

Eesti Perearstide Seltsi tagasiside rahvatervishoiu seaduse muutmise ja sellega seonduvalt teiste seaduste muutmise seaduse (tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostöö) eelnõule

31.07.2026

Eesti Perearstide Selts tänab võimaluse eest anda eelnõule tagasisidet ning avaldab heameelt, et eelnõus on arvestatud mitmete meie varasemate ettepanekutega. Toetame jätkuvalt tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna paremat lõimimist ning peame õigeks, et kompleksse abivajadusega inimese ja temaga tegelevate spetsialistide toetamiseks peaks olema võimalik kaasata spetsialist, kes orienteerub mõlemas süsteemis - terviseteejuht.

Meie jaoks on aga eelnõu fundamentaalseteks probleemideks tervishoiutöötajale kavandatav kohustuslik märkamine ning valdkondadeülese koordineerimise liigselt formaliseeritud ülesehitus. Esmatasandile terviseteejuhi kaasamise ressursi taotledes oli eesmärgiks luua perearsti meeskonnale võimalus kaasata terviseteejuht olukordades, kus tema toest võiks meeskonnale ja konkreetsele inimesele abi olla, mitte aga tekitada üldist kohustust võimaliku koordineerimisvajadusega inimesi otsida ja teenusele suunata. Nägime tema rolli spetsialistina, kes pakuks perearsti meeskonnale ja inimesele praktilist tuge olemasolevas süsteemis liikumisel, kasutades oma ülevaadet sotsiaalvaldkonna teenustest ja kontaktidest. Eelnõus on sellest aga kujunenud formaalne protsess kohustuslike hindamiste, kindlaksmääratud koosseisuga tugimeeskonna, heaoluplaani, tegevuskava ja regulaarsete kordushindamisega. Selline lahendus võib perearsti meeskonna koormuse vähendamise asemel seda hoopis suurendada. Eriti problemaatiline on see olukorras, kus teenuste kättesaadavus ei pruugi märkamiste arvu kasvuga kaasa tulla ning perearstiabi on juba silmitsi süveneva tööjõupuuduse ja kiiresti kasvava ülesannete mahuga. Me ei eita laiapõhjalise märkamise positiivseid mõjusid, kuid süveneva ressursipuuduse olukorras ei peaks perearstiabile lisama ulatuslikke uusi kohustusi, kui sellega kaasnev perearstiabi kättesaadavuse halvenemise mõju võib osutuda märkamisega saavutatavast kasust suuremaks.

Ka seekordne tagasiside on jagatud kaheks osaks: 1) TERVIK, 2) valdkondadeülene koordineerimine.

TERVIK

- 1) Kuna eelnõusse on lisandunud säte (RTHS § 13¹ lg 5), mille kohaselt on TERVIKus kokku lepitud koostöökorraldus siduv kõigile kohustuslikele osapooltele sõltumata koostöölepingu sõlmimisest, ei ole meie hinnangul enam põhjendatud ega vajalikud sätted, mis puudutavad seaduse alusel TERVIKu liikmeks lugemist või TERVIKu koosseisu seadusele vastavust. Piisab regulatsioonist, et millisel juhul on TERVIK moodustatud, kellel on õigus sinna (ja juhtkogusse) kuuluda ning põhimõttest, et kokkulepitav töökorraldus on RTHS § 13¹ lõikes 6 nimetatud isikutele siduv. Seega teeme ettepaneku jätta eelnõust välja: 1) RTHS § 13¹ lg 8; 2) RTHS § 38² lg 4 viimane lause; 3) määruse "TERVIKute rahastamise kord ning koordineerimispiirkondade kehtestamine" § 10 punktis 1 sõna "kõigi"; ning 4) sama määruse § 12 lg 1 p 2, ning 5) muuta sama määruse § 10 p 2 sõnastust.

Juhul, kui siiski leitakse, et kõik RTHS § 13¹ lõikes 6 nimetatud isikud peavad olema just liikmed, siis tuleks kohustuslikku liikmeks lugemist rakendada kõigi osapoolte, mitte ühe grupi suhtes. Oleme selgelt vastu lahendusele, mis võimaldab seaduse alusel liikmeks lugeda ainult üksikpraksistes töötavaid perearste.

