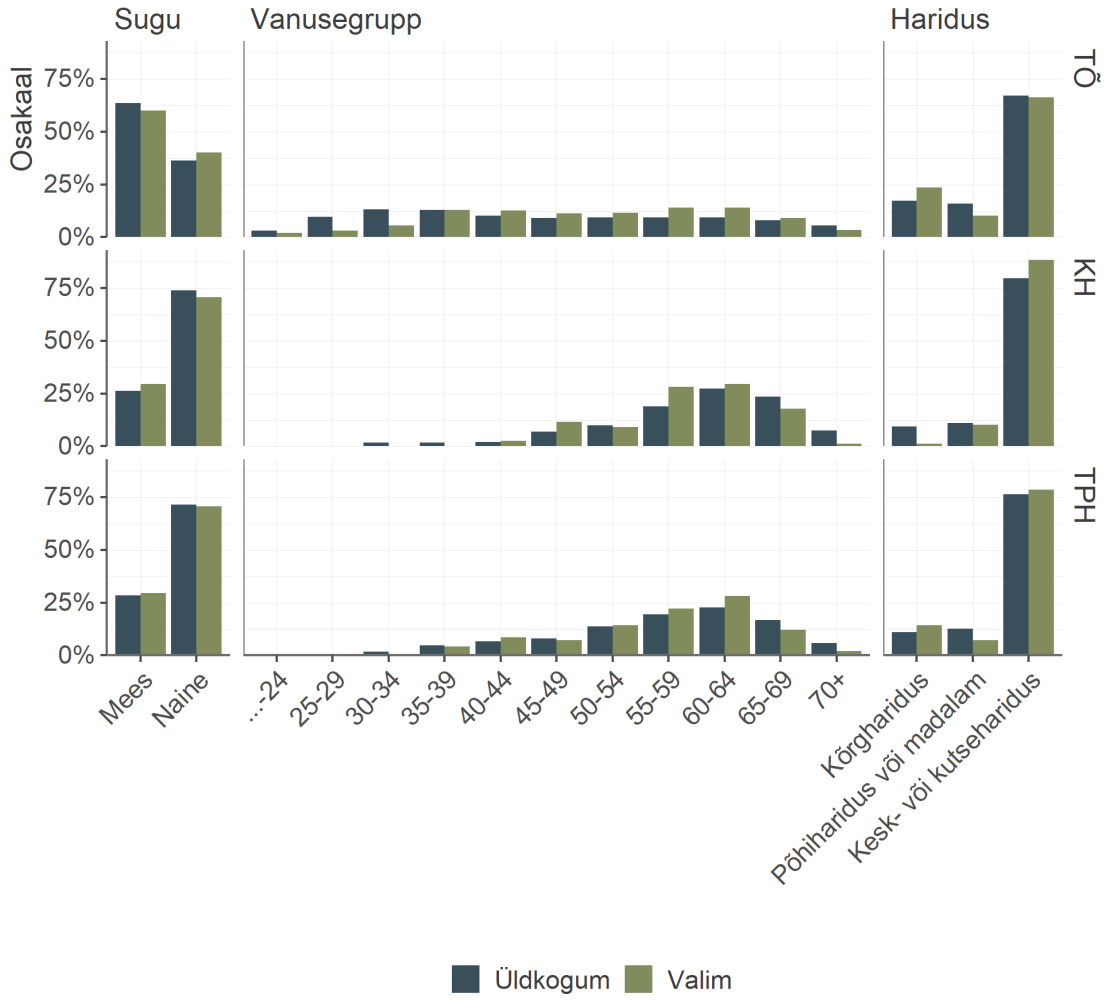
| | **Üld-kogumi suurus** | **Valimi suurus** | **Kontaktide arv[1]** | **Esialgne vastamis-määr** | **Nõusolekute arv[2]** | **Kuulub sihtühma[3]** | **Efektiivne vastamis-määr** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TÕ | 35 939 | 3 485 | 489 | 14,0% | 401 | 285 | 8,2% |
| KH | 279 | 259 | 94 | 36,3% | 88 | 78 | 30,1% |
| TPH | 517 | 500 | 167 | 33,4% | 155 | 139 | 27,8% |
| Kokku | 36 735 | 4 244 | 750 | 17,7% | 644 | 502 | 11,8% |

*[1]Vastasid küsitluskutsele*
*[2]Andsid nõusoleku oma andmete töötlemiseks*
*[3]Kinnitasid, et TI info nende kohta on korrektne ning täitsid ankeedi lõpuni*

Vastanute jaotus sotsiaaldemograafiliste gruppide lõikes vastab küllaltki hästi üldkogumi jaotustele kõikides tervisekahju liikides (Joonis 49, vt ka Tabel 7). Soo lõikes ei ole üheski grupis süstemaatilist erinevust üldkogumi ja vastanute osakaalude vahel. Ka hariduse lõikes on vastanute osakaalud üldiselt üldkogumiga proportsionaalsed. Vaid KH-ga inimestel on kõrgharidusega vastajaid oluliselt vähem kui üldkogumis, kuid tuleb arvestada, et nii KH kui TPH-ga inimesi ongi väga vähe. Analüüsides tuleb sellega arvestada ning vältida väga spetsiifilistes lõigetes hinnangute andmist. Vanusegruppide lõikes on KH ja TPH-ga inimeste valimites vastanuid proportsionaalselt üldkogumiga. TÕ valim on mõnevõrra tasakaalust väljas – nooremad vanusegrupid on alaesindatud ning vanemad üleesindatud – kuid väga suurt lahknevust ei esine.

Kuna valimi ja üldkogumi vahel olulisi proportsioonide erinevusi ei ole, siis ei ole vajadust ka valimite kaalumiseks. Samas tuleb analüüsi käigus arvestada, et tegemist on küllaltki väikeste gruppidega ning seetõttu on otstarbekas standardvigade hindamisel kasutada lõpliku populatsiooni korrektsiooni (*finite population correction*).

*Joonis 49. Sotsiaal-demograafiliste gruppide osakaalud üldkogumis ja valimis*




*Tabel 7. Üldkogumi suurused ja vastanute arvud sotsiaaldemograafiliste gruppide lõikes*

| Liik | Tunnus | Kategooria | N[1] | n[2] |
|---|---|---|---|---|
| TÕ | Kokku | Kokku | 35 939 | 285 |
| | Sugu | Mees | 22 881 | 171 |
| | | Naine | 13 058 | 114 |
| | Haridus | Puudub | 751 | 0 |
| | | Kõrgharidus | 6 053 | 67 |
| | | Põhiharidus või madalam | 5 574 | 29 |
| | | Kesk- või kutseharidus | 23 561 | 189 |
| | Vanusegrupp | ...-24 | 1 117 | 6 |
| | | 25-29 | 3 477 | 9 |
| | | 30-34 | 4 740 | 16 |
| | | 35-39 | 4 673 | 37 |
| | | 40-44 | 3 674 | 36 |
| | | 45-49 | 3 292 | 32 |
| | | 50-54 | 3 391 | 33 |

| Liik | Tunnus | Kategooria | N[1] | n[2] |
|---|---|---|---|---|
| | | 55-59 | 3 356 | 40 |
| | | 60-64 | 3 368 | 40 |
| | | 65-69 | 2 899 | 26 |
| | | 70+ | 1 952 | 10 |
| KH | Kokku | Kokku | 279 | 78 |
| | Sugu | Mees | 73 | 23 |
| | | Naine | 206 | 55 |
| | Haridus | Puudub | 9 | 0 |
| | | Kõrgharidus | 25 | 1 |
| | | Põhiharidus või madalam | 30 | 8 |
| | | Kesk- või kutseharidus | 215 | 69 |
| | Vanusegrupp | 30-34 | 5 | 0 |
| | | 35-39 | 5 | 0 |
| | | 40-44 | 6 | 2 |
| | | 45-49 | 19 | 9 |
| | | 50-54 | 28 | 7 |
| | | 55-59 | 53 | 22 |
| | | 60-64 | 76 | 23 |
| | | 65-69 | 66 | 14 |
| | | 70+ | 21 | 1 |
| TPH | Kokku | Kokku | 517 | 139 |
| | Sugu | Mees | 147 | 41 |
| | | Naine | 370 | 98 |
| | Haridus | Puudub | 8 | 0 |
| | | Kõrgharidus | 56 | 20 |
| | | Põhiharidus või madalam | 64 | 10 |
| | | Kesk- või kutseharidus | 389 | 109 |
| | Vanusegrupp | 25-29 | 1 | 0 |
| | | 30-34 | 9 | 1 |
| | | 35-39 | 25 | 6 |
| | | 40-44 | 35 | 12 |
| | | 45-49 | 41 | 10 |
| | | 50-54 | 71 | 20 |
| | | 55-59 | 101 | 31 |
| | | 60-64 | 118 | 39 |
| | | 65-69 | 86 | 17 |
| | | 70+ | 30 | 3 |

*[1]Üldkogumi suurus*
*[2]Vastanute arv*

# Lisa 3 Kohtuvaidluste analüüsi metoodika ja koondstatistika

Kohtuvaidluseid analüüsime avalike kohtulahendite põhjal.[80] Kohtulahendite analüüsi eesmärk on kaardistada viimase 10 aasta kohtupraktika tööst põhjustatud tervisekahjudest tingitud kulude hüvitamisel ning kirjeldada töötaja teekond alates tervisekahju tekkimisest kuni kahjuhüvitise saamiseni.

Analüüsisime kohtuasju, mis vastasid järgmistele tingimustele:

- kohtulahend on jõustunud alates **1. jaanuarist 2015,**
- lahendi tekst sisaldas sõnu „**kutsehaigus**“ või „**tööõnnetus**“[81],
- töötaja nõudis tervisekahju tekkimise eest tööandjalt või SKA-lt **hüvitist**.[82]

Ühe kohtuasja või kaasusena kajastame osapoolte ühte vaidlust alates hagi esitamisest kuni lahendi jõustumiseni kõikides kohtuastmetes.

Perioodil 2015–2025 oli kokku 75 kohtuasja, millest 49 olid KH ja 26 TÕ.[83] Seega jõuab TÕ vaidlusi kohtusse ligi poole vähem kui KH vaidlusi. Aastas lahendatakse keskmiselt[84] 4,9 KH ja 2,5 TÕ hüvitise vaidlust. Võrreldes perioodiga 2004 – 2014 on keskmine kohtuvaidluste arv 2015–2025 *ca* 1/3 võrra väiksem, mis näitab, et kohtusse jõuab vähem vaidluseid või on nende lahendamise aeg pikenenud. Perioodil 2004-2014 oli Masso jt (2015, lk 248)[85] järgi aastas 3,7 TÕ ja 6,3 KH kaasust.

*Tabel 8. Kohtuasjade arv lahendi jõustumise aasta järgi, 2015–2025*

| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025* | Teadmata** | Kokku | Keskmine 2015–2024 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **KH** | 7 | 6 | 12 | 5 | 7 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 2 | 49 | 4,9 |
| **TÕ** | 2 | 1 | 5 | 2 | 3 | 1 | 4 | 2 | 2 | 3 | 1 | | 26 | 2,5 |
| **Kokku** | **9** | **7** | **17** | **7** | **10** | **1** | **5** | **4** | **5** | **7** | **1** | **2** | **75** | **7,4** |

**2025 aasta kajastab kohtulahendeid, mis olid Riigi Teataja kohtulahendite andmebaasis märtsi seisuga. Keskmiste arvutamisel jäetakse 2025. aasta osalise katvuse tõttu välja.*

***Teadmata tähendab, et Riigi Teataja* andmestiku järgi on *lahend* jõustunud*, aga Riigikohus saatis asja täiendavale arutamisele ringkonna- või maakohtusse, kuid vastava kohtu lahendit ei ole.*

Allikas: *Perioodi 2015–2025 kohtulahendite analüüs*

[80] https://www.riigiteataja.ee/kohtulahendid/koik_menetlused.html

[81] Lisaks testiti märksõnu „tööst põhjustatud haigus“, „tööga seotud haigus“, „tööst põhjustatud tervisekahju“ ja „tööst tingitud tervisekahju“. Ükski märksõnadest ei lisanud täiendavaid kohtuasju, mis poleks juba kasutatud märksõnadega kaetud ning kus vaieldaks hüvitise üle.

[82] Välja jäid kohtuasjad, mille sisuks oli näiteks vaidlus töövõime ulatuse protsendi üle või muud töölepingu lõpetamise vaidlused, pankrotimenetlused ja elatise maksmise vaidlused, mille lahendi tekstis märgiti isiku TÕ-d või KH-d.

[83] Juhtumid on liigitatud selle järgi, kas hüvitist taotleti KH või TÕ alusel, mitte selle järgi, millisel alusel hüvitis lõpuks määrati. Enamasti käsitles kohus juhtumit vastavalt esitatud taotlusele – kas KH või TÕ-na. Erandiks oli kolm juhtumit, mida kohus käsitles muu tervisekahjuna. Kui hüvitist taotleti korraga nii KH kui ka TÕ alusel, liigitati juhtum KH alla, kuna TÕ oli KH kujunemist soodustav tegur.

[84] Aastate 2015–2024 põhjal, arvutusest jätsime välja 2025. aasta, mis on ainult osaliselt analüüsi hõlmatud.

[85] Masso, M., Veldre, V., Amos, M., Tammiku, M., Partei, M. (2015). Töövõimekao hüvitamise süsteem Eestis ja rahvusvaheline võrdlus. Vaadatud 19.03.2026.

12-l juhul 75-st mainiti kohtulahendis, et tööandja oli enne kohtuvaidlust maksnud hagejale hüvitist (ühel juhul mainiti kindlustusfirma makseid). Kohtuvaidlused tekkisid neil juhtudel sellest, et tööandja kas lõpetas hüvitise maksmise või maksis ettenähtust vähem (näiteks hüvitist ei indekseeritud).

Kohtu kaudu tööandjalt tervisekahju välja nõudmiseks ei pea olema diagnoositud KH. Tervisekahju hüvitamist saab nõuda igasuguse tervisekahju korral, kui töötaja tõendab tööandja süüd kahju tekkimisel. Üldjuhul oli vaatlusalustes kaasustes inimesel KH diagnoositud. Vaid ühel juhul taotles töötaja endiselt tööandjalt hüvitist diagnoosimata KH-ga, põhinedes töötervishoiuarsti arvamusele[86] ja ühel juhul[87] taotles töötaja TPH-ga

KH-d kujunevad tavaliselt välja pika aja jooksul, ilmnevad seega vanematel inimestel ning sageli pole need ainukeseks haiguseks. Üheksas KH kaasuses (18% KH kaasustest) märgitakse inimesel lisaks KH-le üldhaigestumist. Kõige sagedasem KH diagnoos oli ülekoormushaigus. 44-st KH juhtumist, mille diagnoosi kohtuasjas käsitleti, olid 84% (37) ülekoormushaiguse juhtumid. Mõnel juhul oli veel teisi kaasuvaid diagnoose. Lisaks ülekoormushaigusele esines kohtus hüvitist taotlevatel KH-ga inimestel nt vibratsioontõbe, dermatiiti, astmat, kuulmiskahjustusi. KH-de peamised riskitegurid olid sundasendid, korduvad liigutused ja füüsiline koormus.

Enamik hagejatest on kostja juures töötanud lihttöölise, seadme- ja masinaoperaatori või oskustöölisena (näiteks õmbleja, pingioperaator, lüpsja, autojuht). Tegevusvaldkondadest on enam esindatud tööstus, põllumajandus ja ehitus. Eraldi kategooria moodustavad turvatöötajad, korrakaitsjad ja inspektorid (näiteks politseinik, valvur, turvatöötaja), kellel on suurem TÕ tõttu tervisekahju tekkimise oht.

Kohus arutab ja lahendab töötajate esitatud hüvitiste taotlusi ning ei analüüsi ega paku välja hüvitisi, mida töötajad ise ei oska hagis taotleda. Töötajad taotlevad kohtus ühte või mitut järgnevatest hüvitistest:

1. **Saamatajäänud tulu hüvitis** (VõS § 128 lg 4). Saamata jäänud tulu on kasu, mida isik oleks vastavalt asjaoludele, eelkõige tema poolt tehtud ettevalmistuste tõttu, tõenäoliselt saanud, kui kahju hüvitamise aluseks olevat asjaolu ei oleks esinenud. Saamata jäänud tulu võib seisneda ka kasu saamise võimaluse kaotamises:
    a. Seni **saamatajäänud tulu hüvitis ühekordse maksena** saamatajäänud tulu eest kuni kohtulahendini (ühekordne saamatajäänud tulu);
    b. Tulevikus **saamata jääva tulu hüvitis regulaarse maksena** pärast kohtulahendit määratakse tavaliselt sarnaselt töötasu maksmisega kuiselt (regulaarne saamatajäänud tulu).
2. **Muude kulude kompenseerimine** (sisaldab ravimite, abivahendite, taastusravi jm kulusid) ehk otsene varaline kahju VõS § 128 lg 3 (muu varaline kahju).
3. **Mittevaralise kahju,** hõlmab eelkõige kahjustatud isiku füüsilist ja hingelist valu ning kannatusi**, hüvitist** (VõS § 128 lg 5).

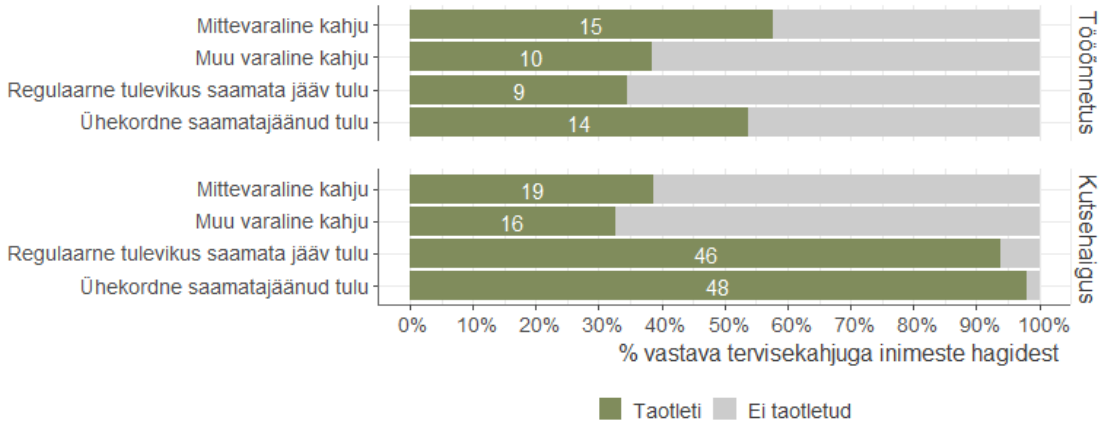
KH juhtumites taotletakse tavaliselt saamatajäänud tulu ühekordse või regulaarse hüvitisena, muu varalise kahju ja mittevaralise kahju hüvitisi taotletakse vähem kui pooltel juhtudel (vt Joonis 50). TÕ tagajärjel

[86] Kohtuasi nr 2-21-4391, kus inimene taotles hüvitist tööandja töö- ja puhkeaja reeglite rikkumise alusel, mis tekitasid hageja väitel südameveresoonkonna haiguse. Töötaja esitas töötervishoiuarsti arvamuse, mille järgi oli töökeskkonna ohutegurite mõju haiguse ägenemisele ning esile tulekule orienteeruvalt 10%-lise osakaaluga. Kuna töö- ja puhkeaja rikkumine ei leidnud tõendamist, siis otsustas kohus, et töötervishoiuarsti arvamus oli ekslik.

[87] 3-22-328, kus märgitakse, et töötajal diagnoositi tööga seotud haigus ja EPRH tuvastas, et haiguse tekitasid SKA teenistussuhtes esinenud psühhosotsiaalsed ohutegurid (sh töötamine üksinda, vaimne ülekoormus). Kaasuses ei märgita KH diagnoosimist, mistõttu on põhjust arvata, et tegemist oli TPH diagnoosiga.

tekkinud tervisekahju hüvitamiseks taotletakse erinevaid hüvitisi, ligi pooltel juhtudel mittevaralist kahju ja saamatajäänud tulu ühekordse maksena. Muu varalise kahju ja regulaarse saamatajääva tulu hüvitist taotleti harvem kui 40%.

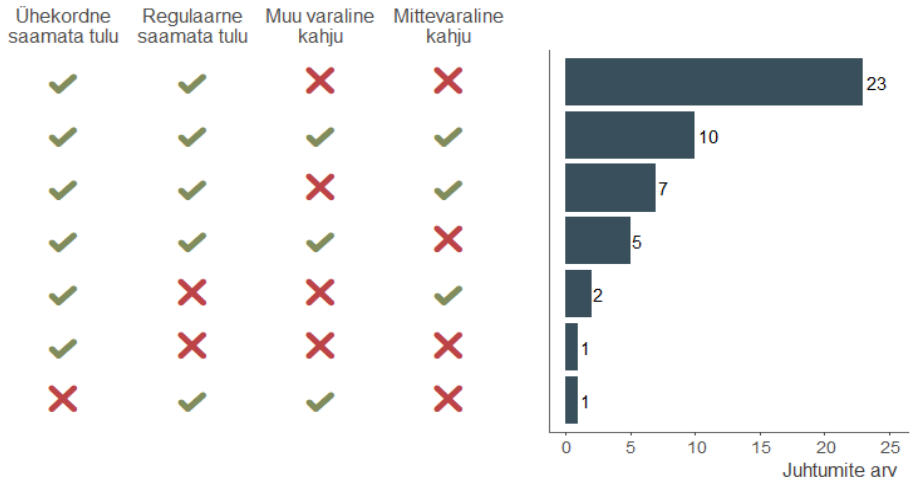
*Joonis 50. Kohtuasjade arv ja osakaal hageja taotletud hüvitise liikide järgi (% vastava tervisekahjuga inimeste hagidest, arv joonisel näitab kohtuasjade arvu)*




*Allikas: Perioodi 2015–2025 kohtulahendite analüüs*

Hüvitiste kombinatsioonidest taotlevad KH-ga töötajad kõige sagedamini samaaegselt ühekordset varem saamata jäänud tulu ja tulevikus saamata jääva tulu regulaarset hüvitist, samuti on sage kõiki nelja liiki kahju hüvitamise taotlemine (vt Joonis 51). TÕ kohtuasjades on hüvitiste kombinatsioone rohkem ja ei ole ühte suurelt domineerivat hüvitise liiki, mida taotletakse (vt Joonis 52).

*Joonis 51. Kutsehaiguse kohtuasjades taotletud hüvitiste kombinatsioonid (juhtumite arv)*




*Allikas: Perioodi 2015–2025 kohtulahendite analüüs*

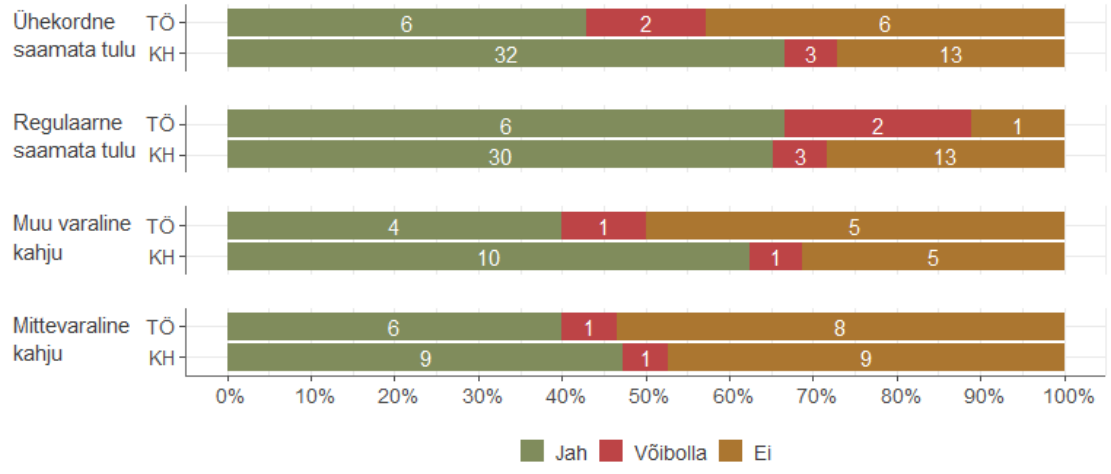
*Joonis 52. Tööõnnetuse kohtuasjades taotletud hüvitiste kombinatsioonid (juhtumite arv)*




*Allikas: Perioodi 2015–2025 kohtulahendite analüüs*

KH kohtuvaidluse tulemusena rahuldati *ca* 2/3 regulaarse või ühekordse saamatajäänud tulu hüvitiste ning muude kulude hüvitiste taotlustest (vt Joonis 53). Mittevaralise kahju hüvitise taotlustest rahuldati ligikaudu pooled. TÕ vaidlustes rahuldati hüvitise taotluseid harvemini kui KH vaidlustes, aga väheste juhtumite arvu tõttu mõjutavad üksikud vaatlused tulemusi palju ning ei võimalda teha kaugeleulatuvaid järeldusi.

*Joonis 53. Kohtulahendites otsustatud hüvitiste maksmise juhtumid (% nendest, kes taotlesid vastava kahju hüvitamist, arv joonisel näitab kohtuasjade arvu)*

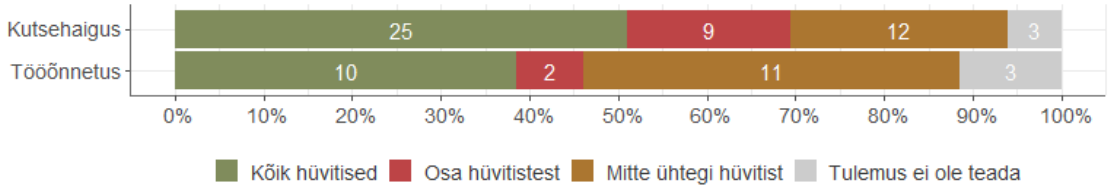



*Märkus: võibolla tähistab olukorda, kus hagi rahuldamine ei ole teada. See tähendab, et kohtulahendi jõustumise kuupäevaks oli Riigi Teatajas märgitud Riigikohtu otsuse kuupäev, kuid samal ajal oli Riigikohus saatnud asja vähemalt osaliselt tagasi maa- või ringkonnakohtusse, või oli kohtumenetlus kuulutatud kinniseks, mistõttu ei olnud võimalik tulemust tuvastada.*

*Allikas: Perioodi 2015–2025 kohtulahendite analüüs*

Hagide rahuldamine taotletud hüvitiste kombinatsioonide lõikes kujunes selliseks, et 10 TÕ lahendis (39%) määrati kõik taotletud hüvitised (vt Joonis 54). KH lahenditest rahuldati kõikide hüvitiste taotlused 25 juhtumis (51%). Kui hüvitiste taotlust ei rahuldatud, siis tavaliselt leiti, et hagi on aegunud või tööandja pole süüdi tervisekahju tekkimises ja ühtegi hüvitist ei mõistetud välja. TÕ lahenditest oli selliseid 11 (42%) ning KH lahenditest 12 (24%). Mõne hüvitise taotlus rahuldati ja mõne hüvitise taotlust mitte või ei ole juhtumite kirjeldusest võimalik tuvastada, kas rahuldati 12 (24%) KH ning 5 (19%) TÕ kohtuasjas.

*Joonis 54. Kohtuvaidluse tulemusena määratud hüvitised (kohtuasjade arv)*




*Allikas: Perioodi 2015–2025 kohtulahendite analüüs*

Juhul, kui rahuldati osa taotletud hüvitistest, siis sagedamini jäeti rahuldamata mittevaralise kahju hüvitise taotlus ja rahuldati saamatajäänud tulu või muu varalise kahju hüvitis[88]. Mittevaralise kahju mitte hüvitamise põhjused olukorras, kus mõni muu kahjuhüvitis määrati, olid järgmised:

1. Sõlmiti kompromisslahendus, või oli kostja juba vabatahtlikult maksnud hagejale sellises suuruses kompensatsiooni, et kohus leidis selle piisava olevat (2-16-13307).
2. Hageja oli ise (suures osas) süüdi tervisekahju tekkimises ja ei teinud piisavalt, et kahju tekkimist, süvenemist ära hoida (2-11-960, 3-22-328).
3. Hageja põhjendused mittevaralise kahju tekkimiseks on liiga üldsõnalised ja pole veenvad selle kahju olemasolus (2-16-1687) või hageja põhjenduse alusel ei saa mittevaralise kahju hüvitamist nõuda RVastS järgi[89].
4. Kuna tervisekahju, millega seoses mittevaraline kahju tekkis, toimus enne VõS vastu võtmist, siis ei ole hagejal alust mittevaralise kahju nõudmiseks (2-10-53812).

Välja mõistetud hüvitised on pigem väiksemad, kui taotleti (vt Tabel 9). Keskmine KH hüvitis on väiksem kui TÕ hüvitis. Samas on saamatajäänud tulu hüvitise mediaan nii ühekordse maksena kui regulaarse hüvitistena KH juhtumitel suurem kui TÕ juhtumitel. Kui KH hagides nõutakse pea alati saamatajäänud tulu hüvitamist, siis TÕ hagides harvem. Muu varalise kahju ja mittevaralise kahju hüvitised on TÕ juhtumitel suuremad kui KH juhtumitel. Seega kujunevad KH ja TÕ hüvitiste nõuded ning välja makstavad hüvitised erinevalt.

Hüvitiste suurused sõltuvad konkreetsetest juhtudest ja juhtumite asjaoludest. Saamatajäänud tulu hindamisel arvestatakse, kui pika perioodi eest ühekordset hüvitist küsitakse, milline oli töötaja töötasu enne haiguse diagnoosi või TÕ toimumist ja milline pärast, kui suur töövõime kaotus kaasneb tervisekahjuga, kas inimene

[88] Ühes kohtuasjas rahuldati mittevaralise kahju hüvitise taotlus sümboolses suuruses, kuid saamatajäänud tulu mitte (kohtuasi 2-20-16895).

[89] RVastS § 9 lg 1 sätestab, et füüsiline isik võib nõuda mittevaralise kahju rahalist hüvitamist süüliselt väärikuse alandamise, tervise kahjustamise, vabaduse võtmise, kodu või eraelu puutumatuse või sõnumi saladuse rikkumise, au või hea nime teotamise korral. Töökoha kaotus, mille alusel hageja taotles mittevaralisekahju kompenseerimist, ei ole alus, mille põhjal saaks mittevaralist kahju hüvitada.

on saanud töövõimetoetust või töövõimetuspensioni, töötuskindlustuse või töötuabiraha makseid. Seetõttu ei saa hästi varalise kahju suuruseid üle juhtumite võrrelda.

Mittevaralise kahju suuruse jätavad hagejad sageli kohtu määrata ja väljamõistetud keskmine ning mediaanhüvitis on KH juhtumitel 1000 eurot, mis on oluliselt väiksem kui TÕ juhtumitel, kus see on 4750 eurot (vt Tabel 9).

*Tabel 9. Kohtuasjades taotletud ja välja mõistetud hüvitiste keskmine ja mediaanväärtus*

| | | Taotletav hüvitis (eurodes) | Saadud hüvitis (eurodes) |
|---|---|---|---|
| **SAAMATA JÄÄNUD TULU – ÜHEKORDNE HÜVITIS** | | | |
| **Kutsehaigus** | Keskmine | 10 772 | 9 057 |
| | Mediaan | 7 553 | 7 507 |
| **Tööõnnetus** | Keskmine | 12 233 | 10 913 |
| | Mediaan | 5 532 | 2 337 |
| **SAAMATA JÄÄV TULU – REGULAARNE HÜVITIS** | | | |
| **Kutsehaigus** | Keskmine | 370 | 247 |
| | Mediaan | 294 | 217 |
| **Tööõnnetus** | Keskmine | 501 | 301 |
| | Mediaan | 549 | 123 |
| **MUU VARALINE KAHJU** | | | |
| **Kutsehaigus** | Keskmine | 941 | 1 160 |
| | Mediaan | 512 | 250 |
| **Tööõnnetus** | Keskmine | 6 564 | 1 159 |
| | Mediaan | 417 | 559 |
| **MITTEVARALINE KAHJU** | | | |
| **Kutsehaigus** | Keskmine | 4 750 | 1 000 |
| | Mediaan | 4 750 | 1 000 |
| **Tööõnnetus** | Keskmine | 21 309 | 5 450 |
| | Mediaan | 8 000 | 4 750 |

*Allikas: Perioodi 2015–2025 kohtulahendite analüüs*

# Lisa 4 Intervjuude valimid

Ülevaade intervjueeritud sihtrühmadest ja intervjuude arvudest esitame alljärgnevates tabelites.

*Tabel 10. Spetsialistide intervjuud*

| | Intervjuude arv | Intervjueeritute arv |
|---|---|---|
| **Sotsiaalpartnerid:** | | |
| ministeerium | 2 | 3 |
| töötajate esindusorganisatsioon | 1 | 4 |
| tööandjate esindusorganisatsioon | 2 | 3 |
| **Tööinspektsioon** | 1 | 1 |
| **Sotsiaalkindlustusamet** | 2 | 2 |
| **Eesti Kindlustusseltside liit** | 4 | 6 |
| **Töötervishoiuarst** | 3 | 7 |
| **Perearst** | 3 | 3 |
| **Kohtunik** | 1 | 1 |
| **Kutsehaigete liit** | 1 | 1 |
| **Eriarst** | 1 | 1 |
| **KOKKU** | 21 | 32 |

Tööandjate kontaktid koondasime kohtulahenditest ja avalikust meediast nii, et kõigi intervjueeritud tööandjate juures oleks teadaolevalt toimunud TÕ või registreeritud KH, samuti lähtusime suuruse ning tegevusalade varieeruvusest ja sellest, et oleks näiteid, kus tööandja maksab töötajale hüvitist.

*Tabel 11. Tööandjate intervjuud*

| | KH | TÕ | Hüvitis töötajale TÕ v KH alusel | Töötajate arv | Tegevusala |
|---|---|---|---|---|---|
| **8** | | jah | | 100+ | Töötlev tööstus - Liha- ja linnulihatoodete tootmine |
| **7** | jah | jah | jah | 20-100 | Töötlev tööstus - keemiatööstus |
| **6** | jah* | jah | | 100+ | Töötlev tööstus - sideseadmete tootmine |
| **5** | jah* | jah | jah | 100+ | Jaemüük |
| **4** | | jah | jah | 20-100 | Töötlev tööstus - puidu töötlemine |
| **3** | | jah | jah | 100+ | Tervishoid ja sotsiaalhoolekanne |
| **2** | jah | jah | jah | 20-100 | Töötlev tööstus - puidu töötlemine |
| **1** | jah | jah | jah | 20-100 | Mäetööstus - killustiku tootmine |

**KH registreeriti enam kui 10 a tagasi*

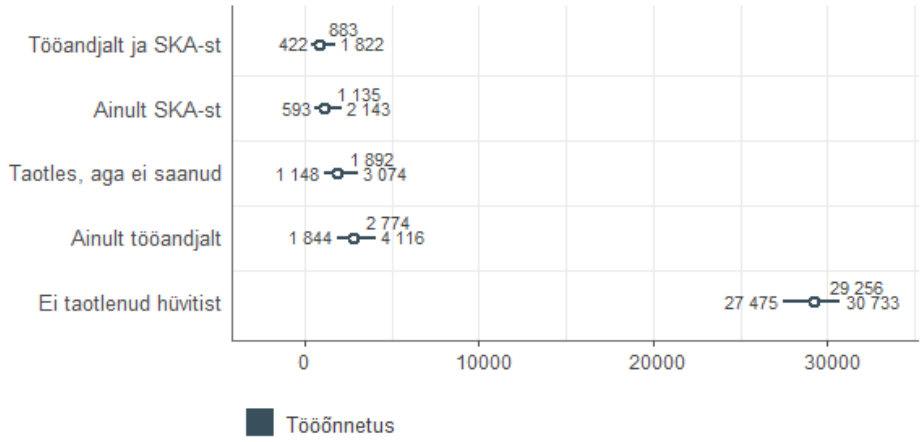
Töötajate intervjueerimise kontaktide kogumiseks küsisime küsitluses, kas inimene on nõus, et temaga intervjueerimiseks kontakti võetakse. Küsitluses kogutud andmete põhjal koostasime valimi vastavalt alljärgnevas tabelis nimetatud kriteeriumi teel ja kontakteerusime intervjuude tegemiseks juhuslikult valitud inimestega selles grupis. Intervjuud viidi läbi Teamsi või telefoni teel oktoobris 2025.

*Tabel 12. Töötajate intervjuud*

| Tervisekahjuliik | Diagnoosimise ja hüvitise taust küsitluse järgi | Keel | Kokku |
|---|---|---|---|
| **KH** | Ei ole tööandjalt hüvitist taotlenud | vene | 6 |
| | On saanud tööandjalt kokkuleppega hüvitist | eesti | |
| | On taotlenud SKA-st hüvitist, aga ei ole saanud | vene | |
| | On tööandja vastu kohtusse pöördunud, ei ole hüvitist saanud | eesti | |
| | On tööandja vastu kohtusse pöördunud, on saanud hüvitist | eesti | |
| | Taotles SKA-st hüvitist ja sai | eesti | |
| **TPH** | Soovis saada KH diagnoosi aga ei saanud | eesti | 3 |
| | Taotles tööandjalt kohtu kaudu hüvitist, ei saanud | eesti | |
| | Taotles tööandjalt kokkuleppe korras hüvitist ja sai | eesti | |
| **TÕ** | Taotles tööandjalt kokkuleppe korras hüvitist, aga ei saanud | eesti | 1 |
| | | **KOKKU** | **10** |

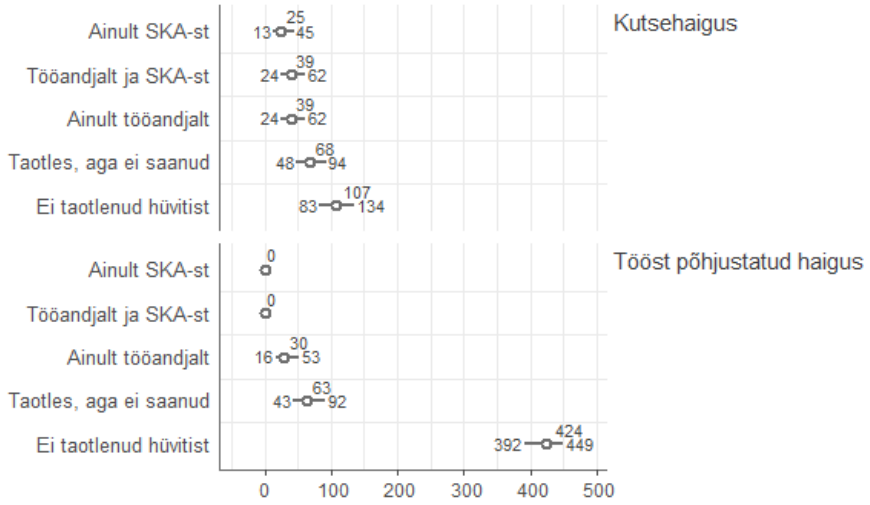
# Lisa 5 Hüvitiste lisajoonised küsitluse andmetel

*Joonis 55. Tööõnnetusse sattunud inimeste arv hüvitise taotlemise ja saamise järgi (registreeritud 2015–2024)*




*Allikas: Tööst põhjustatud tervisekahjustustega inimeste küsitlus 2025.*

*Joonis 56. Kutsehaiguse või tööst põhjustatud haigusega inimeste arv hüvitise taotlemise ja saamise järgi (registreeritud 2015–2024)*




*Allikas: Tööst põhjustatud tervisekahjustustega inimeste küsitlus 2025.*

# Lisa 6 Kutsehaiguste diagnoosimise praktika teistes riikides

## Lisa 6.1 Rahvusvahelise praktika ülevaate koostamise meetod

Teiste riikide praktika ülevaade keskendub kuue riigi töötajate haigestumise ja töökeskkonna vahelise seose tuvastamisele, KH kinnitamise protsessile ja KH kahjuhüvitamise süsteemile. Valisime riigid vastavalt uuringu lähteülesandele, mille kohaselt tuli kaasata kõrgeima KH diagnoosimissagedusega Euroopa Liidu riigid, eelistades sealjuures erinevate lähenemisviisidega süsteeme. Kajastame ülevaates **Läti, Taani, Rootsi, Saksamaa, Prantsusmaa** ja **Soome** KH diagnoosimise ja kahjuhüvitamise süsteeme (vt Tabel 13). Läti, Taani ja Rootsi osutusid valituks eelkõige KH diagnoosimise sageduse tõttu. Nende kirjeldused keskenduvad muuhulgas **töökeskkonna psühhosotsiaalsetest ohuteguritest tingitud vaimse tervise probleemide** tuvastamisele. Lisaks kaasasime analüüsi Saksamaa ja Prantsusmaa, kuna seal on välja töötatud **kutsevähi varajase avastamise süsteemid**. Samuti käsitleme kutsevähkide tuvastamise süsteemi Taanis. Täiendavalt lisasime analüüsi Soome, mis hõlmab samuti kutsevähkide diagnoosimise kirjeldust.

