



Sotsiaalministeerium

info@sm.ee

Suur-Ameerika 1

10122, Tallinn

Teie 10.07.2025 nr 1.2-1/1834-1
Meie 31.08.2025 nr 12/17

Tagasiside Eesti tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi integreerimise väljatöötamiskavatsusele

Austatud sotsiaalminister

Tänan võimaluse eest anda tagasisidet tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi integreerimise väljatöötamiskavatsusele (*edaspidi* VTK). Alljärgnev tagasiside põhineb dokumenti analüüsides tekkinud tähelepanekutel ning arutelul valdkonnas tegutsevate ekspertide ja spetsialistidega võimalike riskide ja lahenduste osas.

Oleme tänulikud kaasamise ja jätkuva koostöö eest.

Küsimuste ja mõtete puhul palun julgesti kontakteeruda.

Lugupidamisega

Kadri Vilgats

Arendusjuht

Papaver Nõustamis- ja Koolituskeskus

kadri.vilgats@papaver.ee | www.papaver.ee

Eesmärgi olulisus

VTK toob välja ambitsioonika ja tervitatava eesmärgi integreerida tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna teenused, tagada efektiivsem ressursikasutus süsteemide sees ja suurem rahulolu teenuse saajate kui ka spetsialistide seas ning vähendada teenuste killustatust.

Peamised riskid ja ettepanekud

1. Praeguse süsteemi lõpetamine (sotsiaalne rehabilitatsioon) ja üleminekuperiood:

VTK kohaselt lõpetab senine sotsiaalse rehabilitatsiooni (*edaspidi* SRT) süsteem tegevuse 31.12.2026, mis eeldab põhjalikku ja hästi kavandatud üleminekuperioodi. Oluline risk võib realiseeruda, kui uue süsteemi käivitamine viibib või rakendub piirkonniti ebaühtlaselt, mistõttu võivad teenuse vajajad jääda ajutiselt toeta. Käesoleval hetkel puudub detailne tegevuskava, kuidas tagada teenuste järjepidevus kliendi jaoks. Arvestades tähtaega, on ajaraamistik pingeline, kuivõrd tegevused peavad toimuma paralleelselt praegu pakutavate teenuste ja tööprotsesside kõrvalt: 2027. aasta alguseks peab uus süsteem olema valmis nii õigusraamistiku, infosüsteemide kui ka personaliga. See hõlmab muuhulgas tervisejuhtide koolitamist ja tööleasumist, koostöökogude ja TERVIKute ettevalmistamist, teenuse osutajate tötkorralduse ümberkujundamist ning sihtrühmade süsteemset teavitamist.

Ettepanek: Lükata süsteemi käivitamine edasi vähemalt kahe aasta võrra ning koostada detailne üleminekuplaan, mis tagab sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse järkjärgulise lõppemise ja uue süsteemi sujuva rakendumise, et ükski inimene ei jää ülemineku ajal teenuseta.

2. Rahastuse korraldus ja mõju teenuste kättesaadavusele

VTK kohaselt jagatakse senine sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse eelarve (16 mln € aastas) tervishoiuteenuste, sotsiaalse iseloomuga teenuste osutamiseks TERVIKute kaudu ning valdkondadeülese koordineerimisteenus vahel (nn tervisejuhtide teenuse rahastamine). Dokument esitab vahendite jaotuse üldise skeemi, kuid ei täpsusta, kas Tervisekassale suunatav ressurss katab täielikult uued ülesanded (nt tervisejuhtide teenus, teraapiate mahu kasv praegu SRT raames osutatavate asemel jne). Samuti ei ole kirjeldatud, millises mahu võivad koordineerimise ja uute struktuuride (TERVIKud, tervisejuhid, infosüsteemid) ülalpidamiseks mõjutada otseste teenuste rahastamist ning ei ole põhjalikult käsitletud kohalike omavalitsuste rolli ja suutlikkust lisakohustuste täitmisel (võiks eeldada teenusmahtude suurenemist seni sotsiaalses rehabilitatsioonis pakutavate teenuste asemel) ning nende eelarveliste vahendite jätkusuutlikkust.