Lisaks juhime tähelepanu, et RTHS § 38² lõikes 4 viidatakse § 13¹ lõikes 5 nimetatud osapooltele, kuid kohustuslikud osapooled on nimetatud § 13¹ lõikes 6.

- 2) Teine TERVIKu osapooltega seotud märkus puudutab § 13¹ lg 6 p 3 sõnastust. Nõustume, et TERVIKu osapoolteks võiksid olla TTO-d kui juriidilised isikud (või FIE-d), mitte nimistuga perearstid isiklikult. Küll aga leiame, et töötamise/asendamise perioodide asemel tuleks aluseks võtta see, milliste TTO-de kaudu piirkonna nimistuid teenindatakse, mitte töösuhted. Ehk siis, TERVIK-usse peaks kuuluma iga TTO, mis on sõlminud antud piirkonna nimistu osas Tervisekassaga perearstiabi rahastamise lepingu. See lahendus aitab vältida ka asendamise perioodide reguleerimise vajadust.
- 3) Perearstide esindatuse ja hääleõiguse omavaheline jaotus TERVIKus seevastu peaks olema seotud nimistute arvuga (mitte TTO-de arvuga). Seega nõustume, et § 38² lg 2 p 3 sõnastusse võiks jääda perearstiabi osutaja, kuid TERVIKu juhtorganit puudutavas regulatsioonis paluksime kajastada nende kaudu teenindatavate nimistute arvu arvestamist.
- 4) Väga olulise muudatusena palume jätta välja määruse „TERVIKute rahastamise kord ning koordineerimispiirkondade kehtestamine“ § 4 lõikena 5 lisandunud sätte, mille kohaselt peab rahvatervishoidu reguleerivates või eeskätt rahvatervishoidu puudutavates küsimustes olema kohalike omavalitsuste esindajatel vähemalt 50 protsenti häälest. Rahvatervishoid on valdkondadeülene ning selle alla võivad kuuluda ka küsimused, mis mõjutavad otseselt tervishoiuteenuste osutamist ja ka näiteks valdkondadeülest koordinatsiooniteenust. Seetõttu võib kavandatud säte anda KOV-idele otsustava mõju ka küsimustes, mis on sisuliselt tihedalt seotud tervishoiuga. Rahvatervishoiu küsimuste puhul tuleks lähtuda sellest, kas konkreetne küsimus on oma sisult rohkem seotud tervishoiu- või sotsiaalvaldkonnaga, ning kohaldada sellele vastavat häälte jaotust.
- 5) Küsimuse valdkondliku kuuluvusega seotud 3/4 häälteenamuse ettepaneku ja selle alternatiivi osas täname kavatsuse eest ettepanekuga läbirääkimisel arvestada. Loodame positiivsele tulemusele ning palume põhimõtte võimalusel ka õigusaktis fikseerida.
- 6) Palume lisada valdkondade hulka, mida koostööleping peab käsitlema (RTHS § 13¹ lg 10) ka küsimuste tervishoiu- või sotsiaalvaldkonda kuulumise määramise põhimõtted ning asendusliikme määramise / volitamise põhimõtted.
- 7) Palume RTHS § 13¹ lg 4 osas seletuskirjas täpsustada, et „*tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutamise valmisoleku koordineerimine nii tavaolukordades väljaspool tööaega kui ka eriolukordades*“ ei tähenda kohustust nt tööajaväliste pöördumisvõimaluste loomiseks, vaid tähendab koordineerimist olukordades, kus vastav vajadus, rahastamine ja muu on eraldi kokku lepitud.
- 8) Palume siiski uuesti kaaluda meie varasemat ettepanekut siduda TERVIKu baaskulude rahastamine kohustuslike osapoolte arvuga. Rahastusmudel peaks soodustama heaolupiirkonna ühist tegutsemist, mitte soosima piirkonna jagamist eraldiseisvateks koordineerimispiirkondadeks. Koordineerimispiirkondade moodustamine peaks jääma võimalikuks, kuid TERVIKu rahastamine ei peaks sõltuma nende arvust. Alternatiivselt võiks rahastamise alusena kaaluda heaolupiirkonna elanike arvu. Kooskõlastustabelis oli välja toodud, et töömaht sõltub ka püstitatud eesmärkidest - meie hinnangul võiks lisaeesmärkidest tulenevat täiendavat töömahtu katta tulemustasu.
- 9) Palume täiendada määruse „TERVIKute rahastamise kord ning koordineerimispiirkondade kehtestamine“ §-i 4 sättega, mis võimaldab TERVIKu juhtorgani liikmel anda volitus enda esindamiseks või määrata asendusliige. Asendustega seotud regulatsioon lisati küll koostöökogu jaoks, kuid oma eelmises tagasisides pidasime silmas just TERVIKu juhtorganit.

