



## **Ettepanekud rahvatervishoiu seaduse ja tervishoiuteenuste korraldamise seaduse muutmise seaduse eelnõule (edaspidi eelnõu)**

Teeme alljärgnevad ettepanekud, millega Tervise Arengu Instituudi (edaspidi TAI) hinnangul tuleks seaduseelnõu ja seletuskirja täiendamisel arvestada, et tagada rahvatervishoiu, tervisedenduse ja ennetuse piisav käsitus. Ettepanekute eesmärk on ennetada olukorda, kus uus korraldusmudel keskendub eeskätt riskirühmadele ja teenuste koordineerimisele ning rahvatervishoiu lahutamatuks osadeks olevad universaalne ennetus ja rahvastikupõhine tervise parandamine jäävad tagaplaanile.

### **1. Seaduseelnõu ja seletuskiri ei ole omavahel kooskõlas**

Juhime tähelepanu, et seletuskiri kirjeldab süsteemi muudatust oluliselt laiemana, etapilisemana ja ambitsioonikamana kui eelnõu tekst. Praktikas juhindutakse kehtivast seadusest, mitte selle seletuskirjast.

**Ettepanek:** Seletuskirjas lubatud põhimõtted (etapiviisiline reform, TERVIK kui koordinatsiooniplatvorm, laienev valdkondadeülene koostöö) tuleb tuua seaduse teksti või üleminekusätetesse (vt RTHS § 1 – seaduse reguleerimisala; RTHS § 3 – mõisted; RTHS § 8<sup>1</sup> – tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostöömudel; ning seaduse rakendussätted, 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.

### **2. Eelnõu ja seletuskirja vastuolu koostöökogu rolli ja mõju osas**

Eelnõu ja seletuskiri on vastuolus koostöökogu otsuste õigusliku siduvuse ja vastutuse osas.

Seletuskirjas kirjeldatakse koostöökogu ühelt poolt strateegilise koostöövormina, mille otsused ei ole õiguslikult siduvad ning põhinevad osapoolte ühisel kokkuleppel (vt seletuskiri, RTHS § 8<sup>1</sup> selgitused koostöökogu olemuse kohta). Samas eelnõu kohaselt on koostöökogu otsused TERVIKule täitmiseks kohustuslikud. (vt eelnõu § 1 p 8, RTHS § 8<sup>1</sup> lg 7)

See tekitab olulise vastuolu, mis võib praktikas põhjustada õiguslikku ebakindlust nii otsuste siduvuse kui vastutuse osas.

**Ettepanek:** Täpsustada üheselt, kas koostöökogu otsused on siduvad või strateegilised kokkulepped (RTHS § 8<sup>1</sup> lg 4–7). Siduvuse korral kirjeldada selgelt vastutus- ja rahastusmehhanism.

### **3. Seaduseelnõu ja seletuskiri lähevad lahku aruteludes esitatud etapilisuse loogikast, millest on räägitud reformi tutvustavates aruteludes.**

Seaduseelnõu rakendamine toob juba esimeses etapis kaasa rahvatervishoiu töövahendite ja koostöövormide sisulise muutmise, sh tervise- ja heaoluprofiili rolli ümberkujundamise (RTHS § 8), heaolupiirkonna koostöökogude loomise (RTHS § 3 lg 5; § 8<sup>1</sup>) 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; § 8<sup>1</sup> – 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 (RTHS § 8; § 8<sup>1</sup> ning seletuskirja vastavad osad).

#### **4. Tervise- ja heaoluprofiili (THP) rolli ja eesmärgi täpsustamine**

Kavandatud RTHS § 8 lõike 1 loetelu koondab tervise- ja heaoluprofiili alla samaaegselt rahvastiku tervise ja heaolu üldandmed ning rahvatervishoiu strateegilised eesmärgid (RTHS § 8 lg 1 p 1, 2 ja 4), tervishoiu- ja sotsiaalteenuste kasutuse näitajad (RTHS § 8 lg 1 p 3) ning TERVIKu koostöö- ja tegevuskava eesmärgid (RTHS § 8 lg 1 p 5 ja 6).

Selline ülesehitus ühendab ühte dokumenti nii rahvatervishoiu (populatsioonitasandi ennetus ja tervisedendus) kui ka tervishoiu- ja sotsiaalteenuste individipõhise kasutuse ja teenusekorralduse loogika. Kuigi see võib olla õiguslikult ja halduslikult mugav, ähmastab see eesmärgipõhiselt piiri rahvastikupõhise ennetuse ning individuaalse teenusekorralduse vahel ning suurendab riski, et rahvatervishoiu strateegiline vaade taandub teenuskorralduslike vajaduste kõrval teisejärguliseks (vaata lisaks RTHS § 5, mis defineerib rahvatervishoiu ja selle põhimõtted. Rõhutaks eriti just RTHS § 5 lg 3, mis kirjeldab rahvatervishoiu meetmeid.).

Põhimõtteline seisukoht: Tervise- ja heaoluprofiil ei tohi muutuda pelgalt TERVIKu koostöö- või teenuskorralduslikuks tööriistaks. THP peab säilitama rolli rahvastiku tervise ja heaolu seisundi analüüsi ning tervisedenduse ja ennetuse strateegilise alusdokumendina. Teenuste kasutuse ja kulude info saab olla toetav kiht, mitte domineeriv eesmärk.

Peamised probleemid:

Eelnõu seletuskirjas käsitletakse tervise- ja heaoluprofiili (THP) eeskätt kui TERVIKu strateegilist juhtimis- ja koostöövahendit ning kaudselt ka rahastus- ja juhtimisotsuste tööriista (seos RTHS § 8 ja § 8<sup>1</sup> seletustega). Seletuskirja praegune sõnastus nihutab THP fookuse teenuskorralduslikuks ja koostööpõhiseks dokumendiks, mis tekitab sisulise riski, et rahvatervishoiu strateegiline vaade muutub teisejärguliseks või kaob tervikpildist (seos RTHS § 8 lg 1 p 3, 5 ja 6 koosvaatamisega).

Lisaks seotakse THP sisu seletuskirjas eelkõige nende valdkondadega, kus TERVIK ootab riigipoolset koostööd või toetust (seos RTHS § 8<sup>1</sup>). Tegemist on uue rolliga THP-le, mis ei ole kooskõlas THP senise eesmärgi ega rahvatervishoiu loogikaga.

Kui THP täidab korraga rahvatervishoiu strateegia, TERVIKu koostööplaani ja rahastusotsuste sisendi rolli, muutub dokumendi eesmärk ebaselgeks ning selle strateegiline väärtus väheneb.

**Ettepanek:** Täiendada seletuskirja tervise- ja heaoluprofiili kirjeldust alljärgneva selgitusega:

“Tervise- ja heaoluprofiili täiendatakse nii, et see toimib tervikliku juhtimisvahendina, säilitades oma rolli rahvastiku tervise ja heaolu seisundi analüüsi ning tervisedenduse ja ennetuse strateegilise alusdokumendina ning ühendades selle teenuste kasutuse ja kulude analüüsiga, võimaldades teha tõendus põhiseid juhtimis- ja rahastusotsuseid.”

See täpsustus aitab üheselt mõistetavalt sätestada, et THP rahvatervishoiu funktsioon säilib ja teenuskorralduslik vaade on sellele allutatud, mitte vastupidi.

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.”

Selline sõnastus säilitab THP rahvatervishoiulise loogika ning väldib olukorda, kus profiil muutub TERVIKu vajaduspõhiseks „tellimisdokumendiks“.