VTK tugineb põhimõttele, et SRT näol on tegemist sisuliselt dubleerivate teenuste komplektiga, mis ei paku täiendavat lisandväärtust tervishoiu raames pakutavatele teenustele, mistõttu ei tohiks tervishoiuteenuste ega KOVi poolt pakutavate teenuste maht muutuda. Paraku ei praeguses VTKs ega 2023 novembris rehabilitatsioonisüsteemi puudutavate seaduste muutmise väljatöötamiskavatsuses puuduvad viited ja seosed, millele tugineb VTKs toodud antud tuumväide, kuivõrd praktikas nähtub teenuse saajate tagasisidest vastupidist. Seetõttu on SRT süsteemi kaotamisel suur tõenäosus, et tervishoiuteenuseid ja KOVi poolt pakutavate teenuseid vajavate inimeste hulk kasvab märgatavalt.

Lisaks - senine SRT süsteem rahastab otseselt teenuseid, mis jõuavad kliendini. Kavandatav ümberjagamine tähendab, et osa nendest vahenditest suunatakse koordineerimisele ja uue süsteemi tulemuspõhisele rahastamisele. See loob lühikeses plaanis riski teenuse mahu vähenemiseks ja seeläbi kättesaadavuse halvenemiseks sihtgruppidele. Uus süsteem võib pikas plaanis vähendada dubleerimist ja parandada koostööd, kuid see sõltub suuresti rakendamise kvaliteedist ja lisarahastuse olemasolust.

Ettepanekud:

- a. Koostada enne uuele süsteemile üleminekut täpne kulude- ja tulude analüüs koos erinevate stsenaariumidega, mis arvestab nii üleminekukululusid kui ka teenusevajaduse prognoose.
- b. Kavandada koordineerimisega seotud kulud eraldi lisarahastuse kaudu, et vältida nende katmist olemasolevate teenuste arvelt.
- c. Luua õiguslik mehhanism, mis kindlustaks, et koordineerimisele minev osa eelarvest ei vähenda otseste teenuste mahtu.

3. Huvide konflikt ja turu avatus

VTK kohaselt võivad samad organisatsioonid olla esindatud nii strateegilisel tasandil koostöökogus kui ka operatiivsel tasandil TERVIKutes, kellel on lubatud ka otseselt teenuseid osutada. Seega kujuneb olukord, kus avalike vahendite kasutamise strateegiliste eesmärkide ja piirkondlike prioriteetide määramisel ning nendesamade vahendite jaotuse ja koordineerimise korraldamisel osalevad samad isikud. Kuigi VTK kohaselt ei ole üldjuhul ette nähtud, et TERVIK ise teenuseid osutab, on see võimalus siiski olemas. Lisaks võivad TERVIKud olla kas eraõiguslikud juriidilised isikud (ettevõtted, kes tegutsevad majandustegevuse kaudu tulu teenides) või kohaliku omavalitsuse ametiasutused, haiglate osakonnad. Selline paindlik ülesehitus suurendab aga huvide konflikti riski ning eeldab väga selget vastutuse, rollide ja otsustusprotsesside eristamist. Käesolevas VTK-s ei ole kirjeldatud meetmeid selle riski maandamiseks.

Lisaks ei ole TERVIKutel kohustust kaasata piirkonnas juba tegutsevaid sotsiaal- või tervishoiuteenuste osutajaid. Ka ei ole detailselt kirjeldatud, millistel alustel toimuks heaolupiirkonnas lepinguliste teenuseosutajate kaasamine. Sellest tulenevalt võib kujuneda olukord, kus teenuseosutajate ring kitseneb ja heaoluplaanide elluviimine koondub vaid piiratud hulga pakkujate kätte. Selline areng oleks vastuolus vaba turu põhimõtetega ja ka VTK seatud eesmärkidega, vähendades teenuseosutajate vahelist konkurentsi, mis on oluline teenuste kvaliteedi hoidmiseks ja arendamiseks. Selle tulemusel võib ohustuda ka klientidele osutatavate teenuste kvaliteet.