*Tabel 13. Analüüsi kaasatud välisriigid huvialuste teemade lõikes*

| Riik | KH diagnoosimise praktika | Kutsevähi diagnoosimise praktika | Psühhosotsiaalsetest ohuteguritest tingitud tööga seotud haiguste diagnoosimise praktika |
|---|---|---|---|
| Läti | x | | x |
| Taani | x | x | x |
| Rootsi | x | | x |
| Saksamaa | x | x | |
| Soome | x | x | |
| Prantsusmaa | x | x | x |

Riikide praktika kaardistamiseks kasutasime teemakohaseid ülevaateartikleid, riikidevahelisi võrdlevaid kogumikke ning riiklike institutsioonide ametlikel veebilehtedel avaldatud teavet. Süsteemist tervikliku arusaama tagamiseks ning kirjanduse analüüsimisel ilmnenud lünkade täitmiseks saatsime e-kirja teel päringu vaatlusaluste riikide Euroopa Tööohutuse ja Töötervishoiu ameti (EU-OSHA) teabekeskuse kontaktisikutele[90]. EU-OSHA teabekeskuste kontaktisikud vastasid küsimustele või edastasid vajadusel päringu sobivale eksperdile. Vastuseid kogusime kirjalikult ja poolstruktureeritud veebipõhiste intervjuude abil. Intervjuud tegime kolme riigi ekspertidega, päringule saatsid kirjalikult vastuse nelja riigi eksperdid (vt Tabel 14).

*Tabel 14. Välisekspertidelt saadud sisendi vorm*

| Riik | Kirjalik vastus | Intervjuu |
|---|---|---|
| Läti | | x |
| Taani | | x |
| Rootsi | x | x |
| Saksamaa | x | |
| Soome | x | |
| Prantsusmaa | x | |

[90] EU-OSHA-l on igas liikmesriigis riiklik teabekeskus, milleks on töötervishoiu ja tööohutuse riiklik pädev asutus. Igale teabekeskusele on määratud kontaktisik.

Päring sisaldas 18 küsimust, mis jagunesid kuude plokki:

1. teekond KH diagnoosi saamiseni;
2. töötervishoiuarsti institutsioon;
3. KH tuvastamise rahastus;
4. üldised trendid (sh diagnoosimise sagedust mõjutavad tegurid, hiljutised väljakutsed KH diagnoosimisel ja nende lahendused);
5. kutsevähk;
6. psühhosotsiaalsetest ohuteguritest tingitud tööga seotud haigestumine.

Ülevaated koostasime dokumendianalüüsi ja ekspertide sisendi põhjal. Koostasime dokumendianalüüsist riigipõhised kokkuvõtted ning valideerisime need ekspertidega.

Kuna vaatlusalustes riikides ei eristata õiguslikult Eestiga võrreldavat TPH-d, keskendume ülevaates üksnes KH diagnoosimise praktikatele. Mitmes riigis kasutatakse KH-le lisaks laiemaid mõisteid, kuid neid rakendatakse peamiselt ennetuse, seire, statistika või erialakirjanduse raames ning nendega ei kaasne õigust hüvitisele. Näiteks Soomes eristatakse KH-de kõrval osaliselt tööst põhjustatud haigusi (*osittain työperäiset sairaudet*), Saksamaal kasutatakse katusmõistet töötingimustest soodustatud või süvendatud haiguste kohta (*arbeitsbedingte erkrankungen*) ning Prantsusmaal tõenäoliselt tööalase päritoluga haiguste kategooriat (*maladies à caractère professionnel*), mida arstidel on kohustus deklareerida ennetuse ja seire eesmärgil, kuid mis ei pruugi olla hüvitatavad KH-na. Seetõttu käsitleme rahvusvahelises võrdluses üksnes KH-d kui õiguslikult määratletud ja igas riigis hüvitatavat kategooriat.

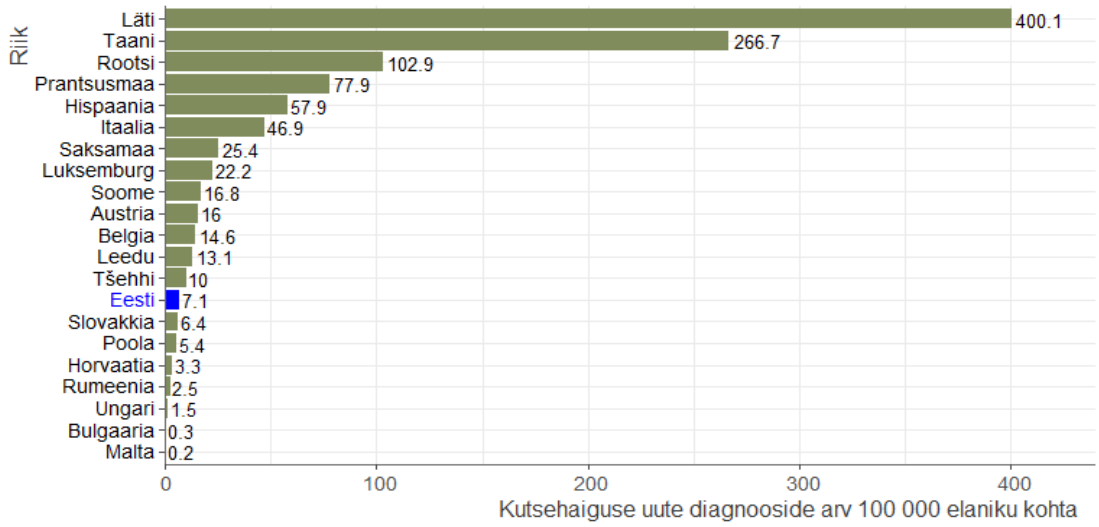
## Lisa 6.2 Kutsehaiguste esinemissagedus riikides

Eestis diagnoositakse KH-sid oluliselt vähem kui paljudes teistes Euroopa Liidu riikides. Erinevus ulatub mõnel juhul mitmekümnekordse erinevuseni (vt Joonis 57). Madal diagnoosimissagedus võib viidata tõhusale ennetustegevusele või osutada süsteemsetele puudujääkidele KH-de avastamises, tervisekahju seostamises töökeskkonnaga ning kahjuhüvitamises. Puudujäägid süsteemi erinevates aspektides viivad aladiagnoosimiseni ehk ametlikult registreeritud KH-de arv on madalam nende tegelikust levimusest. Kõrgem diagnoosimissagedus võib olla märk eelpool kirjeldatud vajakajäämiste puudumisest, kuid samas võib see tuleneda ka sellest, et süsteem ei suuda eristada tööga seotud haigusi muudest terviseprobleemidest, või eksisteerivad süsteemis stiimulid liigitada ka tööga mitteseotud või nõrgalt seotud haigusi tööga seotud haigusteks.

KH-de esinemissageduse tõlgendamisel tuleb arvestada, et riigiti tähistab KH erinevat asja ja statistikat kogutakse erineval moel. Kuna arvestus on juhtumipõhine (mitte isikupõhine), võib juhtumite koostamise põhimõte riigiti erineda ehk mitu diagnoosi loetakse ühe inimese puhul eraldi juhtumiteks. Mõnel juhul ei kajastu andmetes ametlikult kinnitatud KH diagnoosid, vaid **kahtlused** – näiteks kui teave pärineb töökeskkonna ohutuse järelevalvega tegelevatest asutustest, kellel puudub informatsioon haiguse lõpliku tööga seostamise otsuse kohta. Maailma Terviseorganisatsiooni (*World Health Organization*, edaspidi WHO) KH

statistika kajastab diagnoositud KH-sid **Eestis, Lätis, Saksamaal ja Prantsusmaal**. KH kahtlused on esitatud **Taani**[91]**, Rootsi** ja **Soome** kohta (vt Joonis 57).[92]

*Joonis 57. Uute kutsehaiguste arv 100 000 elaniku kohta (registreeritud 2019)*




*Märkus. Joonisel on esitatud KH diagnooside või kahtluste arv, mitte KH diagnoosiga isikute arv. Ühel inimesel võib olla mitu KH diagnoosi või kahtlust. Andmete tõlgendamisel tuleb arvestada, et mõnes riigis kajastuvad ametlikult diagnoositud KH-d (nt Eesti, Läti, Saksamaa, Prantsusmaa), teistes aga KH kahtlused (nt Taani, Rootsi, Soome).*

*Allikas: WHO*

Euroopa Liidu tööjõu uuringu järgi teatas 2020. aastal 10,3% tööealistest vastajatest, et neil esines viimase aasta jooksul terviseprobleeme, mida nad ise seostasid tööga. Kuigi Lätis registreeritakse vaatlusaluste riikide seas kõige rohkem KH-sid, on seal enda hinnangul tööga seotud terviseprobleemi kogenud töötajate osakaal väiksem (6,3%) kui Euroopa Liidus keskmiselt. Eesti oli Lätiga ligilähedasel tasemel (6,8%). Soomes ilmnes vastupidine suundumus: kuigi seal registreeriti KH-sid Eesti järel vaatlusaluste riikide seas kõige vähem, oli enda hinnangul tööga seotud terviseprobleeme kogenud töötajate osakaal kõrgeim (25,1%). Soomele järgnes Rootsi (19,0%), Saksamaa (9,6%), Taani (8,7%) ja Prantsusmaa (7,6%).[93]

Kokkuvõttes tuleb nentida, et KH statistika ei võimalda riike omavahel kuigi hästi võrrelda, sest selle koostamise põhimõtted on riigiti erinevad. Samuti on eri riikides aladiagnoosimise ulatus tõenäoliselt erinev. Nende piirangutega tuleks rahvusvahelise KH statistika tõlgendamisel arvestada.

[91] Taani näitel avaldab KH statistikat kaks asutust: Töökeskkonnaamet ja Tööturukindlustus (AES). WHO koondandmed sisaldavad teavet Taani Töökeskkonna ametist, mis avaldab statistikat KH kahtluste kohta. Kuigi kaks asutust saavad sisendit ühisest teavitussüsteemist, kuhu arstid ja hambaarstid edastavad kõik KH kahtlused, on nende avaldatud statistika erinev. Põhjus seisneb selles, et ühe diagnoosi raames võib AES avada mitu juhtumit. Kuna see on seotud samade töökeskkonna mõjudega, avab Töökeskkonnaamet sama diagnoosi raames vaid ühe juhtumi. Juhtumite registreerimise meetodi erinevus kajastub KH kahtluste arvus, mida Töökeskkonnaameti andmetel oli 2023. aastal 16 330, AES-i andmetel aga 21 404. AES-i juhtumitest kinnitati aga vaid ligikaudu 20% ehk 3 687 taotlust. Siinkohal on oluline silmas pidada, et WHO koondandmed ei kajasta Taanis kinnitatud KH juhtumeid, vaid Taani Töökeskkonnaameti avaldatud andmeid KH kahtluste kohta, mille arv ületab kinnitatud juhtumite arvu mitmekordselt.

[92] New cases of occupational diseases per 100 000. World Health Organization. Vaadatud 07.11.2025.

[93] Persons reporting a work-related health problem by educational attainment level. Eurostat. Vaadatud 07.11.2025.

## Lisa 6.3 Taani

### Lisa 6.3.1 Kutsehaiguste hüvitamise süsteem Taanis

Taanis on töötajad KH-de vastu kindlustatud **avalik-õigusliku kutsehaiguskindlustuse** kaudu, mida haldab Tööturukindlustus (*Arbejdsmarkedets Erhvervssikring,* edaspidi AES). Seda rahastatakse tööandjate kohustuslikest maksetest, mille suurus sõltub tegevusala riskitasemest. AES otsustab, kas töötajal on õigus hüvitisele, ning määrab selle vormi ja suuruse. Töötajate kompensatsiooni seaduse ptk 4 (*Arbejdsskadesikringsloven,*[94] edaspidi ASL) järgi on KH korral haigestunul õigus järgmistele hüvitistele:

- **püsiva tervisekahjustuse hüvitis** - ühekordne makse, mille saamiseks peab püsiva tervisekahjustuse ulatus olema vähemalt 5%. Püsiva tervisekahjustuse ulatust hindab AES. Perearst või eriarst koostab aruande tervisekahjustuse tagajärgedest, mille järel edastatakse arstitõend AES-i meditsiinikonsultandile. Meditsiinikonsultant hindab püsiva tervisekahjustuse ulatust nimekirja[95] abil, milles on kirjeldatud üldised juhised ja püsiva tervisekahjustuse protsendid. Kui haigus puudub püsiva tervisekahjustuse hindamise nimekirjast, määrab AES ulatuse hinnanguliselt. Aastal 2025 on tööst põhjustatud 100% püsiva tervisekahjustuse kompensatsiooniks määratud 1 053 000 Taani krooni.[96] Püsiva tervisekahjustuse väiksema määra korral on hüvitis proportsionaalselt väiksem;
- **tuluteenimise võime languse hüvitis** – makstakse, kui TÕ või KH tõttu on tuluteenimise võime vähenenud vähemalt 15%. Kui tuluteenimise võime langus on alla 50%, makstakse hüvitis ühekordse väljamaksena; 50% või suurema languse korral makstakse hüvitist igakuiste maksetena. AES määrab tuluteenimise võime languse, võrreldes kannatanu sissetulekut enne ja pärast tervisekahjustust või hinnates tema tulevast teenimisvõimet, kui ta ei ole tööle naasnud. Tuluteenimise võime täieliku kaotuse korral on hüvitis 83% varasemast põhitasust ning väiksema kaotuse korral proportsionaalselt väiksem;
- **arstiabi, rehabilitatsiooni ning abivahendite kompensatsioon**;
- **õppetoetus**, soodustamaks tööturule naasmist uue hariduse omandamise kaudu;
- TÕ/KH tagajärjel hukkunud inimese lähedastele makstakse **toitjakaotushüvitist, lühiajalist toitjakaotustoetust ning erakorralist kompensatsioon**, kui surm oli põhjustatud teise inimese tahtlikust tegevusest või raskest hooletusest. Seaduses ei ole piiranguid, kelle (nt tööandja, kolleegi, kliendi või mõne muu isiku) tahtlikust tegevusest või hooletusest peab surm olema põhjustatud.

Kui haigus on valdavalt põhjustatud töökeskkonnast, kuid lisaks tuvastatakse ka olulised töövälised, elustiilist tulenevad tekkepõhjused (näiteks suitsetamine), on haigestunul siiski õigus kompensatsioonile, kuid hüvitise suurust võidakse vähendada.[97]

[94] Arbejdsskadesikringsloven (LBK nr 919 af 25/06/2024). [Töötajate kompensatsiooni seadus]. Vaadatud 07.11.2025.

[95] Méntabel (VEJ nr 9086 af 03/02/2017). [Püsiva tervisekahjustuse hindamise tabel]. Vaadatud 07.11.2025.

[96] Godtgørelse for varigt mén, 100 pct. Arbejdsmarkedets Erhvervssikring [Tööturukindlustus, püsiva tervisekahjustuse hüvitis, 100 protsenti]. Vaadatud 28.01.2025.

[97] Intervjuu eksperdiga.

### Lisa 6.3.2 Teekond kutsehaiguse kinnitamiseni Taanis

Taanis toimub KH kinnitamine segasüsteemi[98] kaudu. **KH nimekirjas** olevad haigusjuhtumid kinnitatakse KH-na **administratiivselt**, kui vajalikud kriteeriumid on täidetud. Täiendava süsteemi kaudu on võimalik KH-na kinnitada ka **nimekirjaväliseid** juhtumeid.[99]

Kui inimene kahtlustab, et ta on töökeskkonna kahjulike tingimuste tagajärjel haigestunud, **pöördub ta esmalt (pere)arsti või hambaarsti vastuvõtule.** KH kahtluse tõstatamine on üldiselt osa tavapärasest arstivisiidist – kui patsient pöördub vaevusega arsti poole, arutatakse vestluse käigus ka võimalikke tekkepõhjuseid, sh seoseid töökeskkonnaga.[100] **KH kahtluse korral on arstidel ja hambaarstidel kohustus teavitada juhtumist AES-i ja Töökeskkonnaametit** (*Arbejdstilsynet*) 14 päeva jooksul. AES vastutab juhtumi menetlemise ning KH kinnitamise eest, samuti teeb otsuse hüvitise määramiseks. Töökeskkonnaamet kasutab teavet ettevõtete tööohutuse ja ennetustegevuse parendamiseks. Ettevõtetes võidakse teha pistelisi kontrollkäike KH juhtumite alusel. Kontrollkäike planeeritakse valikuliselt, kuid intervjueeritud eksperdi sõnul kasutatakse kontrollkäikude planeerimiseks valdavalt siiski TÕ-sid.

Iga teavitatud juhtumi eest maksab Töökeskkonnaamet arstidele ja hambaarstidele tasu ning teavitamiskohustuse mittetäitmise korral võib määrata trahvi.[101] Intervjueeritud eksperdi sõnul ei ole teada praktikas rakendatud trahvide juhtumeid. KH kahtlusest teavitamiseks ei ole vajalik patsiendilt küsida nõusolekut, kuid AES ei algata ega jätka menetlust, kui patsient esitab selleks kirjaliku taotluse. Töötaja või tema esindaja võib samuti KH-st teavitada (näiteks juhul, kui arst ei ole teavitamiskohustust täitnud).[102] Mõne vähitüübi diagnoosimise informatsioon edastatakse vähiregistrist automaatselt AES-i, millele järgneb menetlus (vt täpsemalt ptk Lisa 6.10). Eurogip[103] märkis, et KH-de kõrge diagnoosimissageduse põhjuseks võivad Taanis olla just eelnimetatud KH kahtlusest teavitamisega seotud komponendid:

- haiguse ja töökeskkonna vahelise esmase seose loovad arstid;
- arstid edastavad teabe uurivale osapoolele ehk AES-ile ning selle tegemiseks on nendele määratud rahaline stiimul (2025. aastal makstakse teatise eest 247 Taani krooni)[104];
- teatamise lihtustamiseks on loodud e-süsteem[105] ning alaraporteerimise vähendamisest on loodud prioriteet, mis väljendub muuhulgas aktiivse kutsevähijuhtude avastamise süsteemi loomises.

[98] Segasüsteem tähendab, et lisaks suletud KH nimekirjale on võimalik KH-na kinnitada ka nimekirjaväliseid haigusi – näiteks Taanis tegeleb selliste juhtumitega KH komitee.

[99] Methodological note DK. Eurostat. Vaadatud 07.11.2025.

[100] Kirjavahetus eksperdiga.

[101] Bekendtgørelse om lægers og tandlægers pligt til at anmelde erhvervssygdomme til Arbejdstilsynet og Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (BEK nr 486 af 21/05/2024). [Täidesaatev korraldus arstide ja hambaarstide kohustuse kohta teatada kutsehaigustest Taani Töökeskkonnaametile ja Taani Tööturukindlustusele]. Vaadatud 07.11.2025.

[102] Anmeld erhvervssygdom. Arbejdsmarkedets Erhvervssikring. [Tööturukindlustus, teata kutsehaigusest]. Vaadatud 28.01.2025.

[103] Eurogip (2015). Reporting of occupational diseases: Issues and good practices in five European countries. Vaadatud 18.11.2025.

[104] Attesttakster og Takster for forskellige forretninger per 1. april 2025. Lægeforeningens Attestudvalg. [Arstide Liidu arstitõendite komisjon, sertifikaatide ja erinevate tehingute tasud alates 1. aprillist 2025]. Vaadatud 18.11.2025.

[105] Kui arst saadab teavituse paberil ja mitte e-süsteemi kaudu, siis menetletakse seda edasi, kuid arstile ei maksta selle juhtumi eest tasu.

Kui juhtum jõuab AES-i, määratakse sellele juhtumikorraldaja (enamasti jurist), kes tegeleb diagnoosi ja töökeskkonnaga seotud dokumentide kogumisega ning lõpliku otsuse koostamise ja vormistamisega. Menetluse käigus koondatakse asjakohased andmed erinevatelt võimalikelt osapooltelt (nt haigestunud isik, tööandja, arstid, haiglad, Töökeskkonnaamet).[106] Haigestunud isiku ülesandeks on täita juhtumiga seotud küsimustik. Mõnikord peab haigestunud isik külastama ka töötervishoiukliinikut, et AES saaks põhjalikuma kirjelduse töökeskkonna kahjulike mõjude kohta – sellisel juhul tugineb töötervishoiuarst ohutuskaartidele, riskianalüüsile ja Töökeskkonnaameti materjalidele. Samuti võib AES suunata haigestunud isiku eriarsti juurde, et koguda täiendavat teavet diagnoosi kohta. Meditsiinilistes küsimustes toetavad juhtumikorraldajaid AES-i sisesed meditsiinikonsultandid (sh töötervishoiuarstid ja eriarstid). Meditsiinikonsultandid tuginevad üksnes olemasolevale dokumentatsioonile ning ei tee iseseisvaid uuringuid haigestunud isiku ega töökeskkonna kohta.[107] Töökoha külastus on võimalik, aga tavapäraselt seda ei tehta, vaid AES kogub tööiseloomu ja -ülesannete kohta infot tööandjalt (nt küsimustiku kaudu). Tööandjale KH juhtumiga tavaliselt jätkutegevusi ei kaasne, kuid erandjuhtudel võib Töökeskkonnaamet määrata tööandjale trahvi (näiteks tervisekahjustuste kõrge esinemissageduse või asbestiga kokkupuute korral).[108] Kui AES leiab, et nii haiguse kui ka vastava riskiteguriga kokkupuute kriteeriumid on täidetud, kinnitatakse juhtum administratiivselt KH-na.[109]

Kui konkreetne haigus ei ole kantud KH nimekirja, edastab AES juhtumi KH komiteele. Komiteesse kuulub esimees ja veel kaheksa liiget, kes määratakse ametisse kolmeks aastaks. Esimehe nimetab Taani tööminister AES-i ettepanekul. Kaheksa liiget määrab ametisse tööminister järgmiste asutuste ettepanekul: *Sundhedsstyrelsen* ehk Terviseamet (1 liige), *Arbejdstilsynet* ehk Töökeskkonna amet (1 liige), avaliku sektori tööandjad (1 liige), *Dansk Arbejdsgiverforening* ehk Taani Tööandjate Konföderatsioon (2 liiget) ja *Fagbevægelsens Hovedorganisation* ehk Taani Ametiühingute Konföderatsioon (3 liiget). KH komitee ülesandeks on hinnata nimekirjaväliseid haiguseid ning esitada AES-ile hinnang, kas haiguse ja töötingimuste vahel esineb põhjuslik seos. KH komitee teine funktsioon on KH loetelu regulaarne kohandamine, et see lähtuks kaasaegsetest leidudest haiguste ja töötingimuste seoste kohta.[110]

### Lisa 6.3.3 Töötervishoiuarstide väljaõpe, roll ja juhendmaterjalid Taanis

Taanis tegutseb oluliselt vähem töötervishoiuarste suhtarvuna töötajatesse kui Eestis. **2022. aastal tegutses Taanis 3 aktiivset töötervishoiuarsti 100 000 hõivatu kohta.[111] Samal aastal töötas Eestis 11 töötervishoiuarsti 100 000 hõivatu kohta**.[112]

---

[106] Sådan bliver sagen behandlet i AES. Arbejdsmarkedets Erhvervssikring. [Tööturukindlustus, kuidas juhtumit AES-is käsitletakse]. Vaadatud 09.04.2025.

[107] Kirjavahetus eksperdiga.

[108] Intervjuu ekspertidega.

[109] Methodological note DK. Eurostat. Vaadatud 18.11.2025.

[110] Erhvervssygdomsudvalget. Arbejdsmarkedets Erhvervssikring. [Tööturukindlustus, kutsehaiguste komitee]. Vaadatud 18.02.2025.

[111] Autorite arvutused Eurostati hõivatute arvu alusel. Allikad: Uddannede sundhedspersoner i arbejdsstyrken. Sundhedsdatabanken. [Taani terviseandmebaas, koolitatud tervishoiutöötajad tööjõus]. Vaadatud 10.11.2025. Siin ja edaspidi on teiste riikide praktika analüüsis kasutatud suhtarvu leidmiseks hõivatute arvu vanuses 15+: Employed persons by professional status [lfsa_egaps]. Eurostat.

[112] Autorite arvutused. THT001: Tervishoiutöötajad, täidetud ametikohad ja ületunnid ameti järgi. Tervise Arengu Instituut. Vaadatud 10.11.2025. Suhtarv on leitud Eurostati andmetabeli alusel.

Taanis on töötervishoiuarstiks spetsialiseerumine võimalik pärast arsti baasõpet (6 aastat) ja kliinilist baasresidentuuri (1 aasta) ning kestab kokku 5 aastat (60 kuud): esmalt 12-kuuline sissejuhatav koolitus töömeditsiinikliinikus, millele järgneb 48-kuuline põhiõpe. Põhiõppest tuleb läbida vähemalt 24 kuud töömeditsiinierialal kahes erinevas töömeditsiinikliinikus, 18 kuud teistel erialadel (lihas- ja luukonna haigused, kopsuhaigused, psüühikahäired jms) ning 6 kuud valikulist eriala toetavat tööd.[113]

Taanis ei ole töötervishoiuarstide kaasamine KH menetlusse kohustuslik, vaid protsess toimub üldiselt AES-i siseselt juhtumikorraldajate ja meditsiinikonsultantide koostöös. Kui kokkupuute, haiguse või põhjuslikkuse täpsustamiseks on vaja lisahindamist, võib AES suunata haigestunud isiku töö- ja keskkonnameditsiini kliinikusse töötervishoiuarsti juurde või taotleda eriarsti arvamust. Samas võib töötaja jõuda töö- ja keskkonnameditsiini kliinikusse ka perearsti/erialaarsti suunamisel, ning kliinik võib vajadusel ise haigusest AES-i teatada. Taanis ei ole tööandjal kohustust korraldada töötajatele regulaarseid tervisekontrolle, erandiks on kõrge riskitasemega valdkonnad: näiteks tööd, kus töötaja puutub kokku bioloogiliste ohuteguritega[114], tugeva müra[115] või vibratsiooniga[116], asbestitolmuga[117], samuti öö- ja vahetustega tööd[118]. Nendel juhtudel peab tööandja töötajatele enne töö alustamist ja seejärel regulaarselt korraldama tervisekontrolle.

AES-i menetlejad, KH komitee ja töötervishoiuarstid lähtuvad umbes 500-leheküljelisest põhidokumendist[119], mis muuhulgas koondab praktilised juhised konkreetsete haiguste käsitlemiseks KH-na. Juhendis on 35 erineva haiguse lõikes välja toodud KH diagnoosimiseks vajalikud kliinilised diagnoosikriteeriumid, kokkupuute- ja kestuskriteeriumid ning näidisjuhtumid. Samuti on juhises suunised, millal saab otsuse teha nimekirja alusel ja millal tuleb juhtum suunata KH komiteele. Eraldiseisvad juhendmaterjalid on lisaks hambakahjustuste[120] ja lahustimürgistuste[121] käsitlemiseks.

### Lisa 6.3.4 Kutsehaiguste tuvastamise rahastus Taanis

KH uurimisega seotud kulud katab Taanis AES tööandjate maksetest (arstlikud tõendid, ekspertarvamused ja muud dokumendid) (ASL ptk 7 § 35 lg 7).

---

[113] Sundhedsstyrelsen (2022). Målbeskrivelse for speciallægeuddannelsen i Arbejdsmedicin. [Taani Terviseamet, töötervishoiu erialase koolituse eesmärgi kirjeldus]. Vaadatud 28.11.2025.

[114] Udsættelse for sundhedsskadelige mikroorganismer i arbejdsmiljøet. Arbejdstilsynet. [Tööohutuse ja töötervishoiu amet, kokkupuude kahjulike mikroorganismidega töökeskkonnas]. Vaadatud 10.11.2025.

[115] Støj. Arbejdstilsynet. [Tööohutuse ja töötervishoiu amet, müra]. Vaadatud 10.11.2025.

[116] Helkropsvibrationer. Arbejdstilsynet. [Tööohutuse ja töötervishoiu amet, kogu keha vibratsioon]. Vaadatud 10.11.2025.

[117] Bekendtgørelse om asbest i arbejdsmiljøet. Arbejdstilsynet. [Tööohutuse ja töötervishoiu amet, täidesaatev korraldus asbesti kohta töökeskkonnas]. Vaadatud 10.11.2025.

[118] Helbredskontrol ved natarbejde. Arbejdstilsynet. [Tööohutuse ja töötervishoiu amet, tervisekontroll öötöö ajal]. Vaadatud 10.11.2025.

[119] Vejledning om erhvervssygdomme anmeldt fra 1. januar 2005 (VEJ nr 10031 af 06/12/2024). [Kutsehaiguste juhend, millest on teatatud alates 1. jaanuarist 2005]. Vaadatud 10.11.2025.

[120] Vejledning om arbejdsbetingede tandskader 2016. (VEJ nr 9662 af 28/06/2016). [Tööga seotud hambavigastuste juhend 2016]. Vaadatud 10.11.2025.

[121] Vejledning om opløsningsmiddelforgiftning 2016. (VEJ nr 9663 af 28/06/2016). [Lahustimürgistuse juhend 2016]. Vaadatud 10.11.2025.

## Lisa 6.4 Läti

### Lisa 6.4.1 Kutsehaiguste hüvitamise süsteem Lätis

Lätis katab kutsehaigestumisi **riiklik sotsiaalkindlustussüsteem**. Õigus kindlustusskeemist makstavatele hüvitistele on kõigil, kelle eest on makstud sotsiaalmaksu. Hüvitise saamiseks peab töötaja olema kindlustatud vähemalt kolm aastat. KH korral makstakse kannatanule **haigushüvitist, töövõime kaotuse kompensatsiooni ja hüvitatakse kulud, mis on seotud ravi ja rehabilitatsiooniga, hooldamisega, abivahendite (nt ratastooli) ostu ja parandamisega, ning arsti külastamise transpordikuludega**.[122] Erinevalt tavahaigestumisest maksab KH korral Sotsiaalkindlustusamet haigushüvitist alates esimesest päevast. Tavahaigestumisel on tööandja vastutus haiguse teisest päevast kuni üheksandani, seejärel maksab haigushüvitist Sotsiaalkindlustusamet (kuni 26 nädalat alates haigestumise esimesest päevast).[123]

KH-st põhjustatud **töövõimekaotuse** kompenseerimise süsteem on heldem kui tavahaigestumise puhul, mis võib omakorda ajendada töötajaid kutsealastest terviseprobleemidest teavitama. KH-st põhjustatud püsiva töövõimekaotuse korral on hüvitise arvutamise aluseks inimese varasem sissetulek ja tuvastatud töövõime kaotuse määr protsentides (vt Tabel 15). Referentsperiood on kindlustatud isiku keskmine sissetulek 36 kuu jooksul, mis jääb riski realiseerumisele eelneva viie aasta sisse. Hüvitist võib saada samaaegselt pensioniga, kui pension on väiksem kui määratud hüvitis. Sellisel juhul makstakse välja pension ning lisaks hüvitise ja pensioni vahe.

*Tabel 15. Kutsehaigusest tekkinud töövõimekaotuse hüvitise osakaal referentssissetulekust Lätis*

| **Kaotatud töövõime (%)** | **100** | **90-99** | **80-89** | **70-79** | **60-69** | **50-59** | **40-49** | **30-39** | **25-29** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Hüvitis sissetulekust (%)** | 80 | 75 | 70 | 65 | 60 | 55 | 50 | 45 | 35 |

Üldhaigestumisega seotud töövõimekaotuse invaliidsushüvitist makstakse sõltuvalt isiku kindlustusperioodist, referentssissetulekust ning töövõime kaotuse protsendist (I grupp 80-100%; II grupp 60-79%; III grupp 25-59%). I ja II grupi hüvitis leitakse ette antud arvutusmeetodiga[124], III grupi hüvitis on fikseeritud summa, 2025. aastal 189 eurot kuus.[125]

[122] Types of social insurance benefits. Ministry of Welfare Republic of Latvia. Vaadatud 06.01.2025.

[123] European Commission (2025). Your social security rights in Latvia. Vaadatud 18.11.2025.

[124] I grupp: P = 0.45 x Vi + (ASi / ASie) x Vi x 0.1

II grupp: P = 0.40 x Vi + (ASi / ASie) x Vi x 0.1

- P: pension (kuumakse);
- Vi: referentssissetulek (eelneva viie aasta sisse jääva 36 kuu sissetulek)
- ASi: haigestunu kindlustusstaaž aastates;
- ASie: maksimaalne võimalik kindlustusstaaž alates 15. eluaastast kuni pensionieani

[125] Invalidity – comparative tables. MISSOC. Vaadatud 27.02.2025

### Lisa 6.4.2 Teekond kutsehaiguse kinnitamiseni Lätis

Lätis tugineb KH-de diagnoosimine **suletud nimekirjale** ehk KH-na saab määratleda ainult KH nimekirja kantud haigusi.[126] Samas on intervjueeritud ekspertide sõnul nimekiri küllaltki paindlik ning ei sea olulisi piiranguid. Haiguseid, millel oli töökeskkond üheks tekkepõhjuseks muude tegurite kõrval, ei hüvitata.[127]

Lätis diagnoositakse KH-sid küll sagedamini kui Eestis ja paljudes teistes Euroopa Liidu riikides, kuid diagnoosimissüsteemi on kirjeldatud kui mitmeid osapooli ning etappe hõlmavat pikka protsessi.[128] KH kinnitamine toimub järgmiste etappide kaupa.[129]

1) Kui töötajal esineb KH nimekirja kantud haigus või sellele viitavad haigustunnused ning ta on kokku puutunud kahjulike töökeskkonnateguritega, **pöördub töötaja esmalt oma perearsti poole.** Kui perearst avastab patsiendil terviseprobleemi, mis võib tõenäoliselt olla põhjustatud kahjulikest töötingimustest, suunab ta patsiendi **töötervishoiuarsti vastuvõtule**.[130]

   Kui töötervishoiuarst avastab kohustusliku tervisekontrolli käigus KH nimekirjas oleva haiguse või selle tunnused, viib ta läbi täiendavad uuringud ja vajadusel konsulteerib eriarstidega. Seejärel suunab ta töötaja perearsti juurde, lisades saatekirjale uuringute tulemused ja eriarsti arvamuse.[131] Perearst suunab patsiendi edasi meditsiinikomisjoni (vt neljas etapp).

2) **Töötervishoiuarst** uurib patsiendi terviseseisundit, kaardistab terviseajaloo ning **vajadusel suunab** patsiendi täiendavate spetsialistide konsultatsioonidele ja uuringutele.

3) Kui haiguse ja töökeskkonna vahel ei ole võimalik olemasoleva info põhjal otsest põhjuslikku seost kindlaks teha, taotleb töötervishoiuarst tööandjalt töökeskkonna iseloomustuse ning tööandja peab selle esitama 1 kuu jooksul. Tegemist on muudatusega, mis jõustus 1. juunil 2025.[132] Varem ei olnud töötervishoiuarstidel tööandjaga otsesuhtlust ning töökeskkonna kirjelduse taotles **töötervishoiuarst Tööinspektsioonist**. Muudatuse eesmärk on vähendada Tööinspektsiooni töökoormust.[133]

---

[126] Arodslimību izmeklēšanas un uzskaites kārtība, 9. pielikums - arodslimību grupu klasifikācija (2006:908). [Kutsehaiguste uurimise ja registreerimise kord, lisa 9 – kutsehaiguste rühmade klassifikatsioon]. Vaadatud 10.11.2025.

[127] Intervjuu ekspertidega.

[128] Methodological note LV. Eurostat. Vaadatud 11.11.2025.

[129] Arodslimību izmeklēšanas un uzskaites kārtība (2006:908). [Kutsehaiguste uurimise ja registreerimise kord]. Vaadatud 10.11.2025.

[130] Eksperdi sõnul eeldatakse perearstilt, et patsiendil on teostatud vähemalt baastaseme uuringud enne töötervishoiuarsti juurde suunamist; reaalsuses aga saadetakse patsient sageli töötervishoiuarsti juurde ainuüksi patsiendi kaebuste kirjelduse alusel. Sellisel juhul määrab töötervishoiuarst vajalikud uuringud ja suunab patsiendi nende lõpuleviimiseks perearsti juurde tagasi, mis aga muudab protsessi pikemaks.

[131] Patsiendi suunamine perearsti vastuvõtule on vajalik, et uuringud ja analüüsid toimuksid riikliku tervishoiusüsteemi rahastuse kaudu (intervjuu ekspertidega).

[132] Grozījumi Ministru kabineta 2006. gada 6. novembra noteikumos Nr. 908 "Arodslimību izmeklēšanas un uzskaites kārtība" (2025:164). [Ministrite Kabineti 6. novembri 2006. aasta määruse nr 908 "Kutsehaiguste uurimise ja registreerimise kord" muudatused]. Vaadatud 10.11.2025.

[133] Intervjuu ekspertidega.

Kui töötaja kirjeldus töötingimustest erineb tööandja koostatud iseloomustusest või kui tööandja ei ole iseloomustust esitanud, on **meditsiinikomisjonil** õigus küsida Tööinspektsioonilt arvamust töökeskkonnategurite osas või isiku töökohal kontrolli läbiviimist.

4) Kui töötervishoiuarst kinnitab KH tõenäolise olemasolu, suunab ta patsiendi **meditsiinikomisjoni konsultatsioonile**, lisades läbivaatuse tulemused ja väljavõtte haigusloost.

5) **Patsient esitab meditsiinikomisjonile tööstaaži tõendavad dokumendid** (nt tööleping). Kui dokumendid puuduvad, esitab patsient kirjaliku selgituse konkreetse tööandja juures töötamise ajavahemikust ja töötingimustest.

6) **Meditsiinikomisjon langetab lõpliku otsuse KH kinnitamiseks.** Meditsiinikomisjon koosneb mitmest töötervishoiuarstist ja neuroloogist; varem kuulus komisjoni ka Tööinspektsiooni esindaja.[134] Komisjon kasutab hindamisel patsiendi läbivaatuse tulemusi, eelnevate haiguste andmeid, töökeskkonna kirjeldust ja muid edastatud dokumente. Otsus langetatakse kahe kuu jooksul ning sellest teavitatakse töötajat, perearsti, terviseseisundi ja töövõime hindamise riiklikku ekspertiisikomisjoni (*veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisija*) ja Tööinspektsiooni. Tööinspektsioon teavitab tööandjat, et töökeskkonna riskitegurid põhjustasid töötajal KH. Tööandja kohustus on võtta kasutusele meetmed, mis ennetavad või vähendavad riske, samuti peab tööandja võimaldama kutsehaigestunule alternatiivseid tööülesandeid.

Tuvastamaks KH-st tingitud töövõimekao ulatuse, mis on hüvitise arvutamise aluseks, suunab perearst patsiendi terviseseisundi ja töövõime hindamise riikliku ekspertiisikomisjoni vastuvõtule. Hüvitise taotlemiseks esitab patsient Sotsiaalkindlustusametile nii KH diagnoosi kinnitanud arstliku komisjoni otsuse kui ka töövõimekaotuse ulatust hinnanud ekspertiisikomisjoni tulemuse ja muud vajalikud dokumendid.

### Lisa 6.4.3 Töötervishoiuarstide väljaõpe, roll ja juhendmaterjalid Lätis

2024. aastal oli Lätis **4 praktiseerivat töötervishoiuarsti 100 000 hõivatu kohta**.[135] Lätis kvalifitseerub töötervishoiuarstiks kahel viisil: läbides arstiks õppimise järgselt nelja-aastase residentuuri töötervishoiuarstiks spetsialiseerumisega või läbides vähemalt 3-aastase praktiseerimise kogemusega arstide ja perearstide täiendkursuse (300 akadeemilist tundi, toimuvad iga kahe nädala tagant, kaks korda nädalas).[136] Täiendkursuse eduka läbimise korral saab arst või perearst loa töötervishoiuarstina tegutsemiseks viieks aastaks. Kursuseid viib läbi Läti Töötervishoiuarstide Assotsiatsioon koostöös Riia Stradiņši Ülikooliga.[137]

Töötervishoiuarstid ja meditsiinikomisjon kasutavad oma töös üldise juhendina professor Maija Eglīte materjali „*Darba medicīna*“[138] ja Euroopa Komisjoni materjali „*Information notices on occupational diseases: a guide to*

[134] Eksperdiga kirjavahetuses märgiti, et riigiasutustes on võetud suund halduskoormuse ja bürokraatia vähendamisele ning KH-de menetlust on lihtsustatud, et vähendada tööinspektorite ülesannete mahtu, võimaldades neil keskenduda peamiselt töötingimuste järelevalvele hetkeolukorras ning mitte varasemate töötingimuste hindamisele.

[135] Autorite arvutused Eurostati hõivatute arvu alusel. RES010. Number of medical doctors by speciality. Health Statistics Database. Vaadatud 11.11.2025.

[136] Intervjuu ekspertidega.

[137] Postgraduate Courses for Physicians in Occupational Medicine. European Agency for Safety and Health at Work. Vaadatud 18.02.2025.

[138] Maija Eglīte (2012). Darba medicīna. [Töömeditsiin]. Vaadatud 18.11.2025.

*diagnosis*".[139] Lisaks kasutatakse konkreetseid juhendmaterjale seljavalu[140], mürast tingitud kuulmislanguse[141], ja karpaaltunneli sündroomi[142] jaoks.

