



## SOTSIAALMINISTEERIUM

Tervisekassa  
info@tervisekassa.ee  
Liivalaia 36  
10132, Tallinn

Teie 27.08.2025 nr 1.5-1/6974-1/  
Meie 30.09.2025 nr 1.2-1/2463-1

### Integratsiooni VTK vastus Tervisekassale

Lugupeetud Tervisekassa esindajad

Täname teid põhjaliku tagasiside eest tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi integratsiooni väljatöötamiskavatsusele (VTK). Meil on hea meel, et ka Tervisekassa „peab vajalikuks ja põhjendatuks luua ühtne tervishoiu- ja sotsiaalteenuste korraldamise süsteem, mis hõlmab nii teenuste integreerimist kui ka selgelt määratletud rahastusmudeleid. Ühtne ja selge määratlus tagab tõhusa koostöö tervise- ja sotsiaalvaldkonna erinevate osaliste vahel.“ Käesolevaga vastame Tervisekassa poolt VTK-le tehtud ettepanekutele ja välja toodud murekohtadele.

#### Ettepanek:

Tervisekassa ei pea otstarbekaks TERVIK-u kui uue juriidilise organisatsiooni loomist. Toetame olemasolevate struktuuride tugevdamist ja tõhusamat koordineerimist, jättes samal ajal piisava paindlikkuse kohalike vajadustega arvestamiseks.

#### Vastus:

Arvestame ettepanekuga (see oli ka VTK-s üks alternatiiv) ning kaalume edasises protsessis lahendusi, mis eelistavad olemasolevate struktuuride võimalikult maksimaalset ja paindlikku kasutamist, arvestades piirkondlike erisustega.

#### Ettepanek:

Vajalik on olemasolevate maakondlike struktuuride integreerimine ja tugevdamine, et luua ühtne tervishoiu ja sotsiaalsüsteemi toimimine. Täiendava juhtimistasandi loomine ei ole põhjendatud. Uue juriidilise isiku loomise asemel on otstarbekas tugevdada ja võimestada olemasolevat maakondlikku koostöötasandit – omavalitsusliite (OVL). OVL on välja kujunenud struktuur, mille kaudu tehakse maakondlikku koostööd ning, millel on vastutus elanike tervisedenduse meetmete rakendamise eest. OVL-i on kaasatud maakonna kõikide kohalike omavalitsuste juhid ning organisatsioonis on olemas ka spetsialistide tugistruktuur: arendusjuht, rahvatervise spetsialist, heaoluvaldkonna juht, haridusasutuste tervisedenduse spetsialist, tervisedendaja, kommunikatsioonijuht, jurist ja raamatupidaja (täpne koosseis piirkonniti erinev). Ehk olemas on kompetentne ja mitmekülgne meeskond, kes suudab kaasa aidata VTKs toodud ülesannete täitmisele. Vastav lahendus on finantsiliselt vähem koormav, juba toimiv ning võimaldab täita soovitavad eesmärgid.

#### Vastus:

Nõustume ettepanekutega. Täiendavat juhtimistasandit ei olegi olnud plaanis luua. Maakondlik heaolu koostöökogu peakski toimima tänaste MARO-de struktuuris, mida on vaja tugevdada. Siiski peame oluliseks, et selles osaleks edaspidi ka riigi esindajad, sh Tervisekassa esindaja.

**Ettepanek:**

Ei ole otstarbekas panna igale maakonnale kohustust teostada iseseisvat andmeanalüüsi ja andmelaudu, kuna kohalikul tasandil puuduvad selleks vajalikud teadmised ja võimekus. Vajame riiklikult kogutud ja kokkulepitud andmetel põhinevaid riigi poolt koostatud andmelaudu, mis arvestab maakondade eripäraga ja on maakondade strateegiliste otsuste jaoks kasutatavad. Ühtne lahendus on garanteeritult ka majanduslikult mõistlikum lahend.

**Vastus:**

Nõustume ettepanekuga. See on ka ministeeriumi nägemus ja kajastub ka VTK-s, vajalik on tagada keskselt kokkulepitud andmelaud.

**Ettepanek:**

Riigi poolt koostatud andmelaudade põhjal on võimalik koostada maakondlikud heaoluprofiilid (senised rahvatervise juhtimislauad on koostanud Tervise Arengu Instituut). Heaoluprofiilid loovad aluse valdkondade üleste integreeritud tegevuskavade kujundamiseks. Tegevuskavades tuleb selgelt määratleda strateegilised eesmärgid, oodatavad tulemused, rahastusallikad, vastutajad ja mõõdikud. Selline ühtne ja andmepõhine lähenemine tagab parema otsustamise, tõhusama ressursside kasutamise ning loob eeldused terviklikuks ja jätkusuutlikuks arenguks.

