

Väljatöötamiskavatsus Eesti tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi integreerimiseks

1. Sissejuhatus

Alates 2017. aastast on Sotsiaalministeerium katsetanud erinevates Eesti piirkondades inimesekeskseid tervishoiu- ja sotsiaalteenuste lahendusi ravikindlustuse ja välisabi vahendite toel. Käesoleva väljatöötamiskavatsusega tehakse ettepanek luua inimesekeskne ja ühtne tervishoiu- ja sotsiaalteenuste korraldamise süsteem koos kaasnevate teenuste ja rahastusmudelitega, mis arvestab senistest pilootprojektidest saadud kogemusi ja teiste riikide parimaid praktikaid. Probleem, mida soovitakse lahendada, puudutab nende inimeste toetamist, kelle puhul kaasneb lisaks mitmetele keerulistele ja pikaajalistele terviseprobleemidele sageli ka sotsiaalteenuste vajadus. Eestis on praegu sotsiaalsüsteem ja tervishoiusüsteem teineteisest eraldatud, mistõttu võib abivajaja ekselda erinevate teenuseosutajate ja abistajate vahel ning abi osutamine ei ole õigeaegne ega korraldatud kõige optimaalsemal viisil. Samu teenuseid võib pakkuda nii sotsiaal- kui tervishoiusüsteem ning killustunud on ka teenuste rahastamine. Olukorra parandamiseks teeme ettepaneku süsteemid lõimida ning teenuseid korraldada ja osutada koordineeritult, sealhulgas koostööd rahaliselt motiveerides. Koostöö peamised osalised on kohalikud omavalitsused (KOV-id), haiglad ja perearstid. Pakutud lahendus võimaldab teenuste osutamiseks vajaliku personali, muude ressursside ja raha optimaalsemat kasutust.

2. Lahendatav probleem

Tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi ning nende teenuste osutamise eraldatus on olnud Eestis juba pikka aega probleem. Olukorra kirjeldamisel tuleb eristada:

- (i) praeguse tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi koostööprobleeme ja -piiranguid ning
- (ii) süsteemide vähesest koostööst tulenevaid mõjusid inimesele ja ühiskonnale.

Puudub koostöö sotsiaal- ja tervishoiuteenuste planeerimisel, korraldamisel ja rahastamisel.

Koostööprobleemid saavad alguse juba teenuste planeerimise, korraldamise ja rahastamise eraldatusest. Sotsiaalvaldkonna teenuste korraldamise ja rahastamise strateegilisi otsuseid langetatakse suures osas KOV-ides, tervishoidu puudutavaid otsuseid aga riigi tasandil. Kokkupuuted valdkondade juhtide ja korraldajate vahel on juhuslikud, puuduvad läbimõeldud koostöö korraldus ning koostöö tegemise kohad. Tuleb ka silmas pidada, et ehkki Eesti on väike, on piirkondlikud erinevused väga suured.

Puudulik koostöö sotsiaal- ja tervishoiuteenuste osutamisel. Kokkupuuted tervishoiuteenuse osutajate ja sotsiaalteenuse osutajate vahel on üldjuhul juhuslikku laadi. Puuduvad ühtsed kokkulepped ja arusaam, kuidas erinevaid terviseseisundeid käsitleda – milline koostöö on konkreetse sihtrühma puhul vajalik, milliste eesmärkide ja panustega. Sageli puudub teenuseosutajatel ülevaade oma piirkonna võimalikest koostööpartneritest. Praegune korraldus ei motiveeri sotsiaal- ja tervishoiuteenuse osutajaid seadma ühiseid eesmärke, leppima kokku abivajaja ühelt teenuselt teisele liikumise korraldust, vältima dubleerimist ega looma inimesekeskseid lahendusi.

Koostöö toimub enamasti spetsialistide, mitte organisatsioonide tasandil. Komplekssete abivajadustega inimeste aitamiseks loovad spetsialistid ise teise valdkonna kolleegidega kontaktid vastavalt vajadusele. Selline koostöö põhineb sageli isiklikel suhetel, mis kaovad koos töötaja lahkumisega, muutes süsteemi ebajärjekindlaks ja suurendades spetsialistide koormust.

Sama teenust pakutakse nii tervishoiu- kui sotsiaalsüsteemi kaudu. Osaliselt esineb sotsiaal- ja tervishoiusüsteemis ka teenuste dubleerimist, mis ei ole administratiivselt otstarbekas. Näiteks osutatakse terviseseisundi tõttu rehabilitatsiooni vajadusega inimestele täpselt samu teenuseid (nt füsioteraapia, tegevusteraapia) nii tervishoiu- kui ka sotsiaalsüsteemis (nt riiklikult korraldatud ja riigieelarvest rahastatava sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse puhul).

Turvalise infovahetuse, sh vajaduste hindamise tulemuste jagamise võimaluse puudumine. Oluline puudus, mis takistab praegu spetsialistide omavahelist koostööd, on tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna infosüsteemide eraldatus ning puuduv turvaline valdkondadevaheline infovahetuse platvorm. Isegi kui abivajaja on nõus, et mõlema valdkonna spetsialistid tema kohta riigi infosüsteemidesse kogutud sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna infole ligi pääseks, ei ole see praegu tehniliselt võimalik. Vajalikkude abivajaja kohta käivat tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna infot vahetatakse tervishoiu- ja sotsiaaltöötajate vahel e-kirja teel krüpteeritult, mis on aeganõudev, või telefonitsi, mis ei pruugi olla turvaline. Piirangud ligipääsudele esinevad ka valdkonna sees, näiteks ei pääse haigla sotsiaaltöötajad ligi riiklikule sotsiaalvaldkonna infosüsteemile STAR. Samuti ei ole vahetatav info standardiseeritud.

Puudub spetsialist, kellel oleks valdkonnaüleline teenuste koordineerimise pädevus, õigused ja kohustused. Praegu on õigusruumis reguleeritud tervishoiuteenused ja sotsiaalteenused. Puuduvad valdkonnaülese teenuskoordinatsiooni regulatsioon ja kohustus osutada kompleksse tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna abivajadusega inimesele teenuseid koordineeritult. Ei ole määratud vastava pädevuse ja ülesannetega spetsialisti, kes koondaks kompleksse abivajadusega inimese sotsiaalsete ja tervisevajaduste hindamise üheks tervikuks, koostaks inimesele valdkonnaülese abiplaani ning koordineeriks mõlema valdkonna poolt osutatavaid teenuseid abivajaja vaates inimesekeskset.

Tulenevalt osutatava teenuse eesmärgist pole sotsiaaltöötajatele kehtivas õiguses antud ligipääsu inimese terviseinfole, tervishoiuspetsialistidel puudub ligipääs inimese sotsiaalsete vajaduste infole.

Puudub proaktiivne rahvastiku riskipõhine juhtimine sotsiaal- ja tervishoiuteenuste osutamisel. Kompleksse abivajadusega inimestele osutatakse teenuseid reeglina inimese pöördumise korral ehk teenuse osutamine on reaktiivne, mitte proaktiivne. Puudub abivajaduse märkamise ja sellest teavitamise süsteem, mille rakendamisel saaks abivajaja talle vajaliku abi õigel ajal. Nii teenuste planeerijatel kui osutajatel puudub ülevaade sellest, kes on nende ühist abi vajav inimeste sihtrühm ja sellest tulenevalt ei ole ka ühist strateegiat ega plaani sihtrühmani jõudmiseks.

Mis on vähese valdkondadeülese koostöö tagajärjed inimeste ja ühiskonna jaoks? Tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi vähese koostöö tõttu ei saa inimese talle vajalikke teenuseid õigel ajal ja õiges kohas. Pikad teekonnad abi saamisel katkevad. Õigeaegse abi saamata jäämisel terviseprobleemid süvenevad, sotsiaalne toimetulek halveneb ja abivajaja võib sattuda EMO-sse ja haiglasse ning sealt juba hooldekodusse. Tema vajadus erinevate teenuste järele võib olla kokkuvõttes suurem. Ühiskonnale tähendab see kõige kallimat ja ressursikulukat inimese aitamise viisi. Tingimustes, kus ülalpeetavate määr¹ riigis pidevalt kasvab, ei ole võimalik ühiskonnal endale lubada seda, et valdav osa inimeste aitamisest toimuks kõige kulukamal moel ehk tervishoiusüsteemis eriarstiabis ja haiglates ning sotsiaalsüsteemis hooldekodudes.

Keda probleem puudutab? Kõige vahetumalt puudutab probleem inimesi, kellel on korraga mitmesugused tervise- ja sotsiaalprobleemid ning kes vajavad kompleksset tuge. Laiemalt mõjutab probleem nende lähedasi, sotsiaal- ja tervishoiutöötajaid, KOV-e ja haiglaid ning kogu sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi, sh erinevaid teenuseosutajaid.

Miks ei saa olemasoleva süsteemiga muudatusi tegemata edasi minna? Tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna jätkusuutlikkuse seisukohalt on integreeritud süsteemile üleminek vältimatu, sest see on üks väheseid tõenduspõhiseid meetmeid, mis võimaldab tervishoiusüsteemi efektiivsemaks muuta ja sotsiaalsüsteemile langeva koormusega toime tulla. Olemasoleva süsteemiga jätkamine ei ole jätkusuutlik, see on kulukas, koormab ühiskonda ja mõlemat süsteemi eraldi.

Kas probleem seisneb regulatsioonis? Milline on hetkeolukord ja regulatsiooni rakendamise praktika? Olemasolevas õigusruumis ei ole praegu terviklikult ette nähtud mehhanisme, mis kohustaksid KOV-e, perearste, haiglaid ja teisi osapooli tervishoiu- ja sotsiaalteenuste planeerimisel

¹ Ülalpeetavate määr on mittetööeliste ehk kuni 14-aastaste ja üle 65-aastaste elanike arv 100 tööelise (15–64-aastased) elaniku kohta.

ja osutamisel koostööd tegema. Rahvatervishoiu seadus² reguleerib rahvatervishoidu üldisemalt, sh tervisedendust ja keskkonna tervishoidu, tervishoiuteenuste korraldamise seadus³ keskendub tervishoiuteenustele ja nende korraldusele ning sotsiaalhoolekande seadus⁴ reguleerib sotsiaalteenuste ja sotsiaalabi osutamist. Samuti puudub rahastamismudel, mis toetaks koostööl põhinevat ja tulemuspõhist teenuse osutamist. Seetõttu puudub osapooltel motivatsioon ühiselt panustada ennetusse ja esmatasandi proaktiivsetesse integreeritud teenustesse, mistõttu jääb süsteem reaktiivseks – abi osutatakse alles siis, kui inimene on juba raskes seisus.

2. Eesmärgid

Kavandatav muudatus on kooskõlas Vabariigi Valitsuse tegevusprogrammiga ja selle eesmärk on ületada lõhe sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna vahel, et tagada inimestele nende vajadustest lähtuv, sujuv ja tõenduspõhine teenuseteekond. Selle saavutamiseks ei piisa ainult parema koostöö soodustamisest – vaja on luua uus valdkondi ühendav juhtimis- ja korraldusmudel.