### Lisa 6.4.4 Kutsehaiguste tuvastamise rahastus Lätis

KH kahtluse korral suunab töötervishoiuarst haigestunud isiku perearsti juurde, kus vajalikud lisauuringud rahastatakse üldise tervishoiueelarve kaudu. Pärast vajalike analüüside ja protseduuride läbiviimist suunab perearst patsiendi tagasi töötervishoiuarsti juurde, kelle KH-ga seotud toimingute eest tasutakse samuti üldise tervishoiueelarve kaudu.[143]

## Lisa 6.5 Rootsi

### Lisa 6.5.1 Kutsehaiguste hüvitamise süsteem Rootsis

**Töötajaid kaitseb KH korral riiklik tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustus, mida korraldab Sotsiaalkindlustuskassa** (*Försäkringskassan*). Riiklik tööõnnetuskindlustus võib maksta haigestunule hüvitist **annuiteedi** (*livränta*) ehk püsiva sissetulekukaotuse kompensatsiooni vormis, kui KH vähendab tema töövõimet **etteulatuvalt vähemalt üheks aastaks** ning sissetulek väheneb **vähemalt 1/15** võrra. Selle esimese aasta jooksul on kannatanul õigus saada haigushüvitist samadel alustel nagu üldhaigestumise korral. Samuti hüvitatakse igapäevaseks toimetulekuks vajalikud **abivahendid**, **hambaravi** ning **arstiabi välismaal**.[144]

Sotsiaalkindlustuskassa menetleb juhtumit ainult siis, kui isik vastab annuiteedi saamiseks vajalikele tingimustele:[145]

1) isiku sissetulek väheneb, kuna ta peab töötama väiksema koormusega või katkestama töötamise, peab muutma töökohta või -ülesandeid, jääb ilma boonusest või peab tervisekahjustuse tõttu ümber õppima (kui haigus ei vähenda haigestunud isiku sissetulekut, siis Sotsiaalkindlustuskassa seda ei menetle – juhtum lihtsalt registreeritakse);
2) sissetulek on vähenenud vähemalt 1/15 võrreldes sellega, mida töötaja teenis enne tervisekahjustust;

[139] European Commission (2009). Information notices on occupational diseases: a guide to diagnosis. Vaadatud 18.11.2025.

[140] Latvijas arodslimību ārstu biedrība (2005). Mugurkaula slimību saistīšanai ar arodu. [Läti töötervishoiuarstide assotsiatsioon, selgroohaiguste seostamine kutsetööga]. Vaadatud 18.11.2025.

[141] Latvijas arodslimību ārstu biedrība (2005). Trokšņa radīto veselības traucējumu agrīnai identifikācijai un diagnosticēšanai. [Läti töötervishoiuarstide assotsiatsioon, mürast põhjustatud tervisehäirete varajaseks avastamiseks ja diagnoosimiseks]. Vaadatud 18.11.2025.

[142] Karpaaltunneli sündroomi jaoks on sisedokument, mis ei ole veebis kättesaadav.

[143] Intervjuu ekspertidega.

[144] European Commission (2025). Your social security rights in Sweden. Vaadatud 18.11.2025.

[145] Annuity – compensation for loss of income due to occupational injury. Försäkringskassan. [Sotsiaalkindlustuskassa]. Vaadatud 27.02.2025.

3) on olemas arstitõend või muu meditsiiniline dokumentatsioon, mis kinnitab, et haigus mõjutab haigestunud isiku võimekust töötada etteulatuvalt vähemalt ühe aasta jooksul alates arsti väljastatud tõendi või dokumentatsiooni kuupäevast.[146]

**Riiklikku tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustust täiendab kollektiivlepinguga sõlmitud lisakindlustus.** Kollektiivlepinguga sõlmitud lisakindlustus on riiklikust kindlustusest heldem ning hüvitab nii kulusid kui ka sissetuleku kaotust ulatuses, mida riiklik süsteem ei kata. Seda pakub AFA kindlustus, mis katab ligikaudu 90% töötajatest, seega enamik Rootsi töötajaid saab sellest kindlustusest lisahüvitisi KH korral. Kui KH takistab edaspidi töötamist, on kannatanul õigus saada hüvitist sissetuleku vähenemise eest, mida muud toetussüsteemid ei kompenseeri. AFA maksab hüvitist ka valu ja kannatuse eest ning näiteks moonutavate armide või hammaste kaotuse korral. Taotluse esitab töötaja veebis, saates muuhulgas üksikasjaliku kirjelduse juhtumist, arstitõendi terviseseisundi kohta ning teabe kulude kohta.[147] Tööga seotud haigused, mis ei põhjusta pikaajalist töövõimetust, ei kvalifitseeru Sotsiaalkindlustuskassast hüvitise saamisele, aga juhul kui haigus on kantud 1980. aasta ILO KH nimekirja, võib haigestunud töötaja siiski saada rahalist hüvitist AFA kaudu.[148]

### Lisa 6.5.2 Teekond kutsehaiguse kinnitamiseni Rootsis

Rootsis toimib kaks eraldiseisvat liini tööga seotud haiguste diagnoosimiseks, mille tegevused ja otsused on teineteisest sõltumatud. **Töö- ja keskkonnameditsiini kliinikutes ja teenusepakkujate juures tegutsevad töötervishoiuarstid**, kes hindavad võimalikke tööga seotud haigestumise juhtumeid ennetaval eesmärgil. Sotsiaalkindlustuskassa uurib võimalikke KH juhtumeid hüvitamise eesmärgil, kusjuures **Sotsiaalkindlustuskassas ei tegutse töötervishoiuarstid, vaid kindlustusmeditsiini spetsialistid.**

**Rootsis puudub KH nimekiri** (erandiks on nakkushaigused) ning KH-na saab määratleda iga haigust, millel tõendatakse ülekaalukas seos töökeskkonnaga. Enne Sotsiaalkindlustuskassasse pöördumist on vajalik, et haigestunud isikul oleks meditsiiniline dokumentatsioon ja diagnoos olemas. KH olemasolu tõendamise kohustus lasub **töötajal**, kes peab esitama Sotsiaalkindlustuskassale kõik vajalikud meditsiinilised dokumendid (sh nt esmatasandi arstiabist, töötervishoiuteenusest), mis kinnitavad, et tema haigus võib olla seotud töökeskkonna teguritega. Tööandja esitab Sotsiaalkindlustuskassale veebipõhise vormi[149], mis sisaldab teavet haigestunud isiku töökoha, ameti, keskkonnatingimuste, sümptomite jms kohta.

Sotsiaalkindlustuskassa määrab hüvitist taotlevale isikule **juhtumikorraldaja**, kelle ülesandeks on juhendada haigestunut läbi KH kinnitamise protsessi. Juhtumikorraldaja ei ole arst ning tal on meditsiiniliste küsimuste lahendamisel abiks kindlustusmeditsiinispetsialist. Kindlustusmeditsiinispetsialistid on kindlustusmeditsiini

[146] Rootsi valitsuse uurimisaruandes märgitakse, et annuiteedi taotlemise tingimusi soovitakse muuta. Näiteks leitakse, et kehtiva ühe aasta pikkuse töövõime kaotuse nõude tulemusena taotlevad inimesed toetust liiga vara, kui nende seisund pole veel stabiliseerunud ning arstid ei saa anda piisavalt kindlat prognoosi, et haigus mõjutab isiku töövõimet vähemalt aasta. Selle asemel soovitatakse kehtestada 180-päevane ooteaeg ehk jälgimisperiood, mille jooksul hinnatakse, kas töövõime stabiliseerub või taastub, ning sellele järgnev prognoosipõhine 180-päevane terviseseisundi püsivuse nõue. Kui töövõime kaotus tõenäoliselt kestab veel vähemalt 180 päeva, saab isik hüvitist taotleda kohe pärast ooteaja lõppu. Allikas: Regeringskansliet (2023). En ändamålsenlig arbetsskadeförsäkring. [Rootsi valitsuskantselei, sobiv töötajate õnnetusjuhtumikindlustus].

[147] Security in working life. AFA Försäkring. [AFA kindlustus]. Vaadatud 11.11.2025.

[148] Kirjeldus eksperdilt.

[149] Anmäl allvarliga olyckor, allvarliga tillbud eller arbetsskador. Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan. [Rootsi Töökeskkonnaamet ja Sotsiaalkindlustuskassa, teata rasketest õnnetustest, rasketest vahejuhtumitest või tööga seotud tervisekahjustusest]. Vaadatud 11.11.2025.

väljaõppe läbinud kogenud eriarstid, kes tuginevad oma töös eeskätt erialasele ekspertiisile ning Rootsi tervisetehnoloogiate ja sotsiaalteenuste hindamise ameti (*Statens beredning för medicinsk och social utvärdering*, edaspidi SBU) avaldatud teadusülevaadetele. Nad uurivad Sotsiaalkindlustuskassale edastatud meditsiinilist dokumentatsiooni, kuid ei uuri haigestunud töötajat isiklikult. **Kindlustusmeditsiinispetsialist teeb lõpliku ametliku otsuse** selle kohta, kas tegu on KH-ga.[150] Kui varasemast meditsiinilisest dokumentatsioonist ei piisa otsuse langetamiseks, tellib juhtumikorraldaja kindlustusmeditsiinilise hindamise (*försäkringsmedicinska utredningar*). Kindlustusmeditsiiniline ekspertiis peab andma põhjaliku kirjelduse haiguse tagajärgedest patsiendi funktsionaalsele seisundile ja töövõimele. Iga regioon vastutab selle eest, et Sotsiaalkindlustuskassa taotlusel oleks võimalik osutada kindlustusmeditsiinilist läbivaatust (*Lag om försäkringsmedicinska utredningar*[151] § 2).

### Lisa 6.5.3 Töötervishoiuarstide väljaõpe, roll ja juhendmaterjalid Rootsis

Töötervishoiuarstidel on Rootsis ennetav roll – nad hindavad töökeskkonnas esinevaid riske (sh külastavad konkreetseid töökohti) ning annavad tööandjatele soovitusi töökeskkonna parandamiseks. Töötervishoiuarstid hindavad ka töötaja haiguse tööga seotust, mille eesmärgiks on tagada varajane sekkumine ja ennetada edasiste KH-de tekkimist organisatsioonis. **See hinnang ei ole aluseks Sotsiaalkindlustuskassast hüvitise taotlemisele või saamisele.** Sotsiaalkindlustuskassal on kindlustusmeditsiinispetsialistid, kes otsustavad sõltumatult eelnimetatud töötervishoiuarsti hinnangust, kas töötaja haigestumine on määratletav KH-na ja kas tal on õigus kompensatsioonile. Töötervishoiuarsti hinnang võib olla osa eelnevast meditsiinilisest dokumentatsioonist, kuid ei ole nõutav ega sagedane praktika.[152]

Kuna Rootsis puudub KH nimekiri, ei tugine töötervishoiuarstid konkreetsele haiguste ja riskitegurite loetelule ning seose tuvastamine toimub juhtumipõhiselt. Rootsis ei ole välja antud KH hindamise juhendmaterjali, kuid töötervishoiuarstid võivad tugineda SBU teadusülevaadetele töömeditsiini valdkonnas. Töötervishoiuarstid lähtuvad olemasolevatest teaduslikest tõenditest, kuidas kindlad tööalased kokkupuuted võivad põhjustada, vallandada või süvendada konkreetset haigust. Sageli on vajalik vastava epidemioloogilise kirjanduse ülevaade ja töötaja kokkupuute hindamine, keskendudes küsimusele, kas kokkupuude riskiteguri(te)ga vastab sellisele iseloomule, intensiivsusele ja kestusele, et see võib tervist mõjutada ja haigust põhjustada. Kui riskiteguriga kokkupuute eelloetletud tingimused on täidetud, hindab töötervishoiuarst, kas haigust on võimalik paremini selgitada mõne muu töövälise riskiteguriga (elustiil, kaasuvad haigused, geneetilised tegurid jm). Kui töövälised tegurid on välistatud, järeldab töötervishoiuarst, et tööalane kokkupuude on töötaja haiguse tõenäoline põhjustaja.[153]

Töötervishoiuarstid on töömeditsiinispetsialistid, kelle kvalifikatsioon on Rootsis omandatav lisaspetsialiseerumise kaudu. Töötervishoiuarstidel on varem olemas baasspetsialisti väljaõpe mõnes teises meditsiinivaldkonnas (perearst, psühhiaater, ortopeed, kirurg jne), mille järel spetsialiseerutakse töömeditsiiniline. Lisaks on olemas ka baasmeditsiini eriala nimega töö- ja keskkonnameditsiin, mille väljaõpe

[150] Kirjeldus eksperdilt.

[151] Lag om försäkringsmedicinska utredningar (2018:744) [Kindlustusmeditsiiniliste läbivaatuste seadus]. Vaadatud 11.11.2025.

[152] Intervjueeritud Rootsi eksperdi sõnul külastab hinnanguliselt vaid 10% hüvitist taotlevatest isikutest eelnevalt töötervishoiukliinikut.

[153] Kirjavahetus eksperdiga.

kestab viis aastat. Selle baaseriala arstid on koolitatud nii töömeditsiini kui ka keskkonnameditsiini valdkonnas ning nad töötavad enamasti ühes Rootsi seitsmest töö- ja keskkonnameditsiini kliinikus.[154]

Rootsis ei ole avalikult kättesaadavat teavet aktiivsete töötervishoiuarstide kohta. Asendame selle arstide arvuga, kes on hõives ametikohal, mis vastab tema spetsialiseerumisele: töö- ja keskkonnameditsiini spetsialistid ning töötervishoiuspetsialistid, kuid need võivad hõlmata ka töötervishoius töötavaid muid spetsialiste, sh õdesid, füsioterapeute jm. Rootsis oli 2024. aastal vastaval ametikohal 4 aktiivset töö- ja keskkonnameditsiinile spetsialiseerunud isikut ning 3 töötervishoiule spetsialiseerunud isikut 100 000 hõivatu kohta.[155]

### Lisa 6.5.4 Kutsehaiguste tuvastamise rahastus Rootsis

Rootsis toimub haiguse diagnoosimine (olenemata põhjusest) avaliku tervishoiusüsteemi rahastuse kaudu. Kui inimene taotleb kutsehaiguse eest hüvitist riiklikult süsteemilt, rahastab haiguse tööga seotuse hindamist Sotsiaalkindlustuskassa. Kui kompensatsiooni taotletakse kollektiivlepingu alusel, toimub hindamine vastava kindlustusandja ehk AFA kaudu.

## Lisa 6.6 Soome

### Lisa 6.6.1 Kutsehaiguste hüvitamise süsteem Soomes

Soome **KH nimekiri** sisaldab haigusi ja vastavaid kokkupuuteid ohuteguritega, mille vahel on tõestatud põhjuslik seos. KH-na on võimalik kompenseerida ka nimekirjaväliseid haiguseid, kui tõendatakse piisav põhjuslik seos haiguse ja töökeskkonna füüsikaliste, keemiliste või bioloogiliste ohutegurite vahel. Psühhosotsiaalsetest ohuteguritest põhjustatud haiguseid ei kompenseerita.[156]

Erialapraktikas ja -kirjanduses on Soomes **TPH** katusmõiste, mis hõlmab kõiki tööealises elanikkonnas esinevaid haigusi, mille teket, kulgu või prognoosi mõjutab töö. **TPH-d** jagunevad **KH-deks** ja **osaliselt tööst põhjustatud haigusteks**, mille väljakujunemises mängivad töötingimused rolli, kuid ei ole haiguse peamiseks põhjustajaks (vt Joonis 58).[157] Õiguslikult sellist eristust ei tehta. Hüvitamisele kuuluvad ainult KH-d, osaliselt tööst põhjustatud haiguseid hüvitatakse samadel alustel üldhaigestumisega.

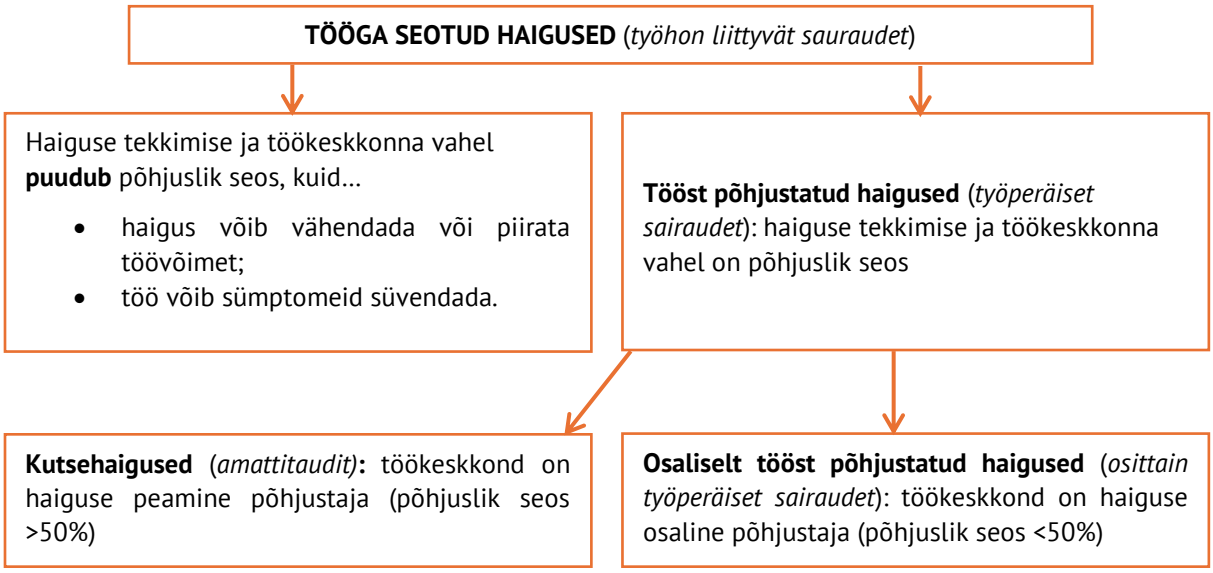
[154] Kirjavahetus eksperdiga.

[155] Autorite arvutused Eurostati hõivatute arvu alusel. Statistikdatabaser - Hälso- och sjukvårdspersonal. Socialstyrelsen. [Rootsi Sotsiaalamet, statistilised andmebaasid – tervishoiu- ja meditsiinitöötajad]. Vaadatud 11.11.2025.

[156] What is an occupational disease? Finnish Workers' Compensation Center. Vaadatud 11.11.2025.

[157] Ammattitaudit. Työterveyslaitos. [Soome Töötervishoiu Instituut, kutsehaigused]. Vaadatud 29.04.2025.

*Joonis 58. Tööga seotud haiguse, kutsehaiguse ja tööst põhjustatud haiguse terminid Soomes*




*Allikas: Soome Töötervishoiu Instituut*

**Tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustus** on osa Soome sotsiaalkaitsest, mis katab kõiki töötajaid ning on reguleeritud tööõnnetuste ja kutsehaiguste seadusega[158]. Tööandjal on kohustus sõlmida kindlustus **eraõigusliku kindlustusseltsiga**, mis on Tööõnnetuskindlustuse keskuse (*Tapaturmavakuutuskeskuse*, edaspidi TVK) liige. TVK koordineerib ja arendab tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse süsteemi toimimist Soomes, haldab vastavat statistikat ning kontrollib tööandjate kindlustuskohustuse täitmist koostöös teiste ametiasutustega. Kui töötaja haigestub KH-sse pärast töösuhte lõppu, määratakse kompensatsioonikohustus sellele tööandjale (ja tema kindlustusandjale), kelle juures toimus haiguse seisukohalt olulisim või viimati dokumenteeritud kokkupuude ohuteguriga, juhul kui varasemaid seoseid ei saa usaldusväärselt tõendada. Töötajal on KH või TÕ korral õigus hüvitisele ka juhul, kui tööandja ei ole täitnud oma seadusest tulenevat kindlustuskohustust. Sellisel juhul tagatakse hüvitise maksmine TVK hallatava kollektiivse tagatissüsteemi kaudu. Tööandjal puudub kohustus sõlmida tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustust juhul, kui töötajale makstud või kokkulepitud aastane töötasu ei ületa kindlaksmääratud alampiiri. Riigitöötajate tööõnnetus- ja kutsehaigushüvitised tasutakse Soome riigikassa (*Valtiokonttori*) kaudu.[159]

Tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustus katab **ravikulud**, **ravimid**, **transpordikulud**, vajadusel **majutuskulud** (kui haigestunud isik peab ravi saamiseks kodust eemal viibima), **abivahendid** (nt ratastool) ja **rehabilitatsioonikulud**, kui need on meditsiiniliselt põhjendatud ja seotud TÕ või KH-ga. **Päevaraha** katab isiku sissetuleku kaotuse ühe aasta ulatuses alates juhtumi toimumise kuupäevast.[160] Seda makstakse ajutise töövõimetuse alusel, mis kestab vähemalt kolm järjestikust päeva. Päevaraha makstakse tööandjale, kes maksab töötajale haigushüvitist. Esimese nelja nädala jooksul alates nõude esitamise kuupäevast vastab päevaraha töötaja haigushüvitise suurusele. Pärast nelja nädalat makstakse päevaraha päevas 1/360 töötaja

[158] Työtapaturma- ja ammattitautilaki (459/2015). [Tööõnnetuste ja kutsehaiguste seadus]. Vaadatud 11.11.2025.

[159] Occupational accidents and illnesses. Ministry of Social Affairs and Health. Vaadatud 11.11.2025.

[160] Juhtumi toimumise kuupäev on kuupäev, mil isik pöördus esmakordselt arsti poole hiljem KH-na diagnoositud haiguse tõttu.

aastapalgast. Päevaraha ei maksta juhul, kui isiku töövõime langus on alla 10%. Kui KH-st tingitud töövõimetus kestab üle ühe aasta, makstakse kannatanule sissetuleku kaotuse kompenseerimiseks **pensionit**. Pensionit makstakse kuni töövõime taastumiseni. Täieliku töövõimetuse korral moodustab pension 85% aastapalgast kuni 65 aasta vanuseni ning pärast seda 70% aastapalgast. Tööalase rehabilitatsiooni (nt ümberõppe) ajal saamata jäänud töötasu kompenseeritakse päevaraha või pensioni asemel **rehabilitatsioonitoetusega**. Rehabilitatsioonitoetuse suurus vastab tavaliselt päevaraha või pensioni suurusele. Rehabilitatsioonitoetust võidakse maksta pärast rehabilitatsiooni lõppu kuni 6 kuud, kui see aitab inimesel tööellu naasta. KH tagajärjel tekkinud püsiva funktsioonipiirangu korral makstakse kannatanule **puudetoetust**. Püsivat funktsioonihäiret hinnatakse ühe aasta möödumisel. Puude raskusastmeid on kokku 20. Valu, kannatuste ja moonutuste eest eraldi hüvitist ei maksta, kuid neid võtab arvesse puude raskusaste. Puudetoetus määratakse puude raskusastme ja seadusega sätestatud baassumma alusel ning sõltub vigastatud töötaja vanusest. Puudetoetust makstakse ühekordse maksena puude raskusastmete 1–5 puhul. Puude raskusastmete 6–20 korral makstakse hüvitist igakuise toetusena. Surma korral makstakse hukkunu lähedastele **matusetoetust ja toitjakaotuspensionit**. [161]

### Lisa 6.6.2 Teekond kutsehaiguse kinnitamiseni Soomes

Töötingimustest tulenevate haigusnähtude hindamine ja nende käsitlemine kuuluvad tööandja korraldatud ja rahastatud kohustusliku töötervishoiuteenuse hulka. Tööga seotud haiguse kahtluse korral peab **töötaja pöörduma töökoha töötervishoiuteenuse osutaja poole**, milleks on töötervishoiukeskus, kus töötavad töötervishoiuarstid ja -õed, psühholoogid ning teised töötervishoiuspetsialistid.

Töötervishoiuarstid võivad ise diagnoosida teatud KH-sid, näiteks müra põhjustatud kuulmiskahjustust või korduvatest liigutustest kujunenud haigusi. **Töötervishoiuarst on KH tuvastamise lähtepunkt**: tema ülesanne on hinnata tööseose olemasolu, korraldada uuringud ning esitada kindlustusandjale vajalik meditsiiniline info. Kui töötervishoiuarst peab seda vajalikuks, võib ta saata haigestunud isiku saatekirjaga uuringutele keskhaigla polikliinikusse (dermatoloogia, kõrva-nina-kurgu- või kopsuhaiguste polikliinikusse) ja/või spetsialiseerunud töötervishoiukliinikusse (nt Soome Töötervishoiu Instituudi töömeditsiini kliinikusse), kui KH kahtluse korral on vaja täpsemat eksperthinnangut või diagnostikat, mida tavaline töötervishoiukeskus ei saa pakkuda. Ka kindlustusasutus võib saata haigestunud isiku täiendavatele uuringutele, kui nende hinnangul ei ole vajalikke uuringuid teostatud või on need ebapiisavad. Vajadusel võivad esmast hindamist teha ka teised töötingimustega kursis olevad arstid, näiteks eriarstid, kes tegutsevad koostöös töötervishoiuteenuse osutajaga.

**KH kinnitamiseks ja võimaliku hüvitise saamiseks peab töötaja teavitama tööandjat**. Seejärel on tööandjal kohustus teavitada TÕ ja KH kindlustusasutust viivitamata, kuid mitte hiljem kui kümne tööpäeva jooksul, täites selleks ettenähtud vormi[162] töökeskkonna mõjude ja esinevate sümptomite kohta. Nõude võib esitada ka **töötaja ise või arst**, kes edastab kindlustusseltsile meditsiinilise aruande[163]. KH kinnitamise ja hüvitamise eest vastutab kindlustusselts. Kindlustusarst (*vakuutuslääkäri*) analüüsib dokumentatsiooni kindlustusmeditsiini ja seaduse kontekstis ning toetab sellega kindlustusandja lõplikku otsust, kas haigus kvalifitseerub KH-ks.**[164]**

[161] Social security with a suspected occupational disease. Finnish Institute of Occupational Health. Vaadatud 25.04.2025.

[162] Notice of occupational disease. TVK. Vaadatud 18.11.2025.

[163] Occupational and work-related diseases. Occupational Safety and Health Administration. Vaadatud 24.04.2025.

[164] Methodological note FI. Eurostat. Vaadatud 18.11.2025.

Kindlustusarst ei uuri patsienti isiklikult, vaid tugineb dokumentatsioonile. Ta tutvub töötervishoiuarsti, eriarstide ja Töötervishoiu Instituudi aruannetega, hindab, kas meditsiiniline diagnoos vastab KH määratlusele ja annab sisendi kindlustuse menetlejale, kellega koos määratakse hüvitis.

**Töökeskkonna kohta** saadakse infot töökohauuringutest[165], tööhügieenikult tellitud töökeskkonna hindamistest, tööruumide plaanidest/joonistest, biomonitooringu tulemustest, haigestunud isiku kirjeldustest ja tööandja täidetud vormi vastustest. Lisaks varasematele töökohauuringutele võidakse läbi viia ka sihitud töökohauuring, mille eesmärgiks on kokkupuute täpsustamine ja kinnitamine.

**Soomes on igal KH-d kahtlustaval arstil kohustus teavitada piirkondlikku tööohutuse ja töötervishoiu ametiüksust** (*Aluehallintoviraston työsuojelun vastuualue*). Teatises peavad sisalduma andmed, mis võimaldavad tuvastada kannatanu isiku ja tööandja, samuti teave kokkupuute laadi ja kestuse, diagnoosi ja töötajale põhjustatud kahju kohta. Tööohutuse ja töötervishoiu ametiüksus otsustab seejärel, kas töötingimusi tuleb arsti teatise põhjal täiendavalt kontrollida ja järelevalvemenetluse kaudu uurida. Enne tööandjaga ühenduse võtmist küsib tööohutuse ja töötervishoiu ametiüksus selleks nõusoleku töötajalt. Haigestunud töötaja isikut tööandjale ei avaldata. Ametiüksuse ülesanne ei ole osaleda hüvitise määramisega seotud küsimustes, vaid uurimise eesmärk on **ennetada teiste töötajate haigestumist.**[166]

### Lisa 6.6.3 Töötervishoiuarstide väljaõpe, roll ja juhendmaterjalid Soomes

Soomes on töötervishoiuarsti ülesanneteks tööga seotud haiguste ennetamine ja diagnoosimine, ravimine, töökoha külastamine, riskianalüüside koostamine ning töötajate ja tööandjate nõustamine. Täiskohaga töötaval töötervishoiuarstil peab olema töötervishoiuspetsialisti erialane kvalifikatsioon. Täiskohaga tööks loetakse seda, kui arst töötab töötervishoius keskmiselt 20 tundi või rohkem nädalas. Kui töökoormus on alla 20 tunni nädalas, peab arst kahe aasta jooksul tööle asumisest läbima vähemalt 15 ainepunkti ulatuses töötervishoiualase koolituse[167]. 2023. aastal töötas Soomes **35,7 töötervishoiuarsti 100 000 hõivatu kohta**. Kui arvestada lisaks töötervishoiu eriarstidele ka aktiivseid töötervishoiu erialal residentuuris olevaid arste ning töötervishoiu pädevuskoolituse läbinud arste, oli töötervishoiule kvalifitseeritud aktiivseid arste 73,9 arsti 100 000 hõivatu kohta.[168]

[165] Oluline osa kohustuslikest töötervishoiuteenustest on töökohauuringud (*työpaikkaselvitys*), millega selgitatakse välja töökeskkonna mõjud töötajate tervisele ja töövõimele ning koostatakse ettepanekud töötingimuste parandamiseks. Selle käigus hinnatakse füüsikalisi, keemilisi ja bioloogilisi ohutegureid ning vajalikke kaitsevahendeid; töö füüsilist ja psühhosotsiaalset koormust (sh tööasendid, tõstmine, kiirustamine ja oht vägivallaks); töötajate tervist, töövõimet ja funktsionaalset võimekust; haigestumise riski seoses töötajate individuaalsete omadustega; tööga seotud haigestumiste riski; tööaja korraldust; töötingimuste ja -personali muutuseid; võimalusi töövõimele vastavate individuaalsete töökorralduste rakendamiseks jm. Töökohauuringud viiakse läbi tööandjaga koostöö alustamisel ja iga kord, kui töötingimused muutuvad. Samuti võidakse läbi viia sihitud töökohauuringuid, et täpsemalt konkreetset ohutegurit kaardistada. Allikas: Workplace survey. The Centre for Occupational Safety. Vaadatud 25.04.2025.

[166] Occupational and work-related diseases. Occupational Safety and Health Administration. Vaadatud 24.04.2025.

[167] Työterveyshuollon pätevöittävät koulutukset. Työterveyslaitos. [Soome Töötervishoiu Instituut, töötervishoiu kvalifikatsioonikoolitus]. Vaadatud 11.11.2025.

[168] Autorite arvutused Eurostati hõivatute arvu alusel. Työterveyshuollon toiminta ja laatu. Työterveyslaitos. [Soome Töötervishoiu Instituut, töötervishoiu toimimine ja kvaliteet]. Vaadatud 18.11.2025.

Töötervishoiuarstiks spetsialiseerumine on võimalik pärast kuueaastast arsti põhiõpet. Spetsialiseerumine kestab samuti kuus aastat ning on võimalik viies ülikoolis: Helsingi, Ida-Soome, Oulu, Tampere ja Turu.[169]

1) **2-aastane baasõping** valmistab õppija ette iseseisvaks tööks üldarstina esmatasandi tervishoius. See hõlmab vähemalt üheksa kuud tööd omavalitsuse tervisekeskuses, vähemalt 6 kuud haigla kliinilises rotatsioonis ning kuni kuus kuud mõnes muus ülikooli poolt heaks kiidetud avalikus või erasektori terviseasutuses.
2) **4-aastase erialase spetsialiseerumiskoolituse** eesmärk on omandada töötervishoiuarstina praktiseerimiseks vajalikud oskused.
    a. **24 kuud** praktilist väljaõpet toimub lepingulistes omavalitsuse või erasektori töötervishoiu üksustes. Lisaks individuaalsele koolitusele pakub üksus tööalaseid täiendkoolitusi kaks tundi nädalas, mis sisaldab kliinilisi nõupidamisi, töökohtade juhendatud külastusi, õpirühmades osalemist, seminare, erialase kirjanduse ülevaateid jms.
    b. **6 kuud** töövõime hindamise ja rehabilitatsiooni õpet toimub suuremate haiglate rehabilitatsioonihindamise üksustes ja lepingulistes rehabilitatsiooniasutustes.
    c. **12 kuud** kestva kliinilise õppe raames osaleb õppija tööalases täiendõppes ning teoreetilistel seminaridel ja kursustel kolm tundi nädalas. Kliiniline õpe toimub vähemalt kolmes kliinikus, igas kliinikus peab õppija töötama vähemalt kolm kuud. Õpe võib toimuda dermatoloogia, sisehaiguste, neuroloogia, kõrva-nina-kurguhaiguste, füsiaatria, kopsuhaiguste, psühhiaatria ja kirurgia kliinikutes. Rõhk on ambulatoorsel tööl.
    d. **6 kuud** õpet Soome Töötervishoiu Instituudis keskendub töötervishoiu rakendusuuringutele ning tutvustatakse teadustöö põhimõtteid. Õppija tutvub teadusvaldkondadega, mis toetavad töötervishoiuteenust - toksikoloogia, tööohutushügieen, tööfüsioloogia, tööpsühholoogia, ergonoomika, epidemioloogia ja tervisemajandus. Soomes asub viis Töötervishoiu Instituudi piirkondlikku keskust.
3) **100 tundi** teoreetilisi õpinguid, mis käsitlevad töötervishoiuarsti seoseid tööandja organisatsiooni, töötaja ja ühiskonnaga, samuti töötervishoiuarsti kui professionaali rolli. Programm sisaldab ka juhtimiskoolitust.
4) Vähemalt iga kuue kuu tagant hindab õppija oma pädevuse arengut koos juhendajaga. See dokumenteeritakse logiraamatusse, mis tuleb enne lõpetamist ülikoolil kinnitada. Koolituse teoreetiline osa kontrollitakse riikliku eksami kaudu, mis toimub koolitusprogrammi lõpus.

Tööandjal on kohustus tagada töötajatele töötervishoiuteenused, mille sisus lepitakse kokku tööandja, personaliesindaja ja töötervishoiuteenuse osutaja vahel, lähtudes töö iseloomust ja sellest tulenevatest vajadustest. Tööandja tagatavad kohustuslikud töötervishoiuteenused on ennetava rolliga. Töötervishoiuteenuse osutaja võib olla tööandja asutusesisene töötervishoiuüksus, erasektori teenuseosutaja või avaliku sektori töötervishoiukeskus.[170]

Tööandjale kohustuslike töötervishoiuteenuste raames viivad töötervishoiuspetsialistid läbi tervisekontrolle töötaja tööle asudes ja seejärel regulaarselt, kui need on põhjendatud töökohal esinevate riskiteguritega.

[169] Heikkinen jt. (2016). The specialist physician training program in occupational health care in Finland. Vaadatud 18.11.2025.

[170] OSH system at national level – Finland. OSHWIKI. Vaadatud 24.04.2025.

Töötervishoiuspetsialistid korraldavad töökohauuringuid ning annavad tööandjatele ja töötajatele juhiseid töötingimuste parandamise ja töötajate tervise hoidmise kohta. Juhul kui töötaja töövõime langeb, jälgib töötervishoiuspetsialist tema terviseseisundit, toetab tema toimetulekut töökohal, pakub rehabilitatsiooninõustamist ning vajadusel suunab taastusravile, ning viib läbi esmaabivalmiduse juhendamist töökohal. Töökohauuringu ja riskianalüüsi põhjal koostavad tööandja ja töötervishoiuspetsialist tegevuskava. Tegevuskava sisaldab töötervishoiu eesmärke, töötingimustest lähtuvaid vajadusi ning nendest tulenevaid tegevusi. Tegevuskava vaadatakse igal aastal üle ning uuendatakse 3–5 aasta tagant - kehtiv tegevuskava on nõutud Sotsiaalkindlustusametist tööandja kompensatsiooni saamiseks (60% kuludest), mida makstakse kohustuslike töötervishoiuteenuste korraldamise eest.[171]

Lisaks kohustuslikule ennetavale töötervishoiule saab tööandja vabatahtlikult korraldada oma töötajatele esmatasandil töötervishoiule suunatud arstiabi ja muid tervishoiuteenuseid. Töötervishoiuteenuse raames pakub raviteenuseid umbes 90% tööandjatest.[172] Tavaliselt hõlmab see töötervishoiuarsti, töötervishoiuõe ja tööfüsioterapeudi pakutavat ravi, töötervishoiuarsti saatekirjaga füsioteraapiat, spetsialisti konsultatsiooni töövõime või ravivõimaluste hindamiseks (ravivastutus jääb töötervishoiuarstile) ning vajalikke laboratoorseid uuringud.[173]

Töötervishoiuarstidele avaldab juhendmaterjale Soome Tervise ja Heaolu Instituut[174] ning Soome arstide selts (*Duodecim)* veebilehel „Terveysportti“[175]. Samuti on olemas üldine juhendmaterjal „Ammattitaudit”, mis ei ole veebis kättesaadav.

### Lisa 6.6.4 Kutsehaiguste tuvastamise rahastus Soomes

Pärast esmast KH uurimist, mis toimub tööandja rahastatud kohustusliku töötervishoiuteenuse raames, edastatakse edasise uurimise vajaduse korral info kindlustusandjale, kes finantseerib uuringud ja diagnoosimise. KH uurimisega seotud vastuvõtukulud ja arsti määratud uuringute kulud hüvitab Soomes kindlustus, olenemata sellest, kas haigus osutub KH-ks või mitte. Samuti hüvitatakse KH uurimisega seotud ühistranspordi või osaliselt erasõiduki transpordikulud.[176]

## Lisa 6.7 Saksamaa

### Lisa 6.7.1 Kutsehaiguste hüvitamise süsteem Saksamaal

Saksamaal on **kohustuslik tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustus**, mis hüvitab kindlustatud tegevuse ajal tekkinud TÕ-d ja KH-d. Kindlustusmakseid tasub tööandja. Tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse õiguslikke aluseid reguleerib Saksamaal sotsiaalkoodeksi VII osa (*Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Unfallversicherung,*

[171] The ABCs of occupational health. Mehiläinen. Vaadatud 24.04.2025.

[172] Heikkinen jt. (2016). The specialist physician training program in occupational health care in Finland. Vaadatud 18.11.2025.

[173] Sairaanhoito osana työterveyshuoltoa. Kela. [Soome Sotsiaalkindlustusamet, arstiabi osana töötervishoiust]. Vaadatud 24.04.2025.

[174] Finnish Institute for Health and Welfare kodulehekülg. Vaadatud 11.11.2025.

[175] Terveysportti kodulehekülg. Vaadatud 11.11.2025.

[176] Social security with a suspected occupational disease. Finnish Institute of Occupational Health. Vaadatud 25.04.2025.

edaspidi SGB VII).[177] TÕ ja KH vastu on kindlustatud kõik töötajad ja väljaõppel olijad, kuid ka paljud mittetöötavad isikud, sh üliõpilased, koolilapsed, lasteaialapsed, doonorid, mittetasustatavad hooldajad, põllumehed ning teatud juhtudel ka vabatahtlikud (SGB VII § 2). Mittetöötavate isikute kindlustust rahastatakse riiklikult maksutulust. Saksamaa tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustus hõlmab KH korral järgmisi kompensatsioone (SGB VII § 26-43):

- **ravikulude** täielik katmine;
- **tööellu tagasipöördumise** toetamine (teenused tööle naasmise või ümberõppe toetamiseks);
- **sotsiaalse rehabilitatsiooni** toetamine (rahaline abi kodu või sõiduki kohandamiseks vastavalt muutunud vajadustele);
- **täiendavad hüvitised** (taastusravi, transpordikulud, koduabi, lastehoiu kulud);
- **hooldustoetus**, kui inimene vajab KH tõttu pikaajalist hooldust;
- kui inimene ei saa ajutiselt töötada, makstakse hüvitist **80% varasemast palgast kuni 78 nädala jooksul pärast tööandja haigushüvitise lõppemist**;
- **kutsehaiguspension**, kui töövõime on langenud vähemalt 20% enam kui 26 nädalaks, määr sõltub töövõime langusest ja kindlustusjuhtumile eelneva aasta sissetulekust;
- surmajuhtumi korral **toitjakaotuspension** kannatanu lähedastele.

**Võimalikule kahjuhüvitisele kvalifitseeruvad haigused loetleb KH nimekiri**.[178] Kui haigus puudub nimekirjast või ei vasta seal toodud tingimustele, võib seda siiski erandkorras määratleda "nagu KH-na" (*wie eine berufskrankheit*). „Nagu KH-na“ määratlemist kasutatakse juhul, kui Saksamaa föderaalne tööelu- ja sotsiaalministeerium (*Bundesministerium für Arbeit und Soziales*) on avaldanud KH meditsiinilise nõuandekogu (*Ärztlicher Sachverständigenbeirat Berufskrankheiten*) soovituse konkreetse haiguse lisamiseks KH nimekirja, kuid protsess selle lisamiseks on veel pooleli. Selleks on vajalikud uued leiud, mis tõendavad, et teatud töötajate grupil on oluliselt suurem risk haigestuda konkreetsesse haigusesse (SGB VII § 9 lg 2).[179] Nõukogu koosneb 12 liikmest, kelle ministeerium nimetab ametisse viieks aastaks. Nõukogus tegutsemine toimub vabatahtlikkuse alusel ning ei ole tasustatud. Nõukogu liikmed on peamiselt töömeditsiini eriala õppejõud ülikoolis, samuti kuulub sinna kaks töötervishoiuarsti ja kaks ettevõtte töötervishoiuarsti.[180]

SGB VII § 9 (1) järgi defineeritakse Saksamaal KH-d kui haigust, mis tekib kindlustatud tegevuse tagajärjel ja mille põhjustavad konkreetsed keskkonnategurid, millega teatud inimrühmad puutuvad kindlustatud tegevuse tõttu oluliselt sagedamini kokku kui ülejäänud elanikkond. Erialases kirjanduses kasutatakse lisaks terminit *arbeitsbedingte erkrankungen* ehk haigus, mida töötingimused soodustavad või süvendavad – see on

[177] Siebtes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Unfallversicherung (BGBl. I S. 1254). [Sotsiaalseadustiku seitsmes raamat: tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustus – (7. augusti 1996. aasta seaduse artikkel 1, Liidumaa Teataja I lk 1254)]. Vaadatud 11.11.2025.