- 10) Täpsustame oma varasemas tagasisides esitatud märkust määruse „TERVIKute rahastamise kord ning koordineerimispiirkondade kehtestamine“ § 5 lõike 2 punkti 2 kohta. Meie ettepaneku mõte oli, et sättes nimetatud prioriteetide loetelu tuleks üle vaadata ja täiendada, kuna sellest on olulise kriteeriumina puudu näiteks probleemi akuutsus. Palume loetelu üle vaadata ja vastavalt täiendada.
- 11) Palume üle vaadata eraldi juriidilise isikuna tegutsevat TERVIKut puudutava regulatsiooni määruses „TERVIKute rahastamise kord ning koordineerimispiirkondade kehtestamine“ (vt § 2 lg 1 ja § 7). Meie arusaama kohaselt ei näe RTHS enam ette võimalust moodustada TERVIK eraldiseisva juriidilise isikuna, mistõttu palume täpsustada, kas vastavad viited on vajalikud või on jäänud määruse kavandisse varasemast versioonist.
- 12) Palume koostöökogu töökorra põhimõtete määruses täpsustada ka RTHS § 8¹ lõike 3 alusel aruteludesse kaasatavate isikute osalemise korda ja õigusi, sealhulgas nende koosolekule kutsumist, materjalidele juurdepääsu, ettepanekute esitamist ning seisukohtade protokollimist. Sisuline kaasamine eeldab, et kaasatavatel TERVIKu esindajatel on võimalik materjalidega aegsasti tutvuda ning oma seisukohad kujundada ja esitada.
- 13) Palume üle vaadata koostöökogu töökorra põhimõtete määruse § 3 lõigetes 4 ja 5 kavandatud hääletuskorra. Kavandatud mudelis on kohalike omavalitsuste esindajatel kokku sama palju hääli kui riigi esindajatel, mistõttu on KOV-ide osakaal võrreldes teiste koostöökogu töös osalevate valdkondadega väga suur. Sellise jaotuse korral on erimeelsuste puhul häälte võrdne jagunemine küllaltki tõenäolisena protsessi “sisse kirjutatud” ning kavandatava regulatsiooni kohaselt saaks otsustavaks TERVIKu võrgustikujuhi arvamus, kuigi võrgustikujuht ei ole koostöökogu hääleõiguslik liige. Me ei pea õigeks anda sellises olukorras otsustavat häält isikule, kellel isegi ei ole hääleõigust - meie hinnangul on oluline rakendada seletuskirjas lk 15 kajastatud põhimõtet, et otsustusõigus peaks jääma avaliku võimu kandjale.
- 14) Palume kaaluda võimalust TERVIKu tegevuses osalemisega seotud ajakulu rahastamiseks.
- 15) Koostöolastustabelis on selgitatud, et piirkondlikud haiglad on võrgustumise kaudu juba seotud oma teeninduspiirkonna väiksemate haiglatega. Meie hinnangul toetab olemasolev tihe koostöösuhe piirkondlike haiglate kaasamist vastavate piirkondade TERVIKutesse ning seetõttu ei tohiks täiendava liitumiskohustuse sätestamine tekitada olulisi praktilisi takistusi. Kordame ettepanekut piirkondliku ebavõrdsuse vältimiseks vastav korraldus sätestada.

Valdkondadeülene koordineerimine ja terviseteejuht

- 1) Nagu sissejuhatuses välja tõime, näeme eelnõu kõige suuremate probleemidena tervishoiutöötajale pandavat kohustuslikku märkamist ning valdkondadeülese koordineerimise liigset formaliseeritust. Terviseteejuhi kaasamine peaks olema perearsti meeskonna jaoks lisavõimalus olukorras, kus nähakse, et kompleksse abivajadusega inimese toetamisel võiks kasu olla täiendavast abist tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi vahel liikumisel. Selle asemel loob eelnõu tervishoiutöötajale üldise märkamiskohustuse ning kujundab terviseteejuhi kaasamise ümber ulatusliku formaalse protsessi, mis hõlmab kohustuslikke hindamisi, kindlaksmääratud koosseisuga tugimeeskonda, heaoluplaani, tegevuskava ja regulaarseid kordushindamisi. Selline korraldus võib perearsti meeskonna koormuse vähendamise asemel seda hoopis suurendada.