**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
  - **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.

### **5. Riski-ja kaitsetegurid**

**Hetkel on kirjas § 8. Tervise- ja heaoluprofiil:** kokkuvõtte heaolupiirkonna peamistest tervise- ja heaolunäitajatest ning peamistest elukaareülestest riski- ja kaitsetegurite näitajatest;

Tänased 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.

### **6. Fookus peab nihkuma varasemasse etappi enne riskikäitumise väljakujunemist**

Eelnõu rakendusloogika ning seletuskiri keskenduvad valdavalt riskirühmade varajasele märkamisele, juhtumikorraldusele ja kompleksse abivajadusega inimeste toetamisele (vt RTHS §-d 13<sup>2</sup>– 13<sup>5</sup> ning nende selgitused). Tegemist on olulise ja vajaliku suunaga, kuid (universaalse) rahvastikupõhise tervisedenduse ja esmase ennetuse roll ei ole seletuskirjas piisavalt selgelt ega süsteemselt esile toodud.

Praegune sõnastus loob tõlgendusriski, et „ennetuse“ all mõistetakse eeskätt või üksnes nende inimeste käsitlemist, kellel probleem või kõrge risk on juba kujunenud. Kuigi seletuskiri rõhutab proaktiivsust ja varajast märkamist, käivituvad kavandatud mehhanismid (riskirühmade tuvastamine Tervisekassa andmete alusel, märkamisleht, koordinatsiooniteenus) valdavalt olukorras, kus probleem, suurenenud teenusekasutus või selge abivajadus on juba ilmnunud. Seetõttu jääb süsteem sisuliselt sekundaarse ja osaliselt tertsiaarse ennetuse tasandile, mitte esmase ennetuse loogikasse, kus sekkumine toimub enne riskikäitumise või tervisekahju väljakujunemist.

Selline lähenemine ei ole täielikult kooskõlas rahvatervishoiu seaduse eesmärgiga (RTHS § 1) ega tervisedenduse ja ennetuse käsitlemisega tervise- ja heaoluprofiili kaudu (RTHS § 8), mille keskne roll on rahvastikutasandi terviseriskide ennetamine ja heaolu kujundamine. Lisaks ei ole eelnõu tekstis otsesõnu sätestatud universaalse ennetuse tugevdamist uue koostöömudeli osana, mistõttu jääb vastav rõhuasetus ebamääraseks ning võib rakenduspraktikas taanduda.

**Ettepanek 1:** Täiendada seletuskirja seaduse eesmärgi kirjeldust selge põhimõttelise täpsustusega, et riskirühmade sihipärane käsitlemine täiendab, mitte ei asenda universaalset rahvastikupõhist 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 2:** Täiendada seletuskirja ja eelnõu loogikat selliselt, et varajane ehk esmane ennetus oleks selgemalt süsteemi osa.

**Ettepanek 3:** Lisada kirjeldus, kuidas TERVIKud kavandavad ja rakendavad universaalset ennetust enne riskikäitumise väljakujunemist, sh kogukonnapõhised sekkumised ning sekkumised kooli- ja töökeskkonnas. (seos RTHS § 8 – tervise- ja heaoluprofiil ning § 8<sup>1</sup> – TERVIKu ülesanded).

**Ettepanek 4:** Täpsustada, et rahvastikupõhine riskihaldus ei piirdu üksnes tervishoiuteenuste kasutuse andmetega, vaid hõlmab ka tervisehoidu, sealhulgas sotsiaal-majanduslikke, käitumuslikke ja keskkonnategureid (seos RTHS § 13<sup>5</sup> ning § 8).

See aitab vältida olukorda, kus uus süsteem parandab küll teenuste koordineerimist ja riskirühmade käsitlemist, kuid ei vähenda tegelikult uute probleemide ega riskikäitumise kujunemist elanikkonnatasandil. Selge rõhuasetuse lisamine aitab vältida kitsendavat tõlgendust, mille kohaselt uus mudel parandab küll teenuste koordineerimist ja juba kujunenud riskide käsitlemist, kuid ei vähenda uute probleemide ja riskikäitumise tekkimist elanikkonnatasandil. Samuti aitab see hoida uue koostöömodeli kooskõlas rahvatervishoiu ennetusloogika ja seaduse eesmärkidega tervikuna.

## **7. Tervisedenduse ja ennetuse mõistekasutus on eelnõus ebaselge**

Eelnõus ja seletuskirjas kasutatakse läbivalt mõisteid tervisedendus, ennetamine ja rahvatervishoid, kuid neid ei eristata sisuliselt ega loogiliselt. Sama mõistet kasutatakse erinevates tähendustes – rahvastikupõhine ennetus, riskirühmade varajane tuvastamine ning teenusekorralduslik efektiivsus – ilma selge selgituseta, millist lähenemist konkreetses kontekstis silmas peetakse. See muudab tervisedenduse ja ennetuse rolli eelnõus ebaselgeks.

Kuigi seaduse eesmärkides rõhutatakse ennetust ja tervisedendust, on eelnõu tegelik rakendusloogika valdavalt tervishoiuteenusepõhine (mida reguleerib tervishoiuteenuste korraldamise seadus ehk TTKS) ja reageeriv. Fookus on riskirühmade määramisel, teenusekasutuse andmetel ja juhtumipõhisel sekkumisel, mis tähendab, et ennetus rakendub peamiselt sekundaarse või tertsiaarse tasandina – olukorras, kus risk või probleem on juba kujunenud. Rahvastikupõhine tervisedendus ja riskikäitumise ennetus (enne probleemide kujunemist) ei ole seotud selgete vastutuste, mehhanismide ega rahastusega. Riskikäitumise ennetus (näiteks tervisekäitumise toetamine, sh toitumine-liikumine, uimastiennetus, vaimse tervise edenduse, toetava elu-, õpi- ja töökeskkonna kujundamine) ei ole eelnõus käsitletud eristatava rahvatervishoiu eesmärgina. Need teemad ei ole selgelt seotud TERVIKu ülesannetega, hierarhiliselt kaitstud tervise- ja heaoluprofiili kaudu ega seotud rahastuse või tulemusnäitajatega. Seetõttu jääb riskikäitumise ennetus pigem kaudseks väärtuseks kui rakendatavaks eesmärgiks.

Kokkuvõttes kujundab eelnõu süsteemi, kus tervisedendus ja rahvatervishoid on küll sõnastatud eesmärgina, kuid puuduvad mehhanismid, mis võimaldaks nende sihtide rakendamist. Praeguses versioonis kirjeldatud meetmed toetavad eelkõige juba kujunenud riskide ja teenusevajaduste haldamist, mis on vastuolus eesmärgiga tugevdada ennetust ja liikuda varasema sekkumise suunas.

**Ettepanek:** eristada eelnõus selgelt rahvastikupõhine tervisedendus ja ennetus teenusepõhisest riskihaldusest; määratleda riskikäitumise ennetus rahvatervishoiu keskse eesmärgina ning siduda see konkreetsete vastutuste, rakendusmehhanismide ja rahastusega.

## 8. Keskkondliku ja kogukondliku mõõtmise selgem esiletoomine seaduse eesmärgis

Seletuskirja seaduse eesmärgi kirjeldus rõhutab inimese suuremat vastutust oma tervise ja toimetuleku eest ning liikumist individuaalse enesejuhtimise suunas. Selline sõnastus võib jätta mulje, et tervisetulemid sõltuvad peamiselt inimese isiklikest valikutest ja pingutustest, jättes tagaplaanile keskkondlikud, sotsiaalsed ja kogukondlikud mõjurid.

