



## Ühine selgitustaotlus seoses soolise ebakõla küsimustega.<sup>1</sup>

### Võttes arvesse

- I. suurt ebaselgust seoses sotsiaalministri 07.05.1999 määruse nr 32<sup>2</sup> kehtetuks tunnistamisega ja sotsiaalministri 25.08.2025 määruse nr 42<sup>3</sup> jõustumisega ning selle rakendamisega;
- II. suurt ebaselgust seoses arstliku ekspertiisikomisjoni kommunikatsiooniga;
- III. transinimeste järjepidevat stigmatiseerimist ja psühhopatologiseerimist;
- IV. jätkuvat noorte, erineva soolise väljendusega transinimeste ja mittebinaarsete inimeste diskrimineerimist;
- V. transinimeste eraelu puutumatus riivet komisjoni poolt;
- VI. komisjoni määrusest kõrvale astumist ja selle küsitavat tõlgendamist;
- VII. sisulist võimatust vaidlustada komisjoni toiminguid;
- VIII. absurdset pikki ooteaegu komisjoni vastuvõtule;
- IX. vastuvõtu ooteaja, komisjoni töö ja ühiskonna narratiivide mõju transinimeste vaimse tervise halvenemisele;
- X. transinimeste eneseteostus- ja eneseväljendusvabaduse alahindamist;
- XI. ravijuhiste ja nõusolekuvormide olulisi puuduseid;
- XII. meditsiiniliselt vajalike ravimite puudulikku kättesaadavust; ja
- XIII. Eesti arstide hirmu osutada meditsiiniliselt vajalikku ravi,

**taotleme Sotsiaalministeeriumilt vastuseid järgmisele 278 küsimusele. Palume vastata igale küsimusele eraldi.** Avaldame lootust, et ministeerium vastab küsimustele sisukalt, kooskõlas kehtiva seadusandlusega (vajadusel oma seisukohtade toetuseks sellele viidates) ja tuginedes olemasolevale arstlikule konsensusele (vajadusel oma seisukohtade toetuseks sellele viidates). Kui küsimuses on nii sätestatud või kui ministeerium ei saa küsimusele ise vastata, palume need küsimused komisjonile edastada. Palume markeerida, kas tegemist on ministeeriumi või komisjoni seisukohaga. Kuid eeskätt taotleme just ministeeriumi hinnanguid ning selgitusi püstitatud küsimustele, muuhulgas selleks, et vältida potentsiaalset huvide konflikti. Teie mugavuse huvides on küsimused jaotatud temaatiliselt rühmadesse.

Oleme kindlad, et tegemist on väga vajaliku selgitustaotlusega ja et ministeeriumi selgitused saavad oluliselt panustada õigusselgusele, transinimesi toetavate tervishoiuteenuste paremale kvaliteedile ja kättesaadavusele, rahulolule soo tunnustamise protsessiga ning taotluse alguses loetletud murede leevendamisele. Seega avaldame veendumust, et selle selgitustaotluse kohane, vajalik ja proportsionaalne käsitlemine on kõikidele selgitustaotluse küsimustele vastamine.

<sup>1</sup> Tekst on koostatud ilma tehisintellekti abita. Tegemist on kodanike algatusega, millele kokku kuulus hinnanguliselt mitusada inimitundi aega.

<sup>2</sup> <https://www.riigiteataja.ee/akt/91001>

<sup>3</sup> <https://www.riigiteataja.ee/akt/126082025011>

## Üldised küsimused ning narratiividega seotud küsimused

1. Kas ministeerium nõustub, et sooline düsfooria ehk stress, mida inimene kogeb enda keha, bioloogilistele muutustele, hormonaalsete protsesside, välimuse, hääle, sotsiaalse seisundi, ühiskondliku rolli jms mittevastavusest tema tajutud sooga, võib muuhulgas põhjustada ärevust, depressiooni, madalat meeleolu, enesevigastusi, suitsiidimõtteid, suitsiidikatseid, ärrituvust, madalat enesehinnangut, sotsiaalset taganemist, riskikäitumist, peavalu, unetust, väsimust, kroonilise stressi tunnuseid, alandatud töövõimet, vähenenud elukvaliteeti, kurnatust, derealisatsiooni, depersonalisatsiooni, kahetsust, kadedust, häbi, ebamugavust, leinamistunnet jne?
2. Kas ministeerium nõustub, et soolist üleminekut toetav tervishoid võib vähendada soolist düsfooriat ja sellega seotud tagajärgi või need täielikult kõrvaldada?
3. Kas ministeeriumi arvates märkab transsoolisust inimene iseendas või hindab inimese võimalikku transsoolisust keegi teine (nt psühhiaater või komisjon)?
4. Ühiskonnas levivad teatud (taotlejate meelest solvavad, põhjendamatud ja kahjustavad) narratiivid<sup>4</sup> transsoolisuse kohta. Soovime saavutada suuremat ühiskondlikku selgust seoses nende narratiividega ning seetõttu pärimis kirjeldatud narratiivide kohta Sotsiaalministeeriumi kui usaldusväärse asutuse seisukohti. Levib narratiiv, et transsoolisus sarnaneb nakkushaigusega, millega transsoolised inimesed võivad paiksoolisi (ingl *cisgender*) inimesi „nakatada“, nt hüpnotiseerides, manipuleerides või mõnel muul viisil. Kas ministeerium toetab seda narratiivi või lükkab selle ümber? Kui ministeerium narratiivi toetab, palume viidata seisukohta toetavatele usaldusväärsetele teaduslikele allikatele ning täiendavalt selgitada, kas ministeeriumi hinnangul sotsiaalmeedia toimib kui üks „nakkusallikas“ või mitte.
5. Mõned inimesed arvavad, et (1) transsooline on olla halvem kui paiksooline või et (2) transsoolised inimesed on halvemad või omavad väiksemat väärtust kui paiksoolised inimesed või et (3) sooline üleminek on olemuslikult halb. Palume ministeeriumilt üheselt mõistetavat seisukohta iga punkti kohta.
6. Ühiskonnas levib narratiiv, et lapsepõlves kogetu (sh traumad) on transsoolisuse peamine tekkepõhjus. Kas ministeerium toetab seda narratiivi või lükkab selle ümber? Kui ministeerium narratiivi toetab, palume viidata usaldusväärsetele teaduslikele allikatele, mis seisukohta kinnitaksid.
7. Kas komisjon ja ministeerium kinnitavad või lükkavad ümber väite, et mõned inimesed, kes soovivad hormoonravi läbida, ei ole mitte transsoolised, vaid taotlevad seda mingi vaimse tervise häire tõttu? Kui ministeerium või komisjon väidet kinnitab, palume selgitada, mis on selle vaimse tervise häire diagnoos ning sümptomid. Kas mõned sümptomid on ka kõrvalt vaadates nähtavad? Kas selle tervisehäirega kaasnev soov saada hormoonravi on pigem püsiv või piiratud vaid päevade või nädalatega? Palume usaldusväärsele meditsiinilisele kirjandusele toetudes anda hinnang ka selliste juhtumite arvu kohta.
8. Kas ministeeriumi arvates on eelistatav, et inimese sooline areng (ehk väliste sootunnuste kujunemine) toimuks vastavalt talle sündides määratud soole?

---

<sup>4</sup> Rohkem soovastastest narratiividest Eestis: (1) Mari-Liis Sepper. Soovastane retoorika Eesti meedias 2015-2025 (2025).

<https://dike.ee/wp-content/uploads/2026/03/Soovastane-retoorika-Eesti-meedias-2015-2025.pdf>

(2) Agnes Einman. *The construction of "gender ideology" in the transnational anti-gender movement: The case of Estonia* (2020).

[https://enut.ee/files/Agnes-Einman\\_The-Construction-of-Gender-Ideology-in-the-Transnational-Anti-Gender-Movement-The-Case-of-Estonia.pdf](https://enut.ee/files/Agnes-Einman_The-Construction-of-Gender-Ideology-in-the-Transnational-Anti-Gender-Movement-The-Case-of-Estonia.pdf)

### Psühhopatologiseerimine

9. Kas ministeerium nõustub nüüdseks saavutatud arstliku konsensusega (vt nt WHO käsitlust<sup>5</sup>) ja taotlejate seisukohaga, et sooline ebakõla ei ole vaimne haigus?
10. Kas ministeerium on teadlik sellest, et vananenud RHK-10 diagnoosi F64.0 on Eestis võimalik saada vaid psühhiaatril?
11. Kas ministeerium nõustub, et komisjoni vastuvõtule pöördujale peab psühhiaatri hinnang olema vabatahtlik ning et komisjoni poolt suunamine teise tervishoiuteenuse osutaja poole (sh psühhiaatril) on vajaduspõhine (st mitte universaalne)? Võrdluseks vt määruse kooskõlastustabelist<sup>6</sup> ETÜ p 1 ja Praxis p 1 ning ministeeriumi vastused.
12. Kas ministeerium on teadlik komisjoni senisest praktikast järjepidevalt ning kõikidel juhtudel keelduda soolise ebakõla tuvastamise kohta otsuse tegemisest (ning nõuda otsuse saamiseks psühhiaatri vastuvõtule pöördumist), kui pöördujal ei ole F64.0 diagnoositud?
13. Võttes arvesse nõuet saada psühhiaatril diagnoos, mis kehtib kõikidele pöördujatele valimatult, kas psühhiaatri hinnangu saamine tõepoolest on vajaduspõhine ja vabatahtlik?
14. Kas nõue saada psühhiaatril diagnoos, selleks et komisjonilt soolise ebakõla tuvastamise kohta otsus saada (mis on vajalik soo andmete muutmiseks), on või ei ole kooskõlas arstiteaduse ajakohaste reeglitega (vt määruse § 3 lg 1)? Palume ministeeriumi hinnangut ja eraldi komisjoni hinnangut.
15. Kas selline nõue on proportsionaalne eesmärgiga võimaldada juriidilise soo tunnustamist?
16. Informeerime ministeeriumi, et (1) määruse teksti kohaselt ei ole sooline ebakõla seotud ühegi RHK-10 diagnoosiga, et (2) ka perearst saab isikul diagnoosida soolist ebakõla kirjeldavat RHK-10 koodi F64.9 ning et (3) soolise ebakõla püsivus anamneesis saab olla tagatud ka ilma konkreetset diagnoosikoodi täpsustamata. Kas komisjonil on õigus keelduda soolise ebakõla tuvastamise otsuse tegemisest (määruse § 3 lg 1 punkti 1 arvestades) üksnes põhjusel, et pöördujal ei ole eelnevat diagnoosi psühhiaatril (F64.0 või muu)?
17. Kas komisjonil on õigus soolise ebakõla tuvastamise otsuse saamiseks suunata inimest psühhiaatrilisele ekspertiisile või psühhiaatri juurde mõne diagnoosi saamiseks (vt määruse § 4 lg 3), kui tegelikult konkreetse pöörduja puhul ei ole meditsiiniliselt põhjendatud kahtlust, et tal on diagnoosimata mingi vaimne haigus, mis on oluline soolise ebakõla tuvastamise otsuse tegemiseks või mittetegemiseks?
18. Kas komisjonil on õigus keelduda soolise ebakõla tuvastamise otsuse tegemisest üksnes seetõttu, et pöörduja keeldub saama psühhiaatril hinnangut ja F64.0 vms diagnoosi (nt pidades seda enda inimväarikusele alandavaks)? Samuti vt küsimust 160.
19. Kas ja millisel määral nõustub ministeerium taotlejate seisukohaga, et eelmistes küsimustes viidatud praktika seab soo tunnustamise eeltingimuseks psühhiaatri hinnangu saamist?
20. Kas ministeeriumi hinnangul on täpselt F64.0 eelnev diagnoos range eeldus soolise ebakõla tuvastamise kohta otsuse saamiseks? Kui vastus on jaatav, siis palume vastata järgmistele punktidele eraldi: (1) kus kohas on selline õiguslik norm sätestatud, (2) kas selle normi mittesätestamine määruse tekstis vastab õigusloome heale tavale, (3) kas viidatud sõnastus tõepoolest üheselt mõistetavalt kujutab endast normi, (4) kas ministeeriumi arvates läheb norm vastuollu kõrgema astme õigusaktidega (määrusega),

<sup>5</sup> World Health Organization. Gender incongruence and transgender health in the ICD.

<https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/gender-incongruence-and-transgender-health-in-the-icd>

<sup>6</sup> <https://adr.rik.ee/som/dokument/17689878>, kooskõlastustabel on .asice konteineri sees

nõudes mõista soolist ebakõla, mis seletuskirjast tulenevalt viitab HA60-le, kui teist diagnoosi, mis sisu poolest tegelikult ei samastu soolise ebakõla mõistega, (5) miks norm vaidleb vastu määruse kooskõlastustabelile, täpsemalt ETÜ p 1 ja Praxis p 1 ning ministeeriumi vastustele.

21. Kas ja millisel määral nõustuvad ministeerium ja komisjon taotlejate seisukohaga, et soo tunnustamise sidumine psühhiaatri hinnanguga süstemaatiliselt psühhopatologiseerib transinimesi ning on õiglase ühiskonna põhimõtetega vastuolus? Küsime täpsemalt juriidilise soo tunnustamise kohta.
22. 2023. aasta detsembris ilmunud „Soolise ülemineku hormoonravi juhendis“<sup>7</sup> sisaldub järgmine vananenud informatiivse iseloomuga tekstilõik (vt lk 5): „Oluline on arvestada sellega, et soovahetuse [sic] arstlik ekspertiisikomisjon ei saa esmasena püstitada diagnoosi F64.0 Transseksualism [sic], see pole ekspertiisikomisjoni konsiiliumi korraldusest tulenevalt võimalik. Seetõttu on oluline, et pöörduja oleks käinud psühhiaatri vastuvõtul ja konsiiliumisse tulles oleks digiloos nähtav varasemalt püstitatud diagnoos F64.0“. Kas ministeerium on teadlik, et komisjon on tõlgendanud seda tekstilõiku kui kehtivat suunist nõuda pöördujalt (soolise ebakõla tuvastamise kohta otsuse saamiseks) eelnevat F64.0 diagnoosi?
23. Kas ministeerium peab eelmises küsimuses viidatud tõlgendust korrektseks?
24. Kas ministeerium kavatses tagada, et järgmisest juhiste redaktsioonist võetakse välja viited vananenud F64.0 diagnoosile?
25. Millal võtab Eesti tervishoiusüsteem aegunud koodide asemel kasutusele RHK-11 koodi HA60? Kas ministeerium on nõus sellega, et eriti soolise ebakõla puhul on väga suur vajadus kasutada ajakohast koodi?
26. Diagnoosi F64.0 on Eestis võimalik saada vaid psühhiaatril. Kas ministeeriumi arvates kuulub komisjoni ülesannete hulka mõne püstitatud konkreetse diagnoosi (nt F64.0) kinnitamine? Kui jah, palume selgitada, millise diagnoosiga tegemist on ning kus on see ülesanne kirja pandud. Kui sellist ülesannet ei ole, palume komisjonil selgitada, miks selle liikmed vahel oma ülesannet nii sõnastavad.

#### *Tervishoiuteenuste kättesaadavus (endokrinoloogid jt arstid)*

27. Kas vastab tõele, et pärast sotsiaalministri 07.05.1999 määruse nr 32 kehtetuks tunnistamist ei esine Eestis juriidilisi takistusi soolise ülemineku toetava hormoonravi saamiseks ning et hormoonravi alustamise või mittealustamise üle otsustavad üksnes patsient ja pädev arst?
28. Kas ministeeriumi arvates tohib endokrinoloog (või muu pädev arst) kalduda kõrvale ravijuhenditest (nt „Soolise ülemineku hormoonravi juhendist“), kui tema hinnangul on see põhjendatud ning patsiendi huvides? (Juhistest rohkem küsimuste rühmas *Aegunud juhised*)
29. Kuigi selle poolt esitatud teave transinimeste õiguslikust olukorrast Eestis on osaliselt vananenud, kas ministeeriumi hinnangul on ministeeriumi toetusel ilmunud „Trans-tervishoiu põhitõed: Juhendmaterjal tervishoiutöötajale“<sup>8</sup> kvaliteetne juhend?
30. Eelmises küsimuses nimetatud juhend muuhulgas sätestab, et „Arstlikul komisjonil ei tohiks olla õigust piirata ligipääsu vajalikele tervishoiuteenustele“. Kas ministeerium on sellega nõus?
31. Kas ministeeriumi nõustub, et konsensusepõhise protsessiga enam kui 120 eksperdi poolt rahvusvaheliselt ja multidistsiplinaarselt väljatöötatud 2022. aastal

<sup>7</sup> Kai Haldre *et al.* Soolise ülemineku hormoonravi juhend (2022).