[178] Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) - Anlage 1. (BGBl. I 1997, 2625 – 2626) [Kutsehaiguste määrus, Lisa 1]. Vaadatud 11.11.2025.

[179] Wie-BK (nach § 9 Absatz 2 SGB VII). Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung. [Saksa seadusjärgse õnnetusjuhtumikindlustuse tööohutuse ja töötervishoiu instituut, nagu kutsehaigus (vastavalt SGB VII § 9 lg 2)] Vaadatud 11.02.2025.

[180] Ärztlicher Sachverständigenbeirat Berufskrankheiten. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. [Saksamaa tööelu- ja sotsiaalministeerium, kutsehaiguste meditsiiniline nõuandekogu]. Vaadatud 14.04.2025.

katusmõiste, mis hõlmab muuhulgas ka KH. **Kompenseerimisele kuuluvad ainult KH-d, ehk haigused, mille peamiseks põhjustajaks on töökeskkond ja mis vastavad KH definitsioonile**.[181]

### Lisa 6.7.2 Teekond kutsehaiguse kinnitamiseni Saksamaal

Tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse teavitamise kohustus KH kahtlusest lasub arstidel (sh ettevõtte töötervishoiuarstidel), hambaarstidel ja tööandjatel (SGB VII § 202 ja § 193). Sellegipoolest võib KH kahtlusest teavitada ka töötaja ise, tema perekonnaliikmed või kolleegid.[182]

Esmalt algatab kohustusliku tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse asutus (*Berufsgenossenschaft* või *Unfallkasse*) tuvastusmenetluse (*feststellungsverfahren*), mille käigus selgitatakse, kas haiguse põhjustajaks on töötingimused ning kas tegemist on KH-ga. Kindlustusasutus teavitab uurimise algatamisest liidumaa töötervisehoiu- ja ohutuse asutust. Tuvastusmenetluse käigus kogub kindlustusasutus teavet isiku tööajaloo ja terviseandmete kohta, hindab haiguse ja töötingimuste võimalikku seost ja teeb kindlaks, kas haigestumine kvalifitseerub KH-na ning otsustab hüvitise üle. Meditsiinilise hinnangu saamiseks kaasatakse vajadusel **sõltumatuid välishindajaid**. Kui on vajalik täiendav meditsiiniline ekspertiis, võib kindlustatud isik **ise valida hindaja** kindlustusasutuse pakutud ekspertide hulgast (tavaliselt esitatakse kolm võimalikku eksperti) või teha ettepanek mõne muu kvalifitseeritud eksperdi kaasamiseks. Tööalase tausta hindamiseks saadetakse **tööandjale küsimustik** ning haigestunud **isik võib esitada oma töökeskkonna kirjelduse**. Samuti kogutakse töötingimusi kajastavaid **dokumente** ning vajadusel viiakse läbi **individuaalintervjuusid**. Menetlusse on tavaliselt kaasatud kõik olulised osapooled, sealhulgas ettevõtte töötervishoiuarst, töötajate esindajad[183], töökeskkonna volinik[184], ning teised kolleegid või töötajad, kellel on asjakohast teavet töötingimuste kohta.[185] Kui olemasolevast dokumentatsioonist ei piisa, et kaardistada töökohal esinevad kokkupuuted ohuteguritega, võib **tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse asutuse ennetusteenistus (*präventionsdienst*) läbi viia töökohainspektsiooni**, et selgitada välja, millised kokkupuuted töökohas esinevad või on varem esinenud. Seadus kohustab kindlustusasutust teavitama KH uurimise alustamisest vastava liidumaa töötervisehoiu- ja ohutuse asutust, et kaasata lõppotsuse tegemisse liidumaa tasandi töötervishoiuarst. Enne lõppotsust peab kindlustusasutus esitama liidumaa töötervishoiuarstile uurimistulemused. Kui liidumaa töötervishoiuarsti hinnangul on tulemused puudulikud, võib ta nõuda täiendavaid tõendeid ja kindlustusasutus peab need koguma. Kui tulemused on koos, võib liidumaa töötervishoiuarst algatada seoseekspertiisi (*zusammenhangsgutachten*), et hinnata, kas töökokkupuute ja haiguse vahel on põhjuslik seos. Vajadusel võib ta haigestunud isikut ise uurida või tellida lisauuringuid õnnetusjuhtumikindlustuse kulul.[186]

---

[181] Kirjavahetus eksperdiga.

[182] Teavitamine on võimalik veebis (nii töötajatele kui ka tööandjatele): Serviceportal der gesetzlichen Unfallversicherung. Unfallkassen und Berufsgenossenschaften. [Avaliku sektori õnnetuskindlustuskassad ja kutseõnnetuskindlustuse ühingud, kohustusliku õnnetusjuhtumikindlustuse teenindusportaal]. Vaadatud 11.11.2025.

[183] Töötajate esindus (*betriebsrat*) on ettevõtte valitud töötajatest koosnev grupp, mille liikmed seisavad ettevõtte töötajate huvide eest.

[184] SGB VII § 22 järgi peab enam kui 20 töötajaga ettevõttes olema vähemalt üks töökeskkonna volinik, kelle ülesandeks on toetada tööandjat TÕ ja KH ennetusmeetmete kasutuselevõtul, tagada tööohutusvahendite olemasolu ja kasutamine ning pöörata töötajate tähelepanu võimalikele tervistkahjustavatele teguritele.

[185] Have an occupational disease diagnosed. Heidelberg. Vaadatud 15.04.2025.

[186] Kirjavahetus eksperdiga.

### Lisa 6.7.3 Töötervishoiuarstide väljaõpe, roll ja juhendmaterjalid Saksamaal

Saksamaal on kaks võimalikku teed, mille kaudu arst saab töötada töötervishoiu valdkonnas – töötervishoiuarsti erialale spetsialiseerumisega (*facharzt für arbeitsmedizin*) või ettevõtte töötervishoiuarsti lisakvalifikatsiooniga (*zusatzbezeichnung betriebsmedizin*). 2024. aastal oli Saksamaal **9,8 aktiivset töötervishoiuarsti 100 000 hõivatu kohta**. Töötervishoiuarsti täiendkoolituse läbinud aktiivseid eriarste oli **9,2 arsti 100 000 hõivatu kohta**.[187] Töötervishoiuarstiks on võimalik spetsialiseeruda üldarstiõpingute järgselt, jätkates väljaõpet töötervishoiu valdkonnas. Spetsialiseerumine kestab 5 aastat, millest 24 kuud (2 aastat) tuleb läbida kliinilises või üldmeditsiinis ning 36 kuud (3 aastat) töötervishoiu valdkonnas (kuni 12 kuud sellest võib läbida teistes asjakohastes valdkondades ja need arvestatakse väljaõppe hulka). Lisaks tuleb väljaõppeperioodi jooksul läbida 360 tundi (u 3 kuud) baaskoolitust tunnustatud töötervishoiu koolitusasutuses. Arstidel, kellel on juba eriarsti kvalifikatsioon mõnes muus valdkonnas, on võimalik omandada töötervishoiualane lisakvalifikatsioon: 1200 tundi (ca 9 kuud) praktilist tööd töötervishoiu alal koos 360-tunnise töötervishoiu baaskursusega. Selle tulemusel omandatakse täienduspädevus ettevõtte töötervishoiuarstina (*zusatzbezeichnung betriebsmedizin*).[188]

Töötervishoiuarstid toetavad tööandjaid töötajate tervisekaitse, tööohutuse ja tööõnnetuste ennetamise küsimustes. Nende peamised ülesanded on loetletud alljärgnevalt.

1. Tööandja ja teiste tööohutuse ja -tervishoiu eest vastutavate isikute **nõustamine**, sealhulgas:
    - tööruumide planeerimise, ehitamise ja korrashoiu küsimustes;
    - tööseadmete hankimise ning tööprotsesside kasutuselevõtu küsimustes;
    - isikukaitsevahendite valikul;
    - töö füsioloogiliste ja psühholoogiliste aspektide ning ergonoomika ja tööhügieeni teemade osas (nt töötempo, töö- ja puhkeajad, töökoha ja tööprotsesside korraldus);
    - esmaabi korralduse kavandamisel;
    - töökoha vahetusega seotud küsimustes ning puudega inimeste tööellu kaasamisel ja lõimimisel;
    - töötingimuste hindamisel.
2. **Töötajate tervisekontrollide läbiviimine**, hindamine ja nõustamine töötervishoiu seisukohalt ning tulemuste dokumenteerimine.
3. **Töötervishoiu ja -ohutuse meetmete rakendamise jälgimine**, sealhulgas:
    - regulaarne töökohtade kontrollimine, puuduste tuvastamine ja parandusmeetmete soovitamine ning nende rakendamisele kaasaaitamine;
    - isikukaitsevahendite kasutamise kontrollimine;
    - tööga seotud haiguste põhjuste uurimine, tulemuste hindamine ja ennetusmeetmete pakkumine tööandjale.
4. **Töötajate teavitamine ja juhendamine** tööohutuse ja töötervishoiu teemadel, sealhulgas:
    - tööga seotud ohutegurid ning nende mõju vältimiseks mõeldud abinõud;

[187] Autorite arvutused Eurostati hõivatute arvu alusel. Ärztestatistik zum 31. Dezember 2024. Bundesärztekammer. [Föderaalne Arstide Liit, arstide statistika 31. detsembriks 2024]. Vaadatud 18.11.2025.

[188] Kirjavahetus eksperdiga.

- osalemine esmaabiandjate väljaõppe ja ajakava koostamises.[189]

Saksamaa tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse katusorganisatsioon DGUV annab välja soovitusi KH hindamiseks. Saksamaal on välja töötatud üldine juhendmaterjal, mille eesmärk on ühtlustada ja parandada KH meditsiinilise ekspertiisi kvaliteeti tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustussüsteemis.[190] Lisaks üldjuhendile on koostatud haiguspõhised hindamissoovitused, sh nahahaigustele ja nahavähile[191], silikoosile ehk kvartsitolmu sissehingamisega tekitatud kopsuhaigusele[192], asbestiga seotud kopsuhaigustele[193], mürast põhjustatud kuulmislangusele[194], hingamisteede haigustele[195], orgaanilistest lahustitest või nende segudest põhjustatud närvisüsteemi haigustele (polüneuropaatia või entsefalopaatia)[196] ja gonartroosile ehk põlveliigese artroosile[197] ning COVID-19[198] järgsele hindamisele. Ühtlasi on enne 2010. aastat KH nimekirja lisatud haiguste jaoks olemas infolehed. Infolehed on suunatud eelkõige arstidele, et abistada neid KH kahtluse tekkimisel ning kahtluse teatise koostamisel.[199]

### Lisa 6.7.4 Kutsehaiguste tuvastamise rahastus Saksamaal

Saksamaal viivad tööga seotuse tuvastusmenetluse läbi ning katavad sellega seotud kulud tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse asutused.

[189] Act on Occupational Physicians, Safety Engineers and Other Occupational Safety Specialists. Vaadatud 11.11.2025.

[190] Forchert jt (2025). Allgemeine Empfehlungen zur Begutachtung von Berufskrankheiten. [Kutsehaiguste hindamise üldised soovitused]. Vaadatud 18.11.2025.

[191] Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2025). Empfehlung zur Begutachtung von arbeitsbedingten Hauterkrankungen und Hautkrebserkrankungen. [Soovitus tööga seotud nahahaiguste ja nahavähi hindamiseks]. Vaadatud 18.11.2025.

[192] DGUV (2019). Empfehlung für die Begutachtung von Quarzstaublungenerkrankungen (Silikosen) - Bochumer Empfehlung. [Soovitus kvartspulbri kopsuhaiguste (silikooside) hindamiseks – Bochumi soovitus]. Vaadatud 18.11.2025.

[193] DGUV (2011). Empfehlung für die Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten – Falkensteiner Empfehlung. [Soovitus asbestist tingitud kutsehaiguste hindamiseks – Falkensteineri soovitus]. Vaadatud 18.11.2025.

[194] DGUV (2020). Empfehlung für die Begutachtung der Lärmschwerhörigkeit (BK-Nr. 2301) – Königsteiner Empfehlung. [Soovitus mürast põhjustatud kuulmislanguse hindamiseks (KH nr 2301) – Königsteini soovitus]. Vaadatud 18.11.2025.

[195] DGUV (2024). Empfehlung für die Begutachtung der Berufskrankheiten der Nummern 1315 (ohne Alveolitis), 4301 und 4302 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) - Reichenhaller Empfehlung. [Kutsehaiguste määruse (BKV) lisa 1 kutsehaiguste hindamise soovitus numbritega 1315 (välja arvatud alveoliit), 4301 ja 4302 - Reichenhalli soovitus]. Vaadatud 18.11.2025.

[196] DGUV (2018). Polyneuropathie oder Enzephalopathie durch organische Lösungsmittel oder deren Gemische. [Orgaaniliste lahustite või nende segude põhjustatud polüneuropaatia või entsefalopaatia]. Vaadatud 18.11.2025.

[197] DGUV (2014). Begutachtungsempfehlung für die Berufskrankheit Nummer 2112 (Gonarthrose). [Kutsehaiguse number 2112 (gonartroos) hindamissoovitus]. Vaadatud 18.11.2025.

[198] Tegu on uue juhendiga, mis avaldati 2025. aasta juunis. Allikas: DGUV (2025). Empfehlung für die Begutachtung von Post Covid. [Soovitus koroonajärgse olukorra hindamiseks]. Vaadatud 18.11.2025.

[199] Dokumente zu den einzelnen Berufskrankheiten. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. [Föderaalne Tööohutuse ja Töötervishoiu Instituut, üksikute kutsehaigustega seotud dokumendid]. Vaadatud 11.11.2025.

## Lisa 6.8 Prantsusmaa

### Lisa 6.8.1 Kutsehaiguste hüvitamise süsteem Prantsusmaal

Prantsusmaal on kõik töötajad kindlustatud KH vastu tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse kaudu, mis on sotsiaalkindlustussüsteemi haru. Kindlustusmakseid tasub täielikult tööandja ning sissemakse määr sõltub ettevõtte tegevusalast, suurusest ning varasemate tööõnnetuste ja kutsehaiguste sagedusest ja raskusastmest.[200] Ettevõtetele, mis suudavad tõendada tõhusate töötervishoiu- ja tööohutusmeetmete rakendamist, võib kohaldada madalama maksumäära.[201]

KH-ga on Prantsusmaal võimalik saada järgmisi hüvitisi:[202]

- Ajutise töövõimetuse korral:
  - **ravikulude täielik hüvitamine**;
  - **päevaraha** - esimesed 28 haiguspäeva hüvitatakse 60% töötaja palgast, alates 29. haiguspäevast 80%;
  - **ajutise töövõimetuse hüvitis** – kui töötaja ei ole võimeline ajutiselt KH tõttu oma endist tööd jätkama, saab ta **kuni ühe kuu** ulatuses ajutise töövõimetuse hüvitist, mis vastab KH-le eelnenud palgale.
- Püsiva töövõimetuse korral:
  - **töövõimetuspension** määratakse kannatanule, kui tema terviseseisund stabiliseerub ja jäävad püsivad tervisekahjustused;
    - kui puude raskus on alla 10%, makstakse ühekordset kahjuhüvitist (hüvitise saamiseks vajalik minimaalne puude raskusaste on 1%);
    - kui puude raskus on 10% või rohkem, makstakse eluaegset töövõimetuspensionit, mille suurus sõltub puude raskusastmest ja töötaja varasemast palgast;
    - töötaja töövõimetuspensionit makstakse kuni töötaja surmani.
  - **hooldaja toetus** – kui puude raskusaste on vähemalt 80% ja kannatanu ei suuda iseseisvalt täita vähemalt kolme igapäevatoimingut, võib ta saada lisahüvitist hooldaja jaoks.
- Kui töötaja hukkub TÕ või KH tagajärjel, makstakse töötaja lähedastele toitjakaotuspensionit.

### Lisa 6.8.2 Teekond kutsehaiguse kinnitamiseni Prantsusmaal

Haiguse tööga seotuse tõendamise protsessi algatab hüvitise saamiseks **töötaja, kes on eelnevalt saanud arstilt meditsiinilise tõendi**. Töötaja saadab kohalikule tervisekindlustusasutusele (*Caisse Primaire d'Assurance Maladie,* edaspidi CPAM[203]) KH deklaratsiooni (*déclaration de maladie professionnelle*). Avaldusele peab olema lisatud arsti koostatud meditsiiniline tõend, mis sisaldab teavet haiguse kohta, ning haigestunud isiku kirjeldus

[200] Comprendre l'assurance AT/MP. Ameli – l'Assurance Maladie. [Tervisekindlustuse kodulehekülg Ameli, hankige AT/MP kindlustus]. Vaadatud 11.11.2025.

[201] Réduire les cotisations AT/MP avec la prévention. Ameli – l'Assurance Maladie. [Tervisekindlustuse kodulehekülg Ameli, vähendage tööõnnetus-/kutsehaiguskindlustuse makseid ennetusmeetmete abil] Vaadatud 11.11.2025.

[202] The French social security system - Accident at work and occupational-diseases branch. Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale. [Euroopa ja rahvusvahelise sotsiaalkindlustuse kontaktkeskus, Prantsuse sotsiaalkindlustussüsteem – tööõnnetuste ja kutsehaiguste haru]. Vaadatud 11.11.2025.

[203] Põllumajandussektoris töötajad peavad CPAM-i asemel teavitama Prantsusmaa põllumajandussektori sotsiaalkindlustuskassat (*mutualité sociale agricole,* edaspidi MSA). MSA-s on KH uurimise protsess samasugune nagu CPAM-is.

tehtud töödest või ametitest, mille käigus ta puutus kokku kõnealuse kutsealase riskiga. Meditsiinilise tõendi võib väljastada ükskõik milline arst – sh nii perearst, eriarst kui ka töötervishoiuarst. KH deklaratsiooni koopia saadetakse ka tööandjale, kellel on võimalus esitada omapoolseid kahtlusi haiguse tööalase päritolu suhtes. CPAM peab 120 päeva jooksul otsustama, kas tegu on KH-ga, ning edastab oma otsuse nii töötajale kui ka tööandjale. Tööinspektsioonile edastatakse võimaliku KH teade, kuid neid ei teavitata hiljem menetluse lõpptulemusest. [204]

Töökeskkonna kohta teabe kogumiseks saadab CPAM küsimustiku nii töötajale kui ka tööandjale. Samal ajal, kui küsimustikud välja saadetakse, märgib asutus kuupäeva, millest alates töötaja ja tööandja saavad toimikuga tutvuda ja oma seisukohti esitada, ning kuupäeva, milleks peab olema tehtud otsus. Lisaks küsimustikule võib CPAM küsitleda ettevõttega seotud töötervishoiuarsti, korraldada intervjuusid menetluseks vajalike isikutega (nt kaastöötajad, juhid) ja vaadelda töökohta. Kui tuvastatakse, et haigus pole seotud töötamisega, lasub CPAM-il või tööandjal kohustus tõendada, et haiguse põhjustasid tööst sõltumatud tegurid.

CPAM lähtub KH diagnoosimisel **KH tabelitest**[205], mis koosnevad kolmest veerust ehk kriteeriumist: (1) haiguse kirjeldus; (2) ajalised tingimused - maksimaalne ajavahemik haiguse diagnoosimise ja kuupäeva vahel, mil töötaja kokkupuude vastava ohuteguriga lõppes, ning mõnel juhul on nõutav kokkupuute kestus; (3) haigust tõenäoliselt põhjustada võivate tööde loetelu. Kui haigus vastab kõigile loetletud tingimustele, siis esineb eelduslik põhjuslik seos töökeskkonnaga ning täiendav tõendamine ei ole vajalik ning CPAM tunnistab haiguse automaatselt KH-ks (k.a haigused, mis võivad olla põhjustatud mitmest tegurist ning ei ole otseselt ja ainuüksi tööga seotud).

CPAM-il on **meditsiinikonsultandid**, kes hindavad toimiku meditsiinilist osa: vaatavad läbi meditsiinitõendi ja muud arstitõendid/uuringud, vajadusel küsivad lisadokumente ning hindavad, kas haigus vastab tabeli kriteeriumitele. Meditsiinikonsultandid võivad ka isiklikult arstlikku läbivaatust korraldada.

Lisaks KH tabelitele kehtib Prantsusmaal täiendav süsteem. Järgmistel juhtudel puudub haigusel eelduslik tööalane päritolu ning CPAM edastab toimiku vastava piirkonna KH regionaalkomiteele (*comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles,* edaspidi CRRMP).

- Haigus on küll kantud KH tabelisse, kuid ajalised tingimused või kokkupuute kestus ei vasta kriteeriumitele või puudub isiku töö haigust tõenäoliselt põhjustada võivate tööde loetelust. Sellisel juhul võib haiguse siiski tunnistada KH-ks, kui on tuvastatud, et selle on otseselt põhjustanud haigestunu tavapärane töö;
- haigus ei ole KH tabelis loetletud. Sel juhul võib haiguse kinnitada KH-ks, kui on tuvastatud otsene ja oluline seos isiku tavapärase töö ja haiguse vahel ning kui haigus on põhjustanud isiku surma või vähemalt 25% püsiva puude (meditsiinikonsultandi hinnangul). Kui määr on väiksem kui 25%, siis toimikut CRRMP-le ei saadeta ning KH jääb kinnitamata.

Igas regioonis tegutseb KH komitee, mis hindab tööga seotust juhtumipõhiselt. Komitee koosneb sotsiaalkindlustuse meditsiinikonsultandist, piirkonna tööinspektsiooni arstist või töötervishoiuarstist ning ülikooliprofessorist või haigla eriarstist. Ühtlasi võib CRRMP kaasata välise eriarsti arvamuse. CPAM-i koostatud toimik, mis edastatakse CRRMP-le, sisaldab üldjuhul:[206]

[204] Kirjavahetus eksperdiga.

[205] Liste des tableaux. Institut national de recherche et de sécurité INRS. [Prantsuse riiklik tööõnnetuste ja kutsehaiguste ennetamise uurimis- ja ohutusinstituut INRS, tabelite loend]. Vaadatud 12.11.2025.

[206] Kirjavahetus eksperdiga.

- töötervishoiuarsti[207] põhjendatud arvamust ettevõttest või ettevõtetest, kus kannatanu on töötanud, eelkõige seoses haigestumisega ning kannatanu tegeliku kokkupuutega töökeskkonna riskiteguritega; arvamus koostatakse CPAM-i taotlusel;
- tööandja(te) aruannet, milles kirjeldatakse eelkõige kõiki haigestunud isiku poolt ettevõttes täidetud tööülesandeid alates tööleasumisest, et oleks võimalik hinnata kokkupuute ulatust tööga seotud riskiteguritega; aruanne koostatakse CPAM-i taotlusel.

Kui töötajat teavitatakse toimiku edastamisest CRRMP-le, määratakse samaaegselt toimiku täiendamise periood. See periood võimaldab töötajal esitada CRRMP-le kõik täiendavad asjaolud, mida ta oluliseks peab. Toimiku täiendamine toimub kahes etapis: (1) esmalt 30 päeva, mille jooksul töötaja ja tööandja saavad toimikuga tutvuda ning lisada dokumente, mida seal veel ei ole; samas ajavahemikus võib ka CPAM lisada CRRMP otsuse jaoks vajalikke andmeid; (2) seejärel 10 päeva, mille jooksul toimik on jätkuvalt kättesaadav, kuid töötaja ja tööandja saavad teha ainult lihtsaid märkusi, ilma uusi dokumente lisamata. CRRMP uurimisperiood kestab kuni 120 päeva.[208]

CRRMP toetub oma protsessis üldisele juhendile[209], mis kirjeldab CRRMP-de töökorda ja menetluse põhietappe alates juhtumi suunamisest komiteele kuni arvamuse vormistamiseni ning annab selgitusi kõige sagedamini käsitletavate haiguste kohta.

Lisaks KH-le on kasutusel termin *maladies à caractère professionnel* - haigused, mis on tõenäoliselt tööalase päritoluga, olenemata sellest, kas need on sotsiaalkindlustussüsteemi järgi KH-na määratletavad ja hüvitatavad. Alates 2007. aastast on Prantsusmaa riiklik rahvatervise agentuur (*Santé publique France*) koostöös Tööministeeriumiga kogunud ja jälginud *maladies à caractère professionnel* teavet – see süsteem täiendab hüvitatud KH seiret. Igal arstil on kohustus teavitada sellisest haigusest. Teavitamise eesmärk on KH ennetamine, tundmaõppimine ning vajadusel KH tabelite täiendamine. Kogutud andmetega on võimalik hinnata KH aladiagnoosimist. See aitab suunata töötervishoiuvaldkonna tegevuskavasid, eriti ennetuse ja tööhõives püsimise meetmete osas, sh ennetustegevuse suunamine prioriteetseks määratud tegevusaladele (teavitustegevus, tööriistade jagamine kutseliitudele ja ettevõtetele), tööinspektsiooni suurem rakendamine. Vaatamata arstide kohustusele teavitada nendest haigustest, esineb *maladies à caractère professionnel* teavitusi väga vähe.[210]

### Lisa 6.8.3 Töötervishoiuarstide roll ja väljaõpe Prantsusmaal

**Prantsusmaal oli 2024. aastal 16,8 aktiivset töötervishoiuarsti 100 000 hõivatu kohta.**[211] Töötervishoiuarstidel on eelkõige ennetav roll. KH diagnoosimises kasutatakse nende arvamust siis, kui CPAM edastab juhtumi

[207] Suuremad ettevõtted (üle 500 töötajaga) võivad töötervishoiuarsti ettevõttesiseselt palgata või kasutada väliseid töötervishoiuteenuse osutajaid. Väiksemad ettevõtted on kohustatud kasutama väliseid töötervishoiuteenuse osutajaid.

[208] Kirjavahetus eksperdiga.

[209] Institut national de recherche et de sécurité (INRS). (2025). Guide pour les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles institués par la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 (version consolidée 2024). [Prantsuse riiklik tööõnnetuste ja kutsehaiguste ennetamise uurimis- ja ohutusinstituut INRS (2025). Seadusega nr 1 kehtestatud juhend piirkondlikele kutsehaiguste tunnustamise komisjonidele. 93-121, 27. jaanuar 1993 (koondversioon 2024)]. Vaadatud 18.11.2025.

[210] Kirjavahetus eksperdiga.

[211] Autorite arvutused Eurostati hõivatute arvu alusel. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Sous-direction de l'observation de la santé et de l'assurance maladie (OSAM). Médecins RPPS 2012-2025.xlsx. La démographie des professionnels de santé depuis 2012. [Teadusuuringute, uuringute, hindamise ja statistika

CRRMP-le. Prantsusmaa tööseaduse[212] artikkel R4623-1 sätestab, et töötervishoiuarsti ülesanded hõlmavad osalemist tööalaste riskide ennetamises ja töötajate tervise kaitses, sh:

- töötingimuste parendamine organisatsioonis;
- töökoha, töövõtete ja -tempo kohandamine vastavalt töötajate füüsilisele ja vaimsele tervisele, eelkõige töötajate hõives püsimise vaatest;
- töötajate kaitsmine kahjulike mõjude, sh TÕ-de ja ohtlike keemiliste ainete eest;
- üldise hügieeni parandamine ettevõttes ning toitlustusasutuste hügieeni tagamine;
- terviseprobleemide ennetamine ja harimine seoses töövõtetega;
- nõustamine uute hoonete rajamise või ruumide ümberkujundamise korral tervisekaitse seisukohalt;
- töövahendite kohandamine;
- öisel ajal töötamise korralduse loomine või muutmine;
- toetus ja nõustamine ettevõtte oluliste ümberkorralduste korral.

Töötervishoiuarst nõustab tööandjat riskianalüüsi läbiviimisel, viib läbi regulaarseid tervisekontrolle ning otsustab töötajate tervisliku seisundi individuaalse jälgimise sageduse üle. Töötervishoiuarst võib tegutseda ka KH regionaalkomitees, kus hinnatakse võimalikke KH juhtumeid, mida tabeli alusel ei kinnitatud – juhul kui tööinspektsiooni arst on kättesaamatu, võib tema asemele nimetada töötervishoiuarsti.

Töötervishoiuarstid on läbinud arstide 6-aastase üldõppekava ning sellele lisaks 4-aastase spetsialiseerumise töötervishoiu ja töömeditsiini erialale.[213]

### Lisa 6.8.4 Kutsehaiguste tuvastamise rahastus Prantsusmaal

Prantsusmaal kaetakse KH uurimise ja menetlemise kulud tööandjate maksetest sotsiaalkindlustuse TÕ ja KH harusse (AT-MP).

## Lisa 6.9 Psühhosotsiaalsetest ohuteguritest tingitud tööga seotud haigestumine

Euroopa Tööohutuse ja Töötervishoiu Ameti (EU-OSHA) andmetel kogeb 27% töötajatest stressi, ärevust või depressiooni, mida nad seostavad otseselt tööga või mille süvenemist tööolukord nende hinnangul soodustab.[214] Psüühikahäirete põhjusliku seose tuvastamine töökeskkonnaga on riikideüleselt keeruline, kuna psüühikahäirete kujunemine on enamasti mitmeteguriline ning võib lisaks tööalastele psühhosotsiaalsetele riskiteguritele hõlmata ka individuaalseid ja kontekstuaalseid asjaolusid (nt varasemad vaimse tervise probleemid, perekondlikud ja muud eraelulised tegurid). Mitmeteguriline etioloogia muudab töökeskkonna mõju eristamise teistest võimalikest teguritest KH-de diagnoosimisel keeruliseks ning selgitab, miks

direktoraat DREES ning tervise jälgimise ja tervisekindlustuse alldirektoraat OSAM, RPPS arstid 2012-2025, tervishoiutöötajate demograafia alates 2012. aastast]. Vaadatud 18.11.2025.

[212] Code du travail. [Prantsuse tööseadus]. Vaadatud 12.11.2025.

[213] Kirjavahetus eksperdiga.

[214] European Agency for Safety and Health at Work (2022). OSH Pulse - Occupational safety and health in post-pandemic workplaces. Vaadatud 18.11.2025.

psüühikahäired on paljudes Euroopa riikides töötajate hüvitissüsteemides KH-na endiselt alaregistreeritud.[215] Samas registreeritakse ja hüvitatakse mõnes riigis psühhosotsiaalsetest ohuteguritest tingitud tööga seotud haigestumisi KH-na siiski suhteliselt sagedamini – nende hulka kuuluvad näiteks Taani, Läti, Rootsi ja Prantsusmaa. Järgnevalt kirjeldame nende riikide praktikaid psühhosotsiaalsetest ohuteguritest tingitud KH-de hindamisel.

### Lisa 6.9.1 Taani

**Taanis** on avatud KH loetelu, mis võimaldab KH-na käsitleda erinevaid tööalastest psühhosotsiaalsetest ohuteguritest tekkinud vaimse tervise probleeme. KH nimekirja on kantud kaks psüühikahäiret: posttraumaatiline stressihäire ja sõjast tingitud depressioon. Nimekirjaväliste psüühikahäirete korral suunab AES juhtumi KH komiteele. Nagu muude KH-de puhul, peab hüvitise saamiseks ka psühhosotsiaalsetest ohuteguritest tingitud tööga seotud haigestumine põhjustama püsiva tervisekahjustuse vähemalt 5% ulatuses või tuluteenimise languse vähemalt 15% ulatuses. Tööalase seose kinnitamiseks peab KH komitee tuvastama, et haigus on **täielikult** või **peamiselt** põhjustatud töökeskkonna teguri(te)st.[216] AES palub inimesel kirjeldada mõjusid, millega isik on töökeskkonnas kokku puutunud ning saab lisateavet haigusjugudest või psühhiaatrilisest hindamisest.[217] Psüühikahäired on sealjuures üks sagedasemaid KH kompensatsiooni taotlemise aluseid, kuid töökeskkonnaga seostamise määr on siiski võrdlemisi madal. **2024. aastal kinnitas AES 11 psüühikahäire KH juhtumit**[218] **100 000 hõivatu kohta**[219], mis moodustas 7% lõpetatud psühhosotsiaalsete ohuteguritega seotud juhtumitest.

### Lisa 6.9.2 Läti

**Läti** erineb teistest vaatlusalustest riikidest selle poolest, et seal on 2007. aastast alates läbipõlemissündroom[220] lisatud KH nimekirja. Loetelus liigitub läbipõlemine ülekoormusest põhjustatud haiguste alla. Vaimse tervise probleemide uurimine toimub psühhiaatrilise hindamise kaudu, mille tulemused edastatakse meditsiinikomisjonile. Komisjon analüüsib psühhiaatrilise hindamise tulemusi koos nendele edastatud töökeskkonna kirjeldusega, et tuvastada psüühikahäire võimalik seos konkreetse töökeskkonnaga. **2024. aastal diagnoositi 12 psüühikahäire KH juhtumit 100 000 hõivatu kohta**.[221] Läbipõlemise diagnoosimiseks kasutatakse praktikas RHK-10 kategooriat F43 ehk rasked stressreaktsioonid ja

[215] Läbipõlemise rahvusvaheliseks võrdluseks vt Lastovkova jt (2017). Burnout syndrome as an occupational disease in the European Union: an exploratory study. Vaadatud 18.11.2025.

[216] Fortegnelsen over erhvervssygdomme. Arbejdsmarkedets erhvervssikring. [Tööturukindlustus, kutsehaiguste loetelu]. Vaadatud 29.01.2025.

[217] Sådan behandler AES psykiske arbejdsskader. Arbejdsmarkedets erhvervssikring. [Tööturukindlustus, kuidas AES käsitleb psühholoogilisi tööga seotud tervisekahjustusi]. Vaadatud 12.11.2025.

[218] Siinkohal ei tähenda juhtum inimeste arvu. AES võib ühe inimese kohta avada mitu juhtumit.

[219] Autorite arvutused Eurostati hõivatute arvu alusel. Arbejdsmarkedets erhvervssikring. (2025). Arbejdsskadestatistik 2024. [Tööturukindlustus, tööst põhjustatud tervisekahjustuste statistika]. Vaadatud 18.11.2025.

[220] Läbipõlemine on seisund, mille rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon (RHK-10) määratleb elukorralduse raskustega seotud probleemina ja kirjeldab seda kui elulist väljakurnatust (kood Z73.0). RHK-11 täpsustab läbipõlemise definitsiooni, piiritledes selle tööalase kontekstiga ning iseloomustades seda kolme mõõtme kaudu: (1) energiapuuduse või kurnatuse tunne; (2) tööst kaugenemine, negatiivsed või küünilised tunded töö suhtes ning; (3) tunnetuslik ebatõhusus ja saavutusvõime langus.

[221] Autorite arvutused Eurostati hõivatute arvu alusel. Occupational disease cases by sex and diagnosis group. Official statistics of Latvia. Vaadatud 12.11.2025.

kohanemishäired.[222] Läti eksperdi teatel puuduvad praegu juhendmaterjalid psüühikahäirete seostamiseks kahjulike töötingimustega, kuid vajadust nende järele peetakse oluliseks ning soovitakse need koostada.

### Lisa 6.9.3 Rootsi

**Rootsis**, kus KH nimekirja ei kasutata, võib mis tahes diagnoosi kinnitada piisava põhjusliku tõendi olemasolul KH-ks, sh psühhosotsiaalsetest ohuteguritest[223] tingitud vaimse tervise probleeme. Nagu muude haiguste juhtumid, peavad ka psüühikahäire juhtumid vastama annuiteedi tingimustele, et Sotsiaalkindlustuskassa seda menetleks. Rootsi on ainus riik, mille RHK-10 versioonis on olemas diagnoos F43.8A ehk väsimussündroom (*utmattningssyndrom*), mille kaudu käsitletakse tööalast läbipõlemist.[224] **2024. aastal kinnitas Sotsiaalkindlustuskassa 6 psüühikahäire KH juhtumit 100 000 hõivatu kohta.[225]** Sealjuures olid KH kahtluse teatiste seas kõige sagedasemad kokkupuuted psühhosotsiaalsete riskiteguritega (51%). Sotsiaalkindlustuskassa kasutab otsustamiseks meditsiinilist dokumentatsiooni psühhiaatrilisest hindamisest. Riskitegurite mõju hindavad psühholoogid, kes tavaliselt töötavad kliinikutes või töötervishoiuteenuse pakkujate juures. Psühholoogid toetuvad hindamisel stressimudelitele (nõudmise–kontrolli–toetuse mudel ja vaevatasu mittevastavuse mudel) ning pööravad tähelepanu erinevatele riskiteguritele, sh organisatsioonilisele ebaõiglusele, kehvale juhtimisele, konfliktidele töökohas, ahistamisele ja kiusamisele. Samuti hindavad psühholoogid võimalikke töövälisеid põhjustajaid. Tuginedes psühholoogilisele hindamisele ning muude selgitavate tegurite välistamisele, annab töötervishoiuarst hinnangu põhjusliku seose kohta. **Psühholoogiline hindamine ei ole Sotsiaalkindlustuskassale kohustuslikult esitatav materjal, vaid otsust toetav sisend**.[226]

### Lisa 6.9.4 Prantsusmaa

**Prantsusmaal** ei ole psühhosotsiaalsetest ohuteguritest tingitud tööga seotud haigestumisi kantud ühegi KH tabeli alla. Seega peab haigestumine põhjustama isikule vähemalt 25% töövõimetust, et seda saaks KH-na uurida. Iga võimalik juhtum suunatakse CRRMP-le hindamiseks. CRRMP võib asendada oma kolmanda liikme (ülikooliprofessori/haigla eriarsti) psühhiaatriga. Kui kolmandat liiget ei asendata, võib komitee lisaks küsida psühhiaatri arvamust, kuid arutelus osalev psühhiaater ei kirjuta lõpparvamust. **2023. aastal kinnitas CRRMP KH-na 6 psüühikahäire juhtumit 100 000 hõivatu kohta.[227]**

---

[222] Intervjuu ekspertidega.

[223] Ekspert rõhutas, et Rootsis nimetatakse neid riskitegureid „sotsiaalseteks ja organisatsioonilisteks“, et nihutada fookus individuaalselt tasandilt organisatsiooni tasandile.

[224] Väsimussündroomi diagnostilised kriteeriumid on: (1) vähemalt kaks nädalat kestnud füüsiline või vaimne kurnatus; (2) tõsine psühholoogiline väsimus; (3) täiendavad sümptomid nagu keskendumisraskused, stressiga toimetuleku võimekuse vähenemine, ärrituvus või emotsionaalne ebastabiilsus, häiritud uni, lihasvalud, peapööritus või südamepekslemine. Väsimussündroomi diagnoosimiseks peavad sümptomid esinema igapäevaselt vähemalt kahenädalase perioodi vältel ning põhjustama märkimisväärset kannatust koos langenud töövõimega.

[225] Autorite arvutused Eurostati hõivatute arvu alusel. Statistik inom området sjuk – arbetsskadelivräntor och yrkesskadelivräntor. Försäkringskassan. [Sotsiaalkindlustuskassa, haigusvaldkonna statistika: tööõnnetus- ja kutsehaigusannuiteedid]. Vaadatud 12.11.2025.

[226] Kirjeldus eksperdilt.

[227] Autorite arvutused Eurostati hõivatute arvu alusel. Kirjavahetus eksperdiga.

CRRMP-dele koostatud juhendmaterjal[228] loetleb uurimiseks vajaminevad materjalid ning käsitleb depressiooni, üldistunud ärevushäire ja posttraumaatilise stressihäire hindamist. CRRMP-le esitatav toimik sisaldab üldjuhul kindlustusasutuse (üldiselt CPAM; põllumajanduses MSA) meditsiinikonsultandi aruannet, ettevõttega seotud töötervishoiuarsti arvamust (sh tööandjale antud soovitused ning vajadusel kirjeldus sammudest, mida on ette võetud töökollektiivi ja juhtkonna suunal), tööandja arvamust, töötervishoiuarsti koostatud dokumente ettevõtte riskide ja töötingimuste kohta, kirjalikke hoiatusi, töötervishoiuarsti aastaaruannet, CPAM-i kogutud kinnitatud fakte ja materjale koos järeldustega (sh töötaja ja tööandja küsimustikud, töökoha vaatlus jm). Komitee peab arvesse võtma ka kõik muud kättesaadavad andmed, näiteks osaliste (töötaja ja tööandja) esitatud teabe ning töötajate esindusorganite uuringud ja tähelepanekud. Juhend rõhutab, et toimiku eri osade kvaliteet on hädavajalik, eeskätt kindlustusasutuse uurijate aruanded ja töötervishoiuarsti hinnangud; üksnes deklaratiivsetest väidetest sageli ei piisa ning soovitatav on esitada täiendavaid dokumenteeritud tõendeid, sest depressioon ja ärevushäire on oma olemuselt mitmetegurilised ja keerulised.