See rõhuasetus ei ole täielikult kooskõlas rahvatervishoiu põhimõtetega ega kehtiva rahvatervishoiu seaduse loogikaga, mille kohaselt on elanike tervise ja heaolu kujunemine tugevalt seotud elukeskkonna, sotsiaalsete tingimuste, kogukondlike võrgustike ja institutsionaalsete valikutega. Eriti kohaliku omavalitsuse vaates ei ole võimalik käsitleda tervist ja heaolu üksnes individuaalse vastutuse küsimusena. Selline indiidikeskne rõhuasetus ei ole kooskõlas rahvusvaheliselt tunnustatud rahvatervishoiu käsitlustega, mille kohaselt kujuneb tervis suurel määral sotsiaalsete, keskkondlike ja kogukondlike tegurite koosmõjus (nt World Health Organization, Ottawa Charter for Health Promotion, Health in All Policies (HiAP))

Arvestades, et uue koostöömudeli kirjelduses (TERVIK, koostöökogud, THP) toimuvad mitmed nihked rahvatervishoiu töövahendites, on oluline, et seaduse eesmärgi tasandil ei kinnistataks kitsamat, indiidikeskset tõlgendust.

**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.

## 9. Märkamislehe käivitav alus peab olema varajasem, mitte nii hiline, samuti ei ole seaduseelnõu ja seletuskiri kooskõlas

Seaduseelnõu kohaselt täidetakse märkamisleht juhul, kui ilmneb terviseprobleem koos oluliste sotsiaalsete raskustega ning esineb põhjendatud kahtlus valdkonnaülese koordinatsiooni vajadusest (RTHS § 13<sup>2</sup>; § 13<sup>5</sup>). Selline sõnastus eeldab, et probleem ja mitme valdkonna koostöö vajadus on juba kujunenud.

Seletuskirjas kirjeldatakse samas oluliselt laiemat ja varasemat märkamise loogikat, mille kohaselt võib märkamisleht täituda juba inimese pöördumisel ambulatoorsele või statsionaarsele ravile või kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja poole. Nende kahe käsitluse vahe on märkimisväärne ning sellel on otsene mõju juhtumite arvule, halduskoormusele, andmetöötamisele ja varajase märkamise tegelikule toimimisele.

Kui märkamisleht tekib alles **selgelt väljendunud terviseprobleemi ja sotsiaalsete raskuste koosmõjus**, jääb ennetus paratamatult hiljaks ning selle võimalusi ei rakendata. Sellisel juhul on süsteem disainitud toimima valdavalt sekundaarsel või tertsiaarsel ennetustasandil – olukorras, kus probleem on juba kujunenud. See on vastuolus eelnõu eesmärgiga tugevdada ennetust ja tervisedendust ning liigub pigem reageeriva kui ennetava sekkumise suunas.

Täiendava riskina kasutab eelnõu mitmeid hinnangulisi mõisteid („olulised sotsiaalsed raskused“, „põhjendatud kahtlus“, teavitaja hinnang – RTHS § 13<sup>2</sup> lg 6 p 6), mis ei anna piisavat selgust kohustusliku märkamise lävendi osas ning võivad viia ebaühtlase rakenduspraktikani eri piirkondades.

**Ettepanek:** Täpsustada RTHS § 13<sup>2</sup> 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.

#### **10. Tervise- ja ka turvalisuse nõukogude senise praktika järjepidevus ning eksperttasandi säilitamine koostöökogu mudelis**

Seletuskirjas kasutatakse koostöökogu loomise kirjeldamisel sõnastust, mille kohaselt heaolupiirkonna koostöökogud „**asendavad**“ senised maakondlikud tervisenõukogud. Selline käsitus katkestab institutsionaalse ja sisulise järjepidevuse senise praktikaga ning jätab mulje, justkui senised tervisenõukogud ja nende kaudu toimunud rahvatervishoiualane koostöö kaoks.

Samas ei sätesta eelnõu (RTHS § 8<sup>1</sup>) selget mehhanismi, kuidas tagatakse **valdkondliku sisulise koostöö ja eksperttasandi** jätkumine koostöökogu kõrval. Koostöökogu kui strateegilise otsustustasandi foorum ei asenda oma olemuselt laiapõhjalist ekspertiisi, mida senised tervisenõukogud ja muud valdkondlikud koostöövormid on pakkunud, eeskätt rahvatervishoiu, tervisedenduse ja ennetuse valdkonnas.

*Ilma selge täpsustusega tekib oht, et rahvatervishoiu eksperditeadmise süsteemne kasutamine nõrgeneb, kuna strateegiline juhtimistasand ja sisuline arendustöö segunevad või jäävad katmata.*

**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.*

**Ettepanek:** Lisada seletuskirja selge põhimõtte 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 § 8<sup>1</sup>) 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.*

#### **11. TERVIKu rahastamise seos tervishoiusüsteemi kokkuhoiuga on ebaselge**

Eelnõu kohaselt kaetakse TERVIKu juhtimise ja toimimise kulud Tervisekassa ravikindlustuse vahenditest (RTHS § 31 lg 4). Seletuskirjas seostatakse TERVIKu loomist tervishoiusüsteemi surve vähenemise ja võimaliku kokkuhoiuga, kuid **eelnõust ega seletuskirjast ei selgu, millisel mehhanismil ja millises ajahorisondis see mõju peaks realiseeruma.**

Kuna terviseteejuhi ja valdkonnaülene koordineerimine rakendub eelnõu loogika järgi eeskätt olukordades, kus inimesel on juba kujunenud tervise- ja sotsiaalprobleemide koosmõju, jääb nende mõju ennetusele ja tervishoiukulude vältimisele pigem kaudseks ja ajaliselt edasi lükatuks. Sellisel kujul tähendab säte uut püsikulu Tervisekassale, ilma selge ja tõendatud seoseta tervishoiuteenuste kasutuse vähenemisega. Probleemi süvendab asjaolu, et terviseteejuhi pädevusnõuded ja õiguslik staatus ei ole eelnõus määratletud, mistõttu jääb ebaselgeks, kas tegemist on tervishoiutöötajaga, kellel on õigus korraldada või koordineerida tervishoiuteenuste osutamist. Samuti ei ole selge, millisel õiguslikul alusel

kujuneb terviseteejuhi ja patsiendi vaheline suhe ning kas seda tuleks reguleerida võlaõigusseaduse alusel sarnaselt arsti-patsiendi suhtele. See muudab kogu tervishoiuvaldkonna senise regulatsiooni ebaselgeks

**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.

## 12. Ennetuse ja tervisedenduse rahastuse mudel peab olema selgelt ja siduvalt kirjeldatud

Seletuskirjas tuuakse välja, et välditava ja madala lisandväärtusega ravi arvelt vabanevad ressursid suunatakse vähemalt osaliselt tervisedendusse ja ennetusse. Samas ei ole eelnõus ega seletuskirjas selgelt kirjeldatud mehhanismi, kuidas see ümberjaotus realselt toimub ning milline osa säästudest suunatakse ennetusse. See tekitab riski, et ennetuse tugevdamine jääb deklaratiivseks eesmärgiks ilma tegeliku rahastusmuutusest.

Eelnõu rahastamist reguleerivad sätted keskenduvad eeskätt TERVIKute toimimiseks vajaliku rahastuse ja tulemustasu kirjeldamisele (§ 31 ning sellega seotud sätted), kuid ei seo piisavalt selgelt rahastusloogikat ennetuse ja tervisedenduse eesmärkidega. Samuti ei ole selgelt määratletud, kas ja kuidas ennetusse suunatav raha on sihipärane, püsiv ja prognoositav, või sõltub üksnes kaudselt tekkivatest säästudest.