<https://www.ees.ee/ilmunud-on-soolise-ulemineku-hormoonravi-juhend/>

<sup>8</sup> Eke Allikvere ja Mari-Liis Sepper. Trans-tervishoiu põhitõed. Juhendmaterjal tervishoiutöötajale (2024).

<https://www.praxis.ee/uploads/2022/08/Transtervishoiu-pohitoad.pdf>

eelretsenseeritavas teadusajakirjas The International Journal of Transgender Health avaldatud ning European Professional Association for Transgender Health, European Federation of Sexology ja The World Association for Sexual Health poolt toetatud<sup>9</sup> WPATH SOC-8 on rahvusvaheliselt tunnustatud juhend<sup>10</sup>, mis annab tõendus põhise teavet mh hormoonravi osutamise kohta<sup>11</sup>? Kas WPATH SOC-8-s kirjeldatu kuulub arstiteaduse ajakohaste reeglite hulka? Palume ministeeriumil kujundada ja vormistada oma seisukoht.

32. Palume komisjonil esitada oma seisukoht WPATH SOC-8 kohta. Kas komisjon nõustub ministeeriumi poolt eelmisele küsimusele antud hinnanguga?
33. Juhul kui patsient väljendab selleks soovi ja endokrinoloog (või muu arst) on sellega nõus, siis kas ministeeriumi hinnangul tohib arst tervishoiuteenuste osutamisel järgida WPATH SOC-8? Kui ei tohi, siis kes saab sellist keeldu kehtestada ja mille alusel?
34. Sõltuvalt patsiendi individuaalsetest vajadustest võivad soolist üleminekut toetavad tervishoiuteenused hõlmata ka hääleteraapiat, kehakarvade epileerimist, psühholoogilist nõustamist jm. Seega on hormoonravi ajakohaste ravijuhiste kohaselt osa multidistsiplinaarsest soolist üleminekut toetavate tervishoiuteenuste süsteemist, mis hõlmab erinevate erialade spetsialistide koostööd. Samas rõhutavad ajakohased juhised, et ravi on patsiendikeskne ning lähtutakse patsiendi eesmärkidest ja eelistustest. Kas ministeeriumi tõlgenduse järgi seavad WPATH SOC-8 või 2017. aastal ilmunud Endocrine Society juhised<sup>12</sup> hormoonravi alustamise eeltingimuseks selle, et täiskasvanud patsiendi puhul, kes soovib tavapärasest raviplaani, peab kindlasti hinnangu andma multidistsiplinaarne meeskond? Samuti vt küsimust 217.
35. Kas ministeeriumi tõlgenduse järgi seavad WPATH SOC-8 või Endocrine Society juhised hormoonravi osutamisele eeltingimuse, et patsiendil peab olema kinnitatud mingi konkreetne diagnoos? Kui jah, palume selle diagnoosi koodi ning väidet toetavaid viiteid nendes juhistes.
36. Kas ministeeriumi tõlgenduse järgi seavad WPATH SOC-8 või Endocrine Society juhised hormoonravi osutamisele universaalse eeltingimuse, et patsiendil peab olema hinnang psühhiaatril, diagnoos psühhiaatril või diagnoos, mida ainult psühhiaater saab kinnitada? Kui jah, palume viiteid.
37. Kas ministeerium on teadlik, et WPATH SOC-8 mitte ainult lubab, vaid isegi soovitab (vt Statement 5.5) seda, et täiskasvanud patsient suunatakse hormoonravile vaid ühe arsti (Eesti kontekstis tavaliselt endokrinoloogi) soovitusel?
38. Kas ministeerium peab õigeks taotlejate tähelepanekut, et pärast sotsiaalministri määruse 07.05.1999 nr 32 kehtetuks tunnistamist ei ole senini teada ühtki juhtumit, kus arst kasutaks Eestis enda õigust määrata meditsiiniliselt vajalikku hormoonravi transinimesele, kelle kohta ei ole komisjon teinud soomarkeri muutmist võimaldavat otsust? Millega on see ministeeriumi arvates seotud?
39. Hormoonravi soovival paiksoolisel inimestel on vastavalt ajakohastele arstiteaduse reeglitele võimaldatud hormoonravile ligipääs pärast ühe päeva Eesti arsti suunamist (vastavuses arstiteaduse ajakohaste reeglitega: konsiiliumi läbimine ei ole kohustuslik). Samas ei ole hormoonravi soovival transsoolisel inimesel praktikas võimaldatud

<sup>9</sup> <https://www.worldsexualhealth.net/post/was-and-efs-joint-statement-on-transgender-healthcare>

<sup>10</sup> E. Coleman et. al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8 (2022). <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>

<sup>11</sup> Muuhulgas 2023. aasta detsembris ilmunud hormoonravi juhised viitavad WPATH SOC-8-le, kuid taotlejate hinnangul on SOC-8 käsitlemine puudulik (vt küsimuste rühma *Aegunud juhised*).

<sup>12</sup> Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline (2017). <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>

hormoonravile ligipääs vastavalt ajakohastele arstiteaduse reeglitele (vt eelmised küsimused). Kas ministeeriumi hinnangul vajab see olukord muutmist, et olla paremini kooskõlas põhimõttega, et inimest ei tohi diskrimineerida vastavalt tema soolisele identiteedile?

40. Kui hormoonravi on endokrinoloogi (või muu pädeva arsti) hinnangul meditsiiniliselt vajalik ning arsti hinnangul ei ole juhtum sellise keerukusega, mis nõuaks konsiiliumi otsust (ja arsti poolt kasutatava tunnustatud juhendi põhjal ei ilmne vastupidist) ning ta osutab transinimesele meditsiiniliselt vajalikku hormoonravi, kas sellisel juhul võib arst olla tsiviil- või kriminaalkorras vastutusele võetud, sest inimese kohta pole tehtud komisjoni otsust soolise ebakõla tuvastamise kohta? Kui jah, palume viidata konkreetsele paragrahvile.
41. Kui hormoonravi on endokrinoloogi (või muu pädeva arsti) hinnangul meditsiiniliselt vajalik ning arsti hinnangul tuleb raviga alustada kiireloomuliselt (nt kuna konsiiliumi otsuse ootamine võib viia suitsiidikatseteni, kahjustada patsiendi vaimset tervist vms, vt küsimuste rühma *Suitsiidiennetus*) ning ta osutab meditsiiniliselt vajalikku hormoonravi transinimesele, järgides seejuures tunnustatud juhendit, kas sellisel juhul võib arst olla tsiviil- või kriminaalkorras vastutusele võetud selle eest, et inimese kohta pole tehtud komisjoni otsust soolise ebakõla tuvastamisest? Kui jah, palume viidata konkreetsele paragrahvile.
42. Kui hormoonravi on endokrinoloogi (või muu pädeva arsti) hinnangul (1) meditsiiniliselt vajalik ja arsti professionaalsel arvamusel (2) ei ole psühhiaatri otsus ilmtingimata vajalik hormoonravi alustamiseks ning arst osutab meditsiiniliselt vajalikku hormoonravi transinimesele (3) tunnustatud juhendit järgides, kas sellisel juhul võib arst olla tsiviil- või kriminaalkorras vastutusele võetav selle eest, et inimene ei saanud diagnoosi psühhiaatrilt (F64.0 või muu)? Kui jah, palume viidata konkreetsele paragrahvile.
43. Kas meditsiiniliselt vajaliku ravi osutamine vastavalt rahvusvaheliselt tunnustatud ravijuhistele on iseenesest raviviga?
44. Kas ministeerium soovib anda soolise ebakõla ja hormoonravi küsimustes pädevatele arstidele selgesõnalise signaali, et hormoonravi osutamine vastavalt ajakohastele arstiteaduse reeglitele ei ole keelatud, sõltumata patsiendi toimingutest seoses komisjoniga (avalduse esitamine, vastuvõtu läbimine, soo andmete võimaldava otsuse olemasolu jm)? Oleksime sellise signaali eest väga tänulikud.
45. Kas on olemas selliseid tervisemuresid ja tervisega seotud seisundeid, mida ei ole võimalik absoluutse kindlusega tuvastada?
46. Kas eelmises küsimuses kirjeldatud tervisemuredele tohib mõningatel juhtudel ravi määrata, kui ravi tulemusena võib tekkida mingisugune kõrvalmõju, või tuleb patsiendi huvides lähtuda printsibiist „ära kahjusta“ ning mitte osutada ravi?
47. Kas ministeerium nõustub taotlejate seisukohaga, et ravi tuleb osutada hinnates nii ravi negatiivsete tagajärjete tõenäosusi ja nende mõjusid võrreldes ravi mittealustamisega kui ka positiivsete tagajärgede tõenäosusi ja nende mõjusid võrreldes ravi mittealustamisega?
48. Kas ministeerium nõustub, et mõned uuringud diagnooside detailsemaks selgitamiseks võivad olla patsiendile kahjulikud (nt maksabiopsia) ja et uuringu (või konsiiliumi) ooteaeg võib olla vajaliku ravi edasilükkamise tõttu kahjulik?
49. Võttes arvesse vastust eelmisele küsimusele, kas ministeerium nõustub taotlejate seisukohaga, et üldjuhul tasub ravi alustada siis, kui täpsustavad uuringud ei muudaks suure tõenäosusega otsust, et patsiendile tuleb teatud ravi osutada?
50. Kas ministeeriumi hinnangul on küsimustes 45–49 käsitletud põhiprintsiibid rakendatavad ka soolist üleminekut toetavale tervishoiule (sh hormoonravile) või on

ministeeriumi hinnangul vaja teistsuguseid reegleid? Kui on vaja teistsuguseid reegleid, palume põhjendada, miks.

51. WPATH SOC-8 kirjeldab (vt sissejuhatust), et mh ligipääsu viivituste, kulutõkete ja varasemate negatiivsete tervishoiukogemuste tõttu kasutavad paljud transsoolised ja sooliselt mitmekesised inimesed retseptita hormoonravi. Enda ja enda tuttavate kogemustest saame tõdeda, et see on vägagi levinud ka Eestis, eriti kuna hormoonravi saamise protsess on jätkuvalt stigmatiseeriv (psühhopatologiseeriv), halvasti ligipääsetav ja absurdsest aeglane. Kas ministeerium on nõus taotlejate seisukohaga, et kirjeldatud olukord on Eesti tervishoiusüsteemi läbikukkumine või murekoht, mis vajab parandamist?
52. Eestis ei saa hormoonravi välja kirjutada komisjon, seda teeb endokrinoloog või muu pädev arst. SOC-8 kirjeldab retseptita hormoonravi kasutamise omapärasid ning seejärel väidab, et selle kasutamisele tuleks läheneda kahjude vähendamise vaatenurgast, et tagada inimeste suunamine tervishoiutöötajate juurde, kes saavad välja kirjutada turvalise hormoonravi ning seda jälgida. Samuti sissejuhatuses sätestab SOC-8, et mh kahjude vähendamiseks võib ravijuhendist kõrvale kalduda. Kas ministeerium nõustub nende SOC-8 seisukohtadega? Kui vastus on eitav või osaliselt eitav, palume põhjendada, arvestades, et patsiendi tervis on ülim õigus.
53. Mis osakaal komisjoni vastuvõtule jõudnud inimestest, kes soovivad muuta soomarkeri N-ks ja/või saada feminiseerivat hormoonravi, alustasid hormoonraviga juba enne komisjoni vastuvõttu? Palume selle kohta jagada 2025. aasta kohta käivaid andmeid.
54. Mis osakaal komisjoni vastuvõtule jõudnutest inimestest, kes soovivad muuta soomarkeri M-ks või saada viriliseerivat hormoonravi, alustasid hormoonraviga juba enne komisjoni vastuvõttu? Palume selle kohta jagada 2025. aasta kohta käivaid andmeid.

### *Eraelu puutumatus*

55. Küsime komisjoni käest: mis eesmärgiga küsib komisjon pöördujalt, milliseid ravimeid ta kasutab, juhul kui komisjon ei ole veel tuvastanud pöördujal soolist ebakõla (palume väga tähelepanelikult vaadata määruse § 3 lg 3) või kui pöörduja ei soovi saada komisjoni soovitusi ravi kavandamise osas (nt kuna ei vajata toetavat tervishoidu, hormoonravi juba saadakse või ei usaldata komisjoni)? Küsime ministeeriumi käest: millise komisjoni ülesande täitmiseks on see vajalik?
56. Kas ministeeriumi hinnangul on komisjoni vastuvõtul kohane komisjoni liikmel küsida selle kohta, kas pöörduja vanemal on „mingi selline psühhiaatriline diagnoos“ ja kas ta peab ravimeid võtma? Palume komisjonil selgitada, mis eesmärgiga oli see küsimus komisjoni (uue koosseisu) vastuvõtu ajal küsitud.
57. Küsime komisjoni seisukohta: millise eesmärgiga küsib komisjon pöördujalt infot selle kohta, kui toetavad on tema sugulased ja sõbrad ning ka üldise sotsiaalse toimetuleku kohta? Kuidas need teemad mõjutavad seda, kas pöördujal on või ei ole soolist ebakõla?
58. Kas ministeerium nõustub komisjoni seisukohtadega eelmisele küsimusele?
59. Küsime komisjonilt selgitust: millise eesmärgiga küsib komisjon pöördujalt, kas teda oli koolis kiusatud? Palume selgitada, mis seos on koolikiusamisel ja pöörduja soovil hormoonravi alustada ja/või soomarkerit muuta.
60. Komisjoni vastuvõtule pöördujad tunnevad survet vastata kõikidele komisjoni küsimustele, kuna komisjoni otsusest sõltub nende ligipääs vajalikule ravile ja/või nende sooidentiteedi tunnustamine riigi poolt. Kui pöörduja on teinud enesetapakatse, kas komisjonil on kohane küsitleda teda katse tausta ja põhjuste kohta? Palume nii

komisjoni kui ka ministeeriumi seisukohta. Kui vastus on jaatav, palume: (1) komisjonil selgitada, kuidas selline küsitlemine aitab tuvastada pöördujal soolist ebakõla, (2) ministeeriumil hinnata, kas selline küsitlemine on proportsionaalne, st kas sellega kaasnev tugev ebamugavustunne ja riive pöörduja eraelu puutumatusse on vältimatult vajalik võrreldes sellega, mida komisjon selle küsimusega soovib saavutada, ning (3) komisjonil täpsustada, kas küsitlemine on kohane ka juhul, kui enesetapukatse ei olnud seotud soodüsfooriaga – nt vt eelmine küsimus. (Rohkem enesetapu riski kohta vt küsimuste rühmas *Suitsiidiennetus*.)