Juhendi järgi peab CRRMP dokumenteeritud ja kontrollitavate tõendite alusel kindlaks tegema, et psüühikahäire on **otseselt** ja **peamiselt** seotud töökeskkonnaga. Komitee peab hindama, et tööalane kokkupuude on haiguse **algpõhjustaja** või **oluline soodustav tegur**, ning samaaegselt arvesse võtma ka muid võimalikke tööväliseid põhjuseid. Töökeskkond ei pea sealjuures olema ainus põhjustaja. Arvesse tuleb võtta ka varasemaid psüühikahäireid, kuid üksnes häire väljaarenemine enne tööalase ohuteguriga kokkupuudet ei ole põhjus KH tagasilükkamiseks: hinnata tuleb tegurite suhtelist kaalu, keskendudes küsimusele, **kas haiguse kulg oleks olnud samasugune ilma tööalase kontekstita**. Posttraumaatilisel stressihäirel on määravaks teguriks traumaatilis(t)e sündmus(t)e toimumine töökeskkonnas, riskitegur on ka sotsiaalse toe puudumine pärast sündmust (traumakogemuse mittetunnistamine tööandja või kolleegide poolt). Tööalase päritoluga raske depressiooni ja üldistunud ärevushäire tuvastamisel tuleb dokumenteerida, kas töökeskkonnas esines vägivalda (sh verbaalset vägivalda); liigne töökoormus, ajaline surve, kõrged psühholoogilised nõudmised või vastukäivad nõudmised (nt kõrged ootused koos piiratud aja või ressurssidega); samuti madal otsustusvabadus või vähene sotsiaalne tugi. Juhend rõhutab, et hindamisel tuleb lähtuda Gollac ja Bodier[229] eristatud kuuest mõõtmest, mida tuleb süstemaatiliselt uurida ja tõendeid dokumenteerida (vt Tabel 16).

*Tabel 16. Prantsusmaa kutsehaiguste regionaalkomiteede hindamisjuhend psühhosotsiaalsetest ohuteguritest tingitud tööga seotud haigestumisele*

| Mõõde ja täpsustus | Näiteid tõenditest |
|---|---|
| Töökoormus ja -intensiivsus: uurimisaruandes hinnatakse töökoormust tööülesannete kirjelduse ja ametijuhendi põhjal, arvestades ülesannete iseloomu ning nende võimalikku füüsilist ja/või | - tööülesannete kirjeldus ja ametijuhend, eesmärkide kirjeldus võrrelduna eraldatud ressurssidega;<br>- tehtud töötunnid, nädalane tööaeg ja tööajakorraldus (nt e-kirjad nädalavahetusel või öösel);<br>- töötervishoiuarsti põhjendatud arvamus; |

[228] Institut national de recherche et de sécurité (INRS). (2025). Guide pour les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles institués par la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 (version consolidée 2024). [Prantsuse riiklik tööõnnetuste ja kutsehaiguste ennetamise uurimis- ja ohutusinstituut INRS (2025). Seadusega nr 1 kehtestatud juhend piirkondlikele kutsehaiguste tunnustamise komisjonidele. 93-121, 27. jaanuar 1993 (koondversioon 2024)]. Vaadatud 18.11.2025.

[229] Gollac ja Bodier. (2011). Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Vaadatud 18.11.2025.

| Mõõde ja täpsustus | Näiteid tõenditest |
|---|---|
| psühholoogilist koormust. Seda kirjeldatakse näiteks püstitatud eesmärkide (tootmismahud, sihttasemed) ja eraldatud ressursside võrdluses, samuti ülesannete ebaselguse, vastukäivate nõudmiste (üheaegselt täitmatud korraldused, nt „saa rohkem valmis, aga ära tee ületunde"), ajalise surve ning tööprotsessi katkestuste kaudu. | - töötervishoiuarsti ametlik teavitus ettevõtte sotsiaal- ja majanduskomiteele (*comité social et économique*, edaspidi CSE[230]);<br>- CSE hoiatused ja protokollid;<br>- Tööinspektsiooni protokollid;<br>- kohtuotsused või -menetlused: nt võib ahistamine/töökius olla varem tuvastatud töövaidlus- või kriminaalkohtus (ei ole nõutav alus otsusele ning ei tohi olla ainus argument); lisaks võivad muude vaidluste menetlused (sageli töövaidluskohtus, nt vallandamise alus) olla üks töötingimusi iseloomustav infokild;<br>- kirjavahetused;<br>- psühhosotsiaalsete riskide hindamise tulemused, tööelu ja töötingimuste kvaliteedi uuringud, töörahulolu uuringud<br>- arenguvestlused, millest nähtub, et tööandja ei ole töötaja taotlusi toetanud (ametialane areng, koolitused). |
| Emotsionaalsed nõudmised ja vägivald: vägivald kõigis vormides (verbaalsed rünnakud, alandamine, kiusamine, selgelt ebaõiglased karistused). | - Töö iseloom: füüsilisi, psühholoogilisi või sotsiaalseid raskusi kogevate inimestega tegelemine, kokkupuude agressiivsete või vägivaldsete inimestega;<br>- nn pahatahtlike tegude protokollid (*PV d'actes de malveillance*): ametlikud intsidendiprotokollid (ettevõtte sisesed, turvateenistuse või politsei koostatud) tahtlikult kahju tekitanud tegude kohta (nt ähvardused, verbaalne/füüsiline agressioon, ahistamine, vandalism, vargus, sabotaaž).<br>- tõendid asutuses/ettevõttes aset leidnud traumeerivate sündmuste kohta (nt uurimisaruanded, protokollid). |
| Autonoomia ja otsustusvabadus; mittepiisav juhendamine; mittesobiv autonoomia. | - Aruandluse korraldus, töö mitmekesisus (ametijuhendi alusel) ja mõtestatuse puuduse tunnused; arenguvestlused ja nende regulaarsus (liiga sageli või harva);<br>- kirjavahetused juhi ja töötaja vahel. |
| Sotsiaalsed suhted tööl ja sotsiaalne tugi – suhe kolleegide ja juhtidega, nende toetus (abi, nõu, kuulumistunne). Tehtud pöördumised CSE poole, samuti CSE soovitused — kas neist tulenesid meetmed või mitte. | - Kirjavahetused;<br>- distsiplinaarmeetmete olemasolu;<br>- CSE või Tööinspektsiooni sekkumine. |
| Eetilised konfliktid. | - Tööandja nõuded seatud eesmärkide kaudu (kirjavahetus).<br>- arenguvestlusel seatud eesmärgid, mis on töötaja eetikaga vastuolus. |
| Töösuhte ebakindlus – risk töösuhte püsivusele, suured tehnoloogilised muutused. | - CSE protokollid: ebakindlus töökoha püsivuse suhtes, mis tuleneb lepingulisest olukorrast või töötaja tervisest. |

Psühhosotsiaalsetest ohuteguritest tingitud tööga seotud haigestumine on seega kõikides käsitletud riikides järjest enam tähelepanu all, kuid nende haiguste **diagnoosimine ja KH-ks tunnustamine** on jätkuvalt keeruline

[230] CSE on ettevõtte töötajaid esindav organ, mis peab olema 11 või enama töötajaga ettevõtetes.

ning riigiti väga erinev. Peamine raskus seisneb **tööseose tuvastamises**, kuna vaimse tervise probleemid on mitmetegurilised ning tööst tingitud komponenti on keeruline teiste eluliste mõjutegurite seast eristada.

## Lisa 6.10 Kutsevähk

Kutsevähiks nimetatakse vähki, mis on täielikult või osaliselt põhjustatud kokkupuutest kantserogeeni ehk vähitekitajaga töökohal. Ülemaailmse haiguskoormuse uuringu järgi moodustasid tööga seotud surmadest peaaegu veerandi (22,8%) kantserogeenidega kokkupuude, millest peamine oli asbest.[231] Samas on vähi seostamine kutsealase päritoluga keeruline protsess, kuna kantserogeensete ainetega kokkupuutest vähi tekkimiseni võib mööduda aastakümneid ning riskitegurid esinevad sageli koostoimes. Kuigi 11% Eestis diagnoositavatest vähijuhtudest (ehk umbes 780 juhtu aastas) võiks seostada töökeskkonna riskiteguritega, ei ole Eestis seni diagnoositud ühtegi kutsevähki.[232]

Direktiiviga 2004/37/EC kooskõlas on kõigis Euroopa riikides ette nähtud kantserogeenidega kokkupuutuvate töötajate tervise jälgimine. Tervise jälgimine lõpetatakse üldiselt aga töötaja ametikohalt lahkumisega või pensionile jäämisega. Arvestades vähi pikka latentsusperioodi, mis võib ulatuda mitmekümne aastani, võib kutsevähk seetõttu jääda avastamata. **Selle probleemi lahendamiseks on mõned riigid loonud süsteeme, mis võimaldavad jälgida kantserogeensete ainetega kokku puutunud endiste töötajate (sh pensionäride) tervist.** Tervisekontrollid jätkuvad riskiteguritega kokku puutunud endistel töötajatel ka peale töösuhte lõpetamist, et varakult tuvastada võimalikud kutsevähi juhtumid. Tõhusa süsteemina on siinkohal varem esile toodud Saksamaad. **Teine lähenemine on suunatud vähidiagnoosiga (endistele) töötajatele, et tuvastada vähi seos töökeskkonnaga** – sellised riigid on näiteks Prantsusmaa ja Taani.[233]

### Lisa 6.10.1 Saksamaa

**Saksamaal** jätkub vähitekitajatega kokku puutunud töötajate tervise jälgimine ka pärast töösuhte lõppemist. **2023. aastal kinnitati Saksamaal tööga seotult ligikaudu 12 vähki või kasvajat 100 000 hõivatu kohta.**[234] Töötajärgsete tervisekontrollide eest vastutab Saksamaa tööõnnetuste ja KH riiklik kindlustusorganisatsioon. Saksa seadusjärgse tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse tervisejärelevalve süsteem (*Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Vorsorge*, edaspidi DGUV Vorsorge) kaudu korraldatakse töötajärgseid tervisekontrolle. DGUV Vorsorge alla koonduvad erinevad teenused, mis jälgivad kindlustatud isikute tervist vastavalt konkreetsele riskitegurile.[235] Tööandja (või vastav kindlustusandja) edastab töötajate kokkupuute andmed nendele teenustele DGUV Vorsorge süsteemi kaudu; teatud juhtudel võivad tööjärgset tervisekontrolli taotleda ka töötajad ise, kui neil on tõendatud tööalane kokkupuude vähitekitajaga. Alates 1984. aastast on tööandjatel kohustus edastada tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustusele teave asbestiga kokku puutunud (endiste)

[231] GBD 2016 Occupational Risk Factors Collaborators (2020). Global and regional burden of disease and injury in 2016 arising from occupational exposures: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Vaadatud 18.11.2025.

[232] Tervise Arengu Instituut (2023). Rahvastiku tervise aastaraamat. Vaadatud 18.11.2025.

[233] Kieffer (2018). Incidence and detection of occupational cancers in nine European countries. Vaadatud 18.11.2025.

[234] Autorite arvutused Eurostati hõivatute arvu alusel. Recognized cases of OD. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung. [Saksa seadusjärgne õnnetusjuhtumikindlustus, tunnustatud KH juhtumid]. Vaadatud 12.11.2025.

[235] Näiteks asbestitolm, ränitolm, sünteetilised mineraaltolmud, muud kantserogeensed või mutageensed ained või segud, radiatsioon.

töötajate kohta. Kuna asbestist tingitud tervisekontrollidega tegeleb *Gesundheitsvorsorge* (GVS), edastab kindlustus saadud andmed GVS-ile. GVS korraldab regulaarseid tervisekontrolle ning kogub andmeid nii KH kinnitamise protseduuriks kui ka teadusuuringuteks. Tervisekontrollid toimuvad iga 12 kuni 36 kuu järel ning koosnevad isiku haigusloo, tööelu ning suitsetamisharjumuste uurimisest, kliinilisest läbivaatusest, spiromeetriast ehk kopsufunktsiooni testist ja vajadusel hingamisteede röntgenuuringust.[236] Tervisekontrollide sagedus sõltub kokkupuute intensiivsusest, esimesest kokkupuutest möödunud ajast ja inimese vanusest.

### Lisa 6.10.2 Prantsusmaa

**Prantsusmaal** kinnitatakse kutsevähk – nagu teisedki KH-d – peamiselt tabelite alusel. Üld- (CPAM) ja põllumajandusskeemis (MSA) on kokku üle 30 vähitabeli. **2023. aastal kinnitati üldskeemi järgi Prantsusmaal 5 uut kutsevähki 100 000 hõivatu kohta.[237] Kuna see ei sisalda põllumajandusskeemi järgi kinnitatud juhtumeid, on tegelik kutsevähkide suhtarv hõivatute seas kõrgem.** Kui tabeli kolm kriteeriumit[238] on täidetud, kinnitatakse juhtum kutsevähiks. Kui tabeli alusel ei saa kutsevähki kinnitada, saadetakse juhtum CRRMP-le (regionaalkomitee). CRRMP juhendi[239] järgi peab tööalane analüüs keskenduma eeskätt aastatele, mis eelnevad haiguse esimeste tunnuste ilmnemisele rohkem kui 10 aastat, võttes seega arvesse latentset perioodi (mõnikord vaadatakse ka hiljutisemat tööajalugu, nt benseeni või ioniseeriva kiirguse korral). Kokkupuudet tõendatakse töökeskkonna mõõtmiste, kiirgusdoosi seire ja bioloogilise seire alusel ning erinevate dokumentide abil:

- kokkupuuteleht ehk tööandja koostatud dokument, kuhu koondatakse konkreetse töötaja kokkupuute info kantserogeensete, mutageensete või reproduktiivtoksiliste ainetega;
- riskitegurite kokkupuute ennetusleht ehk koormustegurite (öötöö, müra, raskuste käsitsi teisaldamine) üle lävendi kokkupuute ja rakendatud ennetusmeetmete kirjeldus;
- tööandja deklaratsioonid sotsiaalkindlustussüsteemile töötajate kohta, kelle kokkupuude kindlate koormustegurite tööl ületab seatud piirmäärad (nt müra, öötöö, raskuste käsitsi teisaldamine);
- kokkupuute tõend ehk tööandja koostatud ja töötervishoiuarsti kinnitatud dokument, kuhu pannakse kirja töötaja tööülesanded, ajavahemikud ja ohutegurid, teadaolevad mõõtmistulemused ja kasutatud kaitsemeetmed.

[236] Asbestiga kokkupuute tagajärjel tekkinud KH diagnoosimise soovitused on esitatud meditsiinilises/juriidilises juhendis, kus käsitletakse asbestoosi ja kopsukelme haigusi, kopsuvähki, kõrivähki ning mesotelioomi. Allikas: DGUV (2011). Empfehlung für die Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten – Falkensteiner Empfehlung. [Soovitus asbestist tingitud kutsehaiguste hindamiseks – Falkensteineri soovitus]. Vaadatud 18.11.2025.

[237] Autorite arvutused Eurostati hõivatute arvu alusel. Kirjavahetus eksperdiga. Caisse nationale de l'Assurance Maladie (2024). Rapport Annuel 2023 de l'Assurance Maladie - Risques Professionnels. [Prantsusmaa riiklik ravikindlustusfond, 2023. aasta aruanne – tööalased riskid]. Vaadatud 18.11.2025.

[238] (1) diagnoos; (2) maksimaalne aeg riskiteguriga kokkupuute lõppemisest kuni esmase diagnoosini; mõnes tabelis on lisaks ette nähtud minimaalne kokkupuute kestus; (3) tööd või tööülesanded, mis võivad haigust põhjustada.

[239] Institut national de recherche et de sécurité (INRS). (2025). Guide pour les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles institués par la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 (version consolidée 2024). [Prantsuse riiklik tööõnnetuste ja kutsehaiguste ennetamise uurimis- ja ohutusinstituut INRS (2025). Seadusega nr 1 kehtestatud juhend piirkondlikele kutsehaiguste tunnustamise komisjonidele. 93-121, 27. jaanuar 1993 (koondversioon 2024)]

Alates 2024. aasta 5. juulist on tööandjatel kohustus pidada nimekirja töötajatest, kes võivad kokku puutuda kantserogeensete, mutageensete või reproduktiivtoksiliste ainetega.[240] Nimekiri täpsustab iga töötaja kohta, milliste eelnimetatud ainetega on kokkupuude, samuti kokkupuute iseloom, kestus ja määr. Selle eesmärgiks on parandada kokkupuute jälgitavust ning lihtsustada tulevikus kutsevähi tuvastamist.

Võimaliku tööst põhjustatud põievähi avastamiseks algatati 2008. aastal **Prantsusmaal** programm, mille eesmärgiks on eristada põie või ülemiste kuseteede vähiga patsientide hulgast need, kes on oma tööelu jooksul kokku puutunud kahjulike ainetega, ning teavitada neid võimalusest tuvastada haiguse tööalane päritolu. Kohalik tervisekindlustusasutus (CPAM või MSA) ja meditsiiniosakond saadavad vastava vähidiagnoosiga isikutele kirja, mis tutvustab programmi ja selle eesmärki. Nõusoleku andnud patsientidega võetakse telefoni teel ühendust, et kaardistada nende tööalane ajalugu. Kui ilmneb, et haigusel on tõenäoliselt tööalane päritolu, kutsutakse nad üles täitma KH registreerimise taotlusvormi (Eurogip, 2018).

### Lisa 6.10.3 Taani

**Taanis** on aastakümneid kajastatud KH aladiagnoosimise probleemi, pöörates erilist tähelepanu kutsevähkidele.[241] **2024. aastal kinnitas AES 7 kutsevähi juhtumit 100 000 hõivatu kohta.[242]** KH nimekirja lisas 1 on loetletud erinevad vähivormid (jaotuses märgitud K-grupina) ning töökeskkonna ohutegurid, mis peavad olema täidetud kutsevähi kinnitamiseks.[243] Kutsevähkide tuvastamise parandamiseks loodi 2007. aastal süsteem, mis võimaldab automaatset andmevahetust vähiregistri[244] ja AES-i vahel, kus kahe kutsevähitüübi – mesotelioomi ning ninakõrvalkoobaste ja ninaõõne vähi[245] – infovahetus toimub automaatselt, mille järel AES menetleb tõsiseid vähijuhtumeid võimalikult kiiresti. Selle eesmärk on seostada vähidiagnoosiga (endiste) töötajate tervislikku seisundit töökeskkonna tingimustega. Eurogip on toonud Taani vähijuhtumite automaatse teavitussüsteemi esile kui hea praktika näite KH-de aladiagnoosimise vähendamiseks.[246] 2023. aastal kinnitas AES tööalase põhjuslikkuse pooltel kõigist (sh arstide saadetud) vähijuhtumitest, mis AES-ile edastati.[247]

---

[240] Décret n° 2024-307 du 4 avril 2024 fixant des valeurs limites d'exposition professionnelle contraignantes pour certains agents chimiques et complétant la traçabilité de l'exposition des travailleurs aux agents chimiques cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction [4. aprilli 2024. aasta määrus nr 2024-307 määrab kindlaks teatud keemiliste mõjurite puhul professionaalsete vastunäidustuste taseme ja tagab töötajate kokkupuute jälgitavuse vähki tekitavate, mutageensete või reproduktiivtoksiliste keemiliste mõjuritega]. Vaadatud 12.11.2025.

[241] Näiteks: Skov jt (1990). Reporting of occupational cancer in Denmark; Danø jt (1996). Underreporting of occupational cancers in Denmark; Hansen jt (2005). Andmeldelse af udvalgte arbejdsbetingede kræfttilfælde (1994-2002) til Arbejdsskadestyrelsen. [Valitud tööga seotud vähijuhtude (1994–2002) teatamine tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse ametile]. Vaadatud 18.11.2025.

[242] Autorite arvutused Eurostati hõivatute arvu alusel. Arbejdsmarkedets erhvervssikring. (2025). Arbejdsskadestatistik 2024. [Tööturukindlustus, tööst põhjustatud tervisekahjustuste statistika]. Vaadatud 18.11.2025.

[243] Bekendtgørelse om fortegnelse over erhvervssygdomme anmeldt fra 1. januar 2005 (BEK nr 1324 af 29/11/2024) [Täidesaatev korraldus alates 1. jaanuarist 2005 teatavaks tehtud kutsehaiguste loetelu kohta]. Vaadatud 12.11.2025.

[244] Vähiregister sisaldab peaaegu kõiki diagnoositud vähijuhtumeid Taani elanikkonnas alates 1942. aastast.

[245] Mesotelioom on seotud asbestitolmuga. Ninakõrvalkoobaste ja ninaõõnte vähk on seotud puidutolmuga.

[246] Eurogip (2015). Reporting of occupational diseases: Issues and good practices in five European countries. Vaadatud 18.11.2025.

[247] Søg selv i vores statistik. Arbejdsmarkedets erhvervssikring. [Tööturukindlustus, otsi ise meie statistikat]. Vaadatud 12.11.2025.

### Lisa 6.10.4 Soome

**Soomes kinnitati 2022. aastal 2,9 kutsevähki 100 000 hõivatu kohta**[248], mis olid peamiselt asbestiga kokkupuutest põhjustatud kopsuvähid või mesotelioomid. Vähijuhtumi KH-na määramise tingimus on, et kantserogeense ainega kokku puutunud isikute haigusrisk peab olema tõestatud rohkem kui kahekordseks võrreldes rühmaga, kes ei ole ainega kokku puutunud. Tööalase vähiriski hindamine eeldab põhjalikku ülevaadet patsiendi kogu tööelust. Hindamisel kasutatakse tööandja ja töötervishoiuteenuse pakkuja andmeid tööülesannete, kokkupuutetasemete ja töötingimuste kohta, samuti teaduskirjandust ja võrdlusandmeid sarnaste tööde kohta. Haiglas või muus raviasutuses saab kokkupuute võimalikkust hinnata küsimustiku abil. Kuna vähk areneb pika aja jooksul, on diagnoosimise ajaks patsient sageli juba endisest töökohast lahkunud ning seetõttu ei kuulu ta enam töötervishoiusüsteemi jälgimise alla. Seetõttu on oluline, et vähki diagnoosivad ja ravivad arstid oskaksid küsida tööalase kokkupuute kohta ning kahtlustada kutsevähi võimalust. Hindamise ja täiendavate uuringute jaoks saab konsulteerida töötervishoiu spetsialistidega või suunata patsient Soome Töötervishoiu Instituuti. Soomes peab tööandja pidama arvestust töökeskkonnas kasutatavate kantserogeensete või mutageensete ainete ja töövõtete ning nendega kokku puutuvate töötajate üle. Need andmed tuleb kord aastas edastada Soome Töötervishoiu Instituudi peetavasse registrisse, kuhu kogutakse teavet tööalaselt kantserogeenidega kokkupuutuvate isikute kohta. Selle eesmärgiks on suunata tööandjate tähelepanu võimalikele vähitekitajatele ning tagada vastavate ennetusmeetmete kasutuselevõtt.[249]

Kutsevähkide tuvastamine on keeruline nende pika peiteaja ja mitmetegurilise tekkepõhjuse tõttu, mistõttu on need erinevates riikides oluliselt aladiagnoositud. Kuigi paljudes Euroopa riikides on kasutusele võetud spetsiaalsed seire- ja järelkontrollisüsteemid (nt Saksamaal ja Taanis) või retrospektiivsed hindamised (nt Prantsusmaal), jäävad vähidiagnooside tööalased seosed sageli märkamata, eriti kui töötaja on töölt lahkunud. Tõhusaks kutsevähkide tuvastamiseks on vaja siduda terviseandmed tööajaloo ja täpselt kaardistatud kokkupuuteandmetega ning tagada, et nii tööandjad kui ka raviarstid oskaksid tööalast seost kahtlustada ja edastada.

[248] Autorite arvutused Eurostati hõivatute arvu alusel. Työterveyslaitos (2025). Ammattitaudit ja ammattitautiepäilyt 2021-2022. [Soome Töötervishoiu Instituut, kutsehaigused ja kutsehaiguse kahtlused 2021-2022]. Vaadatud 18.11.2025.

[249] Työperäinen syöpä. Työterveyslaitos. [Soome Töötervishoiu Instituut, tööga seotud vähk]. Vaadatud 29.04.2025.

# Lisa 7 Teiste riikide praktika kokkuvõtvad tabelid uurimisküsimuste järgi

*Tabel 17. Kutsehaiguse defineerimine*

| **Riik** | **Mõiste** | **Seadus** | **Kutsehaiguse kinnituse andev institutsioon/ milleks kasutatakse** |
|---|---|---|---|
| **Taani** | Kutsehaigus (taani k. *erhvervssygdom*) | Töötajate kompenseerimise seadus (*Lov om arbejdsskadesikring*) | Kutsehaiguse fond (*Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (AES)* **/ Kutsehaigusest põhjustatud kahjude hüvitamisel** |
| **Läti** | Kutsehaigus (läti k. *arodslimība*) | Kohustusliku sotsiaalkindlustuse seadus tööõnnetuste ja kutsehaiguste vastu (*Par obligāto sociālo apdrošināšanu pret nelaimes gadījumiem darbā un arodslimībām*) | Meditsiinikomisjon (*Ārstu konsultatīvās komisijas arodslimībās* (ĀKKA))/ **Kutsehaiguse tõttu kaotatud töövõime kompenseerimine** |
| **Saksa-maa** | Kutsehaigus (saksa k. *Berufskrankheit*) | Sotsiaalkindlustusseadustiku VII raamat *(Sozialgesetzbuch VII – Gesetzliche Unfallversicherung)* | Kohustusliku õnnetusjuhtumikindlustuse asutus (*Berufsgenossenschaft* või *Unfallkasse*)/ **Kutsehaiguse tõttu tekkinud kahju hüvitamine** |
| **Rootsi** | Tööga seotud tervisekahju (rootsi k. *arbetsskada*) | Sotsiaalkindlustuse seadustik (*Socialförsäkringsbalken, 2010:110*) | Sotsiaalkindlustuskassa *(Försäkringskassan)* ja Kollektiivlepingus sõlmitud lisakindlustus *AFA Försäkring* / **Kahjuhüvitis töövõime vähenemise, ravikulude ja rehabilitatsiooni eest** |
| **Soome** | Kutsehaigus (soome k. *ammattitauti*) | Tööõnnetuste ja kutsehaiguste seadus (*Työtapaturma- ja ammattitautilaki*, 459/2015) | Kindlustusselts / **Kahjuhüvitised (töötasu kaotus, ravi, rehabilitatsioon, pension)** |
| **Prantsus-maa** | Kutsehaigus (pr k. *maladie professionnelle*) | Sotsiaalkindlustuse seadustik (*Code de la sécurité sociale*, art. L461-1) | Tervisekindlustusasutus (*Caisse primaire d'assurance maladie, CPAM*) koos kutsehaiguste piirkondliku tunnustamise komiteega (*Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles, CRRMP*)/ **Kahjuhüvitised (ravikulud, ajutine ja püsiv töövõimetus, pension)** |

*Tabel 18. Kutsehaiguse tuvastamisel patsiendi teekond terviseprobleemide tekkimisest kuni kutsehaiguse tuvastamiseni*

| Riik | KH piiritlemine | Patsiendi teekonna algus | KH kinnitamine |
|---|---|---|---|
| **Taani** | KH nimekiri[250]; nimekirjavälistele haigustele KH komitee. | Inimene pöördub perearsti, eriarsti või hambaarsti vastuvõtule. **Arst või hambaarst on kohustatud teavitama AES-i** (ja Töökeskkonnaametit) KH kahtlusest. | AES-i juhtumikorraldaja koondab meditsiinilised dokumendid ja töökeskkonna andmed. Kui juhtum on **nimekirjas** ja kõik kriteeriumid täidetud, kinnitatakse see **administratiivselt**. Vajadusel, kuid mitte alati, külastab haigestunud isik töötervishoiukliinikut. AES teeb otsuse KH olemasolu, töövõime määra ja püsiva kahju määra ning hüvitise suuruse kohta. |
| **Soome** | Avatud KH nimekiri.[251] | **Töötaja pöördub töökoha töötervishoiuteenuse osutaja poole**, kes hindab tööga seotud haiguse olemasolu. Hüvitise saamiseks teavitab **töötaja** tööandjat, kes on kohustatud teavitama kindlustust. Kindlustust võib teavitada ka **töötaja ise või arst**, kes edastab meditsiinilise aruande. | Kindlustuse väliselt hindab töötervishoiuarst tervisesisundi ja tööseose olemasolu, korraldab uuringud ning esitab kindlustusandjale vajaliku meditsiinilise info. Nii töötervishoiuarst kui ka kindlustus võib vajadusel suunata isiku eriarstile või töötervishoiukliinikusse. **Kindlustuse arst analüüsib dokumentatsiooni ja teeb otsuse, kas haigus kvalifitseerub KH-ks ning seeläbi hüvitamisele.** |
| **Prantsus-maa** | KH tabelid[252]; KH komitee (CRRMP) hinnang juhtumitele, mis: (1) ei vasta tabeli kriteeriumidele või (2) puuduvad tabelist, kuid põhjustavad vähemalt 25% püsiva töövõmekaotuse. | Töötaja käib arsti (perearst/eriarst/ töötervishoiuarst) juures ja saab **meditsiinilise tõendi**, mille ta edastab koos KH deklaratsiooniga **kohalikule tervisekindlustusasutusele CPAM-ile.** | CPAM avab juhtumi, saadab **töötajale ja tööandjale** küsimustiku, küsitleb ettevõttega seotud **töötervishoiuarsti**, korraldab **intervjuusid**, **vaatleb töökohta**. Kui tabeli kolmes veerus olevad tingimused on täidetud, on see **automaatselt** KH. Kui tabeliga ei ole võimalik KH-d kinnitada, edastab CPAM **juhtumi KH komiteele CRRMP**. CRRMP arvamus on CPAM-ile siduv. |
| **Saksa-maa** | KH nimekiri ja „nagu KH-na“ määratletud | Töötaja pöördub arsti/hambaarsti poole või teavitab tööandjat; **arstid,** | **Kindlustusasutus** koondab kõik dokumendid, vajadusel viib nende ennetusteenistus läbi |

[250] Bekendtgørelse om fortegnelse over erhvervssygdomme anmeldt fra 1. januar 2005 (BEK nr 1324 af 29/11/2024) [Täidesaatev korraldus alates 1. jaanuarist 2005 teatavaks tehtud kutsehaiguste loetelu kohta]. Vaadatud 12.11.2025.

[251] Valtioneuvoston asetus ammattitautiluettelosta (769/2015). [Valitsuse määrus kutsehaiguste loetelu kohta]. Vaadatud 12.11.2025.

[252] Liste des tableaux. Institut national de recherche et de sécurité INRS. [Prantsuse riiklik tööõnnetuste ja kutsehaiguste ennetamise uurimis- ja ohutusinstituut INRS, tabelite loend]. Vaadatud 12.11.2025.

| Riik | KH piiritlemine | Patsiendi teekonna algus | KH kinnitamine |
|---|---|---|---|
| | haigused, mis pole veel nimekirjas, kuid mille kandmine nimekirja on kavas. | **hambaarstid ja tööandjad on kohustatud teavitama kindlustajat**. Töötaja ise, tema pereliikmed või kolleegid võivad samuti kindlustusasutust teavitada. | töökohainspektsiooni. Meditsiinilise hinnangu saamiseks tellitakse **välisekspertiis** (haigestunud isikul on valikuõigus pakutud ekspertide seast). Kindlustusasutus esitab tulemused **vastava liidumaa töötervishoiuarstile**; kui ta leiab puudujääke, võib ta nõuda täiendavaid tõendeid või uuringuid, mis tehakse kindlustuse kulul. Samuti võib ta ise isikut uurida. **Lõpliku otsuse teeb kindlustusasutus**. |
| **Läti** | Suletud KH nimekiri.[253] | **Töötaja pöördub perearsti juurde,** kes suunab ta töötervishoiuarstile. Kui töötervishoiuarst kinnitab KH tõenäolise olemasolu, suunab ta töötaja **meditsiinikomisjoni.** Kui teekond algab korralisest tervisekontrollist, suunab töötervishoiuarst töötaja perearsti juurde, kes omakorda suunab edasi **meditsiinikomisjoni**. | **Meditsiinikomisjon** võtab patsiendi töötamise dokumendid ja meditsiinilise kirjelduse ning teeb nende põhjal otsuse, kas tegemist on KH-ga. Kindlustushüvitise saamise menetlemine järgneb sellele. |
| **Rootsi** | KH nimekiri puudub (v.a nakkushaigused) - riiklikus süsteemis hinnatakse iga haigust eraldi; AFA süsteemis lähtutakse ILO 1980. aasta KH nimekirjast. | **Töötaja pöördub arsti poole**, kes annab töötajale KH kahtluse korral vastava tõendi. **Töötaja teavitab tööandjat ja esitab kindlustusasutusele taotluse** koos toetavate töötamise ja meditsiiniliste dokumentidega. Tööandja peab täitma kindlustusele veebipõhise vormi. | Kindlustuse juhtumikorraldaja analüüsib dokumente, konsulteerib kindlustusmeditsiini spetsialistiga, kes teeb otsuse, kas haigus kvalifitseerub **KH-ks ehk hüvitisele**. Kindlustus menetleb ainult juhul, kui muud hüvitise tingimused on täidetud (oodatav 1-aastane töövõime vähenemine, töötamise koormuse langus, sissetulekute langus). |

*Tabel 19. Töötervishoiuarstide koostöö teiste ekspertidega kutsehaiguse diagnoosimisel*

| Riik | Töötervishoiuarstide ülesanded KH diagnoosimisel | Töötervishoiuarstide koostöö teiste ekspertidega KH diagnoosimisel |
|---|---|---|
| **Taani** | **Töötervishoiuarstide kaasamine KH diagnoosimise protsessi ei ole kohustuslik –** menetluse viib üldjuhul läbi AES oma juhtumikorraldajate ja | Töötervishoiuarstid ei ole alati KH menetlusse kaasatud; koostöö AES-iga toimub **vajadusel välise eriarsti rollis**. Samuti on töötervishoiuarstidel – nagu igal teisel |

[253] Arodslimību izmeklēšanas un uzskaites kārtība, 9. pielikums - arodslimību grupu klasifikācija. (2006:908). [Kutsehaiguste uurimise ja registreerimise kord, lisa 9 – kutsehaiguste rühmade klassifikatsioon]. Vaadatud 10.11.2025.

| Riik | Töötervishoiuarstide ülesanded KH diagnoosimisel | Töötervishoiuarstide koostöö teiste ekspertidega KH diagnoosimisel |
|---|---|---|
| | meditsiiniliste nõustajate abil. Inimese võivad suunata arstid või ka AES **töö- ja keskkonnameditsiini kliinikusse töötervishoiuarsti vastuvõtule**, kui vajatakse detailsemat kirjeldust kokkupuute, haiguse või põhjuslikkuse selgitamiseks. | arstil Taanis – kohustus KH kahtlusest teavitada AES-i ja Töökeskkonnaametit, kui seda juba varem pole tehtud. |
| **Soome** | KH diagnoosimine kuulub tööandja korraldatud ja rahastatud kohustusliku ennetava töötervishoiuteenuse hulka. Töötervishoiuarst on KH tuvastamise lähtepunkt: ta hindab **seose olemasolu**, **korraldab uuringud** ja **esitab kindlustajale oma hinnangu**. Täpsustava diagnostika jaoks suunab töötervishoiuarst haigestunud isiku eriarsti juurde või töötervishoiukliinikusse. | Töötervishoiuarst tellib **tööhügieenikult** töökeskkonna hindamise; suunab haigestunud isiku **eriarstile** või **töötervishoiukliinikusse**; edastab **kindlustajale** kogutud info; teavitab KH kahtlusest Tööinspektsiooni, mille alusel viiakse vajadusel läbi järelevalvemenetlus. |
| **Prantsusmaa** | Kui haigust ei ole KH tabelite alusel võimalik KH-na kinnitada, edastab CPAM juhtumi KH regionaalkomiteele (CRRMP). Toimik sisaldab üldiselt ettevõtte töötervishoiuarsti arvamust. Selleks töötervishoiuarst **kaardistab ja dokumenteerib** töötaja tegeliku **kokkupuute töökeskkonna riskiteguritega**, analüüsib seost **töö ja haigestumise vahel** ning koostab **põhjendatud arvamuse**, mis lisatakse toimikusse. | **Töötervishoiuarst** koostab CPAM-i toimikusse põhjendatud arvamuse töötaja kokkupuute ja tööseose kohta ning vastab CPAM-i/CRRMP päringutele. |
| **Saksamaa** | **Vastava liidumaa töötervishoiu ja -ohutuse asutuse töötervishoiuarst** vaatab kindlustusasutuse kogutud materjalid läbi, hindab nende piisavust ja võib nõuda täiendavaid tõendeid või uuringuid; vajadusel võib ta isikut ise uurida või lasta teha lisauuringuid kindlustuse kulul. | Ettevõtte töötervishoiuarstil, nagu igal teisel arstil Saksamaal, on kohustus teavitada kindlustusasutust KH kahtlusest. Ettevõtte töötervishoiuarstid (nagu ka muud arstid või hambaarstid) peavad kindlustusasutusele päringu korral andma isiku kohta meditsiinilist infot. |
| **Läti** | Töötervishoiuarst **uurib patsiendi terviseseisundit**, **kaardistab terviseajaloo** ning **suunab teiste spetsialistide konsultatsioonidele** ja **uuringutele**. Kui peale neid toiminguid arvab töötervishoiuarst, et tegu võib olla KH-ga, suunab ta haigestunud isiku **meditsiinikomisjoni**, kus langetatakse lõplik otsus. | **Perearsti ja töötervishoiuarsti** vahel toimub kahepoolne suunamine: kui teekond algab perearstist, suunab ta patsiendi töötervishoiuarstile ja vastupidi. Töötervishoiuarst suunab eriarstide juurde; edastab teabe **meditsiinikomisjoni**. |

| Riik | Töötervishoiuarstide ülesanded KH diagnoosimisel | Töötervishoiuarstide koostöö teiste ekspertidega KH diagnoosimisel |
|---|---|---|
| **Rootsi** | Hüvitise eesmärgil KH uurimine toimub Sotsiaalkindlustuskassas kindlustusmeditsiini spetsialistide toel; töötervishoiuarstid ei osale hüvitise eesmärgil KH kinnitamisega seotud otsustes.[254] | Üldiselt puudub. Töötervishoiuarsti hinnang **võib olla** osa Sotsiaalkindlustuskassale edastatavast meditsiinilisest dokumentatsioonist, kuid **tüüpiliselt töötajad ei külasta töötervishoiukliinikut** Sotsiaalkindlustuskassasse pöördumiseks. |

*Tabel 20. Kutsehaiguse diagnoosimise süsteemi rahastus*

| Riik | KH diagnoosimise süsteemi rahastus |
|---|---|
| **Taani** | Tööandjate maksed avalik-õiguslikku kutsehaiguste fondi (AES). |
| **Soome** | Tööandjate maksed seadusjärgsesse kindlustusse erakindlustusandja kaudu (keskne koordineerija *Tapaturmavakuutuskeskuse*) |
| **Prantsusmaa** | Tööandjate maksed riikliku sotsiaalkindlustuse TÕ ja KH harusse (AT/MP). |
| **Saksamaa** | Tööandjate maksed avalik-õiguslikku kindlustusse (*Berufsgenossenschaft* või *Unfallkasse*). |
| **Läti** | Tööandjate maksed riiklikusse sotsiaalkindlustusse (*Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra* - VSAA) |
| **Rootsi** | Tööandjate maksed riiklikusse sotsiaalkindlustusse (*Försäkringskassan*); tööandjate maksed AFA-le (kui on kollektiivleping). |

*Tabel 21. Töökeskkonna ja kutsehaiguse põhjusliku seose tuvastamine, töötervishoiuarsti ja tööandja vaheline koostöö kutsehaiguse diagnoosimisel*

| Riik | Töökeskkonna sisend | Meditsiiniline sisend | Töötervishoiuarsti (ja/või muu olulise uuriva osapoole) ning tööandja koostöö |
|---|---|---|---|
| **Taani** | AES kogub tööiseloomu ja kokkupuute andmed haigestunult ja tööandjalt **küsimustike abil**; vajadusel annab töötervishoiukliinik detailsema kirjelduse, toetudes ohutuskaartidele, riskianalüüsile ja Taani Töökeskkonnaameti materjalidele (töötervishoiuarst võib külastada ka töökohta, aga tavaliselt seda ei tehta). | Vajalik eelnev meditsiiniline dokumentatsioon ja diagnoos. AES-i **meditsiinikonsultandid** hindavad olemasolevat dokumentatsiooni ning ise patsienti ei uuri; vajadusel töötervishoiukliinikusse või eriarsti juurde suunamine. | KH uurimise raames tavaliselt tööandja ja töötervishoiuarsti vaheline koostöö puudub, kuna menetlust juhib AES ja töötervishoiuarstid tavapäraselt ei osale. Kuna KH-juhtumeid menetleb AES, **esitab tööandja kirjalikud selgitused tööülesannete ja kokkupuute kohta AES-ile**. |

[254] Intervjueeritud Rootsi eksperdi sõnul külastab hinnanguliselt vaid 10% hüvitist taotlevatest isikutest eelnevalt töötervishoiukliinikut.

