

Rahvatervishoiu seaduse muutmise ja sellega seondvalt teiste seaduste muutmise seaduse
eelnõu seletuskiri
Lisa 2

Kooskõlastustabel

Kooskõlastustabel on koostatud rahvatervishoiu seaduse ja tervishoiuteenuste korraldamise seaduse muutmise seaduse (tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi koostöö) eelnõu kohta

Esitatud märkused või ettepanekud	Sotsiaalministeeriumi seisukoht
TERVIKu eelnõu märkused	
Rahandusministeerium	
Seletuskirja järgi taotletakse 2028+ struktuurivahenditest IT arenduste, juhtimislaua arendustegevuste ja terviseteejuhtide õppekava väljatöötamiseks ning täiendkoolitusteks vahendeid 2029. aastaks 4 500 000 eurot ja 2030. aastaks 3 400 000 eurot. Seda raha ei saa kinnitada praeguses protsessi etapis, otsused on raha jaotuse osas hetkel tegemata ja seega puudub sellel tegevusel katteallikas.	Arvestatud. Nõustume, et struktuurivahendite eraldamise protsess on algfaasis ja on ennatlik seda rahastusallikat reformi eelarvesse planeerida. Võtame selle eelarve tabelist välja, kuna selle rahastuse saamine on küll oluline loodava TERVIK-süsteemi edaspidiseks eesmärgipäraseks kasutamiseks ja arendamiseks, kuid ei ole otseselt eelduseks süsteemi loomisele. Soovime siiski mainida, et Euroopa Komisjon on juba pikaajaliselt (nagu ka praegu) toetamas integratsiooni reformi elluviimist ning jälgib regulaarselt selle edenemist. Seniste programmide loogilise jätkuna on Eesti koostamas riiklikku plaani- EL partnerluslepingut, kuhu on antud sisend tervise valdkonna rahastamiseks, sh tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna integratsiooni reformi elluviimise jätkuvaks toetamiseks. Tervisevaldkonna reform on kõrge prioriteetsusega. Reformikava on esitatud rahandusministeeriumile.
Seletuskirja kohaselt tehakse IT kulusid mh 2021–2028 Euroopa Majanduspiirkonna toetuste arvelt. Hetke seisuga ei ole veel programmelepingud sõlmitud ja seega puudub sellel tegevusel katteallikas.	Selgitame: Programmi leping kirjutati alla 26.mail 2026.
Palume seletuskirja punktis 7 asendada lõik „Kuna antud kuludel puudub rahaline kate, siis esitatakse 2027–2030 riigi eelarvestrateegia protsessis Vabariigi Valitsusele õigusaktidest tulenev lisataotlus. Vahendite mitteeraldamise korral ei ole võimalik arendust sellisel kujul ellu viia, mis omakorda halvendab seadusega seatud eesmärgi saavutamist.“ (lk 65) järgmise sõnastusega: „Vahendite mitteeraldamise korral kaetakse kulud Sotsiaalministeeriumi olemasolevast baaseelarvest, vaadates ümber sisemised prioriteedid.“.	Arvestatud ja seletuskirja täiendatud järgnevas sõnastuses: Eelpool mainitud lisataotluste eraldamata jätmise korral ei ole võimalik arendust sellisel kujul ellu viia, mis omakorda halvendab seadusega seatud eesmärgi saavutamist. Kui lisarahastust 2027–2030 riigi eelarvestrateegia protsessis ei eraldata, vaadatakse Sotsiaalministeeriumi valitsemisala arenduste vajadused ja ülalpidamise kulud ümber, et tagada IT arenduste ning ülalpidamiskulude miinimumtase. See võib kaasa tuua Sotsiaalministeeriumi valitsemisala senise strateegiliste eesmärkide muutmise ning vähendada valitsemisala muude põhitegevuste ja riiklike programmide rahastust.

Eelnõu kohaselt finantseeritakse selle rakendamisega seotud Tervisekassa kulusid Tervisekassa eelarvest sotsiaalmaksu ravikindlustuse vahenditest. Terviseteejuhtide ametikohtade arv suureneb 2029. aastal kuni 150 ja 2030. aastal 164-ni, millega kaasneb vastavalt 7 426 272 euro ja 8 092 416 euro suurune 12 kuu tegevuskulu. Alates 2031. aastast on igal aastal arvestatud tegevuskuludes palgafondi 5% kasvuga. Seletuskirja tabelis 5 on välja toodud terviseteejuhtide tegevuskulud 2028-2030 kokku 17 591 136 eurot, lisaks veel teisi kulusid ning oodatav kokkuhoid tervishoiusüsteemile on 15 918 789 eurot. Tabelis toodud arvutuste järgi ületavad juba ainult terviseteejuhtide tegevuskulud oodatava kokkuhoiu. Millised on pikaajalised rahastuslahendused arvestades, et ravikindlustuse eelarve on suhteliselt pingeline ning sõltuvuses sotsiaalmaksu laekumisest?	Selgitame: Tervisesüsteemis on puudu arstidest, kelle koolitamine on riigile kallis. Lisaks ravitegevusele on arstid olulisel määral seotud patsiendi liikumise ja jätkuravi korraldamisega tervishoiusüsteemis ning esmatasandil ka sotsiaalsete probleemide lahendamisega. Reformiga toome süsteemi juurde täiendava tööjõu terviseteejuhtide näol, kes võtaks vähemaks korralduslikku töökoormust nii tervisehoiutöötajatelt kui sotsiaaltöötajatelt ja tagaks patsientidele tarviliku selgitustöö, suurendaks rahulolu süsteemiga ning parandaks võimekust ise oma tervist juhtida. Terviseteejuhtide poolt pakutav teenus aitab krooniliste haigustega inimeste tervist hoida stabiilsemalt paremas seisundis ja vähendab vajadust muude (tervishoiu)teenuste ja abi järele. Pikemas perspektiivis on tegemist investeeringuga, mis võimaldab ravikindlustuse eelarvet tõhusamalt kasutada. Investeeringu tasuvus on planeeritud saavutada 3 aasta jooksul. Pikaajalise mõju hinnang on lisatud seletuskirjale.
Millised on arvestuse alused terviseteejuhtide tegevuskuludele, kuidas on vastavad kulud prognoositud ning mille alusel on igal aastal arvestatud tegevuskuludes palgafondi 5% kasvuga?	Selgitame: Terviseteejuhi igakuistesse tegevuskuludesse on arvestatud ruumi rendi ja kommunaalkulu summas 350 eurot, telefon ja muu sidekulu 50 eurot, IT töökoht koos litsentsidega 100 eurot, isikliku sõiduauto kompensatsioon 450 eurot, muud kulud 50 eurot. Eelnõus ei ole arvestatud kasvuga enne 2031. aastat (millest edasi on arvestatud kasvuga 5% aastas). Kuna terviseteejuht võib olla nii kõrgharidusega meditsiiniõde kui ka sotsiaaltöötaja, on töötasu arvestuse aluseks võetud õe keskmine palk. Eelnõus ei ole arvestatud palgakasvuga enne 2031. aastat (millest edasi on arvestatud palgafondi kasvuga 5% aastas).

Seletuskirja punktis 6.2.1 Mõju sihtrühm 6 – kohaliku omavalitsuse üksused (lk 57) on märgitud: „Täiendavalt tuleb arvestada, et perioodiks 2028–2034 on Sotsiaalministeerium planeerinud suunata TERVIK-ute kaudu piirkondadesse, sh KOV-idesse, 16 miljonit eurot, millest osa on mõeldud just valdkonnaülese koordineerimise kasutuselevõtu ülemineku perioodiga seotud mõjude leevendamiseks.“ Sotsiaalministeeriumi mitteametliku vastuse järgi on tegemist uue perioodi 2028+ Euroopa Liidu riigiplaani välisloetustega. Nagu eelnevalt viidatud, siis uue perioodi 2028+ välisloetuste jaotuse otsused on tegemata ja neid katteallikana kasutada ei saa.	Arvestatud ja võtame 2028+ struktuurivahendite rahastuse teema eelnõu SK-st sellisel kujul välja.
Eelnõu § 1 punktiga 19 täiendatakse RTHS § 31 lõikega 4, mille kohaselt “TERVIKuga seotud kulusid rahastatakse Euroopa Liidu või muudest toetustest“ ja alates 1.05.2028. a sõnastatakse see säte: „TERVIKu juhtimise ja toimimisega seotud kulude eest tasub Tervisekassa ravikindlustuse vahenditest TERVIKuga sõlmitud TERVIKu rahastamise lepingu alusel.“ Eelnõuga lisatava § 38¹ lõike 4 kohaselt sõlmib Tervisekassa TERVIKuga koostöölepet, mille kohaselt võtab Tervisekassa alates 2028. aasta 1. maist üle TERVIKuga seotud rahastamise kohustuse. Nende sätete sõnastus vajab selgitusi ja täpsustamist.	Selgitame planeeritavat protsessi (lisatud täiendavalt ka seletuskirja): TERVIK-u osapooled otsustavad, kes on TERVIKu moodustaja. Moodustaja sõlmib minimaalselt nõutavate teiste osapooltega koostöölepingu (näidisvorm lisatud). Sõlmitud koostöökokkulepete esitatakse Tervisekassale. Tervisekassa sõlmib peale RTHS eelnõu jõustumist seaduses sätestatud tähtajaks nõuetele vastava TERVIK-uga koostöölepet. Eelnõu § 38² lõikes 4 alusel sõlmitav „koostöölepe“ on oma olemuselt ühekordne ülemineku- ja rakendusleping (ajutine haldusleping), mis sõlmitakse varakult enne püsirahastusele üleminekut. Selle lepinguga määratakse kindlaks EL-i toetustelt Tervisekassa eelarvele ülemineku täpne ajakava, tehniliste platvormide ülevõtmise tingimused ja seaduses TERVIK-ule esitatud nõuete vastavuskontrolli läbiviimine, et tagada teenuse katkematu toimimine püsirahastusele ülemineku hetkel. 01.05.2028 sõlmib Tervisekassa RTHS § 31 lõikes 4 nimetatud „TERVIKu rahastamise lepingu“, mis on püsiva iseloomuga haldusleping, mille alusel Tervisekassa tasub teenuse juhtimise ja toimimise kulude eest pärast 1.05.2028. Halduslepingu sõlmimise kord ja miinimumnõuded reguleeritakse sotsiaalministri määrusega (määruse kavand on lisatud rakendusaktina eelnõule).

Esialgu kehtima hakkava sõnastuse ja seletuskirja kohaselt „rahastatakse TERVIKuga seotud kulusid kuni 30.04.2028 Euroopa Liidu toetustest. Sotsiaalministeerium kasutab integratsioonisüsteemi väljatöötamiseks ja piloteerimiseks Euroopa Liidu välisvahendeid.“ Vastavalt HÕNTE §-le 47 tuleb seletuskirjas anda seaduse rakendamiseks eeldatavalt vajalike kulude ulatus ning nende katmise allikad, lisades asjakohased rahalised arvestused ja põhjendused. Kui eelnõu rakendamiseks on kavas kasutada toetusi või muid Euroopa Liidu vahendeid, siis tuleb see välja tuua eelnõu seletuskirjas, mitte seaduse tekstis. Selline säte seaduse tekstis ei taga rahastust iseenesest ega sätesta õigust ega õigust sellist toetust saada.

Arvestatud.

Eelnõust jäetud välja §31 lõige 4 (EN § § 1 p 19), mis oleks jõustunud 1. juulil 2027. Vastav selgitus on jäetud seletuskirja.

Juhul, kui on silmas peetud, et TERVIKuga seotud kulude katmiseks hakatakse jagama toetusi (TERVIKutele), tuleb see vastavalt ka reguleerida. Eelnõust ega seletuskirjast ei nähtu, kuidas ja millisel alusel need toetused konkreetsele TERVIKule antakse, sh kui esialgu on see loodud koostööleppe alusel ja on ühe TERVIKu moodustaja struktuuriüksuseks. Riigieelarve seaduses on üldised toetuse andmise sätted, mis kohalduvad juhul, kui eriseaduses pole teistsugust regulatsiooni. Eriseadusega võib sätestada eriregulatsiooni, mh saab jagada ka tegevustoetusi eraõiguslikele juriidilistele isikutele. Sellise variandi kasutamisel tuleb aga läbi mõelda, milline oleks toetuse jagamise protseduur (seaduses kirjas või volitusnorm ministrile toetuse andmise tingimuste määramiseks; kuidas tagatakse, et raha kasutatakse õigel otstarbel; kui soovitakse valesti kasutatud raha tagasi nõuda, siis ka vastav regulatsioon seaduses (sh viiis ja intress) (seletuskirja lk 30 on vaid märgitud, et „Tervisekassal on õigus TERVIKu rahastamine lõpetada, kui mõni nõutud osapool sellest pikemaajaliselt kõrvale jääb“, aga eelnõust see ei nähtu). Toetuse andmise korral tuleb analüüsida, kas see on ka riigiabi reeglitega kooskõlas.

Selgitame lepingulisi aluseid ja maakonna koostöö rahastamist kolmes erinevas etapis:

1. etapp, s.o käimasolev

RTK viis Sotsiaalministri 29. augusti 2023. a määruse nr 48 „Inimkeskse hoolekande- ja tervishoiusüsteemi koordineerimismudeli rakendamine“ (ESF+ meede 21.4.9.1) raames perioodil november 2025-märts 2026 avatud vooru, mille eesmärk on toetada maakondade valdkondade ülese koostöö korraldamisel ja üleminekul riiklikule süsteemile (edaspidi hoolduskoordineerimise projekt). Abikõlblikkuse periood algas 01.01.2026 ja on kavandatud kestma kuni 30.04.2028. Taotlusvoorust raames esitati taotlusi kõigist maakondadest v.a. Ida-Viru maakond, kus on sama tegevus rahastatud ÕÜF-ist. Hoolduskoordineerimise projekti raames on kõik maakonna KOV-id, vähemalt üks HVA haigla ja 5 nimistut omavat perearsti alla kirjutanud koostööleppele, millega on võetud kohustus võtta maakonda tööle võrgustikujuht, kelle palga- ja tegevuskulu projekti lepingu alusel rahastatakse, leppida kokku koostöökorraldus ja teha koostööd kokkulepitud eesmärkide nimel. Võrgustikujuhi palkab projektis reeglina projekti elluviija. TERVIK-u moodustamine on projekti sisse kirjutatud ühe tegevuseesmärgina ja selle all on mõeldud maakonna teenuseosutajate laiapõhjalist kaasamist koostöövõrgustikku, mis on oluline sõltumata planeeritava eelnõu jõustumisest. Sotsiaalministri 29. augusti 2023. a määruse nr 48 „Inimkeskse hoolekande- ja tervishoiusüsteemi koordineerimismudeli rakendamine“ alusel antav abi ei ole riigiabi (vt määruse § 1 lg 6).

2. etapp, s.o eelnõu jõustumine

Selleks, et tagada sujuv üleminek projektilt riiklikule süsteemile, sätestatakse eelnõuga seaduses TERVIK-ute moodustamise kohustus enne seda, kui projektiperiood lõppeb. Eeldusel, et seadus jõustub 2027 juulist ja TERVIK-ute seaduslik moodustamise nõue rakendub 1.novembrist 2027, peavad maakondades juba projekti raames koostööd tegevad TERVIK-u kohustuslikud osapooled otsustama, kes neist võtab enda peale TERVIK-u moodustamise rolli. TERVIK-us saab kokku leppida, et projektis töötav võrgustikujuht aitab korraldada TERVIKu

	koostöölepingu sõlmimist tarvilike osapooltega. TERVIK-u moodustaja loob oma juriidilise isiku koosseisu struktuuriüksuse nimega TERVIK ja täiendab oma juhtimisarvestust nii, et selle struktuuriüksuse kulud oleksid eristatavad. Sõltumata sellest, kas hoolduskoordinatsiooni projekti elluviija ja TERVIK-u moodustaja on sama juriidiline isik (mõlemal juhul on kohustuslikud koostöö osapooled samad), hakkab projektis töötav võrgustikujuht täidab TERVIKU juhi ülesandeid projektiga piiratud mahu. Selles etapis toimub rahastamine 1. etapi kohaselt (täiendavaid riigieelarvelisi vahendeid ette ei näha). Tervisekassa sõlmib TERVIKuga ühekordse ülemineku- ja rakenduslepingu (haldusleping), mis ei ole rahastamisleping. Samas annab ta selle lepingu alusel garantii TERVIK-u võrgustikujuhi rahastuse üle võtmiseks peale välisabi rahastuse lõppu aga mitte varem kui 01.05.2028. 3. etapp, s.o peale välisabi projektide lõppu Eelnõu kohaselt sõlmib Tervisekassa alates 01.05.2028 TERVIK-utega TERVIKU rahastamise lepingu, mille alusel kaetakse TERVIKU võrgustikujuhi palga- ja tegevuskulu ühetaoliselt ravikindlustuse vahenditest kõigis maakondades. Tegemist ei ole toetusega vaid TERVIK-ule seadusega pandud haldusülesannete täitmiseks mõeldud kulude katmisega. Rahastamislepingust tulenevate (haldus)ülesannete täitmise ja vahendite sihipärase kasutamise üle toetab lepingulist järelevalvet Tervisekassa. Kui Tervisekassa avastab, et lepingut on rikutud või raha on kasutatud mittesihipäraselt, on tal õigus rakendada järgmisi meetmeid: • raha tagasinõudmine (tasaarveldus): alusetult makstud summad nõutakse lepingupartnerilt tagasi või mahaarvamised tehakse järgmistest väljamaksetest; • lepingutrahvid: juriidiliste või sisuliste lepingutingimuste rikkumise eest on ette nähtud lepingujärgsed trahvid; • lepingu peatamine või lõpetamine: tõsise (nt TERVIK ei vasta seaduses sätestatud nõuetele)/ või korduvate rikkumiste puhul võib Tervisekassa lepingu osaliselt või täielikult peatada • õiguskaitseorganite teavitamine: kui tuvastatakse teadlik pettus või kelmus.
--	---

	Potentsiaalse riigiabi riski vältimiseks muudetakse eelnõu teksti - § 1 p-st 12 jäetakse välja TERVIKu õigus juriidilise isikuna osutada sotsiaal- ja tervishoiuteenuseid ning § 1 p-s p 10 (RTHS § 31 lg 4) nähakse ette, et ka baasrahastus kantakse TERVIKu sihtkontole, et vältida ristfinantseerimise ohtu. Seletuskirja on lisatud TERVIKute rahastamise riigiabianalüüs.
Kas rahastamise lepingu (ja RTHS § 38¹ lg 4 nimetatud koostöölepingu) all on silmas peetud halduslepingut või teenuse tellimist riigihanke alusel? Seletuskirja kohaselt on nii koostöökokkuleppelise kui eraldi juriidilisest isikust TERVIKu korral lepingu objektiks vähemalt rahvatervishoiu seadusega TERVIKule määratud ülesannete täitmine. Halduslepingu korral tuleks kaaluda vajadust vastavalt täiendada ka halduskoostöö seaduse § 13 lõike 1^a loetelu.	Selgitame: Eelnõu § 38¹ lõikes 4 nimetatud „koostöölepe“ on oma olemuselt ühekordne ülemineku- ja rakendusleping (haldusleping), mis sõlmitakse varakult enne püsirahastusele üleminekut. Selle lepinguga määratakse kindlaks EL-i toetustelt Tervisekassa eelarvele ülemineku täpne ajakava, tehniliste platvormide ülevõtmise tingimused ja seaduses TERVIK-ule esitatud nõuete vastavuskontrolli läbi viimine läbiviimine, et tagada teenuse katkematu toimimine püsirahastusele ülemineku hetkel.
Eelnõu § 1 punktiga 22 täiendatakse RTHS § 31 lõikega 5, mille kohaselt valdkonnaülest koordinatsiooniteenust rahastatakse ravikindlustuse seaduse § 30 lõike 1 alusel kehtestatud määru s sätetatud tingimustel. Ravikindlustuse seaduse § 30 lõike 1 alusel kehtestab Vabariigi Valitsus Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelu ja lõige 2 sätestab selle loetelu sisu. Ravikindlustuse seaduse § 29 lõike 1 järgi võtab Tervisekassa kindlustatud isikult üle tasu maksmise kohustuse nende tervishoiuteenuste eest, mis on kantud Tervisekassa tervishoiuteenuste loetellu ja on osutatud meditsiinilistel näidustustel. Palume täpsustada, kas siin on seda silmas peetud?	Arvestatud osaliselt. RTHS eelnõuga luuakse uus iseseisev volitusnorm, mille alusel sätestatakse Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelus valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse rahastamise tingimused ja hinnad. Kuna tegemist on RTHS-i alusel reguleeritava universaalse, kogu elanikkonnale suunatud integratsiooniteenusega, ei laiendata selleks RaKS § 30 lõigetes 1 ja 2 sätestatud klassikalise tervishoiuteenuse eritingimusi. Selguse huvides ja seaduste kollisiooni vältimiseks täiendatakse eelnõu selliselt, et paralleelselt viiakse sisse muudatus RaKS §-i 4 (lisatakse lõige 3). Selles sätestatakse ühemõtteliselt Tervisekassa õigus ja kohustus kasutada ravikindlustuse vahendeid TERVIKute juhtimise ja toimimise rahastamiseks ning valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse osutamiseks kõigile Eesti elanikele, sealhulgas ravikindlustuseta isikutele.

Eelnõu kohaselt jõustub alates 1.05.2028 RTHS § 31 lõige 6, mille kohaselt võib TERVIKule ette näha tulemustasu ja lõige 7, mille kohaselt TERVIKu rahastamise korra ja tasu arvutamise metoodika kehtestab valdkonna eest vastutav minister määrusega. Palume selgitada, kuidas seda tulemustasu määratakse ja kuidas see aitab täita eelnõu eesmäärke.

Selgitame:

Eelnõu kohaselt võib TERVIKule ette näha tulemustasu tervise- ja heaoluprofiilis kehtestatud mõõdetavate tulemuseesmärkide täitmise eest (vt eelnõu RTHS § 8 lg 1 p 5 koosmõjus (ja korrigeeritud) § 31 lg-ga 6) ehk siis heaolupiirkonna tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna mõõdetavate tulemuseesmärkide saavutamise eest Tulemustasu määramise alused on sätestatud:

a) RTHS § 31

b) rakendusakti kavandis („TERVIKute rahastamise korra ning koordineerimispiirkondade kehtestamine“:

Tervisekassa koostab juhise, kus on toodud riigi poolt prioriteetsetes valdkondades soovitatavad tulemuseesmärgid TERVIK-utele ja lisab juhisesse, milliste tulemuseesmärkide saavutamise korral on Tervisekassa valmis maksta boonustasu. Tervisekassa avaldab vastava mõõdikute juhtlaua oma kodulehel.

TERVIK teeb (arvestades Tervisekassa juhist) tervise- ja heaolu profiilis koostöökogule ettepaneku TERVIK-u tulemuseesmärkide kohta strateegilistes koostöövaldkondades.

Tervisekassa võib teha TERVIK-ule ettepaneku sõlmida tulemustasu leping, mis toetab koostöökogu poolt heaks kiidetud tulemuseesmärkide saavutamist.

Tervisekassa saab tulemustasu välja maksta ainult lepingu alusel, praktikas on tegemist TERVIK-u rahastamise lepingu lisaga.

Kui TERVIK saavutab Tervisekassaga sõlmitud rahastamise lepingus kokkulepitud eesmärgid, on tal õigus saada tulemustasu lepingus kokkulepitud määras.

Tervisekassa sätestab TERVIKu rahastamise lepingus täpsemalt tulemustasu kasutusotstarbe, kannab tulemustasu TERVIK-u sihtkontole ning jälgib selle kasutamise sihipärasust osaledes heaolupiirkonna koostöökogus. Eelnõu kohaselt võib boonustasu kasutada üksnes rahvatervishoiu eesmärkide saavutamiseks tervise valdkonnas.

Eelnõu § 1 punktiga 15 täiendatakse RTHS § 13⁵ lõikega 3, mille kohaselt genereeritakse käesoleva paragrahvi lõikes 2 nimetatud andmetöötluse tulemusena inimese kohta riskirühma tunnus, mille alusel jaotatakse ta vastavasse gruppi ning vastav tunnus edastatakse tervise infosüsteemi. Seletuskirja kohaselt muutub see inimese abivajaduse märkamise protsessi kaudu kättesaadavaks nii tervishoiuspetsialistidele kui KOV sotsiaaltöötajatele. Palume selgitada, kuidas on tagatud, et see ei too kaasa inimeste grupeerimist, sildistamist ja hinnangute andmist terviseandmete alusel.

Selgitame:

Riskirühma tunnuse (eelnõus riskitunnuse) kasutamise eesmärk ei ole isikute sildistamine, väärtushinnangute andmine ega nende õiguste piiramine, vaid abivajaduse varasem märkamine ja inimesele sobiva toe pakkumise võimaldamine. Tegemist on tehnilise tunnusega, mida kasutatakse üksnes seaduses sätestatud eesmärgil teenusevajaduse hindamise ja asjakohase toe korraldamise toetamiseks. Tunnust näevad vaid selleks õigustatud isikud.

Riskirühma tunnuse kujundamisel ja kasutamisel lähtutakse IKÜM põhimõtetest, eelkõige eesmärgipärasuse, minimaalsuse ja konfidentsiaalsuse nõudest. Tunnuse kaudu ei anta isikule õiguslikku staatust ega tehta automaatseid siduvaid otsuseid tema õiguste või kohustuste kohta. Tunnus on abistava iseloomuga sisend edasiseks professionaalseks hindamiseks ning konkreetse abi või teenuse osutamise üle otsustamisel arvestatakse alati inimese tegelikku olukorda ja asjakohaseid asjaolusid terviklikult.

Ligipääs riskirühma tunnusele on piiratud üksnes nendele isikutele, kellel on seda vaja oma tööülesannete täitmiseks ning seadusest tuleneva eesmärgi saavutamiseks. Seeläbi on maandatud oht, et andmeid kasutatakse muul eesmärgil või viisil, mis võiks kaasa tuua põhjendamatu grupeerimise või sildistamise.

Ka kehtiv SHS võimaldab STAR-i kaudu tuvastada teatud tunnustega isikuid (nt puudega täisealised inimesed), et KOV saaks hinnata võimalikku abivajadust ja pakkuda proaktiivselt tuge. Riskirühma tunnus täidab samalaadset eesmärki – toetada varajast märkamist ja spetsialisti hinnangut, mitte inimese automaatset kategoriseerimist või tema suhtes otsuste tegemist. Samuti leitakse nn NEET noori SHS § 15¹ alusel automaatse töötluse abil ning soovitakse inimest aidata.

Eelnõu kohaselt võib TERVIKu moodustada nii koostöökokkuleppe alusel kui eraldi juriidilise isikuna. Märgime, et kuna suures pildis on loodava süsteemi üleväl hoidmine väga kulukas ettevõtmine (koordinaator, terviseteejuht, koostöökogu, koostööorganisatsioon, arengukavad jne), siis lisaks veel juriidiliste isikute juurde loomist me ei poolda. Kuludid saab jagada ka koostöölepingu alusel, millel on vastavad osapooled. Samas tuleks selgemalt välja tuua, kuidas tagatakse teenuste täimine juhul, kui TERVIK oma kohustusi nõuetekohaselt ei täida.

Arvestatud.

Eelnõu on korrigeeritud nii, et TERVIK-u saab moodustada ainult olemasoleva (TERVIKU kohustuslikust osapooldest) juriidilise isiku koosseisu koostöökokkuleppeliselt või maakondliku koostööorganisatsiooni koosseisu.

Ehkki koordineerimisega kaasneb täiendav kulu, võimaldab koordineeritud tegutsemine ära hoida olulisel määral senisest dubleerimisest ja puudulikkusest või liiga hilisest abivajadusele reageerimisest tingitud lisakulu. Seega loeme koordineerimise süsteemi loomisele tehtavaid kulusid pigem investeeringuks, mis võimaldab süsteemi kulusid tervikuna paremini ohjata, kui lisakulaks.

Selgitame, et olulises osas on kogu planeeritav ressurss juba täna olemas ja süsteemis kasutusel koostöökogude asemel on täna maakondades erinevas formaadis tervisenõukogud, kes kinnitavad planeeritavast oluliselt mahukamaid terviseprofiile, tänaseks on kõigis maakondades olemas ka võrgustikjuhid, ehkki projektipõhiselt, terviseteejuhi osas märgime, et täna on haiglates tööl 111 sotsiaaltöötajat (täistööajale taandatud 72), sotsiaalse rehabilitatsiooni meeskondades ca 300 sotsiaaltöötajat (täistööajale taandatud 76) ning hoolduskoordinaatoreid/tervisejuhte projektipõhiselt 44. Lisaks on haiglates tööl erinevaid juhtumikorraldajaid ja teekonnujuhte. Selles vaates on tegemist eeskätt olemasoleva süsteemi korrastamise ja edasi arendamisega.

Üksikteenuste osutamise eest ei saa vastutada TERVIK. TERVIK saab vastutada selle eest, et olemasolevate teenuste osas on piirkonnas kokku lepitud nendele suunamise või nende kasutamise ühtsed põhimõtted, millest osapooled parimas tahtes lähtuvad. Kui mõnel tervishoiuteenuse osutajal puuduvad konkreetse teenuse osutamiseks ressursid, siis ei saa teda ka sundida teenust osutama TERVIK-u poolt – selleks puudub seaduslik alus. KOV-id vastutavad vajadusele vastavate KOV sotsiaalteenuste osutamise eest seaduse alusel ja KOV-teenuste osas on inimesel endal võimalik kaevata KOV kohtusse, kui vajalikke teenuseid ei osutata. Samas hindab vajaduse KOV-teenuste järele iga KOV ise, mitte TERVIK.

	Healupiirkonna koostöökogu teostab kord aastas strateegiliste eesmärkide ja tegevuskava täitmise sisulist seiret (§ 8¹ lg 4 p 3). Seire käigus tuvastatud süsteemsete rikkumiste või kohustuste täitmata jätmise korral on koostöökogul (kus osaleb ka ministeeriumi esindaja) õigus ja võimalus TERVIKut motiveerida ja seada uusi eesmärgi. Kuna koostöökogu on osapooli (sealhulgas Tervisekassat ja kohalikke omavalitsusi) koondav formaat, on koostöökogu liikmetel juba oma rollist tulenevalt igal ajal õigus ja võimalus juhtida tähelepanu TERVIK-u tegevuse puudustele. TERVIK-u kohustuste nõuetekohase täitmise ja finantsdistipliini tagab Tervisekassa läbi sihtfinantseerimise/halduslepingu kontrolli, rakendades rikkumiste korral võlaõigusseaduse (VÕS) kohaseid õiguskaitsevahendeid (sh rahastuse vähendamine või peatamine). Eelnõusse on lisatud säte, mille kohaselt on Tervisekassa kohustatud TERVIKU-ga sõlmitud lepingu täitmise hindamisel võtma aluseks koostöökogu igaaastase seire tulemused. Eraldi järelevalve regulatsiooni loomine ei ole vajalik ega otstarbekas.
--	---

Samuti tundub kunstlik healupiirkondade loomine, kui need kattuvad maakonna piiridega ja pole piisavalt põhjendusi uue termini kasutuselevõtu vajaduse kohta.	Selgitame: Healupiirkonna mõiste on kasutusele võetud eesmärgiga kirjeldada tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostöö ning teenuste korraldamise funktsionaalset piirkonda, mitte olemasolevat haldusjaotust. Kuigi eelnõu rakendumisel lähtutakse esialgu maakondlikest piiridest, võimaldab eraldi termini kasutamine kujundada tulevikus piirkondi vastavalt teenuste korraldamise vajadustele, elanike liikumismustritele ja piirkondlikule koostöövõimekusele ilma, et oleks vaja muuta seaduses kasutatavat mõistet. Seetõttu aitab healupiirkonna termini kasutuselevõtt tagada regulatsiooni pikaajalise selguse ja paindlikkuse. Tulevased koondumised peaksid arvestama üleriigilise planeeringuga 2050 ja olema kooskõlas maakondlike arenduskeskuste võrgustiku arenguga.
RTHS sätestab rahvastiku tervise riiklike andmekogude regulatsiooni. Kuna tervisestatistika staatus on ebamäärane ja seda ei käsitleta riikliku statistika osana, koostab teadaolevalt Sotsiaalministeerium selle probleemi lahendamiseks väljatöötamiskavatsust. Palume kaaluda, kas eelnõu koostamisel saab ka nende probleemide lahendusvõimalustega arvestada.	Selgitame: Tegemist on eraldi teema ja eraldi regulatsiooniga. Käesoleva eelnõu eesmärk ei ole statistika ega andmekogude temaatikat lahendada.
Justiitsministeerium	
Eelnõu § 1 p 5 (koostoimes eelnõu § 1 p-ga 10) – loodava TERVIK-u õiguslik staatus ei ole üheselt selge. Eelnõu kohaselt on tegemist koostööorganisatsiooniga (ühe TERVIKU osapooleks oleva juriidilise isiku struktuuriüksus), millesse kuulumine on kohustuslik. Kui organisatsiooni liikmelisus on kohustuslik, siis kas organisatsioon on olemuslikult avalikõiguslik? Teisalt nähakse eelnõuga ette organisatsioonile tulemustasu maksmine eesmärkide saavutamise eest. Avalik-õiguslike ülesannete täitmist	Arvestatud osaliselt. Seadusest tulenev kohustus tervishoiuteenuse osutajatele ja KOV-idele TERVIK-uga liituda on vajalik avalikes huvides, et tagada teenuseteekondade universaalne kättesaadavus. Tegevuskohustuse panemine seadusega on proportsionaalne ega muuda eraõiguslikku võrgustikku avalik-õiguslikuks institutsiooniks. Eraõiguslikele isikutele või KOV-idele antakse seadusega ülesanded, mida Tervisekassa rahastab. Seega on kaetud ka rahastuse pool. TERVIK-u rahastamine on kaheosaline. Baaskulud kaetakse Tervisekassa eelarvest, et tagada jätkusuutlikkus. Tulemuspõhine rahastamine on mõeldud

rahastatakse tavapäraselt riigieelarvest ja mitte tulemustasuna. Seega jääb eelnõust organisatsiooni õiguslik staatus ja olemus selgusetuks. Palume eelnõus ja seletuskirjas õiguslik staatus ja olemus selgelt välja tuua. Palume ka selgitust, kas uus institutsioon teostab riigivõimu Eesti Vabariigi põhiseaduse (PS) § 3 tähenduses. Juhul, kui vastus on jaatav, siis palume jääda Eestis põhiseaduse alusel välja kujundatud riigivõimu seniste ning õiguslikult selgete institutsionaalsete vormide juurde järgides Vabariigi Valitsuse seaduses ja kohaliku omavalitsuse korralduse seaduses sätestatut.	lisamotivatsiooniks riiklike eesmärkide saavutamisel (nt ennetustöö), mis on kaasaegses tulemusjuhtimises tavapärane praktika. TERVIK ei teosta riigivõimu PS § 3 tähenduses. TERVIK ei ole haldusorgan, TERVIK saab üksnes mõne haldusülesande eelnõuga, mida täita ja mille täitmist Tervisekassa rahastab.
Eelnõu § 1 p-d 7, 8 ja 10 – kui § 8 kohase tervise- ja heaoluprofiili koostamisel ei töödelda isikuandmeid ning § 81 heaolupiirkonna koostöökogu tegevuste käigus ei puututa kokku isikuandmetega, palume see seletuskirjas ka selgelt välja tuua.	Arvestatud. Seletuskirja täiendatakse selgitustes, et ei tervise- ja heaoluprofiili koostamisel ega heaolupiirkonna koostöökogu tegevuses ei toimu isikuandmete töötlemist. Tervise- ja heaoluprofiili koostamisel ja uuendamisel kasutatakse üksnes isikustamata, agregeeritud statistilisi andmeid ning rahvastikupõhiseid näitajaid (nt haigestumuse kordajad, piirkondlik vanuseline koosseis jne). Selle tegevuse käigus ei töödelda ega koguta füüsiliste isikute isikuandmeid (isikutuvastust võimaldavat teavet). Koostöökogu tegeleb piirkondliku strateegilise planeerimise, võrgustikutöö koordineerimise ja trendide analüüsiga. Koostöökogu oma tegevuses isikuandmetega kokku ei puutu ning juhtumipõhist (isikustatud) klienditööd seal ei tehta.
Eelnõu § 1 p 13 – kui teavitaja edastab märkamislehe tervise infosüsteemi, palume sätet vastavalt täiendada.	Arvestatud osaliselt. Eelnõus on muudetud andmete ja infosüsteemidega seotud regulatsiooni. Edaspidi on kasutusel heaolu infosüsteem, kuhu märkamisleht edastatakse.
Kui märkamislehe koostamiseks ei saa teavitaja andmeid teistest andmekogudest või andmestikest, palume seletuskirja selles osas täiendada.	Arvestatud. Eelnõus on andmevahetusega seonduvat muudetud ning kasutusele on võetud uus infosüsteem. Selgitame aga siinkohal, mida teavitaja näeb.

	Vastavalt eelnõu § 1 p-le 14 (RTHS § 13² lg 3) kuvatakse automaatselt märkamislehele: • inimese üldandmed; • riskitunnus -> tunnus, mis sisaldab infot inimese kõrgeenenud tervishoiuteenuste kasutamise riski kohta; • terviseprobleemi lühikirjeldused: - raviteekonnal osalemine -> (jah/ei), Sotsiaalse probleemi lühikirjeldus ja teavitaja hinnang inimese olukorrale lisatakse märkamislehele teavitaja enda poolt. Kirjelatud märkamislehe abil küsitav informatsioon ei ole juhuslik vaid aitab teiste riikide näitel maksimaalselt hästi välja selekteerida koordineerimiseks sobilik sihtühkma so inimesed, kellel on koordineerimisest kõige rohkem abi. See on vajalik, kui soovime koordineerimise abil muuhulgas tõhustada tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna ressursikasutust. Kui koordineerimise sihtühkma märkamislehe abil hoolikalt ei selekteerita, kulub terviseteejuhi ressurss valdavalt üksiknõustamistele ja tarvilik aktiivne koordineerimine jääb osutamata. Euroopa Liidus kasutavad samu tunnuseid riskirühma automaatseks selekteerimiseks Kataloonia, Baskimaa ja Holland. <u>Vastavas osas täiendatakse seletuskirja.</u>
Kui terviseteejuht saab isikuga esmase nõustamise ettevalmistuseks juba ka mujalt andmeid, enne kui käivitub valdkonnaülene koordineerimise teenus, siis ei ole sellist tegevust eelnõus käsitletud, mis tähendab, et üks oluline vaheetapp on eelnõust puudu. Terviseteejuhi tegevust peale märkamislehe saamist ja enne isikuga kohtumist ning isiku esmase nõustamise puhul tuleb eelnõus täiendada.	Arvestatud. Märkamislehe andmekoosseis on eelnõus reguleeritud. Rohkem andmeid terviseteejuht ei saa. Nii lastekaitstes kui sotsiaalhoolekandes on tavapärane praktika kehtiva õiguse alusel abivajaja kindlakstegemine ja teada andmine. Selgitame, et üksnes märkamislehe saamine ei ole aluseks terviseteejuhile täiendavate andmeligipääsude andmisele. Märkamislehe saamisel on terviseteejuhil kohustus inimesega ühendust võtta ja kokku leppida esmane nõustamine, mille käigus

	hinnatakse täpsemalt koordineerimise vajadust. Kui inimene nõustub esmase nõustamisega ja selleks broneeritakse aeg, alles siis tekib terviseteejuhil õigus ligipääseda andmetele, mis on vajalikud koordineerimisevajaduse hindamiseks.
Samuti selgitatakse, et see protsess ei ole isikule n-ö vabatahtlik, kui valdkonnaülesest koordineerimisteenusest ja selle tarvis tehtavast andmetöötlusest on isikul võimalik loobuda, siis protsess mis toimub alates märkamislehe koostamisest kuni esmase nõustamiseni, siinkohal isikul loobumise õigust ei ole. See peab ka eelnõus ja seletuskirjas selgelt välja toodud olema.	Selgitame: Tegemist on andmetöötlusega, mis on mõeldud inimese ja rahvastiku tervise üldiseks kaitseks. Sarnane regulatsioon on nn NEET noorte jaoks SHS § 15¹. Riigil on kohustus abivajajaid aidata ning märkamisleht on üks moodus selleks. Kui siis aga selgub, et inimene ikkagi abi ei soovi, on tal õigus keelduda edasisest teenuse pakkumisest ja andmete töötlemisest.
Samuti peab olema selge, et nõusoleku annab isik teenuse saamiseks ja andmete töötlemine toimub seaduse, mitte nõusoleku alusel. Kui isik teenuse saamiseks antud nõusoleku tagasi võtab, siis ta loobub teenusest, andmeid küll edasi ei töödelda, aga neid ka ei kustutata. Seletuskirja tuleks siinkohal oluliselt täiendada ning ei ole õige viide nõusoleku alusel andmete töötluse kohta. Lõike 7 kohaselt, kui isik kinnitab valminud heaoluplaani, siis see sisaldab ka isiku kinnitust ja nõusolekut, et juurdepääs heaoluplaanile ja tegevuskavale antakse § 133 lg 4 p 2 alusel moodustatud tugimeeskonnale, lisaks KOV teenuse osutajatele, perekonnaliikmetele ja muudele lähedastele inimestele, keda on kaasatud. Andmetele juurdepääsu andmine tuleb eristada kinnitusest saada teenust. Isikul peab olema õigus saada teenust ka selliselt, et näiteks ei võimaldata	Arvestatud. Eelnõud on muudetud selliselt, et isik saab kas teenusega nõustuda või sellest keelduda, ning teenusega nõustumisel kaasneb seaduse alusel eelnõus kirjeldatud andmetöötlus tervise teejuhi ning esmase tugimeeskonna (so perearsti, pereõe, raviarsti, KOV-sotsiaaltöötaja või lastekaitsetöötaja ja inimese seadusliku esindaja) poolt. Eraldi on ära toodud, et n-ö laiema ringi isikuid (nt teised teenuse osutajad aga ka lähedased) saavad heaoluplaanile, sh tegevuskavale, ligipääsu üksnes siis kui inimene annab selgesõnalise nõusoleku. Seletuskiri on eelnõuga kooskõlla viidud.

perekonnaliikmete ja lähedaste juurdepääsu andmetele (heaoluplaan ja tegevuskava). Palume eelnõu siinkohal oluliselt muuta. Saab jaatada, et juurdepääs andmetele on vajalik tugimeeskonnale ja seda seaduse alusel, kuid lõike 6 alusel kaasatud osapoolte, sh lähedaste juurdepääs andmetele peab olema isiku vaba valik (nõusolekupõhine).	
Eelnõu § 1 p 15 – rahvastikupõhine riskihaldus. Paragrahv 135 lg-te 2 ja 3 alusel võib Tervisekassa töödelda andmeid, et välja selgitada isiku riskirühma tunnus ning edastada vastav tunnus tervise infosüsteemi. Sisuliselt on tegemist suures mahus (praktiliselt terve elanikkonna) isikuandmete pideva ja automaatse töötlusega, mille tulemuseks on automaatne otsus selle kohta, kuhu rühma isik kuulub. Antud juhul on tegemist automaatotsusega (sh profiilianalüüsiga) isikuandmete kaitse üldmääruse (IKÜM) art 22 mõttes, kuid seaduses puuduvad igasugused andmesubjekti õiguste kaitsemeetmed, isiku teavitamine, võimalus isiklikule kontaktile, vaidlustusõigus. Inimene sisuliselt ei saagi teada, et tema kohta sellist andmetöötlust tehakse ja tunnus juurde liidetakse. Selline andmetöötlus ei ole kooskõlas IKÜM-iga. Palume siinkohal eelnõu täiendada, kehtestades asjakohased meetmed andmesubjekti õiguste kaitsmiseks, eelkõige võttes arvesse, et töödeldakse ka eriliiki isikuandmeid	Selgitame: Andmeid ei töödelda pidevalt. Töötlus tehakse 2 korda aastas. TIS-is muutub see terviseportaali kaudu inimesele nähtavaks. Ka inimesele endale on see oluline info, et tema tervisenäitajad on saavutanud kõrge riskitaseme. Riskirühma tunnuse kasutamise eesmärk ei ole isikute sildistamine, väärtushinnangute andmine ega nende õiguste piiramine, vaid abivajaduse varasem märkamine ja inimesele sobiva toe pakkumise võimaldamine. Tegemist on tehnilise tunnusega, mida kasutatakse üksnes seaduses sätestatud eesmärgil teenusevajaduse hindamise ja asjakohase toe korraldamise toetamiseks. Tunnust näevad vaid selleks õigustatud isikud. Riskirühma tunnuse kujundamisel ja kasutamisel lähtutakse IKÜM põhimõtetest, eelkõige eesmärgipärasuse, minimaalsuse ja konfidentsiaalsuse nõudest. Tunnuse kaudu ei anta isikule õiguslikku staatust ega tehta automaatseid siduvaid otsuseid tema õiguste või kohustuste kohta. Tunnus on abistava iseloomuga sisend edasiseks professionaalseks hindamiseks ning konkreetse abi või teenuse osutamise üle otsustamisel arvestatakse alati inimese tegelikku olukorda ja asjakohaseid asjaolusid terviklikult. Ligipääs riskirühma tunnusele on piiratud üksnes nendele isikutele, kellel on seda vaja oma tööülesannete täitmiseks ning seadusest tuleneva eesmärgi saavutamiseks. a) perearstidele, kellel on oma nimistu inimeste tervisevajaduste planeerimiseks tarvilik teada inimeste haiguskoormust ja sellega kaasnevat terviseriski ning pereõele, kes igapäevaselt krooniliste haigustega inimeste aga ka laste tervise jälgimisega tegeleb.

	b) inimese ravivale tervishoiuspetsialistile, et osata kohandada abi vastavalt inimese vajadusele c) KOV sotsiaaltöötajale ainult juhul, kui ta soovib esitada inimese kohta koordineerimise vajaduse kohta märkamislehe. Seeläbi on maandatud oht, et andmeid kasutatakse muul eesmärgil või viisil, mis võiks kaasa tuua põhjendamatu grupeerimise või sildistamise. Andmepõhist riskirühma määramist kasutatakse tavapraktikana ka teistes EL riikides (Hispaania, Holland, Taani, Soome, Rootsi). Kuigi tegemist on automaatse töötusega, ei lõpeta see menetlust ega määra inimesele õigusi, kohustusi, teenust, hüvitist, piirangut ega muud õiguslikku tagajärge. IKÜM art 22 kohaldub siis, kui täidetud on kumulatiivselt järgmised tingimused: 1. otsus põhineb üksnes automatiseeritud töötusel, sealhulgas profiilianalüüsil; 2. otsusel on andmesubjekti suhtes õiguslik tagajärg või see mõjutab teda samaväärselt oluliselt; 3. puudub sisuline inimsekkumine enne mõju tekitavat otsust. Käesoleval juhul ei ole need kolm tingimust täidetud. Riskitunnus on sisend edasiseks hindamiseks, mitte lõplik otsus. Riskirühma tunnus ei anna ega võta inimeselt ära õigust teenusele. Samuti ei määra see automaatselt inimesele kohustust, piirangut ega ravi- või sotsiaalteenust. See on pigem märguande või töökorralduslik indikaator, mille alusel tervishoiutöötaja või terviseteejuht saab hinnata, kas inimene võiks vajada ennetavat tervishoiuteenust või koordineerimisteenust. Riskitunnuse omistamine iseenesest ei muuda inimese õiguslikku seisundit. Ta ei saa automaatselt teenust, temalt ei võeta teenust ära, talle ei panda kohustust ja tema õigusi ei piirata. Seega, riskitunnus: • ei ole iseseisev otsus;
--	---