61. Kas ministeeriumi hinnangul on komisjonil õigus keelduda soolise ebakõla tuvastamise kohta otsuse tegemisest (soomarkeri muutmise võimaldamiseks) üksnes põhjusel, et pöörduja ei soovi avaldada mingeid kõrvalisi Terviseportaali sissekandeid? Kui on, palume põhjendada ja viidata sellist õigust andvale konkreetsele paragrahvile.
62. Palume ministeeriumil esitada võrdlusanalüüs, kus näidatakse, kelle huvisid eelmises küsimuses nimetatud õigus teenib, ning võrreldakse selle proportsionaalsust seoses inimese õigusega eraelu puutumatusse (privaatsusele).
63. Ühiskonnas levib narratiiv, et inimese sooline identiteet või soolise ebakõla olemasolu on seotud peamiselt inimese seksuaalse orientatsiooniga, seksuaalsete eelistustega või (mõnda tüüpi) pornograafia vaatamisega. Kas ministeerium toetab seda narratiivi, või lükkab selle ümber? Kui ministeerium narratiivi toetab, palume ministeeriumi seisukohta põhjendada tuginedes ajakohasele teaduskirjandusele.
64. Kas ministeerium nõustub, et tervishoiutöötajal või ametnikul oleks äärmiselt kohatu ja potentsiaalselt inimväärlikust alandav küsida inimese käest, kuidas ja/või kui tihti ta masturbeerib, kui need küsimused ei ole absoluutselt vältimatud ja hädavajalikud? Sama küsimus seksimise ja seksuaalse sättumuse kohta.
65. Kas ministeeriumi arvates sobivad järgmised üldised küsimused (ja teised samalaadsed küsimused) komisjoni vastuvõtu formaati: (1) kus pöörduja elab, (2) kellega ta elab, (3) kellega ta oli üles kasvanud, (4) kui suur pere tal on, (5) mis on tema vanema(te) eriala, (6) millises (üli)koolis ta käis jne? Kui sobivad, siis palume ministeeriumil selgitada, kuidas need küsimused on vajalikud komisjoni ülesannete täitmiseks. Kui ei sobi, palume komisjonil selgitada, miks on neid küsimusi pöördujale esitatud.

#### *Mittebinaarsete inimeste diskrimineerimine*

66. Kas ministeerium nõustub, et mittebinaarsed inimesed eksisteerivad? Kas komisjon on nõus?
67. Kas komisjon ja ministeerium nõustuvad arstliku konsensususega (nt vt WPATH SOC-8 peatükk 8, eriti Statement 8.2) ja taotlejate seisukohaga, et paljudel mittebinaarsetel inimestel esineb sooline ebakõla ning et paljudele mittebinaarsetele inimestele on hormoonravi meditsiiniliselt vajalik?
68. Ühiskonnas levib narratiiv, et mittebinaarsed inimesed on enda identiteedis vähem kindlad kui transmehed ja transnaised. Kas ministeerium toetab sellist narratiivi või lükkab selle ümber? Kui ministeerium narratiivi toetab, palume viidata seisukohta toetavatele usaldusväärsetele teadusallikatele.
69. Kas ministeeriumi arvates on mittebinaarse inimese puhul, kelle sõnul suurendaks soomarkeri muutmine tema rahulolu/elukvaliteeti, komisjonil õigus keelduda soolise ebakõla tuvastamise otsuse tegemisest põhjendusega, et pöördunu on (tema enda kinnitusel ja/või komisjoni hinnangul) mittebinaarne? Palume põhjendust, kas määruse tekstiga ministeeriumilt või arstiteaduse ajakohaste reeglitega (palume täpseid viiteid) komisjonilt.

70. Kui komisjon tuvastas pöördujal soolise ebakõla, kas ministeeriumi hinnangul on komisjonil õigus keelduda nõustamast pöördujat ravivõimaluste kohta ning keelduda koostamast pöörduja jaoks raviplaani (mis jõuaks Terviseportaali) üksnes põhjusel, et pöörduja on mittebinaarne inimene (pöördunu kinnitusel või komisjoni hinnangul)?
71. Kas ministeerium nõustub tunnustatud inimõiguste ekspertide rühma välja töötatud ja ühehäälselt vastu võetud Yogyakarta põhimõtetega<sup>13</sup>, eriti põhimõttes 3 sätestatuga, et kedagi ei tohi panna surve alla, et ta varjaks või suruks maha oma soolist identiteeti?
72. Kas ministeerium on teadlik, et mittebinaarsed inimesed puutuvad kokku tervishoiuteenuse osutajate eeldustega, et patsient ei vaja ega soovi soolist üleminekut toetavaid tervishoiuteenusi, ning on kirjeldanud, et nad kogevad survet esineda transsooliste meestena või transsooliste naistena (binaarse sooraamistiku piires), et pääseda ravile (vt nt WPATH SOC-8 S82)?
73. Taotlejate teadmisel esineb Eestis hulgaliselt juhtumeid, kus mittebinaarsed ja rangest binaarsest sooraamistikust välja jäävad inimesed on pidanud tervishoiuteenuse saamiseks varjama komisjoni eest enda tegelikku soolist identiteeti, kuna nad (taotlejate hinnangul õigustatult) kartsid, et komisjon kasutab teavet nende tegeliku identiteedi kohta selleks, et (taotlejate hinnangul ekslikult) järeldada, et pöörduja ei ole enda identiteedis või hormoonravi soovis kindel ja võib seda kahetseda, põhjendades sellega (taotlejate hinnangul diskrimineerivat) keeldumist teha otsust soolise ebakõla tuvastamisest. Kas ministeeriumi hinnangul on võimalik midagi teha selle heaks, et pöördujad ei tajuks survet varjata või suruda maha oma soolist identiteeti soo tunnustamiseks ja vajalike tervishoiuteenuste saamiseks ning selleks, et tõsta pöördujate usaldust komisjoni vastu?
74. Kas komisjon on teadlik sellest, et mõned (aga mitte kõik) transinimesed ja mittebinaarsed inimesed soovivad ainult ajutist hormoonravi, et saavutada hormoonravi püsivaid muutusi (nt vt Hodax *et al.*<sup>14</sup>)? Näiteks mõned (aga mitte kõik) transmehelikud mittebinaarsed inimesed ei vaja kehapildi olulist muutmist, kuid uuringutest on teada (nt vt Tine Papeleu *et al.*<sup>15</sup> ja Sam Tobias Kari Gray<sup>16</sup>), et hormoonraviga saavutatav hääl muutus oluliselt paraneb nende rahulolekut ja enesekindlust (st vaimset tervist), eriti siis, kui inimene enne hormoonravi alustamist väidab, et tahab muuta hääle mehelikumaks.
75. Kas ministeeriumi hinnangul tohib komisjon keelduda pöördujale raviplaani koostamisest (mis jõuaks Terviseportaali) põhjusel, et pöörduja soovib vaid ajutist hormoonravi või pole kindel, kas tema poolt kindlasti soovitud hormoonravi peaks olema ajutine või pidev? Kui vastus on jah, palume selgitada, mis alusel.
76. Kas ministeeriumi hinnangul tohib komisjon keelduda pöördujale raviplaani koostamisest (mis jõuaks Terviseportaali) põhjusel, et pöörduja tegelikult ei kavatsen kasutada otsust soolise ebakõla tuvastamisest, et taotleda soomarkeri muutmist N ja M vahel?
77. Ühe eriti suure USA uuringu<sup>17</sup> kohaselt moodustavad mittebinaarsed inimesed täisealistest trans- ja sooliselt mitmekesistest inimestest umbes kolmandiku. Kas ministeeriumi arvates on Eestis see osakaal drastiliselt erinev või eelduslikult enam-vähem sarnane USA omaga?

<sup>13</sup> <https://yogyakartaprinciples.org/>

<sup>14</sup> Juanita K Hodax, Sara DiVall. Gender-affirming endocrine care for youth with a nonbinary gender identity (2023). <https://doi.org/10.1177/20420188231160405>. Eriti peatükk Gender-affirming hormones.

<sup>15</sup> Tine Papeleu *et al.* Voice and Communication in Transmasculine Individuals One Year Under Testosterone Therapy: A Qualitative Study (2024). <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2024.04.003>

<sup>16</sup> Sam Tobias Kari Gray. To Sound Like Oneself: Transmasculine Vocal Change and Satisfaction on HRT (2023). <https://doi.org/10.6082/UCHICAGO.7610>. Eriti peatükid 1.2 ja 7.1.3, Table 3.2.

<sup>17</sup> <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/publications/trans-adults-united-states/>

78. Kas ministeerium teab, mitu mittebinaarset inimest on pöördunud komisjoni vastuvõtule alates 2021. a? Kui mitte, mis on ministeeriumi umbkaudne hinnang, mitu mittebinaarset inimest on pöördunud komisjoni vastuvõtule?
79. Kas ministeerium nõustub taotlejate seisukohaga, et riigi suutmatust tunnistada mittebinaarsete inimeste sooidentiteeti X soomarkeri võimaldamisega vajab parandamist?

### *Eneseväljenduse põhjal diskrimineerimine*

80. Kas ministeerium ja komisjon on nõus mitmete õiguskaitsse ühingute (nt Euroopa Liidu Põhiõiguste Ameti<sup>18</sup>) ja taotlejate vaatega, et inimese sooline eneseväljendus ei pruugi kattuda inimese sooidentiteediga ning sellest ei saa soolise ebakõla (mitte)esinemist järeldada? Soolisse eneseväljendusse kuuluvad: välimus, riietus, hääl, maneerid, käitumine jne.
81. Kas komisjon on nõus arstliku konsensusega (nt vt WPATH SOC-8 lk S82) ja taotlejate seisukohaga, et inimese vajadust või vajaduse puudumist saada ligi soolist üleminekut toetavatele teenustele (sh hormoonravile) ei saa järeldada soolise eneseväljenduse põhjal?
82. Kas ministeeriumi hinnangul on komisjonil õigus keelduda tegemast otsust soolise ebakõla tuvastamise kohta üksnes põhjusel, et inimese eneseväljendus komisjoni hinnangul ei kattu inimese poolt selgelt välja öeldud sooidentiteediga?
83. Kas ministeeriumi hinnangul on komisjonil (komisjoni liikmetel) õigus hinnata pöörduja soolist eneseväljendust sellisel viisil, et see mõjutaks komisjoni otsuse tegemist või mittetegemist soolise ebakõla tuvastamise kohta?
84. Kui vastus eelmisele küsimusele on jaatav: (1) palume ministeeriumil selgitada, mis põhjusel seda oleks vaja teha ning (2) palume komisjonil selgitada, milliseid juhendeid või millist moodi „kõhutunnet“ komisjon kasutab?
85. Kas komisjoni hinnangul otsuse (soolise ebakõla tuvastamise kohta) tegemisel või tegemata jätmisel võib arvestada sellega, kas transnaisest pöörduja tuli vastuvõtule pükstes?
86. Kas komisjoni hinnangul saab otsuse (soolise ebakõla tuvastamise kohta) tegemisel või tegemata jätmisel arvestada sellega, kas pöörduja oli vastuvõtu ajal nutnud või mitte? Kas ministeerium nõustub komisjoni hinnanguga?
87. Kas ministeerium peab soolise ülemineku protsessist tulenevaid emotsionaalseid pingeid vajalikuks?

### *Suitsiidiennetus*

88. Kas ministeerium peab silmas (sh transinimeste) enesetappude ennetust ühe väärtusena enda ja komisjoni töö kujundamisel?
89. Kas ministeerium on teadlik sellest, et transsoolised inimesed, kelle ligipääs soolist üleminekut toetavale tervishoiule (sh hormoonravile) on keelatud, näitavad suuremat kalduvust enesevigastamisele ning tihedamini surevad enesetapu tagajärjel (nt vt Endocrine Society poolt viidatud<sup>19</sup> Davidge-Pitts *et al.*) võrreldes transsooliste inimestega, kelle ligipääs soolist üleminekut toetavale tervishoiule ei ole keelatud, takistatud ega aeglustatud?
90. Taotlejad on seisukohal, et teiste riikide kogemusel on suur informatiivne tähtsus. Seega: kas ministeerium on teadlik sellest, et Ühendkuningriigis mitmete inimeste

<sup>18</sup> Nt vt <https://fra.europa.eu/en/publication/2024/lgbtiq-equality-crossroads-progress-and-challenges> Methodology Q & A; What are the SO-GIE-ESC dimensions of sexual orientation, gender identity and expression, and sex characteristics?

<sup>19</sup> <https://www.endocrine.org/advocacy/position-statements/transgender-health>

enesetapud olid ametlikkudel enesetapu järgsetel uurimistel<sup>20</sup> seotud ebapiisava hormoonravi kättesaadavusega, eriti kuna ooteajad on liiga pikad?

91. Kas ministeerium kogub süstemaatiliselt infot selle kohta, kuidas halb ligipääs hormoonravile mõjutab transinimeste suitsidaalsust (nt suitsiidikatsete statistika kogumine, küsitlused vms)?
92. Kas ministeerium on nõus taotlejate seisukohaga, et ka Eestis põhjustavad pikad ooteajad komisjoni vastuvõtule pöördujates suurenenud suitsidaalsust? Või leiab ministeerium, et Eestis elavaid inimesi see rahvusvaheliselt uuritud nähtus ei mõjuta (jaatava vastuse puhul palume põhjendust)?
93. Mitu inimest on praegu komisjoni vastuvõtule ootejärjekorras?
94. Kui võtta arvesse kõiki inimesi, kes ilmusid komisjoni vastuvõtule 2026. a aprillis, siis millal oli komisjonile avalduse esitanud neist (1) kõige varasemalt avalduse saanud ja (2) kõige hilisemalt avalduse saanud? Samuti palume nende pöördujate avalduste saatmise aegade (3) keskmist ja (4) mediaani (kuu täpsusega).
95. Tunnustame ministeeriumi samme komisjoni ooteaegade lühendamisel, sealhulgas kahe paralleelse koosseisu kasutuselevõttu ning regulatsiooni, mis võimaldab komisjonil ühe vastuvõtu käigus nii raviplaani koostada kui ka teha otsus, mis annab õiguse soomarkeri muutmiseks. Arvestades siiski, et pikad ooteajad avaldavad transinimeste tervisele tõsist mõju (sh suurendavad suitsidaalsust), milliseid täiendavaid meetmeid kavandavad ministeerium ja komisjon absurdset pikade ooteaegade edasiseks vähendamiseks? (Palume arvestada muuhulgas vastusega küsimusele 219.)

#### Noorte diskrimineerimine

96. Kas ministeeriumi ja komisjoni arvamusel on sooline ebakõla võimalik ainult täiskasvanutel või saab see olla ka teismelistel (nt vt WPATH SOC-8 peatükk 6, Endocrine Society juhised peatükk 2<sup>21</sup>, üleval viidatud Leia Sampson-Grimbly enesetapu järgset uurimist)?
97. Kas ministeerium vaidleb vastu järgmisele Endocrine Society teadusega toetatud seisukohale<sup>22</sup>: „Transsoolised ja sooliselt mitmekesised noored, kellel oli juurdepääs puberteedi pidurdamisele – ravile, mis on täielikult tagasipööratav ja takistab soolisele identiteedile mittevastavate sekundaarsete sugutunnuste arengut – omavad madalamat eluaegset enesetapumõtete [*suicidal ideation*] tõenäosust võrreldes noortega, kes soovisid puberteedi pidurdamist, kuid kellel ei olnud ravile ligipääsu“ (tõlgitud inglise keelest)? Samuti küsime lisaks ka komisjoni seisukoha. (Kahetsemise kohta vt küsimusi järgmises küsimuste rühmas.)