**Vastus:**

Nõustume ettepanekuga. See on ka ministeeriumi nägemus ja kajastub ka VTK-s. Samuti oleme Tervisekassale esitanud oma esmase nägemuse võimalikest Tervisekassa poolt pakutavatest mõõdikutest juhtimislaua tarbeks ning saame jätkata siin täpsemaid arutelusid.

**Ettepanek:**

Ebaselge on sotsiaalse iseloomuga rehabilitatsiooniteenuse (SRT) edasine korraldus Tervisekassa ja TERVIKute kaudu. Meie hinnangul on ebaselguse kui ka saavutatava eesmärgi keerukuse tõttu antud ajaraamis võimatu tähtajaks soovitud tulemust realiseerida. VTKs ei ole piisavalt arvestatud ajamahukusega, mis kaasneb sotsiaalse rehabilitatsiooniteenuse üleminekuga uutele alustele. Selle tõttu on reaalne risk, et rehabilitatsiooniteenuste osutamine katkeb täielikult.

**Vastus:**

Mõistame Tervisekassa ja ka teiste organisatsioonide muret väljapakutud intensiivse ajakava pärast. Rehabilitatsioonisüsteemi muudatuste juhtühm arutas muudatuste edasilükkamise riske ja võimalusi. Kaardistasime TEHIKu abiga täiendavalt SKA poolt 2027. aasta alguses sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse korraldamise jätkamise riske ja võimalusi. Ministeerium on teinud põhimõttelise otsuse rehabilitatsioonisüsteemi muudatused lükata edasi kuni 01.10.2027. See annab lisaaega tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna integratsiooni lahenduste loomiseks, sh TERVIKute moodustamiseks enne rehabilitatsiooniteenuste korraldamist uutel alustel.

**Tähelepanek:**

Juhime tähelepanu, et sotsiaalse rehabilitatsiooni (SRT) ületoomine Tervisekassa alla ei ole pelgalt halduslik muudatus, vaid sisuliselt paradigmat muutev otsus. Praegu on tegemist sotsiaalteenusega, mida reguleerib sotsiaalhoolekande seadus ning mille eesmärk on toetada inimese sotsiaalset toimetulekut. Kui teenus tuua üle Tervisekassa alla, muutuks see olemuselt tervishoiuteenuseks, millele kehtivad tervishoiuteenuste korraldamise seadusest tulenevad nõuded ja regulatsioonid. Seetõttu ei saa rääkida olemasoleva teenuse „ületoomisest“, vaid uue tervishoiuteenuse loomisest ja eesmärkide ümbermõtestamist. Selleks, et senised rehabilitatsiooniteenuse saajad ei jääks vajaliku abist ilma ning kõigil osalistel säiliks terviklik ülevaade teenuste osutamisest, peame oluliseks käsitleda sotsiaalse rehabilitatsiooni korralduse muutust uue teenusmodeli loomisena tervishoiusüsteemi, mitte teenuse üleviimisena. Sellise muudatuse eeldus on see, et uus teenusmodel põhineb terviklikul õiguslikul ja andmelisel raamistikul. Seetõttu saab seda praktiliselt rakendada alles pärast vajalike andmebaaside testimist ja lõplikku valmimist, s.t alates 2029. aastast. Sotsiaalteenuse tervishoiuteenuseks ümber kujundamine peab aga käima selliselt, et on

üleminekuperiood, kus uus süsteem on valmis kasutamiseks, ent vana süsteem on veel kasutusel.

### **Vastus:**

Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse vajadus on ka praeguses süsteemis inimestel tulenevalt nende tervises seisundist tingitud piirangutest, mille tõttu nad vajavad tuge igapäevaeluga toimetulekul. Teenuse osutamisel on vajalik teada inimese tervises seisundiga seotud infot. Ligikaudu poolte sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse hulka kuuluvate teenuste puhul on tegemist sellistega, mida osutatakse ka tervishoiusüsteemis. VTK kohaselt ei ole ootus, et ravikindlustuse vahenditest hakataks rahastama kõiki praeguse SRT teenuseid. Tervisekassa korralduse alla on eeskätt kavas olnud üle tuua need SRT raames osutatavad teenused, mis juba praegu TTKS-i mõistes tervishoiuteenused ja mida Tervisekassa juba rahastab – füsioteraapia, tegevusteraapia, kliinilise psühholoogi teenus ja logopeedi teenus. Varasemad analüüsid on näidanud, et ei ole harvad juhud, kui sama inimene saab neid teenuseid vaheldumisi nii Tervisekassa poolt rahastatuna kui ka SKA poolt rahastatuna, isegi teenuseosutaja võib sama olla. Oluline osa sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse osutajatest on ka Tervisekassa lepingupartnerid ja samad spetsialistid osutavad sama teenust vaheldumisi nii Tervisekassa kui ka SKA eelarvelistest vahenditest. Selline dubleerimine ei ole otstarbekas.