**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 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 tervisehõlmides; seos RTHS § 8 ja § 8<sup>1</sup>).
- 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 terviseteevaldkonnas 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.

Selge rahastusmehhanismi puudumisel jääb oht, et TERVIKute fookus kujuneb praktilistel põhjustel eeskätt teenusekorralduslikuks ning lühiajaliste kokkuvõtte juhtimiseks, samas kui pikaajaline investeerimine tervisedendusse ja ennetusse ei muutu süsteemi loogiliseks ja kindlaks osaks. Selle tulemusena muutub Eesti tervishoiusüsteem veelgi ravikesksemaks ning senised probleemid (kõrged kulud, tervise ebavõrdsus jms) suurenevad. Ennetusest ning tervisedendusest saavad aga lisategevused. See aitab tagada, et ennetuse tugevdamine ei jääks üksnes strateegiliseks eesmärgiks, vaid muutuks ka reaalseks rahastusotsuseks.

## 13. TERVIKu võrgustikujuhi rolli selgus ja piiritlemine

Kavandatavas reformis on TERVIKu igapäevane juhtimine ja süsteemi operatiivne koordineerimine koondumas TERVIKu võrgustikujuhi rolli. Rakendusaktide tasandil on võrgustikujuhi ülesanded sisukad ja laiaulatuslikud, hõlmates mh teenuste ja koostöö korraldamist, terviseteejuhtide töö koordineerimist ning seoseid rahastuse ja aruandlusega.

Samas ei ole seaduseelnõus ega seletuskirjas piisavalt selgelt kirjeldatud:

- kas ja milline on võrgustikujuhi vastutus rahvatervishoiu ja ennetuse vaates?
- millised tegevused jäävad väljapoole tema rolli?
- kuidas tagatakse tasakaal teenus- ja juhtumipõhise koordineerimise ning rahvastikupõhise tervisedenduse vahel?

Selline ebaselgus loob riski, et süsteemi juhtimisfookus kujuneb paratamatult teenuste ja juhtumite korraldamise keskseks ning rahvatervishoiu ja ennetuse tegevused jäävad tagaplaanile, ilma et nende eest oleks selgelt vastutav tegutseja määratud.

Seaduseelnõu tasandil käsitletakse TERVIKu kollektiivse koostööorganisatsioonina, mille juhtimine ja otsustamine toimub koostöökogu või juhtorgani kaudu (RTHS § 8<sup>1</sup>). Samas ei ole seaduseelnõus ega seletuskirjas selgelt määratletud TERVIKu igapäevase juhtimise ja operatiivse koordineerimise eest vastutavat isikut.

Rakendusaktide kavandites ilmub seevastu selgelt esile **TERVIKu võrgustikujuhi** roll, kelle pädevusse kuulub mh:

- TERVIKu igapäevase tegevuse juhtimine;
- koordineerimispiirkondade ja terviseteejuhtide töö korraldamine;
- aruandluse ja rahastusega seotud protsesside koordineerimine;
- infovahetus Tervisekassa, KOVide ja teenuseosutajatega;
- sisuline raamimine, sh küsimuste määratlemine tervishoiu- või sotsiaalvaldkonna küsimusena.

Seega on võrgustikujuhi roll sisuliselt TERVIKu keskne täidesaatev ja koordineeriv funktsioon, kuid see roll tekib praegu üksnes rakendusaktide kaudu, ilma et selle olemasolu, koht ja piirid oleksid seaduse või vähemalt seletuskirja tasandil selgelt nähtavad.

Oluline on rõhutada, et küsimus ei ole võrgustikujuhi detailsete tööülesannete seaduses kirjanemises. Küsimus on rolli enda tunnustamises ja raamimises. Terviseteejuhi näide kinnitab, et isegi juhul, kui rolli sisuline detailistik reguleeritakse rakendusaktidega, peab rolli eesmärk ja koht süsteemis olema seaduse tasandil äratuntav. Terviseteejuhi puhul on teenuse olemasolu, sihtrühm ja eesmärk seadusest selgelt tuletatavad; võrgustikujuhi puhul see praegu ei kehti.

Arvestades, et võrgustikujuhi otsustel ja suunistel on süsteemne mõju teenuste koordineerimisele, rahastuse raamimisele ja koostöömodeli toimimisele, ei ole põhjendatud, et see roll jääb üksnes määrase tasandile. Selline lahendus tekitab ebakõla seaduse ja tegeliku juhtimiskorralduse vahel ning suurendab vastutuse hajumise riski.

**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.

#### **14. Tervisedenduse roll TERVIKu mudelis – teadlik tugevdamine kandva funktsiooni kaudu**

Eelnõu ja rakendusaktide loogikas ei ole selgelt määratletud rolli, mis kannaks rahvatervishoiu, tervisedenduse ja rahvastikupõhise ennetuse tervikvaadet ning tagaks nende tegevuste järjepideva elluviimise. Reform keskendub struktuuridele ja koostöömodelitele, kuid **ei kirjelda, kes ja kuidas korraldab rahvatervishoiu sisulisi tegevusi**, kui need ei ole otseselt teenus- või juhtumikorralduse osa. Maakonna tervisedendajad on praegu ainsad spetsialistid, kellel on olemas nii:



- rahvatervishoiu valdkondlik pädevus ja kogemus,
- teadmised kohaliku ja piirkondliku tasandi toimimisest,
- ning roll kehtivate rahvatervishoiu ülesannete täitmisel (analüüs, ennetuse kavandamine, seire, KOVide nõustamine, koostöövõrgustike hoidmine).

Samas ei ole kavandatavas reformis käsitletud **olemasolevate rahvatervise edendamise funktsioonide töövõimekust ega rahastuse jätkusuutlikkust**. Praktikas on tervisedendajate palgaraha paljudes piirkondades rahastatud ligikaudu **0,3 ametikoha ulatuses**, mis ei võimalda täita isegi kehtivaid rahvatervishoiu ülesandeid, rääkimata reformiga kaasnevast vajadusest hoida süsteemi terviklikkust. Oluline on rõhutada, et küsimus ei ole uute tegevuste lisandumises – küsimus on selles, et **olemasolevatele rahvatervishoiu tegevustele ei ole kavandatavas mudelis selget vastutajat ega realistlikku teostajat**, juhul kui tervisedendaja roll ja töövõimekus ei ole tagatud. Asjad ei toimu iseenesest ning eelnõu ei nimeta asendavat rolli, kes need tegevused üle võtaks.

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 usaldusväärsuse 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 koordinatsioonimudel 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.

Selline rollijaotus võimaldab:

- hoida tervisedenduse ja rahvatervishoiu sisuliselt süsteemi sees,
- vältida nende lahustumist teenuse- ja juhtumipõhises koordinatsioonimudelis,
- ning tagada, et ennetus ei jääks üksnes deklaratiivseks väärtuseks.

Pikemas perspektiivis peab rahvatervishoiu strateegiline vaade olema selgemini eristatav teenusekoordineerimise mudelist, kuid käesolevas reformietapis loob tervisedendaja roll TERVIKu juures praktilise ja rakendatava lahenduse selle eesmärgi saavutamiseks.

Seletuskirjas seostatakse kavandatavat reformi ja TERVIKu mudelit tervishoiusüsteemi surve vähenemise ning võimaliku kokkuhoiuga. Samas ei ole eelnõus ega seletuskirjas piisavalt selgelt lahti kirjutatud, millisel tasandil ja milliste mehhanismide kaudu see kokkuhoid peaks tekkima.