---

<sup>20</sup> Alice Litman:

<https://www.judiciary.uk/prevention-of-future-death-reports/alice-litman-prevention-of-future-deaths-report/>

Sophie Williams:

<https://www.judiciary.uk/prevention-of-future-death-reports/sophie-williams-prevention-of-future-deaths-report>

Leia Sampson-Grimbly:

<https://www.judiciary.uk/prevention-of-future-death-reports/leia-sampson-grimbly-prevention-of-future-deaths-report/>

<sup>21</sup> Algab sõnadega: „*During the past decade, clinicians have progressively acknowledged the suffering of young adolescents with GD/gender incongruence. In some forms of GD/gender incongruence, psychological interventions may be useful and sufficient. However, for many adolescents with GD/gender incongruence, the pubertal physical changes are unbearable.*“

<sup>22</sup> <https://www.endocrine.org/advocacy/position-statements/transgender-health>

98. Kas ministeerium on teadlik tunnustatud õiguskaitsse organisatsioonide (näiteks *American Civil Liberties Union*<sup>23</sup>, Amnesty International UK ja Liberty<sup>24</sup>, EU kaasrahastatud ja Eesti LGBTIQ tegevuskavas viidatud ILGA-Europe, samuti TGEU, IGLYO<sup>25</sup> jt) seisukohast, et puberteediblokaatorite keelustamine alaealistele transinimestele on sügavalt poliitiline otsus, mis on diskrimineeriv ning toetub valeinfole?
99. Kas ministeeriumi hinnangul on puberteediblokaatorite kasutamine puberteediealistel otsustusvõimelistel transsoolistel inimestel eksperimentaalne ravi? Küsimusele vastates palume arvestada WPATH SOC-8 peatükiga 6 ja Endocrine Society juhiste peatükiga 2. Kui vastus on jaatav, siis palume täpsustada, millistele teaduslikele hinnangutele see seisukoht tugineb (palume viidet).
100. Viidates tagasi olukorrale Ühendkuningriigis, kas ministeerium on tutvunud (suure vaevaga saadud) teabega<sup>26</sup>, et alaealiste transinimeste enesetapud mitmekordistusid pärast soolist üleminekut toetava tervishoiu (st puberteediblokaatorite ja hormoonravi) ligipääsetavuse pärssimist alaealistele? Vaid selle teabe põhjal on raske teha kindlaid järeldusi, ent kas ministeeriumi hinnangul on õiguskaitsseorganisatsiooni Good Law Project selgitus võimalik: enesetappude mitmekordistumine ei ole juhus ning on ilmselt seotud riigi suutmatusega pakkuda ilma kunstlike takistusteta vastavat abi ning teha seda ilma välditavat viivitamist?
101. Kas ministeerium ja komisjon on teadlikud, et reeglina ei põhjusta puberteediblokaatorite kasutamine iseenesest püsivat viljatust (nt vt Transfem Science lehel<sup>27</sup> viidatud uuringud)?
102. Kas ministeerium ja komisjon on teadlikud, et puberteediblokaatorid on kasutatud mitte ainult transinimeste poolt, vaid samuti näiteks liiga varaku puberteedi takistamiseks (nt vt Eun Young Kim<sup>28</sup>)?
103. Kas ministeeriumi hinnangul on puberteediblokaatorite kasutamine transinimeste puhul soovimatult kui paiksoolistel inimestel (nt isikutel kellel on enneaegne puberteet)? Kui jah, palume selgitada, miks. Lisaks palume ka komisjoni hinnangut.
104. Kas ministeerium ja komisjon mõistavad, et soovimatul („valel“) puberteedil on toimed inimese kehale, mis vaatamata kaasaegsele meditsiinile on tagasipööramatud? Kas komisjon nõustub ministeeriumi hinnanguga?
105. Kas ministeerium või komisjon paneb kahtluse alla Luke R. Allen *et al.*<sup>29</sup> jpt uuringute tulemusi, et teismelistel, kes said ligipääsu hormoonravile, oluliselt vähenes suitsidaalsus?

---

23

<https://www.acluohio.org/press-releases/ohio-families-file-lawsuit-challenging-ban-gender-affirming-healthcare-transgender/>

24

<https://www.amnesty.org.uk/knowledge-hub/all-resources/amnesty-international-uk-and-liberty-joint-statement-puberty-blockers/>

25

<https://www.ilga-europe.org/news/joint-statement-on-the-decision-to-ban-puberty-blockers-for-trans-youth-in-the-uk>

<sup>26</sup> <https://goodlawproject.org/new-data-shows-surge-in-trans-kids-suicides-following-healthcare-rollbacks/>

Vt rohkem: <https://translucent.org.uk/the-tip-of-the-iceberg-facing-the-truth-about-trans-youth-suicide/>

<sup>27</sup> <https://transfemscience.org/articles/puberty-blockers/#fertility>

<sup>28</sup> Eun Young Kim (2015). Long-term effects of gonadotropin-releasing hormone analogs in girls with central precocious puberty. <https://doi.org/10.3345/kjp.2015.58.1.1>

<sup>29</sup> Luke R. Allen *et al.* Changes in Suicidality among Transgender Adolescents Following Hormone Therapy: An Extended Study (2026). <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2025.114883>

106. On teada juhtumeid<sup>30</sup>, kus alaealised transmehed on soolise düsfooria tõttu ennast näljutanud peatamaks rindade kasvu või menstruatsiooni. Üldiselt on teada<sup>31</sup>, et noorte transinimeste seas on söömisharjumuste muutmine ja söömishäired tihedased ning et soolist üleminekut toetav tervishoid (sh hormoonblokaatori kasutamine ja hormoonravi) aitab söömisprobleemide vastu, kõrvaldades söömisprobleemide tekkepõhjust (soolist düsfooriat). Kas ministeeriumi hinnangul on enesenäljutamine tõsine probleem? Samuti palume vastust komisjonilt.
107. Taotlejate teadmisel vähemalt üks alaealine transmees Eestis oli rindade kasvu takistamiseks ennast (edukalt) näljutanud. Kas ministeerium oli sellest eelnevalt teadlik?
108. Transmehed saavad rindade kasvu peatada hormoonraviga või puberteediblokaatoriga. Kas ministeeriumi hinnangul on teismelisel enese näljutamine üldjuhul tervislikum valik võrreldes puberteediblokaatori kasutamisega?
109. Kui transmehel kasvavad rinnad, tihti põhjustab see kannatusi (st soodüsfooriat). Rindu saab eemaldada mastektoomiaga. Kuigi rahulolek selle tervishoiuteenusena on kõrge (vt WPATH SOC-8), on tegemist ikka invasiivse operatsiooniga. Juhul kui transmees teab juba mitu aastat, et soovib hormoonravi ning ei soovi rindu, kas ministeeriumi hinnangul on põhjendatud sellele vaatamata talle mitte võimaldada hormoonravi ja puberteediblokaatorite kasutamist, teades, et selle keelamine tekitab väga suure tõenäosusega tulevikus vajaduse invasiivse operatsiooni järele (rääkimata rindade kasvuga põhjustatud soodüsfooriast ning operatsiooniga kaasnevast rahakulust)? Palume selgitada: kas ravi mitteväimaldamist saab tekitatud kannatusi tõttu pidada raviveaks?
110. Karvkatte vähendamiseks (soodüsfooria vähendamise eesmärgiga) transnaistel aitab laser- ja elektriepilatsioon. Mõlemal juhul on protsess kulukas nii ajaliselt kui ka rahaliselt. Mõningaid karvu ei saa laserepilatsiooniga likvideerida ning on vajalik elektriepilatsioon, mis on väga valus. Transnaine saab kõike seda vältida alustades hormoonraviga või puberteediblokaatori võtmisega varakult. Kas ministeeriumi hinnangul on ravi keelamisega kaasnev risk vajalik olukorras, kus transnaine teab juba mitu aastat, et ta tahab hormoonteraapiat ning ei soovi mehe moodi karvkattet? Palume selgitada: kas ravi mitteväimaldamist saab põhjustatud kannatuste (samuti aja- ja rahakulu) tõttu pidada raviveaks?
111. Kas ministeeriumi hinnangul vaid täiskasvanutel suureneb heaolu, kui nende dokumentides soomarker ühtib nende sooidentiteediga (ning seda samuti juhul, kui inimene ei saa ligi hormoonravile), või seda on võimalik näha ka mõnede alaealiste puhul?
112. Meenutame, et uue määruse kohaselt ei eelda soolise ebakõla tuvastamise otsus hormoonravi ning et hormoonravi alustamiseks on vajalik eraldi arsti hinnang hormoonravi näidustusele. Määruse nr 42 § 3 lg 1 ei kitsenda komisjoni kohustust tegeleda soolise ebakõla tuvastamisega juhul, kui pöörduja on alaealine. Küsime ministeeriumilt ja komisjonilt: millele tugineb komisjoni praktika, mille kohaselt ei tehta otsuseid soolise ebakõla tuvastamisest otsustusvõimelistele teismelistele? Palume anda viite õigusloome paragrahvile. Kas ministeeriumi hinnangul on komisjonil õigus keelduda pöördujat uurimast, kuigi tal võib esineda sooline ebakõla?

---

<sup>30</sup> Nt vt: (1) <https://doi.org/10.1002/eat.22368>, (2) [https://www.reddit.com/r/asktransgender/comments/1eoehan/do\\_any\\_of\\_you\\_guys\\_starve\\_yourself\\_so\\_you\\_dont/](https://www.reddit.com/r/asktransgender/comments/1eoehan/do_any_of_you_guys_starve_yourself_so_you_dont/), (3) <https://www.reddit.com/r/ftm/comments/1c6eh8r/comment/100ljh2/>

<sup>31</sup> Nt vt: (1) <https://butterfly.org.au/banning-puberty-blockers-will-worsen-the-eating-disorder-crisis-amongst-trans-youth/> (2) <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00806-y>

113. Määruse § 4 lg 1 kohaselt teeb komisjon soo andmete muutmist võimaldava otsuse juhul, kui komisjon on tuvastanud isikul soolise ebakõla. Oletades, et komisjon tuvastas otsustusvõimelisel noorukil soolise ebakõla, kas ministeeriumi hinnangul on komisjonil õigus määruse tekstist kõrvale kalduda ning soo andmete muutmist võimaldavat otsust mitte teha?
114. Küsime komisjonilt: millele tugineb komisjoni praktika, mille kohaselt ei nõusta komisjon 16–17-aastaseid noori puberteediblokaatori kasutamisel ega hormoonravi kavandamisel (isegi eluohtliku soodüsfooria puhul ja mõlema vanema palvel). Palume arvestada kõige kvaliteetsemate ja kõrgeima teadusväärtusega juhiste seisukohtadega. Kas ministeerium nõustub komisjoni selgitustega?
115. Kas ministeeriumi hinnangul on komisjonil õigus jätta alaealine taotleja vastuvõtule registreerimata? Kui jah, palume viidata õiguslikule alusele. Kuidas saab alaealine isik koos vanematega seda vaidlustada?
116. Kas ministeeriumi hinnangul on komisjonil õigus avalduse esitanud isikut ootejärjekorda mitte panna või panna teda pikemasse ootejärjekorda kui teised samal perioodil pöördujad? Kuidas saab selles küsimuses kirjeldatud diskrimineerimist vaidlustada? Samuti vt küsimust 210.
117. WPATH SOC-8 rõhutab multidistsiplinaarse lähenemise vajadust teismeliste<sup>32</sup> patsientide puhul. Samal ajal sätestab SOC-8 teismeliste patsientide kohta, kes soovivad puberteediblokaatori kasutamist või hormoonravi, järgmist (vt Statement 6.9): „Kuna kõigil patsientidel ja nende peredel ei ole oma olukorra või elukoha tõttu võimalik multidistsiplinaarsele ravile ligi pääseda, ei tohiks erinevate erialade spetsialistide puudumine takistada noorel inimesel vajalikule ravile õigeaegset juurdepääsu“ (tõlgitud inglise keelest). Praeguses praktikas ei ole aga komisjoni hinnangut teismelisele patsiendile võimalik pidada õigeaegseks, kuna hinnangu andmise hetkeks ei ole patsient enam isegi teismeline. Kas ministeerium nõustub, et WPATH SOC-8 seisukohast järeldub, et olukorras, kus komisjon ei ole suuteline tagama teismeliste patsientidele õigeaegset hinnangut, ei õigusta SOC-8 teismeliste puhul hormoonblokaatori kasutamise või hormoonravi eeltingimusena ranget komisjoni läbimise nõuet? Küsimus käsitleb vaid WPATH SOC-8 tõlgendamist.
118. Uut määrust kooskõlastades väljendas komisjon soovi lubada vaid osadel inimestel saada otsus soomarkeri muutmiseks kiiremini kui põhjendamatult sätestatud kaks aastat pärast soolise ebakõla tuvastamist, selgitades seda nii: „Vahel on pöördujad vanemas eas (40-60+ aastased) ning aastakümnete jooksul selgelt kujunenud küpse identiteediga inimesed [...] Sellisel juhul pole see kaheaastane periood põhjendatud.“ (1) Kas komisjoni arvates on avalduse esitanud ja mitu kuud või aastat vastuvõtuaega oodanud nooremas eas inimese identiteet tihti ebaküps? (2) Millistest juhenditest on pärit „identiteedi küpsuse“ kriteerium soo andmete muutmise võimaldamise kontekstis? (3) Kas ja kuidas hindab komisjon „identiteedi küpsust“ vastuvõtul?
119. Kas komisjoni arvates on eelmises küsimuses kirjeldatud kaheaastane periood soo andmete muutmiseks põhjendatud noortele inimestele?

#### *Kahetsemine*

120. Mitu inimest Eestis kokku on pöördunud komisjoni poole, et muuta sünnist määratud soomarkerit?
121. Mitu inimest Eestis kokku on pöördunud palvega taastada esialgne soomarker?

---

<sup>32</sup> WPATH SOC-8 sätestab, et teismelised on inimesed, kellel on alanud puberteet, kuid kes ei ole veel jõudnud täisealisuseni (vt S44).

122. Kas ministeerium vaidleb vastu järgnevale Soolise võrdõiguslikkuse ja võrdse kohtlemise voliniku kantselei väljastatud infomaterjali<sup>33</sup> „Kuidas luua transsoolisi inimesi arvestavat töökeskkonda?“ teksti lõigule „Transsooliste inimeste ebavõrdse kohtlemise üheks aluseks on müüt, et transinimesed on segaduses või teadlikult eksitavad teisi. [...] Kui transinimesed oleksid segaduses, võiks eeldada, et paljud kahetsevad meditsiinilist üleminekut, kuid pikaajalised uuringud lükkavad selle ümber: ülekaalukalt suur enamus – 98–99,5% – transinimestest ei kahetse soolist üleminekut, sh meditsiinilisi protseduure.[viide WPATH SOC-8-le] Transtervishoiu kättesaadavus parandab märgatavalt nende inimeste vaimset tervist ja elukvaliteeti“? Kui komisjon soovib lõigu mõnda väidet või selle sisu tervikuna vaidlustada, palume vastuses märkida, mida täpsemalt ja mille alusel komisjon seda vaidlustab, märkides selle selgelt komisjoni seisukohana.
123. Boskey ER *et al.* uuringus<sup>34</sup> leiti, et 1050-st tingimustele vastavatest teismelistest vaid 37 (4%) olid hormoonravi katkestanud ilma hormoonravi taasalustamata ja et nendest, kes katkestasid hormoonravi ilma taasalustamata, tegid vaid 5 (0,5%) isikut seda põhjusel, et nad identifitseerusid uuesti sünnijärgse sooga. Kas ministeerium vaidleb uuringu tulemustele vastu? Autorid järeldavad, et suures kohordis hormoonravi soovivatest transsoolistest teismelistest oli hormoonravi püsiv katkestamine haruldane ning peegeldas eelkõige soo väljendamise eesmärkide saavutamist või raskusi hormoonide kättesaamisel või nende võtmisel [st mitte kahetsemist]. Kas ministeeriumil on põhjust järelduses kahelda või väita, et uuringu tulemused ei ole relevantssed Eesti kontekstis? Kui komisjon soovib uuringu tulemustele ja järeldustele vastu vaielda, palume vastuses märkida, mida täpsemalt ja mille alusel komisjon vaidlustab, ning tähistada selle selgelt komisjoni seisukohana.
124. Kuidas ministeeriumi hinnangul hormoonravi kahetsejate osakaalu saab võrrelda mõne teise meditsiinilise toiminguga, näiteks põlvekedra asendamise omaga?
125. Komisjoni esimees on väitnud mitmel korral, et „Mitmete uuringutega on näidatud seaduspära, et mida nooremas vanuses [...] on meditsiinilisi sekkumisi alustatud, seda suurem on tõenäosus, et ravi katkestatakse, kuna soolise ebakõla tunnetus ajas muutub“<sup>35</sup>. Palume komisjoni esimehel selgitada: (1) milliste uuringutega tegu on, (2) kas sekkumiste all mõeldakse puberteediblokaatori kasutamist, hormoonravi või midagi muud, (3) millises vanustes inimeste kohta kinnitavad silmas peetud uuringud öeldut, et katkestamise tõenäosus on suurem ning (4) „seda suurem“ sõnastuse kohta palume täpsustada, kui suur see tõenäosus tegelikult on. Samuti palume komisjoni esimehel selgitada, kas osal „kuna soolise ebakõla tunnetus ajas muutub“ (nagu oleks tunnetuse muutumine sage ning ravi katkestamise peamine põhjus) on hea tõendusbaas puberteedialiste ja vanemate inimeste kontekstis (palume viiteid)?
126. Kas ministeerium nõustub, et kahetsemise tõenäosust ei saa hinnata ravi katkestamise tõenäosuse põhjal, kuna (a) nagu näidatud enne, katkestamine enamasti ei ole seotud kahetsemisega ja kuna (b) hormoonteraapia kättesaadavus sõltub mh inimese vanusest?
127. Kas ministeerium soovib küsimuses 125 esimehe antud selgitusi kommenteerida?
128. Komisjoni liikmed on erinevatel sõnastustel väitnud või viidanud sellele, et üks komisjoni eesmärk on takistada ligipääsu hormoonravile neile, kes võivad ravi kahetseda. See väide põhineb eeldusel, et hormoonravile ligipääsu pärssimine komisjonilt jaatavat otsust nõudes peaks vähendama kahetsust. Palume ministeeriumil

<sup>33</sup> <https://www.volinik.ee/infomaterjalid/kuidas-luua-transsoolisi-inimesi-arvestavat-tookeskkonda-0>

<sup>34</sup> Boskey ER *et al.* A Retrospective Cohort Study of Transgender Adolescents' Gender-affirming Hormone Discontinuation (2024). <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2024.11.002>

<sup>35</sup> Vaid üks näide: <https://www.muurileht.ee/kitsas-binaarsus-ja-musta-turu-hormoonid/>

ajakohastele ja usaldusväärsetele teadusuuringutele viidates näidata, et eeldus tegelikult kehtib, või tunnistada, et teaduskirjanduses ei leia see väide kinnitust. Kui komisjoni liikmed soovivad enda kommentaare lisada, palume võimalusel nende kommentaare selguse tagamiseks märkida nende nimedega või vähemalt eristada neid ministeeriumi kommentaaridest.