Nõustume, et rehabilitatsiooniteenuste sisu ning eesmärk vajab ümbermõtestamist ning nõustume ka, et rehabilitatsiooniteenuste korraldamine uutel alustel võib tähendada uue teenusmudeli loomist tervishoiusüsteemi.

Toome eraldi välja, et SRT teenuseosutajate hulgas on septembri alguse seisuga mitmeid haiglaid:

- SA Elva Haigla TM
- Pärnu Haigla
- SA Ida-Viru Keskhaigla
- Lõuna-Eesti Haigla
- SA Viljandi Haigla
- SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla
- Järvamaa Haigla AS
- Põlva Haigla Rehabilitatsioonikeskus
- Kuressaare Haigla SA
- SA Jõgeva Haigla
- SA Raplamaa Haigla
- Tervisekeskus Corrigo (SA Jõhvi Haigla)

Seega on pea igas maakonnas olemas üks keskne tervishoiuteenuse osutaja, kes omab kogemust rehabilitatsiooniteenuste osutamisel.

Lisaks nimetatutele on neid haiglaid, kellel on kehtiv rehabilitatsiooniteenuse tegevusluba, kuid ei ole hetkel Sotsiaalkindlustusameti lepingupartnerid SRT osutajana:

- AS Rakvere Haigla
- SA Tallinna Lastehaigla
- Haapsalu Neuroloogiline Rehabilitatsioonikeskus
- AS Viimsi Haigla
- SA Sillamäe Haigla

### **Tähelepanek:**

Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuste liitmine Tervisekassa teenustega ei ole kavandatud eelarves mahus, mis võimaldaks teenust pakkuda tänase tegeliku kasutuse määral. Lisaks on Tervisekassas kulupõhised teenused hinnastatud ligikaudu 40% kõrgemalt kui Sotsiaalkindlustusametis. See tähendab, et tekkivat eelarvepuudujääki peab Tervisekassa katma kas 1) teiste tervishoiuteenuste arvelt või 2) pakkuma "rehabilitatsiooniteenust" väiksemas mahus. Näiteks osutati 2024. aastal SRT raames 44 645 füsioteraapia

individuaalteenust (60 min), mille kogumaksumus oli 1 401 861 eurot. Sama summa ja teenuse kestuse alusel saaks Tervisekassa hinnakirja järgi osutada 31 460 teenust. Seda on 13 185 individuaalteenust senisest vähem. Lisaks ei ole arvestatud asjaoluga, et kui kaob vajadus puude määramise järele, võib teenuse saajate arv senisega võrreldes kasvada, mis omakorda vähendab teenuse kättesaadavust inimese jaoks.

**Vastus:**

Oleme avatud rehabilitatsiooniteenuste sisu, korralduse ning rahastust puudutavateks aruteludeks tagamaks, et inimese ning teenuseosutaja jaoks ei muutuks teenuse korraldus killustatuks. Eesmärk ongi tagada rehabilitatsiooni kompleksteenuse.

Oleme teadlikud, et tervishoiuteenuste hinnad on kõrgemad kui sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse hinnad. 28.08.2025 rehabilitatsioonisüsteemi muudatuste juhtühik koostumisel tutvustasime, milline oleks praeguse SRT teenuste osutamise mahu korral tervishoiuteenuste maksumus Tervisekassa süsteemis. Praeguse SRT eelarve ressursi ümberjaotamine saab toimuda kokkuleppel nimetatud hinnavahe arvestades. Keskelt korraldatud inimese toevajaduse hindamisel on võimalik teenusvajadust täpsemalt hinnata ja planeerida ning seeläbi ka teenuste mahtu ja kulu efektiivsemalt juhtida. Kindlasti on muudatuste kohaselt oluline kirjeldada, millisele sihtrühmale millises mahus teenuseid on vajalik tagada – selleks, et nii spetsialistide ressursi kui rahalisi vahendeid täpsemalt ning tulemuslikumalt suunata. Selgitame ka, et sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse eelarvesse suunatakse järgnevatel aastatel lisavahendeid, mis katab teenuste maksumuse kallinemist. Teenuse osutamisega seotud kulud kaetakse riigieelarvest.