	• ei ole teenuse osutamise automaatne alus; • ei too kaasa automaatset õiguslikku ega faktiliselt siduvat tagajärge; • on üksnes abivahend inimese vajaduse edasiseks professionaalseks hindamiseks.
Eelnõu § 2 p-d 7 ja 8 – nende kohaselt on õigus tervishoiuteenuse osutajal ja KOV-il esitada andmeid tervise infosüsteemi. Leiame, et isiku kohta märkamislehe ja tegevuskava edastamine peab olema kohustus, mitte õigus. Palume eelnõu siinkohal muuta.	Arvestatud. Eelnõu on vastavalt muudetud. Täpsustame, et eelnõus on kasutusele võetud uus Heaolu infosüsteem.
Eelnõu § 1 p 4 – eelnõu kohaselt saab terviseteejuht mitmeid ülesandeid ja juurdepääse andmetele. Palume õigusselguse huvides ka mõistetes välja tuua, kes on terviseteejuht ning millistele kvalifikatsiooninõuetele ta peab vastama	Arvestatud. Nii eelnõu kui ka seletuskirja on täiendatud terviseteejuhi mõistega ning kvalifikatsiooni nõuete osas.
Eelnõu § 2 p 9 (§ 593 lg 56) – selle kohaselt on terviseteejuhil lai juurdepääs terviseandmetele. Palume selgitada, et kui isik on oma terviseandmed tervishoiuteenuse osutaja eest sulgenud, kas need on suletud ka terviseteejuhi jaoks. Leiame, et kuna tegemist on osaga tervishoiuteenuse saamisest, siis isikul peab olema võimalus ka terviseteejuhi eest oma andmeid sulgeda. Seega palume sätet, mis reguleerib tervishoiuteenuse osutaja eest andmete sulgemise õigust täiendada ka õigusega sulgeda andmed terviseteejuhi eest. Sama märkus on meil ka lg 58 kohta, isikul peab olema õigus tugimeeskonna eest andmete sulgemiseks.	Selgitame: Eelnõus on kasutusele võetud uus heaolu infosüsteem ja seetõttu on muudetud kogu andmete töötlemise regulatsiooni. Kuna valdkondadeüleses koordineerimise teenuses osalemine on isikule täielikult vabatahtlik, otsustab inimene teenusega liitumise (nõusoleku andmise) kaudu ise oma isikuandmete laiendatud töötlemise ulatuse. Terviseteejuhil ega meeskonnal puudub tehniline ja õiguslik ligipääs isiku tervise- ja sotsiaalvaldkonna andmetele enne, kui inimene on teenusel osalemiseks soovi avaldanud. Sellest tulenevalt ei ole teenuse osutamise faasis andmete töötlemise piiramine (andmete sulgemine) sisuliselt asjakohane – koordineerimise teenuse osutamine, riskide hindamine ja tervikliku juhtumiplaani koostamine ei ole objektiivselt võimalik ilma vajalike lähteandmeteta. Kui isik otsustab teenusest loobuda, toob see kaasa koordineerimise teenuse osutamise lõpetamise.
Kokkuvõttes tekib olukord, kus isiku õigusi ja huve mõjutavad otsused jäävad väljapoole tõhusat	Mitte arvestatud.

haldusmenetlust ja õiguskaitset, mis võib olla problemaatiline PS §-de 14 ja 15 valguses. Sisulisi otsuseid (näiteks teenuse mitteosutamine või selle lõpetamine) ei vormistata haldusaktina, mistõttu puudub selge vaide- ja kaebeõigus (HMS §-d 51–60). Palume eelnõus reguleerida vaidemenetlus ja kaebeõigus.	Valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse raames on isikul teenuse osutaja tegevuse või tegevusetuse vaidlustamiseks kasutusel tsiviilõiguslikud õiguskaitsevahendid. Olukord on juriidiliselt analoogne tervishoiuteenuse osutamisega, kus teenuse põhjendamatu mittepakkumine, mittenõuetekohane osutamine või ravi katkemine toob kaasa teenuse osutaja tsiviilõigusliku vastutuse võlaõigusseaduses sätestatud korras. Andmekaitsealaste rikkumiste korral on isikul õigus pöörduda Andmekaitse Inspektsiooni poole.
Kavandatav akronüüm TERVIK ei ole meie hinnangul sobiv, sest see ei ole moodustatud mitme sõna algustähtedest, mis on eesti keeles ainus võimalus suurtähtlühendi moodustamiseks. Kavandatava tervikteenuse või teenusvõrgustiku või valdkonnaülese teenuse nimetamiseks sobiks paremini mõni eelnimetatud sõnadest või sõnaühenditest või midagi sellesarnast, mitte aga suurtähtlühend TERVIK käänatuna nagu sõna „tervik“. Suurtähtlühend tekitab segadust, sest läheks suulises kasutuses segamini sõnaga „tervik“ ega annaks ka adekvaatselt edasi sisu. Palume tungivalt asendada see sisu edasi andva sõnaühendi või (liit)sõnaga.	Mitte arvestatud. Jätame eelnõus nimetuse „TERVIK“ muutmata. Selgitame, et normitehniliselt ei ole tegemist klassikalise suurtähtlühendiga (akronüümiga eesti keele reeglite kitsas tähenduses), vaid eelnõu tähenduses kokkuleppelise definitsiooniga (tehisterminiga), mis on moodustatud liitsõna osadest ja algustähtedest (TERVishoiu ja sotsiaalvaldkonna Integreeritud Koostööorganisatsioon). HÕNTE § 11 kohaselt peab seaduse keel olema selge ja ühemõtteline. Valdkondadeülese riikliku teenuse ametlik pikk nimetus on suulises ja igapäevases asjaajamises koormav. „TERVIK“ on sihtrühmale (nii spetsialistidele kui ka teenuse saajatele) kergesti meelde jääv, positiivse konnotatsiooniga ning edastab vahetult teenuse sisulist eesmärki – pakkuda inimesele terviklikku tugisüsteemi. Segaduse vältimiseks on termin eelnõu alguses selgelt defineeritud ja seda käänatakse suurtähtlühendite reeglite kohaselt (nt TERVIK-u, TERVIK-ule), mis eristab seda tavakeelsest sõnast „tervik“
Samuti on tavalugejale arusaamatu termin „heaolupiirkond“, mille asemele soovitame midagi üldarusaadavamalt, näiteks maakond.	Mitte arvestatud. Selgitame, et heaolupiirkonna mõiste on kasutusele võetud eesmärgiga kirjeldada tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostöö ning teenuste korraldamise funktsionaalset piirkonda, mitte olemasolevat haldusjaotust. Kuigi eelnõu rakendumisel lähtutakse esialgu maakondlikest piiridest, võimaldab eraldi termini kasutamine kujundada tulevikus piirkondi vastavalt teenuste korraldamise vajadustele, elanike liikumismustritele ja piirkondlikule koostöövõimekusele ilma, et oleks vaja muuta seaduses kasutatavat mõistestikku. Seetõttu aitab heaolupiirkonna termini kasutuselevõtt tagada regulatsiooni pikaajalise selguse ja paindlikkuse. Tulevased

	koondumised peaksid arvestama üleriigilise planeeringuga 2050 ja olema kooskõlas maakondlike arenduskeskuste võrgustiku arenguga.
Palume eelnõus läbivalt kaaluda sõnaühendi „valdkonnaülene koordineerimine“ muutmist. See nimetus ei kirjelda teenuse sisu. Mõistetakse on püüd rõhutada valdkondade koostööd ja koordineerimist, kuid põhiline eesmärk on siiski luua inimeste abistamiseks ühtne teekond. Teeme ettepaneku kasutada näiteks „valdkonnaülene heaoluteenus“. Selle variandi puhul oleks tähelepanu tulemusel. Võib ka kaaluda variante „valdkonnaülene abiteenus“ või „valdkonnaülene tugiteenus“	Mitte arvestatud. Jätame nimetuse „valdkondadeülene koordineerimine“ muutmata. Selgitame, et kavandatava riikliku teenuse spetsiifiline juriidiline ja funktsionaalne sisu ei ole uue hoolekande- või tervishoiuteenuse osutamine, vaid olemasolevate süsteemide ja spetsialistide vahelise koostöö, info liikumise ja juhtumikorralduse koordineerimine. Alternatiivsed terminid nagu „heaoluteenus“, „abiteenus“ või „tugiteenus“ on õiguslikult liiga laihaardelised ja eksitavad. SHS kontekstis tähistavad abi- ja tugiteenused konkreetseid isikule suunatud sotsiaalteenuseid (nt tugiisikuteenus, koduteenus), millel on teistsugune õiguslik režiim. Nimetus „koordineerimine“ kirjeldab teenuse sisu kõige täpsemalt ja läbipaistvamalt (HÕNTE § 11 mõistes), kuna viitab otseselt tegevusele – eri valdkondade (tervis ja hoolekanne) integreerimisele ja juhtumi koordineerimisele. Inglise keelne termin on “care coordination”.
Eelnõu seletuskirja koostajad on sisukokkuvõttes (p 1.1.) hinnanud eelnõu muudatuste halduskoormust mõjutavaid asjaolusid. Märgime, et kuigi üldjoontes on leitud, et koormus uue süsteemi käivitamisega kasvab osapooltele üksnes ajutiselt, räägib sellele vastu asjaolu, et see toob siiski kaasa uued püsivad kohustused mitmetele erinevatele asutustele. Näitena võib tuua uute koostööstruktuuride töös hoidmise kohustused, millega kaasneb koordineerimine, mis mh mõjutab teenuseosutajaid, näiteks perearste, kellel seatakse samuti kohustus seal osaleda. Enamasti kasvab koormus ning kulu küll avalikule sektorile, sh Tervisekassale, TEHIK-ule, kohalikele omavalitsustele, aga osalt ka sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna töötajatele. Palume eelnevalt tulenevalt sisukokkuvõtte halduskoormust	Arvestatud. Isiku vaates lisatud sihtrühm 1 juurde: Heaoluplaani koostamine eeldab inimese aktiivset osalemist, mis tähendab temalt teatud ajakulu ja panust. Samas on inimese kaasamine plaani koostamisse teadlik valik, mis toetab plaani järgimist, motiveeritust ning arusaamist oma olukorrast. Heaoluplaani koostamine on sisuliselt sarnane nõustamisvestlusele, kus inimene ei ole passiivne teenuse saaja, vaid aktiivne osaline oma vajaduste ja eesmärkide kujundamisel terviseteejuhi juhtimisel. Seega ei ole plaani koostamine üksnes koormus, vaid inimese kaasamine tema tervist puudutavatesse otsustesse. Perearstide vaates lisatud: Seega on perearstide halduskoormus muudatuse tulemusel kaheksaüksik – ühelt poolt lisandub püsiv kohustus arvestada TERVIKu kokkulepetega ja täita märkamislehte, teiselt poolt väheneb vajadus koordineerida sotsiaalse toimetulekuga seotud küsimusi, mis on seni toimunud sageli mitteametlikult ja lisaressurssideta. Koostöökogus osaleb TERVIKu kaudu üks perearstiabi osutaja esindaja.

puudutav osa üle vaadata ning lühendada, keskendudes ennekõike haldusväliste isikute koormuse muutumisele, sh eelkõige perearstidele ning teiselt poolt abivajavatele inimestele, tuues koormuse muutumise osas välja vaid neile olulisima. Palume lisaks seletuskirjas lühivalt arvestada, et halduskoormus ja selle muutumine puudutab haldusväliseid isikuid, sh ettevõtjaid, vabaühendusi ja inimesi ning muus osas saab rääkida siiski avaliku sektori töökoormuse muutumisest. Perearste kui erasektori esindajaid mõjutab otseselt kohustus osaleda TERVIK-u töös ning abivajava inimese ja ilmselt ka tema lähedaste või hooldajate jaoks väheneb samas vajadus ise välja selgitada, kelle poole ning millal abi saamiseks pöörduda ehk kokkuvõtvalt peaks asjaajamine, mis on üks halduskoormuslik element, nende jaoks edaspidi lihtsustuma. Siiski tuleb hinnata, kas vastutus, mida isik enda tervise eest edaspidi võtma peab, võib tema koormust ka kasvatada (näiteks heaoluplaani koostamises osalemine). Halduskoormuslike nõuete eelnõuga vähendamise korral saab kokkuvõtvalt märkida, et halduskoormuse tasakaalustamise reeglina nõutu on täidetud ehk halduskoormuse kasvu korral on ette nähtud samaaegselt ka sihtrühmi puudutavad vähendused.	
Märgime, et seletuskirjas esitatud mõjuanalüüs keskendub eelkõige positiivsete mõjude väljatoomisele, mis on ühtlasi eelnõuga seatud ka muudatuste eesmärgiks, kuid jätab käsitlemata ebasoovitava mõju või kõigest mainib võimalikke	Arvestatud.

riske ja ohukohti, mis võivad omada otsest mõju nendesamade eesmärkide saavutamisele. Olulisimad neist on institutsioonide võimalik vastuseis muudatustele tulenevalt ressursside vähesusest, vajadus tagada paralleelsete süsteemide toimivus, institutsioonide vastutuse teisenemine ja töötajaskonna muutuvad rollid, abivajajate enda soovid ja suutlikkus uudset lähenemist kasutada, aga ka kohalike omavalitsuste võimekus muutusi ellu rakendada. Palume mõjuanalüüsi tasakaalustamiseks tuua selgemalt välja ning käsitleda pikemalt just muudatuste võimalikke ohukohti, riske ning kaasnevat ebasoovitavat mõju. Riskid ei pruugi piirneda üksnes üleminekuperioodiga	
Juhime tähelepanu, et eelnõu seletuskirja osas „Seaduse eesmärk“ (p 2) ei ole välja toodud seletuskirja mõjuanalüüsi p-s 6.1.1. oluliseks loetud eesmärki, mille kohaselt aitaks 4 muudatuste rakendamine vähendada piirkondlikke erinevusi. Selle eesmärgi saavutamine võib kavandataivatest muudatustest tulenevalt olla siiski probleemne, kuna reformi edukus sõltub osapoolte ning eelkõige omavalitsuste võimekusest. Paraku ei ole neid riske mõjuanalüüsis lähemalt käsitletud, mistõttu jääb kaheldavaks, kas eesmärk teenuseid regionaalselt ühtlustada ikkagi realiseerub. Näiteks ei selgu, millised konkreetsed meetmed on ette nähtud vähemvõimekamate omavalitsuste vajadusel järeleaitamiseks või kuidas sellega haakuvad näiteks Tervisekassa rakendatavad tulemuspõhise rahastamise põhimõtted (seletuskirja p 6.2.2.), mis	Selgitame: Piirkondlike erinevuste vähendamine on üks reformi eesmärkidest ning seda on täpsustatud seletuskirjas. Samas ei ole reformi eesmärk eeldada, et kõik piirkonnad saavutavad ühesuguse võimekuse või tulemused kohe reformi rakendumisel. Eelnõuga luuakse ühtne koostöömudel, terviseteejuhi roll, ühised tööprotsessid ning koostöö korraldamise raamistik ja infovahetus, mis aitavad vähendada seniseid piirkondlikke erinevusi tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostöös. Reformi mõju avaldub järk-järguliselt ja rakendamise edukus sõltub ka kohalike osapoolte võimekusest. See on reformi elluviimisel arvestatav risk. Piirkondade toetamiseks nähakse reformi rakendamisel ette metoodiline tugi, juhendmaterjalid ja koolitused. Samuti võimaldab maakondlik koostöömudel jagada teadmisi ja kujundada ühtsemaid praktikaid piirkonna üleselt. Rakendamise edukust hinnatakse ka edaspidi ning vajadusel kavandatakse täiendavaid rakendusmeetmeid, et toetada ühtlasema praktika kujunemist eri piirkondades.

ilmselt vähemvõimekamaid ei soosi ning võib tuua omakorda kaasa suureneva regionaalse ebavõrdsuse.	
Seletuskirja mõjuanalüüsis on tähelepanuta jäänud võimalik uue süsteemiga liitujate arv, kuna ühelt poolt tagab seatud eesmärkide täitmise just võimalikult suur liitunud abivajajate hulk, teisalt aga puudub kindlus, et süsteemiga liituks näiteks enamik abivajajatest, mis kahtlemata vähendaks võimalusi eesmärgi saavutada. Märgime, et siin mängib rolli mitte üksnes see, et liitumine uue süsteemiga on jäetud vabatahtlikuks, vaid ka sealt väljumine, mis ühelt poolt pakub küll suurt paindlikkust, kuid teisalt seab süsteemi efektiivse toimimise kahtluse alla juhul, kui liitujate hulk jääb alla kriitilise piiri. Sellega seoses juhime ka tähelepanu, et seletuskirja mõjuanalüüs käsitles sihtrühmana küll kompleksabi vajavaid isikuid, kuid teisalt jättis täielikult tähelepanuta nende abivajajate edasise käekäigu, kes uue lahendusega kaasa ei tule. See eeldaks lisaks ka mõju analüüsimist teistele mõjutatud osapooltele, kes lähtuvalt abivajaja soovist peavad temaga tegelema kas uudse lähenemise kohaselt või jätkama endistviisi teenusepakkumisega. Seega võib tekkida ka küsimus samasugust abi vajavate isikute võimalikust ebavõrdsusest kohtlemisest sotsiaal- ja tervishoiusüsteemis. Palume seda teemat mõjuanalüüsis avada ning arvestada seejuures erinevate sellest mõjutatud osapooltega.	Selgitame: Eelnõuga ei looda uut sotsiaal- ega tervishoiuteenust ega muudeta inimese õigusi olemasolevate teenuste saamisel. Tervisteejuhi poolt osutatava teenuse eesmärk on toetada valdkondadeülest koordineerimist ja inimese liikumist olemasolevate teenuste vahel. Seetõttu ei sõltu inimese õigus saada vajalikke teenuseid sellest, kas ta osaleb koordineerimisteenusel või mitte. Eelnõu eesmärk ei ole hõlmata kogu elanikkonda ega kõiki teenusekasutajaid, vaid pakkuda täiendavat koordineerimist inimestele nende nõusoleku alusel, kelle vajadused ületavad ühe valdkonna või teenuse tavapärase korralduse piire. Seetõttu ei sõltu reformi eesmärkide saavutamine sellest, et süsteemiga liituks enamik abi vajavatest inimestest. Isikute puhul, kes koordineerimisteenusega ei liitu või sellest loobuvad, jätkub abi osutamine kehtiva korralduse alusel ning nende õigused ja teenuste kättesaadavus ei muutu. Eelnõu ei loo erinevaid õigusi ega teenusstandardeid, mistõttu ei põhjusta see samas olukorras olevate isikute ebavõrdsust kohtlemist. Erinevus seisneb üksnes selles, kas inimese nõusolekul kasutatakse valdkondadeülese koordineerimise täiendavat meetodit. Mõju tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistidele seisneb eelkõige selles, et osa juhtumeid lahendatakse valdkondadeülese koordineerimise toel, samas kui ülejäänud juhtumite puhul kasutatakse seniseid töökorralduslikke lahendusi. Seetõttu ei teki paralleelseid õigussuhteid ega erinevaid teenusstandardeid, vaid erineb üksnes koordineerimise korraldamise viis.
Eelnõu § 1 p 5 – § 3 lõikes 6 on oluline loetelusse lisada eraldi „tervisedendajad“, kes koordineerivad	Arvestatud.

heaolupiirkonnas ennetuse eestvedamist. Nad ei ole teenuseosutajad ja sestap ei mahu nad praeguse sõnastuse sisse. Sõnastussoovitus: „TERVIK on heaolupiirkonnas tegutsevaid perearstiabi osutajaid, haiglavõrgu arengukavas nimetatud haiglaid, kohaliku omavalitsuse üksusi ning teisi tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutajaid, samuti tervisedendajaid ühendav koostööorganisatsioon.“	
Eelnõu § 1 p 8 – lisatava § 81 lg 2 p 2 on „kõik heaolupiirkonda kuuluvad kohaliku omavalitsuse üksused“. Teeme ettepaneku sõnastada „kõik heaolupiirkonnas asuvad kohaliku omavalitsuse üksused“. Kuigi heaolupiirkonna piirid kattuvad maakonna piiridega, siis „kuuluvus“ viitab alluvusele, aga heaolupiirkond ei ole kohalikust omavalitsusest (KOV) järgmine haldusterritoorium. Seega oleks parem „heaolupiirkonnas asuvad“ või „heaolupiirkonna piires asuvad“. Samamoodi ka lisatava § 131 lg 5 p 2 ja § 131 lg 71 juures.	Arvestatud.
Eelnõu § 1 p 8 – § 81 lõike 3 punkti 1 palume lisada eraldi „tervisedendaja“: „TERVIKu esindajatena vähemalt TERVIKu võrgustikujuht, olemasolul koordineerimispiirkonna võrgustikujuht, TERVIKu tervisedendaja, TERVIKusse kuuluva perearstiabi osutaja esindaja ja haigla esindaja;“. „Tervisedendaja“ lisamine on oluline, et tähtsustada koostöökogu aruteludes ennetust ja tasakaalu tervishoiu- ja sotsiaalteenuste, s.t abivajaduse ja probleemide lahendamise vahel. Tervisedendaja on oluline tuua koostöökogu arutellusele ka seetõttu, et koostöökogu ülesannete hulgas on tervisedendus olemas ja see tähendab, et	Arvestatud osaliselt. Muudetud vastavalt EN ja SK, kus on ära märgitud ka tervisedendaja kaasamise võimalus. • Koostöökogu aruteludesse kaasatakse: TERVIKu esindajatena vähemalt TERVIKu võrgustikujuht, olemasolu korral koordineerimispiirkondade võrgustikujuhid, tervisedendaja või tema rolli täitev spetsialist, ning TERVIKusse kuuluvate perearstiabi osutajate esindajad ja haigla esindaja • TERVIKusse võivad kuuluda ka teised heaolupiirkonna elanikele tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid osutavad isikud ning tervisedendajad.

tervisedenduse vaatega on oluline neis aruteludes (lõige 3) osaleda	
Eelnõu § 1 p 10 – § 131 lg 4 punktis 1 on oluline rõhutada abivajaduse ja ennetuse teemal koostöisust tervisedendaja rolli kaudu, sõnastades lõike 2 järgmiselt: „tervishoiu- ja sotsiaalteenuse osutajate ning tervisedendaja koostöö toetamine...”	Arvestatud.
Eelnõu § 1 p 10 – § 131 lõik 6 loetelusse palume lisada „tervisedendajad“, sõnastades selle järgmiselt: „TERVIKusse võivad kuuluda heaolupiirkonna elanikele tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid osutavad isikud ning tervisedendajad.“ Ettepanekutega soovime toetada § 131 lg 4 kavandatavat sõnastust, kus punktis 3 rõhutatakse tervisedenduse ja ennetustöö kavandamist.	Arvestatud.
Eelnõu § 1 p 10 (lisatava § 131 lg 9) – eelnõuga nähakse ette, et TERVIK-u tegevusest saadud tulu ei kuulu jagamisele. Arusaamatuks jääb, millisest tegevusest tulu tekib, arvestades, et TERVIK võib olla loodud ühe osalise struktuuriüksusena, mitte iseseiva isikuna. Reeglina saavad õiguste kandjateks ja kohustuste täitjateks olla isikud	Selgitame: TERVIK-u tulu võib tekkida näiteks tulemustasudest, välisabi projektide tuludest aga võib tekkida ka näiteks annetustest või sihtotstarbelistest riigieelarvelistest eraldistest. TERVIK-uga seotud tulud ja kulud peavad olema selgelt eraldatud selle pidaja raamatupidamises ja finantsarvestuses.
Eelnõu § 1 p 22 – palume täpsustada, milliseid tasusid peetakse silmas lisatavas lõikes 7. Avalik-õiguslike tasude alused peavad olema sätestatud seaduses.	Selgitame: Meie hinnangul ei ole tegemist avalik-õigusliku tasuga
Palume selgitada, kuidas on tagatud kontroll TERVIK-u poolt avaliku raha eesmärgipärase kasutamise üle. Eelnõuga nähakse ette, et TERVIK-u kulud kaetakse kas Euroopa Liidu poolt või Tervisekassast, samuti nähakse ette tulemustasu	Selgitame: TERVIK-utele antakse raha Tervisekassa lepingu alusel. Raha kasutamise üle toimub seega lepinguline järelvalve kooskõlas vastava lepingu eesmärkide ja sisuga. Täiendavalt jälgib ja seirab TERVIK-u tegevuse eesmärgipärasust koostöökogu. Täiendame selgitusega seletuskirja.

maksmise võimalus. Tulemustasu, samuti tegevusega teenitud tulu kasutamisele seab eelnõu konkreetsed piirangud. Kuidas on tagatud kontroll, et raha ka ettenähtud eesmärkidel kasutatakse? Palume seletuskirja ja vajadusel ka eelnõu täiendada.	
Eelnõuga luuakse mitu isikut puudutavat otsustusprotsessi (riskirühma määratlemine, koordineerimisvajaduse hindamine, teenusele kaasamine), mis vastavad materiaalselt haldusmenetluse tunnustele, kuid mida ei allutata haldusmenetluse seadusele (HMS) ega samaväärsele erimenetlusele. Palume selgitada, miks ei ole eelnõu koostajate hinnangul tegemist haldusmenetlusega.	Mitte arvestatud. Jätame eelnõu muutmata ja selgitame, et kavandatavad otsustusprotsessid (riskirühma määratlemine, koordineerimisvajaduse hindamine ja teenusele kaasamine) ei kujuta endast olemuselt haldusmenetlust HMS-i tähenduses. Haldusmenetluse peamiseks tunnuseks on avalik-õigusliku suhte raames ühepoolse, isikule kohustusliku või tema õigusi otseselt piirava/andva haldusakti (otsuse) andmine või toimingu sooritamine haldusorgani poolt. Kavandatav koordineerimisteenus on aga üles ehitatud eraõigusliku teenusesuhte (käsunduslepingu sarnase suhte) ja täieliku vabatahtlikkuse põhimõttele: • Riskirühma määratlemine ja vajaduse hindamine on puhtalt andmetöötluslikud, statistilised või kliinilis-analüütilised eelsõelumise (triaaži) etapid, mille käigus ei tehta isiku suhtes ühtegi siduvat avalik-õiguslikku otsust. Isikul ei teki sellest kohustust teenusele tulla ega automaatset seadusjärgset subjektiivset õigust teenust nõuda. • Teenusele kaasamine ei toimu haldusorgani ühepoolse aktiga, vaid saab sündida üksnes isiku enda vaba sooviavalduse ja selgesõnalise nõusoleku alusel. Tegemist on kahepoolse tahteavaldusega, mis sarnaneb tervishoiuteenuse (ravi) alustamisele, mitte haldusmenetlusega. Kuna teenuse osutamisest keeldumine või selle mittenõuetekohane osutamine toob eelnõu kohaselt kaasa tsiviilõigusliku vastutuse (võlaõigusseaduse alusel), puudub vajadus ja õiguslik alus allutada neid etappe haldusmenetluse seaduse formaalsetele reeglitele. Menetluse läbiviimine HMS-i kohaselt (koos ametlike haldusotsuste vormistamise ja vaidlustamisviitadega) muudaks riikliku madala läve toetusteenuse sihtrühma jaoks ülemäära bürokraatlikuks ja koormavaks.

Seletuskirja leheküljel 59 teises lõigus esitatu osas tekib küsimus, mis saab olukorras, kui uut rahastamisele aluseks olevat perioodi ei tule. Mis on alternatiivne rahastusallikas	Selgitame: Tegemist on TERVIK-süsteemi loomise järgmise etapi arendustegevustega, millest otseselt ei sõltu eelnõuga reguleeritav esimene etapp. Sotsiaalministeerium soovis eelnõus välja tuua pikaajalise visiooni TERVIK-süsteemi arendamisel. Nõustume, et riigieelarve planeerimise põhimõtete kohaselt ei ole võimalik täie kindlusega planeerida tuleviku arendustegevusi ja selleks vajalikku rahalist katet. Kooskõlastatult Rahandusministeeriumiga jätame antud lõigu seletuskirjast välja. Sellele vaatamata jätkab Sotsiaalministeerium reformi tulevikuvajaduste katteks välisabi vahendite taotlemist ja vajadusel otsib võimalusi vajalike kulude katmiseks oma haldusala siseselt.
Seletuskirja leheküljel 65 esimeses lõigus esitatu osas tekib küsimus, et kui Vabariigi Valitsus ei toeta õigusaktidest tulenevat vajadust vahendite eraldamiseks, kas sel juhul jäävad kõik muud arendused tegemata.	Selgitame: Tegemist on TERVIK-ute süsteemi loomise järgmise etapi arendustegevustega, millest otseselt ei sõltu eelnõuga reguleeritav esimene etapp. Sotsiaalministeerium soovis eelnõus välja tuua pikaajalise visiooni TERVIK-süsteemi arendamisel. Nõustume, et riigieelarve planeerimise põhimõtete kohaselt ei ole võimalik täie kindlusega planeerida tuleviku arendustegevusi ja selleks vajalikku rahalist katet. Kooskõlastatult Rahandusministeeriumiga jätame antud selgituse seletuskirjast välja. Sellele vaatamata jätkab Sotsiaalministeerium reformi tulevikuvajaduste katteks välisabi vahendite taotlemist ja vajadusel otsib võimalusi vajalike kulude katmiseks oma haldusala siseselt.
Seletuskirjas toodud kulude, sh Tervisekassa ja TERVIK-u tulemustasude osas tekkis küsimus, kas kõik seletuskirjas toodud summad on teie eelarvetes olemas, k.a palgatõusud ja tulemustasud.	Selgitame: Jah. Seletuskirja on täpsustatud ja täiendatud.
Eelnõuga kaasneva olulise mõju tõttu ning kahe suure valdkonna ühendamise elluviimise järel soovitame viia läbi ka eelnõu muudatuste mõju järelanalüüsi. Selle kohustuse võtmise vormistamise võimaluste kohta eelnõus saab lähemalt lugeda järelhindamise korraldamise juhendist1 .	Arvestatud. Eelnõuga nähakse ette koordinatsiooniteenuse järelhindamine hiljemalt 2033. aastal.

Palume arvestada ka käesoleva kirja lisades esitatud eelnõu ja seletuskirja failis jäljega tehtud normitehniliste märkustega ja märkustega eelnõu mõju kohta.	Arvestatud.
Tervise Arengu Instituut	
Ettepanek: Seletuskirjas lubatud põhimõtted (etapiviisiline reform, TERVIK kui koordineerimisplatvorm, laienev valdkondadeüleline koostöö) tuleb tuua seaduse teksti või üleminekusätetesse (vt RTHS § 1 – seaduse reguleerimisala; RTHS § 3 – mõisted; RTHS § 8 ¹ – tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostöömudel; ning seaduse rakendussätteid, sh 8. peatükk). Seletuskiri tuleb viia kooskõlla tegeliku eelnõu sisuga, arvestades, et seletuskiri ei saa laiendada ega muuta seaduses sätestatud õigusi, kohustusi ega institutsioonide rolli	Selgitame: Eelnõus on seletuskirjas avatud etapiviisilise jõustumisega arvestatud ning selle tagamiseks on ette nähtud muudatuste erinevad jõustumise ajad. Eelnõust nähtuvalt: 1) alates 01.07.2027 jõustub regulatsioon, mis kohustab TERVIKuid moodustama, samas on TERVIKute ülesanded limiteeritud ning neile ei panda tervise- ja heaoluprofiili koostamise kohustust; 2) 01.09.2027 jõustub regulatsioon, millega lisandub märkamislehe ja valdkonnaülese koordineerimise teenuse rakendamine piiratud sihtrühmale; 3) 01.05.2028 jõustub regulatsioon, millega laiendatakse tervise- ja heaoluprofiili valdkondi, lisatakse viimase koostamine TERVIKute ülesandeks ning selle heakskiitmiseks moodustatakse koostöökogu, samuti muutub TERVIKute rahastamise alus ja süsteem ning valdkonnaülese koordineerimise teenuse sihtrühm.
Täpsustada üheselt, kas koostöökogu otsused on siduvad või strateegilised kokkulepped (RTHS § 8 ¹ lg 4–7). Siduvuse korral kirjeldada selgelt vastutus- ja rahastusmehhanism.	Arvestatud osaliselt. Märkusest lähtuvalt on täiendatud RTHS § 13 lg 1 p 1 tuues ära, et KOVi ülesanne on maakonna või piirkonna arengustrateegia koostamisel arvestada <u>üksnes koostöökogu poolt heaks kiidetud tervise- ja heaoluprofiiliga</u> . Eelnõuga on ette nähtud, et koostöökogu kiidab heaks tervise- ja heaoluprofiili tehes vajadusel ettepanekuid selles toodud heaolupiirkonna rahvatervishoiu strateegiliste tegevusvaldkondade, tegevussuundade ja tulemuseesmärkide ning tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna strateegiliste koostöövaldkondade, tegevussuundade ja tulemuseesmärkide ning eesmärkide saavutamiseks vajaliku tegevuskava muutmiseks. Seega koostöökogu saab teha otsuseid vaid selles osas, kas ja mis osas TERVIKu koostatud tervise- ja heaoluprofiil heaks kiita.
Seaduseelnõu rakendamine toob juba esimeses etapis kaasa rahvatervishoiu töövahendite ja koostöövormide sisulise muutmise, sh tervise- ja heaoluprofiili rolli ümberkujundamise (RTHS § 8),	Arvestatud osaliselt.

heaolupiirkonna koostöökogude loomise (RTHS § 3 lg 5; § 8¹) ning seniste rahvatervishoiu koostöövormide asendamise või ümbermõtestamise. Samas viidatakse seletuskirjas, et tervisedenduse ning teiste valdkondade (nt haridus, kultuur, keskkond) sisuline kaasamine terviklikku integratsioonimudelisse toimub tulevastes etappides. See etapilisuse käsitlus ei kajastu seaduseelnõu normistikus ega rakendussätetes (vt RTHS § 1 – reguleerimisala; § 3 – mõisted; § 8¹ – koostöömudel; seaduse rakendussätted, sh 8. peatükk). Ilma vastava õigusliku selguse ja üleminekusäteteta tekib vastuolu reformi sõnumi ja tegeliku rakendusloogika vahel. Ühelt poolt väidetakse, et tervisedendus ja rahvatervishoid ei ole reformi objekt ning jäävad kehtiva rahvatervishoiu seaduse alusel alles (kehtiv RTHS § 13; kehtivad KOV-ide rahvatervishoiu ülesanded). Teisalt muudetakse juba reformi esimeses etapis just neid struktuure ja töövahendeid – tervise- ja heaoluprofiil, senised koostöövormid, eksperttasandid –, mille kaudu rahvatervishoid ja tervisedendus seni sisuliselt toimivad	Muudatused tervise- ja heaoluprofiili sisus ning koostamises, koostöökogu loomise ning uuenenud profiiliga maakonna või piirkonna arengustrateegia koostamisel arvestamise sätted on kavandatud jõustuma 01.05.2028. Seletuskirja on täiendatud selliselt, et täiendavate valdkondade kaasamine ei ole planeeritud käesoleva eelnõugavaid vastavaid vajadusi hinnatakse tulevikus eraldi.
Täiendada seletuskirja tervise- ja heaoluprofiili kirjeldust alljärgneva selgitusega: “Tervise- ja heaoluprofiili täiendatakse nii, et see toimib tervikliku juhtimisvahendina, säilitades oma	Arvestatud. Täiendatud seletuskirjas.

rolli rahvastiku tervise ja heaolu seisundi analüüsi ning tervisedenduse ja ennetuse strateegilise alusdokumendina ning ühendades selle teenuste kasutuse ja kulude analüüsiga, võimaldades teha tõenduspõhiseid juhtimis- ja rahastusotsuseid.”	
Seletuskirjas esitatud mõte, mille kohaselt kavandab TERVIK tervise- ja heaoluprofiili eeskätt valdkondades, kus ta ootab riigipoolset koostööd ja/või toetust, muudab põhjendamatult THP fookust ja eesmärki. Teeme ettepaneku see lõik ümber sõnastada järgmiselt: „Tervise- ja heaoluprofiil kajastab heaolupiirkonna rahvastiku tervise ja heaolu olukorra tervikvaadet ning sellest tulenevaid strateegilisi prioriteete, sealhulgas tervisedenduse ja ennetuse vajadusi. TERVIK kasutab tervise- ja heaoluprofiili alusdokumendina oma koostöövaldkondade, tegevussuundade ning koostöökogule esitatavate ettepanekute kavandamisel.”	Arvestatud. Täiendatud seletuskirja.
Ettepanek: THP rahvatervishoiu suunaline funktsioon peab säilima, teenuskorralduslik ja rahastuslik vaade võib olla täiendav, kuid ei saa olla peamine. Vajaduse korral tuleks kaaluda kolme eraldi, kuid omavahel seotud dokumendi kasutamist: • Tervise- ja heaoluprofiil – rahvastiku tervise ja heaolu seisundi analüüsi alusdokument	Arvestatud osaliselt. Täiendatud eelnõud ja seletuskirja, et selgelt oleks eristatud rahvatervishoid.

▪ TERVIKu strateegiline koostöö- ja tegevusplaan – dokument, mis keskendub teenuste koordineerimisele, koostöövaldkondadele ja rahastusega seotud eesmärkidele. ▪ Tervisedenduse ja ennetustegevuste tegevuskava Selline jaotus tagaks dokumentide selge eesmärgi ja kasutusloogika ning vähendaks sisulisi vastuolusid.	
Hetkel on kirjas § 8. Tervise- ja heaoluprofiil: kokkuvõtte heaolupiirkonna peamistest tervise- ja heaolunäitajatest ning peamistest elukaareülestest riski- ja kaitsetegurite näitajatest; Tänapäevased probleemid: Maakonnatasandil puuduvad andmed riski- ja kaitseteguritest. Riigi-, KOV- ja maakonnatasandil puudub ühtne arusaam, millised on tervise ja heaolu riski- ja kaitsetegurid – tegureid mõeldakse ise välja Ettepanek: Et tegemist on rahvatervishoiu seadusega, siis ehk oleks täna asjakohasem seaduse tasandil rääkida tervisemõjuritest (health determinants), mis on struktuursem tasand.	Arvestatud. Asendada § 8 “tervise- ja heaolunäitajatest ning peamistest elukaareülestest riski- ja kaitsetegurite näitajatest” tervisemõjuritega. Lähtuvalt sellest on vaja täpsustada RTHS-i eelnõu § 4 lg (1). Uus sõnastus: Elukeskkond käesoleva seaduse tähenduses on inimest ümbritsevate sotsiaal-majanduslike, psühhosotsiaalsete ning loodusliku ja tehniliku keskkonna tegurite või tervisemõjurite kogum, mis mõjutab või võib mõjutada inimese tervist.
Ettepanek: Täiendada seletuskirja seaduse eesmärgi kirjeldust selge põhimõttelise täpsustusega, et riskirühmade sihipärane käsitlemine täiendab, mitte ei asenda universaalset rahvastikupõhist	Arvestatud. Lisatud täiendus seletuskirja seaduse eesmärgi kirjeldusse.

tervisedendust ja ennetust. Näiteks järgmises sõnastuses: „Riskirühmade sihipärase käsitlemise kõrval säilib ja tugevdatakse universaalset rahvastikupõhist tervisedendust ja esmase ennetuse tegevusi, mis on aluseks riskide kujunemise ennetamisel ning elanikkonna tervise ja heaolu parandamisel laiemalt.“	
Ettepanek: Täiendada seletuskirja ja eelnõu loogikat selliselt, et varajane ehk esmane ennetus oleks selgemalt süsteemi osa.	Arvestatud. Täiendatud nii eelnõud kui ka seletuskirja, kus on selgemalt välja toodud rahvatervishoiu osa kui ka tervisedendaja roll.
Ettepanek: Lisada kirjeldus, kuidas TERVIKud kavandavad ja rakendavad universaalset ennetust enne riskikäitumise väljakujunemist, s.h kogukonnapõhised sekkumised ning sekkumised kooli- ja töökeskkonnas. (seos RTHS § 8 – tervise- ja heoluprofiil ning § 8¹ – TERVIKu ülesanded).	Arvestatud. Täpsustatud seletuskirjas rahvatervishoiu valdkonna toimimisloogikat. tame seletuskirja järgmiselt: Rahvatervishoiu valdkonna toimimisloogikat antud eelnõu ei muuda, mis tähendab seda, et endiselt jätkatakse maakondades, omavalitsustes seaduses sätestatud ülesannete kaudu rahvatervishoiu valdkonna arendamist, eesmärkide elluviimist jms. See tähendab seda, et endiselt jätkuvad tegevused, sekkumised, mis puudutavad universaalse ennetuse tasandit, kuid ka valikuse ja näidustatud tasandeid.
Ettepanek: Täpsustada, et rahvastikupõhine riskihaldus ei piirdu üksnes tervishoiuteenuste kasutuse andmetega, vaid hõlmab ka tervisemõjureid, sealhulgas sotsiaal-majanduslikke, käitumuslikke ja keskkonnategureid (seos RTHS § 135 ning § 8).	Selgitame: Tervisemõjurite andmed lisatakse võimalusel rahvastikupõhisesse riskihaldusesse juurde järgmistes etappides. See eeldab tervise- ja sotsiaalvaldkonna andmekogude laiapõhjalisemat integratsiooni.
Ettepanek: eristada eelnõus selgelt rahvastikupõhine tervisedendus ja ennetus teenusepõhisest riskihaldusest; määratleda	Arvestatud osaliselt. Täpsustame eelnõud ja seletuskirja selliselt, et tuleks selgelt välja ka rahvatervishoiu roll ja tähendus. Rahastusmehhanisme selles vaates ei muudeta. See vajab täiendavad arutelusid tulevikus.

riskikäitumise ennetus rahvatervishoiu keskse eesmärgina ning siduda see konkreetsete vastutuste, rakendusmehhanismide ja rahastusega	
Ettepanek: täiendada seletuskirja seaduse eesmärgi kirjeldust järgmise täpsustusega (lisandus kursiivis): „...inimene võtab oma tervises ja toimetulekus suurema vastutuse keskkonnas, mis loob läbi keskkondlike ja kogukondlike ennetusmeetmete suutlikkuse ja võimalused seda teha ” Soovitame selle mõtte siduda ka tervise- ja heaoluprofiili rolliga (RTHS § 8), rõhutades, et rahvastiku tervise ja heaolu parandamine eeldab lisaks individuaalsetele valikutele süstemaatilisi keskkondlikke ja kogukondlikke sekkumisi. Selline täpsustus tagab kooskõla rahvatervishoiu põhikäsitlusega, mille kohaselt tervisekäitumine ja toimetulek kujunevad sotsiaalses ja füüsilises keskkonnas. Väldib tõlgendust, et ennetus ja tervisedendus taanduvad peamiselt inimese individuaalsele vastutusele ning toetab kohalike omavalitsuste rolli ja vastutust rahvatervishoius, nagu see on sätestatud kehtivas seaduses.	Arvestatud. Täpsustatud seletuskirja.
Ettepanek: Täpsustada RTHS § 132	Mitte arvestatud.

selliselt, et märkamislehe aluseks võivad olla ka varajased tervisemõjurid ja abivajaduse märgid, mitte üksnes juba selgelt kujunenud tervise- ja sotsiaalprobleemid. Samuti on vajalik ühtlustada eelnõu ja seletuskirja käsitus märkamislehe käivitamise aluste osas. See muudab süsteemi sisuliselt ennetavaks, mitte üksnes reageerivaks, ning aitab vältida olukorda, kus abi jõuab inimeseni alles pärast probleemide süvenemist.	Varajased tervisemõjurid ja abivajaduse märgid ei vaja reeglina koordinatsiooni, kuid vajavad perearsti/pereõe tähelepanu. See on praegu perearsti meeskonna ülesanne tegeleda varaste terviseprobleemide märkamisega ja kutsuda inimene vajadusel vastuvõtule. Tervisekassal on selleks eraldi teenus tervishoiuteenuste loetelus.
Ettepanek: Täpsustada seletuskirja koostöökogu käsitlust ning vajadusel täiendada eelnõu selliselt, et oleks selgelt tagatud nii institutsionaalne järjepidevus kui ka eksperttasandi säilimine. Asendada seletuskirjas sõnastus „asendab“ järgmise loogikaga: „Eelnõu kohaselt täiendatakse senist tervisenõukogude mudelit, kus heaolupiirkonna koostöökogud täidavad strateegilise otsustustasandi rolli ning sätestatakse koostöökogule kohustuslik minimaalne koosseis.” või samasisuliselt täpsustada, et tegemist ei ole senise rahvatervishoiualase koostöö katkestamisega, vaid juhtimistasandi selgemaks struktureerimisega.	Arvestatud. Täpsustatud nii eelnõud kui ka seletuskirja.
Ettepanek: Lisada seletuskirja selge põhimõtte eksperttasandi säilitamise kohta, näiteks:	Arvestatud. Täpsustatud nii eelnõud kui ka seletuskirja.

„Koostöökogu töö toetamiseks võivad heaolupiirkonnas tegutseda valdkondlikud või sihtrühmapõhised ekspertide koostöövormid, mis võimaldavad säilitada ja arendada sisulist koostööd, sealhulgas tervisedenduse ja ennetuse valdkonnas.” See täpsustus aitaks eristada strateegilist otsustustasandit (koostöökogu, RTHS § 8¹) ja sisulist eksperttööd, mis on rahvatervishoiu valdkonnas tõenduspõhisuse ja järjepidevuse tegevuse eeltingimus. Arvestades, et koostöökogu pädevus on eelnõus seatud selgelt strateegilisele tasandile, on eksperttasandi eraldi ja selgesõnaline käsitlemine vajalik, et rahvatervishoiu, ennetuse ja tervisedenduse sisuline kvaliteet ei sõltuks üksnes juhuslikust või projektipõhisest koostööst.	
Ettepanek: Täpsustada seletuskirjas, kuidas ja milliste näitajate kaudu peaks TERVIKu tegevus tegelikult vähendama tervishoiusüsteemi koormust ning kuidas on Tervisekassa rahastusrisk maandatud juhul, kui eeldatav kokkuhoid ei realiseeru	Arvestatud.
Ettepanek: Täiendada seletuskirja (ning vajadusel eelnõu) selliselt, et oleks selgelt kirjeldatud ennetuse ja tervisedenduse rahastamise põhimõtte ja mehhanism. • Välditava ravi vähenemisest tulenevate säästude suunamine ennetusse	Selgitame: Esmase ennetuse ja tervisedenduse rahastamise põhimõtetes eelnõu olulisi muudatusi ei kavandata. Täiendav rahastus on kirjeldatud läbi tulemusrahastuse, kus on toodud välja raha kasutamine rahvatervishoiu valdkonnas, mis katab ka tervisedenduse ja

ja tervisedendusse kirjeldatakse konkreetse põhimõttena (nt osakaal, fond, sihtotstarbeline kasutus), mitte üksnes üldise eesmärgina (seos RTHS § 31 ning seletuskirja rahastamist käsitlevate osadega).

- TERVIKute tulemustasu ja rahastusmudel seotakse lisaks teenusekasutuse näitajatele ka rahvastikupõhiste ennetuse ja tervisedenduse tulemustega (nt muutused peamistes tervisekäitumise näitajates, elukeskkonnast tulenevates tervisemõjurites; seos RTHS § 8 ja § 8¹).

- Süsteemne tervisedendus ja ennetus, sh piirkonna vajadustele vastavate (tõendatult) tulemuslike ennetustegevuste rakendamine vajab ka üldistest tulemusnäitajatest sõltumatut püsivat rahastust (näiteks kindel protsent tervikeelarvest). See võimaldab luua muudatusi pikemaajalises vaates viisil, mis aitab järjepidevalt vähendada vajadust kulukamate individipõhiste teenuste rakendamiseks. Nii loome eelduse, et TERVIKu teenusemudel oleks hallatav ning integreeritud süsteemi koormus väheneks ajas mitte ainult juba väljakujunenud probleemidega üksikindiviidide tervisetekonnal tõhusalt muudatusi juhtides vaid juhtides muudatusi paralleelselt laiemas populatsioonis ning elukeskkonnas enne probleemide tekkimist. Paralleelne tegutsemine kahel tasandil kindla finantsmudeli alusel, aitab juhtida sotsiaal- ja tervishoiukulude vähenemist ajas oluliselt tõhusamalt.

esmise ennetuse. Kuivõrd sõltuvad TERVIKu ja heaolupiirkonna vajadused piirkonniti, ei ole otstarbekas osakaalu välja tuua.