Palume tõsiselt kaaluda terviseteejuhi ja valdkondadeülese koordineerimise osas kohustuslikust märkamisest ja formaliseeritud protsessist loobumist. Kui oleme õigesti aru saanud, on selle taga suuresti andmekaitsega seotud küsimustest lähtuvad vajadused,

mistõttu palume analüüsida, kas teenust oleks võimalik üles ehitada teistsugusel moel. Arvestades, et ka praegune protsess hõlmab nii ehk nii inimese kinnitust (nõusolek), võiks kaaluda andmetöötlaste ülesehitamist samale loogikale.

Juhul, kui teenuse protsessi kavandatud määral formaliseerimist peetakse tingimata vajalikuks, näeme oluliselt õigemana ja vähem vastuseisu ning ülekoormust tekitavana lahendust, kus valdkondadeülest koordineerimine rakendatakse vähemalt esialgu vabatahtliku ja tasustatud projektina, sarnaselt näiteks Maailmapanga riskipatsientide projektile. Nagu nähtub nii kooskõlastustabelist, aruteludest kui mitmete perearstide arvamustest, on ajakulu ja töömahtu puudutavad hinnangud väga vastuolulised. Usume, et vabatahtlikkus aitaks olulisel määral kaasa terviseteejuhi rolli positiivsete külgede esilekerkimisele ning teenuse aktiivsele ja eesmärgipärasele rakendumisele. Paralleelselt annaks see ka võimaluse hinnata ja mõõta tervishoiutöötajate jaoks kaasnevat reaalselt ajakulu suurenemist või vähenemist.

- 2) Palume muuta valdkondadeülese koordineerimisteenuse nõudeid käsitleva määruse § 7 lõikes 1 sätestatud 3-tööpäevast tähtaega. Valdkondadeülene koordineerimisteenus ei ole olemuselt erakorraline teenus, mistõttu ei ole enamiku juhtumite puhul vajalik ega põhjendatud üldine kohustus võtta inimesega ühendust kolme tööpäeva jooksul. Konkreetne reageerimistähtaeg on oluline eelkõige haiglast kodusele ravile liikumise korral, kus abi järjepidevus võib sõltuda kiirest sekkumisest. Muudel juhtudel tuleks võimaldada paindlikumat reageerimisega, kuna üksnes tähtaja täitmiseks ei ole otstarbekas anda juhtumit terviseteejuhi lühiajalise äraoleku, näiteks puhkuse ajal, üle teisele terviseteejuhile. Püsiv koostöösuhe inimese ja tema perearsti meeskonna partneriks oleva terviseteejuhiga on meie hinnangul teenuse kvaliteedi seisukohalt olulisem kui ühetaolise kolmepäevase tähtaja järgimine.
- 3) Terviseteejuhtide paiknemise osas palume võimalusi laiendada ja täpsustada:
 - a) esiteks palume siiski juba praeguses etapis sätestada, et terviseteejuht võib töötada iga perearstiabi osutaja juures, mitte ainult tervisekeskuses, ning käsitada seda ühe võimaliku töökorraldusliku lahendusena, mitte üksnes erandina. Soovime, et erinevad võimalused jääksid avatuks, võimaldamaks TERVIKul otsustada, milline on antud piirkonna võimaluste ja vajaduste kontekstis kõige optimaalsem jaotus. Seetõttu palume mitte piirata võimalusi, mis mõningatel juhtudel võivad olla kõigi osapoolte jaoks hästi toimivad;
 - b) teiseks palume luua võimaluse, et terviseteejuht võib töötada ka KOV-i juures. Ehkki tervishoiuteenuse osutaja juures paiknemine peaks olema eelistatud, leiame, et KOV-i juures töötamise võimalust ei peaks välistama. Näiteks ei pruugi mõnes piirkonnas olla praktiliselt võimalik kõiki terviseteejuhte tervishoiuteenuste osutajate juurde mahutada, samuti võib protsessi soodustada, kui mõni terviseteejuhtidest paikneb ka KOV-i juures;
 - c) palume sätestada, et terviseteejuht võib töötada ka TERVIKus. RTHS § 13³ lg 3 kohaselt saab valdkondadeülest koordineerimisteenust osutada üksnes tervishoiuteenuse osutaja palgatud terviseteejuht, kuid RTHS § 13¹ lõige 11 võimaldab teenust osutada ka TERVIKu ülesandeid täitva struktuuriüksuse kaudu. Samuti näeb valdkondadeülese koordineerimisteenuse nõudeid käsitleva määruse § 3 lõige 1 ette, et terviseteejuht võib töötada esmatasandi tervisekeskuses, haiglas või TERVIKus.
- 4) Lähtuvalt ka varasemalt kirjeldatud kontseptsioonist, et perearst peaks tegema koostööd ühe konkreetse terviseteejuhiga, ei pea me õigeks jätkuvalt eelnõus sisalduvat põhimõtet, et märkamislehe võib suunata ka elukohale lähimas tervisekeskuses töötava terviseteejuhi juurde. Teeme ettepaneku, et olukordades, kus patsienti ei ole otstarbekas või võimalik

