

RAKENDUSAKTIDE KAVAND

MINISTRI MÄÄRUS

xxxx Nr xxxxx

Sotsiaalministri 17. septembri 2008. a määruse nr 53 „Tervise infosüsteemi andmekoosseisud ja nende esitamise tingimused“ muutmise

Määrus kehtestatakse tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 59² lõike 2 ning rahvatervishoiu seaduse § 13² lõike 4 ja § 13⁴ lõike 3 alusel.

§ 1. Sotsiaalministri 17. septembri 2008. a määruse nr 53 „Tervise infosüsteemi andmekoosseisud ja nende esitamise tingimused“ muutmise

Sotsiaalministri 17. septembri 2008. a määruses nr 53 „Tervise infosüsteemi andmekoosseisud ja nende esitamise tingimused“ tehakse järgmised muudatused:

1) määruse preambulit täiendatakse pärast tekstiosa „lõike 2“ tekstiosaga „ning rahvatervishoiu seaduse § 13² lõike 4 ja § 13⁴ lõike 3“;

2) paragrahvi 2 lõiget 1 täiendatakse pärast sõna „juhtimiseks“ sõnadega „ning valdkonnaülese koordineerimise korraldamiseks“;

3) paragrahvi 2 täiendatakse lõikega 2 järgmises sõnastuses:

„(3) Valdkonnaülese koordineerimise teenuse raames edastatakse inimese kohta tervise infosüsteemi järgmised dokumendid ja andmed:

- 1) märkamisleht;
- 2) heaoluplaan;
- 3) tegevuskava.“;

4) paragrahvi 3 täiendatakse lõigetega 31 ja 32 järgmises sõnastuses:

„(31) Märkamislehe andmekoosseis on toodud määruse lisa 31.

(32) Heaoluplaani ja tegevuskava andmekoosseis on toodud määruse lisa 32.“.

§ 2. Määruse jõustumine

Käesolev määrus jõustub 2027. aasta 1. septembril.

(allkirjastatud digitaalselt)
Karmen Joller
sotsiaalminister

(allkirjastatud digitaalselt)
Maarjo Mändmaa
kantsler

Lisad: 1) Sotsiaalministri 17. septembri 2008. a määruse nr 53 „Tervise infosüsteemi andmekoosseisud ja nende esitamise tingimused“ lisa nr 31 „Märkamislehe andmekoosseis“;
2) Sotsiaalministri 17. septembri 2008. a määruse nr 53 „Tervise infosüsteemi andmekoosseisud ja nende esitamise tingimused“ lisa nr 32 „Heaoluplaani ja tegevuskava andmekoosseis“.

Märkamislehe andmekoosseis

1. Märkamislehe üldandmed:
 - 1.1. koostamise aeg
2. Märkamislehe koostaja:
 - 2.1. teavitaja ees- ja perekonnanimi
 - 2.2. teavitaja eriala
 - 2.3. teavitaja kontaktandmed
3. Inimese andmed:
 - 3.1. üldandmed:
 - 3.1.1 ees- ja perekonnanimi
 - 3.1.2. isikukood
 - 3.1.3. sugu
 - 3.1.4. kontaktandmed, sealhulgas tegeliku elukoha aadress
 - 3.1.5. emakeel
 - 3.3. riskirühma tunnus
 - 3.4. raviteekonnal osalemine
 - 3.5. hoolekandetasutuses viibimise andmed (jah/ei)
 - 3.6. valdkonnaülese koordinatsiooniteenusele suunamise (sh rehabilitatsiooniteenuse vajaduse väljaselgitamise) kriteeriumid märkaja hinnangul:
 - 3.6.1. nägemisfunktsiooni või -arengu oluline kõrvalekalle (jah/ei)
 - 3.6.2. kuulmisfunktsiooni või -arengu oluline kõrvalekalle (jah/ei)
 - 3.6.3. kõnearengu või -funktsiooni oluline kõrvalekalle või kõnevõime oluline muutus (jah/ei)
 - 3.6.4. liikumisfunktsiooni- või arengu oluline kõrvalekalle (jah/ei)
 - 3.6.5. võimalik psüühikahäire või selle esinemise kahtlus (jah/ei)
 - 3.6.6. neuroarengulised häired (intellektihäire, autismispektrihäire) (jah/ei)
 - 3.6.7. märgatud või inimese poolt teada antud närvisüsteemihaigused (jah/ei)
 - 3.7. kroonilisi haigusi puudutav info (juhul kui riskirühma tunnus puudub):
 - 3.7.1. kroonilise kõrgvererõhutõve esinemine (jah/ei)
 - 3.7.2. kroonilise astma esinemine (jah/ei)
 - 3.7.3. kroonilise diabeedi esinemine (jah/ei)
 - 3.7.4. kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse esinemine (jah/ei)
 - 3.7.5. kroonilise neeruhaiguse esinemine (jah/ei)
 - 3.7.6. kroonilise südamepuudulikkuse esinemine (jah/ei)
 - 3.8. meeleoluhäirete või depressiooni esinemine (püsiv ärevus, kurbus või viha, pisarate valmidus, vähenenud sotsiaalne suhtlemine) (jah/ei)
 - 3.9. tervisealased riskid, mis hõlmavad tavapärasest suuremat tervishoiuteenuste kasutamist (hospitaliseerimised viimase 12 kuu jooksul, EMO külastused või kiirabi väljakutsed viimase 12 kuu jooksul)
 - 3.10. ravisoostumus madal (vähemalt viis või enam retseptiravimit raviskeemis, ravimite võtmata jätmine, realiseerimata retseptid) (jah/ei)
 - 3.11. täiendav abi- ja toetusvajadus
 - 3.11.1. raskused igapäevaste tegevustega toimetulekul (nt enesehoolduses, kodustes toimingutes, asjaajamises)
 - 3.11.2. vajadus õppida toime tulema terviseseisundist tulenevate piirangutega (jah/ei)
 - 3.11.3. elukeskkond vajab kohandamist (jah/ei)
 - 3.11.4. elab üksi või tugivõrgustik puudub (jah/ei)

3.12. täiendav lisainfo

4. Kinnitus, et spetsialist on teadlik ning teavitanud inimest, et teda puudutavad andmed edastatakse terviseteejuhile valdkonnaülese koordinatsiooniteenuse osutamiseks.
5. Kinnitus, et spetsialist on teadlik ning teavitanud inimest, et teda puudutavad andmed edastatakse rehabilitatsiooniteenuse vajaduse väljaselgitamiseks.