Ettepanek: Täpsustada seaduseelnõus, et TERVIKul on keskne igapäevast tegevust ja koostööd koordineeriv täidesaatev juht (võrgustikujuht), ning selgitada tema rolli suhet: • strateegilise otsustustasandiga (koostöökogu / juhtorgan); • terviseteejuhtide ja teenusekoordineerimisega; • rahvatervishoiu ja tervisedenduse vaatega. See parandaks õigusselgust, aitaks mõista tegelikku juhtimisloogikat ning looks selgema aluse ka rahvatervishoiu ja tervisedenduse rollide tasakaalustamiseks uues süsteemis.	Selgitame: TERVIK-ute koostöö põhimõtted sh juhtimine on sätestatud määruses (§ 13¹ lg 3 alusel), mille kavand oli eelnõule lisatud
Ilma selge lahenduseta tervisedendajate töökoormuse, tasustamise ja pädevuste arendamise osas tekib oht, et tervisedenduse roll jääb praktikas formaalseks ning rahvatervishoiu tegevused killustuvad juhuslikeks või projektipõhisteks sekkumisteks. See seaks ohtu nii rahvatervishoiu seadusest tulenevate ülesannete täitmise kui ka kogu reformi usaldusväarsuse ja eesmärkide saavutamise. Juhul kui rahvatervishoiu vaadet ei eristata süsteemist eraldiseisva strateegilise raamistikuna, peame käesolevas reformietapis kõige realistlikumaks lahenduseks tervisedenduse teadlikku tugevdamist eraldi kandva rolli kaudu TERVIKu juures, eeskätt võrgustikujuhi kõrval. Maakonna tervisedendaja rolli eesmärk on juhtida rahvastikupõhist tervisedendust ja ennetust	Selgitame: Maakonna tervisedenduse rahastuse muutmine ei ole eelnõu esmane eesmärk ning olulisi muudatusi senistes rahastamispõhimõtetes ei planeerida. Küll oleme selguse huvides täpsustanud nii eelnõus kui ka seletuskirjas rahvatervishoiu valdkonna ja tervisedendaja rolli, et need oleksid eristatavad ja vastutused selgemad.

maakonnas ning seista selle eest, et TERVIKu teenus- ja koordineerimisimudel oleks tasakaalus rahvatervishoiu eesmärkidega. See roll hõlmab eelkõige: • rahvatervishoiu vaate kandmist tervise- ja heaoluprofiili koostamises ja elluviimises; • riskikäitumise ennetamise süsteemset kujundamist; • kohalike omavalitsuste tervisedenduse alase võimekuse toetamist; • rahvastikupõhise ennetuse seire ja mõju hindamist; • osalemist TERVIKu arendamises ja rahastusprioriteetide kujundamises rahvastiku tervise vaates	
Haiglatoidule kehtestatud nõuete kaotamisega kandub väga suur vastutus tervist toetava toidu pakkumiseks tootlustajate õlule, kellel peavad olema väga kõrged toitumise- ja tervisealased kompetentsid. Selliste kompetentside ja teadmistega spetsialistide tagamine kõikidesse piirkondadesse on aga väga suur katsumus. Ettepanek: jätta RTHS-se § 22 pealkiri ning lõiked 1 ja 2 muutmata.	Mitte arvestatud. Muudatuse eesmärk on kujundada tervishoiuasutustele proportsionaalsem lähenemine. Tervishoiuasutustes viibivad patsiendid üldjuhul lühiajaliselt ning neile pakutakse sageli tervishoiutöötaja määratud erimenüüsid. Erimenüüde sisu ei ole ka kehtivas määruses reguleeritud, kuid nende määramisel lähtuvad tervishoiuteenuse osutajad tavapäraselt ravijuhenditest ja patsiendi tervises seisundist. Arvestades, et tervishoiuasutustes kasutatakse valdavalt erimenüüsid ning patsientide viibimine on lühiajaline, ei ole regulatsioon põhjendatud, kuna selle mõju oleks pigem vähene. Regulatsiooni puudumine ei tähenda seejuures, et haiglad hakkaksid pakkuma ebatervislikku toitu. Haiglad saavad endiselt kasutada tavamenüüde koostamisel riiklikke toidu- ja toitumissoovitusi, mis on ka vabalt kättesaadavad ning sisaldavad põhjalikke juhiseid tasakaalustatud ja mitmekesise tavamenüü koostamiseks.

	Lisaks on patsiendid tervishoiuasutustes tervishoiutöötajate kõrgendatud tähelepanu all ning ebasoovitavate mõjude kaasnemise riski ei ole tuvastatud.
Eelnõu seletuskirjas ja seaduseelnõus on puuduliku andmevahetuse kirjelduse osas vaja kindlasti välja tuua lahendus, et infot hakatakse vahetame tegutsemispiirangutel põhinevate RFK-koodidega, mis tagab ülevaate inimese funktsioneerimisvõimest ja osalusvõimest. Ettepanek: Koostatud ärianalüüside alusel alustada erinevate infosüsteemide andmevahetuse arendusi koos seadusloomega, et tervise-ja sotsiaalvaldkonna integratsiooniprotsessis saaks kasutada andmeid, mis abivajava inimese kohta on eelnevalt koondatud erinevatesse andmebaasidesse ja infosüsteemidesse, nt • Töötukassa tööturuteenuste ja toetuste menetluse infosüsteemis (EMPIS), • Töövõime hindamise ekspertiis (infosüsteem REDIS) • Täiskasvanute abivajaduse hindamisel (STAR2) TERVIKu koosseisu peavad kuuluma kõik: 1) heaalupiirkonnas asuvad tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 55 lõike 1 alusel kehtestatud haiglavõrgu arengukavas nimetatud haiglad, välja arvatud selles nimetatud taastusravihaigla;	Selgitame: Käesoleva eelnõuga oleme planeerinud luua aluse tervise- ja sotsiaalvaldkonna infovahetusele. Peame RFK klassifikaatori kasutuselevõttu valdkondadevahelises infovahetuses väga oluliseks ja oleme selle planeerinud integratsiooniga seotud arenduste teise etappi. Vajalikud ettevalmistused selleks on planeeritud 2028 aastasse, kui esimese etapi arendustööd on lõpetatud. Selgitame: Nõustume ettepanekutega, kuid oleme planeerinud kirjeldatud arendustega edasi liikuda reformi järgmistes etappides Selgitame: Maakonna TERVIK-usse peavad kohustusliku liikmena kuuluma kõik tervishoiuteenuseosutajad, kes osutavad selles maakonnas perearstiabi ja riikliku haiglavõrgu poolt osutatavat eriarstiabi. Taastusravi on oluline tervishoiuteenus, mida osutavad ka kõik eriarstiabi pakkuvad HVA haiglad. Spetsialiseeritud taastusravi haigla ei saa olla seotud kohustuslikult ühe maakonnaga. Samas näeme,

TAI: Puudub selge põhjendus, miks TERVIK`u koosseisu ei kuulu kohustuslikult taastusravi haigla (6) TERVIKusse võivad kuuluda ka teised heaolupiirkonna elanikele tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid osutavad isikud. Palun selgitada kas siin on mõeldud erapraksiste, FIE-de vm tervishoiu-, sotsiaal ja rehabilitatsiooniteenuseid osutavate asutuste töötajad, st seaduseelnõu vajab täpsemat kirjeldust	et TERVIK-ud üle Eesti saavad vastavalt vajadusele kaasata patsiendi teekondade kokkuleppimisse spetsialiseeritud taastusravi haiglat. Selgitame: Selle all on mõeldud juriidilisi isikuid. Täpsustus on lisatud eelnõusse.
Valminud heaoluplaani kinnitab terviseteejuht ja inimene. Inimese antud kinnitus sisaldab nõusolekut, et käesoleva paragrahvi lõike 4 punkti 2 ja lõike 6 alusel moodustatud tugimeeskonna liikmetele antakse ligipääs heaoluplaanile ja tegevuskavale. Kui inimene kinnitust ei anna, lõpetatakse andmete edasine Töötlemine. Lahtiseks jääb küsimus, kui tegu on näiteks segasusseisundis, algava dementsusega või intellektihäirega inimese heaoluplaaniga, kuid kui abivajajale ei ole veel kehtestatud eestkostet. Kas siin ei või tekkida olukord, kus inimene jääb abita	Selgitame: Heaoluplaani koostamisse kaasatakse valdkonna spetsialistid (raviarst, perearst, pereõde ning kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja) ning vajadusel inimese seaduslik esindaja. Kui terviseteejuhil tekib koostöö käigus põhjendatud kahtlus, et inimene ei pruugi oma terviseseisundi või funktsioneerimisvõime tõttu mõista heaoluplaani kinnitamise või nõusoleku andmise tähendust, teavitab ta sellest kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajat. Edasine tegutsemine, sealhulgas vajaduse hindamine eestkoste menetlusega seotud toiminguteks, toimub kohaliku omavalitsuse pädevuse alusel vastavalt kehtivale õigusele. Eelnõu eesmärk ei ole jätta inimest abita olukorras, kus tema otsustusvõime on piiratud, vaid tagada, et sellistel juhtudel kaasatakse pädevad spetsialistid ning inimesele korraldatakse vajalik abi kooskõlas kehtiva õigusega.
(1) Käesoleva seaduse § 133 lõike 2 punktis 3 nimetatud heaoluplaan kajastab: 1) abivajaja tervise- ja heaolueesmäärke, nende saavutamiseks antud soovitusi, teenusevajadusi ning määratud teenuseid, ravimiskeemi ja abivahendeid;	Selgitame: Heaoluplaani koondub andmestik selle kohta, milliseid abivahendeid on inimene riigipoolse soodustusega saanud. See, kes konkreetsele abivahendile tõendi võib väljastada, oleneb konkreetsest abivahendist ja seda saab vaadata siit: Lisa. Abivahendite loetelu.xlsx. Käimas on abivahendite ja meditsiiniseadmete reform,

Antud eelnõus puudub selgus, kuidas moodustub heaoluplaanis abivahendite vajaduse hinnang. Võimalike spetsialistide hulgas ei ole nimetatud vastava valdkonna abivahendi spetsialiste.	millega integreeritakse abivahendid etapiviisiliselt (2027-2029) Tervisekassa meditsiiniseadmete loetellu. Rohkem infot siit: Abivahendite ja meditsiiniseadmete reform Sotsiaalministeerium .
Sotsiaalkindlustusamet	
Eelnõu kohaselt luuakse 15 heaolupiirkonna koostöökogu, mille ühe liikmena nähakse meile teadaolevalt SKA-d. Koostöökogu on ennekõike koostöö platvorm, mille eesmärk on kiita heaks tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostööorganisatsiooni (TERVIK) poolt koostatud tervise- ja sotsiaalvaldkonna prioriteetsed koostöövaldkonnad, tegevussuunad ja eesmärgid. Mõistame, et oma olemuselt on tegemist heaolupiirkonna strateegia suunamisega või selle koostamisega, kus fikseeritakse ühise koostöö nägemus ja suunad ning SKA on valmis andma sinna oma panust. Kuigi eelnõu/seletuskiri selgitab koostöökogu rolli seost TERVIKuga, vajaks täpsustamist, millisel asutusel lasub koostöökogu korraldamise vastutus, s.h juhtimislaua loomise ja administreerimise ülesanne. Oluline on täpsustada, milline asutus juhib ja koondab, mis andmestikke on vaja ning kuidas erinevate asutuste andmestikud hakkavad ühtset pilti pakkuma. Ühtlasi vajab täpsustamist kui kaua ja kus neid andmestike säilitakse, kuna see on seotud kuludega.	Selgitame: Koostöökogu on strateegilise juhtimise ja koostöö platvorm, mille tööks vajalikud materjalid, tervise- ja heaoluprofiili ning ettepanekud prioriteetsete koostöövaldkondade, tegevussuundade ja eesmärkide kohta valmistab ette TERVIK. Sellest tulenevalt on põhjendatud, et TERVIK täidab ka koostöökogu töö korraldamise, tehnilise teenindamise ja analüütilise toe funktsiooni. Piirkondliku tervikvaate loomisel lähtutakse olemasolevatest andmetest. Sotsiaalvaldkonna andmete ja analüütilise toe osas on oluline roll endiselt Sotsiaalkindlustusametil, tervisevaldkonna andmete osas vastavatel tervisevaldkonna asutustel. TERVIK koondab nende asutuste sisendid piirkondliku tervise- ja heaoluvajaduse tervikvaate loomiseks.
Tulenevalt SKA-le seatud ootustest näeme, et eelnõul on otsene mõju ameti tegevusele. Heaolupiirkonna koostöökogu ja strateegiline lähenemine teenuste arendusse ühest küljest	Selgitame: SKA põhimäärusest tulenevad ülesanded ei piirdu üksnes kohalike omavalitsuste operatiivse nõustamisega, vaid hõlmavad ka sotsiaalvaldkonna arendamist, seiret,

hõlbustab SKA tänast tööd, kus oleme keskendunud kohalike omavalitsuste (KOV) nõustamisele. Samas tuleb arvestada, et KOV suunalise sotsiaalteenuste strateegilise juhtimise ootus ei kattu tänase SKA võimekusega. Seda põhjusel, et täna tegutseb SKA KOV-ide nõustamisel pigem operatiivsel, mitte strateegilisel tasandil. Kui SKA-lt oodatakse sotsiaalvaldkonna strateegilise tasandi ülesannete täitmist, siis me oleme valmis sinna panustama. Selleks on aga vajalik kavandada täiendavad tööjõu ressursid ja rahalised vahendid. Oluline on seejuures silmas pidada, et 31.12.2026 seisuga lõpeb ESF TAT rahastus, mille raames on SKA poolt seniseid KOV sotsiaalvaldkonna nõustamistegevusi ellu viidud ning hetkel on SKA-le riigikaitse tegevuste rahastus kindlustatud kuni 31.12.2027. Täna teadmiste pinnalt hindame, et püsitatud ootustega kaasneb SKA-le nelja ametikoha vajadus, mille hinnanguline iga-aastane kulu on 187 000 EUR. Viidatud kulule lisandub nelja töökoha kulu. Vastavad ametikohad võimaldaksid SKA-l tagada:

- heaolupiirkondade üleste tegevussuundade ja arendustegevuste koostamine, analüüsimine, vajalike toetusmeetmete loomisse panustamine koos poliitikakujundajaga (kui kohane) ning toetusmeetmete rakendamine, sh nt juhendmaterjalid jms;
- osaluse ja sisulise tegevuse heaolupiirkondade koostöökogus ning TERVIKu toetamisel;
- statistika andmeanalüüs

analüüsi ning kohalike omavalitsuste ja teenuseosutajate võimestamist. Seetõttu ei saa heaolupiirkondadega seotud tegevusi tervikuna käsitada SKA jaoks uue strateegilise ülesandena. Heaolupiirkondade koostöökogudes osalemine ning piirkondliku koostöö toetamine tähendab küll uut koostööformaati, kuid kohalike omavalitsuste toetamine, valdkonna arengu edendamine, andmepõhise juhtimise toetamine ning metoodiline juhendamine on olulises osas kooskõlas SKA kehtivate ülesannetega. Eelnõust ei nähtu, et SKA-le antaks vastutus heaolupiirkondade strateegiliste eesmärkide kujundamise, piirkondliku sotsiaalpoliitika juhtimise või heaolupiirkondade tegevuse suunamise eest. Need ülesanded kuuluvad heaolupiirkonna koostöökogu ning TERVIK-u pädevusse. SKA roll seisneb eelkõige piirkondade nõustamises, metoodilises toetamises, analüütilise sisendi pakkumises ning riiklike arengusuundade rakendamise toetamises, mis on kooskõlas ameti põhimäärusest tulenevate ülesannetega. Seetõttu ei anna eelnõu alust järeldada, et SKA-le tekiksid põhimääruses sätestatust kvalitatiivselt erinevad uued ülesanded.

Eelnõus räägitakse sotsiaalvaldkonna infosüsteemidest, kuid konkreetselt viidatakse üksnes STAR-ile. Kuna algandmed tuleb võtta sellest infosüsteemist, kus neid kogutakse, siis tõenäoliselt eeldab eelnõu rakendamine ka liidestuse vajadust SKAIS2-ga. Meie parimate teadmiste pinnalt (vajaduste osas) eeldame, et vajalik SKAIS2 x-tee on olemas, kuid kindlad me selles ei ole. Selleks vajaks kindlasti täpsustamist, kas eelnõuga kavandatud erinevad rollid/piirangud ja nõusolekud ehitatakse TIS-i poole, ehk terviseteejuhi töölaualle. Kui ei, siis kaasnevad sellega täiendavad arendusvajadused ja kulud SKA-le (uus x-tee teenus maksab ca 60 000€). Ühtlasi kaasnevad muudatustega SKA-le teatud IT valdkonna kulud (nt ATK 2.0 vaates suurema mahuga arvuti, Tabelau litsentsid, testimise kulud, jne).	Arvestatud. Eelnõu rakendamine eeldab liidestust ka SKAIS-2ga, mitte ainult STAR2-ga, kuna isiku puude raskusastme ja abivahendite andmeid hallatakse just SKAIS2-s, mis on heaoluplaani andmekoosseisu täitmiseks vajalikud andmed. Oleme arvestanud, et x-tee teenuse kasutuselevõtt heaoluplaani kontekstis eeldab siiski täiendavaid analüüse ja arendustöid.
Märkamislehest ja heaoluplaanist on kujunemas kesksed töövahendid. Kuna heaoluplaan sisaldab ulatuslike andmeid, siis on oluline, et nende andmete saamise protsessid oleks läbi mõeldud ja et andmete hankimisel ei tekiks takistusi. Lisaks tasuks mõelda, kuidas suhestub heaoluplaanis toodu konkreetsete teenuste või toetuste määramise menetluste ja otsustega. Ehk kes langetab hüvitiste andmise protsessis lõppotsuse ja kas heaoluplaanil on selles protsessis pigem soovituslik iseloom.	Selgitame: Teenuste ja toetuste määramise osas muudatusi planeeritud ei ole. SHS-i alusel on ja jääb sotsiaaltoetuste ja –teenuste korraldus KOV-i ning erihoolekande osas valdavalt SKA pädevuseks. TTJ saab viidata inimese vajadusele toetavate teenuste järele. Otsuse langetab KOV/SKA
Rakenduspraktika kogemustele tuginedes soovitame eelnõu juures pöörata tähelepanu küsimusele, kas terviseteejuhti saab inimene endale valida või lähtutakse siin	Selgitame: Eelistatavalt peaks pikaajalist koordinatsiooni vajava inimese terviseteejuht asuma tema kodule võimalikult lähedal. Kui inimese perearst asub kodust väga kaugel,

proaktiivsusest ja terviseteejuhi territoriaalsest pädevusest? Näiteks on täna sagedased olukorrad, kus isiku faktiline elukoht on ühes KOV-is, kuid rahvastikuregistri järgne elukoht, perearst, jne on teises KOV-is.	peaks terviseteejuhi esmaseks ülesandeks olema inimese toetamine perearsti vahetamisel.
Regionaal- ja Põllumajandusministeerium	
Palume seletuskirjas põhjalikumalt avada uuenenud tervise- ja heaoluprofiili ning maakonna arengustrateegia ja kohaliku omavalitsuse üksuse (edaspidi <i>KOV</i>) arengukava omavaheline seos, arvestades asjaoluga, et kohaliku omavalitsuse korralduse seaduse (edaspidi <i>KOKS</i>) § 37³ lõike 3 punkti 1 kohaselt tuleb maakonna arengustrateegias esitada rahvastiku tervise arengu pikaajalised suundumused ja vajadus ning sama teave tuleb <i>KOKSi</i> § 37 lõike 2 punkti 1 kohaselt esitada ka valla või linna arengukavas. Kui eelnõus kavandatava tervise- ja heaoluprofiili kõrval jääks endiselt kehtima ka nõue esitada rahvastiku tervise arengut puudutav teave maakonna arengustrateegias, siis kas mõeldud on, et tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostööorganisatsioon (edaspidi <i>TERVIK</i>) peab tervise- ja heaoluprofiili koostades arvestama maakonna arengustrateegias kavandatud arengusuundade ja vajadusega.	Selgitame: Eelnõu kohaselt kuuluvad <i>TERVIK</i>usse KOV-id ja maakonna olulisemad tervishoiuteenuse osutajad. <i>TERVIK</i> koostab maakonna tervise- ja heaoluprofiili. <i>TERVIK</i>-usse kuuluvad KOV-id saavad otsustada selle üle, millisel määral on vajalik tervise- ja heaoluprofiilis arvestada juba koostatud maakonna arengustrateegiaga ja KOV arengukavaga. Tervise- ja heaoluprofiil kiidetakse heaks koostöökogu poolt ja on seejärel sisendiks maakonna arengukava koostamisse. Selliselt on maakonna arengustrateegia kooskõlas tervise- ja heaoluprofiiliga.
Palume seletuskirjas selgitada, kas <i>TERVIK</i> võib asuda ka KOVi (nt maakonnakeskuse KOVi) juures, eeldusel et vastav KOV on sellega nõus. Seletuskirjast võib selle kaudselt välja lugeda, aga otsesõnu see välja ei tule. See võimaldaks perspektiivis paremini rakendada erinevaid koostöö	Arvestatud. Jah, võib. Täpsustatud seletuskirja.

ja asümmeetrilisi mudeleid ka kohalike teenuste korraldamiseks.	
Kuigi ei eelnõu ega kavandav TERVIKute moodustamine ei muuda sotsiaalteenustele esitatud miinimumnõudeid, võib siiski prognoosida KOVi poolt pakutavate sotsiaalteenuste mahu eeldatavat kasvu ning sellest lähtudes täiendavaid kulusid. Palume KOVide jaoks seletuskirjas erinevate teenuste lõikes selgitada võimaliku sotsiaalteenuste mahu suurenemisega seonduvat.	Arvestatud. Täiendame seletuskirja selgitustega võimaliku sotsiaalteenuste mahu muutuse kohta, millega oleme mõju hinnangus arvestanud. Näeme, et surve KOV teenustele saab vananeva elanikkonna tõttu olema suur sõltumata TERVIK-reformist. Küsimus taandub pigem sellele, kuidas selle kulusurvega toime tulla nii, et võimalikult paljud inimesed saaksid vajaliku abi. Näeme, et tänased arengud abivajaduse institutsionaalse katmise suunas viivad meid väga kalli süsteemini, mille ülalpidamine ei pruugi kohalikele omavalitsustele jõukohane olla. TERVIK-süsteem pakub sellele probleemile leevendust ja aitab leida ning välja arendada rohkem kodukesksusele suunatud lahendusi ja ennetada varajast institutsionaliseerimist. Reformi eesmärk parandada tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostööd ning toetada inimese abivajaduse varasemat märkamist. Seetõttu võib prognoosida, et osa seni tuvastamata või hilinenult tuvastatud abivajadusest jõuab varem kohaliku omavalitsuse vaatevälja ning mõnede sotsiaalteenuste kasutamine võib suurened. Varasemas abivajaduse faasis märgatud inimeste abivajaduse toetamine on siiski KOV-idele odavam, kui abivajadusega tegelemise edasilükkamine kombinatsioonis hooldekodu teenusega näitavad ministeeriumi analüüsid. KOV-idele jääb endiselt otsustusõigus, mil määral nad varasemas abivajaduse faasis inimesi on valmis aitama. Eelnõu ei muuda kohaliku omavalitsuse ülesandeid ega sotsiaalteenuste osutamise tingimusi, mistõttu ei teki uusi kohustuslikke teenuseid. Samas on Teenuste mahu võimalik kasv sõltub eelkõige piirkondlikust vajadusest ning sihtrühmani jõudmise ulatusest. Samal ajal on reformi eesmärk ennetada abivajaduse süvenemist ning vähendada vajadust kulukamate ja intensiivsemate teenuste järele tulevikus. Seletuskirja täiendatakse vastavate selgitustega.
Palume seletuskirjas lahti kirjutada, mida sisuliselt tähendab TERVIKu liikmeks olek KOVi jaoks. Kas see on valmisolek vajadusel osaleda	Arvestatud.

spetsialistide võrgustikes, tugimeeskonnas, ümarlaudades või osalemist mingis TERVIKu juhtimisformaadis või veel midagi? Praegu jääb liikmeks oleku kohustuslikkuse sisu ebaselgeks, näiteks piisaks, kui KOVil on kohustus osaleda oma spetsialistide kaudu koordineerimisprotsessis.	
Seletuskirjas mainitakse vajadust parandada andmevahetust sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi vahel. Kuigi arendatakse keskseid süsteeme, võib see KOVidelt nõuda nende kasutatavate infosüsteemide kohandamist või uute tövõtete juurutamist, millega võib kaasneda KOVidele kulutusi. Palume seletuskirjas võimalike KOVi lisakulude ja tegevuste kohta esitada vastav analüüs, mille pinnalt saaks otsustada, kas nende kulude katmiseks on vajalik riigi tugi.	Selgitame: Piisab, kui KOV kasutab STAR2 ning täidab infosüsteemi kooskõlas SHS nõuetega, muid eraldi täiendavaid arendusi KOV tegema ei pea. Andmevahetus on planeeritud STAR2 baasil, mille kasutamine on KOV-ile kohustuslik, st 31.12.2027 jõustub SHS-i säte, mille alusel KOV peab STAR-i kandma kõik teenused-toetused. Kui KOV kasutab lisaks STAR-ile alternatiivseid süsteeme, peab KOV sellega arvestama, et riiklikus süsteemis seaduses nõuatavad andmed kajastuvad
Palume täiendada seletuskirja skeemiga, millel on toodud välja TERVIKu ja koostöökogu koosseisud, rollid, sh omavahelised seosed, olulisemad protsessid ning seosed valdkonnaülese koordineerimise teenuse ja terviseteejuhi rolliga.	Arvestatud.
On oluline, et regionaalse mõju hinnang ei jääks seletuskirjas üldiseks väiteks stiilis „teenused muutuvad ühtlasemaks“, vaid oleks näidatud, millistes piirkondades on muudatuste mõjud või kaasnevad riskid suuremad ning milliste teenuste kättesaadavus võib eri piirkondades paraneda või halveneda. Samuti tuleks selgitada, kas eelnõuga kaasnevad piirkondlikud mõjud eeldavad ka konkreetseid leevendusmeetmeid ning kuidas mõõdetakse ja korrigeeritakse uuele regionaalsele tervishoiu- ja sotsiaalteenuste lõimitud	Selgitame: 7.1. Seletuskirja on täiendatud regionaalse mõju osas riskipõhiselt, tuues välja, millistes piirkondlikes tingimustes võivad reformi rakendamise mõjud ja kohanemiskasutused olla suuremad. Piirkondlik mõju sõltub eelkõige sellest, millistesse olemasolevatesse teenusvõrkudesse, tööprotsessidesse ja koostööpraktikatesse uus koordineerimiskihit lisandub. Suuremad rakendusriskid esinevad hajakasutusega, vananeva rahvastiku ja hõredama teenusevõrguga piirkondades, kus koordineerimine võib teravamalt esile tulla teenuste kättesaadavuse raskused. Suurtes linnades ja linnapiirkondades on risk seotud topeltkoordineerimisega, osapoolte rohkuse ning uue mudeli sobitamisega olemasolevatesse tööprotsessidesse. Maakondade või KOV-ide täpsem mõjujaotus saab kujuneda rakendamise käigus

korraldusmodelile ülemineku tulemusi piirkonniti. Selleks palume arvestada seletuskirjas järgmiste märkustega:

7.1. Mõju hinnang piirkondadele

Seletuskirja punktis 6.1.1 on märgitud, et kuigi heaolupiirkondade ja koostöökogude loomisel, TERVIK-ute moodustamisel, tervise- ja heaoluprofiili kasutuselevõtul ning Tervisekassa rolli muutumisel on elanikele valdavalt positiivne ja oluline mõju, mis võib parandada teenuste järjepidevust, vajadustele vastavust ja kvaliteeti ning toetada varasemat ja terviklikumat reageerimist, siis süsteemi rakendamise algfaasis võivad kaasneda ka ajutised kohanemiskasused ja piirkondlikud erinevused. Milliseid kohanemiskasusi ja erinevusi on siinkohal silmas peetud ning milliseid piirkondi võivad need erinevused peamiselt puudutada ning kas ja millised leevendusmeetmed on selleks planeeritud? Palume selles osas seletuskirja täiendada.

7.2. Teenuste kättesaadavuse mõõdikud ei ole piisavalt konkreetsed
Palume täpsustada, milliste näitajate kaudu hinnatakse muutuste mõju: ooteajad, kodulähedaste teenuste olemasolu, terviseteejuhi kättesaadavus, koduteenuste ja toetavate sotsiaalteenuste maht, korduvad EMO pöördumised, välditavad hospitaliseerimised, teenuse katkestamine.

kogutavate andmete põhjal. Integratsioon ei asenda puuduvat teenust või ega lahenda iseseisvalt teenuse kättesaadavuse probleemi.

Leevendusmeetmena oleme planeerinud toetada TERVIK-ute ettevalmistajaid, nende moodustajaid ja ellurakendajaid põhjaliku koolitus ja mentorlusprogrammiga. Esmatasandi tugevdamiseks riskipiirkondades on käimas esmatasandi perearstiabi reform, millega toetatakse perearstiabi jätkusuutlikkust esmatasandil, vaimse tervise teenuste kättesaadavusprobleemide leevendamiseks oleme planeerinud käivitada väheintensiivsete psühholoogiliste sekkumiste (VIPS) programmi jne. Järgnevast EL välisvahendite perioodist on Sotsiaalministeerium taotlemas laiaulatuslikku toetust heaolupiirkondadele eeskätt nendes koostöövaldkondades, mida TERVIK-ud ise oluliseks peavad.

7.2. Saame seletuskirjas tuua näiteid aga mitte lõplikku mõõdikute komplekti. Selgitame, et praeguses faasis saame siia tuua eelnõusse näite võimalikust praktikast, kuid tulemuspõhise rahastuse tingimused, mõõdikud ja rakendusloogika meetoodika koostab Tervisekassa.

Terviklik tulemus mõõdikute komplekti väljatöötamine on planeeritud koosloomes heaolupiirkondade esindajatega järgmisse aastasse.

7.3. Mõju ettevõtlusele ja töökohtadele Eelnõu kohustab perearste ja haiglavõrgu arengukava haiglaid kuuluma TERVIK-usse. Perearstikeskused ja osa teenuseosutajaid tegutsevad ettevõtlusvormis. Palume lisada eraldi lõik mõjust teenuseosutajatele kui majandusüksustele, tuues välja, milline on lisanduv bürokraatia, koolitusvajadus, IT-kohandused. Kas kaasneb võimalik tööjõuvajadus ja töökohtade muutus? Kui jah, siis millises eeldatavas ulatuses ja piirkondlikus jaotuses? Milline on hinnanguline täiendav terviseteejuhtide vm personali vajadus TERVIK-utes? Ühtlasi palume täpsustada, kas on selliseid maakondi või muid piirkondi, kus nõudlus teenuste järele kasvab muude piirkondadega võrreldes enam ja kas piirkonnas olemasolev tööjõud suudab selle vajaduse katta. Palume hinnata, kas mõnes piirkonnas võib esineda teenuste kättesaadavuse halvenemist, kui vajalikku tööjõudu ei leita. 7.4. Leevendusmeetmete täpsustamine Seletuskirjas on märgitud, et perioodiks 2028–2034 on Sotsiaalministeerium planeerinud suunata TERVIK-ute kaudu piirkondadesse, sh KOV-idesse, 16 miljonit eurot, millest osa on mõeldud just valdkonnaülese koordinaatsiooni kasutuselevõtu üleminekuperioodiga seotud mõjude leevendamiseks.	7.3. Seletuskirja on täiendatud eraldi lõiguga mõjust teenuseosutajatele kui majandusüksustele. Perearstikeskuste jaoks ei kaasne TERVIKu liikmelisusega otseseid rahalisi lisakulusid – terviseteejuhi personali- ja tegevuskulu rahastatakse Tervisekassa vahenditest ning andmevahetus toimub olemasolevate infosüsteemide kaudu. Kuna terviseteejuhi tegevuskulud, sh tööruumi rent, kaetakse Tervisekassa vahenditest, ei pea perearstikeskus ega muu teenuseosutaja terviseteejuhile tööruumi kuludes osalema. TERVIK otsustab paiknemise koostöös teenuseosutajatega, mis võimaldab paigutada terviseteejuhi sellesse tervisekeskusesse, kus on olemas sobiv tööruum. Halduskoormuse vaates võib kaasneda mõningaid lisakohustusi, sest leping terviseteejuhi kulude katmiseks sõlmitakse tervishoiuteenuse osutajaga, kes terviseteejuhi(d) palkab. Haiglate puhul on majanduslik mõju suurem, kuna TERVIKu moodustaja rollis olev haigla peab looma struktuuriüksuse, eristama kulud raamatupidamislikult ja avama eraldi arvelduskonto. Terviseteejuhtide personalikulud kaetakse Tervisekassa poolt täies ulatuses. Tööjõuvajaduse osas on planeerimislike hinnangute kohaselt suurima tervisejuhtide vajadusega Harjumaa, Ida-Virumaa ja Tartumaa. Reform ei lähtu eeldusest, et kogu vajalik personal tuleb juurde luua – haiglates töötab täna 111 sotsiaaltöötajat ning hoolduskoordinaatoreid ja tervisejuhte projektipõhiselt 44, kellele terviseteejuhi roll tugineb suuresti olemasolevale kompetentsile. Lisaks näitavad OSKA andmed, et ligikaudu 46% sotsiaaltöö kõrgharidusõppe lõpetajatest ei tööta valdkonnas, moodustades potentsiaalse kandidaatide reservi. Tööjõupuuduse risk on suurim Järva-, Põlva- ja Viljandimaal – piirkondades, kus Töötukassa baromeetri andmetel esineb sotsiaaltöötajate puudujääk. Samas sobib tervisejuhiks ka tervishoiuvaldkonna kõrgharidusega spetsialist, kes on läbinud täiendkoolituse. Täpne jaotus selgub Tervisekassa riskihindamise käigus Selgitame, et reform ei lähtu eeldusest, et kogu vajalik personal tuleb süsteemi juurde luua. Reform tugineb olulisel osal olemasolevale kompetentsile ja tööjõule, kuid töökorraldus muutub ning terviseteejuhtide lõplik vajadus selgub piirkondliku teenusvajaduse hindamise käigus. Maakondades tegutsevad erinevas formaadis tervisenõukogud, kes kinnitavad planeeritavast oluliselt mahukamaid terviseprofiile, lisaks on kõigis maakondades olemas ka võrgustikujuhid, ehkki projektipõhiselt,
--	---

Palume täpsustada, kas ja kuidas arvestatakse vahendite jaotamisel piirkondlikku teenusevajadust ja eripärasid (nt KOVide erinevat võimekust, eakate osakaalu ja tervisenäitajate erisusi, spetsialistide nappust ja hõredat asustust, perearstide ja sotsiaaltöötajate koormust, teenuste füüsilist ja digitaalset kättesaadavust, hajaasustuse ja saarelise asendi (nt kui teenuse järel tuleb käia mandril) lisakulusid. Samuti palume hinnata, kas on plaanis rakendada või kaalutud sihtotstarbelist rahastust tööjõu palkamiseks, koolitus- ja ümberõppeprogramme, regionaalseid palgatoetuseid või muid toetusmehhanisme piirkondadele, kus vajaliku tööjõu leidmine eelnõuga kavandatud muudatuste elluviimiseks võib olla raskendatud. 7.5. Täiendus seiremehhanismi kohta Seletuskirjas tuleks välja tuua, kas ja millisena on planeeritud seaduse mõjude järelhindamine, sh TERVIK-ute tegevuse ja tulemuslikkuse hindamine piirkondlikus lõikes ning milline on sellest tulenev valmidus vajadusel rahastuse, juhiste või teenuste korralduse edasiseks täiendamiseks.	terviseteejuhi osas märgime, et täna on haiglates tööl 111 sotsiaaltöötajat (täistööajale taandatult 72), sotsiaalse rehabilitatsiooni meeskondades ca 300 sotsiaaltöötajat (täistööajale taandatult 76) ning hoolduskoordinaatoreid/tervisejuhte projektipõhiselt 44. Lisaks on haiglates tööl erinevaid juhtumikorraldajaid ja teekonnajuhte. Selles vaates on tegemist eeskätt olemasoleva süsteemi korrastamise ja edasi arendamisega. Terviseteejuhtide täpne vajadus kujuneb välja sihtrühma määratlemise, piirkondliku teenusvajaduse hindamise ning rakendamise käigus. Vajadus ei ole eelduslikult kõikides piirkondades ühesugune, vaid sõltub muu hulgas elanikkonna tervise- ja sotsiaalnäitajatest, sihtrühma suurusest ning olemasolevast teenusevõrgustikust. Kõige kriitilisemana näeme perearstiabi jätkusuutlikkust kaugemates piirkondades. Kuna eakad perearstid lõpetavad järk-järgult töö aga noori on keeruline motiveerida tööle minema kaugematesse piirkondadesse, oleme tõepoolest kaalumas riskipiirkondadesse sihtotstarbelist rahastust ja regionaalsed palgatoetusi jms. 7.5. Eelnõusse on lisatud reformi järelhindamise nõue.
Tallinna Tervishoiu Kõrgkool	
Sätestada seaduses maakonna tervisedendaja roll, ülesanded ja rahastamine.	Arvestatud osaliselt. Eelnõus ja seletuskirjas on avatud tervisedendaja mõiste ning roll rahvatervishoiu valdkonna spetsialistina. Tervisedenduse rahastamise põhimõtetes eelnõus olulisi muudatusi ei kavandata.

Määrata tervisedendaja kohustuslikuks osapooleks nii koostöökogu aruteludes kui THP koostamisel.	Arvestatud osaliselt. Koostöökogusse kuulub kohustusliku osapoolena tippjuhtide tasand ning esmase ennetuse ja tervisedenduse valdkonda esindab koostöökogus Sotsiaalministeerium või Sotsiaalministeeriumi haldusala asutus. Lisaks lisati tervisedendaja koostöökogu aruteludesse kaasatavate osapoolte hulka ning TERVIKusse vabatahtlikuna kuuluvate osapoolte hulka. Täpsustati ka tervise- ja heaoluprofiili sätet, kus on esindatud tervisedendaja ekspertiis.
Eristada seaduses selgelt populatsioonipõhine tervisedendus (RTHS mõistes) ja kliiniline tervisedendus (uue §131 mõistes) või jätta paragrahvi 131 lõike 4 punktist 3 välja sõna „tervisedendus“ kuivõrd see punkt kannab sisuliselt pigem terviseprobleemide süvenemise ennetamise eesmärki.	Arvestatud. Täpsustatud eelnõud ja seletuskirja. Märgitud on eraldi nii tervisedendaja mõiste ning lisatud eraldi rahvatervishoiu valdkond, kus see on asjakohane. Seletuskirjas on avatud rahvatervishoiu valdkonna eesmärki, et paremini oleks mõistetud kolme valdkonna seotus.
Täpsustada THP koostamise, kasutamise ja maakonna arengustrateegiaga seostamise loogika.	Selgitame: TERVIK, kuhu kuuluvad KOV-id ja maakonna olulisemad tervishoiuteenuse osutajad, koostab maakonna tervise- ja heaoluprofiili, mis kiidetakse heaks koostöökogu poolt ja on seejärel sisendiks maakonna arengukava koostamisse. Kui seda loogikat järgitakse, peaks maakonnaarengustrateegia olema kooskõlas tervise- ja heaoluprofiiliga ja ei ole põhjust, miks TERVIK ei peaks sellega arvestama.
Täpsustada koostöökogu suhe seniste tervisenõukogudega (viimaseid likvideerimata) ja KOKS-ist tuleneva maakonna arengu juhtimisega ning koheselt rakendada maakonna tervisedendajate kogemust ja pädevust valdkonnaülese tervisedenduse planeerimisel ja elluviimisel.	Selgitame: Tervisenõukogude tegevuse üle otsustab KOV. Tervisenõukogud on KOV volikogu otsusega moodustatud nõuandlikud kogud. Tegemist on vabatahtliku tegevusega. Samas kui koostöökogu ülesanded on sätestatud seaduse tasandil piirkonnaülese tegevuse ja riikliku juhtimise ühtlustamise vajadusest lähtuvalt.
• Kaasata eelnõu edasises menetluses tervisedenduse ja rahvatervishoiu eksperte.	Arvestatud.
Eesti Tervisedenduse Ühing	

Loodavad struktuurid ei kata rahvatervishoiu ja tervisedenduse ülesandeid. Seletuskirjas nimetatud eesmärk tugevdada kogukonnapõhist ennetust ja tervisedendust ei kajastu TERVIKu ülesannetes ega koostöökogu koosseisus.	Arvestatud osaliselt. Täpsustatud eelnõud ja seletuskirja, kus on lisatud, et edaspidi kaasatakse koostöökoguse aruteludesse ka tervisedendaja või tema rolli esindav spetsialist. Lisaks on TERVIKu ülesannete hulka lisatud ka rahvatervishoiu osa.
Tervise- ja heaoluprofiil (THP) kaotab oma rahvatervishoiu strateegilise planeerimise funktsiooni. THP andmine TERVIKu ülesandeks muudab selle sisuliselt tervishoiu- ja sotsiaalteenuste tegevusplaaniks. THP peaks jääma laiapõhjaliseks rahvatervishoiu planeerimise dokumendiks ning selle koostamist peaks koordineerima tervisedendaja, kellel on selleks vastavad kompetentsid.	Selgitame: Tervise- ja heaoluprofiili jääb sisse rahvatervishoiu valdkond ning see jääb endiselt laiapõhjaliselt dokumendiks. Täpsustatud eelnõud ja seletuskirja, et oleks selgemalt välja toodud rahvatervishoiu ja tervisedendaja roll.
Maakonna tervisedendaja roll jääb reguleerimata. Tervisedendaja kaasamine TERVIKu töösse on jäetud vabatahtliku kokkuleppe tasandile. Seaduses tuleks sarnaselt terviseteejuhile sätestada ka maakonna tervisedendaja roll ja ülesanded.	Arvestatud. Täpsustatud eelnõud ja seletuskirja, et oleks selgemalt välja toodud rahvatervishoiu ja tervisedendaja roll. Tervisedendaja kaasamise vajadus on kirjeldatud läbi THP koostamisse kaasamise (täiendatud § 8 lõige 1) ning TERVIKu ülesannete laiendamise läbi rahvatervishoiu valdkonna (§ 13¹ lõige 4). Lisaks on lisatud mõistena sisse „tervisedendaja“.
Tervisedenduse rahastamine vajab struktuurset lahendust. Pärast maavalitsuste likvideerimist on maakonna tasandi tervisedenduse rahastus vähenenud, mitmes maakonnas on tervisedendaja ametikoht täitmata ning tegevusrahasutus on projektipõhine ja killustunud. Eelnõuga peaks kaasnema selge lahendus, kuidas tagatakse maakondliku tervisedenduse jätkusuutlik	Selgitame: Eelnõu peamine eesmärk ei ole maakonnapõhise tervisedenduse rahastuse põhimõtteline ümberkorraldamine ning seetõttu on eelnõus kajastatud tervisedenduse ja esmase ennetuse rahastust vaid tulemuspõhise rahastuse all. Püsirahastuse suurendamine vajab täiendavad arutelusid tulevikus.

rahastamine, sh tervisedendaja ametikoha ja tegevuste püsiv rahastamine igas maakonnas.	
Eelnõuga tuuakse rahvatervishoiu seadusesse sisse kliiniline tervisedendus, ilma et seda rahvastiku tasandi tervisedendusest selgelt eristataks. See tekitab terminoloogilise segaduse ja vajab lahendust.	Arvestatud. Eelnõus on sees tervisedenduse lai käsitus.
Ettepanek: eristada eelnõus selgelt rahvastikupõhine terviseedendus ja ennetus teenusepõhisest riskihaldusest; määratleda riskikäitumise ennetus rahvatervishoiu keskse eesmärgina ning siduda see konkreetsete vastutuste, rakendusmehhanismide ja rahastusega	Arvestatud. Täpsustame eelnõud ja seletuskirja: Rahvatervishoiu keskne eesmärk on ennetada ebasoovitavat tervisemõju ennetavaid ja vähendavaid organiseeritud tegevusi eesmärgiga pikendada elanike eluiga, parandada nende elukvaliteeti ja vähendada tervisealast ebavõrdsust. Tervisedendus on rahvatervishoiu valdkonna haru, mis hõlmab inimese igapäevast käitumist kujundavaid sotsiaal-majanduslikke kui ka elukeskkonda mõjutavate tegurite mõjutamist. Seda tehakse koostöös teiste valdkondadega (sh tervishoid, sotsiaal, haridus jne). Sekkumisi ja tegevusi viiakse ellu kas teatud rühmadele või kogu elanikkonnale. Tervisedendus hõlmab eelkõige elukeskkonna strateegilist kujundamist, universaalse tasandi ennetust, milles on sekkumised suunatud kõigile ning mille eesmärk on ära hoida probleemi (sh haiguse) tekkimist, kui ka sekkumisi, mis on suunatud juba haavatavamatele sihtrühmadele, kellel on probleemide kujunemise riskitegurid. Lisaks hõlmab see ka olemasolevate probleemide süvenemist.
Ettepanek: täiendada seletuskirja seaduse eesmärgi kirjeldust järgmise täpsustusega (lisandus kursiivis): „...inimene võtab oma tervises ja toimetulekus suurema vastutuse keskkonnas, mis loob läbi keskkondlike	Arvestatud.

ja kogukondlike ennetusmeetmete suutlikkuse ja võimalused seda teha ” Soovitame selle mõtte siduda ka tervise- ja heaoluprofiili rolliga (RTHS § 8), rõhutades, et rahvastiku tervise ja heaolu parandamine eeldab lisaks individuaalsetele valikutele süstemaatilisi keskkondlikke ja kogukondlikke sekkumisi. Selline täpsustus tagab kooskõla rahvatervishoiu põhikäsitlusega, mille kohaselt tervisekäitumine ja toimetulek kujunevad sotsiaalses ja füüsilises keskkonnas. Väldib tõlgendust, et ennetus ja tervisedendus taanduvad peamiselt inimese individuaalsele vastutusele ning toetab kohalike omavalitsuste rolli ja vastutust rahvatervishoius, nagu see on sätestatud kehtivas seaduses.	
Ettepanek: Täpsustada RTHS § 132 selliselt, et märkamislehe aluseks võivad olla ka varajased tervisemõjurid ja abivajaduse märgid, mitte üksnes juba selgelt kujunenud tervise- ja sotsiaalprobleemid. Samuti on vajalik ühtlustada eelnõu ja seletuskirja käsitlus märkamislehe käivitamise aluste osas. See muudab süsteemi sisuliselt ennetavaks, mitte üksnes reageerivaks, ning aitab vältida olukorda, kus abi jõuab inimeseni alles pärast probleemide süvenemist.	Selgitame: Märkamislehe aluseks ongi osaliselt riskid, mis on realiseerunud ja osaliselt riskid, mis ei ole veel realiseerunud. Märkamislehte ei tohiks esitada ilma inimese nõusolekuta, kui abivajaduse märgid poleks juba olulised.