suunata tema perearstiga koostööd tegeva terviseteejuhi juurde, tuleks märkamislehtede suunamise korraldus leppida kokku TERVIKus. Sobivaim ja piirkonna vajadustele kõige paremini vastav lahendus sõltub olulisel määral terviseteejuhtide reaalse paiknemise struktuurist - mis lepitakse kokku TERVIKus. Alternatiivselt võiks kaaluda igas TERVIKus mõne terviseteejuhi paigutamist KOVi juurde ning kirjeldatud olukordades patsiendi suunamist KOVi juures töötava terviseteejuhi juurde. Antud lahendus võiks ühtlasi aidata kaasa valdkondade paremale integreerimisele, kus eri tüüpi teenuseosutajate juures paiknevad terviseteejuhid saaksid jagada valdkondlikke teadmisi ja kontakte.

- 5) Palume muuta RTHS § 13³ lõikes 1 toodud valdkondadeülese koordineerimise teenuse definitsiooni ning asendada sõnad „terviseteejuht tagab“ sõnadega „terviseteejuht toetab ja koordineerib“. Terviseteejuht ei saa tagada tervishoiu- ja sotsiaalteenuste lõimitud osutamist, kuna teenuste määramine, korraldamine ja osutamine ei kuulu tema pädevusse ning sõltub asjaomastest teenuseosutajatest ja teenuste kättesaadavusest. Terviseteejuhi ülesanne saab olla teenuste lõimitud osutamise toetamine ja koordineerimine.
- 6) Palume terviklikult üle vaadata RTHS § 29¹ ning heaolu infosüsteemi põhimääruse §-s 10 sätestatud andmetöötlus- ja juurdepääsuõigused. Nii terviseteejuhi kui tugimeeskonna liikmete puhul tuleks selgelt eristada andmete töötlemise õigust (õiguslik alus) ja infosüsteemidele ligipääsu andmise aluseid. Praegu annab RTHS § 29¹ lõige 4 terviseteejuhile andmetöötlusõiguse, kuid põhimääruse § 10 ei kajasta selgelt tema juurdepääsu vastavatele andmetele. Palume eelnõud täiendada või selgitada, millisel alusel juurdepääsuõigus on antud. Lisaks ei ole üheselt selge, kas tugimeeskonna liikme andmetöötlus toimub seaduse alusel (ning inimese kinnitus on lihtsalt selle eeltingimus) või käsitatakse kinnitust andmetöötluse õigusliku alusena. Palume seda eelnõus täpsustada.
- 7) Palume üle vaadata heaolu infosüsteemi põhimääruse § 9 lõikes 2 sätestatud logiandmete 30-aastane säilitustähtaeg. Meie hinnangul ei ole põhjendatud säilitada logisid kauem kui dokumente, mille töötlemist need kajastavad (rakendatavad tähtajad 10 aastat ning 3 aastat). Palume logiandmete säilitustähtaega lühendada.
- 8) Palume heaolu infosüsteemi põhimääruses sätestada läbiva põhimõttena, et teistes infosüsteemides olemasolevad andmed jõuavad heaolu infosüsteemi automaatpäringutega. Tabelis on automaatpäring praegu mõne andmeliigi puhul sõnaselgelt välja toodud, teiste puhul mitte. Käsitsi sisestamise ja dubleerimise vältimiseks peaks automaatne andmevahetus olema läbiv põhimõte. Kasutajal peab olema võimalik valida saadud andmetest konkreetse juhtumi seisukohalt oluline teave ning seda vajaduse korral täiendada või ajakohastada. Näiteks võib automaatpäringuga kuvada kõik diagnoosid, millest saab kajastamiseks valida need, mis on konkreetse juhtumi seisukohalt asjakohased.
- 9) Rõhutame ka seekordses tagasisides, et IT-lahenduste toimivus, kasutusmugavus ja õigeaegne valmimine on kriitilise tähtsusega. Perearstide vaates peame väga oluliseks, et andmevahetus oleks mugavalt integreeritud töövoos ja olemasolevate süsteemidega. Muuhulgas: (i) süsteemi kasutamine, sh teavituste saamine, peaks olema integreeritud TJT või tööprogrammiga, et ei tekiks täiendavat kohta, mida tuleb eraldi meeles pidada ja kuhu tuleks eraldi sisse logida. Kui on vajalik muusse süsteemi suunamine, siis see peaks olema kasutaja jaoks võimalikult mugav ja „märkamatu“ (st pole vaja eraldi autentida, võimalikult vähe lisaklikke, jne); (ii) perearsti jaoks peavad vajalikud väljad/dokumendid jm olema mugavalt ja lihtsalt leitavad, mitte „sügavates“ menüüdes peidus; (iii) kui perearstil on vaja teiste osapooltega dokumente vahetada, siis peaks see toimuma selliselt, et TIS-is olev dokument on võimalik paari nupuvajutusega edastada või kättesaadavaks teha. Dokumentide skaneerimine või arvutisse allalaadimine ja siis süsteemi üleslaadimine ei tohi olla tavapärase tööprotsessi osa; (iv) TIS-is vm infosüsteemis olemasolevat infot ei peaks topelt otsima ja

sisestama, see peaks jõudma vajalikele plaanidele, lehtedele võimalikult automaatselt. Käsitööd minimeerivad põhimõtted on väga olulised ka terviseteejuhtide vaates.