129. Mis on ministeeriumi hinnangul osakaal hormoonravi kasutavatest inimestest, kes kahetsevad, et nad ei alustanud või ei saanud alustada hormoonravi kiiremini? (nt vt Jamie L Finegan *et al.*<sup>36</sup>)

130. Loomulikult on kõik kannatused soovimatud. Samas tuleb efektiivseks kannatuste minimeerimiseks (mis on kindlasti üks Sotsiaalministeeriumi ülesannetest) paraku vahel kannatusi võrrelda – eriti kui minimeerimiseks on vaja leida n-ö kuldne keskpunkt. Seega, et saada paremat selgust ministeeriumi tegevuste põhjendustest, palume ministeeriumil väljendada väärtushinnangut järgmisele küsimusele: kas soovimatu/kahetsetud endogeensete hormoonide poolt juhitud puberteediga seotud kannatus on intensiivsusest suurem, väiksem või samaväärne võrreldes soovimatu/kahetsetud eksogeensete hormoonide poolt juhitud puberteediga seotud kannatusega?

131. Palume ministeeriumil seejärel hinnata, kas endogeense hormoonide poolt juhitud puberteediga seotud kogukannatus on suurem või väiksem eksogeense hormoonide poolt juhitud puberteediga seotud kogukannatusega. Hinnangu andmisel palume arvestada endogeense ja eraldi eksogeense hormoonide poolt juhitud puberteedi kahetsete osakaalu terves populatsioonis (vt küsimused 122, 123 ja 129).

#### *Eneseväljendusõiguse ja autonoomia austamisega seotud küsimused*

132. Kas ministeerium kinnitab, et eneseteostusvabadus ja eneseväljendusvabadus on põhjapanevate inimõiguste hulgas, mida riik austab ja tagab? (Võrdluseks: PS § 19, kommenteeritud väljaanne<sup>37</sup> punkt 4; Euroopa inimõiguste ja põhivabaduste kaitse konventsioon artikkel 10.)

133. Kas ministeerium nõustub, et eneseväljendusvabadus (EIÕK artikli 10 kohaselt) hõlmab muuhulgas inimese vabadust kohandada enda välimust? Sama küsimus eneseteostusvabaduse kohta.

134. Hormoonravi muudab oluliselt inimese välimust: näiteks mõnikord tuleb inimesel isegi enda dokumente enne tähtaega vahetada, sest pildi järgi ei ole enam võimalik teda tuvastada. Sellele tuginedes, kas ministeerium tunnustab, et hormoonraviga on tihti ulatuslik ja põhjapanev mõju inimese eneseväljendusele?

135. Inimesed tihti teevad vaba otsuse alustada hormoonravi, et muuta oma välimust tunnetusliku sooga vastavaks; paljudel on välimuse muutumine enim soovitud ja oodatud hormoonravi mõjude hulgas. Kas ministeerium tunnustab sellele teadmisele ja eelmistele küsimustele tuginedes, et inimese eneseteostusvabadus ja eneseväljendusvabadus muuhulgas hõlmavad ka otsust hormoonravi läbida või mitte läbida (vt rohkem: Florence Ashley<sup>38</sup>)?

136. Kas ministeeriumi arvates hõlmab eneseteostusvabadus vaid „õigete otsuste“ tegemist (ja otsuseid, mida teised heaks kiidavad), või see kaitseb ka inimese õigust teha „vigu“ (ja valikuid, mida teised võivad pidada vigadeks)?

137. Kas ministeeriumi hinnangul hõlmab eneseväljendusvabadus üksnes seda, mida peetakse otstarbekaks, vajalikuks ja põhjendatuks, või hõlmab eneseväljendusvabadus

<sup>36</sup> Jamie L Finegan *et al.* Experience with gender affirming hormones and puberty blockers (gonadotropin releasing hormone agonist) (2025). <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdaf061>. Eriti peatükk Regrets.

<sup>37</sup> <https://pohiseadus.ee/sisu/3490>

<sup>38</sup> Florence Ashley. Gender self-determination as a medical right (2024). <https://doi.org/10.1503/cmaj.230935>

ka (proportsionaalselt teiste inimeste õigusi arvestades) selliseid väljendusviise, mida võidakse pidada vaieldavateks, põhjendamatuteks, isegi šokeerivateks? Palume küsimusele vastates arvestada Euroopa Inimõiguste Kohtu praktikaga.

138. Võttes arvesse selle rühma küsimusi, kas ministeerium nõustub taotlejate seisukohaga, et eneseväljendusvabaduse ja eneseteostusvabaduse takistusi tuleb kindlasti võtta arvesse kui asjaolusid kaalutluse tegemisel, millised takistused hormoonravi saamiseks on proportsionaalsed ja millised ei ole?

#### *Tervishoiuteenuste kättesaadavus (apteegid)*

139. Kas ministeerium kinnitab Imago ja GenderGP kliinikutega koostööd tegevate EL arstide väljastatud retseptide kasutamise õiguspärasust?

140. Kas ministeerium peab õiguspäraseks apteegiketi, apteegi või apteegi töötaja keeldumist ravimeid müümast, kuna ravimiresepti on väljastanud arst, kes töötab Imago või GenderGP-ga koos?

141. Kas apteegikettidel on õigust fabritseerida põhjust, miks mõnedelt EL arstidelt (nt sõltuvalt sellest, milliste kliinikutega nad töötavad) või osade diagnooside tõttu väljastatud retsepte nad ei aktsepteeri? Kuidas see ühildub Euroopa Liidu õigusega?

142. Võttes arvesse asjaolu, et nii Imago kui ka GenderGP ooteajad on nelja nädala piires, kas ministeerium nõustub taotlejate hinnanguga, et nii Imago kui ka GenderGP kasutamine on seotud hormoonravi sooviva isiku jaoks väiksema ajakuluga kui alguses komisjoni ja siis Eesti arsti poole pöördumine?

143. Võttes arvesse ülal kirjeldatud pika komisjoni ootejärjekorra ohtlikkust vaimsele tervisele ja mõningatel juhtudel elule, kas ministeerium nõustub taotlejate seisukohaga, et vähemalt osale inimestele on Imago ja GenderGP pakutud teenused tervislikumad valikud, võrreldes komisjoni järjekorras ootamisega?

144. Süstidega manustatav östradiool tagab tihti parema ravi kui teiste manustamissüsteemidega preparaadid (muuhulgas kuna süstidega on võimalik saavutada efektiivne monoterapia ning seeläbi vältida antiandrogeenide võtmisega seotud kõrvalmõjusid) ning on mõnede inimeste arvamusel oluliselt mugavam, kui alternatiivid. Sellest teadmisesest lähtuvalt küsime: miks ei ole võimalik Eestisse tarnida süstitavat östradiooli?

145. Kas tarnimine oleks võimalik individuaalretseptide alusel?

146. Mõned inimesed, sh need, kes juba said „loa“ hormoonravile komisjonilt, kasutavad retseptita hormoonravi, kuna retseptiga ei ole võimalik süstitavat östradiooli Eestis saada. Kas ministeerium on nõus taotlejate seisukohaga, et eelmises küsimuses kirjeldatud olukord on Eesti tervishoiusüsteemi läbikukkumine või murekoht, mis vajab parandamist?

147. Mida kavatseb ministeerium teha olukorra parandamiseks?

148. Efektiivse feminiseeriva hormoonravi jaoks süstitava östradiooli puuduse tingimustes on vajalik antiandrogeeni rakendamine. Eestis on selleks tsüproteroonatsetaat (G03HA01), mille kasutamine on käsitletud sh ministeeriumi poolt tellitud Soolise ülemineku hormoonravi juhendis. Seoses sellega küsime: mitmes apteegis üle Eesti on see hädavajalik ravim kättesaadav? Kuidas kavatseb ministeerium kättesaadavust tõsta?

149. Millises etapis on tsüproteroonatsetaati sisaldavate ravimitele müügilubade väljastamine? Vajadusel palume küsimus õigele osakonnale või ametile edastada.

150. Bikalutamiid on kasutatud nt paiksoolistel meestel antiandrogeense toime tõttu (eesnäärmevähi raviks) ning on Eesti apteekides tsüproteroonatsetaatiga võrreldes palju

kättesaadavam. Mõned uuringud (nt vt Katie Burgener *et al.*<sup>39</sup>) viitavad sellele, et bicalutamidi on võimalik kasutada ka feminiseerivas hormoonravis. Soovime teada, kas ja kuidas saab Eestis bicalutamidi kasutada hormoonravis. Mis on takistused kasutamiseks? Vajadusel palume küsimus õigele osakonnale või ametile edastada.

### Tervisekindlustus

151. Kümned uuringud (nt vt Jaime Swan *et al.*<sup>40</sup>) kinnitavad drastiliselt suurenenud elukvaliteeti, mida pakuvad neid vajavatele transinimestele mastektoomia, näo feminiseerimise operatsioon ja suguelundite operatsioon. Uuringud ka järelavad, et soolist üleminekut toetavad protseduurid on meditsiiniliselt vajalikud (nt vt näo feminiseerimise operatsiooni kohta: Gavin A Raner *et al.*<sup>41</sup>). Ka taotlejate hinnangul ei ole nimetatud operatsioone korrektne nimetada kosmeetilisteks, kuna neil on drastiline mõju neid vajavate inimeste heaolule. Kas ministeerium nõustub uuringutega ja taotlejate hinnanguga?
152. Paljud inimesed M-soomarkeriga, kellel on günekomastia, kogevad kannatusi, kuna nende keha omadused ei vasta nende tajutud soole (palume võrrelda küsimuse 1 sõnastusega). Kas rindade vähendamise operatsioon on tervisekindlustusega kaetud juhul, kui operatsiooni vajava inimese soomarker on M?
153. Kas ministeeriumi arvates võivad ainult need inimesed, kelle soomarker on M, kannatada rindade suuruse tõttu? (Siin ja edasi mõtleme mitte füüsilist ebamugavust, vaid kannatusi – düsfooriat – mis on põhjustatud keha omaduste mittevastavusest tajutud soole.)
154. Informeerime ministeeriumi, et mõned mittebinaarsed inimesed (ka need, kes N- ja M-soomarkeri vahel valides eelistaksid N-soomarkerit) kogevad kannatusi rindade suuruse tõttu, kuid et mõned paiksoolised ja transsoolised mehed ei koge rindade suuruse tõttu kannatusi. Kas ministeerium nõustub, et tegelikult ei ole võimalik inimese olemasolevast ega soovitud soomarkerist ega ka inimese identiteedist täpselt järelada, kas ta kogeb või ei koge kannatusi rindade suuruse tõttu?
155. Kas rindade vähendamise operatsioon on tervisekindlustusega kaetud juhul, kui operatsiooni vajava inimese soomarker ei ole M? Kas see on kaetud täpselt samas korras ja ulatuses võrreldes rindade vähendamise operatsiooniga inimese puhul, kelle soomarker on M?
156. Taotleme ministeeriumi õiguslikku hinnangut: kas küsimustes 152–155 kirjeldatu kujutab endast nende transinimeste diskrimineerimist, kelle soomarker ei ole M? Kui vastus on eitav, palume hinnangut põhjendada; vastasel juhul palume selgitada, kas selline diskrimineerimine on ministeeriumi arvates põhjendatud (ja millega).
157. Kas näo feminiseerimise operatsioon on kaetud tervisekindlustusega? Kui ei ole, palume selgitada, miks.
158. Kas suguelundite operatsioon on kaetud tervisekindlustusega? Kui ei ole, palume selgitada, miks.

---

<sup>39</sup> Katie Burgener *et al.* Bicalutamide does not raise transaminases clinically significantly compared to alternative anti-androgen regimens among transfeminine adolescents and young adults: A retrospective cohort study (2025). <https://doi.org/10.1080/26895269.2025.2452184>

<sup>40</sup> Jaime Swan *et al.* Mental health and quality of life outcomes of gender-affirming surgery: A systematic literature review (2023). <https://doi.org/10.1080/19359705.2021.2016537>

<sup>41</sup> Gavin A Raner *et al.* Quality of life outcomes in patients undergoing facial gender affirming surgery: A systematic review and meta-analysis (2023). <https://doi.org/10.1080/26895269.2023.2278736>

### *Seadusandluse väär rakendamine ning küsitav tõlgendamine*

159. Sotsiaalministri käskkirja 30.09.2025 nr 76 punkt 4.8 sätestab, et iga isiku puhul protokollitakse komisjoni koosoleku otsus soolise ebakõla tuvastamise või selle mittetuvastamise kohta. Kas ministeeriumi arvates kehtib see kohustus ka juhul, kui komisjon soovib isikut uuesti kutsuda komisjoni vastuvõtule (määruse § 3 punkti 3 alusel)?
160. Otsust soolise ebakõla mittetuvastamisest saab kohtus vaidlustada. Kas ministeeriumi hinnangul võib komisjon vastutuse vältimiseks kutsuda isikut, kelle puhul komisjon tegelikult ei soovi teha otsust soolise ebakõla tuvastamise kohta, uuele vastuvõtule piiramatul arv kordi, põhjendades seda nii, et iga kord on teoreetiline võimalus ebakõla tuvastamiseks?
161. Kas ministeerium on teadlik praktikast, et komisjon mõnikord üldse keeldub otsust tegemast soolise ebakõla tuvastamise või selle mittetuvastamise kohta ning ei paku isikule uut vastuvõtuaega? Kas ministeeriumi arvates on selline praktika aktsepteeritav ja uue määrusega kooskõlas? Kuidas saab seda vaidlustada?
162. Kas ministeerium on nõus taotlejate arvamusel, et komisjoni keeldumine otsuse tegemisest koos taotleja mitte kutsumisega uuele vastuvõtule on ekvivalentne (olemuslikult sama) otsusega soolise ebakõla mittetuvastamisest?
163. Kas ministeerium nõustub, et kui komisjon keeldub tegemast otsust soolise ebakõla tuvastamisest või mittetuvastamisest, on sotsiaalministri 25.08.2025 määruse nr 42 § 6 lg 2 osa 2 rakendatav?
164. Mitu otsust soolise ebakõla mittetuvastamisest tegi komisjon alates 1. septembrist 2025. a? Kas komisjon tõepoolest selgesõnaliselt informeeris kõiki neid pöördujaid, et nende kohta on tehtud otsus just soolise ebakõla mittetuvastamisest? (Sõnastust „komisjon ei kinnita ega lükka ümber, et teil on sooline ebakõla“ jms peame ebapiisavaks.)
165. Kas kõik otsused soolise ebakõla mittetuvastamisest sisaldasid sõnaselget vaidlustamisviidet?
166. Kuidas pannakse kirja protokollis ja kuidas kajastub statistikas (vt käskkirja punkt 4.9) komisjoni keeld teha otsus soolise ebakõla tuvastamisest või mittetuvastamisest?
167. Kas ministeerium on nõus taotlejate seisukohaga, et õigusriigis (sh Eestis) peaks inimesele selgitama otsuseid, mis on talle negatiivsed?
168. Kas ministeerium on nõus taotlejate seisukohaga, et õigusriigis peaks komisjon selgitama inimesele otsust soolise ebakõla mittetuvastamisest, mis on inimesele arusaadavalt negatiivne?
169. Kas ministeeriumi hinnangul võib selline selgitus olla üldine või peab see arvestama konkreetse pöörduja asjaolusid?
170. Kas ministeerium ja komisjon mõistavad, et otsuse pikk ootamine pärast vastuvõttu on pöördujatele tihti ärevust tekitav (st emotsionaalselt valulik), sh teadmatuse tõttu?
171. Kas ministeerium on teadlik sellest, et komisjoni otsuste edastamisega esineb olulisi viivitusi (mõnikord otsust oodatakse enam kui 4 nädalat pärast vastuvõttu)?
172. Arvestades, et komisjon peab tegema otsuse vastuvõtu tulemuste põhjal, palume komisjonil selgitada: mis põhjustab eelmises küsimuses kirjeldatud viivitusi?
173. Kas ministeerium peab eelmises küsimuses antud komisjoni selgitusi piisavaks, et õigustada neljanädalast viivitust?
174. Kas ministeerium on nõus taotlejate seisukohaga, et otsus ja ka kiri Terviseportaali võiksid igal juhul saabuda viie tööpäeva jooksul?