Ettepanek: Sõnastada seaduse tasandil selge rollide eristus koostöökogude (strateegiline juhtimine) ja TERVIKute (operatiivne tasand) vahel ning kehtestada huvide konflikti välistavad sätted (nt taandumiskohustus, läbipaistvad otsustusmehhanismid, huvide deklaratsioonid). Luua läbipaistvuse ja järelevalve mehhanismid – nt selged partneri valiku kriteeriumid, teenuse kasutaja õigus valida teenuseosutaja ja spetsialist, regulaarne audit - ning tagada tugev lepingute ja kvaliteedi järelevalve, et võimaldada kvaliteetne ja konkurentsivõimeline teenus igas heaolupiirkonnas.

4. Rollid ja vastutus süsteemitasandil

Koostöökogude ja TERVIKute loomisega tekib risk paralleelsete juhtimistasandite kujunemiseks, mis võivad dubleerida juba olemasolevate struktuuride funktsioone.

Paikkondlikku terviseedendust arendab ja koordineerib praegu Tervise Arengu Instituut koostöös kohalike omavalitsuste ja maakondlike terviseedendajatega. Samuti töötavad haiglate ja tervisekeskuste juures sageli sotsiaaltöötajad, kelle roll on olla koordineerivaks lüliks inimesele sobivate teenuste vahel. Sarnast funktsiooni täidavad ka olemasolevad rehabilitatsioonimeeskonnad, kes tulevikus on potentsiaalselt sotsiaalteenuste ja/või tervishoiuteenuste osutajad. Praeguse süsteemi peamine puudujääk on vastutuste ja rollide ebaselgus ning VTK ei anna sellele veel ammendavat lahendust. Paindlikkus iseenesest on positiivne, ent ilma selgelt määratletud rollide ja vastutusest võib tekkida paralleelne ja dubleeriv juhtimistasand, mis muudab teenusekorralduse keerukamaks, mitte lihtsamaks.

Ettepanek: Kehtestada tuleb koostöökogude ja TERVIKute rollide kirjeldused ning pädevuste piirid määruse tasandil, et vältida dubleerimist juba olemasolevate struktuuride ja spetsialistide funktsioonidega (nt Tervise Arengu Instituut ja selle maakondlikud terviseedendajad, kohalike omavalitsuste sotsiaal- ja terviseedenduse spetsialistid, haiglate ja tervisekeskuste sotsiaaltöötajad).

5. Rollid ja vastutus üksikisiku tasandil

Kuigi dokument rõhutab partnerite kaasamist, jääb ebaselgeks, kelle vastutusalasse jääb heaoluplaanis määratletud teenuste tagamine, kui osa teenuseid rahastatakse TERVIKute kaudu, osa Tervisekassast ning osa kohalike omavalitsuste eelarvest. Selge vastutusest tekib risk, et inimese tegelikud teenusevajadused jäävad katmata. Samuti võib tekkida olukord, kus inimene peab ise hakkama aktiivselt koordineerima erinevaid osapooli, kui süsteem ei toimi kavandatult või kui eelarvelised vahendid on ammendumas. Nagu VTK probleemkohti käsitlevast osast nähtub, sarnaneb see risk oluliselt praeguse olukorraga. Sellist vastutust ei tohiks aga asetada kliendi õlule.

Ettepanek: Vastutus heaoluplaanis kirjeldatud teenuste õigeaegse elluviimise eest tuleks seaduse tasandil üheselt määrata konkreetsele institutsioonile (nt TERVIKule või Tervisekassale), tagades, et kliendil on alati üks vastutav kontaktpunkt, kes koordineerib teenuste järjepidevat toimimist ja lahendab rahastuse või korraldusega seotud takistused.

6. Multidistsiplinaarse meeskonna koostöö ja andmete liikumine

Komplekssete teenuste (2 või enam teenust) puhul on sekkumise tõhususe eelduseks, et spetsialistide tiim töötab nagu ravimeeskond – info peab liikuma vahetult ja pidevalt nende vahel. VTKs on jäänud käsitlemata meeskonnatöö ja selle rahastus heaoluplaani elluviimise jooksul. Ühtlasi jätab praegune kavand mulje, et teenuste osutajatel ei pruugi olla täielikku juurdepääsu ka paralleelselt osutatavate teenuste andmetele.

