

Rahvatervishoiu seaduse muutmise ja sellega seonduvalt teiste seaduste muutmise seaduse (tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostöö) seletuskiri

1. Sissejuhatus

1.1. Sisukokkuvõte

Eesti tervishoiu- ja sotsiaalsüsteem on suuresti kujunenud eraldiseisvateks süsteemideks. See raskendab abi andmist inimestele, kes vajavad korraga või järjestikku mõlema süsteemi tuge. Süsteemide erinev korraldus, rahastamine ja vastutus ning ühtse koostöömudeli puudumine ei toeta järjepidevat tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostööd. Seda süvendab ka puudulik andmevahetus, mille tõttu võib abi katkeda, hilineda või olla dubleeriv. Eelnõuga luuakse üleriigiline koostöömudel kohaliku omavalitsuse, perearstide ja haiglate vahel.

Eelnõu eesmärk on luua õiguslik ja organisatoorne raamistik tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostööks nii rahvatervishoiu edendamisel kui ka teenuste ühisel planeerimisel, arendamisel ja koordineerimisel. Sellega luuakse eeldused, et abi planeerimine ja osutamine lähtuks piirkonna elanike tegelikest vajadustest ning et kompleksse abivajadusega ja riskirühmadesse kuuluvad inimesed saaksid koordineeritud tuge. Üks reformi oluline põhimõte on suurendada inimese ja tema lähedaste kaasatust abi kavandamisse ning toetada inimese võimekust teha teadlikke valikuid ja võtta suuremat vastutust oma tervise ja heaolu eest. Selle tulemusena on võimalik ennetada inimeste olukorra halvenemist ning vähendada vajadust vältitavate tervishoiu- ja sotsiaalteenuste järele ning kasutada ressursse tõhusamalt. Pikemas perspektiivis võimaldab see suunata ressursse vähemalt osaliselt tervise edendamisse ja haiguste ennetusse, sealhulgas riskikäitumise vähendamisse.

Eelnõuga nähakse ette kuus peamist muudatust:

- Luuakse heaolupiirkonnad, mis toimivad maakonna tasandil rahvatervishoiu, tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna strateegilise koostöö raamistikuna. Igas heaolupiirkonnas moodustatakse koostöökogud. Koostöökogu asendab senise killustunud koostöö ühe selge strateegilise juhtimisformaadiga, tuues kokku riigi esindajad ja kohalike omavalitsuste juhid.
- Tervise- ja heaoluprofiil seob edaspidi elanikkonna tegeliku olukorra ja vajadused teenuste kasutuse ja kuludega, võimaldades teha paremini põhjendatud juhtimis- ja rahastusotsuseid.
- Igasse heaolupiirkonda luuakse tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna teenuseosutajate koostööorganisatsioonid (edaspidi *TERVIK*). *TERVIK* ühendab kohalikud omavalitsused, perearstid ja haiglad ühtseks võrgustikuks, mis tegutseb koostöökogu heaks kiidetud ühtsete eesmärkide täitmise nimel. Seeläbi on võimalik toetada ja motiveerida koostööd läbipaistvatel alustel.
- Nähakse ette valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse kasutuselevõtt ning seda osutava spetsialisti – terviseteejuhi – roll ja ülesanded. Terviseteejuht koostab riskirühma kuuluvale kompleksse teenusevajadusega inimesele heaoluplaani, mis koondab inimese tervise- ja sotsiaalprobleeme puudutava info ning seob talle oluliste eesmärkidega. See võimaldab inimesel oma probleemidega paremini toime tulla ning spetsialistidel näha tervikpilti ja toetada inimest liikumisel teenuseosutajate vahel.
- Tervisekassa roll ei ole enam üksnes ravi rahastamine, vaid ka tervishoiusüsteemi toimimise mõjutamine *TERVIK*ute kaudu, et tugevdada piirkondlikku koostööd, vähendada väheväärtuslikku ja vältitavat ravi ning tugevdada ennetust ja tervise edendamist.

Eelnõu mõjutab halduskoormust. Täpsem kirjeldus halduskoormuse muutustest on esitatud seletuskirja punktis 6. Uue süsteemi käivitamine toob kohalikele omavalitsustele ja teenuseosutajatele kaasa ajutise halduskoormuse kasvu, mis on seotud koostööstruktuuride käivitamise, rollide täpsustamise ja tööprotsesside kokkuleppimisega. Käivitusfaasis võivad vana ja uus töökorraldus mõnda aega toimida paralleelselt. Koostöökokkulepped organisatsioonide vahel ja ühiselt korraldatud arendus- ja muud funktsioonid peaksid hakkama halduskoormust peale ümberkorraldusi tasakaalustama. Tervishoiu- ja sotsiaaltöötajatele lisandub kohustus täita koordineerimise vajaduse märkamisel märkamisleht (uued andmeväljad), mis on sisend koordineerimise vajaduse hindamiseks. Perearstile kuvatav patsiendi riskitunnus hakkab perearstile edaspidi märku andma tervishoiuteenuste kasutamise kõrge riskist ja sellega kaasnevast vajadusest inimene oma vastuvõtule kutsuda. Sellise proaktiivse abivajadust märkava teenuseosutamise tulemusel võib suurenedagi perearsti ja tema meeskonna koormus.

Pikemas vaates on reformi eesmärk muuta kompleksse abivajadusega inimeste toetamine tõhusamaks, vähendades tervishoiusüsteemi ja sotsiaalvaldkonna vahel dubleerivat, isikupõhist ning traditsioonilisi kommunikatsioonikanaleid (telefon, paberkanal, e-kiri) kasutatavat koordineerimist. Selleks luuakse valdkondadeülene koordineerimismudel, milles terviseteejuht toetab inimese liikumist tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi vahel, korraldab osapoolte koostööd ning aitab tagada vajaliku info õigeaegse liikumise. Koordineerimist toetavad ühtsed tööprotsessid ja järk-järgult kasutusele võetavad digilahendused. Selle tulemusena väheneb tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi spetsialistide ajakulu teenuste koordineerimisele, sobivate jätkuteenuste leidmisele, suunamise korraldamisele, teenusekohale jõudmisele ja tulemuste jälgimisele. See võimaldab spetsialistidel keskenduda enam oma erialastele põhiülesannetele ning parandab abi järjepidevust ja kvaliteeti. Samas tuleb arvestada, et suurendada võib ajakulu oma töö korrektsele, standardiseeritud ja struktureeritud dokumenteerimisele, sest vabaväljaliselt dokumenteerimine võib olla küll mugav andmeedastajale, kuid on väga ajakulukas ja ebanugav andmekasutajale.

TERVIKute tegevust ja terviseteejuhi tööd hakkab rahastama Tervisekassa.

1.2. Eelnõu ettevalmistaja

Eelnõu ja selle seletuskirja on ette valmistanud Sotsiaalministeeriumi tervise- ja sotsiaalvaldkonna integratsiooni juht Anneli Taal (anneli.taal@sm.ee), sotsiaaltöö korralduse poliitika juht Gerda Kipli-Hiir (gerda.kiipli-hiir@sm.ee), hoolekandeteenuste poliitika juht Sirlis Sõmer-Kull (sirlis.somer-kull@sm.ee) ja rahvatervishoiu osakonna nõunik Ingrid Põldsaar (ingrid.poldsaar@sm.ee), arendusosakonna nõunik Anna Dudkina (anna.dudkina@sm.ee), digilahenduste poliitika juht Patrick Pihelgas (patrick.pihelgas@sm.ee). Eelnõu ja selle seletuskirja ettevalmistamisse panustasid Sotsiaalministeeriumi spetsialiseeritud abi poliitika juht Mariken Ross, esmatasandi poliitika juht Tiina Unukainen, laste heaoluteenuste poliitika juht Brit Tammiste nõunik Anu Rumm ja Kadri Englas Tervisekassast ning Tervise Arengu Instituudi, Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskuse ja Sotsiaalkindlustusameti esindajad.

Eelnõu juriidilise ekspertiisi on teinud Sotsiaalministeeriumi õigusloome ja isikuandmete kaitse nõunik Lily Mals (lily.mals@sm.ee). Eelnõu mõjude analüüsi on teinud Sotsiaalministeeriumi analüüsiosakonna tervisepoliitika juhtivanalüütik Kadri Keller (kadri.keller@sm.ee), analüütik Evelin Tähtväli (evelin.tahtvali@sm.ee) ja peaanalüütik Marion Rummo (marion.rummo@sm.ee). Eelnõu on keeleteimetanud Rahandusministeeriumi dokumendihaldustalituse keeleteimetaja Virge Tammaru (virge.tammaru@fin.ee).

1.3. Märkused

Eelnõu on seotud Vabariigi Valitsuse tegevusprogrammiga, mille kohaselt esitatakse Vabariigi Valitsusele hiljemalt 2026. aasta III kvartalis seaduste muutmise eelnõu heaolupiirkondade moodustamiseks ja tervishoiu- ja sotsiaalteenuste koostöös korraldamiseks.

Eelnõu koostamisel on lähtutud järgmistest riigisisestest strateegiadokumentidest:

- riigi pikaajaline arengustrateegia „Eesti 2035“¹;
- rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 (RTA)²;
- heaolu arengukava 2023–2030³.

Eelnõuga muudetakse järgmisi seadusi:

- 1) rahvatervishoiu seadus (RTHS), avaldamismärkega RT I, 18.03.2026, 17;
- 2) tervishoiuteenuste korraldamise seadus (TTKS), avaldamismärkega RT I, 30.06.2026, 133;
- 3) ravikindlustuse seadus, RT I, 30.06.2026, 29;
- 4) Tervisekassa seadus RT I, 30.06.2026, 32.

Eelnõu seadusena vastuvõtmiseks on vajalik Riigikogus lihthäälteenamus.

Eelnõu on seotud isikuandmete töötlemisega isikuandmete kaitse üldmääruse tähenduses ning selle kohta on koostatud täpsem mõjuanalüüs seletuskirja 6. punktis.

2. Seaduse eesmärk

Seaduse eesmärk on muuta tervishoiu- ja sotsiaalteenused inimkeskseks, terviklikuks ja ressursisäästlikuks. Praegune süsteem keskendub üksikteenuste osutamisele, mitte inimese terviklikule abivajadusele, ning on valdavalt reaktiivne (abi antakse alles pöördumisel). Uus mudel liigub proaktiivsele riskirühmade haldusele, kus fookus on õigeaegsel märkamisel ja teenuse osutamisel sobilikul tasandil, pannes rõhku inimeste terviseteadlikkuse parandamisele, ennetustööle ning tervise- ja sotsiaalprobleemide ärahoidmisele.

Eesti tervishoiusüsteem on valdavalt tsentraalselt juhitud ning vastutus teenuste korralduse ja tulemuste eest on peamiselt riigi tasandil. Sotsiaalvaldkonnas on teenuste korraldamise peamine vastutus seevastu kohalikul omavalitsusel (edaspidi *KOV*). Eesmärk on riigi ja KOVide juhid maakonna tasandil kokku tuua, et toetada mõlema valdkonna ühtseid arengusuundi ja anda võimalus regulaarseks infovahetuseks. Valdcondade paremaks planeerimiseks ja tulemuste seireks luuakse täiendatud tervise- ja heaoluprofiili alusel ka vajalikud tööriistad.

Kuigi ka praegu kehtiv õiguslik raamistik annab KOVidele võimaluse teenuseid ühiselt korraldada, tegutsevad KOVid pigem eraldi, mis võib piirata teenuste kättesaadavust, kvaliteeti ja ressursside tõhusat kasutamist. Seetõttu on eesmärk tugevdada piirkondlikku koostööd KOVide vahel, et koondada kompetentsi ja ressursse ning kujundada lahendusi, mis parandavad abi järjepidevust, kättesaadavust ja kvaliteeti inimese vaatest.

Esmatasandi tervishoid, eriarstiabi, kiirabi, sotsiaalteenused ja tervisedendus toimivad praegu killustunult. Tervise Arengu Instituut pakub analüütilist ja teaduspõhist tuge nii tervisedenduse

¹ <https://valitsus.ee/strateegia-eesti-2035-arengukavad-ja-planeering/strateegia>.

² https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/rta_05.05.pdf.

³ <https://www.sm.ee/heaolu-arengukava-2023-2030#arhiiv>.

kui ka universaalse⁴ ja esmase ennetuse⁵ kujundamiseks, sealhulgas andmeid nii riskiteguritest kui ka sihtrühmadest. Sotsiaalvaldkonnas toetab KOVe ja teenuseosutajaid Sotsiaalkindlustusamet, kes kogub ja analüüsib sotsiaalvaldkonna andmeid ja seirab valdkonna arengut. Samas puudub ühtne ülevaade piirkonna kompleksse teenusevajadusega riskirühmadest, samuti kokkulepitud arusaam sellest, kuidas neid sihtrühmi käsitleda – milline koostöö on vajalik ning milliste eesmärkide ja panustega. Sageli puudub teenuseosutajatel ülevaade oma piirkonna võimalikest koostööpartneritest – ei teata, milliseid teenuseid ja kus osutatakse, enamasti puudub valdkondadeülene toimiv teenusepakkujate võrgustik. Eesmärk on muuta teenuseosutajate ja KOVide koostöö tavapäraseks osaks süsteemi toimimisest, mille tulemusel oleks esmatasandi tervishoiu teenuste, sotsiaalteenuste ja eriarstiabi osutamine koordineeritud ning lõimitud ennetuse ja kogukonna abiga. Riskirühmade sihipärase käsitlemise kõrval säilib ja tugevdatakse universaalset rahvastikupõhist tervisedendust ja esmase ennetuse tegevusi, mis on aluseks riskide kujunemise ennetamisel ning elanikkonna tervise ja heaolu parandamisel laiemalt. Suurem vastutus oma tervise ja toimetuleku eest saab teoks eelkõige siis, kui keskkond loob kogukondlike ja keskkondlike ennetusmeetmete kaudu tervist toetavate valikute tegemiseks vajalikud eeldused ja võimalused.

Teenuseosutajaid rahastatakse praegu eraldiseisvalt ning peamiselt teenuse-, juhtumi- või nimistupõhiselt. Selline rahastusmudel ei motiveeri tervishoiu- ja sotsiaalteenuse osutajaid seadma ühiseid eesmärke, leppima kokku abivajaja ühe teenuseosutaja juurest teise juurde liikumise korralduses, vältima dubleerimist ega looma inimesekeskseid lahendusi. Eesmärk on luua võimalus rahastada koostööpartnerite osutatavat abi ühiste tulemuste alusel. Näiteks nähakse TERVIKule ette tulemuspõhine lisarahastus või boonus kavandatud eesmärkide saavutamise korral. See loob motivatsiooni teha valdkondadeülest koostööd ja sõlmida selgeid koostöökokkuleppeid inimkesksete eesmärkide saavutamiseks.

Eestis on tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna infosüsteemid eraldatud. Inimesel endal puudub võimalus pääseda ligi terviklikule infole ühest keskkonnast, mistõttu tuleb tal pöörduda eraldi nii tervishoiu- kui ka sotsiaalsüsteemi poole. Ka nendes ei ole info praegu inimese vaates koondatud, vaid tuleb osata seda otsida ja tõlgendada. Eesmärk on kasutusele võtta heaoluplaan, mis koondab inimese jaoks olulise info, soovitusel ja juhised ning määratud teenused, ravimid ja abivahendid mõlema valdkonna infosüsteemidest. Siiski ei piisa ainult andmete koondamisest infosüsteemidest, heaoluplaani teeb andmete kogumisest plaaniks see, et selles on esitatud inimese tervise- ja heaolueesmärgid ning inimese enda ülesanded nende eesmärkide saavutamisel. Oma heaoluplaanile alla kirjutades kinnitab inimene, et ta on selle sisust aru saanud ja et ta on ka ise valmis oma tervise ja heaolu paranemisse panustama. Lahendus toetab inimese terviseteadlikkust ning võimet võtta suurem vastutus oma tervise ja heaolu eest. Heaoluplaan ja sellega seotud tegevuskava on koordineeritud teenuseosutamise perioodil ühine töövahend ka inimese tugimeeskonnale, kuhu kuuluvad tervishoiutöötajad ja sotsiaalvaldkonna spetsialistid.

Terviseteejuht on spetsiaalse täienduskoolituse läbinud spetsialist, kelle ülesanne on toetada inimest tervise ja heaoluga seotud eesmärkide seadmisel ning juhtida heaoluplaani koostamise protsessi. Heaoluplaan koostatakse koostöös inimesega, lähtudes tema vajadustest, võimekusest ja eesmärkidest. Seejuures sõnastab eesmärgid inimene ise ning terviseteejuht toetab teda motiveeriva intervjuerimise, võimestamise ja erinevate valdkondade koostöö kaudu. Heaoluplaani koostamisel kasutatakse riiklikes infosüsteemides olemasolevaid andmeid ning vajaduse korral kaasatakse inimese nõusolekul asjaomaste spetsialistide sisend.

⁴ [universaalne ennetus](#) | Tervisesõnastik.

⁵ <https://tervisesonastik.tai.ee/esmane-ennetus>.

Olemasolev korraldus on kujunenud viisil, kus riigil ja KOVil on õigusaktidest tulenevalt keskne roll probleemide lahendamisel ja abi osutamisel, samas kui inimese enda roll tervise ja heaolu hoidmisel ning ennetuses on sõnastatud tagasihoidlikumalt. Planeeritavate muudatustega suunatakse süsteem avaliku sektori keskselt abi osutamisele inimese enesejuhtimise ja iseseisva toimetuleku toetamisele. Süsteemne koostöö tugivõrgustikuga ja abivajava inimese teadlikkuse suurendamine loovad eelduse, et inimene saab oma probleemidest paremini aru ning suudab oma tervist ja toimetulekut ise paremini juhtida.

Eesmärkide saavutamiseks tehakse eelnõu alusel õigusruumis järgmised muudatused:

1. Luuakse uus koostöömudel tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna vahel.

- Kehtestatakse maakonnapõhised **heaolupiirkonnad**.
- Igas heaolupiirkonnas moodustatakse tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna **koostöökogu, kes kiidab heaks piirkonna** tervise- ja heaoluprofiilis nimetatud heaolupiirkonna rahvatervishoiu strateegiliste tegevusvaldkondade tegevussuunad ja tulemuseesmärgid ning tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna strateegiliste koostöövaldkondade tegevussuunad ja tulemuseesmärgid.

2. Kehtestatakse TERVIKu moodustamise kord, roll ja kohustused.

- Kehtestatakse nõue moodustada igas heaolupiirkonnas TERVIK ja tagatakse TERVIKule ressursid teenuseosutajate koostöö korraldamiseks ning piirkonna tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koordineeritud arengu toetamiseks.
- Kehtestatakse perearstiabi osutajate, KOVide ja haiglavõrgu haiglate kohustus kuuluda TERVIKusse. Teiste teenuseosutajate liitumine on vabatahtlik, kuid oluline terviklike teenuseteekondade tagamiseks.
- TERVIK vastutab heaolupiirkonnas koostöökogu poolt heaks kiidetud eesmärkide elluviimise eest; koordineerib KOVide ja teenuseosutajate koostööd valdkondade ühtsel arendamisel; rakendab rahvastikupõhist riskijuhtimist riskirühmade ühiseks käsitlemiseks; toetab tervishoiu- ja sotsiaalteenuste integreeritud osutamist, korraldades valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse osutamist heaolupiirkonnas; tagab infovahetuse ja kommunikatsiooni ning annab heaolupiirkonna koostöökogule aru eesmärkide saavutamise kohta.

3. Kehtestatakse valdkondadeülene koordinatsiooniteenus.

- Luuakse **terviseteejuhi** roll.
- Võetakse kasutusele **märkamisleht** ja **heaoluplaan**.
- Kirjeldatakse minimaalseid tugimeeskondi inimese valdkondadeüleseks juhtumipõhiseks toetamiseks. Teenus põhineb inimese nõusolekul.

4. Rakendatakse rahvastikupõhist terviseriski juhtimist.

- Võetakse kasutusele tervishoiuteenuste kasutamise kõrgenenud riski hindamise süsteem.
- Võimaldatakse Tervisekassa andmete kasutamist riskitunnuse leidmiseks ja riskitunnuse kasutamist valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse vajaduse tuvastamiseks.
- Võimaldatakse riskitunnuse kuvamist tervise infosüsteemis (edaspidi TIS) teenuste paremaks korraldamiseks ja proaktiivseks pakkumiseks.

5. Muudetakse andmetöötluse ja infosüsteemide regulatsiooni.

- Heaolu infosüsteemi lisatakse märkamislehe, heaoluplaani ja sellega seotud tegevuskava andmed. Sätestatakse andmete säilitamise tähtajad.
- Tervishoiutöötajatele ja KOVi sotsiaaltöötajatele pannakse kohustus edastada terviseteejuhile märkamislehe alusel piiratud infot inimese kompleksse abivajaduse kohta, mis on aluseks valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse algatamisele ja selle vajaduse hindamisele.
- Sätestatakse terviseteejuhtide roll koostada inimesele heaoluplaan, koordineerida selle elluviimist ning moodustada inimese tugimeeskond. Terviseteejuht korraldab tugimeeskonna koostööd ning haldab inimeste nõusolekul tugimeeskonna liikmete ligipääsu inimese heaoluplaanile ja sellega seotud tegevuskavale.

- Perearstile ja pereõele, raviarstile ja isiku sotsiaalse abivajadusega tegelevale KOVi sotsiaaltöötajale antakse ligipääs heaoluplaani ja sellega seotud tegevuskava andmetele ning õigus edastada need heaolu infosüsteemi.

6. Laiendatakse Tervisekassa rolli.

- Laiendatakse Tervisekassa eesmärki ja ülesandeid seoses valdkondadeülese koordinatsiooni korraldamise ja rahvastikupõhise terviseriski juhtimisega.
- Antakse Tervisekassale ülesanne rahastada TERVIKuid ja valdkondadeülest koordinatsiooniteenust alates 01.05.2028.
- Sätestatakse TERVIKute tulemuspõhise rahastamise kord.

Eeltoodud eesmärkide saavutamiseks kehtestatakse järgmised rakendustähtajad:

- TERVIKud peavad olema moodustatud hiljemalt 1. novembriks 2027. Kui selleks tähtajaks ei ole TERVIKut loodud, moodustab TERVIKu haiglavõrgu haigla kolme kuu jooksul.
- Heaolupiirkondade strateegiline juhtimine koostöökogude töö tervise- ja heaoluprofiilide koostamise näol käivitub alates 1. maist 2028.
- Valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse osutamist hakatakse rahastama ravikindlustuse eelarvest Tervisekassa kaudu alates 1. maist 2028.

Kaasamine, väljatöötamiskavatsus ja eelnõu I versiooni tagasiside

Enne eelnõu väljatöötamist koostas Sotsiaalministeerium väljatöötamiskavatsuse, mis saadeti planeeritava integratsiooniga seotud organisatsioonidele ja huvirühmadele ning mille kohta esitas tagasisidet kokku 41 organisatsiooni tervishoiu-, sotsiaal-, haridus-, rehabilitatsiooni- ja KOVi valdkonnast. Tagasiside üldtoon oli reformi eesmärke toetav, kuid kriitiline pakutud lahenduste, ajakava ja rahastuse suhtes. Peamised murekohad puudutasid ebarealistlikku rakendamise aega, alahinnatud rahastamist, TERVIKu rolli ja juriidilise vormi ebaselgust, terviseteejuhi ülesannete ja pädevuse määratlust ning rehabilitatsioonisüsteemi üleminekuga kaasnevaid riske. Samuti tõsteti esile IT-valmiduse puudumist, ohtu teenuste kättesaadavuse halvenemisele ning töö- ja haridusvaldkonna vähest kaasamist.

Eelnõu I versiooni koostamisel arvestati VTK kohta antud tagasisidet. Eelnõu I versiooni koostõlastusringilt tulnud tagasiside oli oluliselt konkreetsem ja spetsiifilisem, ehkki peamised murekohad jäid samaks. Eelnõu II versiooni ettevalmistamisel on arvesse võetud enamikku esitatud ettepanekutest, sealhulgas on planeeritav integratsioon tugevamalt seostatud tervisedenduse ja ennetusega, tehtud on IT eelanalüüs ja sellest tulenevalt muudetud integratsiooni toetavat IT-lahendust, täpsustatud terviseteejuhi ülesandeid ja pädevuse määratlust, laiendatud koordinatsiooni sihtrühma ja seotud integratsiooni reform lahti rehabilitatsiooni reformist, mille tulemusel on edasi lükatud integratsiooni reformi rakendumise tähtaega. Samuti on tehtud täiendavaid mõjuanalüüse. Koostõlastustabel täpsemate selgitustega on eelnõu lisas 2.

3. Eelnõu sisu ja võrdlev analüüs

Eelnõu §-ga 1 muudetakse RTHS-i.

Eelnõu § 1 punktidega 1–3 täiendatakse seaduse reguleerimisala. Kuna seadust täiendatakse oluliselt, on seaduse reguleerimisalas vaja välja tuua uued reguleeritavad ülesanded ja institutsioonid ning viide rehabilitatsiooniteenusele.

Kehtiv RTHS keskendub rahvastiku tervise kaitsele ja rahvatervishoiu meetmete korraldusele, kuid ei käsitle tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostööd teenuseosutamise tasandil. Tervishoiu- ja

sotsiaalteenuste korraldamisel on erinev juhtimine ja rahastus, kus tervishoiukorraldus on suurel määral riigi ja Tervisekassa ning sotsiaalteenused valdavalt KOVide vastutusalas. Selline dualistlik korraldus on tinginud olukorra, kus kahe valdkonna vahel puudub süsteemne koostööraamistik, mis takistab kompleksse abivajadusega isikutele tervikliku toe pakkumist.

Reguleerimisala laiendamine on vajalik selleks, et RTHS ei käsitleks enam üksnes klassikalisi rahvatervishoiu meetmeid, vaid looks ka õigusliku aluse tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostööle ja riskipõhisele juhtimisele ning valdkondadeülese koordineerimise osutamisele. Ilma seadusliku aluseta ei saa selline koostöö olla kohustuslik ega järjepidev. Senine projektipõhine praktika on näidanud, et projekti lõppedes koostöö hääbub. Seetõttu tuuakse seaduse reguleerimisalasse heaalupiirkonnad, koostöökogud, TERVIK kui koostööorganisatsioon ja valdkondadeülene koordineerimine. Tegemist ei ole pelgalt terminoloogilise täpsustusega, vaid süsteemse ümberkorralduse õigusliku vundamendi loomisega.

Eelnõuga ei muutu KOVidele sotsiaalhoolekande seaduse (SHS) alusel pandud kohustus korraldada sotsiaalteenuste osutamist, samuti säilib KOVide autonoomia sotsiaalteenuste korraldamisel, määramisel ja osutamisel. Muudatusega kehtestatakse KOVidele kohustus koordineerida kokkulepitud sihtrühmadele sotsiaalteenuste korraldamist ja osutamist maakonna olulisemate tervishoiuteenuse osutajate, teiste KOVide ning riigipoolsete tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna esindajatega.

Eelnõu § 1 punktiga 4 täiendatakse RTHS-i §-ga 3¹, mis sisaldab järgmisi termineid: heaalupiirkond, heaalupiirkonna koostöökogu, TERVIK ja tervisedendaja.

Heaalupiirkond

Kehtivas õiguses ei ole tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostöö territoriaalset tasandit reguleeritud. Maakonda kasutatakse arengukavade ja terviseprofiilide koostamisel, kuid see ei ole seotud teenuseosutamise strateegilise juhtimisega. Heaalupiirkonna mõiste on kasutusele võetud eesmärgiga kirjeldada tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostöö ning teenuste korraldamise funktsionaalset piirkonda, mitte olemasolevat haldusjaotust. Kuigi eelnõukohase seaduse rakendumisel lähtutakse esialgu maakondlikest piiridest, võimaldab eraldi termini kasutamine kujundada tulevikus piirkondi vastavalt teenuste korraldamise vajadustele, elanike liikumismustritele ja piirkondlikule koostöövõimekusele ilma, et oleks vaja muuta seaduses kasutatavat mõistestikku. Seetõttu aitab heaalupiirkonna termini kasutuselevõtt tagada regulatsiooni pikaajalise selguse ja paindlikkuse. Tulevased koondumised peaksid arvestama üleriigilise planeeringuga 2050 ja olema kooskõlas maakondlike arenduskeskuste võrgustiku arenguga.

Sotsiaalministeerium on põhjalikult analüüsinud teiste riikide ja piirkondade kogemusi⁶, kus on tervishoidu ja sotsiaalvaldkonda lõimitud juba vähemalt kümme aastat. Ehkki kõigi vaadeldud riikide süsteemid mõnevõrra erinevad (ja igal pool ei ole jõutud ühtsete riiklike lahendusteni), võib välja tuua mitmeid ühisjooni.

Enamikus vaadeldud riikides on tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostöö parandamiseks ja rahvastiku terviseriskide juhtimiseks moodustatud tervise- või heaalupiirkonnad. Oluline on viia vastutus tasandile, kus osapoolte koostöö on optimaalne. Esmatasandi koostöoks peetakse üldjuhul sobivaks 30 000–50 000 elanikuga piirkonda (vt mõjuanalüüsi). Erandid on oluliselt suurema rahvaarvuga tiheasustuspunktid, kus on sobilik tõmbekeskusel põhinev käsitlus.

⁶ Nt Soome, Inglismaa, Iirimaa, Prantsusmaa, Hispaania, Belgia, Holland, Kanada, Uus-Meremaa, Austraalia, Wales, Šotimaa, Singapur.

Arvestades eesmärki tugevdada abi integreerimist eeskätt esmatasandil, kus teenuseosutamine on praegu kõige killustunud, analüüsiti Eesti inimeste liikumismustreid esmatasandi tervishoiu teenuste ja nendega seotud toetavate teenuste kasutamisel (vt mõjuanalüüsi). Analüüs näitas, et valdava osa esmatasandi tervishoiuteenustest saavad inimesed maakonna piires. Ka KOVi osutatavad sotsiaalteenused, mis sotsiaalsüsteemi vaates moodustavad esmatasandi, on peamiselt kättesaadavad inimese enda KOVis. Eeltoodut arvestades on üks maakond Eesti kontekstis esialgu sobivaim tasand tervishoiu- ja sotsiaalteenuste integratsiooni korraldamiseks.

Maakonda käsitletakse strateegilise koostöö tasandina, kus riigi ja KOVide esindajad lepivad kokku piirkonna elanikkonna vajadustest lähtuvad tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna ühised prioriteedid, tegevussuunad ning mõõdetavad tulemusnäitajad. Levinud on rahvastikupõhine terviseriski juhtimine. See lahendus on mõõdukas ja proportsionaalne: haldusjaotust ei muudeta, vaid koostööd struktureeritakse olemasoleval tasandil. Maakonda kasutavad riigi ja KOVide ning teenuseosutajate strateegilise koostöö tasandina ka teised ministeeriumid, näiteks Siseministeerium turvalisuse korraldamisel.

Heaolupiirkonna all ei ole mõeldud seda, et see koondab ainult selles piirkonnas asuvaid teenuseosutajaid, vaid seda, et see koondab selle piirkonna elanikele teenuseid osutavaid organisatsioone.

TERVIK

Kehtivas süsteemis vastutavad perearstid, haiglad ja KOVid oma tegevuse eest eraldi. Kompleksse abivajadusega inimese puhul tähendab see seda, et puudub üks organisatsiooniline vastutaja, kes koordineeriks tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid tervikuna. Praktikas võib see viia olukordadeni, kus inimene eksleb süsteemis, katkestab ravi või hakkab saama vältimatult kalleid erakorralisi teenuseid.

TERVIK on heaolupiirkonnas tegutsevaid perearstiabi osutajaid, haiglaid ja KOVe ühendav koostööorganisatsioon, kuhu võivad kuuluda ka teised tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutajad ning tervisedendajad. TERVIK kui formaliseeritud koostööorganisatsioon loob aluse ühiseks heaolupiirkonna rahvastikupõhiseks terviseriski juhtimiseks, võimaldades seada ühised eesmärgid ja tegutseda nende saavutamise nimel, kokku leppida ja koordineerida prioriteetsete riskirühmade ja valdkondade teenuskorraldust, sõlmida ühiseid rahastuslepinguid, rakendada tulemuspõhist tasustamist, arendada ja kasutada ressursse ühiselt ja arendada ühtseid teenusemudeleid. TERVIK täidab seadusest tulenevaid avalikes huvides ülesandeid tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna piirkondliku koostöö korraldamisel. TERVIK ei teosta avalikku võimu üksikisikute suhtes ega anna haldusakte, vaid täidab koordineeriva ja arendava iseloomuga ülesandeid.

TERVIKu peamiseks töövahendiks on oma liikmete koostöökorralduse kokkuleppimine ja valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse korraldamine.

Koostöös saavad TERVIKu osapooled ise ühiste eesmärkide nimel palju ära teha, kuid kui TERVIK esitab konkreetsemad tegevussuunad ja kokkulepitud eesmärgmõeldikud koostöökogule heaks kiitmiseks, saavad ka Sotsiaalministeerium, Tervisekassa, Sotsiaalkindlustusamet ja Tervise Arengu Instituut planeerida nende alusel sihipärast tuge ja rahastust TERVIKu eesmärkide saavutamiseks.

TERVIKu liikmeks olemine on peamistele tervishoiuteenuse osutajatele ja KOVidele kohustuslik. Kui koostöö jääb vabatahtlikuks, tekib oht, et osa teenuseosutajaid ei kaasu, terviklikke teekondi

pole võimalik tagada ja integratsioon jääb poolikuks ning sellest tulenevad hüved jäävad osale rahvastikust kättesaamatuks.

Ehkki on oluline, et peamised koostöövaldkonnad oleksid välja toodud maakonna tervise- ja heaoluprofiilis, võivad TERVIKus osalevad organisatsioonid teha omavahel ka laiemat koostööd kui tervise- ja heaoluprofiilis määratletud. Kavandatav muudatus parandab tervishoiu- ja sotsiaalteenuste omavahelist koordineerimist, säilitades samal ajal rahvatervishoiu ja tervisedenduse laiemad ennetus- ja tervisekaitsealased ülesanded.

Tervisedendaja

Tervisedendaja on spetsialist, kellel on tervisedenduse või rahvatervishoiu valdkonna kõrgharidus, kehtiv tervisedendaja kutse 7 või muu kõrgharidus koos tervisedendaja kutsestandardis kirjeldatud põhiteadmiste ja -oskustega. Selline käsitlus võimaldab arvestada ka nende spetsialistide teadmisi ja kogemusi, kes on pädevuse omandanud töökogemuse, täienduskoolituste, valdkondliku koostöö või tervise ja ühiskonna arenguga seotud kõrgharidusõpingute kaudu. Pädevuse terviklik hindamine aitab vältida pädevate spetsialistide põhjendamatut kõrvale jätmist, kuid tagab samal ajal, et tervisedendajana tegutseval inimesel on rahvastikku mõjutavate otsuste tegemiseks vajalik haridus, erialane ettevalmistus ja selgelt määratletud teadmised ja oskused. Tervisedendajad saavad töötada nii KOVi kui ka keskvalitsuse tasandil ning erasektoris, kus nad panustavad tervist toetavate strateegiate, programmide ja poliitikameetmete väljatöötamisse, rakendamisse ja hindamisse koostöös erinevate osapooltega. Näiteks KOVides panustavad nad eelkõige kogukonna tervise edendamisse ja ennetustegevuste kavandamisse, keskvalitsuses osalevad rahvatervishoiu poliitika väljatöötamisel ja rakendamisel ning erasektoris aitavad luua tervist toetavat organisatsioonikultuuri, edendada töötajate heaolu ja kujundada tervislikku töökeskkonda.

Tervisedendus on rahvatervishoiu valdkonna haru, mis ei keskendu üksikisiku käitumisele, vaid tegutseb eeskätt gruppide, kogukondade ja kogu rahvastiku tasandil. Tervisedendaja kavandavad sekkumised võivad olla nii ulatuslikud poliitikameetmed kui ka kogukondlikud tegevused ning nende sekkumiste ja tegevuste mõju ei piirdu samuti vaid rahvatervishoiu valdkonnaga. Sekkumised ja tegevused mõjutavad nii tervishoidu, haridus-, majandus- ja sotsiaalvaldkonda kui ka kohalikku arengut ning elanikkonna heaolu laiemalt. Tervisedendaja töö on elukaare- ja valdkondadeülene, mis hõlmab koostöös sekkumiste kavandamist, strateegiate väljatöötamist, elukeskkonna sihipärast kujundamist ja eri osapoolte nõustamist. Kuna tervist mõjutavad nii haridus, tööhõive, sissetulek, elukeskkond, sotsiaalne turvalisus, piirkondlik areng kui ka majanduslik toimetulek, tuleb tervisedendajal mõista nii tervise kujunemise bioloogilisi, sotsiaalseid ja käitumuslikke tegureid kui ka laiemat sotsiaalmajanduslikku konteksti. Selline ettevalmistus võimaldab kavandada lahendusi, mis toetavad inimeste tervist, vähendavad ebavõrdsust, suurendavad elanikkonna haridus- ja töövõimekust, kus olulisel kohal on ka ennetus ja sihtrühma võimestamine. Seetõttu on oluline, et tervisedendaja tunneks valdkonda süvitsi, oskaks hinnata meetmete tõenduspõhisust ja kulutõhusust ning suudaks nõustada KOVe, keskvalitsust, ettevõtteid kui ka laiemalt poliitikakujundajaid. Sama oluline on oskus juhtida tähelepanu tegevustele, mis võivad olla sihtrühmale ebatõhusad või isegi kahjulikud. Ennetuse ja tervise edendamise nimel tehtavad tegevused ei ole automaatselt tulemuslikud, kui need ei põhine teadmistel, tõendusel ja analüüsil. Sellised mittetõenduspõhised tegevused võivad kulutada põhjendamatult ressursse või teatud juhtudel põhjustada soovimatut kahju. Tervisedenduse valdkond toetab tõenduspõhiseid ja vastutustundlikke otsuseid, mis edendavad ühiskonna terviklikku arengut ning vähendavad survet õigus-, sotsiaal- ja tervishoiusüsteemile.

Heaolupiirkonna koostöökogu

Tervishoiuteenuste korraldamine ja rahastamine toimub valdavalt riigi tasandil Tervisekassa kaudu, sotsiaalteenuste korraldamine ja rahastamine aga valdavalt KOVi tasandil. Selline institutsionaalne eraldatus on loonud olukorra, kus piirkondlik vastutus elanikkonna tervise ja heaolu tervikliku arengu eest on hajutatud. Kuigi riiklikud arengukavad seavad ühised eesmärgid, ei ole nende sidumine piirkondliku tasandi tegevuste ja otsustega piisavalt süsteemne ning sõltub suuresti osapoolte vabatahtlikust koostööst. Praktika on näidanud, et selline mudel ei taga piisavat järjepidevust ega ühtset vastutust riskirühmade käsitlemisel ja teenuste arendamisel.

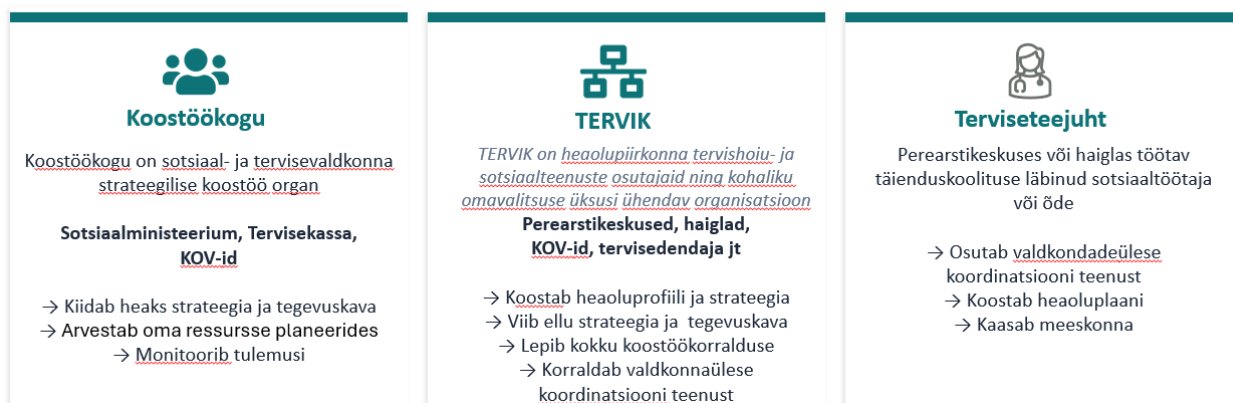
Kehtiva RTHS-i alusel on kõigis maakondades moodustatud maakondlike arenduskeskuste või omavalitsusliitude juurde tervisenõukogud või tervise ja turvalisuse nõukogud. Nimetatud nõukogude koosseis ei ole reguleeritud seadusega ja varieerub maakonniti olulisel määral. Tervise ja turvalisuse nõukogu formaadis tegutsetakse sageli valdkondadeüleselt, lisaks tervisevaldkonnale on kaasatud ka siseturvalisus, haridus jms. Osades maakondades on tegemist koostöökogule sarnase strateegilise juhtkoriga, osades on nõukogu rohkem laiapõhjaline rahvatervishoiu ekspertkogu. Mõlemal juhul puudub olemasolevatel nõukogudel ülesanne ja pädevus mõjutada tervishoiu- ja sotsiaalteenuste koostöökorraldust, seades valdkondadele strateegilisi koostööeesmärke. Nõukogudes on üldjuhul esindatud KOVi esindajad, kes on seotud sotsiaalteenuste osutamisega, kuid ei osale riigi esindajad, kes on seotud tervishoiu korraldamise ja rahastamisega. Tervise ja turvalisuse nõukogude vajaduse ja koosseisu üle otsustavad jätkuvalt KOVid ühiselt.

Käesoleva eelnõuga luuakse igasse maakonda kohustuslik fikseeritud miinimumkoosseisuga heaolupiirkonna koostöökogu, mis on riigi ja piirkonna KOVide esindajate strateegiline koostöö- ja koordinatsiooniformaat rahvatervishoiu, tervishoiu ja sotsiaalvaldkonnas. Minimaalselt peavad koostöökogudes olema Sotsiaalministeeriumi või tema volitatud valitsemisala asutuse esindaja, Tervisekassa esindaja ja kõigi heaolupiirkonda kuuluvate KOVide esindajad (eeldatavalt juhid, kelle pädevuses on strateegiline juhtimine). Senine kogemus näitab, et ilma institutsionaliseeritud koostööta jäävad valdkondadevahelised kokkupuuted juhuslikuks ning sõltuvad isikupõhistest kontaktidest, mitte süsteemsest vastutusest.

Tegemist ei ole haldusorgani loomisega, vaid kohustusliku strateegilise koostöö organiga. Heaolupiirkonna koostöökogu ülesanne on kiita heaks TERVIKu koostatud maakonna tervise- ja heaoluprofiilis kirjeldatud rahvatervishoiu, tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna prioriteetsed koostöövaldkonnad, tegevussuunad ja tulemuseesmärgid selles heaolupiirkonnas. Tervise- ja heaoluprofiili strateegilist iseloomu kinnitab, et heakskiidetud dokument ei ole osapooltele teenuste korraldamisel ja rahastamisel õiguslikult siduv, pigem fikseeritakse osapoolte ühine koostöönägemus ja tegevussuunad. Seega on sisuliselt tegemist hea tahte põhimõttel toimiva koostööga, mis annab Sotsiaalministeeriumi ja Tervisekassa esindajatele infot piirkonna peamistest probleemidest ja suundumustest ning võimaluse KOVidele ja maakonna peamistele teenuseosutajatele tuua välja piirkonna peamised probleemid ja ootused riigiga koostööle. Tervise- ja heaoluprofiil on sobilik sisend maakonna arengustrateegiasse. Praktiline koostöö realiseerub TERVIKute tasandil ning sõltub osapoolte kokkulepetest ja motivatsioonist.

Koostöökogu ja TERVIKu töö toetamiseks võivad heaolupiirkonnas tegutseda valdkondlikud või sihtrühmapõhised ekspertide koostöövormid, mis võimaldavad säilitada ja arendada sisulist koostööd, sealhulgas tervisedenduse ja ennetuse valdkonnas.

HEAOLUPIIRKOND



Eelnõu § 1 punktiga 5 sätestatakse heaolupiirkonna koostöökogu strateegiline roll ja täpsustatakse koostöökogu vastutuspäring. Koostöökogu kui heaolupiirkonna strateegiline suunaja, peab tegutsema igas maakonnas. Igas maakonnas on ainult üks koostöökogu.

Eelnõu § 1 punktiga 6 täpsustatakse RTHS § 4 lõikes 1 elukeskkonna mõistet. Arvestades rahvatervishoiu seaduse eesmärki ja rahvatervishoiu valdkonna eripära, käsitatakse elukeskkonda laiapõhjaliselt, hõlmates tervist mõjutavaid tegureid ehk tervisemõjureid (*health determinants*).

Eelnõu § 1 punktiga 7 muudetakse RTHS §-s 8 sätestatud tervise- ja heaoluprofiili regulatsiooni.

Kehtiv tervise- ja heaoluprofiili regulatsioon käsitleb seda kui strateegilise planeerimise alusdokumenti, mida kasutatakse nii KOVi kui ka maakonna tasandi arengudokumentide ning tervisedenduse ja ennetustegevuste planeerimisel. Tervise- ja heaoluprofiili koostamist on praktikas valdavalt eest vedanud tervisedendajad või tervisedenduse eest vastutavad spetsialistid koostöös KOVide, kogukondade ja teiste partneritega. Tervishoiuteenuse osutajad ja riigi tasandi asutused on dokumendi koostamisse olnud kaasatud piiratud määral ning dokumendil ei ole olnud otsest mõju tervishoiu- ja sotsiaalteenuste planeerimisele ja korraldamisele.

Eelnõu kohaselt hakkaks profiil andma sisendit ka Tervisekassale ja Sotsiaalministeeriumile, sealhulgas rakendusasutustega maakondliku koostöö toetamiseks tervise- ja sotsiaalvaldkonnas. Maakonna või piirkonna arengustrateegia koostamisel tuleks endiselt arvestada koostöökogu poolt heaks kiidetud tervise- ja heaoluprofiiliga, kuid selle täismahus arvestamine ei ole kohustuslik.

Tervise- ja heaoluprofiili täiendatakse nii, et see toimiks tervikliku juhtimisvahendina, säilitades oma rolli rahvastiku tervise ja heaolu seisundi analüüsi ning tervisedenduse ja ennetuse strateegilise alusdokumendina ning ühendades selle tervishoiu- ja sotsiaalteenuste kasutuse ja efektiivsuse analüüsiga, võimaldades teha vajaduse korral ka valdkondadeüleseid tõendus põhiseid juhtimis- ja rahastusotsuseid. Rahvatervishoiu üldist toimimisloogikat eelnõukohane seadus ei muuda, mis tähendab seda, et endiselt jätkatakse maakondades, KOVides seaduses sätestatud ülesannete kaudu rahvatervishoiu arendamist, eesmärkide elluviimist jms. See tähendab seda, et endiselt jätkuvad tegevused ja sekkumised, mis puudutavad ka universaalse ennetuse tasandit.

Lühidalt kokku võttes on tervise- ja heaoluprofiil juba praegu mõeldud maakonna strateegiasse sisendit andma. KOVid peavad juba praegu arvestama maakonna strateegiaga, kus sisalduvad ka riiklikud prioriteedid. Peale planeeritavat muudatust sisaldab tervise- ja heaoluplaan oluliselt

põhjalikumad alusinfot tervishoiu- ja sotsiaalteenuste kasutamise kohta, millega on võimalik arvestada maakonna arengustrateegias. Lisaks sellele hakkaks tervise- ja heaoluprofiil:

- andma sisendit ka Tervisekassale ja Sotsiaalministeeriumile maakondliku koostöö toetamiseks ehk TERVIKute baasil koostöö toetamiseks;
- mõjutama Tervisekassa ja TERVIKu vahel sõlmitavat tulemustasu lepingut ja boonuse kasutamise valdkondi;
- mõjutama Sotsiaalministeeriumi poolt TERVIKusse suunatavat välisabi juhul, kui TERVIK seda taotleb.

Lõikes 1 sätestatud muudatusega seotakse tervise- ja heaoluprofiil otseselt TERVIKu strateegilise planeerimisega ning tervise- ja heaoluprofiili koostamine antakse TERVIKu ülesandeks. Kuna KOVid on TERVIKu kohustuslikud liikmed, säilib nende roll profiili koostamises ja sisendi andmises.

Kui kehtivas õigusruumis on tervise- ja heaoluprofiil maakonna arengukava planeerimise alusdokument, siis eelnõu kohaselt muudetakse tervise- ja heaoluprofiil lisaks ka sisuliselt heaolupiirkonna TERVIKu koostööplaaniks. Profiilist saab lisaks rahvastikupõhise terviseriskide juhtimise alusdokument, millele tugineb piirkonna probleemvaldkondade ja riskirühmade määramine, TERVIKu eesmärkide seadmine ning tegevuskava koostamine. Endiselt peab tervise- ja heaoluprofiil sisaldama rahvatervishoiu strateegilisi tegevusvaldkondi, tegevussuundi ja mõõdetavaid tulemuseesmärke rahvatervishoiu valdkonna tähenduses. Rahvatervishoiu keskne eesmärk on endiselt organiseeritud tegevuste kaudu ennetada ja vähendada ebasoovitavat tervisemõju, et pikendada elanike eluiga, parandada elukvaliteeti ning vähendada tervisealast ebavõrdsust tervisedenduse kaudu. Tervisedendus on rahvatervishoiu haru, mis hõlmab inimese igapäevast käitumist kujundavaid sotsiaal-majanduslikke ja elukeskkonda mõjutavaid tegureid. Seda tehakse koostöös teiste valdkondadega (sh tervishoid, sotsiaal- ja haridusvaldkond). Sekkumisi ja tegevusi viiakse ellu teatud rühmadele või kogu elanikkonnale. Tervisedendus hõlmab eelkõige elukeskkonna strateegilist kujundamist, universaalse tasandi ennetust, milles on sekkumised suunatud kõigile ja mille eesmärk on ära hoida probleemi (sh haiguse) tekkimist, samuti sekkumisi, mis on suunatud juba haavatavamatele sihtrühmadele, kellel on probleemide kujunemise risk. Lisaks hõlmab see olemasolevate probleemide süvenemise ärahoidmist. Tervikliku ülevaate saamiseks lisanduvad ka tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna strateegilised koostöövaldkonnad, tegevussuunad ja mõõdetavad tulemuseesmärgid.

Profiil muutub senisest kompaktsemaks ja ülevaatlikumaks. Võrreldes olemasolevaga ei pea profiilis enam dubleerima Tervise Arengu Instituudi koostatavaid healupiirkondade tervise ja heaolu lühiülevaateid ega Tervisekassa või Sotsiaalkindlustusameti koostatavate juhtimislaudade andmeid, vaid tuleb nende alusel ja vajaduse korral muude täiendavate analüüsides alusel lühidalt kirjeldada piirkonna peamisi suundumusi ja probleeme rahvastikus, rahvastiku tervises ja heaolus, keskkonnategurites, rahvastiku riskikäitumises ning tervishoiu- ja sotsiaalteenuste kasutamises. TERVIKu ülesanne on profiili koostamisel kaardistada ka piirkonna ressursid, analüüsida riskitegureid ja puudusi ressursikasutuses, kitsaskohti teenuste kättesaadavuses ja koostöös ning kirjeldada neid olemasoleva olukorra osana.

Profiilis keskendutakse alusanalüüsist tulenevatele prioriteetsetele tegevus- ja koostöövaldkondadele ning tegevussuundade kirjeldamisele, arvestades riigi tasandi suuniste ja juhistega ning soovituslike tulemusmõõdikutega. Tegevuskava on profiili lahutamatu osa.

Lõikest 1 jäetakse välja osa, milles viidati healupiirkonnas esinevate riski- ja kaitsetegurite elukaareülese kirjelduse ja analüüsi esitamisele eraldiseisva nõudena. Selle asemel lisatakse

tervisemõjurid. Tervisemõjurite analüüs jääb jätkuvalt profiili koostamise lahutamatuks osaks ning on sisuliselt hõlmatud punktides 1 ja 3 nimetatud teabe esitamisel. Rahvastiku tervise üldandmete esitamine ning peamiste tervise- ja heaolunäitajate koondamine eeldab paratamatult nende aluseks olevate tegurite süsteemset analüüsi. Seetõttu käsitletakse tervisemõjureid edaspidi integreerituna kogu profiili ulatuses, mitte eraldiseisva struktuuralse elemendina ning vaadatuna üldiste tervisemõjurite kaudu. Kuna tervise- ja heaoluprofiili koostatakse ja ajakohastatakse igal aastal, ei ole põhjendatud selle ülesehitamine varasemaga võrreldes sama detailse ja mahuka dokumendina. Muudatuste eesmärk on muuta profiil ülevaatlikumaks ning vähendada dubleerimist, säilitades seejuures ka teatud analüütilise väärtuse. Muudatus aitab vältida dubleerimist ning toetab terviklikumat ja sidusamat lähenemist, kus analüüs on läbiv ning seotud otseselt esitatud näitajate ja järeldustega.

Lõikes 2 sätestatakse tervise- ja heaoluprofiili juhendi koostamise ja avalikustamise kord. Tervise Arengu Instituut on siiani koostanud Sotsiaalministeeriumi valitsemisala asutusena tervise- ja heaoluprofiili koostamise juhendi. Muudatusega laiendatakse juhendi koostamise rolli ka teistele Sotsiaalministeeriumi valitsemisala asutustele ja Sotsiaalministeeriumile endale.