### *Pöördujate hoiakud*

175. Kuidas komisjon hindaks Eesti transinimeste hoiakuid komisjoni regulatsiooni, koosseisu ja töö kohta? Kas need on pigem negatiivsed, või pigem positiivsed? Sama küsimus ministeeriumile.
176. Paljud transinimesed leiavad, et komisjon on väravavalvur. Miks on see komisjoni arvates levinud seisukoht? Kas ministeerium soovib midagi lisada?
177. Kas ministeerium nõustub taotlejate seisukohaga, et luues inimestes usaldust riigi abivalmidusse, saab vältida ühiskonnakihtide radikaliseerumist?

### *Ebakohased kommentaarid ja küsimused komisjoni vastuvõtul*

178. Kas ministeeriumi arvates on komisjoni liikmele kohane ja lugupidav vastuvõtu ajal ilmse hääle soodüsfooriaga transmehest pöördujale ütelda, et „on ju ka madalamate häältega naised“?
179. Kas komisjon nõustub taotlejate arvamusel, et eelmises küsimuses kirjeldatud olukorras kasutas arst oma autoriteeti ja võimu selleks, et veenda pöördujat (ja teisi arste), et pöörduja kannatused on väikesed ning sellega ka põhjendada keeldumist teha otsus soolise ebakõla tuvastamisest?
180. Kas komisjon ja ministeerium nõustuvad taotlejate seisukohaga, et eelmises küsimuses nimetatud arsti käitumisel on sohutamise või muu manipulatiivse taktika kasutamise tunnuseid?
181. Mis eesmärgiga küsib komisjon vastuvõtu ajal, kustkohast pöörduja sai esimest korda teada hormoonravist ning kus ta tutvus transsoolisuse mõistega?
182. Vastuvõtul küsis komisjon pöörduja käest, et mis on tema meelest erinevus mehe ja naise vahel. Mis on komisjoni hinnangul erinevus mehe ja naise vahel?
183. Millise eesmärgiga küsis komisjon pöördujalt tema isiklike filosoofiliste vaadete kohta (täpsemalt, mis on tema arvates erinevus mehe ja naise vahel)? Kuidas selline küsimus inimese ontoloogiliste ja fenomenoloogiliste uskumuste kohta seostub inimesel soolise ebakõla tuvastamisega?
184. Küsime ministeeriumilt: kas komisjoni liikmele on kohane ja lugupidav vastuvõtu ajal küsida inimese kehakaalu kohta? Küsime komisjonilt: mis eesmärgiga seda oli tehtud?
185. Küsime komisjonilt ja komisjoni esimehelt: miks rääkis komisjoni esimees vastuvõtu ajal pöördujale võimalikust kahetsusest ning märkis, et enamasti esimesed kümme aastat on eufooria aeg (viidates sellele, et alles hiljem hakatakse kahetsema), kuid ei komisjoni esimees ega ka ükski teine koosolekul osalev komisjoni liige ei jaganud pöördujaga teavet selle kohta, kui tihti või harva inimesed tõepoolest kahetsevad hormoonravi kasutamist?
186. Küsime komisjoni esimehelt: kust üldse tuleb eelmises küsimuses toodud info, et just kümme aastat on n-ö eufooria aeg? Kas tegemist on isikliku kogemusega/uskumisega või usaldusväärse teadusliku tulemusega (palume viidet)?
187. Kas ministeeriumi hinnangul on komisjoni esimehe eelmises küsimuses antud väidete esitamine kohustuste täitmise käigus asjakohane? Kas ministeerium nõustub järgmise komisjoni esimehe teises vastuvõtus öelduga: „me oma kogemusi tegelikult ei tohi patsientidele [...] esitada“?

### *Vastutus*

188. Sellele küsimusele ning küsimustele 189, 190 ja 191 palume üksnes ministeeriumil vastata. Kelle poole peaks pöörduma komisjoni vastuvõtu läbinu, kui tema hinnangul ta koges vastuvõtul vaimset vägivalda (vt hulgalisi näiteid üleval)? Kuidas on võimalik vaimse vägivalda asjaolu tõestada?

189. Kas pöördujal on õigust komisjoni vastuvõtu ajal salvestada heli, oletades, et pöörduja teavitab sellest komisjoni? Palume õiguslikult põhjendada.
190. Kas komisjonil on õigust keelduda vastuvõttu läbi viimast ja/või keelduda langetamast otsust soolise ebakõla tuvastamise kohta põhjusel, et pöörduja teeb helisalvestist? Palume selgitada viidates kehtivale seadusandlusele.
191. Kas pöörduja on kohustatud teatama heli salvestamisest?
192. Kui ministeerium, komisjon või komisjoni liikmed peaksid eitama asjaolusid, mille kohta taotlejatel on olemas kindel teave või tõendid, kuhu võiksid taotlejad pöörduda tõe väljaselgitamiseks?

#### *Komisjoni koosseis*

193. Käskkirjas on viidatud, et kaks isikut on kliinilised psühholoogid. Miks on seda täpsustatud? Kuidas on kliinilise psühholoogi ekspertiis komisjoni töös kasulik?
194. Käskkirjas on viidatud, et kaks isikut on psühhiaatrid. Miks on seda täpsustatud? Kuidas on psühhiaatri ekspertiis komisjoni töös kasulik?
195. Kas komisjoni koosseisus on transinimesi? Kui ei ole, siis miks?
196. Kuidas oleksid ministeeriumi hinnangul komisjoni kuuluva(te) transinimes(t)e kogemused ja sellega kaasnevad teadmised komisjoni töös kasulikud?
197. Palume ministeeriumil selgitada: miks just need inimesed on komisjoni koosseisu valitud?
198. Palume ministeeriumil selgitada komisjoni esimehe, aseesimehe ja iga liikme kohta: mis eriala- ja/või kutseühenduste ettepanekul on see isik komisjoni koosseisu valitud (vt käskkiri punkt 1).
199. Palume ministeeriumil selgitada: miks on just Kai Haldre komisjoni esimees? Millised erilised kvalifikatsioonid tõstsid teda esile võrreldes teiste komisjoni liikmetega, et olla komisjoni esimees?
200. Miks ei küsinud ministeerium eelnevalt komisjoni koosseisu kohta potentsiaalsete pöördujate, st suuresti transinimeste, ja neid esindavate õiguskaitses organisatsioonide arvamusi?

#### *Muud küsimused komisjoni töö kohta*

201. Küsime komisjonilt: millistest spetsiifilistest arstiteaduse ajakohastest reeglitest (määruse §3 lg 1) lähtub komisjon soolist ebakõla tuvastades, st kas tegemist on RHK-11 HA60 kriteeriumitega, Endocrine Society juhistega, mingite teiste konkreetsete juhenditega või komisjoni „kõhutundega“ parasjagu kehtivatest normidest? Küsimus ei käsitle nõustamist hormoonravi kavandamisel.
202. Küsime komisjonilt: milliseid juhiseid kasutab komisjon nõustamiseks hormoonravi kavandamisel? Kas tegemist on WPATH SOC-8-ga, Endocrine Society juhistega või mingite teiste konkreetsete juhenditega?
203. Eelmise kahe küsimuse kohta: kas komisjon kasutab samu kriteeriume nii soolist ebakõla tuvastades kui ka hormoonravi vajalikkust hinnates? Palume tuua välja erinevusi.
204. Küsime ministeeriumilt: kas komisjon tohib mingitel põhjustel vältida ja ignoreerida kaasaegseid ja kõrge teadusväärtusega juhiseid või nende osi, näiteks WPATH SOC-8 või selle peatükki 6?
205. Kes langetas otsuse, milliseid juhiseid uus komisjoni koosseis kasutab soolise ebakõla tuvastamiseks? Kas see otsus on dokumenteeritud?
206. Kes langetas otsuse, milliseid juhiseid uus komisjoni koosseis kasutab nõustamiseks? Kas see otsus on dokumenteeritud?

207. Miks küsib komisjon vastuvõtu lõpus pöördujalt tema ärevustaset nii enne kui pärast vastuvõttu?
208. Kas ja kuidas salvestab komisjon infot ärevuse tasemete kohta?
209. Milliseid meetmeid võtab komisjon, et vältida pöörduja vaimse tervise edasist halvenemist juhul, kui komisjoni vastuvõtt põhjustas pöördujal ärevust, mida ta hindab kümnele kümnest?
210. Taotlejate teadmisel mõningatel juhtudel annab komisjon vanematele inimestele ootejärjekorras prioriteedi võrreldes noorte täiskasvanutega, mille tagajärjena noorematel inimestel on suurem ooteaeg kui vanematel. Küsime: (1) komisjoni põhjendust kirjeldatud praktikale, (2) ministeeriumilt, mis on kirjeldatud praktika õiguslik alus. Kas diskrimineerimine vanuse alusel on ministeeriumi hinnangul aktsepteeritav praktika?
211. Kas ministeerium on teadlik, et RHK-11 kood HA60 *Gender Incongruence of Adolescence and Adulthood* ei eelda soolist düsfooriat ega soovi hormoonravi vastu?
212. Küsime komisjonilt: kas komisjon teeb otsuse soolise ebakõla tuvastamisest ka sellel juhul, kui soolise ebakõlaga pöördujal ei avaldu sooline düsfooria? Eitava vastuse puhul palume ministeeriumil täpsustada: kuidas on see kooskõlas uue määruse tekstiga, sh soolise ebakõla mõistega ja arstiteaduse ajakohaste reeglitega.
213. Kas ministeeriumi tõlgenduses on hormoonravi või muu soolist üleminekut toetavate tervishoiuteenuste kasutamine või kasutamise soov eeldus soo juriidilisele tunnustamisele?
214. Küsime komisjonilt: kas komisjon teeb otsuse soolise ebakõla tuvastamisest ka sellel juhul, kui soolise ebakõlaga pöörduja ei soovi hormoonravi? Eitava vastuse puhul palume ministeeriumil täpsustada: kuidas on see kooskõlas uue määruse tekstiga, sh soolise ebakõla mõistega ja arstiteaduse ajakohaste reeglitega.
215. Mitu isikut said 2025. a septembrist kuni 2026. a aprillini (k.a) otsuse soolise ebakõla tuvastamise kohta, kuid ei saanud komisjoni hinnangut, et hormoonravi on soovitatav/aktsepteeritav? Palume komisjonil seda arvu soovi korral kommenteerida.
216. Palume komisjonil selgitada, kas komisjon küsib pöördujalt, kas ta soovib hormoonravi ja milliseid muutusi seoses hormoonraviga ta ootab, enne seda kui komisjon tuvastas inimesel soolist ebakõla? Kui vastus on jaatav, palume ministeeriumil selgitada, mis eesmärgil seda tehakse ja kas tegemist on põhjendamatu eraelu riivega? (Määruse § 3 lg 3 kohaselt nõustab komisjon hormoonravi küsimustes vaid pärast soolise ebakõla tuvastamist.)
217. Kas komisjonil on ülevaade sellest, mis on komisjonile pöördujate (st avalduste esitanud isikute) osakaal, kelle kohta on juba tehtud otsus soolise ebakõla mittetuvastamise kohta, või kellele oli tehtud negatiivne otsus 07.05.1999 määruse nr 32 § 2 tähenduses? Kui jah, palume jagada ülevaadet 2025. aastal avaldust (taas)esitanud isikute kohta. Kui ei, palume selgitada, kas ministeerium peab või ei pea nii olulise teabe puudust problemaatiliseks ja mis põhjusel.
218. Ajakohane 2022. aastal ilmunud WPATH SOC-8 kirjeldab, et soolise ülemineku toetav tervishoid on multidistsiplinaarne, st et inimesel võib olla vaja saada hinnanguid ja teenuseid erinevate ekspertiisidega arstidelt; soovitakse, et arstide vahel on piisav kommunikatsioon. Viis aastat enne seda ilmunud Endocrine Society juhised aga mainivad otse ka multidistsiplinaarset tiimi. Juhised kirjeldavad tiimi vajadust teismeliste patsientide puhul ning ka keerulistel juhtudel. Samuti juhised kirjeldavad (vt Changes Since the Previous Guideline), et „Ravi jälgima peaks multidistsiplinaarne meeskond, mis koosneb eelistatavalt meditsiini- ja vaimse tervise spetsialistidest“ (tõlge inglise keelest). Taotlejad peavad positiivseks muutuseks, et nii soo andmete muutmise võimaldamine kui ka nõustamine tervishoiuteenuste kavandamisel saab toimuda vaid

ühe vastuvõtuga, ning tänavad ministeeriumi selle muudatuse läbiviimise eest. Eriti absurdseid ooteaegu arvestades ei pea taotlejad otstarbekaks komisjoni regulatsiooni muutmist viisil, mis annaks inimesele võimaluse kasutada seda nõuandva organina ravi jälgimiseks ning ka praegu reeglina komisjon ei tegele ravi jälgimisega. Seoses sellega palume ministeeriumil võtta seisukoht, kas komisjon täidab või ei täida sellise multidistsiplinaarse meeskonna rolli, mis Endocrine Society 2017. aasta juhiste kohaselt peab ravi jälgima, kuna reeglina kohtub pöörduja komisjoniga vaid üks kord ning ka see toimub tihti enne ravi alustamist.

219. Palume ministeeriumi õigusosakonnal selgitada, kas kehtiv seadusandlus seab soolise ebakõla otsuse tegemise tingimuseks (1) vastuvõtu pikkuse ja (2) selle formaadi. Kas seadusandlusega oleks kooskõlas näiteks see, kui komisjon peab juhul, kui pöörduja sooline ebakõla on eelduslikult ilmselge ning selle tuvastamine on väga lihtne, üksnes väga lühikese veebivastuvõtu, tingimusel et pöörduja on sellega nõus ega soovi tervishoiuteenuste kavandamiseks pikemat nõustamist? Taotlejate hinnangul eelistaks vähemalt osa pöördujatest (sh taotlejatest) sellist vastuvõtu formaati. Samuti aitaks sellise formaadi võimaldamine oluliselt lühendada ooteaega. Kui selline formaat ei ole seadusandlusega kooskõlas, palume täpsustada, milliseid käskkirja sätteid tuleks selle võimaldamiseks muuta.