Kehtiva seadusandluse järgi pääsevad vajalikele terviseandmetele ligi üksnes tervishoiutöötajad ning VTK kohaselt lisanduvad siia tervisejuhid ja tugiteenuste osutajad heaoluplaani koostamise etapis. Kui inimese seisund vahepeal muutub, jääb aga ebaselgeks, kuidas info liigub erinevate teenuste osutavate spetsialistide vahel praktikas (nt sotsiaalsete tugiteenuste ja tervishoiuteenuste osutajate vahel).

Eelpool kirjeldatu alusel võib kujuneda olukord, kus kogu info peab liikuma tervisejuhi ja/või KOVi sotsiaaltöötaja/heaoluspetsialisti kaudu. See loob süsteemi pudelikaela: ühe isiku kaudu koondub ja filtreeritakse kogu teave, mis takistab spetsialistide vahel vahetatud koostööd, seab ohtu teenuse järjepidevuse ja kvaliteedi ning ei taga sotsiaalvaldkonna ja tervishoiuvaldkonna täielikku integratsiooni.

Ettepanekud:

a. **Rahastuse tagamine meeskonnatööle**

Heaoluplaani elluviimisel tuleks spetsialistide vahelist koostööd käsitleda eraldiseisva tegevusena, milleks nähakse ette kindel rahastus. See tagab, et meeskonnatöö ei jää üksnes deklaratiivseks põhimõtteks, vaid saab olema reaalselt toimiv ja motiveeriv praktika, mis aitab ellu viia VTK eesmärgid (vähendada valdkondade killustatust ja infovoogude takerdumist).

b. **Ühine tööruum andmevahetuslahenduse näol**

Rajada andmevahetuslahendus, mis aitab tagada regulaarse koostöö ja ühise tööruumi inimese ümber koondunud spetsialistidel - sõltumata sellest, kas nad osutavad tervishoiu- või sotsiaalteenust -, võimaldades ligipääsu neile vajalikele, pidevalt uuenevatele andmetele otse infosüsteemi kaudu. Sellega välditakse olukorda, kus info liigub ainult ühe vahendaja (nt tervisejuhi) kaudu, ning luuakse tingimused regulaarseks koostööks ja ühise tööruumi tekkeks.

7. Tervisejuhtide arv ja koormus - plaanitu ja praktika

Tervisejuhi roll hõlmab inimese tervikvajaduse hindamist, heaoluplaani koostamist, spetsialistide meeskonna kokkukutsumist, plaani elluviimise koordineerimist ning regulaarseid kordushindamisi, et tagada ka praktikas VTK eesmärgiks seatud tervishoiu- ja sotsiaalteenuste valdkonna integreeritus tervikliku inimesekeskse sekkumisena.

VTK kohaselt hakkab Eestis tööle umbes 200–250 tervisejuhti. Dokument toob välja, et muudatus mõjutab otseselt 10–15% rahvastikust (s.t. ca 130 000–195 000 inimest), kellest realistlikult jõuab tervisejuhi ja heaoluplaanini umbes 30% ehk 39 000–58 500 inimest. Jagatuna 200–250 tervisejuhi vahel tähendab see keskmiselt 156–293 klienti ühe juhi kohta. Kuivõrd tegu on pikaajalist tuge vajava sihtgrupiga, võib antud kliendiarvu pidada pidevaks ühe täistööajaga tervisejuhi koormuse mahuks.

Rahvusvahelises juhtumikorralduse praktikas sarnase sihtrühma puhul on kirjeldatud rolli optimaalne töökoormuse maht oluliselt väiksem, ca 30–50 juhtumit korraga (Eestis on need numbrid üldjuhul tunduvalt kõrgemad). Sellest tulenevalt on risk, et kavandatud tervisejuhtide arv ei kata tegelikku vajadust ning tervisejuhtide töökoormus osutub ebarealistlikult suureks, mis võib vähendada teenuse kättesaadavust, kvaliteeti ja järjepidevust.