Ettepanek: Täpsustada seletuskirja koostöökogu käsitlust ning vajadusel täiendada eelnõu selliselt, et oleks selgelt tagatud nii institutsionaalne järjepidevus kui ka eksperttasandi säilimine. Asendada seletuskirjas sõnastus „asendab“ järgmise loogikaga: „Eelnõu kohaselt täiendatakse senist tervisenõukogude mudelit, kus heaolupiirkonna koostöökogud täidavad strateegilise otsustustasandi rolli ning sätestatakse koostöökogule kohustuslik minimaalne koosseis.” või samasisuliselt täpsustada, et tegemist ei ole senise rahvatervishoiualase koostöö katkestamisega, vaid juhtimistasandi selgemaks struktureerimisega.	Arvestatud. Lisatud selgitus: “Eelnõuga ei asendata olemasolevaid tervisenõukogusid, kuna selles formaadis tegutsetakse sageli valdkondadeüleselt, kuhu on kaasatud lisaks tervise valdkonnale ka siseturvalisus, haridus jms. Nende üle otsustab jätkuvalt KOV, vaid luuakse nende kõrvale seaduses sätestatud minimaalse koosseisuga heaolupiirkonna koostöökogu kui riigi ja KOVi esindajate kohustuslik rahvatervishoiu, tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostöö- ja koordinatsiooniformaat.”
Ettepanek: Lisada seletuskirja selge põhimõte eksperttasandi säilitamise kohta, näiteks: „Koostöökogu töö toetamiseks võivad heaolupiirkonnas tegutseda valdkondlikud või sihtrühmapõhised ekspertide koostöövormid, mis võimaldavad säilitada ja arendada sisulist koostööd, sealhulgas tervisedenduse ja ennetuse valdkonnas.” See täpsustus aitaks eristada strateegilist otsustustasandit (koostöökogu, RTHS § 8¹) ja sisulist eksperttööd, mis on rahvatervishoiu valdkonnas tõenduspõhisuse ja järjepidevuse tegevuse eeltingimus.	Arvestatud.

Arvestades, et koostöökogu pädevus on eelnõus seatud selgelt strateegilisele tasandile, on eksperttasandi eraldi ja selgesõnaline käsitlemine vajalik, et rahvatervishoiu, ennetuse ja tervisedenduse sisuline kvaliteet ei sõltuks üksnes juhuslikust või projektipõhisest koostööst.	
Ettepanek: Täpsustada seletuskirjas, kuidas ja milliste näitajate kaudu peaks TERVIKu tegevus tegelikult vähendama tervishoiusüsteemi koormust ning kuidas on Tervisekassa rahastusrisk maandatud juhul, kui eeldatav kokkuvõtte ei realiseeru	Arvestatud.
Ettepanek: Täiendada seletuskirja (ning vajadusel eelnõu) selliselt, et oleks selgelt kirjeldatud ennetuse ja tervisedenduse rahastamise põhimõtte ja mehhanism. • Välditava ravi vähenemisest tulenevate säästude suunamine ennetusse ja tervisedendusse kirjeldatakse konkreetse põhimõttega (nt osakaal, fond, sihtotstarbeline kasutus), mitte üksnes üldise eesmärgina (seos RTHS § 31 ning seletuskirja rahastamist käsitlevate osadega). • TERVIKute tulemustasu ja rahastusmudel seotakse lisaks teenusekasutuse näitajatele ka rahvastikupõhiste ennetuse ja tervisedenduse tulemustega (nt muutused peamistes tervisekäitumise näitajates, elukeskkonnast	Selgitame: Esmase ennetuse ja tervisedenduse rahastamise põhimõtetes eelnõu olulisi muudatusi ei kavanda. Täiendav rahastus on kirjeldatud läbi tulemusrahastuse, kus on toodud välja raha kasutamine rahvatervishoiu valdkonnas, mis katab ka tervisedenduse ja esmase ennetuse. Kuivõrd sõltuvad TERVIKu ja heaalupiirkonna vajadused piirkonniti, ei ole otstarbekas osakaalu välja tuua.

tulenevates tervisemõjuritses; seos RTHS § 8 ja § 8¹). • Süsteemne tervisedendus ja ennetus, sh piirkonna vajadustele vastavate (tõendatult) tulemuslike ennetustegevuste rakendamine vajab ka üldistest tulemusnäitajatest sõltumatut püsivat rahastust (näiteks kindel protsent tervikeelarvest). See võimaldab luua muudatusi pikemaajalises vaates viisil, mis aitab järjepidevalt vähendada vajadust kulukamate individipõhiste teenuste rakendamiseks. Nii loome eelduse, et TERVIKu teenusemudel oleks hallatav ning integreeritud süsteemi koormus väheneks ajas mitte ainult juba väljakujunenud probleemidega üksikindiviidide tervisetekonnal tõhusalt muudatusi juhtides vaid juhtides muudatusi paralleelselt laiemas populatsioonis ning elukeskkonnas enne probleemide tekkimist. Paralleelne tegutsemine kahel tasandil kindla finantsmudeli alusel, aitab juhtida sotsiaal- ja tervishoiukulude vähenemist ajas oluliselt tõhusamalt.	
Ettepanek: Täpsustada seaduseelnõus, et TERVIKul on keskne igapäevast tegevust ja koostööd koordineeriv täidesaatev juht (võrgustikujuht), ning selgitada tema rolli suhet: • strateegilise otsustustasandiga (koostöökogu / juhtorgan); • terviseteejuhtide ja teenusekoordineerimisega; • rahvatervishoiu ja tervisedenduse vaatega. See parandaks õigusselgust, aitaks mõista tegelikku juhtimisloogikat ning looks selgema aluse ka	Selgitame: Võrgustikujuhi roll ja ülesanded on soovitud kujul lahti kirjeldatud rakendusaktis.

rahvatervishoiu ja tervisedenduse rollide tasakaalustamiseks uues süsteemis.	
SelgitameIlma selge lahenduseta tervisedendajate töökoormuse, tasustamise ja pädevuste arendamise osas tekib oht, et tervisedenduse roll jääb praktikas formaalseks ning rahvatervishoiu tegevused killustuvad juhuslikeks või projektipõhisteks sekkumisteks. See seaks ohtu nii rahvatervishoiu seadusest tulenevate ülesannete täitmise kui ka kogu reformi usaldusväarsuse ja eesmärkide saavutamise. Juhul kui rahvatervishoiu vaadet ei eristata süsteemist eraldiseisva strateegilise raamistikuna, peame käesolevas reformietapis kõige realistlikumaks lahenduseks tervisedenduse teadlikku tugevdamist eraldi kandva rolli kaudu TERVIKu juures, eeskätt võrgustikujuhi kõrval. Maakonna tervisedendaja rolli eesmärk on juhtida rahvastikupõhist tervisedendust ja ennetust maakonnas ning seista selle eest, et TERVIKu teenus- ja koordineerimisimudel oleks tasakaalus rahvatervishoiu eesmärkidega. See roll hõlmab eelkõige: • rahvatervishoiu vaate kandmist tervise- ja heaoluprofiili koostamises ja elluviimises; • riskikäitumise ennetamise süsteemset kujundamist;	Selgitame: Maakonna tervisedenduse rolli ja rahastuse muutmine ei ole eelnõu esmane eesmärk ning olulisi muudatusi senistes rahastamispõhimõtetes ei planeerida.

• kohalike omavalitsuste tervisedenduse alase võimekuse toetamist; • rahvastikupõhise ennetuse seire ja mõju hindamist; • osalemist TERVIKu arendamises ja rahastusprioriteetide kujundamises rahvastiku tervise vaates	
Haiglatoidule kehtestatud nõuete kaotamisega kandub väga suur vastutus tervist toetava toidu pakkumiseks tootlustajate õlule, kellel peavad olema väga kõrged toitumise- ja tervisealased kompetentsid. Selliste kompetentside ja teadmistega spetsialistide tagamine kõikidesse piirkondadesse on aga väga suur katsumus. Ettepanek: jätta RTHS-se § 22 pealkiri ning lõiked 1 ja 2 muutmata.	Mitte arvestatud. Muudatuse eesmärk on kujundada tervishoiuasutustele proportsionaalsem lähenemine. Tervishoiuasutustes viibivad patsiendid üldjuhul lühiajaliselt ning neile pakutakse sageli tervishoiutöötaja määratud erimenüüsid. Erimenüüde sisu ei ole ka kehtivas määruuses reguleeritud, kuid nende määramisel lähtuvad tervishoiuteenuse osutajad tavapäraselt ravijuhenditest ja patsiendi terviseseisundist. Arvestades, et tervishoiuasutustes kasutatakse valdavalt erimenüüsid ning patsientide viibimine on lühiajaline, ei ole regulatsioon põhjendatud, kuna selle mõju oleks pigem vähene. Regulatsiooni puudumine ei tähenda seejuures, et haiglad hakkaksid pakkuma ebatervislikku toitu. Haiglad saavad endiselt kasutada tavamenüüde koostamisel riiklikke toidu- ja toitumissoovitusi, mis on ka vabalt kättesaadavad ning sisaldavad põhjalikke juhiseid tasakaalustatud ja mitmekesise tavamenüü koostamiseks. Lisaks on patsiendid tervishoiuasutustes tervishoiutöötajate kõrgendatud tähelepanu all ning ebasoovitavate mõjude kaasnemise riski ei ole tuvastatud.
Eelnõu seletuskirjas ja seaduseelnõus on puuduliku andmevahetuse kirjelduse osas vaja kindlasti välja tuua lahendus, et infot hakatakse vahetame tegutsemispiirangutel põhinevate RFK-koodidega, mis tagab ülevaate inimese funktsioneerimisvõimest ja osalusvõimest.	

Ettepanek: Koostatud ärianalüüside alusel alustada erinevate infosüsteemide andmevahetuse arendusi koos seadusloomega, et tervise-ja sotsiaalvaldkonna integratsiooniprotsessis saaks kasutada andmeid, mis abivajava inimese kohta on eelnevalt koondatud erinevatesse andmebaasidesse ja infosüsteemidesse, nt

- Töötukassa tööturuteenuste ja toetuste menetluse infosüsteemis (EMPIS),
- Töövõime hindamise ekspertiis (infosüsteem REDIS)

- Täiskasvanute abivajaduse hindamisel (STAR2)

(5) TERVIKu koosseisu peavad kuuluma kõik:

1) heaolupiirkonnas asuvad tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 55 lõike 1 alusel kehtestatud

haiglavõrgu arengukavas nimetatud haiglad, välja arvatud selles nimetatud taastusravihaigla;

TAI: Puudub selge põhjendus, miks TERVIK`u

koosseisu ei kuulu kohustuslikult taastusravi haigla

(6) TERVIKusse võivad kuuluda ka teised heaolupiirkonna elanikele tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid osutavad isikud.

Palun selgitada kas siin on mõeldud erapraksiste, FIE-de vm tervishoiu-, sotsiaal ja rehabilitatsiooniteenuseid osutavate asutuste töötajad, st seaduseelnõu vajab täpsemat kirjeldust

Selgitame:

Infosüsteemide andmevahetuse arendused koos vastava seadusloomega on planeeritud IT arenduste teise etappi. Eelnõu käsitleb IT arenduste esimest etappi, mis loob baasilise aluse ka RFK kasutamisele tulevikus inimese heaoluplaanis.

Arvestatud.

Selgitus on lisatud seletuskirja

Arvestatud.

Eelnõu teksti on täpsustatud, et tegemist on siiski juriidiliste isikutega.

Täname tähelepanu juhtimise eest.

Valminud heaoluplaani kinnitab terviseteejuht ja inimene. Inimese antud kinnitus sisaldab nõusolekut, et käesoleva paragrahvi lõike 4 punkti 2 ja lõike 6 alusel moodustatud tugimeeskonna liikmetele antakse ligipääs heaoluplaanile ja tegevuskavale. Kui inimene kinnitust ei anna, lõpetatakse andmete edasine Töötlemine. Lahtiseks jääb küsimus, kui tegu on näiteks segasusseisundis, algava dementsusega või intellektihäirega inimese heaoluplaaniga, kuid kui abivajajale ei ole veel kehtestatud eestkostet. Kas siin ei või tekkida olukord, kus inimene jääb abita	Selgitame: Sellisele inimesele algatatakse eestkoste. Kuniks inimesel pole eestkostet, siis ta otsustab ise, aga tugivõrk/KOV saab ka sel perioodil olla toeks inimesele parima otsuse tegemisel. KOVi roll inimese/pere toetamisel ka siis, kui ta ei ole veel eestkoste seadmiseini jõudnud säilib.
(1) Käesoleva seaduse § 133 lõike 2 punktis 3 nimetatud heaoluplaan kajastab: 1) abivajaja tervise- ja heaolueesmäärke, nende saavutamiseks antud soovitusi, teenusevajadusi ning määratud teenuseid, ravimiskeemi ja abivahendeid;	Selgitame: Abivahendi vajadust hindavad perearst, pereõde, raviarst ja seda saavad hinnata ka rehabilitatsioonimeeskonna liikmed, kui nad tugimeeskonda lisatakse. Kõik need spetsialistid on kaasatud.

Antud eelnõus puudub selgus, kuidas moodustub heaoluplaanis abivahendite vajaduse hinnang. Võimalike spetsialistide hulgas ei ole nimetatud vastava valdkonna abivahendi spetsialiste.	
Pärnumaa OVL	
Sätestada seaduses või selle rakenduses universaalse rahvastikupõhise tervisedenduse ja esmase ennetuse selge roll ning siduda see süsteemi kesksete eesmärkide ja rahastusega.	Selgitame: Maakonna tervisedenduse rahastuse muutmine ei ole eelnõu esmane eesmärk ning olulisi muudatusi senistes rahastamispõhimõtetes ei planeerida. Küll oleme selguse huvides täpsustanud nii eelnõus kui ka seletuskirjas rahvatervishoiu valdkonna ja tervisedendaja rolli, et need oleksid eristatavad ja vastutused selgemad.
• Tagada, et heaolupiirkonna koostöökogu kõrval toimib eksperttasandi rahvatervise ja tervisedenduse töörühm ning et selle roll otsustusprotsessis on selgelt määratletud. Eelnõus sätestatud nõue maakonna tervisenõukogu asendamine koostöökoguga ei ole asjakohane. .	Arvestatud. Eelnõuga ei asendata olemasolevaid tervisenõukogusid, mille tegevuse ja koosseisu üle otsustab jätkuvalt KOV, vaid luuakse nende kõrvale seaduses sätestatud minimaalse koosseisuga heaolupiirkonna koostöökogu. Täpsustasime eelnõud, kuhu lisasime, et koostöökogude aruteludesse kaasatakse tervisedendaja või tema rolli täitev spetsialist. Koostöökogu ei asenda vaid täiendab eksperttasandi töörühmasid. Täiendatud seletuskirja: “Eelnõu kohaselt täiendatakse senist tervisenõukogude mudelit, kus heaolupiirkonna koostöökogud täidavad strateegilise otsustustasandi rolli ning sätestatakse koostöökogule kohustuslik minimaalne koosseis.” „Koostöökogu töö toetamiseks võivad heaolupiirkonnas tegutseda valdkondlikud või sihtrühmapõhised ekspertide koostöövormid, mis võimaldavad säilitada ja arendada sisulist koostööd, sealhulgas tervisedenduse ja ennetuse valdkonnas.”
• Tuua välja, et tervise- ja heaoluprofiil säilitab oma rolli rahvastiku tervise ja heaolu strateegilise alusdokumendina, mitte ei taanduks teenuspõhiseks tööriistaks.	Arvestatud. Täpsustatud seletuskirjas tervise- ja heaoluprofiili rolli.

• Vaadata üle tervise- ja heaoluprofiili iga-aastase uuendamise nõue või täpsustada uuendamise ulatus ja eesmärk	Selgitame: Tervise- ja heaoluprofiili tuleb uuendada kord aastas arvestades olulisemaid muudatusi riskirühmades ja tervishoiu- ning sotsiaalteenuste kasutamise näitajates, samuti strateegilistes tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna inimressurssides. Eesmärk on muutustele paindlikult reageerida ja vajadusel seatud eesmärke korrigeerida.
Sätetada maakondlike arendusorganisatsioonide roll rahvatervise ja tervisedenduse koordineerimisel ning siduda see vastavate ressurssidega: tagada rahvatervisealaste tegevuste ja tööjõukulude jätkusuutlik rahastus koos reformiga kaasnevate lisavajadustega.	Selgitame: RTHS § 13 lõige 2 toob välja kohalike omavalitsuse üksuste ühiselt täidetavad ülesanded, mis sisaldavad mh ka rahvatervishoiu ja tervisedenduse ülesandeid. See kohustus ei muutu ning endiselt võivad kohalikud omavalitsuse üksused ülesandeid täita maakondlike arenguorganisatsioonide kaudu. TERVIK-u ülesannete hulka kuulub rahvatervishoiu alaste ülesannete koordineerimine, koostöökorralduse kokkuleppimine ning elluviimise toetamine.
• Täpsustada heaolupiirkonna tasandil tervisedenduse eest vastutava spetsialisti roll ning tagada selle süsteemne kaasatus TERVIKu toimimisse.	Arvestatud. Täiendasime eelnõu ja seletuskirja. Lisasime mõistete hulka tervisedendaja mõiste. Lisaks täiendasime eelnõud, kuhu on lisatud, et TERVIKu ülesanne on ka tervisedendajate koostöö toetamine ning koostöökogu aruteludesse kaasatakse lisaks teistele ekspertidele ka tervisedendada. Läbivalt on täiendatud seletuskirja, et selgemini tuleks välja jätkuvalt rahvatervishoiu valdkond.
• Määratleda, milline osapool vastutab lõpptulemuste saavutamise eest ning millised on mehhanismid olukorras, kus kokkulepitud eesmärke ei saavutata..	Selgitame: Lõpptulemuste eest vastutab TERVIK. Tervise- ja heaoluprofiil on strateegiline dokument, kus toodud eesmärke saab käsitleda suunisenä. Konkreetseid kohustusi

	võtab TERVIK siiski ainult lepingute kaudu. Lepingutes sätestatakse mehhanismid, tegutsemiseks olukorras, kus lepingus ette nähtud tulemusi ei saavutata.
• Siduda eelnõu rakendamine realistlikult tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna andmevahetuse ning digiarenduste tegeliku valmidusega.	Arvestatud.
• Hinnata realistlikult tervishoiutöötajate täiendavat töökoormust ning tagada uute ülesannete (nt märkamisleht) jaoks vajalikud ressursid.	Arvestatud.
• Täpsustada tulemuspõhise rahastuse tingimused, mõõdikud ja rakendusloogika ning tagada üleriigiline raamistik, mis väldib piirkondliku killustatuse süvenemist.	Selgitame: Praeguses faasis saame siia tuua eelnõusse näite võimalikust praktikast, kuid tulemuspõhise rahastuse tingimused, mõõdikud ja rakendusloogika meetoodika koostab Tervisekassa
• Analüüsida ja selgitada, millistel eeldustel saavutatakse reformiga tervishoiusüsteemi pikaajaline kokkuhoid ning kuidas on selles arvestatud rahvastikupõhise ennetuse rolli	Arvestatud. Analüüs ja selgitused lisatud.
Tervisekassa	
1. Sõnastada eelnõu § 1 punktis 7 toodud § 8 lõiked 2 ja 3 järgmiselt: „(2) Tervise- ja heaoluprofiili koostamisel ning rakendamisel lähtub TERVIK Tervise Arengu Instituudi poolt koostöös Tervisekassa, Sotsiaalkindlustusameti ja Sotsiaalministeeriumiga koostatud juhendist. (3) Tervise Arengu Instituut koordineerib riigiülest koostööd tervise- ja heaoluprofiilide koostamisel ning avaldab lõikes 2 nimetatud juhendi ning heaolupiirkondade tervise ja heaolu lühiülevaadet oma veebilehel. Iga lõikes 2 nimetatud asutus nõustab TERVIKut tervise- ja heaoluprofiili koostamisel oma pädevuse piires.“ Hetkel on lõikes 2 toodud viide neljale asutusele ja puudub selgus,	Arvestatud. Täpsustame seletuskirja ja eristame TAI rolli ulatust „§ 8. Tervise- ja heaoluprofiil lõikes 3. Lõikes 3 on lisatud, et iga asutus nõustab TERVIKut tervise- ja heaoluprofiili koostamisel oma pädevuse piires. Seletuskirjas lisasime täiendava selgituse, kus juhtisime tähelepanu läbi näite, et Tervise Arengu Instituut vastutab juhendite ning tervise ja heaolu lühiülevaadete koostamise eest, sealhulgas tervise- ja heaoluprofiilide koostamise ja koordineerimise juhendamise osas üksnes rahvatervishoiu valdkonnas.

kes juhendi koostamist koordineerib ja eest veab, selle valmimise ning avaldamise eest vastutab. Seletuskirja kohaselt on selleks asutuseks Tervise Arengu Instituut. Tervisekassa hinnangul peaks õigusakt selles osas olema samuti selgem. Lisaks teeb Tervisekassa ettepaneku sõnastada lõike 3 esimeses lause konkreetselt, viidates selgelt Tervise Arengu Instituudile, kellel lasub kohustus avaldada tervise- ja heaoluprofiili koostamise juhend ning lühiülevaated heaolupiirkondade tervise ja heaolu seisust oma veebilehel. Vajalik on ka täpsemalt selgitada, kes tegeleb olukordadega, mil TERVIK tervise- ja heaoluprofiili juhendeid (või neist ühte) ei täida.	
Eelnõu § 1 punktis 8 toodud § 8¹ lõikes 6 sätestatakse konsensuslik otsuste vastuvõtmise kord. Hetkel on sättest puudu regulatsioon, mis käsitleb koostöökogu töövormi ehk millises vormis toimub koostöökogu ülesannete täitmine ja otsuste vastuvõtmine. Tegemist on seaduse alusel moodustatavate organitega, mis moodustatakse igas maakonnas, seega võiks ka selle organi töökorraldus olla üle-eestiliselt võimalikult standardiseeritud. On oluline, et otsused oleks vastu võetud menetluse tulemusena, mis on kontrollitav ja läbipaistev.	Arvestatud. Koostöökogu töökorra põhimõtted kehtestatakse valdkonna eest vastutava ministri määрусega. Vastav volitusnorm lisatud eelnõusse.
Samas jääb Tervisekassale hetkel § 81 lõikes 7 sätestatu ja seletuskirjas kirjeldatu alusel ebaselgeks, millised koostöökogu otsused TERVIKule täitmiseks kohustuslikud on. Paragrahvi lõike 4 punktide 1 ja 2 kohaselt kiidab koostöökogu heaks tervise- ja heaoluprofiilis	Arvestatud. Eelnõu on täiendatud: TERVIK lähtub oma töös koostöökogu poolt heaks kiidetud tervise- ja heaolu profiilist

toodud eesmärgid ja nende täitmiseks vajaliku tegevuskava. Samas viidatakse seletuskirjas (lk-d 8 ja 12), et heaks kiidetud dokument ei ole osapooltele teenuste korraldamisel siduv. Jääb ebaselgeks, kas koostöökogu töö eesmärgiks on nõ soovituslik strateegiline planeerimine või on tegemist heaolupiirkonnas tegutseva valdkonda juhtiva organiga. Eelnõust ei selgu, millised on koostöökogu otsuste järgimata jätmise tagajärjed TERVIKule.	
Tervisekassa hinnangul võib juhtuda, et ühes heaolupiirkonnas on võimalik moodustada mitu TERVIKut. Jääb selgusetuks, mille järgi Tervisekassa otsustab, millise TERVIKuga Tervisekassa koostöölepingu ja hiljem rahastamise lepingu sõlmib.	Selgitame: Rakendussäte välistab mitme TERVIK-u tekke. Eelnõu §13¹ lg 1 sätestab, et igas heaolupiirkonnas on ainult ainult üks TERVIK. Näiteks võib Harjumaa TERVIK-ut pidada Harjumaa Omavalitsuste Liit (HOL), Tallinn, põhja-Harjumaa, lõuna-Harjumaa ja kesk-Harjumaa võivad olla Harjumaa koordinatsioonipiirkonnad. Tervisekassa sõlmib sel juhul TERVIK-u lepingu ainult Harjumaa TERVIK-u pidaja ehk HOL-iga.
Eelnõust ja seletuskirjast ei selgu, mis saab juhul, kui mõni lõikes 5 toodud loetelus nimetatud osapool ei soovi sõlmida koostöökokkulepet ja kuuluda TERVIKu koosseisu. Kas sellisel juhul laieneb talle koostöökogu otsuste täitmise kohustus või mitte jne? Samuti jääb hetkel eelnõust ja seletuskirjast selgusetuks, millised on TERVIKusse kuuluvate osapoolte, kes seletuskirja (lk 15) kohaselt ei ole TERVIKu aktiivsed liikmed, vastutus TERVIKu otsuste järgimata jätmises ja millise organi või organisatsiooni kohustus on seda kontrollida.	Arvestatud. Eelnõusse lisatud täiendus: “Käesoleva paragrahvi lõike 4 punktis 11 sätestatud koostöökorralduse kokkuleppe on siduv kõigil käesoleva paragrahvi lõikes 5 nimetatud osapooltele, sõltumata koostöölepingu sõlmimisest.” TERVIKusse kuuluvad osapooled on seotud koostööleppes või muudes lepingutes (nt välisabi projekti partnerina) sätestatud ulatuses.
Eelnõu § 1 punktis 10 toodud § 131 lõike 7 sätestatakse, et TERVIKusse kuuluvad osapooled	Arvestatud. Vastavad koostöölepingu miinimumnõuded sätestatakse Eelnõus järgnevalt:

sõlmivad omavahel koostöökokkulepped. Tervisekassa teeb ettepaneku kehtestada õigusakti tasandil nõuded, millele koostööleping peab minimaalselt vastama. Sättest võib hetkel aru saada, et koostöökokkulepped võivad olla erineva sisuga. Seetõttu on oluline, et teemad, mille osas igal juhul peavad lepingu osapooled kokku leppima, oleks kirjeldatud.	“TERVIK-u koostööleping leping peab käsitlema vähemalt: 1) volitatud esindaja määramise korda ning tema õiguseid ja kohustusi; 2) TERVIK-u juhtimisstruktuuri koosseisu, pädevust, korraldust ja töökorda; 3) TERVIK-u liikmete õiguseid ja kohustusi; 4) TERVIK-u liikmeks astumise, liikmelisuse muutmise ja väljaastumise korda; 5) Info- ja andmevahetuse korraldust ja põhimõtted; 6) TERVIK-ule rahaliste kohustuste võtmist, eelarve ja aruandluse ning järelkontrolli korraldust; 7) Liikmete vastutuse ulatust ja vaidluste lahendamise korda; 8) lepingu jõustumise, muutmise ja lõpetamise tingimusi.”
Eelnõu § 1 punktis 12 toodud § 13¹ lõikes 72 on sätestatud TERVIKu õigus osutada valdkonnaülest koordineerimisteenust, kuid keelatud on osutada eriarstiabi, perearstiabi ja kiirabi. Tervisekassa hinnangul ei ole viidatud tegevuspiirangu tõttu TERVIKul võimalik valdkonnaülest koordineerimisteenust osutada. Valdkonnaülest koordineerimisteenust osutab eelnõu kohaselt inimesele terviseteejuht (§-d 132 ja 133). Inimese kohta täidetud märkamislehte on võimalik suunata vaid terviseteejuhile, kes osutab teenust tervisekeskuses või haiglavõrgu arengukavas nimetatud haiglas. Tegemist on perearstiabi või eriarstiabi osutavate tervishoiuteenuse osutajatega. Seega jääb hetkel eelnõust arusaamatuks, milline on eraldisesisva juriidilise isikuna moodustatud TERVIKu osutatava valdkonnaülese koordineerimisteenuse sisu.	Selgitame: Eelnõu I versiooni tagasisidest tulenevalt on eelnõust välja jäetud võimalus moodustada TERVIK eraldiseisva juriidilise isikuna. Jäetud on võimalus moodustada TERVIK kohalike omavalitsuste koostööorganisatsiooni koosseisu. Eelnõu on täiendatud täpsustusega, et valdkonnaülese koordineerimisteenuse osutamiseks on vajalik tervishoiuteenuse osutamise luba. Juhul, kui TERVIK-ut pidaval organisatsioonil on tervishoiuteenuse osutamise luba, on võimalik terviseteejuhid võtta tööle TERVIK-u struktuuriüksusesse. Kui TERVIK moodustatakse nt KOV koostööorganisatsiooni koosseisu või üksiku KOV-i juurde, ei ole TERVIK-ul õigust ise osutada koordineerimisteenust, kuna TERVIK-u pidajal puudub tervishoiuteenuste tegevusluba. See ei takista aga et terviseteejuhid võtavad nt ühel päeval nädalas inimesi vastu KOV ruumides ja teevad tihedat koostööd KOV spetsialistidega, käies vajadusel koos koduvisiitidel jms. Selgitame: Eelnõu on kooskõlastusringil saadud tagasiside põhjal muudetud. Sellest on välja jäetud võimalus moodustada TERVIK eraldiseisva juriidilise isikuna. TERVIK saab

	edaspidi tegutseda näiteks kohalike omavalitsuste koostööorganisatsiooni koosseisus. Samuti on eelnõud täpsustatud selliselt, et valdkondadeülest koordinatsiooniteenust saab osutada üksnes tervishoiuteenuse osutaja, kellel on vastav tegevusluba. Kui TERVIK-u pidajal on tervishoiuteenuse osutamise tegevusluba, võib terviseteejuht töötada TERVIK-u struktuuriüksuses ning TERVIK saab koordinatsiooniteenust osutada. Kui TERVIK tegutseb organisatsiooni juures, kellel tervishoiuteenuse osutamise tegevusluba puudub (näiteks kohalike omavalitsuste koostööorganisatsiooni või kohaliku omavalitsuse juures), osutab koordinatsiooniteenust tervishoiuteenuse osutaja, kelle juures terviseteejuht töötab.
Tervisekassa teeb ettepaneku ühtlustada eelnõu § 1 punktis 13 toodud § 133 lõikes 1 toodud valdkonnaülese koordinatsiooniteenuse sihtgrupi määratlus eelnõus eelnevalt tooduga. S.t tegemist on kompleksse abivajadusega inimesega, kes ei suuda iseseisvalt erinevate abisüsteemide vahel liikuda. Lisaks võiks täpsustada, et valdkonnaülese koordinatsiooniteenuse osutamise eelduseks on inimese kohta täidetud märkamislehe olemasolu.	Arvestatud osaliselt. Valdkonnaülese koordinatsiooniteenuse mõistet on § 13³ lõikes 1 täiendatud mh rehabilitatsiooniteenuse vajadusega inimese osas. Märkamislehe nõude osas on täpsustus tehtud lõikes 2.
Tervisekassa teeb ettepaneku sõnastada § 13³ lõige 5 järgmiselt „Terviseteejuhi ülesanded, nõuded valdkonnaülesele koordinatsiooniteenusele, selle eesmärgile ja sisule, sealhulgas sihtrühmale, teenuse osutajale ja tegevustele, mis on vajalikud teenuse eesmärgi saavutamiseks sätestatakse ravikindlustuse seaduse § 30 lõike 1 alusel kehtestatud määruses.”	Mitte arvestatud. Kehtestatavad nõuded teenusele ja selle sisule ning eesmärgile ei kuulu (sarnaselt näiteks rehabilitatsiooni teenusega) TTLi reguleerimisalasse, kuna need ei ole tervishoiuteenused. .
Valdkonnaülese koordinatsiooniteenuse sihtgrupi täpsustamine peab olema oluliselt selgemalt kirjeldatud. Kuna terviseteejuhte hakkab rahastama Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelu kaudu, siis	Selgitame: Näeme, et Tervisekassale peaksid tekkima järgnevad funktsioonid:

oleks loogiline, et teenuse mahtu ja valdkonnaülese koordinatsiooniteenuse sihtgrupi määratlemise õigus jääb Tervisekassale, arvestades süsteemisest ja/või piirkondlikku vajadust. Sihtgrupp arvutamise metoodika saab kirjeldada tervishoiuteenuste loetelus või ravikindlustuse seaduse § 32 alusel kehtestatud määruses. Seletuskiri saab vajadusel täpsustada, millisest sihtgrupist on plaanis alustada.

- a. Sihtgrupi määratlemiseks vajaliku automaatse andmepäringuga leitava riskirühma tunnuse metoodika väljatöötamine (riskirühma tunnus on oluline aga mitte ainus sisend sihtgrupi määramiseks)
- b. Sihtgrupi määramise metoodika väljatöötamine koostöös Sotsiaalministeeriumiga, kuna selleks on vajalik ka sisend sotsiaalvaldkonnast
- c. Sihtgrupi suuruse hindamine heaolupiirkondades ning teenindusvajadus sealsetes HVA haiglates, sihtgrupini jõudmise määra eesmärgistamine ja sellest tulenevalt terviseteejuhtide vajaduse hindamine
- d. Terviseteejuhtidele koordinatsiooniteenusele määramise juhendi koostamine arvestades planeeritud koordinatsiooniteenuse sihtgruppe. Ka siin on vajalik Sotsiaalministeeriumi kaasamine, sest tarvilik on sisend sotsiaalvaldkonnast.

Ravikindlustuse seaduse § 32 alusel kehtestatud määruse reguleerimisala on: "Kehtestada kindlustatud isikult Tervisekassa poolt tasu maksmise kohustuse ülevõtmise kord ja tervishoiuteenuse osutajatele makstava tasu arvutamise metoodika"

Antud määrus jääb selgelt liialt kitsaks kõigi ülalkirjeldatud funktsioonide reguleerimiseks.

Ülaltoodust tulenevalt nõustume, et Tervisekassa peaks olema juhtivas rollis sihtgrupi määratlemise ja selleni jõudmise korraldamise rollis kuid need õigused ja kohustused tuleks reguleerida eraldi määrustes.

Nõustume, et Tervisekassal peab olema juhtiv roll valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse sihtgrupi määratlemisel ning teenuse mahu kavandamisel, arvestades piirkondlikku vajadust ja tervishoiusüsteemi toimimist. Samas ei saa sihtgrupi määratlemine tugineda üksnes tervishoiuandmetele, kuna teenusele suunamise eelduseks on lisaks terviseseisundile ka inimese sotsiaalne toimetulek ja vajadus valdkondadeülese koordinatsiooni järele. Seetõttu tuleb sihtgrupi määratlemise metoodika välja töötada Tervisekassa ja Sotsiaalministeeriumi koostöös.

	Tervisekassa ülesandeks on muu hulgas riskirühmade määratlemiseks vajaliku metoodika väljatöötamine, piirkondliku teenusvajaduse hindamine ning sellest tuleneva terviseteejuhtide vajaduse kavandamine. Samuti töötab Tervisekassa koostöös Sotsiaalministeeriumiga välja teenusele suunamise metoodika. Leiame, et nimetatud küsimused ei kuulu ravikindlustuse seaduse § 32 alusel kehtestatava määruse reguleerimisalasse, kuna see määrus käsitleb tervishoiuteenuste eest tasumise korda ja tasu arvutamise metoodikat. Sihtgrupi määratlemise ja teenusele suunamise põhimõtted on otstarbekas reguleerida eraldi rakendusaktides.
Inimese vaatest on oluline aru saada, kas märkamislehe koostamise järgselt võetakse alati inimesega ühendust või võib see piirduda vaid terviseteejuhi hinnanguga inimese vajaduse puudumisele. Inimene peaks saama info, mida terviseteejuht märkamislehe järgselt otsustab. Seega on oluline teavitamine, mis võib olla nii suulises kui kirjalikus vormis, misjärel saab inimene väljendada oma nõusolekut valdkonnaülese koordinatsiooniteenuse saamiseks või keelduda sellest (sama sätte lõige 3).	Arvestatud. Eelnõu on täiendatud sättega, mis kohustab inimesega ühendust võtma.
Eelnõu punktis 15 toodud § 13⁵ osas on Tervisekassal järgmised ettepanekud ja tähelepanekud: Lõigetes 1 ja 2 võiks tekstiosad “kõrgenenud tervishoiuteenuste kasutamise risk” asendada tekstiosaga “tervishoiuteenuste kasutamise kõrgenenud risk.” Tervishoiuteenuste kasutamise risk võib tulenevalt elanikkonna terviseprobleemidest kas kõrgeneda või väheneda.	Arvestatud. Sõnastust muudetud vastavalt ettepanekule Arvestatud.

Tervisekassa viitab, et lõikes 2 toodud loetelus on kasutatud erinevaid kategooriaid, s.o andmed (retseptiandmed) ja dokumendid (raviarved). Hetkel jääb selgusetuks, milliseid andmeid retseptidelt ja raviarvetelt riski kõrgenemise hindamiseks töödeldakse. Lisaks on Tervisekassal info inimeste töövõimetus- ja hoolduslehtede osas, mille kaasamine loob lisaväärtuse sihtgruppide uurimisel.

Sõnastada lõige 3 järgmiselt: “(3) Käesoleva paragrahvi lõikes 2 nimetatud andmetöötluse tulemusena genereeritakse inimese kohta riskirühma tunnus, mis edastatakse tervise infosüsteemi.” Viide gruppi jaotamisele ei ole vajalik, kuna riskirühma tunnus määrab ära konkreetsete tunnustega gruppi kuuluvuse.

Rahvastikupõhise riskihaldusega seoses teeb Tervisekassa ettepaneku arutada Sotsiaalministeeriumiga, milliste etappide eest vastutab Tervisekassa ja millises ajakavas etappide rakendamine toimub. Ajaplaan on oluliselt seotud ka tehniliste võimalustega erinevate andmete kasutamisel. Need etapid, mille eest vastutab Tervisekassa, peab reguleerima viisil, mis on kooskõlas Tervisekassa teiste tööprotsessidega. Näiteks on perearsti nimistusse kuuluvate inimeste riskirühmadesse jaotamise meetoodika kirjeldatud hetkel Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelus

Vastav täiendus on lisatud rakendusakti kavasse. Ootame Tervisekassa täiendusettepanekuid.

Arvestatud.

Eelnõu sõnastus on ettepanekule vastavalt korrigeeritud

Nõustume

Tervisekassa ülesanded on eelnõu kohaselt:

- sihtrühmade määratlemine ja riskistratifikatsioonimise mudeli väljatöötamine koostöös Sotsiaalministeeriumiga ning kasutuselevõtt koordinatsiooniteenuste rahastamisel ja tulemusrahastamisel;
- terviseteejuhtide teenuse kasutuselevõtt ning rahastamine pikaajalisel koordinatsioonil ja haiglast koju koordinatsioonil;
- tulemuspõhine juhtimise ja populatsiooni tervise juhtimise süsteemi loomine koos rahastusmodelite muutmisega (sh TERVIK-ute rahastamine ja tulemusrahastamine aga ka tervishoiuteenuse ostate rahastamismudelite ülevaatamine ja koostööd pärssivate rahastusviiside vähendamine)

Tervisekassa peab eelnõu kohaselt olema valmis loetletud ülesandeid täitma alates 1.maist 2028.

Eelnõu § 1 punktiga 20 lisatakse § 31 lõige 4, mille kohaselt tuleb Tervisekassal sõlmida TERVIKuga rahastamise leping. Eelnõust ja seletuskirjast ei selgu, mis tüüpi lepinguga on tegemist ja milline regulatsioon selle sõlmimisele ja pooltevahelisele suhtele kohaldub. Tervisekassa hinnangul on tegemist halduslepinguga, kuna tegemist on avaliku ülesande täitmise rahastamisega avaliku sektori organisatsiooni poolt. Tervisekassa teeb ettepaneku täiendada seadust regulatsiooniga, mis sätestab rahastamise lepingus kokkulepitavad asjaolud.	Arvestatud. Tegemist on halduslepinguga. Täiendame eelnõu § 38² uue lõikega, mis sätestab rahastamislepingu kohustuslikud elemendid ja minimaalse sisu (sh rahastamise alused, kvaliteedinõuded, aruandluse ja järelevalve korra), tagades sellega poolte vahelisele suhtele selge regulatiivse raamistiku
Eelnõu § 1 punktiga 23 kehtestatakse üleminekusättena § 382 ja antakse võimalus kõrvalde kalduda § 131 sätestatud nõuetest. Tervisekassale jääb eelnõud ja selle seletuskirja lugedes ebaselgeks, kas lõikes 3 viidatud olukorras tuleb TERVIKut moodustaval haiglavõrgu arengukava haiglal sõlmida koostöökokkulepped lõikes 2 nimetatud mahus või loetakse TERVIK moodustunud ka lihtsalt juhul, kui haigla moodustab enda koosseisu eraldi struktuuriüksuse vastavalt § 131 lõikele 7. Kuivõrd Tervisekassale tekib seadusest tulenev kohustus sõlmida nõuetele vastava TERVIKuga esialgu koostööleping ja hiljem rahastuse leping, on väga oluline üheselt aru saada, milline peab olema nõuetele vastava TERVIKu koosseis. Täiendavalt jääb hetkel eelnõust arusaamatuks, kui kaua võib § 382 lõigetes 2 või 3 kirjeldatud olukord, kus pole täidetud § 131 lõikes 5 sätestatud TERVIKu koosseisu nõuded, kesta.	Selgitame: TERVIK peab olema nõuetekohaselt moodustatud hiljemalt 1.novembriks 2027. Eelnõu teksti on täpsustatud.

Hetkel ei kajasta eelnõu teavet, mis puudutab seda kas ja millistele sotsiaalteenuseid ja -toetuseid puudutavale informatsioonile terviseteejuht ligi pääseb. Arvestades eelnõu eesmärki ja terviseteejuhi ülesandeid, eeldab see lisaks inimese terviseinfole ka sotsiaalteenuse kohta informatsiooni saamist. Valdkondade ülene andmevahetus on üks integratsiooni olulisimaid eelduseid	Arvestatud. Eelnõus on kasutusele võetud uus infosüsteem ning vastavalt muudetud andmete töötlemise regulatsiooni.
Tervisekassa rõhutab, et TERVIKute juhtimisele ja tervise teejuhtide kuludele ning kaasuvatele kuludele Tervisekassa tööjõus ja arendustegevuses (suurusjärgus 1+8+1 miljonit aastas aastaks 2030 ja edasi) oleks vaja leida alternatiivne kate (riigieelarve eraldis, välisvahendid jne). Kogukulu arvestamine Tervisekassa eelarvest ravikindlustuse vahenditest ei ole jätkusuutlik lähenemine. Avalikke vahendeid tuleb kasutada eesmärgipäraselt, läbipaistvalt, proportsionaalselt. TerKS § 2 kohaselt on Tervisekassa kohustuseks tagada ka eelarve efektiivne ja otstarbekas kasutamine. Käesoleva eelnõuga soovitakse ravikindlustuse vahenditest hakata katma tervishoiuteenust mitte osutavate organisatsioonide ülalpidamist, töö koordineerimist, andmeanalüüsi süsteeme. Tegemist on pigem riigivalitsemise või sotsiaalpoliitika kujundamise kuludega, mille katmine ravikindlustushüvitisteks mõeldud eelarvelistest vahenditest avaldab negatiivset mõju niigi piiratud ravikindlustuse eelarvele ja sellega seoses tervishoiuteenuste kättesaadavusele ja uute tervishoiuteenuste rahastamise võimalustele.	Selgitame: Rahvusvahelises praktikas ei käsitata koordinatsiooni enam ainult sotsiaalteenusena või tervishoiuteenuse osana. Seda nähakse üha enam kui ravikindlustuse funktsiooni, sest: • koordineerimata teenused suurendavad ravikindlustuse kulusid; • koordineeritud teenused vähendavad vältimatuid hospitaliseerimisi ja EMO kasutust; • tervisekassa on ainus organisatsioon, kellel on terviklik ülevaade inimese teenuste kasutamisest üle kogu süsteemi. Peamised põhjused, miks tervisekassad on hakanud käsitlema koordinatsiooni, kui ravikindlustuse funktsiooni, on järgmised. 1. Väike osa inimestest põhjustab suure osa tervishoiukuludest Enamikus Euroopa riikides: umbes 5% elanikkonnast põhjustab 40–60% tervishoiukuludest; umbes 10% elanikkonnast põhjustab 60–80% kuludest. Need inimesed on tavaliselt: mitme kroonilise haigusega, sagedased EMO kasutajad, korduvate hospitaliseerimistega, tervise- ja sotsiaalprobleemide koosmõjuga inimesed. Tervisekassa jaoks on oluline need inimesed varakult tuvastada ja pakkuda koordineeritud tuge, enne kui tekib uus haiglaravi vajadus. 2. Killustatud süsteem tekitab lisakulusid Tervisekassa maksab sageli perearsti eest, eriarsti visiidi eest, haiglaravi eest, taastusravi eest, ravimite eest. Kui teenused ei ole omavahel seotud, siis tekivad

Sotsiaalministeerium peab tagama Tervisekassale integratsioonireformi elluviimiseks ja rakendamiseks seotud vahendid kuni on tõendatud realistlik tõhususe tekkimine tervishoiusüsteemis. Eeltoodust tulenevalt teeb Tervisekassa ettepaneku kaaluda eelnõu § 1 punktis 20 toodud § 31 lõike 4 sõnastuse muutmist selliselt, et TERVIKu juhtimise ja toimimisega seotud kulude katteallikaks ei ole üksnes Tervisekassa ravikindlustuse vahendid.

dubleerivad uuringud, ravimivead, välditavad EMO külastused, välditavad hospitaliseerimised, pikemad haiglas viibimised. Seetõttu on tervisekassal majanduslik huvi investeerida koordineerimisele.

3. Kõige kallim koht on haigla

Näiteks Saksamaal, Hollandis, Taanis ja Belgias on leitud, et üks vältimatu haiglaravi episood võib maksta sama palju kui mitmekuuline juhtumikorraldus; korduv hospitaliseerimine on sageli seotud puuduliku järelraviga. Seetõttu rahastavad tervisekassad haiglast koju ülemineku koordinaatoreid, juhtumikorraldajaid, krooniliste haigete raviteekondade juhte.

4. Tervisekassad liiguvad passiivsest maksjast aktiivseks ostjaks

Traditsiooniline mudeli kohaselt saab patsient teenuse → tervisekassa maksab arve. Kaasaegse mudeli kohaselt tervisekassa kujundab raviteekonna → ostab tervikliku teenuse → jälgib tulemusi.

Paljud tervisekassad kasutavad riskistatistitseerimist, ennustumudeleid, kuluriski analüüsi, krooniliste haigete registripõhist jälgimist. Eesmärk ei ole üksikjuhtumite lahendamine, vaid terve populatsiooni terviseriski juhtimine. Näiteks: tuvastatakse inimesed, kellel on järgmise 12 kuu jooksul kõrge haiglaravi risk, neile pakutakse täiendavat koordineerimist või juhtumikorraldust.

6. Tervisekassad vastutavad üha enam tulemuste eest

Tervisekassad ei vastuta enam ainult üksikute teenuste või ravijuhtude osutamise eest, vaid järjest rohkem ravi tulemuse eest. Selle tõttu mõõdetakse järjest rohkem: hospitaliseerimisi, korduva hospitaliseerimisi, EMO kasutust, patsiendi kogemust (PREM), tervisetulemust (PROM). Kui tervisekassa vastutab tulemuste eest, peab ta saama mõjutada ka seda, kuidas erinevad teenused omavahel toimivad. Seetõttu on loogiline, et Tervisekassa rahastab ka erinevate teenuseosutajate vahelist koostööd ja koordineerimist.