Sisulise koostöö toimima hakkamiseks:

- **Luuakse maakondlikud heaolupiirkonnad**, mis annavad selge raamistiku vastutuse delegeerimiseks sobilikule koostöötasandile kõigile üheselt mõistetavate piiritletud eesmärkide näol. See tähendab, et kasutusele võetavad eesmärgmõddikud on seotud konkreetse maakonna ja seal elava rahvastikuga ning maakonna eripärasid arvestavate teenuselahendustega.
- Igas heaolupiirkonnas **käivitatakse regulaarne koostöö** Sotsiaalministeeriumi (SoM), tema rakendusasutuste ja Tervisekassa ning piirkonna KOV-i esindajate vahel. Tekib **heaolupiirkonna koostöökogu**. See tähendab, et igas maakonnas lepatakse kokku riigi strateegilisi arengusuundi ja iga maakonna eripärasid arvestav tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostööstrateegia, sh koostöövaldkonnad, prioriteetsed sihtrühmad ja eesmärgid.
- **Võetakse kasutusele rahvastikupõhine riskijuhtimine**. See tähendab, et igas heaolupiirkonnas tekib ülevaade sellest, milline osa selle piirkonna rahvastikust on terve ja sotsiaalselt toimetulev ning vajab eeskätt tervisedenduslikke sekkumisi, milline osa on oma sotsiaalse ja tervisekäitumise tõttu riskirühm ning vajab erinevaid ennetusele suunatud sekkumisi, millisel osal on olulised riskid juba realiseerunud ja millisel osal segavad tervise- ja sotsiaalprobleemid juba oluliselt igapäevast toimetulekut. Rahvastikupõhine riskijuhtimine tähendab seda, et tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutajad planeerivad ja eesmärgistavad ühiselt oma tööd ja ressursse, lähtudes iga sihtrühma spetsiifilistest vajadustest. Riskirühmadele osutatakse teenuseid proaktiivselt, vähendades seeläbi potentsiaalset kahju nii inimesele endale kui ka ühiskonnale.
- Igas heaolupiirkonnas moodustatakse **tervishoiu- ja sotsiaalteenuse osutajate koostööorganisatsioonid ehk TERVIK-ud**. See tähendab, et peamised tervishoiu- ja sotsiaalteenuse osutajad (s.o perearstiabi osutajad, haigla(d) ja KOV-id) koonduvad TERVIK-usse. TERVIK-u ülesanne on koostada lähtuvalt maakonna strateegiast ja eesmärkidest tegevuskava ning tegutseda eesmärkide koostöös saavutamise nimel. Tervisekassa sõlmib TERVIK-utega lepingud, mis katavad baaskulu ja motiveerivad TERVIKU-id seatud eesmärke saavutama. SoM toetab TERVIK-uid mitmekülgsete arendusprojektidega, mille eesmärk on võtta piirkondades kasutusele innovatiivsed ja optimaalsed lahendused. TERVIK kaasab eesmärkide saavutamiseks koostöösse teisi osapooli (nt kiirabi, apteegid, hooldekodud, koduõendusteenuse osutajad jne) vastavalt vajadusele. Heaolupiirkonna äärealadel asuvad teenuseosutajad võivad vajaduse korral olla kaasatud ka kõrvalasuva heaolupiirkonna TERVIK-usse. Samuti kaasatakse TERVIK-utesse koostööpartneritena regionaalhaiglaid ka juhul, kui need asuvad teises heaolupiirkonnas.
- **Loobume tervishoiuteenuste ostmisest paralleelsüsteemide kaudu** (nt Sotsiaalkindlustusameti (SKA) korraldatava sotsiaalse rehabilitatsiooni teenus), suunates

² [Rahvatervishoiu seadus–Riigi Teataja](#).

³ [Tervishoiuteenuste korraldamise seadus–Riigi Teataja](#).

⁴ [Sotsiaalhoolekande seadus–Riigi Teataja](#).

selleks mõeldud ressursid Tervisekassasse. Sotsiaalteenuste puhul, mille osutamine ei ole KOV-i tasandil otstarbekas, kuna teenuse sihtrühm on liiga väike, tagatakse kättesaadavus ja rahastamine TERVIK-ute kaudu.

- Koolitame välja **spetsialistid ehk tervisejuhid**, kes tunnevad nii tervishoiu- kui sotsiaalvaldkonna eripärasid ning suudavad hinnata inimese abivajadust, toetada teda tema abivajaduses komplekselt ja osutada pädevalt valdkonnaülese koordineatsiooni teenust. Võimaldame nendele spetsialistidele ligipääsu abivajaja abivajaduse, tervishoiu- ja sotsiaalteenuste infole ning anname nende käsutusse abivajajale digitaalse valdkondadeülese **heaoluplaani** koostamise ja vaatamise võimaluse ning meeskonnatööd toetava turvalise meeskonnatöö keskkonna.
- Anname TERVIK-utele neile seatud eesmärkide saavutamiseks võimaluse võtta kasutusele **valdkonnaülese koordineatsiooni teenused** kokkulepitud riskirühmadele (s.o sõlmida selle teenuse osutamiseks leping Tervisekassaga ja palgata tervisejuhid, kes neid teenuseid osutavad). Iga TERVIK otsustab ise, kus tervisejuhid töötama peaksid (nt millistes tervisekeskustes või milliste teenuseosutajate juures), et nende töö annaks maksimaalselt hea ja eesmärgipärase tulemuse.
- **Inimesekeskne heaoluplaan saab sisendi sotsiaal- ja tervisevaldkonna infosüsteemidest** ning võimaldab inimese tervikkäsitlust. Koostatud heaoluplaan on teenuse osutamisega seotud spetsialistidele (s.o abivajaja tugimeeskonnale) kättesaadav tsentraalse tervisejuhtimise töölaual kaudu ja abivajajale endale terviseportaali kaudu. KOV-i sotsiaaltöötajad pääsevad heaoluplaanidele ligi oma STAR-i töölaualt.

Koostöö kaudu saavutatakse järgmised eesmärgid:

- tervishoiu- ja sotsiaalteenuste vajadustele vastav ja sujuvam osutamine õigel ajal ja õiges kohas;
- spetsialistide administratiivse koormuse vähenemine tänu organisatsioonide poolt kokku lepitud koostöökorraldusele, läbimõeldud rollijaotusele ja paremale info kättesaadavusele;
- väheneb erakorralise abi kasutus;
- väheneb surve haiglaravi- ja hoolduskuludele;
- suurem rahulolu nii teenusesaajate kui ka spetsialistide seas;
- efektiivsem ressursside kasutus kogu süsteemis.

TERVIK-ute eesmärkide täitmist hinnatakse koostöösapoolte vahel kokku lepitud moodsikute kaudu. Moodsikute jälgimiseks valmistatakse SoM-i koordineerimisel ette vastavad juhtlauad.

3. Võimalikud lahendused

Peamised takistused eesmärkide saavutamiseks on ebapiisav õiguslik raamistik, puudulikud koostöökohustused, rahastamise ja vastutuse jagunemine riigi ja KOV-ide vahel ning piiratud andmevahetuse võimalused. Samuti puuduvad ühtne teenuste koordineatsiooni võimaldav süsteem ja koolitatud spetsialistid, kes suudaksid juhtida teenusesaaja teekonda üle valdkondade.

VTK-s on välja pakutud võimalikud mitteregulatiivsed ja regulatiivsed lahendused kirjeldatud eesmärkide saavutamiseks. Senise korralduse säilitamist ei kaalutud, kuna see ei võimalda vastata tuvastatud probleemidele ega realiseerida seatud eesmäärke.

3.1. Kasutatavad mõisted

Heaolupiirkond – geograafiline piirkond, kus erinevad teenuseosutajad, avaliku sektori esindajad ja kogukonna liikmed selle piirkonna abivajajate heaks koordineeritud koostööd teevad. Üldjuhul on heaolupiirkonnaks maakond.

Piirkondlik koostöökogu – heaolupiirkonna sotsiaal- ja tervisevaldkonna strateegiline juhtorgan, kes vastutab piirkonna rahvastiku tervise ja sotsiaalse toimetuleku arendamise eest, võtab vastu piirkonna strateegilisi eesmärgi puudutavaid otsuseid ja tagab koostööks piisavad ressursid.

TERVIK – formaliseeritud koostöövõrgustik, mille moodustavad piirkonna tervishoiuteenuse osutajad (esmatasand, sh perearstiabi, kiirabi, haigla) ja sotsiaalteenuse osutajad (sh KOV-id)

eesmärgiga koordineerida ennetust, valmisolekut ja teenuste osutamist ning pakkuda integreeritud teenuseid. Koostöös tagatakse teenuste järjepidevus, vajadustele vastavus ja kvaliteet ning välditakse dubleerimist.

Riskirühm – inimesed, kellel on tervise- ja sotsiaalprobleemide tekke või süvenemise risk ja kelle puhul on tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostöö probleemide ja abivajaduse süvenemise ärahoidmiseks esmavajalik.

Valdkonnaülene teenuskoordinatsioon – tegevus, mille eesmärk on toetada riskirühma kuuluvat inimest tema tervise- ja heaolueesmärkide saavutamisel ning lihtsustada juurdepääsu talle vajalikele tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna teenustele. Valdkonnaülene teenuskoordinatsioon toimub teenuseosutaja tasandil ühe sisenemispunkti põhimõttel multidistsiplinaarse meeskonna põhiselt ja selle keskne vahend on abivajajale koostatav personaalne heaoluplaan.

Tervisejuht⁵ – valdkonnaülese koordinatsiooni teenust osutav spetsialist, kes teeb riskirühma kuuluva inimese tervikvajaduse hindamise, korraldab inimesekeskse heaoluplaani koostamise, moodustab plaani täitmisega seotud spetsialistidest meeskonna, koordineerib meeskonnatööd plaani elluviimisel, aidates abivajajat, et ta saaks teenust õigel ajal ja sujuvalt, ning hindab, kaasates meeskonda, regulaarselt plaani täitmist ja koordineeritud teenuseosutamise jätkamise vajadust. Tervisejuht on õenduse või sotsiaaltöö baasharidusega spetsiaalse täiendkoolituse läbinud spetsialist.

Heaoluplaan – inimesekeskne valdkondadeülene plaan, mis võimaldab abivajajal koostöös oma lähedaste ja spetsialistidega seada oma tervise- ja heaolueesmärgid ning panustada kooskõlas talle antud juhistega nende täitmisse. Heaoluplaan saab sisendi erinevates valdkondades koostatud plaanidest ja dokumentidest (nt terviseplaan, epikriisid, õendusplaan, taastusravi plaan, sotsiaalvaldkonna juhtumiplaanid jms). See sisaldab inimese olulisemat sotsiaal- ja terviseinfot, infot talle määratud ja osutatavate sotsiaal- ja tervishoiuteenuste kohta ning toob abivajaja ühtsesse infovälja erinevate valdkondade spetsialistidega.

3.2. Heaolupiirkondade määramine ning nendes riigi ja KOV-i esindajatele koostöökohustuse loomine

Heaolupiirkond ei ole administratiivne tasand, see on koostöö ja koordinatsiooni tasand. Heaolupiirkondade määramine võimaldab kasutusele võtta rahvastikupõhise riskijuhtimise ning seeläbi selgetel alustel planeerida ja osutada teenuseid vastavalt iga piirkonna elanikkonna vajadustele inimesekeskselt, samuti parandada tervisetulemit ning mõjutada inimesi oma tervise ja heaolu eest rohkem ise vastutust võtma.

Ettepanek määrata heaolupiirkonnad järgmiselt:

Määrata seaduse alusel maakondlikud heaolupiirkonnad ning panna SoM-ile, Tervisekassale ja KOV-idele heaolupiirkonnas koostöökohustus.

KOV-idel on juba praegu rahvatervishoiu seaduse alusel sätestatud kohustus teha maakonnas või piirkonnas koostööd ja selle raames:

- koondada maakonna või piirkonna rahvastiku tervise üldandmed ning koostada piirkonnas esinevate riski- ja kaitsetegurite elukaareülene kirjeldus ja analüüs;
- leppida kokku maakonna või piirkonna rahvatervishoiu strateegilised eesmärgid;
- teha kokkuvõtte maakonna või piirkonna peamistest tervise- ja heaolunäitajatest ning riski- ja kaitseteguritest;
- koostada tegevuskava eesmärkide saavutamiseks.