Pikaajaline ja süsteemne kokkuhoid ei teki peamiselt tervishoiusüsteemis eelkõige teenuste parema koordineerimise tulemusena, vaid rahvastikupõhise tervisedenduse ja esmase ennetuse kaudu, mille eesmärk on ennetada riskikäitumise kujunemist ning sellest tulenevaid kroonilisi haigusi ja haiguskulusid. Teenuse- ja juhtumipõhine koordinatsioon võib vähendada dubleerimist ja ajutist ebaefektiivsust, kuid selle mõju kulude tegelikule vähenemisele on piiratud ja ajaliselt hiline.

Püsiv positiivne mõju tervishoiukuludele tekib siis, kui väheneb suitsetamise, alkoholi liigtarbimise, vähese liikumise, ebatervisliku toitumise, vaimse tervise probleemide ja muude riskikäitumiste levik rahvastikus ning kui kujundatakse tervist toetavaid sotsiaalseid ja keskkondlikke tingimusi. Need tegevused ei sünni tervishoiusüsteemi sees ega iseenesest, vaid eeldavad teadlikku, järjepidevat ja rahastatud rahvatervishoiu eestvedamist.

Kui tervisedenduse ja ennetuse tõvvõimekus ei ole tagatud ning nende eest vastutav roll jääb alarekursituks, siis ei realiseeru ka reformi üks keskseid lubadusi – tervishoiukulude pikaajaline vähendamine. Sel juhul nihkub süsteemi fookus paratamatult juba kujunenud haiguste ja probleemide haldamisele, mitte nende tekke ennetamisele.

#### **15. Eelnõu § 1 punktidega 16–18 muudetakse RTHS-se § 22 pealkirja ning lõikeid 1 ja 2.**

Muudatusega kaovad tervishoiuasutustele seni kehtinud toitlustamise nõuded, mis puudutavad peamiselt tavamenüüsid.

Seletuskirjas selgitatakse, et muudatuse eesmärk on tagada paindlikum ja proportsionaalsem lähenemine, arvestades tervishoiuasutuste eripära:

- patsientide viibimine tervishoiuasutustes on üldjuhul lühiajaline;
- enamikule pakutakse tervishoiutöötaja poolt määratud erimenüüd;
- erimenüüd lähtuvad reeglina ravijuhenditest ning neid nõuded õigusakt ei reguleeri.

Antud muudatus ja eelnõu seletuskirjas välja toodud põhjendustes esineb vastuolusid Sotsiaalministri määruse „Nõuded toitlustamisele tervishoiuasutuses ja täiskasvanutele sotsiaalteenuse osutamisel“ seletuskirjas välja tooduga ning ka antud eelnõu seletuskirjas toodud selgitustega:

1. Määruse „Nõuded toitlustamisele tervishoiuasutuses ja täiskasvanutele sotsiaalteenuse osutamisel“ määruse seletuskirjas on välja toodu enim levinud erimenüüd, mida haiglas ja hooldekodus pakutakse. Nendeks on laktoosivaba erimenüü, gluteenivaba erimenüü ja tekstuurmodifitseeritud menüü. Selliseid menüüsid kindlasti enamikele patsientidele ei pakuta, seega ei saa väita, et enamikele patsientidele pakutakse erimenüüd. Määruse koostamisse panustasid muuhulgas ka Eesti Haiglate liit ning haiglate esindajad, sealhulgas (eri)menüüde koostajad ning toitlustajad.

2. RTHS eelnõu seletuskirjast: „Tervishoiuasutused saavad kasutada edaspidi põhjalikke riiklikke toidu- ja toitumissoovitusi ning Nutridata keskkonda, mis aitavad koostada tasakaalustatud menüüd erinevatele vanuserühmadele ning ühtlasi hinnata nende toitainelist koostist. Seega on vajalik tugi tagatud ka ilma eraldi regulatsioonita.“ Eelnevalt on välja toodud, et enamikule patsientidest pakutakse tervishoiutöötaja poolt määratud erimenüüd. Haigusseisunditest tulenevate erimenüüde tarbeks nimetatud materjalid ja veebikeskkonnad kindlasti piisavat tuge ei paku.

RTHS eelnõus seletuskirjast: „Selleks on kavas ühiselt leida sobiv lahendus ja koht, kus selline raamistik võiks paikneda, eesmärgiga teha ühtsed põhimõtted kättesaadavaks, säilitades samas haiglatele vajaliku operatiivse paindlikkuse. Mis puudutab materjale, kuidas tagada edaspidi tavamenüü, mis on tasakaalus ja mitmekesine, siis need materjalid ja juhendid on olemas ning kättesaadavad riiklikes toidu- ja toitumissoovitustes.“

Riiklikud soovitused ei hõlma endas eraldi praktilisi materjale ja juhendeid menüüde koostamiseks. Need saavad olla vaid aluseks vastavate materjalide ja juhendite koostamiseks. Samuti jääb selgusetuks kelle kanda jääb vajaliku raamistiku ja lahenduste väljatöötamine ja teostus.

Määruse „Nõuded toitlustamisele tervishoiuasutuses ja täiskasvanutele sotsiaalteenuse osutamisel“ kehtestatud nõuete abil tagatakse patsientide võrdse kohtlemise printsiibi järgimine – miinimumstandard tagatakse kõikidele patsientidele, olenemata sellest, kas nad on Tallinna suurhaiglas või Kärkla väikehaiglas. Toitlustamise nõuete kaotamine loob olukorra, kus ravi kvaliteet (mille osa on ka toitlustus) hakkab sõltuma muuhulgas haigla asukohast, eelarvest ja veelgi olulisemal määral toitlustaja tervislastest teadmistest ja kompetentsidest. Samuti võib nõuete kaotamine viia toitlustushangete kvaliteedi languseni, kui hangete läbiviijal puuduvad piisavad tervisliku toitumise alased teadmised. Ilma riikliku regulatsioonita võib toitlustushangete peamiseks kriteeriumiks jääda hind, ilma mingisugusegi kvaliteedi nõudeta. See loob "võidujooksu põhja", kus võidab odavaima pakkumise tegija, mis pikas perspektiivis tähendab kvaliteedi langust kõikides haiglates.

Kokkuvõtvalt, haiglaravil viibides tarbitava toidu kvaliteet ja täisväärtuslikkus mõjutab otseselt patsientide tervist ning tervenemist. Kehv toitumine võib põhjustada immuunsüsteemi nõrgenemist, pikemat

taastumisaega, korduvat hospitaliseerimist ja suuremat suremust. Kui patsient lastakse koju alatoidetuna või nõrgenenud seisundis, seab see ohtu patsiendi edasise tervise ning tõenäosus, et ta satub peagi haiglasse tagasi, on oluliselt suurem, tekitades tervishoiusüsteemile täiendavat koormust. Tasakaalustatud, toitaineerikas ja patsientide toitumisvajadustest lähtuv menüü aitab ennetada lihasmassi kadu, toetada tervise paranemist ja vähendada tüsistuste riski. Samuti aitab täisväärtuslik haiglatoit vähendada patsiendi haiglas veedetud aega ja hospitaliseerimisega seotud komplikatsioone, vähendades patsiendiga seotud ravikuluseid. Lisaks on oluline silmas pidada, et paljud patsiendid (eriti vanemaealised, krooniliste haigustega või pärast suuri operatsioone) on juba haiglasse tulles alatoitumuse riskigrupis. Haigla peab olema koht, kus seda probleemi leevendatakse, mitte ei süvendata. Seda aitavad tagada riiklikele soovitudele tuginevad nõuded, mis kehtivad kõikidele haiglatele, mitte toitumis- ja tervisevaldkonna kõrvaliste spetsialistide interpretatsioon riiklikest soovitudest.