Seetõttu on mitmes Euroopa Liidu riigis on tervisekassad liikunud klassikalisest tervishoiuteenuste rahastaja rollist aktiivse populatsiooni tervise juhtimise suunas. Näiteks Saksamaal (SGB V § 140a), Hollandis (Zorgverzekeringswet), Austrias ASVG (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz) ja Belgias (ravikindlustusseadus + INAMI/RIZIV regulatsioonid) osalevad tervisekassad integreeritud ravi,

	juhtumikorralduse, riskistatistitseerimise ning haiglast koju ülemineku koordinatsiooni rahastamises ja korraldamises. Sotsiaalministeerium on seisukohal, et ka Tervisekassa peab liikuma klassikalisest tervishoiuteenuste rahastaja rollist aktiivse populatsiooni tervise juhtimise suunas. Sotsiaalministeerium toetab Tervisekassat olulisel määral populatsioonipõhise riskijuhtimise ja koordinatsiooni kasutuselevõtul investeerides ekspertide ja spetsialistide koolitusse, toetavatesse IT lahendustesse ja juhtimissüsteemi kujundamisse.
Eelnõuga loodava regulatsiooni kitsaskohana toob Tervisekassa välja asjaolu, et kuigi seadusega pannakse tervishoiuteenuse osutajatele kohustus liituda TERVIKuga, siis puuduvad selle kohustuse täitmise tagamise meetmed. Perearstiabi osutatakse täna eraõiguslike juriidiliste isikute kaudu. Kuna TERVIKusse kuulumise järgselt ei pruugi tekkida tervishoiuteenuse osutajal konkreetseid tervishoiuteenuse osutamist puudutavaid õiguseid või kohustusi, siis võib uude organistatsiooni kuulumise vajadus jääda äriühingule ebaselgeks. Tervisekassa rõhutab, et ravikindlustuse seaduse alusel tervishoiuteenuse osutajatega sõlmitavad ravi rahastamise lepingud, mille sisuks on kindlustatud isikutele osutatavate tervishoiuteenuste eest tasu maksmise kohustuse ülevõtmist puudutava rahastuse tingimuste kokku leppimine, ei saa olla instrumendiks, mille kaudu kohustada Tervisekassa lepingupartnereid täitma rahvatervishoiu seaduses sätestatud kohustusi	Selgitame: Nõustume, et Tervisekassa ei saa kohustada eraettevõtet liituma võrgustikuga, kuid juhime tähelepanu Tervisekassa saab mõjutada teenuseosutajate käitumist rahastamise, lepingute ja turupositsiooni kaudu. Teiste riikide näitel võib Tervisekassa võib seada lepingu tingimuseks näiteks: - osalemise integreeritud ravi mudelis; - ühise raviplaani kasutamise; - andmevahetuse; - patsiendi koordinaatoriga koostöö tegemise. Teenuseosutaja ei pea nõustuma, kuid siis võib ta jääda teatud teenusliikide rahastusest ilma. Paljudes riikides võimaldatakse võrgustikele tulemuspõhiseid makseid, üksikuid teenuseosutajaid saab Tervisekassa võrgustikuga liituma mõjutada: - pakkudes koostöövõrgustikus osalejatele lihtsamat lepingut - andes koostöövõrgustikus osalejatele eelise patsiendi mahus - võimaldades teenuseosutajale koostöövõrgustikus osalemise eest kvaliteeditasu - avaldades kvaliteedinäitajaid, ravitulemusi, patsiendikogemust, koostöövõimekuse hinnanguid.

Tervisekassa hinnangul on hetkel eelnõus käsitlemata osa, mis puudutab riikliku järelevalve küsimusi. TERVIKud on seaduse alusel loodavad organisatsioonid, täites seaduses sätestatud ülesandeid. Tegemist on eraõiguslike juriidiliste isikutega või nende isikute juurde loodavate struktuuriüksustega. Samuti hakatakse seaduse tasandil reguleerima terviseteejuhte, neile antakse seadusest tulenevad õigused (nt ligipääs tervise infosüsteemis olevatele andmetele) ja pannakse kohustusi (heaoluplaani koostamine, abivajava inimesega tegelemine). Nii TERVIKud kui terviseteejuhid täidavad seadusest tulenevaid ülesandeid avalikes huvides. Seega on oluline, et nende ülesannete täitmise üle oleks võimalik teostada ka riikliku järelevalvet ehk hinnata, kas organisatsioon või konkreetses rollis töötav isik täidab talle seadusega pandud kohustusi või mitte. Rahvatervishoiu seaduse 6. peatükis sätestatakse järelevalveorgani õigused tegevustele, mis on kehtestatud alates §-st 14. Käesoleva eelnõuga lisatakse seadusesse peatükk 21 §-dega 131 -135 .	Selgitame: Ei pea vajalikuks riikliku järelevalve regulatsiooni loomist. Eelnõu annab piisavad alused Tervisekassale rahaliste vahendite kasutamise kontrolliks ning TERVIK-u moodustamise motiveerimiseks. Samuti on koostöökogu see institutsioon, mis omab regulaarset ülevaadet TERVIK-u tegemistest.
TEHIK	
Eelnõu § 1 punktis 13 toodud rahvatervishoiu seaduse (RTHS) § 133 lg 4 p 3, kohaselt koostab terviseteejuht heaoluplaani tervise infosüsteemis, samas § 2 punktis 8 toodud tervishoiuteenuste	Selgitame: Eelnõus kavandatud lahendus oleks pidanud toetama versiooni, kus nii märkamisleht, kui ka heaoluplaan ja tegevuskava koostatakse TISis ja terviseteejuht töötab TIS kasutajaliideses. Mõõname, et selles vaates tulnuks TTKSI regulatsiooni vastavas osas

korraldamise seaduse (TTKS) § 592 lg 16 sätestab, et terviseteejuht edastab tervise infosüsteemi heaoluplaani ja tegevuskava andmed. Selle regulatsiooni kohaselt on tegemist kahe erineva andmetöötlus protsessiga. Eelnõu seletuskirjas punktis 6.3 on välja toodud, et tööprotsessi toetamiseks arendatakse välja tsentraalne digitaalne töökeskkond, mille kaudu koostatakse ja hallatakse märkamislehte, heaoluplaani ja tegevuskava ning mis on liidestatud tervise infosüsteemiga. See viitab eraldi infosüsteemi loomisele, mis pole tervise infosüsteem vaid liidestub tervise infosüsteemiga. Seega RTHS § 133 lg 4 p 3 toodud regulatsioon ei ole kooskõlas TTKS § 592 lg 16. Eelnõu peaks selgelt positsioneerima, kas heaoluplaan ja tegevuskava koostatakse väljaspool tervise infosüsteemi (eraldiselvas tsentraalses digitaalses töökeskkonnas või mõnes muus lahenduses) või heaoluplaan ja tegevuskava koostatakse tervise infosüsteemis ja terviseteejuht töötab tervise infosüsteemi kasutajaliideses.	korrigeerida, kuid seoses infotehnoloogilise lahenduse muutusega on otsustatud loobuda TIS lahendusest ning nii märkamislehe kui ka heaoluplaani ja tegevuskava koostamine on kavandatud väljaspool TISi eraldiseisvas andmekogus. Seoses infotehnoloogilise lahenduse muutusega on otsustatud loobuda terviklikust TIS-põhisest lahendusest. Märkamislehe, heaoluplaani ja tegevuskava koostamiseks ning haldamiseks luuakse eraldiseisev andmekogu, mille vastutavad töötajad on Sotsiaalministeerium ja Tervisekassa ühiselt ning volitatud töötaja TEHIK. Täpsustatud lahenduse kohaselt paiknevad märkamisleht, heaoluplaan ja tegevuskava heaolu infosüsteemis KOV sotsiaaltöötaja täidab märkamislehe enda töölaual ehk STAR2 kaudu, tervishoiutöötaja enda töölaua kaudu (eelistatult kesksetes digilahendustes, et vältida iga infosüsteemi eraldi arendamist) ning mõlemal juhul talletatakse andmed heaolu infosüsteemi. Heaoluplaani ja tegevuskava koostab terviseteejuht samuti heaolu infosüsteemis kust heaoluplaani andmed edastatakse TIS-i. Tegevuskava jääb esimeses etapis täielikult heaolu infos, omandamata TIS-i dokumendi staatust. Märkamisleht, heaoluplaan ja inimese riskirühma tunnus kuvatakse inimesele Terviseportaali kaudu. Sõnastus "koostab tervise infosüsteemis" ei ole enam kohane. Sätte sõnastus tuleks viia kooskõlla TTKS § 59² lõikega 16, mis näeb ette, et terviseteejuht edastab heaoluplaani andmed tervise infosüsteemi. Samaaegselt tuleb heaolu infosüsteemi põhimääruses reguleerida heaolu infosüsteemi toimuva andmetöötluse õiguslik alus, andmekoosseis ja juurdepääsuõigused.
Eelnõu § 2 punktiga 3 täiendatakse TTKS § 59¹ lõiget 1, laiendades tervise infosüsteemi andmetöötluse eesmärki. Seoses eesmärgi laienemisega ja sotsiaal- ja tervishoiuandmete riskasutusega vajab sisulist üle vaatamist ka juurdepääsuõiguste andmine infosüsteemile, sh terviseteejuhi osa.	Selgitame: TTKSi muudatustest, mis käsitlevad koordinatsiooniteenuse andmete koondamist TISi loobutakse ning vastavad sätted jäetakse eelnõust välja. Vastava teenuse jaoks asutatakse uus, eraldiseisev andmekogu.
Eelnõu § 2 punktidega 4 ja 5 täiendatakse TTKS § 59¹ lg 4 toodud tervise infosüsteemi andmete koosseisu, lisades sinna märkamislehed ja heaoluplaanid ning riskirühma info.	Selgitame:

Heaoluplaanile märgitud info pärineb osaliselt tervise infosüsteemi andmetest, siis tuleb täpsemalt kirjeldada, millised on tervise infosüsteemi heaoluplaaniga lisatavad uued andmed. Millised on uued andmed mis koordineerimisteenuse käigus tekivad vs millised on uued koondvaated olemasolevatest tervise infosüsteemi andmetest. Lahenduse puhul kus heaoluplaan luuakse tervise infosüsteemis tuleks eristada heaoluplaaniga lisanduvad andmed tervise infosüsteemis olevatest andmetest, mida tervise infosüsteemist heaoluplaanile koondab ja kuvab.	Eelnõu § 2 punktidega 4 ja 5 täiendatakse TTKS § 59¹ lõikes 4 toodud tervise infosüsteemi andmete koosseisu, lisades sinna märkamislehed ja heaoluplaanid. Selgitame, et esialgne lähenemine, mille kohaselt oleks koordineerimisteenuse andmed koondatud otse TIS-i, asendatakse lahendusega, kus luuakse eraldiseisev andmekogu. TIS-i jõuab heaoluplaan ühtse koonddokumendina, mitte pelgalt andmete koondvaatena. Eelnõu viiakse vastavalt kooskõlla. Kuna heaoluplaanile märgitav info pärineb osaliselt tervise infosüsteemi olemasolevatest andmetest, tuleb eelnõus eristada heaoluplaaniga lisanduvaid uusi andmeid olemasolevate andmete koondvaadetest, mida tervise infosüsteem üksnes koondab ja kuvab. Uued andmed tekivad alles koordineerimisteenuse käigus ega ole tervise infosüsteemis praegu olemas (nt inimese tervise- ja sotsiaalsed, holistlikud eesmärgid, tervises seisundi jälgimise plaan, juhised kui olukord halveneb, eluolu kirjeldus, tugimeeskonna koosseis, meeskonna soovitusel). Nende osas täidab TIS uut andmetöötluse funktsiooni. Juba olemasolevate andmete koondvaated kuvavad heaoluplaanis andmeid, mis TIS-is juba eksisteerivad (nt isiku üldandmed, diagnoosid, ravimiskeem, allergiad, immuniseerimised, elulised näitajad, puude ja töövõime info), ning neid ei looda uuesti.
§ 59² lg 1³ sätestab, et “tervishoiuteenuse osutajal on õigus edastada tervise infosüsteemi” märkamislehe ja tegevuskava andmeid. Seletuskiri viitab, et märkamisleht on oluline tööprotsessi alguspunkt. Kas protsessi toimimiseks ei ole andmete edastamine pigem kohustuslik, et tagada märkamislehe andmete jõudmine tervise infosüsteemi.	Selgitame: Eelnevalt on selgitatud, et TISi kasutamisest koordineerimisteenuse rakendamiseks loobutakse ja vastava TTKSi regulatsioon jäetakse eelnõust välja. Siiski tähelepanekuga, et tegemist on kohustusliku mitte vabatahtliku infoedastusega, arvestame ka teise infotehnoloogilise lahenduse regilatsioon (kavandatud on, et märkamislehe koostamine toimub lahenduse siseselt).
Täiendavalt toome välja, et eelnõuga lisanduvate ligipääsude haldus vajab analüüsi ja läbimõtlemit tehnilise teostuse osas. Tervise infosüsteemis on seni kehtinud reegel, et patsiendi andmeid saab tervishoiutöötaja vaadata ravisuhte olemasolul. Eelnõu kohaselt peab terviseteejuht andma	Selgitame: Tähelepanek on põhjendatud ja arvestame sellega eelnõu edasises menetluses. Kehtivas TIS-is põhineb andmetele ligipääs ravisuhtel, kuid heaolu infosüsteemi

konkreetssele füüsilisele isikule ligipääsu konkreetse inimese heaoluplaanile, see eeldab terviseinfosüsteemis ligipääsumooduli täiendavat arendust, millele peaks eelnema analüüs, mis analüüsiks tehnilist lahendust ning rakendatavaid kontrolle. Seletuskirjas on selgitatud: “ligipääsude lõpetamine toimub automatiseeritud loogika alusel” kuid, ei ole täpsustatud milles see seisneb. Ligipääsude lahenduse rakendamiseks on vajab see täpsustamis, kas see lähtub koordineerituse lõpetamisest, tugimeeskonna muutusest, teatud aja möödumine vms. Samuti vajab selgitamist kuidas toimub tervise infosüsteemis ligipääsuõiguste muutus kui inimene liigub haigla terviseteejuhi juurest esmatasandi terviseteejuhi teenusele.	lahendus (HIIS) eeldab kirjepõhist - ligipääsumodelit, kus konkreetne spetsialist pääseb ligi üksnes talle määratud juhtumi andmetele. Nii TIS-i kui ka HIISi ligipääsumooduli arendusele eelneb eraldi analüüs, mis käsitleb vähemalt järgmisi aspekte: ligipääsu tekkimise alust (terviseteejuhi määramine, tugimeeskonna moodustamine, inimese nõusoleku andmine); ligipääsu lõpetamise automatiseeritud loogikat (koordineerituse lõpetamine, tugimeeskonna koosseisu muutus, nõusoleku tagasivõtmine); terviseteejuhi vahetuse korda, sh kuidas lähevad ligipääsuõigused üle olukorras, kus inimene liigub haigla terviseteejuhilt esmatasandi terviseteejuhile; ning mitte-tervishoiutöötajate (KOV sotsiaaltöötajad jt) ligipääsu õiguslikku alust HIISis, mis reguleeritakse HIISi põhimääruses eraldi. Seletuskirja täiendame ligipääsude automatiseeritud loogika täpsema kirjeldusega, sealhulgas selgitame, millistel tingimustel ligipääs tekib, muutub ja lõpeb, tagamaks isikuandmete kaitse nõuetele vastav andmetöötlus nii TIS-is kui ka HIISis. Eelnõus on andmevahetust puudutav osa reguleeritud, täpsem regulatsioon tuleb põhimäärusesse.
Ligipääsude vaates vajab eraldi tähelepanu sotsiaaltöötaja roll, eelnõu p 9 sätestab, et heaoluplaani ja tegevuskava andmetele on juurdepääs ka kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajal, samas tema igapäevane töökeskkond ei ole tervise infosüsteem. Seletuskirjas on, et “märkamisleht on võimalik teha täidetavaks ja heaoluplaan vaadeldavaks ka kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajale” kasutades talle loodud tehnilist lahendust. See vajab nii ligipääsude kui tehnilise lahenduse osas analüüsi.	Selgitame: Arvestame tähelepanekuga ja täiendame eelnõu edasises menetluses. KOV sotsiaaltöötaja igapäevane töökeskkond ei ole TIS ega TJT, mistõttu talle ei anta otsel ligipääsu terviseinfosüsteemile. Kavandatud lahenduse kohaselt täidab KOV sotsiaaltöötaja märkamislehe enda töölaua ehk STAR2 kaudu, mille andmed edastatakse hdeaolu infosüsteemi. Heaoluplaani vaatamine toimub samuti heaolu infpsüsteemi kaudu, kuhu KOV sotsiaaltöötajale kui meeskonnaliikmele on loodud terviseteejuhi poolt ligipääs. Seletuskirja täiendame KOV sotsiaaltöötaja ligipääsu tehnilise lahenduse ja õigusliku aluse täpsema kirjeldusega heaolu infosüsteemi põhimääruse koostamise käigus.

Täiendavalt toome välja, et arenduste elluviimiseks on eelnevalt vaja läbi viia IT arendusvajaduse analüüs, mis selgitaks selged arendusvajadused ning annaks hinnangu arenduste tööde maksumuse ja tähtaja suhtes.	Selgitame: Integreeritud teenuseosutamise IT-lahenduse arendusvajaduste selgitamiseks tellis Sotsiaalministeerium 2026. aastal TalTechilt analüüsi, mis hindas olemasoleva pilootlahenduse sobivust, kaardistas TIS-i baasteenuste valmisoleku ning andis hinnangu MVP arendusmahtude ja ajakava kohta. Analüüsi tulemusel soovitati loobuda terviklikust TIS-põhisest lahendusest ning võtta kasutusele eraldiseisev heaolu infosüsteem, mis liidestuks TIS-iga mõlemas suunas. Soovituse aluseks oli asjaolu, et puhtalt TIS-põhise lahenduse korral ei ole võimalik saavutada eelnõus kavandatud tähtaegu, arvestades TIS-i baasteenuste valmimisaegu, ärianalüüsi vajadust ning mitte-tervishoiutöötajate ligipääsu lahendamata küsimusi. Enne arendustööde alustamist on vajalik läbi viia täiendav IT arendusvajaduse analüüs, mis hõlmab kõigi mõjutatud infosüsteemide (HIIS, TIS, TJT, STAR2, SKAIS2) täpsete arendusvajaduste kaardistamist, andmevahetus- ja liidestamisvajaduste täpsustamist ning ligipääsumooduli tehnilise lahenduse hindamist.
Eesti Haiglate Liit	
TERVIKu kontseptsiooni rakendamisega lisandub haiglatele märkimisväärsel hulgal uusi ülesandeid. See tähendab täiendavat halduskoormust, uute tööprotsesside juurutamist ning suurema vastutuse võtmist valdkondadeüleses koostöös, milleks eelnõus ei ole ette nähtud piisavaid ressursse ega rakenduslikku tuge. Tegemist ei ole üksikute kohandustega, vaid sisuliselt uute rollide ja püsivate ülesannete lisandumisega olemasolevatele teenuseosutajatele. Samas puudub eelnõus arvutuslik selgitus või viide sellele, kuidas ja millises mahus on kavandatud nende ülesannete püsiv rahastamine. Mitmed tegevused käivituvad	Arvestatud. Seletuskirja on täiendatud (6.1. Mõju sihtrühm 4) rahastamise arvutusliku selgitusega, mis eristab püsivalt ja ajutiselt rahastatud tegevused. Püsivalt kaetakse Tervisekassa eelarvest terviseteejuhtide tegevuskulud (2028: 4,3 mln, 2029: 10,9 mln, 2030: 11,7 mln eurot), TERVIKute võrgustikujuhtide kulud (kuni 20 ametikohta; 2028: 0,9 mln, 2029: 1,3 mln, 2030: 1,4 mln eurot) ning Tervisekassa viie koostöökogudes osaleva ametikoha kulud. Välisrahastuse toel käivituvad IT-arenduse esimene etapp (Norra välisabi, 2,1 mln eurot) ja terviseteejuhtide esimesed koolitusringid (Šveitsi-Eesti koostööprogramm). Tulemuspõhise rahastuse osas on selgitatud, et boonustasu tekib alates 2029. aastast, on kuni 30% saavutatud säästust ja suunatakse tervisedendusse ning ennetusse.

praegu välisrahastuse toel, kuid puudub selge ülevaade rahastuse jätkusuutlikkusest. Samuti ei ole avatud tulemuspõhise rahastuse tingimused ega korraldus.	
Puudub selge ja läbipaistev hinnang kuludele, mis kaasnevad eelnõu rakendamisega haiglatele, sealhulgas infosüsteemide arendamisele ja liidestamisele ning uute tööprotsesside juurutamisele. Arvestades, et haiglavõrgu arengukavas nimetatud haiglad on TERVIKu mudelis kohustuslikud osalejad, peab nende rollist tulenev koormus olema mõjuanalüüsis selgelt ja realistlikult kajastatud.	Arvestatud. Tähelepanek on põhjendatud ja arvestame sellega. Haiglate IT-arendus- ja liidestamiskulude täpne hindamine ei ole käesoleva etapis veel võimalik, kuna uue planeeritud heaolu infosüsteemi tehniline arhitektuur ja liidestamisnõuded ei ole lõplikult kinnitatud. Kavandatud lahenduse üks eesmärke on haiglate liidestamiskoormuse minimeerimine ehk heaolu infosüsteemi arhitektuur kavandatakse selliselt, et haiglad saaksid kasutada olemasolevaid kanaleid ega peaks looma täiendavaid liideseid üksnes koordineerimise eesmärgil.
Samuti ei ole kehtiva rahastuskorraldusega kooskõlas seletuskirjas esitatud järeldus lisakulude puudumise kohta Tervisekassale.	Arvestatud. Analüüs lisatud seletuskirjale.
Olulise riskina tõuseb esile ka kavandatud muudatuste tehniline teostatavus ettenähtud ajaraamis. Eelnõu eeldab mitme paralleelse IT-arenduse valmimist 2027. aasta septembriks (nt märkamisleht TISis, heaoluplaan TISis, kohalike omavalitsuste ligipääs TISile, STAR–TIS andmevahetus). Samas puudub selgus, kelle poolt ja millises ajaraamis töötatakse välja terviklahenduse sihtarhitektuur, mille alusel peavad nii TEHIK kui haiglad oma infosüsteemide arendusi ellu viima.	Selgitame: Tähelepanek on põhjendatud, kuid arvestades rehabilitatsiooni- ja integreeritud teenuseosutamise reformide lahkulöömist, on rakendamise tähtaega pikendatud 2028. aasta 1. maini, mis annab arendustöödeks realistlikuma ajaraami. SOM poolt tehtud eelanalüüsi põhjal on otsustatud loobuda terviklikust TIS-põhisest lahendusest ning luua eraldiseisev heaolu infosüsteem, mis võimaldab arendustöid osaliselt TIS-i arendustest sõltumatult ellu viia ja vähendab paralleelsete arenduste omavahelist sõltuvust. Terviklahenduse sihtarhitektuuri väljatöötamine toimub IT arendusvajaduse detailanalüüside raames, millesse kaasatakse TEHIK, Tervisekassa ja SKA ning mille alusel saavad kõik osapooled, sh haiglad, oma arendusi planeerida.
Ebaselge on, kas sihtarhitektuuri loomisel on arvestatud haiglate infosüsteemide võimaluste ja	

piirangutega ning millal edastatakse tervishoiuteenuse osutajatele juurutustöödeks vajalik teave, et süsteemide õigeaegne ettevalmistus oleks võimalik. Lisaks ei ole arvestatud haiglatele tekkivaid IT-arenduste kulusid ega hilisemaid hoolduskulusid ning ei ole selge, kas, millisel määral ja millistest vahenditest on nende kulude katmine ette nähtud. Samuti ei ole selgitatud, millised riiklike arenduste teekaardil olevad arendused lükkuvad edasi, et võimaldada käesoleva seaduse jõustumiseks vajalike muudatuste elluviimist. Meie hinnangul on oluline, et kirjeldatud IT-arendused, nende ajaraam ja rakendamise eeldused oleksid kõigi osapooltega läbi arutatud ja kokku lepitud ning vastaksid reaalselt teostatavatele tingimustele.	Arvestatud. Tähelepanek on põhjendatud ja võtame selle arvesse. Haiglate infosüsteemide võimaluste ja piirangutega arvestamine on kavandatud detailsema IT arendusvajaduse analüüsi. Eesmärgiks on luua lahendus, mis on kõigile osapooltele võimalikult mugav ja liidestamiste koormust minimeeriv. Haiglate vajaduste ja soovidega arvestatakse nii sihtarhitektuuri kujundamisel kui ka juurutamise planeerimisel, et tagada lahenduse praktiline kasutatavus igapäevatoos. Tagame, et enne rakendamist viiakse läbi vajalikud täiendavad analüüsid ning kõik IT-arendused, nende ajaraam, vastutajad ja rahastus lepitakse kokku kõigi osapooltega ning vastavad reaalselt teostatavatele tingimustele.
Sotsiaalkindlustusamet	
Eelnõu kohaselt luuakse 15 heaolupiirkonna koostöökogu, mille ühe liikmena nähakse meile teadaolevalt SKA-d. Koostöökogu on ennekõike koostöö platvorm, mille eesmärk on kiita heaks tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostööorganisatsiooni (TERVIK) poolt koostatud tervise- ja sotsiaalvaldkonna prioriteetsed koostöövaldkonnad, tegevussuunad ja eesmärgid. Mõistame, et oma olemuselt on tegemist heaolupiirkonna strateegia suunamisega või selle koostamisega, kus fikseeritakse ühise koostöö nägemus ja suunad ning SKA on valmis andma sinna oma panust. Kuigi eelnõu/seletuskiri selgitab koostöökogu rolli	Arvestatud. Eelnõu sätestab: “Sotsiaalministeeriumi valitsemisala asutus (so TAI) koordineerib riigiülest koostööd tervise- ja heaoluprofiilide koostamisel ning avaldab heaolupiirkondade tervise ja heaoluprofiilide lühiülevaated oma veebilehel. Iga käesoleva paragrahvi lõikes 2 nimetatud asutus nõustab TERVIKut tervise- ja heaoluprofiili koostamisel oma pädevuse piires.” Andmestikke hoitakse Tervisekassa (tervishoiuteenuste näitajad), SKA (sotsiaalteenuste näitajad) ja TAI (tervise- ja tervisekäitumise näitajad) kodulehel ja iga asutus hoolitseb ise oma valdkonna töölaua arendamise ja uuendamise eest. TAI kodulehel on koondjuhend andmete kasutamise kohta koos linkidega kõigi asutuste veebilehtedele.

seost TERVIKuga, vajaks täpsustamist, millisel asutusel lasub koostöökoogu korraldamise vastutus, s.h juhtimislaua loomise ja administreerimise ülesanne. Oluline on täpsustada, milline asutus juhib ja koondab, mis andmestikke on vaja ning kuidas erinevate asutuste andmestikud hakkavad ühtset pilti pakkuma. Ühtlasi vajab täpsustamist kui kaua ja kus neid andmestike säilitakse, kuna see on seotud kuludega.	
Tulenevalt SKA-le seatud ootustest näeme, et eelnõul on otsene mõju ameti tegevusele. Heaolupiirkonna koostöökoogu ja strateegiline lähenemine teenuste arendusse ühest küljest hõlbustab SKA tänast tööd, kus oleme keskendunud kohalike omavalitsuste (KOV) nõustamisele. Samas tuleb arvestada, et KOV suunalise sotsiaalteenuste strateegilise juhtimise ootus ei kattu tänase SKA võimekusega. Seda põhjusel, et täna tegutseb SKA KOV-ide nõustamisel pigem operatiivsel, mitte strateegilisel tasandil. Kui SKA-lt oodatakse sotsiaalvaldkonna strateegilise tasandi ülesannete täitmist, siis me oleme valmis sinna panustama. Selleks on aga vajalik kavandada täiendavad tööjõu ressursid ja rahalised vahendid. Oluline on seejuures silmas pidada, et 31.12.2026 seisuga lõpeb ESF TAT rahastus, mille raames on SKA poolt seniseid KOV sotsiaalvaldkonna nõustamistegevusi ellu viidud ning hetkel on SKA-le riigikaitse tegevuste rahastus kindlustatud kuni 31.12.2027. Täna teadmiste pinnalt hindame, et püsitatud ootustega kaasneb SKA-le nelja ametikoha vajadus, mille	Selgitame: 2027. aastal ei alga veel TERVIK-ute strateegiline juhtimine. Täpsustame SKA ülesandeid, arendus- ja personalivajadust 2028. aastaks 2027. aastal.

hinnanguline iga-aastane kulu on 187 000 EUR. Viidatud kulule lisandub nelja töökoha kulu. Vastavad ametikohad võimaldaksid SKA-l tagada: - heaolupiirkondade üleste tegevussuundade ja arendustegevuste koostamine, analüüsimine, vajalike toetusmeetmete loomisse panustamine koos poliitikakujundajaga (kui kohane) ning toetusmeetmete rakendamine, sh nt juhendmaterjalid jms; - osaluse ja sisulise tegevuse heaolupiirkondade koostöökogus ning TERVIKu toetamisel; - statistika andmeanalüüs	
Eelnõus räägitakse sotsiaalvaldkonna infosüsteemidest, kuid konkreetselt viidatakse üksnes STAR-ile. Kuna algandmed tuleb võtta sellest infosüsteemist, kus neid kogutakse, siis tõenäoliselt eeldab eelnõu rakendamine ka liidestuse vajadust SKAIS2-ga. Meie parimate teadmiste pinnalt (vajaduste osas) eeldame, et vajalik SKAIS2 x-tee on olemas, kuid kindlad me selles ei ole. Selleks vajaks kindlasti täpsustamist, kas eelnõuga kavandatud erinevad rollid/piirangud ja nõusolekud ehitatakse TIS-i poole, ehk terviseteejuhi töölauale. Kui ei, siis kaasnevad sellega täiendavad arendusvajadused ja kulud SKA-le (uus x-tee teenus maksab ca 60 000€). Ühtlasi kaasnevad muudatustega SKA-le teatud IT valdkonna kulud (nt ATK 2.0 vaates suurema mahuga arvuti, Tabelau litsentsid, testimise kulud, jne).	Selgitame: Tähelepanek on põhjendatud. Eelnõu rakendamine eeldab liidestust ka SKAIS2-ga , mitte ainult STAR2-ga, kuna puude raskusastme ja abivahendite andmeid hallatakse just SKAIS2-s. Teadaolevalt on nende andmete pärimiseks SKAIS2-st X-tee teenus juba olemas. Kavandatud lahenduse kohaselt toimub andmevahetus SKAIS2 ja TIS-i vahel ehk SKAIS2 andmed päritakse TIS-i ning sealt edastatakse vajaduse korral heaolu infosüsteemi (HIIS). See tähendab, et SKAIS2 poolel ei ole eraldi uut x-tee liidest HIISiga vaja luua, kuid TIS-i poolel on vajalikud täiendavad arendustööd andmete vastuvõtmiseks ja edastamiseks HIISi. Detailsemad küsimused selgitame iga vajaliku funktsionaalsuse IT arendusvajaduse detailanalüüsi käigus, millesse kaasatame ka SKA, et tagada selgus SKA-le tekkivate arendus- ja hoolduskulude osas.

Märkamislehest ja heaoluplaanist on kujunemas kesksed töövahendid. Kuna heaoluplaan sisaldab ulatuslike andmeid, siis on oluline, et nende andmete saamise protsessid oleks läbi mõeldud ja et andmete hankimisel ei tekiks takistusi. Lisaks tasuks mõelda, kuidas suhestub heaoluplaanis toodu konkreetsete teenuste või toetuste määramise menetluste ja otsustega. Ehk kes langetab hüvitiste andmise protsessis lõppotsuse ja kas heaoluplaanil on selles protsessis pigem soovituslik iseloom.	Selgitame: Teenuste ja toetuste määramise osas muudatusi planeeritud ei ole. SHS-i alusel on ja jääb sotsiaaltoetuste ja –teenuste korraldus KOV-i ning erihoolekande osas valdavalt SKA pädevuseks. TTJ saab viidata inimese vajadusele toetavate teenuste järele. Otsuse langetab KOV/SKA.
Rakenduspraktika kogemustele tuginedes soovitame eelnõu juures pöörata tähelepanu küsimusele, kas terviseteejuhti saab inimene endale valida või lähtutakse siin proaktiivsusest ja terviseteejuhi territoriaalsest pädevusest? Näiteks on täna sagedased olukorrad, kus isiku faktiline elukoht on ühes KOV-is, kuid rahvastikuregistri järgne elukoht, perearst, jne on teises KOV-is.	Selgitame: Eelistatavalt peaks pikaajalist koordinatsiooni vajava inimese terviseteejuht asuma tema kodule võimalikult lähedal. Kui inimese perearst asub kodust väga kaugel, peaks terviseteejuhi esmaseks ülesandeks olema inimese toetamine perearsti vahetamisel.
Eesti Proviisorapteekide Liit	
Selgitame, et tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 3 lg 4 kohaselt on tervishoiutöötajad ka ravimiseadus tähenduses üldapteegis apteegiteenust osutavad proviisor ja farmatseut, kellel on ülevaade retseptiravimeid puudutava infot kohta. Tuginedes eelnevale palume tagasiside, kas eelnõuga eeldatakse märkamislehe täitmist ka apteekrite kui tervishoiutöötajate poolt? Kui vastus on jaatav, siis kas ja kuidas on kavandatud apteekritele vajalikud IT-lahendused (ligipääs tervise infosüsteemile, andmete sisestamine), täiendav ressurss ja väljaõpe inimese abivajaduse tuvastamiseks?	Selgitame: Apteeker ei hakka märkamislehte selle eelnõu alusel täitma. Apteekrite kaasamise aluseks on nende ligipääs tervise infosüsteemile. Sotsiaalministeeriumi üks 2026. aasta prioriteetidest on võimaldada apteekritele ligipääs tervise infosüsteemile, eeskätt seal olevale ravimiskeemile ja ravimite toime hindamist võimaldavate laborianalüüside infole läbi tervisejuhtimise töölaua. Selle baasilt saab hakata edasi arendama erinevaid apteegi nõustamisteenuseid.

Eesti Perearstide Selts	
Osade piirkondade esindajate poolt on väljendatud muret, et eelnõus kirjeldatud viisil võrgustamine suurendab piirkondlikku ebavõrdsust. On piirkondi, kus on ainult üldhaigla ning piirkondi, kus on ainult piirkondlikud ja keskhaiglad (Tallinn ja Tartu) ning kui viimased võrgustuvad ainult oma maakonnaga, on teised mõjuala maakonnad ebavõrdses olukorras. Eelnõu seletuskirjas on küll välja toodud võimalus kaasata piirkondliku vastutusega haiglaid teistesse TERVIKutesse, kuid puudub kindlus, kas piirkondlikel haiglatel on selleks valmidus. Arvestades seda, et piirkondlikud haiglad on juba kas võrgustumise või omavahelise territooriumi jaotusega teeninduspiirkonnad mitteametlikult ära jaganud, siis on meie ettepanek, et piirkondlikel haiglatel peab olema kohustus liituda oma piirkonna kõigi TERVIKutega, kui TERVIKu liikmed seda nõuavad.	Selgitame: Piirkondlikud haiglad on haiglate omavahelise võrgustumise kaudu juba niikuinii juriidiliselt seotud oma teeninduspiirkonna väiksemate haiglatega. Me ei näe vajadust (vähemalt esialgu) sellist lisakohustust seada. Siiski, kui TERVIK-ute süsteem on käivitunud ja näeme praktikas tegelikult välja kujunevaid probleeme, saame vajadusel antud küsimuse juurde tagasi tulla.
Väljendame heameelt, et eelnõu tekstis on adresseeritud meie varasemalt väljendatud muret perearstide hääle nõrgenemise osas ning pakutud välja tervishoiuvaldkonda reguleerivate küsimuste otsustusprotsessi kirjeldus. Täiendavalt palume: (i.) Sätestada, et otsustamisel, millisesse valdkonda küsimus TERVIKute rahastamise korda ning koordineerimispiirkondade moodustamist puudutava määruse § 4 lõike 5 kohaselt kuulub, lähtub võrgustikujuht TERVIKu koostöölepingus või põhimääruses sätestatust. Muudatuse eesmärk	Arvestatud osaliselt. (i) Nõustume (ii) Selgitame, et arvestame teie ettepanekuga määruse eelnõud ette valmistades ja räägime selle läbi ka teiste TERVIK-u osapooltega (iii) Arvestatud. (iv) Arvestatud.

on juhtida osapoolte tähelepanu valdkondade ja otsustusprotsessidega seonduva eelneva kokkuleppimise vajadusele ning sätestada kohustus neist kokkulepetest lähtuda. (ii) Lisaks palume sätestada, et koostöölepingus või põhimääruses reguleerimata juhtudel tehakse otsus juhtorgani 3/4 häälteenamusega. Kui kokkulepet ei saavutata, otsustab küsimuse kuuluvuse koostöökogu. Alternatiivina teeme ettepaneku, et otsustamisel, millisesse valdkonda küsimus määruse § 4 lõike 5 kohaselt kuulub, tuleb saavutada juhtorganis konsensus ning kui konsensust ei saavutata, siis loetakse küsimus tervishoiu valdkonda kuuluvaks. (iii) Juhtorgani koosseisu osas palume jätta määruse § 4 lg 1 p 3 sõnastusest välja sõnad „maksimaalne“ ning „väiksem või“. (iv). Lisaks palume määruse § 4 lõikes 4 kasutada juhtkogu asemel terminit juhtorgan, et hõlmata ka TERVIKu juhatuse otsused	
Teeme ettepaneku täiendada määruse §-i 4 sättega, mis näeb ette asendusliikme kasutamise või teisele liikmele volituse andmise võimaluse.	Arvestatud. Eelnõusse lisatakse säte: ”Koostöökogu töökorra põhimõtted kehtestatakse valdkonna eest vastutava ministri määrusega.” Mainitud määruses sätestatakse asendusliikme kasutamise või teisele liikmele volituse andmise võimalus.
Teeme ettepaneku sätestada, et TERVIK ei tohi liikmetelt nõuda liikmemaksu või TERVIKu tegevuse korraldamisega seotud kulude hüvitamist.	Arvestatud. Vastav säte on lisatud eelnõusse. Ülejäänud osas selgitame, et arvestame teie ettepanekuga määruse eelnõud ette valmistades ja räägime selle läbi ka teiste TERVIK-u osapooltega.
Teeme ettepaneku lisada eelnõusse säte, mis võimaldab piirkonna „kohustuslikud osapooled“ (st	Arvestatud osaliselt. Eelnõu on täiendatud kohustusega üksikpraksise pidajatele.

RTHS § 13 1 lõikes 5 nimetatud osapooled) seaduse alusel TERVIKu koosseisu arvata – eeldusel, et RTHS § 38 2 lõikes 2 nimetatud koosseisus TERVIK on moodustatud. Liitumislepingu sõlmimise kohustus paneb keerulisse olukorda nii liitumiskohustusega osapooled kui TERVIKu – puuduvad mehhanismid kohustuse täitmise saavutamiseks.	
Kindlasti ei ole mõistlik lahendus, kus ühe osapoole puudumise tulemusel võidakse rahastamata jätta kogu TERVIKu tegevus. Juhul, kui seaduse alusel liikmeks saamise lahendust otsustatakse mitte rakendada, tuleks rahastuse sätet muuta selliselt, et rahastust saab vähendada proportsionaalselt puuduvate liikmete arvuga (mitte aga täies ulatuses lõpetada - määruse § 12 lg 1 p 2)	Arvestatud. Eelnõu vastavalt muudetud.
Teeme ettepaneku sõnastada RTHS § 13 1 lg 5 kolmas punkt järgmiselt: "perearstiabi osutajad, kellel on kehtiv rahastusleping sellise nimistu teenindamiseks, mille teeninduspiirkond kuulub heaalupiirkonda." Probleem praeguse sõnastuse osas: kui nt X piirkonna nimistuga arst tuleb Y piirkonna keskusesse asendama, siis see arst "töötab" asendamise ajal Y piirkonna TTO juures ning asendaja tööle võtnud TTO muutub p 3 kriteeriumile vastavaks.	Selgitame: Probleemi lahendus on pakutud välja teistsugusel kujul. Eelnõu teksti ei ole muudetud, kuid rakendusaktiga, mis reguleerib Tervisekassa poolset TERVIK-u rahastamise peatamise tingimusi sätestame, et perearsti ajutine asendamine kuni 3 kuu ulatuses ei mõjuta asendaja palganud perearstikeskuse TERVIK-usse kuulumise nõuet.
Teeme ettepaneku märkida RTHS § 38 2 lõike 2 punktis 3 perearstiabi osutajate asemel „nimistuga perearst“ – see tagab oluliselt representatiivsema esindatuse.	Mitte arvestatud. Ei arvesta, kuna see oleks perearstidele liigne bürokraatia. Tervisekeskuse mõte on vähendada bürokraatiat perearstide esindamisel TERVIK-us.

Teeme ettepaneku, et seaduse jõustumise ajaks ei pea kõik TERVIKud olema veel moodustatud ja antud on mõistlik aeg TERVIKute moodustamiseks. Meie ettepanek - TERVIKud peavad olema moodustatud 2030. aastaks, see annab piisavalt aega hinnata pilootprojekti tulemust, sealt saadud sisendeid ning võimaluse vajadusel olemasolevat seadust ka korrigeerida. Lisaks annab see aega, et koolitada piisavalt terviseteejuhte.	Selgitame: Eelnõu teise versiooniga lükatakse TERVIK-ute moodustamist 4 kuu võtta edasi ehk siis TERVIK-ute moodustamise tähtaeg lükkus 1. juulilt 2027 1. novembrile 2027. See annab piisava ettevalmistusaja. Paindlikkust lisab rakendussäte, mille kohaselt loetakse TERVIK moodustatuks ning käesoleva seaduse § 13¹ lõikes 5 nimetatud osapooltel on kohustus oma heaolupiirkonna TERVIKuga liituda, kui sellesse kuuluvad vähemalt: 1) üks heaolupiirkonnas asuv tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 55 lõike 1 alusel kehtestatud haiglavõrgu arengukavas nimetatud haigla; 2) kaks kolmandikku heaolupiirkonda kuuluvatest kohaliku omavalitsuse üksustest; 3) üks neljandik heaolupiirkonna nimistuid teenindavatest perearstiabi osutajatest. TERVIK peab olema 100% nõuetekohaselt moodustatud ja formeeritud 1. maiks 2028, et saada Tervisekassa poolne baasrahastus võrgustikujuhtidele. Terviseteejuhtide koolitus ja hulk ei ole otseselt seotud TERVIK-u moodustamisega.
Baaskulude rahastus peaks põhinema kohustuslike liikmete arvul, mitte koordineerimispiirkondade arvul. On märkimisväärne erinevus, kas koordineerida on vaja mõnekümne või ligi neljasaja liikme koostööd – kaasamise protsesside, kokkulepete saavutamise ning jooksva haldusega seotud kulude erinevus on suur ning otseselt seotud osapoolte hulgaga. Koordineerimispiirkondade eraldi rahastamine seevastu soosib eraldi tegutsemist.	Mitte arvestatud. Pilootprojekt Ida-Virumaal on näidanud koordineerimispiirkondade eelnõus pakutud variandi sobilikkust ja esialgu lähtuksime sellest põhimõttest ehkki kui osutub vajalikuks, saab rahastuspõhimõtteid edaspidi ka paindlikult muuta, kuna need on sätestatud ministri määrusega. Liikmete arv võib varieeruda mitte ainult tulenevalt nõutavatest liikmetest vaid ka muudest kaasatavatest liikmetest. Esialgu on olulisem see, kui palju ja milliseid erinevaid koostöövaldkondi piirkond prioriteediks seab. Sellest hakkab võrgustikujuhi koormus peamiselt sõltuma. Suuremates piirkondades (nt Tallinn) on vähem KOV-e ja perearstid on rohkem koondunud keskustesse, mis tähendab, et partneritest juriidiliste isikute arv võib olla sarnane mõnele väiksemale piirkonnale.
Rahastuse täies mahus lõpetamise võimalus sisuliselt mistahes kohustuse rikkumise eest ei ole kooskõlas proportsionaalsuse põhimõttega (määruse § 12 lg 1 punktid 1 ja 3). Sanktsioonide mõju peaks olema ettenähtav ja proportsionaalne.	Arvestatud. Rakendusakti kavandit muudetud järgnevalt: (1) Tervisekassal on õigus TERVIKu rahastamist ajutiselt vähendada või peatada, kui: 1) TERVIK ei täida seadusest tulenevaid kohustusi, 2) TERVIK-u koosseis ei vasta seaduses nõutavale järjest kauem kui 30 päeva,

Lisaks ei anna sätte sõnastus Tervisekassale diskretsiooniruumi (lõpetab vs võib lõpetada, täiendav tähtaeg rikkumise kõrvaldamiseks, lõpetamine vs vähendamine). Peame õigeks, et mistahes rikkumise korral juhitakse rikkumisele esmalt tähelepanu ning antakse täiendav tähtaeg rikkumise kõrvaldamiseks.	3) TERVIK ei esita nõutud aruandeid või ei täida rahastamislepingut.
Palume eelnõust välja jätta RTHS § 8 1 lg 7, mille kohaselt on koostöökogu otsused TERVIKule täitmiseks kohustuslikud – säte on väga abstraktne ning ei sisalda piire või tingimusi, mille osas koostöökogu otsuseid võib teha. Koostöökogu otsuste elluviimine toimub § 13 1 lg 4 kaudu, kust muuhulgas juba tuleneb kohustus koostöökogu poolt heaks kiidetud strateegilisi suundi ja eesmäärke ellu viia (1. mail 2028 jõustuv versioon, eelnõu p 11). Kui siiski otsustatakse sõnastus alles jätta, tuleb seda oluliselt kitsendada, mh määratledes, et otsuseid võib teha ainult RTHS § 13 1 lõikes 4 sätestatud ülesannete piires, ning lisades otsuste seaduslikkuse kriteeriumi.	Arvestatud. Sõnastust on muudetud järgnevalt: “TERVIK_lähtub oma töös tervise- ja heaoluprofiilist, mille on heaks kiitnud koostöökogu käesoleva paragrahvi lõike 4 alusel.”
TERVIKu võrgustikujuhi rolli osas teeme ettepaneku sätestada, et tal on õigus TERVIKut esindada, lähtudes juhtorgani otsustest, mitte abstraktne õigus kõigi liikmete nimel tegutseda (määruse § 6 lg 1). TERVIKu juhil ei tohi tekkida individuaalsete liikmete esindusõigust, sh õigust võtta liikme jaoks individuaalseid kohustusi, kui vastav liige ei ole selleks eraldi kirjalikku volitust andnud. Piiranguteta üldvolitus liikmete nimel tegutseda ei ole kooskõlas kavandatava koostööorganisatsiooni toimimispõhimõtetega.	Arvestatud. TERVIK-u juhil on õigus TERVIKut esindada, lähtudes juhtorgani otsustest või koostöölepingus sätestatust.