Olemasoleva lahenduse peamised puudused on järgmised:

- KOV-ide kokkulepe puudutab ainult rahvatervishoiu strateegilisi eesmärgi ega sisalda inimesekeskse tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutamise strateegilisi eesmärgi.
- Koostatav tegevuskava hõlmab ainult rahvatervishoiu meetmeid ega sisalda inimesekeskse tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutamise meetmeid.

⁵ Käesolevas VTK-s kasutatakse tervisejuhi mõistet, kuid tulenevalt saadud tagasisidest on võimalik võtta kasutusele teine nimetus. VTK tagasisides võib teha vastavaid ettepanekuid.

- Tervise- ja heaoluprofiili koostamises ning strateegiliste eesmärkide kokkuleppimises on kohustatud osalema ainult KOV-id, kes teevad seda SoM-i hallatava asutuse Tervise Arengu Instituudi (TAI) juhendite alusel. SoM ega Tervisekassa ei osale strateegia kokkuleppimisel. Tervishoiuteenuse osutajaid kaasatakse võimalust mööda strateegia ja tegevuskava koostamisse, kuid neil pole kohustust selles osaleda ja näiteks perearstide esindajad üldjuhul selles protsessis ei osale.
- TAI on koostanud juhtimislauad maakonna rahvatervishoiu olukorra hindamiseks. Sarnaselt peaksid ka SKA ja Tervisekassa koostama maakondadele riiklikult kogutavate andmete alusel nende ülesannete täitmist toetavad juhtimislauad tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutamise koordineerimiseks. Erinevate andmete analüüs peaks sisaldama nii rahvatervishoiu-, tervishoiu- kui ka sotsiaalteenuste osutamise tugevate külgede ja probleemide kokkuvõtet ning sellest tulenevaid ettepanekuid.
- Eesmärgi mõõdetakse ja strateegiat uuendatakse praegu iga nelja aasta tagant, eesmärkide saavutamist ei motiveerita.

Ettepanek kujundada maakonna tasandil strateegiline tervise- ja sotsiaalteenuste juhtimine järgmiselt:

Seadusega sätestatakse nõue moodustada heaolupiirkonna koostöökogu, kuhu kuuluvad koostöökohustusega liikmetena maakonna KOV-ide esindajad, SoM-i esindaja ja Tervisekassa esindaja. Koostöökogu otsused on aluseks maakonna TERVIK-u tegevusele ning nende täitmine on osapooltele heaolupiirkonnas siduv. Koostöökogu kutsub kokku KOV-ide maakondlik koostööorganisatsioon (omavalitsuste liit või maakonna arendusorganisatsioon). Koostöökogusse kaasatakse heaolupiirkonna TERVIK-u esindajad. Koostöökogu liikmetele ei maksta tasu.

Koostöökogu liikmete ülesanded:

- kinnitada koostöökogu töökord (kohtumised minimaalselt kaks korda aastas);
- tutvuda maakonna rahvatervishoiu-, tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutamise tugevate külgede ja probleemide kokkuvõttega ning sellest tulenevate ettepanekutega;
- leppida kokku maakonna rahvatervishoiu-, tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna strateegilised koostöövaldkonnad, prioriteetsed sihtrühmad ja koostöö eesmärgid;
- kinnitada tegevuskava eesmärkide saavutamiseks (tegevuskava koostamise ülesanne on heaolupiirkonna TERVIK-ul);
- kontrollida eesmärkide ja tegevuskava täitmist vähemalt üks kord aastas;
- toetada seadusest tulenevate kohustuste ja võimaluste piires oma eesmärkide ja tegevuste elluviimist (kokkulepped vajalike ressursside ja teenuste olemasoluks ning ühisesse kasutusse andmiseks).

Kaalutud alternatiiv: moodustada maakonnast suuremad heaolupiirkonnad. Inimesekeskuse parandamiseks on oluline integreerida abi osutamine eeskätt esmatasandil. Sellest tulenevalt analüüsis SoM 2024. aastal Tervisekassa andmetel Eesti inimeste liikumist esmatasandi tervishoiuteenustele ja esmatasandilt toetavatele teenustele. Selle põhjal jõuti järeldusele, et praegu saavad inimesed enamiku oma esmatasandi tervishoiuteenustest selles maakonnas, kus nad elavad. KOV-i osutatavaid sotsiaalteenuseid, mis on sotsiaalsüsteemi mõistes esmatasandi teenused, saadakse enamasti oma KOV-i piires. Integratsiooni laiapõhjaline töörühm⁶ jõudis järeldusele, et maakond on Eestile esialgu sobilik sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi integratsiooni piirkond. Ka rahvusvahelise praktika analüüs näitas, et sobilik esmatasandi integratsiooni piirkond on 20 000–50 000 elanikku (v.a tiheasustatud alad, kus tuleb lähtuda tõmbekeskuse põhimõttest).

⁶ SoM-i initsiatiivil moodustati ja kutsuti 2024. aasta suvel kokku integratsiooni laiapõhjaline töörühm, mille eesmärk oli selgitada välja erinevate osapoolte koostöövalmidus ja nägemus võimalike teistes riikides kasutatavate koostöömehhanismide realiseeritavuse kohta Eestis ning koguda ettepanekuid koostöö korraldamise sobilike lahenduste kohta Eestis. Töörühm on kohtunud kokku neljal korral ja jätkab oma tööd. Töögruppi kuuluvad Eesti Perearstide Selts, Eesti Haiglate Liit, Eesti Linnade ja Valdade Liidu ja erinevate KOV-ide esindajad, Eesti Arstide Liit, Eesti Õdede Liit, Eesti Esmatasandi Tervisekeskuste Liit, Eesti Gerontoloogia ja Geriatria Assotsiatsioon, Tervisekassa, Tervise Arengu Instituut, Regionaalministeerium ja SoM.

Tulevikus, kui maakondade rahvaarv väheneb, võib kaaluda mitut väiksemat maakonda hõlmava heaalupiirkonna moodustamist.

Mitteregulatiivne lähenemine ehk pehme koostöömudel. Selle lahenduse korral moodustatakse küll maakondlikud heaalupiirkonnad, kuid koostöökoogu moodustamine pole kohustuslik ning KOV-idele ega Tervisekassale ei panda seadusega kohustust heaalupiirkonna koostöös osaleda. Tegemist oleks praktiliselt olemasoleva olukorra jätkumisega, kuid senisest süsteemsemalt suunatud koostöö koordineerimisega SoM-i poolt – SoM-i esindaja kutsub ise vähemalt kaks korda aastas igas maakonnas KOV-ide ja Tervisekassa esindajad kokku, et arutada piirkonna koostööd indikeerivate mõõdikute taustal koostöövõimalusi ja arenguvajadusi.

Eelised: võimaldab paindlikku ja kiiret rakendamist; soodustab kohaliku tasandi initsiatiivi; sobib lühiajalisteks katsetusteks ja üleminekuetapiks.

Puudused: puudub üleriigiline katvus ja siduvus; sõltub KOV-ide ja Tervisekassa motivatsioonist; otsused ei ole osapooltele siduvad; strateegilisi koostöökokkuleppeid tervishoiu- ja sotsiaalteenuste korraldamisel ja rahastamisel ei sõlmita; pehme koostöömudel ei võimalda delegeerida vastutust tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostöö ja koordinatsiooni eest piirkonna tasandile.

3.3. TERVIK-ute ehk tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna inimesekesksete koostööorganisatsioonide moodustamine heaalupiirkondades

Selleks, et heaalupiirkonnas kokku lepitud strateegilised tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostöö eesmärgid ellu viia, peavad piirkonna teenuseosutajad nende eesmärkide täitmise nimel igapäevaselt sisulist koostööd tegema. Praegu Eestis selline süsteemne koostöövorm puudub, ehkki mujal maailmas on see üsna tavapärane.

Teenuseosutajate koostöö ei ole enamasti isetekkeline, sest tavapäraselt ollakse harjunud tegutsema konkurentsi olukorras. Seetõttu on vajalik teenuseosutajate koostööd sihipäraselt korraldada ja koostöö eesmärkide saavutamist ka rahaliselt motiveerida (sh vähendada koostööd pärssivaid rahastusmehhanisme).

Ettepanek: heaalupiirkonna perearstiabi osutajatel, KOV-idel ja haiglavõrgu haiglatel on seadusest tulenev kohustus asutada **tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna inimesekeskne koostööorganisatsioon ehk TERVIK**, kellega saab sõlmida lepingu heaalupiirkonnas kokku lepitud strateegiliste eesmärkide saavutamiseks.

Lisaks nimetatud osapooltele võib TERVIK-u moodustamisse kaasata ka teisi tervishoiu- ja sotsiaalteenuse osutajaid (nt kiirabi, apteegiteenuse osutajad, üldhooldekodud, õendushaigla ja koduõenduse teenuse osutajad jne).

Rahastajaga lepingulisse suhtesse asumiseks peab TERVIK tegutsema mõne olemasoleva juriidilise isiku üksusena või selleks spetsiaalselt loodud eraldiseisva juriidilise isikuna. Kui TERVIK tegutseb mõne maakonna perearstikeskuse, haigla või KOV-i üksusena, peab sellel TERVIK-ut esindaval organisatsioonil olema sõlmitud heaalupiirkonna teiste nõutud koostöö osapooltega kirjalik koostöökokkulepe, mille alusel teised osapooled on andnud TERVIK-ut esindavale organisatsioonile volituse koostööd koordineerida ja nõusoleku TERVIK-uga koostööd teha. TERVIK on seega kas AS, OÜ, SA või KOV-i ametiasutus, mis vastutab maakonna elanikele suunatud tervisedenduse meetmete, tervishoiuteenuste ja sotsiaalteenuste koordineerimise ning inimesekeskse korraldamise eest, arvestades heaalupiirkonna koostöökoogu poolt kinnitatud strateegilisi eesmärgi.

TERVIK-u kõige olulisem ülesanne on saavutada koostöökoogu poolt kinnitatud heaalupiirkonna eesmärgid.

Selleks TERVIK:

- **Koondab info** oma piirkonna rahvatervishoiu-, tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna ressurssidest ja teenustest.

- **Analüüsib** riigi poolt pakutavate juhtimislaudade ja enda poolt koondatud info alusel **piirkonna vajadusi ning koostab selle alusel kokkuvõtte** piirkonna rahvatervishoiu-, tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutamise tugevatest külgedest ja probleemidest ehk **piirkonna tervise- ja heaoluprofiili**. Teeb sellest tulenevalt heaolupiirkonna koostöökogule ettepaneku strateegiliste koostöövaldkondade, prioriteetsete sihtrühmade ja koostöö eesmärkide, sh mõõdikute kohta.
- **Teeb riigi ja KOV-i esindajatele ettepanekuid** ressursside paremaks kasutamiseks.
- **Koostab tegevuskava** kooskõlas heaolupiirkonna koostöökogu poolt kinnitatud strateegiliste eesmärkidega.

Viib tegevuskava ellu:

- korraldab riskirühmade märkamise süsteemi oma piirkonnas;
- osutab valdkonnaülese koordineerimise teenust riskirühmadele;
- korraldab KOV-ide poolt mitteosutatavate sotsiaalteenuste (nt rehabilitatsiooniteenuste) osutamist;
- algatab projekte ja kaasates sellesse innovatsiooni- ja arendustegevusele suunatud riiklikke ja välisvahendeid;
- koostab ja kokku leppides lokaalseid koostöölahendusi;
- laiendab ja toetab võrgustikke, sh kaasatud teenuseosutajate andmestiku pidamine ja kaasajastamine;
- korraldab avalikku kommunikatsiooni.
- Toetab valmisolekut **erakorralisteks olukordadeks**.
Kõik TERVIK-u liikmed on kohustatud osalema strateegia elluviimises ja tulemuste mõõtmises. Lepingulist järelevalvet teevad Tervisekassa ja SoM.