- a. Eeldame, et ühe tervisejuhi optimaalne koormus Eestis on kvaliteetse teenuse puhul 50-70 juhtumit korraga, siis oleks realistlik vajadus umbes 560 – 1170 tervisejuhi järele. See on pea 3-6 korda suurem arv kui VTKs kavandatud 200–250.
- b. Kõikide tervisejuhtide kogukulu ühes aastas oleks sel juhul 25,2–52,65 mln €, keskmiselt €39 miljonit eurot (ühe juhi kulu aastas arvestatud 45 000 €).
- c. Võrdluseks - VTK andmetel liigub tervisejuhtide rahastuseks Tervisekassa kaudu TERVIKutesse igal aastal vahemikus 4-10 mln € (VTK lk 14 toodud tabeli tegevus "Teenuse rahastamine Tervisekassa hinnakirja ja tulemuspõhiselt"). See on keskmiselt 5 korda väiksem siin arvestatud keskmisest vajadusest (39 mln €) tervisejuhtide palkamiseks.

Ettepanek: Kaaluda tervisejuhtide arvu suurendamist või töökoormuse diferentseerimist vastavalt sihtrühma keerukusele; luua mehhanismid, mis võimaldavad tervisejuhtidel jagada

vastutust meeskonna teiste liikmetega, et vältida ühe spetsialisti rolli muutumist süsteemi pudelikaelaks; leida täiendavat rahastust (arvutuskäik ülal) valdkondadeülelt koordineerimisteenust pakkuvate tervisejuhtide tasustamiseks, et vältida teenuse kättesaadavuse, järjepidevuse ja kvaliteedi langust ning tagada VTK eesmärgi (sotsiaalvaldkonna ja tervishoiuvaldkonna) integreeritus ka praktikas.

8. Piirkondlik ebavõrdsus ja kompetentside erinevus

Suuremates keskustes on tõenäoliselt rohkem kompetentseid teenusepakkujaid ja ressursse kui väiksemates omavalitsustes. VTK küll rõhutab kohaliku paindlikkust, kuid ei paku lahendusi, kuidas tagada võrdne teenuse kvaliteet ja kättesaadavus üle Eesti. Samuti ei ole VTK-s selgelt kirjeldatud, milliseid teenuseid võib teenusevajaja tulevikus sotsiaalsete tugiteenuste raames saada ega seda, kuidas toimub uute tõenduspõhiste sekkumiste (nt pereteraapia, dialektiline käitumisteraapia, LOM-teraapia, kognitiivne käitumisteraapia, avatud dialoogi põhine sekkumine jpm) lisamine rahastatavate teenuste loetellu

Ettepanek: Kehtestada kompetentsikeskuse abil üleriiklikud minimaalsed kvaliteedistandardid ja nõuded (sh kompetentsid, meeskonna koosseis, teenuse kättesaadavuse ajaraamid), mille täitmine on kohustuslik kõigile TERVIKutele ja nende lepingupartneritele. See hõlmab ka lepingulise sisu ja partnerinõuete sisulist ning vormilist samasust (sh dokumentatsiooni- ja andmevahetusformaate ühtlustamist), et hõlbustada vajaduse tekkimisel teenust kasutava inimese sujuvat liikumist eri piirkondade vahel. Samuti tuleks rajada regionaalsed tugitiimid või mobiilsed meeskonnad, kes vajaduspõhiselt toetavad väiksemaid piirkondi ja aitavad katta sealset spetsialistide nappust. Riiklik kompetentsikeskus aitaks tagada teenuse kvaliteedi ja jätkusuutliku arengu - kujundaks teenuste loetelu ning võimaldaks tõenduspõhiste praktikate parema kättesaadavuse teenuse saajatele igas heaolupiirkonnas.

Kokkuvõte

VTK astub olulise sammu Eesti tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna teenuste parema integreerimise suunas. Et kavatsus realiseeruks teenuse kasutajate huvides ja ressursitõhusalt, on hädavajalik pöörata suuremat tähelepanu üleminekuperioodi korraldusele, rollide ja vastutuste selgele määratlemisele, huvide konfliktide vältimisele ning läbipaistvusele ja kvaliteedile. Kavandatava süsteemi edu sõltub selgest õigusraamistikust ja heast juhtimiskultuurist, mille loomisel on oluline kaasata kõiki osapooli, sh teenusekasutajaid, ja tagada piisav ajaraam järkjärguliseks ja põhjalikuks ettevalmistuseks.