Palume sätestada eraldi arveldusarve olemasolu nõue või lisada seletuskirja täpsustus, et eraldi arvelduskonto on raamatupidamisliku eraldatuse eeldus (rths § 13 1 lg 7).	Arvestatud. Seletuskirja on vastavalt täiendatud.
Palume seletuskirjas selguse huvides täpsustada, et RTHS § 13 1 lõikes 9 nimetatud tulu ei ole lubatud kasutada muudel eesmärkidel, sh muude struktuuriüksuste kulude katmiseks.	Arvestatud. Seletuskirja on vastavalt täiendatud.
Teeme ettepaneku, et kui "üksusena" luuakse tütarühing, siis käsitletakse seda olukorda koostöökokkuleppe alusel TERVIKu moodustamisena RTHS § 13 1 lg 7 tähenduses (mitte § 13 1 lg 7 1 olukorrana).	Selgitame: TERVIK-u loomine eraldiseisva juriidilise isikuna on saadud tagasiside põhjal eelnõust välja jäetud. Kaalume selle täienduse vajadust reformi edenemise käigus.
Palume täpsustada, et TERVIKu ülesanne on valdkonnaülese koordineerimise teenuse koordineerimine, mitte korraldamine. Eelnõu teksti kohaselt määrab Tervisekassa piirkonna terviseteejuhtide arvu ja temal on tegelikult ka lõppotsus terviseteejuhtide tegevuse rahastamise lepingute sõlmimise osas. Näiteks REHA eelnõu seletuskirjas (lk 7-8) on teenuse korraldamise ja rahastamise sisuna välja toodud lepingute ettevalmistus, suhtlus partneritega, hangete korraldamine, lepingute sõlmimine, TTL-i lisatavate teenuste loomine/kirjeldamine/lisamine, raviarvelduse kujundamine, vajalikud arendused. Meie hinnangul on ka valdkonnaülese koordineerimise teenuse korraldajaks Tervisekassa, mitte TERVIK.	Selgitame: Tervisekassa ülesanne on korraldada valdkonnaülese koordineerimise teenust üleriigiliselt, TERVIK-u ülesanne on korraldada valdkonnaülese koordineerimise teenuse rakendamist heaolupiirkonnas kohapeal. Üks ei välista teist vaid pigem täiendab.
Praeguses eelnõus on ettenähtud võimalust paragrahvi 13 1 lõike 2 punktis 3 nimetatud eesmärkide täitmise eest võib TERVIKule ette näha	Selgitame:

tulemustasu, mis aga on praegu puhas Tervisekassa diskretsioon. Teeme ettepaneku, et TERVIKute tulemustasude ettenägemise kord peab olema riiklikult paika pandud ja olema kohaldatav kõikidele TERVIKutele üle-Eesti.	RTHS § 31 lg 7 kohaselt TERVIKu rahastamise korra ja tasu arvutamise metoodika kehtestab valdkonna eest vastutav minister määrusega. Nimetatu hõlmab ka tulemustasu maksmise metoodikat, kuigi rakendajaks on Tervisekassa.
Palume TERVIKu koostöö põhimõtete (määruse § 5 lg 2 p 2) osas muuta sõnastust või täpsustada, kuidas suhestub ennetuse, tervisedenduse ja abivajaduse varajase märkamise prioriteetsus näiteks akuutse vajadusega.	Selgitame: Tegemist on kahe erineva prioriteetse valdkonnaga, millele TERVIK peaks oma tähelepanu pöörama. Mõlemas valdkonnas on edu saavutamiseks vajalik koostöö.
Palume § 13 1 lg 4 p 3 osas jätta välja lauseosa „ning riskirühmade toimetuleku toetamine“ või selgitada seletuskirjas, milles selline toetamine seisneb.	Arvestatud osaliselt. Täpsustame sätet, et oleks üheselt arusaadav, et riskirühmade toimetuleku toetamise all ei peeta silmas TERVIKu poolt vahetat sotsiaal- või tervishoiuteenuste osutamist, vaid valdkonnaülest koordinatsiooni inimese vajadustele vastava abi paremaks sidumiseks ja kättesaadavuse toetamiseks.
Tervise- ja heaoluprofiili osas palume seletuskirjas selgemalt välja tuua, et dokument peaks võrreldes kehtiva seaduse alusel koostatavatega olema oluliselt lühem ja ülevaatlikum	Arvestatud.
Teenuse kättesaadavuse tagamiseks tuleks sätestada ka tähtjad, mille jooksul peab inimesel olema võimalik teenus saada. Eelnõus sisaldub üksnes tähtaeg, mille jooksul terviseteejuht peab inimesega ühendust võtma, kuid puuduvad teenuse saamisega seotud tähtjad ja need on meie hinnangul inimese vaatest äärmiselt olulised.	Mitte arvestatud. Terviseteejuht ei saa inimesele tagada teenuse osutamist mingiks kindlaks tähtjaks. Eriarsti vastuvõtule ettenähtud tähtaja sees jõudmist on perearstil võimalik saavutada näiteks e-konsultatsiooni kasutades. Terviseteejuht saab koostöös sotsiaalteenuse osutajaga tagada, et inimene jõuaks planeeritud vastuvõtule õigeaks ajaks.

Palume selgitada, millistele teenustele veel lisaks rehabilitatsioonile on võimalik valdkonnaülese koordinatsiooniteenuse kaudu saada ning kuidas neid teenuseid rahastatakse.	Selgitame: Valdkonnaülese koordinatsiooniteenuse peamine sisu on inimese jaoks talle antud juhiste ja talle määratud tervishoiu- ja sotsiaalteenuste ning ravimite, meditsiiniseadmete ja abivahendite info koondamine ja mõtestatud seostamine inimese vajaduste ja eesmärkidega. Kui inimene jääb ise hätta teenustele liikumisega, siis aitab terviseteejuht määratud teenuse aega leida ja broneerida, esmatasandil koostöös perearsti meeskonnaga ka juhtida vajadusel tähelepanu inimese tavapärasest kiireloomulisemale abivajadusele. Terviseteejuht võtab vajadusel ise ühendust KOV sotsiaaltöötajaga ja korraldab inimese sotsiaalteenuste vajaduse hindamise KOV sotsiaaltöötajate poolt. See ei pruugi tähendada, et inimene konkreetset teenust kindlasti saab, sest iga KOV otsustab aitamise täna oma kriteeriumite ja võimaluste alusel, kuid oluline eeldus sotsiaalse abi saamiseks on täidetud.
Teeme ettepaneku põhjalikult hinnata eelnõust tulenevate kohustuste täitmisega seotud perearsti ja -õe ajakulu, ning otsida võimalusi selle vähendamiseks. Näib, et eelnõu koostamisel on lähtutud eeldusest, et perearstilt oodatav sisend heaoluplaani jaoks on infosüsteemides üldjoontes olemas või suhteliselt lihtsa vaevaga koostatav. Tegelikuses puuduvad aga selleks nii tööprotsessid kui infotehnoloogilised lahendused. Näiteks Maailmapanga riskipatsientide ravijuhtimise pilootprojekti raames koostatavad terviseplaanid ei ole meie hinnangul valdkonnaülese koordinatsiooni raames otse rakendatavad, sest need käsitlevad eelkõige kroonilisi haigusi ning Maailmapanga riskipatsientide ravijuhtimise projekti loogika oli, et liiga keerulised/kompleksset käsitlust vajavad patsiendid jäetakse välja. Samuti on EPS tagasiside raviplaanile olnud läbi aegade, et seda raviplaani	Selgitame: Nõustume, et perearsti poolne sisend võiks lisaks märkamislehele hõlmata teatavaid lisavalikuid, mitte aga mahukaid lisahindamisi, korduv- ja ümberhindamisi ning lisadokumentatsiooni koostamist ja nõ patsiendi juhtumiaruteludel osalemist. Nõustume ka, et raviplaani peaks saama täita ka teised eriarstid. Arvestame perearstide sisendiga valdkondadeülese koordinatsiooni protsessile ja seda toetava IT-lahenduse lähteülesandele. Kuna perearsti vaatest on sisuliselt tegemist riskipatsientide käsitleusega esmatasandil, tasub kaaluda olemasolevate riskipatsientide ravijuhtimise teenuskoodi ülevaatamist koostöös tervisekassaga.

peavad saama täita ka teised eriarstid, spetsialistid ning patsient ise. Näeme, et perearsti poolne sisend võiks lisaks märkamislehele hõlmata näiteks teatavaid lisavalikuid, mitte aga mahukaid lisahindamisi, korduv- ja ümberhindamisi ning lisadokumentatsiooni koostamist ja nõ patsiendi juhtumiaruteludel osalemist. Meie jaoks on mõeldamatu eelnõus kavandatud lisaülesannete lisandumine ilma täiendava rahastuseta	
Süsteemi ja vorme tuleks vähemalt perearstide vaates oluliselt lihtsustada. Kõiki andmed mida vajatakse terviseplaanis, heaoluplaani, tegevusplaanis jms jaoks ja mida on võimalik ilma perearste koormata kätte saada tuleb saada kätte muud moodi. Me ei soovi, et perearst peaks valideerima kellegi teise pandud diagnoosikoode, otsima ravimeid retseptikeskusest jms. Lisaks eelistame vorme, mis eeldavad perearstilt Jah-Ei stiilis vastuseid, mitte vabatekstina kirjeldusi	Arvestatud. Oleme kaasanud perearstid valdkonnaülese protsessi ja vormide valideerimisse
Eelnõus välja pakutud süsteemi toimimiseks on vältimatult vajalikud infotehnoloogilised lahendused, mis tagavad vajalikud ligipääsud, võimaldavad andmed kokku koondada ning vältida nende käsitsi sisestamist. Lähtuvalt varasemate IT-arenduste valmimisaegadest ja -raskustest oleme mures vastavate süsteemide õigeaegse kättesaadavuse pärast. Palume seletuskirjas täpsemalt välja tuua IT-arendustega seoses kavandatavad tegevused ning nende ajakava. Muuhulgas palume selgitada, kas vajalikud on ka arendused perearstide poolt kasutatavates tööprogrammides (mida kasutatakse teenuse	Arvestatud. Perearstide vaates näeme peamist arendusvajadust patsiendi nn Terviseplaanis ja selle puhul spetsiifilisemalt tervisesoovituste ja ravijuhiste osas - täna oluline puuduolev komponent tervisejuhtimise töölaualt. PAI on kindlasti üks IT-arendusi, mida tuleb planeerida ja arendada arvestades integratsiooni IT arendusi. Seoses TJT olemasoluga ja PAI planeeritavate arendusega ei ole otstarbekas planeerida arendusi perearstide poolt kasutatavatesse tööprogrammidesse. Lisame täpsema IT –lahenduse kirjelduse seletuskirja.

dokumenteerimiseks ja andmevahetuseks TIS-iga) ning millise süsteemi (nn tööprogrammi) kaudu hakkavad terviseteejuhid andmeid edastama.	
Palume täiendavalt analüüsida ning selgitada juurepääsuõiguste ja isikuandmete töötlemisega seonduvat: i. Vähemalt perearstikeskuse kontekstis peavad juurdepääsud olema TTO-põhised, mitte isikupõhised. Näiteks kui ligipääs antakse patsiendi perearstile, siis tema haigestumise või puhkuse ajal peaks ligipääsu saama asendaja. Lisaks ei ole olukorras, kus nimistu juures on reeglina vähemalt kaks õde, ning rakendatakse ka roteerumist, sageli üht konkreetset pereõde, kellele ligipääsud anda. TTO-le antud ligipääsude haldamine saaks toimuda TTO tasandil, sarnaselt TIS ligipääsudele. ii. Teeme ettepaneku analüüsida ning täpsustada, kas TTKS §-is 4 1 sätestatud isikuandmete töötlemise eesmärkide loetelu vajab täiendamist. - Esiteks lisanduvad märkamislehtede, heoluplaanide, tegevusplaanide ning riskirühma tunnusega seotud ligipääsud – palume selgitada, kas nende kasutamisel toimub andmete töötlemine jätkuvalt tervishoiuteenuse osutamise eesmärgil või mõnel muul eesmärgil. - Teiseks palume selgitada, et kui teatud ligipääsud antakse terviseteejuhile isiklikult, siis kas tema tööandjaks olev TTO on samuti andmete töötleja või mitte.	(i)Arvestatud osaliselt. Ligipääs on põhjendatud anda nimistule MEDRE-s kinnitatud perearstile ja pereõdedele. Ligipääsude haldamine TTO tasandil toimub juba kehtiva korralduse raames ning ei nõua eraldi täiendavat lahendust. (ii)Selgitame: kuna luuakse uus andmekogu, siis on andmete töötlemise sätted eelnõus muudetud. Kuna käesoleva eelnõuga luuakse eraldiseisev infosüsteem, on isikuandmete töötlemise sätted eelnõus vastavalt muudetud ja koordineerimisteenuse andmete töötlemisele on loodud eraldiseisev õiguslik alus. Märkamislehtede, heoluplaanide, tegevuskavade ja riskiunnusega seotud andmete töötlemine toimub valdkondadeülese koordineerimisteenuse osutamise eesmärgil, mis on tervishoiuteenuse osutamise eesmärgist erinev. Selgitame: Jah, tööandjaks olev TTO on samuti andmete töötleja, sest ligipääs antakse töötajale vaid tema tööülesannete täitmiseks asutuse nimel (TTJ-id on olemasolevate isikute juures töötajad). Andmekaitseõiguse kohaselt määrab andmete töötlemise eesmärgid ja vastutuse juriidiline isik (TTO), mitte töötaja kui eraisik.

iii. Kas ja millise sätte alusel on perearstil ligipääs riskirühma tunnusele? iv. Kas andmete töötlemine on vajalik ka TTO-de infosüsteemides (nii heaoluplaanide ja märkamislehetede osas kui ka nt valdkonnaülese koordineerimise teenuse registratuuri vaates)? Kas muudatused eeldavad TTO-de infosüsteemide arendusi? v. Tegevusplaani andmete osas tuleks nii tervishoiu- kui sotsiaaltöötajatele sätestada andmete edastamise kohustus, mitte õigus (TTKS § 59 2 lg 1 3 ja 1 5). vi. Teeme ettepaneku reguleerida tervisejuhi poolne juurdepääsude haldamine selliselt, et terviseteejuht määratleb üksnes seda: i) millise nõusoleku inimene andis (või tagasi võttis), ii) kes on meeskonnas. Kõik ülejäänud peab olema automaatne. vii. Teeme ettepaneku kaotada punkt § 8 lõiked 4 ja 6, mis puudutavad TIS-i edastamata info terviseteejuhile kättesaadavaks tegemist isiku nõusolekul. Kogu vajalik info peab olema terviseteejuhile kättesaadav TIS-is. Juhul kui terviseteejuhil on kahtlus, et patsiendi kohta on mõne TTO infosüsteemis vajalikku infot, mis ei kajastu tervise	(iii)Kõigile TTO-del on ligipääs riskitunnusele. Riskitunnus genereeritakse Tervisekassa poolt retsepti- ja raviarvete andmete automaatanalüüsi tulemusena vastavalt RTHS § 13⁵ lõikele 2 ning edastatakse tervise infosüsteemi, kust see on kättesaadav nii tervishoiuteenuse osutajatele kui ka inimesele endale Terviseportaali kaudu. (iv)Heaoluplaan ja märkamisleht talletatakse infosüsteemis ning tervise infosüsteemis, need ei pea jõudma TTO andmekogusse. TTO infosüsteemides eraldi arendusi ei ole vaja (v)Arvestatud. (vi)Arvestatud (vii)Mitte arvestatud. Kuna terviseteejuht töötab tervise infosüsteemist eraldiseisvas heaolu infosüsteemis, ei ole võimalik nõustuda ettepanekuga, mille kohaselt peaks kogu koordineerimise teenuse osutamiseks vajalik teave olema kättesaadav tervise infosüsteemi kaudu. Infosüsteem on tervise infosüsteemiga kahesuunaliselt liidestatud ning tagab terviseteejuhile ligipääsu kõigile koordineerimise teenuse osutamiseks vajalikele andmetele
---	---

infosüsteemis, siis on terviseteejuhil õigus paluda TTO-l see info tervise infosüsteemi sisestada.	Kuna terviseteejuht hakkaks planeeritava IT-lahenduse aluse alusel tööle TIS-ist eraldiseisvas heaolu infosüsteemis, siis ei saa nõustuda ettepanekuga, mille kohaselt “Kogu vajalik info peab olema terviseteejuhile kättesaadav TIS-is”
Palume täiendada märkamisega seotud regulatsiooni, sh märkajate ringi, ning lisada või selgitada lahendusi korduvate ja dubleerivate märkamiste vältimiseks: i. Esmane märkamislehe täitja peaks olema inimene ise või tema eestkostja - sarnaselt täna kehtivale süsteemile, kus inimene teeb enda või tema eestkostetava kohta puude saamise taotluse. Erinevalt puude taotlemise mahukast dokumentatsioonist on märkamisleht lihtsamini struktureeritud ja arusaadavam ning ka terviseteejuhi poolt hõlpsasti kontrollitav. ii. Varasemalt täidetud märkamislehed peavad olema nähtavad kõigile osapooltele ka siis kui inimene teenusest keeldub või kui teenus on lõppenud. iii. Kuidas välditakse kohe uuesti märkamise vajadust - iseäranis juhul, kui teenus lõppes põhjusel, et inimene ei täitnud omapoolseid kohustusi või kui “kontaktid on jäänud harvaks”? Kui kaua üks märkamisleht nõ kehtib? Kas on võimalik teha elupuhuse diagnoosi/abivajaduse märke?	(i)Mitte arvestatud. Koordinatsiooni teenuse rakendamise varases etapid on terviseteejuhtide arv väike ja on oluline, et nende juurde satuksid eeskätt kõige suurema koordinatsiooni vajadusega inimesed. Seetõttu soovime avada märkamislehe esitamise võimaluse esialgu ainult spetsialistidele, kes suudavad koordinatsiooni vajadust objektiivsemalt hinnata. (ii)Mitte arvestatud. Inimese olukord võib mõnikord muutuda tundidega väga oluliselt ja vana märkamisleht ei pruugi anda mingit lisandväärtust. Pigem on oluline muuta märkamisleht lihtsalt ja kiirelt täidetavaks. (iii)Selgitame: Märkamislehe täitmise alustamisel juhitakse teavitaja tähelepanu, kui sama inimese kohta on juba esitatud märkamisleht. Info on nähtav, kuni on tehtud üks järgmistest otsustest: inimene on võetud koordinatsiooniteenusele, koordinatsiooniteenuse osutamisest on keeldutud või on tuvastatud, et inimene ei vaja

Kõigil märkajatel ja patsiendil/eestkostjal endal peab olema võimalus näha mis staatuses on märkamine - nt patsiendiga on esmane kontakt toimunud / ei ole toimunud; toimunud on esmane hindamine; patsient on andnud nõusoleku/keeldub edasistest teenustest; patsient saab teenuseid: selgelt välja tuua milliseid ja kust ja kui kaua eeldatavalt.	koordinatsiooniteenust. Teavitustloogika välistab olukorra, kus sama inimese kohta esitatakse samaaegselt mitu märkamislehte eri teavitajate poolt.								
Palume täpsustada teenuse lõppemisega seotud aspekte: i. tervisejuhi poolne teenusega jätkamise vajadusev hindamine iga kolme kuu tagant on liiga sage, iseäranis teenuse algusperioodil, mil terviseteejuhte on vähe. Perearsti meeskonna arvamuse küsimine hindamisel peaks olema vajaduspõhine, mitte igakordselt nõutav. ii. kui valdkonnaülene koordinatsiooniteenus lõpeb, siis kas selle alusel määratud teenused saavad jätkuda või lõppevad? iii. kuidas lahendatakse olukordi, kus inimene ei tule omapoolsete kohustuste täitmisega toime oma seisundist tulenevalt? iv. millist lõpetamise alust on silmas peetud määruse § 13 lg 2 punktis 4? Viidatakse § 13 lõikele 2 ehk samale sättele (ristviide).	(i)Selgitame, et praktikas toimub hindamine lähtudes inimese olukorrast: <table border="0"> <tr> <td>Väga kõrge risk (hiljutine haiglaravi, ebastabiilne seisund)</td> <td>iga 2–4 nädala järel või iga olulise kontakti käigus</td> </tr> <tr> <td>Kõrge risk</td> <td>umbes iga 1–3 kuu järel</td> </tr> <tr> <td>Mõõdukas risk</td> <td>iga 3–6 kuu järel</td> </tr> <tr> <td>Stabiilne krooniline patsient</td> <td>iga 6–12 kuu järel või olulise muutuse korral</td> </tr> </table> Nõustume, et perearsti/tema meeskonna arvamuse küsimine peaks olema samuti vajaduspõhine (ii) saavad jätkuda, ka heaoluplaan ei pea kohe lõppema, lõppeb ainult koordinatsiooni teenus. (iii) Sõltub põhjusest, kui inimene ei tule nt toime vähese vaimse võimekuse tõttu, aga vajab koordinatsiooni, siis on võimalik talle eeskostja määrata. (iv) Kustutasime ära selle.	Väga kõrge risk (hiljutine haiglaravi, ebastabiilne seisund)	iga 2–4 nädala järel või iga olulise kontakti käigus	Kõrge risk	umbes iga 1–3 kuu järel	Mõõdukas risk	iga 3–6 kuu järel	Stabiilne krooniline patsient	iga 6–12 kuu järel või olulise muutuse korral
Väga kõrge risk (hiljutine haiglaravi, ebastabiilne seisund)	iga 2–4 nädala järel või iga olulise kontakti käigus								
Kõrge risk	umbes iga 1–3 kuu järel								
Mõõdukas risk	iga 3–6 kuu järel								
Stabiilne krooniline patsient	iga 6–12 kuu järel või olulise muutuse korral								
Palume täiendada või selgitada keeldumise või nõusoleku tagasivõtmise tagajärgi: i. Juhul, kui valdkonnaülese koordinatsiooni teenus selle tulemusel lõpetatakse, tuleks see määrukses selgelt sätestada.	a. Arvestatud, lisatud.								

ii. Kas nõusolek valdkonnaülese koordinatsiooni teenuse saamise kohta on eraldi või on ainult heaoluplaani nõusolek? Mis saab, kui inimene ei anna a) kumbagi nõusolekut; b) üht nõusolekutest? iii. Kui valdkonnaülese koordinatsiooni teenuse saamise kohta on eraldi nõusolek, siis tuleks see võtta enne esmase meeskonna kaasamist. iv. Kas teenuse raames kogutud andmed (nt poolik heaoluplaan) jäävad alles ning suletakse üksnes ligipääsud? Kas neid on võimalik uuesti avada, kui inimest uuesti märgatakse ja ta otsustab, et soovib siiski teenust? Kas arsti poolt tervisteejuhile antud sisend jääb TIS-i alles pärast heaoluplaani ligipääsude sulgemist?	b. Selgitame: Allkirjastatud nõusolek on nõutav ainult heaoluplaanile. Mõlemal juhul valdkondadeaülese koordinatsiooni teenuse osutamine lõpetatakse. c. Ei d. Selgitame: Jah. Jah. Jah.
Palume läbivalt kasutada "perearst, pereõde või perearst ja pereõde" asemel kasutada sõnastust perearsti meeskond (või perearstiabi osutaja). Perearsti meeskonnas kaasatakse vajalikud spetsialistid vajaduspõhiselt, lisaks on ühe nimistuga tavaliselt seotud mitu pereõde.	Mitte arvestatud. Tugimeeskonda saavad kuuluda siiski ainult konkreetset isikud.
Perearsti töökoormuse kontrolli all hoidmiseks on kriitilise tähtsusega, et perearst suhtleks ainult ühe konkreetse terviseteejuhiga. Seetõttu palume perearstiabiosutajate juures töötavate terviseteejuhtide osas lähtuda põhimõttest, et juhtumiga tegeleb isiku perearsti partneriks olev terviseteejuht. Ehk siis iga perearsti partneriks peaks olema kindel terviseteejuht (kas tema keskuses töötav tervisejuht või partner teisest keskusest), kelle andmed saaks kättesaadavaks teha näiteks TERVIKu veebilehel. Terviseteejuht saab	Arvestatud osaliselt. Rakendusakti on täiendatud järgnevalt: "Kui inimese perearst asub tema tegelikust elukohast kaugel, on terviseteejuhil kohustus pakkuda inimesele tema soovi korral abi perearsti vahetusega elukoha lähedusse. Kui inimesel puudub perearst, on terviseteejuhi kohustus aidata inimesel perearst leida."

vajadusel teha koostööd teiste piirkondade terviseteejuhtidega.	
Leiame, et terviseteejuhid võiksid paikneda lisaks tervisekeskustele ka üksikpraksistes ja grupipraksistes. Aga arvestama peab, et terviseteejuht vajab oma tööks ka töökohta, mistõttu tuleb ka sellega rahastusmudel is arvestada ning perearstikeskusi ei saa kohustada terviseteejuhti enda juurde võtma, kui ruumid seda ei võimalda	Selgitame: Nõustume, et see võib erandjuhtudel olla tarvilik. Teeme selle muudatuse kooskõlas planeeritavate perearstiabi süsteemi muudatustega edasise menetluse käigus.
Palume valdkonnaülest koordinatsiooniteenust puudutava määruse § 3 lõikes 3 sätestada eeldus, et vähemalt 3/4 heaalupiirkonna tervisejuhidest peaksid töötama perearstiabi osutajate juures - välja arvatud juhul, kui piirkonna perearstiabi osutajad sellest näiteks ruumipuuduse tõttu keelduvad. Perearstid on eelnõu kohaselt seotud kõigi teenuse sihtrühmadega ning peavad olema kaasatud kõigi patsientide tugimeeskondadesse.	Selgitame: Nõustume, et seda võiks kaaluda. 2/3 oleks realistlik suhe. Vajalik määruse ettevalmistamise käigus läbi arutada ka haiglate ja KOV-ide esindajatega
Meie hinnangul ei ole välja toodud riskirühma tunnused adekvaatsed, kuivõrd hetkel on need vaid mõne enam levinud kroonilise haiguse kesksed. Teeme ettepaneku, et lisataks veel diagnoosikoodid, mis vastavad ka märkamislehel olevatele funktsiooni-või arengu kõrvalekalletele. Toome siinkohal välja märkamislehel olevad punktid, millele ootame diagnoosikoode juurde. 1. Nägemisfunktsiooni või - arengu oluline kõrvalekalle 2. Kuulmisfunktsiooni või - arengu oluline kõrvalekalle 3. Kõnearengu või -funktsiooni oluline kõrvalekalle või kõnevõime oluline muutus 4. Liikumisfunktsiooni või -arengu oluline	Selgitame: Nõustume. See tunnus oleks otstarbekas eristada krooniliste haiguste tunnusest. Vajalik koostöös Tervisekassa, EPS-i jt osapooltega metoodika väljatöötamine.

kõrvalekalle, luu- ja lihaskonna kroonilised haigused 5. Psüühikahäire- ja käitumishäired 6. Neuroarengulised häired (nt intellektihäire, autismispektrihäire, vaimne alaareng) 7. Kaasasündinud haigused (nt ainevahetushaigused, lihashaigused) 8. Närvisüsteemihaigused (nt insult, traumaatiline ajukahjustus, seljaaju kahjustus, tserebraalparalüüs)	
Lisaks saab Tervisekassa kasutada oma arvetelt ja retseptikeskusest infot, mis samuti oli märkamislehel väljatoodud: - Korduvad hospitaliseerimised, EMO külastused või kiirabi väljakutsed viimase aasta jooksul - Vähemalt 5 või enam retseptiravimit raviskeemis - Ravisoostumus madal (ravimite võtmata jätmine) 3 või enam realiseerimata retsepti 12 kuu vältel) Nende ülaltoodud diagnoosikoodide ning tervisealase riskikäitumise lisamine riskirühma tunnuse juurde annab meie hinnangul parema ülevaate.	Selgitame: Nõustume. Kasutuselevõtt sõltub Tervisekassa tehnilisest võimekusest.
Palume määruses toodud teekondade loetelusse lisada: lastearstil jälgimisel olnud patsientide liikumine täiskasvanute arsti jälgimisele (määruse § 5).	Selgitame: Nõustume, et selle ettepanekuga tuleb edasi töötada rakendusaktide väljatöötamise faasis.
Me ei pea õigeks hinnata tervishoiuteenuste kasutamise “riski”, õigem oleks seda käsitleda vajaduse, mitte riskina. Hinnata võib näiteks terviseriski.	Mitte arvestatud. Teaduskirjandusest kasutatakse enamasti terminit „risk of high health care utilization“. Eesti keelde tõlgituna võiks see kõlada „tervishoiuteenuste kasutamise kõrgeenenud risk“. Täpsustasime sellest tulenevalt sõnastust.
Palume jätta välja määruse § 3 lg 5 (Terviseteejuhi pädevusnõuete täidetuse ja töö kvaliteedi eest vastutab tema tööandja). Tööandja vastutus oma töötaja tegevuse eest on reguleeritud seadusega.	Selgitame: Arvestame rakendusakti väljatöötamisel.

Terviseteejuhi pädevust peab tõendama õppe läbimise tulemusel väljastatav dokument.	
Palume seletuskirjas § 13 2 juures (lk 20) muuta sõnastust, nagu vastutaks krooniliste patsientide ravijuhtimise eest eeskätt pereõed (“Esmatasandil on osaliselt rakendunud krooniliste patsientide ravijuhtimine, mille eest vastutavad eeskätt pereõed”). Õed on küll kaasatud, kuid raviotsused teeb perearst.	Arvestatud.
Palume lisada selgitus, kuidas märkamislehe täitmisel tuleks käsitleda “teise valdkonna” küsimusi - nt kas inimese sotsiaalse probleemi lühikirjeldus peaks perearst täitma vastavalt oma paremale arusaamisele või tühjaks jätma ning jätma täitmise tervisejuhile, kes vajadusel konsulteerib sotsiaaltöötajaga?	Selgitame: Inimese sotsiaalse probleemi kirjeldust peaks perearst või pereõde kirjeldama vastavalt oma parimale arusaamisele
Palume sätestada või seletuskirjas selgitada, et § 13 3 lõikes 1 on iga punkt iseseisev alus teenuse osutamiseks ning need ei pea esinema korraga.	Mitte arvestatud. Need peavad siiski esinema korraga, et vältida piiratud terviseteejuhi ressursi kulutamist liialt lihtsatele juhtumitele.
Palume selgitada, mida tervisejuhilt seoses inimese motiveerimisega oodatakse (§ 13 3 lg 4 p 5: motiveerib inimest tervise- ja heaolu eesmärkide saavutamisel).	Selgitame: Terviseteejuhi motiveeriv roll ei tähenda inimese mõjutamist ega tema eest otsuste tegemist, vaid inimese toetamist tervise- ja heaolueesmärkide seadmisel ning kokkulepitud tegevustes püsimisel. Praktikas võib see tähendada inimese nõustamist, toetava info jagamist, abi teenuste ja tegevuste mõistmisel, takistuste kaardistamist ning inimese julgustamist kasutama tema vajadustele vastavaid tervise- ja sotsiaalvaldkonna võimalusi. Motivatsiooni toetamine on oluline eelkõige pikaajaliste ja mitme valdkonnaga seotud abivajaduste korral, kus inimese toimetulekut mõjutavad samaaegselt tervise-,

	sotsiaal- ja keskkonnategurid ning kus teenuste killustatus või vähene teadlikkus võib vähendada abi kasutamist ja eesmärkide saavutamist.
Palume seletuskirjast (§ 13 3 lg 4) eemaldada järgmine lause: Raviarst ja/või perearst vastutavad selle eest, et inimese tervisealased vajadused on hinnatud ja tarvilik ravi koordineeritud ning patsiendijuhised antud. Perearsti/raviarsti põhiülesanne on osutada tema poolt osutatav teenus ja see nõuetekohaselt dokumenteerida ning TIS-i edastada. Märkamise ja proaktiivsed kohustused ei saa olla absoluutsed. Lisasime ettepaneku, et terviseteejuhil on õigus paluda puuduva info TIS-i edastamist	Arvestatud. Seletuskirja sõnastus on korrigeeritud.
§ 13 4 lg 1 kohaselt kajastab heaoluplaan tegevuskava. Palume täpsustada, kas silmas on peetud, et tegevuskava on küll iseseisev dokument, kuid tehniline lahendus võimaldab seda kuvada heaoluplaani kaudu, või midagi muud?	Selgitame: Tegevuskava koosneb mitut erinevat liiki tegevustest: inimese tegevused on heaoluplaani osa ja edastatakse koos heaoluplaaniga tervise infosüsteemi ning sealt omakorda Terviseportaali; meeskonnaliikmete ülesanded ja korraldused hallatakse Heaoluplaani infosüsteemis eraldiseisvana ning need ei edastata tervise infosüsteemi
Palume täpsustada § 13 5 lõikes 1 sätestatud riskirühma definitsiooni osas, mille kohaselt kuuluvad riskirühma kõik, kellel “võib välja areneda” teatud probleem. Määratlus on liiga lai, kuna probleemi väljakujunemist (sh tulevikus) ei saa kellegi puhul välistada.	Arvestatud.
Täpsustused seoses andmekoosseisudega	Selgitame: a. Arvestame märkust aga „5 ja enam ravimit“ on rahvusvahelises praktikas käsitletav täiendava riskitegurina vt ka riskitunnuse leidmise aluseid.

a) märkamislehe p 3.10 peaks olema soostumus madal “või raviskeem keeruline”. 5 ravimit ei tähenda automaatselt madalat ravisoostumust. b) millest teadlik olemist spetsialist märkamislehel kinnitab? c) Kes ja millal lisab heaoluplaani diagnooside selgitused? d) Kas ravijuhised genereeritakse raviplaani pinnalt automaatselt (nii 3.23.1 kui 3.23.4)? e) Mis on 3.27.1 ja 3.27.2 juhiste erinevus? f) Tegevuskava andmetes sisaldub “vastutaja” (p 8). Mille eest ta vastutab - kas mõne konkreetse tegevuse eest, plaani koostamise eest või millegi muu eest?	b. Jäi välja seoses märkamislehe esitamise muutumisega kohustuslikuks. c. See võiks TAI ülesanne olla. Vajab täpsustamist määruse väljatöötamise käigus. d. Jah e. See on olukord, kus üks tervishoiutöötaja on juhised andnud ja teine on need üle vaadanud ning soovib midagi muuta ehk siis valideerib teise tervishoiutöötaja arvamust täpsustades seda. f. Konkreetse tegevuse eest, mille taga tema nimi on.
Koordinatsiooniteenuse määruse § 1 punktide 1 ja 2 jõustumistähtjad tunduvad vahetuses olevat; samuti ei ole eelnõus § 5 lg 2 punkti 3, millel rakendussätte kohaselt peaks olema hilisem jõustumisaeg.	Arvestatud.
Eesti Linnade ja Valdade Liit	
1. IT-lahenduste, andmevahetuse ja sellega seotud inimeste digipädevusega seotud riskid. ELVL toetab infosüsteemide paremat koostalitlusvõimet, kuid peab senist sotsiaalvaldkonna infosüsteemide arenduskogemust arvestades nimetatud riske tõenäoliseks. Juhime tähelepanu, et juhul kui kavandatakse riiklikud infotehnoloogilised lahendused ei ühildu õigeaegselt ja sujuvalt kohalike omavalitsuste infosüsteemide ning sotsiaalteenuste ja -toetuste andmeregistriga (STAR), toob uute kohustuslike dokumentide – heaoluplaanide ja märkamislehtede – haldamine kaasa märkimisväärse käsitöö kasvu.	Selgitame: Tähelepanek on põhjendatud. Sotsiaalministeeriumi tellimusel läbi viidud eelanalüüs kinnitas, et ilma toimiva IT-lahenduseta toob integreeritud teenuseosutamine kaasa märkimisväärse käsitöö kasvu. Olukorra illustreerimiseks toome võrdluse kolmes ajahetkes: Praegu (2026): Ühtne digitaalne lahendus integreeritud teenuseosutamiseks puudub. Tervishoiutöötajad töötavad oma infosüsteemides (TIS, haigla infosüsteemid), sotsiaaltöötajad oma süsteemides (STAR2, SKAIS2) ning info nende vahel ei liigu.

See tähendab sotsiaaltöötajate manuaalse andmesisestuse koormuse plahvatuslikku suurenemist, mis nullib eelnõuga lubatud efektiivsuse paranemise ja halduskoormuse vähenemise. Samuti peab muudatuste kavandamisel arvestama asjaoluga, et KOV-ide tehniline valmisolek üleminekuks on erinev ja ka andmekaitse riskid vajavad täiendavat hindamist.	Koordinatsioon tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna vahel toimub valdavalt telefoni ja e-posti teel. 01.05.2028 (rakendamistähtaeg): Loodud on ühtne uus digitaalne lahendus ja heaolu infosüsteem (HIIS). Kavandatud lahenduse kohaselt täidab KOV sotsiaaltöötaja märkamislehe enda töölaual STAR2 kaudu, mis edastatakse automaatselt heaolu infosüsteemi. Heaoluplaani andmed on sotsiaaltöötajale vaadeldavad heaolu infosüsteemi kaudu ilma eraldi käsitsi sisestamiseta. Tegevuskava täitmine ja infovahetus toimub samuti heaolu infosüsteemi kaudu. 2030 (täislahendus): Andmevahetus SKAIS2, STAR2, TIS ja HIIS vahel toimib sujuvalt, andmed täidetakse automaatselt eeltäidetud väljadena ning osapoolte käsitsi sisestamise koormus on minimaalne. Nõustume, et KOV-ide erineva tehnilise valmisolekuga tuleb arvestada ning kavandame vajalikud tugimeetmed, sealhulgas digipädevuse arendamise ja üleminekuperioodi toe.
Ainuüksi olemasoleva tööjõu potentsiaalse lisatöö arvestus näitab märkimisväärset kulu kasvu, mis ületab kokku 644 000 eurot aastas: Sotsiaaltöötajate andmesisestus ja uued ülesanded: Juhul kui 450 kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajat panustavad uutele ülesannetele vaid ühe lisatunni nädalas, kujuneb otseseks aastaseks palgakuluks 409 500 eurot (arvestuskäik: 450 töötajat × 1 tund nädalas × 52 nädalat × 17,5 eurot tunnis).	Selgitame: Eelnõuga ei looda kohalikele omavalitsustele põhimõtteliselt uut ülesannet tagada mitme valdkonna tuge vajavate inimeste juhtumikorraldus või vajalikud sotsiaalteenused. Juba kehtiva sotsiaalhoolekande seaduse kohaselt on kohaliku omavalitsuse ülesanne hinnata inimese abivajadust ning korraldada vajadusele vastav abi ja teenused. Eelnõu eesmärk on parandada tervise- ja sotsiaalvaldkonna koostööd ning vähendada olukordi, kus inimene jääb valdkondade vahelise killustatuse tõttu vajaliku abita. Sealjuures on terviseteejuhi roll võtta valdkonnaüleses koordinatsioonis senisest suurem koordineeriv vastutus, mis võib aidata kaasa rollide selgusele ning tõhusamale töökorraldusele.

- Juhtide osalemine koostöökogudes ja TERVIK-ute juhtimises: Eeldusel, et 78 KOV-i peale osaleb protsessis keskmiselt 1,5 juhti (kokku 117 juhti), kes osalevad aastas 12 koosolekul (koosoleku kestus 3 tundi + ettevalmistus 2 tundi, kokku 5 tundi koosoleku kohta), kujuneb otseseks kuluks 189 540 eurot aastas (arvestuskäik: 117 juhti $\times$ 12 koosolekut $\times$ 5 tundi $\times$ 27 eurot tunnis).

Topelt koordinatsioon suurtes omavalitsustes. Suurtes KOV-ides (nagu Tallinn, Tartu jt), kus juba toimivad paralleelsed võrgustikud, lisandub dubleerivate tegevuste kulu. Kui hinnanguliselt 100 töötajat (viies suures KOV-is keskmiselt 20 töötajat) teevad paralleelse planeerimise ja koosolekute tõttu nädalas vaid 0,5 tundi lisatööd, toob see kaasa 45 500 eurot lisakulu aastas (arvestuskäik: 100 töötajat $\times$ 0,5 tundi nädalas $\times$ 52 nädalat $\times$ 17,5 eurot tunnis). Kuigi eelnõu ja selle mõjuanalüüside pinnalt ei ole hetkel võimalik täpselt prognoosida, mitme uue ametikoha loomist see reform üleriigiliselt kohalikes omavalitsustes tegelikkuses nõuab, toob iga uue sotsiaaltöötaja värbamine lisaks otsesele palgakulule kaasa ka vältimatu töökoha baaskulu (sealhulgas transpordi-, ruumi-, side- ja IT-kulud). Riik on küll näinud ette sarnaste tegevus- ja baaskulude katmise Tervisekassa poolt rahastatavate terviseteejuhtide puhul, kuid jätab tähelepanuta tõsiasja, et reformiga kaasnevate kohustuste täitmiseks vajalike uute KOV-i sotsiaaltöötajate ametikohtade loomine toob

Seetõttu ei ole võimalik üheselt eeldada, et eelnõuga kaasneb kohalikele omavalitsustele ELVL-i hinnangus toodud mahus täiendav töökoormus või vajadus luua samas mahus uusi ametikohti. ELVL juhib põhjendatult tähelepanu reformi käivitusfaasi töötaja suurenemise riskile, kuid mitmed toodud kuluhinnangud põhinevad eeldusel, et kõik reformiga seotud tegevused lisanduvad olemasolevale töökorraldusele täies mahus ega asenda seniseid paralleelseid koordineerimis- või juhtumikorralduslikke tegevusi. Omavalitsused tegelevad juba täna juhtumipõhiselt tervise- ja sotsiaalvaldkonna vahelise tegevuste koordineerimisega, kuid enamasti toimub see käsitsi (telefon, e-kiri) ja milma selgelt kokkulepitud süsteemita.

Kavandavad muudatused loovad korrastatud süsteemi - regulatsiooni, rollijaotuse ning vajalikud infotehnoloogilised eeldused - senisele killustatud ja isetekkeliselt kujunenud lahenduse asemele.

Samuti ei tähenda riskirühmade varasem märkamine automaatselt uue abivajaduse „loomist“, vaid senisest varasemat inimeste vajaduste tuvastamist ja neile vajaliku abi jõudmist. Need inimesed võivad olla juba kohaliku omavalitsuse vaateväljas või olla õigustatud abi saama kehtiva õiguse alusel ka praegu ka juhul, kui nad seda abi täna mingil põhjusel ei saa (nt neid pole märgatud). Seega ei saa esitatud arvestust käsitleda reformi otsese kuluprognosina.

Samas nõustume, et reformi rakendamisel tuleb tähelepanelikult hinnata selle tegelikku mõju kohalike omavalitsuste töökoormusele, teenusvajadusele ja kuludele. Mõju sõltub mh piirkondlikust korraldusmudelist, olemasolevast koostööpraktikast, teenuste kättesaadavusest ning sellest, millisel määral võimaldab valdkonnaülene koordinatsioon vähendada dubleerivaid tegevusi ja vältida kallimate sekkumiste vajadust hilisemas etapis.

Reformi rakendamise käigus jälgitakse selle mõju ning vajadusel hinnatakse täiendavate toetusmeetmete või rahastuslahenduste vajadust.

omavalitsustele kaasa samasugused vältimatud püsikulud. Eelnõus ei ole ette nähtud lisanduvate ametikohtade palga- ega baaskulude kompenseerimist kohalikele omavalitsustele.

Teeme ettepaneku lisanduvate ametikohtade palga- ja baaskulude kompenseerimist kohalikele omavalitsustele.

Riik lähtub eelnõu mõjuanalüüsis eeldusest, et valdkonnaülese koordinatsiooni tulemusena vajab täiendavaid KOV-i sotsiaalteenuseid ligikaudu 4800 inimest, mis moodustab umbes kuus protsenti sihtrühmast. Selle lisavajaduse aastaseks kuluks on hinnatud 4,6 miljonit eurot. See hinnang ei vasta aga KOV-ide tegelikele teenuskuludele ning alahindab reaalselt finantsmõju märkimisväärselt. Sotsiaalteenuste kulusurve on meie hinnangul riigi prognoositust 2,6 korda suurem.

Kohalike omavalitsuste tegelike andmete põhjal on teenuste kulud järgmised:

- Koduteenuse keskmine kulu on 1767,3 eurot inimese kohta aastas (arvestuskäik: 8,1 tundi kuus $\times$ 12 kuud $\times$ 18,3 eurot tunnis).
- Sotsiaaltranspordi keskmine kulu on 744,3 eurot inimese kohta aastas.

Kahe baasteenuse kogukulu ühe inimese kohta on seega 2511,6 eurot aastas (1767,3 eurot + 744,3 eurot).

Juhul kui riigi poolt eeldatud 4800 uut abivajajat suunatakse KOV-i teenustele, kujuneb tegelikuks lisakuludeks omavalitsustele 12,05 miljonit eurot aastas (4800 inimest $\times$ 2511,6 eurot). See tähendab,

et riigi prognoositud 4,6 miljonit eurot katab tegelikust rahalisest vajadusest vähem kui poole. Arvestades reformi järkjärgulist rakendumist, proaktiivse märkamise paratamatut laienemist ning regionaalseid erinevusi teenuste kättesaadavuses, on igati põhjendatud eeldada, et eelnõuga kaasnev tegelik finantsmõju ja kulusurve kohalikele omavalitsustele osutub riigi prognoositust veelgi ulatuslikumaks. Teeme ettepaneku hinnata eelnõuga kaasnevat tegelikku finantsmõju kohalikele omavalitsustele ning katta reformiga tekkivad lisakulud. „Riik tagab kohalikele omavalitsustele eelnõust tulenevate täiendavate ülesannete täitmiseks vajalike kulude katmise.“	
RTHS §-i 3 täiendamine uute mõistetega. Eelnõuga nähakse ette § 3 lõigetes 4–6, tuuakse sisse mõisted healupiirkond, healupiirkonna koostöökogu ja TERVIK. Kuigi eelnõu § 13³ on kirjeldatud terviseteejuhi rolli, peame siiski täiendada eelnõu ja seletuskirja mõistega „terviseteejuht“.	Arvestatud. Eelnõu täiendatud.
RTHS §-i 3 lõikega 7 ja tuuakse mõistetes juurde valdkonnaülene koordinatsiooniteenus. Oleme nõus, et sotsiaal- ja tervishoiuvaldkond vajab terviklikumat ja süsteemsemat lähenemist. Teeme ettepaneku täiendada eelnõu seletuskirja lähtuvalt sellest, kuidas on healuplaani koostamine seotud tegeliku teenuse osutamise ja kättesaadavusega. Ühtlasi palume eelnõu	Arvestatud. Eelnõu täiendatud.

seletuskirjas täpsustada, kuidas terviseteejuht toetab inimest teenuseni jõudmisel.	
RTHS § 13² – märkamisleht. 3. Eelnõu § 1 punktiga 13 lisatakse rahvatervishoiu seadusesse § 13², millega muuhulgas nähakse ette, et märkamislehe täidab tervishoiutöötaja või kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja. See tähendab, et ka lapse heaolu spetsialistid kui kohalike omavalitsuse sotsiaalhoolekande spetsialistid peavad vajaduse ilmnedes märkamislehti täitma. See hõlmab ka erivajadusega laste valdkonna spetsialiste. Kui lapse heaolu spetsialistil puudub märkamislehe täitmiseks piisav pädevus, siis ta peaks suunama perekonna omavalitsuse mõne teise spetsialisti poole, kes märkamislehe ise täidaks ja edastaks info süsteemi. Praktikas ei ole perekonna selline edasi suunamine mõeldav, näiteks, kui vanem pöördub lapse heaolu spetsialisti poole ise, tegu on PPA või haridusasutuse või muule teatele reageerimisega vms.	Selgitame: Eelnõus on loetletud isikud, kellel on kohustus märkamisleht täita selleks, et terviseteejuht saaks asuda inimesega suhtlema ning teda esmasele nõustamisele kutsuda. Eelnõu on täiendatud järgmiselt: “Tervishoiutöötajal, kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajal või lastekaitsetöötajal (edaspidi koos teavitaja) on kohustus täita märkamisleht, kui inimesel esinevad terviseprobleemid ja olulised sotsiaalsed raskused ning on põhjendatud kahtlus, et ta ei suuda oma olukorraga iseseisvalt või oma seadusliku esindaja abil toime tulla ning võib vajada valdkondadeülest koordinatsiooniteenust.”
Täiendavat läbitöötamist vajab teema, kuidas on plaanis spetsialiste koolitada, et nad tegelikult ka oskaksid uues süsteemis orienteeruda ja ettenähtud toiminguid sooritada? Spetsialistide pädevuse tõstmiseks ei piisa pelgalt infopäevast. Kuidas on riskirühma (sh erivajadusega lastega perede) huvid sellise muudatuse valguses tegelikult kaitstud? ELVL teeb ettepaneku täiendada Rahvatervishoiu seaduse § 13² uue lõikega: „Märkamislehe täitmisel tuleb tagada, et andmete sisestajal on vastav pädevus ning vajadusel	Arvestatud osaliselt. Märkamislehte on KOV sotsiaaltöötaja ja lastekaitsetöötaja jaoks nõutava terviseinfo osas oluliselt lihtsustatud. Rehabilitatsiooniteenustele suunamine on terviseteejuhi ülesannetest välja jäetud.

võimalus kaasata teisi spetsialiste.“ Ühtlasi loodame, et rakendusaktis sätestatakse ka, kes vastutab andmete õigsuse eest, kuidas toimub andmete parandamine ja kui kaua andmeid säilitatakse.	
RTHS § 13³ – terviseteejuht. Eelnõu kohaselt võib terviseteejuht hinnata inimese sotsiaalset abivajadust ning edastada hinnangu KOV-ile. ELVL hinnangul võib see tekitada rollide kattumise SHS § 15 alusel KOV pädevuses oleva abivajaduse hindamisega. ELVL teeb ettepaneku täiendada regulatsiooni sättega, mille kohaselt KOV-i kohustus hinnata inimese abivajadust vastavalt sotsiaalhoolekande seadusele säilib ning terviseteejuhi hinnang on KOV-ile toetava ja informatiivse iseloomuga.	Arvestatud osaliselt. Põhjalik sotsiaalse abivajaduse hindamine (mis võis dubleerida KOV sotsiaaltöötaja tööd), on terviseteejuhi ülesannetest välja jäetud. On eeldatud, et terviseteejuht saab oma töö aluseks võtta KOV sotsiaaltöötaja poolt läbiviidud hindamise kokkuvõtte. Eelnõu eesmärk ei ole muuta kohaliku omavalitsuse pädevust ega vastutust inimese abivajaduse hindamisel sotsiaalhoolekande seaduse alusel. Kohaliku omavalitsuse kohustus hinnata inimese abivajadust ja otsustada sotsiaalteenuste ning -toetuste määramine säilib jätkuvalt kohaliku omavalitsuse pädevuses. Terviseteejuhi roll on toetada valdkonnaülest koordinatsiooni ning aidata tervise- ja sotsiaalvaldkonna info sidumisel kaasa inimese vajaduste varasemale märkamisele ja terviklikule käsitlemisele. Terviseteejuhi poolt kogutud või hinnatud info ei asenda kohaliku omavalitsuse poolt läbiviidavat sotsiaalhoolekande seaduse kohast abivajaduse hindamist, vaid on kohaliku omavalitsuse jaoks toetava ja informatiivse iseloomuga.
RTHS § 13⁴ - heaoluplaan. Heaoluplaani andmekoosseis on väga mahukas ning hõlmab ulatuslikke tervise-, sotsiaal- ja isikuandmeid. ELVL hinnangul võib see suurendada bürokraatiat, dubleerida olemasolevaid plaane, suurendada andmekaitseriske, tekitada täiendavat töökoormust KOV spetsialistidele.	Arvestatud osaliselt. Heaoluplaani eesmärk on vähendada valdkondade killustatust ja olukordi, kus inimene peab sama infot korduvalt erinevatele osapooltele esitama või kus tervise- ja sotsiaalvaldkond koostavad paralleelselt üksteisest sõltumatuid plaane.