Sotsiaalministeerium määratleb riiklikud prioriteetsed valdkonnad ning annab suunised rahvatervishoiu, sotsiaal- ja tervishoiupoliitika eesmärkide, riigipoolsete toetusmeetmete ja välisvahendite kasutamise kohta. Tervisekassa ülesanne on anda TERVIKutele suunised tervishoiuteenuste kasutamisega seotud eesmärkide seadmiseks ja tegevuste planeerimiseks, sealhulgas olukordades, kus eesmärgid on seotud tulemuspõhise rahastamisega. Sotsiaalkindlustusamet annab suunised sotsiaalteenuste korraldamise ja koordineerimise arendamiseks ning sotsiaalvaldkonna eesmärkide seadmiseks.

Tervise Arengu Instituut koondab asjaomaste osapoolte juhised ühtseks tervikuks ning täiendab seda rahvastiku tervise arendamise ja tõenduspõhiste sekkumiste rakendamise juhistega. Koondatud juhend tehakse kättesaadavaks Tervise Arengu Instituudi veebilehel.

Andmepõhise juhtimise toetamiseks arendavad Sotsiaalministeeriumi valitsemisala asutused olemasolevatest statistilistest ülevaadetest välja dünaamilised juhtimislauad, mis on aluseks profiili koostamisele ja võimaldavad regulaarselt jälgida rahvastiku tervise ja heaolu näitajaid ning teenuste kasutamist. Tegemist on statistiliste näitajatega, mitte isikuandmete töötlusega.

Juhtimislauad (sh Tervise Arengu Instituudi koostatavad tervise ja heaolu ülevaated) toetavad tervise- ja heaoluprofiilis mõõdetavate eesmärkide seadmist ning nende täitmise hindamist maakonna ja võimaluse korral ka KOVi tasandil. Selleks panustavad Tervise Arengu Instituut, Tervisekassa ja Sotsiaalkindlustusamet strateegiliste juhtimisindikaatorite arendamisse.

Juhtimislauad ei ole mõeldud juba avalikult pakutava teenuste statistika dubleerimiseks, vaid need peavad pakkuma statistiliste andmete alusel arvutatud strateegilist juhtimist toetavat infot. Tervise Arengu Instituut pakub juba praegu oma veebilehel maakondade tervise ja heaolu ülevaateid, mis sisaldavad laia valikut rahvatervishoiu mõõdikuid.

Tervishoiu- ja sotsiaalteenuste kasutamisega seotud juhtimisindikaatorite kvaliteeti mõjutab oluliselt nende arutamiseks vajalike andmete kättesaadavus ja kvaliteet. Valdkonnaspetsiifiliste mõõdikute puhul (nt hospitaliseerimisi 1000 krooniliste haigustega riskirühma inimese kohta või 65+ elanikkonnast kodust toimetulekut toetavaid sotsiaalteenuseid saanute osakaal) on mõõdikute arvutamine andmete olemasolu tõttu lihtsam. Valdkondadeüleste mõõdikute puhul on piiranguks

olemasolev andmeesitluse formaat ja andmete olemasolu, kuid juhtimislaudade loomine annab kindlasti positiivse panuse tsentraalsele andmeedastusele ja andmekvaliteedile.

Lõige 3 reguleerib TERVIKu nõustamist tervise- ja heaoluprofiili koostamisel. TERVIKu ülesanne on profiili koostamisel kaardistada piirkonna ressursid, analüüsida riskitegureid ja puudusi ressursikasutuses, kitsaskohti teenuste kättesaadavuses ja koostöös ning kirjeldada neid olemasoleva olukorra osana. Prioriteetsete tegevus- ja koostöövaldkondade valikul ning tegevussuundade kirjeldamisel on oluline, et TERVIK arvestaks ka riigi tasandi suuniste ja juhistega. Vajaduse korral nõustavad asutused TERVIKuid profiili koostamisel. Iga asutus nõustab oma pädevuse piires. Näiteks Tervise Arengu Instituut on seni vastutanud juhendite ning tervise ja heaolu lühiülevaadete koostamise eest, sealhulgas tervise- ja heaoluprofiilide koostamise ja koordineerimise juhendamine rahvatervishoiu valdkonnas. Profiilis seatavad eesmärgid peavad olema mõõdetavad ning toetuma olemasolevatele andmetele. TERVIKutes strateegilise planeerimise käivitamise toetamiseks on kavandatud ka laiapõhjalised koolitused TERVIKu juhtidele ja võtmeisikutele.

Lõige 4 sätestab, et üks kord aastas uuendab TERVIK tervise- ja heaoluprofiili. See tähendab, et vähemalt üks kord aastas tuleb uuendada profiilis esitatud andmed, mõõdikud ja statistilised näitajad. Profiili kirjeldavat sisu ei pea igal aastal sisuliselt ümber töötama. See on vajalik, kui on toimunud olulised muutused või lisandunud uut olulist teavet. Profiili kohustuslik iga-aastane ülevaatamine ja uuendamine andmete osas võimaldab reageerida muutuvatele oludele ning valideerida seatud strateegiliste eesmärkide, tegevussuundade ja tegevuskava jätkuvat asjakohasust. Mõistliku regulaarsusega, st mitte harvem kui üks kord aastas, tehakse uuendused ka profiili aluseks olevates juhtimislaudades. Kuna osa statistilisi andmeid ja uuringuid uuenevad pikema ajavahemiku järel, ei ole täieliku süvaanalüüsi tegemine igal aastal põhjendatud ning põhjalikum analüüs tehakse vajaduspõhiselt.

Kirjeldatud lahendus on vajalik, et integratsioon ei jääks abstraktseks eesmärgiks, vaid muutuks mõõdetavaks ja andmepõhiseks juhtimismudeliks, mille abil on võimalik hinnata, kas soovitud tulemused saavutatakse.

Eelnõu § 1 punktiga 8 täiendatakse RTHS-i §-ga 8¹, milles sätestatakse heaolupiirkonna koostöökogu. Tegemist on seadusega loodava avalik-õigusliku koostöövormiga, mille olemasolu ja ülesanded tulenevad seadusest. Selle olemus on võrreldav valdkondlike koostöönõukogude, piirkondlike arengukogude või strateegiliste komisjonidega, mis tegutsevad seadusest tuleneva mandaadiga, kuid ei moodusta eraldiseisvat juriidilist keha ega oma eelarvet või vara.

Lõikes 1 sätestatakse, et koostöökogu moodustatakse maakondliku arendusorganisatsiooni juurde või selle puudumise korral maakonna maakonnakeskuseks oleva KOVi juurde. Koostöökogu kutsub kokku ning seda juhib ja koosolekuid protokollib nimetatud organisatsiooni esindaja. Koostöökogu peab kehtestama oma töökorra, arvestades valdkonna eest vastutava ministri määruses sätestatut. Koostöökogu koguneb minimaalselt kaks korda aastas. Koostöökogu võib sõltuvalt senisest koosseisust ja funktsioonist osades maakondades asendada maakondliku arendusorganisatsiooni juures tegutsevat tervisenõukogu. Selline lahendus välistab uue iseseisva haldusorgani loomise ning seob koostöökogu olemasoleva õigusliku raamistikuga ja KOVide koostöövormidega.

Heaolupiirkonna koostöökogu loomise peamine eesmärk on luua regulaarne suhtlus riigi ja KOVi esindajate vahel, kelle otseses vastutusvaldkonnas on tervishoiu- või sotsiaalteenuste korraldus ja rahastamine.

Koostöökogu ei ole täitevvõimu organ, vaid strateegilise koordineerimise kogu, mille ülesanne on regulaarselt kohtuda selleks, et kiita heaks TERVIKu poolt välja pakutud piirkonna tervise- ja heaoluprofiilis määratletud strateegilised koostöövaldkonnad, tegevussuunad ja tulemuseesmärgid ning seirata nende täitmist. Koostöökogu kaudu saavad riigi esindajad tagasisidet, kas riigi poolt välja pakutud prioriteetsed koostöövaldkonnad on ka TERVIKule prioriteediks ning millised on piirkonna eripära arvestavad TERVIKu poolt soovitavad koostöövaldkonnad, kus oodatakse ka riigi esindajate panust. Näiteks on Sotsiaalministeeriumi ettepanekul prioriteetseteks koostöövaldkondadeks lähiaastatel valdkondadeülese koordineerimise rakendamine ja perearstiabi jätkusuutlikkuse tagamine. Ehkki Sotsiaalministeerium vastutab mõlema valdkonna eest, ei ole Sotsiaalministeeriumil võimalik ilma KOVe ja teenuseosutajaid kaasamata kestvaid tulemusi saavutada. Sarnaselt on vastutusvaldkondi ka KOVidel, kus ilma teiste osapoolte kaasamiseta ei ole võimalik tulemusi saavutada.

Koostöökogu ei sekku üksikjuhtumite lahendamisse ega teenuseosutajate igapäevasesse tegevusse, vaid kinnitab laiemalt piirkonna strateegilised koostööeesmärgid tervishoiu ja sotsiaalvaldkonnas.

Ka praegu tehakse nimetatud osapoolte vahel koostööd, kuid see on sageli hektiline, koosneb mitmetest omavahel koordineerimata projektidest ja läbimõtlemita jätkusuutlikkusest ning loob sageli asjatut halduskoormust kõigile osapooltele. Ilma seadusliku raamita jääb koostöö vabatahtlikuks ja seega piirkondlikult ebaühtlaseks, isikupõhiseks, mitte süsteemseks, sõltuvaks juhuslikest kontaktidest, projektidest või valmisolekust, mitte püsivast struktuurist.

Lõikes 2 sätestatakse koostöökogu minimaalne kohustuslik koosseis. Koostöökogusse peavad kuuluma Sotsiaalministeeriumi või tema volitatud valitsemisala asutuse esindaja, Tervisekassa esindaja ja kõik heaolupiirkonda kuuluvad KOVid. Selline koosseis tagab, et strateegiliste otsuste tegemisel on esindatud nii tervishoiu- kui ka sotsiaalteenuste korraldajad ja rahastajad.

Lõikes 3 sätestatakse nõue, et koostöökogu kohtumistele tuleb kaasata TERVIKu esindajad, sealhulgas vähemalt TERVIKu võrgustikujuht ja olemasolu korral koordineerimispiirkondade võrgustikujuhid, maakonna tervisedendaja, üks piirkonna perearstiabi osutaja esindaja ja üks haigla esindaja. Sellega tagatakse TERVIKu olulisematele osapooltele võimalus olla kursis heaoluprofiili aruteludega ja anda vajaduse korral tasakaalustatud sisendit. Koostöökogusse võib kaasata ka teisi asutusi, huvirühmi ja sõltumatuid eksperte kuid otsustusõigus jääb avaliku võimu kandjatele, kelle pädevuses on teenuste korralduse ja kättesaadavuse tagamine.

Lisaks võivad koostöökogu töö toetamiseks heaolupiirkonnas tegutseda veel täiendavad valdkondlikud või sihtrühmapõhised ekspertide koostöövormid, mis võimaldavad säilitada ja arendada sisulist koostööd, sealhulgas tervisedenduse, turvalisuse ja ennetuse valdkonnas.

Lõikes 4 sätestatakse koostöökogu ülesanded, milleks on TERVIKu poolt ette valmistatud tervise- ja heaoluprofiilis nimetatud heaolupiirkonna rahvatervishoiu strateegiliste tegevusvaldkondade, tegevussuundade ja tulemuseesmärkide ning tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna strateegiliste koostöövaldkondade, tegevussuundade ja tulemuseesmärkidega tutvumine ning nende heakskiitmine, samuti eesmärkide saavutamiseks vajaliku tegevuskava heakskiitmine ja tulemuste seire vähemalt üks kord aastas.

Tervise- ja heaoluprofiilis kasutatakse üksnes isikustamata, agregeeritud statistilisi andmeid ning rahvastikupõhiseid näitajaid (nt haigestumuse kordajad, piirkondlik vanuseline koosseis jne). Selle tegevuse käigus ei töödelda ega koguta füüsiliste isikute isikuandmeid (isikutuvastust võimaldavat

teavet). Koostöökogu oma tegevuses isikuandmetega kokku ei puutu ning juhtumipõhist (isikustatud) klienditööd seal ei tehta.

Lõikes 5 on täpsustatud, et koostöökogu ei ole mõeldud ainult talle esitatud ettepanekute heakskiitmiseks, vaid tal on õigus teha enne heakskiidu andmist ettepanekuid tervise- ja heaoluprofiilis nimetatud strateegiliste tegevussuundade ja tulemuseesmärkide muutmiseks. Näiteks kui mõne eesmärgi saavutamiseks on TERVIK eeldanud kasutada riigi või KOVi ressursse või eeltegevusi, mis on ebarealistlikud, saab koostöökogu sellele tähelepanu juhtida ja teha ettepaneku tegevussuuna või eesmärgi korrigeerimiseks. Samuti, kui TERVIKu kavandatud eesmärgi puhul ei ole arvestatud mõne olulise riigi tegevussuunaga, mis nimetatud eesmärki mõjutada võib, saab koostöökogu riigi esindaja sellele tähelepanu juhtida ja anda soovitus sellega arvestada. Heakskiit profiilile antakse sellistel juhtudel koos täiendavate soovituste ja ettepanekutega.

Koostöökogu saab siiski teha ettepanekuid vaid nendes raamides, mida TERVIKu poolt koostatud tervise- ja heaoluprofiil sisaldab. Täiendavate soovituste ja ettepanekute puhul tuleb tähele panna, et koostöökogu ei saa panna TERVIKule ega selle liikmetele rahalisi kohustusi.

Lõikes 6 sätestatakse, et § 31 lõikes 4 sätestatud lepingu täitmise hindamisel peab Tervisekassa võtma aluseks koostöökogu iga-aastase seire tulemused. Kuna koostöökogu on riigi ja heaolupiirkonna tasandi koostöö osapooli koondav tööformaat, on koostöökogu liikmetel juba oma rollist tulenevalt igal ajal õigus ja võimalus juhtida tähelepanu TERVIKu tegevuse puudustele. Samas tagab TERVIKu kohustuste nõuetekohase täitmise ja finantsdistsipliini Tervisekassa sihtfinantseerimise / halduslepingu kontrolli kaudu, rakendades rikkumiste korral võlaõigusseaduse (VÕS) kohaseid õiguskaitsevahendeid (sh rahastuse vähendamine või peatamine). Seega on koostöökogu iga-aastase seire tulemused oluliseks sisendiks ka Tervisekassale.

Lõikes 7 sätestatakse, et otsuste langetamine toimub konsensuslikult ning üksnes riigi ja KOVi esindajate osalusel, mis tagab otsuste legitiimsuse ja avaliku vastutuse. Avalik vastutus tähendab seda, et koostöökogu liikmed tegutsevad otsuste elluviimisel oma pädevuse piires ning panustavad selleks vajalike ressurssidega nii TERVIKu kaudu kui ka oma muude tavapäraste tegevuste raames. Konsensuslik otsustamine tähendab, et otsused kujundatakse viisil, millega kõik osapooled saavad nõustuda. Selline otsustusmehhanism aitab kaitsta KOVide autonoomiat.

Kui koostöökogu liikmed ei jõua konsensusse, tuleks eriarvamusele jäänud osapooltele anda täiendav aeg erimeelsuste selgitamiseks ja proovida seejärel veel korra konsensusse jõuda. Kui see siiski ei õnnestu, võib otsustamiseks kasutada töökorras sätestatud hääletusviisi. Erimeelsuste lahendamisel lähtutakse põhimõttest, et nende lahendamine ei tohi pidurdada kogu heaoluprofiili heakskiitmise protsessi ja sellega seonduvat TERVIKu tööd. See tähendab, et võimaluse korral langetatakse otsused nendes küsimustes, mis erimeelsusi ei tekita, ja otsustamist lükatakse edasi ainult küsimustes, mis vajavad täiendavat läbirääkimist või hääletamist.

Koostöökogu koosolekud toimuvad vähemalt kaks korda aastas. Info koostöökogu liikmete, tegevuse ja otsuste kohta avaldatakse koostöökogu kokkukutsuja veebilehel.

Koostöökogude ühtsetel alustel toimimiseks kehtestatakse sotsiaalministri määrusega töökorra põhimõtted, millest lähtuvalt koostöökogu oma töökorra kokku lepib ja kinnitab. Rakendusakti kavand on lisatud eelnõule.

Lõikes 8 sätestatakse, et TERVIK lähtub oma töös tervise- ja heaoluprofiilist, mille on heaks kiitnud koostöökogu sama paragrahvi lõike 4 alusel.

See tähendab, et koostöökogus heaks kiidetud tervise- ja heaoluprofiilis kirjeldatud kokkulepped peavad kajastuma TERVIKu tegevustes, et tagada strateegiliste suundade elluviimine operatiivtasandil. Koostöökogu poolt heaks kiidetud tervise- ja heaoluprofiil koos tegevuskavaga on TERVIKu ja piirkondliku planeerimise tööriist ning ametlik ühine infokogum, millele tuginevad koostöö tegemisel nii KOVid, teenuseosutajad kui ka riik. See annab juba kehtivas õigusruumis sisendit maakonna strateegiasse, kuid hakkaks eelnõu kohaselt andma sisendit ka Tervisekassale ja Sotsiaalministeeriumile koos tema allasutustega maakondliku koostöö toetamiseks (sh TERVIKute baasil koostöö toetamiseks) ning maakondlike tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna eesmärkide saavutamiseks. Tervise- ja heaoluprofiil hakkaks mõjutama Sotsiaalministeeriumi poolt TERVIKusse suunatavat välisabi (kui TERVIK seda taotleb). Tervisekassa saab kasutada heaoluprofiiliga heaks kiidetud eesmärke TERVIKu tulemustasustamise sisendina.

Lõikes 9 sätestatakse, et koostöökogu liikmetele ei maksta tasu, kuna tegemist on nende ametiülesannete täitmisega. Koostöökogu töökorra põhimõtetes on sätestatud tasakaaluks ka nõue, et koostöökogus osalemine ei tohi tekitada selle liikmele täiendavaid rahalisi kohustusi.

Eelnõu § 1 punktiga 9 muudetakse RTHS § 13 lõike 1 punktis 2 sätestatud KOVi ülesandeid. Kui seni oli maakonna või piirkonna tervise- ja heaoluprofiili koostamine KOVi kohustus, pannakse eelnõuga see kohustus TERVIKule. KOVile jääb siiski kohustus osaleda TERVIKu osapooleks olemise kaudu tervise- ja heaoluprofiili koostamises ja elluviimises.

Eelnõu § 1 punktiga 10 täiendatakse RTHS-i 2¹. peatükiga, milles sätestatakse rahvatervishoiu, tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostöö. Peatükki täiendatakse §-dega 13¹–13⁵. Peamine põhjus, miks inimese teekond tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemis praegu katkeb või inimene eksleb süsteemis abi otsides, on teenuseosutajate vähenenud koostöö. Spetsialistide koostööst sageli paraku ei piisa, kui organisatsioonid koostööd ei tee ning inimese liikumise ja üleandmise põhimõtteid ega korraldust kokku ei lepi. Olukorra parandamiseks täiendatakse RTHS-i tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostööorganisatsiooni nõudega, kusjuures koostöö nõue seatakse ka tervishoiusüsteemi sees esmatasandile ja eriarstiabi osutajatele.

Punktiga 10 täiendatakse **RTHS-i §-ga 13¹**, milles sätestatakse TERVIKute korraldust reguleerivad nõuded.

Kehtivas õiguses puudub kohustuslik piirkondlik koostööorganisatsioon, mis ühendaks peamisi tervishoiu- ja sotsiaalteenuse osutajaid. Perearstid, haiglad ja KOVid tegutsevad eraldi juriidiliste isikutena ning nende koostöö organisatsiooni tasandil kas puudub, põhineb projektidel või mitteformaalsetel kokkulepetel, üksikutel juhtudel ka lepingutel. Näiteks nõuab Tervisekassa insulditeekonna teenus, et piirkondlik haigla sõlmiks lepingud kõigi osapooltega, kes peavad patsienti tema teekonnal aitama. Selliseid raviteekondi on planeeritud veelgi, kuid probleem seisneb selles, et lepingute süsteem muutub liiga keerukaks, koormavaks ja administratiivselt kulukaks, kui see luua eraldi iga haigusrühma kohta. Raviteekondade puhul on piiranguks ka see, et koostöökorraldus algab alles siis, kui probleem on juba tekkinud ja inimene sellega teenuseosutaja poole pöördunud. Seega ei võimalda ainult raviteekonna põhine koostöö proaktiivset sekkumist ega taga võimalust võtta kollektiivset vastutust riskirühmade märkamise ja probleemide ennetamise eest.

TERVIKute ellukutsumise üks eesmärk on luua võimalus eesmärgistada ja lepinguliselt tulemusrahastada inimeste tervist, tervisetulemit ja heaolu laiemalt kui ainult ravi ja raviteekonna puhul. Selleks on vajalik luua partnerlusorganisatsioonid, kuhu kuuluksid vähemalt haiglad, perearstiabi osutajad ja KOVid, sest ilma nende osapoolte kaasamiseta ei ole võimalik kompleksse

teenusevajadusega inimestele (eeskätt eakamale osale rahvastikust) terviklikku abi pakkuda. Laste ja noorte sihtrühma puhul on oluline kaasata ka haridusvaldkond, kuid haridus- ja kultuurivaldkonna, samuti töövaldkonna sisuline integreerimine saab toimuda integratsioonireformi järgmistes etappides, kui on tekkinud juba esmane tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostöö kogemus.

TERVIKute moodustamine ja koostöö TERVIKutes on suur muutus kõigile sellega seotud osapooltele ja seetõttu on planeeritud TERVIKute koostööd rakendada kolmes etapis: esimeses etapis toimub TERVIKute süsteemi ettevalmistamine projektipõhiselt, teises etapis TERVIKud seadustatakse ja vastloodud TERVIKute ülesanne on eeskätt oma sisemise juhtimis- ja koostöösüsteemi ülesehitamine, soovitud liikmete kaasamine, infovahetuse korraldamine, lisavahendite hankimine arendustegevuseks, tehes koostööd Tervisekassa ja Sotsiaalministeeriumiga. Kolmandas etapis lisanduvad TERVIKule valdkondadeülese koordinatsiooni korraldamise ja strateegilise planeerimisega seonduvad ülesanded, sealhulgas uutel alustel tervise- ja heaoluprofiili koostamine, heaolupiirkonna koostöökogus osalemine, rahvastikupõhise terviseriski juhtimise kasutuselevõtt ja tulemuspõhise juhtimise rakendamine ning sellega seonduvad ülesanded laiemaks koostöö korraldamiseks oma maakonnas. Sotsiaalministeerium on planeerinud Euroopa Majanduspiirkonna ja Norra toetusest põhjaliku koolitusprogrammi, et toetada nii piirkondi kui ka riigi organisatsioonide töötajaid TERVIKute loomise ja juhtimise ettevalmistamisel ja nende töö käivitamisel.

Paragrahvi 13¹ lõikes 1 sätestatakse, et igas heaolupiirkonnas tegutseb üks tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostööorganisatsioon ehk TERVIK.

Paragrahvi 13¹ lõikes 2 on reguleeritud koostöö TERVIKutes, mis asuvad suure rahvaarvuga maakondades. Eelnõu sätestab, et ehkki maakonna baasil saab TERVIKu luua, võib üle 100 000 elanikuga maakonnas moodustada TERVIKu sees koordineerimispiirkondi. Näiteks on Ida-Virumaal ajalooliselt välja kujunenud kaks olulist maakonnasisest tõmbekeskust – Narva ja Kohtla-Järve. Need võiksid moodustada eraldi koordineerimispiirkonnad, mille koordinaatorid peaksid olema ka eraldi tasustatud. See võimaldab suuremates piirkondades kohandada juhtimisstruktuuri demograafiliste ja geograafiliste eripäradega ning arvestada ajalooliselt väljakujunenud tõmbekeskusi. Koordineerimispiirkonnad, nende koostöö põhimõtted ja aruandluse kord kehtestatakse rakendusaktiga.

Paragrahvi 13¹ lõikes 3 sätestatakse, et TERVIKute koostöö põhimõtted ning koordineerimispiirkonnad ja nende aruandluse korra kehtestab valdkonna eest vastutav minister määrusega. Koostööpõhimõtete puhul on välja toodud, et TERVIKute tegevus põhineb inimesekesksel ja ennetaval lähenemisel, tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna lõimitud koostööl, ühiselt kokkulepitud teenuseteekondadel ja töökorraldusel, läbipaistval juhtimisel ja aruandlusel, kvaliteetsel ja turvalisel andmevahetusel, vastastikusel usaldusel ja hea usu põhimõttel.

TERVIKu võrgustikujuht juhib organisatsiooni igapäevatööd, korraldab töörühmade tegevust, haldab ühiseid ressursse ja lepinguid, tagab aruandluse, koordineerib piirkondlike võrgustikujuhtide tööd, kogub ja koondab infot piirkonna tervishoiu- ja sotsiaalteenuste kohta ning korraldab vähemalt üks kord kvartalis aruandluskoosolekuid. Rakendusakti kavand on lisatud eelnõule.

Paragrahvi 13¹ lõikes 4 sätestatakse TERVIKu kohustuslikud ülesanded.

Punktiga 1 seatakse ülesandeks tervishoiu- ja sotsiaalteenuse osutajate ning tervisedendajate koostöö toetamine. TERVIKu ülesandeks on toetada tervisedendajate koostööd maakonnas ja populatsioonipõhise ennetuse rakendamist, kaasates tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutajaid.

Punktiga 2 seatakse ülesandeks rahvatervishoiu tegevuste ning tervishoiu-, rehabilitatsiooni- ja sotsiaalteenuste osutamise koostöö ja infovahetuse korralduse kokkuleppimine ja koordineeritud elluviimise toetamine. TERVIK vastutab seejuures koostöö korralduse ja info liikumise ning võimaluse korral ressursside ühise kasutamise eest (nt ühine veebileht, ühistel alustel koondatud info mõlemas valdkonnas pakutavate teenuste kohta, ühishanked, ühiste tugiteenuste korraldus vms), kuid kõige olulisemaks ülesandeks on tervishoiu-, rehabilitatsiooni- ja sotsiaalteenuste osutamise koostöökorralduse kokkuleppimine nii, et abivajajate teekond oleks võimalikult sujuv. Konkreetsete teekondade (nt transpordiabi vajavate inimeste liikumine ambulatoorset tervishoiuteenust saama väljaspoole oma maakonda ja tagasi) kokkuleppimisel võib olla vajalik kaasata ka teenuseosutajaid väljastpoolt maakonda. Koostöökorraldust puudutavad kokkulepped on oluline fikseerida kirjalikult ja teha kättesaadavaks kõigile osapooltele, sealhulgas terviseteejuhtidele ja inimestele, kes võivad kokkulepitud kujul abi vajada. Terviseteejuhid omakorda saavad anda TERVIKule infot, millistes valdkondades oleks vaja koostöökorraldus kokku leppida.

Punktiga 3 seatakse TERVIKu ülesandeks rahvatervishoiu, tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna ühisele arengule suunatud projektide algatamine ja elluviimine. See tugedab KOVide ja esmatasandi teenuseosutajate suutlikkust kujundada ja rakendada koostööl põhinevaid teenuselahendusi ning kaasata selleks sihipäraselt välisvahendeid, täienduskoolitusi ja investeeringuid. Selline korraldus tugedab heaolupiirkondade võimekust kavandada ja ellu viia piirkondlikke arendusalgatusi, mis ületavad üksiku KOVi või teenuseosutaja võimalusi.

Paragrahvi 13¹ lõikes 5 sätestatakse kokku lepitud koostöökorralduse siduvus kõigile sama paragrahvi lõikes 6 nimetatud osapooltele, sõltumata koostöölepingu sõlmimisest. See tähendab, et TERVIKus kokku lepitud koostöökorraldus, sealhulgas osapoolte rollid, info liikumise kord ja inimese teenuseosutajate vahel liikumise korraldus, on kohustuslikud kõigile TERVIKu kohustuslikele osapooltele sõltumata eraldi koostöölepingu sõlmimisest.

Paragrahvi 13¹ lõikes 6 sätestatakse, et TERVIKu kohustuslikud osapooled on heaolupiirkonna (ehk maakonna) KOVid, perearstiabi osutajad ja haiglavõrgu haiglad (v.a taastusravihaigla). Selline koosseis tagab, et koostöö ja koordinatsioon hõlmavad tervishoiusüsteemi eri tasandeid, sealhulgas nii esmatasandi tervishoiuteenuseid kui ka haiglaravi ja KOVi korraldatavaid sotsiaalvaldkonna teenuseid. See loob eeldused valdkondadeüleseks ja ka valdkonnasiseseks koostööks, võimaldades kujundada inimese jaoks tervikliku ja järjepideva teenuseteekonna.

Punktis 1 on sätestatud, et TERVIKusse peavad kuuluma kõik heaolupiirkonnas asuvad TTKS § 55 lõike 1 alusel kehtestatud haiglavõrgu arengukavas nimetatud haiglad, välja arvatud selles nimetatud taastusravihaigla. Haiglavõrgu haiglad on enamasti maakonna kesksed tervishoiuteenuste osutamise kohad ning lisaks haiglaravi ja ambulatoorse eriarstiabi osutamisele on nad sageli seotud ka õendusabiteenuste (koduõendus, õendushaigla), sotsiaalteenuste (üldhooldus) ja ennetusteenuste (suitsetamisest loobumise nõustamine, vaktsineerimine) osutamisega, perearstikeskuse ruumide pidamisega ja perearstidele väljarentimisega jms. Nende kuulumine TERVIKusse inimeste liikumisteedkondade kokkuleppimiseks ja abi sujuvamaks osutamiseks on seega vältimatu.

Eelnõu koostamisele eelnenud väljatöötamiskavatsuse tagasisides olid peaaegu kõik vastanud ühel meelel selles, et ilma nende kolme osapoole kohustusliku koostööta ei ole võimalik integratsiooni eesmärke saavutada.

Taastusravihaiglal ehk Haapsalu Neuroloogilisel Rehabilitatsioonikeskusel ei ole kohustust kuuluda ühegi konkreetse maakonna TERVIKusse, kuna ta teenindab kõiki maakondi. Teda võib kaasata kõigisse TERVIKutesse vastavalt vajadusele. Piirkondliku vastutusega haiglad nagu TÜ Kliinikum ja Põhja-Eesti Regionaalhaigla (PERH) peavad kuuluma oma maakonna TERVIKusse, kuna nad teenindavad olulises osas oma maakonna elanikkonda. Samas võib neid vastavalt vajadusele kaasata teistesse TERVIKutesse.

TERVIKu liikmeks olemine tähendab haiglale kohustust osaleda piirkondlikus rahvatervishoiu, tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostöös kooskõlas TERVIKu koostöölepinguga ning panustada oma pädevuse piires TERVIKu eesmärkide saavutamisse. Liikmelisus eeldab muu hulgas osalemist piirkondlike koostöökokkulepete ettevalmistamises ja rakendamises, ühiste teenuseteekondade ning valmisoleku töökorralduse kujundamises, eestvedamist valdkondadeülese koordineerimise planeerimisel, sealhulgas koordineerimise sihtühikute järelevalvel ja rakendamisel haiglast kodusele ravile liikumisel ning pikaajalise esmatasandi koordineerimise toetamist. Kuna haiglad on üldjuhul oma piirkonna tervisevaldkonna kompetentsikeskused, on nende oluliseks rolliks ka koostööga seotud arendustegevuste algatamine ja elluviimise toetamine.

Punktis 2 on sätestatud, et TERVIKusse peavad kuuluma kõik heaolupiirkonda kuuluvad KOVid. KOVide osalemine on vajalik, kuna neil on seadusest tulenev vastutus sotsiaalhoolekande korraldamise, abivajaduse hindamise ning sotsiaalteenuste ja -toetuste tagamise eest. Tervishoiu- ja sotsiaalteenuste tõhusaks sidumiseks on oluline, et KOVid osaleksid piirkondlike koostöökokkulepete kujundamises ja rakendamises. See võimaldab paremini korraldada inimese liikumist tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi vahel ning kujundada piirkondlikke lahendusi, mis parandavad abi järjepidevust. KOVid osalevad TERVIKu töös aktiivsete partneritena, panustades eelkõige sotsiaalhoolekannet, tervisedendust ja ennetustegevusi puudutavate koostöökokkulepete väljatöötamisse ja elluviimisse.

TERVIKu liikmelisus tähendab KOVile kohustust osaleda piirkondlikus rahvatervishoiu, tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostöös kooskõlas TERVIKu koostöölepinguga ning panustada oma pädevuse piires TERVIKu eesmärkide saavutamisse. Liikmelisus eeldab muu hulgas osalemist piirkondlike koostöökokkulepete ettevalmistamises ja rakendamises, ühiste teenuseteekondade ning valmisoleku töökorralduse kujundamises, samuti koostööd valdkondadeülese koordineerimise planeerimisel, sealhulgas koordineerimise sihtühikute järelevalvel ja rakendamisel. Vajaduse korral osalevad KOVi spetsialistid inimese tugimeeskonna töös ja teevad koostööd terviseteejuhiga inimese sotsiaalse abivajaduse hindamisel ja lahendamisel.

TERVIKu liikmelisus ei muuda KOVi seadusest tulenevaid ülesandeid ega otsustuspädevust. KOVohalik korraldab edasi sotsiaalteenuseid ja teeb teenuste määramise otsused kehtiva õiguse alusel. KOVid osalevad arendustegevustes ja panustavad arendustöösse vastavalt oma võimekusele. Sõltuvalt TERVIKu moodustamise viisist on TERVIK KOVidele suuremal või vähemal määral ka omavahelise koostöö platvormiks. TERVIK loob KOVidele piirkondliku koostööplatvormi, mis võimaldab ühiselt kavandada ja arendada rahvatervishoiu, tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna lahendusi ning koondada selleks vajalikku kompetentsi ja ressursse.

Punktis 3 on sätestatud, et TERVIKusse peavad kuuluma kõik perearstiabi osutajad, kelle juures töötavate perearstide teeninduspiirkond kuulub heaolupiirkonda. Perearstid peavad kuuluma TERVIKusse, kuna nende vastutusala on inimeste elukaareline terviseriskide juhtimine, sealhulgas tervise hoidmine, haiguste ennetus, esmane haiguste diagnostika ja ravi ning vajaduse korral inimese suunamine teiste tervishoiuteenuse osutajate juurde. Perearsti meeskonna ülesanne on nii laste tervise jälgimine kui ka inimesel väljakujunenud krooniliste haiguste kontrolli all

hoidmise toetamine. Nende ülesannete edukaks täitmiseks on vältimatult vajalik koostöö nii haiglatega, kes osutavad enamasti ka ambulatoorset eriarstiabi, kui ka KOVidega, kes toetavad, kui inimese tervise hoidmiseks on vajalik sotsiaalne abi.

On oluline, et vähemalt igast KOVist oleks TERVIKus aktiivseid perearstiabi osutajaid, et sõlmitavad koostöökokkulepped inimeste liikumisel teenuseosutajate vahel arvestaksid KOVide eripärasid. Kuigi kõik peavad olema liikmed, ei pea kõik perearstid olema aktiivsed TERVIKu liikmed. On oluline, et nendeni jõuaks TERVIKu liikmelisuse kaudu TERVIKus kokkulepitu ja et perearstid arvestaksid oma igapäevases töös TERVIKus kokkulepitud koostöökorraldusega. See tagab, et perearsti nimistutes olevate inimeste jaoks ei teki ebaühtlast ega ebaõiglast käsitlust.

TERVIKu liikmeks olemine tähendab perearstiabi osutajale (s.o eeskätt esmatasandi tervisekeskusele) kohustust osaleda piirkondlikus rahvatervishoiu, tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostöös kooskõlas TERVIKu koostöölepinguga ning panustada oma pädevuse piires TERVIKu eesmärkide saavutamisse. Liikmelisus eeldab muu hulgas osalemist piirkondlike koostöökokkulepete ettevalmistamises ja rakendamises, ühiste teenuseteekondade ning valmisoleku töökorralduse kujundamises. Samuti eestvedamist valdkondadeülese koordinaatsiooniteenuse planeerimisel, sealhulgas koordinaatsiooni sihtrühmani jõudmisel ja rakendamisel esmatasandil ning haiglast kodusele ravile liikumise koordinaatsiooni toetamist.

Perearsti meeskonna liikmed osalevad valdkondadeülese koordinaatsiooni raames inimese tugimeeskonna töös ja teevad koostööd terviseteejuhiga inimese tervisega seotud abivajaduse hindamisel ja lahendamisel.

Perearstiabi osutajad osalevad arendustegevustes ja panustavad arendustöösse vastavalt oma võimekusele. Samuti on perearstiabi osutajate koostöö korraldamine TERVIKu kaudu perearstidele pigem võimalus kui kohustus.

Paragrahvi 13¹ lõige 7 sätestab TERVIKu moodustamiseks kaks erinevat võimalust. Mõlemad eeldavad TERVIKu moodustamist olemasoleva juriidilise isiku koosseisus – kas ühe TERVIKu kohustusliku osapoolte või maakondliku koostööorganisatsiooni koosseisus. Selline lahendus võimaldab kasutada olemasolevat haldus- ja juhtimisvõimekust, vältida uue juriidilise isiku loomist ning vähendada täiendava administratiivse kulu tekkimist.

Punktiga 1 sätestatakse koostöökokkuleppeline TERVIK. See tähendab, et kohustuslikud koostöö osapooled lepivad omavahel kokku, kes neist täidab TERVIKu moodustaja ja pidaja rolli. TERVIKu moodustaja ülesanne on tegutseda TERVIKu nimel esindajana, sealhulgas sõlmida lepinguid ja võtta rahalisi kohustusi ning korraldada TERVIKu tegevuseks vajalike tugifunktsioonide (nt personal, raamatupidamine, IT-teenused) tagamine. TERVIKu moodustaja sõlmib teiste kohustuslike osapooltega koostöölepingu, millega määratakse kindlaks õigused ja kohustused ning antakse moodustajale volitus esindada osapooli TERVIKu tegevuse elluviimisel ja sõlmida TERVIKu nimel siduvaid lepinguid kokkulepitud ulatuses.

Näiteks, kui on kokku lepitud, et TERVIKu moodustajaks ja pidajaks on haigla, peab haigla looma oma struktuuris üksuse nimega TERVIK, eristama sellega üksusega seotud kulud ja tulud raamatupidamislikult ning avama TERVIKu tarbeks eraldi arvelduskonto. TERVIKu moodustaja saab sõlmida Tervisekassaga lepingu, kui ta esitab Tervisekassale koostöölepingud minimaalselt nõutud osapooltega. Koostöökokkuleppelises TERVIKus teevad kõik osapooled koostööd TERVIKu koostöölepingu alusel, mis on sisuliselt eraõiguslik koostöövõrgustiku leping.

Punktiga 2 sätestatakse TERVIKu loomiseks ka teine võimalus: kui kohustuslikud TERVIKu osapooled on niimoodi kokku leppinud, võib TERVIKu moodustada ja seda pidada kohaliku omavalitsuse korralduse seaduse § 6¹ lõikes 2 nimetatud koostööorganisatsioon, mis loob enda koosseisu TERVIKu ülesannete täitmiseks struktuuriüksuse ja tagab selle raamatupidamisliku eraldatuse ning sõlmib teiste osapooltega koostöölepingud. See tähendab, et KOVid on TERVIKusse kaasatud läbi ühise osaluse juriidilises isikus (mille põhikirjas sätestatakse ka TERVIKu moodustamise ja pidamisega seonduv) ja ülejäänud koostöö osapooled on TERVIKusse kaasatud koostöölepingu alusel.

TERVIKu personaliks võivad olla eelkõige TERVIKu võrgustikujuht kui loodud võrgustiku koordinaator (või võrgustikujuhid suure maakonna korral), maakonna tervisedendaja, kui see on maakonnas selliselt kokku lepitud, terviseteeonna koordineerimisega tegelevad spetsialistid (terviseteejuhid), juhul kui nad on TERVIKu poolt palgatud, samuti projektijuhid suuremahuliste arendus- või koostööprojektide elluviimiseks. Lisaks võib TERVIKu juures töötada muu TERVIKu tegevuskavas ette nähtud TERVIKu ülesannete täitmiseks vajalik personal vastavalt piirkondlikele vajadustele ja kokkulepitud töökorraldusele.

Ehkki TERVIKu võrgustike koordineerimisega kaasneb mõningane täiendav kulu (aastas kuni 1,3 mln eurot), võimaldab koordineeritud tegutsemine ära hoida olulisel määral senisest dubleerimisest ja puudulikust või liiga hilisest abivajadusele reageerimisest tingitud lisakulu. Seega on koordinaatsioonisüsteemi loomisele ja ülalpidamisele tehtavad kulutused käsitatavad pigem investeeringuna, mis võimaldab süsteemi kulusid tervikuna paremini ohjata, kui lisakuluna.

Paragrahvi 13¹ lõikes 8 sätestatakse: „Üksikpraksises töötavad nimistuga perearstid loetakse TERVIKusse kuuluvaks seaduse alusel, sõltumata sellest, kas nad sõlmivad TERVIKuga koostöölepingu.“ See on kooskõlas Eesti Perearstide Seltsi tehtud ettepanekuga, mille eesmärk on vältida asjatut bürokraatiat ja töökoormust, mis võib kaasneda nii TERVIKu moodustajatele kui ka hulgaliste üksikpraksistele endile TERVIKu koostöölepingute sõlmimise ja nende pideva administreerimise näol (nt kui perearstid liiguvad või lõpetavad oma töö jne).

Paragrahvi 13¹ lõikes 9 sätestatakse, et TERVIKusse võivad kuuluda ka teised heaolupiirkonna elanikele tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid osutavad juriidilised isikud ning tervisedendajad. Reeglina on TERVIK tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna organisatsioonide ühendus, kuid tervisedendajat võib kaasata erandina ka kui spetsialisti. Kaasata võib nii maakonna tervisedendajat, kes töötab lepingu alusel muus organisatsioonis, kui ka KOVides töötavaid tervisedendajaid. Tervisedendaja kaasamine TERVIKusse on oluline, sest ta aitab siduda tervishoiu- ja sotsiaalteenuste koostöö rahvastiku tervise andmepõhise analüüsi, ennetuse ja kogukonnatasandi sekkumistega, mis võimaldab probleeme ennetada enne nende süvenemist teenusevajaduseks.

Lisaks kohustuslikele osapooltele peavad maakondade esindajad oluliseks kiirabiteenuse osutajate ja rehabilitatsiooniteenuse osutajate kaasamist lõimitud korraldusse. Kiirabiteenuse osutaja ei ole eelnõus määratletud kohustusliku osapoolena, kuna kiirabiteenuse korraldus ei ole maakonnapõhine ning teenuse osutamine toimub laiemate tegevuspiirkondade alusel. Seetõttu tuleb igas heaolupiirkonnas eraldi hinnata ning kokku leppida, millisel viisil ja millises ulatuses on kiirabiteenuse osutajate kaasamine kõige otstarbekam, arvestades piirkondlikke vajadusi ja olemasolevat teenusekorraldust.

Rehabilitatsiooniteenuse osutajate kaasamine on soovituslik, kuna Sotsiaalministeerium viib paralleelselt ellu rehabilitatsioonireformi ja TERVIK saab toetada sujuvamat üleminekut uuele teenusekorraldusele.

TERVIKu koosseis on teadlikult piiritletud eelkõige tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid osutavate organisatsioonidega, sest reformi esmane eesmärk on tugevdada nende valdkondade vahelist koostööd. Integratsioon teiste valdkondadega saab toimuda järk-järgult vastavalt piirkonna vajadustele ja TERVIKu arengule. See ei välista teiste valdkondade organisatsioonide või spetsialistide kaasamist konkreetsete teemade või juhtumite lahendamisse, kui see on eesmärkide saavutamiseks vajalik.

Paragrahvi 13¹ lõikes 10 on sätestatud TERVIKu koostöölepingu minimaalselt nõutud elemendid:

- volitatud esindaja määramise kord ning tema õigused ja kohustused (punkt 1);
- TERVIKu liikmete õigused ja kohustused (punkt 2);
- TERVIKu liikmeks astumise, liikmelisuse muutmise ja TERVIKust väljaastumise kord (punkt 3);
- info- ja andmevahetuse korraldus ja põhimõtted (punkt 4);
- TERVIKule rahaliste kohustuste võtmine, eelarve ja aruandluse ning järelkontrolli korraldus (punkt 5);
- liikmete vastutuse ulatus ja vaidluste lahendamise kord (punkt 6);
- lepingu jõustumise, muutmise ja lõpetamise tingimused (punkt 7).

TERVIKu liikmeks olemine tähendab liikmesorganisatsiooni esindajale kohustust osaleda piirkondlikus tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostöös ning panustada oma pädevuse piires TERVIKu eesmärkide saavutamisse. Liikmesorganisatsioon osaleb piirkondlike koostöökorralduste ja ühiste teenuseteekondade ning valmisoleku töökorralduse kujundamises, valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse rakendamisel, sealhulgas koordinatsiooni sihtrühmani jõudmisel. Koostööorganisatsioonil on kohustus hoida TERVIKule esitatud kontaktandmed ja teenuseid puudutav teavebe ajakohasena ning anda TERVIKule kokkulepitud korras infot enda organisatsiooni pakutavate teenuste kohta.

TERVIKu ülesanne ei ole osutada tervishoiu- ega sotsiaalteenuseid ega võtta üle liikmesorganisatsioonide seadusest tulenevaid ülesandeid. TERVIK vastutab piirkondliku koostöö korraldamise eest, sealhulgas ühiste teenuseteekondade, suunamispõhimõtete, infovahetuse ja muude koostöökorralduste kokkuleppimise ning nende rakendamise toetamise eest. Teenuste osutamise ning selleks vajalike ressursside tagamise eest vastutavad jätkuvalt tervishoiuteenuse osutajad ja KOVid vastavalt kehtivale õigusele. Samuti ei muuda TERVIKu tegevus KOVide seadusest tulenevat pädevust hinnata inimese sotsiaalteenuste vajadust ega teha teenuste määramise otsuseid.

Paragrahvi 13¹ lõike 11 kohaselt on TERVIKu struktuuriüksuse tegevusala piiratud seaduses sätestatud ülesannetega, mis välistab kõrvaltegevuse ning tagab, et organisatsiooni fookus jääb integratsioonile ja koostöö korraldamisele. Teisisõnu on TERVIK mõeldud peamiselt koostöö koordineerimiseks ja korraldamiseks. Ainus sisuline isikupõhine teenus, mida koostöökokkuleppeline TERVIK võib ise osutada, on valdkondadeülene koordinatsiooniteenus. TERVIKu pidaja peab sel juhul olema tervishoiuteenuse osutaja ja tagama terviseteejuhi turvalise arvutitöökohta, mis võimaldab tööks tarvilikke ligipääse infosüsteemidele ja arvelduse Tervisekassaga. Terviseteejuhi palkaja veendub tema sobilikus kvalifikatsioonis ja vastutab valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse osutamise nõuetekohasuse eest.

Paragrahvi 13¹ lõikes 12 on sätestatud, et TERVIK ei tohi nõuda liikmetelt liikmemaksu. TERVIKule antud haldusülesannete täitmise kulu kaetakse riigi poolt ja seega pole õigustatud seada täiendavaid barjääre TERVIKuga liitumisele.

Paragrahvi 13¹ lõike 13 kohaselt tuleb TERVIKu tegevusest saadud tulu suunata täies ulatuses organisatsiooni ülesannete täitmisse ja arendamisse. Säte rõhutab avaliku huvi teenimist ning välistab kasumi jaotamise eesmärgi.

Eelnõu § 1 punktiga 11 muudetakse RTHS § 13¹ lõiget 4 ja antakse TERVIKule lisaülesanded (lisanduvad punktid 1, 3, 5 ja 7, samas kui punktid 1, 1¹ ja 2 loetakse vastavalt punktideks 4, 2 ja 6), mis on kohustuslikud alates 01.05.2028.

Nende hulka kuuluvad:

- **Tervise- ja heaoluprofiilil põhinev rahvastikupõhine terviseriski juhtimine**, sealhulgas tervisedenduse ja ennetustöö kavandamine. Rahvastikupõhine terviseriski juhtimine võimaldab heaolupiirkonna tasandil tuvastada kõrge riskiga sihtrühmad ning planeerida neile ennetavaid ja koordineeritud sekkumisi. Tervisekassa toetab TERVIKuid heaolupiirkonna rahvastiku terviseriskide alusel segmenteerimisel, tervishoiuteenuste kasutamise kõrge riskiga sihtrühma määratlemisel ja märkamisel ning sihtrühmale suunatud teenuste koordineerimisel võimaldades selleks vajalikke juhtimisindikaatoreid. Tervise Arengu Instituut toetab TERVIKut heaolupiirkonna rahvastiku tervisekäitumise ja sotsiaalsete riskide hindamisel ja juhtimisel pakkudes selleks vajalikke juhtimisindikaatoreid. See tähistab liikumist reaktiivselt teenuseosutamisel proaktiivsele mudelile, kus eesmärk on ühiselt ennetada tervises seisundi ja sotsiaalse toimetuleku halvenemist.
- **Valdkondadeülese koordineerimise teenuse korraldamine**, mis ei tähenda seda, et TERVIK peab ise hakkama osutama valdkondadele koordineerimist, vaid seda, et TERVIK määrab, kus ja kuidas tema piirkonnas valdkondadele koordineerimist osutatakse, st kus paiknevad Tervisekassa poolt rahastatavad terviseteejuhid (millistes esmatasandi tervisekeskustes, millistes haiglates, kas on vajalikud ka mujal); keda nad teenindavad (milliseid perearste, KOVe, haiglaid jt), kokkulepped, kuidas toimub terviseteejuhtide omavaheline koostöö, asendused ja vajaduse korral juhtumite ülevõtmine ühelt terviseteejuhilt teisele jne.
- **Tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutamise valmisoleku koordineerimine nii tavaolukordades väljaspool tööaega kui ka eriolukordades**. Teiste riikide kogemus näitab, et taolised võrgustikud on väga efektiivsed ja teatud olukordades isegi asendamatud erakorralise abivajaduse situatsioonides, kus on vajalik omada koostööpartnerite kontakte, väljatöötatud ja toimivaid suhtlusviise ja -kanaleid, tunda koostööpartnerite võimekust ja eripärasid. Näiteks korraldatakse Euroopa riikides TERVIKutega sarnaste organisatsioonide kaudu tööajaväliselt ligipääsu esmatasandi tervishoiu teenustele ja tööajaväliselt kiireloomulist sotsiaalprobleemidele reageerimist (tasustajaks kombineeritult inimene ise, KOVid ja riik). COVIDi kriisi ajal kasutati koostööorganisatsioone rahvastiku informeerimiseks, teenuseosutajate töö koordineerimiseks ja vaktsineerimise koordineerimiseks (tasustajaks reeglina riik).
- Kokkulepitud eesmärkidega seotud **tulemuste seire ja aruandlus koostöökogule** TERVIKule seotud eesmärkide täitmisest üks kord aastas.

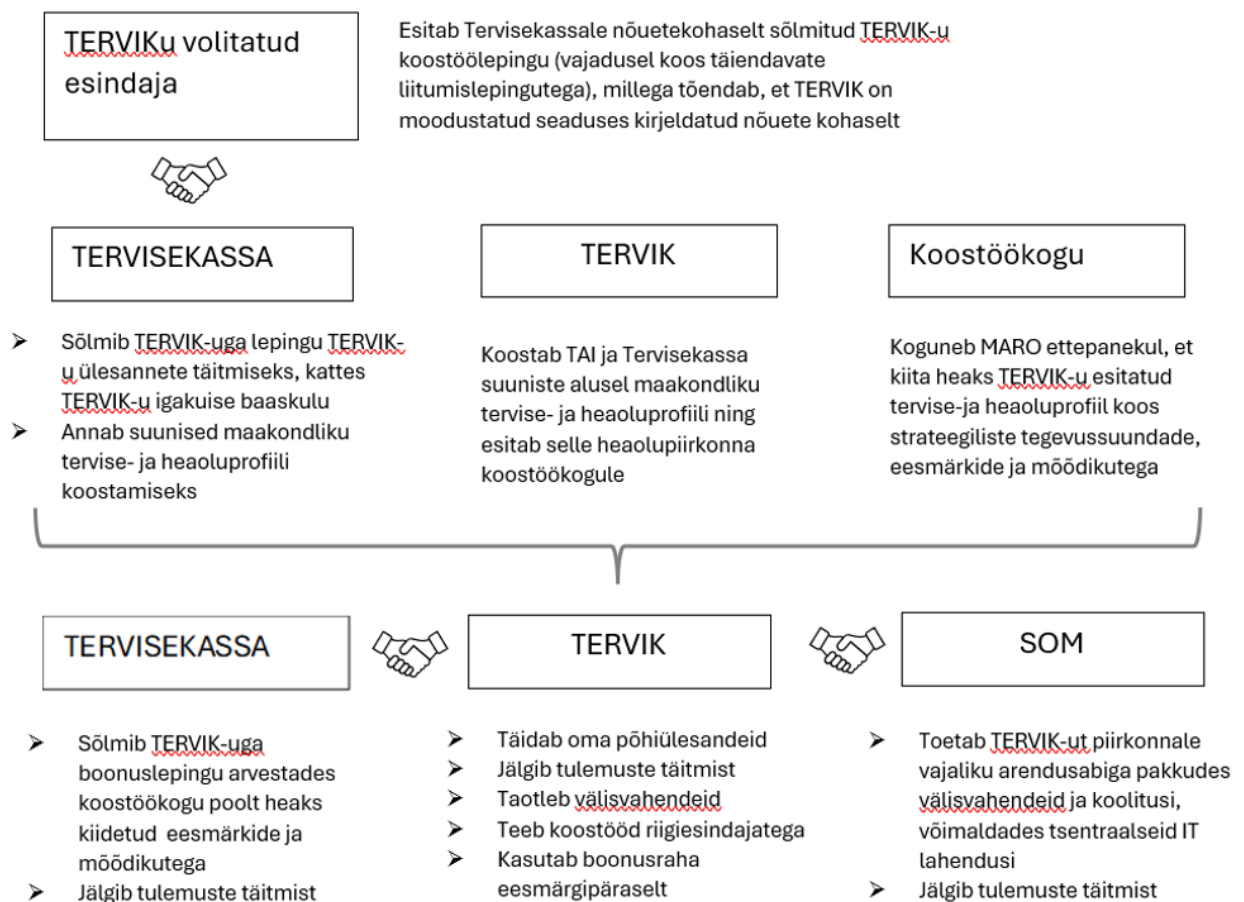
Koos juba eelnevalt TERVIKule antud ülesannetega moodustavad lisandunud ülesanded tervikliku funktsionaalsuse, mis võimaldab TERVIKul oma piirkonna rahvastiku tervist ja heaolu praktiliselt juhtida, teenuseosutamist koordineerida ja ennetustööd planeerida, ressursside ühist kasutamist läbi mõelda ja arendustegevusi kavandada ja ellu viia.