- 10) Märkamislehe andmekoosseisu osas palume selgitada, miks nägemis-, kuulmis- jt funktsioonide kõrvalekalletega seonduv läks märkamislehe andmekoosseisust välja. Samuti soovime selgitust, kas me eeldame õigesti, et p 3.6 ei ole mitte käsitsi täidetav väli, vaid kujuneb selle järgnevate blokkide vastuste kaudu.
- 11) Palume valdkondadeülest koordinatsiooniteenust reguleeriva määruse § 7 lõiget 4 muuta selliselt, et esmane nõustamine ja koordinatsioonivajaduse hindamine toimub üldjuhul kontaktvastuvõtuna, kuid inimese vajadustest ja olukorrast lähtudes võib seda teha ka muul sobival viisil, sealhulgas kaugvastuvõtuna või inimese kodukeskkonnas, välja arvatud juhul, kui inimene viibib haiglas.
- 12) Palume valdkondadeülest koordinatsiooniteenust reguleeriva määruse § 7 lõiget 6 muuta selliselt, et arvesse läheks sisuline "kontakt perearstikeskusega", mitte ainult perearsti vastuvõtt. Näiteks patsienti, kes on hiljuti käinud pereõe juures ennetusvisiidil, ei ole otstarbekas automaatselt perearsti vastuvõtule suunata.
- 13) Palume jätta valdkondadeülest koordinatsiooniteenust reguleeriva määruse § 7 lõikest 7 välja terviseteejuhi ülesanne abistada inimest perearsti vahetamisel või leidmisel. Terviseteejuhi põhiroll peaks olema valdkondadeülese abi koordineerimine ja perearsti meeskonna koormuse hajutamine. Perearsti vahetamisse sekkumine võib asetada terviseteejuhi ja tema kaudu kogu keskuse meeskonna patsiendi teise perearsti vahelisse ebasobivasse vahendaja rolli, kusjuures terviseteejuhil puuduvad näiteks Tervisekassa omadega võrreldavad võimalused nimistusse võtmisega seotud küsimuste lahendamiseks. Kui ettepanekut ei arvestata, palume piirata terviseteejuhi ülesanne inimese nõustamise ja vajaliku teabe andmisega ning sõnastada säte järgmiselt: „Kui inimesel puudub perearst, annab terviseteejuht inimesele tema soovi korral teavet perearsti leidmise võimaluste ja vajalike toimingute kohta.“
- 14) Palume valdkondadeülest koordinatsiooniteenust reguleeriva määruse § 9 lõikes 1 täpsustada, et uus tervise- või sotsiaalse abivajaduse hindamine, soovitude ja juhiste andmine ning teenuste või toodete määramine on vajalik üksnes juhul, kui heaoluplaani koostamiseks vajalikku teavet ei ole infosüsteemides olemas. Tervishoiutöötaja esitatud märkamislehe puhul võib vajalik tervisealane teave sageli juba olemas olla; sotsiaalvaldkonnast pärineva märkamise korral rakendub vajadusel vastuvõtu kokkuleppimisel abistamise säte.