#### *Küsimused käskkirja muudatuste kohta*

220. Küsime ministeeriumilt: miks on uuest käskkirjast võrreldes eelmisega (01.08.2024 nr 55) jäetud välja punkti 4.6 osa (eelmises punkti 5.6 osa), mis sätestas, et konsensuse puudumisel teeb komisjon otsuse lihthääletamisega?

221. Küsime ministeeriumilt: miks on uuest käskkirjast puudu säte (käskkirjast 05.07.2021 nr 77), et vastuvõtu ooteaeg ei tohi olla suurem kui 3 kuud?

#### *Aegunud juhised*

222. Kas ministeerium kavatses tagada, et järgmisest hormoonravi juhiste redaktsioonist võetakse välja sõnastused, mida komisjon võib valesi tõlgendada kui suunist nõuda igalt pöördujalt psühhiaatri või mõne muu arsti juurde minemist mingi diagnoosi saamiseks?

223. Kas ministeerium kavatses tagada, et järgmisest juhiste redaktsioonist võetakse välja sõnastused, mis võivad olla valesi tõlgendatud arstide poolt nii, nagu hormoonravi saamiseks Eesti arstilt peab inimene ilmtingimata saama mingi diagnoosi, mida endokrinoloog ei saa ise panna?

224. Kas ministeerium kavatses tagada, et järgmisest juhiste redaktsioonist võetakse välja viited nüüdseks aegunud ja arstiteaduse ajakohastele reeglitele mittevastavale põhimõttele, et täisealisel patsiendil ilmtingimata ja asjaoludest olenemata peab kindlasti olema komisjoni otsus soolise ebakõla tuvastamisest (või hormoonravile heakskiit) enne hormoonravi alustamist?

225. Juhises on juba selgelt märgitud, et geneetiline testimine ei ole vajalik. Kas ministeerium kavatses samal viisil tagada, et järgmisesse juhiste redaktsiooni lisataks ühemõttelised sõnastused, mis välistaksid eelmises kolmes küsimuses kirjeldatud nõuded?

226. Kas juhistes on kirjeldatud hormoonravi osutamise omapärad intersoolistele inimestele?

227. Miks 2023. a detsembris ilmunud juhised, erinevalt 2022. aastal ilmunud WPATH SOC-8-st, isegi ei maini mittebinaarseid inimesi ega tunnista, et hormoonravi võivad soovida ja sellest kasu saada inimesed, kes ei ole transsoolised naised ega transsoolised mehed?

228. Kas ministeerium nõustub WPATH SOC-8 sissejuhatuses sätestatuga: „Kui teatud rühmade jaoks puuduvad ravi standardid, võib selline tühimik põhjustada mitmesuguseid terapeutilisi lähenemisi, sealhulgas neid, mis võivad olla vastupidise mõjuga või kahjulikud. SOC-8 sisaldab soovitusi tervise ja heaolu edendamiseks sooliselt mitmekesiste inimeste rühmadele, mis on sageli olnud tähelepanuta jäetud ja/või marginaliseeritud, sh mittebinaarsed inimesed [ja teised]“? Kui vastus ei ole ühemõtteliselt jaatav, palume täpsustada, millega täpselt ei ole ministeerium nõus ning mis põhjusel.
229. Kas ministeerium nõustub taotlejate seisukohaga, et kuna eestikeelsetes juhistes ei ole kirjeldatud mittebinaarsetele inimestele hormoonravi osutamise tähtsad eripärad, vähemalt mittebinaarsete inimeste prima ravikvaliteedi tagamiseks arstile on soovitatav lähtuda rahvusvaheliselt tunnustatud ravijuhistest, mis kirjeldavad mittebinaarsetele inimestele hormoonravi osutamise soovitusi?
230. Juhendi lk 8 sätestab: „Enne hormoonravi alustamist on tervishoiutöötajatel kohustus kinnitada, et on täidetud kõik vastavad eeldused, mis on täpsemalt välja toodud tabelis 1. (1)“, kus (1) viitab Endocrine Society juhiste. Tabelis 1 on esitatud tõlge Endocrine Society juhiste tabelist 4 <sup>42</sup>; tõlgitud tekst aga ei vasta originaali mõttele. Tabeli originaalpealkiri on: „Criteria for Gender-Affirming Hormone Therapy for Adults“, tõlge: „Hormoonravi alustamise kriteeriumid“; kolmas punkt originaalis on: „The age of majority in a given country (if younger, follow the criteria for adolescents)“, tõlge: „Indiviidi täisealisus“. Seega jätavad eestikeelsed juhised mulje, nagu need taasesitaksid rahvusvaheliselt tunnustatud juhistes sätestatud, kuid tegelikkuses piiravad need mõnede patsientide ligipääsu hormoonravile, mis kujutab endast otsest kõrvalekallet rahvusvahelistest juhistest. Sellega seoses palume selgitada: (1) miks juhised jätavad refereeritud allikast eksitava mulje, (2) miks juhised isegi ei maini rahvusvaheliste juhiste seisukohti hormoonravi ega puberteediblokaatori kasutamisest teismelistel, (3) miks juhised ei põhjenda selles küsimuses rahvusvahelistest juhistest kõrvalekaldumist (st hormoonravi mitteväimaldamist alaealistele). Palume selgitada, kas järgmises juhiste redaktsioonis kalduetakse samamoodi põhjendamatult kõrvale rahvusvaheliselt tunnustatud meditsiinilistest reeglitest või mitte.
231. Juhised, järgides rahvusvaheliselt tunnustatud ravijuhiseid, sätestavad, et hormoonravi alustamiseks peavad „vaimse tervise probleemid (nende olemasolul) olema piisavalt hästi ohjatud“. Kas see nõue viitab eelkõige sellistele vaimse tervise seisunditele, mis võivad takistada inimesel anda hormoonraviks informeeritud nõusolekut või osaleda ravis turvaliselt (nt psühhoos, akuutne maniaepisood, raske kognitiivne kahjustus vms), või hõlmab see ka näiteks depressiooni ja ärevushäireid? On mõistetu, et vaimse tervise probleemide korral peab inimesel olla kättesaadav vajalik abi. Samas, kas kaasaegsed rahvusvahelised ravijuhised toetavad tõlgendust, mille kohaselt ainuüksi depressioon või ärevus (mida transinimesed kogevad ebaproportsionaalselt sageli, sealhulgas soolise düsfooria ja diskrimineerimise tõttu) peaks aeglustama inimese ligipääsu hormoonravile? (Võrdluseks vt WPATH SOC-8 Statement 5.3.c koos selgitava tekstiga.)
232. Kas depressiooni või ärevuse tõttu hormoonravile ligipääsu takistamine on patsiendi huvides? Jaatava vastuse puhul palume põhjendada ajakohaste arstiteaduslike uuringutega.

---

<sup>42</sup> Tegelikult tabel taasesitab WPATH SOC-7-s sätestatud. <https://doi.org/10.1080/15532739.2011.700873>, samuti kättesaadav: [https://www.researchgate.net/publication/254366000\\_Standards\\_of\\_Care\\_for\\_the\\_Health\\_of\\_Transsexual\\_Transgender\\_and\\_Gender-Nonconforming\\_People\\_Version\\_7](https://www.researchgate.net/publication/254366000_Standards_of_Care_for_the_Health_of_Transsexual_Transgender_and_Gender-Nonconforming_People_Version_7)

233. Juhistes on kirjas, et „Transsoolisi inimesi tuleks julgustada kogema uues soorollis elamist“. Kas kõik hormoonravi vajavad transsoolised ja mittebinaarsed inimesed soovivad või peaksid soovima uues soorollis elada? Palume kirjeldada, kas ajakohaste meditsiiniliste reeglite kohaselt tuleb inimesele tagada ligipääs soolist üleminekut toetavatele tervishoiuteenustele (sh hormoonravile) ka sellel juhul, kui ta ei soovi niinimetatud päriselu testi (ingl *real-life test*) läbida. Juhime tähelepanu sellele, et WPATH SOC-8 loobub varasemast päriselu testi käsitlesest ning ei pea sotsiaalset soolist üleminekut hormoonravi eeltingimuseks (nt vt Statement 8.2).
234. Juhistes on kirjas, et „Transsoolised inimesed võivad, aga ei pruugi meditsiiniliselt vajada soolist üleminekut toetavat hormoonravi, et saavutada oma sooline identiteet“. Palume selgitada, kuidas saab hormoonravi aidata soolise identiteedi saavutamise, või täpsustada, mida tegelikult mõeldakse selle sõnastusega.
235. Mitte kõik hormoonravi vajavad inimesed ei soovi vastata *cis*-normatiivsetele välimusstandarditele. Hormoonravi eesmärkide käsitlese ei maini juhised, et transinimesel võivad olla individuaalsed eesmärgid seoses hormoonraviga (nt östradioli või testosterooni mikrodoosimine). Kas ministeeriumi arvates on arstil vaja patsiendi soove hormoonravi plaani määramisel arvesse võtta?
236. Juhised kirjeldavad „bioloogilise soo“ mõistet kui „sugu, mis määratakse inimesele tema sünniga, lähtudes indiviidi sisemistest ja välimistest suguorganitest, kromosoomidest ja hormoonidest“. Kas Eestis kasutatakse vastsündinu soomarkerit määraes kromosoomi ja hormoone?
237. RHK-11 kinnitati Maailma Terviseassamblee poolt 2019. aastal ning see jõustus 2022. aasta jaanuaris. 2023. aasta detsembris ilmunud juhendite peatükk „Transsoolisuse diagnoosimise [sic] kriteeriumid“ kirjeldab, et „soolist üleminekut toetava hormoonravi alustamiseks ja raviaegeks jälgimiseks peavad protsessi kaasatud tervishoiutöötajad olema kursis kõikide diagnoosikriteeriumitega“ ning käsitleb seejärel DSM-5 kriteeriume, RHK-10 kriteeriume ning samuti mainib RHK-11 kriteeriumite olemasolu. Kas ministeeriumi arvates peavad arstid Eesti kontekstis arvestama irrelevantsete DSM-5 kriteeriumitega ja vähem ajakohaste RHK-10 kriteeriumitega?
238. Kuigi peatükk edastab DSM-5 ja RHK-11 kriteeriumid täismahus, sisaldub RHK-11 kohta peatükis vaid üks kirjeldav lause. Leiame, et niivõrd mittetõsine käsitlemine on ajakohastele juhistele lubamatu. Kas ministeerium tagab, et RHK-11 koodi HA60 täispealkiri ning täistekst oleksid järgmiste juhiste redaktsioonis edastatud täismahus?
239. Soovime selgitusi juhiste autoritelt. Mis eesmärgil on lõigus täpsustatud, kelle eestvedamisel võeti kasutusele RHK-11 koostamisel termin „sooline ebakõla“? Miks on sõna ‘*conditions*’ vasteks valitud sõna ‘probleemid’, mitte mõni neutraalsem sõna nagu ‘seisundid’? Kas lõigu autori hinnangul on sooline ebakõla probleem?
240. Millised olid ministeeriumi kulud seoses juhiste (sh nõusolekuvormide) ilmumisega?

#### *Hormoonravi nõusolekuvormid*

241. Miks ei kirjelda (ei feminiseeriva ega viriliseeriva) hormoonravi nõusolekuvorm (detsembris 2023. a ilmunud Soolise ülemineku hormoonravi juhendis) kõige olulisemaid hormoonravi tõenäosuslikke toimeid, milleks on: soolise düsfooria vähenemine, elukvaliteedi paranemine, depressiooni ja ärevuse vähenemine, suitsidaalsuse vähenemine, enesetunde paranemine?

242. Miks vorm ei kirjelda arstiteaduslikus kirjanduses hästi uuritud asjaolu, et üks hormoonravi tulemus transinimestel on paranenud kehapildiga rahulolu (vt nt Owen-Smith *et al.*<sup>43</sup>)?
243. Kas ministerium nõustub taotlejate seisukohaga, et niivõrd tähtsatest toimetest vaikumine ei austa patsienti ega järgi informeeritud nõusoleku põhimõtteid? Palume selgitada.
244. Lisaks, mida ministeriumi hinnangul saab nõusoleku kvaliteedist ja objektiivsusest järeldada võttes arvesse seda asjaolu, et kuigi vormid jätavad mainimata palju sagedamaid toimeid nagu suitsidaalsuse, depressiooni ja ärevuse vähenemist, sätestab feminiseeriva hormoonravi vorm, et üks võimalik kõrvalmõju on „Tujuhäired, nagu pisaravalmidus, depressioon ja ärevus“? (Informeerime ministeriumit, et pisaravalmidus on paljudel feminiseerivat hormoonravi läbivatel inimestel hoopis soovitud muutus.)
245. Millisele allikale tugineb nõusolekuvormi kirjeldatu, et „Tujuhäired, nagu pisaravalmidus, depressioon ja ärevus“ on võimalik kõrvalmõju?
246. Informeerime ministeriumit, et osteoporoosi risk ajutiselt suureneb eelkõige pikaaegse suguhormoonide puudujääki tõttu (nt antiandrogeeni kasutamine koos ebapiisava östradioli doosiga). Uuringutes on leitud (nt vt Chantal M Wiepjes *et al.*<sup>44</sup>), et õigesti osutatud hormoonravi ei mõjuta märgatavalt negatiivselt luude tervist, vaid isegi mõnevõrra parandab seda. Palume selgitada, miks on osteoporoos loetletud mõlemates nõusolekuvormides võimalike raviriskide hulgas.
247. Miks kirjeldab feminiseeriva hormoonravi vorm raviriskide hulgas „Teatud vähitüüpide suurenenud risk, kaasa arvatud rinnavähk“, kuid vaikib, et tegelikult „suurenenud risk“ rinnavähi puhul on ikka madalam kui paiksoolistel naistel?
248. Juba 2020. aastal ilmnis suurema teadusväärtusega (võrreldes samateemaliste varasemate uuringutega) uuring<sup>45</sup>, mis näitas, et hormoonravi läbivatel transsoolistel naistel eesnäärmevähi risk on hoopis oluliselt väiksem kui paiksoolistel meestel. Miks tugineb feminiseeriva hormoonravi nõusolekuvorm eesnäärmevähi riski kirjeldades vananenud ja väiksema teadusväärtusega teabele?
249. Informeerime ministeriumi, et väga haruldane meningioomi risk tekib kõrgete Tsüproteroonatsetaadi dooside kasutamise tagajärjel. Euroopa Ravimiamet hoiatas<sup>46</sup> 2020. aastal riski suurenemisest, kui Tsüproteroonatsetaadi doos on vähemalt 10mg päevas, kuid selgesõnaliselt märkis, et olemasolevad andmed ei näita riski madala annusega tsüproterooni ravimite puhul, mis sisaldavad 1 või 2 milligrammi tsüproterooni koos etinüülöstradioli või östradiolvaleraadiga ning mida kasutatakse akne, hirsutismi, rasestumisvastase vahendina või hormoonraviks. Palume selgitada, mis kaalutlusel sätestab feminiseeriva hormoonravi vorm sellele vaatamata, et „Tsüproteroonatsetaadi kasutamine on seotud suurenenud riskiga meningioomi (ajukelmetest lähtuv kasvaja) tekkimiseks“ ning isegi ei maini, et risk on seostatud vaid kõrgete doosidega.