Näiteks juhul, kui TERVIK on oma piirkonna rahvastikupõhise riskijuhtimise indikaatorite ja täiendava ressursikasutuse analüüsi alusel tuvastanud, et maakonnas on:

1) suur ja kasvav krooniliste haigustega eakate riskirühm, kellega seondub tervishoiu- ja sotsiaalteenuste suur vajadus ja kõrge kulu,

- 2) kõrge laste ja noorte vaimse tervise probleemide ja enesetapukatsete määr ning
- 3) probleeme tervishoiuteenuste kättesaadavusega (näiteks perearstiaabis),
- on põhjendatud määrata piirkonna strateegilisteks koostöövaldkondadeks:
- a) valdkondadeülese koordinatsiooni rakendamine krooniliste haiguste ja sotsiaalprobleemidega inimeste sihtühmas tervise ja sotsiaalprobleemide paremaks kontrolliks ja ennetamiseks,
 - b) laste ja noorte vaimse tervise edendamise, probleemide ennetamise ja varase sekkumise programm koos teenuseteekonna kokkuleppimise ja valdkondadeülese koordinatsiooniga ning
 - c) jätkusuutlikkust toetavate meetmete kohta ettepanekute esitamine ning vajaduse korral piirkondlike koostööprojektide koordineerimine.

Kui TERVIK on kirjeldatud koostöövaldkondades esitanud asjakohased tegevussuunad (koos tegevuskavaga) ja mõõdetavad eesmärgid koostöökogule, kes need heaks kiidab, saavad Tervisekassa, Sotsiaalministeerium ja Tervise Arengu Instituut nende alusel planeerida sihipärast tuge ja rahastust TERVIKu eesmärkide saavutamiseks. Seejuures saab Tervisekassa valitud eesmärgid siduda tulemusrahastamisega (vt täpsemalt rahastamise osast) ning vajaduse ja võimaluse korral toetada piirkonna eesmärkide saavutamist tervishoiuteenuse osutajatega sõlmitavate ravi rahastamise lepingute kaudu. TERVIKuga saavad lepinguid sõlmida ka teised osapooled, kes ei vaja partnerina ainult ühte teenuseosutajat või KOVi, vaid vajavad teenuseosutajate partnerlust.



Eelnõu § 1 punktiga 12 täiendatakse RTHS-i §-dega 13²–13⁵.

Paragrahvis 13² sätestatakse koordineerimist vajava olukorra märkamine.

Paragrahvi 13² lõige 1 sätestab, et tervishoiutöötajal, KOVi sotsiaaltöötajal või lastekaitsetöötajal (edaspidi koos *teavitaja*) on kohustus täita märkamisleht, kui inimesel esinevad üheaegselt terviseprobleemid ja sotsiaalsed raskused ning on põhjendatud kahtlus, et ta ei suuda oma olukorraga iseseisvalt või oma seadusliku esindaja abil toime tulla ning võib vajada valdkondadeülest koordineerimist. Märkamisleht täidetakse digitaalselt. Märkamislehe täitmine toimub teavitaja igapäevases töökeskkonnas. Selleks liidestatakse infosüsteemid otse heaolu infosüsteemiga, kuhu märkamislehe andmed salvestatakse ja kust need edastatakse TIS-i. Märkamislehe täitmist hõlbustab andmete automaatne eeltäitmine – isiku üldandmed täidetakse rahvastikuregistrist (PÜT-teenuse kaudu) ning riskirühma tunnus päritakse Tervisekassa andmetest TIS-i kaudu, mistõttu on teavitaja käsitsi sisestamise koormust vähendatud.

Märkamislehe võib vajaduse korral edastada ka inimese nõusolekuta, juhul kui inimene ei ole tervise seisundi tõttu võimeline teadlikku nõusolekut andma või kui nõusoleku küsimine ei ole inimese tervise või ohutuse tõttu võimalik. Eesmärk on tagada, et märkamisleht ei jääks esitamata üksnes seetõttu, et kriitilises olukorras ei olnud võimalik eelnevalt nõusolekut küsida. Inimene näeb tema kohta esitatud märkamislehte terviseportaalil. Inimese kohta märkamislehe täitma hakkamisel annab heaolu infosüsteem teavitajale märku, kui keegi on inimese kohta juba märkamislehte esitanud, mis aitab vältida dubleerivat teavitamist ja korduvaid pöördumisi inimese poole.

Paragrahvi 13² lõikes 2 sätestatakse märkamislehe edastamise korraldus.

Punktis 1 sätestatakse, et märkamisleht suunatakse terviseteejuhile, kes osutab teenust samas tervisekeskuses, kus osutab teenust isiku perearst. Seda seetõttu, et esmasandil peaks terviseteejuht töötama võimaluse korral tervisekeskuses perearsti meeskonna liikmena. Kui inimene elab teises maakonnas, võib terviseteejuht pakkuda talle võimalust aidata muuta perearsti nii, et perearst oleks talle võimalikult kodu lähedal.

Alternatiivina sätestatakse, et märkamisleht suunatakse terviseteejuhile, kes osutab teenust isiku rahvastikuregistrijärgsele elukohale kõige lähemal asuvas tervisekeskuses. See võib olla vajalik näiteks siis, kui inimesele perearstiabi osutavas perearstikeskuses ei ole terviseteejuhti.

Kui märkamisleht jõuab esmasandil tervisekeskuses töötava terviseteejuhini, võtab ta inimesega ühendust ja selgitab välja, kas inimene viibib oma rahvastikuregistrijärgses piirkonnas. Kui selgub, et inimesel on mugavam pöörduda oma tegeliku elu- või viibimiskoha terviseteejuhi poole, määrab terviseteejuht kindlaks inimese tegelikule elukohale lähima sobiva terviseteejuhi ning annab juhtumi talle üle, määrates ta heaolu infosüsteemis vastutavaks terviseteejuhiks.

Terviseteejuht on kohustatud märkamislehele reageerima ning võtma, inimesega ühendust rakendusaktis määratud tähtaja jooksul, et tutvustada valdkondadeülese koordineerimisteenuse eesmärki ja sisu ning pakkuda inimesele võimalust koordineerimisteenusega liituda.

Kui inimene nõustub ja lepib terviseteejuhiga kokku esmase kohtumise koordineerimisteenuse vajaduse täpsemaks hindamiseks, annab ta ühtlasi oma nõusoleku terviseteejuhile vajalike tegevuste ja andmete töötlemiseks ulatuses, mis on vajalik koordineerimisteenuse hindamiseks ning teenuse korraldamiseks kooskõlas seadusega.

Punktis 2 sätestatakse, et inimese haiglaravi korral suunatakse märkamisleht terviseteejuhile, kes töötab haiglas, kus isik saab märkamislehe koostamise ajal statsionaarset ravi. Kui märkamine toimub haiglas ja märkamisleht jõuab haiglas töötava terviseteejuhini, algatab haiglas töötav terviseteejuht koordineerimisteenuse. Kui inimene lahkub haiglast ja vajab koordineerimist jätkumist esmasandil, annab haiglas töötav terviseteejuht inimese teekonna koordineerimise üle

esmatasandil töötavale terviseteejuhile, kes töötab inimese elukohale kõige lähemal asuvas tervisekeskuses, määrates ta heaolu infosüsteemis vastutavaks terviseteejuhiks.

Terviseteejuhtide vajaduse igas maakonnas määrab Tervisekassa, arvestades hinnatud sihtrühma suurust, kellele valdkondadeülene koordinaatsiooniteenus on suunatud. Terviseteejuhid teenindavad kõiki Tervisekassa määratletud sihtrühmi. Terviseteejuhtide paiknemise maakonnas otsustab maakonna TERVIK kooskõlastatult teenuseosutajatega, kes terviseteejuhid palkavad. TERVIK teeb sellekohase ettepaneku Tervisekassale, kes terviseteejuhte rahastab. On oluline, et iga perearst ja KOVi sotsiaaltöötaja teaks, millisele terviseteejuhile märkamisleht vajaduse korral saata. Heaolu infosüsteemi IT-lahenduses on olemas info terviseteejuhtide töökoha kohta. Kui inimene hakkab saama terviseteejuhi teenust, rakendub talle TERVIKus kokku lepitud teenuse osutamise korraldus. Märkamislehe edastamisega liitub teavitaja sisuliselt koostöösse TERVIKuga. Terviseteejuhtide igapäevane töö annab olulist sisendit süsteemi arendamiseks, tuues esile sagedasemad probleemid ja tõrked, mille põhjal TERVIKu osapooled saavad kokku leppida, kuidas teenuste osutamist inimese vaates sujuvamaks ja paremini koordineerituks muuta.

Koordineerimist vajava olukorra märkamist ei tohi segamini ajada abivajavast täiskasvanud isikust teavitamisega. SHS-i kohaselt on isikul kohustus teavitada KOVi isikust, kes vajab sotsiaalhoolekandelist abi ning ei ole ise võimeline abi taotlema või kelle abivajadus võib jääda muul viisil märkamata. Lastekaitseadus reguleerib analoogiliselt abivajavast lapsest teavitamise kohustuse. Tegemist on üldise sotsiaalkaitse turvavõrgu mehhanismiga, mille eesmärk on tagada, et sotsiaalabi vajav inimene ei jääks abita üksnes seetõttu, et ta ise ei pöördu abi saamiseks.

SHS-i regulatsiooni peamised tunnused on järgmised:

- **Teavitamise adressaat** on KOV.
- **Teavitamise ese** on isik, kes võib vajada sotsiaalabi või -teenust.
- **Fookus** on sotsiaalhoolekandelist abivajadusel.
- **Eesmärk** on käivitada KOVi sotsiaalhoolekandelse hindamise ja abi määramise menetlus.
- **Õiguslik tagajärg** on KOVi kohustus hinnata abivajadust SHS-i alusel.

SHS-i kohane teavitamine ei eelda terviseprobleemi olemasolu ega vajadust tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna ühise koordinaatsiooni järele. Selle eesmärk on alatatada sotsiaalhoolekandeline menetlus inimese sotsiaalse abivajaduse hindamiseks. Kuigi SHS-i kohane juhtumikorraldus võib vajaduse korral hõlmata koostööd teiste valdkondade spetsialistidega, ei näe SHS ette tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna ühist koordinaatsiooniteenust ega selleks loodud eraldi koordineerivat mehhanismi.

Kavandatava koordineerimist vajava olukorra märkamise regulatsiooni põhielemendid on järgmised:

- **Teavitamise adressaat** on terviseteejuht (mitte KOV).
- **Teavitamise ese** on isik, kelle olukord eeldab tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koordineeritud sekkumist.
- **Fookus** on valdkondadeülel (integreeritud) teenusevajadusel.
- **Eesmärk** on käivitada valdkondadeüleline hindamine ja vajaduse korral heaoluplaani koostamine.
- **Õiguslik tagajärg** on terviseteejuhi poolt koordinaatsioonivajaduse hindamine, mitte automaatne teenuse määramine.

Need regulatsioonid ei dubleeri teineteist, vaid täidavad erinevaid ja teineteist täiendavaid eesmärke: üks keskendub sotsiaalabi kättesaadavuse tagamisele, teine loob raamistiku tervishoiu- ja

sotsiaalteenuste koordineerimiseks olukordades, kus inimesel on kompleksne ja mitmest valdkonnast tulenev abivajadus.

Märkamislehe eesmärk on lisaks koordinaatsioonivajadusest teada andmisele võimalikult hästi eelselekteerida teenuse sobilikku sihtrühma. Teisalt tuleb märkamislehe andmekoosseis hoida võimalikult minimaalne, et vältida asjatut eriliiki andmete levikut. Seetõttu on märkamislehe andmekoosseis hästi läbimõeldud ja piiritletud.

Paragrahvi 13² lõige 3 sätestab märkamislehele kantavad andmed. Nendeks on:

- inimese üldandmed – päritakse automaatselt infosüsteemist, kui on sisestatud inimese isikukood;
- riskitunnus – päritakse automaatselt infosüsteemist ja väljendab inimese kõrgeenenud tervishoiuteenuste kasutamise riski;
- inimese terviseprobleemi või selle riski lühikirjeldus – täidetakse juhul, kui automaatselt päritud riskirühma tunnus ei väljenda inimese kõrgeenenud tervishoiuteenuste kasutamise riski, kuid teavitaja on siiski riski märganud;
- inimese sotsiaalse probleemi või selle riski lühikirjeldus – viitab sellele, et inimesel on tervisest tingitud sotsiaalse toimetuleku probleemid või tema elukeskkond ei võimalda ilma toeta terviseprobleemidega toime tulla;
- teavitaja hinnang inimese olukorrale – teisisõnu koondkokkuvõte, miks teavitaja peab tarvilikuks märkamislehe esitada.

Praegu puudub ühtne vorm, mille alusel dokumenteerida inimese terviseteeakonna koordineerimise vajadus. Teavitamine toimub suuliselt, e-kirja teel või erinevates infosüsteemides vabatekstina. See tekitab ebaühtlust nii info sisus kui ka kvaliteedis. Märkamislehe kasutuselevõtt standardiseerib teavitamise protsessi ning tagab, et vajalik teave esitatakse süsteemselt, turvaliselt ja võrreldaval kujul. See võimaldab hinnata teavitamise ja koordinaatsiooniteenuse vajaduse ulatust riiklikul tasandil.

Lõikes loetletud andmed on määratletud minimaalse ja eesmärgipärase infokogumina. Tervishoiutöötajale on võimalik tagada märkamislehe koostamise ja esitamise võimalus heaolu infosüsteemi digitaalselt enda töölaualt.

Märkamisleht on võimalik teha täidetavaks ja heaoluplaan vaadeldavaks ka KOVi sotsiaaltöötajale (kui abivajava inimese tugimeeskonna liikmele). See tähendab, et KOVi sotsiaaltöötajale on võimalik lasta oma töölaua kaudu edastada heaolu infosüsteemi märkamislehte. Heaolu infosüsteemi kaudu saab KOVi sotsiaaltöötaja vaadata heaoluplaani või täita tegevuskava.

Inimene ise ei saa otse terviseteejuhi poole pöörduda. Terviseteejuhi esmasele nõustamisele ja koordinaatsioonivajaduse hindamisele saab saata ainult spetsialist, kes on märkamislehe alusel ka üle kinnitanud peamiste tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna riskitegurite esinemise. See on vajalik, kuna terviseteejuhtide hulk on eriti algusaastatel piiratud ja on oluline, et abi suunatakse esmalt kõige kriitilisema abivajadustega inimestele.

Kui inimese üldandmed on märkamislehele kantud ja kontrollitud, on võimalik käivitada inimese riskirühma kontrollpäring, mis näitab, kas ta kuulub kõrgeenenud tervishoiuteenuste vajadusega riskirühma ja aitab eeskätt KOVi sotsiaaltöötajatel objektiivsemalt hinnata märkamislehe edastamise vajadust. Märkamislehe võib esitada ka juhul, kui inimesel puudub kõrgeenenud tervishoiuteenuste kasutamise riski väljendav riskitunnus, kuid teavitaja näeb siiski valdkondadeülese koordinaatsiooni vajadust.

Paragrahvi 13² lõige 4 sätestab, et täpne andmekoosseis sätestatakse RTHS § 29¹ lõike 9 alusel kehtestatavas määruises. Sättega luuakse õiguslik alus tehniliste detailide reguleerimiseks määruise tasandil. See võimaldab vajaduse korral andmekoosseisu ajakohastada ilma seadust muutmata ning tagab paindlikkuse infosüsteemide arendamisel.

Paragrahvis 13³ sätestatakse valdkondadeülene koordineerimine.

Paragrahvi 13³ lõikes 1 selgitatakse valdkondadeülese koordineerimise sisu.

Tervishoiu- ja sotsiaalteenused on reguleeritud TTKS-is ja SHS-is. Valdkondadeülene koordineerimine on mõlemat valdkonda toetav tugiteenus, mille eesmärk ei ole osutada tervishoiu- ega sotsiaalteenuseid, vaid tagada nende koordineeritud kavandamine ja osutamine inimese vajadustest lähtudes. Sel põhjusel on see teenus reguleeritud RTHS-is. Inimese vastutus on juhtida oma tervist ja sotsiaalset heaolu. Valdkondadeülese koordineerimise eesmärk on toetada inimest olukorras, kus tema võime oma tervist ja heaolu iseseisvalt juhtida on ajutiselt vähenenud ning aidata tal taastada suutlikkus teha teadlikke otsuseid ja tulla võimalikult iseseisvalt toime.

Olukorras, kus krooniliste haiguste ja kompleksse abivajadusega inimeste arv kasvab, on ajutine koordineeriv tugi vajalik, et aidata inimesel ja tema lähedastel tulla toime terviseteevõrgu juhtimise ja sotsiaalse toimetuleku korraldamisega. Tegemist on avaliku huviga, kuna ilma lisatoeta kasvab tõenäosus, et kompleksse teenusevajadusega inimesed satuvad kontrolli alt väljunud terviseprobleemidega haiglasse ja sealt edasi hoolekandetasutusse, mis on ühiskonnale kulukas ja halvendab olulisel määral inimese elukvaliteeti.

Paragrahvi 13³ lõikes 2 sätestatakse, millistel juhtudel võib inimene valdkondadeülest koordineerimist vajada. Säte tagab, et teenus ei muutu universaalseks, vaid on suunatud selgelt piiritletud sihtrühmale, kelle puhul on koordineeritud sekkumine põhjendatud.

Lõike 2 punkt 1 sätestab, et valdkondadeülene koordineerimine on vajalik, kui vajalik abi ei ole tagatav üksnes SHS-i kohase juhtumikorralduse kaudu.

Valdkondadeülest koordineerimist tuleb eristada KOVi juhtumikorraldusest. Ka KOVi sotsiaaltöötaja või lastekaitsetöötaja lähtuvad inimese abivajaduse väljaselgitamisel terviklikust lähenemisest ning teevad vajaduse korral koostööd teiste valdkondade spetsialistidega. Juhtumikorraldus on siiski suunatud eelkõige sotsiaalhoolekandeline abi kavandamisele ega loo eraldi mehhanismi tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna ühiseks teenuste planeerimiseks, koordineerimiseks ega meeskonnapõhiseks juhtimiseks.

KOVi sotsiaaltöötaja võib oma ülesannete täitmiseks töödelda inimese tervises seisundit puudutavaid andmeid seaduses sätestatud ulatuses, kuid tal puudub üldine ligipääs tervishoiu infosüsteemides olevatele andmetele ning võimalus koordineerida inimese terviseteevõrgu tervishoiusüsteemi sees. Seetõttu sõltub tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna vaheline infovahetus ning koostöö sageli üksikute spetsialistide omavahelistest kokkulepetest ja isikupõhisest koostööst. See võib kaasa tuua olukordi, kus kompleksse abivajadusega inimese tervise- ja sotsiaalvajadusi ei käsitleta piisavalt koordineeritult, suurendades ravi katkemise, korduva hospitaliseerimise või sotsiaalse olukorra halvenemise riski.

Valdkondadeülene koordineerimine erineb SHS-is sätestatud juhtumikorraldusest selle poolest, et SHS-i alusel koostatud juhtumiplaan on KOVi sotsiaaltöötaja töövahend, mille eesmärk on kavandada inimese sotsiaalse toimetuleku toetamiseks vajalikud teenused ja toetused. Tervise seisundit käsitletakse selles üksnes ulatuses, milles see mõjutab inimese sotsiaalset toimetulekut. Erinevalt juhtumiplaanist on heaoluplaan tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna ühine töövahend, mis sisaldab ka inimese terviseprobleemide lahendamise tervikvaadet. Terviseteejuhi otsene ülesanne on toetada inimese liikumist tervishoiusüsteemis ning koordineerida eri osapoolte koostööd. Valdkondadeülene koordineerimine ei asenda KOVi juhtumikorraldust ega muuda KOVi vastutust sotsiaalteenuste korraldamisel. Terviseteejuhil ei ole õigust määrata inimesele sotsiaalteenuseid.

Juhtumiplaani olemasolu ei ole heaoluplaani koostamise eelduseks. Kui juhtumiplaan on koostatud ja inimene vajab heaoluplaani, lepivad KOVi sotsiaaltöötaja ja terviseteejuht omavahel kokku rollijaotuse ning vastutuse inimese toetamisel. KOVi sotsiaaltöötaja vastutab jätkuvalt SHS-ist tulenevate ülesannete täitmise eest, terviseteejuht aga valdkondadeülse koordineerimise ning tervishoiu- ja sotsiaalteenuste koordineeritud kavandamise eest. Näiteks korraldab KOVi sotsiaaltöötaja sotsiaaltranspordi määramise, terviseteejuht aga koordineerib selle kasutamist, et inimene jõuaks tervishoiuteenuse saamise kohta. Selline rollijaotus võimaldab sotsiaaltöötajal keskenduda oma seadusest tulenevate ülesannete täitmisele, samal ajal kui terviseteejuht toetab inimese liikumist tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi vahel.

Kokkuvõttes täpsustab eelnõu KOVi sotsiaaltöötaja ja lastekaitsetöötaja rolli olukordades, kus inimene vajab lisaks sotsiaalhoolekandele ka tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koordineeritud tuge. Sellisel juhul koordineerib terviseteejuht inimese terviseteevõrgu ja valdkondadeülest koostööd, kaasates vajaduse korral KOVi sotsiaaltöötaja või lastekaitsetöötaja nende pädevusse kuuluvate ülesannete täitmise.

Lõike 2 punkt 2 sätestab, et valdkondadeülene koordineerimine on vajalik, kui inimesel on RTHS § 13⁵ alusel tuvastatud tervishoiuteenuste kasutamise kõrge risk ja sotsiaalse toimetuleku probleem või selle tekkimise risk.

Tervishoiuteenuste kasutamise kõrge risk on seotud üldjuhul mitme pikaajalise haiguse samaaegse esinemise, keeruka terviseprobleemi või kiiresti halveneva tervise seisundiga. Riskile viitavad muu hulgas saadud kiirabi, EMO külastused, korduvad haiglaravi juhud, rehospitalseerimised, keerukas ravimisprotsess. Riski võivad suurendada ka vaimse tervise probleemid.

Sotsiaalse toimetuleku ja tervise probleemid on sageli omavahel seotud ning võimendavad üksteist. Terviseprobleemid võivad põhjustada sotsiaalseid probleeme ja riske, kuid ka sotsiaalne haavatavus võib suurendada tervise halvenemise ja tervishoiuteenuste sagedase kasutamise riski. Täiendavateks riskiteguriteks võivad olla sotsiaalne isolatsioon, üksi elamine või tugivõrgustiku puudumine, vähenenud kognitiivne võimekus, ebasobiv elukeskkond, raskused igapäevaste tegevustega toimetulekul ning haprus. Just tervise- ja sotsiaalprobleemide koosinemine on aluseks valdkondadeülse koordineerimise vajadusele.

Paragrahvi 13³ lõige 3 sätestab, et valdkondadeülest koordineerimist osutab tervishoiuteenuse osutaja poolt tööle võetud terviseteejuht, kes on omandanud tervishoiu või sotsiaalvaldkonna kõrghariduse ning läbinud vastava täienduskoolituse.

Eelnõu kohaselt töötab terviseteejuht tervishoiuteenuse osutaja juures, eelkõige perearstiabi osutavas tervisekeskuses või haiglas. Selline korraldus võimaldab sõlmida Tervisekassaga teenuse rahastamise lepingu ning tagada terviseteejuhile tema ülesannete täitmiseks vajaliku ligipääsu tervishoiuandmetele seaduses sätestatud ulatuses.

Terviseteejuhi töö tegemise koht ei pea siiski kattuma tema tööandja asukohaga. TERVIK võib kokku leppida, et terviseteejuht töötab täielikult või osaliselt teises organisatsioonis või teises asukohas, kus tema kohalolek on sihtrühma vajadusi arvestades kõige otstarbekam. Näiteks võib haigla, kes täidab TERVIKu ülesandeid, olla terviseteejuhtide tööandja, kuid osa terviseteejuhtidest võib töötada igapäevaselt perearstiabi osutavates tervisekeskustes.

Rahvusvaheline praktika ja Eestis ellu viidud pilootprojektid näitavad, et terviseteejuhi roll on kõige tulemuslikum siis, kui ta töötab vahetult inimese teenuseteekonna olulistes kokkupuutepunktides. Seetõttu on esmatasandil terviseteejuhi peamiseks ülesandeks pikaajalise valdkondadeülese koordineerimise toetamine, haiglas aga inimese haiglast kodusele ravile või kogukonda liikumise koordineerimine.

Terviseteejuhina võivad töötada nii tervishoiu kui ka sotsiaalvaldkonna kõrgharidusega spetsialistid. Esmatasandi tervisekeskustes võivad terviseteejuhi ülesandeid täita eelkõige sotsiaalvaldkonna kõrghariduse ja vastava töökogemusega spetsialistid, haiglates sõltub sobiv ettevalmistus teenuse sihtrühmast ja töö sisust. Sõltumata alusharidusest on terviseteejuhina töötamise eelduseks spetsiaalse täienduskoolituse läbimine. Terviseteejuhi täpsemad pädevusnõuded kehtestab valdkonna eest vastutav minister määrusega.

Paragrahvi 13³ lõikes 4 on sätestatud, et kui teavitaja on edastanud märkamislehe, on terviseteejuht kohustatud märkamislehe andmete alusel omal algatusel kutsuma inimese koordineerimise teenuse vajaduse hindamisele ja esmasele nõustamisele.

Kehtiva SHS-i kohaselt selgitab KOV abivajaduse omal algatusel välja eeskätt nende isikute puhul, kellele on määratud keskmine, raske või sügav puue. Sügava puudega isikute puhul on see kohustuslik, keskmise ja raske puudega isikute puhul võimalus. Selline lähenemine tähendab, et proaktiivne sekkumine käivitub valdavalt olukorras, kus inimese tervise- ja toimetulekuprobleemid on juba püsivalt välja kujunenud. See piirab võimalusi ennetavaks tegutsemiseks varasemas faasis. Kavandatav muudatus loob võimaluse proaktiivseks sekkumiseks ka nende isikute puhul, kellel ei ole veel puude raskusastet määratud, kuid kes kuuluvad kompleksse abivajadusega riskirühma ning vajavad valdkondadeülest koordineerimist. Proaktiivse pöördumise võis siiani algatada perearst, kes märkas, et inimesel on kõrgeks tõusnud terviserisk. Eelnõuga antakse proaktiivse pöördumise õigus ka terviseteejuhile, kes võib inimese poole pöörduda, saades info, et inimene kuulub riskirühma.

Paragrahvi 13³ lõikes 5 sätestatakse, et kui inimene valdkondadeülest koordineerimise teenust ei soovi, lõpetatakse teenuse osutamine. Inimene võib lõpetada teenuse kasutamise igal ajal. Teenuse osutamise lõpetamisel peatatakse tugimeeskonna ligipääs heaoluplaanile ja tegevuskavale. Teenuse osutamise alustamisega algab ka andmete töötlus. Sättega tagatakse, et teenus põhineb isiku autonoomial ja, et tundlikke andmeid ei töödeldaks ilma isiku nõusoleku- ning soovita teenust saada. Muudatus loob selge õigusliku aluse andmetöötlemiseks ning tugevdab isiku õiguste kaitset.

Paragrahvi 13³ lõige 6 sätestab, et terviseteejuht informeerib teavitajat valdkondadeülese koordineerimise teenuse vajaduse hindamise tulemusest heaolu infosüsteemi vahendusel.

Paragrahvi 13³ lõige 7 sätestab terviseteejuhi peamised ülesanded, milleks on valdkondadeülese koordineerimise vajaduse hindamine, tugimeeskonna moodustamine, heaoluplaani koostamine ja selle elluviimise toetamine läbi meeskonnatöö ning heaoluplaani täitmise jälgimine. Muudatus loob tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna ülese koordineerimise jaoks selge vastutaja, asendades seni valdavalt projektipõhiselt kujunenud ja ebaühtlase korralduse. Terviseteejuht tagab, et inimese terviklik abivajadus on hinnatud, koostab koostöös inimesega heaoluplaani ning toetab selle elluviimist. Heaoluplaan koondab inimese tervise- ja sotsiaalvaldkonna eesmärgid ja teenused, kokkulepitud tegevused ja teenused ühtseks tervikuks.

Punkt 1 sätestab, et terviseteejuht hindab inimese valdkondadeülese koordineerimise vajadust ja teeb esmase nõustamise. Esmasele nõustamise aja kokkuleppimisega annab inimene nõusoleku koordineerimise vajaduse hindamiseks ja selleks vajalike andmete töötlemiseks seaduses sätestatud ulatuses. Heaoluplaani koostamise eelduseks on inimese tervise- ja sotsiaalsete vajaduste terviklik hindamine.

Kui teavitajaks on KOV, peab inimese sotsiaalne abivajadus olema hinnatud STAR2 infosüsteemis täisealise isiku abivajaduse hindamise instrumendi abil. Terviseteejuht kasutab hindamise tulemusi valdkondadeülese koordineerimise vajaduse hindamise sisendina ega tee dubleerivat sotsiaalse abivajaduse hindamist. Samuti kontrollib terviseteejuht, kas inimese tervise seisund on hinnatud. Kui tervisealine hindamine puudub või ei ole inimese tervise seisundi hindamiseks piisavalt ajakohane, teeb terviseteejuht koostööd perearsti meeskonnaga tervisealase hindamise tegemiseks või ajakohastamiseks.

Kui inimese kohta on koordineerimise vajadusest teavitanud tervishoiutöötaja, kasutab terviseteejuht heaolu infosüsteemis olemasolevaid terviseandmeid hindamise alusena ning selgitab välja, kas inimese sotsiaalne abivajadus on hinnatud. Vajaduse korral pöördub ta KOVi sotsiaaltöötaja poole abivajaduse hindamise algatamiseks.

Kui inimese kohta on teavituse esitanud KOV, kasutab terviseteejuht KOVi koostatud abivajaduse hindamise tulemusi ning kontrollib, kas inimese tervise seisund on piisavalt hinnatud. Vajaduse korral teeb ta koostööd perearsti meeskonnaga tervisealase hindamise täiendamiseks.

Punkt 2 sätestab, et terviseteejuht moodustab valdkondadeülese koordineerimise osutamiseks tugimeeskonna. Tugimeeskond ühendab inimese tervise- ja sotsiaalvaldkonna peamised spetsialistid ning tagab, et inimese tervise- ja sotsiaalvajadusi käsitletakse ühiselt. Tugimeeskonda kuuluvad vähemalt inimese raviarst, perearst, pereõde ja rahvastikuregistrisse kantud elukohajärgse KOVi sotsiaaltöötaja või sõltuvalt inimese tegelikust viibimiskohast muu KOVi sotsiaaltöötaja või alaealise puhul lastekaitsetöötaja. Kui inimesel on seaduslik esindaja, kaasatakse ka tema tugimeeskonna töösse. Kui perearsti nimistut, millesse inimene kuulub, teenindab rohkem kui üks pereõde, kes on ka MEDRE-s märgitud selle nimistuga seotud õeks, võib tugimeeskonda kaasata korraga rohkem kui ühe pereõde.

Punkt 3 sätestab, et terviseteejuht koostab koostöös inimesega heaoluplaani, arvestades tugimeeskonna liikmete soovitusi. Heaoluplaan koondab inimese jaoks olulise tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna teabe ühtsesse struktuuri. Heaoluplaani koostamisel kasutab terviseteejuht maksimaalselt juba tsentraalses infosüsteemis olemas olevaid andmeid. Kui heaoluplaani elluviimiseks on vajalik kaasata täiendavaid tugimeeskonna liikmeid, märgitakse nad heaoluplaanis ning inimese nõusolekul võimaldatakse neile ligipääs heaoluplaanile. Koostatud heaoluplaani kinnitamine hõlmab inimese nõusolekut heaoluplaani sisuga ja nõusolekut kaasata selle elluviimise täiendavaid tugimeeskonna liikmeid. Nõusoleku puudumise korral lõpetatakse andmete edasine

töötlemine (heaoluplaani juba sisestatud andmeid ära ei kustutata). Koostatud ja inimese poolt kinnitatud heaoluplaani näeb inimene terviseportaalil ja vajaduse korral trükitab terviseteejuht selle talle välja.

Punkt 4 sätestab, et terviseteejuht selgitab inimesele heaoluplaani sisu. Heaoluplaan on mõeldud kasutamiseks inimesele ja see koostatakse inimest igakülgselt kaasates ning talle arusaadavalt ja minavormis, näiteks „Minu heaoluplaani eesmärk on ... Minu tervise-eesmärk on ... Selleks ma ...“ jne. On oluline, et inimene mõistaks talle koostatava heaoluplaani sisu, eesmärgi ning enda rolli nende saavutamisel. Seetõttu peab see olema koostatud inimesele arusaadavas keeles, vajaduse korral tuleb inimesele selgitada kasutatud termineid ja kokkuleppeid.

Punkt 5 sätestab terviseteejuhi ülesande motiveerida inimest tervise- ja heaolueesmärkide saavutamisel. Tervisekäitumise muutmiseks ei piisa ainult teabe andmisest või soovitude jagamisest. Tervisekäitumist mõjutavad harjumused, motivatsioon, elukorraldus, emotsionaalsed takistused, ajapuudus jms. Terviseteejuht toetab inimest talle oluliste eesmärkide sõnastamisel ning aitab leida võimalusi nende järjepidevaks saavutamiseks. See suurendab inimese teadlikku osalust oma tervise ja heaolu parandamisel ning toetab heaoluplaani eesmärkide elluviimist.

Punkt 6 sätestab terviseteejuhi ülesande toetada inimese liikumist teenuseosutajate vahel ja heaoluplaani elluviimisel. Terviseteejuht ei saa ise määrata tervishoiuteenuseid ega sotsiaalteenuseid. Tema toetamine ja koordineerimine seisneb vajalike spetsialistide tugimeeskonda kaasamises ja infovahetuse võimaldamises, määratud teenuste loogilises järgnevuses, samuti saab ta juhtida spetsialistide tähelepanu sellele, kui mõni oluline inimese vajadus on märkamata jäänud või kui esineb dubleerimisi või olulisi kõrvalekaldeid heaolupiirkonnas kokku lepitud teenuse osutamise põhimõtetest.

Terviseteejuhi roll erineb olemasolevate spetsialistide rollist eelkõige andmetöötluse eesmärgi poolest. Tema andmetöötluse eesmärk on teenuste sidustamine ja inimese vajaduste terviklik käsitlemine, mitte teenuste osutamine. Selleks on terviseteejuhil seadusest tulenev pädevus töödelda nii tervise- kui ka sotsiaalhoolekandelist andmeid ulatuses, mis on vajalik koordinatsiooniteenuse vajaduse hindamiseks, heaoluplaani koostamiseks, teenuseosutajate vahel liikumise toetamiseks ja plaani täitmise jälgimiseks.

Terviseteejuhi roll on andmekaitsealises vaates eripärane, kuna ta korraldab heaoluplaani elluviimiseks vajaliku tugimeeskonna tööd ning määrab kindlaks, millistel spetsialistidel on juurdepääs heaoluplaanis sisalduvale teabele. Terviseteejuht tagab, et juurdepääs on piiratud üksnes nende isikutega, kellel on otsene roll heaoluplaani elluviimisel. Seetõttu hõlmab terviseteejuhi roll ka andmete kasutamise korraldamist ja juurdepääsupõhimõtete rakendamist valdkondadeüleses koostöös. Näiteks lisab terviseteejuht inimese sotsiaaltöötaja heaolu infosüsteemi kasutajaks ning annab andmetele ligipääsu. Kõikidel sotsiaaltöötajatel ei ole automaatset ligipääsu. Terviseteejuht teeb kindlaks, kes on inimese sotsiaaltöötaja.

Punktiga 7 antakse terviseteejuhile ülesanne hinnata heaoluplaani täitmist.

Inimesele heaoluplaani koostamise eesmärk on toetada ja võimestada inimest oma tervise- ja sotsiaalprobleemidega toimetulekul. Terviseteejuht hindab regulaarselt inimese võimekust ise toime tulla. Kui inimene suudab heaoluplaani täita ja liikuda iseseisvalt või talle määratud teenuste abil stabiilselt oma tervise-eesmärkide ja sotsiaalsete eesmärkide suunas, võib koordinatsiooni intensiivsust oluliselt vähendada või koordinatsiooniteenuse osutamise lõpetada.

Punkt 8 sätestab kohustuse dokumenteerida valdkonnaülese koordinatsiooniteenuse osutamine tegevuskavas. Dokumenteerimine tagab tugimeeskonna liikmetele ülevaate inimese koordinatsiooniprotsessi hetkeseisust, toetab järjepidevat koostööd ning võimaldab hinnata terviseteejuhi tegevuse põhjendatust ja kvaliteeti. Terviseteejuhi jaoks on tegevuskava peamine töövahend samaaegselt koordineeritavate juhtumite süsteemseks juhtimiseks ja tegevuste järjepidevaks dokumenteerimiseks.

Paragrahvi 13³ lõike 8 alusel võib terviseteejuht juba koordinatsioonivajaduse hindamisse kaasata inimese perearsti, raviarsti, pereõe ja KOVi sotsiaaltöötaja või laste puhul lastekaitsetöötaja. Tugimeeskonna võib moodustada kohe, kui inimene on terviseteejuhi esmasele nõustamisele registreerunud ja teenuse osutamisega nõus olnud. See tagab, et turvaline infovahetus tugimeeskonna liikmete vahel saab alata juba varases etapis, kus terviseteejuhil on vaja täpsustada märkamislehel märgitud või suhelda tugimeeskonna liikmetega hindamisega seotud küsimustes.

Paragrahvi 13³ lõige 9 sätestab, et valdkonna eest vastutav minister kehtestab määrusega terviseteejuhi täpsemad ülesanded, nõuded valdkondadeülesele koordinatsiooniteenusele, selle eesmärgile ja sisule, sealhulgas sihtrühmale, teenuseosutajale ja tegevustele, mis on vajalikud teenuse eesmärgi saavutamiseks. Rakendusakt on vajalik teenuse sisu kirjeldamiseks. Tegemist on teenusega, mille sisu peab olema üheselt arusaadav väga paljudele osapooltele nii tervishoiu- kui ka sotsiaalsüsteemis, et oleks võimalik selle teenusega igapäevases töös arvestada. Seetõttu on otstarbekas reguleerida teenuse sisu määruse tasandil võimalikult detailselt. Rakendusakti kavand on lisatud eelnõule.

Paragrahvi 13³ lõikes 10 sätestatakse, et tugimeeskonda saab laiendada inimese nõusolekul.

Tugimeeskonna suurus ja koosseis sõltuvad otseselt inimese abivajaduse kompleksisusest ning teenuste ja abi koordineerimise sisulisest vajadusest. Seetõttu võib tugimeeskonna lõplik suurus ja koosseis erineda. Inimene ei saa valida nn esmast tugimeeskonda, kuhu kuuluvad terviseteejuht, raviarst, perearst, pereõde ja inimese elukoha või viibimiskoha järgse KOVi sotsiaaltöötaja ning tema seaduslik esindaja, kuid ta saab valida laiendatud tugimeeskonda. Laiendatud tugimeeskonnale tehakse kättesaadavaks arvestatav hulk inimese kohta käivaid eriliiki andmeid ja seetõttu on rakendatavad ligipääsumeedmed nii rolli- kui ka isikupõhised. See tähendab, et terviseteejuht, kes haldab ligipääse, annab ligipääsud laiendatud tugimeeskonna liikmetele isikupõhiselt pärast seda, kui inimene on laiendatud tugimeeskonna koosseisuga nõustunud. Inimene saab ise teha ettepanekuid oma lähedaste kaasamiseks laiendatud tugimeeskonda. Laiendatud tugimeeskonda võivad kuuluda inimese nõusolekul:

- 1) isikule tervishoiuteenust või sotsiaalteenust või rehabilitatsiooniteenust osutav spetsialist, kui terviseteejuht või mõni tugimeeskonna liige seda vajalikuks peab;
- 2) inimese perekonnaliige ja lähedane.

Paragrahv 13⁴ sätestab nõustamise, heaoluplaani ja tegevuskava sisu.

Paragrahvi 13⁴ lõikes 1 sätestatakse, et esmase nõustamise eesmärk on selgitada välja inimese abi kasutamise takistused ja hinnata valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse vajadust ning teenuse sobivuse korral valmistada ette heaoluplaani koostamine ehk inimesele selgitatakse, mis heaoluplaan on, arutatakse läbi tema heaoluplaani eesmärgid, millist vastutust ta ise on valmis võtma oma eesmärkide saavutamises, kus ta vajab tuge, keda veel peaks kaasama tugimeeskonda ja miks. heaoluplaan sisaldama peaks, mis eesmärgil seda kasutada saab ning mis rolli ja vastutuse inimene selles võtma peaks

Koordinatsiooniteenuse sobimatuse korral selgitakse inimesele koordinatsiooniteenuse osutamata jätmise põhjust ning muid võimalusi abi saamiseks, vajaduse korral toetades inimest abini jõudmisel. Põhimõtte seisneb selles, et ka juhul, kui inimene vajab/soovib teavet ja tuge ainult ühes kindlas küsimuses, pakutakse talle seda esmase nõustamise käigus.

Paragrahvi 13⁴ lõige 2 sätestab heaoluplaanis kajastuvad andmed. Lisaks inimese terviseolukorrale, tervisega seotud piirangutele ja tervisekäitumisega seotud riskide infole kajastab heaoluplaan inimese enda tervise- ja heaolueesmäärke, nende saavutamiseks antud soovitusi ja juhiseid ning inimese enese poolt planeeritud muudatusi, hinnatud teenusevajadust ning määratud teenuseid, ravimiskeemi, meditsiiniseadmeid ja abivahendeid.

On oluline mõista, et ehkki olulist osa heaoluplaani andmekoosseisust on tulevikus võimalik pärida infosüsteemidest, ei moodustu heaoluplaan pelgalt infosüsteemidest kokku kogutud andmetest, vaid terviseteejuhi ülesanne on aidata inimesel seada oma tervise- ja heaolueesmärgid, seostada heaoluplaani koostamise käigus andmed inimesele arusaadavalt tema eesmärkidega ning õpetada teda oma heaoluplaani kasutama planeerides ka ise vajalikke muudatusi oma tervisekäitumises ja igapäevastes toimingutes.

Paragrahvi 13⁴ lõikes 3 sätestatakse, et lisaks heaoluplaani koostanud terviseteejuhile peab selle kinnitama ka inimene ise või tema seaduslik esindaja. Kinnitus antakse sõltuvalt inimese võimekusest digitaalselt või paberil. Antud kinnitus hõlmab nii heaoluplaanist arusaamist kui ka nõustumist sellega, kes kuuluvad inimese tugimeeskonda. Muu hulgas annab inimene sellise kinnitusega nõusoleku, et tugimeeskonna liikmetele võimaldatakse ligipääs heaoluplaanile ja tegevuskavale.

Paragrahvi 13⁴ lõike 4 punktides 1–3 sätestatakse heaoluplaani täitmiseks koostatava tegevuskava sisu. Tegevuskava on nii terviseteejuhile kui ka kõigile tugimeeskonna liikmetele igapäevases töös valdkondadeüleseks meeskonna tööks kasutatav töökeskkond.

Punkti 1 kohaselt sisaldab tegevuskava heaoluplaanis kirjeldatud eesmärkide saavutamiseks vajalikke tegevusi. Tegevused on seotud nii tugimeeskonna tööga kui ka inimesele endale või tema tugivõrgustiku esindajatele suunatud ülesannetega.

Punkti 2 kohaselt sätestatakse tegevuskavas valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse osutamise käigus tehtavate toimingute ja hindamiste tulemuste dokumenteerimine tsentraalses infosüsteemis.

Punkti 3 kohaselt sisaldab tegevuskava tugimeeskonna liikmete meeskonnatöös vajalikke teavitusi. Need võivad puudutada nii kõigile osapooltele vajalikke teavitusi, näiteks „Inimene liigub homme haiglast koju“, „Inimene viidi üldhooldekodusse“, või suunatud teavitusi, näiteks „Inimese retsept vajab pikendamist“, „Inimese haavahooldusvahendid on otsakorral“ vms.

Paragrahvi 13⁴ lõikes 5 on sätestatud terviseteejuhi ja tugimeeskonna liikmete õigus ja kohustus täiendada tegevuskava teabega inimesele valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse raames planeeritavate ja osutatavate tervishoiu-, sotsiaal- ja rehabilitatsiooniteenuste ning abivajaduse kohta. Tegevuskava täiendatakse digitaalselt. Inimesele kuvatakse talle olulised tegevuskava tegevused terviseportaalis.

Paragrahvi 13⁴ lõige 6 sätestab, et heaoluplaani täpsem andmekoosseis sätestatakse RTHS § 29¹ lõike 9 alusel kehtestatavas määruuses. Rakendusakti kavand on lisatud eelnõule.

Heaoluplaani andmekoosseis on kujundatud selleks, et tagada inimese tervise ja heaolu terviklik, järjepidev ja isikukeskne juhtimine. Heaoluplaani eesmärk on koondada ühtsesse vaatesse kõik inimese jaoks olulisemad tervise- ja sotsiaalvaldkonna andmed ning tulevikus vajaduse korral ka muude valdkondade andmed, mis võimaldavad inimesel endal oma tervist ja heaolu juhtida ning tugimeeskonna liikmetel koordineeritult ja tõenduspõhiselt tegutseda.

1. Isiku ja tema esindajate üldandmed (sh nimi, isikukood, kontaktandmed, elukoht) on vajalikud inimese identifitseerimiseks ning tema ja teda esindavate isikutega suhtlemiseks. Muutunud andmete esitamine tagab, et tugimeeskond tegutseb ajakohase info põhjal, ning välditakse olukordi, kus abi osutamine viibib.

2. Suhtlusviis on vajalik isikukeskse teenuse tagamiseks, võimaldades arvestada inimese erivajadustega ning tagades, et ta mõistab talle antud juhiseid ja otsuseid.

3. Olukorra kirjeldus ja eluanamnees annavad tervikliku ülevaate inimese senisest tervises seisundist ja sotsiaalset olukorda mõjutavast taustast. See võimaldab vältida topeltküsimusi ja dubleerivaid teenuseid ning toetab terviklikku hindamist.

4. Diagnoosid ja selgitused inimesele on olulised selleks, et inimene mõistaks oma tervises seisundit ja riske ning saaks teha teadlikke valikuid. Valideeritud diagnoositeave toetab ühtset arusaama inimese abivajadusest nii tervishoius kui ka sotsiaalvaldkonnas.

5. Funktsionaalsed ja toimetulekupiirangud on teenuse planeerimise seisukohalt kriitilise tähtsusega, kuna just need määravad abivajaduse ulatuse, sobivad teenused ja vajaliku toe intensiivsuse. Diagnoos üksi ei kirjelda inimese tegelikku toimetulekut ega võimalda hinnata tema individuaalset abivajadust.

6. Riskitunnuse info on vajalik, et hinnata vajadust saada teenuseid ja toetusi ning suunata inimene sobivale koordineerimisele (nt krooniline haige, rehabilitatsioonivajadus, haiglaravilt väljuja).

7. Isiku seatud tervise-, sotsiaalsed ja heaolueesmärgid ning inimese enda poolt planeeritud muudatuste plaan tagavad, et heaoluplaan lähtub inimese enda sihtidest, toetab motivatsiooni tervist hoida ja sotsiaalsete väljakutsetega toime tulla ning soodustab iseseisvat toimetulekut. See on valdkondadeülese koordineerimise keskne põhimõte.

8. Tervisekäitumise soovitus, ravijuhised ja tervisenäitajate jälgimise plaan loovad ühtse arusaama inimesele vajalikest toimingutest ja tervises seisundi jälgimise nõuetest. See aitab vältida vastuolulisi juhiseid ja tagab teenuseosutajate ühtse tegutsemise.

9. Ravimiskeem, meditsiiniseadmete ja abivahendite info on vajalik ohutuks, järjepidevaks ja optimaalseks raviks ning väldib ravivigu, dubleerimist ja tarbetuid kulusid. See info võimaldab terviseteejuhi ja tugimeeskonna liikmete poolset toetavat jälgimist ning parandab ravisoostumust.

10. Planeeritud tervishoiu-, rehabilitatsiooni- ja sotsiaalteenused – koondatakse info erinevate teenuste kohta, mis on koordineerimise peamine funktsioon. Selline koondvaade aitab planeerida tegevusi, vältida teenuste kattumist ja tagada, et inimene liigub teenuseosutajate vahel sujuvalt.

11. Olukorra halvenemise juhised on olulised inimese turvalisuse ja kiire sekkumise tagamiseks, andes selged tegevusjuhised äkilise seisundimuutuse korral.

12. Tugimeeskonna liikmete andmed on vajalikud selleks, et tagada läbipaistev vastutuse ja rollide jaotus ning võimaldada tõhusat koostööd kõikide osapoolte vahel.

13. Järgmise hindamise aeg ja nõusoleku info toetavad teenuse järjepidevat juhtimist ning tõendavad inimese informeeritust ja nõusolekut tema andmete kasutamiseks.

Paragrahvis 13⁵ sätestatakse rahvastikupõhine terviseriski juhtimine.

Paragrahvi 13⁵ lõikega 1 sätestatakse rahvastikupõhise terviseriski juhtimise eesmärk, milleks on parandada elanikkonna tervist, ennetada tervise halvenemist ning tagada, et inimesed saavad oma vajadustele vastavat abi õigel ajal.

Praegune süsteem on valdavalt reaktiivne: teenust osutatakse pärast pöördumist. Kõrgenenud riskiga inimesed jõuavad süsteemi sageli alles siis, kui tervise- või sotsiaalprobleem on süvenenud. Rahvastikupõhine terviseriski juhtimine Tervisekassa andmete alusel võimaldab tuvastada isikud, kellel on kõrgenenud risk kasutada kulukaid tervishoiuteenuseid, ning pakkuda neile ennetavat ja koordineeritud tuge. Selline lähenemine on inimese vajadustega paremas kooskõlas ja kuluefektiivsem kui universaalne koordinatsiooniteenuse pakkumine või puhtalt reaktiivne mudel ning aitab vähendada vältimatuid hospitaliseerimisi.

Paragrahvi 13⁵ lõigetega 2–4 antakse rahvastikupõhise terviseriski juhtimise ja tervishoiuteenuste kasutamise kõrgenenud riski väljaselgitamise ülesanne Tervisekassale, kuna tervishoiuteenuste kasutamise kõrgenenud riski leidmiseks on vaja kasutada Tervisekassa andmekogu, mis sisaldab raviarveid ja retseptide andmeid.

Tervisekassa genereerib ministri määruses kirjeldatud metoodika kohaselt oma andmetelt riskitunnuse, mis edastatakse TIS-i. Riskitunnus muudetakse märkamislehe kaudu kättesaadavaks nii märkamislehte täitvatele tervishoiuspetsialistidele ja KOVi sotsiaaltöötajatele kui ka märkamislehe saavale terviseteejuhile. Riskitunnus kuvatakse ka inimese heaoluplaanis. Inimene näeb oma riskitunnust terviseportaalis.

Tervishoiuteenuste kasutamise kõrgenenud riski tunnus ei tähenda automaatset suunamist koordinatsiooni teenusele, vaid loob võimaluse märgata koordinatsiooniteenuse võimalikku vajadust proaktiivselt. Valdkondadeülese koordinatsiooni vajaduse hindamiseks on vajalik ka info inimese sotsiaalse toimetuleku kohta. Sotsiaalse abi vajaduse kohta saab terviseteejuht info reeglina KOVi sotsiaaltöötajalt või inimeselt endalt. Koondatud info alusel saab terviseteejuht otsustada, kas inimene vajab valdkondadeülest koordinatsiooniteenust. Samuti saab inimene anda nõusoleku, kas soovib teenust ja abi või keeldub sellest. Keeldumise korral edasist andmete töötlus ei toimu.

Riskitunnuse kujundamisel ja kasutamisel lähtutakse IKÜM-i põhimõtetest, eelkõige eesmärgipärasuse, minimaalsuse ja konfidentsiaalsuse nõudest. Riskitunnuse kaudu ei anta isikule õiguslikku staatust ega tehta automaatseid siduvaid otsuseid tema õiguste või kohustuste kohta. Õiguslik tagajärg puudub, üksnes tema abivajadust märgatakse tunnus abil. Tunnus on abistava iseloomuga sisend edasiseks professionaalseks hindamiseks ning konkreetse abi või teenuse osutamise üle otsustamisel arvestatakse alati inimese tegelikku olukorda ja asjakohaseid asjaolusid terviklikult.

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

Ka kehtiv SHS võimaldab STAR-i kaudu tuvastada teatud tunnustega isikuid (nt puudega täisealised inimesed), et KOV saaks hinnata võimalikku abivajadust ja pakkuda proaktiivselt tuge. Riskitunnus täidab samalaadset eesmärki – toetada varajast märkamist ja spetsialisti hinnangut, mitte inimese automaatset kategoriseerimist või tema suhtes otsuste tegemist. Samuti leitakse nn NEET-noored SHS § 15¹ alusel automatiseeritud andmetöötluse abil, kuid inimesel on õigus abist keelduda.