ELVL teeb ettepaneku sätestada seaduses põhimõte, et heaoluplaan ei asenda kohaliku omavalitsuse juhtumiplaani ega muid seadusest tulenevaid dokumente. Peame ka vajalikuks piirata heaoluplaanis töödeldavate andmete hulka minimaalselt vajalikuga. Rakendusaktis tuleks sätestada üheselt kes vastutab heaoluplaani ajakohasuse eest, kes võib andmeid muuta, kuidas toimub andmetele ligipääsu lõpetamine.	Heaoluplaan on valdkonnaüleline koordinatsioonivahend, mille eesmärk on koondada inimese tervise- ja sotsiaalvaldkonna eesmärgid, kokkulepitud tegevused ning tugimeeskond inimese vaates ühtseks tervikuks. Heaoluplaan ei asenda omavalitsuse juhtumiplaani (neid koostatakse täna väga vähe ja nende asendamine oleks seetõttu ka keerukas). Pigem on inimese jaoks tarvilik, et tema jaoks oleks ühes kohas osutatavate teenuste vaade, edaspidi ka kalendervaade. Kohaliku omavalitsuse sotsiaalhoolekande seadusest tulenev pädevus ja kohustus hinnata inimese abivajadust ning koostada vajadusel juhtumiplaan säilib. Samas ei ole eelnõu eesmärk säilitada paralleelseid ja kattuvaid plaane olukorras, kus olemasolevat infot on võimalik kasutada valdkonnaüleselt inimese huvides ja minimaalsuse põhimõttest lähtudes. Nõustume, et heaoluplaanis töödeldavate andmete ring peab olema piiratud eesmärgi saavutamiseks minimaalselt vajalikuga ning andmete ajakohastamise, muutmise, ligipääsu ja vastutuse põhimõtted peavad olema selgelt reguleeritud. Oleme sellest ka lähtunud. Kasutusele võetakse uus andmekogu, mille põhimäärus hakkab reguleerima täpseid andmekoosseise. Samuti andmeandjaid, kust mh tuleb info heaoluplaanile.
RTHS § 13¹ ja 38² - koostöökogu ja TERVIK. ELVL teeb ettepaneku täiendada regulatsiooni järgmiste põhimõtetega: - Koostöökogu otsused on soovitusliku iseloomuga ega piira kohaliku omavalitsuse üksuse õigust otsustada kohaliku elu küsimusi iseseisvalt. - TERVIK ei või võtta üle kohaliku omavalitsuse seadusest tulenevaid ülesandeid ilma kohaliku omavalitsuse nõusolekuta.	Selgitame: Sõnastus “Koostöökogu otsused on TERVIK-ule täitmiseks kohustuslikud” on muudetud järgnevalt: “TERVIK lähtub oma töös tervise- ja heaoluprofiilist, mille on koostöökogu käesoleva paragrahvi lõike 4 alusel heaks kiitnud.” Sõnastus ei piira KOV õigust otsustada kohaliku elu küsimusi. Kuid samas tagab integratsiooni eesmärgi, et heaolupiirkonnas tehakse koostööd ja täidetakse ühiseid heaolu eesmärke. TERVIK-ul puudub seadusest tulenev volitus või pädevus kohaliku omavalitsuse seadusjärgsete ülesannete ühepoolseks ülevõtmiseks. Kohaliku omavalitsuse

- KOV esindajate osalemine koostöökogus ei tohi kaasa tuua kohaliku omavalitsuse täiendavaid rahalisi kohustusi ilma vastava rahastusallikata.	ülesanded on sätestatud seadusega ning nende delegeerimine või üleandmine saab toimuda eranditult vaid seaduses sätestatud alustel ja KOV-i endaga sõlmitava kokkuleppe (nt halduslepingu) alusel. Koostöökogu on nõuandva või koordineeriva iseloomuga ega oma õiguslikku pädevust panna kohalikule omavalitsusele täiendavaid rahalisi kohustusi. Kohaliku omavalitsuse eelarve ja varaliste kohustuste võtmine on seaduse kohaselt KOV-i volikogu ainupädevuses. Seda põhimõtet on rõhutatud ka eelnõu seletuskirjas.
---	--

Andmekaitse inspeksioon	
Eelnõu seletuskirjas on märgitud, et märkamislehe kasutuselevõtt standardiseerib teavitamise protsessi ning tagab, et vajalik teave, mis seni liikus vabatekstina või suuliselt, esitatakse süsteemselt ja võrreldaval kujul. Kuigi standardiseerimine on tervitatav, rõhutab AKI, et eriliiki isikuandmete (terviseandmed ja andmed sotsiaalse olukorra kohta) töötlemine ilma isiku eelneva nõusolekuta nõuab täiendavaid kaitsemeetmeid. Eelnõu kohaselt jääb terviseteejuhile diskretsiooniõigus otsustada, kas ta kutsub inimese nõustamisele või mitte. See tähendab, et isiku kohta võidakse koondada ja edastada tundlikke andmeid ilma, et isik ise protsessist teadlik oleks. AKI juhib tähelepanu, et isikuandmete kaitse üldmääruse (IKÜM) läbipaistvuse põhimõttega oleks paremini kooskõlas märkamislehe täitmise eeldusena sätestatud isiku teavitamise kohustus.	Arvestatud Eelnõud on täiendatud ja sätestatud, et kui teavitaja on edastanud märkamislehe, on terviseteejuht kohustatud märkamislehe andmete alusel omal algatusel kutsuma inimese koordinatsiooniteenuse vajaduse hindamisele ja esmasele nõustamisele. Rakendusaktis “Valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse nõuded ja riskirühmade määramise metoodika” on kirjeldatud terviseteejuhi ülesanded: „§ 7. Esmane nõustamine ja valdkondadeülese koordinatsiooni vajaduse hindamine (1) Terviseteejuht peab inimesega, kelle kohta märkamisleht esitati, ühendust võtma kolme tööpäeva jooksul, haiglas ühe tööpäeva jooksul.“
Eelnõu ja seletuskiri kasutavad läbivalt terminit terviseteejuht, kuid jätavad defineerimata selle isiku staatuse, kvalifikatsiooni ja juriidilise rolli. Palume eelnõu täpsustada, sätestades terviseteejuhi mõistet. Kuna terviseteejuhile antakse väga laiad juurdepääsuõigused inimese	Arvestatud Eelnõu I versioonis oli mõiste sõnastuses: „Terviseteejuht on valdkondadeülest koordinatsiooniteenust osutav spetsialist, kelle ülesanne on toetada kompleksse abivajadusega inimest abisüsteemis liikumisel, tagada teenuste lõimitud osutamine ning koordineerida tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostööd isiku tasandil.“

isikuandmete, sh eriliiki isikuandmetele, peab olema üheselt selge, kes kannab vastutust andmete turvalisuse ja sihipärase töötlemise eest.	Asendame selle sõnastusega: „Valdkondadeülest koordinatsiooniteenust osutab tervishoiuteenuse osutaja poolt tööle võetud terviseteejuht, kes on omandanud tervishoiu või sotsiaalvaldkonna kõrghariduse ja läbinud vastava täienduskoolituse. Terviseteejuhi täpsemad pädevusnõuded kehtestab valdkonna eest vastutav minister määrusega“
Seletuskirjast nähtub, et terviseteejuht on keskne lüli, kes hakkab haldama andmevahetust tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna vahel. Eelnõu pinnalt on aga raske ammendavalt mõista, millises teenuse osutamise etapis, millisele andmekoosseisule ning millisel täpsel õiguslikul alusel terviseteejuht andmetele ligi pääseb. TTKS § 59³ kavandatav sõnastus avab sotsiaaltöötajatele ja terviseteejuhtidele laiaulatusliku ligipääsu meditsiinilistele andmetele (epikriisid, retseptid), mis võib olla vastuolus andmete minimeerimise põhimõttega, kui sotsiaalvaldkonna spetsialistile avaneb vaade kogu haigusloole. Seletuskiri märgib, et sotsiaaltöötajatel on praegu piiratud õigused ja puudub ligipääs terviseinfole. Eelnõu aga loob mehhanismi, kus terviseteejuht saab kaasata sotsiaaltöötaja hindamisse. Juurdepääsud andmetele peaks täpsemalt reguleerida.	Arvestame Eelnõud ning seletuskirja on täiendatud
Kavandatav RTHS § 13³ lõige 2 sätestab, et terviseteejuht kutsub inimese nõustamisele märkamislehe andmete alusel omal algatusel. Samas lõige 3 märgib, et teenust pakutakse inimese nõusolekul ning nõusoleku puudumisel lõpetatakse andmete edasine töötlemine. Jääb	Selgitame Märkamislehe andmete alusel võib terviseteejuht inimesega ühendust võtta ja pakkuda talle koordinatsiooniteenust. Edasine terviseteejuhi poolne andmete töötluse õigus sõltub sellest, kas inimene soovib terviseteejuhi esmast nõustamist või mitte. Kui inimene ei soovi esmast nõustamist, piirdub andmetöötlus ainult märkamislehega, kui lepitakse kokku terviseteejuhi esmase nõustamise aeg, siis seda tõlgendatakse kui inimese nõusolekut teenusega ja sellega kaasneva andmetöötlusega, kuna ilma andmetöötluseta pole võimalik antud teenust osutada.

arusaamatuks, kas isiku nõusolek on vajalik teenuse osutamiseks või on see IKÜM-i tähenduses andmete töötlemise õiguslik alus.	
Samuti on defineerimata, mida tähendab andmete edasise töötlemise lõpetamine, st kas see hõlmab ka teenuse osutamise lõpetamist, juba kogutud märkamislehe andmete kustutamist või üksnes uute andmete lisamise peatamist	Selgitame: Teenuse osutamise lõpetamine ei tähenda automaatselt olemasolevate andmete kustutamist vaid peatatakse nende ligipääs.
Sarnane probleem esineb RTHS § 13³ lõikes 7, kus heaoluplaani kinnitamine on seotud nõusolekuga anda tugimeeskonnale ligipääs andmetele. Ebaselgeks jääb, kas isikul on võimalik kinnitada heaoluplaani, kuid keelduda juurdepääsu andmisest teatud tugimeeskonna liikmetele (nt konkreetsele sotsiaaltöötajale või lähedasele). Ka selle sätte sõnastus vajab täpsustamist osas, mis puudutab andmete edasise töötlemise lõpetamist. Palume täpsemini reguleerida teenuse erinevate etappide õiguslikke aluseid ning töödeldavate andmete mahtu.	Arvestatud ja selgitame: Eelnõu andmetvahetuse alused on korrigeeritud ja muudetud. Koordinaatsiooni teenuse saamise tarvilik eeldus on nõustumine esmase tugimeeskonna so perearsti, pereõe, raviarsti, KOV sotsiaaltöötaja või lastekaitsetöötaja ja terviseteejuhi juurdepääsuga heaoluplaanile ja tegevuskavale. Heaoluplaani saab kinnitada ja teenust osutada, kui nendele isikutele on ligipääs andmetele võimaldatud. Teenuse osutamiseks kinnitatud heaoluplaani alusel ei pea tugimeeskond laiem olema.
Lisaks vajab hindamist säilitustähtaegade proportsionaalsus TTKS § 59¹ lõikes 5, kus heaoluplaane soovitakse säilitada 30 aastat. Abivajadus on sageli ajutine ning 30-aastane säilitamine ei pruugi olla säilitamise eesmärgiga proportsionaalne.	Arvestatud Heaoluplaanide säilitustähtaega lühendatud 10 aastale, märkamislehe oma 3 aastale.
Kavandatava RTHS § 13⁵ kohaselt teostab Tervisekassa automaatset andmetöötlust raviarvete ja retseptiandmete põhjal, et genereerida isikule „riskirühma tunnus“. AKI juhib tähelepanu, et	Arvestatud ja selgitame: Selgitame, et riskitunnus arvutatakse ainult inimese terviseinfo ja tervishoiuteenuste kasutamise info alusel, kuid valdkondadeülese teenuse osutamiseks on kohustuslik arvestada ka sotsiaalsete riskitegurite infoga ning hinnata neid koosmõjus riskitunnusega, mis kirjeldab võimalikku kõrgenenud tervishoiuteenuste kasutamise

tegemist on profiilianalüüsiga IKÜM artikli 22 tähenduses. Eelnõu regulatsioon ei taga andmesubjektile piisavat kaitset, mida nõuab IKÜM põhjenduspunkt 71.

Eriliigiliste andmete põhjal tehtav automaatne otsustamine peab sisaldama rangeid kaitsemeetmeid, nimelt andmesubjektile tuleb anda konkreetset teavet profiilianalüüsi loogika kohta ning tagatud peab olema isiku õigus otsesele isiklikule kontaktile, õigus väljendada oma seisukohta ja õigus otsust vaidlustada. Eelnõu ei sätesta piiranguid alaealiste profileerimisele, kuigi IKÜM kohaselt ei tohiks selline automaatne töötlemine üldjuhul lapsi puudutada

riski. Seega IKÜM artikkel 22 ei laiene riskitunnuse automaatsele genereerimisele. Siiski peame vajalikuks võimaldada andmesubjektile arusaamist riskitunnuse sisust ja määramise alustest.

Eelnõu on täiendatud sättega: “Andmesubjektile on õigus näha selgitusi riskitunnuse ja selle määramise aluste kohta.”

Selgitame, et IKÜM-i kontekstis on oluline eristada **automaatset andmetöötlust** ja **automatiseeritud üksikotsuste tegemist**. Artikkel 22, mis käsitleb üksnes **automatiseeritud otsuseid**, sealhulgas profiilianalüüsi, **mis tekitavad isikule õiguslikke tagajärgi või mõjutavad teda samaväärselt olulisel määral**.

See tähendab, et IKÜM ei keela:

- automaatset riskiskoori arvutamist;
- automaatset riskistratifikatsioonimist;
- profiilianalüüsi kui sellist.

Keeld puudutab olukorda, kus:

- arvuti teeb **lõpliku otsuse** inimese kohta ilma sisulise inimese sekkumiseta ning sellel otsusel on oluline mõju (nt teenusest ilmajätmine, hüvitise määramata jätmine vms).

IKÜM põhjenduspunktis 71 on öeldud: "...selline meede ei peaks puudutama last."

Oluline on aga tähele panna, et esiteks on tegemist **põhjenduspunktiga (recital)**, mitte artikliga. See aitab artiklit tõlgendada, kuid ei loo iseseisvat keeldu. Teiseks räägib põhjenduspunkt samuti **artikli 22 mõttes automatiseeritud otsustest**, mitte igasugusest automaatselt andmetöötlemisest.

	Toome näited Katalooniast ja Baskimaalt, mille riiklikes infosüsteemides arvutatakse lapsele automaatselt riskiskoor, kuid see ei too automaatselt kaasa ühtegi otsust. Näiteks: • lapse riskiklass arvutatakse; • süsteem kuvab perearstile või lastearstile hoiatuse; • spetsialist otsustab, kas üldse midagi ette võtta; • inimene vaatab juhtumi alati üle. Euroopa Andmekaitse nõukogu on oma artikli 22 juhistes* rõhutanud, et: • riskiskoori või profiili arvutamine iseenesest ei kuulu alati artikli 22 alla; • artikkel 22 rakendub alles siis, kui selle põhjal tehakse inimese suhtes automaatselt oluline otsus; • laste puhul tuleb olla eriti ettevaatlik ning üldjuhul vältida täielikult automatiseeritud otsuseid. *Automated decision-making and profiling European Data Protection Board
Kavandatavas RTHS § 13⁴ lõikes 1 nimetatud viide „§ 13³ lõike 2 punktis 3“ on ebakorrektne, ilmselt on peetud silmas § 13³ lõiget 4.	Arvestatud. Täname tähelepanu juhtimise eest, korrigeeritud.
Kavandatava RTHS § 13⁴ lõikega 3 sätestatakse, et heaoluplaani ja tegevuskava täpsem andmekoosseis kehtestatakse tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 59² lõike 2 alusel kehtestatud määrusega. Andmesubjekti õiguste tagamiseks peab põhiõigusi riivav andmekoosseis	Arvestatud. Kuna kasutusele võetakse uus infosüsteem, siis on kogu eelnõu andmevahetusealane regulatsioon muudetud. Antakse õiguslikud alused andmete töötlemiseks ja uueks põhimääruseks.

olema ammendavalt reguleeritud, seega soovitame sõnastada säte sarnaselt § 13 ² lõikega 4, mille kohaselt peab ministri määruses olema mitte täpsem vaid täpne andmekoosseis.	
Eelnõu punktiga 13 sätestatakse RTHS § 13 ³ terviktekst, kuid eelnõu punktiga 14 muudetakse koheselt sama paragrahvi lõiget 1. Jäab arusaamatuks, milline on sätte lõplik ja kehtima hakkav sõnastus.	Selgitame: Eelnõu jõustub juulis, kuid mais 2028 muutuvad ja lisanduvad ülesanded, seetõttu on vajalik taoline normitehniline ülesehitus.
Paralleelselt on kooskõlastamisel RTHS muutmise eelnõu, mille § 1 punktiga 1 täiendatakse RTHS paragrahvi 1 lõiget 1 punktiga 3' ² . Samas näeb käesolev eelnõu ette RTHS § 1 lõike 1 täielikku muudatust. Juhime tähelepanu, et eelnõude menetlemisel tuleb järgida, et eelnõuete vahel ei tekiks vastuolu.	Arvestatud.
Eesti Rehabilitatsiooniasutuste Liit	
Rehabilitatsiooniasutuste ja nende klientide seisukohast on probleem selles, et teenuseosutajate üleminekukulud, liidesed, koolitused ja vastavuskulud ei ole eraldi lahti kirjutatud.	Selgitame: Rehabilitatsiooniasutustele seoses integratsioonireformiga otseseid kulusid ei teki. Rehabilitatsioonireformiga seos on eelnõust eemaldatud.
Eesti Tööandjate Liit	
Kontseptsiooni edasi arendamisel teeme ettepaneku kaaluda tõsiselt antud ülesannete ja probleemide lahendamist tehnoloogiliste tööriistade abil. Täna valitsuse lubadus on olnud mitte paisutada avalikku sektorit ega luua täiendavat bürokraatiat ja samadest põhimõtetest tuleb lähtuda ka tervishoiu korraldamisel	Selgitame: Olulises osas on kogu planeeritav ressurss juba täna olemas ja süsteemis kasutusel - koostöökogude asemel on täna maakondades erinevas formaadis tervisenõukogud, kes kinnitavad planeeritavast oluliselt mahukamaid terviseprofiile, tänaseks on kõigis maakondades olemas ka võrgustikujuhid, ehkki projektipõhiselt. Terviseteejuhi osas märgime, et täna on haiglates tööl 111 sotsiaaltöötajat (täistööajale taandatult 72), sotsiaalse rehabilitatsiooni meeskondades ca 300 sotsiaaltöötajat (täistööajale taandatult 76) ning hoolduskoordinaatoreid/tervisejuhte projektipõhiselt 44. Lisaks

	on haiglates tööl erinevaid juhtumikorraldajaid ja teekonnajuhte. Selles vaates on tegemist eeskätt olemasoleva süsteemi korrastamise ja edasi arendamisega.
Samuti peame oluliseks, et kavandatavate muudatuste elluviimine ei tooks kaasa halduskoormuse kasvu ning et enne ulatuslikku uute ametikohtade loomist hinnataks põhjalikult olemasolevate struktuuride tõhusama kasutamise võimalusi.	Arvestatud. TERVIK-ute loomine on 100%-liselt planeeritud olemasolevate struktuuride alusel. Oleme analüüsinud perearstiabi jätkusuutlikkust ja efektiivsust. Perearste on juba praegu puudu (eriti väljaspool Tallinnat ja Tartut on paljudes kohtades probleeme teenuse osutamise jätkusuutlikkusega) ja perearstide meeskonnad on väga väikesed (enamasti ainult 1-2 õde). Neile ei ole võimalik ilma täiendavat personali ressursi juurde andmata olulisi lisafunktsioone juurde anda. Vastasel juhul halveneb perearstiabi kättesaadavus veelgi ja tulemuseks on EMO-de koormuse kasv mitte langus. Haiglad rahastavad sotsiaaltöötajaid (kokku üle Eesti ca 70 FTE-d), kelle peamine ülesanne on toetada inimest haiglast koju või hooldekodusse liikumisel, juba täna oma sisemise efektiivsuse arvelt, kuna riiklik rahastus puudub.
Eesti Ravimihulgimüüjate Liit	
Eelnõu kohaselt tuleb heaalupiirkonna koostöökogu moodustada „maakonnakeskuseks oleva kohaliku omavalitsuse üksuse, kes korraldab koostöökogu tööd, juurde“ – eelnõu jätab täpsustamata, kuidas määratletakse maakonnakeskuseks olev KOV; samuti on sõnastuses teatav tautoloogia nõudes, et koostöökogu tuleb moodustada selle KOV juurde kes hakkab koostöökogu tööd korraldama	Selgitame: Ainult juhtudel, kus maakonnas puudub maakondlik arendusorganisatsioon. Selliseid maakondi on Eestis ainult üks ehk Saare maakond. Seal on loogiline, et koostöökogu moodustatakse Saaremaa valla juurde. Arvestame sõnastuse täpsustamise soovitusi.
Eelnõus nähakse koostöökogu otsustusprotsess ainuvõimalikuna ette konsensuspõhisena. Eelnõu jätab täpsustamata, mis saab konsensusse mittesaavutamisel. Koostöökogu otsused on aluseks TERVIK-ute tööle, TERVIK-u tegevus aluseks selle rahastamisele Tervisekassa poolt ning TERVIKu (töötajate) otsustega määratakse inimese õigused	Arvestatud. Täiendame eelnõud järgmiselt: Koostöökogu liikmed langetavad otsuseid konsensuslikult. Kui konsensus ei saavutata, võetakse otsus vastu hääletusega. Koostöökogu töökorra üldpõhimõtted kehtestab valdkonna eest vastutava minister määrusega. Rakendusakti kavand on lisatud eelnõule.

teenustele. Seega võib koostöökogus konsensuse ja seega otsuse puudumine peatada kõik ülejäänud protsessid ja tegevused	Selgitame, et TERVIKu töö aluseks ei ole üksnes tervise- ja heaoluprofiil – esialgu tegutseb TERVIK üldse ilma kinnitamata profiilita. Viimane on strateegiline dokument millega kinnitatakse TERVIK-ule tulemusrahastamise baasiline alus. TERVIKu ülesanded on sätestatud RTHS § 13¹ lõikes 4. See kui tervise- ja heaoluprofiili ei ole kinnitatud, et takista TERVIKu tööd seaduse alusel.
Küsimus koostöökogu otsuste kohustuslikkusest TERVIK-ule. Kas TERVIKule on kohustuslikud on näiteks koostöökogu poolt tehtu „ettepanekud tervise- ja heaoluprofiilis toodud strateegiliste tegevussuundade ja tulemuseesmärkide ning tegevuskava muutmiseks“	Selgitame: Sätet muudetakse kooskõlastamise märkuse alusel ja sõnastatakse järgmiselt: (7) TERVIK lähtub oma töös tervise- ja heaoluprofiilist, mis on käesoleva paragrahvi lõike 4 alusel koostöökogu poolt heaks kiidetud. Muudatus täpsustab, et selleks, et TERVIK oma töös tervise- ja heaoluplaanist lähtuks, peab see olema koostöökogus heaks kiidetud, seega on TERVIKu poolne THP rakendamine seotud koostöökogu otsusega.
Sotsiaalministeeriumi korraldus toimus paralleelselt eelnõus loodavate TERVIKute süsteemiga ka eurovahenditest finantseeritud TERVIKute loomise projektivoor. EL rahastuse ja käesoleva eelnõu nõuded TERVIKutele on erinevad. Kuidas kavandatakse välisfinantseeringu TERVIKute ja eelnõu TERVIKute omavaheline koostöö?	Selgitame: Välisfinantseeringu TERVIK-ud on väiksemate ent sarnaste nõuetega kui eelnõu TERVIK-ud. Eelnõu terviku moodustamisel on välisfinantseeringu TERVIK-u nõuded 100%-liselt täidetud. Eesmärk on välisabi kaudu toetada eelnõu TERVIK-ute loomist. Selgitame lepingulisi aluseid ja maakonna koostöö rahastamist kolmes erinevas etapis: 1. etapp, s.o käimasolev RTK viis Sotsiaalministri 29. augusti 2023. a määruse nr 48 „Inimkeskse hoolekande- ja tervishoiusüsteemi koordineerimise rakendamine“ (ESF+ meede 21.4.9.1) raames perioodil november 2025-märts 2026 avatud vooru, mille eesmärk on toetada maakondade valdkondade ülese koostöö korraldamisel ja üleminekul riiklikule süsteemile (edaspidi hoolduskoordineerimise projekt). Abikõlblikkuse periood algas 01.01.2026 ja on kavandatud kestma kuni 30.04.2028. Taotlusvooru raames esitati taotlusi kõigist maakondadest v.a. Ida-Viru maakond, kus on sama tegevus rahastatud ÖÜF-ist. Hoolduskoordineerimise projekti raames on kõik maakonna KOV-id, vähemalt üks HVA haigla ja 5 nimistut omavat perearsti alla kirjutanud koostööleppetele, millega on võetud kohustus võtta maakonda tööle

	võrgustikujuht, kelle palga- ja tegevuskulu projekti lepingu alusel rahastatakse, leppida kokku koostöökorraldus ja teha koostööd kokkulepitud eesmärkide nimel. Võrgustikujuhi palkab projektis reeglina projekti elluviija. TERVIK-u moodustamine on projekti sisse kirjutatud ühe tegevuseesmärgina ja selle all on mõeldud maakonna teenuseosutajate laiapõhjalist kaasamist koostöövõrgustikku, mis on oluline sõltumata planeeritava eelnõu jõustumisest. Sotsiaalministri 29. augusti 2023. a määruse nr 48 „Inimkeskse hoolekande- ja tervishoiusüsteemi koordinatsioonimudeli rakendamine“ alusel antav abi ei ole riigiabi (vt määruse § 1 lg 6). 2. etapp, s.o eelnõu jõustumine Selleks, et tagada sujuv üleminek projektilt riiklikule süsteemile, sätestatakse eelnõuga seaduses TERVIK-ute moodustamise kohustus enne seda, kui projektiperiood lõppeb. Eeldusel, et seadus võetakse vastu 2027 alguses ja TERVIK-ute seaduslik moodustamise nõue rakendub 1.juulist 2027, peavad maakondades juba projekti raames koostööd tegevad TERVIK-u kohustuslikud osapooled otsustama, kes neist võtab enda peale TERVIK-u moodustamise rolli. TERVIK-us saab kokku leppida, et projektis töötav võrgustikujuht aitab korraldada TERVIKU koostöölepingu sõlmimist tarvilike osapooltega. TERVIK-u moodustaja loob oma juriidilise isiku koosseisu struktuuriüksuse nimega TERVIK ja täiendab oma juhtimisarvestust nii, et selle struktuuriüksuse kulud oleksid eristatavad. Sõltumata sellest, kas hoolduskoordinatsiooni projekti elluviija ja TERVIK-u moodustaja on sama juriidiline isik (mõlemal juhul on kohustuslikud koostöö osapooled samad), hakkab projektis töötav võrgustikujuht täida TERVIKU juhi ülesandeid projektiga piiratud mahu. Selles etapis toimub rahastamine 1. etapi kohaselt (täiendavaid riigieelarvelisi vahendeid ette ei näha). Tervisekassa sõlmib TERVIKuga ühekordse ülemineku- ja rakenduslepingu (haldusleping), mis ei ole rahastamisleping. Samas annab ta selle lepingu alusel garantii TERVIK-u võrgustikujuhi rahastuse üle võtmiseks peale välisabi rahastuse lõppu aga mitte varem kui 01.05.2028. 3. etapp, s.o peale välisabi projektide lõppu
--	---

	Eelnõu kohaselt sõlmib Tervisekassa alates 01.05.2028 TERVIK-utega TERVIKu rahastamise lepingu, mille alusel kaetakse TERVIKu võrgustikujuhi palga- ja tegevuskulu ühetaoliselt ravikindlustuse vahenditest kõigis maakondades. Tegemist ei ole toetusega vaid TERVIK-ule seadusega pandud haldusülesannete täitmiseks mõeldud kulude katmisega. Rahastamislepingust tulenevate (haldus)ülesannete täitmise ja vahendite sihipärase kasutamise üle toestab lepingulist järelevalvet Tervisekassa. Riiklikku järelevalvet teostab Sotsiaalministeerium.
TERVIKu ülesandeks sätestab eelnõu mh „tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutamise valmisoleku koordineerimine“, kuid jätab selgitamata, mida see funktsioon endast tegelikult kujutab ning kas see „koordinatsioon“ asetab TERVIKu haldusorganina riigiasutuste kõrvale ja teenuseosutajate suhtes vertikaalsesse avalik-õiguslikku positsiooni?	Selgitame: TERVIK on eraõiguslik juriidiline isik, kes saab seaduse alusel endale ülesanded. Neid rahastab Tervisekassa. TERVIK ei muutu haldusorganiks, vaid üksnes täidab mõnda haldusülesannet.
Eelnõus puuduvad kollisiooninormid juhuks, kui mõnes heaolupiirkonnas peaks tekkima mitu TERVIKu tingimustele vastavat ühendust, mis kõik pretendeerivad TERVIKu seisundile ja Tervisekassa rahastusele eelnõu tähenduses	Selgitame: Need on olemas eelnõu rakendustingimustes. Ka seletuskiri toob selle välja.
Eelnõu sõnastuses ei ole arvestatud Sotsiaalministeeriumi poolt paralleelselt menetluses olevat ning käesolevast eelnõust menetluslikus mõttes eespool olevat nn STEEL eelnõu tervishoiu IT-süsteemi liitmiseks. Ühel hetkel vajab eelnõu kindlasti muutmist vähemalt viidetes neile andmekogudele, mis STEEL-eelnõuga lõpetatakse	Selgitame: Oleme STEEL eelnõuga kursis. Siiski seni kuni tegemist on eelnõuga, mida ei ole välja kuulutatud, ei saa käesolevas eelnõus STEEL eelnõuga planeeritavate muudatustega arvestada.
Eelnõu selgitustes räägitakse TERVIKute rahastamisest välisvahendite arvelt, kuid eelnõu tekstis on säte, mille kohaselt võtab alates 1.5.2028	Selgitame: Seletuskirja eelarve tabelis oli vastav kulu olemas. Avame selle seletuskirjas ka detailsemalt.

TERVIKu rahastamise täiest ulatuses üle Tervisekassa ravikindlustuse vahenditest. Seda uut püsikulu ulatust ja arvestust ravikindlustuse eelarvele seletuskirjas avatud ei ole. Ei ole ka selgitatud, kuidas saab kassa kasutada ravikindlustussüsteemi vahendeid vähemalt osaliselt kindlustusväliste tegevuste ja isikute finantseerimiseks.	Selgitame, et koordinatsiooniteenuse rahastamine Tervisekassa eelarvest (sh laienemine teatud juhtudel kindlustusvälistele isikutele või tegevustele) on juriidiliselt ja sisuliselt samane Eesti tervishoiusüsteemis juba toimivate universaalsete rahvatervise meetmetega. Tervishoiu- ja ravikindlustussüsteem ei piirdu üksnes kindlustatud isikute individuaalse raviga, vaid Tervisekassa finantseerib seaduse alusel juba täna laiaulatuslikke rahvatervise ja ennetustegevusi, mis on suunatud kogu elanikkonnale (nt riiklikud sõeluuringud, immuniseerimiskavad, vältimatu abi ja teatud infektsioonhaiguste ravi kõigile isikutele). Nende universaalsete teenuste finantseerimise õiguslik ja majanduslik eesmärk on ühine – hoida ära raskemate terviseprobleemide süvenemine, mis koormaksid hiljem kordades mahukamalt riigi ja ravikindlustuse eelarvet (nt läbi erakorralise meditsiini osakonna (EMO) või kiirabi kasutamise püsiva iseloomuga probleemide lahendamiseks). Valdkondadeülene koordinatsiooniteenus toimib analoogsel rahvatervise ja ennetuse põhimõttel. Kui jätta sotsiaalsete või kindlustusstatuudist tulenevate piirangute tõttu abita inimene, kelle terviseprobleemid on eskaleerumas, satub ta varem või hiljem ravikindlustussüsteemi läbi kalli vältimatu abi või korduvhaiglaravi. Seega on teenuse finantseerimine Tervisekassa vahenditest põhjendatud kui ennetav, süsteemi finantsilist jätkusuutlikkust toetav ja tuisistusi ärahoidev rahvatervise meede.
Eelnõus puudub regulatsioon koostöökogude ja TERVIK-ute kui haldusorganite üle haldusjärelevalve teostamise kohta.	Selgitame: Koostöökogu moodustavad Sotsiaalministeerium või selle hallatav asutus, Tervisekassa ja KOVid. Koostöökogu ei ole ise haldusorgan ja tema otsused ei ole haldusotsused. Koostöökogu teostab aruandluse kaudu TERVIKute tegevuse seiret. TERVIKute ülesannete täitmise üle teostab lepingulist kontrolli Tervisekassa läbi rahastamislepingute. Täiendava järelevalve seadmine ei ole mõistlik ega vajalik.
Samuti on eelnõus jäänud avamata koostöökogude ja TERVIK-ute otsuste teatavastegemise korraldus, millest vahetult sõltuvad neist otsustest ja tegevustest mõjutatud inimeste jt isikute õiguskaitsevõimalused ja -korraldus.	Arvestatud. Eelnõusse on lisatud volitusnorm, mille alusel valdkonna eest vastutav minister kehtestab koostöökogu töökorra põhimõtted. Rakendusakti kavandis on sätestatud, et koostöökogu otsused avaldatakse koostöökogu korraldaja veebilehel.

Eesti Puuetega Inimeste Koda	
Palume kirjeldada, millised konkreetsed meetmed on kavandatud piirkondliku ebavõrdsuse vähendamiseks ning kuidas tagatakse lisatugi nendele piirkondadele, kus teenuseid ja spetsialiste on juba täna vähem. Teenusesaaja kodust kaugemale teenusele suunamisel tuleb arvestada transpordi tervist halvendavat mõju ning lisanduvat majanduslikku ja ajakulu teenusesaajale ja/või tema lähedasele, isegi juhul, kui transpordikulud kannab KOV, sest inimesel tuleb tasuda omaosalus, mis on juba täna abivajaja jaoks kõrge.	Riigi poolt on planeeritud seada üheks TERVIK-ute prioriteetseks koostöövaldkonnaks “tagada perearstiabi jätkusuutlik osutamine lõimitult sotsiaalteenuste ja teiste esmatasandi tervishoiuteenustega, esmatasandi abi kodulähedane kättesaadavus ning proaktiivne ja ennetav iseloom”. Selleks on ministeerium paralleelselt käivitanud esmatasandi perearstiabi reformi. Ministeerium taotleb EL 2028-2034 välisabist ressursse, et toetada üle Eesti tugevate laiendatud vastutusega tervisekeskuste võrgustiku moodustamist ja arendada seal esmatasandi teenuseid, samuti on taotletud välisvahendeid TERVIKute kaudu KOV poolt osutatavate teenuste arendamiseks ning ressursside ühise kasutamise kaudu kvaliteedi ja kättesaadavuse parandamiseks. Nõustume, et teenuste koondumine suurematesse keskustesse võib inimese jaoks suurendada transpordi-, aja- ja omaosalusega seotud koormust ning seda tuleb teenuste korraldamisel arvestada. Eelnõu eesmärk ei ole suunata inimesi põhjendamatult kodust kaugemal asuvatele teenustele, vaid parandada inimesele vajaliku abi kättesaadavust võimalikult tema tavapärasel elu- ja kogukonnakeskkonnas. Teenuste täpsem korraldus, sealhulgas piirkondlike erisuste arvestamine ja täiendavate tugimeetmete vajadus, kujuneb rakendamise käigus koostöös kohalike omavalitsustega, Tervisekassa ja teiste osapooltega.
Lisaks palume välisvahendite abil loodavate teenuste puhul töötada välja konkreetne väljumisplaan, et teenused peale rahastuse lõppemist kohalikul tasandil jätkusuutlikult tagatud oleksid	Selgitame: Sotsiaalministeerium on välisabi taotlust koostades jälginud, et valdkondades, kus pole planeeritud riigi poolt teenuste pakkumise laiendamist, oleks välisabi suunatud eeskätt juba kasutusel olevate ressursside optimaalsema kasutuselevõtu toetamisele ning ühekordsetele ümberkorraldustele ja arendustele, mis võimaldavad edaspidi vajalikku abi säästvamalt osutada. Konkreetsemaks saab minna järgmiste välisabi taotluse menetlemise etappides.

Palume täpsustada, kuidas riskipõhine segmenteerimine aitab üles leida ka need inimesed, kelle vajadus sekkumiste ja toetuse järele on suur, kuid kes ei ole aktiivsed teenusekasutajad. Rakendusaktide kavand § 15 loetleb diagnoose, mille alusel arvutakse riskitunnus. Loetelust on välja jäänud oluliselt toimetulekut mõjutavad kompleksed tervise seisundid nagu näiteks hulgiskleroos, parkinsoni tõbi, muud neuroloogilised haigused (sh liigutushäired), erinevad harvikaigused jne. Palume arvestada sihtühma määramisel eelkõige inimeste tegelikku toimetulekut ja kompleksset abivajadust, mitte üksnes diagnooside arvu või tervishoiuteenuste kasutamist. Rõhutame - ka üks või kaks diagnoosi võivad tähendada kompleksset abivajadust, ka hooldusvajadust	Selgitame: Nõustume, et ka väiksem arv diagnoose võib tähendada kompleksset abivajadust. Eelnõuga on ette nähtud, et need inimesed võivad sattuda koordineerimisele, kui nad on haiglasse sattunud ja vajavad haiglast kodusele ravile liikumisel ja edasise toimetulekul koordineerimise. Otseselt üksnes need diagnoosid ei ole koordineerimise vajaduse näitajad. Küll aga, kui kaasnevad tervishoiu- või sotsiaalsed tegurid, mis suurendavad riski, siis võib selline inimene sattuda riskirühma ja vajada koordineerimise. Selgitame ka, et automaatselt andmepõhiselt ei ole võimalik koordineerimisvajadust täna veel paraku üheselt tuvastada ja seetõttu peab terviseteejuht seda ise hindama kombineerides automaatselt saadud infot, täiendavate TIS päringutega saadavat infot, KOV sotsiaaltöötajalt saadavat infot ja inimeselt endalt saadavat infot.
Lisada §-i 13³ lõige, mis annab inimesele endale õiguse pöörduda terviseteejuhi poole koordineerimise vajaduse hindamiseks. Sama õigus peab olema inimese seaduslikul esindajal ja lähedasel.	Selgitame: Inimene võib ise pöörduda perearsti või KOV sotsiaaltöötaja poole, et see tema koordineerimisvajaduse kohta märkamislehe esitaks. Inimesele ei anta õigust otse ilma märkamislehe etappi läbimata terviseteejuhi poole pöörduda, sest märkamislehe abil annab tervishoiu või sotsiaalvaldkonna spetsialist omapoolse hinnangu koordineerimisvajaduse hindamisele, mida läheb terviseteejuhil edasised töös niikuinii vaja.
Kuna integreerimise eesmärk on, et ükski inimene ei kukuks süsteemide vahele, siis teeme ettepaneku, et nii perearstile kui ka sotsiaaltöötajale kuvatakse inimese riskitunnus. Samuti palume määratleda, millal on spetsialistil kohustus koordineerimisvajadus märkida ja inimene edasi suunata ning milline on kontrollmehhanism	Selgitame: KOV sotsiaaltöötajale on planeeritud kuvada riskitunnus, kui ta avab märkamislehe. Inimene hakkab terviseportaalil oma riskitunnust nägema. Spetsialistil on kohustus koordineerimisvajaduse märkamisest teavitada, kui märkamislehe alusel on inimesel terviseprobleemid ja tervishoiutegurid ning sotsiaaltegurid, mis võimendavad kõrget tervishoiuteenuste ja sotsiaalteenuste kasutamise riski.

juhtudel, kus seda ei tehta. Samuti on oluline, et inimene ise näeks Terviseportaalis riskitunnust.	
Märkamislehel (punktid 4 ja 5) peab spetsialist kinnitama, et inimest on teavitatud. Oluline on täpsustada, kuidas ja mis vormingus inimest on teavitatud, et tagatud oleks teabe tegelik kättesaadavus ja ligipääsetavus, näiteks afaasiaga inimesele, viipekeele kasutajatele või lihtsa keele lugejatele. Samas vajab täpsustamist, kas ja kuidas lepitakse inimesega kokku märkamislehe esmane edastamine terviseteejuhile, arvestades, et see sisaldab juba olulisi tervise- ja sotsiaalandmeid.	Selgitame: Eelnõus on muudetud märkamislehe esitamise põhimõtet. Kui esimeses versioonis oli märkamislehe esitamine vabatahtlik, siis nüüd on see kohustuslik. Sellega seoses on ära jäetud nõue märkamislehel kinnitada inimese nõusolek selle edastamise kohta. Rõhutame siiski, et inimest tuleb võimalusel informeerida sellest, et tema kohta märkamisleht esitatakse. Inimene ise pääseb tema kohta esitatud märkamislehele ligi Terviseportaali kaudu.
Eelnõus on selgitatud, et koordineerimisteenus põhineb inimese nõusolekul, ning rakendusaktide kavandis on ette nähtud ka kinnitus, et spetsialist on inimest andmete edastamisest teavitatud. Samuti ei selgu piisavalt, millisel viisil tagatakse inimese jaoks teabe tegelik mõistetavus ja teadlik otsustus, sealhulgas suhtlemisraskuste, kognitiivsete piirangute või nähtamatute puuete korra. Kes annab nõusoleku intellektipuudega, dementsuse varases staadiumis või psüühikahäirega inimese eest, kui eestkostjat pole määratud, ent inimese teovõime on füüsiliselt piiratud?	Selgitame: Kui inimene pole võimeline heaoluplaanis olevat teavet mõistma ja tal ei ole eestkostjat, et saa talle heaoluplaani koostada. Koordineerimise vajaduse korral tuleb inimesele kõigepealt määrata eestkostja.
Ka puudub selge regulatsioon, kuidas nõusoleku saab tagasi võtta või keeldumise asemel nõusoleku anda. Ettepanek: Vormistada eraldi lõige nõusoleku andmise korra kohta, mis reguleerib kohustust otsustamisel tuge pakkuda.	Selgitame: Kuna eelnõuga võetakse kasutusele uus infosüsteem, on kogu andmevahetust puudutav regulatsioon muudetud. On loodud töötlemise alused ning nõusolekute temaatika samuti korrigeeritud.
Eelnõu § 13 ² : Tervishoiutöötaja või kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja (edaspidi koos teavitaja) täidab märkamislehe, kui ilmneb, et	Arvestatud osaliselt.

inimesel esinevad terviseprobleemid koos oluliste sotsiaalsete raskustega ning esineb põhjendatud kahtlus, et inimene ei suuda neid iseseisvalt lahendada ja vajab valdkondade ülest teenuste koordineerimist. Märkamislehel toodud “olulised sotsiaalsed raskused” ja “põhjendatud kahtlus” on määratlemata õigusmõisted. Ettepanek: Palume selgemalt sõnastada ja sisustada, mida loetakse olulisteks sotsiaalseteks raskusteks ja põhjendatud kahtluseks.	Sõnastust muudetud: „Oluliste sotsiaalsete raskuste“ asemel „sotsiaalsete raskuste“ Selgitame: Eelnõus kasutatakse tahtlikult üldisemaid mõisteid, et võimaldada spetsialistil hinnata inimese olukorda terviklikult ning arvestada erinevate eluolukordade ja abivajadustega, mida ei ole võimalik ammendavalt loetleda. „Oluliste sotsiaalsete raskuste“ all peetakse silmas olukordi, kus inimese tervises seisund mõjutab oluliselt tema igapäevast toimetulekut, sealhulgas võimet iseseisvalt korraldada oma elu, kasutada vajalikke teenuseid, tagada turvalisus, toime tulla elukorralduslike tegevustega või säilitada sotsiaalseid suhteid ja elukeskkonda. „Põhjendatud kahtlus“ tähendab spetsialisti professionaalsel hinnangul kujunenud arusaama, et inimese vajadused võivad ületada ühe valdkonna tavapärase toe ning inimene võib vajada tervise- ja sotsiaalvaldkonna koordineeritud sekkumist. Tegemist ei ole lõpliku abivajaduse hindamise ega diagnoosiga, vaid varajase märkamise põhimõttest lähtuva alusega koordinatsiooniteenuse pakkumise kaalumiseks.
inimese vaatest on endiselt vastutuse piirid, õiguskaitsevõimalused ning rollijaotus olukorras, kus terviseteejuhi hinnang inimese vajadusele erineb KOVi hinnangust, ebaselged. • Mis saab olukorras, kus terviseteejuht näeb vajadusi, aga teised osapooled ei suuda lahendusi pakkuda? Näiteks olukorras, kus rehabilitatsiooniteenusele on järjekord või kohalik omavalitsus ei suuda teenust pakkuda. Kas terviseteejuht vastutab tulemuse eest? • Kuidas saab inimene terviseteejuhi tehtud otsuseid, plaani vaidlustada?	Selgitame: Eelnõus on muudetud terviseteejuhi ülesandeid. Terviseteejuht ei pea: a) rehabilitatsiooniteenusele suunama – seda teeb tervishoiutöötaja b) viima läbi põhjalikku sotsiaalse abivajaduse hindamist – seda teeb KOV sotsiaaltöötaja

• Kuidas saavad KOVi väliste hindajate hindamistulemused olla KOVle teenuste osutamisel siduvad? Kui vajadusi hindab üks haldusorgan ja osutab teine haldusorgan, siis kes vastutab juhtumikorralduse eest? Siin tekib risk, et inimese sotsiaalse vajadust ei hinnata tegeliku vajaduse, vaid olemasolevate ressursside alusel. Vajalik on selgelt eristada vajaduse hindamine ja teenuse määramine ning muuta nähtavaks ka rahuldamata vajadus. Ettepanek: Kirjeldada eelnõu edasise menetluse käigus erinevate näidete kaudu inimese teekonnad (sarnaselt raviteekondadega), kus on ka erinevate rollide vastutus ja tegutsemispiirid selgitatud, sh ka inimese õiguskaitsevõimalused, kui heaoluplaani üks või mitu osapoolt abi ei taga. Teekonna kaardistamine aitab tuua välja praktilised kitsaskohad inimese vaatest.	
Eesti Arstide Liit	
Tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi parem ja koordineeritum koostöö, on kahtlemata õige eesmärk, kuid eelnõust ei selgu, kuidas inimesed edaspidi saavad paremat ravi ja kõiki vajalikke teenuseid. Meie tervishoiu ja sotsiaalsüsteemi põhiprobleem on mitmete teenuste puudumine ning ebaühtlane ja halb kättesaadavus, mis on tingitud spetsialistide vähesusest, puudulikest rahastusest, inimeste majanduslikust ja regionaalsest	Selgitame: Tervishoiusüsteemi eesmärk ei saa olla üksnes tervishoiuteenuste kättesaadavuse parandamine. Eesmärgiks tuleb võtta inimeste tervise hoidmine ja parandamine. Nõustume, et see on paradigma muutus, sest Eesti tervishoiusüsteem on olnud aastakümneid väga teenuste osutamise keskne. Sotsiaalministeeriumi hiljutine analüüs näitas, et viimase 10 aasta jooksul tervishoiusüsteemi rahastamine pea kahekordistunud, kuid tervisetulemid ja tervishoiusüsteemiga rahulolu ei ole sellega kooskõlas paranenud. Sotsiaalministeerium näeb, et täiendav üksikteenuste rahastamise panustamine ei aita Eesti elanikkonna tervises ja tervishoiusüsteemis laiemat muutust tuua, kui me ei korralda süsteemi ümber nii, et põhitähelepanu nihkuks teenustelt tulemustele, teenuseosutajakeskselt korralduselt inimesekeskele korraldusele.

ebavõrdsusest. Koostöökogud, TERVIKud, terviseteejuhid ja heaoluplaanid ei taga tegelikku abi.	Soovitame tutvuda näiteks Baskimaa enam kui 10 aasta taguste reformidega, millega muudeti sealse tervishoiusüsteemi põhimõtteid sarnaselt sellele, mida Eesti soovib praegu ellu kutsuda. Hoolimata veelgi kiiremini vananevast elanikkonnast, kui Eestis on seal suudetud integratsiooni reformi tulemusel parandada tervena elatud aastaid, rahulolu tervishoiusüsteemiga, efektiivistada ressurside kasutust ja pidurdada tervishoiukulude kasvu. See näitab, et koostöökogud, TERVIKud, terviseteejuhid ja heaoluplaanid (mis on Baskimaal tänaseks tavapraktika) saavad tegeliku abi.
Muudatuste käivitamiseks kasutatakse välisvahendeid, kuid edaspidi peab tegevuskulud katma Tervisekassa ravikindlustuse vahenditest. Senised kogemused näitavad, et Tervisekassa uuteks kohustusteks riigieelarvest eraldatud summad on olnud selgelt ebapiisavad ja neid peab rahastama raviteenuste arvelt. Leiame, et olukorras, kus Tervisekassa eelarve on puudujäägis ja reservid ammendumas, on selline rahastusmudel vastutustundetu ning vähendab arstiabi kättesaadavust	Selgitame: Rahvusvahelises praktikas ei käsitata koordineerimist enam ainult sotsiaalteenusena või tervishoiuteenuse osana. Seda nähakse üha enam kui ravikindlustuse funktsiooni, sest: • koordineerimata teenused suurendavad ravikindlustuse kulusid; • koordineeritud teenused vähendavad vältimatuid hospitaliseerimisi ja EMO kasutust; • tervisekassa on ainus organisatsioon, kellel on terviklik ülevaade inimese teenuste kasutamisest üle kogu süsteemi. Peamised põhjused, miks tervisekassad on hakanud käsitlema koordineerimist, kui ravikindlustuse funktsiooni, on järgmised. 1. Väike osa inimestest põhjustab suure osa tervishoiukuludest Enamikus Euroopa riikides: umbes 5% elanikkonnast põhjustab 40–60% tervishoiukuludest; umbes 10% elanikkonnast põhjustab 60–80% kuludest. Need inimesed on tavaliselt: mitme kroonilise haigusega, sagedased EMO kasutajad, korduvate hospitaliseerimistega, tervise- ja sotsiaalprobleemide koosmõjuga inimesed. Tervisekassa jaoks on oluline need inimesed varakult tuvastada ja pakkuda koordineeritud tuge, enne kui tekib uus haiglaravi vajadus. 2. Killustatud süsteem tekitab lisakulusid Tervisekassa maksab sageli perearsti eest, eriarsti visiidi eest, haiglaravi eest, taastusravi eest, ravimite eest. Kui teenused ei ole omavahel seotud, siis tekivad dubleerivad uuringud, ravimivead, välditavad EMO külastused, välditavad hospitaliseerimised, pikemad haiglas viibimised. Seetõttu on tervisekassal majanduslik huvi investeerida koordineerimisse.