| Riik | Töökeskkonna sisend | Meditsiiniline sisend | Töötervishoiuarsti (ja/või muu olulise uuriva osapoole) ning tööandja koostöö |
|---|---|---|---|
| **Soome** | Töötervishoiuteenuses, mis võib minna sisendiks kindlustusele: info **töökohauuringutest** (vajadusel sihitud töökohauuringu läbiviimine), **tööhügieeniku** hindamistest, **biomonitooringust** ning haigestunud isiku **kirjeldustest.**<br><br>Kindlustuses: **tööandja täidetud vorm**, mis sisaldab infot nii võimalike kokkupuudete kui ka sümptomite kohta; info tööandja korraldatud töötervishoiuteenusest. | Tööandja korraldatud (ennetavas) **töötervishoiuteenuses läbiviidud hindamised**; vajadusel suunamine **keskhaigla polikliinikutesse** ja/või **Soome Töötervishoiu Instituudi** töömeditsiini kliinikusse; ka kindlustusasutus võib suunata lisauuringutele. **Kindlustusarst** analüüsib olemasolevat dokumentatsiooni kindlustusmeditsiini ja seaduse kontekstis, kuid patsienti isiklikult ei uuri. | **Tööandja tagab töötervishoiule ligipääsu** töökohta ja dokumentidele; annab tööülesannete ja kokkupuute kirjelduse, kemikaalide nimekirja ja ohutuskaardid, riskihindamise ja töökoha mõõtmiste aruanded; võimaldab vajadusel sihitud töökohauuringu läbiviimist.<br><br>**Tööandja peab võimalikust KH-st kindlustusasutust teavitama täidetud vormiga**, mis sisaldab mh teavet tööülesannete ja kokkupuute kohta. |
| **Prantsusmaa** | CPAM saadab **küsimustiku töötajale** ja **tööandjale** ning võib **küsitleda** ettevõttega seotud **töötervishoiuarsti**, pidada **intervjuusid** (nt kaastöötajate, juhtidega) ja **vaadelda töökohta**. | Enne CPAM-i pöördumist täidab arst (nt perearst, eriarst, töötervishoiuarst) **meditsiinilise tõendi** ning vajadusel määrab **lisauuringud**. Töötaja või arst edastab tõendi (ja uuringute tulemused) CPAM-ile. **Meditsiinikonsultandid** hindavad, kas juhtumi meditsiiniline osa vastab tabeli kriteeriumitele. **Meditsiinikonsultant võib ka ise kutsuda töötaja vestlusele või läbivaatusele.** | **CPAM teavitab tööandjat KH deklaratsioonist**, ning tööandjal on võimalik esitada kahtlusi. Kui CPAM edastab juhtumi CRRMP-le, **esitab tööandja** CPAM-i nõudmisel üksikasjaliku aruande, milles kirjeldatakse haigestunud töötaja täidetud tööülesandeid alates tööleasumisest. |
| **Saksamaa** | **Tööandja** täidab küsimustiku, **haigestunud isik** võib samuti esitada oma töökeskkonna kirjelduse. Erinevad **töökeskkonda kirjeldavad dokumendid**, vajadusel **individuaalintervjuud** | Varasem **meditsiiniline dokumentatsioon**, ettevõtte töötervishoiuarstidelt ning muudelt arstidelt saadud meditsiiniline info (kindlustusasutus võib esitada päringu). Kui on vajalik täiendav | **Tööandja** saadab kindlustusele täidetud küsimustiku töötingimuste kohta. |

| Riik | Töökeskkonna sisend | Meditsiiniline sisend | Töötervishoiuarsti (ja/või muu olulise uuriva osapoole) ning tööandja koostöö |
|---|---|---|---|
| | oluliste osapooltega. Kui sellest ei piisa, võib kindlustusasutuse ennetusteenistus teha **külastada töökohta, et uurida tegelikke tingimusi**. | meditsiiniline ekspertiis, võib isik **ise valida sõltumatu välishindaja** kindlustusasutuse pakutud ekspertide hulgast (tavaliselt esitatakse kolm võimalikku eksperti) või teha ettepanek mõne muu kvalifitseeritud eksperdi kaasamiseks. | |
| **Läti** | Töötaja kirjeldus, tööstaaži tõendid, riskianalüüs. Kui seos haiguse ja töö vahel ei ole selge või kahtlus puudutab ametile mittetüüpilisi tegureid, **taotleb töötervishoiuarst tööandjalt töökeskkonna iseloomustuse**. Kui tööandja ei tee seda 1 kuu jooksul, võib KH **meditsiinikomisjon** taotleda iseloomustuse **Tööinspektsioonilt**. | Meditsiinikomisjon võtab aluseks töötervishoiuarsti koondatud info ja hinnangu: patsiendi haiguslugu, läbiviidud uuringute tulemused ja eriarsti(de)ga konsulteerimisel. | **Tööandja tagab töötervishoiuarstile ligipääsu kogu vajalikule teabele** - töökeskkonna sisejärelevalve, riskianalüüs, ennetusmeetmed ning muu KH olemasolu võimaliku väljaselgitamisega seotud info. |
| **Rootsi** | Töötaja hüvitise eesmärk: Sotsiaalkindlustuskassale esitatud **tööandja täidetud vorm**, mis sisaldab teavet haigestunud isiku töökoha, ameti, keskkonnatingimuste jm kohta. | Sotsiaalkindlustuskassa kasutab töötaja edastatud **meditsiinilist dokumentatsiooni**, mille on arst **enne** Sotsiaalkindlustuskassasse pöördumist koostanud. **Kindlustusmeditsiini spetsialistid analüüsivad dokumentatsiooni**, aga isiklikult haigestunut ei uuri. Vajadusel tellitakse kindlustusmeditsiiniline ekspertiis töövõime hindamiseks. | Tööandja peab esitama Sotsiaalkindlustuskassale veebipõhise vormi ja vastab päringutele. |

*Tabel 22. Juhendmaterjalid ning väljaõpe töötervishoiuarstidele kutsehaiguse diagnoosimisel*

| Riik | Töötervishoiuarstide väljaõpe | Juhendmaterjalid (töötervishoiuarstidele jm meditsiinilist hinnangut andvatele osapooltele) |
|---|---|---|
| **Taani** | Võimalik pärast arsti baasõpet (6+1 aastat). Spetsialiseerumine kestab 5 aastat. | AES-i menetlejad, KH komitee ja töötervishoiuarstid lähtuvad põhidokumendist[255], mis koondab praktilised juhised konkreetsete haiguste käsitlemiseks KH-na. Eraldiseisvad juhendmaterjalid on lisaks hambakahjustuste[256] ja lahustimürgistuste[257] käsitlemiseks. |
| **Soome** | Võimalik pärast arsti baasõpet. Spetsialiseerumine kestab 6 aastat. | Töötervishoiuarstidele avaldab juhendmaterjale Soome Tervise ja Heaolu Insituut[258] ning Soome arstide selts (*Duodecim)* veebilehel „*Terveysportti*“[259]. Samuti on olemas üldine juhendmaterjal „*Ammattitaudit*”, mis ei ole veebis kättesaadav. |
| **Prantsusmaa** | Võimalik pärast baasõpet. Spetsialiseerumine kestab 4 aastat. | CPAM lähtub KH tabelitest. CRRMP toetub üldisele juhendile[260]. |
| **Saksamaa** | 1) Võimalik pärast arsti baasõpet. Spetsialiseerumine kestab 5 aastat.<br>2) kui on eriarsti kvalifikatsioon mõnes muus valdkonnas, saab omandada töötervishoiualase lisakvalifikatsiooni: 9 kuud praktilist tööd ja 360 tundi kestev kursus. | Üldine juhendmaterjal[261] ja haiguspõhised hindamissoovitused, sh nahahaigustele ja nahavähile[262], silikoosile ehk kvartsitolmu sissehingamisega tekitatud kopsuhaigusele[263], asbestiga seotud kopsuhaigustele[264], mürast |

[255] Vejledning om erhvervssygdomme anmeldt fra 1. januar 2005 (VEJ nr 10031 af 06/12/2024). [Kutsehaiguste juhend, millest on teatatud alates 1. jaanuarist 2005]. Vaadatud 10.11.2025.

[256] Vejledning om arbejdsbetingede tandskader 2016. (VEJ nr 9662 af 28/06/2016). [Tööga seotud hambavigastuste juhend 2016]. Vaadatud 10.11.2025.

[257] Vejledning om opløsningsmiddelforgiftning 2016. (VEJ nr 9663 af 28/06/2016). [Lahustimürgistuse juhend 2016]. Vaadatud 10.11.2025.

[258] Finnish Institute for Health and Welfare kodulehekülg. Vaadatud 11.11.2025.

[259] Terveysportti koduleheküg. Vaadatud 11.11.2025.

[260] Institut national de recherche et de sécurité (INRS). (2025). Guide pour les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles institués par la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 (version consolidée 2024). [Prantsuse riiklik tööõnnetuste ja kutsehaiguste ennetamise uurimis- ja ohutusinstituut INRS (2025). Seadusega nr 1 kehtestatud juhend piirkondlikele kutsehaiguste tunnustamise komisjonidele. 93-121, 27. jaanuar 1993 (koondversioon 2024)]. Vaadatud 18.11.2025.

[261] Forchert jt (2025). Allgemeine Empfehlungen zur Begutachtung von Berufskrankheiten. [Kutsehaiguste hindamise üldised soovitused]. Vaadatud 18.11.2025.

[262] Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2025). Empfehlung zur Begutachtung von arbeitsbedingten Hauterkrankungen und Hautkrebserkrankungen. [Soovitus tööga seotud nahahaiguste ja nahavähi hindamiseks]. Vaadatud 18.11.2025.

[263] DGUV (2019). Empfehlung für die Begutachtung von Quarzstaublungenerkrankungen (Silikosen) - Bochumer Empfehlung. [Soovitus kvartspulbri kopsuhaiguste (silikooside) hindamiseks – Bochumi soovitus]. Vaadatud 18.11.2025.

[264] DGUV (2011). Empfehlung für die Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten – Falkensteiner Empfehlung. [Soovitus asbestist tingitud kutsehaiguste hindamiseks – Falkensteineri soovitus]. Vaadatud 18.11.2025.

| Riik | Töötervishoiuarstide väljaõpe | Juhendmaterjalid (töötervishoiuarstidele jm meditsiinilist hinnangut andvatele osapooltele) |
|---|---|---|
| | | põhjustatud kuulmislangusele[265], hingamisteede haigustele[266], orgaanilistest lahustitest või nende segudest põhjustatud närvisüsteemi haigustele (polüneuropaatia või entsefalopaatia)[267] ja gonartroosile ehk põlveliigese artroosile[268] ning COVID-19[269] järgsele hindamisele. |
| **Läti** | 1) Arsti baasõpe ning 4-aastane residentuur töötervishoiuarstiks spetsialiseerumisega;<br>2) kui arst on 3 aastat praktiseerinud, saab ta läbida 300 akadeemilist tundi kestva täiendõppe. | Töötervishoiuarstid ja meditsiinikomisjon kasutavad oma töös üldise juhendina professor Maija Eglīte materjali „*Darba medicīna*“[270] ja Euroopa Komisjoni materjali „*Information notices on occupational diseases: a guide to diagnosis*”.[271] Lisaks kasutatakse konkreetseid juhendmaterjale seljavalu[272], mürast tingitud kuulmislanguse[273], ja karpaaltunneli sündroomi[274] jaoks. |
| **Rootsi** | 1) Omandatav lisaspetsialiseerumise kaudu - varem on olemas baasspetsialisti väljaõpe mõnes teises meditsiinivaldkonnas (perearst, psühhiaater, ortopeed, kirurg jne), mille järel spetsialiseerutakse töömeditsiinile; | Ei ole välja antud KH hindamise juhendmaterjali, kuid töötervishoiuarstid võivad tugineda SBU teadusülevaadetele töömeditsiini valdkonnas. |

[265] DGUV (2020). Empfehlung für die Begutachtung der Lärmschwerhörigkeit (BK-Nr. 2301) – Königsteiner Empfehlung. [Soovitus mürast põhjustatud kuulmislanguse hindamiseks (KH nr 2301) – Königsteini soovitus]. Vaadatud 18.11.2025.

[266] DGUV (2024). Empfehlung für die Begutachtung der Berufskrankheiten der Nummern 1315 (ohne Alveolitis), 4301 und 4302 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) - Reichenhaller Empfehlung. [Kutsehaiguste määruse (BKV) lisa 1 kutsehaiguste hindamise soovitus numbritega 1315 (välja arvatud alveoliit), 4301 ja 4302 - Reichenhalli soovitus]. Vaadatud 18.11.2025.

[267] DGUV (2018). Polyneuropathie oder Enzephalopathie durch organische Lösungsmittel oder deren Gemische. [Orgaaniliste lahustite või nende segude põhjustatud polüneuropaatia või entsefalopaatia]. Vaadatud 18.11.2025.

[268] DGUV (2014). Begutachtungsempfehlung für die Berufskrankheit Nummer 2112 (Gonarthrose). [Kutsehaiguse number 2112 (gonartroos) hindamissoovitus]. Vaadatud 18.11.2025.

[269] Tegu on uue juhendiga, mis avaldati 2025. aasta juunis. Allikas: DGUV (2025). Empfehlung für die Begutachtung von Post Covid. [Soovitus koroonajärgse olukorra hindamiseks]. Vaadatud 18.11.2025.

[270] Maija Eglīte (2012). Darba medicīna. [Töömeditsiin]. Vaadatud 18.11.2025.

[271] European Commission (2009). Information notices on occupational diseases: a guide to diagnosis. Vaadatud 18.11.2025.

[272] Latvijas arodslimību ārstu biedrība (2005). Mugurkaula slimību saistīšanai ar arodu. [Läti töötervishoiuarstide assotsiatsioon, selgroohaiguste seostamine kutsetööga]. Vaadatud 18.11.2025.

[273] Latvijas arodslimību ārstu biedrība (2005). Trokšņa radīto veselības traucējumu agrīnai identifikācijai un diagnosticēšanai. [Läti töötervishoiuarstide assotsiatsioon, mürast põhjustatud tervisehäirete varajaseks avastamiseks ja diagnoosimiseks]. Vaadatud 18.11.2025.

[274] Karpaaltunneli sündroomi jaoks on sisedokument, mis ei ole veebis kättesaadav.

| Riik | Töötervishoiuarstide väljaõpe | Juhendmaterjalid (töötervishoiuarstidele jm meditsiinilist hinnangut andvatele osapooltele) |
|---|---|---|
| | 2) pärast arsti baasõpet 5 aastat kestev õpe töö- ja keskkonnameditsiinis. | |

*Märkus. Kuna mitmes riigis ei ole töötervishoiuarstid KH diagnoosimise protsessis kesksed, on tabelis kajastatud ka teistele meditsiinilist hinnangut andvatele osapooltele loodud juhendmaterjalid.*

*Tabel 23. Psühhosotsiaalsetest ohuteguritest tingitud tööga seotud haiguste määratlemine ja diagnoosimine*

| Riik | Piiritlemine | Diagnoosimine |
|---|---|---|
| **Taani** | **KH nimekirjas posttraumaatiline stressihäire** ja **sõjast** põhjustatud **depressioon**; muu jaoks **KH komitee.** | Teiste haigustega samamoodi. AES palub inimesel kirjeldada mõjusid, millega isik on töökeskkonnas kokku puutunud ning saab lisateavet haiguslugudest või psühhiaatrilisest hindamisest. |
| **Prantsusmaa** | **KH regionaalkomitee** CRRMP. Peab CPAM-i meditsiinikonsultandi hinnangul põhjustama vähemalt 25% töövõimetust, et juhtum CRRMP-le edastada. | CRRMP juhendmaterjal[275] käsitleb depressiooni, üldistunud ärevushäiret ja posttraumaatilist stressihäiret. CRRMP võib kaasata psühhiaatri ning peab uurima ja dokumenteerima kuus mõõdet:<br>• töökoormus ja -intensiivsus;<br>• emotsionaalsed nõudmised ja vägivald;<br>• autonoomia ja otsustusvabadus;<br>• sotsiaalsed suhted ja sotsiaalne tugi tööl;<br>• eetilised konfliktid;<br>• töösuhte ebakindlus. |
| **Läti** | **KH nimekirjas** läbipõlemissündroom. | Teiste haigustega samamoodi. Uurimine toimub psühhiaatrilise hindamise kaudu, mille tulemused edastatakse meditsiinikomisjonile. **Komisjon analüüsib töökeskkonna kirjeldust ja psühhiaatrilise hindamise tulemusi**. Juhendmaterjalid selleks puuduvad. |
| **Rootsi** | KH-nimekiri puudub - **iga põhjuslikult tõendatud diagnoosi** võib (hüvitise saamiseks) määratleda KH-na, kui see vastab annuiteedi saamise tingimustele. | Teiste haigustega samamoodi. **Sotsiaalkindlustuskassa kasutab meditsiinilist dokumentatsiooni psühhiaatrilisest hindamisest**. Psühholoog (kliinikus või töötervishoiuteenuse pakkuja juures) hindab nii tööalaste kui ka tööväliste riskitegurite mõju; töötervishoiuarst annab hinnangu põhjusliku seose kohta. Psühholoogiline hindamine ja töötervishoiuarsti hinnang on kindlustuseväline osa, mis ei ole Sotsiaalkindlustuskassast hüvitise taotlemiseks vajalik ega kohustuslik, kuid võib toetada otsust. |

[275] Institut national de recherche et de sécurité (INRS). (2025). Guide pour les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles institués par la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 (version consolidée 2024). [Prantsuse riiklik tööõnnetuste ja kutsehaiguste ennetamise uurimis- ja ohutusinstituut INRS (2025). Seadusega nr 1 kehtestatud juhend piirkondlikele kutsehaiguste tunnustamise komisjonidele. 93-121, 27. jaanuar 1993 (koondversioon 2024)]. Vaadatud 18.11.2025.

*Tabel 24. Kutsevähi diagnoosimine*

| Riik | Kas on välja töötatud lisasüsteem kutsevähi avastamiseks? |
|---|---|
| **Taani** | Automaatne andmevahetus vähiregistri ja AES-i vahel. Mesotelioom ning ninakõrvalkoobaste ja ninaõõne vähi andmevahetus toimub automaatselt, mille järel AES algatab menetluse. |
| **Soome** | Ei. |
| **Prantsusmaa** | Põie või ülemiste kuseteede vähiga patsientidele saadetakse kiri, mis tutvustab tööst põhjustatud põievähi avastamise programmi. Osalemiseks nõusoleku andnud patsientidega võetakse ühendust ja kaardistatakse nende tööalane ajalugu. |
| **Saksamaa** | Vähitekitajatega (nt asbest) kokku puutunud töötajate tervisekontrollid (sh pärast töösuhte lõppemist). |

# Lisa 8 Tegevusalade, ametialade ja tööõnnetuste põhjuste täisnimetused

Tegevusalad:

- kunst, meelelahutus ja vaba aeg;
- haridus;
- majutus ja toitlustus;
- põllumajandus, metsamajandus ja kalapüük;
- haldus- ja abitegevused;
- tervishoid ja sotsiaalhoolekanne;
- veondus ja laondus;
- ehitus;
- hulgi- ja jaekaubandus; mootorsõidukite ja mootorrataste remont;
- avalik haldus ja riigikaitse; kohustuslik sotsiaalkindlustus;
- töötlev tööstus.

Ametialad:

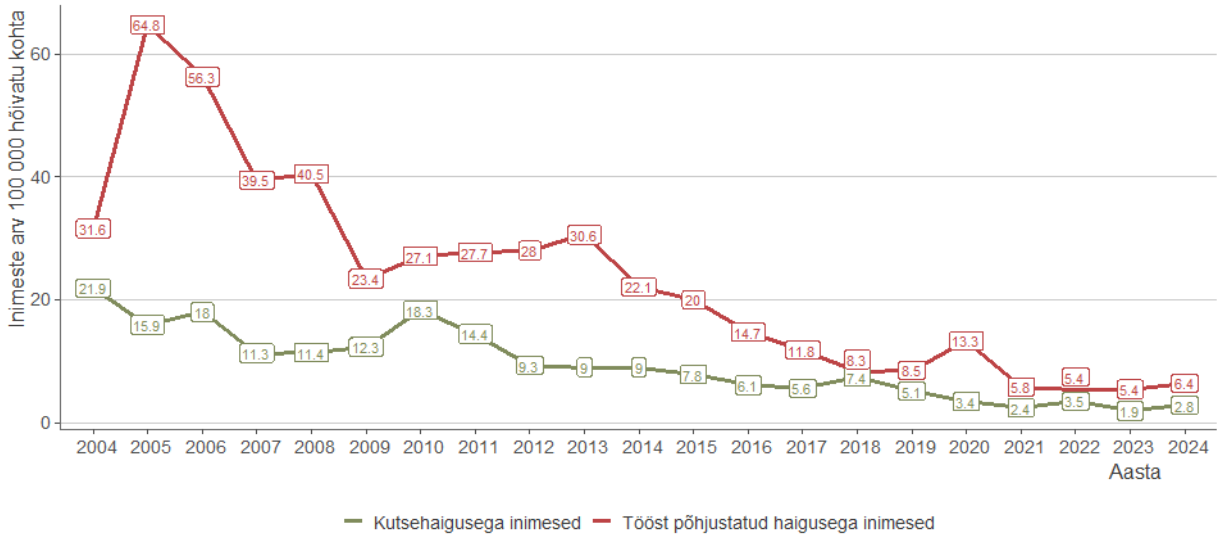
- sõjaväelased;
- juhid;
- tippspetsialistid;
- tehnikud ja keskastme spetsialistid;
- kontoritöötajad ja klienditeenindajad;
- teenindus- ja müügitöötajad;
- põllumajanduse, metsanduse, kalanduse ja jahinduse oskustöölised;
- oskus- ja käsitöölised;
- seadme- ja masinaoperaatorid ning koostajad;
- lihttöölised.

TÕ põhjused:

- elektrist, plahvatusest või tulekahjust;
- üleujutuse, ümbermineku, lekke, uputuse, aurustumise, emissiooni tõttu;
- purunemine, lõhkemine, libisemine, kukkumine, kokkuvarisemine;
- kontrolli kaotamine (osaline või täielik) masina, transpordivahendi, käsitööriista, looma üle;
- inimese kukkumine: libastumine, komistamine;
- keha liikumine füüsilise pingutuseta;
- keha liikumine füüsiliselt pingutades;
- šokk, hirm, ehmatus, vägivald, kallaletung, ähvardamine, enesevalitsuse kaotus.

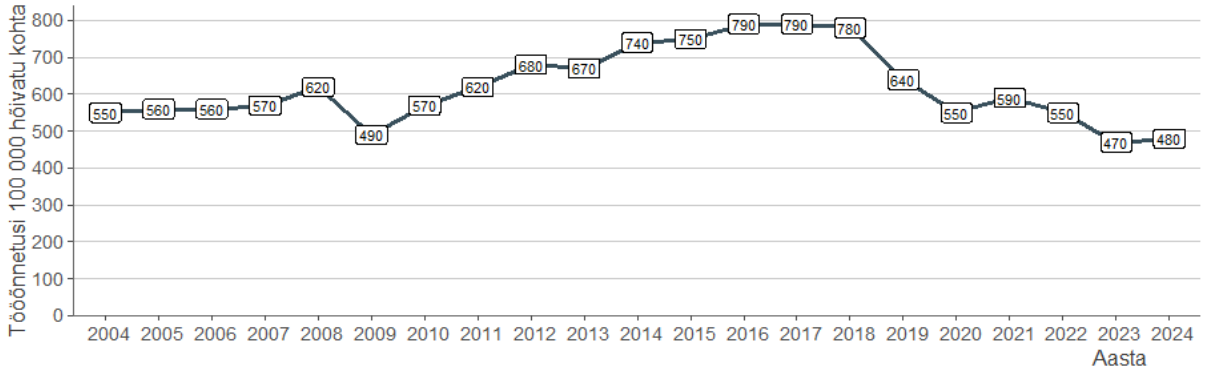
# Lisa 9 Tööst põhjustatud tervisekahjustusega inimeste statistilise ülevaate joonised ja tabelid

*Joonis 59. Kutsehaiguse ja tööst põhjustatud haigusega inimeste suhtarv 100 000 hõivatu kohta (2004–2024)*




*Allikas: Tööinspektsioon*

*Joonis 60. Tööõnnetuste juhtumite suhtarv 100 000 hõivatu kohta (2004–2024)*



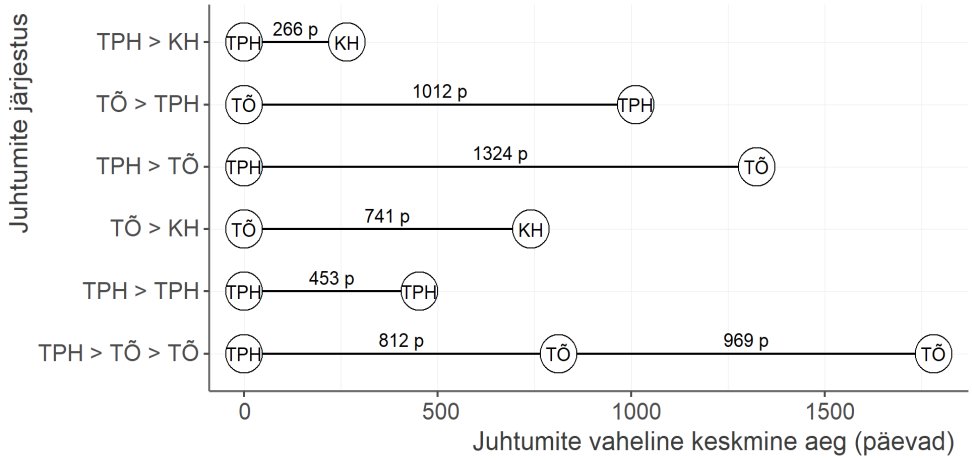

*Allikas: Tööinspektsioon*

*Tabel 25. Registreeritud tööõnnetuste arv inimese kohta (2015–2024)*

| Mitu TÕ-d inimese kohta | Inimeste arv |
|---|---|
| 1 | 32 728 |
| 2 | 3 373 |
| 3 | 620 |
| 4 | 150 |
| 5 | 44 |
| 6 | 19 |
| 7-15 | 11 |

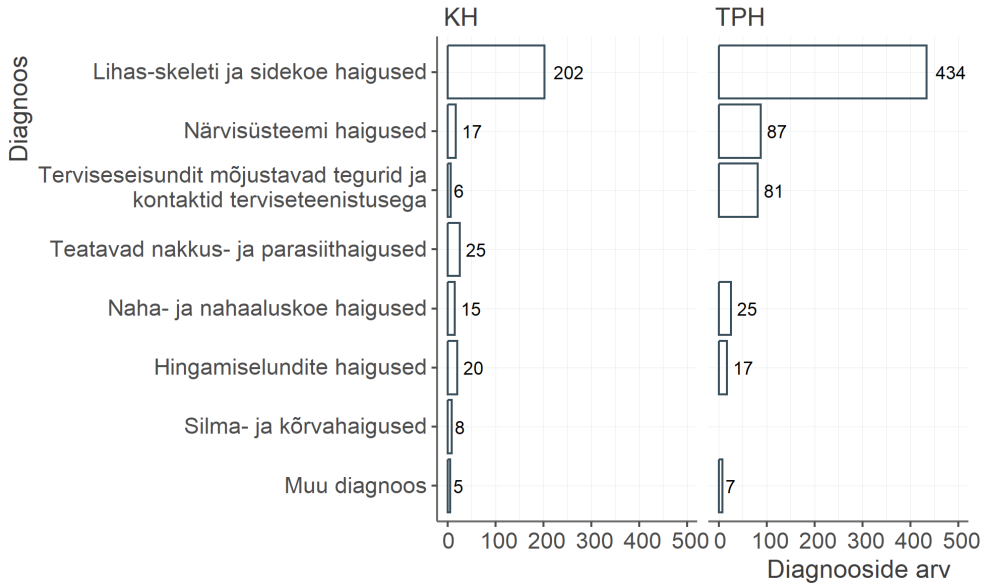
*Allikas: TI registriandmed.*

*Joonis 61. Registreeritud juhtumite vaheline keskmine aeg päevades (2015–2024)*



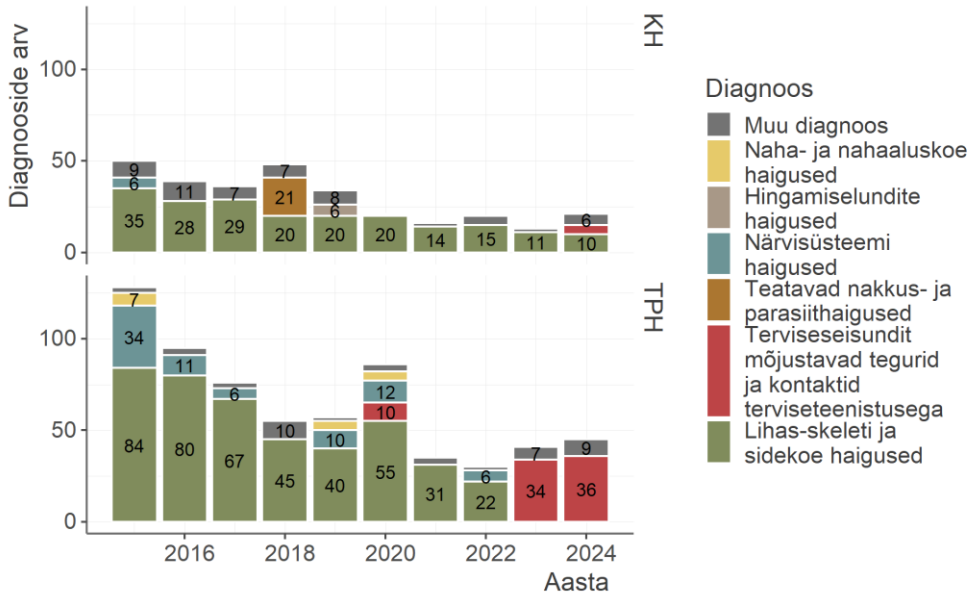

*Märkus. Ainult inimesed, kellel on diagnoositud TPH ja/või KH; ainult juhtumite kombinatsioonid, kus on vähemalt 5 inimest.*
*Allikas: TI registriandmed.*

*Joonis 62. Kutsehaiguse ja tööst põhjustatud haiguse diagnoosid üle aastate (diagnoositud 2015–2024, ühe inimese kohta kuni 8 diagnoosi)*



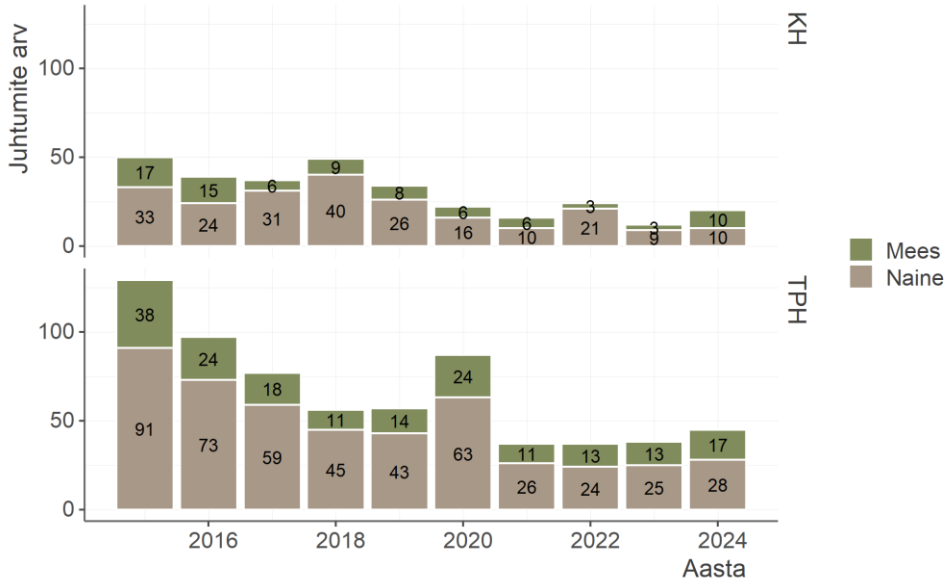

*Märkus. 11 TPH-l ja 7 KH-l puudusid andmed diagnoosi kohta. 2015–2024 koondatud andmed; ühe juhtumi puhul võib olla mitu diagnoosi. Kuvatud on grupid, kus on vähemalt 5 inimest, väiksemad grupid liidetud „Muu diagnoos" alla.*
*Allikas: TI registriandmed*

*Joonis 63. Kutsehaiguse ja tööst põhjustatud haiguse diagnooside arv aastate lõikes (kuni 8 diagnoosi inimese kohta; 2015–2024)*



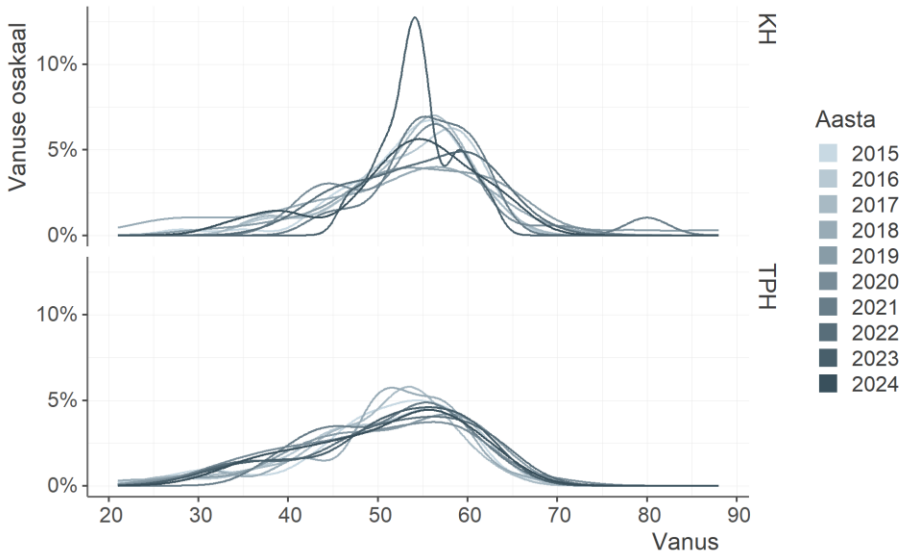

*Märkus. 11 TPH-l ja 7 KH-l puudusid andmed diagnoosi kohta. Diagnoosid, mida on diagnoositud vähem kui 5, on liidetud „Muu diagnoos“ alla.*
*Allikas: TI registriandmed*

*Joonis 64. Kutsehaiguse ja tööst põhjustatud haiguse juhtumite arv soo lõikes (2015–2024)*



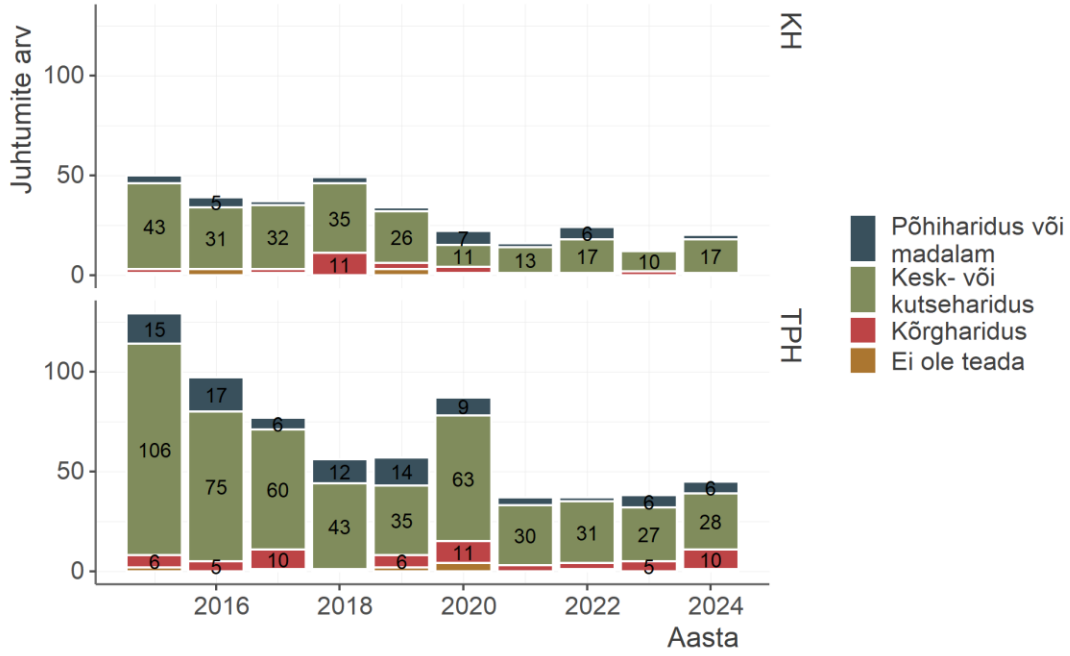

*Allikas: TI registriandmed*

*Joonis 65. Kutsehaiguse ja tööst põhjustatud haiguse juhtumite registreerimise hetke vanuse jaotus aastate lõikes (2015–2024)*



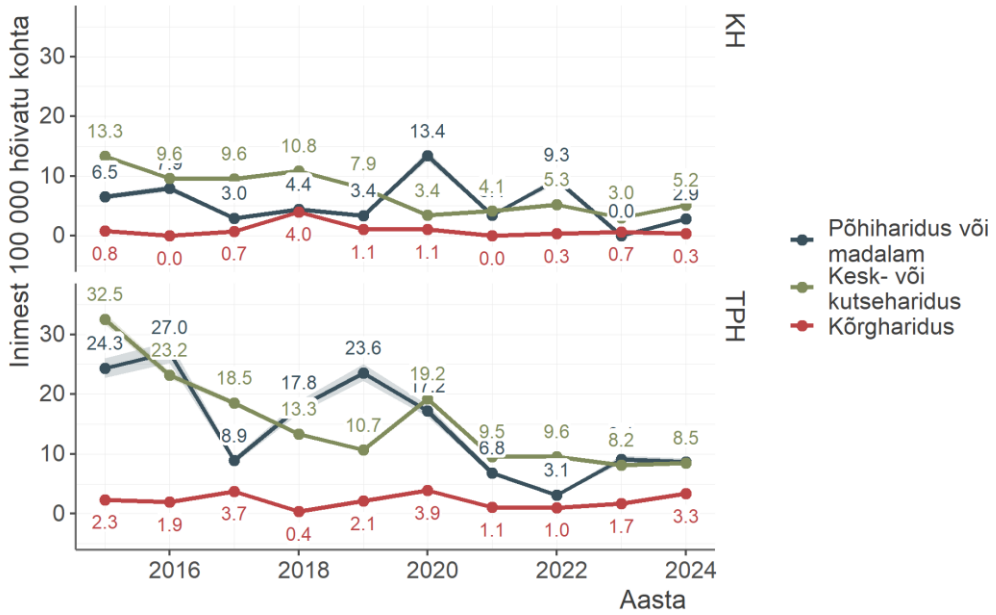

*Allikas: TI registriandmed*

*Joonis 66. Kutsehaiguse ja tööst põhjustatud haiguse juhtumite arv hariduse ja aastate lõikes (2015–2024)*



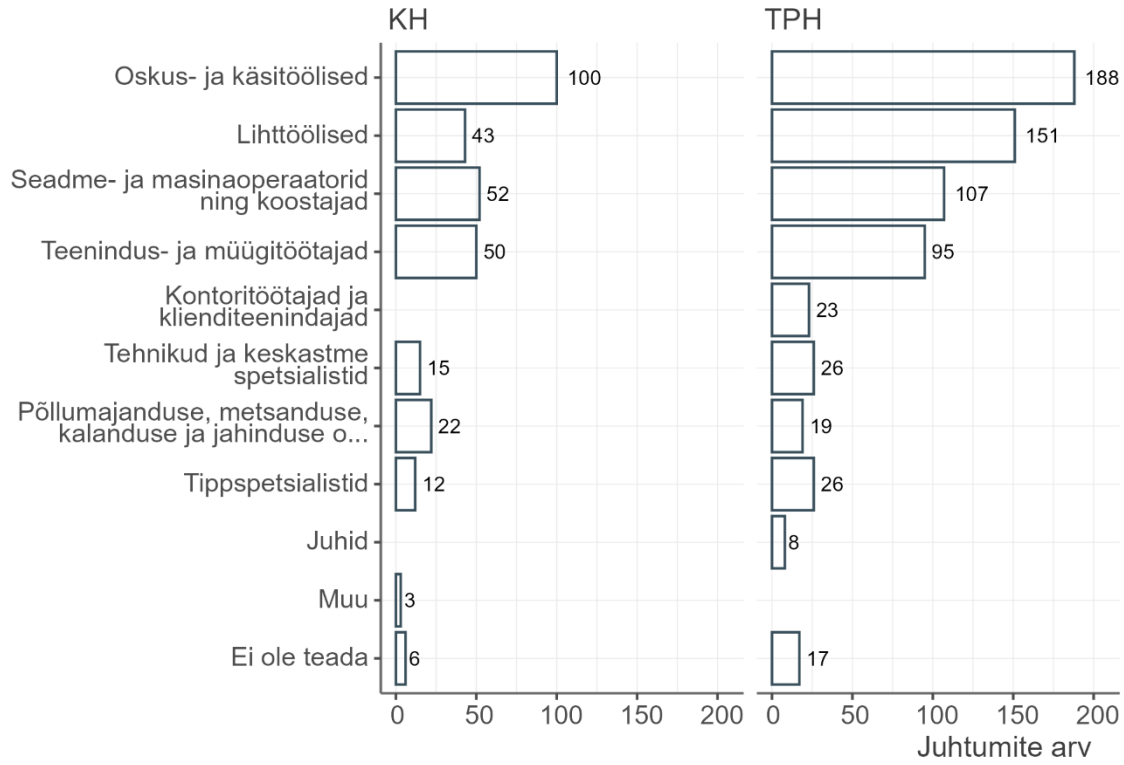

*Allikas: TI registriandmed*

*Joonis 67. Kutsehaiguse ja tööst põhjustatud haigusega inimesed 100 000 hõivatu kohta hariduse lõikes (2015–2024)*