Paragrahvi 13⁵ lõikes 5 sätestatakse, et andmesubjektil on õigus näha selgitusi riskitunnuse ja selle määramise aluste kohta. Vastavad selgitused kuvatakse talle terviseportaalis.

Riskiskoori või profiili automaatse genereerimise näol võib IKÜM artikli 22 tähenduses olla tegemist profiilianalüüsiga, kui tegemist on automaatse otsustamisega. IKÜM-i põhjenduspunkt 71 nõuab, et eriliiki andmete põhjal tehtav automaatne otsustamine peab sisaldama rangeid kaitsemeetmeid, nimelt tuleb andmesubjektile anda konkreetset teavet profiilianalüüsi loogika kohta ning tagatud peab olema isiku õigus otsesele isiklikule kontaktile, õigus väljendada oma seisukohta ja õigus otsust vaidlustada.

Euroopa Andmekaitse nõukogu on oma artikli 22 juhistes rõhutanud, et:

- riskiskoori või profiili arvutamine iseenesest ei kuulu alati artikli 22 alla;
- artikkel 22 rakendub alles siis, kui selle põhjal tehakse inimese suhtes automaatselt oluline otsus.

Kuna riskitunnuse alusel ei ole planeeritud langetada automaatset otsust ei koordineerimisnõust ega ka ühtegi muud teenust saada, ei kuulu selle automaatne genereerimine IKÜM artikli 22 mõjualasse. Sellest hoolimata soovib Sotsiaalministeerium kasutusele võtta täiendavad kaitsemeetmed, mis võimaldavad inimesel soovi korral talle määratud riskitunnusest paremini aru saada.

Eelnõu § 1 punktidega 13–15 muudetakse RTHS § 22 pealkirja ning lõikeid 1 ja 3. Muudatusega kaovad tervishoiuasutustele seni kehtinud toitlustamise nõuded, mis puudutavad peamiselt tavamenüüsid. Muudatuse eesmärk on tagada paindlikum ja proportsionaalsem lähenemine, arvestades tervishoiuasutuste eripära:

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

Kuna tervishoiuasutustes moodustavad tavamenüüd väiksema osa, ei ole detailne regulatsioon põhjendatud ja selleks saab kasutada ka mitteregulatiivseid meetmeid. Tervishoiuasutused saavad kasutada edaspidi põhjalikke riiklike toidu- ja toitumissoovitusi⁷ ning Nutridata⁸ keskkonda, mis aitavad koostada tasakaalustatud menüüd erinevatele vanuserühmadele ning ühtlasi hinnata nende toitainelist koostist. Seega on vajalik tugi tagatud ka ilma eraldi regulatsioonita. Nimetatud materjalid ja veebikeskkonnad annavad põhjalikud juhised tasakaalustatud menüüde koostamiseks ning on sobivaks raamistikuks kõigile institutsioonidele. Muudatus lisab enam paindlikkust ning vähendab haldus- ja järelevalvekoormust nii tervishoiuasutustele kui ka Terviseametile.

Koostöös Terviseametiga on koondatud ka tagasiside nii haiglatelt eraldi kui ka Eesti Haiglate Liidu vahendusel. Üldine seisukoht oli, et tavamenüüdega seotud nõuded võiksid olla paindlikumad ning neid ei ole tingimata vaja sätestada õigusaktis. Samas peeti oluliseks, et ühtne raamistik oleks kõigile tervishoiuasutustele teada ja kättesaadav. Selleks on kavas ühiselt leida sobiv lahendus ja koht, kus selline raamistik võiks paikneda, eesmärgiga teha ühtsed põhimõtted kättesaadavaks, säilitades samas haiglatele vajaliku operatiivse paindlikkuse. Mis puudutab materjale, kuidas tagada edaspidi tavamenüü, mis on tasakaalus ja mitmekesine, siis need materjalid ja juhendid on olemas ning kättesaadavad riiklikes toidu- ja toitumissoovitustes.

⁷ https://www.tai.ee/sites/default/files/2025-01/tabelraamat_13.1.25.pdf.

⁸ <https://tap.nutridata.ee/et/avaleht>.

Terviseameti hinnangul on tervishoiuasutusi kui järelevalveobjekte juba praegu vähe, sest haiglates pakutavad menüüd tulenevad enamasti tervisest tingitud näidustustest, millele enamik nõudeid ei laiene. Mõju järelevalvekoormuse vähenemisele on seetõttu pigem tagasihoidlik.

Patsientide tervis ei ole muudatusest ohustatud, sest toiduohutuse ja hügieeni tagavad endiselt toiduseadusest tulenevad nõuded ning erimenüüde koostamisel lähtutakse tervishoiutöötajate juhistest ja patsiendi raviplaanist. Lisaks viibivad patsiendid tervishoiuasutustes tervishoiutöötajate pideva hoole ja professionaalse järelevalve all.

Kuna muudatused on kavandatud jõustuma 2027. aasta keskel ning tavamenüü koostamist toetavad juhendmaterjalid ja töövahendid on tervishoiuasutustele juba praegu vabalt kättesaadavad, ei vaja tervishoiuasutused nende osas eraldi kohanemisaega. Küll aga on vajalik jätta piisav ajavahemik selleks, et ühiselt kokku leppida ning määrata sobiv koht, kuhu koondatakse viited suunistele ja materjalidele, millest tervishoiuasutused edaspidi lähtuvad.

Eelnõu § 1 punktiga 1 asendatakse RTHS § 23 lõike 1 sissejuhatavas lauseosas arv „29“ arvuga „29¹“. Muudatus on seotud § 29¹ kohase heaolu infosüsteem lisandumisega.

Eelnõu § 1 punktiga 17 täiendatakse RTHS § 29¹, millega luuakse heaolu infosüsteem. Eraldiseisva heaolu infosüsteemi loomise otsus tugineb poliitilise otsuse ja 2026. aasta juunis Sotsiaalministeeriumi tellimusel TalTechi tehtud IT-lahenduse eelanalüüsile, milles hinnati kahe alternatiivi – TIS-i ja tervisejuhtimise töölaua (edaspidi TJT) ning pilootlahenduse (JUTT, piloteeritud Ida-Viru maakonnas) baasil loodava lahenduse sobivust koordinatsiooniteenuse toetamiseks, sealhulgas mõlema alternatiivi teostatavust, ajakava ja eeldatavat maksumust. Eelanalüüs tuvastas, et ainult TIS/TJT-põhine lahendus ei ole koordinatsiooniteenuse toetamiseks sobilik, kuna terviseteejuhtide, sotsiaaltöötajate ja lastekaitsetöötajate otsene ligipääs TIS-ile ei ole andmekaitsele põhjendatud, TJT ei toeta valdkondadeülest meeskonnatööd ning ainult TIS/TJT-põhise lahenduse kasutuselevõtt ettenähtud tähtjaks ei ole teostatav, arvestades vajalikku ärianalüüside mahtu ja TIS-i baasteenuste valmimisaega. Vastavalt eelanalüüsi tulemusele otsustati luua eraldiseisev infosüsteem, mis tugineb Ida-Virumaal piloteeritud lahenduse komponentidele ja piloteerimiskogemusele, kuid vastab riiklikele nõuetele. Heaolu infosüsteem võimaldab koordinatsiooniteenuse kõigil osapooltel – terviseteejuhtidel, tervishoiutöötajatel ja sotsiaaltöötajatel töötada ühes keskkonnas, ilma et oleks vaja laiendada TIS-i eesmärki või anda eraldi terviseteejuhtidele ja sotsiaaltöötajatele ligipääs TIS-ile. Eraldiseisvat infosüsteemi saab liidestada TIS-i ja ka muude vajalike riiklike andmekogude ja infosüsteemidega, mis tagab andmete automaatse vahetuse ilma dubleeriva sisestamiseta.

Paragrahvi 29¹ lõikes 1 sätestatakse, et heaolu infosüsteemi peetakse valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse vajaduse märkamiseks, hindamiseks osutamiseks ja korraldamiseks.

Paragrahvi 29¹ lõikes 2 sätestatakse andmed, mida heaolu infosüsteemis töödeldakse. Nendeks on:
1. Isiku üldandmed – isiku tuvastamiseks ja heaoluplaani sidumiseks konkreetse inimesega vajalikud põhiandmed (nimi, isikukood, sünniaeg, kontaktandmed, elukoht). Päritakse automaatselt terviseinfosüsteemist PÜT-teenusega (patsiendi üldandmete teenus) ning kuvatakse eeltäidetuna märkamislehele ja heaoluplaanile. Ei sisestata käsitsi.

2. Isiku muud andmed – koordinatsiooniteenuse osutamiseks vajalik täiendav taustinfo: töötamise ja hariduse andmed toetavad funktsionaalse võimekuse hindamist; ravikindlustatuse andmed; perearsti andmed võimaldavad terviseteejuhil tuvastada ravisuhet; tahteavalduse ja nõusoleku andmed on heaoluplaani kinnitamise ja andmete jagamise õiguslik alus; surmaaeg on vajalik juhtumi automaatseks sulgemiseks. Päritakse TIS-ist ja hariduse infosüsteemist.

- 3. Eestkostja või esindaja üldandmed** on vajalikud juhtudel, kus on vaja suhelda esindajaga või kus inimene ei ole võimeline ise nõusolekut andma või heaoluplaani kinnitama. Eestkostja või esindaja andmed võimaldavad seaduslikul esindajal kinnitada heaoluplaan. Päritakse TIS-ist.
- 4. Isikut puudutavad meditsiinilised ja muud terviseandmed.** Riskitunnus päritakse heaolu infosüsteemi TIS-i kaudu ning see on märkamislehel eeltäidetud ja kuvatakse ka heaoluplaanis. Terviseseisundi ja funktsionaalseid piiranguid kirjeldavad andmed, antropomeetrilised andmed ning terviseriskide, tervisekäitumise ja elustiili andmed annavad tervikliku ülevaate inimese senisest terviseseisundi taustast. See võimaldab vältida sama info korduvat küsimist ja dubleerivaid teenuseid ning toetab terviklikku hindamist. Info pärineb TIS-ist, osaliselt vajavad teenused loomist.
- 5. Dokumendi või andmestiku koostaja andmed** – märkamislehe koostanud teavitaja ning heaoluplaani ja tegevuskava koostanud terviseteejuhi identifitseerimiseks vajalikud andmed. Tegemist on heaolu infosüsteemi andmetega.
- 6. KOVi abivajaduse hindamise kokkuvõtte andmed** – KOVi sotsiaaltöötaja tehtud abivajaduse hindamise tulemused, mis on oluline sisend inimese sotsiaalse olukorra mõistmiseks. Päritakse STAR2-st, vähendades dubleerivat hindamist ja andmesisestust.
- 7. Märkamislehe, tegevuskava ja heaoluplaani andmed** sisaldavad nii koordinatsiooniteenuse käigus tekkivaid uusi andmeid kui ka viiteid TIS-ist päritavatele olemasolevatele andmetele. Tegemist on heaolu infosüsteemi andmetega,
- 8. Saatekirjade ja broneeritud vastuvõttude andmed** võimaldavad terviseteejuhil näha, milliseid tervishoiuteenuseid on inimesele kavandatud või broneeritud, ning koordineerida vastuvõtte meeskonnatöö raames teenuste kattumise vältimiseks ja sujuvateks üleminekuteks. Päritakse TIS-ist.
- 9. KOVi teenuste andmed** – koondatakse info erinevate sotsiaalteenuste kohta, mis omakorda aitab planeerida tegevusi, vältida teenuste kattumist ja tagada, et inimene liigub teenuseosutajate vahel sujuvalt. Päritakse STAR2-st.
- 10. Puude raskusastme ja kehtivusaja andmed** on heaoluplaani koostamisel vajalikud, kuna puude olemasolu on eeltingimuseks teatud sotsiaalse abi ja teenuste kasutamisele. Puude info aitab ka kaudselt hinnata koordinatsiooni vajadust. Inimesele on oluline jälgida puude kehtivust. Päritakse SKAIS2-st.
- 11. Osutatud tervishoiuteenuste kokkuvõtte andmed** annavad terviseteejuhile ülevaate inimesele osutatud tervishoiuteenustest, mis on vajalikud koordinatsiooniteenuse vajaduse hindamisel (mida rohkem eriliigilisi teenuseid, seda suurem vajadus teenuseosutajate vahel liikuda ja seda liikumist koordineerida), heaoluplaani koostamiseks ja tegevuskava täitmise jälgimiseks. Päritakse TIS-ist.
- 12. Tervisekäitumise soovitude ja ravijuhiste andmed** loovad ühtse arusaama inimesele vajalikest toimingutest ja terviseseisundi jälgimise nõuetest. Aitab vältida vastuolulisi juhiseid ja tagab teenuseosutajate ühtse tegutsemise. Päritakse TIS-ist, teenused vajavad loomist.
- 13. Ravimiskeemi andmed** on vajalikud ohutuks, järjepidevaks ja optimaalseks raviks ning väldivad ravivigu, dubleerimist ja tarbetuid kulusid. See info võimaldab terviseteejuhi ja tugimeeskonna liikmete poolset toetavat jälgimist ning parandab ravisoostumust. Päritakse TIS-ist.
- 14. Meditsiiniseadme kaardi ja väljastamise andmed** – inimesele välja kirjutatud ja väljastatud meditsiiniseadmete andmed, mis on vajalikud abivahendite vajaduse hindamiseks ja dubleerimise vältimiseks koordinatsiooniteenuse raames. Päritakse meditsiiniseadmete andmekogust.
- 15. Andmetöötamise logid ja süsteemi teated** – auditilogi, mis fikseerib, kes, millal, mis eesmärgil ja milliseid toiminguid heaolu infosüsteemis tegi.

Paragrahvi 29¹ lõikes 3 sätestatakse isikud, kellel on kohustus heaolu infosüsteemi andmeid edastada.

Punkti 1 alusel on terviseteejuhil kohustus esitada infosüsteemi heaoluplaani ja tegevuskava andmed, kuna terviseteejuhil on koordineerimiseenuse puhul juhtroll. Ta koostab heaoluplaani koostöös inimesega ning vastutab heaoluplaani ja tegevuskava täitmise eest.

Punkti 2 alusel on teavitajal kohustus esitada infosüsteemi märkamislehe andmed, kuna märkamisleht on koordineerimiseenuse käivitav osa, mille protsess ei alga. Teavitajaks võib olla tervishoiutöötaja, KOVi sotsiaaltöötaja või lastekaitsetöötaja, kes on tuvastanud inimese abivajaduse. Kohustuslikkus tagab, et märkamisleht esitatakse viivitamata ja struktureeritud kujul, võimaldades kõigil terviseteejuhtidel ühtsetel alustel hinnata koordineerimiseenuse vajadust ning vältides teabe kadumist mitteametlike (nt telefonikõne või meil) kanalite kaudu edastamisel.

Punkti 3 alusel on tugimeeskonna liikmel kohustus esitada infosüsteemi heaoluplaani ja tegevuskava täiendused enda pädevuse ja vastutusvaldkonna piires. Kohustus on põhjendatud, kuna koordineerimiseenuse tõhusus sõltub meeskonnatöö toimimisest ja tõhususest.

Paragrahvi 29¹ lõikes 4 sätestatakse, et terviseteejuhil on õigus töödelda sama paragrahvi lõikes 2 nimetatud infosüsteemi andmeid enda RTHS-is sätestatud ülesannete täitmiseks. Tegemist on seaduse alusel andmete töötlemisega. TIS on nagu teisedki andmekogud andmeandjaks heaolu infosüsteemile. Andmed sätestatakse põhimääruses. Andmed on vajalikud terviseteejuhile enda ülesannete täitmiseks. Kui inimene ei soovi valdkondadeülest koordineerimiseenust saada, siis ta keeldub teenusest ning andmeid enam edasi ei töödelda. Kui ta aga soovib teenust, siis toimub andmete töötlemine. Tegemist on andmete töötlemisega seaduse alusel, mitte nõusolekupõhise andmete töötlemisega.

Paragrahvi 29¹ lõikes 5 nimetatakse isikud, kellel on juurdepääs heaolu infosüsteemis olevatele ja nende profiilile vastavatele andmetele.

1. Teavitajal, inimesel ja terviseteejuhil, kellele märkamisleht suunati, on juurdepääs märkamislehe andmetele. Teavitaja juurdepääs on vajalik, kuni talle on antud tagasiside otsusega inimese koordineerimisele võtmise või mittevõtmise kohta, terviseteejuhi ligipääs on vajalik koordineerimiseenuse osutamise perioodil.
2. Teavitajale kuvatakse infosüsteemis teave selle kohta, kas inimene hakkab saama koordineerimiseenust, sellest on keeldunud või on tuvastatud, et inimene ei vaja koordineerimiseenust. Ligipääs on piiratud üksnes otsuse faktiga, mitte koordineerimiseenuse sisuliste andmetega. Eesmärk on välistada olukord, kus sama inimese kohta esitatakse samal ajal mitu märkamislehte eri teavitajate poolt, tagades seeläbi protsessi tõhususe ja vältides dubleerimist.
3. RTHS § 13³ lõike 4 punktis 2 nimetatud tugimeeskonna liikmetele antakse ligipääs heaoluplaanile ja tegevuskavale koordineerimiseenuse osutamise perioodil. Tugimeeskonna liige näeb heaoluplaani ja tegevuskava.
4. Tervishoiutöötajale antakse ligipääs heaoluplaani koostamise tervisealastele andmetele ning kehtiva heaoluplaani olemasolu kontrollimiseks ja selles sisalduvate terviseandmete vaatamiseks tervishoiuteenuse osutamise eesmärgil. Ligipääs on põhjendatud, kuna tervishoiuteenuse osutajal peab olema võimalik kontrollida, kas inimesel on kehtiv heaoluplaan ja millised tervisealased eesmärgid ja juhised selles sisalduvad, et vältida koordineerimiseenusega vastuolus olevate raviotsuste tegemist.

Paragrahvi 29¹ lõige 6 sätestab, et isiku nõusolekul on juurdepääs heaolu infosüsteemis olevatele heaoluplaani ja tegevuskava andmetele RTHS § 13³ lõikes 11 nimetatud isikutel koodinatsiooniteenuse osutamisel osalemiseks. Ettepaneku täiendavaid isikuid tugimeeskonda arvata võivad teha nii tugimeeskonna liikmed kui ka inimene ise kuid täiendav ligipääs tagatakse ainult inimese nõusolekul.

Paragrahvi 29¹ lõige 7 sätestab infosüsteemis andmete säilitamise tähtajad.

Punkti 1 alusel säilitatakse heaoluplaani kümme aastat, kuna heaoluplaan on inimese tervise- ja sotsiaalset olukorda terviklikult kirjeldav pikaajaline dokument, mille andmed võivad olla olulised ka pärast koodinatsiooniteenuse lõppemist, näiteks uue koodinatsiooniteenuse vajaduse tekkimisel, järjepidevuse tagamiseks tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandeteenuste osutamisel ning võimalike vaidluste korral. Sellel ajaperioodil on terviseteejuhil võimalik heaoluplaanile ligi pääseda koodinatsiooniteenuse osutamise eesmärgil ja varem koostatud heaoluplaani olemasolu kontrollimiseks ning inimesel terviseportaali kaudu.

Punkti 2 alusel sätestatakse märkamislehe ja tegevuskava säilitamise ajaks kolm aastat. Märkamislehe ja tegevuskava lühema säilitustähtaja aluseks on asjaolu, et tegemist on operatiivse iseloomuga dokumentidega – märkamisleht käivitab koodinatsiooniteenuse protsessi ning tegevuskava on igapäevane meeskonnatöö vahend, mille pikaajaline säilitamine ei ole koodinatsiooniteenuse eesmärkide täitmiseks vajalik. Märkamislehele on ligipääs teavitajal, kellele kuvatakse märkamisleht ja koodinatsiooniteenuse osutamise otsus märkamislehe korduva esitamise vältimiseks. Terviseteejuhil, kellele märkamisleht on suunatud, on ka tagasiulatuvalt ligipääs märkamislehe kõigile andmetele koodinatsiooniteenuse alustamise vajaduse hindamiseks ja koodinatsiooniteenuse korraldamiseks.

Punkti 3 alusel sätestatakse logid ja alusandmed heaolu infosüsteemi põhimäärusele, kuna logide maht, koosseis ja säilitamise vajadus sõltuvad infosüsteemi tehnilistest lahendustest ning võivad areneda koos infosüsteemiga, mistõttu on otstarbekam reguleerida neid paindlikumalt määruse tasandil kui seaduses.

Paragrahvi 29¹ lõige 8 sätestab heaolu infosüsteemi vastutavateks töötlejateks Sotsiaalministeeriumi ja Tervisekassa.

Infosüsteemi kaasvastutavateks töötlejateks on määratud Sotsiaalministeerium ja Tervisekassa, kuna infosüsteem teenib mõlema asutuse põhiülesandeid ning koostöös volitatud töötlejaga korraldavad nad e-teenuste loomist, arenduste väljatöötamist ja infosüsteemi elektroonilist andmevahetust teiste andmekogudega ning võivad anda täpsemaid juhiseid ja korraldusi volitatud töötlejale. Sotsiaalministeerium on valdkondadeülese koodinatsiooniteenuse poliitika kujundaja ning määrab ja korraldab infosüsteemi juurdepääse ning andmete edastamist ja väljastamist, samuti tagab andmesubjekti isikuandmetega seotud rikkumisest teavitamise. Tervisekassa osaleb kaasvastutava töötlejana, kuna täidab RTHS § 13⁵ alusel rahvastikupõhise terviseriski juhtimise ülesandeid – genereerib riskitunnused retsepti- ja raviarvete automaatanalüüsi tulemusena ning edastab need TIS-i, kust need on kättesaadavad nii tervishoiuteenuse osutajatele kui ka inimesele endale terviseportaali kaudu.

Paragrahvi 29¹ lõige 8 sätestab, et infosüsteemi põhimääruse ja volitatud töötleja kehtestab valdkonna eest vastutav minister määrusega. Rakendusakti kavand on lisatud eelnõule.

Paragrahvi 29¹ lõige 9 sätestab, et heaolu infosüsteemi põhimääruse kehtestab valdkonna eest vastutav minister määrusega, milles sätestatakse:

- 1) volitatud töötleja;
- 2) vastutava ja volitatud töötleja ülesanded;
- 3) andmeandjad, kogutavate andmete täpsem andmekoosseis ja nende infosüsteemi kandmise kord;
- 4) andmetele juurdepääsu ja andmete väljastamise kord;
- 5) andmete säilitamise täpsem kord.

Rakendusakti kavand on lisatud eelnõule.

Eelnõu § 1 punktiga 18 täiendatakse RTHS §-i 31 lõigetega 4 ja 5.

Paragrahvi 31 lõikes 4 sätestatakse TERVIKuga seotud kulude rahastamine. Alates 01.05.2028 tasub TERVIKu juhtimise ja toimimisega seotud kulude eest Tervisekassa ravikindlustuse vahenditest TERVIKuga sõlmitud TERVIKu rahastamise lepingu alusel TERVIKu sihtkontole, kui TERVIK vastab RTHS § 13¹ lõigetes 5 ja 7 sätestatud nõuetele.

Sotsiaalministeerium kasutab integratsioonisüsteemi väljatöötamiseks ja piloteerimiseks Euroopa Liidu välisvahendeid. Kuni 30.04.2028 rahastatakse TERVIKuga seotud kulusid Euroopa Liidu toetustest. Ajavahemikku 01.11.2027–30.04.2028 saab võtta seega kui üleminekuperioodi välisvahendite rahastuselt riiklikule rahastusele. Üleminekuperioodi lõppedes on planeeritud üle minna riiklikule rahastusele ravikindlustuse vahenditest.

Ülemineku protsess projektipõhiselt tegevuselt riiklikult rahastatavale tegevusele on kavandatud järgmiselt:

- TERVIKu osapooled otsustavad, kes on TERVIKu moodustaja. Moodustaja sõlmib nõutavate teiste osapooltega koostöölepingu.
- Sõlmitud koostöölepingud esitatakse Tervisekassale hiljemalt 01.11.2027.
- Tervisekassa sõlmib eelnõukohase RTHS-i jõustumise järel seaduses sätestatud nõuetele vastavalt moodustatud TERVIKuga koostöölepepe. Paragrahvi 38² lõike 4 alusel sõlmitav koostöölepe on oma olemuselt ühekordne ülemineku- ja rakendusleping (ajutine haldusleping), mis sõlmitakse varakult enne püsirahastusele üleminekut. Selle lepinguga määratakse kindlaks EL-i toetustelt Tervisekassa eelarvele ülemineku täpne ajakava, tehniliste platvormide ülevõtmise tingimused ja seaduses TERVIKule esitatud nõuete vastavuskontrolli tegemine, et tagada teenuse katkematu toimimine püsirahastusele ülemineku hetkel.
- Enne 01.05.2028 sõlmib Tervisekassa RTHS § 31 lõikes 4 nimetatud TERVIKu rahastamise lepingu, mis on püsiva iseloomuga haldusleping, mille alusel Tervisekassa tasub teenuse juhtimise ja toimimise kulude eest pärast 01.05.2028. Halduslepingu sõlmimise korda ja miinimumnõudeid reguleeritakse sotsiaalministri määrusega (määruse kavand on lisatud rakendusaktina eelnõule).

Paragrahvi 31 lõikes 5 sätestatakse Tervisekassa ja TERVIKu vahel sõlmitava TERVIKu rahastamise lepingu minimaalselt nõutav sisu järgmiselt:

- 1) TERVIKu rahastamise maht ja tasumise kord;
- 2) heaolupiirkonnapõhine valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse korraldamisega seonduv;
- 3) TERVIKu eesmärgid ja tulemusnäitajad;
- 4) rahastamise kasutamise üle järelevalve tegemise ja aruandluse esitamise kord;
- 5) poolte vastutus lepinguliste kohustuste rikkumise korral.

Selgitame loodava TERVIKu lepingulisi aluseid ja rahastamist detailselt kolmes etapis.

1. etapp, s.o käimasolev

RTK korraldas sotsiaalministri 29. augusti 2023. a määruse nr 48 „Inimkeskse hoolekande- ja tervishoiusüsteemi koordinatsioonimudeli rakendamine“ (ESF+ meede 21.4.9.1) raames perioodil november 2025 – märts 2026 avatud taotlusvooru, mille eesmärk on toetada maakondasid valdkondadeülese koostöö korraldamisel ja üleminekul riiklikule süsteemile (edaspidi *hoolduskoordinatsiooni projekt*). Abikõlblikkuse periood algas 01.01.2026 ja on kavandatud kestma kuni 30.04.2028. Taotlusvooru raames esitati taotlusi kõigist maakondadest v.a Ida-Viru maakond, kus on sama tegevus rahastatud ÕÜF-ist. Hoolduskoordinatsiooni projekti raames on kõik maakonna KOVid, vähemalt üks haiglavõrgu haigla ja viis nimistut omavat perearsti alla kirjutanud koostöölepele, millega on võetud kohustus võtta maakonda tööle võrgustikujuht, kelle palga- ja tegevuskulu projekti lepingu alusel rahastatakse, leppida kokku koostöökorraldus ja teha koostööd kokkulepitud eesmärkide nimel. Võrgustikujuhi palkab projektis reeglina projekti elluviija. TERVIKu moodustamine on projekti sisse kirjutatud ühe tegevuseesmärgina ja selle all on mõeldud maakonna teenuseosutajate laiapõhjalist kaasamist koostöövõrgustikku, mis on oluline sõltumata planeeritava eelnõukohase seaduse jõustumisest.

Sotsiaalministri 29. augusti 2023. a [määruse nr 48](#) „Inimkeskse hoolekande- ja tervishoiusüsteemi koordinatsioonimudeli rakendamine“ alusel antav abi ei ole riigiabi (vt määruse § 1 lg 6).

2. etapp, s.o eelnõukohase seaduse jõustumine

Selleks, et tagada sujuv üleminek projektilt riiklikule süsteemile, sätestatakse eelnõukohases seaduses TERVIKute moodustamise kohustus enne seda, kui projektiperiood lõppeb. Eeldusel, et seadus jõustub 2027. aasta 1. juulil ja TERVIKute moodustamise nõue rakendub 2027. aasta 1. novembril, peavad maakondades juba projekti raames koostööd tegevad TERVIKu kohustuslikud osapooled otsustama, kes neist võtab enda peale TERVIKu moodustamise rolli. TERVIKus saab kokku leppida, et projektis töötav võrgustikujuht aitab korraldada TERVIKu koostöölepingu sõlmimist tarvilike osapooltega. TERVIKu moodustaja loob oma juriidilise isiku koosseisu struktuuriüksuse nimega TERVIK ja täiendab oma juhtimisarvestust nii, et selle struktuuriüksuse kulud oleksid eristatavad. Sõltumata sellest, kas hoolduskoordinatsiooni projekti elluviija ja TERVIKu moodustaja on sama juriidiline isik (mõlemal juhul on kohustuslikud koostöö osapooled samad), hakkab projektis töötav võrgustikujuht täitma TERVIKu juhi ülesandeid projektiga piiratud mahu.

Selles etapis toimub rahastamine 1. etapi kohaselt (täiendavaid riigieelarvelisi vahendeid ette ei nähta). Tervisekassa sõlmib TERVIKuga ühekordse ülemineku- ja rakenduslepingu (haldusleping), mis ei ole rahastamisleping. Samas annab ta selle lepingu alusel garantii TERVIKu võrgustikujuhi rahastuse ülevõtmiseks peale välisabi rahastuse lõppu, aga mitte varem kui 01.05.2028.

3. etapp, s.o peale välisabi projektide lõppu

Eelnõukohase seaduse kohaselt sõlmib Tervisekassa alates 01.05.2028 TERVIKutega rahastamise lepingu, mille alusel kaetakse TERVIKu võrgustikujuhi palga- ja tegevuskulu ühetaoliselt ravikindlustuse vahenditest kõigis maakondades. Tegemist ei ole toetusega, vaid TERVIKule seadusega pandud haldusülesannete täitmiseks mõeldud kulude katmisega. Rahastamislepingust tulenevate (haldus)ülesannete täitmise ja vahendite sihipärase kasutamise üle teeb lepingulist järelevalvet Tervisekassa.

Eelnõu § 1 punktiga 19 täiendatakse RTHS §-i 31 lõigetega 6–9 ja sätestatakse valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse rahastamise tingimused.

Paragrahvi 31 lõikes 6 sätestatakse, et valdkonnaülest koordinatsiooniteenust rahastatakse ravikindlustuse seaduse § 30 lõike 1 alusel kehtestatud määruses sätestatud tingimustel.

Valdkondadeülest koordinatsiooniteenust osutab terviseteejuht ning Tervisekassa hüvitab nimetatud teenuse pakkujale terviseteejuhi personali- ja tegevuskulu vastavalt oma hinnakirjale. Rakendustingimused lisatakse määrusesse, lähtudes valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse sihtrühmadest.

Terviseteejuhtide vajadust heaolupiirkonnas hindab Tervisekassa, kasutades selleks rahvastikupõhist terviseriski juhtimist. TERVIK lepib oma liikmesorganisatsioonidega kokku terviseteejuhtide paiknemise heaolupiirkonnas ja Tervisekassa sõlmib lepingu terviseteejuhi kulude katmiseks tervishoiuteenuse osutajaga, kes terviseteejuhi(d) palkab.

Rahastamise lepingu sõlmimiseks koostöökokkuleppelise TERVIKu puhul esitab TERVIKut esindama volitatud organisatsioon Tervisekassale TERVIKu koostöölepingu (vajaduse korral koos täiendavate liitumislepingutega), millega tõendab, et TERVIK on moodustatud seaduses sätestatud nõuete kohaselt. Lepingu objektiks on vähemalt RTHS-iga TERVIKule määratud ülesannete täitmine.

Rahastamise lepingu sõlmimiseks KOVi koostööorganisatsiooni struktuuri moodustatud TERVIKu puhul esitab selleks volitatud isik Tervisekassale juriidilise isiku asutajate või moodustajate nimekirja, lisades sellele täiendavad koostöölepingud kohustuslike osapooltega, millega tõendab, et TERVIK on moodustatud seaduses sätestatud nõuete kohaselt. Lepingu objektiks on vähemalt RTHS-iga TERVIKule määratud ülesannete täitmine.

Tervisekassal on õigus TERVIKu rahastamist ajutiselt vähendada või peatada, kui:

- 1) TERVIK ei täida seadusest tulenevaid kohustusi;
- 2) TERVIKu koosseis ei vasta seaduses nõutavale järjest kauem kui 30 päeva;
- 3) TERVIK ei esita nõutud aruandeid või ei täida rahastamislepingut.

Perearsti ajutine asendamine kuni kolme kuu ulatuses teise heaolupiirkonna perearstiga ei mõjuta asendaja palganud perearstikeskuse TERVIKusse kuulumise nõuet ega TERVIKu rahastamise tingimusi.

Kui Tervisekassa avastab, et lepingut on rikutud või raha on kasutatud mittesihhipäraselt, on tal õigus rakendada järgmisi meetmeid:

- raha tagasinõudmine (tasaarveldus): alusetult makstud summad nõutakse lepingupartnerilt tagasi või mahaarvamised tehakse järgmistest väljamaksetest;
- lepingutrahvid: juriidiliste või sisuliste lepingutingimuste rikkumise eest on ette nähtud lepingujärgsed trahvid;
- lepingu peatamine või lõpetamine: tõsise (nt TERVIK ei vasta seaduses sätestatud nõuetele) või korduvate rikkumiste puhul võib Tervisekassa lepingu osaliselt või täielikult peatada;
- õiguskaitseorganite teavitamine: kui tuvastatakse teadlik pettus või kelmus.

Paragrahvi 31 lõikes 7 sätestatakse, et sõltumata valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse rahastamise viisist ei või abivajajalt teenuse osutamise eest tasu nõuda. See tähendab, et inimesele peab teenus alati tasuta olema. Isegi kui teenust osutab tulevikus keegi, kellel ei ole Tervisekassaga

rahastamise lepingut sõlmitud, siis inimeselt raha küsida ei tohi. Sel juhul peab teenuse eest tasuma keegi teine, kas KOV, ettevõtte ise vms.

Paragrahvi 31 lõikega 8 antakse õigus näha TERVIKule ette tulemustasu, kui ta täidab Tervisekassa ja TERVIKu vahel sõlmitud rahastamise lepingus määratletud tulemuseesmäärke, mis on kooskõlas heaolupiirkonna tervisevaldkonna koostööeesmärkidega.

Näiteks võib Tervisekassa seada TERVIKule koos baaskulude ja terviseteejuhtide rahastamisega tulemuseesmärgi vähendada etteantud riskitunnustega sihtrühmas EMO visiite ja erakorralisi hospitaliseerimisi vähemalt 5% ning vähendada sihtrühma haiglaravi päevi tervikuna vähemalt 5%. Tulemustasu maksmise eeldused on, et koordinatsiooniteenusega jõutakse kolme aasta jooksul vähemalt X%-ni Tervisekassa poolt etteantud riskirühmast (% lepitakse kokku TERVIKuga) ja et riskirühma tervishoiuteenuste kulu on võrreldes planeerituga madalam.

Tulemustasu makstakse TERVIKule välja eraldi sihtkontole ja seda võib kasutada RTHS § 8¹ lõike 4 punkti 1 alusel heaks kiidetud rahvatervishoiu tulemuseesmärkide saavutamiseks. Nimetatud punkti all on silmas peetud eeskätt Tervisekassa võimalust seada TERVIKule inimesekeskseid tulemuseesmäärke, mis võimaldavad ära hoida välditavat ja väheväärtuslikku ravi ning premeerida selle eest TERVIKut, andes TERVIKule võimaluse otsustada teatud piirides raha kasutuse üle ise. Tulemustasu võimalik kasutusotstarve on rahvatervishoid, eeskätt haiguste, riskikäitumise ennetus⁹ ja tervisedendus. Ennetus on probleemi ja sellega seotud muude probleemide ärahoidmine, väljakujunemise, edasiarenemise ja korduvuse vältimine. Olenevalt ennetuse sihtrühma riskitasemest eristatakse universaalset¹⁰, valikulist¹¹ ja näidustatud¹² ennetust ning olenevalt tegevuse ajastatusest eristatakse esmast, teist ja kolmandast ennetust. Universaalne ennetus on suunatud kõigile ega sõltu konkreetse probleemi kujunemise riskist¹³. Universaalne ennetus hõlmab näiteks sekkumisi või elukeskkonna kujundamist viisil, mis on strateegiliselt kujundatud tervist toetavate valikute ja eluviisi edendamiseks erinevate valdkondade kaudu (tervis, haridus, turvalisus jms), mille tulemusel väheneb surve nii tervishoiu- kui ka sotsiaalsüsteemile.

Rakendusakti „TERVIKute rahastamise korra ja koordineerimispiirkondade kehtestamine“ kavandi kohaselt koostab Tervisekassa juhise, kus on välja toodud riigi poolt prioriteetsetes valdkondades soovitatavad tulemuseesmärgid TERVIKutele, ja lisab juhisesse milliste tulemuseesmärkide saavutamise korral on Tervisekassa valmis maksta tulemustasu. Tervisekassa avaldab vastava mõõdikute juhtlaua oma veebilehel. TERVIK teeb koostöökogule (arvestades Tervisekassa juhist) ettepaneku kinnitada TERVIKule tulemuseesmärgid strateegilistes koostöövaldkondades. Põhimõtteliselt ei ole välistatud, et TERVIKule makstakse tulevikus tulemustasu ka muudest allikatest ja et sel juhul seotakse tulemustasuga ka sotsiaalsete eesmärkide saavutamist.

Paragrahvi 31 lõikes 9 sätestatakse, et TERVIKu rahastamise korra ja tasu arvutamise metoodika kehtestab valdkonna eest vastutav minister määrusega Tervisekassa nõukogu ettepanekul. Nõukogu ettepanek on oluline, kuna rahastajaks on Tervisekassa ning on oluline neile sõnaõigus anda metoodika kehtestamisel. Rakendusakti kavand on lisatud eelnõule.

Eelnõu § 1 punktiga 20 muudetakse RTHS 8. peatüki 1. jao pealkirja.

⁹ <https://www.tai.ee/et/valjaanded/3-ennetus-ja-tervisedendus>.

¹⁰ <https://tervisesonastik.tai.ee/universaalne-ennetus>.

¹¹ <https://tervisesonastik.tai.ee/valikuline-ennetus>.

¹² <https://tervisesonastik.tai.ee/naidustatud-ennetus>.

¹³ [universaalne ennetus](#) | [Tervisesõnastik](#).

Eelnõu § 1 punktiga 21 täiendatakse RTHS-i §-ga 38², milles sätestatakse TERVIKute loomise kord.

Paragrahvi 38² lõikes 1 seatakse kohustus moodustada igas heaalupiirkonnas TERVIK hiljemalt 01.11.2027.

Paragrahvi 38² lõikes 2 sätestatakse, et TERVIK loetakse moodustatuks, kui sellesse kuuluvad vähemalt:

- üks heaalupiirkonnas asuv TTKS § 55 lõike 1 alusel kehtestatud haiglavõrgu arengukavas nimetatud haigla;
- kaks kolmandikku heaalupiirkonnas asuvatest KOVidest (vald/linn);
- üks neljandik heaalupiirkonna nimistuid teenindavatest perearstiabi osutajatest.

Paragrahvi 38² lõikes 3 sätestatakse, et kui TERVIKut ei ole lõikes 1 seatud tähtjaks loodud, siis peab selle moodustama haiglavõrgu arengukavas nimetatud heaalupiirkonnas oleva haigla poolt hiljemalt kolme kuu jooksul nimetatud kuupäevast arvates. Maakonda mitme TERVIKu tekkimise vältimiseks nähakse ette, kelle kuulumisel TERVIKusse see sisuliselt moodustatuks loetakse, s.o kõik teised osapooled, kellel on TERVIKu moodustamise kohustus, on kohustatud kirjeldatud miinimumkoosseisus TERVIKuga liituma.

Paragrahvi 38² lõike 4 kohaselt tekib Tervisekassal kohustus sõlmida moodustunud miinimumnõuetele vastava TERVIKuga (mitterahaline) koostöölepe, mille kohaselt võtab Tervisekassa alates 01.05.2028 üle TERVIKuga seotud rahastamise kohustuse. Säte võimaldab sujuvat üleminekut seniselt projektipõhiselt koostöölt, kus on olnud nõutav väiksemaarvuline perearstide kaasamine, seadusepõhisele koostööle, mis näeb ette kõigi perearstide kaasamise.

Tervisekassa TERVIKu rahastamise lepingu saamise eeltingimus on TERVIKu moodustamine täismahus.

Eelnõu § 1 punktiga 22 täiendatakse RHTS-i §-ga 38³, millega nähakse ette sisuliselt § 13² regulatsiooni järelhindamine. Sotsiaalministeerium analüüsib hiljemalt 2033. aastal valdkondadeülese koordineerimise teenuse regulatsiooni rakendamise mõju ja tulemuslikkust.

Eelnõu §-ga 2 täiendatakse ravikindlustuse seaduse § 4 lõikega 3.

Paragrahvi 4 lõike 3 lisamisega sätestatakse, et Tervisekassa kasutab ravikindlustuse vahendeid RTHS-is sätestatud juhtudel rahvatervishoiu, tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostööorganisatsiooni tegevuse rahastamiseks ning valdkondadeülese koordineerimise teenuse eest tasumiseks isiku ravikindlustusest sõltumata.

Valdkondadeülese koordineerimise teenuse ja TERVIKu tegevuse eesmärk on tagada tervishoiu-, sotsiaal- ja teiste vajalike teenuste koordineeritud osutamine inimese vajadustest lähtudes. Koordineerimisvajadus ei sõltu inimese ravikindlustuse olemasolust, kuna teenus hõlmab nii tervishoiu kui ka sotsiaalvaldkonna tegevusi ning sotsiaalabi osutatakse ravikindlustusest sõltumata.

Teenust kavandatakse rahastada eelkõige ametikoha- ja piirkonnapõhiselt. Sellise korralduse puhul ei ole põhjendatud eristada ravikindlustatud ja ravikindlustamata isikutega seotud kulusid, sest sama koordinaator või TERVIKu võrgustikujuht täidab oma ülesandeid kogu sihtrühma suhtes. Ravikindlustusstaatuse alusel kulude arvestamine tooks kaasa ebaproportsionaalse halduskoormuse

ning täiendavad administratiivkulud, ilma et see parandaks teenuse korraldust või rahastamise tõhusust.

Kuna valdav osa sihtrühmast on ravikindlustatud, on ravikindlustamata isikute teenusega hõlmamise mõju ravikindlustuse vahendite kasutamisele marginaalne. Samas võimaldab ravikindlustusest sõltumatu rahastamine tagada katkematu valdkondadeülese koostöö ning vältida olukordi, kus inimesele vajaliku koordinatsiooniteenuse osutamine takerdub üksnes ravikindlustuse puudumise tõttu.

Eelnõu §-ga 3 muudetakse Tervisekassa seadust.

Eelnõu § 3 punktiga 1 muudetakse Tervisekassa seaduse § 2 lõiget 1, sätestades Tervisekassa eesmärgiks ravikindlustushüvitiste võimaldamise, kindlustatute tervise hoidmiseks, säilitamiseks ja parandamiseks tervishoiuteenuste ning vajaduse korral muude tervist toetavate teenuste ja tegevuste korraldamise ja nende eest tasumise, vaktsiinikahjude hüvitamise ning tervishoiuteenuste korraldamisega seotud teiste ülesannete täitmise vastavalt ravikindlustuse seadusele, ravimiseadusele, TTKS-ile ja muudele õigusaktidele ning Tervisekassa eelarves ettenähtud kuludele.

Muudatusega täpsustatakse Tervisekassa eesmärki, et see kajastaks kehtivast õigusest ja Tervisekassa tegelikest ülesannetest tulenevat rolli tervishoiusüsteemis. Kehtiv sõnastus keskendub eelkõige ravikindlustushüvitiste võimaldamisele ja tervishoiuteenuste eest tasumisele, kuid ei kajasta piisavalt Tervisekassale seadustega pandud ülesandeid tervishoiuteenuste korraldamisel ja tervise edendamisel.

Muudatuse kohaselt on Tervisekassa eesmärk lisaks ravikindlustushüvitiste võimaldamisele kindlustatute tervise hoidmiseks, säilitamiseks ja parandamiseks tervishoiuteenuste ning vajaduse korral ka muude tervist toetavate teenuste ja tegevuste korraldamine ja nende eest tasumine. Muude tervist toetavate teenuste ja tegevuste all peetakse silmas üksnes neid tegevusi, mille korraldamiseks ja rahastamiseks annab Tervisekassale volituse seadus.

Muudatus lähtub ka rahvusvahelisest arengusuunast, mille kohaselt on avalik-õiguslike ravikindlustusasutuste roll liikunud üksnes raviteenuste rahastamiselt tervikliku tervisesüsteemi kujundamise, tervisetulemuste parandamise ning integreeritud teenuste korraldamise suunas. Mitmes Euroopa riigis täidavad ravikindlustusasutused lisaks tervishoiuteenuste rahastamisele ka tervise edendamise, haiguste ennetamise ning tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostöö korraldamise ülesandeid. Muudatus viib Tervisekassa eesmärgi sõnastuse paremini kooskõlla selle arengusuunaga.

Eelnõu § 3 punktiga 2 täiendatakse Tervisekassa seadust § 2 lõikega 1¹, sätestades põhimõtte, et Tervisekassa tagab oma eesmärkide saavutamisel ravikindlustuse ja riigieelarve vahendite tõhusa kasutamise.

Põhimõte ei ole Eesti õiguses uus. Ravikindlustuse seaduse § 2 lõike 2 kohaselt lähtub ravikindlustus ravikindlustusraha otstarbeka kasutamise põhimõttest. Käesoleva muudatusega tuuakse see põhimõte selgesõnaliselt ka Tervisekassa seadusesse ning laiendatakse selle kohaldumist lisaks ravikindlustuse vahenditele ka Tervisekassa kaudu kasutatavatele riigieelarve vahenditele.

Muudatus ei anna Tervisekassale uusi ülesandeid ega pädevust, vaid rõhutab, et Tervisekassa peab oma tegevuse kavandamisel, teenuste korraldamisel ja rahastamisotsuste tegemisel tagama avalike

vahendite säästliku, tõhusa ja tulemusliku kasutamise ning taotlema olemasolevate vahendite juures parimat võimalikku tervisekasu. Samuti toetab see hea halduse ja avaliku sektori finantsjuhtimise põhimõtteid.

Eelnõu § 3 punktiga 3 täiendatakse Tervisekassa seaduse § 2 lõiget 2 punktiga 2².

Muudatusega täpsustatakse Tervisekassa ülesandeid, sätestades, et Tervisekassa korraldab ja rahastab tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna teenuste koordineeritud osutamist toetavaid tegevusi. Muudatus lähtub põhimõttest, et inimeste tervisetulemused sõltuvad üha enam erinevate teenuste koostoimest ning tervishoiuteenuste tõhus korraldamine eeldab süsteemset koostööd tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna ning vajaduse korral teiste valdkondade vahel.

Sätte eesmärk on luua selge õiguslik alus selliste tegevuste korraldamiseks ja rahastamiseks, mis toetavad terviklikku teenusekorraldust ning aitavad tagada, et inimene saab õigel ajal oma vajadustele vastavat abi. Selleks võib Tervisekassa korraldada ja rahastada muu hulgas rahvastikupõhist terviseriski juhtimist, koordineeritud teenuseteekondade kujundamist, valdkondadeülest koordinatsiooni, koostöömodelite arendamist ning nende toimimise seiret ja hindamist.

Rahvastikupõhine terviseriski juhtimine võimaldab olemasolevate andmete põhjal tuvastada suure terviseriskiga või keerukate vajadustega inimesed ning kavandada nende vajadustele vastavaid ennetavaid, tervist toetavaid ja raviteenuseid. Koordineeritud teenuseteekondade kujundamise eesmärk on parandada erinevate teenuseosutajate koostööd ning vähendada killustatust inimese ravis ja toetamisel. Valdkondadeülene koordinatsioon toetab tervishoiu- ja sotsiaalteenuste sidusat osutamist olukordades, kus inimese vajadused eeldavad mitme osapoole koordineeritud tegutsemist. Koostöömodelite seire ja hindamine võimaldab hinnata nende mõju tervisetulemustele, teenuste kvaliteedile ning avalike vahendite kasutamise tõhususele.

Muudatus ei tähenda, et Tervisekassa võtaks üle KOVide või teiste asutuste seadusest tulenevad ülesanded või hakkaks rahastama sotsiaalteenuseid. Tervisekassa pädevus piirdub tegevustega, mis toetavad tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koordineeritud toimimist ning aitavad saavutada paremaid tervisetulemusi ja avalike vahendite tõhusamat kasutamist. Teenuste sisuline osutamine ja rahastamisvastutus jääb ka edaspidi asjakohastes seadustes sätestatud pädevuse järgi asjaomastele asutustele.

Muudatus on kooskõlas rahvusvahelise praktikaga, kus avalik-õiguslike ravikindlustusasutuste roll on laienenud üksnes tervishoiuteenuste rahastamiselt integreeritud teenuste korraldamise, rahvastiku tervise juhtimise ning eri valdkondade koostöö toetamisele. Sellist lähenemist on soovitanud ka OECD ja WHO, rõhutades, et tervisesüsteemide kestlikkus eeldab paremini koordineeritud teenuseid ning suurema terviseriskiga inimeste varajast tuvastamist ja sihipärast toetust.

Eelnõu § 3 punktiga 4 täiendatakse Tervisekassa seaduse § 2 lõiget 2 punktiga 10, sätestades et Tervisekassa osaleb RTHS-i alusel asutatud koostöökogude töös.

Muudatus on seotud Tervisekassale pandavate ülesannetega korraldada ja rahastada tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna teenuste koordineeritud osutamist toetavaid tegevusi, sealhulgas rahvastikupõhist terviseriski juhtimist, koordineeritud teenuseteekondade kujundamist, valdkondadeülest koordinatsiooni ning koostöömodelite arendamist. Nende ülesannete tulemuslik täitmine eeldab Tervisekassa osalemist RTHS-i alusel moodustatud koostöökogudes, kus kujundatakse ühiseid eesmärke ning lepatakse kokku rahvastiku tervise parandamiseks vajalikes tegevustes.

Tervisekassa osalemine koostöökogudes toetab andmepõhist juhtimist. Tervisekassa käsutuses on tervishoiuteenuste kasutamist, tervisevajadusi, ravitulemusi ja terviseriske kajastavad andmed ning nende analüüsimiseks vajalik kompetents. Nende andmete kasutamine võimaldab toetada piirkondlike tervisevajaduste hindamist, suurema terviseriskiga rahvastikurühmade tuvastamist, sihipäraste sekkumiste kohapealset kavandamist ja rakendatud meetmete mõju hindamist. Andmepõhine juhtimine loob eeldused, et tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostöö ning teenuste arendamine põhinevad objektiivsel teabel ning avalikke vahendeid kasutatakse tulemuslikult.

Eelnõu §-ga 4 muudetakse TTKS-i.

Eelnõu § 4 punktidega 1 ja 2 muudetakse TTKS § 14 lõiget 1, mille senine tekst saab olema punkti 1 all.

Paragrahvi 14 lõike 1 punktiga 2 lisatakse täiendus, mille kohaselt võib perearstiabi osutaja tegevusalaks olla ka valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse osutamine. Kehtiva regulatsiooni kohaselt ei või perearstiabi osutaval äriühingul olla muud tegevusala peale seaduses loetletud teenuste. Valdkondadeülest koordinatsiooniteenust kui uut teenuseliiki ei ole selles nimetatud. Muudatus on vajalik, kuna terviseteejuht hakkab praktikas tööle eeskätt esmatasandi tervisekeskustes. Kui koordinatsiooniteenuse osutamine ei oleks seaduses lubatud tegevusala, tekiks õiguslik takistus teenuse korraldamisel.

See muudatus ei laienda perearstiabi sisulist rolli meditsiiniliste otsuste tegemisel, vaid võimaldab korraldada multidistsiplinaarset koostööd ja juhtumipõhist koordinatsiooni. See on kooskõlas eesmärgiga tugevdada esmatasandi rolli integreeritud süsteemis.

Perearstiabi osutavale äriühingule antakse võimalus osutada valdkondadeülest koordinatsiooniteenust ja korraldada rahvatervishoiu, tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostööorganisatsiooni ehk TERVIKu ülesannete täitmist.

Kehtiva regulatsiooni kohaselt ei või perearstiabi osutaval äriühingul olla muud tegevusala peale seaduses loetletud teenuste. Valdkondadeülest koordinatsiooniteenust kui uut teenuseliiki ei ole selles nimetatud. Muudatus on vajalik, kuna terviseteejuht hakkab praktikas tööle eeskätt esmatasandi tervisekeskustes. Kui koordinatsiooniteenuse osutamine ei oleks seaduses lubatud tegevusala, tekiks õiguslik takistus teenuse korraldamisel.

See muudatus ei laienda perearstiabi sisulist rolli meditsiiniliste otsuste tegemisel, vaid võimaldab korraldada multidistsiplinaarset koostööd ja juhtumipõhist koordinatsiooni. See on kooskõlas eesmärgiga tugevdada esmatasandi rolli integreeritud süsteemis.

Eelnõu § 4 punktidega 3 ja 4 muudetakse TTKS § 22 lõiget 3 nii, et senine tekst saab olema **lõike** punktiks **1 ja** lõiget täiendatakse punktiga **2**, mille kohaselt lisatakse haigla võimalike ülesannete hulka valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse osutamine ning rahvatervishoiu, tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostööorganisatsiooni ehk TERVIKu ülesannete korraldamine.