TERVIK-u palgal on vähemalt:

- TERVIK-u juht (rahastatud ravikindlustuse vahenditest);
- maakonna tervisedendaja (rahastatud riigieelarve vahenditest);
- tervisejuhid, kes osutavad valdkonnaülese koordineerimise teenuseid maakonnas kokkulepitud kohtades (rahastatud ravikindlustuse vahenditest, sh selleks Tervisekassasse täiendavalt suunatud sotsiaalse rehabilitatsiooni sihtrühmale valdkonnaülese koordineerimise teenuse osutamiseks mõeldud vahenditest).

TERVIK võib palgata näiteks ka arendusprojektide juhte jm administratiivset personali (rahastus võimalik erinevatest allikatest). TERVIK (kas eraldiseisev juriidiline isik või olemasoleva organisatsiooni üksus) ei osuta reeglina ise ei tervishoiu- ega sotsiaalteenuseid, kuid see ei saa olla ka välistatud.

Alternatiivid TERVIK-u moodustamiseks

Alternatiiv 1. TERVIK-u moodustamise kohustus pannakse seadusega maakonna KOV-idele ja haiglavõrgu haigla(te)le. Perearstiabi osutajatele seatakse Tervisekassa lepingu saamiseks eeltingimus liituda TERVIK-uga teatud üleminekuperioodi jooksul. TERVIK saab Tervisekassa-poolse baasrahastuse, kui temaga on koostöölepingu alusel liitunud vähemalt selline hulk heaolupiirkonna perearstidest, kelle teenindada on vähemalt 50% maakonna nimistutest. Tervisejuhid saavad tegutseda ainult nendes perearstikeskustes, kes on ühinenud TERVIK-uga.

Eelised: kõigis maakondades luuakse suhteliselt lühikese perioodi jooksul TERVIK-ud.

Puudused: tõenäoliselt ei kaasne alguses TERVIK-utesse arvestatav hulk perearste. TERVIK-ute kaudu algatatav koostöö ning teenuseosutamise inimesekeskse paranemine ja korrastumine puudutab ainult osa Eesti esmatasandist.

Alternatiiv 2. Seaduses reguleeritakse TERVIK kui tervishoiu- ja sotsiaalteenuse osutajate koostöövorm, aga selle moodustamine on vabatahtlik. TERVIK saab Tervisekassa-poolse baasrahastuse juhul, kui sellesse on koondunud maakonna KOV-id, haiglavõrgu haigla(d) ja vähemalt selline hulk heaolupiirkonna perearstidest, kelle teenindada on vähemalt 50% maakonna nimistutest. Perearstiabi osutajatele seatakse lepinguline nõue liituda TERVIK-uga, kui see on maakonnas moodustatud.

Eelised: need maakonnad, kus on koostöömudeleid juba mõnda aega testitud, saavad oma koostöö korraldada süsteemipõhiselt.

Puudused: tõenäoliselt ei moodustu TERVIK-ud selle stsenaariumi korral kõigis maakondades lähima kolme aasta jooksul. TERVIK-ute kaudu algatav koostöö ning teenuseosutamise inimkesksuse paranemine ja korrastumine puudutab ainult osa Eesti piirkondadest.

3.4. Valdkonnaülese koordinatsiooni teenuse kasutuselevõtt ja seda osutava spetsialisti (tervisejuhi) töö eesmärgi, õiguste ja kohustuste määratlemine seaduses

Valdkonnaülese koordinatsiooni teenus ei ole oma iseloomult ja sisult ei tervishoiu- ega sotsiaalteenus. Selle teenuse eesmärk on aidata inimesel lähtuvalt tema elu ja tervise eesmärkidest panna talle kokku sobilik teenuste, juhiste ja abi komplekt (nn heaoluplaan) ning motiveerida, õpetada ja aidata inimest tema eesmärkide täitmisel. Oluline osa teenusest seisneb ka selles, et abivajajat toetatakse talle vajalike teenuste sujuval saamisel. Teenuse osutamise tulemusena tuleb inimene ise või oma lähedaste toel oluliselt paremini toime oma sotsiaalse abivajadusega ja tervises seisundist tulenevate piirangutega, väheneb erakorralise abi vajadus ning haiglaravi ja üldhooldekoduteenuse vajadus. Kuna teenus hoiab ära vältitavaid tervishoiukulusid ning loob seeläbi kuluefektiivsust, rahastatakse sarnaseid teenuseid teistes riikides üldjuhul tervishoiuteenuste eelarvest.

Ettepanek: reguleerida valdkonnaülese koordinatsiooni teenus ning selle osutamise ja rahastamise tingimused õigusaktiga sarnaselt tervishoiuteenustega.

Tervisejuht **kasutab oma töös juhtumikorralduse põhimõtet, kuid oluliselt laiemal määral, kui kehtiv õigusruum seda ette näeb.** Tal peab olema juurdepääs inimesele määratud ja osutatud tervishoiu- ja sotsiaalteenustega seotud andmetele ning õigus algatada ja koordineerida koostööd erinevate teenuseosutajate vahel (sh tervishoid, sotsiaalhoolekanne, rehabilitatsioon).

Tervisejuhi töö keskendub konkreetsetele riskirühmadele (toimub kooskõlas rahvastiku riskihalduse põhimõtetega) ning selle tulemuslikkust hinnatakse enamasti teenusekatkestuste, erakorralise abi vähenemise, teenuse kättesaadavuse ja rahulolu näitajate paranemise, aga ka saavutatava kuluefektiivsuse kaudu.

Ettepanek: reguleerida tervisejuhi töö eesmärk, pädevus, õigused ja kohustused õigusaktiga.

Tervisejuht ei asenda olemasolevaid spetsialiste (nt KOV-i sotsiaaltöötajat või pereõde), vaid toetab nende tegevust inimese tervikvaate hoidmisel ja abivajaja liikumisel õigel ajal õigesse kohta. Tervisejuhi tööandjaks on tulevikus eelistatavalt TERVIK ja töötamise kohaks esmatasandi tervisekeskus. Tervisejuhile tuleb võimaldada valdkonnaülese koordinatsiooni teenuse osutamiseks ligipääs tervise infosüsteemile ja STAR2 infosüsteemile ning vajaduse korral kasutada KOV-i sotsiaalse abivajaduse hindamise digitaalset lahendust STAR2 infosüsteemis.

Ettepanek: koolitada valdkonnaülese koordinatsiooni teenuse osutamiseks välja spetsialistid (s.o tervisejuhid), kes tunneksid nii tervishoiu- kui ka sotsiaalvaldkonna korraldust ja suudaksid inimest toetada komplekselt.

Sotsiaalhoolekande seaduse § 9 sätestab **abi andmise juhtumikorralduse põhimõttel:** „Kui isik vajab iseseisva toimetuleku parandamiseks pikaajalist ja mitmekülgset abi, sealhulgas pikaajalist hooldust, milleks on vaja koordineerida mitme organisatsiooni koostööd abi andmisel, kasutatakse juhtumikorralduse põhimõtet.“

Abi andmine hõlmab muu hulgas:

- 1) juhtumiplaani koostamist ja osapoolte üksteisega seotud tegevuste ajakava kooskõlastamist;

- 2) juhtumi koordineerija määramist;
- 3) vastastikuse teabevahetuse korras kokku leppimist.

Juhtumiplaanis sisalduvate andmete loetelu on kehtestatud sotsiaalministri määrusega.

Praegu koostatakse juhtumiplaane üksikutele täiskasvanud isikutele (2024. aastal koostati SKA andmetel kokku 140 juhtumiplaani 50-aastastele ja vanematele inimestele).

Juhtumiplaan sisaldab praegu eeskätt infot ja tegevusi, mis on suunatud inimeste sotsiaalsete probleemide lahendamisele. Juhtumiplaane koostavad KOV-i sotsiaaltöötajad, kellel puuduvad pädevus ja võimalused korraldada lisaks sotsiaalse abivajaduse hindamisele ka abivajaja tervisevajaduste hindamist. Samuti ei ole KOV-i sotsiaaltöötajad praegu kvalifitseeritud abivajajat toetama krooniliste haiguste kontrolli all hoidmises ja tema haiguste ennetamises.

Ettepanek: legaliseerida analoogselt juhtumiplaaniga ka heaoluplaani andmekoosseis⁷ ja teha heaoluplaanide koostamine valdkonnaülese koordinatsiooni teenuse osutamise korral kohustuslikuks. Heaoluplaani peab olema võimalik koostada, jagada ja arhiveerida digitaalselt. Digitaalne heaoluplaan peab saama sisendi sotsiaal- ja tervisevaldkonna infosüsteemidest ning võimaldama inimese tervikkäsitlust.

Ettepanek: juhtumiplaani koostamine pole nõutav, kui koostatakse heaoluplaan ning juhtumiplaan ei ole vajalik muudel eesmärkidel. KOV-i sotsiaaltöötaja osaleb heaoluplaani koostamises.

3.5. Luuakse õiguslik alus andmevahetuseks, mis võimaldab koostöösse kaasatud spetsialistidel omavahel vajaliku infot jagada ning ühiselt abi ja teenuseid planeerida

Selleks kehtestatakse seadusega alus, mis võimaldab sotsiaal- ja tervisevaldkonna teenuseosutajatel (sh KOV-id, perearstid, haiglad) valdkonnaülese koordinatsiooni teenuse osutamises osalemise korral jagada omavahel abivajaja heaoluplaani ja selle koostamise või elluviimisega seondult tehtud abivajaduse ja tervise seisundi hindamisi ning tegevuskava. Nimetatud andmete jagamist võimaldatakse, kui abivajaja on andnud oma allkirjastatud nõusoleku, et talle osutatakse valdkonnaülese koordinatsiooni teenust.

Täiendavalt antakse ligipääs heaoluplaanile töövõimet ja puuet hindavatele ekspertarstidele, et selles sisalduva infoga saaks arvestada töövõime ning puude hindamisel (kui inimene soovib vastavat hindamist).

Abivajaja võib piirata ligipääsu oma andmetele, kuid peab arvestama, et sel juhul ei ole talle enam võimalik valdkonnaülese koordinatsiooni teenuseid osutada.

Rahvastikupõhise riskihalduse kasutuselevõtuks lisatakse riiklikesse andmekogudesse inimese riskirühma tunnus. See võimaldab jälgida, kui suur osa riskirühma kuuluvatest isikutest tuleb iseseisvalt toime, kui paljud saavad valdkonnaülese koordinatsiooni teenust ja kui paljudeni pole veel jõutud. Samuti tagab riskirühma kuuluvuse info selle, et kõik abivajajaga kokku puutuvad teenuseosutajad teavad, et tegemist on kõrgendatud tähelepanu vajava inimesega, kelle abivajaduse tagamiseks tuleb teenuseosutajatel ühiselt koostööd teha.

Samuti luuakse õiguslik alus, et kasutada anonümiseeritud andmeid ühiste teenuste (nt juhtumikorraldus, koduteenused, rehabilitatsioon) piirkondlikuks planeerimiseks, jagatud rahastamiseks ja koordineerimiseks. Andmekaitse ja isikuandmete turvalisus tagatakse kindlaks

⁷ Heaoluplaani planeeritavad komponendid on järgmised: keele-eelistused/suhtlusviis, olukorra kirjeldus, sh elu anamnees, aktiivsed diagnoosid, diagnoosidest tulenevad piirangud, riskirühma tunnus, holistiline eesmärk, sotsiaalsed ja tervise-eesmärgid, tervisekäitumise soovitus, tervisenäitajate jälgimise plaan, ravimiskeem, määratud abivahendid, ravijuhised, sh taastusravi juhised, hooldusjuhised, planeeritud tervishoiuteenused, planeeritud sotsiaalteenused, soovitus ja juhised abivajajale selle kohta, mida teha, kui tema seisund äkitselt halveneb, olulised kontaktid, sh võrgustik, heaoluplaani täitmise hindamise järgmine aeg, inimese nõusolek.

määratud tehniliste ja õiguslike kontrollimeetmetega kooskõlas isikuandmete kaitse üldmäärusega (GDPR).