Heaoluplaani andmekoosseis

I Heaoluplaan

1. Heaoluplaan andmed:
 - 1.1. number
 - 1.2. koostamise aeg
 - 1.3. järgmise hindamise aeg
2. Heaoluplaani koostaja andmed:
 - 2.1. terviseteejuhi ees- ja perekonnanimi
 - 2.2. terviseteejuhi kontaktandmed
 - 2.4. terviseteejuhi tööandja nimi
 - 2.5. terviseteejuhi tööandja äriregistri kood
 - 2.6. terviseteejuhi tööandja tegevusloa number
 - 2.7. terviseteejuhi tööandja kontaktandmed
 - 2.8. terviseteejuhi tööandja aadress või konkreetse korpuse (praksise) tegevuskoha
3. Inimese andmed:
 - 3.1. üldandmed:
 - 3.1.1 ees- ja perekonnanimi
 - 3.1.2. isikukood
 - 3.1.3. sugu
 - 3.1.4. kontaktandmed, sealhulgas tegeliku elukoha aadress
 - 3.1.5. emakeel
 - 3.2. keele-eelistus
 - 3.3. suhtlusviisi eelistus
 - 3.4. riskirühma tunnus
 - 3.5. määratud riskirühma/teekonna info
 - 3.6. tervise infosüsteemist pärinevad üldandmed,
 - 3.7. muutunud tegelik elukoht, viibimiskoht ja kontaktandmed (esitatakse vajadusel, kui info on muutunud)
 - 3.8. muude osaliste (eeskostja, lapsevanem) andmed:
 - 3.8.1. isikukood
 - 3.8.2. ees- ja perekonnanimi
 - 3.8.3. seos inimesega
 - 3.9. inimese määratud kontaktisiku(-te) andmed:
 - 3.9.1. isikukood
 - 3.9.2. ees- ja perekonnanimi
 - 3.9.3. seos patsiendiga
 - 3.9.4. kontaktandmed
 - 3.10. tervise infosüsteemist pärinevad andmed
 - 3.11. olukorra kirjeldus, sealhulgas eluanamnees (anamnesis vitae):
 - 3.11.1. olukorra kirjelduse kohta
 - 3.11.2. eluanamnees (anamnesis vitae)
 - 3.11.3. muutunud olukorra kirjeldus (esitatakse, kui olukord on muutunud)
 - 3.11.4. muutunud eluanamneesi andmed (esitatakse, kui olukord on muutunud)
 - 3.12. heaoluplaaniga seotud diagnoosid koos selgitustega inimesele:
 - 3.12.1 alalised diagnoosid
 - 3.12.2. tervishoiutöötaja poolt valideeritud heaoluplaaniga seotud diagnoosid

- 3.12.3. tervishoiutõtaja poolt valideeritud selgitus inimesele
- 3.13. heaoluplaaniga seotud funktsionaalsete ja toimetuleku piirangute info:
 - 3.13.1. funktsionaalsed piirangud
 - 3.13.2. toimetulekupiirangud
 - 3.13.3. muutunud andmed funktsionaalsete piirangute esinemise kohta (esitatakse, kui olukord on muutunud)
 - 3.13.4. muutunud andmed toimetulekupiirangute kohta (esitatakse, kui olukord on muutunud)
- 3.14. puude raskusastme tuvastamise otsuse andmed:
 - 3.14.1. puude algus- ja lõpukuupäev
 - 3.14.2. liik
 - 3.14.3. raskusaste
 - 3.14.4. tuvastamise kuupäev
 - 3.14.5. otsuse number
- 3.15. inimese enda poolt sõnastatud holistlik eesmärk
- 3.16. inimese enda poolt seatud tervise-alased eesmärgid
- 3.17. inimese enda poolt seatud sotsiaalsed eesmärgid
- 3.18. tervise (käitumise) soovitude info:
 - 3.18.1. tervise (käitumise) soovitud
 - 3.18.2. antud või valideeritud tervise (käitumise) soovitud
- 3.19. tervisenäitajate jälgimise plaan:
 - 3.19.1. jälgitavad tervise näitajad
 - 3.19.2. esitatavad jälgitavad tervise näitajad
 - 3.19.3. tervishoiutõtaja poolt antud soovitud eesmärkväärtuste kohta
- 3.20. ravimiskeem
- 3.21. meditsiiniseadmed:
 - 3.21.1. määratud meditsiiniseadmed
 - 3.21.2. kasutusel olevate meditsiiniseadmed
- 3.22. abivahend
 - 3.22.1. määratud abivahendid
 - 3.22.2. kasutusel olevate abivahendid
- 3.23. juhised
 - 3.23.1. ravijuhised
 - 3.23.2. taastusravi ja rehabilitatsiooni juhised
 - 3.23.3. hooldusjuhised
 - 3.23.4. tervishoiutõtaja poolt antud või valideeritud ravijuhise andmed
 - 3.23.5. tervishoiutõtaja poolt antud või valideeritud taastusravi ja rehabilitatsiooni andmed
 - 3.23.6. tervishoiutõtaja poolt antud või valideeritud hooldusjuhi andmed
- 3.24. planeeritud tervishoiuteenused
- 3.25. planeeritud rehabilitatsiooni teenused
- 3.26. planeeritud sotsiaalteenuste info:
 - 3.26.1. määratud kohaliku omavalitsuse üksuse sotsiaalteenused
 - 3.26.2. riigi korraldatav abi raames määratud sotsiaalteenused
- 3.27. soovitud ja juhised, mida teha seisundi halvemise korral:
 - 3.27.1. tervishoiutõtaja poolt antud soovitud ja juhised
 - 3.27.2. tervishoiutõtaja valideeritud soovitud ja juhised
- 4. Koordinaatsiooniteenuse tugimeeskonna liikmed:
 - 4.1. ees- ja perekonnanimi
 - 4.2. isikukood
 - 4.3. seos inimesega
 - 4.4. kontaktandmed
 - 4.5. tugimeeskonna liikme tööandja nimi
 - 4.6. tugimeeskonna liikme äriregistri kood
 - 4.7. tugimeeskonna liikme tegevusloa number (vajadusel)
 - 4.8. tugimeeskonna liikme kontaktandmed