Kehtiva regulatsiooni kohaselt ei või haiglat pidaval aktsiaseltsil ja sihtasutusel olla muud tegevusala peale seaduses loetletud teenuste. Valdkondadeülest koordinatsiooniteenust kui uut teenuseliiki ei ole selles nimetatud. Muudatus on vajalik, kuna terviseteejuht hakkab praktikas tööle ka haiglates.

See muudatus ei laienda haigla sisulist rolli meditsiiniliste otsuste tegemisel, vaid võimaldab korraldada multidistsiplinaarset koostööd ja juhtumipõhist koordinatsiooni.

Eelnõu § 4 punktiga 5 täiendatakse TTKS § 59¹ lõiget 4 punktiga 3² järgmises sõnastuses „rahvatervishoiu seaduse alusel inimese riskitunnuse andmed“. Inimese riskitunnus genereeritakse automaatselt Tervisekassa andmete alusel ja seda hoitakse TIS-is, sest see näitab inimese riski kasutada ressursimahukaid tervishoiuteenuseid ja seda vajavad oma igapäevatoos eeskätt tervishoiutöötajad, et otsustada inimese proaktiivse abistamise vajaduse üle. Riskirühma tunnuse TIS-is kättesaadavaks tegemine jõustub 2028. aasta 1. mail kuna see nõuab mitme eelduse täitmist, mis ei ole varem teostatavad. Tervisekassa peab looma riskirühma tunnuse automaatseks genereerimiseks eraldiseisva teenuse, mis edastab riskirühma tunnuse TIS-i. Seda teenust ei ole praegu olemas ning selle arendamine eeldab Tervisekassalt eraldi analüüsi- ja arendustöid Tervisekassa poolel. Lisaks eeldab riskirühma tunnuse edastamine TIS-ist tervise infosüsteemist heaolu infosüsteemi andmevahetuse liidese loomist, mis on samuti osa arendustöödest. Seega on 2028. aasta jõustumistähtaeg kooskõlas koordinatsiooniteenuse üleriigilise käivitamise ajakavaga ning tagab, et säte jõustub sel ajal, kui kõik vajalikud tehnilised eeldused on täidetud.

Eelnõu §-s 5 esitatakse seaduse jõustumissätteid.

Seadus jõustub järk-järgult:

- Seadus jõustub 1. juulil 2027. TERVIKud peavad olema moodustatud 1. novembriks 2027. Juhul kui maakonnas pole selleks ajaks TERVIKut moodustatud, on maakonna haiglavõrgu haiglal kohustus moodustada TERVIK hiljemalt 1. veebruariks 2028. a.
- Eelnõu § 1 punktid 13–15, mille kohaselt ei kohaldata tervishoiuasutustele edaspidi toitlustamise nõudeid, jõustuvad 2027. aasta juulis. Vajalikud juhendmaterjalid ja töövahendid on tervishoiuasutustele juba praegu hästi kättesaadavad, kuid jõustumise ajaks tuleb kokku leppida koht, kuhu on edaspidi koondatud viited kasutatavatele suunistele ja materjalidele.
- Käesoleva seaduse § 1 punktid 2, 3, 5, 7–9, 11, 12, 16, 17, 19 ja 22, § 2, § 3 punkt 3 ning § 4 punktid 2, 4 ja 5 jõustuvad 2028. aasta 1. mail. Muudatus on seotud tervise- ja sotsiaalvaldkonna laiapõhjalisema integratsiooniga, mille tagamiseks on vajalik süsteemne koostöö. Sellise eesmärgi saavutamiseks:
 - käivitatakse nimetatud tähtajast heaolupiirkondade strateegiline juhtimine koostöökogude töö ning tervise- ja heaoluprofiilide koostamise näol;
 - hakatakse valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse osutamist rahastama ravikindlustuse eelarvest Tervisekassa kaudu.

Arvestades muudatuste ulatust – uute organisatsioonide loomine, rahastamislepete sõlmimine, IT-arendused ja terviseteejuhtide koolitamine – ei oleks varasem rakendumise tähtaeg realistlik ega proportsionaalne. See tagab õigusselguse ja vähendab rakendusriski.

Ülemineku periood võimaldab:

- koostada vajalikud rakendusaktid;
- käivitada koolitusprogrammid,
- luua infosüsteemi arendused,
- sõlmida esimesed rahastuslepingud.

Põhiseaduslikkuse analüüs

Eelnõu väljatöötamisel on hinnatud selle vastavust Eesti Vabariigi põhiseadusele (PS), analüüsides kavandatavate muudatuste mõju isikute põhiõigustele, KOVi autonoomiale ja ettevõtlusvabadusele.

Analüüs lähtub õigusteaduslikust metoodikast, tuginedes PS-i kommenteeritud väljaande seisukohtadele ja eelnõus välja toodud konkreetsetele meetmetele.

TERVIKud ja valdkondadeülene koordineatsioon

KOV-i autonoomia ja enesekorraldusõigus (PS § 154)

PS § 154 lõike 1 kohaselt otsustavad ja korraldavad KOV-id kõiki kohaliku elu küsimusi iseseisvalt. PS-i kommentaaride (§ 154 komm. 12) kohaselt võib riik siiski panna KOV-idele seadusega kohustusi, kui see on vajalik riigi ühtse arengu ning elanike võrdse kohtlemise tagamiseks.

Eelnõuga nähakse ette maakonna tasandil tegutsevate heaalupiirkondade, koostöökogude ja TERVIKu moodustamine ning KOV-ide kohustus neis osaleda. Sellega riivatakse KOV-i enesekorraldusõigust (PS § 154 lg 1), kuna piiratakse KOV-i vabadust otsustada koostöövormide ja oma tegevuse korraldamise üle.

Riive eesmärk on tagada tervishoiusüsteemi ja sotsiaalvaldkonna parem koordineeritus, abi järjepidevus ning inimeste tervise ja heaolu tõhusam kaitse. KOV-ide osalemine on vajalik tervishoiu- ja sotsiaalteenuste ühiseks planeerimiseks ja arendamiseks, kompleksse abivajadusega inimeste toetamiseks ning piirkondliku tervise- ja healuprofiili koostamiseks ja rakendamiseks. Eesmärk teenib olulist avalikku huvi, on seotud sotsiaalliigi põhimõtte ja PS §-s 28 sätestatud tervise kaitsega.

Riive on mõõdukas. Eelnõu ei võta KOV-idele ära SHS-ist tulenevaid ülesandeid ega otsustusõigust teenuste korraldamisel. Koostöökogu ja TERVIK täidavad eelkõige koordineerivat ja strateegilist funktsiooni ning koostöökogu seisukohad ei ole KOV-idele õiguslikult siduvad. Seetõttu säilib KOV-idel sisuline otsustusautonoomia oma seadusest tulenevate ülesannete täitmisel. Kohustus osaleda koostöös on seega sobiv, vajalik ja mõõdukas meede tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna lõimitud toimimise tagamiseks.

KOV-i kohustus osaleda heaalupiirkonna koostöökogus ja TERVIKus riivab KOV-i enesekorraldusõigust (PS § 154 lg 1), kuna piirab KOV-i vabadust otsustada koostöövormide ja organisatsioonilise tegevuse üle. Riive eesmärk on tagada tervishoiu- ja sotsiaalteenuste parem koordineeritus, abi järjepidevus ning rahvastiku tervise ja heaolu tõhusam kaitse. Tegemist on kaalukate põhiseaduslike eesmärkidega, mis tulenevad muu hulgas sotsiaalliigi põhimõttest ja tervise kaitse eesmärgist. Kohustuslik osalemine on eesmärgi saavutamiseks sobiv ja vajalik meede, kuna tervishoiusüsteemi ja sotsiaalvaldkonna lõimitud toimimine eeldab kõigi piirkonna KOV-ide osalemist. Riive on mõõdukas, sest KOV säilitab oma ülesannete täitmisel otsustusautonoomia ning koostööorganid täidavad peamiselt koordineerivat ja strateegilist funktsiooni.

Inimese õigus tervise kaitsele ja sotsiaalabile (PS § 28)

Eelnõu eesmärk on asendada senine vabatahtlik koostöö kohustusliku mudeliga, et tagada kompleksse abivajadusega isikutele koordineeritud tugi. PS § 28 lõiked 1 ja 2 sätestavad igaühe õiguse tervise kaitsele ja riigi abi saamisele puuduse korral. Kommentaaride (§ 28 komm. 23) kohaselt on riigil siin lai otsustusõigus süsteemi disainimisel. Eelnõus kavandatud proaktiivne abivajaduse märkamine (riskirühma tunnus) ja valdkondadeülene koordineerimine on suunatud riigi positiivse kohustuse täitmisele. See aitab ennetada olukorra halvenemist ja vähendab vajadust kulukamate sekkumiste järele.

Ettevõtlusvabadus, üldine tegevusvabadus ja TERVIKusse kuulumise kohustus (PS §-d 31 ja 19)

Eelnõuga kohustatakse perearstiabi osutajaid, haiglavõrgu haiglaid ja KOVe kuuluma TERVIKusse ning osalema piirkondlikus koostöökorralduses. Perearstiabi osutajate ja haiglate puhul riivab kohustus eeskätt PS §-s 31 sätestatud ettevõtlusvabadust, kuna see mõjutab teenuseosutaja võimalust kujundada oma koostöösuhteid ja töökorraldust üksnes enda valitud viisil. Üksikpraksises tegutseva või füüsilisest isikust ettevõtjana tegutseva perearsti puhul võib kohustus puudutada ka PS §-st 19 tulenevat üldist tegevusvabadust. Juriidiliste isikute puhul katab regulatsiooni mõju põhiliselt ettevõtlusvabaduse kaitseala.

Riive legitiimne eesmärk on tagada PS §-st 28 tulenev õigus tervise kaitsele ning riigi kohustus kujundada tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna korraldus selliselt, et inimesele oleks võimalik pakkuda õigeaegset, järjepidevat ja kvaliteetset abi. TERVIKu kohustusliku liikmelisuse eesmärk ei ole piirata teenuseosutajate majandustegevust iseenesest, vaid tagada, et perearstiabi, eriarstiabi, haiglaravi, õendusabi, rehabilitatsioon ja KOVi korraldatavad sotsiaalteenused toimiks inimese vaates koordineeritult. See on eriti oluline nende inimeste puhul, kelle abivajadus ei mahu ühe teenuseosutaja või ühe valdkonna vastutuse piiridesse ning kelle puhul killustunud korraldus võib kaasa tuua ravi katkemise, korduva hospitaliseerimise või sotsiaalse olukorra halvenemise.

Kohustuslik kuulumine TERVIKusse on sobiv ja vajalik abinõu, sest TERVIKu eesmärged ei ole võimalik saavutada ilma nende osapoolteta, kelle kaudu inimene tegelikult teenuseid saab. Perearst on inimese terviseteeonna esmatasandi keskne koordinaator ning haiglavõrgu haigla on piirkonnas eriarstiabi, haiglaravi ja sageli ka jätkuteenuste oluline sõlmpunkt. Kui perearstiabi osutajatel või haiglatel oleks võimalik koostööstruktuurist kõrvale jääda, ei oleks võimalik tagada piirkonnas ühetaolist infovahetust, suunamist ega teenuseteekondade kokkuleppeid. Üksnes vabatahtlikud koostööjuhid või projektipõhised kokkulepped ei tagaks sama tõhusalt, et abi kättesaadavus ei sõltuks juhuslikult sellest, millise perearsti nimistusse inimene kuulub või millise haigla teenuseid ta vajab.

Riive on mõõdukas. TERVIKusse kuulumine ei võta perearstiabi osutajalt ega haiglalt õigust jätkata tervishoiuteenuse osutamist, ei muuda nende omandivormi ega alluta neid teise teenuseosutaja juhtimisele. TERVIK ei võta üle liikmete seadusest tulenevaid ülesandeid ega tee üksikisiku suhtes haldusotsuseid. Kohustus seisneb eelkõige piirkondliku koostöökorralduse kokkuleppimises, infovahetuse tagamises, teenuseteekondade ühises kujundamises ning valdkondadeülese koordineerimise toimimise panustamises oma pädevuse piires.

Riive mõõdukust toetab ka see, et TERVIK ei või nõuda liikmetelt liikmemaksu ning koostöökogu ei saa panna TERVIKule ega selle liikmetele rahalisi kohustusi. TERVIKu juhtimise ja seadusest tulenevate ülesannete täitmise kulud kaetakse eelnõus sätestatud korras Tervisekassa kaudu või üleminekuperioodil välisvahenditest. Kohustuslik liikmelisus toetab ühtlasi PS §-st 12 tulenevat võrdse kohtlemise põhimõtet, sest kokkulepitud teenuseteekonnad ja koostöökorraldus peavad laienema kogu heaolupiirkonna elanikele, mitte üksnes nendele inimestele, kelle teenuseosutaja on vabatahtlikult koostööga liitunud.

Kokkuvõttes on TERVIKusse kuulumise kohustus põhiseaduspärane, sest see on seadusega ette nähtud, teenib kaalukaid avalikke eesmärged ning ei koorma teenuseosutajaid rohkem, kui on loimitud koostöö toimimiseks vajalik.

Põhiseaduspärasuse analüüs riskitunnuse automaatse leidmise kohta

Riskitunnuse automaatne leidmine Tervisekassa raviarvete ja retseptiandmete alusel riivab eeskätt PS §-s 26 kaitstud eraelu puutumatust ja informatsioonilist enesemääramisõigust, kuna tegemist on isikut puudutavate terviseandmete töötlemisega ning inimese kohta tuletatakse andmete põhjal hinnanguline tunnus. Riive seisneb selles, et riskitunnus leitakse automaatse andmetöötluse abil enne seda, kui inimene ise teenusele pöördub või on konkreetse märkamislehe koostamisega seoses andnud vahetu tahteavalduse. Riive on siiski seadusega ette nähtud, piiritletud eesmärgiga ning seotud ülekaaluka avaliku huviga – tagada PS §-st 28 tulenevalt inimeste tervise kaitse ja õigeaegne abi neile, kelle tervise- ja sotsiaalprobleemid võivad ilma varajase märkamiseta süveneda.

Riskitunnuse leidmine inimese eelneva teadmiseta on lubatav seetõttu, et meetme eesmärk ei ole inimese suhtes automaatse otsuse tegemine, vaid võimaliku abivajaduse varajane märkamine. Kui riskitunnuse leidmine eeldaks alati inimese eelnevat pöördumist või nõusolekut, jääksid sihtrühmast välja just need inimesed, kelle abivajadus võib olla kõige suurem, kuid kes tervises seisundi, sotsiaalse isolatsiooni, väheste teadlikkuse, kognitiivse raskuse või süsteemis liikumise keerukuse tõttu ise abi ei taotle. Sellisel juhul ei oleks võimalik saavutada regulatsiooni keskset eesmärki – liikuda reaktiivselt abistamiselt proaktiivsele ja ennetavale mudelile ning vältida tervises seisundi ja toimetuleku halvenemist.

Abinõu on sobiv, sest Tervisekassa andmekogu raviarvete ja retseptiandmed võimaldavad objektiivselt tuvastada tervishoiuteenuste kasutamise mustreid, mis võivad viidata kõrgele terviseriskile, näiteks korduvad erakorralised pöördumised, hospitaliseerimised, rehospitaalseerimised, ulatuslik ravimik kasutus või mitme teenuseliigi sage kasutamine. Need andmed on Tervisekassa ülesannete täitmisel juba olemas ning nende kasutamine riskitunnuse leidmiseks võimaldab märgata terviseriski senisest varem ja süsteemsemalt. Meede on vajalik, sest sama tõhusat, kuid isikut vähem riivavat alternatiivi ei ole. Üksnes inimese enda pöördumisele või üksnes spetsialisti juhusele märkamisele tuginev süsteem jätkaks osa sihtrühmast abita ning säilitaks senise killustatuse ja hilise sekkumise probleemi.

Meede on mõeldukas, kuna riskitunnus ei too inimesele kaasa õiguslikke tagajärgi ega otsusta automaatselt ühegi teenuse saamist, sellest ilmajäämist, kohustuse tekkimist ega muud isiku õigusi või kohustusi mõjutavat tagajärge. Riskitunnus on üksnes abistav sisend tervishoiutöötaja, KOVi sotsiaaltöötaja või terviseteejuhi edasiseks professionaalseks hindamiseks. Valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse vajaduse hindamisel arvestatakse alati lisaks riskitunnusele inimese tegelikku tervise- ja sotsiaalset olukorda ning inimese kaasamine ja nõusolek on vajalik teenuse sisuliseks osutamiseks, heaoluplaani koostamiseks ja laiema tugimeeskonna kaasamiseks.

Riskitunnuse automaatne genereerimine ei ole käsitatav sellise automatiseeritud üksikotsusena, mis kuulaks isikuandmete kaitse üldmääruse artikli 22 keelu keskmesse, sest selle alusel ei tehta üksnes automaatsele töötlusele tuginevat otsust, millel oleks inimesele õiguslik või samaväärselt oluline mõju. Samas on tegemist profiilialalüüsi tunnustega andmetöötlusega, mistõttu tuleb rakendada tugevdatud kaitsemeetmeid. Seetõttu sätestatakse inimese õigus näha terviseportaalil selgitust riskitunnuse olemasolu ja selle määramise üldiste aluste kohta. Lisaks peab olema tagatud, et riskitunnuse aluseks olev metoodika on õigusaktis või selle alusel kehtestatud korras piisavalt määratletud ning et inimene saab vajaduse korral pöörduda selgituse saamiseks vastutava töötaja poole.

Põhiõiguste riivet vähendavad ka eesmärgipärasuse, minimaalsuse ja juurdepääsupiirangute tagatised. Riskitunnust kasutatakse üksnes rahvastikupõhise terviseriski juhtimise, koordineerimist vajava olukorra märkamise ja valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse vajaduse hindamise eesmärgil. Ligipääs riskitunnusele on piiratud üksnes isikutega, kellel on seda vaja seadusest

tulenevate tööülesannete täitmiseks, eeskätt märkamislehte täitval tervishoiutöötajal või KOVi sotsiaaltöötajal ning märkamislehe saanud terviseteejuhil. Riskitunnust ei avalikustata laiemalt ega kasutata inimese sildistamiseks, teenuste piiramiseks, sanktsioonide kohaldamiseks ega muuks algsest eesmärgist erinevaks otstarbeks. Andmetöötlus peab olema logitud ja kontrollitav ning andmete säilitamise ja kustutamise reeglid peavad olema selgelt sätestatud.

Riskitunnuse kasutamine toetab ka PS §-st 12 tulenevat võrdse kohtlemise põhimõtet. Kui proaktiivne märkamine sõltuks üksnes sellest, kas inimene ise oskab abi küsida või kas konkreetne spetsialist tema olukorda märkab, võiks abi kättesaadavus erineda juhuslikel põhjustel. Ühetaolise metoodika alusel leitud riskitunnus aitab tagada, et sarnases terviseriskis olevad inimesed on süsteemis sarnastel alustel märgatavad sõltumata elukohast, perearsti töökorraldusest või inimese enda suutlikkusest abi taotleda. Kehtivas õiguses on analoogseid proaktiivseid andmepõhiseid mehhanisme kasutatud ka sotsiaalvaldkonnas, näiteks teatud tunnustega isikute tuvastamiseks, et KOV saaks hinnata võimalikku abivajadust. Ka kavandatav riskitunnus ei asenda sisulist hindamist, vaid loob selleks objektiivse ja ühetaolise lähtekoha.

Kokkuvõttes on eelnõuga kavandatav regulatsioon PS-iga kooskõlas. Valitud meetmed, sealhulgas heaolupiirkondade strateegiline juhtimine ja TERVIKute kaudu toimuv teenuste loimimine, on sobivad ja vajalikud PS §-st 28 tulenevate riigi eesmärkide saavutamiseks, olles samas proportsionaalsed kaasnevate põhiõiguste riivetega.

3. Eelnõu terminoloogia

Eelnõus võetakse kasutusele mitu uut terminit, mida Eesti õiguskorras varem pole olnud: heaolupiirkond, piirkondlik koostöökoogu, TERVIK, valdkondadeülene koordinatsiooniteenus, terviseteejuht, tervisedendaja, heaoluplaan. Terminite selgitused on avatud seletuskirjas eespool.

4. Eelnõu vastavus Euroopa Liidu õigusele

Eelnõu ei ole seotud Euroopa Liidu õiguse rakendamisega.

Eelnõuga kavandatud TERVIKute rahastamine Tervisekassa vahenditest ei kujuta endast Euroopa Liidu toimimise lepingu (ELTL) artikli 107 lõike 1 tähenduses riigiabi. Riigiabi olemasoluks peavad olema täidetud kõik ELTL artikli 107 lõikes 1 sätestatud tingimused, sealhulgas peab abi saajaks olema ettevõtja, kes tegeleb majandustegevusega.

TERVIKu tegevus on lahutamatult seotud tervishoiu- ja sotsiaalteenustega, mida korraldatakse avalikes huvides ning mille peamine eesmärk on tagada inimestele vajalik abi. TERVIK ei loo nende teenuste kõrvale iseseisvat turgu ega osuta teenuseosutajatele selliseid tugiteenuseid, mida oleks võimalik tavapäraselt omandada konkurentsil põhineval turul. Koordineerimis- ja koostöötegevus on üksnes vahend avalike ülesannete tõhusamaks täitmiseks.

Lisaks puudub TERVIKu tegevusel piiriülene mõõde. TERVIKu tegevus on seotud konkreetse heaolupiirkonna tervishoiu- ja sotsiaalteenuste kavandamise ning koordineerimisega Eesti avaliku süsteemi raames. Ka koordineeritavad teenused ise on olemuselt kohaliku või piirkondliku ulatusega avalikud teenused, mis ei ole suunatud liikmesriikidevahelisele konkurentsile ega piiriülesele teenuste osutamisele. Seetõttu ei ole põhjust käsitada nende teenuste omavahelist koordineerimist iseseisva majandustegevuse või turupõhise tugiteenusena. Tegevuse raames ei osutata tervishoiu- ega sotsiaalteenuseid, ei konkureerita teenuste osutamise turul teiste isikutega ega pakuta tasu eest kaupu või teenuseid. TERVIKu ülesanded piirduvad tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutamise

koordineerimise, piirkondliku planeerimise ning valdkondadeülese koostöö korraldamisega. Tegemist on avaliku võimu poolt määratletud avaliku ülesande täitmisega.

Euroopa Kohtu väljakujunenud praktika kohaselt ei ole tegevus majandustegevus, kui see on olemuselt sotsiaalset, regulatiivset või avaliku võimu teostamisega seotud laadi ning seda ei pakuta turutingimustel. Samuti ei käsitata ettevõtjana üksust, kes täidab üksnes riigi või KOVi poolt talle pandud avalikke ülesandeid ega osale kaupade või teenuste turul.

Kuna TERVIK ei tegutse turuosalisena ega vii läbi majandustegevust, ei ole ta ELTL artikli 107 lõike 1 tähenduses ettevõtja. Sellest tulenevalt ei ole täidetud riigiabi esimene ja põhiline eeldus ning puudub vajadus hinnata üksikasjalikumalt ülejäänud riigiabi tunnuste esinemist.

Lisaks kasutatakse Tervisekassa vahendeid üksnes TERVIKu seadusest tulenevate koordinatsioonija planeerimisülesannete täitmiseks. Rahastust ei kasutata tervishoiu- või sotsiaalteenuste osutamiseks ega tegevuseks, millega TERVIK võiks saada konkurentsieelise võrreldes mõne turul tegutseva ettevõtjaga. Seetõttu ei anna rahastamine TERVIKule ka valikulist majanduslikku eelist.

Eeltoodust tulenevalt on TERVIKu rahastamine käsitatav avaliku ülesande täitmise rahastamisena ega kuulu ELTL artikli 107 lõike 1 kohase riigiabi regulatsiooni kohaldamisalasse.

5. Seaduse mõjud

Muudatuste rakendamisel võib eeldada sotsiaalset, majanduslikku ja regionaalset mõju, samuti mõju riigivalitsemisele ja infotehnoloogilistele arendustele. Eelnõu mõjude olulisuse tuvastamiseks hinnati nimetatud valdkondi nelja kriteeriumi alusel: mõju ulatus, mõju avaldumise sagedus, mõjutatud sihtrühma suurus ja ebasoovitavate mõjude kaasnemise risk.

Mõjuanalüüs on üles ehitatud kahe peamise tegevussuuna järgi:

- heaolupiirkondade ja koostöökogude loomine, TERVIKute moodustamine, tervise- ja heaoluprofiili kasutuselevõtt ning Tervisekassa rolli muutumine piirkondlikus juhtimises;
- valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse ja terviseteejuhi rolli rakendamine.

Lisaks kaasneb eelnõuga tervishoiuasutuste toitlustamise nõuete kaotamine, mille mõju käsitletakse eraldi.

Sotsiaalministeeriumi tellimusel tegi Rahvusvaheline Integreeritud Hoolduse Fond (*International Foundation for Integrated Care*; edaspidi IFIC) analüüsi Eesti TERVIKute reformile.¹⁴ IFIC-u hinnangul on reformi üldine loogika selge ja kooskõlas integreeritud hoolduse parimate teadmistega. TERVIKute reform on nende hinnangul tugev formaalsete struktuuride üles seadmisel ning sihtrühmade valikukriteeriumid on teiste riikide praktikate näitel mõistlikud, on mõistlikult seatud ning toetatud tõendusmaterjali poolt.

Siiski rõhutab IFIC oma analüüsis, et reformi edukuse eeldus on struktuuride ja organisatsioonide ja inimeste omavaheline usaldus, koostöö, rollisegus ning igapäevase töökorralduse vastav muutmine. IFIC-u soovitus oli vastav kirjeldus lisada eelnõu seletuskirja ja/või järgnevatesse reformi rakendumise juhenditesse. IFICu hinnangul on reformi esmased tegevus-eesmärgid (nt heaolupiirkondade ja TERVIKute loomine, terviseteejuhtide koordinatsiooniteenuse kasutusele võtmine, heaoluplaanide sisseviimine, juhtimislaudade loomine – realistlikud. Pikaajalised mõju

¹⁴ [Estonia - Final Report Aug 2020](#)

eesmärgid nagu dubleerivate tegevuste vähendamine, sujuvama hoolduse ja ravi pakkumine, hospitaliseerimiste vähendamine ning tervisekulude madalam kasv sõltuvad süsteemi juurutamise ja realiseerimise edukusest. Mitmed välisriigid on oma integratsiooniprogrammides saavutanud oma eesmärgid vaid osaliselt ning süsteemide muutused on kaasa toonud ka mitmeid soovimatuid tagajärgi. Seetõttu on oluline reformi käigus tekkivate muutuste ulatust ja mõju monitoorida ning mõõta kohandades vastavalt edasise tegevusi. Kokkuvõttes leiab IFIC, et integratsiooni reform praeguses ulatuses annab hea aluse järkjärguliseks skaleerimiseks.

Reformi tõhustamiseks ja skaleerimiseks tegi IFIC järgmised ettepanekud:

- standardiseeritud riiklik koostööprotsess, mis jätab ruumi kohalikuks mugandamiseks;
- realistlikud personali ja töökoormuse tasemed;
- infosüsteemide kasutamine, mis võimaldavad jälgida tegevusi, saatekirju ja jätkutegevusi kuni lõppemiseni;
- eraldi mõõdikud patsiendi kogemuste, teenuste kasutamise, teenuse tulemuste ja maksumuste jaoks;
- üks organisatsioon riiklikul tasandil, kes vastutab reformi rakendamise toetamise ja selle arendamise eest.

Tegevussuundi on analüüsitud mõjuvaldkondade kaupa, käsitledes igas valdkonnas mõju peamistele sihtrühmadele.

6.1. Heaolupiirkondade ja koostöökogude loomine, TERVIKute moodustamine, tervise- ja heaoluprofiili kasutuselevõtt ja Tervisekassa rolli muutumine

Eelnõuga luuakse maakonnapõhised heaolupiirkonnad, kus moodustatakse tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostöökogu. Tegemist on strateegilise koostöö formaadiga, mille eesmärk on siduda riigi ja KOVi otsustusprotsessid ning kujundada piirkonna elanikkonna vajadustest lähtuvad ühised prioriteedid ja tegevussuunad. See võimaldab korraldada tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid senisest tulemuslikumalt, sealhulgas varem märgata riskirühma kuuluvaid inimesi, sihitada täpsemalt sekkumisi ja parandada valdkondadevahelist koostööd. Selle tulemusel väheneb oht, et inimese abivajadus jääb märkamata, takerdub eri süsteemide vahele või ei ole abi õigeaegne.

Pikaajaliselt loob seesugune koostöömudel eeldused probleemide ennetamiseks ning vähendab vajadust kulukamate ja intensiivsemate teenuste järele, parandades samal ajal inimeste elukvaliteeti ja toimetulekut. Muudatus ei loo uut haldusüksust, vaid struktureerib olemasoleval maakonna tasandil koostööd ning muudab selle süsteemseks ja järjepidevaks.

Maakonna tasandil heaolupiirkonna moodustamine on Eesti kontekstis põhjendatud, kuna sotsiaalteenuseid kasutavad inimesed valdavalt oma KOVi põhiselt¹⁵ ning tervishoiuteenuste kasutamise analüüs¹⁶ näitab, et enamikku teenuseid kasutatakse elukoha maakonna sees. 2023. aasta andmete põhjal oli maakonnasisene teenusekasutus koduõenduse puhul üle 90%, perearsti ja -õe vastuvõttudel ligikaudu 88–89% ning statsionaarses järelravis üle 90%; ambulatoorsete teenuste puhul jäi maakonnasisene kasutus enamasti vahemikku 65–75%¹⁷.

¹⁵ Sotsiaalkindlustusamet, 2025.

¹⁶ Tervisekassa, 2024.

¹⁷ Samas.

Maakond on esmatasandi koostööks sobiva elanikkonna suurusega ala ka teiste riikide võrdluses, näiteks Prantsusmaal (CPTS; tüüpiline populatsioon 40 000–80 000¹⁸), Ühendkuningriigis (PCN; tüüpiline populatsioon 30 000–50 000¹⁹) ja Hollandis (piirkondlikud esmatasandi võrgustikud; tüüpiline populatsioon 20 000–50 000²⁰).

Heaolupiirkonna operatiivseks koostöövormiks on tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostööorganisatsioon TERVIK, mis ühendab piirkonna peamised teenuseosutajad ja kohaliku tasandi. TERVIK on püsiv koostööraamistik, mille kaudu panustatakse rahvatervishoidu, korraldatakse ja arendatakse valdkondadeülest koostööd ning toetatakse kompleksse abivajadusega inimestele suunatud teenuste koordineerimist. Eelnõu kohaselt kuuluvad TERVIKu koosseisu kohustuslikult kõik heaolupiirkonna KOVid, perearstiabi osutajad ja haiglavõrgu haiglad, tagades peamiste osapoolte süsteemse kaasatuse.

Tööjõuvajaduse osas on TERVIK võrgustikujuhtide vajadus kuni 20 inimest (igasse heaolupiirkonda ja lisa suurimates heaolupiirkondades) ja terviseteejuhtide hinnanguline vajadus 200–250 inimest üle Eesti. Reform ei eelda kõigi vajalike ametikohtade loomist. Võrgustikujuhi roll on juba kõigis maakondades olemas, kuid seda täidetakse praegu projektipõhiselt.

Piirkondlik koostöömudel loob raamistiku abivajaduse märkamiseks, hindamiseks, teenuste kavandamiseks ja koordineerimiseks terviklikuks tervise ja heaolu toetamise süsteemiks. See eeldab toimivat koostööd ning selget rollijaotust tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi vahel heaolupiirkonna tasandil.

WHO integreeritud hoolduse (ICOPE) käsitluse kohaselt tuleb vanemaealiste ja komplekssete vajadustega inimeste toetamisel liikuda haiguskeskselt käsitluselt inimesekeskssele ja funktsioneerimisvõimet toetavale lähenemisele. See eeldab tervishoiu- ja sotsiaalteenuste koordineeritud osutamist, inimese eesmärkidest lähtuvat hoolduse kavandamist ning tervise-, sotsiaal- ja elukeskkonna terviklikku hindamist. WHO rõhutab, et funktsioneerimisvõime languse erinevad põhjused on omavahel seotud ning vajavad integreeritud ja valdkondadeülest käsitlust.²¹

Kavandatav mudel ei ole Eestis esmakordne, vaid tugineb viimastel aastatel kujunenud praktikale ja katsetustele valdkondadeülese koordineerimise arendamisel. Aastatel 2014–2015 tegi Maailmapank Eesti Haigekassa (praegune Tervisekassa) tellimisel uuringu „Ravi terviklik käsitlus ja osapoolte koostöö Eesti tervishoiusüsteemis“²² käsitleti tervishoiuteenuste integreeritust, sealhulgas raviteenuste osutamist sobival tervishoiusüsteemi tasemel ning ravi koordineerimist ja järjepidevust kõigi süsteemi osapoolte poolt. Uuringus toodi esile puudujääke aktiivravieelsete ja järgsete teenuste koordineerimisel ning rõhutati integreeritud teenuseosutamise mudelite vajadust.

2016. aastal algatas Sotsiaalministeerium koostöös SA Viljandi Haiglaga paikkondlike tervishoiu- ja sotsiaalteenuste integreerimise eelanalüüsi ja pilootprojekti rakendamise kava koostamise ehk PAIK projekti²³ esimese etapi, mille eesmärk oli välja töötada valdkondadeülese koordineerimise teenusemudel. Valminud kava alusel sõlmisid Eesti Haigekassa ja SA Viljandi Haigla 2018. aasta augustis lepingu teenusemudeli piloteerimiseks. Teenusemudel osutus edukaks²⁴ ja 2023. aasta

¹⁸ [CPTS suurusklassid.](#)

¹⁹ [NHS England – PCN.](#)

²⁰ [WHO Europe – Networks](#), lk 15.

²¹ [Integrated care for older people \(ICOPE\): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care, 2nd ed](#)

²² [Ravi terviklik käsitlus ja osapoolte koostöö Eesti tervishoiusüsteemis.](#)

²³ <https://paik.vmh.ee/>

²⁴ [PAIK lõppraport 2021.](#)

kevadel algas Viljandi Haigla, Tervisekassa, Viljandi, Saare ja Valga maakondade ühisprojektina selle teenuse kliiniline mõju-uuring, mis kaasab umbes 800 patsienti. Uuringu sihtrühm on vähemalt 45-aastased inimesed, kellel on diagnoositud mitu kroonilist haigust, mis suurendab haiglaravile sattumise riski, ja kellel esinevad kaasuvalt ka sotsiaalsed tervisemõjurid, näiteks toetava tugivõrgustiku puudumine või liikumiskõrvaldused. Projekti juhib Viljandi Haigla ja uuringu teaduspartner on Barcelona ülikoolihaigla. Kliinilise mõju-uuringu eesmärk on selgitada välja teenuse pikaajaline mõju ja teostatavus maakondade kogemuse põhjal. Uuringuga soovitakse teada saada, milline on tervishoiu- ja sotsiaalteenuste koordineeritud koostöö mõju patsientide tervisele, elukvaliteedile, teenustega rahulolule ja teenusekasutusele ning tervishoiuteenuste kulule.

Uuring kestab 2026. aasta augustini, kuid aasta pärast uuringuga alustamist tehti esmane analüüs, et hinnata, kas senine tegevus liigub soovitud suunas. Tulemused näitasid, et sekkumisgrupil esines võrreldes kontrollgrupiga vähem EMO visiite ja hospitaliseerimisi ning madalam tervishoiuteenuste kasutamise kulu. Kuna uuringusse kaasatud isikute arv ei olnud selleks ajaks veel piisav, ei saanud tulemuste põhjal teha lõplikke järeldusi. Senised tulemused olid siiski piisavalt paljulubavad, et kinnitada uuringuga jätkamise asjakohasust ja teenusekoordinatsiooni potentsiaali kompleksse abivajadusega inimeste toetamisel.

2015. aasta lõpus moodustas Vabariigi Valitsus hoolduskoormuse rakkerühma, et kaardistada lähedaste hooldamisega seotud probleemid ja töötada välja inimeste vajadustest lähtuvad lahendused.²⁵ Rakkerühma ettepanekute põhjal viidi 2018–2019 kuues Eesti piirkonnas ellu hoolduse koordineerimise pilootprojekt, mille eesmärk oli testida esmase koordineerimismudeli toimimist ning anda sisend riikliku süsteemi loomiseks.²⁶ Piirkondadesse loodi hoolduskoordineerimise ametikohad, mis ühendasid KOVi, perearsti ja teiste osapoolte töö.

Arenguseire Keskuse raport „Pikaajalise hoolduse tulevik“ toob ühe olulise kitsaskohana esile pikaajalise hoolduse killustatuse ning vajaduse terviklikuma ja paremini koordineeritud tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostöö järele.²⁷ Eelnõuga kavandatud valdkondadeüleline koordineerimine toetab nende kitsaskohtade lahendamist.

Viimastel aastatel on pilootprojektide raames arendatud piirkondlikke koostöövõrgustikke ja koordineerimismudeleid, mis toetavad keerulise ja pikaajalise abivajadusega inimesi. Üheksa piirkonna kogemus näitab, et kõige tulemuslikum on maakondliku ulatusega koostöövõrgustik, mis võimaldab kaasata teenuseosutajaid ka väljaspool piirkonda. Pikaajalise ja valdkondadeülese abivajaduse korral määratakse koordineerija, kes tagab inimesekeskse toe, koostab plaani, juhib juhtumivõrgustiku tööd ning koordineerib osapoolte koostööd, et vähendada teenuste killustatust ja tagada abi õigeaegne jõudmine abivajajani.

Tagamaks sujuvam üleminek pilootkatsetustelt kinnistatud süsteemile, toetatakse 2026. aasta hoolduskoordineerimise projekti viimase taotlusvooriga nii juba toimivaid kui ka katkestatud koordineerimismudeleid, et need saaksid jätkata kuni üleriigilise süsteemi rakendamiseni. Samuti aidatakse piirkondi, kus koordineerimismudelit varem rakendatud pole, et üleminek riiklikule süsteemile oleks sujuv.

²⁵ <https://www.digar.ee/viewer/et/nlib-digar:766330/437826/page/1>.

²⁶ Üle riigi rakendatava inimesekeskse hoolekande- ja tervishoiusüsteemi koordineerimise mudeli kontseptsioonidokument.

²⁷ [2021_pikaajalise-hoolduse-tulevik_raport_veeb-3.pdf](#)

Tervisekassa on alates 2015. aastast teinud koostööd Maailmapangaga ja analüüsinud tervishoiusüsteemi vähesest integreeritusest tulenevaid probleeme²⁸, sealhulgas välditavaid hospitaliseerimisi, ravi koordineerimatust, vähest patsiendikesksust ja teenuste killustatust. Need probleemid kinnitavad vajadust liikuda üksikute teenuste rahastamiselt terviklikumate, inimese abivajadusest lähtuvate teenusemodelite juhtimise suunas.

Koostöös Maailmapanga ja Eesti Perearstide Seltsiga viidi ellu perearstide riskipatsientide ravijuhtimise pilootprojekt. Selle käigus andis Tervisekassa perearstidele ette ambulatoorsele ravile tundlikke krooniliste haigustega riskirühma; uuringus osalenud perearstid koostasid oma nimistu riskirühma patsientidele raviplaani, mis on sarnane heaoluplaaniga, kuid sisaldab ainult inimese tervise, haiguste ja ravi infot ning soovitude kirjeldust. Meeskond koosnes perearstist ja -õest, KOVi sotsiaaltöötajaid ei kaasatud.

Tulemused näitasid, et väiksema kroonilise haiguskoormusega patsientidel, kelle ravi juhtimist rakendati, õnnestus vähendada suremust 1,3% (statistiliselt oluline). Suurema kroonilise haiguskoormusega patsientidel õnnestus vähendada hospitaliseerimisi 3,2%, kuid statistilist olulisust ei õnnestunud näidata, sest uuringusse kaasatute arv oli liiga väike.²⁹ OECD on hinnanud, et kui kaasata krooniliste haigustega inimeste koordineeritud teekonda ka sotsiaalvaldkond, on võimalik vähendada hospitaliseerimist krooniliste haigete sihtrühmas 5–10% (Eestis on selliseid välditavaid hospitaliseerimisi ca 15%) ja saavutada 5%-line sääst tervishoiukuludes, mida saaks suunata rohkem ennetusse või teenuste kättesaadavuse parandamisse.³⁰

Integratsioonis on selgelt edu saavutanud riigid, kes on kujundanud oma süsteemi nii, et eri osapooled saavad järjepidevalt mõõta saavutatud tulemusi ja hinnata koostöö toimimist.³¹ See ei tugine üksnes regulaarsetele uuringutele, vaid ka infosüsteemidele, kus eri juhtimistasanditel on ligipääs ühistele ja rollipõhistele tulemusmõõdikutele. Seetõttu on üks kiiremaid viise tulemuste parandamiseks hakata neid süsteemselt ja regulaarselt seirama. Sellest lähtudes on TERVIKute maakondlikud juhtimislauad ning nendega seotud kvaliteedi- ja tulemusmõõdikud perearstidele, haiglatele ja KOVidele kriitilise tähtsusega. Sellega kaasnevad lisaülesanded Tervisekassale ja Sotsiaalkindlustusametile.

TERVIKute juhtimislauad ning nendega seotud kvaliteedi- ja tulemusmõõdikud loovad perearstidele ja haiglatele aga ka KOVidele jt TERVIKu osapooltele ühise raamistiku oma tegevuse hindamiseks ning piirkondlike eesmärkide kokkuleppimiseks ja saavutamise jälgimiseks, toetades senisest süsteemsemat koostööd ja tulemustest õppimist. Uue töövahendi meetodilist ettevalmistamist toetab IFIC ja sellesse protsessi kaasatakse nii haiglate kui perearstide esindajad, tehnilise ettevalmistuse ja arendamise eest vastutab riik, kohanemist toetavad Tervisekassa, TAI ja Sotsiaalkindlustusameti poolt koostatavad juhised. Tulemusmõõdikute juhtlauad avaldatakse Tervisekassa ja TAI kodulehel.

Reformiga muutub Tervisekassa roll seniselt ravi rahastajalt ka süsteemi strateegiliseks suunajaks. Tervisekassal avaneb võimalus hakata teenuseosutajate koostööorganisatsioone ehk TERVIKuid rahaliselt motiveerima soovitatavate inimesekesksete eesmärkide saavutamisel. Sisuliselt tähendab see, et Tervisekassa suunab senisest rohkem tegevusi, mis aitavad haigusi ennetada, tervist hoida ja inimese toimetulekut parandada. Muudatuse tagajärjel hakkab Tervisekassa osalema maakondlike koostöökogude kaudu piirkondlikus juhtimises ning seob rahastuse senisest enam piirkondlike

²⁸ Uuringuga saab tutvuda [siin](#).

²⁹ [Motivating-Improved-Healthcare-Using-Holistic-Patient-Contracts.pdf](#).

³⁰ [Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases \(EN\)](#).

³¹ [Health and Social Care Integration: Insights from International Implementation Cases](#).

tervise-eesmärkidega. Selle kaudu suunatakse ressursse tegevustesse, millel on suurem mõju elanikkonna tervisele ja toimetulekule, ning vähendatakse väheväärtusliku ja välditava ravi osakaalu. Tervisekassa kasutab tulemuspõhist rahastamist ja tulemustasu võimalust TERVIKute motiveerimiseks, sidudes selle heaolupiirkonna tervisevaldkonna eesmärkidega ning võimaldades tulemustasust suunata vahendeid rahvatervishoidu, sealhulgas ennetusse ja tervisedendusse.

Oluline osa Tervisekassa rollimuutusest on andmepõhise juhtimise tugevdamine. Tervisekassa kasutab oma andmeid riskitunnuste moodustamiseks, teenuste koordineeritud kasutuse analüüsimiseks ja tulemuspõhiste eesmärkide seadmiseks. See võimaldab liikuda reaktiivselt teenuseosutamisel proaktiivsele mudelile, kus fookus on probleemide varajasel märkamisel ja ennetamisel.

6.1.1. Sotsiaalsed, majanduslikud ja regionaalsed mõjud

Muudatuste mõju avaldub laiemalt tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi toimimises tervikuna, peegeldudes elanikkonna heaolus, ressursside kasutamises ja piirkondlikus arengus. Heaolupiirkondade, koostöökogude ja TERVIKute loomine ning teenuste koordineeritum planeerimine loovad eeldused senisest vajaduspõhisemaks ja varasemaks sekkumiseks.

Eesti rahvastik vananeb ning 65-aastaste ja vanemate osakaal on kasvanud 2015. aasta 18%-lt 2024. aastaks 21%-le ning prognooside kohaselt jõuab 2040. aastaks ligikaudu veerandini rahvastikust³². Vanemaeliste osakaalu kasvuga suureneb nende inimeste hulk, kellel esineb samaaegselt mitmeid tervise- ja toimetulekuprobleeme ning kes vajavad mitme valdkonna teenuseid koordineeritult.

Eesti kuulub rahuldamata tervishoiuteenuste vajaduse näitaja poolest Euroopa riikide seas kõrgeima näitajaga riikide hulka. 2024. aastal oli selliste inimeste osakaal Eestis 8,5%, samal ajal kui Euroopa Liidu keskmine oli 2,5%. Eesti kõrge näitaja peamine põhjus on pikad ootejärjekorrad (7,8%).³³ Pikki ootejärjekordi on inimesed teenustest ilmajäämise põhjustena välja toonud ka sotsiaalteenuste puhul³⁴, viidates probleemidele teenuste kättesaadavuses ja süsteemide omavahelises kooskõlas.

Tegevuspiirangutega inimestest, kes said viimase 12 kuu jooksul iseseisvaks toimetulekuks mõnda teenust (umbes 21 000 inimest), pidas saadud teenuseid täiesti piisavaks 35% ning pigem piisavaks 44%. Teenuste vajadustele mittevastavust põhjendati kõige sagedamini teenuste ebapiisava mahuga.³⁵ See osutab, et probleem ei seisne üksnes teenuste olemasolus, vaid ka nende piisavuses ja sobivuses tegelikule abivajadusele.

Teenuste kasutus ja avaliku sektori kulud on viimastel aastatel samal ajal märkimisväärselt kasvanud. Kui 65-aastaste ja vanemate elanike arv kasvas aastatel 2019–2025 13,5% võrra, siis tervishoiukulud suurenesid samal perioodil ligikaudu 80% (1,4 miljardilt eurolt 2,5 miljardi euroni). Teenuste kasvu vedas eelkõige haiglaravi, eriti sisehaiguste, kardioloogia ja üldkirurgia valdkonnas, kus teenuste kasutus kasvas enim vanemaeliste seas.

³² Statistikaamet, 2026. RV083: prognoositav rahvaarv aastani 2085 soo ja vanuse järgi (aluseks 1. jaanuari 2024 rahvaarv).

³³ Eurostat, 2026. Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, main reason declared and income quintile. Leitav: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_silc_08_custom_20521195/default/table (13.03.2026).

³⁴ Vainu, V. (2021). Elanikkonna tegevuspiirangute ja hooldusvajaduse uuring 2020/2021. Turu-uuringute AS / Sotsiaalministeerium / Euroopa Sotsiaalfond.

³⁵ [2025 HOV uuringu raport_03.11.pptx](#).

Samas on tervisetulemid paranenud vaid tagasihoidlikult. Kui oodatav eluiga sünnimomendil on keskmiselt 79,5 aastat, siis oodatavaid tervena elatud aastaid keskmiselt 58,7.^{36,37} Perioodil 2019–2024 kasvas oodatav eluiga sünnimomendil ligikaudu 1% (0,7 aastat) ning tervena elatud eluaastad samuti ligikaudu 1% (0,6 aastat)³⁸. See tähendab, et hoolimata kulude kasvust on lisanduv mõju elanikkonna tervise seisundile olnud piiratud.

Sarnast trendi on täheldada sotsiaalkaitse kuludes, mis kasvasid perioodil 2019–2025 ligikaudu 90% (190 000-lt 360 000-le eurole). Suurim kasv toimus üldhooldusteenuse kasutamises: teenusele tehtud kulutuste osakaal sotsiaalkaitse kuludest suurenes perioodil 2019–2024 22%-lt 31%-le ning teenusekasutajate arv kasvas 14 681-lt 17 653 isikuni.³⁹ See viitab süsteemi nihkumisele järjest enam institutsionaalse abi poole, mis peegeldab osaliselt ka hooldusreformi järgset teenuse kättesaadavuse paranemist.

Lühidalt kokkuvõttes on süsteemi küll lisaraha suunatud, kuid valdavalt on see läinud institutsionaalsele abile ehk hilisematesse ja kulukamatesse sekkumistesse. Rahulolematust teenustega on seotud eeskätt vähese mahuga ambulatoorses ja esmatasandi abis ning teenuste killustatusega. Eeltoodu osutab vajadusele senisest tõhusama tervishoiu- ja sotsiaalteenuste koordineeritud planeerimise ning varasema sekkumise järele.

Selles kontekstis on oluline teenuste korralduslik ümberkujundamine eelnõus kavandatavas mudelis. **Muudatustega luuakse eeldused, et tervishoiu- ja sotsiaalteenused oleksid omavahel paremini seotud ning inimese jaoks järjepidevamalt korraldatud. Teenuste parem koordineerimine ja ühtsem planeerimine vähendab riski, et sama inimese abivajadust käsitletakse paralleelselt mitmes süsteemis või et abi osutamine katkeb valdkondade vaheliste piiride tõttu.**

Eestis iseloomustavad rahvastiku tervist ja toimetulekut märkimisväärsed piirkondlikud erinevused, mis põhjendab maakondade eripärasid arvestava strateegilise juhtimise vajadust. 65-aastaste ja vanemate osakaal ulatub maakonniti 18–25%.⁴⁰ Suurimat eakate osakaalu prognoositakse Ida-Viru ja Hiiu maakonda (üle 33%), ent ka Põlva, Valga ja Jõgeva maakonda (üle 31%), samas kui Harju- ja Tartumaal jääb see umbes viiendiku lähedale (u 21%).⁴¹ Tervena elatud aastate erinevus maakondade vahel on samuti märkimisväärne, viidates ebavõrdsetele tervise- ja elukvaliteedi tingimustele. Sünnimomendil tervena elada jäänud aastad on meestel 48,5 Võrumaal kuni 63,1 Hiiumaal ning naistel 53,4 Valgamaal kuni 69,2 Läänemaal.⁴²

Piirkondlike erinevuste ulatus näitab vajadust valdkondadeülese ja andmepõhise planeerimise järele, mis võimaldab siduda rahvastiku vajadused, riskitegurid ja teenuste arendamise terviklikuks süsteemiks. Koostööpõhine juhtimismudel loob eeldused ennetuse ja varajase sekkumise tugevdamiseks ning ressursside sihipärasemaks kasutamiseks. Majanduslikus vaates seisneb muudatuse potentsiaal eelkõige selles, et süsteem suudab piirata kulukate ja intensiivsete teenuste vajaduse kasvu, suunates tähelepanu varasematele sekkumistele.

³⁶ Statistikaamet, 2026. RV045: Oodatav eluiga sünnimomendil ja elada jäänud aastad soo ja vanuse järgi, 2024 seisuga.

³⁷ Statistikaamet, 2026. TH753: Tervena elada jäänud aastad, 2023/2024 seisuga.

³⁸ Samas.

³⁹ [Statistika | Sotsiaalkindlustusamet](#)

⁴⁰ Statistikaamet, 2026. RV0240: Rahvastik soo, vanuse ja elukoha järgi, 1. jaanuari seisuga.

⁴¹ Statistikaamet, 2026. Sotsiaalministeeriumi arvutused.

⁴² Statistikaamet, 2026. TH753: Tervena elada jäänud aastad, 2023/2024 seisuga.

Regionaalses vaates võimaldab maakonnapõhine ja riigiga selgelt ühendatud koostöömudel arvestada senisest paremini kohalike eripäradega ning kujundada lahendusi, mis lähtuvad terviklikult nii piirkondlikest vajadustest kui riiklikest prioriteetidest. See loob ühtlasi eeldused aktiivsemaks riigi tasandi poliitikakujunduseks ning toetab teenuskorralduse arendamist ja elluviimist mitmel tasandil. Oluline eesmärk on, et muudatuste rakendamine aitaks vähendada piirkondlikke erinevusi eelkõige koostöökorralduses, info liikumises ja varases märkamises ning toetaks teenuste ühtlasemat kättesaadavust kogu riigis.

Samas ei tähenda see, et kõigi piirkondade teenusvõimekus või teenuste tegelik kättesaadavus ühtlustub reformi rakendumisel automaatselt. Integratsioon ei asenda KOVide, tervishoiuteenuse osutajate ega teiste partnerite seniseid ülesandeid, vaid loob nende vahele ühendava koordineerimisekihi ja ühise informuuri. Kavandatud eelnõu piirkondlik mõju sõltub sellest, millistesse piirkonna olemasolevatesse teenusvõrkudesse, tööprotsessidesse ja koostööpraktikatesse uus koostöömudel lisandub. Hajaasustusega, vananeva rahvastiku ja hõredama teenusevõrguga piirkondades teeb reform senisest nähtavamaks teenuste kättesaadavuse puudujäägid. Suuremates linnades ja linnapiirkondades võib peamine risk avalduda osapoolte rohkuses, olemasolevate tööprotsesside ja uue koordineerimismudeli kattumises ning topeltkoordineerimise ohus.

Eelnõus kavandatud lähenemine loob eeldused tervise- ja sotsiaalvaldkonna ühise planeerimise ja vastutuse kujunemiseks piirkondlikul tasandil (ja ei keskendu üksikute teenuste ümberkorraldamisele), olles samal ajal ühenduses üleriigilise vaatega. See võimaldab käsitleda elanikkonna vajadusi terviklikult ning suunata sekkumisi kooskõlas rahvastiku riskide ja toimetuleku seisundiga, enne kui probleemid individuaalse teenusevajadusena süvenevad.