**Ettepanek:**

Tervisekassa hinnangul ei ole rehabilitatsioonireformi teostamiseks vajaminevad IT arendustööd piisava põhjalikkusega planeeritud. Integreeritud teenuste osutamiseks on hädavajalik valdkondade ülene ühine hindamisvahend ning heaoluplaan, mis tagaks kõikidele osaliste ühise info osutatud teenuste kohta. Ainuüksi tervise- ja heaolu plaan ei täida aga Tervisekassa hinnangul kõiki vajalike funktsionaalsusi. Kõikidel varasematel SRT teenuseosutajatel, kes edaspidi pakuvad tervishoiuteenuseid, on vaja kasutusele võtta tervise infosüsteemiga liidestatud tarkvara. Tõenäoliselt on vajalik ka TERVIKU ülejäänud tänastele SRT partneritele teenustele suunamise ja kasutamise korraldused eraldi dokumenteerida. Seetõttu teeme ettepaneku uurida tervise infosüsteemiga liidestunud tarkvara haldajatelt sisendit, kui kulukas ja milliseid täiendusi vajab liidestus selleks, et uue kategooriaga tervishoiutöötajaid süsteemi sisestada. Vajalik on ka teada, milliseid uusi funktsionaalsusi uued tervishoiutöötajad (ehk varasemad sotsiaalteenuse osutajad) vajavad, et infosüsteemi oleks üldse võimalik kohandada sobivaks uuele tervishoiutöötajate kategooriale.

**Vastus:**

Tervise- ja heaoluplaani osas on tehtud tarvilikus mahus eeltööd ja koostööd Tervisekassaga. Sotsiaalministeerium on suhelnud SRT teenuseosutajaga. Uurisime ka seda, millist tarkvara tänased sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse osutajad kasutavad. Ca 80% kasutavad tarkvara, millel on juba täna võimekus ühilduda Tervisekassa infosüsteemidega (seda funktsionaalsust lihtsalt ei kasutata). Nendel SRT teenuseosutajatel, kes on ka TTOd, sh iseseisva füsioterapeudi, logopeedi, kliinilise psühholoogi teenuse osutajad, on Tervisekassa infosüsteemiga liidestumise kogemus. Nõustume, et konkreetne liidestumine võib olla seotud lisakuludega. Kindlasti on uutele võimalikele liitujatele abiks juba liidestunud teenuseosutajate poolne kogemuse jagamine. Täpsustame selle lisakulu. Arvestame ka muid rakenduslikke ettepanekuid.

**Tähelepanek:**

Valdkondadeülese koordineerimise teenuse kuluefektiivsuse arvutused on meelevaldsed ja ei too näidatud 50 milj € kokkuhoidu tervishoius. Sotsiaalsüsteemi ja tervishoiusüsteemi integreerimisel on kulude kokkuhoiu teaduslik tõendus kasin. Kirjanduse põhjal hoitakse integratsiooni tulemusena kokku EMO tööaega, samas suureneb esmatasandi ja ka eriarstiabi koormus, patsientide tajutav rahulolu suureneb. Samale viitavad ka Eestis läbiviidud

analüüsid, kus tööle on võetud erinevate valdkondades juhtumikorraldaja. Kõige optimistlikuma prognoosi kohaselt võib kokkuhoid ravikuludelt olla aastas 5%, mis 65. aastate sihtrühma arvestades on umbes 22,5 milj € aastas.