4.9. tugimeeskonna liikme aadress või konkreetse korpuse (praksise) tegevuskoha

II Tegevuskava

Tegevuskava andmed:

1. Tegevus (nt nõustamine, hindamine, heaoluplaani koostamine, teenuskoordinatsiooni osutamine, teenuse üleandmine, teenuse lõpetamine)
2. Abitegevus (nt koordinatsiooni vajaduse hindamine, rehabilitatsiooni vajaduse hindamine, kodukülastus, transpordi korraldamine jms)
3. Sisend või suunis teostajale
4. Hetkeseisu lühikokkuvõte
5. Alustamise aeg
6. Lõpetamise aeg
7. Seotud dokumendid
8. Vastutaja (nimi, amet)
9. Seotud osapooled (nimi, amet)
10. Staatus

MINISTRI MÄÄRUS

xxx

Nr xxxxx

Valdkonnaülese koordinatsiooniteenuse nõuded ning riskirühmade määramise meetodika

Määrus kehtestatakse rahvatervishoiu seaduse § 13³ lõike 5 ja § 13⁵ lõike 4 alusel.

§ 1. Määruse reguleerimisala

Määrusega kehtestatakse:

- 1) terviseteejuhi ülesanded, nõuded valdkonnaülesele koordinatsiooniteenusele, selle eesmärgile ja sisule, sealhulgas sihtrühmale, teenuse osutajale ja tegevustele, mis on vajalikud teenuse eesmärgi saavutamiseks.
- 2) inimese kõrgeenenud tervishoiuteenuse kasutamise riski hindamise meetodika ja kord.

1. Peatükk

Valdkonnaülene koordinatsiooniteenus

§ 2. Valdkonnaülese koordinatsiooniteenuse eesmärgid

(1) Valdkonnaülese koordinatsiooniteenuse eesmärk on tagada isikule tema tervise- ja sotsiaalsest olukorrast lähtuv terviklik, koordineeritud ja järjepidev abi.

(2) Teenuse eesmärk on eelkõige:

- 1) siduda tervishoiu- ja sotsiaalteenused isiku vajadustest lähtuvalt tervikuks;
- 2) toetada isiku liikumist erinevate teenuste ja süsteemide vahel aidates vältida ebavajalikke teenuseid, dubleerimisi ja katkestusi teekonnas ning korraldades kiireloomulist abivajadust kui inimene ise sellega hätta jääb;
- 3) ennetada abivajaduse süvenemist ja vältida välditavaid teenuseid;
- 4) suurendada isiku iseseisvat toimetulekut, motivatsiooni ja oskust vastutada oma tervise ja heaolu eest;
- 5) toetada isiku ja tema lähedaste kaasatust abiprotsessis;
- 6) tagada teenuste osutamise järjepidevus ja koostoime eri valdkondade vahel.

(3) Teenuse osutamisel lähtutakse isiku vajadustest, eesmärkidest ja nõusolekust.

§ 3. Terviseteejuht

(1) Valdkonnaülese koordinatsiooni teenust osutab terviseteejuht, kelle on palganud esmatasandi tervisekeskus, haigla või tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostööorganisatsioon (edaspidi *TERVIK*).

(2) Terviseteejuhtide vajaduse heaolu piirkonnas määrab Tervisekassa võttes aluseks teenuse sihtrühma suuruse ja vajadusel muid tegureid.

(3) Terviseteejuhtide paiknemise ettepaneku ja ettepaneku selle kohta, kes tervise teejuhid heaolupiirkonnas tööle võtab teeb Tervisekassale heaolupiirkonna TERVIK.

(4) Terviseteejuht on vastava täienduskoolituse läbinud spetsialist.

(5) Terviseteejuhi pädevusnõuete täidetuse ja töö kvaliteedi eest vastutab tema tööandja.

§ 4. Valdkonnaülese koordineerimise etapid

Valdkonnaülese koordineerimise osutamise olulised etapid on :

- 1) esmane nõustamine ja valdkonnaülese koordineerimise vajaduse hindamine;
- 2) tugimeeskonna moodustamine heaoluplaani koostamiseks ja valdkonnaülese koordineerimise osutamiseks;
- 3) heaoluplaani koostamine ja tugimeeskonna täpsustamine;
- 4) rehabilitatsiooniteenusele suunamine;
- 5) tegevuskava koostamine ja elluviimise toetamine;
- 6) tulemuste jälgimine ja valdkonnaülese koordineerimise lõpetamine.

§ 5. Valdkonnaülese koordineerimise sihtrühmad

Tervisekassa poolt rahastatavad valdkonnaülese koordineerimise teenuse sihtrühmad ja sellega seotud koordineerimise teekonnad on:

- 1) rehabilitatsiooni vajadusega inimese sihtrühma kuuluva inimese teekond;
- 2) multimorbiidse kroonilise haige sihtrühma kuuluva inimese teekond;
- 3) haiglast kodusele ravile liikumise toetamist vajava inimese teekond.

§ 6. Terviseteejuhi poolne märkamine

(1) Valdkonnaülese koordineerimise vajaduse märkamiseks, mille aluseks ei ole märkamisleht, kasutatakse rahvastikupõhist riskihaldust.

(2) Rahvastikupõhise riskihalduse eesmärk on eristada üldpopulatsioonist riskirühmad, kes vajavad terviseprobleemide ennetamiseks või süvenemise ärahoidmiseks täiendavaid sekkumisi sealhulgas valdkonnaülese koordineerimise teenust. Selle väljendamiseks kasutab Tervisekassa arvutuslikku riskitunnust, mis väljendab inimese haiguskoormust ja sellega seonduvalt tavapärasest kõrgemat tervishoiuteenuste kasutamise riski. Riskirühma tunnus on terviseteejuhile kättesaadavaks tervise infosüsteemis ja kuvatakse märkamislehel.

§ 7. Esmane nõustamine ja valdkonnaülese koordineerimise vajaduse hindamine;

(1) Terviseteejuht peab inimesega, kelle kohta märkamisleht esitati ühendust võtma kolme tööpäeva jooksul, haiglas ühe tööpäeva jooksul.

(2) Kui inimese kohta on esitatud märkamisleht, on terviseteejuht kohustus inimest nõustada ja hinnata tema valdkonnaülese koordineerimise vajadus.