Mõju sihtrühm 1 – kompleksse abivajadusega inimesed ja nende lähedased

TERVIK-mudel ei ole suunatud ainult ühele konkreetsele elanikkonna grupile. Vastupidi, selle eesmärgiks on terviklik heaolupiirkonna rahvastiku tervise- ja sotsiaalsete riskide juhtimine ja haldus. Igale heaolupiirkonna TERVIKule antakse reformi tulemusel oma piirkonna rahvastiku tervise- ja sotsiaalsete riskide juhtimiseks tööriistad ja toetatakse piirkonda tema jaoks prioriteetsetes valdkondades. **Kõige rohkem saavad TERVIK-reformi tulemusel seega mõjutatud elanikkonna grupid, kelle riskidega tegelemist TERVIK ise oluliseks peab.**

Riigi poolt so Tervisekassa lepinguga antakse kõigile piirkondadele ette ühised riiklikult prioriteetsed sihtrühmad/valdkonnad, kus valdkondadeülese koordineerimise teenust tuleb rakendada. Samuti annab Tervisekassa koostöös Tervise Arengu Instituudiga ette ennetuse ja tervisedenduse riiklikult prioriteetsed valdkonnad.

Üheks riiklikult prioriteetseks valdkondadeülese koordineerimise sihtrühmaks esmatasandil on mitut kroonilist haigust põdevad inimesed, kes vähesel terviseharituse ja sotsiaalsete riskide tõttu ei tule oma haiguste kontrolli all hoidmisega toime. Sihistatakse just selliste krooniliste haigustega inimesi, kelle kroonilised haigused on käsitletavad esmatasandil perearsti meeskonna poolt (so mitte kõiki kroonilisi haigusi).

Tabelis 1 on kirjeldatud nimetatud sihtrühma regionaalset paiknemist ja vanus-struktuuri ning haiguskoormust Tervisekassa 2025. aasta andmete alusel. Eelnõu esimeses versioonis sihistati eeskätt 4 ja enama esmatasandil käsitletava kroonilise haigusega inimeste sihtrühma. Eelnõu esimesele versioonile antud tagasisidest tulenevalt, on vaatluse alla võetud ka sihtrühm, kellel on 2–3 esmatasandil käsitletavat kroonilist haigust.

Muudatus avaldab olulist mõju inimestele, kelle abivajadus on kompleksne ning hõlmab samaaegselt nii tervise- kui sotsiaalvaldkonna tuge.

Inimeste jaoks tähendab regionaalne mõju ühtlasemat teenuste kättesaadavust ning väiksemat sõltuvust konkreetse piirkonna administratiivsest võimekusest, paraneb süsteemi arusaadavus ja toimimine. Regionaalses vaates vähendab muudatus riski, et haavatavad sihtrühmad jäävad erineva praktika tõttu asjakohase abita. Ühtne koostööraamistik vähendab erinevusi teenuste kavandamises ja sihtrühmade käsitlemises ning toetab nende sihtrühmade järjepidevamat käsitlemist. Institutsionaalselt tähendab see, et vastutus sihtrühmade käsitlemisel muutub koordineeritumalt jagatumaks ja üksikutest asutustest või isikutest vähem sõltuvaks.

Eriti oluline mõju avaldub riskirühmadesse kuuluvatele ja kompleksse abivajadusega inimestele. Ligikaudu 6% elanikkonnast moodustavad inimesed, kellel on samaaegselt vähemalt neli kroonilist haigust (2026. aastal 84 942), neist ligi 80% on 65-aastased ja vanemad. Kuigi kõige suurem absoluutne koormus langeb Harjumaale, on üle 65-aastaste seas enim mitme kroonilise haigusega riskirühma kuuluvaid isikuid Põlva, Tartu ja Ida-Viru maakonnas, kus nad moodustavad ligi kolmandiku⁴³ (vt tabel 1). Tegemist on sihtrühmaga, kelle tervisega seotud ja sotsiaalne toimetulek on sageli tihedalt omavahel seotud ning kelle abivajadus ei mahu ühe valdkonna teenuste raamidesse.

Tervisekassa andmetest selgitati välja, millised inimesed kuuluvad top-5 kõige kallimasse ravikulude gruppi. Võrreldes 4 ja enama krooniliste haigete grupiga on 2–3 kroonilist haigust põdevate inimeste grupis võrreldaval hulgal top-5 kõige kallimasse gruppi kuuluvaid inimesi. See viitab asjaolule, et koordinaatsiooni sihtgrupi sihistamisel ei ole otstarbekas kasutada pelgalt krooniliste haiguste arvu, vaid tuleb vaadata juurde ka teisi riskitegureid.

Tabel 1. Koordinaatsiooni sihtrühma regionaalne paiknemine ja vanus-struktuur ning haiguskooormus. Allikas: Tervisekassa, Statistikaamet. Sotsiaalministeeriumi arvutused.

Maakond	Elanikke	2-3 kroonilist haigust			2-3 kroonilist haigust	Neist kuuluvad 5% kalleimate hulka	4+ kroonilist haigust			4+ kroonilist haigust	Neist kuuluvad 5% kalleimate hulka
		-74	75-84	85+			-74	75-84	85+		
Harju maakond	619 050	62517	15951	6908	85376	10775	15920	10804	5756	32480	9257
Hiiu maakond	9 689	1285	319	119	1723	177	300	251	97	648	146
Ida-Viru maakond	125 098	20155	4249	2020	26424	3049	7122	3418	1853	12393	3041
Jõgeva maakond	26 465	3766	1030	434	5230	678	1206	772	387	2365	644
Järva maakond	28 468	3699	1086	387	5172	575	1058	721	352	2131	509
Lääne maakond	20 070	2627	788	277	3692	463	675	479	238	1392	365
Lääne-Viru maakond	56 203	7379	1963	867	10209	1282	1839	1199	607	3645	1008
Põlva maakond	23 280	3453	763	317	4533	485	1270	781	428	2479	620
Pärnu maakond	84 988	10096	2949	1255	14300	2016	2657	1904	1017	5578	1633
Rapla maakond	33 307	3934	1046	412	5392	662	1027	672	321	2020	541
Saare maakond	33 323	3674	1109	486	5269	740	945	696	362	2003	612
Tartu maakond	158 831	18418	3988	1934	24340	3125	5236	3502	1920	10658	3178
Valga maakond	26 085	3616	922	411	4949	662	1308	711	315	2334	634

⁴³ Tervisekassa, 2026; Statistikaamet. RV0240: Rahvastik soo, vanuse ja elukoha järgi, 1. jaanuari seisuga.

Viljandi maakond	44 028	5378	1541	701	7620	1035	1510	1120	532	3162	952
Võru maakond	33 515	4483	1112	506	6101	767	1459	920	444	2823	795
Kokku	1 322 400	154480	38816	1703 4	210330	26491	43532	27950	14629	86111	23935

Tabelis 2 on analüüsitud ka sihtrühma ravikulu inimese kohta 2025. aastal (ilma ravimite, ülikalliste raviarvete ja psühhiaatria eriala arveteta). Analüüs kinnitab, et 2–3 kroonilise haigusega inimese ravikulu võib olla oluliselt kõrgem, kui 4 ja enama kroonilise haigusega inimese ravikulu, mis viitab nende terviseprobleemide kompleksusele ja vajadusele kaasata koordineeritud sihtrühmaks valikuliselt ka 2–3 kroonilise haigusega inimesed. Käesolevas eelnõu ettepaneku kohaselt loobutakse riskirühma määratlusest ainult krooniliste haiguste arvu alusel ja muudetakse sihtrühma määratlemise alused komplekssemaks.

Tabel 2. Koordineeritud sihtrühma ravi keskmine maksumus 2025

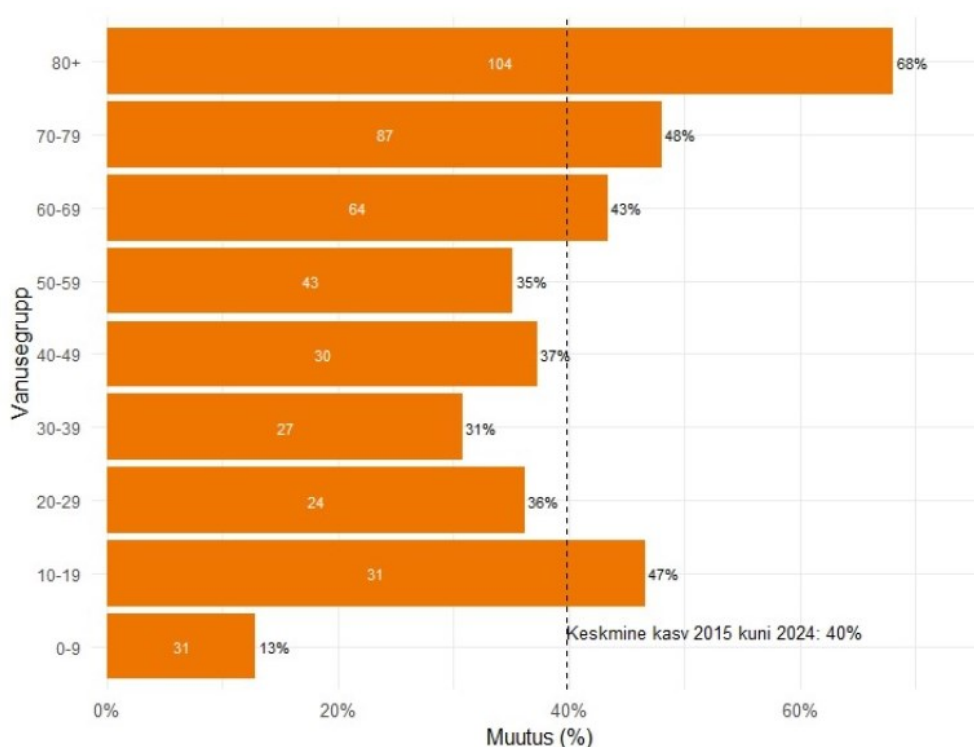
Allikas: Tervisekassa, Statistikaamet. Sotsiaalministeeriumi arvutused.

Maakond	2-3 kroonilist haigust			Neist 5% kalleimate ravikulu	4+ kroonilist haigust			Neist 5% kalleimate ravikulu
	-74	75-84	85+		-74	75-84	85+	
Harju maakond	1 590	2 240	2 474	5 093	3 491	3 877	3 859	5 929
Hiiu maakond	1 525	1 519	661	3 292	3 063	2 203	1 483	3 991
Ida-Viru maakond	1 533	2 017	1 878	4 128	2 799	3 063	2 849	4 139
Jõgeva maakond	1 759	2 393	2 234	5 215	3 098	3 631	3 538	5 490
Järva maakond	1 404	2 043	1 924	4 292	3 191	2 879	2 741	4 848
Lääne maakond	1 639	2 265	1 775	3 876	3 230	3 230	2 732	4 917
Lääne-Viru maakond	1 548	2 044	1 907	3 958	2 912	3 384	3 230	5 034
Põlva maakond	1 379	2 089	2 037	6 095	3 200	3 075	2 858	4 768
Pärnu maakond	1 844	2 190	2 159	4 299	3 512	3 646	3 157	5 308
Rapla maakond	1 611	2 030	1 941	4 188	3 250	3 543	2 900	5 125
Saare maakond	1 898	2 023	1 875	4 793	3 432	4 433	2 715	5 796
Tartu maakond	1 717	2 326	2 482	6 039	3 525	4 163	3 760	5 938
Valga maakond	1 714	2 205	2 170	4 458	3 101	3 446	3 356	4 655
Viljandi maakond	1 754	2 417	2 014	5 160	3 777	4 184	2 985	5 610
Võru maakond	1 705	1 937	2 181	5 555	3 339	3 762	3 455	5 359
Kokku	1 627	2 187	2 236	4 918	3 311	3 699	3 440	5 443

Lisades juurde sotsiaalsed riskitegurid, on muudatustest mõjutatavaks sihtrühmaks ka inimesed, kellel esinevad tegevuspiirangud ning kes vajavad oma abivajaduse katmiseks nii tervise- kui ka sotsiaalvaldkonna tuge. Tegevuspiirangud väljenduvad raskustes igapäevaste tegevustega toimetulekul (nt liikumine, enesehooldus või iseseisev elamine) ning on sageli seotud krooniliste haiguste või vananemisega. See sihtrühm kattub olulises osas eelnevalt kirjeldatud mitme kroonilise haigusega inimestega, kuid ei ole sellega samane, kuna tegevuspiirangud kirjeldavad eelkõige inimese toimetulekut, mitte tervises seisundit. Sihtrühma täpset suurust ei ole võimalik üheselt määratleda, kuna sotsiaal- ja tervisevaldkonna andmed ei ole integreeritud. Ligikaudse suurusjärgu hindamiseks saab kasutada 2025. aasta elanikkonna tegevuspiirangute ja hooldusvajaduse

uuringut⁴⁴, mille kohaselt kuulub 10% täisealisest elanikkonnast tõsiste tegevuspiirangutega rühma, kus esineb tõsiseid raskusi, enam kui pooltel juhtudel mitmes valdkonnas, ning oma tegevusi tunnetatakse oluliselt piiratuna. See viitab sihtrühmale, kellel on suur tõenäosus vajada samaaegselt mitut liiki tuge. Sihtrühma suurus on hinnanguliselt 101 400–114 000 inimest⁴⁵, kusjuures maakondlikus võrdluses kuulub tõsiste tegevuspiirangutega klastrisse suurim osakaal inimesi Põlva (22%), Ida-Viru (17%), Valga (17%), Jõgeva (17%) ning Võru (15%) maakonnas.

Kompleksse teenusvajadusega inimesed on valdavalt eakad ja selles vanuserühmas on abi komplekssus kasvuteel. Sellele viitab Sotsiaalministeeriumi analüüs⁴⁶, mis näitab, et tervishoiuteenuste kasutamine inimese kohta on perioodil 2015–2024 kasvanud kõige kiiremini 60-aastaste ja vanemate hulgas, eriti 70–79 ja 80+ vanuserühmas. See osutab, et abi komplekssus kasvab enim just nende sihtrühmade arvelt, kellel esineb sagedamini samaaegselt kroonilisi haigusi, toimetulekuraskusi ja vajadust mitme teenuse koordineeritud kasutamise järele (joonis 1).



Joonis 1. Tervishoiuteenuste kasutamise muutus 2024 vs. 2015 vanuserühmade järgi.

Tulpadel on esitatud osutatud teenuste arv ühe inimese kohta vastavas vanuserühmas 2024. aastal.

Andmete allikas: Tervisekassa

18-aastasest ja vanemast elanikkonnast hindab 9% end vajavat oma terviseprobleemist, kroonilisest haigusest või tegevuspiirangust tingituna täiendavaid teenuseid. Tervishoiu komplekskuse kasv avaldab seega ka otsest mõju sotsiaalvaldkonnale mõjutades KOVi pakutavate teenuste vajadust ja korraldust. 2024. aastal sai KOVi korraldatavat koduteenust 9088, sotsiaaltransporditeenust 18 428, isikliku abistaja teenust 508 ja täiskasvanute tugiisiku teenust 2044 inimest. Nõudlus KOV sotsiaalteenuste järele on kasvuteel sarnaselt tervishoiuteenustega, mis suurendab omakorda koordinatsiooni vajadust. 10-19 aastaste teenusekasutuse kiire kasvu taga on eeskätt noorte vaimse

⁴⁴ Sotsiaalministeerium. (2025). Elanikkonna tegevuspiirangute ja hooldusvajaduse uuring. Elanikkonnaküsitlus 2025. <https://sm.ee/sites/default/files/documents/2026-04/HOV%20uuringu%20raport%202025.pdf>

⁴⁵ RV021: RAHVASTIK, 1. JAANUAR | Sugu, Aasta ning Vanuserühm. Statistika andmebaas

⁴⁶ Pärj, L., Piirits, M. (2026). Analüüs tervishoiu rahastamise hetkeolukorra kohta: Miks tervishoiukulud kasvavad ja teenusekasutus muutub? Kitsaskohad ja lahendused Eesti tervishoiusüsteemis. Sotsiaalministeerium.

tervise probleemide süvenemine, mis tähendab, et ka see on tähelepanu vajav sihtrühm nii koordinatsiooni kui ka ennetuse vaates.

2025. aastal jäi viimase perearsti külastusega rahule 77% ja eriarsti visiidiga 84% patsientidest, kuid rahulolu tervishoiusüsteemiga tervikuna oluliselt väiksem ning langevas trendis. Sellega on rahul 48% 18-aastastest ja vanematest elanikest, samas kui 2021. aastal oli vastav näitaja 73%.⁴⁷ Elanike hinnangud viitavad sellele, et probleem ei seisne niivõrd tervishoiutöötajate töö kvaliteedis, kuivõrd süsteemi toimimises laiemalt. Planeeritavad muudatused aitavad parandada teenuste koostoimet ja selle kaudu inimese ja tema lähedaste rahulolu süsteemi toimimisega.

Eelnõu ei loo uut sotsiaal- ega tervishoiuteenust ega muudeta inimese õigusi olemasolevate teenuste saamisel. Valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse eesmärk on toetada inimese sujuvamat liikumist olemasolevate tervishoiu- ja sotsiaalteenuste vahel. Seetõttu ei sõltu inimese õigus saada vajalikke teenuseid sellest, kas ta osaleb koordinatsiooniteenusel või mitte.

Elanike vaates võib muudatuste mõju avalduda veel tervisedenduse süsteemsemas ja sihipärasemas korralduses. Kui maakondlik tervisedenduse tegevus viiakse TERVIKu koosseisu ja seotakse senisest tugevamalt heaolupiirkonna strateegiliste eesmärkidega, loob see eeldused suunata koostöö tulemusel saavutatud tõhusus läbi tervisedendus- ja ennetustegevuste näol rohkem neile sihtrühmadele kelle tervise- ja toimetuleku riskid on alles välja kujunemas ja on võimalus ära hoida tõsisemaid tervise- ja sotsiaalprobleeme. Fookuses saavad olema lisaks laste ja noorte vaimse tervise probleemidele ka sellega seotud sõltuvusprobleemid ja oskus oma tervist juhtida.

Majandusliku mõju vaates loob muudatus pikemas perspektiivis eeldused suunata ressursse senisest enam ennetavatesse ja vajaduspõhistesse lahendustesse ning toetab abivajaduse varasemat märkamist ja sekkumist. Samas ei kõrvalda muudatus iseenesest teenuste puudujääki, järjekordi ega teenusemahtude piiranguid, mistõttu sõltub selle mõju ka edaspidi piirkondlikust teenusevõrgust ja olemasolevast teenuste kättesaadavusest.

Kokkuvõttes võib TERVIK-reform puudutada rohkem või vähem igat inimest, kuid eesmärgistatult suuremat mõju avaldab ta esimestel aastatel eakamatele mitme kroonilise haigusega inimeste sihtrühmale ja vaimse tervise muredega noorte sihtrühmale. Inimese jaoks avalduvad mõjud tõenäoliselt oma tervise ja toimetuleku probleemide paremas mõistmises ja enese kontrolli alla saamises ning sellega kaasnevas rahulolu suurenemises, mis on teiste riikide näitel tavapärane integratsiooniga kaasnev tulemus. Oodatavalt väheneb või pidurdub institutsionaalse abi (haiglad ja hooldusasutused) kasutamine, kuid sellega võib seonduda suurem koduteenuste vajadus. Sihtrühmale avalduv ebasoovitavate mõjude risk sihtrühmale on väike, kuna inimestel, kes koordinatsiooniteenusega ei liitu, jätkub abi senise korralduse alusel ning nende õigused ei muutu.

Mõju sihtrühm 2 – tervishoiuteenuse osutajad (sh haiglad, tervise- ja perearstikeskused ning muud tervishoiuteenuse osutajad) ja sotsiaalteenuse osutajad piirkondlikus koostöös

Rahvusvahelised integreeritud hoolduse põhimõtted rõhutavad, et tervishoiu- ja sotsiaalteenused peavad toimima ühtse hooldustekonnana, kus inimese tervise-, toimetuleku- ja sotsiaalse toe vajadusi hinnatakse koos ning teenused kavandatakse koordineeritult. See aitab vähendada

⁴⁷ Kantar Emor. (2026). Eesti elanike hinnangud arstiabile. Kättesaadav: https://tervisekassa.ee/sites/default/files/elanike_hinnangud_arstiabile_2025_kantaremor_q4_aruanne_0.pdf.

dubleerivaid hindamisi, parandada info liikumist ning toetada järjepidevat abi erinevate teenuseosutajate vahel ⁴⁸.

Tervishoiu- ja sotsiaalteenuse osutajate ring on lai. 2025. aastal tegutses Eestis tervishoiu ja sotsiaalhoolekandes 2779 ettevõtet⁴⁹ (s.o 1,7% kõigist ettevõtetest). Lisaks sellele osutasid teenuseid ka KOVid ja riik ise.

Mõju perearstidele ja perearstimeeskonnale TERVIKute loomisel TERVIKutes ning koostöökogudes osalemisel

Perearstidel, nende meeskondadel ja perearstikeskustel kui esmatasandi tervishoiu kesksel osapooltel on kandev roll esmase tervisemurega tegelemisel ning riskirühmade varajases märkamises. Eestis oli 01.03.2026 seisuga 783 perearsti nimistut, mida teenindab 1116 arsti (sh 705 perearsti) ja 1779 õde. Perearstiabi osutajaid on Tervisekassa andmetel 409. Neist 46% on üksikpraksised, ligi 18% grupipraksised, 28% tegutsevad mitme juriidilise isiku koostöökokkuleppelises tervisekeskuses ja 8% on ühe juriidilise isiku baasil moodustatud tervisekeskused.⁵⁰

Reform suurendab perearstide ja perearstimeeskondade rolli piirkondliku tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostöö kujundamisel. Senise valdavalt kahepoolse koostöö asemel saavad perearstid osaks püsivast koostöövõrgustikust, mille kaudu lepatakse kokku piirkonna ühistes prioriteetides, riskirühmade käsitlemise põhimõtetes ning teenuste koordineerimises. Perearstidel tekib võimalus osaleda oma piirkonna teenuseteekondade ja koostöökorralduse kujundamises ning mõjutada piirkondlikke arendusotsuseid. Selline koostöö parandab esmatasandi tervishoiu vajaduste arvestamist tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna ühisel planeerimisel. Reformi eesmärk on vähendada olukordi, kus perearst peab lahendama süsteemseid koostööprobleeme üksikjuhtumite kaupa.

Eelnõu kohaselt peavad TERVIKutega liituma koostöölepingu alusel vähemalt tervisekeskused – nii juriidilised isikud kui ka koostöökokkuleppelised tervisekeskused. Üksikpraksised ja ka väikesed grupipraksised kuuluvad TERVIKusse seaduse alusel ega pea TERVIKuga koostöölepingut sõlmima. Koostöölepingu mittesõlmimine tähendab sisuliselt seda sama, mida lepingus tähendaks assotsieerunud liikme roll – assotsieerunud liige ei pea aktiivselt TERVIKu töösse, koostöökokkulepete sõlmimisse ja piirkonna strateegilise arengu planeerimisse panustama, kuid peab TERVIKu kokkulepete ja koostööpraktikatega oma igapäevases töös arvestama. See võib tähendada, et üksikpraksistes töötavate perearstide huvid jäävad TERVIKus vähem arvestatuks.

Teisalt, kui perearstide huvid on TERVIKus hästi esindatud, võivad teenusekorralduse koostöökokkulepped teha perearsti töö oluliselt ladusamaks. TERVIKu loomise ja käivitamise faasis on kasulik osaleda pakutavatel koolitustel ja infopäevadel, et oma tegevus TERVIKusüsteemiga võimalikult hästi kooskõlastada. TERVIKu tegevuse rakendusfaasis tähendab selle töös osalemine perearstile ca kord kvartalis TERVIKu töösse panustamist, kui TERVIKus ei ole kokku lepitud teisiti.

TERVIKu raames võivad eeskätt üksikpraksistena töötavad perearstid omavahel koostööd teha – planeerida tarvilikke arendusi, palgata tarvilikke tugispetsialiste (nt IT-turbega seondult),

⁴⁸ [Integrated care for older people \(ICOPE\): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care, 2nd ed](#)

⁴⁹ Statistikaamet, 2026. ER022: Statistilisse profiili kuuluvad ettevõtted, tegevusala (EMTAK 2025) järgi Leitav: https://andmed.stat.ee/et/stat/majandus_majandusukused_ettevotjad/ER022 (12.03.2026).

⁵⁰ Tervisekassa. [Ülevaade perearstide nimistutest | Tervisekassa](#).

kasutada ühist terviseteejuhti, vaimse tervise õde, koduõde vm spetsialisti, osaleda ühiselt välisabi projektis jne. Samas tuleb silmas pidada, et paralleelselt on toimumas esmatasandi jätkusuutlikkuse reform ja perearstiabi jätkusuutlikkuse toetamine saab olema ka üks TERVIKu funktsioone.

Reformi rakendamise alguses suureneb perearstidel ajakulu koostööstruktuuride käivitamiseks, ühiste tööprotsesside kokkuleppimiseks ning TERVIKu tegevustes osalemiseks. Tegemist on eelkõige ühekordse rakendusemõjuga. Pikemas perspektiivis eeldatakse, et kokkulepitud koostöömudelid, ühtsed teenuseteekonnad ja regulaarne koostöö vähendavad koordineerimisele kuluvat aega ning parandavad erinevate teenuseosutajate vahelist infovahetust. Reform ei muuda perearstide iseseisvat ravivastutust ega nimistupõhist töökorraldust.

Perearstikeskuste jaoks ei kaasne TERVIKu liikmelisusega otseseid rahalisi lisakulusid – terviseteejuhi personali- ja tegevuskulu rahastatakse Tervisekassa vahenditest ning andmevahetus toimub olemasolevate infosüsteemide kaudu.

TERVIK otsustab terviseteejuhtide paiknemise koostöös teenuseosutajatega, paigutades terviseteejuhi sellesse tervisekeskusesse, kus on olemas sobiv tööruum. Kuna terviseteejuhi tegevuskulud, sh tööruumi rent, kaetakse Tervisekassa vahenditest, ei pea perearstikeskus ega muu teenuseosutaja terviseteejuhile tööruumi kuludes osalema. Halduskoormuse vaates võib kaasneda mõningaid lisakohustusi, sest leping terviseteejuhi kulude katmiseks sõlmitakse tervishoiuteenuse osutajaga, kes terviseteejuhi(d) palkab. Samas võib pikemas perspektiivis koordinatsiooniteenuse rakendamine vähendada perearstide koormust keerukate tervise- ja sotsiaalprobleemidega patsientide käsitlemisel, mis loob eeldused ressursside sihipärasemaks kasutamiseks ravitöös.

Mõju haiglatele TERVIK-ute loomisel TERVIK-utes ning koostöökogudes osalemisel

Reform suurendab haiglate rolli piirkondliku tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostöö kavandamisel ning elluviimisel. Haiglad osalevad TERVIKu liikmetena piirkondlike koostöökokkulepete sõlmimisel, riskirühmade käsitlemise põhimõtete väljatöötamisel ning tervishoiu- ja sotsiaalteenuste ühisel arendamisel. Koostöö võimaldab siduda haiglate raviprotsessid senisest paremini esmatasandi tervishoiu, KOVide ja teiste teenuseosutajate tegevusega, parandades ravi järjepidevust ja patsiendi sujuvat liikumist teenuseosutajate vahel.

Piirkondliku vastutusega haiglatele on ootused laiemad – kuna nad teenindavad ka teiste maakondade elanikke, siis on teiste maakondade TERVIKutel õigustatud ootus, et inimeste maakondadevahelist liikumist eeldavate teenuseosutamise teekondade korralduslike kokkulepete sõlmimises osaleksid ka piirkondlikud haiglad. Piirkondlikud haiglad võivad välja pakkuda oma peamise teeninduspiirkonna maakondadele ka ühtseid koostööpõhimõtteid.

Haiglate puhul on majanduslik mõju suurem, kuna nad võivad olla ka TERVIKu moodustaja rollis. See tähendab struktuuriüksuse loomist, raamatupidamislikku eristamist ja eraldi arvelduskonto avamist. TERVIKu moodustaja saab sõlmida Tervisekassaga lepingu TERVIKu püsikulude katteks, esitades koostöölepingud minimaalselt nõutud osapooltega. Tervisekassa võtab üle TERVIKuga seotud rahastamise kohustuse alates 1. maist 2028 ainult juhul, kui TERVIKu koosseisus on kõik seadusega nõutud kohustuslikud osapooled. Sellega kaasneb TERVIKu moodustajale täiendav ülesanne sõlmida vajalike osapooltega koostöölepingud. Tegemist on ühelt poolt lisaülesande ja täiendava koormusega, ent teisalt annab see võimaluse oluliste koostööpartneritega ka sisuliselt olulised koostöö valdkonnad läbi arutada ja koostööpõhimõtted kokku leppida.

Kui heaolupiirkonnas ei ole TERVIKut tähtajaks moodustatud, lasub moodustamise kohustus haiglavõrgu arengukava haiglal, mistõttu võib haigla TERVIKu moodustaja rolli sattuda ka teiste osapoolte aktiivsuse puudumisel. Haiglatel, kes on TERVIKu moodustaja rollis, lisanduvad püsivad

juhtimis- ja koordineerimisülesanded. Riski maandab asjaolu, et kõigis maakondades, on juba käimas ESF+ hoolduskoordinatsiooni projekt, kus on projekti raames olemas töötav võrgustikujuht – sama isik saab jätkata edaspidi ka TERVIKu võrgustikujuhi ülesannete täitmist. TERVIKus saab kokku leppida, et projektis töötav võrgustikujuht aitab korraldada TERVIKu koostöölepingu sõlmimist tarvilike osapooltega. Samas võib rakendamise algfaasis suureneda nende teenuseosutajate aja- ja halduskulu, kes peavad osalema uute koostöökokkulepete, tööprotsesside ja piirkondlike arenduslahenduste kujundamises.

Majanduslikult loob muudatus eeldused haigla ressursside tõhusamaks kasutamiseks, kuna teenuste planeerimine muutub andmepõhisemaks ning võimaldab kujundada terviklikuma ülevaate vajadustest ja suunata ressursse sihipärasemalt. Pikemas perspektiivis võib see vähendada välditavate ja madala lisandväärtusega teenuste osakaalu, sealhulgas välditavaid hospitaliseerimisi, korduvaid pöördumisi EMO-sse ning dubleerivaid uuringuid. Kirjeldatud efekti saavutamiseks on oluline, et toimuks põhimõtteline muutus haiglate rahastamises st, et rahastamine ei motiveeriks enam hospitaliseerimist ja erakorralist vastuvõttu.

Teenuste ja ressursikasutuse ümberkorraldamiseks ja arendamiseks on oluline, et TERVIKul oleks võimekus taotleda ja administreerida välisabi projekte, sest Sotsiaalministeerium on kavandanud suunata TERVIKute kaudu heaolupiirkondadesse selleks otstarbeks olulist välisabi ressursi.

Koostöökoguga kaasnevad mõjud perearstidele ja haiglatele

Koostöökogus osalemise võimalus kaks korda aastas võimaldab tuua piirkonna spetsiifilised tervishoiu probleemid ja konkreetsed arendusvajadused riigiametnikeni ja kohalike poliitikuteni ning arutada ühiselt sobilikke lahendusi ning saada infot ressursside kaasamisvõimaluste kohta.

Ei haiglate ega perearstikeskuste jaoks ei kaasne koostöökogu ega TERVIKu liikmelisusega otseseid rahalisi lisakulusid, andmevahetus toimub olemasolevate infosüsteemide kaudu.

Muudatusega võivad kaasneda ka ebasoovitavad mõjud, mis ei pruugi piirduda üksnes üleminekuperioodiga. Uute koostöökohustuste täitmine eeldab osapoolte valmisolekut ja ressursse, mistõttu on oluline tagada piisav rakenduslik tugi ja selge kommunikatsioon. Töötajaskonna muutuvad rollid ja vastutuse teisenemine võivad rakendamise algfaasis tekitada ajutist ebakindlust, mida aitavad leevendada ühiselt kokkulepitud tööjaotus ja -korraldus.

Uute ülesannetega peab kaasnema selgus nende püsiva rahastamise osas. TERVIKute rahastamise korraldus on täpsemalt kirjeldatud seletuskirja eelarvemõju käsitlevas peatükis. Ressursside piiratus võib tekitada osapooltes vastupanu uutele koostöökohustele, eelkõige seal, kus TERVIKu tegevusega seotud koordineerimis- ja osalemiskohustused lisanduvad olemasolevale töökoormusele ilma otsese lisarahastuseta teenuseosutaja tasandil. Samas võimaldab TERVIKus osalemine pikemas perspektiivis vähendada dubleerimist ja ebavajalikke menetlustoiminguid, mis läbi teenuseosutaja saab olemasolevaid ressursse sihipärasemalt kasutada. Kokkulepped organisatoorsel tasandil vähendavad spetsialistide töökoormust, mis on seotud inimese liikumise korraldamisega talle vajalikule jätkuteenusele. See parandab töötajate rahulolu. TERVIK annab võimaluse ühisteks innovatsioonideks ja teenuste arendusteks olles kohapealne valdkondadeülene kompetentsikeskus, kes on riigile heaks partneriks piirkonna arendusvajaduste arutelul ja ressursside planeerimisel.

Töötukassa tööjõuvajaduse baromeetri andmetel on sotsiaaltöötajate ja nõustajate (ISCO 2635) tööjõu olukord perioodil 2020–2025 paranenud – tööjõu puudujääk selles rühmas on maakondade

lõikes vähenenud 40%-lt (6 maakonda) 20%-le (Järva, Põlva ja Viljandi maakond)⁵¹. OSKA 2022. a sotsiaaltöö valdkonna uuringu andmetel töötab 46% sotsiaaltöö kõrgharidusõppe lõpetajatest mujal kui sotsiaalvaldkonnas ning vaid 25% rakendub sotsiaaltöö spetsialisti või nõustajana⁵². Kuna terviseteejuhilt nõutakse tervishoiu või sotsiaalvaldkonna kõrgharidust, on nende seas potentsiaalne kandidaatide reserv, kellele terviseteejuhi ametikoht võimaldaks oma erialateadmisi uudsel viisil rakendada.

Regionaalne mõju avaldub paremas koostöös piirkonna teiste osapooltega. See loob eeldused ühtlasemaks teenuste kättesaadavuseks ja paremini koordineeritud teenuseteekondadeks. Väiksema võimekusega piirkondades võib muudatus aidata vähendada sõltuvust üksikute asutuste või spetsialistide võimekusest, kuigi tegelik mõju sõltub ka piirkondlikust koostöökultuurist, olemasolevast teenusevõrgust ja osapoolte valmisolekust uusi koostööpõhimõtteid rakendada.

TERVIKute maakondlikud juhtimislaudad ning nendega seotud kvaliteedi- ja tulemusmõõdikud loovad perearstidele ja haiglatele ühise raamistiku oma tegevuse hindamiseks ning piirkondlike eesmärkide saavutamise jälgimiseks, toetades senisest süsteemsemat koostööd ja tulemustest õppimist. Uue töövahendiga kohanemist toetavad Tervisekassa, Tervise Arengu Instituudi ja Sotsiaalkindlustusameti koostatavad juhised ja tulemusmõõdikute juhtlaud, mis avaldatakse Tervisekassa veebilehel.

Kokkuvõttes on muudatus tervishoiu- ja sotsiaalteenuse osutajate jaoks olulise mõjuga, kuna see muudab teenuste kavandamise, koostöö ja vastutuse jagunemise loogikat ning teenuseosutajate rolli valdkondadeüleses ja piirkondlikus koostöös. Muudatus mõjutab igapäevast töökorraldust, sealhulgas abivajaduse varasemat märkamist, koostööd teiste osapooltega ja otsuste tegemist ühiselt kokkulepitud raamistikus. Mõju avaldub regulaarselt. Ebasoovitavate mõjude risk on keskmine, kuna uute kohustuste ja muutuvate rollide rakendamine eeldab osapoolte valmisolekut ja piisavat rakenduslikku tuge.

Mõju sihtrühm 3 – KOVid (sh MAROd)

Muudatus avaldab olulist mõju KOVidele, kuna loob senisest süsteemsema koostööraamistiku tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna vahel. KOVide jaoks tähendab see uusi võimalusi toetada süsteemsemalt inimesi, kelle abivajadus hõlmab samaaegselt nii tervise- kui ka sotsiaalvaldkonda. Muudatus ei laienda ega kitsenda kohaliku omavalitsuse seadusest ega SHS-ist tulenevaid ülesandeid, kuid loob uue korraldusliku raamistiku nende ülesannete täitmiseks olukordades, kus inimese abivajaduse lahendamine eeldab tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koordineeritud tegutsemist. Muudatus ei asenda sotsiaalhoolekande seaduses sätestatud juhtumikorraldust, vaid täiendab seda juhtudel, kus inimese vajadused ületavad ühe valdkonna pädevuse ning eeldavad püsivat valdkondadeülest koostööd.

Mõju avaldub eeskätt KOVile kui sotsiaalse abivajaduse katmise eest vastutajale. Heaolupiirkonna tasandil kujundatud ühised prioriteedid, tervise- ja heaoluprofiil ning TERVIKu kaudu kujundatav koostöökorraldus loovad parema aluse siduda sotsiaalteenuste planeerimine tervishoiu arengusuundadega olukordades, kus inimeste vajadused seda eeldavad. See aitab vähendada olukordi, kus teenuseid arendatakse killustatult ja ilma vastastikuse arvestuseta. Samuti loob piirkondlik koostöö eeldused sotsiaalteenuste ühiseks kavandamiseks ja paremini koordineeritud korralduseks, säilitades KOVide seadusest tuleneva vastutuse teenuste korraldamise eest. See võimaldab paremini kasutada olemasolevaid ressursse, vältida dubleerimist ning pakkuda teenuseid

⁵¹ Eesti Töötukassa tööjõuvajaduse baromeeter, 2025. Kättesaadav: <https://www.tootukassa.ee/et/baromeeter/tabel>

⁵² [Sotsiaaltöö | OSKA uuringud](#)

paindlikumalt, sealhulgas olukordades, kus ühe KOVi võimekus on piiratud. Lisaks loob koostöö paremad võimalused kasutada välisrahastust ja muid arendusvahendeid piirkondlikult koordineerituna, mitte üksikute projektidena. See on oluline eelkõige väiksemates piirkondades, kus ühe KOVi administratiivne ja projektijuhtimise võimekus võib olla piiratud.

Mõju piirkondlikule juhtimisele

Eelnõuga luuakse igasse heaolupiirkonda koostöökogu ning TERVIK kui piirkondlik tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostöö vorm. TERVIKusse peavad kuuluma kõik heaolupiirkonda kuuluvad KOVid. Kohustuslik piirkondlik koostöö ei ole rahvusvahelises praktikas erandlik lahendus. Sarnased koostöömudelid toimivad näiteks Flandrias⁵³, Norras⁵⁴ ja Inglismaal⁵⁵, kus KOVidel ja tervishoiuteenuse osutajatel lasub seadusest tulenev kohustus teha piirkondlikku koostööd, sõlmida koostöökokkuleppeid ning kavandada teenuseid ühiselt.

TERVIKu liikmeks olemine tähendab KOVidele kohustust sõlmida koostööleping, milles sätestatakse vähemalt juhtimisstruktuur, liikmete õigused ja kohustused, info- ja andmevahetus ning eelarve ja aruandluse korraldus. Sisuliselt tähendab liikmeks olemine KOVile kohustust osaleda TERVIKu moodustamises ja koostöökokkulepete sõlmimises, nimetada esindaja heaolupiirkonna koostöökogusse, tagada KOVi sotsiaaltöötajate osalemine koordinatsiooniteenuse tugimeeskondades ning tagada märkamislehtede täitmine juhul, kui sotsiaaltöötaja tuvastab samaaegsed tervise- ja sotsiaalprobleemid. Liikmelisus ei tähenda KOVile kohustust osutada uusi teenuseid ega anna seadusest tulenevat vastutust üle TERVIKule.

Mõju MAROdele ja olemasolevatele koostöövormidele

Eelnõu näeb ette, et igas heaolupiirkonnas moodustatakse koostöökogu. Koostöökogu moodustatakse MARO juurde, selle puudumisel selle KOV juurde, kes hakkab koostöökogu tööd korraldama. Kuigi kõigis maakondades on kehtiva RTHSi alusel moodustatud tervisenõukogud või tervise ja turvalisuse nõukogud, mis paiknevad valdavalt MAROde juures ning tegutsevad osaliselt sarnases rollis koostöökoguga, ei asendata eelnõu kohaselt olemasolevad tervise- ja turvalisuse nõukogusid koostöökoguga. Tervise- ja turvalisuse nõukogud on ekspertgrupid ja nende koosseis on oluliselt laiem kui koostöökogul hõlmates näiteks haridus-, sotsiaal-, tervishoiu, siseturvalisuse, kultuuri- ja spordivaldkonna esindajaid⁵⁶ (nendes pole riigiametnike ega Tervisekassa esindajaid). Koostöökogu koosneb eeskätt KOV tasandi poliitilistest juhtidest ja riigiametnikest ning Sotsiaalministeeriumi ja Tervisekassa esindajatest.

Koostöökogu kutsub kokku ning seda juhib ja koosolekuid protokollib nimetatud organisatsiooni esindaja, kelle juurde koostöökogu moodustatakse (MARO, erandina KOV), tervisenõukogu töö koordineerimist jätkab maakonna tervisedendaja – selline lähenemine tagab, et mõlema koostööorgani puhul on selge koordinatsioon ja huvikaitse tagatud.

Koostöökogu aruteludesse ja TERVIKusse võivad kuuluda ka maakondlikud või KOVde tervisedendajad, kes koordineerivad ühtlasi tervisenõukogude tööd. Maakonna tervisedendajad töötavad valdavalt MAROdes ning koordineerivad tervisedenduse ja ennetuse planeerimist ning rakendamist KOVde üleselt. Maakonna tervisedendaja roll ja põhiülesanded jäävad sisuliselt samaks. Tervisedendaja vastutab endiselt maakonnas rahvatervishoiu valdkonna eest ning tegeleb

⁵³ [Primary Care Decree \(Eerstelijnsdecreet\), 26 April 2019](#)

⁵⁴ [The Coordination Reform, Norway, 2012 | Splash-DB](#)

⁵⁵ [Health and Care Act 2022](#)

⁵⁶ [tn_juhendmaterjal_2026.pdf](#).

oma vastutusvaldkonna piires tervise- ja heaoluprofiiliga. Edaspidi pööratakse senisest enam tähelepanu valdkondadeülesele ja koordineeritud koostööle, mis aitab toetada piirkondlike eesmärkide saavutamist ning parandada inimeste tervist ja heaolu.

Lisaks kuuluvad tervisedendajate võrgustikku ka KOVde tervisedendajad ja haridusasutuste tervisedendajad. Tervisedendajate kaasamine TERVIKusse toetab terviklikumat ja süsteemsemat lähenemist ennetusele ja tervisedendusele piirkondlikul tasandil ning tervisedendaja on ühtlasi rahvatervishoiu vaates vahelüli riigiasutuste (TAI, Tervisekassa, SKA) ja kohaliku tasandi vahel.

Rahvatervishoiu tegevuste rahastamine põhineb ka edaspidi riigi, KOVide ja teiste piirkondlike partnerite ühisel panusel. Riik toetab maakondliku rahvatervishoiu võimekuse säilitamist ja arendamist muu hulgas Tervise Arengu Instituudi kaudu, rahastades maakondlike rahvatervishoiu tegevuste planeerimist ja elluviimist ning vastava kompetentsi hoidmist piirkonnas. 2026. ja 2027. aastal moodustab see toetus kõigi 15 maakonna peale kokku 130 000 eurot, millele lisanduvad maakonna arendusorganisatsioonide, KOVide ja teiste partnerite panused.⁶⁴

Arvestades tervise- ja heaoluprobleemide ulatust ning kasvavaid ootusi ennetusele, on olemasolev ressurss piiratud ning vajadus rahvatervishoiu tegevuste järele ületab sageli olemasolevaid võimalusi. Sellele osutavad ka varasemad uuringud, mis toovad välja, et ennetus ja tervisedendus on sageli alarahastatud ja projektipõhised. Vähesed ressursid ja projektide lühiajalisus omakorda vähendavad tegevuste järjepidevust ja tulemuslikkust.^{65, 66} Seetõttu on eriti oluline erinevate osapoolte ühine järjepidev panustamine, tegevuste koordineerimine ning olemasoleva ressursi võimalikult tõhus kasutamine. Rahvatervishoiu valdkonnas tuleb eelistada tõenduspõhiseid ja tulemuslikke sekkumisi, mis aitavad saavutada suurimat mõju elanikkonna tervisele ja heaolule. Seejuures tagab järjepidevus selliste sekkumiste puhul nende mõju kestuse ja kumuleerumise – paljud tervisedenduse ja ennetuse tulemused (nt käitumismuutused, riskitegurite vähenemine) kujunevad alles pikema aja jooksul, mistõttu katkestab katkendlik, projektipõhine rahastus sekkumised sageli enne, kui nende mõju jõuab reaalselt avalduda.

Ennetusse ja tervisedendusse panustamine aitab vähendada haiguste ning sotsiaalsete probleemide kujunemist ja süvenemist, mis omakorda vähendab pikemas vaates vajadust kallimate tervishoiu- ja sotsiaalteenuste järele ning toetab avalike vahendite tõhusamat kasutamist. Varajane sekkumine ja tervist toetava elukeskkonna kujundamine võimaldavad suunata ressursse probleemide ennetamisse, mitte üksnes nende tagajärgede leevendamisse.

Halduskoormus

Halduskoormuse seisukohast suureneb muudatuse rakendamise algfaasis eelkõige KOVide ja MAROde strateegilise juhtimise ja koordineerimisega seotud ajakulu. Täiendav töö seisneb TERVIKu ja koostöökogu töös osalemises, ühiste prioriteetide kujundamises, tervise- ja heaoluprofiili sisendi ettevalmistamises, piirkondlike kokkulepete sõlmimises ning koostöö koordineerimises. Tegemist on eelkõige strateegilise planeerimise ja juhtimisega seotud koormusega.

Rakendamise alguses võib kohtumiste sagedus ületada seaduses sätestatud miinimumi, kuna kujundatakse ühised eesmärgid, töökorraldus ja koostööpõhimõtted. Pikemas perspektiivis võib koormus väheneda, sest senised eraldiseisvad koordineerimisprotsessid ja projektipõhised koostöövormid asenduvad püsivama piirkondliku koostööga.

Mõju juhtimisvõimekusele ja teenuste korraldamisele

Muudatus tugevdab KOVide strateegilist juhtimisvõimekust. Tervise- ja heaoluprofiili kasutatakse edaspidi senisest süsteemsemalt planeerimise alusena. See annab KOVidele parema ülevaate rahvastiku vajadustest, riskirühmadest ja teenuste kasutamise mustritest ning loob eeldused teha teadlikumaid valikuid kodu- ja kogukonnapõhiste teenuste arendamisel, ressursside suunamisel ja koostöö korraldamisel.

KOVide erineva võimekuse tõttu ei avaldu muudatuse mõju kõigis piirkondades ühtmoodi. Piiratud analüüsivõimekus ja spetsialistide vähesus võivad raskendada uue koostöömodeli rakendamist. Samas vähendab ühine piirkondlik planeerimine sõltuvust üksikute KOVide võimekusest, võimaldab kasutada ühiseid andmeid ja metoodikaid ning toetab kogemuste jagamist.

Reformi rakendumisel võib lühiajaliselt suureneda nõudlus toetavate, ennetavate ja kodupõhiste sotsiaalteenuste järele, kuna seni varjatud või ebapiisavalt kaetud abivajadused muutuvad nähtavamaks. See võib suurendada survet KOVide teenustele, töökorraldusele ja eelarvele. Pikemas perspektiivis on eesmärk suunata abi varasemasse faasi, et ennetada probleemide süvenemist. Selline mõju ei avaldu siiski automaatselt, vaid sõltub teenuste tegelikust kättesaadavusest, piirkondlikust võimekusest ja riigi pakutavast rakendustoest.

Majanduslik mõju

Majanduslikus vaates loob muudatus eeldused olemasolevate ressursside tõhusamaks kasutamiseks. Ühine planeerimine, parem ülevaade piirkondlikest vajadustest ning selgem tööjaotus tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna vahel võivad vähendada dubleerimist ja toetada vahendite suunamist suurema mõjuga tegevustesse. Samas ei tähenda see tingimata kohalike kulude vähenemist. Vastupidi, üleminekuperioodil võib suureneda vajadus investeerida teenuste ümberkorraldamisse, tööprotsesside muutmisse, koostöö arendamisse ning toetavate teenuste mahu kasvatamisse.

Eelnõu näeb ette ka tulemustasu võimaluse. Tulemuseesmärkide saavutamisel võib TERVIK kasutada tulemustasu rahvatervishoiu eesmärkide saavutamiseks, eeskätt haiguste ennetuseks ja tervisedenduseks, sealhulgas universaalseks ennetuseks⁵⁷, mis hõlmab tervist toetavate tingimuste kujundamist tervishoiu-, haridus- ja turvalisuse valdkondades.

Pikaajaliselt võivad varasem sekkumine, parem teenuste sihtimine ja koordineeritum töökorraldus aidata leevendada kulusurvet, eelkõige nende teenuste puhul, mis muutuvad inimese jaoks kõige kulukamaks siis, kui abi osutatakse hilinenult või killustunult.

Kokkuvõttes on mõju KOVidele ja MAROdele oluline. Eelnõu muudab sotsiaalteenuste korraldamise keskkonda. Heaolupiirkonnad, koostöökogud, TERVIKud ja tervise- ja heaoluprofiil loovad ühtsema raamistiku piirkondlikuks planeerimiseks, infovahetuseks ja teenuste arendamiseks. Muudatus loob eeldused varasemaks märkamiseks, teadlikumaks teenusearenduseks ning tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna paremini seotud tegutsemiseks. Samas ei taga kavandatav koostöömodel iseenesest teenuste paremat kättesaadavust ega vähenda automaatselt kohalikke kulusid. Koordinaatsioon aitab katmata abivajaduse ja teenuselüngad nähtavale tuua, kuid puuduvat teenust, tööjõudu või rahastust see ei asenda. Algfaasis kaasneb KOVidele ja MAROdele täiendav juhtimis-, koordineerimis- ja kohanemiskoormus. Ebasoovitavate mõjude risk on keskmine ning seondub eelkõige haldus- ja koosolekukoormuse kasvu, rollide ebaselguse, koostöövormide dubleerimise, tervisedenduse ja ennetuse võimaliku nõrgenemise ning KOVi teenustele avalduva lisasurvega, mis

⁵⁷ [universaalne ennetus](#) | [Tervisesõnastik](#)

avaldub tugevamalt väiksemates KOVides, kus administratiivne võimekus on piiratud. Muudatusel on oluline positiivne mõjupotentsiaal, kuid selle realiseerumine sõltub sellest, kuidas uus koostöömudel asendab senist killustatud koordineerimist, KOVide võimekusest, piirkondliku teenusevõrgu tugevusest, digilahenduste toimivusest ja riigi pakutavast rakendustoest.

Leevendusmeetmena oleme planeerinud toetada TERVIKute ettevalmistajaid, nende moodustajaid ja ellurakendajaid KOVides põhjaliku koolitusprogrammiga, kaasata tulemusnäitajate koosloomes väljatöötamisse ja pakkuda mentorlust TERVIK-süsteemile üleminekul, juhtimislaudade ja juhenditega.

Esmatasandi tugevdamiseks riskipiirkondades on käimas esmatasandi perearstiabi reform, millega toetatakse perearstiabi jätkusuutlikkust esmatasandil, vaimse tervise teenuste kättesaadavusprobleemide leevendamiseks oleme planeerinud käivitada väheintensiivsete psühholoogiliste sekkumiste (VIPS) programmi jne.

Mõju sihtrühm 4 – Tervisekassa, Sotsiaalministeerium ja tema valitsemisala asutused

Muudatused avaldavad mõju riigiasutuste töökorraldusele, rahastamisvastutusele, andmevahetusele, infosüsteemidele ja järelevalvele. Peamised mõjutatud asutused on Sotsiaalministeerium, Tervisekassa, Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskus ja Tervise Arengu Instituut.

Riigi tasandi jaoks loob muudatus eeldused sidusamaks ja andmepõhisemaks tervise- ja sotsiaalvaldkonna juhtimiseks. Heaolupiirkondade koostöökogud, TERVIKud ning tervise- ja heaoluprofiilid loovad püsiva mehhanismi, mille kaudu kogutakse ja sünteesitakse infot piirkondlike vajaduste, riskirühmade, teenusekasutuse, teenuste toimimise ja kitsaskohtade kohta. See vähendab sõltuvust üksikutest projektidest, *ad hoc* analüüsides ja killustatud sisendist ning võimaldab kujundada sihistatuid ja piirkondlikke eripärasid paremini arvestavaid poliitikameetmeid.

Muudatus tugevdab riigi võimalust võrrelda piirkondi ning siduda rahastamine ja arendustegevused paremini piirkondlike vajadustega. Tervise- ja heaoluprofiilides seatavad eesmärgid ja näitajad võimaldavad jälgida, kas piirkondlikud tervise- ja heaolueesmärgid saavutatakse ning milline on rakendatud meetmete mõju. Majanduslik mõju avaldub eelkõige rahaliste vahendite paremas sihtimises: kasvab võime suunata ressursse neile probleemidele ja sihtrühmadele, kus oodatav mõju on suurim, ning väheneb risk rahastada tegevusi, mis ei vasta piirkonna tegelikele vajadustele.