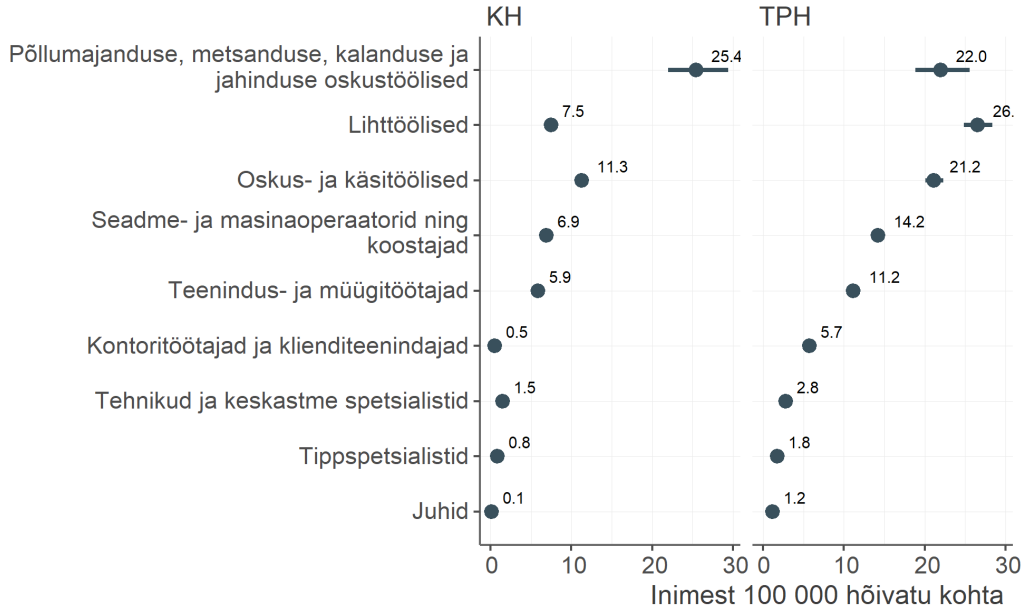

*Märkus. Juhtumite arv TI registriandmete, hõivatute arv ETU alusel. Hõivatud vanuses 15–74.*
*Allikas: TI registriandmed, ETU*

*Joonis 68. Kutsehaiguse ja tööst põhjustatud haiguse juhtumid ametialade lõikes kokku (2015–2024)*



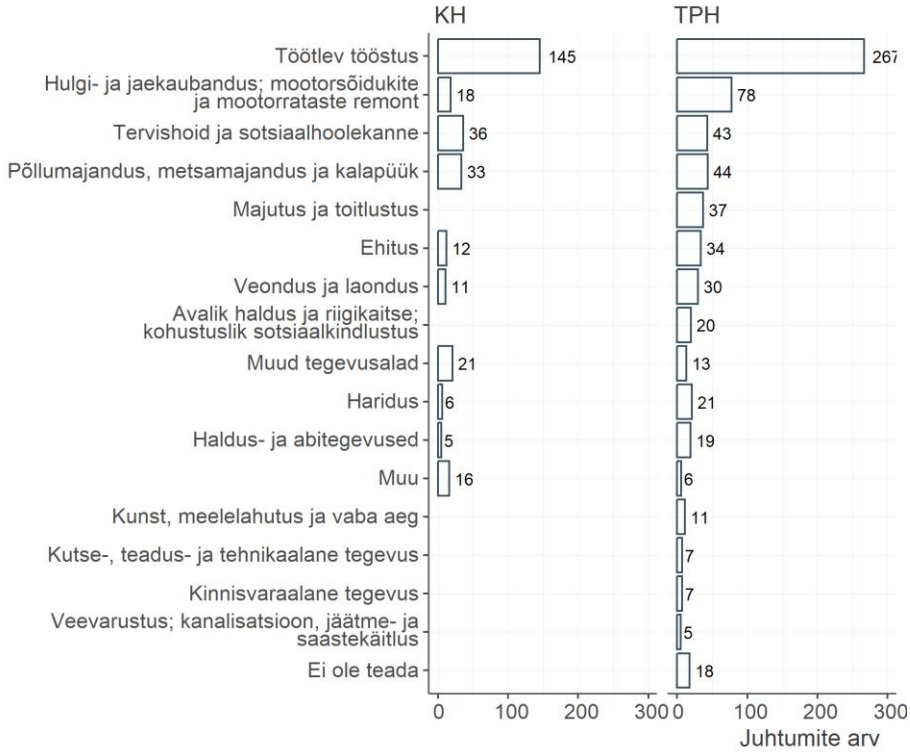

*Märkus. 2015–2024 koondatud andmed; kuvatud on grupid, kus on vähemalt 5 inimest, väiksemad grupid liidetud „Muu“ alla.*
*Allikas: TI registriandmed*

*Joonis 69. Kutsehaiguse ja tööst põhjustatud haigusega inimeste keskmine suhtarv ametiala 100 000 hõivatu kohta (kaalutud keskmine üle 2015–2024 aastate)*



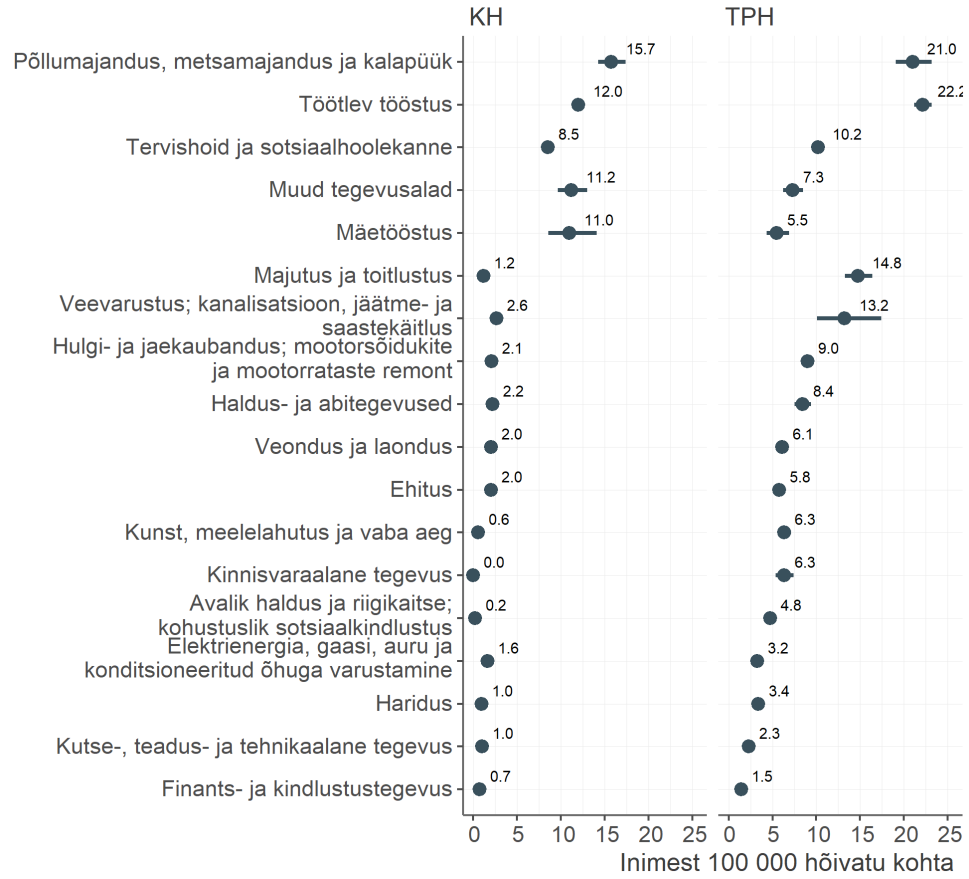

*Märkus. Osakaalu juhtumite arv TI registriandmetel, hõivatute arv ETU-st. Hõivatud vanuses 15–74. Usalduspiirid delta meetodiga.*
*Allikas: TI registriandmed, ETU*

*Joonis 70. Kutsehaiguse ja tööst põhjustatud haiguse juhtumite arv tegevusalade lõikes (registreeritud 2015–2024)*



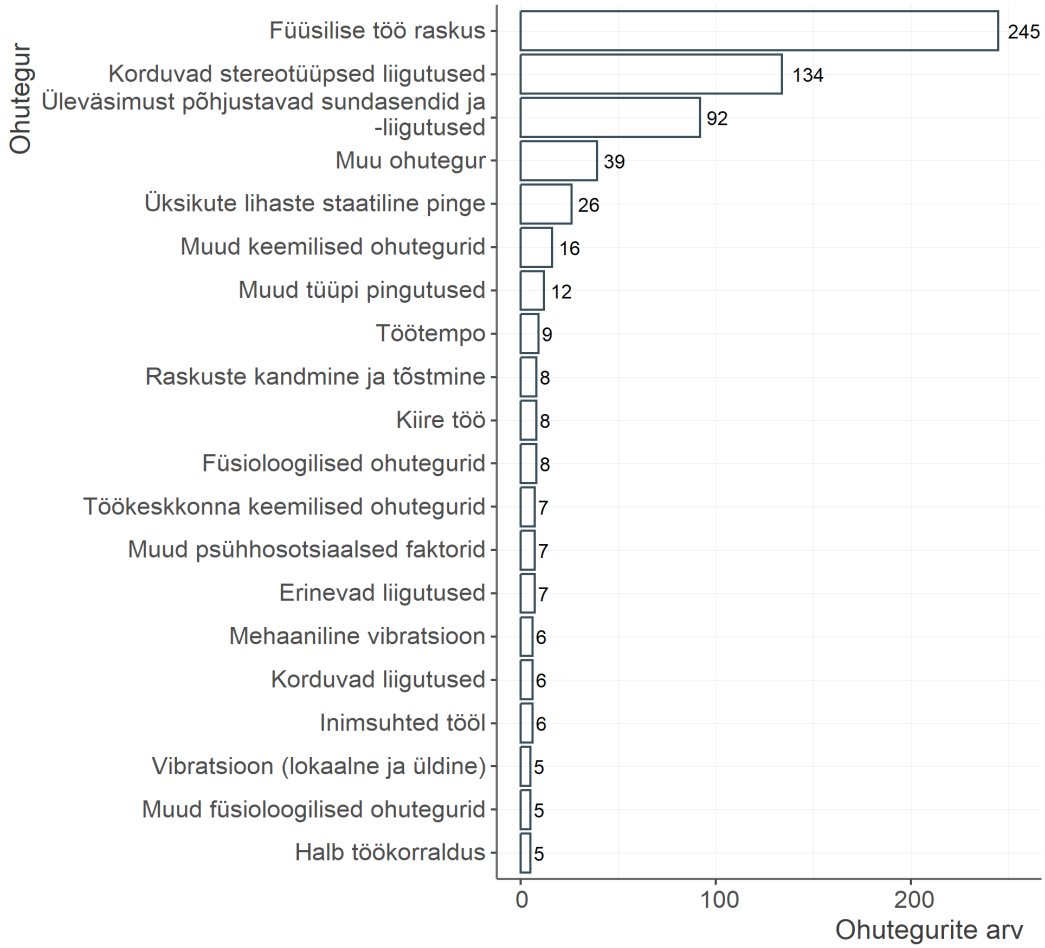

*Märkus. 2015–2024 koondatud andmed; kuvatud on grupid, kus on vähemalt 5 inimest, väiksemad grupid liidetud „Muu" alla.*
*Allikas: TI registriandmed*

*Joonis 71. Kutsehaiguse ja tööst põhjustatud haigusega inimeste suhtarv tegevusala 100 000 hõivatu kohta (kaalutud keskmine üle 2015–2024 aastate)*



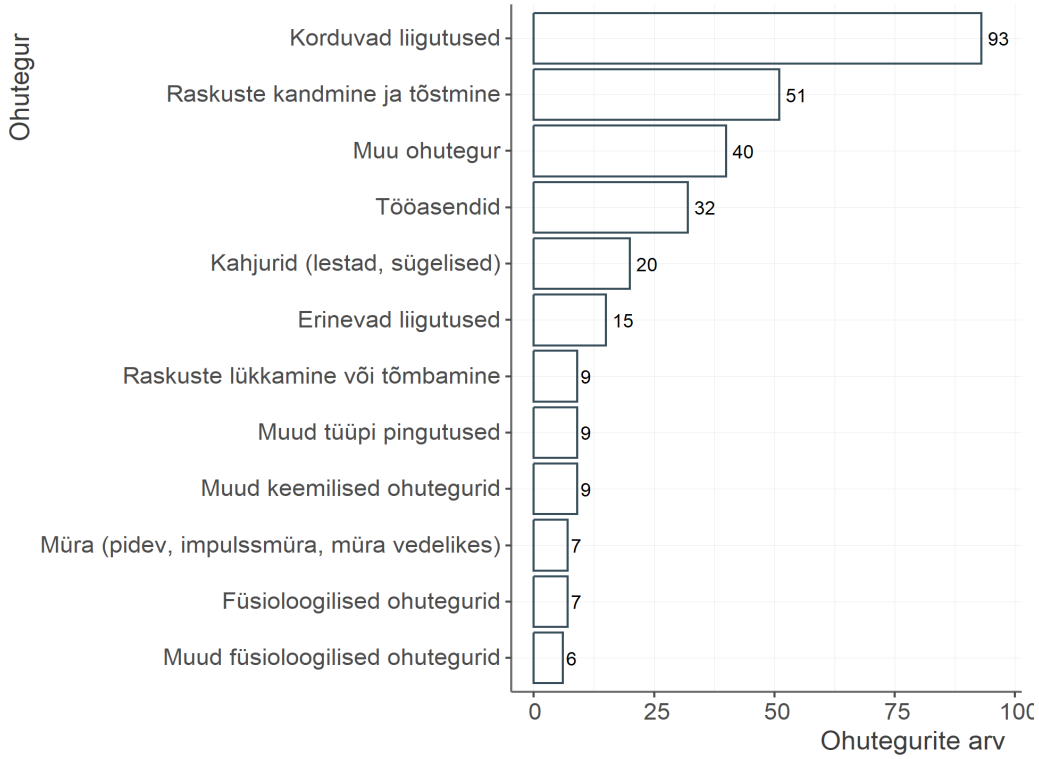

*Märkus. Osakaalu juhtumite arv TI registriandmete, hõivatute arv ETU alusel. Hõivatud vanuses 15–74. Usalduspiirid delta meetodiga.*
*Allikas: TI registriandmed, ETU*

*Joonis 72. Tööst põhjustatud haiguste ohutegurid üle aastate (diagnoositud 2015–2024, ühe tööst põhjustatud haiguse registreerimise kohta kuni 8 ohutegurit)*



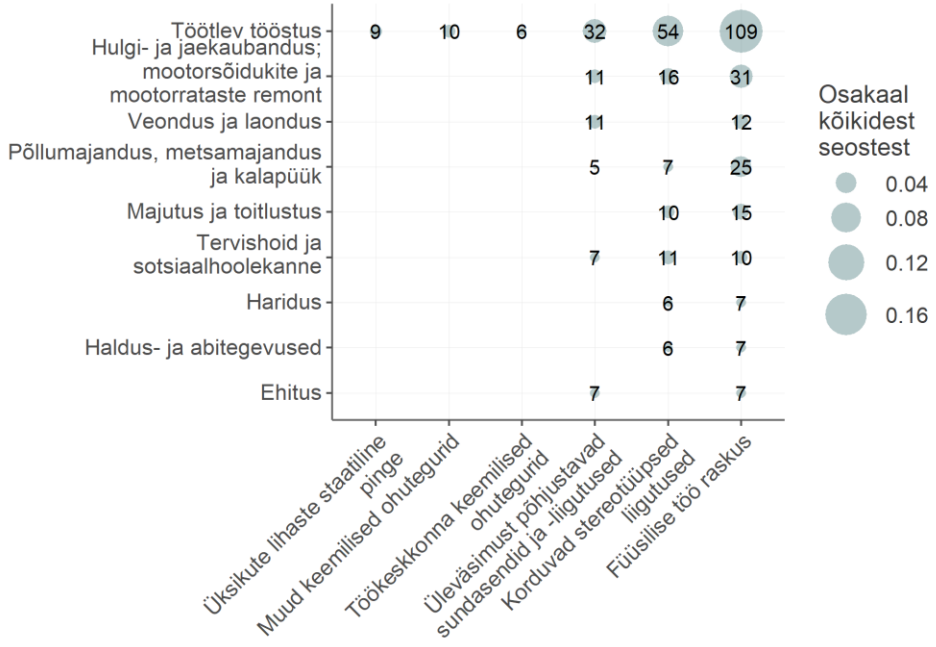

*Märkus. 11 TPH-l puudusid andmed ohuteguri kohta. 2015–2024 koondatud andmed; ühe juhtumi puhul võib olla mitu ohutegurit. Kuvatud on grupid, kus on vähemalt 5 inimest, väiksemad grupid liidetud „Muu ohutegur" alla.*
*Allikas: TI registriandmed*

*Joonis 73. Kutsehaiguste ohutegurid üle aastate (diagnoositud 2015–2024, ühe inimese kohta kuni 8 ohutegurit)*




*Märkus. 7 KH-l puudusid andmed ohuteguri kohta. 2015–2024 koondatud andmed; ühe juhtumi puhul võib olla mitu ohutegurit. Kuvatud on grupid, kus on vähemalt 5 inimest, väiksemad grupid liidetud „Muu ohutegur" alla.*
*Allikas: TI registriandmed*

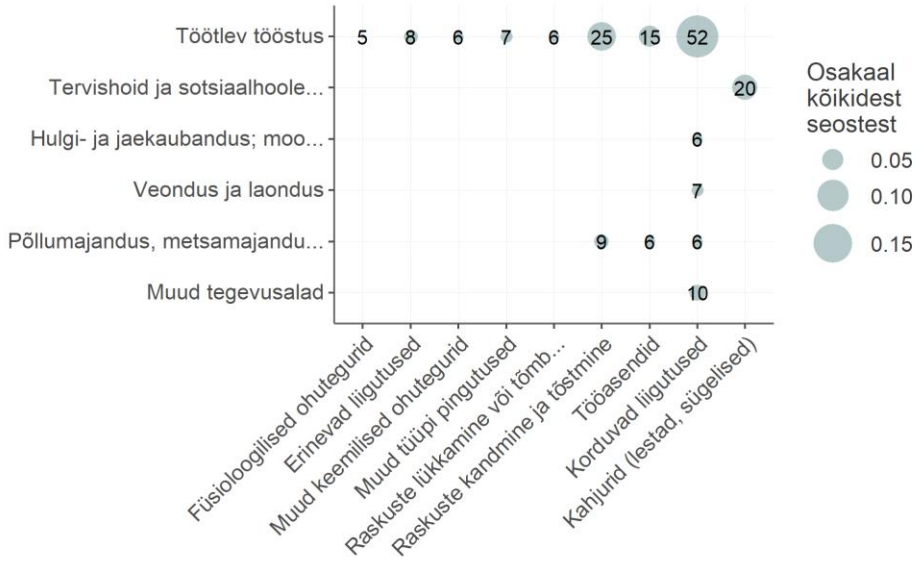
*Joonis 74. Tööst põhjustatud haiguste ohutegurid tegevusalade lõikes (registreeritud 2015–2024)*




*Märkus. 2015–2024 koondatud andmed; kuvatud ainult grupid, kus on vähemalt 5 vaatlust.*

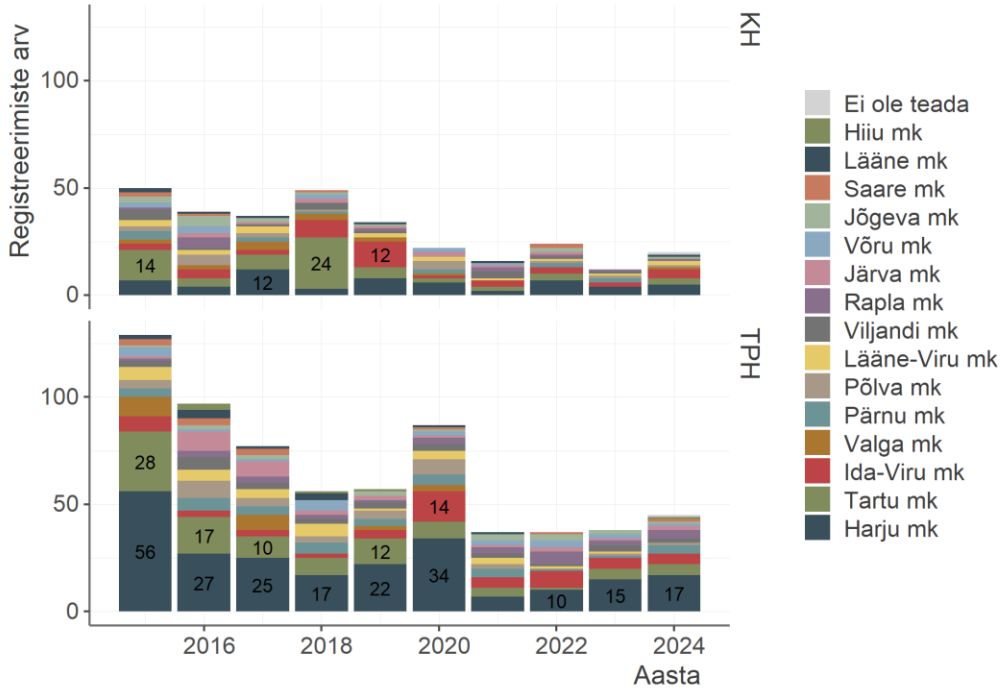
*Allikas: TI registriandmed*

*Joonis 75. Kutsehaiguste ohutegurid tegevusalade lõikes (registreeritud 2015–2024)*



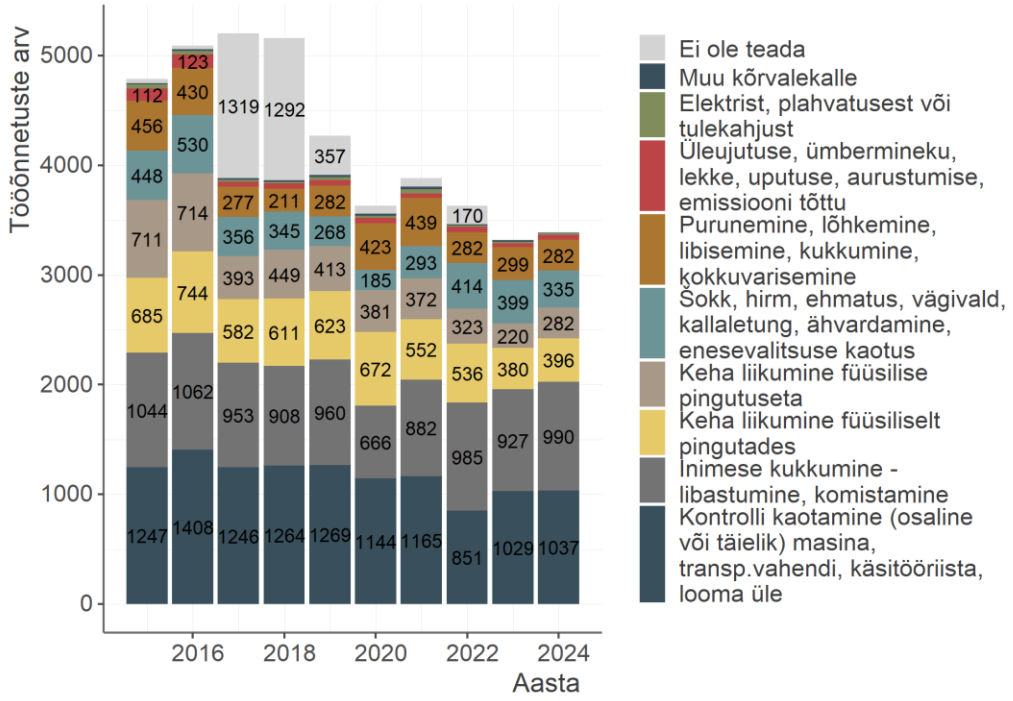

*Märkus. 2015–2024 koondatud andmed; kuvatud ainult grupid, kus on vähemalt 5 vaatlust. Tegevusalade terviklike nimetuste jaoks vt Lisa 8. Tegevusalade, ametialade ja tööõnnetuste põhjuste täisnimetused, lk 190.*
*Allikas: TI registriandmed*

*Joonis 76. Tööst põhjustatud haiguste ja kutsehaiguste registreerimiste ehk juhtumite arv töökoha maakonna lõikes (2015–2024)*



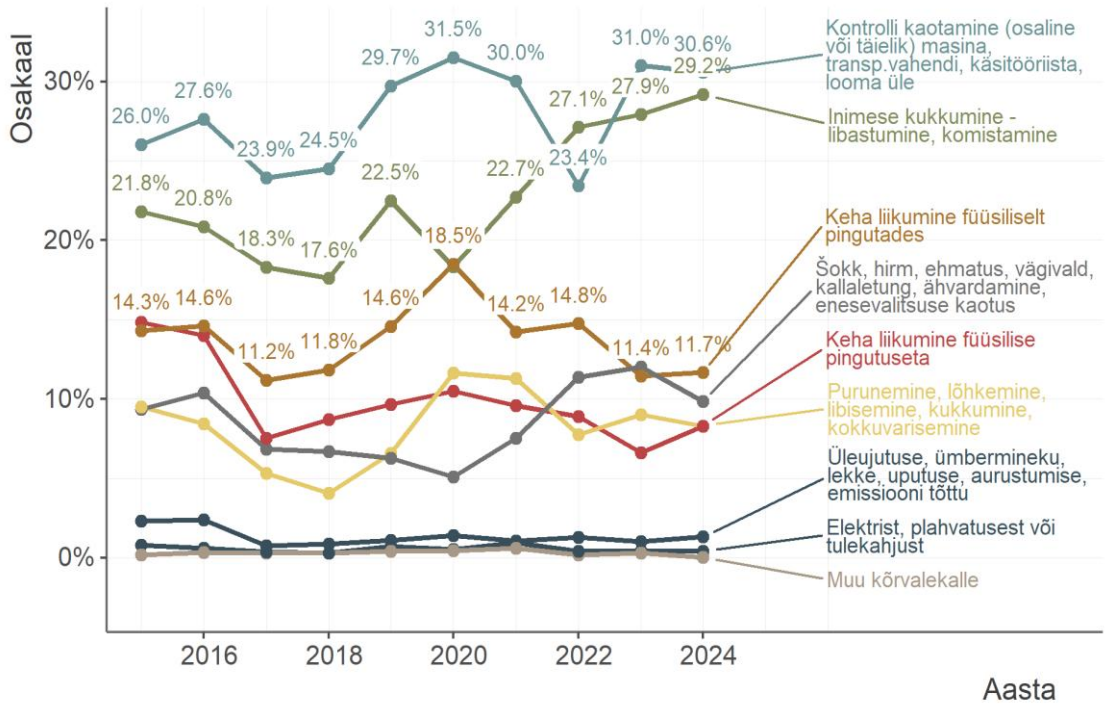

*Allikas: TI registriandmed*

*Joonis 77. Tööõnnetuste põhjused (2015–2024)*



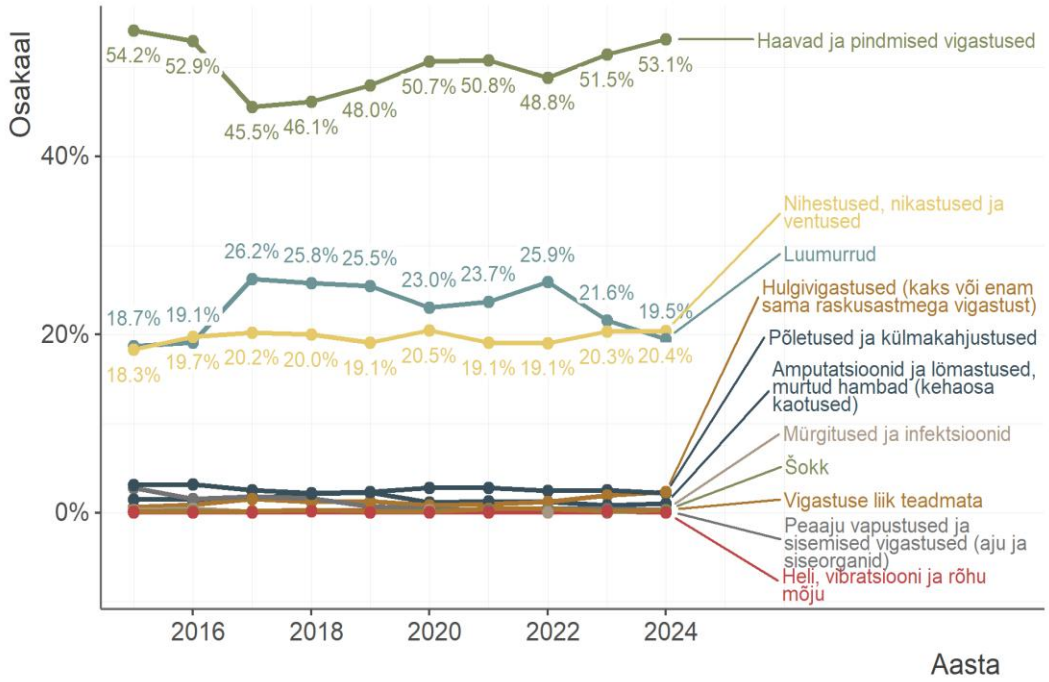

*Allikas: TI registriandmed*

*Joonis 78. Tööõnnetuste põhjuste osakaal kõikidest tööõnnetuse juhtumitest (2015–2024)*



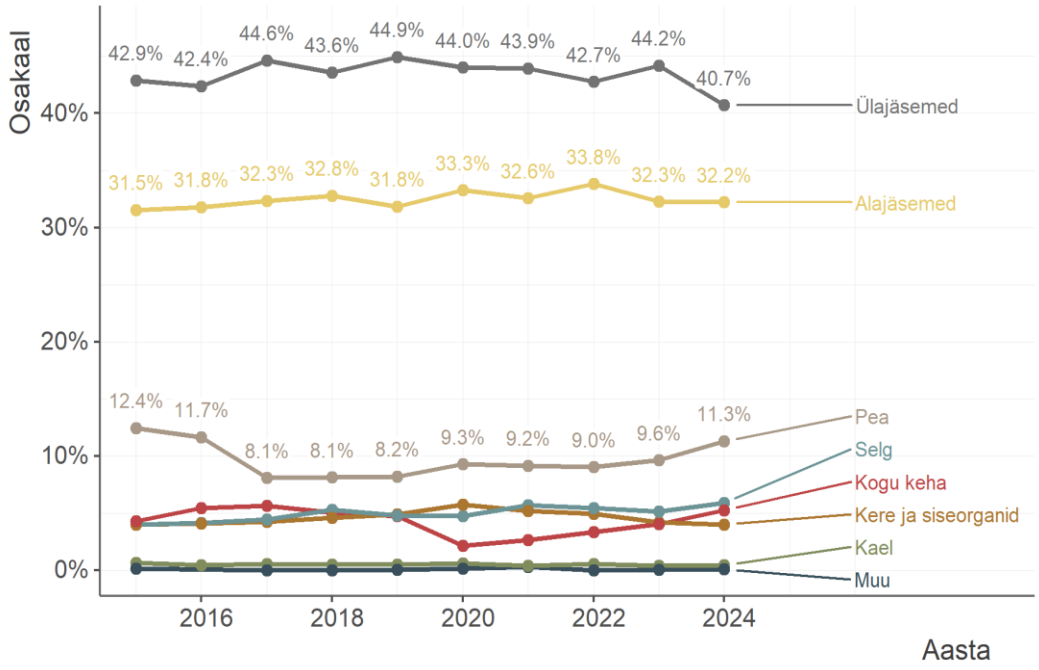

*Allikas: TI registriandmed*

*Joonis 79. Vigastuse liigi osakaal kõikidest tööõnnetuse juhtumitest (2015–2024)*



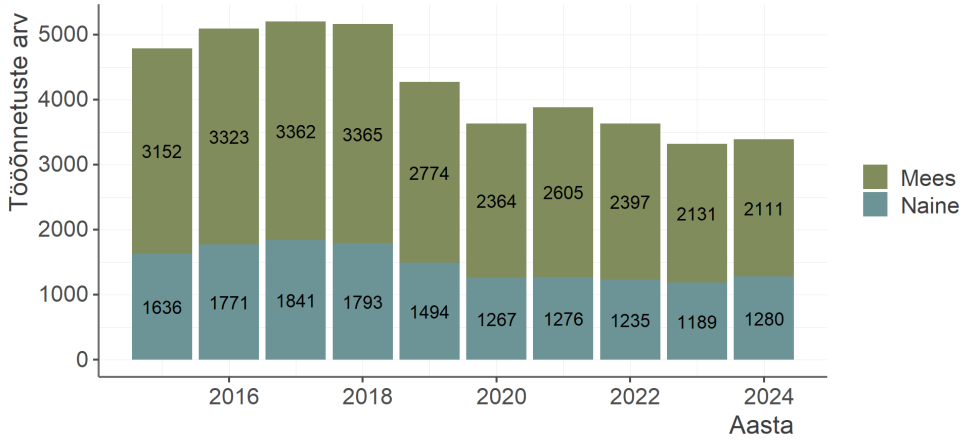

*Allikas: TI registriandmed*

*Joonis 80. Tööõnnetuse juhtumid viga saanud kehaosade lõikes (2015–2024)*



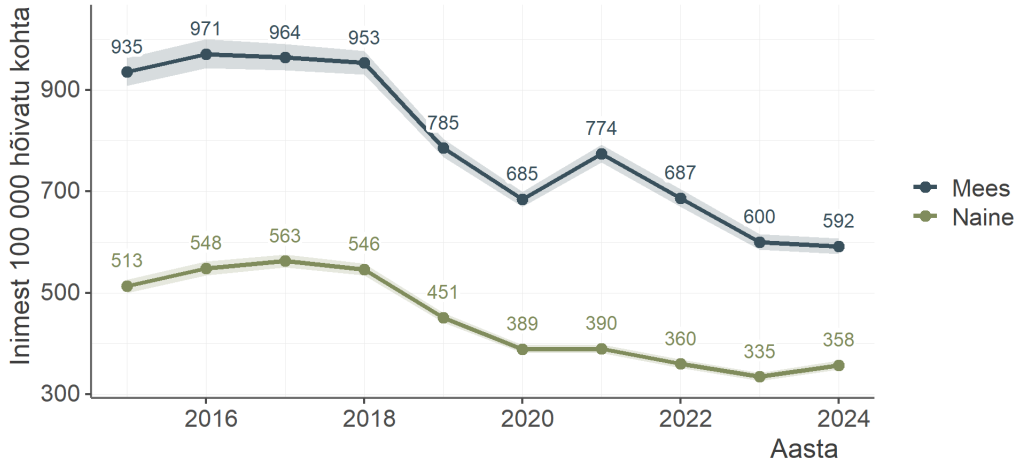

*Allikas: TI registriandmed*

*Joonis 81. Tööõnnetuste juhtumite arv soo lõikes (2015–2024)*



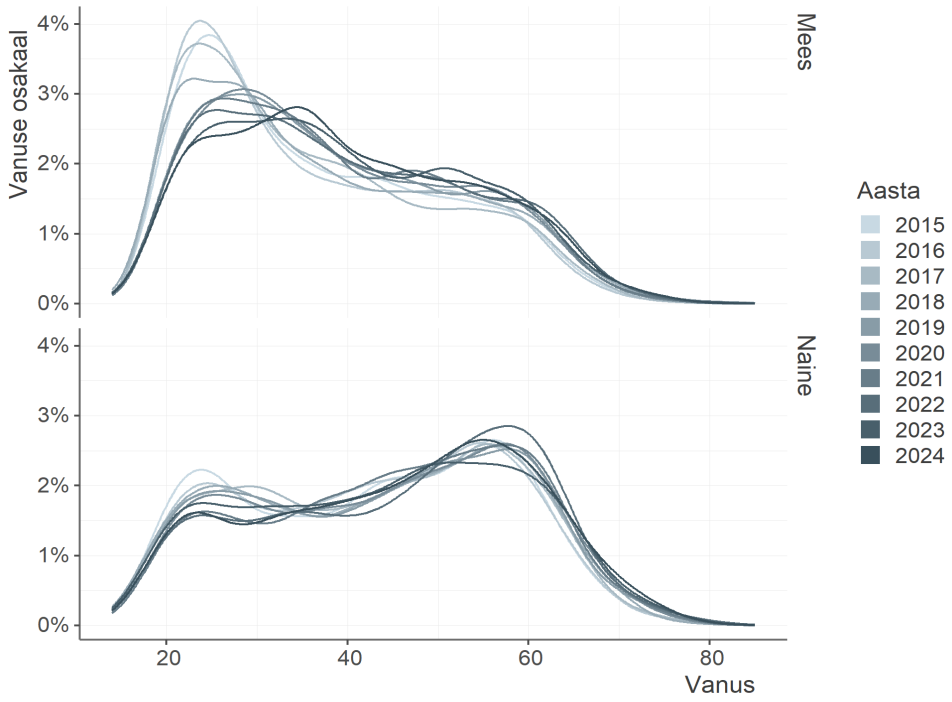

*Allikas: TI registriandmed*

*Joonis 82. Tööõnnetustesse sattunud inimeste suhtarv 100 000 hõivatu kohta soo lõikes*



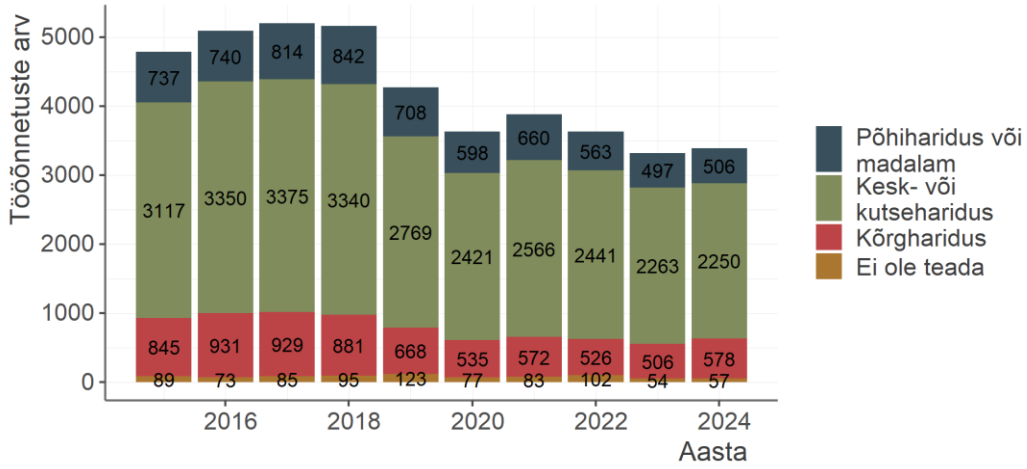

*Märkus. Osakaalu juhtumite arv TI registriandmete, hõivatute arv ETU alusel. Hõivatud vanuses 15–74.*
*Allikas: TI registriandmed, ETU*

*Joonis 83. Tööõnnetustesse sattunud inimeste vanuse jaotus aastate ja soo lõikes*