- 15) Palume valdkondadeülest koordinatsiooniteenust reguleeriva määruse § 9 lõikes 6 täpsustada, et heaoluplaani kinnitamine peab olema võimalik heaolu infosüsteemis lihtsa elektroonilise kinnituse või allkirjaga, mis ei eelda digiallkirja andmist. Paberkandjal kinnituste kogumist ja säilitamist tuleks vältida.
- 16) Hindamiste sageduse ja perearsti/tema meeskonna arvamuse küsimise vajaduspõhisuse osas (valdkondadeülest koordinatsiooniteenust reguleeriva määruse § 13 lg 1) täname koostööst tabelis antud vastuste eest - loodame, et kirjeldatud põhimõtted saavad kajastatud ka määruse tekstis. Lisaks palume sõnastuses arvestada põhimõttega, et terviseteejuht saab inimest hindamisele kutsuda, kuid ta ei saa vastutada selle eest, kas inimene hindamisele tuleb / kõnedele vastab.
- 17) Palume valdkondadeülest koordinatsiooniteenust reguleeriva määruse § 13 lõikes 4 sätestada, et koordinatsiooniteenuse lõpetamisel lõpevad tugimeeskonna liikmete juurdepääsud heaoluplaanile ja tegevuskavale automaatselt (kui nende jätkumiseks puudub

muu õiguslik alus). Juurdepääsude käsitsi peatamine või peatamise kontrollimine ei peaks olema terviseteejuhi ülesanne.

- 18) Riski hindamise meetodika ja selle rakendamise meetodika vajab veel täiendavat arutelu, kokkuleppeid ja töömahu hindamist.

Tehnilised märkused

Juhime tähelepanu, et:

- RTHS § 13⁴ lõike 1 sõnastusveale. Lausest „teenuse sobivuse korral leppida teha ettevalmistused heaoluplaani koostamiseks“ on tõenäoliselt mõned sõnad puudu;
- heaolu infosüsteemi põhimääruse § 10 lõikes 5 sisalduvale ekslikule ristviitele. Sättes viidatud RTHS § 13³ lõike 11 asemel tuleb viidata lõikele 10;
- RTHS § 8 lõikes 1 võiks kasutada sõna „ekspertiis“ asemel sõna „ekspertteadmised“. Profiili koostamisel kasutatakse piirkondlike spetsialistide teadmisi ja kogemusi, mitte ekspertiisi kui eraldiseisvat hindamis- või menetlustoimingut;
- märkamislehe andmekoosseisus on p 3.11.1 juures jah/ei puudu;
- valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse nõudeid käsitlevas määruses on numeratsiooniviga - § 11 puudub.

Lõpetuseks juhime igaks juhuks tähelepanu, et eelnõule lisatud rakendusaktide kavandites ei kajastu veel osad muudatused, mille osas on kooskõlastustabelis märgitud, et neid arvestatakse rakendusaktide väljatöötamisel. Eeldame, et need muudatused on veel tulemas ja hetkel vastavaid ettepanekuid valdavalt ei korranud.

Eesti Perearstide Seltsi juhatuse nimel

Elle-Mall Sadrak