Muudatused toovad kaasa tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi juhtimismudeli muutuse, kus riigi, Tervisekassa ja KOVide koostöö muutub senisest süsteemsemaks ja institutsionaliseeritumaks. Kui kehtivas süsteemis toimub koostöö valdavalt projektide või mitteformaalsete kokkulepete kaudu, siis eelnõu loob püsiva piirkondliku juhtimistasandi heaolupiirkonna koostöökogude ja TERVIKute kaudu. See suurendab riigi võimalust suunata piirkondlikku tervise- ja heaoluvaldkonna arengut andmepõhiselt ning siduda rahastust senisest enam mõõdetavate eesmärkide ja tulemustega.

Samas kaasneb muudatuste rakendamise algaasis riigiasutustele märkimisväärne koordineerimis- ja arenduskoormus. See puudutab eelkõige rakendusaktide ettevalmistamist, juhendmaterjalide koostamist, tervise- ja heaoluprofiilide metoodilist suunamist, uute rahastus- ja lepingumudelite väljatöötamist, infosüsteemide arendamist ning uue koostöömudeli käivitamist. Rakendamisega võivad kaasneda ajutised juhtimis- ja koordineerimisriskid, eelkõige juhul, kui uued organisatsioonilised struktuurid, tööprotsessid ja digilahendused ei käivitu samas tempos.

TERVIKute ja terviseteejuhtide rahastamine koosneb mitmest komponendist, millest osa on püsiv ja osa ajutine. Püsivalt rahastatud (Tervisekassa eelarvest, sotsiaalmaksu ravikindlustuse osast) on terviseteejuhtide tegevuskulud alates 01.05.2028 – need hõlmavad nii palgafondi kui igakuiseid tegevuskulusid (sõidu-, bürookulud jm) – 2028. aastal 4 276 480 eurot, 2029. aastal 10 897 622 eurot ja 2030. aastal 11 737 334 eurot, millele lisandub alates 2031. aastast iga-aastane palgafondi 5% kasv. Samuti on Tervisekassa eelarvest püsivalt kaetud TERVIKute administreerimis- ehk ülalpidamiskulud, mis hõlmavad eelkõige TERVIKute võrgustikujuhtide palga- ja tegevuskulusid (koolitus-, sõidu-, bürookulud jm). Kokku kuni 20 ametikohta, sh piirkondlikud koordinaatorid suurimates heaolupiirkondades: 2028. aastal 870 560 eurot, 2029. aastal 1 305 840 eurot ja 2030. aastal 1 371 132 eurot. Lisaks Tervisekassa viie koostöökogudes osaleva ametikoha tegevuskulud, mis katavad Tervisekassa töötajate kulu, kes koordineerivad TERVIKutega seotud tegevusi ja osalevad heaolupiirkondade koostöökogude töös (2027. aastal 352 980 eurot, kasvades edaspidi iga-aastaselt 5%).

Välisrahastuse toel käivituvad kaks komponenti. Esiteks IT-arenduse esimene etapp (TIS-i andmevahetuse loomine), mida rahastatakse Norra välisabi vahenditest summas 2,1 miljonit eurot perioodil 2026–2027; sellele järgnev IT-süsteemide ülalhoidmise kulu (2028. aastal 300 000 eurot, kasvades 2% aastas) on kavandatud katta RES 2027–2030 lisataotluse vahenditest. Teiseks rahastatakse esimese kahe terviseteejuhtide koolitusringi (kokku 100 inimest) läbiviimist 2027. aastal Šveitsi-Eesti koostööprogrammi vahenditest.

Tulemuspõhine rahastus võimaldab TERVIKul saada boonustasu alates 2029. aastast, eeldusel, et saavutatakse ravikulude kokkuhoid välditava ravi vältimise kaudu. Boonustasu suurus on kuni 30% saavutatud säästust – näiteks 2029. aastaks on planeeritav kokkuhoid 13,7 miljonit eurot, mille täieliku saavutamise korral makstaks TERVIKutele boonustasuna kokku maksimaalselt 4,1 miljonit eurot. Boonustasu suunatakse tervisedendusse ja ennetusse ning see ei vähenda Tervisekassa muud eelarvet. Täpse boonustasu korralduse ja valdkonnad, kus seda kasutada saab, otsustab Tervisekassa.

Pärast välisrahastuse lõppemist tuleb TERVIKute tegevuskulud katta peamiselt ravikindlustuse vahenditest. Seetõttu on oluline suunata välisvahendeid üleminekuperioodil sihitatult ning tagada nende kasutamise kooskõla riigi strateegiliste eesmärkide ja Euroopa Komisjoni riigipõhiste soovitusetega. Täpsem ülevaade riigiasutuste tegevustest ja eelarvemõjust esitatakse eelnõu seletuskirja eelarvemõju käsitlevas peatükis.

Tervisekassa

Tervisekassa roll riigivalitsemises laieneb, kuna lisaks tervishoiuteenuste rahastamisele hakkab ta rahastama TERVIKute juhtimist ja valdkonnaülest koordinatsiooniteenust. Uued ülesanded hõlmavad viit tegevussuunda.

Esiteks osaleb Tervisekassa kõigi 15 heaolupiirkonna koostöökogu töös, kus ta annab TERVIKutele suunised tervishoiuteenuste kasutamisega seotud eesmärkide seadmiseks ja tegevuste planeerimiseks, sealhulgas tulemuspõhise rahastamisega seotud eesmärkide osas.

Teiseks rahastab Tervisekassa TERVIKute tegevust ravikindlustuse vahenditest alates 1. maist 2028, sõlmides iga TERVIKuga haldusliku rahastamislepingu. Üleminekul eristub kolm etappi. Esimeses etapis (kuni 30.04.2028) rahastatakse Sotsiaalministeeriumi poolt maakondade koostööd ESF+ hoolduskoordinatsiooni projekti vahenditest, mille raames maakonnad on projekti elluviija kaudu palganud võrgustikujuhi. Teises etapis sõlmib Tervisekassa TERVIKuga ühekordse üleminekulepingu, mis ei ole rahastamisleping, kuid annab garantii võrgustikujuhi rahastuse

ülevõtmiseks pärast välisabi lõppu. Kolmandas etapis, alates 01.05.2028, sõlmib Tervisekassa TERVIKuga rahastamise lepingu, mille alusel kaetakse võrgustikujuhi palga- ja tegevuskulu ühetaoliselt ravikindlustuse vahenditest kõigis maakondades.

Tervisekassa võtab rahastamiskohustuse üle ainult juhul, kui TERVIKu koosseisus on kõik seadusega nõutud kohustuslikud osapooled, ning tal on õigus rahastamine lõpetada, kui osapooled on lepingut rikkunud või rahastust mittesihipäraselt kasutanud. Tervisekassal on õigus näha TERVIKule ette tulemustasu heaolupiirkonna tervisevaldkonna tulemuseesmärkide saavutamise eest.

Kolmandaks rakendab Tervisekassa rahvastikupõhist terviseriski juhtimist – töötleb retsepti- ja raviarvete andmeid kõrgeks riskiga isikute tuvastamiseks ning genereerib riskitunnuse, mis edastatakse TIS-i ja on nähtav perearstidele ja KOVi sotsiaaltöötajatele. Andmetöötlus toimub üks kuni kaks korda aastas kooskõlas isikuandmete kaitse üldmääruse põhimõtetega.

Neljandaks rahastab Tervisekassa valdkondadeülest koordinatsiooniteenust ravikindlustuse vahenditest, sealhulgas ravikindlustuseta isikutele, hüvitades terviseteejuhi personali- ja tegevuskulu. Terviseteejuhtide vajaduse igas heaolupiirkonnas hindab Tervisekassa rahvastikupõhise riskisegmentimise alusel.

Lisaks panustab Tervisekassa strateegiliste juhtimisindikaatorite arendamisse, mis võimaldavad regulaarselt jälgida rahvastiku tervise ja heaolu näitajaid ning teenuste kasutamist heaolupiirkondade lõikes. Tervisekassa avaldab tulemusmõõdikute juhtlauda oma kodulehel.

Tervisekassale kaasneb muudatusega märkimisväärne arenduskoormus seoses rahvastikupõhise riskihalduse metoodika väljatöötamise, TERVIKute rahastamislepingute haldamise, tulemuspõhise tasustamise korraldamise ja koostöökogudel osalemisega.

Tervisekassa uued ülesanded – koostöökogudes osalemine, TERVIKute rahastamine, riskihalduse andmetöötlus ja koordinatsiooniteenuse rahastamine – on oma iseloomult püsivad ja igapäevased. Rakendamise algfaasis on koormus suurem seoses metoodika väljatöötamise, lepingute sõlmimise ja IT-arenduste käivitamisega, kuid pikaajaliselt muutuvad need tegevused Tervisekassa põhiülesannete osaks.

Ebasoovitavate mõjude riskina tuleb arvestada, et TERVIKute ja koordinatsiooniteenuse rahastamine ravikindlustuse vahenditest suurendab survet ravikindlustuse eelarvele, mille laekumine sõltub sotsiaalmaksu tulust. Investeeringu tasuvus – koordinatsiooniteenuse kaudu saavutatav kokkuhoid – on planeeritud realiseeruda kolme aasta jooksul, kuid see eeldab, et koordinatsiooniteenus rakendub oodatud mahu ja tõhususega. Sihtrühma hoolikas selekteerimine märkamislehe kaudu on peamine mehhanism, mis tagab, et terviseteejuhi ressursid suunatakse neile inimestele, kellel on koordinatsiooniteenusest kõige rohkem kasu.

Kooskõlastustabelis esitatud tagasiside kohaselt on Tervisekassa seisukohal, et TERVIKute juhtimis- ja toimimiskulude katmine peaks olema kaetud ka muudest vahenditest.

Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskus

TEHIKu roll seisneb eelkõige infosüsteemide arendamises ja kohandamises. Muudatus nõuab uusi digilahendusi ja andmevahetuse protsesse, sealhulgas terviseteejuhi töölauda,

märkamislehteheaoluplaani ja tegevuskava. Mõju on peamiselt ühekordne ning seotud uue andmemudeli, kasutajaliideste ja infovahetuse lahenduste rakendamisega.

Muudatus kujundab ümber andmehalduse loogika, viies senisest eraldiseisvates infosüsteemides olnud info ühtsemasse ja koordineeritumasse lahendusse. See võimaldab luua terviklikuma ülevaate inimese vajadustest, teenustest ja tegevuskavast ning parandab infovahetust tervishoiutöötajate ja sotsiaalvaldkonna spetsialistide vahel. Samas suurendab see sõltuvust IT-lahenduste töökindlusest, kasutusmugavusest ja andmete kvaliteedist.

Pikemas perspektiivis võib infosüsteemide konsolideerimine vähendada paralleelsete süsteemide haldamise vajadust ning toetada tööprotsesside ühtlustumist. Lühiajaliselt kaasneb TEHIKule arenduskoormus, samuti vajadus tagada kasutajatugi, andmekaitse, rollipõhine ligipääs ning süsteemide koostoime teiste tervise- ja sotsiaalvaldkonna infosüsteemidega.

Peamine ebasoovitav risk on paralleelsete IT-arenduste arendamine – kõik vajalikud digilahendused peavad olema valmis 2028. aasta maiks. Arenduste ja baasteenuste loomine võib mõjutada kogu reformi käivitumise tempot. Oluline riskimaandusmeede on otsus luua eraldiseisev heaolu infosüsteem see võimaldab arendusi ellu viia TIS-i arendustega paralleelselt. Lisaks võimaldab eraldiseisva infosüsteemi lähenemine rakendada minimaalse toimiva toote (MVP) põhimõtet – koordinatsiooniteenus saab käivituda põhifunktsionaalsusega (märkamisleht, heoluplaan, tegevuskava, meeskonnatöö tööriistad) ning täiendavad liidestused ja funktsionaalsused lisatakse järk-järgult, ilma et kogu lahendus peaks olema enne teenuse käivitamist täielikult valmis. Riski maandab ka seaduse järkjärguline jõustumine, mis annab IT-arendusteks etappide vahel piisava ettevalmistusaja.

Sotsiaalministeerium

Sotsiaalministeeriumi jaoks suureneb muudatuse rakendamisega seotud strateegiline, õigusloome- ja koordineerimiskoormus. Ministeeriumil tuleb juhtida rakendusaktide ettevalmistamist, koordineerida asutustevahelist koostööd ning jälgida reformi rakendumist. Sotsiaalministeerium teostab riiklikku järelevalvet TERVIKute tegevuse üle ning töötab koostöös Tervisekassaga välja koordinatsiooniteenuse sihtgrupi määratlemise metoodika. Samuti tuleb tagada, et terviseteejuhi roll, TERVIKute käivitamine ja piirkondlik juhtimismudel toimiks omavahel kooskõlas.

Sotsiaalministeeriumile kaasneb muudatusega iga-aastane töökoormus seoses reformi rakendumise seire ja riigieelarve vahendite kasutamise järelevalvega, mis kaetakse ministeeriumi olemasoleva ressursi arvelt.

Tervise Arengu Instituut

Tervise Arengu Instituudi roll on seotud eelkõige tervise- ja heoluprofiilide metoodilise toe ning piirkondlike ülevaadete koostamisega. Tervise Arengu Instituut avaldab heolupiirkondade tervise ja heaolu lühiülevaateid ning toetab seeläbi piirkondade võrdlemist, andmepõhist planeerimist ja poliitikakujundamist. Muudatus võib suurendada vajadust metoodilise nõustamise ja andmete tõlgendamise toe järele, kuid loob samal ajal parema aluse regulaarseks ja võrreldavaks piirkondlikuks seireks.

Kokkuvõttes on mõju riigiasutustele ja riigivalitsemisele oluline. Lühiajaliselt kaasnevad reformi rakendamisega märkimisväärne koordineerimis- ja arenduskoormus, rakendusaktide ja juhendmaterjalide koostamine ning uute tööprotsesside kujundamine. Suurim korralduslik mõju

avaldub Tervisekassale, kelle roll laieneb tervishoiuteenuste rahastajalt piirkondliku tervise- ja sotsiaalsüsteemi strateegiliseks suunajaks, ning TEHIK-ule, kelle ülesandeks on reformi toetavate digilahenduste õigeaegne arendamine.

Pikaajaliselt loob muudatus eeldused sidusamaks, andmepõhisemaks ja tulemuslikumaks tervishoiusüsteemi ja sotsiaalvaldkonna juhtimiseks, kus piirkondlik juhtimine muutub süsteemsemaks ning riigil tekib parem ülevaade piirkondlikest vajadustest ja teenuste mõjust. Ebasoovitavate mõjude risk on keskmine – peamised riskid on seotud IT-arenduste ajakavaga ning koordineerimise teenuse rahastamise jätkusuutlikkusega, mida maandab seaduse järk-järguline jõustumine.

6.2. Valdkondadeülese koordineerimise teenuse ja terviseteejuhi rolli rakendamine

Käesoleva eelnõu kohases seaduses sätestatakse valdkondadeülese koordineerimise teenuse kasutuselevõtt, mille eesmärk on tagada tervishoiu- ja sotsiaalteenuste koordineeritus kompleksse teenusevajadusega inimestele ning toetada nende liikumist teenuseosutajate ja süsteemide vahel. Teenuse osutamiseks luuakse terviseteejuhi roll, kelle ülesanne on koostada inimesele heaoluplaan ning siduda tema tervise- ja sotsiaalsed vajadused terviklikuks tegevuskavaks.

Kehtivas süsteemis on teenuste koordineerimise vastutus killustunud erinevate osapoolte vahel, mistõttu võib abi osutamine olla ebaühtlane ning viia olukordadeni, kus inimese abivajadus süveneb ja suureneb vajadus kulukamate teenuste järele.

Kavandatav muudatus aitab tagada abi järjepidevuse ja tõhusama korralduse, toetades struktureeritud ja turvalist infovahetust, inimeste terviseteadlikkuse paranemist ja võimekuse suurenemist oma tervise ja toimetulekuga seotud otsustes aktiivsemalt osaleda.

Tabel 3 annab ülevaate terviseteejuhi rollist ja tema töö eesmärgist võrdluses KOVi sotsiaaltöötaja ja tervishoiutöötajaga.

Tabel 3. Terviseteejuhi roll valdkondadeüleses koordineerimises võrdluses teiste spetsialistidega

Aspekt	KOV sotsiaaltöötaja	Terviseteejuht	Tervishoiutöötaja
Õiguslik alus	Sotsiaalhoolekande seadus	Rahvatervishoiu seadus	Tervishoiuteenuste korraldamise seadus
Roll	Sotsiaalhoolekandeline juhtumikorraldaja; lõplik otsustaja sotsiaalteenuse määramisel	Valdkondadeülene koordinaator; toetab, ei otsusta	Kliiniline spetsialist
Põhiküsimus	Kas inimene tuleb sotsiaalprobleemidega toime?	Kas teenused on kooskõlas ja õigel ajal? Kas info liigub meeskonnaliikmete vahel?	Kas terviseprobleem on diagnoositud ja ravitud?
Töö fookus	Sotsiaalne sekkumine	Ennetus, koordineerimine, riskirühmad	Diagnoos, ravi
Vastutus inimese ees	Inimene tervikuna (toimetulek)	Teekond teenussüsteemide vahel (koordineerimine, sujuvus)	Ravi ja tervisetulemus

Abivajaduse hindamine	Sotsiaalse abivajaduse hindamine	Valdkondadeülese koordineerimise vajaduse hindamine	Kliiniline hindamine
Plaan	Juhtumiplaan	Heaoluplaan (mis saab võimaluse korral sisendi juhtumiplaanist ja raviplaanist)	Raviplaan
Millal plaan koostatakse?	Pikaajalise kompleksse sotsiaalse abivajaduse korral	Valdkondadeülese koordineerimise vajaduse korral	Pikaajalise kompleksse terviseprobleemi korral

Sotsiaalministeerium on hinnanud terviseteejuhtide vajadust nii esmatasandil kui ka haiglates. Üldpõhimõttena on arvestatud, et esmatasandil võiks olla üks terviseteejuht viie nimistuga perearsti kohta. Haiglate puhul on lähtutud põhimõttest, et terviseteejuhi poolt osutatavat haiglast kodusele ravile liikumise toetamise teenus on vajalik ca 20-25% haiglaravi juhtudest ja, et haiglas on terviseteejuhi arvestuslik koormus algusaastatel 800 patsienti aastas ühe terviseteejuhi kohta, hiljem 1000 patsienti. Hinnatud terviseteejuhtide koguvajadus on 231 FTE-d. Terviseteejuhtide koolitused toimuvad etappide kaupa aastatel 2027–2029, võimaldades nii olemasolevate spetsialistide ümberprofileerimist kui ka uute spetsialistide kaasamist tööturult. Terviseteejuhtide arv ja vastav teenusemaht kasvab seega järk-järgult.

Terviseteejuhtide jaotuse heaolupiirkondade vahel määrab Tervisekassa valdkondadeülese koordineerimisteenuse soovitatavate sihtrühmade suuruse hindamise käigus. Terviseteejuhtide paiknemise heaolupiirkonnas otsustab TERVIK, kuid terviseteejuhtidega seonduva mõju täpsemaks hindamiseks on tehtud indikatiivne jaotus nende paiknemise osas arvestades 4 ja enama kroonilise haige paiknemist, haiglate töömahtusid ja esmatasandi tervisekeskuste olemasolu ning suuremate grupipraksiste paiknemist.

Tabel 4. Terviseteejuhi roll valdkondadeüleses koordineerimises võrdluses teiste spetsialistidega

Terviseteejuhtide indikatiivne jaotus mõju hindamiseks (praktikas Tervisekassa otsustab arvu ja TERVIK otsustab, kus paiknevad)

Maakond	Tervise teejuhte kokku 2029 (max)	Sh esmatasandil	Sh haiglates	Sh haiglast kodusele ravile liikumise toetamiseks	Sh haiglas pikaajaliseks koordineerimiseks
Harju maakond	90	58	32	22	10
Hiiu maakond	1	0	1	0	1
Ida-Viru maakond	31	20	11	4	7
Jõgeva maakond	5	3	2	0,4	1,6
Järva maakond	6	4	2	0,5	1,5
Lääne maakond	9	2	7 (sh HNRK)	1	6
Lääne-Viru maakond	10	6	4	1	3
Põlva maakond	8	2	6	0,5	5,5
Pärnu maakond	8	5	3	3	0
Rapla maakond	5	3	2	0,2	1,8
Saare maakond	5	3	2	1	1
Tartu maakond	31	10	21	10	11
Valga maakond	6	3	3	0,4	2,6
Viljandi maakond	9	4	5	1	4
Võru maakond	7	4	3	1	2
Kokku	231	127	104	45	59

Eeldused:

- Esmatasandi sihtrühm: mitu esmatasandil käsitletavat kroonilist haigust + riski võimendavad tervishoiu- ja sotsiaalsed tegurid
- Haigla sihtrühm: patsiendid, kes ei tule peale haiglaravi ajutiselt või pikemaajaliselt ilma toeta kodus toime (ca 25% ravijuhtudest)
- Esmatasandile antakse nii palju TTJ, kui esmatasand suudab vastu võtta (TTJ saavad perearstikeskused, kus on 3 ja enam nimistut va Harjumaa, kus saavad tervisekeskused)
- Ülejäänud TTJ palgatakse haiglate poolt. Osutavad a) lühiajalist koordineerimise haiglaravilt koju liikumisel b) pikaajalist koordineerimise (nt vähiravi korral või esmatasandi toetamiseks vm)

Terviseteejuhtide puhul tuleb arvestada, et haiglates töötab täna 111 sotsiaaltöötajat (täistööajale taandatud 72), kes vähemalt osaliselt täidavad tulevasele terviseteejuhile sarnaseid ülesandeid ja on Tervisekassa poolt tasustamata. Ettevalmistavates pilootprojektides on hoolduskoordinaatoreid ja tervisejuhte projektipõhiselt 44. Projektide lõppedes on ootus, et nad läbiksid täienduskoolituse ja võtaksid üle terviseteejuhi rolli.

Terviseteejuhtide vajadus on suurem piirkondades, kus riskirühmade absoluutarv on kõrgem – eelkõige Harjumaal, Ida-Virumaal ja Tartumaal. Terviseteejuhi ametikohtade loomine pakub piirkonna tööturule uusi võimalusi. Kuna terviseteejuhi roll tugineb suures osas olemasolevate sotsiaaltöötajate ja koordinaatorite kompetentsile, ei eelda reform uute kõrgharidusega spetsialistide massilist juurde koolitamist. Peamiseks leevendusmeetmeks vajaliku tööjõu tagamiseks on olemasolevate spetsialistide ümberprofileerimine – haiglate sotsiaaltöötajad, hoolduskoordinaatorid ja tervisejuhid, kes juba täna tegelevad koordineerimisülesannetega, on loomulikud kandidaadid terviseteejuhi rolliks. Selleks on ette nähtud spetsiaalne täienduskoolitus. Samas on võimalik palgata ka täiesti uus spetsialist ning mitte olemasolevaid ümberprofileerida. Terviseteejuhi töötasu ja tegevuskulud (sh bürookulud ja transpordikulu) kaetakse Tervisekassa eelarvest.

6.2.1. Sotsiaalsed, majanduslikud ja regionaalsed mõjud

Viimaste aastate andmed viitavad kasvavale survele erakorralisele meditsiinile ja ööpäevaringsele üldhooldusteenusele, mida iseloomustab nii teenusekasutajate kui ka korduvteenuste arvu kasv. Erakorralise meditsiini abi kasutas 2024. aastal 507 075 inimest (keskmiselt 1386 inimest ööpäevas), võrreldes 2023. aasta 498 553 inimesega (1366 inimest ööpäevas).⁵⁸ Samal ajal on suurenenud ka ööpäevaringse üldhooldusteenuse kasutajate arv (2023. aasta ja 2025. aasta võrdluses 13%), 2023. aastal sai teenust 10 624, 2024. aastal 11 505 ja 2025. aastal 12 015 inimest⁵⁹. Sealjuures, OECD hinnangul võivad integreeritud ja valdkondadeüleised koordineerimisimudelid ligikaudu kolm aastat hiljem tuua sihtrühmades (s.o 55–84-aastased) kaasa ligikaudu 5% tervishoiukulude vähenemise võrreldes tavapärase raviga (ca 50 miljonit eurot aastas)⁶⁰. See hinnang hõlmab lisaks valdkondadeülese koordineerimisega kaasnevale võimalikule säästule ka muude integratsiooni sekkumistega kaasnevat säästu.

Rahvusvaheline kogemus näitab, et edukalt juurutatud riskirühmadele suunatud koordineeritud teenuselahendused võivad aidata vähendada erakorralise meditsiini kasutust (20–50%) ning tuua kaasa hospitaliseerimise vähenemise ca 10% ja mitmete tervisenäitajate paranemise⁶¹ (vt täpsemalt rahalise mõju hindamise peatükist allpool).

Mõju sihtrühm 1 – kompleksse abivajadusega inimesed

Kavandatavad muudatused mõjutavad otseselt eelkõige kompleksse abivajadusega inimesi, kes vajavad samaaegselt tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid ning kelle puhul on vajadus valdkondadeülese koordineerimise järele. Täpsem sihtrühma kirjeldus on esitatud punktis 6.1.1 sotsiaalsete ja majanduslike mõjude sihtrühma 1 all.

⁵⁸ TAI, 2025. [KE32: Erakorraliste patsientide saabumine vanuserühma ja haigla liigi järgi](#). PxWeb.

⁵⁹ Sotsiaalkindlustusamet. STAR andmed seisuga 31.12 (2023–2025).

⁶⁰ https://www.oecd.org/en/publications/integrating-care-to-prevent-and-manage-chronic-diseases_9acc1b1d-en.html.

⁶¹ Sotsiaalministeerium. (2026). Planeeritava tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna integratsiooniimudeli kasutuselevõttuga seonduv mõju kohalike omavalitsuste valitsemise ja töökorralduslikele küsimustele. Mõjude kvalitatiivse eelhindamise ja kaardistuse raport (avaldamata).

Eesmärk jõuda koordinatsiooni teenusega ca 2030 aasta lõpuks ca 55000 inimeseni. Selleks et koordinatsiooni teenus jõuaks eeskätt nendeni, kes seda kõige enam vajavad ning et saavutada soovitud tulemuseesmärgid, on vajalik sobilik teenuse sihtrühm üles leida.

Valdkondadeülest koordinatsiooni hakatakse pakkuma nii haiglates kui ka esmatasandil, kuid valdkonnaülese koordinatsiooni teenuse sihtrühm (ja ka iseloom) on mõnevõrra erinev esmatasandil ja haiglates. Haiglas pakutakse üldjuhul haiglast kodusele ravile liikumise koordinatsiooni ja selle vajaduse tingib, et inimese tervise olukord on (hoolimata ravist või intensiivse ravisekkumise tõttu) olulisel määral halvenenud või, et inimesel on olnud korduvad hospitaliseerimised, eeskätt erakorralised. Ka haiglaravi pikkus võib olla koordinatsiooni vajaduse hindamise aluskriteeriumiks, sest kodusele ravile liikumise koordinatsioon toetab haiglaravi lühendamist. Aluskriteeriumile peavad lisanduma üks või mitu riskivõimendavat tervishoiutegurit ja üks või mitu sotsiaalset riskitegurit, mis indikeerivad, et inimesel võivad tekkida haiglast koju naastes probleemid ravidistsipliiniga.

Haiglast kodusele ravile liikumise koordinatsioon (vajalik ca 20-25% statsionaarse haiglaravi patsientidele)

Aluskriteeriumid

- Inimese tervise olukord on (hoolimata ravist või intensiivse ravisekkumise tõttu) olulisel määral halvenenud

ja/või

- ≥ 2 erakorralist hospitaliseerimist viimase 12 kuu jooksul

Ja/või

- rehospitaliseerimine 30 päeva jooksul

Riski võimendavad tervishoiutegurid

- vanus ≥ 75 a või ≥ 85 (hapruse kaudne riskitegur)
- ≥ 5 või ≥ 10 ravimit, kõrge riskiga ravimid
- kõrge ressursikasutus, kuulumine tervishoiukulude ülemisse 5% hulka
- ≥ 2 EMO visiiti viimase 6 kuu jooksul
- ≥ 2 kiirabiväljakutsed viimase 6 kuu jooksul
- Vaimse tervise probleemid, kognitiivne võimekus

Riski võimendavad sotsiaalsed tegurid

- Raskused igapäevaste tegevustega toimetulekul (nt enesehooldus)
- Vajadus õppida toime tulema terviseseisundist tulenevate ajutiste piirangutega
- Elukeskkond vajab kohandamist, ei tule elukeskkonnas toime, varasem kukkumine
- Elab üksi või inimese tugivõrgustik vajab toetust ja nõustamist sh hooldaja puudumine või ülekoormus
- Haprus

ca 20-25%
haigla stats
juhtudest

* Sinisega on märgitud automaatselt hinnatavad näitajad

Joonis 2. Haiglast kodusele ravile liikumise koordinatsiooni vajaduse hindamise kriteeriumid

Haiglast kodusele ravile liikumise koordinatsioon on teiste riikide kogemuse põhjal põhjendatud ca 20-25% juhtudest ehk Eesti näitel see on vajalik ca 36 000-39 000 haiglaravi juhtude korral. Haigla poolne koordinatsioon kodusele ravile liikumisel on lühiajaline. Pikaajalist koordinatsiooni osutatakse üldjuhul esmatasandil koostöös perearsti meeskonna ja KOVi koostöös. Pikaajalise koordinatsiooni aluskriteeriumiks on reeglina mitme esmatasandil käsitletava kroonilise haiguse esinemine, millele lisanduvad riski võimendavad tervishoiu- ja sotsiaaltegurid. Teatud keerukate juhtumite korral võivad pikaajalist koordinatsiooni osutada ka haiglad. Samuti võivad haiglad toetada esmatasandit pikaajalise koordinatsiooni pakkumisel esmatasandil.

Alusriskiteeriumid

- **≥2 kroonilist esmatasandi tundlikku haigust**
- Muud kokkulepitud keerukad juhtumid

Riski võimendavad tervishoiutegurid

- vanus ≥75 a või ≥85 (hapruse kaudne riskitegur)
- ≥5 või ≥10 ravimit
- kõrge riskiga ravimid
- ≥2 EMO visiiti viimase 6 kuu jooksul
- ≥2 kiirabiväljakutset viimase 6 kuu jooksul
- ≥2 hospitaliseerimist viimase 12 kuu jooksul sh vähemalt üks erakorraline
- teenuste killustatus

ca 10% elanik-konnast

ca 5% elanik-konnast

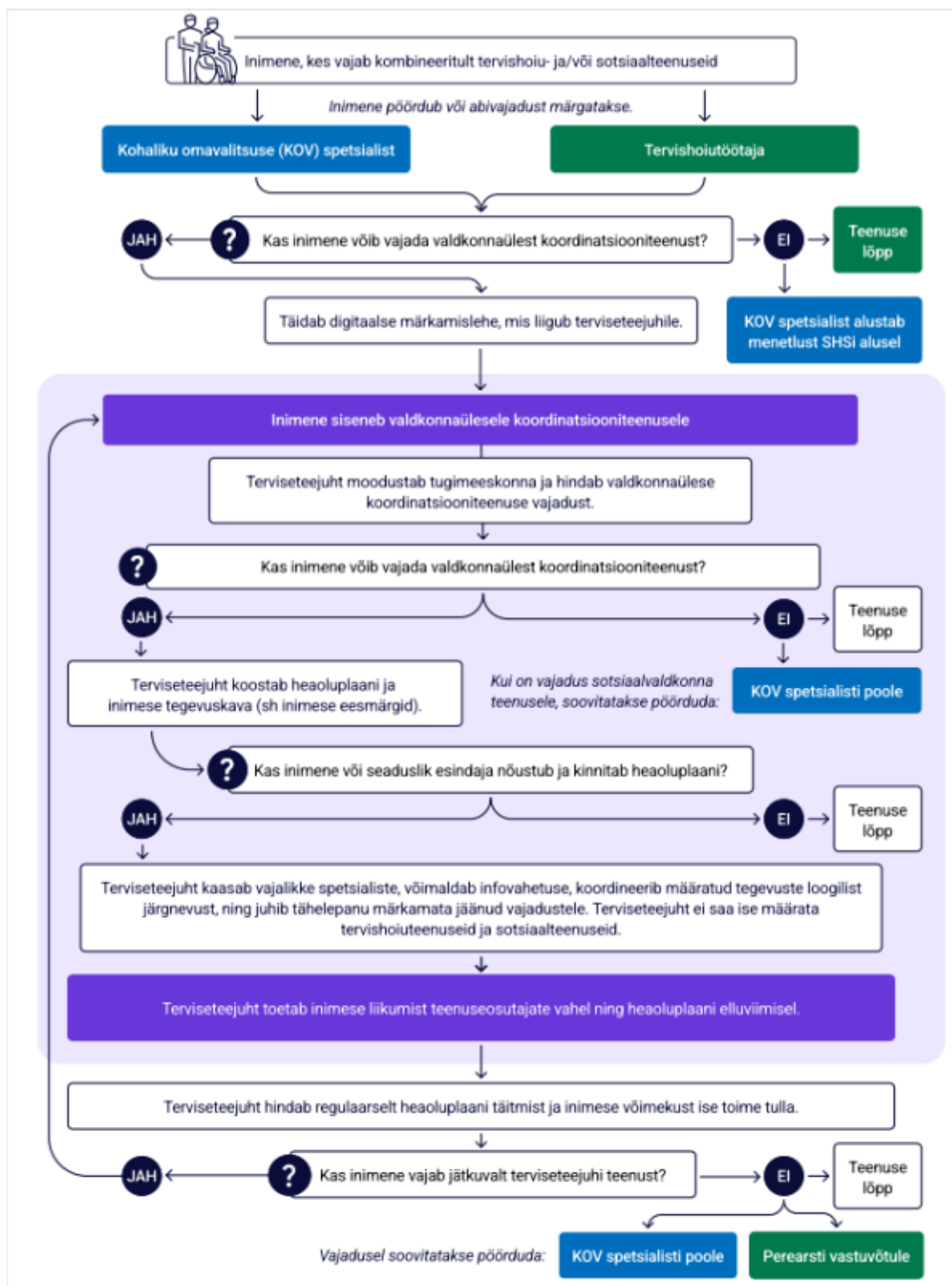
koordineerib eri valdkondade tegevusi. See võib parandada teenuste järjepidevust ja vajaduspõhisust ning vähendada riski, et inimene katkestab ravi või sotsiaalteenuste kasutamise süsteemi keerukuse tõttu. Samuti võib paraneda inimese tervisealane kirjaoskus, teadlikkus oma tervise- ja heaolueesmärkidest ning suureneda tema valmisolek osaleda aktiivsemalt oma tervise ja toimetuleku kujundamisel. Valdkondadeülese koordineerimise teenuse osutamine toimub inimese nõusolekul ning eeldab tema aktiivset osalemist heaoluplaani koostamisel ja elluviimisel. Seetõttu tuleb arvestada, et osa inimestest võib uue teenuse suhtes olla ettevaatlik või otsustada sellest loobuda. Kui inimene ei järgi kokkulepitut tegevusi või loobub koostööst, võib teenuse mõju olla piiratud ning koordineerimise teenuse kasutamine ei pruugi viia soovitud tulemusteni. Inimestele, kes teenusega liituda ei soovi, on tagatud tavapärane tugi ja teenused.

Heaoluplaani koostamine eeldab inimese aktiivset osalemist, mis tähendab temalt teatud ajakulu ja panust. Samas on inimese kaasamine plaani koostamisse teadlik valik, mis toetab plaani järgimist, motiveeritust ning arusaamist oma olukorrast ja vastutuse võtmist oma tervise ja sotsiaalse toimetuleku juhtimise eest. Heaoluplaani koostamine on sisuliselt sarnane nõustamisvestlusele, kus inimene ei ole passiivne teenuse saaja, vaid terviseteejuhi juhtimisel aktiivne osaline oma vajaduste ja eesmärkide kujundamisel.⁶³ Seega ei ole plaani koostamine üksnes koormus, vaid inimese võimestamine ja kaasamine tema tervist puudutavatesse otsustesse.

Koordineeritud teenuseteekond aitab kaasa krooniliste haigustega inimeste ravitulemuste paranemisele, kuna tervise- ja sotsiaalprobleemidele reageeritakse varasemas etapis ning ravi ja toimetulekut toetavad tegevused on paremini kooskõlastatud. Muudatused võivad aidata vähendada korduvaid pöördumisi erakorralisse meditsiini, hospitaliseerimisi ja ööpäevaringsete teenuste kasutamist, parandades teenuste koordineeritust ja vähendades katkestusi abi saamise protsessis. Valdkondadeülene koordineerimine võib parandada ka inimese ja tema lähedaste kogemust abi saamisel ja toetada lähedaste hoolduskoormuse vähendamist. Selgem vastutusjaotus, ühine heaoluplaan ja kindel kontaktisik aitavad paremini mõista, millised spetsialistid inimese abivajadusega tegelevad ning kelle poole erinevate küsimustega pöörduda.

Koordineeritud lähenemine vähendab inimese ja tema lähedaste korraldamise koormust ning muudab teenuste kasutamise arusaadavamaks, kuna lähedased ei pea enam ise eri süsteemide vahel infot vahendama või teenuseid kokku sobitama – nende roll teenuste koordineerijana väheneb ning suureneb võimalus toetada inimest igapäevases toimetulekus ilma püsiva asutustevahelise asjaajamiseta. Sealjuures terviseteejuhi poolne toetus võib aidata parandada inimese terviseharitust ja enesejuhtimise oskusi.

⁶³ Rollnick, S., Miller, W.R., Butler, C.C. (2011). *Motiveeriv intervjuerimine tervishoius*. Tervise Arengu Instituut. Kättesaadav: https://www.tai.ee/sites/default/files/2021-03/132196115994_MI_print.pdf.



Joonis 4. Valdkonnaülese koordinaatsiooni teenuse protsessiskeem

Koordineeritud teenuseosutamine eeldab tervishoiutöötajate ja sotsiaalvaldkonna spetsialistide vahelist andmevahetust. Kuigi andmete töötlemine toimub kehtiva õiguse ja inimese nõusoleku alusel, võib see tekitada mõnes teenusesaajas muret isikuandmete privaatsuse ja turvalisuse pärast. Heaoluplaani kasutamine eeldab lisaks, et inimene osaleb aktiivselt plaani koostamisel ja kinnitab

selle oma nõusolekuga. Inimesel on igal ajal võimalik plaaniga tutvuda ning osaleda selle elluviimisel. Uuringud⁶⁴ on näidanud, et kõrgem terviseharituse tase on seotud teadlikumate terviseotsuste ja paremate tervisenäitajatega. Selgem vastustusjaotus ja ühtne tegevuskava aitavad inimesel paremini aru saada, millised spetsialistid tema abivajadusega tegelevad ning kelle poole erinevate küsimuste korral pöörduda. Kui plaani kasutamine eeldab digivahendite kasutamist, võib see olla takistuseks inimestele, kellel puuduvad asjakohased oskused või vahendid. Statistikaameti andmetel kasutas 2025. aastal interneti 75,8% 65–74-aastastest inimestest.⁶⁵ Riski maandamiseks tuleb tagada, et heaoluplaan oleks inimesele kättesaadav ka muul viisil, näiteks terviseteejuhi või teiste spetsialistide vahendusel.

Muudatused on sihtrühmale olulise mõjuga. Muudatuse mõju teenusesaajatele on hinnanguliselt keskmise ulatusega, avaldub regulaarselt eelkõige kompleksse abivajadusega ja sagedaste teenusekasutajate sihtrühmades ning hõlmab arvestatavat osa elanikkonnast, kuigi otsene mõju koondub peamiselt riskirühmadesse.

Mõju sihtrühm 2 – tervishoiu- ja sotsiaalteenuse osutajad (v.a. perearstiabi ja haiglad, kes on käsitletud eraldi)

Muudatus mõjutab tervishoiu- ja sotsiaalteenuse osutajate (sihtrühma on täpsemalt kirjeldatud punktis 6.1 sotsiaalsete ja majanduslike mõjude sihtrühma 2 all) inimesekeskset meeskonnatöö korraldust. Koordinatsiooniteenust saavatele inimestele ei osutata teenust enam üksikteenuse loogikas, vaid tema jaoks moodustatakse tugimeeskond, kellel tekib võimalus omavahel ühises infokeskkonnas suhelda. Meeskonnatöös osalemiseks peab tervishoiuspetsialisti või sotsiaalvaldkonna spetsialisti töödaja osalema TERVIKus ja tegema info tema poolt osutatavate teenuste ja nendega seotud spetsialistide kohta TERVIKule kättesaadavaks. TERVIKu kaudu jõuab vajalik teave terviseteejuhini, kes saab vajadusel, so tugimeeskonna ettepanekul ja inimese nõusolekul või inimese soovil täiendavaid spetsialiste tugimeeskonna liikmeks kaasata.

Mõju hõlmab valdavat osa valdkonna teenuseosutajatest, sealhulgas esmatasandi tervishoiu, eriarstiabi ja sotsiaalteenuse osutajaid ning avaldub kõige tugevamalt nende puhul, kes osalevad aktiivselt valdkondadeüleises koordinatsioonis ja TERVIKute tegevuses. Väiksem on mõju teenuseosutajatele, kelle roll piirub üksikteenuste osutamisega või kes ei ole tihedalt seotud koordinatsiooniteenuse rakendamisega.

Proaktiivse lähenemise tulemusel hakkavad koordinatsiooniteenust saama ka inimesed, kes muidu teenuseosutajate poole ei pöörduks. Rahvusvaheline kogemus⁶⁶ näitab, et valdkondadeülese koordinatsiooni rakendamine võib esialgu suurendada esmatasandi spetsialistide koormust, kuna suureneb abivajaduse varajase märkamise osakaal ning süsteemi jõuab rohkem inimesi, kelle vajadus on seni jäänud tuvastamata. See võimaldab abivajadusele reageerida varasemas etapis ning vältida keerukamate ja kulukamate sekkumiste vajadust hiljem. Samuti lisanduvad tööprotsessidesse koordinatsiooniga seotud tegevused, nagu regulaarne infovahetus eri spetsialistide vahel, ühiste plaanide koostamine ning ulatuslikum andmete dokumenteerimine ja haldamine. Kuna osa juhtumeid lahendatakse valdkondadeülese koordinatsiooni toel ja ülejäänute puhul kasutatakse jätkuvalt seniseid töökorralduslikke lahendusi, toimivad kaks töökorraldusviisi mõnda aega

⁶⁴ Vt täpsemalt Ilves, K., Kubre, M.-A., Trankmann, S., Kalda, R., Konstabel, K. (2022). *Tõendus põhiste sekkumiste rakendamise võimalused koos mõju hindamisega terviseharituse parandamisel Eestis*. Tartu: Tartu Ülikool, RAKE, lk 9.

⁶⁵ Statistikaamet, 2026. IT32: 16–74-aastased arvuti- ja internetikasutajad isikute rühma järgi (12.03.2026).

⁶⁶ Nt [Social workers coordination in primary healthcare for patients with complex needs: A scoping review | Request PDF](#).

paralleelselt – see ei tekita paralleelseid õigussuhteid ega erinevaid teenusstandardeid, kuid võib algfaasis suurendada spetsialistide töökorralduslikku keerukust, sest sarnase abivajadusega inimeste puhul kasutatakse erinevaid infokanaleid ja dokumenteerimisviise. Pikemas vaates aitab selgem rollijaotus, struktureeritud infovahetus ja koordineeritud töökorraldus vähendada dubleerimist ning suunata ressursse tõhusamalt spetsialistide põhiülesannetele.

Muudatuste tegemise algfaasis suureneb mõningal määral organisatsioonide halduskoormus seoses uute töökorralduslike protsesside kujundamisega ning spetsialistidele lisandub uute töövahendite (nt märkamisleht ja heaoluplaan) kasutamine. See eeldab seniste tööviiside muutmist ning võib esialgu tekitada ajutisi tõrkeid või vastuseisu, mistõttu on oluline tagada piisav tugi, koolitused ja selge kommunikatsioon.

Kokkuvõttes on muudatuse mõju teenuseosutajatele oluline ja valdavalt positiivne. See avaldub regulaarselt igapäevases töökorralduses ja võimaluses vajadusel osaleda inimesekeskse meeskonnatöös, saada oma tööks vajalikku teavet. Muutus hõlmab valdavat osa valdkonna teenuseosutajatest ning eeldab algfaasis kohanemist. Ebasoovitavate mõjude risk on keskmine – algfaasis võivad kaasneda kohanemiskasvatused ja vastuseis muudatustele, mida aitavad maandada täiendav tugi ja sihipärased koolitused. Pikemas perspektiivis loob see eeldused paremini koordineeritud, kvaliteetsemate ja tõhusamate teenuste osutamiseks.

Mõju sihtrühm 3 – haiglad

Muudatused mõjutavad kõiki haiglavõrgu haiglaid⁶⁷, kelle tegevust iseloomustavad olulises osas korduvad visiidid ja pikaajalised raviteekonnad, eriti vanemaealiste ja krooniliste haigustega patsientide seas. See tähendab, et valdkondadeülene koordineerimine mõjutab eeskätt neid patsiente, kelle ravi on seotud mitme teenuseosutaja ja pikaajalise jälgimisega.

Valdkondadeülese koordineerimisteenuse kasutuselevõtt muudab haiglate rolli kompleksse abivajadusega inimeste raviteekonna korraldamisel senisest süsteemsemaks. Haiglaravi ajal saavad ravimeeskonnad kasutada riskitunnust ning teisi koordineerimise toetavaid töövahendeid, mis võimaldavad varakult tuvastada inimesed, kellel on pärast haiglaravi suurem risk korduvateks hospitaliseerimisteks, ravikatkestusteks või iseseisva toimetuleku halvenemiseks. Vajaduse korral algatatakse koordineerimisevajaduse hindamine juba haiglaravi ajal, et tagada inimesele sujuv üleminek haiglast esmatasandi tervishoiu-, sotsiaal- ja teistele toetavatele teenustele. Sellega võib kaasneda haiglaravi ajal ajutine töökoormuse suurenemine, kuna lisandub koordineerimisevajaduse varajane märkamine ning selle dokumenteerimine.

Märkamislehte täidaks haiglas üldjuhul üksuse või osakonna õe poolt, harvem arsti poolt. Aga esitajaks võib olla ka näiteks füsioterapeut. Märkamisleht tuleb sisestada tervisejuhtimise töölaualt ja võtab aega 5-10 minutit. Märkamisleht täidetakse ca 30% haiglaravi juhtudest ja see suunatakse haigla terviseteejuhile, kes hindab täiendavalt koordineerimise vajadust ja üldjuhul alustab heaoluplaani koostamist. Heaoluplaanile saab terviseteejuht sisendi haigla infosüsteemist. Kui terviseteejuhile või patsiendile jääb heaoluplaanile koondatud terviseinfo osas midagi segaseks, tuleb heaoluplaani terviseandmete osa üle valideerida arstiga enne, kui plaan inimesele antakse. Heaoluplaan on oluline inimese raviohutust tagav töövahend. Kõik tervishoiutöötajad pääsevad heaoluplaanile ja märkamislehele ligi tervisejuhtimise töölauda kaudu. Haiglale ei teki vajadust ise mingisugust IT-arendust teha.

⁶⁷ Täpsem info leitav siit: [Haiglavõrgu arengukava – Riigi Teataja](#).

Samas väheneb haiglate vajadus korraldada pärast väljakirjutamist ise erinevate teenuseosutajate vahelist koostööd, otsida inimesele sobivaid järelravi-, koduõendus-, rehabilitatsioon- või sotsiaalteenuseid ning teha korduvaid kontakte perearstide, kohalike omavalitsuste, lähedaste ja teiste osapooltega. Need tegevused koondatakse terviseteejuhi juhitava koordinatsiooniprotsessi alla, kus haigla ravimeeskond vastutab tervishoiuteenuse osutamise ning meditsiiniliste raviplaanide eest ning osaleb tugimeeskonna liikmena vastavalt inimese vajadustele. Koordinatsioonivastutuse koondamine ühele spetsialistile loob selge vastutusahela ning tagab, et patsiendil ja kõigil teenuseosutajatel on üks keskne kontaktisik raviteekonna korraldamisel. See võimaldab arstidel ja õdedel keskenduda enam kliinilistele ülesannetele ning vähendab dubleerivat korraldustööd.

Digilahenduste ja ühise heaoluplaani kasutuselevõtt parandab haiglate, perearstide, sotsiaalvaldkonna ja teiste teenuseosutajate vahelist infovahetust ning vähendab telefoni, e-kirjade ja muude käsitsi tehtavate koordineerimistoimingute vajadust. Eelkõige aitab see tagada, et haiglast väljakirjutamisel jõuab inimese terviseseisundit, raviplani ja edasist teenusevajadust puudutav oluline teave õigeaegselt järgmise teenuseosutajani, vähendades ravivigade ja ravimivigade riski, mis sageli tekivad just teenustevahelisel üleminekul. Samal ajal võib suureneda nõue struktureeritud dokumenteerimisele ja standardiseeritud andmete sisestamisele, mis on vajalik andmete korduskasutuseks ning valdkondadeülese koostöö tõhusaks toimimiseks.

Pikemas perspektiivis aitab koordinatsiooniteenuse rakendamine vähendada välditavaid korduvhospitaliseerimisi ja vältimatu abi kasutamist, kuna inimese järelravi, koduõendus, rehabilitatsiooni- ja sotsiaalteenused kavandatakse ning käivitatakse õigeaegselt. See toetab haiglaravi järjepidevust, parandab patsiendi ohutust ning võimaldab haiglate ressursside tõhusamat kasutamist, suunates tervishoiutöötajate tööaega senisest enam vahetule patsienditööle.

Muudatus mõjutab ka haiglate töö sisu, suunates seda senisest enam ravikeskselt käsitluselt patsienditeekonna terviklikule juhtimisele. See tähendab, et lisaks raviteenuse osutamisele suureneb haiglate roll patsiendi edasise toimetuleku ja teenustele liikumise toetamisel koostöös teiste teenuseosutajatega. Kehtivas süsteemis võivad haiglates töötada sotsiaaltöötajad või projektipõhised koordinaatorid, kuid nende roll ei ole ühtselt reguleeritud ning haiglaravi käigus ilmnunud sotsiaalsed probleemid või toimetulekuraskused ei pruugi alati jõuda teiste teenuseosutajateni ega saada enne haiglast väljakirjutamist piisavat lahendust. Efektivse valdkondadeülese koordinatsiooni korral võib EMO ja haiglaravi kasutuse kasv aeglustuda, mis mõjutab haiglate teenusepõhist (FFS) tulubaasi. TERVIKu tulemuspõhine rahastus on suunatud ennetusse ja tervisedendusse ega kompenseeri haigla vähenenud teenusetulu.

Terviseteejuhi, keda rahastab Tervisekassa, olemasolu korral saab haigla korraldada abivajaduse märkamise ja esmase hindamise organisatsioonisiselt ning vajaduse korral alustada heaoluplaani koostamist juba haiglas. See võimaldab koondada erinevate spetsialistide sisendi ning tagada, et vajalik info liigub edasi ka teistele teenuseosutajatele. Seega muudatus toetab patsiendi sujuvat liikumist haiglaravilt esmatasandi tervishoiu teenuseid ja sotsiaalteenuseid saama ning aitab ennetada olukordi, kus abivajadus jääb pärast haiglaravi lahendamata või viib korduva hospitaliseerimiseni. Samuti võib see vähendada sotsiaalsetel põhjustel haiglas viibimist ning parandada patsienditeekonna järjepidevust.

Muudatus mõjutab ka ravikindlustamata inimesi, kelle abivajadus jõuab sageli tervishoiusüsteemi alles haiguse või toimetulekuraskuse süvenemisel, sealhulgas haigla või erakorralise meditsiini kaudu. Eelnõuga (§ 2, ravikindlustuse seaduse § 4 lg 3 täiendus) nähakse ette, et Tervisekassa kasutab ravikindlustuse vahendeid valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse eest tasumiseks isiku ravikindlustusest sõltumata, kuna koordinatsioonivajadus ei sõltu ravikindlustuse olemasolust

ning teenust rahastatakse ametikoha- ja piirkonnapõhiselt, mitte isikupõhiselt. Kuna valdav osa sihtrühmast on ravikindlustatud, on ravikindlustamata isikute teenusega hõlmamise mõju ravikindlustuse vahendite kasutamisele marginaalne, samas tagab see lahendus, et koordinatsiooni osutamine ei takerdu üksnes ravikindlustuse puudumise tõttu.

Kokkuvõttes on muudatuse mõju haiglatele oluline. Haiglate roll laieneb üksikjuhtumite ravilt rohkem patsienditeekonna tervikliku toimimise toetamisele ning koostööle teiste teenuseosutajatega. Mõju avaldub regulaarselt igapäevases töökorralduses. Ebasoovitavate mõjude risk on keskmine – haiglate jaoks on suurim risk seotud lisanduvate haldus- ja juhtimisülesannete ning rahastamise jätkusuutlikkusega pärast välisrahastuse lõppemist.

Mõju sihtrühm 4 – esmatasandi tervishoid (perearstiabi osutajad)

Valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse kasutuselevõtt muudab perearstimeeskonna rolli kompleksse abivajadusega inimeste käsitlemisel senisest proaktiivsemaks. Perearst ja pereõde saavad kasutada riskitunnust ning teisi koordineerimist toetavaid töövahendeid, mis võimaldavad senisest paremini märgata kõrgendatud tervishoiuteenuste kasutamise riskiga inimesi ning vajaduse korral algetada koordinatsioonivajaduse hindamise. Sellega võib kaasneda perearstimeeskonna töökoormuse ajutine suurenemine, kuna suureneb proaktiivsete kontaktide arv ning lisandub koordinatsioonivajaduse märkamine ja selle dokumenteerimine.