Regulatsiooni kaotamine annab haiglatele vabad käed seda riski eirata. Paljud patsiendid (vanemaealised, lapsed, raskes seisundis olijad) ei suuda või ei oska enda eest seista ja kvaliteetsemat toitu nõuda. Riigi kohustus on kaitsta kõige haavatavamaid. Haiglatoidule kehtestatud nõuete kaotamine on selle kohustuse eiramine. Haiglas pakutav tervislik toiduvalik on ka hariduslik meede. See annab patsiendile (nt värskest diagnoositud diabeetikule või südamehaigele) eeskuju ja teadmise, kuidas oma toitumist ka pärast haiglast lahkumist korrigeerida, et vältida haiguse süvenemist. Haiglatoidule kehtestatud nõuete kaotamisega kandub väga suur vastutus tervist toetava toidu pakkumiseks toitlustajate 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.

**16. TAI toetab tervishoiu-ja sotsiaalsüsteemi integratsiooniprojekti, kuid toob välja, et täna on andmevahetus erinevate infosüsteemide ja andmebaaside vahel puudulik, abivajav inimene läbib korduvaid hindamisi, käib korduvatel hindamisvisiitidel ja teenustele saamine on bürokraatlik ja ajamahukas.**

Seetõttu on vajalik, et antud reformi käigus alustatakse arendustega, et saaks inimese funktsioneerimisvõime alast infot vahetada erinevate andmebaaside vahel info vahetamisega ühiselt mõistetavas RFK keeles (rahvusvaheline funktsioneerimisvõime klassifikatsioon) struktureeritult.

Tervise teejuht peaks olema võimeline inimese funktsioneerimisvõimet kirjeldama ja hindama vähemalt RFK d-koodidega (soovitavalt ka b-koodidega), mis annab võrreldavad ja korduvkasutatavad andmed, millega saab vältida korduvhindamisi ja korduvaid visiite tervishoius.

RFK kasutamine soodustab integreeritud teenuseosutamist, tagab andmepõhise infovahetuse ja standardiseeritud andmete korduvkasutamise, võimaldab andmeid analüüsida statistiliselt ja seeläbi kujundada teenuste/sekkumiste sisu ja vajadust, mis tagab teenuste mahu ja maksumuse kokkuhoiu ja inimesekeskse lähenemise.

Seega, 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)

### 17. TAI teeb järgnevad ettepanekud ja palub õigusselguse huvides täiendavat infot järgnevates küsimustes:

RTHS § 13<sup>1</sup>. Tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostööorganisatsioon

(5) 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;

TAI: Puudub selge põhjendus, miks TERVIKu koosseisu ei kuulu taastusravi haigla

(6) TERVIKusse võivad kuuluda ka teised heaalupiirkonna 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.

RTHS § 13<sup>2</sup>. Koordineerimist vajava olukorra märkamine

- (1) Tervishoiutöötaja või kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötaja (edaspidi koos *teavitaja*) täidab märkamislehe, kui ilmneb, et inimesel esinevad terviseprobleemid koos oluliste sotsiaalsete raskustega ning esineb põhjendatud kahtlus, et inimene ei suuda neid iseseisvalt lahendada ja vajab valdkondade ülest teenuste koordineerimist.

TAI: oma pädevuse väliselt ei saa spetsialist olukorda hinnata ja on suur vahe, kas märkamislehte täidab tervishoiu töötaja või sotsiaaltöötaja, kuna piirangu märkamiseks ei ole tervishoiutöötaja ja sotsiaaltöötaja kindlasti võrdsel professionaalsel tasandil. Kui märkamislehe täitjaks on KOV spetsialist, ei saa ei andmekaitse seisukohast ega pädevusest tingitult kirjeldada tervisest tulenevaid funktsioonihäireid, vaid märgata tegutsemispiiranguid ehk kuidas inimene igapäevaelus hakkama saab või milliste tegevuste juures ta abi vajab.

**Ettepanek:** Märkamislehe eesmärk peab olema tuvastada rehabilitatsiooniteenuse hindamise vajadusele suunamine, näiteks toome Suurbritannia nn kogukonnapõhise spetsialisti märkamisküsimustiku.

Märkamislehel on täna ainult hinnang kolme vastuse alusel „jah/ei/ info puudub“, mis ei anna hinnangut tegutsemis- ja osalusvõimest koos abivahenditega.

Nt Nägemisfunktsiooni ja kuulmisfunktsiooni väljaselgitamisel on oluline hinnata funktsiooni koos abivahendiga (Nt kas on prillid või kuuldeaparaat ja kas neid kasutatakse), märkamislehel tähistatud vormis „jah/ei/info puudub“ – ei anna siin piisavat infot, kuna nägemisfunktsioon on vanuse tõustes halvenenud pea kõigil pensionieas inimestel.

### 18. TAI toob alljärgnevalt näiteks (koos viidetega National Health Service) Suurbritannia eeskujul koostatud märkamislehe, mis on lihtsa ülesehitusega. TAI on nõus praktilise märkamislehe väljatöötamises osalema.

#### ESMANE MÄRKAMISLEHT (1)

##### Rehabilitatsioonivajaduse varajane äratundmine kogukonnas

Märkamisleht (soovitame nimetada **esmane märkamisleht**) saab aidata sotsiaaltöötajal märgata, kas inimesel võib olla rehabilitatsioonivajadus ja kas on vajadus edasisuunamiseks.

**Märkaja roll:** küsib, kuulab, teeb märkmeid. Märkaja ei hinda ega otsusta teenuse vajaduse üle.

### 1. Vestluse avamine – inimese vaade

**Eesmärk:** luua kontakt ja mõista inimese olukorda tema sõnade kaudu.

- „Kuidas sul praegu igapäevaelus läheb?“
- „Mis on viimasel ajal kõige keerulisem olnud?“

### 2. Igapäevane toimetulek (*lühidalt, ainult vajaduse äratundmiseks*)

**Eesmärk:** saada kiire ülevaade, kas on toimetulekuraskusi. Kui vastus on „jah“, on see **potentsiaalne rehabilitatsioonivajaduse hindamise signaal**.

- „Kas on tegevusi, mida sul on praegu raskem teha kui varem?“  
(liikumine, pesemine, riietumine, kodused toimingud, väljas liikumine)
- „Kas vajad nendes asjades abi või tuge?“

☐ jah    ☐ ei    ☐ ei tea / ebakindel

### 3. Muutus võrreldes varasemaga (*kas tegemist on muutunud olukorraga*)

**Eesmärk:** eristada ajutist, taastatavat või püsivat olukorda. Kui inimene ütleb „ennem sain hakkama“, on rehabilitatsioonivajadus tõenäolisem kui püsiva hoolduse teema.

- „Kas varem said nende tegevustega ise hakkama?“
- „Millal see muutus algas?“

☐ funktsioneerimine on halvenenud

☐ olukord on olnud püsivalt sama

### 4. Eesmärgid ja soov (*rehabilitatsiooni võtmeküsimus*)

**Eesmärk:** selgitada, kas inimesel on taastumis- või arengusoo. Väga oluline: Rehabilitatsiooni ei „määrata“, vaid **inimene väljendab selleks soovi või oma eesmärgi**.