#### **Vastus:**

Täname, et Tervisekassa on teinud omapoolse analüüsi ja arvestused. Samas näeme esitatud analüüsis puudujääke ja mõtestamata asjaolusid, mistõttu seame kahtluse alla tõenduse kasinuse hinnangu. Meie hinnangul on vaadatud üksnes sotsiaal-tervishoiu integratsiooni tõendusmaterjali ning jäetud tähelepanuta või ebapiisava tähelepanu alla tervishoiu sisese integreeritud teenuseosutamise teadusuuringute olemasolu. Samas on kavandatava reformi üks olulisi komponente tervishoiusüsteemi sisemine integratsioon. Samuti ei anna analüüs andmepõhist infot tegelike välditavate hospitaliseerimiste ja eriarsti konsultatsioonide kohta. Analüüsist on puudu reformiga saavutatavad tervisetulemid olemasoleva raha eest – samas on just üks reformi olulisi eesmärke maksimeerida inimeste tervisetulemeid olemasolevate eelarveliste vahendite raames, mitte hinnata mehhaaniliselt kulusid. Seega on meie hinnangul võetud analüüsi skoop liiga kitsalt hinnates vaid üksikuid komponente, mitte nende koosmõju. **Sellega seoses teeme Tervisekassale ettepaneku ühiselt kokku leppida sihtrühmad, meetodika ja algallikad, mille alusel me kokkuhoitavat kulu ning saavutatavaid tulemusi hindame.** Eeldame, et uute arvestuste kohaselt võib kokkuhoid jääda Tervisekassa poolt hinnatud 22 mln euro ja Sotsiaalministeeriumi poolt hinnatud 50 mln vahele.

#### **Tähelepanek:**

22 miljoni näol on tegu on arvutusliku kokkuhoiuga, mis ei sisalda integratsiooni loomiseks ja üleval hoidmiseks tehtud kulutusi, mille kaasnev mõju avaldub muutuste käivitamisest mitme aasta pärast. Tõenäoliselt on reaalne kokkuhoid infosüsteemi arenduste ning uute süsteemide üleval hoidmise kulu tõttu oluliselt väiksem. Integratsiooniprojekti elluviimiseks eeldatav eelarve VTK mõjuhinnangu järgi on 2027. aastal 24 mln €, 2028. aastal 28 mln €, 2029. ja 2030. aastal 31 mln €. Seega toob integratsiooniprojekt Tervisekassale lisakulu aastal 2028. vähemalt 5 milj € aastas, aastatel 2029–2030 vähemalt 8 milj € aastas. Kuna tõendus uuringute põhjal kulude kokkuhoiule on nõrk, siis tõenäoliselt on kulud Tervisekassale oluliselt suuremad.<sup>1</sup>

#### **Vastus:**

Ei saa nõustuda Tervisekassa hinnanguga täiendavale kulule ning meie hinnangul on Tervisekassa poolt läbi viidud analüüsil liialt kitsas skoop ning meie hinnangul baseerub see osaliselt ebakorreksetele eeldustele. Vt eelmise punkti kommentaari ning ettepanekut ühiselt uuesti hinnata reformi kuluefektiivsust.

Muuhulgas toome välja, et Sotsiaalministeerium on Tervisekassaga koostöös hinnanud TERVIK-ute juhtimise/koordineerimise võimalikku kulu ja nõustume, et see jääb 1-1,2 miljoni euro vahele aastas. Samuti oleme hinnanud terviseteeakonna juhi teenuse võimalikku eelarvekulu aastas eeldusel, et tööle võetakse üks terviseteeakonna juht iga 5 perearsti kohta. See kulu jääb hinnanguliselt 10 miljoni euro juurde aastas.

Täiendavalt on Tervisekassa juhtinud tähelepanu, et vajab ca 5 FTE ulatuses lisapersonali uue juhtimis- ja ostmisviisi rakendamiseks. See on maksimaalselt 0,3 mln eurot.

Tervise- ja heaoluplaaniga seonduva IT lahenduse iga-aastase kulu hinnanguks on 0,2 mln eurot. Seejuures on tervisekassal sotsiaalministeeriumi info kohaselt samuti olnud plaan digitaalse terviseplaani kasutuselevõtuks ehk siis osaliselt oli planeeritud see kulutus nii kui nii teha.

#### **See teeb kokku ca 12 miljonit eurot lisakulu aastas ja selle hinnanguga nõustume.**

Täiendavalt toob Tervisekassa näite, et alates aprillist 2023 käivitus teenus „Psühhiaatrilise juhtumi korraldamine“ noortele ja tööealistele. Selle tulemusel langes EMO kulu sihtrühmas 20% kuid kuna patsiendid said parema ligipääsu eriarstiabile tõusid nende ravikulud 8,5% võrra.

Juhime Tervisekassa tähelepanu, et psühhiaatriliste probleemidega sihtrühmale juhtumikorralduse teenus ei ole kusagil riikides näidanud kuluefektiivsust tervishoiule. Seda küll praktiseeritakse erinevates riikides, kuid mitte kuluefektiivsuse pärast tervishoiule vaid kuluefektiivsuse tõttu ühiskonnale tervikuna. Lisaks märgime, et teenuskoordinatsiooni eesmärk ei ole luua rohkem ligipääsu psühhiaatri vastuvõtule, vaid pigem vastupidi, vähendada psühhiaatrilise eriarstiabi koormust ning pakkuda vähesema intensiivsusega ja seega odavamaid teenuseid.