---

<sup>43</sup> Owen-Smith *et al.* Association Between Gender Confirmation Treatments and Perceived Gender Congruence, Body Image Satisfaction, and Mental Health in a Cohort of Transgender Individuals (2018). <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.017>. Tulemuste lõigust: „Body-gender congruence and body image satisfaction were higher, and depression and anxiety were lower among individuals who had more extensive GCT [gender confirmation treatments] compared to those who received less treatment or no treatment at all.“

<sup>44</sup> Chantal M Wiepjes *et al.* Bone Safety During the First Ten Years of Gender-Affirming Hormonal Treatment in Transwomen and Transmen (2018). <https://doi.org/10.1002/jbmr.3612>

<sup>45</sup> Iris de Nie *et al.* Prostate Cancer Incidence under Androgen Deprivation: Nationwide Cohort Study in Trans Women Receiving Hormone Treatment (2020). <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa412>

<sup>46</sup> Euroopa Ravimiamet. Cyproterone-containing medicinal products - referral (2020). <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/referrals/cyproterone-containing-medicinal-products>

250. Miks on nii feminiseeriva kui ka viriliseeriva hormoonravi nõusolekuvormis jäetud riskid eraldamata, st miks ei ole riskid jagatud kategooriatesse sõltuvalt nende esinemistõenäosusest (nagu nt ravimite infolehtedel), miks ei ole antud võrdlust lähtepopulatsiooniga ning samast soost paiksooliste inimestega?
251. Miks ei ole kirjeldatud nõusolekuvormides riskide loeteludes seda, millise ravimi kohta need riskid käivad? Üheks näiteks: maksakahjustuse risk feminiseeriva hormoonravi puhul sõltub väga palju sellest, kas ja millist antiandrogeeni kasutatakse, samuti kuidas manustatakse östradioli (sublingvaalselt, suukaudselt, plaaster, geel, spreid, süstitav östradiolbensoaat, süstitav östradiolvaleraat, östradioltsüpiinaat, süstitav östradiolenantaat, süstitav östradiolundetsülaat, süstitav polüöstradioolfosfaat vms), kas võetakse lisaks progesterooni ning millistes doosides ravimeid võetakse.
252. Miks vorm sätestab „vähenenud seksuaaliha“ (ja mitte „võimalikud muutused seksuaalihas“) feminiseeriva hormoonravi pööratavate muutuste hulgas, kuigi tegelikult on uuritud (vt nt Defreyne *et al.*<sup>47</sup>), et 36 kuud pärast hormoonravi alustamist diaadiline (partneriga) seksuaaliha naistel keskmiselt on hoopis suurem?
253. Miks feminiseeriva hormoonravi nõusolekuvorm ei hoiata, et võimekus saavutada erektsiooni kaob püsivalt siis, kui erektsioon ei ole tekitatud regulaarselt, st et funktsiooni säilitamiseks peab inimene kompenseerima spontaansete erektsioonide puudujääki, mis tekib madala testosterooni taseme tõttu? (Ministeeriumile teadmiseks: mõned feminiseerivat hormoonravi läbivad inimesed soovivad kaotada erektsioonivõimet, mõned aga soovivad seda säilitada.)
254. Miks ei ole kirjeldatud teaduskirjanduses hästi dokumenteeritud (nt vt Gwyn Easterbrook-Smith<sup>48</sup>) hormoonraviga kaasnev kehalõhna muutus?
255. Miks võimaliku püsiva viljatuse kohta ei ole antud ajaraamistikku? Kas ministeerium nõustub, et praegune sõnastus võib jätta eksitava mulje, nagu oleks püsiva viljatuse risk kohene ja väga tõenäoline juba hormoonravi alustamisel, kuigi teaduskirjanduse (nt vt Ilaria Mancini *et al.*<sup>49</sup>) põhjal kujuneb viljakuse langus järk-järgult ning püsiva mõju tõenäosus suureneb oluliselt mitu kuud või aastat kestva ravi korral?
256. Miks (suhteliselt) konkreetsetele soovitudele, mis on relevantssed hormoonravi kasutavatele inimestele, on lisatud üldised ennetussoovitused mis ei ole transinimestele spetsiifilised? Millist eesmärki saavutab üldiste ennetussoovituste kirjeldamine?
257. Nõusolekuvormid sätestavad, et „Mind on teavitatud, et kirurgiline ravi sooliseks üleminekuks pole soovitatav varem, kui [feministeeriv/viriliseeriv] hormoonravi on kestnud vähemalt 12 kuud.“ Palume selgitada, kust on see soovitus pärit. Nt WPATH SOC-8 sätestab (vt Appendix D) soovitusliku (mitte kohustusliku) kriteeriumina täiskasvanutele hormoonravi perioodiks 6 kuud (kui hormoonravi on üldse soovitud ning kui selleks ei esine meditsiinilisi vastunäidustusi), mis võib olla pikem siis, kui see on konkreetse soovitud operatsiooni jaoks vajalik. Minimaalne kohustuslik 12-kuuline ajaperiood on sätestatud vaid (otsustusvõimeliste) teismeliste patsientide jaoks, kuid ka see ei laiene mastektomiaale, mis on efektiivne soodüsfooria-vastane meditsiiniline sekkumine, ka juhul, kui teismeealine või täisealine patsient ei saa hormoonravi (vt S66).

<sup>47</sup> Justine Defreyne *et al.* Sexual Desire Changes in Transgender Individuals Upon Initiation of Hormone Treatment: Results From the Longitudinal European Network for the Investigation of Gender Incongruence (2020). <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.12.020>. Tulemuste lõigust: „In TW, total, dyadic, and solitary SDI scores decreased during the first 3 months of HT. However, after 36 months, total and dyadic SDI scores were higher than baseline scores.“

<sup>48</sup> Gwyn Easterbrook-Smith. 'Boy smell': transgender and nonbinary people's experiences of bodily smell (2024). <https://www.doi.org/10.1080/13691058.2024.2379871>. Kokkuvõttest: “Smell seems to form part of a process of (re)identification with the physical self and gender affirmation that can be facilitated by GAHT.“

<sup>49</sup> Ilaria Mancini *et al.* Contraception across transgender (2021). <https://doi.org/10.1038/s41443-021-00412-z>

258. Viriliseeriva hormoonravi vormis on kirjas: „Mõnede teadusuuringute alusel võib olla suurenenud teatud pahaloomuliste kasvajate esinemisrisk, nagu munasarja-, rinnanäärme- ja emaka limaskestast vähk. Samas on uuringuid, mis sellist seost pole leidnud.“ Palume selgitada: (1) milliste uuringutega tegemist on ja (2) miks tekstilõik on sõnastatud, nagu oleksid uuringud esimesest lausest ja teisest lausest sama teadusväärtusega, kuigi tegelikult loetletud vähid olid tuvastatud vaid üksikutele patsientidel (ning on kirjeldatud haigusjuhtumites) ning süstemaatilised ülevaated ja kohortuuringud mingit vähiriski suurenemist ei leidnud. Suure vaatlusperioodiga 2019. aastal valminud uuring<sup>50</sup>, kus uuriti 1229 transmeest, näitas, et transsoolistel meestel on rinnavähi risk oluliselt väiksem, kui paiksoolistel naistel, aga miskipärast nõusolekuvorm seda ei maini.
259. Kas ministeerium nõustub taotlejate hinnanguga, et loetletud puudujäägid, suur osa millest võinuks olla vormide loomisel välditud, annavad alust kahtlustada, et nõusolekuvorm on kallutatud (st ei edasta infot hormoonravist erapooletult ja tasakaalustatult)?
260. Viriliseeriva hormoonravi nõusolekuvorm sätestab, et „Minu kohustus on olla teadlik turvaseksist“. Palume selgitada: kas ministeeriumi arvamisel laieneb see kohustus kõikidele seksivatele inimestele, või on see kohustus sätestatud vaid transmeeste jaoks. Palume selgitada, kas ministeeriumi hinnangul on sõna „kohustus“ selles kontekstis kohane, arvestades, et see termin jätab mulje justkui oleks tegemist õigusliku ettekirjutusega?
261. Viriliseeriva hormoonravi nõusolekuvorm sätestab: „kui sisemised suguorganid ei ole eemaldatud ja pikemaajaline viriliseeriva hormoonravi ajal tekib suguteedest veritsus, siis tuleb põhjuse selgitamiseks pöörduda naistearsti poole“. Kas ministeeriumi hinnangul võib või ei või põhjustada transmeestele stressi (soolist düsfooriat) see, kui palvel teatud juhtudel pöörduda günekoloogi poole, sõna „günekoloog“ asemel kasutatakse sõna „naistearst“?
262. Nõusolekuvorm sätestab, et „Ma saan aru, et soolist üleminekut toetav hormoonravi tähendab regulaarset tervisekontrolli vajadust kogu elu vältel“. Palume selgitada, miks sõnastus viitab sellele, nagu oleks regulaarne eriline tervisekontroll vajalik ka ajutise hormoonravi puhul.
263. Kas ministeeriumi hinnangul on juhend ja selles sisalduvad nõusolekuvormid ajakohased ning kooskõlas kaasaegsete arstiteadusreeglitega?
264. Kas ministeerium kavatses tagada, et selle küsimuste rühma eelmistes küsimustes märgitud puudused (paljud millest on taotlejate hinnangul tõsised) on järgmises nõusolekuvormide redaktsioonis kõrvaldatud?
265. Kas ministeerium on teadlik mõnest juhtumist, mil inimene keeldus hormoonravi alustamisest pärast nõusolekuvormi lugemist?
266. Kas iga endokrinoloog (või muu arst) saab ise valida, millist hormoonravi nõusolekuvormi patsiendile anda?
267. Kas ministeerium nõustub taotlejate seisukohaga, et juhistes antud vormide oluliste puuduste tõttu oleks mõne rahvusvaheliselt tunnustatud vormi kasutamine asjakohane, vähemalt juhul, kui patsient palub arstilt nõusolekuvormi inglise keeles?

### *Esitatav teabenõue*

268. Käesolevaga esitame ministeeriumile teabenõude komisjoni koosolekute protokollide statistiliste kokkuvõtete saamiseks 2021., 2022., 2023., 2024. ja 2025. aastate kohta (30.09.2025 käskkirjas nr 76 reguleeritud punktiga 4.9), sealhulgas:

<sup>50</sup> Christel J M de Blok *et al.* Breast cancer risk in transgender people receiving hormone treatment: nationwide cohort study in the Netherlands (2019). <https://doi.org/10.1136/bmj.11652>

koosolekute arv, koosolekutel käsitletud isikute arv ning nende suhtes tehtud hinnangud ja otsused ilma isikuandmeteta. Tegemist on ühiskondlikult olulise teabega, mis muuhulgas aitaks hinnata komisjoni töö efektiivsust. Kui ministeerium ei jaga esialgseid kokkuvõtete faile (nagu need ministeeriumile jõudsid), palume selgitada, miks ei olnud esialgsel kujul jagamine võimalik.

### Tegevuskava

269. Kas ministeerium on nõus aluspõhimõttega, et „Eesti on toetav ehk LGBTIQ-inimestel on vajalikud teadmised, oskused ja võimalused kaasa rääkida oma elu puudutavates otsustes“ (vt LGBTIQ-inimeste võrdsete võimaluste edendamise aluspõhimõtted ja tegevuskava 2025–2030<sup>51</sup>)?
270. Kas ministeerium suhtub toetavalt transinimeste (sh paljude käesoleva selgitustaotluse autorite) kaasa rääkimisele oma elu puudutavates otsustes?
271. Tegevuskava sihib ILGA Europe'i LGBTIQ-inimeste õigusliku olukorra indeksi väärtuse tõstmist. Paraku kategoorias Legal Gender Recognition kaotas Eesti punkte<sup>52</sup>, kuna soo markeri muutmine ei ole alaealistele inimestele praktikas võimaldatud (komisjoni tõttu). Kas Sotsiaalministeerium nõustub tegevuskavas sätestatud sihiga tõsta indeksi väärtust? Kas Sotsiaalministeerium nõustub, et soomarkeri muutmine peab olema alaealistele inimestele praktikas võimaldatud? Taotlejad paluvad ministeeriumil tutvuda ka indeksi teiste komponentidega ning juhivad tähelepanu, et mitmed neist kuuluvad Sotsiaalministeeriumi pädevusse.
272. Mis etapil on praegu tegevuskava punkti 1.2.7 rakendamine?
273. Kui tõenäoliselt ministeerium peab seda, et tegevuskava punktis 2.1.13 kirjeldatud uuring tegelikult viiakse läbi?
274. Punkti 1.2.4 kohaselt „Analüüsitakse võimalusi sooandmete muutmise menetluse kaasajastamiseks“. Kas on plaanitud ka edaspidine kaasajastamine, või olemasolev protsess (mis on – nagu varem näidatud – psühhopatologiseeriv, vaimsele tervisele kahjulik, eraelu riivav ning mille praktika on diskrimineeriv ja küsitava õiguspärasusega) on ministeeriumi arvamusel juba piisavalt kaasajastatud?
275. Kas ministeerium nõustub komisjoni esimehe seisukohaga<sup>53</sup>, et soo juriidiline tunnustamine ei vaja arstliku komisjoni otsust ja et see võib olla korraldatud tahteavalduse põhimõttel?
276. Samuti punkti 1.2.4 kohaselt „Analüüsitakse võimalusi [...] Seal hulgas käsitledes menetluse muutmist tahteavaldusel põhinevaks“. Milline on ministeeriumi seisukoht: kas mingi versioon tahteavaldusel põhinevast menetlusest oleks parem kui praegune kord või on vaatamata kindlate õiguskaitse organisatsioonide (Eesti Transinimeste Ühing<sup>54</sup>, Eesti LGBT Ühing<sup>55</sup>, Inimõiguste Keskus<sup>56</sup>, Mõttekoda Praxis<sup>57</sup>, Feministeerium<sup>58</sup>, ILGA-Europe<sup>59</sup> jpt) seisukohtadele ja inimeste pöördumistele ministeeriumil vaja seda

<sup>51</sup> [https://mkm.ee/sites/default/files/documents/2026-04/LGBTIQ\\_inimeste\\_tegevuskava\\_2025-2030.pdf](https://mkm.ee/sites/default/files/documents/2026-04/LGBTIQ_inimeste_tegevuskava_2025-2030.pdf)

<sup>52</sup> <https://rainbowmap.ilga-europe.org/countries/estonia/>

<sup>53</sup> Nt vt <https://sisu.ut.ee/gender/book-2/> 9:40-10:30.

<sup>54</sup> <https://transinimesed.ee/uhing/>, „Õigus vabale enesemääratlusele“

<sup>55</sup> Nt vt arvamuse sotsiaalministri 25.08.2025 määruse nr 42.

<sup>56</sup> Nt vt <https://humanrights.ee/materjalid/inimõigused-estis-2026/lgbt-inimeste-olukord/>

<sup>57</sup> <https://www.praxis.ee/uploads/2022/08/Poliitikasoovitused.pdf> ja juba mainitud Trans-tervishoiu põhitõed

<sup>58</sup> Nt vt

<https://adr-docs.karlerss.com/mpHRYRNGYB6BV5uRWfRQHVGi8xTbMNRU/MTU%CC%88%20Feministeeriumi%20seisukoht%20ma%CC%88a%CC%88ruse%20E2%80%9CSoolise%20ebako%CC%83la%20kohta%20otsuse%20tegemise%20tingimused%20ja%20kord%20E2%80%9D%20eelno%CC%83ule.pdf>

<sup>59</sup> <https://rainbowmap.ilga-europe.org/about/>, punkt *Self-determination*

küsimust täiendavalt analüüsida, et selgitada tahteavaldusmenetlusel põhineva süsteemi otstarbekust?

277. Võrreldes praegust süsteemi ja nõusolekupõhist süsteemi, kumb süsteem ministeeriumi hinnangul paremini austab (1) inimväärikust ning (2) autonoomiat, eneseväljendusõigust ja õigust otsustada enda keha üle? Kumb süsteem on (3) vähem diskrimineeriv ja kumb süsteem on seotud (4) vähema vaimse tervise kahanemise ja enesetapu riskiga? Palume vastata iga punkti kohta eraldi.

278. Kumb süsteem oleks vähem kulukas riigile? Palume anda hinnangu nii otsestele kuludele kui ka kaudsetele kuludele, sh kulu mis on seotud praeguse süsteemi ebasoodsale mõjule transinimeste tervisele.

Ootame vastuseid **kõikidele küsimustele 45 kalendripäeva jooksul** alates selgitustaotluse saatmisele järgnevast päevast.

Taotlejad

/ allkirjastatud digitaalselt /