Eelised: tagab süsteemse ja kestliku muutuse; loob võrdsed võimalused üle Eesti; tugevdab õiguskaitset ja avaliku võimu vastutust; toetub selgele vastutusahelale ja koordineerimisvõimekusele.

Puudused: vajab õiguslikke muudatusi ja õigusloomet; rakendamine nõuab ajakava ja sihipärast toetust; seotud andmekaitse ja muud institutsionaalsed kokkulepped võivad olla ajamahukad.

3.6. Tulemuspõhise rahastamise laialdane kasutuselevõtt

Kujundatakse uus rahastusloogika, mis seob teenuseosutajate rahastamise mõõdetavate tulemuste, koostöö kvaliteedi ja sihtrühma vajaduste täitmisega. See tähendab, et osa teenuseosutajate rahastamisest (sh haiguste ennetus, koduteenused, taastusravi) sõltub mitte ainult osutatud teenuse mahust, vaid sellest, kas saavutati soovitud tulemus inimese tervise ja toimetuleku parandamises. Näiteks annab EMO külastuste ja välditavate hospitaliseerimiste vähendamine, statsionaarsete teenuste üleviimine päevaravi või koduravi vormi, teenusekatkestuste vähenemine vms TERVIK-ule võimaluse teenida saavutatud kokkuhoiu pealt tulemustasu.

TERVIK-u rahastus jaguneb:

- 1) baasrahastuseks, mis on mõeldud selleks, et katta TERVIK-u juhtimisega seotud personali- ja tegevuskulu;
- 2) valdkonnaülese koordineerimise teenuste rahastamiseks;
- 3) arendusprojektide rahastamiseks;
- 4) rehabilitatsiooniteenuste korraldamise rahastamiseks;
- 5) TERVIK-ule etteantud mõõdikutega seotud tulemusrahastuseks.

Kokkulepitud mõõdikute täitmist jälgib Tervisekassa, kes on TERVIK-uga tulemuslepingu sõlminud. TERVIK-u poolt teenitud tulemustasust moodustub piirkonna arendusfond, mida saab kasutada näiteks piirkonnas puuduolevate teenuste osutamiseks kooskõlas heaolupiirkonna koostööstrateegiaga vms. See motiveerib panustama ennetusse ja koostöösse, mitte ainult reaktiivsesse teenindamisse.

Eelised: tagab süsteemse ja kestliku muutuse; loob võrdsed võimalused üle Eesti; tugevdab avaliku võimu vastutust; toetub selgele vastutusahelale ja koordineerimisvõimekusele.

Puudused: vajab õiguslikke muudatusi; rakendamine nõuab ajakava ja sihipärast toetust; seotud andmekaitse ja muud institutsionaalsed kokkulepped võivad olla ajamahukad.

3.7. Kokkuvõte

Valitud lahendus: tervishoiu- ja sotsiaalteenuste koordineerimise, integratsiooni ja valdkondadevahelise koostöö sobilik tasand on maakond. Kiire uuele süsteemile ülemineku ja üleriigilise hõlmatus tagab regulatiivne tee. Infotehnoloogiline tugi, osapoolte selge ühine eesmärgistamine ja rahastamise sidumine kokkulepitud eesmärkidega on oodatava tulemuse saavutamiseks vältimatult olulised.

Kaalutud variantide võrdlus näitab, et üksnes seaduste muutmine võimaldab tagada seatud eesmärkide täiemääralise saavutamise. Kavandatav reform loob aluse integreeritud juhtimiseks, jagatud vastutuseks ja tulemuslikuks rahastamiseks. Pilootprojektid ja suunatud rahastus (sh tervisejuhi koolitus ja tarkvaraarendus) täidavad uuele süsteemile üleminekul toetavat, kuid mitte asendavat rolli.

Õiguslik alus tugevdab ka põhiseaduslikku kohustust tagada abivajajatele vajalik tugi (PS § 28) ja vähendab olukordi, kus inimese abivajadus jääb valdkondade vahel märkamata. Regulatiivne tee aitab tagada õiguskindlust nii teenuseosutajatele kui kasutajatele ning tagab, et süsteem suudab toetada inimesi seal, kus see on tõhusaim – esmatasandil ja kodu lähedal.

Rahvusvaheliselt sarnaneb pakutav heaolupiirkondade ja TERVIK-ute lahendus näiteks Prantsusmaale, kus on loodud professionaalsed territoriaalsed tervishoiukogukonnad ehk [CPTS](#)-id, USA-le, kus on moodustatud [PACE-keskused](#), Hollandile, kus on loodud esmatasandi [Care Group](#)-id, Wales'ile, kus on moodustatud [Primary Care Health klastriid](#) jne. Kõiki neid iseloomustab see, et tegemist on piirkonna tervishoiu- ja sotsiaalteenuse osutajaid, sh KOV-e koondavate juriidiliste isikutega, kelle ülesanne on pakkuda kompleksse abivajadusega inimestele tervikteenuseid ja saavutada etteantud koostööeesmärke. Siiski on igas riigis omad eripärad, mis lähtuvad haldusjaotusest, teenuseosutajate omandivormidest, teenuste korraldamise ja rahastamise eripäradest jms. Seega ei kopeeri pakutav lahendus üks ühele ühtegi teist süsteemi, vaid arvestab Eesti süsteemi eripäradega.

4. Uuringud ja kaasatud osapooled

Eestile sobiliku lahenduse väljatöötamisel on arvestatud arenenud riikide parimat praktikat. Arvesse on võetud Hispaania, Inglismaa, Iirimaa, Prantsusmaa, Soome, Belgia, Hollandi, Kanada, Uus-Meremaa jt riikide integreeritud süsteemile ülemineku kogemusi. Lahendust on valideerinud International Foundation of Integrated Care eksperdid ja kiitnud selle heaks. Samuti toetab seda Euroopa Komisjon. Viidatud riikide kogemus näitab, et integratsioon ei ole isetekkeline. Koostöö tekkeks on vajalik luua koostöökohad ja koostöö süsteem ning see tuleb legaliseerida seaduse tasandil.

Need eesmärgid on kooskõlas pikaajalise strateegiadokumendiga „Eesti 2035“⁸, rahvatervise ja heaolu arengukavadega ning lähtuvad Euroopa Komisjoni poliitilistest suunistest tervise ja sotsiaalhoolekande integreerimise ja digitaliseerimise vallas. Algatus viib ellu Vabariigi Valitsuse tegevusprogrammi 2025–2027 prioriteetid ning on oluline osa sotsiaal- ja tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse reformist.

Kavandatava muudatuse aluseks on rahvusvaheliste organisatsioonide (WHO, OECD, IFIC) metoodilised juhised ja analüüsid, samuti viimastel aastatel Eestis tehtud uuringud. Need allikad on kinnitanud, et valdkondadeülese juhtimise ja koordineeritud teenusekorralduse juurutamine parandab abi kättesaadavust, vähendab dubleerimist ning suurendab kulutõhusust, eriti riskirühmade puhul.

Allikad:

- Rahvusvahelised allikad: WHO „Integrated care“ raamistikud, OECD tervikliku juhtimise soovitusel, IFIC teenusekomplekside mudelid.
- Integratsiooni parim praktika: [Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases | OECD](#).
- Integratsiooni rahastamise soovitusel: [Innovative providers' payment models for promoting value-based health systems \(EN\)](#).
- Integratsiooni rahastamise parim praktika: [Effects of mixed provider payment systems and aligned cost sharing practices on expenditure growth management, efficiency, and equity: a structured review of the literature - PMC](#).
- Tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna integratsiooni juhtimise ja rahastamise analüüs välisriikide näitel (Sotsiaalministeerium, 2024; vt lisa 1): sisaldab integratsiooni juhtimismudeleid ja rahastusmehhanisme.
- Käimasolevas uuringus Viljandis, Saaremaal ja Valgas testitakse valdkonnaülese koordinatsiooni teenust ja tervisejuhi rolli. Esmased tulemused näitasid EMO kasutuse vähenemist ja kulude säästu haiglaravi arvelt.

Kaasamisprotsess

Kaasamine toimus 2023. aasta lõpust alates ja jätkub.
Peamised kaasatud osapooled:

⁸ [Strateegia "Eesti 2035" | Eesti Vabariigi Valitsus](#).

- Eesti Perearstide Selts, Eesti Haiglate Liit, Eesti Õdede Liit, Eesti Esmatasandi Tervisekeskuste Liit, Linnade ja Valdade Liit, Eesti Puuetega Inimeste Koda;
- KOV-ide esindajad ja piirkondlikud initsiatiivgrupid (sh Saaremaa, Valga, Viljandi, Rapla, Ida-Viru maakond ning Tartu ja Tallinn);
- Tervisekassa, Regionaalministeerium, Siseministeerium, Haridus- ja Teadusministeerium, Sotsiaalkindlustusamet.

Kirjeldatud strateegiat ja korraldusmudelit arutati põhjalikult üleriigilistes töörühmades, kuhu kuulusid Eesti Perearstide Seltsi, Eesti Esmatasandi Tervisekeskuste Liidu, Linnade ja Valdade Liidu, Eesti Arstide Liidu, Eesti Õdede Liidu, Eesti Haiglate Liidu, SoM-i, Regionaalministeeriumi, Tervisekassa ja teiste oluliste osapoolte esindajad. Lisaks on arutatud lahendustepanekut kohapeal Valga, Viljandi, Saare ja Rapla maakonnas, kus on tänaseks käivitatud integratsiooni initsiatiivgrupid. Arutelud on toimunud ka Ida-Viru maakonnas, Tartu maakonnas ja Tallinnas.

Kaasamistegevused:

- regulaarsed laiapõhjalised üleriigilised töörühmad;
- regulaarsed maakondlikud laiapõhjalised integratsiooni initsiatiivgrupid ja väiksemad fookusgrupid;
- koostöö allasutustega infosüsteemi arendusvajaduste (heaoluplaan ja meeskonnatöö juhtimise platvorm) ettevalmistamisel ning Tervisekassaga rahvastikupõhise riskijuhtimise ja rahastamise põhimõtete väljatöötamisel.

Järeldused ja kasutus

Analüüside ja kaasamise tulemusena kujunes eelistatud lahenduseks regulatiivne mudel, kus määratakse olulistele osapooltele koostöökohustus, ühiste eesmärkide ja tulemuspõhine rahastus ja ühine juhtimissüsteem. Kaasatute tagasiside alusel rõhutati vajadust andmepõhise juhtimise, teenuskoordinatsiooni, meeskonnatööd toetava tsentraalse digitaalse heaoluplaani ja turvalise infovahetuse platvormi järele. Rõhutati vajadust luua spetsialistidele vajaduspõhised ligipääsud tervise- ja sotsiaalvaldkonna infosüsteemidele.

5. Mõju

Muudatuste rakendamisel võib eeldada sotsiaalset ja majanduslikku mõju, samuti mõju riigivalitsemisele, infotehnoloogilistele arendustele ja regionaalarengule.

5.1. Sihtrühmad

Muudatus mõjutab otseselt inimesi, kellel on samaaegselt tervise- ja sotsiaalvaldkonna vajadused (sh kroonilised haiged, vaimse tervise probleemidega inimesed, hooldusvajadusega isikud, terviseseisundi tõttu rehabilitatsiooniteenuseid vajavad inimesed). Rakendamise algfaasis puudutab muudatus ca 10–15% rahvastikust. Kaudselt mõjutavad muudatused ka teenusesaajate lähedasi.