(3) Kui inimesega kontakti võtmise käigus selgub, et inimesele sobiks tema viibimise kohast tulenevalt või muudel asjaoludel mõni teine terviseteejuht, annab terviseteejuht inimese nõustamise ja koordineerimise vajaduse hindamise üle inimesele sobivas kohas töötavale terviseteejuhile.

(4) Esmane nõustamine ja valdkonnaülese koordineerimise vajaduse hindamine peab toimuma terviseteejuhi kontaktvastuvõtu käigus. Esmane nõustamine ja valdkonnaülese koordineerimise vajaduse hindamine võib inimese nõusoleku korral viia läbi tema kodukeskkonnas, välja arvatud juhul kui inimene viibib haiglas.

(5) Kui märkamisleht on esitatud tervishoiutöötaja poolt, on tervisteejuhi kohustus inimeselt uurida, kas tema sotsiaalsed abivajadused on hiljuti hinnatud kohaliku omavalitsuse üksuse sotsiaaltöötaja. Sotsiaalse abivajaduse hindamise puudumise korral võib tervisteejuht ise abivajaduse hindamise läbi viia ja teha tulemuse kättesaadavaks kohaliku omavalitsuse üksuse sotsiaaltöötajale.

(6) Kui märkamisleht on esitatud sotsiaaltöötaja poolt, on tervisteejuht kohustus inimeselt uurida kuna ta viimati perearsti vastuvõtul käis. Kui inimene ei ole viimase poole aasta jooksul käinud perearsti vastuvõtul, on tervisteejuhil kohustus abistada inimest vastuvõtu kokkuleppimisel.

(7) Kui inimene vajab valdkonnaülest koordineerimist ning nõustub selle teenusega, siis määrab tervisteejuht talle sobiliku koordineerimise teekonna ja alustab heaoluplaani koostamisega. Nõustamise käigus selgitab tervisteejuht koos inimesega välja vähemalt tema heaoluplaani koostamise eesmärgid ja kirjeldab need heaoluplaani.

(8) Kui inimene vajab valdkonnaülest koordineerimist, kuid keeldub sellest teenusest, siis dokumenteerib tervisteejuht keeldumise

(9) Kui inimene ei vaja valdkonnaülest koordineerimist, piirdub tervisteejuht ühekordse nõustamisega ja dokumenteerib, et inimene ei vaja valdkonnaülest koordineerimist.

(10) Märkaja näeb tervisteejuhi poolt dokumenteeritud nõustamise tulemust tervise infosüsteemi kaudu.

§ 8. Tugimeeskonna moodustamine

(1) Sõltuvalt märkamise kohast moodustab tervisteejuht esmase tugimeeskonna, kuhu kuuluvad:

- 1) haigla väliselt inimese perearst, pereõde, inimese elukohajärgne kohaliku omavalitsuse üksuse sotsiaaltöötaja, olemasolul inimese seaduslik esindaja;
- 2) haiglas inimese raviarst või raviarstid, perearst, inimese elukohajärgne kohaliku omavalitsuse üksuse sotsiaaltöötaja, olemasolul inimese seaduslik esindaja.

(2) Tugimeeskonna liikmete nimed, ametinimetused ja kontaktinfo kajastatakse koostataval heaoluplaanil.

(3) Tervisteejuht kaasab esmalt tugimeeskonda, et saada sisendit heaoluplaani koostamiseks.

(4) Perearst võib inimese nõusolekul teha tervisteejuhile heaoluplaani koostamiseks kättesaadavaks infot, mis on inimese kohta perearsti infosüsteemis, kuid puudub tervise infosüsteemis.

(5) Kohaliku omavalitsuse üksuse sotsiaaltöötaja võib inimese nõusolekul teha tervisteejuhile heaoluplaani koostamiseks kättesaadavaks infot, mis on inimese kohta sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregistris, kuid puudub tervise infosüsteemis.

(6) Haigla võib haiglas töötavale inimese nõusolekul teha tervisteejuhile heaoluplaani koostamiseks kättesaadavaks infot, mis on inimese kohta haigla infosüsteemis, kuid puudub tervise infosüsteemis.

§ 9. Heaoluplaani koostamine ja tugimeeskonna laiendamine

(1) Heaoluplaani koostamisele peab olema eelnenud inimese tervise- ja sotsiaalse abivajaduse hindamine, talle soovitude ja juhiste andmine ning teenuste, ravimite ja meditsiiniseadmete ning abivahendite määramine spetsialistide poolt.

(2) Heaoluplaani koostamise käigus koondab tervisteejuht inimese jaoks senise hindamise tulemused ja nende alusel antud soovitud, juhised ja määratud teenused ja tooted kokku heaoluplaani arvestades inimese heaoluplaaniga seotud eesmärged

(3) Tervisteejuht teeb heaoluplaani koostamisel koostööd tugimeeskonna liikmetega, kes vajadusel täpsustavad inimese teenusvajadust. Tervisteejuht arvestab inimese enda ja tema lähedaste valmidust ja võimekust osaleda heaoluplaani edasisel elluviimisel ning hindab vajadusel konsulteerides perearstiga tugimeeskonna laiendamise vajadust.

(4) Tervisteejuht teeb heaoluplaani koostamisel koostööd inimese, tema seadusliku esindaja ja inimese soovi korral ka muude talle lähedaste isikutega. Inimese soovi korral lisatakse tugimeeskonda talle lähedased isikud.

(5) Heaoluplaanis kirjeldatakse kõik tugimeeskonna liikmed.

(6) Inimese poolt heaoluplaani kinnitamisega, vastavalt inimese võimekusele digitaalselt või paber kandjal, tekib tugimeeskonnal ligipääs heaoluplaanile. Inimesele ja tema esindajale ning lähedastele tekib ligipääs heaoluplaanile läbi tervise infosüsteemi.

(7) Koostatud heaoluplaan fikseeritakse selle koostamise seisuga, tervisteejuht trükitab vajadusel plaani inimesele välja ja veendub, et inimene mõistab selle sisu ja nõustub selles kirjapanduga. Väljatrukitud heaoluplaan antakse inimesele koju kaasa. Inimesel on sellele võimalik ligi pääseda ka tervis infosüsteemi kaudu.