3. Kõige kallim koht on haigla
 Näiteks Saksamaal, Hollandis, Taanis ja Belgias on leitud, et üks vältimatu haiglaravi episood võib maksta sama palju kui mitmekuuline juhtumikorraldus; korduv hospitaliseerimine on sageli seotud puuduliku järelraviga. Seetõttu rahastavad tervisekassad haiglast koju ülemineku koordinaatoreid, juhtumikorraldajaid, krooniliste haigete raviteekondade juhte. Haiglast kodusele ravile liikumise koordineerimine riskipatsientidele on kohustuslik mitmes Euroopa riigis, kuna see on seotud ka patsiendiohutusega.

4. Tervisekassad liiguvad passiivsest maksjast aktiivseks ostjaks
 Traditsiooniline mudeli kohaselt saab patsient teenuse → Tervisekassa maksab arve. Kaasaegse mudeli kohaselt Tervisekassa kujundab raviteekonna → ostab tervikliku teenuse → jälgib tulemusi.
 Paljud tervisekassad kasutavad riskistratifikatsioonimist, ennustusmudeleid, kuluriski analüüsi, krooniliste haigete registripõhist jälgimist. Eesmärk ei ole üksikjuhtumite lahendamine, vaid terve populatsiooni terviseriski juhtimine. Näiteks: tuvastatakse inimesed, kellel on järgmise 12 kuu jooksul kõrge haiglaravi risk, neile pakutakse täiendavat koordinatsiooni või juhtumikorraldust.

6. Tervisekassad vastutavad üha enam tulemuste eest
 Tervisekassad ei vastuta enam ainult üksikute teenuste või ravijuhtude osutamise eest, vaid järjest rohkem ravi tulemuse eest. Selle tõttu mõõdetakse järjest rohkem: hospitaliseerimisi, korduva hospitaliseerimisi, EMO kasutust, patsiendi kogemust (PREM), tervisetulemust (PROM). Kui tervisekassa vastutab tulemuste eest, peab ta saama mõjutada ka seda, kuidas erinevad teenused omavahel toimivad. Seetõttu on loogiline, et Tervisekassa rahastab ka erinevate teenuseosutajate vahelist koostööd ja koordinatsiooni.

Seetõttu on mitmes Euroopa Liidu riigis on tervisekassad liikunud klassikalisest tervishoiuteenuste rahastaja rollist aktiivse populatsiooni tervise juhtimise suunas. Näiteks Saksamaal (SGB V §140a), Hollandis (Zorgverzekeringswet), Austrias ASVG (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz) ja Belgias (ravikindlustusseadus + INAMI/RIZIV regulatsioonid) osalevad tervisekassad integreeritud ravi,

	juhtumikorralduse, riskistatititseerimise ning haiglast koju ülemineku koordinatsiooni rahastamises ja korraldamises. Sotsiaalministeerium on seisukohal, et ka Tervisekassa peab liikuma klassikalisest tervishoiuteenuste rahastaja rollist aktiivse populatsiooni tervise juhtimise suunas. Sotsiaalministeerium toetab Tervisekassat olulisel määral populatsioonipõhise riskijuhtimise ja koordinatsiooni kasutuselevõtul investeerides ekspertide ja spetsialistide koolitusse, toetavatesse IT lahendustesse ja juhtimissüsteemi kujundamisse.
Täielikult puudub kate IT-süsteemide ülalpidamiskuludele, mis aastateks 2027–2030 on üle 900 000 euro. Planeeritav lisataotlus RESi ei taga raha eraldamist. Seletuskirjas tõdetakse, et „vahendite mitteeraldamise korral ei ole võimalik arendust sellisel kujul ellu viia.“ Ei ole arusaadav, kuidas sellisel juhul on võimalik seadust rakendada.	Selgitame, et IT-lahendus, mis muudaks võimalikuks erinevate spetsialistide turvalise meeskonnatöö ja infovahetuse on kõigi reformi osaliste poolt üks oodatuid muutusi. See on aluseks ka mitmete teiste sotsiaalministeeriumi prioriteetsetele tegevusvaldkondade arengule. Näeme, et kui Eesti soovib ennast pidada digiriigiks, tuleb meil prioritseerida eeskätt selliseid digiarendusi, millest saavad tuge nii paljud tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna spetsialistid.
Eelnõu kohaselt on tervishoiusüsteemile oodatav kokkuhoid 2028. aastal 1 705 592 eurot ulatusedes 2030. aastal kuni 8 883 668 euron. Summad on ilmselt ülehinnatud, kuna puudub piisav põhjendus, kuidas nii suur kokkuhoid saavutatakse. Seletuskirjas mainitakse, et välditakse väheväärtuslikku ravi, kuid ei selgitata selle väite sisu. Kokkuhoid sõltub paljudest teguritest, eelkõige vajalike ravi-, rehabilitatsiooni- ja sotsiaalteenuste kättesaadavusest, aga ka inimeste käitumisest.	Selgitame Eelnõu esimeses versioonis antud hinnangus võeti aluseks Tervisekassa poolt leitud sihtrühm isikutest, kellel oli üheaegselt 4 ja enam kroonilist haigust ja nende isikute tegelikud Tervisekassa poolt teenuspõhiselt rahastatud tervishoiukulud 2024. aastal. Nendele kuludele rakendati 5%-list säästukoefitsienti kooskõlas OECD vastava hinnanguga. Eelnõu teises versioonis oleme mõjuarvestustes juurde toonud ka haiglast kodusele ravile liikumise koordinatsiooni mõjuhindamise ja näeme, et mõju võib olla isegi suurem. Seletuskirjas on vastavat arvutuskäiku täpsustatud (vt seletuskirja) Seletuskirja on lisatud ka selgitus selle kohta, et tegelikult saavutatav kokkuhoid sõltub mitmetest teguritest sh teenuseosutajate rahastusviisidest laiemalt.
Mõiste „valdkonnaülene koordinatsiooniteenus“ on ebaõnnestunult sõnastatud – ilma pikema	Selgitame

definitsoonita ei ole selle sisu arusaadav. Valdkonnaülene koordineerimine võib toimuda mistahes valdkondades.	Mõiste „valdkonnaülene koordineerimine“ (eelnõus „valdkondadeülene koordineerimine“) on valitud teadlikult laiem, et arvestada olukordi, kus terviseteejuhil on teatud juhtudel vajalik koostööd teha nt töötukassaga või mõne haridusasutusega inimese tervise huvides ja tema terviklikuks aitamiseks.
Heaolupiirkondade koostöökogude ja TERVIKute moodustamine ja tegevus põhineb riigiasutuste, KOVide, HVA haiglate ja perearstiasutuste kohustuslikul koostööl. Samas nähakse võimalust, et vaatamata kohustusele ei anna koostöö tulemust ja TERVIK jääb määratud tähtjaks moodustamata. Sel juhul peab TERVIKu moodustama haigla. Haiglate ja perearstide kohustusliku TERVIKusse kuulumise alus on seletuskirja järgi see, et nad täidavad avalik-õiguslikku ülesannet riikliku ravikindlustuse vahenditest. Riikliku ravikindlustuse vahendeid saavad Tervisekassa lepingu alusel ka erakliinikud, kuid neil sellist kohustust ei ole, seega ei kohelda tervishoiuasutusi võrdselt	Selgitame Perearstid on kaasatud kohustuslikuna, kuna nad on esmatasandi peamised teenuseosutajad, kelle ülesandeks on mitte ainult osutada üksikteenuseid vaid hoolitseda elukaareüleselt inimese tervise eest. Ühelgi teisel eriarstil sellist kohustust ei ole. Seega loob perearstiabi vundamendi inimese tervisejuhtimisele. HVA haiglad on riikliku haiglavõrgu haiglad, kelle ülesanne on tagada eriarstiabi ühtlane geograafiline kättesaadavus. Ühelgi eriarstiabi osutajal sellist kohustust pole. TERVIK-usse kuulumise kohustuslikkuse osas on jälgitud proportsionaalsuse põhimõtet – st ettevõtlusvabaduse riive ei tohi olla suurem, kui eesmärgi saavutamiseks minimaalselt vajalik. Ülejäänud tervishoiuteenuse osutajad saavad TERVIK-usse kuuluda vabatahtlikkuse põhimõttel.
Kui haigla moodustab TERVIKu, siis peab ta looma selleks eraldi struktuuriüksuse, korraldama eraldiseisva raamatupidamise, sõlmima Tervisekassaga rahastamise lepingu, võtma tööle terviseteejuhid ja muu vajaliku personali. Sisuliselt vastutab haigla siis ka TERVIKu ülesannete täitmise eest: valdkonnaülese koordineerimise korraldamine, tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutamise valmisoleku koordineerimine, tulemuste seire ja aruandlus jne. Leiame, et tuleks arvestada ka haiglate erinevat võimekust.	Kõigil HVA haiglatel on suuremal või vähemal määral kuluüksuse põhine kuluarvestus. Kuluüksuse juurde lisamine on tänapäeval pigem raamatupidamislik tavapraktika kui erand. Sisuliste TERVIK-u ülesannete täitmiseks on TERVIK-u moodustajatele ja pidajatele planeeritud põhjalik ettevalmistus ja tugi (koolitus- ja mentorlusprogramm)

Tervishoiutöötajad peavad hakkama täitma mahuka andmekoosseisuga märkamislehti, mis eeldab patsiendi põhjalikku küsitlemist ja terviseandmetega tutvumist. Ei ole analüüsitud, kui palju tööaega selleks kulub ja milliste tegevuste arvelt see võetakse. Leiame, et terviseteejuhtide teavitamist abivajadusega patsientidest saaks korraldada ka bürokraatia olulise suurendamiseta.	Arvestame Märkamislehe andmekoosseis on muudetud minimaalseks ja kõik selle osad, mida on võimalik saada Tervisekassa andmebaasi päringu abil, genereeritakse märkamislehele automaatsena agregeerituna tervishoiuteenuste kõrgeenenud riski väljendavaks riskitunnuseks. Sisuline märkamislehe täitmine ei tohiks võtta üle viie minuti.
Tulevikus hakkab töötama hinnanguliselt 200–250 terviseteejuhti, kes moodustavad ligikaudu 2% kõigist õdedest ja sotsiaaltöötajatest. Õdede puudus Eesti tervishoius on juba praegu väga terav ja kardetavasti suureneb see õdede suunamisel uude süsteemi veelgi. Terviseteejuhtide koolitamist plaanitakse alustada juba enne seaduse jõustumist. Ei selgitata, kuidas nad koolituse ajal saavad täita oma seniseid tööülesandeid.	Selgitame Olulises osas on kogu planeeritav ressurss juba täna olemas ja süsteemis kasutusel - täna on haiglates tööl 111 sotsiaaltöötajat (täistööajale taandatult 72), sotsiaalse rehabilitatsiooni meeskondades on ca 300 sotsiaaltöötajat (täistööajale taandatult 76) ning hoolduskoordinaatoreid/tervisejuhte projektipõhiselt 44. Lisaks on haiglates tööl erinevaid juhtumikorraldajaid ja teekonnajuhte. Selles vaates on tegemist eeskätt olemasoleva süsteemi korrastamise ja edasi arendamisega. Esimesena koolitatakse projektides juba olemasolevad spetsialistid. Järgnevalt koolitatakse spetsialiste vastavalt TERVIK-ute poolsetele ettepanekutele arvestades regionaalselt proportsionaalselt võimalikult ühtlast jaotust.
Oluliselt laiendatakse inimeste terviseandmetele juurdepääsu omavate isikute ringi, kes pole tervishoiutöötajad – terviseteejuhid, sotsiaaltöötajad. Eelnõu ei selgita piisavalt, kuidas tagatakse terviseandmete kaitse.	Selgitame Seaduse põhiselt antakse, täiendavalt ligipääs heaoluplaaniga piiratud andmekoosseisule ainult KOV sotsiaaltöötajale (konkreetselt õigustatud isikule, kes inimese aitamisega tegeleb) või laste puhul lastekaitsetöötajatele (kellel on juba täna seadusest tulenev õigus vajadusel lapse terviseandmeid töödelda). Laiem ligipääs antakse isikustatult ainult nendele spetsialistidele, kelle osas inimene on andnud nõusoleku nad oma tugimeeskonda lisada. Inimesel on võimalik oma nõusolek tagasi võtta täiendavalt lisatud isikute osas või teenusest loobuda, millega lõppeb ligipääs ka KOV sotsiaaltöötajatele (terviseandmete osas). Eelnõud ja seletuskirja on täiendatud.
Kuna seaduse vastuvõtmise aeg ei ole teada, siis on tõenäoline, et muudatuste tegemiseks ei jää	Arvestame

piisavalt aega, kuna jõustumistähtaeg on juba 1.juulil 2027. Tegemist on suurte ja põhimõtteliste muudatustega nii tervishoiu- kui ka sotsiaalsüsteemi, eelkõige aga patsientide ja teenuseid vajavate isikute jaoks. Neid oleks vaja inimestele põhjalikult selgitada. Eelnõust ei selgu, kuidas toimub üleminek uude süsteemi neil, kes enne 1. septembril 2027 saavad näiteks rehabilitatsiooni- ja sotsiaalteenuseid	Eelnõu teises versioonis oleme loobunud terviseteejuhi ülesandest suunata inimesi rehabilitatsiooni teenusele. Vastav suunamise ülesanne jääb edaspidi siiski vaid tervishoiutöötajatele. Terviseteejuhile jäävad koordinaatori ülesanded. Rehabilitatsiooni teenused kuuluvad eelnõu kohaselt sarnaselt tervishoiu- ja sotsiaalteenustele terviseteejuhi poolt koordineeritavate teenuste paketti. Sellega seondult oleme edasi lükanud ka valdkonnaülese koordinatsiooni teenuse rakendamise – teenus võetakse riiklikkusse kasutusse alates 1.05.2028. Edasi on lükatud ka TERVIK-ute loomise tähtaeg – 1. juulilt 1. novembrile. See annab TERVIK-ute ettevalmistusteks rohkem aega.
SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla	
Eelnõus ei ole analüüsitud reformi rakendamisega kaasnevaid lisakulusid haiglatele, sealhulgas IT arendusi, liidestusi ja juurutamise tööjõukulu. Kuna haiglavõrgu kavas nimetatud haiglad on TERVIKu kohustuslikud osapooled, peab nende kulude modelleerimine olema eelnõu mõjuanalüüsi lahutamatu osa. Eelnõu seletuskirjas väidetakse, et muudatusega ei kaasne Tervisekassale lisakulusid. See seisukoht ei pea paika: kuna haiglate põhirahastus tuleb Tervisekassalt, on haiglatele tekkiv lisakulu definitsioonist tulenevalt lisakulu ka Tervisekassale. Esitatud kujul ei vasta eelnõu mõjude analüüsi osas heale õigusloome tavale ning sel põhjusel ei saa eelnõud kooskõlastada.	Selgitame Eelnõuga ei ole planeeritud haiglatele lisakulusid seoses IT arendustega. Haigla tervishoiutöötajatele võimaldatakse ligipääs märkamislehele, heaoluplaanile ja tegevuskavale tervisejuhtimise töölaua kaudu, mittetervishoiutöötajatele (kui nad on tugimeeskonna liikmeteks määratud) heaoluplaani infosüsteemi kaudu. Eelnõu seletuskirjas on täpsustatud märkamislehe täitmise seonduvat võimalikku aja- ja ressursikulu. Selgitame Tervisekassale kaasnevad lisakulud, kuid võib hinnangu kohaselt kaasneda ka arvestatav tõhusus ärahoitavate tervishoiukulude tõttu. Eelnõus on Tervisekassa mõjuhinnangut täiendatud ja täpsustatud.
Eelnõu loeb TERVIKu kohustuslikeks osapoolteks HVA haiglad, KOV-id ja perearstiabi osutajad, kuid jätab erakliinikud kohustuse alt välja. Erakliinikute osakaal ambulatoorse ja päevastatsionaarse eriarstiabi osutamisel on rahalises mahus võrreldav kõigi üldhaiglate ambulatoorse ja päevastatsionaarse ravitüübi mahuga. Selline regulatsioon jätab olulise osa eriarstiabi teenusepakujatest TERVIKu mõjualast välja.	Selgitame Perearstid on kaasatud kohustuslikuna, kuna nad on esmatasandi peamised teenuseosutajad, kelle ülesandeks on mitte ainult osutada üksikteenuseid vaid hoolitseda elukaareüleselt inimese tervise eest. Ühelgi teisel eriarstil sellist kohustust ei ole. Seega loob perearstiabi vundamendi inimese tervisejuhtimisele. HVA haiglad on riikliku haiglavõrgu haiglad, kelle ülesanne on tagada eriarstiabi ühtlane geograafiline kättesaadavus. Ühelgi eriarstiabi osutajal sellist kohustust pole.

Patsientide vaatest tähendab see, et märkimisväärne osa neist ei saa eelnõuga lubatud koordineeritud teenust.	TERVIK-usse kuulumise kohustuslikkuse osas on jälgitud proportsionaalsuse põhimõtet – st ettevõtlusvabaduse riive ei tohi olla suurem, kui eesmärgi saavutamiseks minimaalselt vajalik. Ülejäänud tervishoiuteenuse osutajad saavad TERVIK-usse kuuluda vabatahtlikkuse põhimõttel.
§ 8 lg 1 punkt 2 sätestab, et tervise- ja heaoluprofiil peab sisaldama kokkuvõtet heaolupiirkonna peamistest tervise- ja heaolunäitajatest ning peamistest elukaareülestest riski- ja kaitsetegurite näitajatest. Kes defineerib, mis on peamised näitajad? Kas näiteks suitsetamisharjumused, keskmine alkoholitarbimine ning diabeedi ja kõrgvererõhktõve esinemissagedus peavad olema peamiste näitajate hulgas, või jääb see iga TERVIKu enda otsustada? Kui iga TERVIK defineerib “peamised” erinevalt, muutuvad heaolupiirkondade profiilid omavahel võrreldamatuks, mis raskendab nii riiklikku seiret kui ka ressursside õiglast jaotamist.	Selgitame • Tervise- ja heaoluprofiili koostamisel ning rakendamisel lähtub TERVIK Tervisekassa, Sotsiaalkindlustusameti, Sotsiaalministeeriumi ja Tervise Arengu Instituudi koostatud juhendist, mis on avaldatud Tervise Arengu Instituudi veebilehel. • Tervise Arengu Instituut koordineerib riigiülest koostööd tervise- ja heaoluprofiilide koostamisel ning avaldab heaolupiirkondade tervise ja heaolu lühiülevaated oma veebilehel. Iga käesoleva paragrahvi lõikes 2 nimetatud asutus nõustab TERVIKut tervise- ja heaoluprofiili koostamisel oma pädevuse piires.
§ 8¹ lg 2 punkt 3 näeb ette, et koostöökogu koosseisu kuulub kõigi heaolupiirkonda kuuluvate kohaliku omavalitsuse üksuste üks esindaja. Sõnastusest ei selgu, kas silmas on peetud ühte esindajat KOV üksuste peale kokku või ühte esindajat iga KOV üksuse kohta. Esimesel juhul: kes ja millisel alusel valib ühise esindaja? Teisel juhul: kuidas tagatakse konsensusliku otsustamise toimimine, kui näiteks Harjumaa koostöökogus on 16 KOV esindajat (millest Tallinn on üks)? Mõlemal tõlgendusel tekib lisaks elanike arvu ebaproportsionaalse esindatuse probleem: ühe esindaja per KOV mudelis muutub Tallinn väikeste valdade ühe häälega võrdseks; Kaaluda tasub elanike arvul põhinevat kaalutud esindatust.	Selgitame Koostöökogu koosseisu kuuluvad vähemalt: 1) Sotsiaalministeeriumi või tema volitatud valitsemisala asutuse esindaja; 2) Tervisekassa esindaja; 3) iga heaolupiirkonda kuuluva kohaliku omavalitsuse üksuse esindaja. Selgitame ja arvestame osaliselt Tegemist on kohalike omavalitsuste tavapärase koostöökorraldusega, ka Harjumaa Omavalitsuste Liidus on Tallinnal ainult üks hääl. Siiski arvestame, et konsensus saavutamine võib osutuda keerukaks ja lisame juurde hääletamise võimaluse. Jätame ka hääletamise korraldusse paindlikkuse so hääletamise korraldamise põhimõtted sätestatakse eelnõu teises versioonis ministri määruse tasandil

§ 8¹ lg 2 ei sätesta nõudeid koostöökogu liikmete pädevusele. Kuidas tagatakse, et koostöökogusse määratakse inimesed, kellel on reaalsed teadmised tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonnast? Ilma pädevusnõueteta võib koostöökogust kujuneda poliitiline organ, mille otsused ei põhine valdkondlikul kompetentsil.	Selgitame Koostöökogus peavadki poliitilised esindajad olema, kuna nemad ju otsustavad ju KOV-ide ressursikasutuse üle.
§ 8¹ lg 6 nõuab otsuste langetamist konsensuslikult, kuid eelnõu ei näe ette ühtegi mehhanismi olukorraks, kus konsensust ei saavutata. Mis saab siis, kui näiteks KOV esindaja pole rahul Sotsiaalministeeriumi või Tervisekassa esindaja ettepanekutega? Kas tervise- ja heaoluprofiili kinnitamine võib määramatult viibida? See võib halvata TERVIKu strateegilise tegevuse heaolupiirkondades.	Selgitame Koostöökogu liikmed langetavad otsuseid konsensuslikult. Kui konsensust ei saavutata, võetakse otsusvastu hääletusega. Koostöökogu töökorra põhimõtted kehtestab valdkonna eest vastutava minister määrusega. (1) Koostöökogu langetab otsused eelistatavalt konsensuslikult. (2) Erimeelsuste lahendamisel lähtutakse põhimõttest, et nende lahendamine ei tohi pidurdada kogu heaoluprofiili heakskiitmise protsessi ja sellega seonduvat TERVIKu tööd. (3) Kui koostöökogu liikmed ei jõua konsensusse, tuleb eriarvamusele jäänud osapooltele anda täiendav aeg erimeelsuste selgitamiseks ja proovida seejärel veel korra konsensusse jõuda. Kui see siiski ei õnnestu, võib otsustamiseks kasutada hääletust. (4) Hääletusse tuleb kaasata kõik koostöökogu liikmed. Hääletuse võib läbi viia kirjalikult. Hääletamiseks jagatakse hääled nii, et kohalike omavalitsuste esindajatel kokku on sama palju hääli kui riigi esindajatel kokku. (5) Hääletusel langetatakse otsus lihthäälteenamusega. Kui hääletuse tulemusel jagunevad hääled võrdselt, arvestatakse TERVIKu võrgustikujuhi arvamust.
§ 8¹ lg 8 näeb ette, et koostöökogu liikmetele tasu ei maksta. Kuidas motiveeritakse pädevaid inimesi koostöökogu töös osalema, eriti arvestades vastutuse ulatust (lg 7 kohaselt on otsused TERVIKule kohustuslikud) ja potentsiaalset ajakulu?	Selgitame Koostöökogu on võimalus saada infot ja anda info ning osaleda oma piirkonna strateegilises juhtimises. See on eraõiguslikele osapooltele vabatahtlik. Potentsiaalne ajakulu koostöökogus osalemiseks on 2x2 h aastas + ettevalmistusaeg
§ 13¹ lg 2 lubab üle 100 000 elanikuga heaolupiirkonnas moodustada TERVIKu sees koordineerimispiirkondi, kuid koostöökogu on ikkagi üks. Kas see tähendab, et	Selgitame

Harjumaa 649 2 (6) 000 elaniku TERVIKu üle teostab strateegilist järelevalvet üks koostöökogu ja Hiiumaa 10 000 elaniku üle samuti üks koostöökogu? Praegune mudel ei näi tagavat võrreldavat juhtimisvõimekust eri suurusega heaalupiirkondades.	Eelnõu lähtub põhimõttest, et koostöökogu ülesanne on heaalupiirkonnaülene strateegiline juhtimine ja ühiste põhimõtete kokkuleppimine, mitte igapäevase operatiivtegevuse juhtimine. Seetõttu on igas heaalupiirkonnas üks koostöökogu sõltumata elanike arvust. Samas arvestab eelnõu suuremate heaalupiirkondade erineva juhtimiskoormusega. Seetõttu võimaldab § 13¹ lõige 2 üle 100 000 elanikuga heaalupiirkondades moodustada TERVIKu sees koordineerimispiirkondi. Koordineerimispiirkondade eesmärk on korraldada teenuste osutamist ja koostööd elanikele lähemal tasandil ning hajutada operatiivset juhtimiskoormust, säilitades samal ajal kogu heaalupiirkonnas ühtsed strateegilised eesmärgid, põhimõtted ja juhtimise. Mitme koostöökogu loomine ühe heaalupiirkonna kohta killustaks strateegilise juhtimise ning suurendaks riski, et sama heaalupiirkonna eri osades kujunevad erinevad prioriteedid, teenuskorralduse põhimõtted ja patsienditeekonnad. Eelnõu eesmärk on tagada kogu heaalupiirkonnas ühtne strateegiline juhtimine, samas kui operatiivne paindlikkus saavutatakse koordineerimispiirkondade moodustamise võimaluse kaudu.
§ 13¹ lg 7² kohaselt ei tohi iseseisva juriidilise isikuna moodustatud TERVIKul olla muud tegevusala kui käesolevas paragrahvis nimetatud tegevused, valdkonnaülene koordinatsiooniteenus ning sotsiaal- ja tervishoiuteenuste osutamine, välja arvatud eriarstiabi, perearstiabi ja kiirabi. See sõnastus näib lubavat TERVIKul osutada muid tervishoiuteenuseid — õendusabi, füsioteraapiat, psühholoogilist ravi, logopeedilist ravi ja ämmaemandusabi. Kas see on teadlik valik, et TERVIK hakkab neid teenuseid ise osutama? Kui jah, siis kuidas välditakse konkurentsi TERVIKu enda liikmetega, kes juba samu teenuseid osutavad?	Selgitame Iseseisva juriidilise isiku moodustamise võimalus on eelnõust välja jäetud, kuna see ei leidnud toetust.
§ 13² lg 1 kohaselt algatab märkamislehe üksnes tervishoiutöötaja või KOV sotsiaaltöötaja. See kitsas teavitajate ring loob olukorra, kus aastaid	Selgitame Ettepanek on igati asjakohane ja mõistlik. Seame eesmärgiks veelgi laiema märkamislehe esitamise võimaluse integratsiooni järgmises etapis.

tervishoiusüsteemist eemal olnud inimene (näiteks pikaajaline kodutu, vanglast vabanenud isik, pere- või kogukonnast isoleerunud inimene) ei satu kunagi märkamislehe orbiiti, kuna ta ei pöördu ei arsti ega KOV sotsiaaltöötaja poole. Kas tuleks lubada alternatiivseid teavituskanaleid (kolmanda sektori organisatsioonid, varjupaigad, kogukonnatöötajad)?	
§ 13³ lg 4 paneb terviseteejuhile väga palju ülesandeid: vajaduse hindamine, tugimeeskonna moodustamine, heaoluplaani koostamine, selle selgitamine, inimese motiveerimine, liikumise toetamine erinevate teenuste vahel ning täitmise hindamine. Kas see kõik on ühele inimesele realistlikult jõukohane? Milline peaks olema terviseteejuhi juhtumikoormus, et teenuse kvaliteet säiliks? Kui palju terviseteejuhte on Eesti peale tarvis? Sellega seoses on lahtine ka terviseteejuhtide koolituse ja tööturuvalmidus: milline on praegune hinnang vajaminevate terviseteejuhtide arvule, kes korraldab ja rahastab koolituse enne, kui Tervisekassa hakkab teenust rahastama, ning kas Eestis on piisav tööturu reserv? Eesti Haiglate Liidu kohtumisel on jäänud kõlama, et peamiselt kaasatakse olemasolevat tööjõudu, kuid kui tervisekeskuses praegu sotsiaaltöötajat ei ole, ei ole selge, kes selle inimese tööle võtab ja kelle eelarvest seda rahastatakse.	Terviseteejuhtide potentsiaalset rolli oleme piloteerinud erinevates valdkondadeülese koordinatsiooni pilootprojektides ning tutvunud ka teiste riikide tavapraktikatega ja jõudnud tulemusele, et terviseteejuhi optimaalne koormus sõltub sellest, kas ta pakub pikaajalist koordinatsiooni või haiglast kodusele ravile liikumise koordinatsiooni. Esimesel juhul on optimaalne koormus ca 100 aktiivsel koordinatsioonil isikut aastas, teisel juhul ca 1000 patsienti aastas. Kuna haiglast kodusele ravile liikumise koordinatsioon on haiglatele esialgu uudne, oleme arvestanud koormusega ca 800 patsienti aastas. Näeme, et Eestis on vajadus ca 230 terviseteejuhi järele, sh ca 1/3 haiglates ja 2/3 esmatasandil. Täpsem jaotus selgitatakse TERVIK-utes. Sotsiaalministeerium korraldab ja rahastab 231 terviseteejuhi täienduskoolituse. Tervisekassa hakkab rahastama ainult koolituse läbinud terviseteejuhtide teenust. Eestis on piisav tööturu reserv. Kui tervisekeskuses praegu sotsiaaltöötajat ei ole, võib Tervisekeskus ise palgata sotsiaaltöötaja või kokku leppida, et terviseteejuhi palkab TERVIK, kuid ta hakkab teenindama tervisekeskuse perearste. Teenust rahastatakse selle organisatsiooni eelarvest, kes tervisekassaga vastava lepingu sõlmib.
Eelnõus puudub patsiendi kaebemenetluse regulatsioon. Inimene ei saa praegusel kujul vaidlustada terviseteejuhi otsuseid: koordinatsiooniteenusest keeldumist, heaoluplaaniga mittenõustumist või teenuse lõpetamist. Arvestades, et heaoluplaan kajastab nii tervise- kui ka sotsiaalseid otsuseid ning tugineb riskirühma tunnusele, peab kaebemenetluse võimalus olema seaduses selgelt sätestatud.	Valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse raames on isikul teenuse osutaja tegevuse või tegevusetuse vaidlustamiseks kasutusel tsiviilõiguslikud õiguskaitsevahendid. Olukord on juriidiliselt analoogne tervishoiuteenuse osutamisega, kus teenuse põhjendamatu mittepakkumine, mittenõuetekohane osutamine või ravi katkemine toob kaasa teenuse osutaja tsiviilõigusliku vastutuse võlaõigusseaduses sätestatud korras.
Rakendusakti § 10 lg 2 sätestab koordinatsiooniteenuse lõpetamise inimesega, kes jätab regulaarselt kohustused	

täitmata. Sihtrühm on aga sageli just need inimesed, kelle toimetulek ja ravisoostumus on kõige nõrgemad — ehk just need, kes kohustuste täitmisega kõige tõenäolisemalt hätta jäävad. Selline lõpetamisalus võib olla diskrimineeriv. Eelnõust ei selgu, kes lõpetamisotsuse teeb, mille alusel loetakse täitmata jätmine regulaarseks ja milline on inimese õiguskaitse selles protsessis.	
§ 13⁵ lg 2 sätestab kõrgeenenud tervishoiuteenuse kasutamise riski hindamise aluseks üksnes retsepti- ja raviarvete andmed. See on ebapiisav andmestik, võttes arvesse, kui oluliselt sotsiaalmajanduslik olukord patsiendi terviseriske mõjutab. Kas riskihindamisse tuleks kaasata ka rahvastikuregistri andmed, töötamisstaatus, sotsiaaltoetuste saamise info ja muud riigile kättesaadavad sotsiaalmajanduslikku staatust puudutavad andmed? Praegune metoodika tuvastab vaid neid, kes juba tervishoiusüsteemis käivad, jättes kõrvale ennetustöö jaoks kriitilised sihtrühmad.	Selgitame Oleme palunud Tervisekassal kaaluda andmestiku laiendamise vajadust ja võimalikkust esimeses etapis.
§ 31 lg 4 näeb algselt ette, et TERVIKuga seotud kulusid rahastatakse Euroopa Liidu või muudest toetustest (jõustub 1. juulil 2027), ning alles alates 1. maist 2028 võtab Tervisekassa üle püsiva rahastamiskohustuse. Kas EL toetused on selleks perioodiks juba kindlustatud? Mis summas ja millise programmi raames? Või eeldame, et iga TERVIK peab ise EL-ist raha taotlema? Kui rahastamine ei ole tagatud, võivad TERVIKud esimesel tegevusaastal töötada ebakindla eelarvega, mis ohustab reformi jätkusuutlikkust juba stardifaasis.	Jah, on kindlustatud järgmistest välisvahenditest: - Sotsiaalministri määrus 29.08.2023 nr 48- Inimkeskse hoolekande- ja tervishoiusüsteemi koordinatsioonimudeli rakendamine. - Õiglase Ülemineku Fondi TAT "Ühiskondlikku muutust toetavate sotsiaal- ja tervishoiuteenuste arendamine Ida-Virumaal"
Lisaks TERVIKu üldrahastamise küsimusele on rakendusakti tasandil koordinatsiooniteenuse rahastamise vaheperioodi probleem: rakendusakt sätestab kolm sihtrühma (rehabilitatsioon, multimorbiidne krooniline haige, haiglast kodule	Selgitame Rehabilitatsioon on eraldi teekonnana välja jäetud. Tervisekassa hakkaks korrigeeritud eelnõu kohaselt rahastama valdkondade ülest koordinatsiooni alates 1.05.2028

liikumist vajav inimene), kuid Tervisekassa rahastab alates septembrist 2027 üksnes rehabilitatsioonisihtrühma teenust. Multimorbiidse kroonilise haige ja haiglast kodule liikumist vajava inimese sihtrühmad jäävad perioodil september 2027 – mai 2028 ilma selge rahastusallikata. Kes maksab nende inimeste terviseteejuhi teenuse eest sellel vaheperioodil?	
§ 31 lg 6 näeb ette, et TERVIKule võib maksta tulemustasu, mis kantakse eraldi sihtkontole ja mida võib kasutada rahvatervishoiu eesmärkide saavutamiseks. Kellel on õigus määrata tulemustasu suurus ja kuidas on maandatud huvide konflikt, kui TERVIK ise osaleb tulemuseesmärkide kavandamises (vt punkti 8 sõltumatu hindamise küsimus)?	Selgitame Tulemustasu on õigus maksta Tervisekassal. Enne annab Tervisekassa omalt poolt TERVIK-utele tervise- ja heaoluprofiili koostamiseks ja strateegiliste tulemus-eesmärkide seadmiseks juhendi, millega kooskõlas saavad TERVIK-ud oma tulemusmõõdikuid seada. Tervisekassa võib juhendis kirjeldada, millistel tingimustel (so milliste sihtrühmade ja nendega seotud mõõdikute osas) on TERVIK-ul võimalik tulemustasu saada ja kui TERVIK soovib tulemustasu lepingut, siis Tervisekassa saab selle ka TERVIK-uga sõlmida.
§ 38² lg 2 loeb TERVIKu moodustatuks, kui sinna kuulub vähemalt üks haiglavõrgu haigla, kaks kolmandikku KOV üksustest ja üks neljandik perearstiabi osutajatest. Samal ajal tekib ülejäänud § 13¹ lg 5 nimetatud osapooltel kohustus TERVIKuga liituda. Kuidas seda liitumiskohustust jõustatakse? Kas osapooltele, kes keeldub liitumast, rakenduvad sanktsioonid, tegevusloa piirangud või rahastamise tingimused? Kaaluda tasub, kas Tervisekassa saaks ravikindlustuslepingu sõlmimise eeldusena nõuda TERVIKu liikmesust. See oleks praktiliselt efektiivseim hoob, kuid vajab selget õiguslikku alust ja proportsionaalsuse analüüsi. Praeguses kujus võib üleminekuperioodil tekkida olukord, kus TERVIK on küll moodustatud, kuid katab kavandatust oluliselt väiksemat elanikkonda.	Arvestatud Ka Eesti Perearstide Selts juhtis sellele probleemile tähelepanu nähes ette, et TERVIK-u moodustajal võib olla kõige keerukam kaasata üksikpraksistes tegutsevaid perearste, kuna neid võib olla palju ja lisaks on perearstide seis üsna muutlik nende liikumise ja vahetumise tõttu. Selle tõttu on TERVIK-usse kuulumine tehtud üksikpraksistes töötavatele perearstidele kohustuslikuks seaduse alusel ehk teisisõnu ei pea nad sõlmima TERVIK-uga koostöölepingut, kui nad ei soovi TERVIK-u töös aktiivselt osaleda. Tervisekassa saab soovi korral siduda ravi rahastamise lepingud TERVIK-usse kuulumisega (see on kasutusel ka teistes riikides). Tõsiküll ei seata TERVIK-usse kuulumist ravikindlustuse saamise eelduseks, kuid arvestatakse sellega lepingu mahtude suunamisel, kvaliteeditasudes, tasu määrade kujundamisel jne.
§ 38² lg 3 paneb TERVIKu moodustamise kohustuse — juhul kui see pole 1. juuliks 2027	Arvestatud

täidetud — madalama etapi haiglavõrgu haiglale. See loob olukorra, kus tagasihoidlikuma tugistruktuuriga haigla peab võtma vastutuse kompleksse koostööstruktuuri moodustamise eest, mille jaoks tal võib nappida ressursi. Risk on, et TERVIK ei hakka toimima just nendes piirkondades, kus koostööd kõige enam vajatakse.	Mõistame kirjeldatud riski. Just sel põhjusel oleme kõigis maakondades ellu kutsunud erinevad välisabi projektid, et toetada maksimaalselt TERVIK-ute moodustamist. Üleminek projektidelt riiklikule süsteemile on planeeritud sujuv. Lisaks hoolduskoordinatsiooni toetavatele välisabi projektidele oleme planeerinud (rahastus on olemas) kasutada Norra välisabi fonde selleks, et TERVIK-ute moodustamine ja ülesehitamine valmistada ette nii tehniliselt kui sisuliselt.
§ 2 punkti 8 (TTKS § 59² lg 16) kohaselt edastab terviseteejuht tervise infosüsteemi valdkonnaülese koordinatsiooniteenuse raames koostatud heaoluplaani ja tegevuskava andmed. Eelnõu eeldab tervikuna mitme paralleelse IT-arenduse valmimist 2027. aasta septembriks: riskitunnus TIS-is, märkamisleht TIS-is, heaoluplaan TIS-is, KOV ligipääs TIS-ile, STAR–TIS andmevahetus. Kelle poolt ja mis ajaks töötatakse välja terviklahenduse sihtarhitektuur, mille järgi peavad nii TEHIK kui haiglad arendusi infosüsteemides ellu viima? Kas sihtarhitektuuri loomisel on arvestatud haiglate infosüsteemide võimalusi ja puudujääke? Millal on plaanis tervishoiuteenuse osutajatele edastada info juurutustöödeks, et teenuseosutajad saaksid oma süsteemid õigeaegselt ette valmistada? Kas TEHIK on kinnitanud, et see ajakava on realistlik? Millal peaksid TTO-d muudatusi planeerima hakkama? Integratsiooni SK lk 65 toodud tabelis on nähtavasti arvestamata jäetud haiglates esialgsete IT arendustööde ja hilisemate hooldustööde kulud. Kas need kulud on samuti planeeritud katta välisvahenditest? Millised riiklike arenduste teekaardil olevad teemad nihkuvad 2028.	Selgitame Sotsiaalministeeriumi poolt tellitud IT-süsteemi eelanalüüsi tulemusel otsustas Sotsiaalministeerium luua valdkondade üleseks koostööks eraldi uue infosüsteemi, mis sisaldab märkamislehe, heaoluplaani, tegevuskava ja meeskonna koostöö funktsionaalsust. Heaoluinfosüsteemile võimaldatakse ligipääs kõigile vajalikele tugimeeskonna liikmetele. Samuti on planeeritud liidestused TIS-iga, mis võimaldab tervishoiutöötajatel tervise juhtimise töölaua kaudu kasutada kõiki kirjeldatud funktsionaalsusi mugavalt ilma täiendava sisselogimiseta. Infosüsteemi ettevalmistamiseks on planeeritud 2,2 miljonit ja selle tehnilise ettevalmistamise eest vastutab TEHIK. Valmimise tähtaeg on 1.05.2028 (so oleme selle esialgselt planeerituga võrreldes ca pool aastat edasi lükanud). Sotsiaalministeerium ei ole praegu ette näinud esimeses etapis haiglate infosüsteemide arendusi, kuna see ei ole otseselt loodava infosüsteemi kasutuselevõtu eeltingimuseks. Juhul, kui see siiski ilmneb, heaoluinfosüsteemi liidestamise vajadus haiglate infosüsteemidega või muude arenduste vajadus, saame selle haiglatega läbi rääkida ja järgnevasse arendusetappidesse planeerida.

aastasse, et võimaldada käesoleva seaduse jõustumiseks vajalike muudatuste elluviimist? Millistel tingimustel on lubatav jõustumistähtaja edasilükkamine?	
Heaoluplaani 30-aastane säilitusaeg on väga pikk dokumendile, mis ühendab nii tervise- kui ka sotsiaalhoolekandelisi andmeid. See vajab eraldiseisvat andmekaitsealast mõjuanalüüsi, eelkõige proportsionaalsuse hinnangut töötlemise eesmärgi suhtes.	Arvestatud Säilitustähtaegasid on eelnõus lühendatud.
Rakendusakti § 4 nõuab samaaegselt kahte vastandlikku asja: perearstide esindajate arv peab olema väiksem kui KOV-ide ja haigla esindajate arv kokku, kuid tervishoiuküsimustes peab perearstide häälte osakaal olema vähemalt 50%. Need kaks nõuet on ühitatavad üksnes kaalutud hääletusega, mida rakendusakt sõnaselgelt ei sätesta. Kas see on taotluslik valik ja kui jah, siis kuidas see praktikas toimib? MEDRE andmetel on Tallinnas näiteks 222 nimistut.	Arvestatud Rakendusakti on korrigeeritud.