Lisaks mõjutab muudatus tervishoiu- ja sotsiaaltöötajaid ning teenust osutavaid asutusi (sh haiglaid, perearste ning KOV-ide spetsialiste), KOV-e, riiklikke koordineerivaid asutusi (Tervisekassa, SoM) ning vähemal määral muid riigiasutusi (SKA, TEHIK, Terviseamet).

5.2. Ajakava, eelarve ja hinnatud rahaline mõju

Järgmises tabelis on kirjeldatud planeeritava integratsiooni hinnatud rahalist mõju riigieelarvele kehtivates hindades. Riikliku rahastuse allikaks on ravikindlustuse eelarve ja SoM-i eelarve. Ettevalmistusteks kaasatakse välisabi 14,7 mln euro ulatuses.

TERVIK-ute baaskulu ca 1 mln eurot aastas (s.o tegevjuhi töötasu ja tegevuskulu) kataks plaani kohaselt Tervisekassa. Tegevjuhile töökoha võimaldamise eest vastutaksid KOV-id (s.o

mitterahaline panus). Täiendavaid rahalisi kohustusi KOV-idele integreeritud süsteemi rakendamiseks ei kaasneks.

Valdkonnaülest teenuskoordinatsiooni ostaks peale välisabi projektide lõppemist edasi Tervisekassa, sõlmides selleks TERVIK-utega lisaks tavapärasele teenuseosutamise lepingule ka lepingu, mis võimaldab TERVIK-utel kokkulepitud tulemuste saavutamise korral boonust teenida. Tervishoiuteenuseid rahastatakse endiselt ravikindlustuse eelarvest ja KOV-i sotsiaalteenuseid KOV-ide eelarvest.

SoM suunab rehabilitatsiooniteenuste eelarvest:

- tervishoiuteenuste osutamiseks mõeldud vahendid Tervisekassale;
- sotsiaalse iseloomuga teenuste osutamiseks mõeldud vahendid loodavatesse TERVIK-utesse;
- rehabilitatsiooniteenuse saajate sihtrühmale valdkonnaülese koordinatsiooni teenuse osutamiseks mõeldud vahendid Tervisekassale.

Tegevus (miljonit eurot)	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Vastutaja
Healupiirkondade loomine ja nendes tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna teenuseosutajate koostöö korraldamine							
Õigusaktide muudatused							SoM
Juhtimislaudade ettevalmistamine							SoM koostöös oma allasutuste ja Tervisekassaga
Koostöökogude moodustamine ja nende töö käivitamine							SoM, KOV-id ja Tervisekassa kaasates teenuseosutajaid
Healupiirkondades tervishoiuteenuse osutajate ja KOV-ide osalusel TERVIK-ute moodustamine							
Õigusaktide muudatused							SoM
TERVIK-ute moodustamine (välisrahastuse toel)		0,5	0,7				SoM, KOV-id, TTO-d
Tervisekassa sõlmib lepingud loodud TERVIK-utega (rahastamine ravikindlustuse eelarvest)			0,5	1	1	1	Tervisekassa
Valdkonnaülese teenuskoordinatsiooni üleeestiline käivitamine (mitme kroonilise haiguse ja sotsiaalsete probleemidega inimeste sihtrühmale)							
Olemasolevate pilootprojektide töös hoidmine ja arendamine (välisrahastuse toel)	1,9	1,9	1,7				SoM, Tervisekassa (0,3 mln aastas)
Õigusaktide muudatused							SoM
IT-lahenduse ettevalmistamine (välisrahastus)		0,5	1	0,5			SoM allasutustega, Tervisekassa
Tervisejuhtide õppekava ja täiendkoolitused	0,02	0,1	0,3				SoM
Teenuse rahastamine Tervisekassa hinnakirja ja tulemuspõhiselt			4	7	10	10	Tervisekassa
Oodatav kokkuhoid tervishoiusüsteemile			-2	-10	-30	-50	Tervisekassa, TERVIK-ud
Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse osutamise üleviimine integreeritud teenuseosutamise mudelile							
Õigusruumi muudatused							SoM
Juhendmaterjalid, koolitused, infopäevad (välisrahastus)	0,5	2,6	2,5				SoM

Tervishoiuteenuste osutamisega seonduv rahasiire SoM-ilt Tervisekassale			11	13	15	15	SoM, Tervisekassa
Sotsiaalse iseloomuga teenuste osutamisega seonduv rahasiire SoM-ilt TERVIK-utesse			13	15	16	16	SoM, TERVIK-ud
Rahvastikupõhise riskihalduse ja TERVIK-ute tulemuspõhise rahastamise laiem kasutuselevõtt							
Rahvastiku riskipõhise stratifitseerimise kasutuselevõtt							SoM, Tervisekassa
TERVIK-ute juhtimislaudade ettevalmistamine							SoM koostöös oma allasutuste ja Tervisekassaga
Boonustasud TERVIK-utele				NA	NA	NA	Tervisekassa, TERVIK-ud

Loodavate TERVIK-ute baasilt on võimalik Tervisekassal algatada lisaks teenuskoordinatsioonile ka muude valdkondade teenuseosutamise korraldamise efektiivistamist, näiteks erakorralise abivajaduse korraldus Tallinnas ja Tartus. Kolm aastat peale integreeritud teenuseosutamise mudelile üleminekut on selle säästev mõju riigieelarvele hinnanguliselt 50 mln eurot kehtivates hindades. Süsteemi käivitamiseks vajalik lisaraha leitakse ravi rahastamise efektiivistamisest.

5.3. Positiivsed mõjud

Paljudes riikides on rakendatud integreeritud mudelit ja valdkonnaülese koordinatsiooni teenused andnud väga häid tulemusi. Siin on toodud vaid mõned näited:

- Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases, Best practises in public health [Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases | OECD](#).
- International case studies of integrated models of chronic disease care at the primary-secondary care interface, International Foundation of Integrated Care, 2025 [IFIC3771-ICS-THF-Intern-Case-Studies-v2.pdf](#).

2024. aastal tegi SoM tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna integratsiooni juhtimise ja rahastamise analüüsi välisriikide näitel (vt lisa 1).

Analüüside tulemused näitavad, et integreeritud juhtimismudeli ning valdkonnaülese koordinatsiooni teenuste ja sekkumiste kasutuselevõtt toob endaga kaasa:

- **abi kättesaadavuse ja kvaliteedi paranemise:** integreeritud juhtumikorraldus ja teenuste planeerimine parandab abi sihipärasust ja sujuvust;
- **rahulolu kasvu,** parandades nii teenusesaajate kui spetsialistide rahulolu;
- **süsteemi võimekuse suurenemise ja töötajate rolli selginemise:** selgem vastutusahel ja koordineerimine vähendavad rollikonflikte ja kaotsiläänud juhtumeid;
- **kuluefektiivsema ressursikasutuse tervishoiusüsteemis:** oluliselt vähenevad EMO külastused, rehospitalseerimised, välditavad hospitaliseerimised ja haiglaravi kestus;
- **paranenud ressursikasutuse sotsiaalsüsteemis:** pidurdunud on üldhooldekodu teenuste kasutamine, laienenud on päevakeskuste ja koduteenuste kasutamine;
- **hinnanguliselt oodatava kokkuhoiu tervishoiusüsteemis, mis võimaldab parandada tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkust, arvestades teenuste vajaduse kasvuga.**

OECD hinnangul⁹ võimaldavad riskirühmadele suunatud koordineeritud teenuselahendused kolme aasta jooksul kokku hoida ca 5% tervishoiukuludest riskirühmas. Kõige suurema kuluga riskirühm nii tervishoiu- kui sotsiaalsüsteemis on mitme kroonilise haigusega ja kaasuvate sotsiaalsete probleemidega inimesed. Sellele sihtrühmale osutatavate teenuste koordineerimine ja seeläbi

⁹ [Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases | OECD](#) (lk 139).

teenusepakumise efektiivsemaks muutmine võimaldaks säästu ca 50 mln eurot aastas¹⁰. Säästetud ressursse on võimalik kasutada kasvava abivajadusega toimetulekuks.

Teenuseosutamise viis (rahvusvahelised parimad praktikad)	Oodatav mõju sihtrühmale (3 aastat peale rakendamist)	Proгноositav lisakulu/kokkuhoid**
Riskipõhine ravi juhtimine ja proaktiivne valdkonnaülene koordineeritud abi esmatasandil	Välditavad hospitaliseerimised ↓ ca – 10 mln	Proгноositav lisakulu tervisejuhtimise teenusest max 10 mln aastas OECD hinnangul on oodatav sääst TH süsteemile 3a peale rakendamist ca -5% sihtrühma (so 55-84 aastaste) tervishoiukuludest aastas so ca 50 mln. Tervisekassa andmete analüüs kinnitab seda.
Haiglast varajase väljumise toetamine, kvaliteetne järelravi ja kodus toimetuleku nõustamine ning toetamine	Välditavad rehospitalseerimised ↓25% ca -10 mln	
Koduhaigla teenus eesmärgiga vältida võimalusel hospitaliseerimist või suunata patsient varem haiglast koju	Haiglaravi kestus ↓20-25% st tänaselt 7 päevalt 5,5 päevale, ↓ ca 112 000 VP võrra, ca -23 mln	
Kodulähedane/kodupõhine palliatiivne ravi	Välditavad EMO visiidid ↓20%, ca - 8 mln, ↓30%, ca – 12 mln	

Detailsem mõjuanalüüs on esitatud lisas 2.

5.4. Võimalikud negatiivsed mõjud ja riskid

Kaasneb esialgne rakenduskulu: kasutusele võetakse välist lisarahastust (ca 14 miljonit eurot), sh koolitus, tarkvara, üleminekutoetus.

Andmekaitse: uute andmevahetussüsteemide puhul tekivad privaatsus- ja turberiskid, mida tuleb maandada tehnilis-õiguslike lahendustega.

Organisatsioonikultuuri vastupanu: spetsialistide ja asutuste harjumuspärase tööviisi muutmine võib põhjustada ajutist tõrget või vastuseisu.

Võimekuse risk KOV-ides: väiksematel KOV-idel võib puududa juhtimisvõimekus, mida tuleb toetada keskkete teenuste kaudu (nt andmetugi, õigusabi).

TERVIK-ute loomise viibimine maakondades võib põhjustada rehabilitatsiooniteenuste osutamise ajutise katkemise.

5.5. Mõju ulatus ja sagedus

Mõju ulatus rahvastiku jaoks on keskmine – otseselt puudutab muudatus 10–15% rahvastikust. Mõjutatavate sihtrühmade jaoks on mõju suur, kuna teenuseosutamise korraldus muutub olulisel määral. Mõjud avalduvad kohe süsteemi rakendamise alguses, kuid suurim mõju ilmneb 2–5 aasta jooksul, kui uus süsteem on täielikult käivitunud.

5.6. Valdkonnaülese koordineerimise rakendamisega kaasnevad mõjud sihtrühmale ehk mitme kroonilise haiguse ja sotsiaalprobleemidega inimestele

Praegu on tervishoiuteenuse osutamine enamasti reaktiivne, diagnoosipõhine ja suunamispõhine. Inimese pöördumise korral tegeleb spetsialist tema konkreetse kaebusega. Kui selgub, et inimesel on veel kaebusi, suunab spetsialist abivajaja järgmise teenuseosutaja juurde, kes toimib samalaadselt ja nii moodustub teenuseosutamise jada. Jada võib teatud juhtudel sisaldada ka sotsiaalteenuseid või ka alguse saada pöördumisest sotsiaalsüsteemi poole.

¹⁰ Hinnang on antud Tervisekassa tervishoiuteenuste 2023. aasta kasutuse põhjal ja sama aasta hindades.