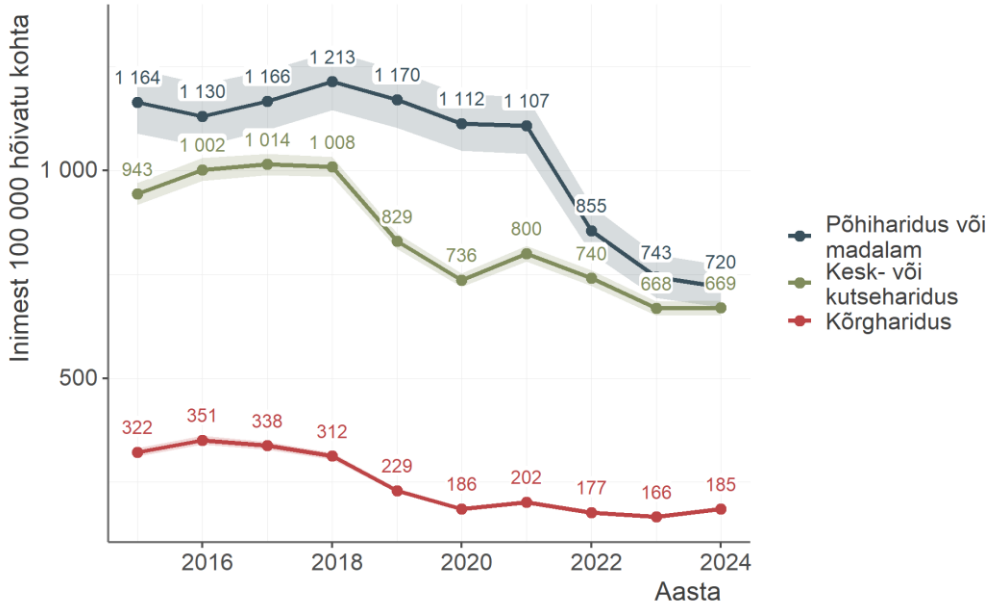

*Allikas: TI registriandmed*

*Joonis 84. Tööõnnetuste arv hariduse lõikes (2015–2024)*



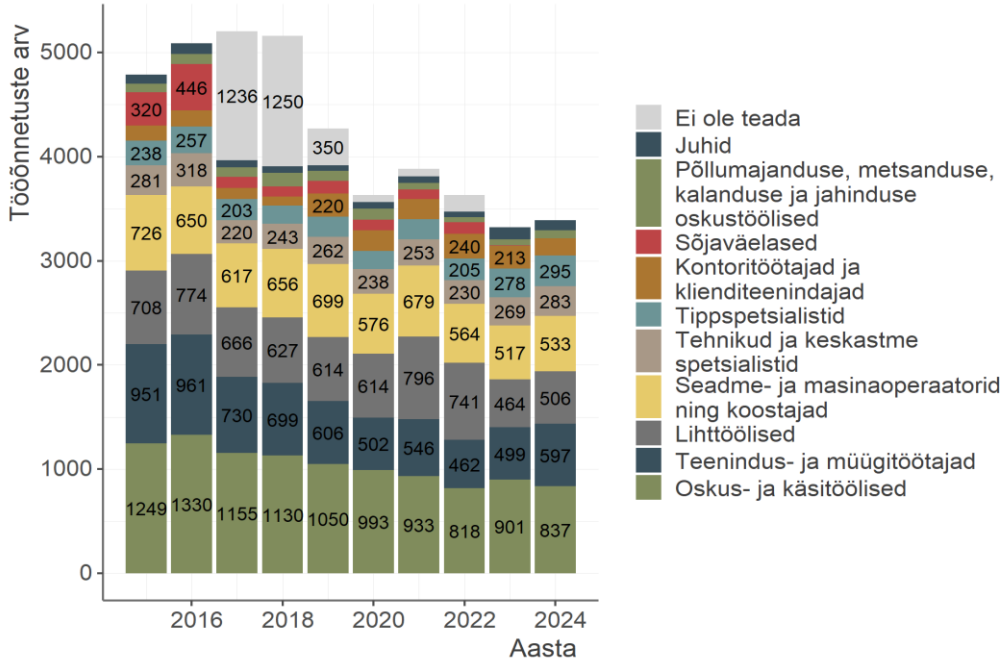

*Allikas: TI registriandmed*

*Joonis 85. Tööõnnetustesse sattunud inimeste suhtarv 100 000 hõivatu kohta haridustaseme lõikes*



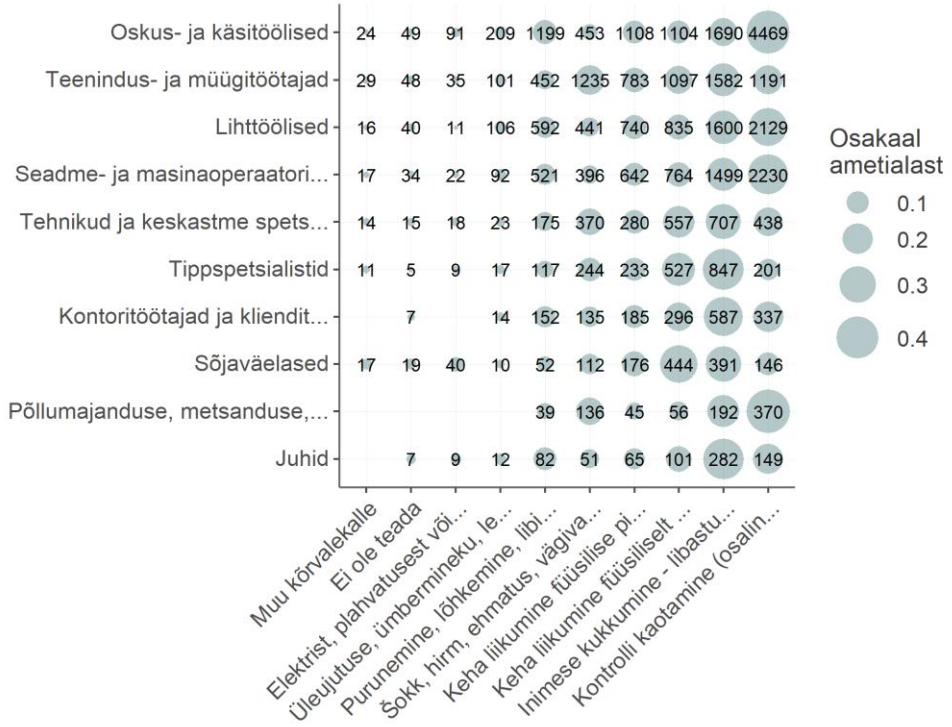

*Märkus. Osakaalu juhtumite arv TI registriandmete, hõivatute arv ETU alusel. Hõivatud vanuses 15–74.*
*Allikas: TI registriandmed, ETU*

*Joonis 86. Tööõnnetuste arv ametialade lõikes (2015–2024)*



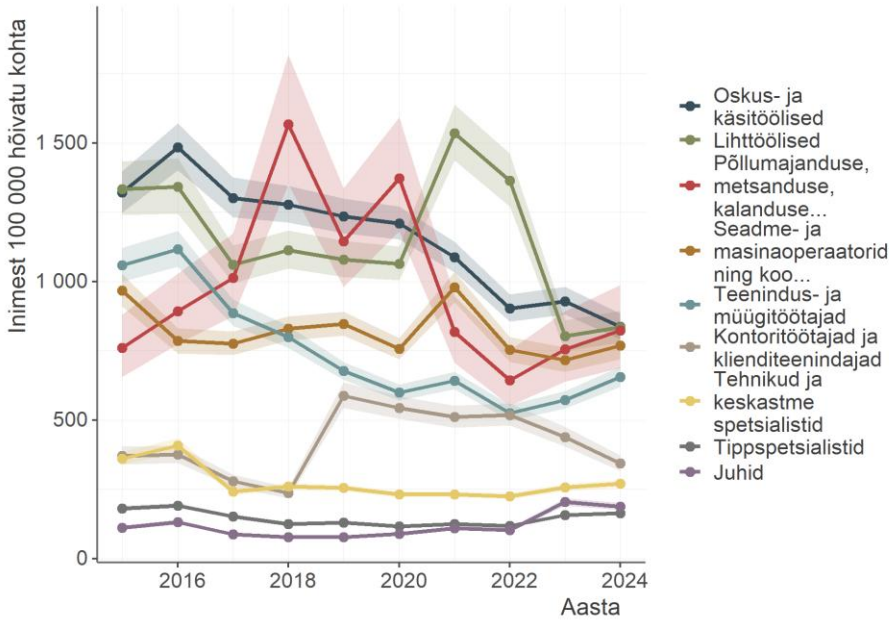

*Allikas: TI registriandmed*

*Joonis 87. Tööõnnetuste põhjuste osakaal ametialade lõikes (registreeritud 2015–2024)*



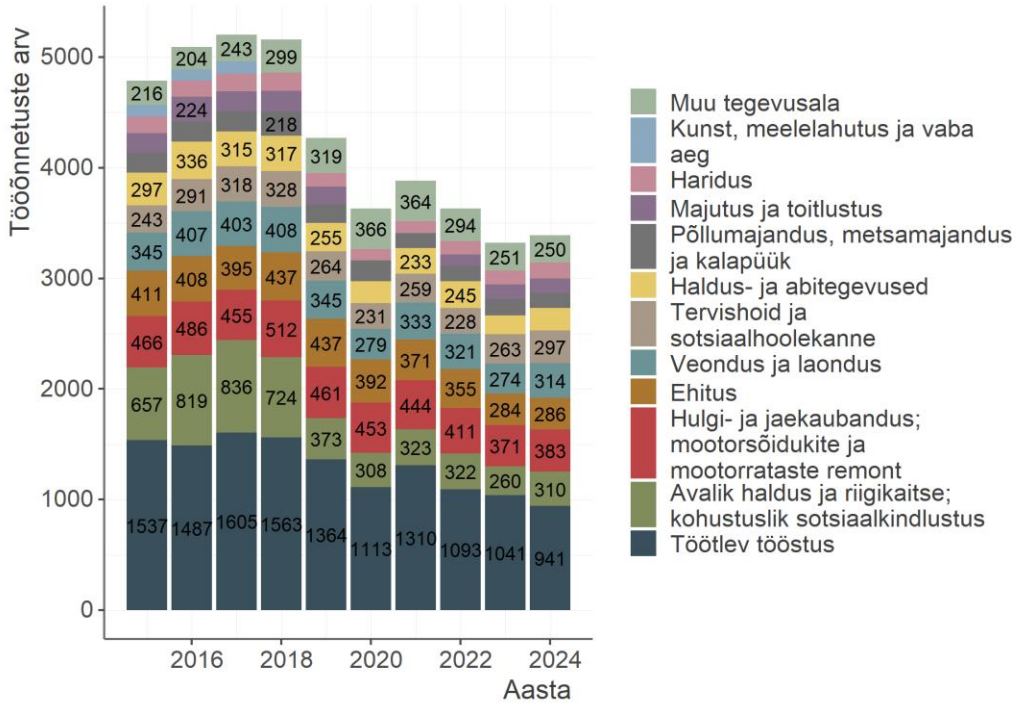

*Märkus. 2015–2024 koondatud andmed; kuvatud on ainult grupid, kus on vähemalt 5 TÕ-d.*
*Põhjuste ja ametialade terviklike nimetuste jaoks vt Lisa 8. Tegevusalade, ametialade ja tööõnnetuste põhjuste täisnimetused, lk 190.*
*Allikas: TI registriandmed*

*Joonis 88. Tööõnnetustesse sattunud inimeste suhtarv 100 000 ametiala hõivatu kohta (ilma sõjaväelasteta)*




*Märkus. Osakaalu juhtumite arv TI registriandmete, hõivatute arv ETU alusel. Hõivatud vanuses 15–74. Vältimaks teiste ametirühmade koondumist skaala alumisse ossa, ei ole joonisel kujutatud sõjaväelaste ametiala. Sõjaväelaste TÕ-de osakaal kõikus erinevatel aastatel oluliselt: 2016. aastal registreeriti koguni 15% sõjaväelastest TÕ, aastatel 2017–2022 püsis osakaal alla 4% ning 2023 ja 2024 ei registreeritud sõjaväelastel ühtegi TÕ-d.*
*Allikas: TI registriandmed*

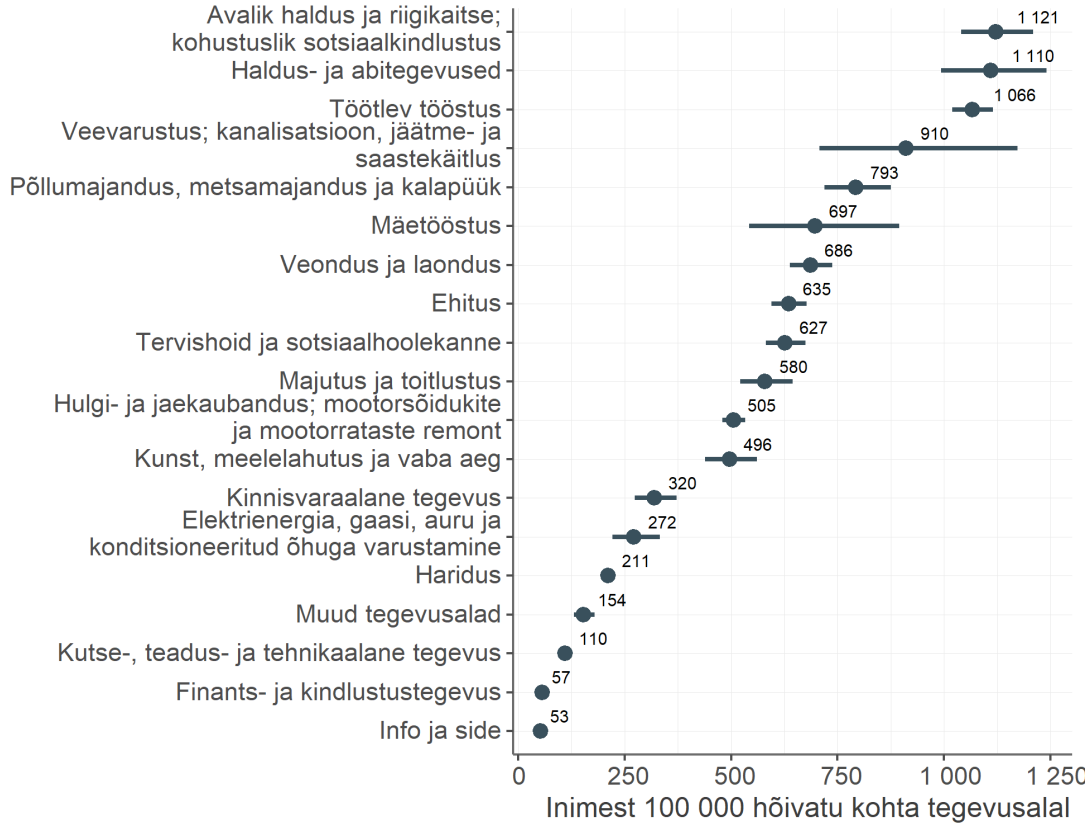
*Joonis 89. Tööõnnetuste arv tegevusalade lõikes (2015–2024)*




*Märkus. Tegevusalad, kus oli aastas alla 100 TÕ, on liidetud „Muu tegevusala" alla.*

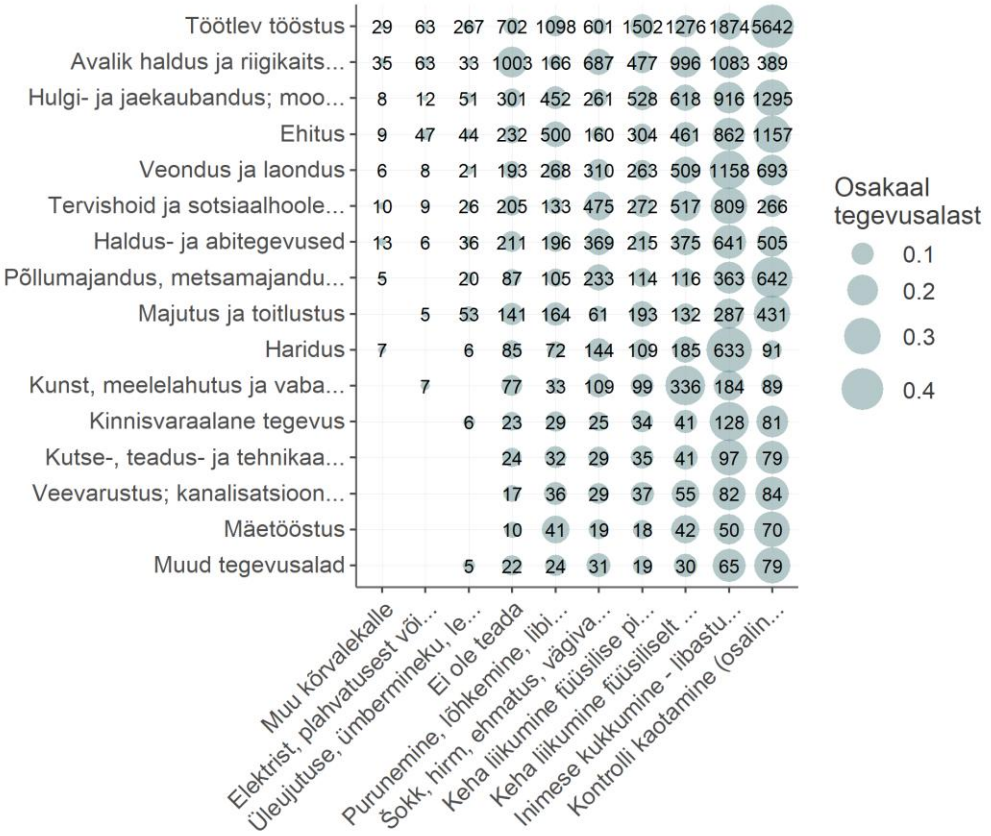
*Allikas: TI registriandmed*

*Joonis 90. Tööõnnetusse sattunud inimeste osakaal kõikidest tegevusala hõivatutest (2015–2024 aastate osakaalude kaalutud keskmine)*



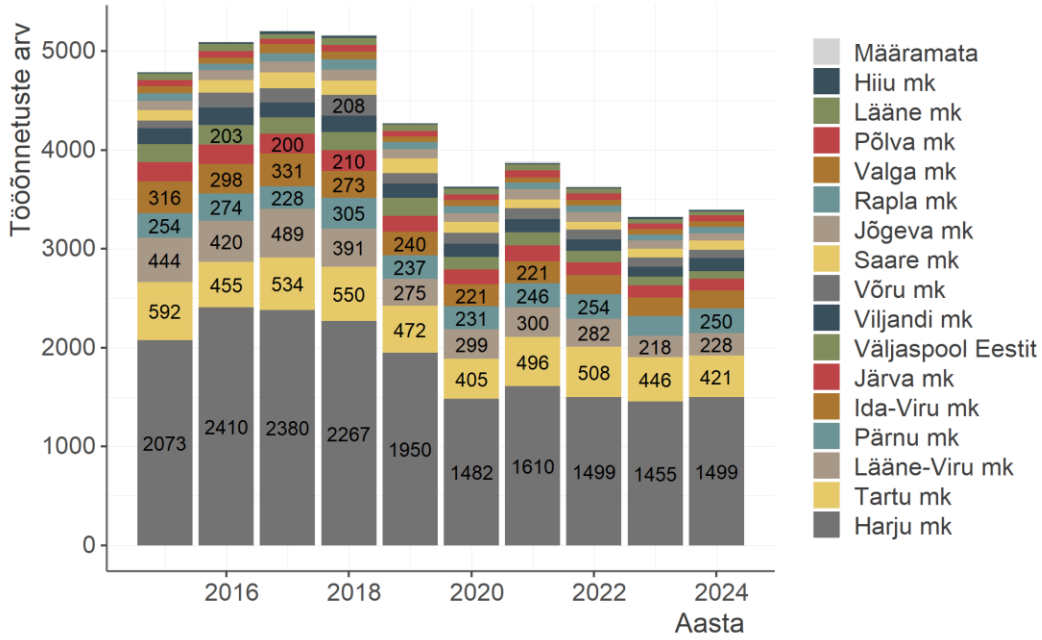

*Märkus. Osakaalu juhtumite arv TI registriandmete, hõivatute arv ETU alusel. Hõivatud vanuses 15–74.*
*Allikas: TI registriandmed, ETU*

*Joonis 91. Tööõnnetuste põhjuste osakaal tegevusalade lõikes (registreeritud 2015–2024)*



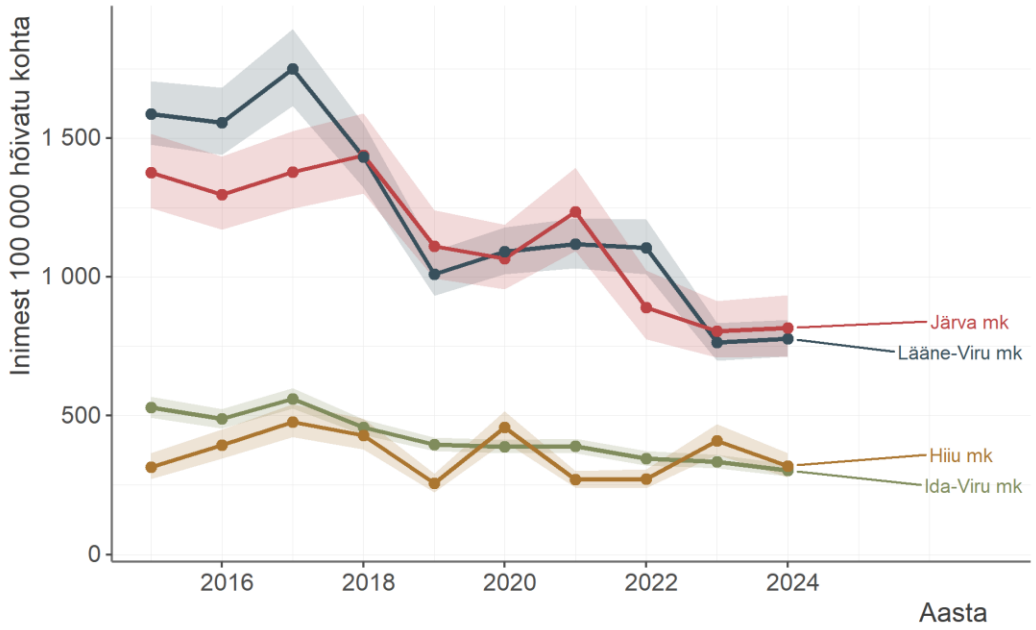

*Märkused. 2015–2024 koondatud andmed; kuvatud ainult grupid, kus on vähemalt 5 TÕ-d. Põhjuste ja tegevusalade terviklike nimetuste jaoks vt Lisa 8. Tegevusalade, ametialade ja tööõnnetuste põhjuste täisnimetused, lk 190.*
*Allikas: TI registriandmed*

*Joonis 92. Tööõnnetuste juhtumite arv töökoha maakonna lõikes (2015–2024)*



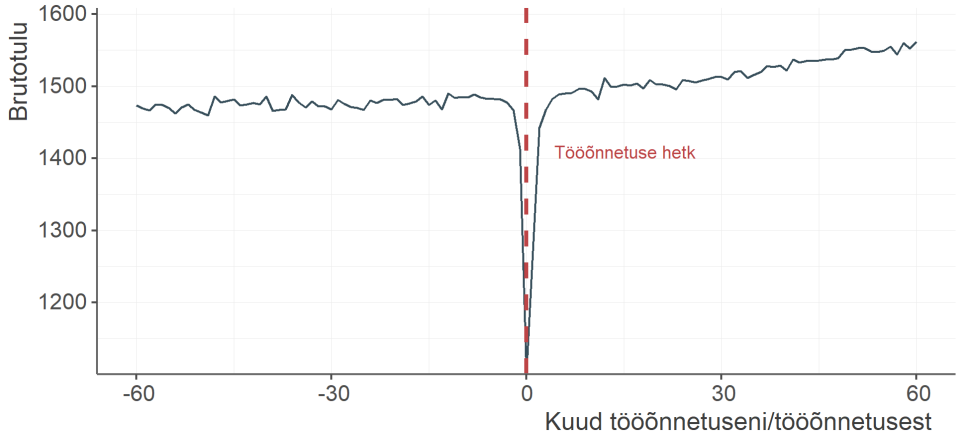

*Allikas: TI registriandmed*

*Joonis 93. Tööõnnetustesse sattunud inimeste suhtarv 100 000 hõivatu kohta maakonna lõikes, ainult kõrgeima ja madalaima osakaaluga maakonnad*



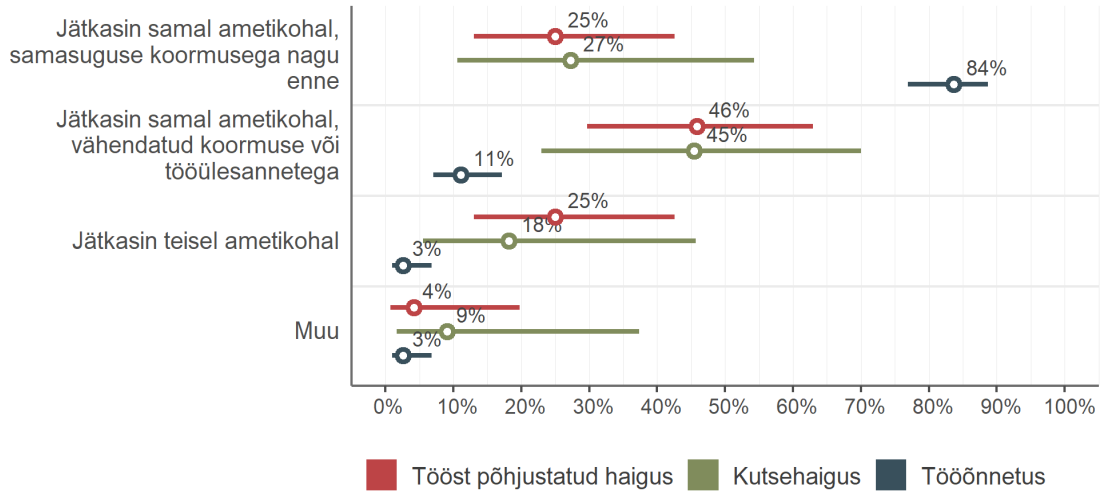

*Märkus. Osakaalu juhtumite arv TI registriandmete, hõivatute arv ETU alusel. Hõivatud vanuses 15 – 74.*
*Allikas: TI registriandmed, ETU*

*Joonis 94. Tööõnnetusse sattunud inimeste keskmine TSD-l deklareeritud töine sissetulek enne ja pärast TÕ-d (TÕ registreeritud 2015–2024, sissetulek eurodes 60 kuud enne ja pärast TÕ-d)*



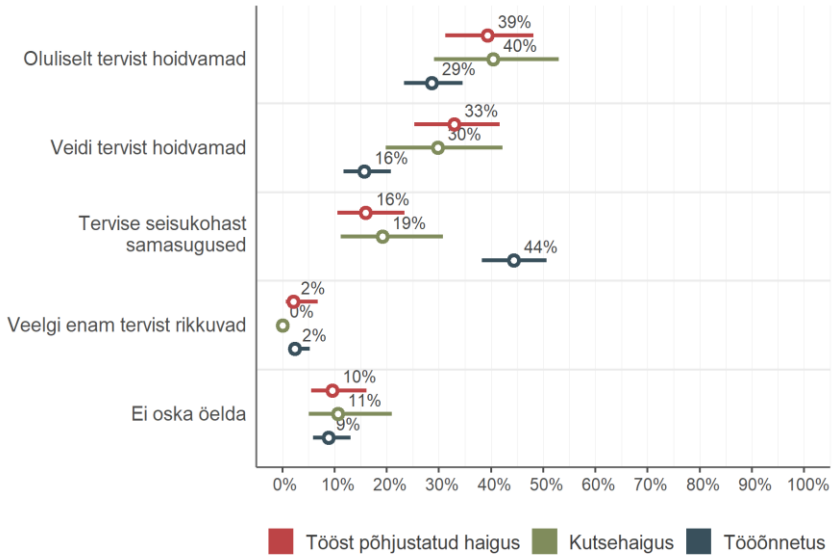

*Märkus. Brutotulu 2022. aasta hindades, ainult tulu saajad; 18–65aastased, surnud on eemaldatud.*
*Allikas: TI ja SKA registriandmed*

*Joonis 95. Kuidas muutus töö pärast diagnoosi saamist või tööõnnetuse juhtumist (% vastava tööst põhjustatud tervisekahjustusega vastanutest, kes jätkasid töötamist sama tööandja juures, registreeritud 2015–2024)*



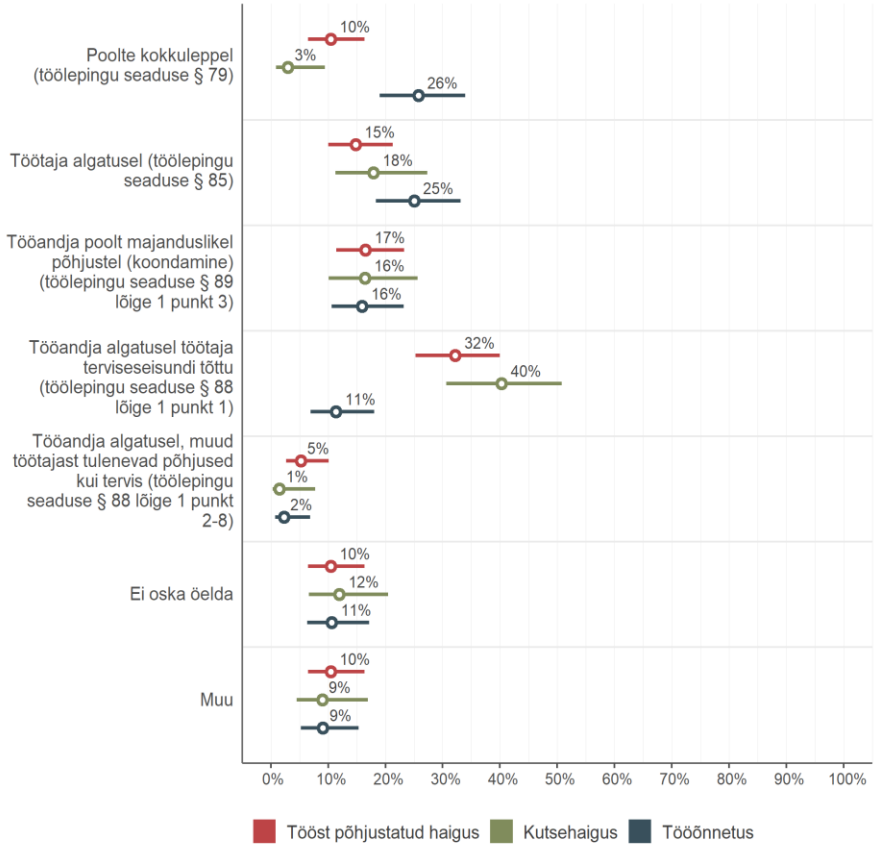

*Allikas: Tööst põhjustatud tervisekahjustustega inimeste küsitlus 2025*

*Joonis 96. Millised on praegused töötingimused võrreldes ajaga enne haiguse diagnoosimist või TÕ juhtumist (% vastava tööst põhjustatud tervisekahjustusega vastanutest, kes jätkasid töötamist sama või teise tööandja juures või iseendale tööandjana, registreeritud 2015–2024)*



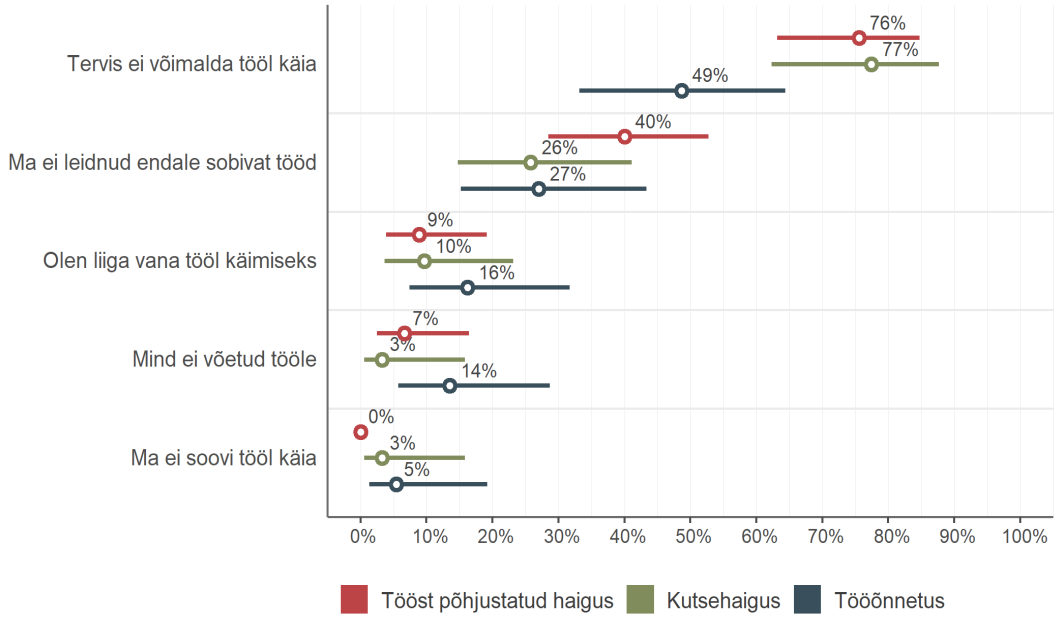

*Allikas: Tööst põhjustatud tervisekahjustustega inimeste küsitlus 2025*

*Joonis 97. Tööst põhjustatud tervisekahjustusega töötajate töösuhte lõpetamise ametlik alus (% vastava tööst põhjustatud tervisekahjustusega vastanutest, kes ei tööta enam samas kohas pärast diagnoosi saamist/õnnetust, registreeritud 2015–2024)*



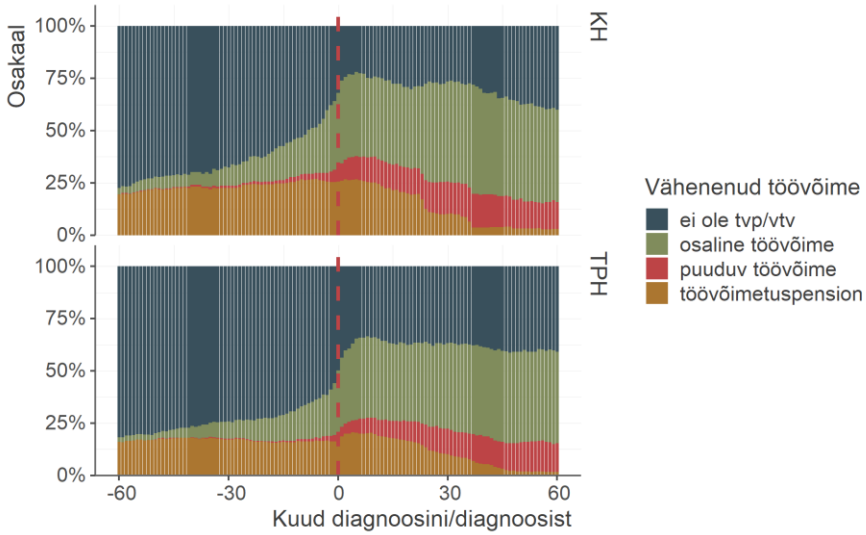

*Allikas: Tööst põhjustatud tervisekahjustustega inimeste küsitlus 2025*

*Joonis 98. Mis olid peamised põhjused, miks enam tööle ei läinud (% vastava tööst põhjustatud tervisekahjustusega vastanutest, pärast töösuhte lõppemist uuesti tööle ei asunud, registreeritud 2015–2024)*




*Allikas: Tööst põhjustatud tervisekahjustustega inimeste küsitlus 2025*

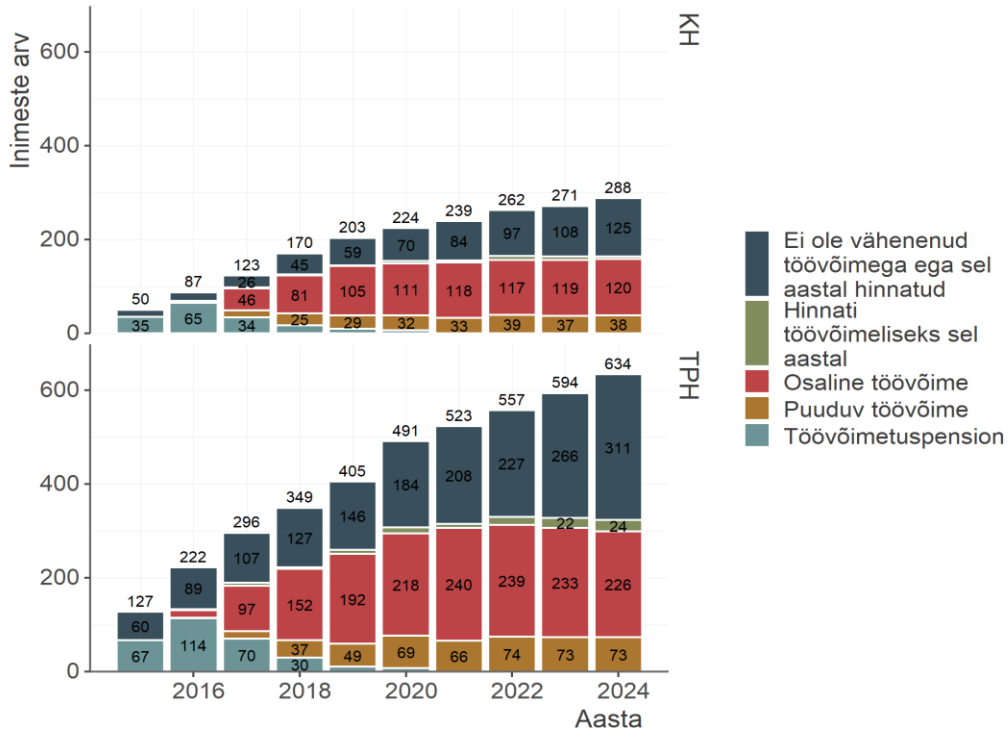
*Joonis 99. Kutsehaiguse ja tööst põhjustatud haiguse diagnoosiga inimeste töövõimestaatus enne ja pärast diagnoosi (registreeritud 2015–2024)*




*Märkus. 18–65aastased; surnud on eemaldatud. Legendi lühendite selgitus: tvp ehk töövõimetuspension, vtv ehk vähenenud töövõime.*

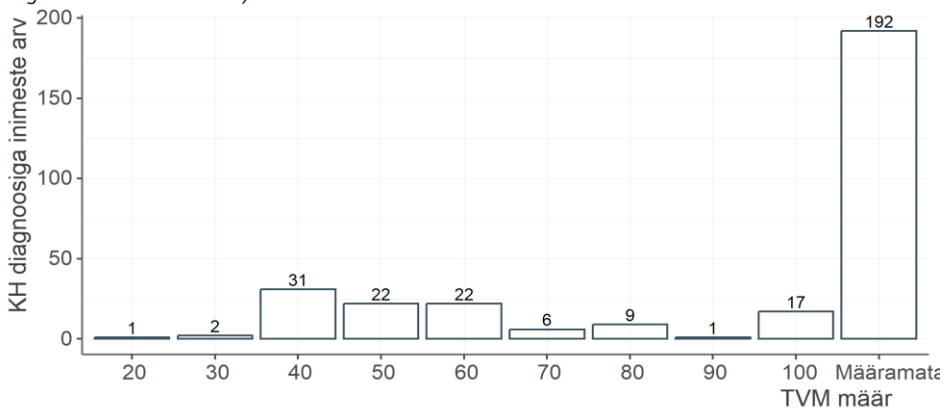
*Allikas: TI, TK registriandmed*

*Joonis 100. Kutsehaiguse ja tööst põhjustatud haiguse diagnoosiga inimesed ning nende töövõimestaatus (2015–2024, aasta lõpu seisuga)*



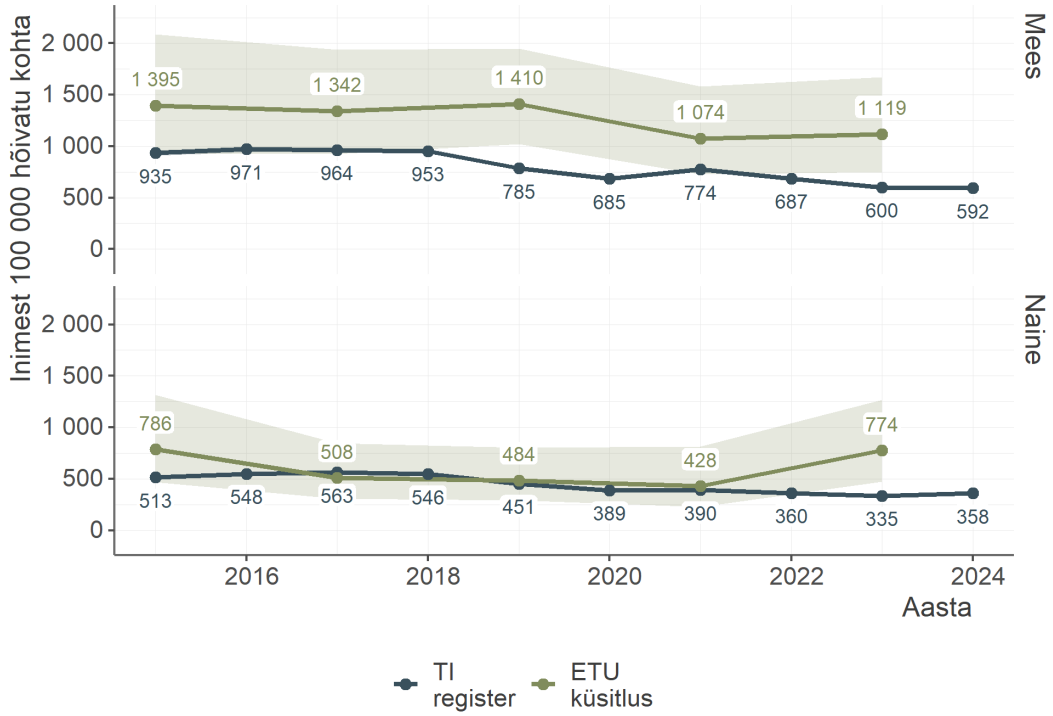

*Allikas: TI, SKA ja TK registriandmed*

*Joonis 101. 2015–2024 kutsehaigusega inimeste arv töövõime kaotuse ulatuse määra järgi (esmane määr peale diagnoosi; diagnoositud 2015–2024)*




*Allikas: TI, SKA registriandmed*

*Joonis 102. Tööõnnetusse sattunud inimeste suhtarv 100 000 hõivatu kohta soo lõikes, TI registriandmete ja ETU küsitlusuuringu võrdlus*




*Märkus. TI registriandmete osakaalu hõivatute arv ETU alusel. Hõivatud vanuses 15–74. Tööõnnetuse andmed ETU-s koguti ad-hoc lisaga aastatel 2015, 2017, 2019, 2020, 2021 ja 2023. ETU andmetel on kasutatud tingimust, et TÕ pidi põhjustama vähemalt ühe päeva ajutist töövõimetust.*

*Allikas: TI registriandmed, ETU*