(8) Kui heaoluplaan koostati haiglas, kooskõlastab haiglas paiknev tervise teejuht plaani inimese raviarstiga, veendub, et inimene mõistab selle sisu ja nõustub selles kirjapanduga ning annab selle inimesele enne haiglast lahkumist kaasa.

(9) Hiljemalt kolme päeva möödumisel statsionaarse haiglaravi lõppemisest võtab haiglas töötav tervisteejuht inimesega ühendust ja kontrollib, kas tal on seoses heaoluplaaniga tekkinud küsimusi või selle suuniste täitmisega probleeme. Vajadusel nõustab ise inimest või korraldab nõustamise kaasates tugimeeskonna liikme.

(10) Hiljemalt 14 päeva peale statsionaarse haiglaravi lõppemisest võtab haigla tervisteejuht uuesti inimesega ühendust ja uurib, kas inimesel on heaoluplaani täitmisega seoses abivajadus ja, kas ta on võtnud kontakti oma perearstiga, vajadusel ka kohaliku omavalitsuse üksuse sotsiaaltöötajaga. Kui inimesel on abivajadus ja ta pole võtnud ühendust esmatasandi spetsialistidega, täiendab tervisteejuht tegevuskava selliselt, et asjakohane informatsioon jõuab inimese perearstini, ning valdkonnaülese koordinatsiooniteenuse osutamine antakse üle inimese elukohale lähimas tervisekeskuses töötavale tervisteejuhile koordinatsiooniteenuse jätkamiseks. Kui abivajadust pole, koordinatsioon lõpetatakse.

(11) Kui heaoluplaani koostamisega alustati haiglas, kuid see jäi pooleli, sest inimese statsionaarne haiglaravi lõppes välja, võtab haiglas paiknev tervisteejuht ühendust inimese elukohale lähimas tervisekeskuses töötava tervise teejuhiga ning lepib kokku, kuidas jätkub heaoluplaani koostamine ja koordinatsioon esmatasandil.

§ 10. Inimese vastutus valdkonnaüleisel koordinatsioonil

(1) Heaoluplaaniga nõustumisel

- 1) võtab inimene omapoolse kohustuse täita selles temale antud tervisekäitumise soovitusi ja ravijuhiseid ning osaleda talle määratud teenustel;
- 2) nõustub inimene osalema regulaarsetel heaoluplaani täitmise hindamise vestlustel.

(2) Kui inimene jätab regulaarselt lõikes 1 nimetatud kohustused täitmata lõpetatakse valdkonnaülese koordinatsiooniteenuse osutamine.

§ 11. Rehabilitatsiooniteenusele suunamine

(1) Tervisteejuhil on lisaks koordinatsiooni vajaduse hindamisele kohustus korraldada rehabilitatsiooni vajaduse hindamine, kui märkaja on märkamislehel välja toonud tervise seisundist funktsiooni piirangud, mis takistavad inimesel igapäevast toimetulekut.

(2) Esmase rehabilitatsioonivajaduse hindamise viib läbi tervisteejuht selgitades välja, millisest tervise seisundist tulenevalt inimene rehabilitatsiooni võib vajada ja milline oleks inimese jaoks sobilik rehabilitatsiooni teenuse osutaja.

(3) Tervisteejuht suunab inimese talle sobiliku rehabilitatsiooniteenuse osutaja juurde, kes hindab täpsemalt iga konkreetse rehabilitatsiooni teenuse vajaduse ja korraldab vajadusele vastavalt rehabilitatsiooniteenuse osutamise.

(4) Rehabilitatsiooniteenuste vajadus ja rehabilitatsiooniteenuse osutaja kajastatakse inimese heaoluplaanis.

(5) Rehabilitatsiooni eesmärk ja osutatud teenuste tulemus kajastatakse tegevuskavas.

§ 12. Tegevuskava koostamine ja heaoluplaani elluviimise toetamine

(1) Tervisteejuht koostab heaoluplaani elluviimiseks tegevuskava. Tegevuskava sisaldab:

- 1) inimesele suunatud tegevusi ja infot;
- 2) tugimeeskonna, muuhulgas korralduslikke tegevusi ja infot.

(2) Tervisteejuht koordineerib tegevuskava koostamise ja elluviimise tugimeeskonna liikmetega:

- 1) jälgides, et vajalikud osapooled oleks kaasatud tugimeeskonda;
- 2) korraldades info vahetamise asjaomaste osapoolte vahel sealhulgas juhul, kui inimese tervislik või sotsiaalne olukord muutub oluliselt ja abivajadus on kiireloomuline;
- 3) jälgides, et inimesele antud juhised ei oleks vastuolulised, inimene mõistaks mida tal on vajalik teha, et määratud teenused ei dubleeriks teineteist ning teenusekasutuse teekond oleks optimaalne;
- 4) olles inimesele, ja inimese nõusolekul ka tema lähedastele, esmaseks kontaktiks heaoluplaani ja tegevuskava täitmisega seotud küsimuste korral;
- 5) olles tugimeeskonna liikmetele esmaseks kontaktiks heaoluplaani ja tegevuskava täitmisega seotud küsimuste korral;
- 6) inimeerides tõrkeid inimese liikumisel talle vajalike ja määratud teenustele;
- 7) koordineerides erinevaid koduteenuseid;
- 8) aidates määratud ravimite, meditsiiniseadmete ning abivahendite kasutuselevõtul.

§ 13. Tulemuste jälgimine ja valdkonnaülese koordinatsiooni lõpetamine.

(1) Terviseteejuht hindab vähemalt iga kolme kuu möödumisel inimese võimekust ise või oma lähedaste toel toime tulla ja koordineerimise teenusega jätkamise vajadust konsulteerides ka perearsti või pereõe ja kohaliku omavalitsuse üksuse sotsiaaltöötajaga. Hindamise inimesega võib läbi viia ka telefonivestluse teel.

(2) Koordineerimise teenus lõpetatakse kui:

- 1) selle alustamise aluseks olnud asjaolud on ära langenud;
- 2) koordineerimise vajadusega seotud kontaktid on jäänud harvaks;
- 3) inimese tervisenäitajad ja sotsiaalne toimetulek on stabiliseerunud;
- 4) käesoleva määruse § 13 lõikes 2 nimetatud juhul.