Kuna Tervisekassa ressursid on niigi piiratud, tegi Sotsiaalministeerium ettepaneku rakendada terviseteeonna juhi teenust (mis sisaldab juhtumikorralduslikku elementi), esialgu selgelt sihtrühmale, mille puhul on teiste riikide praktika näidanud kuluefektiivsust. Sel põhjusel arvestasime ka oma hinnangutes 4 ja enama kroonilise haigusega inimeste sihtrühmast välja psühhiaatriliste diagnoosidega patsiendid ja psühhiaatrilise eriala raviarved. **Ei ole korrektne eeldada, et krooniliste haigete sihtrühmas** (kuhu kuuluvad olulises osas eakad ja kust on välistatud psühhiaatrilise diagnoosiga inimesed), **kasvab terviseteeonna juhi teenuse kasutuselevõtul eriarstiabi kulu analoogselt noorte psühhiaatriliste patsientidega.**

Ka Viljandi haigla PAIK projektis, kus on terviseteeonna juhi teenuse sihtrühmaks võetud 4- ja enama kroonilise haiguse ning sotsiaalsete probleemidega inimeste sihtrühm, ei ole me ei esmase 3 kuulise vahekontrolli ega ka 12- kuu järgse vahekontrolli tulemustel täheldanud sellist olulist eriarstiabi kulude tõusu.

2024. aasta lõpu seisuga, kui oli kaasatud uuringusse ca 40% algselt plaanitud uuritavate arvust viitasid esialgsed analüüsid, et:

- EMO külastused olid Viljandi haiglaõla sekkumisgrupis umbes 50% madalamad kui kontrollgrupis;
- hospitaliseerimiste arv kogukonna õlas oli sekkumisgrupis ligikaudu 40% väiksem;
- keskmised kulud patsiendi kohta Viljandi kogukonna õlas olid sekkumisgrupis ligikaudu 1 380 eurot, võrreldes kontrollgrupi 1 765 euroga.

Tänaseks on projektis juba planeeritud uuritavate arv olemas. Kuna Tervisekassa ise finantseerib seda uuringut, soovime Tervisekassa analüütikutel ka selle vahetulemuse ise oma andmetel analüüsida ning asjakohased järeldused teha võimaliku kuluefektiivsuse hindamiseks.

Kokkuvõtlikult saame praegu järeldada, et ministeeriumi poolt väljatöötatava lahenduse korral **võiks sääst planeeritavast reformist jääda 50-12=38 miljoni ja 22-12=10 miljoni euro vahele. Säästu tegelik suurus sõltub ministeeriumi hinnangul sellest, kui tugevalt integratsiooni juhitakse (so koostööpartnerite ühine eesmärgistamine + motiveeriv rahastus).** Teiste riikide võrdluses on kõige madalama kuluefektiivsusega nn pehmed koostöövormid ja kuluefektiivsemad sellised koostöövormid, kus on läbi koostöö formaliseerimise antud koostöösapooltele selge vastutus eesmärkide saavutamise osas.

Soovime siinkohal ka rõhutada, et **kavandatava reformi eesmärgiks ei ole kulusid kokku hoida, vaid pakkuda elanikkonnale nende vajadustele paremini vastavat abi.** Sotsiaalministeerium ei toeta saavutatud säästu süsteemist välja võtmist, vaid selle arvelt tuleb rahastada teenuseid, mille kättesaadavus on täna väga probleemne ja lahendusi, mis aitavad kuluefektiivsust veelgi parandada sh kindlasti tõenduspõhist tervisedendust ja haiguste ennetust. Täiendavalt juhime Tervisekassa tähelepanu asjaolule, et integratsiooni kuluefektiivsus ei sõltu sellest, kas ja mil määral õnnestub teenuseosutajatelt osta üksikuid tõenduspõhiselt kuluefektiivseid teenuseid. See on seotud laiemalt sellega, kuidas õnnestub panna teenuseosutajad omavahel koostööd tegema optimaalsema teenuseteekonna nimel, mis aitab ära hoida inimeste asjatuid tervishoiukulusid. Seetõttu on ka OECD hinnanud integratsioonist saadavat säästu teistsugusel meetodil (mitte pelgalt vaadeldes üksikteenuste tõenduspõhisust vaid mitmete erinevate sekkumiste üheaegset koosmõju). **Sotsiaalministeerium leiab, et OECD hinnang, saavutada sihtrühmas ca 5%-list**