Selline teenuseosutamine on sobilik sihtrühmale, kellel on aeg-ajalt akuutseid tervise-/sotsiaalprobleeme, mis abi saamisel mööduvad. Inimese jaoks, kellel on korraga mitu kroonilist haigust või kestvaid terviseprobleeme, millega kaasnevad sageli ka sotsiaalsed probleemid, muutuvad teekonnad traditsioonilise teenuseosutamise korral pikaks ja keerukaks. Inimene ei tea, kuhu oma muredega pöörduda, tajub süsteemi killustatuna ja on segaduses suurest hulgast teenustest, mille hulgast ta ei oska enda jaoks tarvilikke valida ja/või mille saamiseks ta peab vaeva nägema. Suurenenud teenusevajaduse korral kasvab risk, et teekond katkeb ja inimese abivajadus jääb katmata.

Praegu puudub süsteemne valdkonnaülene teenuste koordineerimine, inimestele koostatakse küll mitmesuguseid erinevaid plaane, kuid need on enamasti suunatud spetsialistidele, mitte abivajajatele. Muudatuse tulemusena asuvad üle Eesti tööle tervisejuhid, kes hakkavad osutama kompleksse teenusevajadusega inimestele valdkonnaülese koordineerimise teenuseid. See tähendab, et kompleksse teenusevajadusega inimese abivajaduse hindamine toimub terviklikult kohe tervishoiu- või sotsiaalsüsteemi sisenemisel. Kaardistatud abivajaduse alusel koostatakse koos abivajaja endaga tema ootusi ja võimalusi arvestav heaoluplaan, kus tuuakse välja abivajaja võimalused ise ennast aidata ning soovitusel ja juhised haiguste kontrolli all hoidmiseks ja sotsiaalsete probleemidega toimetulekuks, samuti kirjeldatakse toimetulekut toetavat teenusevajadust. Teenuste saamist toetatakse. Nii paranevad kompleksse abivajadusega inimese terviseharitus ja toimetulek oma tervise- ja sotsiaalvajadustega ning väheneb vajadus erakorralise abi, haiglaravi ja KOV-i teenuste (sh üldhooldusteenuse) järele.

Sihtrühma jaoks tähendab selline teenuse osutamise viisi muutus olulist väljakutset, kuna teenuse eesmärk on tuua inimene välja pelgalt abivajaja rollist ning muuta ta partneriks oma terviseteeakonna juhtimisel ja sotsiaalse heaolu tagamisel. Pilotprojektid näitavad, et uut liiki teenuseosutamine ei pruugi olla sihtrühmale esialgu lihtsalt vastuvõetav – esimesel korral keeldub teenusest ca 50% tuvastatud abivajadusega inimeste sihtrühmast. Kuna probleemid ja abivajadus ei kao, sunnib haiguste väljumine kontrolli alt abivajaja siiski sageli ümber mõtlema, pakutava abi vastu võtma ja oma heaoluplaani väljatöötamist alustama. Esmaseks realistlikuks eesmärgiks võiks seada 30% sihtrühmani jõudmist ning abivajajale isikliku heaoluplaani koostamist ja selle kasutamise õpetamist. Elanikkonna usalduse suurendamiseks ja motiveerimaks uut liiki teenuse osutamist vastu võtma, on vajalik sihitatud kommunikatsioon sihtrühmadele.

5.7. Rehabilitatsioonisüsteemi muudatustega kaasnevad mõjud sihtrühmale ehk sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse saajatele

Muudatus mõjutab kõiki sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuse (SRT) saajaid. 2024. aastal sai SRT-d 11 254 inimest¹¹, mis kokku moodustab elanikkonnast väikese osa (1,1%¹²).

Muudatus avaldab positiivset mõju inimeste heaolule ja tervisele, toetades samal ajal nende töövõime säilitamist või parandamist, mis võimaldab kauem töötada ja seeläbi kindlustada oma sissetulek. Kuna muudatus aitab ennetada abivajaduse süvenemist ja suurema hooldusvajaduse tekkimist hilisemas eas, väheneb ka vajadus kallite tervishoiu- ja hooldusteenuste järele tulevikus, mis tähendab inimese jaoks väiksemaid isiklike kulutusi tervishoiule ja hooldusele.

Teekond SRT saamiseks on praegu inimesele keeruline ja ajakulukas. Teenuse saamiseks tuleb esmalt taotleda eraldi nii puude raskusastme tuvastamist kui ka SRT-le pääsemist, läbides seega mitu hindamist ja menetlust. Kuna puude raskusastme taotlemine on väga ajamahukas, hõlmates arsti külastust viimase kuue kuu jooksul, taotluse koostamist, töövõime hindamist ja puude tuvastamise menetlust, võib kogu protsess kesta mitu kuud. Selline pikk ja keerukas taotlemisprotseduur võib heidutada inimesi taotlust esitamast, mistõttu võivad abivajajatele vajalikud rehabilitatsiooniteenused hilineda või nad ei pruugi neid üldse hakata saama, suurendades seeläbi inimese abivajadust.

¹¹ Sotsiaalkindlustusamet, 2025. Inimeste arv.

¹² Statistikaameti andmed 30.04.2025 seisuga.

Teenuse saamine ei ole vajaduspõhine – õigus teenusele on neil, kellel on tuvastatud puude raskusaste või töövõime vähenemine. Samas võivad sarnase abivajadusega inimesed, kellel ei ole puuet ametlikult määratud, jääda vajaliku toeta. Lisaks esineb olukordi, kus vanemad ei soovi lapsele puuet taotleda, kuna eitavad lapse erivajadust või kardavad sellega kaasnevaid negatiivseid mõjusid lapse tulevikule (näiteks sotsiaalset häbimärgistamist, võimalikke piiranguid haridustee valikul või tööelus). Seetõttu on osa lapsi jäänud ilma vajalikest toetavatest teenustest, kuigi reaalne vajadus on olemas.¹³

Muudatuse järel oleksid teenused mõeldud kõigile, kellel tervise seisundist lähtuv teenusevajadus tuvastatakse. Seega lihtsustub inimeste jaoks teenuse saamine, sest selle eelduseks ei ole enam puude raskusaste olemasolu.

Praegu eeldab teenuse taotlemine täiendavat halduskoormust – inimene peab esitama eraldi taotluse, läbima vajaduse hindamise vestluse ning leidma 60 päeva jooksul ise sobiva teenuseosutaja. Menetlustega kaasneb oluline bürokraatia, mille käigus kulub palju aega taotluste, suunamiste ja hindamiste korraldamisele.

Oluliseks takistuseks on praegu inimeste jaoks ka vajalike terviseandmete kättesaadavus. Inimene peab ise kokku koguma ja esitama rehabilitatsioonimeeskonnale kõik olulised terviseandmed ja uuringutulemused, mis on ajaliselt ja tehniliselt keeruline ning emotsionaalselt koormav. Info võib jääda puudulikuks või ebatäpseks, näiteks kui rehabilitatsioonimeeskonnale ei jõua teave poolleioleva ravi või kasutatavate ravimite kohta. See omakorda võib vähendada teenuse kvaliteeti ja tõhusust, takistades inimese tegelikule abivajadusele vastava toe pakkumist.

Muudatusega vähenevad nii bürokraatia kui ka halduskoormus. Inimene suunatakse tulevikus teenust saama ilma keerulise ja mitmeastmelise taotlemisprotsessita. Selle tulemusena väheneb teenuste killustatus ning vajalik abi muutub inimestele lihtsamini ja kiiremini kättesaadavaks, millel on positiivne mõju ka inimeste isiklike kulutuste vähenemisele.

Muudatuse tulemusena hakkavad ravi ja rehabilitatsioon olema ka tihedamalt seotud ning inimese tervist ja toimetulekut toetatakse ühtse ja koordineeritud teenusena. Teenused muutuvad seega vajaduspõhisemaks ja inimesekesksemaks.

Pärast muudatuste rakendumist võivad sihtrühmale tekkida ajutiselt kohanemiskõhased, kus näiteks perearstide, KOV-i sotsiaaltöötajate ja TERVIK-u tervisejuhtide suunamisel võivad uuele süsteemile ülemineku ajal tekkida takistused, mistõttu ei hakka inimesed õigel ajal teenust saama.

Ebasoovitava mõjuna ei pruugi uus lahendus katta uuele süsteemile üleminekul kõigi sihtrühmade vajadusi, mistõttu on oht, et teatud sihtrühmad jäävad kodulähedastest teenustest ilma, eriti kui teenuseosutajad (eelkõige maapiirkondades) tegevuse lõpetavad. Samas on TERVIK-ul õigus oma piirkonna abivajajatele osta rehabilitatsiooniteenuseid ka muudest piirkondadest.

5.8. Rehabilitatsioonisüsteemi muudatustega kaasnevad mõjud teenuseosutajatele

SRT-d osutas 2024. aastal 124 SKA lepingupartnerit, kellest 43 olid MTÜ-d, 44 OÜ-d, 8 AS-id, 13 SA-d, 10 KOV-i hallatavad asutused, 4 riigikoolid ja 2 muud asutused. SRT meeskondadesse kuulus 1942 spetsialisti, kellest 84,9% panustas ühe teenuseosutaja juures¹⁴. Kõikidest Eesti ettevõtetest (2024. a seisuga 158 378¹⁵) moodustavad 124 SRT-d pakkuvad asutused väikese osa (0,1%).

Kui praegu on tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna infosüsteemid eraldi ning spetsialistidel puudub ülevaade teineteise tegevustest, siis uues süsteemis koondatakse inimese heaoluplaani kokku andmed, mis on vajalikud sujuvaks ja patsiendikeskseks teenuse koordineerimiseks. Ühtse

¹³ [ÜKP_rakenduskava_hindamine_Lõpparuanne_Lõppversioon.pdf](#).

¹⁴ Sotsiaalkindlustusameti andmed 26.08.2024 seisuga.

¹⁵ Statistikaamet, 2024. Statistilise profiili kuuluvad ettevõtted. Kättesaadav: [ER021: STATISTILISSE PROFIILI KUULUVAD ETTEVÕTTED TEGEVUSALA \(EMTAK 2008\) JÄRGI. Statistika andmebaas](#) (02.04.2025).

inforuumi ning formaalsete võrgustike ehk TERVIK-ute loomine võimaldab tõhusamat koostööd ning seeläbi väheneb teenuseosutajate halduskoormus, lihtsustuvad tööprotsessid ja vähenevad dubleerivad tegevused, mille tulemusena väheneb teenuseosutajate halduskoormus. Praegu SRT taotlemisel kehtiv kolme spetsialisti ja sotsiaaltöötaja kaasamise nõue kaob ning edaspidi lähtutakse inimese tegelikest vajadustest.

Teenuste pakkumine muutub kiiremaks, sihipärasemaks ja läbipaistvamaks, kuna teenuseid pakutakse õigetele inimestele õigel ajal, vältides üleliigseid kulutusi ning rakendades spetsialistide ressursse rolli-, eesmärgi- ja vajaduspõhiselt. Samal ajal on rehabilitatsioon, ravi ja muu tugi omavahel edaspidi tihedamalt seotud ning esile tõuseb rehabilitatsiooni väärtus, mis seisneb interdistsiplinaarse meeskonna koostöös ja spetsialiseerumises.

Süsteemi muutumisega peavad senised SRT osutajad, kes soovivad tervishoiuteenuste pakkumist jätkata, hakkama tegutsema tervishoiuteenuse osutajatena. See toob kaasa vajaduse taotleda vastav tegevusluba, mis tähendab ajutiselt loa taotlemisega seotud täiendavat halduskoormust ning kohustust vastata tervisevaldkonna nõuetele. Tervishoiuteenuse osutamist tuleb kajastada tervise infosüsteemile kehtestatud nõuete kohaselt. Lisaks tuleb teenuseosutajatel sihtrühmaga tehtava töö puhul lähtuda loodavatest käsitlusjuhenditest.