(3) Rehabilitatsiooniteenus, mida osutatakse koordineerimise teenuse raames, lõpetatakse kui:

- 1) rehabilitatsiooni eesmärk on saavutatud;
- 2) on selge, et määratud sekkumised ei toeta enam rehabilitatsiooni eesmärki;
- 3) inimese kaasatust ei ole õnnestunud saavutada, kuigi meeskond on teinud vajalikud pingutused;
- 4) inimene ei täida kokkulepitud tegevusi või oma rolli rehabilitatsiooniprotsessis.

§ 14. Valdakonnalese koordineerimise teenuse korduvus

Koordineerimise teenust võib osutada inimesele elu jooksul korduvalt. Sel juhul korrigeeritakse juba olemasolevat heaoluplaani, kui eelmise koostamisest ei ole möödunud rohkem kui 30 aastat.

2. Peatükk

Inimese kõrgeenenud tervishoiuteenuse kasutamise riski hindamise meetodika ja kord

§ 15. Inimese kõrgeenenud tervishoiuteenuse kasutamise riski hindamise meetodika ja kord

(1) Algoritmi kõrgeenenud tervishoiuteenuse kasutamise riskitunnuse leidmiseks rakendatakse Tervisekassa raviarvete ja retseptide andmekogule.

(2) Iga isiku jaoks leitakse kahe eelmise kalendriaasta diagnoosid koos kuupäevadega järgmiste andmete alusel:

- 1) raviarvetelt arve alguse kuupäevast ning põhi- ja kaasuvast diagnoosist lähtuvalt;
- 2) välja ostetud retseptidelt retsepti välja kirjutamise kuupäevast lähtuvalt.

(3) Krooniliste haiguste diagnooside alla arvestatakse järgmised RHK-10 diagnoosid. Iga koodiga koos lähevad arvesse ka kõik tema alajaotised.

Haigusrühm algoritmi jaoks	RHK-10 diagnoos	Lõplik kroonilise haiguse rühm
artriit	M06.0, M06.4, M06.5, M06.6, M06.7, M06.8, M06.9, M05, M13	artriit
tsirroos	K70.3, K74.3, K74.4, K74.5, K74.6, K74.7, K74.8, K74.9	tsirroos
hüpertensioon	I10, I11, I12, I13, I14, I15	hüpertensioon
isheemiline südametõbi	I20, I21, I22, I23, I24, I25	isheemiline südametõbi
rütmihäired	I48	rütmihäired
südamepuudulikkus	I50	südamepuudulikkus

insult	I60, I61, I62, I63, I64, I69, G45	insult
kilpnäärmehaigused	E03, E04, E06	kilpnäärmehaigused
diabeet	E10, E11, E12, E13, E14	diabeet
hüperlipideemia	E78,I70	hüperlipideemia
artroos	M15,M16,M17,M18,M19	artroos
krooniline neeruhaigus	N18,N19	krooniline neeruhaigus
kopsuhaigused1	J40	kopsuhaigus
kopsuhaigused2	J41	
kopsuhaigused3	J42	
kopsuhaigused4	J43	
kopsuhaigused5	J44	
kopsuhaigused6	J47	
astma1	J45	astma
astma2	J46	
meeleoluhäired, depressioon	F30,F31,F32,F33,F34, F35, F36,F37,F38,F39	meeleoluhäired, depressioon
ärevushäired	F40,F41	ärevushäired
ravimisõltuvus	F11,F13	ravimisõltuvus
skisofreenia	F20, F25	skisofreenia
dementsus	F00, F01, F02, F03, G30,G31, R54	dementsus
osteoporoos	M80, M81, M82	osteoporoos
kasvajad	C	kasvajad

(4) Igale isikule leitakse iga haigusrühma kohta kahe aastase perioodi sees esimene ja viimane diagnoosi kuupäev. Ainult siis, kui esimese ja viimase kuupäeva vahele jääb 60 päeva või enam, loetakse, et isikul on vastav vastavasse haigusrühma kuuluv krooniline haigus.

(5) Astma ja kopsuhaiguste rühmad ühendatakse lõplikeks rühmadeks:

- 1) astma1 ja astma2 – kui vähemalt üks neist esineb, on isikul haigusrühm „astma“;
- 2) kopsuhaigused1 kuni kopsuhaigused7 – kui vähemalt üks neist esineb, on isikul haigusrühm „kopsuhaigus“.

(6) Isiku riskitunnuse leidmiseks saadud haigusrühmad summeeritakse.

(7) Leitud riskitunnused on järgmised:

- 1) 0 haigust – isikud, kellel kroonilisi haigusi ei ole;
- 2) üks haigus;
- 3) kaks haigust;
- 4) kolm kuni neli haigust;
- 5) viis ja enam haigust.

(8) Tervisekassa uuendab riskitunnuse andmeid vähemalt kaks korda aastas.

3. Peatükk Rakendussätted

§ 15. Määruse rakendamine

Käesoleva määruse § 1 punkti 1, § 5 lõike 2 punkti 3, §-i 6, § 8 lõike 1 punkti 2 ja lõiget 6, § 9 lõikeid 8–11 ja 2. peatükki kohaldatakse alates 1. maist 2028. a.

§ 16. Määruse jõustumine

Käesolev määrus jõustub 2027. aasta 1. septembril.

(allkirjastatud digitaalselt)
Karmen Joller
sotsiaalminister

(allkirjastatud digitaalselt)
Maarjo Mändmaa
kantsler

VABARIIGI VALITSUS
MÄÄRUS

**Vabariigi valitsuse määruste
muutmine**

Määrus kehtestatakse ravikindlustuse seaduse § 30 lõike 1 ja tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 59¹ lõike 3 alusel.

§ 1. Vabariigi Valitsuse 1. detsembri 2016. a määruse nr 138 „Tervise infosüsteemi põhimäärus“ muutmine

Vabariigi Valitsuse 1. detsembri 2016. a määruses nr 138 „Tervise infosüsteemi põhimäärus“ tehakse järgmised muudatused:

1) paragrahvi 2 teksti täiendatakse pärast sõna „juhtimiseks“ tekstiosaga „, ning andmeid valdkonnaülese koordineerimise osutamiseks ja riskirühma kuulumise kohta“;

2) paragrahvi 5 lõiget 1 täiendatakse punktidega 9 ja 10 järgmises sõnastuses:

„9) märkamislehe viivitamata pärast selle koostamist;

10) tegevuskava andmed viivitamata nende muutumisel.“;

3) paragrahvi 6 lõiget 5 täiendatakse punktiga 1¹ järgmises sõnastuses:

„1¹) isiku riskirühma tunnus;“;

4) paragrahvi 6 lõiget 8⁵ täiendatakse punktidega x – y järgmises sõnastuses:

[Sotsiaalkindlustusamet edastab infosüsteemi:]

„x)

...

y)“;

5) paragrahvi 6 täiendatakse lõigetega 8⁷ ja 8⁸ järgmises sõnastuses:

„(8⁷) Kohaliku omavalistuse üksuse sotsiaaltöötaja edastab infosüsteemi:

1) märkamislehe viivitamata pärast selle koostamist;

2) tegevuskava andmed viivitamata nende muutumisel.