**tervishoiukulude kokkuvõtte, on perspektiivis realistlik ka Eesti tingimustes, kui süsteem ümber korraldada.**

#### **Ettepanek:**

Integratsiooni keskmes on tervisejuhi teenuse loomine, mille olemus on ebaselge. Kokku on leppimata tervisejuhi teenuse sihtgrupp ja teenuse osutaja baaspädevus. Tervishoiuteenuste loetelu komisjon arutas 2025. aasta augustis Eesti Perearstide Seltsi esitatud tervisejuhi taotlust ning leidis, et teaduskirjanduse alusel on tõendus tervisejuhi teenusele piiratud. Tervisejuhi rolli nähakse eelkõige koordineerimisteenusena, mis paikneb sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi piires ning mille rahastamine ei peaks täielikult tulema Tervisekassa eelarvest.

#### **Vastus:**

Integratsiooni keskmes on üleriigiliselt komplekssete tervise- ja sotsiaalprobleemidega inimeste toetamine ning perearstiabi jätkusuutlik osutamine lõimitult sotsiaalteenuste ja teiste esmatasandi tervishoiuteenustega. Erinevatel piirkondadel võib olla täiendavalt erinevaid prioriteetseid koostöövaldkondasid.

Oleme teadlikud, et süstemaatilistes ülevaadetes on terviseteeakonna juhi (*care coordinator, health navigator*) teenuse kohta kättesaadav kliiniline tõendus piiratud. Samas juhime tähelepanu, et teenus ei ole olemuselt üksik kliiniline sekkumine, vaid **korralduslik ja süsteemne lahendus**, mis mõjutab teenuste kättesaadavust, järjepidevust ning patsiendi kogemust tervikuna.

Seega ei saa selliste teenuste tõenduspõhisust hinnata ainult traditsioonilise kliinilise andmestiku põhjal (nt juhuvalimiuuringute kliinilised tulemused), vaid tuleb arvesse võtta ka **rahvusvahelist kogemust tervishoiukorralduse ja integreeritud teenusmodelite rakendamisel**.

Oluline on märkida, et erinevate riikide tervisesüsteemid ja finantseerimismudelid on väga erinevad, mistõttu on võrreldavate kvantitatiivsete näitajate leidmine keeruline. Samas on olemas märkimisväärne hulk kirjandust ja rahvusvahelisi analüüse, mis näitavad, et **koordineeritud teenused parandavad hoolduse järjepidevust, vähendavad vältimatut hospitaliseerimist, toetavad patsientide ja perede toimetulekut ning on kulutõhusad eelkõige krooniliste haigustega ja keeruliste teenusevajadustega inimeste puhul** (nt *WHO Integrated Care Framework, OECD 2021; Kodner & Spreeuwenberg, Int J Integrated Care 2002; WHO 2023 „Health Navigators for Chronic Care“*).

Seetõttu leiame, et terviseteeakonna juhi teenuse väärtust tuleb hinnata **laiemas raamistikus, mis hõlmab süsteemseid ja patsiendikeskseid tulemusi**, mitte üksnes kliiniliste uuringute põhjal.

Ravikindlustuse eelarvest rahastatava terviseteeakonna juhtide teenus peaks olema suunatud eeskätt mitme kroonilise haigusega patsientidele, kellel on ka sotsiaalsed probleemid ja kelle eriarstiabi kasutus on kõrge (esialgu soovime välistada psühhiaatriliste probleemide ja onkoloogiliste probleemidega patsientide sihtrühma, sest seal on kuluefektiivsus madal). Aastaid kestnud erinevatest pilootprojektidest oleme õppinud, et lisaks koordineerimise funktsioonile peaks terviseteeakonna juht ka motiveerima inimest oma tervise ja toimetuleku eest hoolitsema, vastutama, et abivajaja heaoluplaan oleks korrektselt koostatud ja sisaldaks tarvilikku infot ning hoides abivajajaga teatud perioodi kontakti veenduma, et abivajaja on talle spetsialistide poolt antud erinevatest juhistest aru saanud, tarvilikud ravimid ja abivahendid soetanud ja suudab ise neid kasutades ise toime tulla. Näeme, et terviseteeakonna juhi baaspädevus on eeskätt sotsiaaltöö alane kõrgharidus, kuid ei välista ka õenduslast baasharidust. Selline on ka teiste riikide tavapraktika.