Need muudatused võivad osutada keerukateks eelkõige väiksematele teenuseosutajatele, kellel võib tekkida raskusi tegevusloa taotlemisel. Sellest tulenevalt võib teenuseosutajate arv ajutiselt väheneda. Regionaalselt on rehabilitatsiooniteenused ebaühtlaselt kättesaadavad juba praegu, samas on TERVIK-ul õigus oma piirkonna abivajajatele osta rehabilitatsiooniteenuseid ka muudest piirkondadest.

Riski leevendamiseks pakutakse riiklikul rahastusel koostatud juhendmaterjale, infopäevi ja kogemuste jagamist.

Kui muudatuse järel kasvab teenust soovivate inimeste arv, võib see suurendada perearstide ja eriarstide koormust hindamiste ja juhtumikorralduse tegemisel. Seda riski aitavad maandada tervisejuhi teenuse kasutuselevõtt ja asjaolu, et suurem osa potentsiaalsest sihtrühmast on juba ravikindlustatud ja tervishoiusüsteemi vaateväljas. Samas vajavad nad senisest enam tähelepanu seoses oma tervise seisundist ja sotsiaalsetest vajadustest tulenevate piirangutega, mistõttu võivad nad vajada lisatuge ka sotsiaalvaldkonnast, sealhulgas KOV-i teenuseid.

5.9. Valdkonnaülese koordinatsiooni teenuse kasutuselevõtuga seonduvad mõjud tööturule

Mõjutatud sihtrühmaks on sotsiaaltöötajad ja õed. TAI andmete järgi töötas 2024. aastal 9374¹⁶ õde. Statistikaameti andmetel oli 2024. aasta lõpus kokku 2339¹⁷ sotsiaaltöötajat ja nõustajat. Tulevikus hakkab töötama ca 200–250 tervisejuhti, kes moodustavad kõikidest õdedest, sotsiaaltöötajatest ja nõustajatest ca 2%. 2024. aastal töötas eri maakondades SRT meeskondades SKA andmete järgi 368 sotsiaaltöötajat¹⁸. Kuna need spetsialistid tegutsevad juba praegu tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna piirialal, tunnevad nad nii juhtumipõhist tööd kui ka rehabilitatsiooniprotsessi. Seetõttu moodustavad nad loogilise värbamispotentsiaali tulevaste tervisejuhtide jaoks ja seega väheneks vajadus täiesti uute töötajate leidmiseks, koolituskulud on väiksemad ja üleminek integreeritud teenuse mudelile sujub kiiremalt.

Praegu koostavad sotsiaaltöötajad juhtumiplaane peamiselt sotsiaalprobleemide lahendamiseks ning neil puudub pädevus hinnata inimese tervisevajadusi ja toetada krooniliste haiguste ennetust ja jälgimist. Õdede töö on samal ajal piirdunud tervishoiuga, ilma süstemaatilise lülitumiseta sotsiaalvaldkonna infosse. Seega liigub senine kitsas rollijaotus tervisejuhtide puhul integreeritud kompetentsi suunas, kus sotsiaaltöötajate ja õdede halduskoormus väheneb, professionaalne

¹⁶ THT008: Tervishoiutöötajad ametiala ja lepingulise koormuse järgi.

¹⁷ [Avaleht | Statistikaameti palgarakendus.](#)

¹⁸ Sotsiaalkindlustusameti andmed 2025. a aprilli seisuga. Tegemist ei ole unikaalsete isikutega.

vastutus laieneb ning abivajaja saab sujuva, tervikliku ja koordineeritud toe ühest kohast. Uuele süsteemile üleminekul on kriitilise tähtsusega, et täiendõpet pakutaks õigel ajal ja piisavas mahus.

5.10. Mõju riigivalitsemisele ja infotehnoloogilistele arendustele

Kavandatud muudatused avaldavad mõju riigiasutustele ja riigieelarve kuludele. Mõjutatud sihtrühmadeks on kõigist riigiasutustest SoM, SKA, Tervisekassa ja TEHIK.

2025. aasta aprilli seisuga töötas SKA-s SRT taotluste menetluse, hindamise ja suunamisotsuste menetlemisega 56 inimest, kelle palgafond on ligikaudu 700 000 eurot aastas. Hinnanguliselt vajavad reformi järel tööd vaid umbes pooled neist, mis omakorda vähendab avaliku sektori tööjõukulu suurusjärgus 350 000 eurot aastas. Potentsiaalselt võib osa SKA SRT-ga tegelevaid spetsialiste vajaliku täiendkoolituse läbimise korral leida rakendust ka tervisejuhtidena. Samuti võib potentsiaalselt SKA praeguse SRT korraldusega seotud spetsialiste tööd leida loodavates TERVIK-utes või Tervisekassas.

SRT haldamisega seotud infosüsteemide (SKAIS-1 ja selle alam-mooduli SKAIS-AE) hooldus- ja väikearenduste kulu aastas (2025. aasta näitel) on 350 000 eurot. Ka see kulu langeb ära.

Praeguse SRT osaks olevate tervishoiuteenuste (nt füsioterapeudi, tegevusterapeudi teenus) rahastamine liigub Tervisekassa alla ning selleks eraldatakse Tervisekassale praeguse SRT eelarvest vajalik ressurss.

Muudatusega kaasneb ka IT-arenduste kulu minimaalselt 2 mln eurot. Planeeritava IT-arenduse rakendumisel kaasneb sellega iga-aastane püsikulu ca 300 000 eurot.

Praegu teevad tervishoiu- ja sotsiaalteenuste korraldajad ning rahastajad teenuste planeerimisel vähe koostööd ega puutu omavahel süstemaatiliselt kokku. Uues süsteemis moodustatakse igas maakonnas heaolupiirkonna koostöökogu, kus riigi ja KOV-i esindajad, kes vastutavad sotsiaal- ja tervishoiuteenuste korraldamise ning rahastamise eest, kohtuvad regulaarselt, lepivad kokku ühised koostöövaldkonnad ja eesmärgid ning jälgivad nende täitmist.

5.11. Mõju KOV-idele

KOV-idele planeeritud muudatustega otsest rahalist kulu ei kaasne. Kaasneb nõue KOV-i personalile teha koostööd TERVIK-u tasandil. Samas teevad KOV-ide sotsiaalvaldkonna eest vastutavad töötajad ka praegu erinevate projektide ja algatuste raames osapooltega koostööd. Siiani on SoM ja tema rakendusasutused suhelnud KOV-idega ja teinud nendega koostööd otse. Tulevikus koondub koostöö rohkem TERVIK-ute tasandile ja on selgemalt juhitud, mis võib KOV-ide administratiivset koostöökoormust isegi vähendada.

KOV-idel on juba praegu kohustus osutada mitmeid sotsiaalteenuseid. Koostöökogudes osaledes ja TERVIK-utega liitudes hakkavad KOV-id saada süsteemsemaid ülevaateid ja võrdlusi oma senise sotsiaalteenuste osutamise struktuuri kohta, piirkonna elanike tervishoiuteenuste kasutamise kohta, erinevate sihtrühmade suuruse ja paiknemise kohta, infot teiste piirkondade parimate kogemuste kohta jms, mis annab võimaluse KOV-idel olemasolevat teenuse osutamist senisest veelgi paremini planeerida ja arendada. Sellega võib kaasneda olemasolevate ressursside parem kasutus.

TERVIK-utesse koondumisega paraneb oluliselt KOV-ide arendussuutlikkus. Praegu osalevad KOV-id riigi pakutavas sotsiaalvaldkonna arendusabis peamiselt eraldi. Sellega kaasneb igale KOV-ile oluline täiendav administratiivne koormus. TERVIK-u kaudu paraneb oluliselt KOV-ide võimekus võtta kasutusele riigi poolt välisvahendite näol pakutavat arendustuge. Arendused ise oleksid jätkusuutlikumad.

Kuna KOV-id on juba praegu tajunud vajadust teha sotsiaalvaldkonna arendamisel ja sotsiaalteenuste osutamisel koostööd ning mitmes maakonnas moodustanud ka erinevaid koostöövorme, toetab planeeritav reform süsteemsele ja sihipärasele koostööle üleminekut.

KOV-ide poolt osutatavate sotsiaalteenuste loetelu ei muutu, kuid riskirühmade parema märkamise süsteemi loomine võib välja tuua abivajajaid, kes praegu pole ise teenuse saamiseks pöördunud. Võimalikult varases faasis abivajaduse märkamine ja sellega tegelemine aitab vältida kulu probleemi süvenemise korral. Samuti aitab koormust leevendada süsteemsem koostöö tervishoiuteenuse osutajatega (s.o koostöökokkulepped inimese abivajaduse käsitlemisel). Siiski jääb iga KOV-i enda otsustada, millises abivajaduse faasis sekkumist nad otstarbekaks peavad.

Loodavad koostöövormid avaldavad olulist mõju KOV-ide valmisolekule erakorralisteks olukordadeks.

5.12. Mõju regionaalarengule

Plaanitava muudatusega tugevneb maakondlik koostöö, sest igasse maakonda luuakse heaolupiirkonnad koos koostöökoogu ja TERVIK-uga, millesse kuulujatel on ühised eesmärgid, mõõdikud ja tegevusplaan. Kuna käivitatakse ka rahvastikupõhine riskijuhtimine, aitab proaktiivne lähenemine riskirühmadele vähendada eri piirkondade vahelist terviselõhet.

Uuenenud rahastusloogika seob raha tulemusega. Baas- ja tulemustasu laekub otse maakondlikku TERVIK-usse ning vältimatute hospitaliseerimiste või EMO-külastuste pealt tekkiv kokkuhoid jääb maakonna arendusfondi, mis omakorda toetab kohalikke vajadusi, näiteks koduravi või mobiilsete teenuste arendamist vaimse tervise toetamisele suunatud teenuste arendamist. See aitab kujundada iga piirkonna teenusepakkumist lähtuvalt piirkonna eripärast ja spetsiifilistest vajadustest. Rahalise kokkuhoiu arvelt saab vastava kokkuleppe korral maksta TERVIK-u osalistele ka nn tulemustasu.

Ühtne andmeruum ja juhtimislauad annavad kõigile samad digitaalsed tööriistad. KOV-id saavad TERVIK-u kaudu ka analüütilise ja projektijuhtimise toe, mis suurendab eelkõige väikeste valdade haldussuutlikkust.

Kokkuvõttes on muudatusel regionaalarengule oluline mõju, sest see ühtlustab teenuste kättesaadavust, elavdab maakondlikku majandust, aitab hoida inimkapitali ning suurendab kohalikku haldus- ja innovatsioonivõimet.

6. Edasine väljatöötamine

VTK kohta tagasisidet andes palume tagasisidet vähemalt järgmistele küsimustele:

- Kas maakond on teie hinnangul sobilik koostöötasand tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna jaoks, kas näete veel mingisuguseid valdkondasid, mille puhul on oluline luua senisest süsteemsem koostöö ja koordineerimine maakonna tasandil?
- Millised osapooled peaksid teie hinnangul olema kindlasti TERVIK-utesse kaasatud?
- Kas pooldate seadusest tulenevat TERVIK-utes osalemise kohustust või pigem vabatahtlikku? Milliseid ülesandeid TERVIK-ud veel võiksid kanda?
- Kas näete, et heaoluplaan võiks inimese jaoks koondada veel mingisugust olulist informatsiooni?

Planeeritav ajakava on järgmine:

- Juuli–september 2025 õigusruumi muudatuste ettevalmistamine
- September 2025 – eelnõu esimene kooskõlastusring
- November 2025 – eelnõu teine kooskõlastusring
- Jaanuar 2026 – eelnõu esitatakse VV istungile
- 2026. aasta I poolaasta – Riigikogu menetlus

Vastutavate ametnike nimed ja kontaktandmed: Anneli Taal, integratsiooni ja esmatasandi tervishoiu poliitika juht, anneli.taal@sm.ee