(8⁸) Rahvatervishoiu seadluse § § 13³ lõike 4 punkti 2 ja lõike 6 alusel moodustatud tugimeeskonna liikmete esitavad infosüsteemi tegevuskava andmed viivitamata nende muutumisel.“.

§ 2. Vabariigi Valitsuse 15. detsembri 2025. a määruse nr 101 „Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelu“ muutmine

Vabariigi Valitsuse 15. detsembri 2025. a määruses nr 101 „Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelu“ tehakse järgmised muudatused:

- 1) peatükki ... paragrahvi ... lõikesse ... lisatakse hinnakirja kood ... nimetusega “valdkonnaülese koordineerimise osutamine ühe tervise teejuhi poolt, üks kuu”
[Paragrahvi täiendatakse vajalike rakendustingimustega]

§ 3. Määruse jõustumine

Käesolev määrus jõustub 2027. aasta 1. septembril.

Kirjuta ministri nimi
Peaminister

Karmen Joller
sotsiaalminister

Keit Kasemets
riigisekretär

MINISTRI MÄÄRUS

TERVIKute rahastamise korra ning koordineerimispiirkondade kehtestamine

Määrus kehtestatakse rahvatervishoiu seaduse § 13¹ lg 3 ja § 31 lg 7 alusel.

§ 1. Määruse reguleerimisala

Käesoleva määrusega reguleeritakse:

- 1) tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostööorganisatsioonide (edaspidi *TERVIK*) koostöö põhimõtted ning koordineerimispiirkonnad ja nende aruandluse kord;
- 2) TERVIKute rahastamise kord.

1. Peatükk

TERVIKute koostöö põhimõtted ning koordineerimispiirkonnad ja nende aruandluse kord

§ 2. TERVIKu õiguslik staatus ja asutamispõhimõtted

(1) Koostöökokkuleppelise TERVIKu juhtorgan on juhtkogu, iseseisva juriidilise isikuna moodustatud TERVIKu juhtorgan on juhatus (edaspidi *juhtorgan*).

(2) TERVIKu liikmesus kujuneb vastavalt koostöölepingu, moodustamisotsuse või asutamisosuse alusel moodustatud struktuurile ning täiendavate liikmete liitumine TERVIKuga, kui tegemist ei ole osapoolega, kellel on kohustus TERVIKuga liituda, toimub juhtorgani otsuse alusel.

§ 3. TERVIKu koordineerimispiirkonnad ja nende aruandluse kord

(1) Üle 100 000 elanikuga heaalupiirkonnad on:

- 1) Harjumaal;
- 2) Tartumaal;
- 3) Ida-Virumaal

(2) Lõikes 1 nimetatud piirkondades võib TERVIKu otsusega moodustada TERVIKu siseseid koordineerimispiirkondi järgmiselt:

- 1) Harjumaal kuni neli;
- 2) Tartumaal kuni kaks;
- 3) Ida-Virumaal kuni kaks.

(3) Kui TERVIKus on moodustatud koordineerimispiirkondi, siis otsustab TERVIK, millise koordineerimispiirkonna võrgustikujuht on ühtlasi ka TERVIKu võrgustikujuht.

(4) Koordineerimispiirkonna võrgustikujuht:

- 1) korraldab ja koordineerib oma koordineerimispiirkonna tervise teejuhtide tööd;
- 2) koondab ja hoiab kaasaegsena oma koordineerimispiirkonnas info piirkonna sotsiaal- ja tervishoiuteenuse osutajate kohta;
- 3) annab vähemalt kord kvartalis tegevuskava täitmisest aru TERVIKu võrgustikujuhile.

§ 4. TERVIKu juhtimine ja otsustusõiguse jaotus

(1) TERVIKu juhtorganisse kuuluvad:

- 1) kõigi heaalupiirkonnas tegutsevate kohalike omavalitsuste esindajad;

- 2) heaolupiirkonna haiglavõrgu arengukavas nimetatud haiglate esindajad;
- 3) perearstiabi osutajate ühiselt nimetatud esindajad arvestades, et perearstide esindajate maksimaalne arv oleks väiksem või võrdne kohalike omavalitsuste ja haigla(te) esindaja(te) arvuga kokku.

(2) Juhtorgani otsused võetakse vastu konsensusega. Kui konsensust ei saavutata, tehakse otsus hääletusega vastavalt käesolevas määruses ning TERVIKu koostöölepingus või põhimääruses sätestatule.

(3) Sotsiaalvaldkonda reguleerivates või eeskätt sotsiaalvaldkonda puudutavates küsimustes võib juhtkogu otsuseid teha üksnes juhul, kui kohalike omavalitsuste esindajatel on otsustusprotsessis kokku vähemalt 50 protsenti häälest.

(4) Tervishoiuvaldkonda reguleerivates või eeskätt tervishoiuvaldkonda puudutavates küsimustes võib juhtkogu otsuseid teha üksnes juhul, kui perearstide esindajatel on otsustusprotsessis kokku vähemalt 50 protsenti häälest.

(5) Küsimuse kuulumise tervishoiu- või sotsiaalvaldkonda määrab TERVIKu võrgustikujuht, arvestades juhtorgani põhjendatud ettepanekut. Vajaduse korral tehakse eelotsus lihthäälteenamusega.

§ 5. Koostöö põhimõtted

(1) TERVIKu liikmed teevad koostööd heaolupiirkonna elanike tervise ja sotsiaalse toimetuleku parandamiseks, lähtudes heaolupiirkonna koostöökoogu kinnitatud eesmärkidest.