- „Mida sa tahaksid uuesti ise teha?“

või

- „Mis teeks sinu igapäevaelu kergemaks?“

☐ inimesel on sõnastatud eesmärk

☐ inimene ei oska eesmärgi sõnastada

### 5. Kiire suunamisküsimus (*otsustuskoht märkajale*)

**Eesmärk:** kas on põhjust edasiseks selgitamiseks.

- „Kas oleks sulle kasu sellest, kui keegi aitaks sul oma võimeid taastada või parandada?“

- ☐ **jah / arvan küll** → edasi suunamine      ☐ **võib-olla/ei tea** → edasisel hindamisel selgitatakse
- ☐ **ei** → tõenäoliselt muu tugi (teave, abi, hooldus)

## 6. Märkaja otsustus (ISEENDALE – mitte kliendile)

Kui on täidetud vähemalt kaks tingimust:

- ☐ esineb igapäevase toimetuleku piirang
- ☐ võrreldes varasemaga on toimunud muutus
- ☐ inimesel on soov või potentsiaal taastada toimetulekut

→ **SUUNATA REHABILITATSIOONIVAJADUSE HINDAMISELE (RFK põhiselt kodeeritud)** (nt rehabilitatsioonispetsialist, multidistsiplinaarne hindamine)

Kui tingimused ei ole täidetud :

→ muu tugi (nõustamine, sotsiaalteenus, info)

**Oluline meeles pidada:**

- Ei küsita diagnooside ega ravi kohta
- Ei hinnata töövõimet, puuet, kõrvalekaldeid, häireid
- Rõhk on **inimese enesehinnangulisel kogemusel, toimetulekul ja tema enda eesmärkidel**
- Kahtluse korral toimub **edasisuunamine tervise teejuhile**

**Allikad:**

1. NHS England kogukonnarehabilitatsiooni mudelist (2024), [A community rehabilitation and reablement model](#)
2. NICE juhistest rehabilitatsioonivajaduse varajaseks arutamiseks (NG252, 2025), [Assessing rehabilitation needs and goal setting | Rehabilitation for chronic neurological disorders including acquired brain injury | Guidance | NICE](#)
3. Kogukonna sotsiaalteenuste vajaduse hindamise praktika (Local Authority social care needs assessment), [Getting a care needs assessment - Social care and support guide - NHS](#)
4. BMJ Public Health (2024) – Rehabilitation needs screening scoping review. <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwik3926I5CUAxU3HBAIHXXHiBUoQFnoECBYQAQ&url=https%3A%2F%2Fbmjpublichealth.bmj.com%2Fcontent%2F2%2F1%2Fe000523&usg=AOvVaw1UBRs27NilyH7LLfWWGnhe&opi=89978449>

Teise näitena esitame „*Brighton & Hove City Council*“ praktika, mis juba on seostatud ka RFK koodidega ja mille alusel saab hinnata inimese kõrvalise abi vajadust.

## ESMANE MÄRKAMISLEHT (2)

**Teenustega toetamise vajaduse esmane kaardistamine**

**Eesmärk:**

Selgitada vestluse käigus, **kas ja millist tuge inimene võib vajada**, ilma rehabilitatsiooni, puude või töövõime hindamiseta.

**Täidab:** sotsiaaltöötaja koos inimesega

**Roll:** märkaja, mitte hindaja

1. Mis on inimese jaoks praegu oluline? (Brighton: "What is important to you?")

Mis on sinu jaoks praegu igapäevaelus kõige olulisem?  
Milline oleks sinu jaoks „hea päev“?

RFK seos:

- d9 Kogukonna-, sotsiaal- ja kodanikuelu
- Isiklikud tegurid (eesmärgid, väärtused)

2. Igapäevane toimetulek kodus (Brighton: "Looking after yourself and your home")

Kas sul on raskusi mõne järgneva tegevusega?

- liikumine kodus
- pesemine ja riietumine
- toidu valmistamine
- kodu korrashoid
- ravimite võtmine

☐ ei ole raskusi; ☐ on mõningaid raskusi; ☐ vajan abi

RFK seos:

**d4 Liikumine**

- d5 Enesehooldus
- d6 Kodune elu

3. Liikumine ja väljas käimine, (Brighton: "Getting out and about")

Kas saad kodust välja minna, kui seda vajad või soovid?  
Kas transport või liikumine on takistuseks?

☐ saan iseseisvalt hakkama; ☐ vajan mõnikord abi; ☐ ei saa ilma toeta

RFK seos:

- d4 Liikumine
- e1 Tooted ja tehnoloogia
- e5 Teenused ja süsteemid

4. Suhted ja sotsiaalne tugi (Brighton: "Family, friends and social support")

Kas sul on inimesi, kelle poole saad abi või toe saamiseks pöörduda?  
Kas tunned end pigem üksi või toetatuna?

☐ piisav tugi olemas; ☐ tugi on ebapiisav; ☐ tuge ei ole

RFK seos:

- **d7 Inimsuhted**
- **e3 Tugi ja suhted**

**5. Emotsionaalne heaolu ja turvatunne, (Brighton: "Feeling safe and well")**

**Kas tunned end kodus ja igapäevaelus turvaliselt?**  
**Kas mured, stress või meeleolu mõjutavad toimetulekut?**

☐ ei mõjuta; ☐ mõnevõrra mõjutab; ☐ mõjutab oluliselt

RFK seos:

- **b1 Vaimsed funktsioonid**
- **e3 Tugi ja suhted**

**6. Raha, eluaseme ja praktilise abi vajadus, (Brighton: "Money, housing and practical support")**

**Kas sul on muresid seoses rahalise toimetuleku või eluasemega?**  
**Kas tead, kust abi saada?**

☐ muresid ei ole; ☐ vajan infot; ☐ vajan konkreetset abi

RFK seos:

- **e5 Teenused, süsteemid ja poliitikad**
- **d6 Kodune elu**

**7. Märkaja kokkuvõte**

**Kas inimese jutu põhjal on näha, et:**

- ☐ igapäevane toimetulek on raskendatud
- ☐ puudub piisav sotsiaalne või praktiline tugi
- ☐ inimene vajab teenustega toetust (nt koduteenus, nõustamine, tugiisik, info)

**Soovitus:**

☐ info ja nõustamine

☐ suunamine sotsiaalteenustele

☐ edasine täpsustav hindamine

☐ muu (kirjelda)

**Allikad:**

1. UK Government – Care Act statutory guidance  
<https://www.gov.uk/guidance/care-and-support-statutory-guidance>



Antud märkamislehtede alusel saab inimese suunata edasi heaoluplaani koostamise ja valdkondade ülesele koordineerimisele, et hinnata konkreetsete teenuste vajadust, näiteks tervisepiirangute vähendamiseks, kõrgeks tõusnud tervishoiuteenuste kasutamise riski vähendamiseks (hoides ära korduvaid visiite) sotsiaalse toimetuleku parandamiseks.

### **19. RTHS § 13<sup>3</sup>. Valdkonnaüleline koordineerimine**

- (1) Valdkonnaüleline koordineerimine osutatakse inimesele, kes vajab oma tervise seisundi ja sotsiaalse olukorra tõttu mitme valdkonna koostööd.

Puudub selgus kas ja kus on sedastatud, millised või mitu valdkonda on inimese vajadus.

- (2) Tervisejuht kutsus käesoleva paragrahvi lõikes 1 nimetatud inimese valdkonnaüleline koordineerimise nõustamisele ja vajaduse hindamisele märkamislehe andmete alusel omal algatusel.

TAI teeb ettepaneku, et tervisejuht peaks sotsiaaltöötaja eeskujul abivajava inimese kodukülastuse raames tegutsema, eriti kui tegemist on liikumis- või nägemistakistusega inimesega või kui tal on psüühilisest erivajadusest tulenevalt keeruline avalikes kohtades ja ametlike suhete vormis suhelda.