Riigi eelarvest on planeeritud rahastada sotsiaalse rehabilitatsiooni sihtrühma terviseteeakonna juhi teenust.

**Ettepanek:**

Komisjon nõustus, et tegemist on olulise ettepanekuga, kuid tervisejuhi teenuse tervishoiu teenuste loetellu lisamiseks on vaja ära oodata sarnase teenuse katseprojektide Viljandi PAIK ja Ida-Viru integratsiooniprojekti tulemused. Nende põhjal saab teha järeldused tervisejuhi rolli piisava tõenduspõhisuse osas. Komisjon rõhutas vajadust leppida selgelt kokku tervisejuhi töökorraldus, sihtrühm kellele teenust osutatakse ja mitme perearsti nimistu kohta tervisejuht tööle rakendatakse. Teeme ettepaneku komisjoni poolt nimetatud asjaolud minimaalselt eelnõus välja tuua, et vältida pikaaegset segadust ning frustratsiooni ebavõrdsest lähenemisest võrdsetes olukordades.

**Vastus:**

Ida-Viru integratsiooniprojekt lõppeb 2027. aastal ja tulemused tulevad alles peale seda. Ministeerium on kindlal seisukohal, et seda projekti ei ole võimalik siduda tervisetee-konna juhi ametikoha ellu kutsumisega. Ministeerium on investeerinud olulisel määral ressursse, sellesse, et täna erinevates piirkondades hoolduskoordinatsiooni ja/või tervisetee-konna juhi teenus toimima saada. Näeme, et tervisetee-konna juhi teenus on hädavajalik, et toetada meie perearstiabi jätkusuutlikkust ja sotsiaalsüsteemi. Perearstid on ka VTK tagasisides tagasisidet andnud, et nad vajavad täna hädasti sellist spetsialisti oma meeskonda.

Täiendavalt juhib ministeerium Tervisekassa tähelepanu, et **tervisetee-konna juhi ameti legaliseerimise vajadus ei ole seotud ainult perearstide taotlusega. Tervisetee-konna juhi roll on edaspidi oluline ka näiteks rehabilitatsiooni meeskondades ja ka mujal süsteemis.**

Tervisekassa on välja toonud, et perearstide esitatud tervisetee-konna juhi taotlust pole mõtet rahuldada, kui turul pole vastava kvalifikatsiooniga spetsialiste. Koolituse ettevalmistamine on ajakulukas ja seetõttu oleme pidanud oluliseks selle protsessiga alustada. Saame tervisetee-konna juhi baaskoolituse ettevalmistamisel lähtuda minimaalse tarviliku pädevuse põhimõttest ja lisada tulevikus tarvilikke täiendkoolitusi, kuid me ei näe võimalust lükata koolitust edasi määramata tulevikku.

Ülaltoodut arvesse võttes teeb Sotsiaalministeerium Tervisekassale ettepaneku jätkata koostööd konkreetsete järgnevate sammudega:

1. Täpsustada sihtgrupp ja viia ühiselt läbi integratsioonireformi kulude ja võimaliku säästu arvutused,
2. Leppida kokku integratsiooni eesmärgid ja sellest tulenevad mõõdikuid, mida on võimalik Tervisekassa andmete pealt arvutada ning hakata neid regulaarselt mõõtma ja edastama infot osapooltele.
3. Ühiselt läbi mõelda, kellelt ja kuidas oleks erinevates piirkondades võimalik tulevikus hakata nende eesmärkide saavutamist ostma.
4. Liikuda edasi tervisetee-konna juhi taotluse menetlusega mitme kroonilise haigusega arvestusega, et see jõuaks rahastusele hiljemalt 2027.a. jaanuaris.
5. Jätkata arutelu rehabilitatsiooniteenuste korraldamise ja rahastamise teemal selliselt, et inimese ning teenuseosutajate vaatest ei oleks uus lahendus killustatud, aitaks tagada inimese jõudmise teenusele vajaduspõhiselt, tarbetute lisahindamiste ning teenuse taotlemiseta, aitaks tagada teenuse kättesaadavuse üle-eestiliselt, aitaks tagada rehabilitatsioonimeeskonda kuuluvate spetsialistide interdistsiplinaarset koostööd ning tagada teenuste eelarvestamise loogika selliselt, et see võimaldaks teenuste kulu katta riigi eelarve vahenditest ning ei tooks Tervisekassale täiendavat lisakulu.

Lugupidamisega



(allkirjastatud digitaalselt)

Anniki Lai  
asekantsler

Anneli Taal  
Anneli.Taal@sm.ee