(2) Koostöö tugineb järgmistele põhimõtetele:

- 1) inimesekeskus – teenused ja tegevused lähtuvad abivajava inimese vajadustest ning teenuseteekondade sidususest;
- 2) ennetav lähenemine – prioriteetsed on tervisedendus, ennetus ja abivajaduse varajane märkamine;
- 3) valdkondadeülene koostöö – tervishoiu, sotsiaalhoolekande ja muude partnerite tegevus on koordineeritud ja eesmärgipäraselt seotud;
- 4) ühised kokkulepped – teenuseteekonnad, töökorraldus, koostööpraktikad ja eskaleerimise põhimõtted kirjeldatakse ja kinnitatakse juhtkogu poolt;
- 5) läbipaistvus ja aruandekohustus – juhtkogu otsused, arendusfondi kasutamine, eelarved ja projektid dokumenteeritakse ning esitatakse ülevaadeks vastavalt koostöölepingu nõuetele;
- 6) andmete kvaliteet ja ühine andmevahetus – liikmed kasutavad kokkulepituid infosüsteeme ja tagavad andmete õigsuse, ajakohasuse ja turvalise töötlemise;
- 7) vastastikune usaldus ja hea usu põhimõte – liikmed täidavad koostöökohustusi professionaalselt, toetudes oma pädevusele ja volitustele.

§ 6. Volitatud esindaja ülesanded

(1) TERVIKu volitatud esindaja palkab TERVIKu võrgustikujuhi, kes tegutseb kõigi liikmete nimel, täidab TERVIKu igapäevase juhtimise ülesandeid ning tagab juhtorgani otsuste elluviimise.

(2) TERVIKu võrgustikujuht korraldab:

- 1) TERVIKu struktuuriüksuse töö;
- 2) TERVIKu töörühmade töö;
- 3) ühiste ressursside ja arvelduste haldamise;
- 4) lepingute sõlmimise TERVIKu ülesannete täitmiseks;
- 5) aruandluse juhtkogule ja koostöökogule;
- 6) korraldab regulaarse infovahetuse koordineerimispiirkonna võrgustikujuhtidega;

- 7) koondab koordinaatsioonipiirkondade võrgustikjuhtide poolt ühtse struktuuri alusel kokku pandud info piirkonna sotsiaal- ja tervishoiuteenuse osutajate kohta;
- 8) koostab kõigile heaolupiirkonna koordineerimispiirkondade võrgustikjuhtidele ühise aruandlusvormi;
- 9) korraldab vähemalt kord kvartalis aruandluskoosoleku kõigi oma TERVIKu koordineerimispiirkondade võrgustikjuhtidega.

2. Peatükk TERVIKu rahastamine

§ 7. TERVIKute rahastamise kord

Käesolevat korda kohaldatakse nii koostöökokkuleppelise kui ka eraldi juriidilise isikuna tegutsevatele TERVIKule.

§ 8. TERVIKu rahastamise üldpõhimõtted

TERVIK-u baaskulude rahastamine säilib seni, kuni TERVIK täidab seadusest tulenevaid ülesandeid ja vastav rahvatervishoiu seaduses sätestatud tingimustele.

§ 9. Rahastatavad kulud ja rahastamise määrad

(1) Baaskuludena rahastatakse:

- 1) TERVIK juhi tööjõukulud ... määras ühe kuu kohta;
- 2) TERVIKu struktuuriüksuse igapäevaseks tööks vajalikud kulud, mis hõlmavad muuhulgas IT, ruumid, andmekaitse, sõiduauto kompensatsioon, ... määras ühe kuu kohta;
- 3) aruandluse, kohtumiste korraldamise kulud ... määras ühe kuu kohta.

(2) Kui TERVIKus on moodustatud koordineerimispiirkondi, siis maksab Tervisekassa baaskulu iga koordineerimispiirkonna kohta.

§ 10. Rahastamise saamise tingimused

Rahastuse saamiseks peab TERVIK esitama Tervisekassale:

- 1) koostöölepingu kõigi rahvatervishoiu seaduses sätestatud nõutud liikmetega või juriidilise isiku asutamisdokumentid;
- 2) liikmeskonna loetelu Tervisekassa poolt etteantud vormil, mis vastab rahvatervishoiu seaduse § 13¹ lõike 5 ja 6 nõuetele;
- 3) TERVIK-u juhtimisstruktuuri kirjelduse;
- 4) eelarve.

§ 11. Tulemuspõhine rahastamine

(1) Tervisekassa koostab juhise, kus on toodud riigi poolt prioriteetsetes valdkondades soovitatavad tulemuseesmärgid TERVIKutele ja lisab juhisesse, milliste tulemuseesmärkide saavutamise korral maksab Tervisekassa tulemustasu.

(2) TERVIK teeb tervise- ja heaolu profiilis koostöökogule ettepaneku tulemuseesmärkide kohta strateegilistes koostöövaldkondades.

(3) Tervisekassa võib teha TERVIKule ettepaneku sõlmida tulemustasu leping, mis toetab koostöökogu poolt heaks kiidetud tulemuseesmärkide saavutamist.

(4) Kui TERVIK saavutab Tervisekassaga sõlmitud tulemustasu lepingus kokkulepitud eesmärgid, on tal õigus saada tulemustasu lepingus kokkulepitud tulemustasu.

§ 12. Rahastamise lõpetamine

(1) Tervisekassa lõpetab TERVIKu rahastamise kui:

- 1) TERVIK ei täida seadusest tulenevaid kohustusi;
- 2) mõni kohustuslik liige astub TERVIK-ust välja ning olukord ei ole mõistliku aja jooksul lahendatud;
- 3) TERVIK ei esita nõutud aruandeid või ei täida rahastamislepingut.

(2) Rahastamise lõpetamine ei vabasta TERVIKut varem tekkinud kohustuste täitmisest.

3. Peatükk TERVIKu aruandlus

§ 13. Aruandlus

(1) TERVIK esitab Tervisekassale kord aastas tulemuspõhise rahastamise indikaatorite täitmise aruande.

(2) Aruande vormi kehtestab Tervisekassa.

4. Peatükk Määruse jõustumine

§ 14. Määruse jõustumine

(1) Määrus jõustub 1. juulil 2027. aastal.

(2) Määruse 2. peatükk jõustub 1. mail 2028. aastal.

(allkirjastatud digitaalselt)
Karmen Joller
sotsiaalminister

(allkirjastatud digitaalselt)
Maarjo Mändmaa
kantsler