- (7) Valminud heaoluplaani kinnitab tervisejuht 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, kuidas abivajajale ei ole veel kehtestatud eestkostet. Kas siin ei või tekkida olukord, kus inimene jääb abita.

### **20. RTHS § 13<sup>4</sup>. Heaoluplaan ja tegevuskava**

- (1) Käesoleva seaduse § 13<sup>3</sup> lõike 2 punktis 3 nimetatud heaoluplaan kajastab:

1) abivajaja tervise- ja heaolueesmärged, nende saavutamiseks antud soovitusi, teenusevajadusi ning määratud teenuseid, ravimiskeemi ja abivahendeid;

Antud eelnõus puudub selgus, kuidas moodustub heaoluplaanis abivahendite vajaduse hinnang. Võimalike spetsialistide hulgas ei ole nimetatud vastava valdkonna abivahendi spetsialiste.

### **21. Lisa 1 rakendusaktide kavandid**

#### **MINISTRI MÄÄRUS**

**Valdkonnaüleline koordineerimise nõuded ning riskirühmade määramise meetodika** Määrus kehtestatakse rahvatervishoiu seaduse § 133 lõike 5 ja § 135 lõike 4 alusel

§ 9. Heaoluplaani koostamine ja tugimeeskonna laiendamine

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

**Ettepanek:** täiendada Rahvatervise seaduse eelnõu selliselt, et heaoluplaan koostatakse tervise teejuhi ja tugimeeskonna poolt juba Rahvusvahelise Funktsioneerimise Klassifikatsiooni (RFK) raamistikus ning tugineb tegutsemispiirangute ja funktsioonihäirete koodidega kirjeldatud hindamisele või visuaalsele kliendiprofiilile. Kliendiprofiili koostamine võimaldab ülevaatlikult ja ilma pikemate kirjeteta anda ülevaade inimese funktsioneerimisvõimest. Kliendiprofiili koostamist toetab ka WHO ICF Research Branch platvormi kodulehel avaldatud juhtumianalüüse kajastavad artiklid (vaata nt [ICF Case Studies - Assignment and Intervention](#)).

RFK-põhine hindamine võimaldab käsitleda inimese toimetulekut terviklikult ja vaadata diagnoosist kaugemale, luues inimese jaoks ühtse ja unikaalse lähteplatvormi terviseteekeonnal, mis toetab adekvaatsete teenuste ja sekkumiste määramist õiges mahus ning vähendab korduvate ja killustatud hindamiste vajadust eri valdkondades.

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

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

TAI: siinkohal on juba sisse programmeeritud erinevate „märkajate“ poolt erinevad tegevusliinid, üks spetsialist peab uurima perearsti visiidi kohta, teine sotsiaalabi vajaduse hindamise kohta. Erisus tekitab ilmselgelt ajalisi ja kommunikatsioonitakistusi. Teeme ettepaneku, et esmane märkaja tuvastaks eelpool märgitud tegutsemispiiranguid lihtsa ja ühtse **esmise märkamislehe** alusel, seejärel võtab valdkondade ülese teenuse koordineerimise üle tervisteejuht, kes hindab ise või suunab inimese tervise-ja sotsiaalse abivajaduse hindamisele „RFK keeles“ kodeerituna.

## **22. Sotsiaalministri 17. septembri 2008. a määrus nr 53 „Tervise infosüsteemi andmekoosseisud ja nende esitamise tingimused“ Lisa 31**

### **Märkamislehe andmekoosseis**

**Ettepanek:** Kui plaanitakse määruses kirjeldatud märkamislehe andmekoosseisu jätta meditsiinilised andmed (neuro-arengulised häired, kroonilise kõrgvererõhutõve esinemine, kroonilise astma esinemine jne), siis tuleb need andmed võtta tervise infosüsteemist või täita tervishoiu töötaja poolt (analoogselt inimese kõrgeenenud tervishoiuteenuste kasutamise riski hindamisega).

Pole mõeldav, et sotsiaaltöötajale või sotsiaaltöötaja haridusega tervise teejuhile jääks haiguste diagnoosimise funktsioon, samas inimesele endale ei pruugi kõik tema diagnoosid ja haigused meeldegi tulla, eriti kui tegu sõltuvuste, dementsuse või intellektiarengu või muude isiksuse-või psühhiaatriliste häiretega inimesega.

## **23. Üldine ettepanek rahvatervishoiu vaate selgemaks eristamiseks:**

Kõiki esitatud tähelepanekuid koondades leiame, et kavandatav eelnõu seob rahvatervishoiu, tervisedenduse ja ennetuse liiga tihedalt tervishoiu- ja sotsiaalteenuste koordineerimise ning riskijuhtimise mudeliga. Selline ülesehitus muudab rahvatervishoiu vaate sisuliselt teenusloogika alluvaks ning suurendab riski, et tervisedendus ja rahvastikupõhine ennetus jäävad praktikas formaalseks.

**Ettepanek:** Peame vajalikuks selgemalt eristada rahvatervishoiu strateegilist vaadet (sh tervise- ja heaoluprofiil, riskikäitumise ennetamine ja tervisemõjurite kujundamine) teenusepõhisest koordinatsiooni- ja juhtumimudelist, säilitades nende omavahelise seose, kuid mitte alluvuse. Samuti peame oluliseks rõhutada tervisedendaja rolli tervisteejuhi kõrval, et hoida ja tugevdada tervisedenduse ning ennetuse fookust ning selgelt määratleda THP roll selles protsessis.

Selline eristus aitaks:

- säilitada rahvatervishoiu ja tervisedenduse rolli süsteemi kandva raamistikuna;
- muuta ennetuse mõiste üheselt mõistetavaks ja rakendatavaks ning tooks esile esmase ennetuse loogika, kus sekkumine toimub enne riskikäitumise või tervisekahju väljakujunemist;
- vähendada riski, et tervise- ja heaoluprofiil taandub teenuskorralduslikuks tööriistaks;
- ning tagada, et riskikäitumise ja tervisemõjurite ennetamine oleks selge, normatiivne eesmärk, mitte kaudne kõrvalmõju.

Ilma sellise eristusega kujundab eelnõu süsteemi, kus rahvatervishoid on sõnastatud eesmärgina, kuid mitte ülesehituse kandva loogikana.

Siin ei ole küsimus üksnes rahvatervishoiu vaate selgemas esiletoomises, vaid seda hägustades kaotatakse tasakaal Eesti tervishoiu senistes juriidilistes põhimõtetes. Praegune õiguslik süsteem on tasakaalus kahe samba vahel TTKS (ravi ja tervishoiuteenused) ja RTHS (ennetus ja tervisedendus). Seni on hoitud kõik ravikesksed asjad (teenused, pädevused jms) TTKS, nüüd tahetakse osad, keerulisemad asjad sealt RTHS-i üle tõsta. Kogu süsteem muutub ravikeskseks, rahvastiku tervise kaitses tekib normatiivne tühimik. Kas muutub ka nende seaduste funktsioon, mis on seni TTKS täiendanud-täpsustanud: VÕS, ravikindlustuse seadus jne? Selline süsteemitasandi muudatus vajaks eraldi analüüsi ja mõju-uuringut.

Lugupidamisega

*(allkirjastatud digitaalselt)*

Annika Veimer  
direktor

Koostajad:

Enrico Kaljurand  
enrico.kaljurand@tai.ee

Mai-Liis Kõpper  
mai-liis.kopper@tai.ee

Janne Lauk  
janne.lauk@tai.ee

Piret Viiklepp  
piret.viiklepp@tai.ee

Hille Maas  
Hille.maas@tai.ee