Samas väheneb perearstimeeskonna vajadus korraldada ise valdkondadevahelist juhtumikorraldust, otsida sobivaid sotsiaalteenuseid, koordineerida teenuseosutajate vahelist infovahetust ning jälgida inimese liikumist erinevate teenuste vahel. Need ülesanded koondatakse terviseteejuhi juhitava koordinatsiooniprotsessi alla, kus perearst jääb vastutama tervishoiuteenuse osutamise eest ning osaleb tugimeeskonna liikmena vastavalt inimese vajadustele. See võimaldab perearstimeeskonnal keskenduda enam oma erialastele kliinilistele ülesannetele ning parandab ravi ja sotsiaaltoe omavahelist sidusust.

Digilahenduste ja ühise heaoluplaani kasutuselevõtt vähendab pikemas perspektiivis telefoni, e-kirjade ja muude käsitsi tehtavate koordineerimistoimingute vajadust ning parandab erinevate teenuseosutajate teadlikkust inimese terviklikust olukorrast. Samal ajal võib suureneda nõue struktureeritud dokumenteerimisele ja standardiseeritud andmete sisestamisele, mis on vajalik andmete korduskasutuseks ja valdkondadeülese koostöö toimimiseks.

Muudatused mõjutavad perearstiabi osutajaid eelkõige sellega, et suureneb koostöö sotsiaalvaldkonnaga ja paraneb teiste tervishoiuteenuse osutajate, eeskätt haiglatega.

TERVIK otsustab terviseteejuhtide paiknemise koostöös teenuseosutajatega, paigutades terviseteejuhi tervisekeskusesse, kus on olemas sobiv tööruum. Kuna terviseteejuhi tegevuskulud, sh tööruumi rent, kaetakse Tervisekassa vahenditest, ei pea perearstikeskus ega muu teenuseosutaja terviseteejuhile tööruumi kuludes osalema. Halduskoormuse vaates võib kaasneda mõningaid lisakohustusi, sest leping terviseteejuhi kulude katmiseks sõlmitakse tervishoiuteenuse osutajaga, kes terviseteejuhi(d) palkab. Samas võib pikemas perspektiivis koordinatsiooniteenuse rakendamine vähendada perearstide koormust keerukate tervise- ja sotsiaalprobleemidega patsientide käsitlemisel, mis loob eeldused ressursside sihipärasemaks kasutamiseks ravitöös.

Perearstidel ja pereõdedel (vt sihtrühma kirjeldust punktis 6.1 sihtrühma 2 juures) on oluline roll koordineerimist vajavate olukordade märkamisel ja tugimeeskonna töös osalemisel. Iga perearst seotakse kindla esmatasandi terviseteejuhiga, et perearstil ja tema meeskonnal oleks lihtne patsienti

terviseteejuhi nõustamisele suunata (märkamislehe täitmisel tuleb valida ka terviseteejuht, kellele see suunatakse). Igas nimistus saab esialgu olema (sõltuvalt selle suuruselt ja vanuskoosseisust) ca 15-30 pikaajalisel valdkondadeüleisel koordineatsioonil olevat inimest. Juhul, kui perearst soovib jätta mõned oma patsiendid tavapärasest pikemale passiivsele koordineatsioonile ehk nõ jälgimisele, võib koordineatsioonil olevate isikute arv kujuneda ka suuremaks.

Muudatus mõjutab otseselt perearstide ja teiste tervishoiutöötajate igapäevast töökorraldust. Riskipõhise märkamise ja digitaalse märkamislehe kasutuselevõtuga suureneb tervishoiu- ja sotsiaaltöötajate roll abivajaduse varajases tuvastamises ning valdkondadeülese sekkumise algatamises. Perearstide jaoks tähendab see paremat ülevaadet nimistu patsientidest, kellel esineb tervishoiuteenuste kasutamise kõrge risk, ning selgemat alust otsustada, kellega on vaja proaktiivselt kontakti võtta. TIS-is kuvatav riskitunnus toetab perearsti otsust kutsuda inimene vastuvõtule ka olukorras, kus inimene ise tervishoiusüsteemi poole ei pöörduks. Selle tulemusel võib suurendada perearsti ja tema meeskonna koormus, kuna vastuvõtule jõuavad ja valdkondadeülest koordineatsiooniteenust hakkavad saama ka need inimesed, kelle tervise- ja toimetulekuprobleemid oleksid muidu jäänud pikemaks ajaks märkamatuks. Samas on muudatuse eesmärgiks ja oodatavaks mõjuks halduskoormuse vähenemine pikemas vaates, kuna välditakse dubleerivaid hindamisi ja menetlustoiminguid kompleksse abivajadusega riskirühma kuuluvate inimeste puhul ning paraneb info liikumine tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi vahel turvalise ja struktureeritud andmevahetuse kaudu. Perearstil endal ei teki vajadust oma IT-lahendust arendada. Piisab ligipääsust tervisejuhtimise töölauale.

Rakendamise algfaasis võivad muudatused suurendada koostöö ja infovahetusega seotud töökoormust ning tekitada ajutist ebaselgust rollide ja vastutuse jaotuses, eelkõige seoses sellega, millal ja kuidas kaasata terviseteejuhti ning milline on perearstikeskuse roll heaoluplaani koostamisel ja elluviimisel. Samuti eeldab muudatus uute töövahendite, sealhulgas märkamislehe ja heaoluplaani kasutuselevõttu, mis võib algfaasis suurendada dokumenteerimisele kuluvat aega ning nõuab täiendkoolitust ja lisatuge. Teisalt on paljudele perearstidele tuttav krooniliste haigustega patsientide riskipõhine ravi juhtimine, mille korral tuleb inimesele koostada personaalne raviplaan ja koordineerida tema ravi koostöös perearsti meeskonnaga. Võib öelda, et olulises osas on terviseteejuhi teenus üles ehitatud sarnasele põhimõttele. Erinevus seisneb selles, et raviplaani koostab perearst, terviseteejuht aga koostab raviplaanist saadud sisendi põhjal heaoluplaani ning on koordineatsiooni küsimustes inimese peamine kontaktisik, täites selles rollis pereõde asemel koordineerivat funktsiooni

Eri analüüsid⁶⁸ on näidanud, et Eestis on perearstide ja pereõdede töökoormus suur ning hõlmab lisaks ravitööle ka märkimisväärt halduskoormust ning mittemeditsiiniliste ja sotsiaalsete probleemidega tegelemist, mille kasvu mõjutavad eelkõige rahvastiku vananemine, krooniliste haiguste levik ja sotsiaalsete probleemide jõudmine tervishoiusüsteemi.

Muudatusel on oluline mõju perearstiabi jätkusuutlikkusele. Rahvastiku vananemise ja krooniliste haiguste sagenemise tingimustes suureneb perearstiabi roll patsientide pikaajalisel jälgimisel ja ravi juhtimisel. Ilma täiendava toeta tähendab see perearstikeskustele kasvavat koormust keerukate juhtumite lahendamisel. Kavandatav koostöömudel ja terviseteejuhi kaasamine aitavad hajutada seda koormust ning vähendada olukordi, kus perearst jääb keeruka tervise ja sotsiaalse abivajadusega patsiendi käsitlemisel süsteemis üksi. Seeläbi toetab muudatus perearstiabi toimimist

⁶⁸ OECD. (2020), Realising the Potential of Primary Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris; OECD. (2025). European Commission. Estonia: Country Health Profile 2025. [soheu-2025-estonia-native-language-final-web.pdf](#);

ja jätkusuutlikkust, eriti väiksemates piirkondades ja üksikpraksistes, kus võimalused keerukate juhtumite iseseisvaks haldamiseks on piiratud.

Koordinatsiooni vajadus on erinev sõltuvalt KOVi suurusest ja asukohast. Praegu langeb suur osa sellistest korralduslikest ja sotsiaalsetest küsimustest pereõdedele, kuid ka pereõdede ressurss on piiratud. Koordineerimisfunktsiooni koondamine terviseteejuhile võimaldab vähendada vajadust, et esmatasandi tervishoiutöötajad täidaksid koordineerimisülesandeid oma põhitöö kõrval, ning suunata nende tööaega enam kliinilisele tegevusele.

Perearstide ja KOVi sotsiaaltöötajate vaheline koostöö muutub selgemaks ja struktureeritumaks. Senises süsteemis on see koostöö sageli isikupõhine ja sõltub konkreetsetest kontaktidest. Terviseteejuhi roll ja heaoluplaan loovad ühtse raamistiku, mille kaudu liigub vajalik info ning kus on selgelt määratletud, millistes küsimustes vastutab perearst, millistes sotsiaaltöötaja ja millistes terviseteejuht. See vähendab dubleerimist, ebakindlust rollides ja olukordi, kus perearstilt oodatakse sotsiaalvaldkonna probleemide lahendamist ilma vastava pädevuse ja töövahenditeta.

Muudatus mõjutab ka perearsti ja patsiendi vahelist suhet. Koordineeritum teenuste korraldus ja terviseteejuhi roll aitavad tugevdada perearsti positsiooni patsiendi terviseekonna keskse kliinilise otsustajana. Perearst jääb patsiendi jaoks esmaseks meditsiiniliseks kontaktiks, kuid patsiendi ja tema lähedaste jaoks väheneb vajadus pöörduda perearsti poole sotsiaalsete või korralduslike küsimustega, mis ei kuulu ravitegevuse tuumikusse. See toetab usalduslikku ja järjepidevat perearsti-patsiendi suhet, kus perearsti roll ei lahjene, vaid muutub selgemaks ja paremini toetatuks.

Riskina tuleb arvestada, et perearstide valmisolek ja võimalused osaleda piirkondlikus koostöös võivad piirkonniti erineda, sõltudes praktilise suurusest, töökorraldusest ja olemasolevast koormusest. Ebaühtlase rakendumise riski maandavad terviseteejuhi roll, TERVIKu pakutav koordineeriv tugi ning üleriigiline juhendamine ja koolitus. Reformi rakendamisel on oluline pöörata tähelepanu sellele, et koostöömudel toetaks ka väiksemaid ja üksikpraksiseid ega eeldaks perearstidelt ebaproportsionaalset lisapanust.

Kokkuvõttes on muudatuste mõju esmatasandi tervishoiule oluline ja valdavalt positiivne, kuna see tugevdab esmatasandi rolli inimese terviseekonna keskse tugipunktina, toetab meeskonnapõhist ja ennetavat lähenemist ning aitab suunata ressursse tõhusamalt patsiendi vajadustest lähtuva ravi ja toe pakkumisse. Rakendusperioodi alguses tuleb siiski arvestada ajalise investeeringuga uute töövahendite (sh märkamisleht) kasutuselevõtuks ning proaktiivsest sekkumisest tuleneva, seni rahuldamata nõudluse kasvuga perearstiabi teenusele. Selle koormuse leevendamiseks on oluline, et süsteemi lisanduks vajalik terviseteejuhtide ressurss, et perearstid ja pereõded ei peaks jätkuvalt kulutama oma aega sotsiaalsete probleemide koordineerimisele, vaid saaksid keskenduda kliinilisele põhitööle.

Mõju sihtrühm 5 – tervishoiutöötajad ja sotsiaalvaldkonna spetsialistid (v.a. perearstiabi ja haiglad, keda on käsitletud eraldi)

Terviseteejuhtide tööle asumine puudutab eelkõige sotsiaaltöötajate ja õdede töökorraldust. Tervise Arengu Instituudi andmetel töötas 2024. aastal tervishoius 9374 õde⁶⁹ ning Statistikaameti andmetel 2339 sotsiaaltöötajat ja nõustajat (sh ca 300 neist SRT meeskondades).^{70, 71} Tulevikus hakkab

⁶⁹ Tervise Arengu Instituut, 2025. [THT001: Tervishoiutöötajad, täidetud ametikohad ja ületunnid ameti järgi. PxWeb](#) (26.03.26)

⁷⁰ [Avaleht | Statistikaameti palgarakendus.](#)

⁷¹ Sotsiaalkindlustusamet, 2026.

töötama hinnanguliselt 200–250 terviseteejuhti, kes moodustavad ligikaudu 2% kõigist õdedest ja sotsiaaltöötajatest. Arvestuslikult koordineerib üks esmatasandi terviseteejuht aastas keskmiselt 100 inimese abistamist (s.o keskmine koormus esmatasandil perearstide meeskondades, sellele lisanduvad ühekordsed nõustamised).

KOV-i sotsiaaltöötaja jaoks tähendab muudatus eelkõige seda, et keeruka abivajadusega inimese puhul ei jää tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostöö korraldamine üksnes tema ülesandeks. Valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse kaudu tekib tervishoiusüsteemis püsiv koostööpartner – terviseteejuht, kellel on koordinatsiooniks vajalikud ressursid. Paikkondade külastustelt ja KOV tööprotsesside analüüsist⁷² saadud tagasiside põhjal suurendab sotsiaaltöötajate töökoormust inimeste toetamine, kellel on raskused tervishoiusüsteemis orienteerumisel, tervishoiuteenustele jõudmisel ning ravimite, meditsiiniseadmete ja abivahendite hankimisel. Tervishoiu digitaliseerimisega (digiregistratuur, digisaatekiri, perearsti digitaalne platvorm jms) on vähese digivõimekusega inimesed jäänud kehvemasse positsiooni ning vajavad lähedaste või sotsiaaltöötaja praktilist tuge. Spetsialiseeritud arstiabi pakkumise koondumine peamiselt Tallinnasse ja Tartusse ning teenuseosutamise muutumine statsionaarsest vormist rohkem päevaravi vormi on probleemi veelgi süvendanud.

Terviseteejuhi rolli loomine muudab töökorraldust eeskätt sellega, et kokkulepitud sihtrühmades võtab terviseteejuht kandvama rolli inimese teenuseteekonna koordineerimisel tervishoiu ja sotsiaalteenuste vahel, teenuseosutajate vahelise info liikumise hoidmisel ja inimese toetamisel tervishoiusüsteemis orienteerumisel. Mõju avaldub eelkõige selles, et KOV sotsiaaltöötaja jaoks väheneb tervisega seotud info otsimine ja vahendamine (kontaktide leidmine, raviskeemide selgitamine, inimese suunamine teenustele). See jätab sotsiaaltöötajatele rohkem aega keskenduda inimeste sotsiaalprobleemide lahendamisele, mis on nende põhifunktsioon. Samal ajal lisandub valdkondadeülese koostöö (tugimeeskonnad, märkamisleht, ühised plaanid) ning uute digilahenduste kasutuselevõtt, mis võib ajutiselt töökoormust suurendada.

Integratsioonimudeli rakendamisel säilib KOV-i sotsiaal- ja lastekaitsetöötaja roll inimese abivajaduse hindamisel, teenuste määramisel ja korraldamisel. Terviseteejuht pakub sellele täiendavat sisendit, kuid ei asenda KOV-i otsustusõigust ja -vastutust. Valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse vajaduse hindamisse võib kaasata ka KOV-i lastekaitsetöötaja ning sotsiaalteenuste andmeregistris sisestatud abivajaduse hindamise kokkuvõtte on üheks heaoluplaani koostamise aluseks. See aitab tagada, et laste kompleksne abivajadus, kus tervise-, sotsiaal- ja haridusvaldkonna sekkumised on tihedalt seotud, oleks koordinatsiooniteenuse raames asjakohaselt käsitletud.

Rakendamise algfaasis on peamine risk valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse ja SHS-is sätestatud juhtumikorralduse rollide ebaselgus. Nii KOV sotsiaaltöötaja kui terviseteejuht tegelevad inimese abivajaduse tervikliku mõistmise ja teenuste koordineerimisega, kuid erinevas pädevuses: KOV hindab sotsiaalset abivajadust ja otsustab sotsiaalteenuste üle, terviseteejuht hindab koordinatsiooniteenuse vajadust ning hoiab tervise- ja sotsiaalvaldkonna vahelist infovahetust ja koostööd. Kui see piir ei ole praktikas selge, võib tekkida dubleerimine ja vastutuse hajumine ning juhtumitöö killustatus püsib. Ebaselgus võib avalduda ka heaoluplaani ja juhtumiplaani kasutamisel ning juhtumikorralduse ja võrgustikutöö vastutuse jaotuses, eriti juhul, kui inimene saab samaaegselt teenuseid mitmest valdkonnast. Kui ei ole üheselt selge, milline spetsialist vastutab juhtumi tervikliku käsitlemise eest, võib see kaasa tuua töö dubleerimise või juhtumitöö killustumise. Samuti

⁷² Sotsiaalministeerium. (2026). Planeeritava tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna integratsioonimudeli kasutuselevõttuga seonduv mõju kohalike omavalitsuste valitsemise ja töökorralduslikele küsimustele. Mõjude kvalitatiivne eelhindamine ja kaardistus.

võib risk mõjutada teenuste kättesaadavust, kui töökorralduse muudatused ei ole kooskõlas spetsialistide töökoormuse ja olemasolevate ressursidega. Riski maandamiseks on vaja selgeid juhiseid, ühiseid koolitusi ning TERVIKutes kokku lepitud tööpõhimõtteid ja töövooge.

Terviseteejuhi lisandumine ei tähenda tingimata spetsialistide töömahu vähenemist, kuid võib parandada töö sisulist suunatust ning võimaldab suunata tervishoiustöötajate ressursi eeskätt ravitööle ja KOVi sotsiaaltöötajate ressursi sotsiaaltöö põhitegevustele.

Ka rahvusvaheline praktika näitab, et valdkondadeülese koordineerimise rakendamisel muutub spetsialistidel töö sisu, kus väheneb dubleeriv töö ning administratiivsete ja koordineerivate tegevuste maht ning samal ajal suureneb sisulise ja eesmärgipärase juhtumitöö osakaal⁷³. Kuigi sotsiaaltöötajad teevad juba praegu koostööd eri ametkondadega, loob uus teenus eeldused töö paremaks jaotamiseks ja koormuse jagamiseks, kuid eeldab rollide selget kokkuleppimist ja tööprotsesside ühtlustamist. See aitab suunata spetsialistide tööaega enam nende põhiülesannetele ning muudab töökorralduse selgemaks ja abi järjepidevamaks.

Sealjuures on spetsialistide töömahu täpset muutust keeruline hinnata. Teiste riikide kogemusest on ilmnenu, et juhtumipõhise koordineerimise puhul kujuneb spetsialisti töökoormus kontekstipõhiselt ning ei ole taandatav kindlale kliendiarvule.⁷⁴ Töömahtu mõjutavad eelkõige sihtrühma keerukus, töö intensiivsus, piirkonna teenusevõrgu toimimine ja meeskonna toetus.⁷⁵ Seetõttu ei kajasta töökoormus üksnes inimeste arvu, vaid ka töö sisu, sealhulgas kontaktide sagedust, koordineerimise vajadust ja kaasatud osapoolte hulka. Uuringud rõhutavad, et liiga suur kliendimaht võib muuta töö reaktiivseks ja vähendada ennetava toe mõju⁷⁶, mistõttu tuleb töökoormus kujundada vastavalt sihtrühmale ja piirkondlikele tingimustele.

Kokkuvõttes on muudatustel oluline mõju tervishoiustöötajate ja sotsiaalvaldkonna spetsialistide töö sisule ja töökorraldusele. Pikemas perspektiivis võib see vähendada dubleerivat koordineerimist ja suunata tööaega enam erialastele tegevustele, kuid rakendamise edukus sõltub eelkõige piisava hulga spetsialistide koolitamisest ning selgete tööprotsesside kujundamisest.

Mõju sihtrühm 6 – KOVid vt ka eraldi läbiviidud mõjuanalüüsi, eelnõu lisast

Ööpäevaringseid institutsionaliseeritud hooldusteenuseid osutatakse Eestis oluliselt rohkem, kui meist jõukamates riikides. OECD⁷⁷ andmetel sai 2023. aastal institutsioonipõhiseid pikaajalise hoolduse teenuseid Eestis 5% 65-aastastest ja vanematest inimestest, Soomes ja Saksamaal 4,0%, Rootsis 4,1%, Prantsusmaal 3,8% ja Norras 3,6%. Kodupõhiseid pikaajalise hoolduse teenuseid (tervishoiu- ja sotsiaalteenused kokku) sai Eestis samal aastal 5,7% 65-aastastest ja vanematest inimestest, samas kui Soomes oli vastav näitaja 8,5%, Saksamaal 20%, Rootsis 11,3% ja Norras 12,1%.

Kodupõhistele teenustele pannakse välisriikides oluliselt suuremat rõhku ja nende saajate arv on vähemalt poole suurem. Eestis moodustab üldhooldusteenus keskmiselt kolmandiku KOVi sotsiaalkaitsekuludest, osades KOVides kuni 50% sotsiaalkaitsekuludest. TERVIKute oodatav mõju

⁷³ Vt nt rahvusvaheline kirjandus: <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1045>; <https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-018-3161-3>; <https://ijic.org/articles/8451/files/65731138c97f5.pdf>; <https://journals.sagepub.com/doi/10.1089/pop.2021.0057>.

⁷⁴ <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1447-0349.2011.00777.x>.

⁷⁵ <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1084822318803099>; <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8287353/>.

⁷⁶ Nt <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hsc.12848>; <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1447-0349.2011.00777.x>.

⁷⁷ OECD, 2026 Leitav: [OECD Data Explorer • Long-term care resources and utilisation - recipients](https://data.oecd.org/healthcare/long-term-care-resources-and-utilisation-recipients) (12.03.2026).

on pidurdada inimeste kiiret liikumist institutsionaalsele hooldusele ning võimaldada pikemat ja paremini koordineeritud koduhooldust ja kodupõhiselt toetatud ravi.

Muudatus mõjutab kõigi KOVide rolli sotsiaalteenuste korraldamisel ning nende koostööd tervishoiu osapooltega – tähelepanu liigub inimese tulemuslikule abistamisele ja terviklikuma teenuseteekonna kujundamisele. Koordinatsiooniteenuse lisandumine ei muuda KOVide seniseid õigusi ega kohustusi sotsiaalhoolekande korraldamisel, vaid loob selle kõrvale toetava toe ja ühise infovaate, mis peaks aitama kujundada inimese abiteekonda terviklikumalt.

Koordinatsiooniteenus loob KOVidele paremad eeldused varasemaks sekkumiseks ja süsteemsemaks abivajaduse märkamiseks, kuna info inimese olukorra kohta liigub tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi vahel korrastatult ja reeglipäraselt. Praegune tervise- ja sotsiaalvaldkonna vaheline koostöö on enamasti juhtumipõhine ning tugineb telefonikõnedel, e-kirjadel, isiklikel kontaktidel ja sotsiaaltöötaja nõ käsitsi infootsingul⁷⁸. Terviseteejuhi roll, märkamisleht, heaoluplaan ja ühine infovaade võivad vähendada sellist killustatud käsitsi koordineerimist ning aidata kiiremini selgitada, milline osapool inimese abivajadusega tegeleb.

KOVide jaoks tähendab muudatus praktiliselt seda, et senise sageli isiklikele kontaktidele tugineva infovahetuse asemele (vajadusel ka kõrvale) lisanduvad korrastatud infotehnoloogilised töövahendid ja töövood. Muudatuse oodatav mõju on, et senine hajus ning inimese vahendatud infokogumine väheneb ning KOV saab sotsiaalse abivajaduse katmist korraldada parema terviseinfo ja koostööraamistiku alusel.

Samas ei tähenda koordinatsiooniteenuse lisandumine, et KOVi töökoormus või teenusevajadus väheneb automaatselt. Parema märkamise ja tervishoiu poolt edastatav info võivad tuua KOVi vaatevälja inimesi, kelle sotsiaalne abivajadus on seni olnud varjatud või KOVile nähtav alles kriisiolukorras. Seetõttu võib rakendamise esimeses etapis suureneva vajadus KOVi korraldatavate toetavate teenuste järele, nagu näiteks koduteenuse, sotsiaaltranspordi, tugiisiku, isikliku abistaja, eluruumi kohandamise või hoolduskoormust vähendavate lahenduste järele. Mõju ulatus sõltub sellest, kui hästi on KOVis seni toiminud koostöö tervishoiusüsteemiga ning milline on piirkonna olemasolev teenusevõrk ja teenusvõimekus.

Muudatus mõjutab ka sotsiaalteenuste sisu ja struktuuri. Oodatav mõju on, et abivajadust märgatakse varem ning inimese toetamine liigub senisest enam kodu- ja kogukonnapõhiste teenuste suunas. See võib aidata toetada inimese kodus toimetulekut ning mõnel juhul lükata edasi või vältida ööpäevaringsele üldhooldusteenusele jõudmist. Samas sõltub see mõju sellest, kas KOVil on võimalik vajalikke teenuseid tegelikult pakkuda või arendada. TERVIKute moodustamine ei muuda kohalike omavalitsuste seadusest ega SHS-ist tulenevaid ülesandeid ega kehtivaid sotsiaalteenuste miinimumnõudeid, võib valdkondadeülese koordinatsioonimudeli rakendamisel prognoosida muutusi sotsiaalteenuste kasutamise mahus ja struktuuris.

Reformi kaudne majanduslik mõju KOVidele võib avalduda eelkõige KOVi korraldatavate teenuste nõudluse muutuses. Varasem märkamise, tervishoiuandmetel põhinev riskirühmade tuvastamine ja valdkonnaülene koordinatsioon võivad tuua KOVini rohkem infot inimeste seni katmata või killustatult käsitletud abivajaduse kohta. Kõige tõenäolisemalt puudutab see kodus elamist toetavaid teenuseid, sotsiaaltranspordi, nõustamist, abivahendite kasutamisega seotud tuge, hoolduskoormust vähendavaid lahendusi ning vajaduse korral eluruumi kohandamist.

⁷⁸ Sotsiaalministeerium. (2026). Planeeritava tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna integratsioonimudeli kasutuselevõttuga seonduv mõju kohalike omavalitsuste valitsemise ja töökorralduslikele küsimustele. Mõjude kvalitatiivne eelhindamine ja kaardistus.

KOVide teenusevajaduse võimalikku kasvu on hinnatud nelja ja enama kroonilise haigusega inimeste sihtrühma põhjal. Arvestuse kohaselt jõuab 2030. aastaks valdkonnaülese koordinatsioonini ligikaudu 20% sellest sihtrühmast. Neist omakorda ligikaudu 30% ehk 6% kogu sihtrühmast võib vajada täiendavaid KOVi korraldatavaid sotsiaalteenuseid järgnevalt:

- 30% vajavad koduteenust;
- 50% vajavad sotsiaaltransporti;
- 20% vajavad eluruumi tagamise või kodu kohandamise teenust.

Sellise lisanduva teenusevajaduse kuluks on hinnatud **2024. aasta hindades ligikaudu 4,6 miljonit eurot** aastas⁷⁹. Arvestatud on kõigi KOVide raporteeritud tegelikke kulusid koduteenusele ja sotsi transpordi teenusele. Eluruumi tagamise või kodu kohandamise teenuse kuluks aastas on võetud kliendi kohta 1000 eurot.

Majandusliku mõju hindamisel tuleb samal ajal arvestada, et täiendav kodus elamist toetav abi võib vähendada või edasi lükata vajadust väljaspool kodu osutatava üldhooldusteenuse järele. Rahvusvahelised analüüsid viitavad, koordinatsioonil on oluline mõju hooldekodusse sattumise edasi lükkumisele. Eestis planeeritavale mudelile sarnane valdkonnaülene koordinatsioon võib vähendada üldhooldekodusse sattumist kahe aasta jooksul kuni 20%⁸⁰. KOVi vaates tähendab see, et reformi mõju on käsitatav ka võimaliku kulustruktuuri muutusena: osa kulusurvest võib liikuda üldhooldusteenuselt varasematele ja kodus toimetulekut toetavatele teenustele.

Koordineeritud hooldus lükkab institutsionaliseerimist edasi ja loob kokkuhoidu peamiselt läbi kiire kriisireageerimise (võldib hospitaliseerimist), ravisoostumuse parandamise, koduteenuste varajase lisamise, hoolduskoormuse vähendamise pereliikmetel ja teenuste dubleerimise vältimise. Kui süsteem ainult „koordineerib“, aga ei suurenda teenuste kättesaadavust, on mõju väiksem.

2030. aastaks on hinnatud kolme stsenaariumit.

Stsenaarium I: Valdkonnaülest koordinatsiooni teenust ei osutata, väljaspool kodu osutatava üldhooldusteenuse kasutus kasvab 10%, lisakulu 7 miljonit eurot 2030. aastal. Arvestuse lähtekohaks on 2024. aasta üldhooldusteenuse kasutajate arv 11 469 inimest ja 2025. aastal 11 992 inimest. Kui 2030. aastaks kasvab üldhooldusteenuse kasutajate arv 10%, lisandub hinnanguliselt ligikaudu 1200 teenusekasutajat. Selle täiendava teenusemahu kuluks on hinnatud 2024. aasta hindades ligikaudu 7 miljonit eurot aastas, mis moodustab umbes 2% KOV-ide 2024. aasta sotsiaalkaitse kogukuludest.

Stsenaarium II: Valdkonnaülese koordinatsiooni teenust rakendatakse (sellest tekib KOV-dele lisakulu koduteenusele, transporditeenusele, kodukohandusele jms kokku 4,6 miljonit eurot), **kuid selle mõju üldhooldusteenusele jõudmise edasilükkamisel on tagasihoidlik ehk üldhooldusteenuse kasutus kasvab 5%**, lisakulu võrreldes tänasega 3,5 miljonit eurot 2030. aastal (1% KOV-ide 2024. aasta sotsiaalkaitse kogukuludest).

Võrreldes stsenaarium I-ga annab koordinatsiooniteenuse ja täiendavate KOV teenuste (so koduteenuse, transporditeenuse, kodukohanduse jms) kasutuselevõtt üldhooldusteenuse mahu väiksem kasvu hinnanguliselt säästu 3,5 miljonit eurot. Suureneb kodus elamist vajavate teenuste maht täiendavalt 600-le inimesele: neist 30% vajab koduteenust, 50% sotsiaaltransporti ning 20%

⁷⁹ Sotsiaalministeeriumi arvutused, 2026.

⁸⁰ [Impact of Integrating Social and Health Home Care Services in Catalonia: A Retrospective Cohort-Based Two-Year Study | International Journal of Integrated Care](#)

eluruumi tagamise või kodu kohandamisega seotud tuge, kogumaksumusega 4,6 miljonit eurot. Seega on II stsenaariumi kogumõju KOV-idele kokku 3,5-4,6= -1,1 miljonit eurot lisakulu.

Stsenaarium III: Valdkonnaülese koordinatsiooni teenust rakendatakse (sellest tekib KOVde lisakulu koduteenusele, transporditeenusele, kodukohandusele jms kokku 4,6 miljonit eurot), **selle mõju üldhooldusteenusele jõudmise edasilükkamisel on oluline ehk üldhooldekodu kasutus ei kasva rohkem kui 1%**, lisakulu võrreldes tänasega ligikaudu 70 000 eurot 2030. aastal.

Võrreldes stsenaarium I-ga annab üldhooldusteenuse mahu oluliselt väiksem kasv hinnangulise säästu 6,4 miljonit eurot. Suureneb kodus elamist vajavate teenuste maht täiendavalt 1080-le inimesele: neist 30% vajab koduteenust, 50% sotsiaaltranspordi ning 20% eluruumi tagamise või kodu kohandamisega seotud tuge, kogumaksumusega **4,6 miljonit eurot. Seega on III stsenaariumi kogumõju KOVidele kokku 6,4-4,6= 1,8 miljonit eurot säästu.**

Koordinatsiooniteenuse toimimine eeldab KOVidelt valmisolekut teenuste arendamiseks ja ümberkujundamiseks ning tihedamat koostööd teiste teenuseosutajatega. Esialgu võib muudatuse elluviimine suurendada KOVide haldus- ja korralduskoormust, eelkõige seoses uute tööprotsesside kujundamise, koostöömodelite käivitamise ja digilahenduste kasutuselevõtuga. Mõju võib olla suurem väiksema administratiivse võimekusega KOVides, kus sotsiaaltöötajaid on vähe ja töökoormus juba praegu suur. Suuremates linnades ja KOVides, kus on juba olemas toimivad koostööstruktuurid ja institutsionaalne võimekus, võib risk avalduda pigem paralleelsete juhtimisstruktuuride ja topeltkoordineerimise tekkes. Mõlemal juhul on riski maandamiseks vaja selget rollijaotust, TERVIKutes kokku lepitud tööpõhimõtteid, metoodilist tuge ja juhendmaterjale. Pikemas perspektiivis loob parem koordineeritus siiski eeldused kulusurve ohjamiseks, kuna väheneb vajadus hilisemate ja kulukamate sekkumiste järele⁸⁷.

Koordinatsiooniteenuse abil inimese toetamine eeldab ka võimekust kasutada infovahetuseks andmesüsteeme ning talletada inimese abivajadust puudutav info korrektselt ja õigeaegselt. Kuigi KOVidel on ka praegu kohustus kasutada sotsiaalteenuste andmeregistrit STAR, on selle rakendamine KOVides ebaühtlane. Seetõttu võib tekkida vajadus täiendavalt üle vaadata töökorralduse protsessid ja suurendada töötajate teadmisi ning oskusi, et kasutada loodavaid tehnoloogilisi lahendusi sihipäraselt. Kui uued digilahendused on kasutajatele arusaadavad, tööprotsessidega kooskõlas ja KOVide jaoks piisavalt toetatud, aitavad need vähendada killustatud suhtlust tervishoiusüsteemi ja sotsiaalvaldkonna vahel. Üleminekuperioodil võib nende kasutuselevõtt siiski töökoormust ajutiselt suurendada.

Oluline risk on tegevuste dubleerimine ja paralleelsete infokanalite teke, kui rolle ja tööjaotust selgelt ei määratleta. Kui inimesel on samaaegselt KOVi juhtumikorraldus ja valdkondadeülene koordinatsiooniteenus, tuleb töövoos selgelt kokku leppida. Samuti tuleb vältida olukorda, kus heaoluplaan, juhtumiplaan, STAR-i sissekanded ja muud infokanalid hakkavad toimima üksteise kõrval ilma selge seoseta.

Piirkondlik koostöö, korrastatum andmevahetus ja andmeanalüüs aitavad parandada sotsiaalteenuste planeerimist, et tõhusamalt kasutada ressursse ning vähendada olukordi, kus inimese probleemid süvenevad õigeaegse abi puudumise tõttu. Kui inimese vajadus on tuvastatud, kuid piirkonnas puudub sobiv teenus, teenuseosutaja, vaba koht või vajalik spetsialist, ei lahenda terviseteejuhi kaasamine teenuse puudumist. Küll aga aitab see teenuselünga selgemalt fikseerida ning suunata selle TERVIKu ja piirkondliku planeerimise tasandil käsitlemisele.

Kokkuvõttes on muudatuste mõju KOVide töökorraldusele oluline ja valdavalt positiivse potentsiaaliga, kuid mõju ei avaldu automaatselt töökoormuse ega kulude vähenemisena.

Lühiajaliselt võib suureneda nii halduskoormus kui ka vajadus KOVi korraldatavate teenuste järele, sest parema märkamise kaudu jõuab nähtavale seni katmata abivajadus – hinnanguliselt kuni 4–5 miljonit eurot aastas kroonilise haigusega sihtrühmas, millest sõltuvalt üldhooldekodusse sattumise vältimise ulatusest võib netomõju jääda vahemikku 1,1 miljonit eurot lisakulu kuni 1,8 miljonit eurot kokkuhoidu. Pikemas perspektiivis loob parem koordineeritus eeldused teenuste sihipärasemaks planeerimiseks, kodus toimetuleku toetamiseks ja kulusurve ohjamiseks, kuid see sõltub KOVide teenusvõimekusest, digilahenduste toimivusest, terviseteejuhi ja KOVi rollijaotuse selgusest ning TERVIKutes kokku lepitud tööprotsessidest. Ebasoovitavate mõjude risk on keskmine – väiksema võimekusega KOVides võib tekkida ülekoormus, suuremates KOVides aga risk olemasolevate ja uute koostööstruktuuride kattumiseks.

6.2.2. Mõju riigivalitsemisele

Valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse ja terviseteejuhi rolli rakendamine avaldavad mõju mitmele riigiasutusele ja riigieelarve kuludele. Mõjutatud sihtrühmadeks on Sotsiaalministeerium, Tervisekassa ning Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskus (TEHIK). Riigi roll tugevneb eeskätt strateegilise suunajana, kes kujundab valdkondadeülese koostöö põhimõtted ja rahastamismudelid ning tagab andmepõhise juhtimise eeldused.

Tervisekassa roll riigivalitsemises laieneb, kuna lisaks tervishoiuteenuste rahastamisele hakkab ta rahastama valdkondadeülest koordinatsiooniteenust. Sellega kaasneb vajadus uute rahastuslepingute sõlmimiseks ning tulemuspõhise rahastamise põhimõtete rakendamiseks, mis loob eeldused liikuda ravikulude passiivselt rahastamiselt tervisetulemuste aktiivse juhtimise suunas. TEHIKu roll suureneb seoses uute andmevahetuslahenduste, riskirühmade tuvastamist ja koordinatsiooniteenust (sh heaoluplaani koostamist) toetavate infosüsteemide arendamise ja haldamisega. See tähendab, et riigi tasandil suureneb vajadus tagada erinevate infosüsteemide koostalitlusvõime, andmekvaliteet ja andmekaitse nõuete täitmine.

Muudatuste rakendamine eeldab ka riigiasutuste vahel tihedamat koostööd, eelkõige tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi andmete kasutamisel, teenuste planeerimisel ning rahastamise korraldamisel. See suurendab vajadust ühtsete metoodikate, juhiste ja seiremehhanismide järele ning eeldab riigi tasandil tugevamat koordinatsiooni.

Muudatus loob koostöökogu näol tasanditevahelise koostööplatvormi, mis lisaks riigiasutuste omavahelise koostöö tugevdamisele loob püsivama silla kohaliku valitsemisega, võimaldades kujundada tervise-, sotsiaal- ja heaolualdkonna poliitikat senisest paremini piirkondlike vajaduste, teenuselünkade ja rakenduspraktika põhjal.

Muudatuste rakendamine toob kaasa täiendava eelarvemõju, mis koosneb nii ajutistest kui ka püsikuludest. Rakendamise algfaasis kasutatakse täiendavat välisrahastust ligikaudu 14 miljoni euro ulatuses, mis hõlmab muu hulgas terviseteejuhtide koolitamise, infotehnoloogiliste lahenduste arendamise ja üleminekuperioodi toetamisega seotud kulusid. Riigiasutuste töökoormus võib ajutiselt suureneda seoses rakendusaktide ettevalmistamise, infosüsteemide arendamise ja uue koostöömodeli käivitamisega. Pärast välisrahastuse lõppemist tuleb koordinatsiooniteenuse tegevuskulud katta peamiselt ravikindlustuse vahenditest, mis suurendab Tervisekassa rolli valdkondadeülese koostöö rahastamisel ning eeldab pikaajaliste rahastuslahenduste kujundamist. Rakendamisega võivad kaasned ajutised juhtimis- ja koordineerimiskid, eelkõige seoses uue koostöömodeli käivitamise, rahastuslepingute sõlmimise ja infosüsteemide arendamisega. Samuti eeldab reform erinevate riigiasutuste tegevuste ja ajakavade kooskõlastamist.

Täpsem ülevaade riigiasutuste tegevustest ja eelarve mõjust on esitatud punktis 7.

6.2.3. Toitlustamise nõuete kaotamine tervishoiuasutustele

Eelnõuga kaotatakse tervishoiuasutustele kehtestatud toitlustamise erinõuded, mille tulemusel muudetakse vastavalt ka ministri 10. juuli 2025. a määrust nr 30 "Nõuded toitlustamisele tervishoiuasutuses ja täiskasvanutele sotsiaalteenuse osutamisel" tervishoiuasutusi puudutavas osas.

Muudatuse eesmärk on proportsionaalsem lähenemine, arvestades patsientide üldjuhul lühiajalist tervishoiuasutuses viibimist ja tervishoiutöötajapoolset toitumisjuhendamist. Toitlustamisele jäävad kehtima toiduseadusest tulenevad toiduohutuse ja -hügieeni nõuded, ning tervishoiuasutused saavad edaspidi juhinduda TAI riiklikest toidu- ja toitumissoovitustest.

Mõju sihtrühm 1 – patsiendid

Statsionaarsel ravil viibivad patsiendid on peamine sihtrühm, keda toitlustamise nõuete muutmine puudutab. 2025. aastal osutati Tervisekassa andmetel statsionaarset ravi 116 983 inimesele, kellest valdav enamik (98 717) olid täiskasvanud.⁸¹ Täisealised patsiendid moodustavad ligikaudu 9% täisealisest elanikkonnast ning alaealised patsiendid ligikaudu 6% alaealistest.

Praktikas ei tähenda nõuete kaotamine patsientide jaoks olulist muutust, kuna haiglates lähtutakse toitlustamisel eelkõige patsiendi tervises seisundist ja ravivajadusest – suurele osale patsientidest koostatakse juba praegu hospitaliseerimise põhjusega seotud erimenüü, mille koostamine ei sõltunud kaotatavatest üldnõuetest. Nende patsientide puhul, kellele pakutakse tavamenüüd, saavad tervishoiuasutused ka edaspidi tugineda Tervise Arengu Instituudi koostatud tõendus põhiste toidu- ja toitumissoovitustele, mis annavad piisava aluse tasakaalustatud toitumise tagamiseks ilma õigusaktist tuleneva kohustuseta⁸².

Mõju avaldumise ulatus sõltub sellest, kui kaua patsient tervishoiuasutuses viibib – aktiivravil, mis moodustab statsionaarsest ravist suurema osa, viibiti 2024. aastal keskmiselt 5,8 päeva. Kokkuvõttes on mõju patsientidele tagasihoidlik, kuid pigem soodne, kuna suurenenud paindlikkus ei vähenda toidu kvaliteeti ega tervislikkust. Kuna haiglates on patsiendid tervishoiuasutuste kõrgendatud tähelepanu all, ei ole ebasoovitavate mõjude kaasnemise riski tuvastatud.

Mõju sihtrühm 2 – tervishoiuasutused

Statsionaarset ravi osutas 2024. aasta seisuga Eestis 48 haiglat ja 128 õendusabiasutust – kokku moodustavad need kõigest 1631 tervishoiuasutusest ligikaudu 11%⁸³. Muudatused puudutavad ka õendusabi asutusi, kuid üksnes neid, kus osutatakse ööpäevaringset statsionaarset tervishoiuteenust. Kodu- ja päevaõendusele ega sotsiaaltoolekande süsteemi kuuluvatele asutustele käesolevad nõuded ei laiene. Kuna avalikes andmetes ei ole õendusabi asutusi statsionaarse ja mitte-statsionaarse teenuse alusel eristatud, on mõjutatud asutuste tegelik osakaal tõenäoliselt mõnevõrra väiksem.

Tervishoiuasutuste jaoks tähendab muudatus eelkõige senisest suuremat otsustusvabadust toitlustamise korraldamisel ning väiksemat halduskoormust, kuna kaovad kohustuslikud ja üksikasjalikud nõuded toidu koostisele (nt energia- ja toitainesisalduse normid).

⁸¹ Tervisekassa. Kõik teenused | Tervisekassa

⁸² [Eesti riiklikud toitumise, liikumise ja uneaja soovitused. Tabelraamat | Tervise Arengu Instituut](#)

⁸³ Tervise Arengu Instituut. TTO10: Iseseisvad tervishoiuasutused omaniku liigi ja maakonna järgi. PxWeb.

Kuna asutused on nõuetega juba varem harjunud ja neil on olemas nii oma kogemus kui TAI juhendmaterjalid, ei ole ette näha, et muudatus tooks kaasa kohanemiskursi – pigem võimaldab see senist tootlustamiskorraldust jätkata paindlikumalt ja asutuse eripärale vastavamalt.

Mõju sihtrühm 3 – Terviseamet

Kuna tervishoiuasutuste tootlustamisele kehtestatud erinõuded kaovad, kaotab Terviseamet ka nendega seni seotud järelevalvekohustuse õigusliku aluse. See ei jäta valdkonda järelevalveta – toiduohutuse ja -hügieeni üldnõuded jäävad kehtima toiduseaduse alusel ning nende täitmist kontrollib jätkuvalt Põllumajandus- ja Toiduamet.

Mõju Terviseametile on väike, kuna senine praktika näitab, et tootlustamise erinõuete rikkumisi on tuvastatud harva – suuresti seetõttu, et haiglates kasutatakse valdavalt terviseseisundist lähtuvaid erimenüüsid, mille suhtes need nõuded üldse ei kohaldunud.

6.3 Mõju infotehnoloogilistele arendustele

Muudatuste rakendamine eeldab ulatuslikke infotehnoloogilisi arendusi, mis tulenevad eelnõuga kehtestatavatest uutest andmeliikidest ja tööprotsessidest (vt ptk 3 ja § 2 muudatused). Arenduste keskmes on uue andmekogu (Heaolu infosüsteem) loomine ning selle liidestamine TIS-iga, sotsiaalvaldkonna infosüsteemide ja Tervisekassa andmekoguga. Arendustööd tehakse mitmes etapis.

Esimese etapi arenduste käigus luuakse heaolu infosüsteem kui eraldiseisev andmekogu, millesse talletatakse märkamisleht, heaoluplaan ja tegevuskava ning nende haldamiseks vajalikud meeskonnatöö vahendid. Heaoluplaan edastatakse heaolu infosüsteemis TIS-i. Tööprotsessi toetamiseks on võimalik olemasolevad kesksed infosüsteemid ja digilahendused (tervisejuhtimise töölaud (TJT), sotsiaalhoolekande infosüsteemid (STAR2, SKAIS2) ja perearsti infosüsteemi platvorm (PAI)) liidestada uue andmekoguga, mis võimaldab teavitajal täita märkamislehe oma igapäevases töökeskkonnas. Lahendus eeldab isikupõhist ligipääsu haldust ja kasutajaliideseid, mis toetavad uute protsesside kasutamist igapäevatoos.

Teises etapis arendatakse välja liidestused, mis võimaldavad andmete vahetamist tervise- ja sotsiaalvaldkonna süsteemide vahel (sh STAR2, SKAIS2 ja Tervisekassa andmekogu). Liidestus võimaldab tervise- ja sotsiaalvaldkonna andmete piiratud ristsuhtust ning vähendab dubleerivat andmesisestust ja hindamist.

Infotehnoloogilised arendused kavandatakse ja rakendatakse viisil, mis võimaldab üleminekuperioodil olemasolevate teenuste ja infosüsteemide paralleelset toimimist, vältides teenuse katkemist või ligipääsu kaotust inimeste jaoks, kes on juba süsteemis või saavad teenuseid varasema korralduse alusel.

Muudatus mõjutab eelkõige TEHIKut, kes vastutab arenduste elluviimise eest, kuid ka Tervisekassat ja Sotsiaalkindlustusametit. Uued infotehnoloogilised lahendused eeldavad süsteemide koostoime tagamist ning olemasolevate lahenduste kohandamist. Lahenduse eesmärk on tagada, et andmeid sisestatakse võimalikult suures ulatuses üks kord ning neid kasutatakse korduvalt erinevates tööprotsessides. Inimesele tagatakse juurdepääs teda puudutavale infole terviseportaali kaudu, mis suurendab läbipaistvust ja toetab inimese aktiivset rolli oma tervise ja heaolu juhtimisel. Lisaks andmevahetuse lahendustele on vajalik arendada juhtimisandmeid ja analüütilisi tööriistu, mis

võimaldavad jälgida riskirühmi, teenuste kasutust ja piirkondlike eesmärkide täitmist (seos heaoluprofiili ja TERVIKu tegevusega). Siin kaasatakse arendustesse eeskätt Tervisekassa, Tervise Arengu Instituut ja Sotsiaalkindlustusamet. Arendused vähendavad dubleerivaid hindamisi ja paralleelset dokumenteerimist, võimaldades kasutada olemasolevaid andmeid nii tervishoiu- kui sotsiaalsüsteemis.

Arenduste üks keskseid mõjusid on spetsialistide halduskoormuse vähenemine, kuna varem eri süsteemidesse hajutatud info koondatakse ühtsesse töökeskkonda ning väheneb vajadus sama teabe korduvaks kogumiseks, sisestamiseks ja kontrollimiseks. Inimesele tagatakse juurdepääs teda puudutavale infole terviseportaali kaudu, mis suurendab läbipaistvust ja toetab inimese aktiivset rolli oma tervise ja heaolu juhtimisel.

Infosüsteemide arenduste hinnanguline maksumus I–II etapis on ligikaudu 2 miljonit eurot, mis kaetakse Norra välisabi vahenditest. Perioodiks 2028–2034 on kavandatud lisaarendused mahus ligikaudu 12 miljonit eurot Euroopa Liidu vahenditest. Kulud hõlmavad lisaks arendustele ka testimist, kasutuselevõttu, koolitusi, kasutajatuge ja hooldust.

Peamisteks riskideks on arenduste valmimise viibimine, eri süsteemide vähene koostalitlusvõime, kasutajate ülekoormamine liiga keeruka kasutajaliidesega, korduvad logimised, andmete ebatäpne ülekandumine ning küber- ja infoturberiskide suurenemine.

Riskide maandamiseks rakendab TEHIK Eesti infoturbe standardit, teenuseosutajate vaates on terviseteejuhtide tööandjaks tervishoiuteenuse osutajad, kes rakendavad oma infoturbe standardit, terviseteejuhte koolitatakse infoturbe riskide maandamiseks. Muudatuste rakendamisel laienevad tervise- ja sotsiaalvaldkonna andmevahetuse mahud ning suureneb isikuandmete, sealhulgas eriliiki terviseandmete ristikasutuse intensiivsus. Seetõttu on muudatuste juures keskse tähtsusega selgelt määratletud andmetöötluse reeglid, turvalised tehnilised lahendused ja kasutajate teadlikkus. Andmekaitseriskide maandamiseks rakendatakse meetmeid, mis tagavad, et isikuandmete töötlemine oleks kooskõlas minimaalsuse, eesmärgipärasuse ja õiguspärasuse põhimõtetega ning väldiks olukordi, kus andmed muutuvad ebatäpseteks, liigse ulatusega või ebaseaduslikult kättesaadavaks.

Esiteks põhineb ligipääsuõiguste kujundamine lisaks rollipõhisele ligipääsule olulises osas isikupõhisel juurdepääsul, mis tähendab, et tervishoiutöötajad ja sotsiaalvaldkonna spetsialistid saavad vaadata ja kasutada ainult neid andmeid, mis on vajalikud nende ametikohast ja tugimeeskonda kuulumisest tulenevate ülesannete täitmiseks. Ligipääsude haldamise koondamine terviseteejuhi rolli alla muudab vastutuse andmete kasutamise eest selgemaks ja paremini jälgitavaks. Ligipääsude lõpetamine toimub automatiseeritud loogika alusel, mis välistab olukorra, kus isikul säilib ligipääs pärast tööülesannete lõppemist või rolli muutumist. Ligipääs heaolu infosüsteemi lõpetatakse terviseteejuhi töösuhte katkemisega. Konkreetse abivajaja andmetele ligipääs lõpetatakse teenuse osutamise lõpuga. Andmete vaatamine ja töötlemine logitakse terviklikult, mis aitab varakult tuvastada võimalikke rikkumisi või huvipõhist andmekasutust. Inimesele tagatakse portaalis läbipaistvus, võimaldades tal näha, kes on tema andmeid kasutanud ning mis eesmärgil.

Teiseks rakendatakse andmete ligipääsul minimaalsuse põhimõtet nii märkamislehe, heaoluplaani kui riskirühma tunnuse kavandamisel. Andmeelemente kogutakse ja edastatakse üksnes ulatuses, mis on vajalik valdkondadeülese koordineerimise teenuse osutamiseks. Vabatekstiväljade kasutamine viiakse miinimumi, eelistades struktureeritud ja standardiseeritud andmevälju, mis vähendab nii ülemääraste info esitamist kui ka andmete tõlgendamise vigu.

Kolmandaks toimub kõikide süsteemidevaheliste päringute ja andmeedastuste kaitsmine krüpteeritud kanalite kaudu ning andmed on krüpteeritud ka puhkeolekus. Andmevahetuses ei kasutata ebaturvalisi vahendeid nagu e-kirjad. Tehnilised lahendused läbivad enne kasutuselevõttu ning seejärel regulaarselt turbetestid ja haavatavuse analüüsid, mille tulemusel kõrvaldatakse võimalikud nõrkused. Samuti kehtestatakse ühtne andmejuhtimise raamistik, mis määrab vastutava ja volitatud töötlejad ning iga osapoole rollid ja kohustused nii tervise- kui sotsiaalvaldkonna infosüsteemides.

Neljandaks hallatakse inimese nõusolekut läbipaistvalt ja kontrollitult. Inimene annab nõusoleku oma andmete kasutamiseks valdkondadeüleses koordineerimises ja tugimeeskonna koosseisule. Nõusolekut on võimalik igal ajal tagasi võtta või piirata, mille korral sulguvad ligipääsuõigused automaatselt. Sellega tagatakse, et andmetele juurdepääs põhineb alati ajakohasel ja teadlikult antud nõusolekul ning isikul on tegelik kontroll oma andmete üle.

Lisaks eeltoodule kehtestatakse selged andmete säilitamise tähtajad, mis tuginevad teenuse osutamise vajadusele ja õiguslikele nõuetele. Andmeid säilitatakse üksnes seni, kuni see on vajalik heaoluplaani kasutamiseks ja teenuse järjepidevuse tagamiseks. Pikaajase säilitamisega seotud riskide vältimiseks kasutatakse turvalisi arhiveerimisi ja kustutuslahendusi ning ligipääs arhiveeritud andmetele on rangelt piiratud. Ühtne ja logitud andmekasutus loob paremad eeldused järelevalveks ja auditeerimiseks võrreldes senise killustatud infosüsteemide kasutusega. Samuti koolitatakse kõiki spetsialiste, et tagada ühtne arusaam uute tööprotsesside sisust, andmete õigest sisestamisest ja andmekaitsemeetmetest, mis vähendab nii ebatäpsete andmete tekkimist kui ka tahtmatuid rikkumisi.

6.4 Andmekaitsealane mõjuhindamine

6.4.1. Valdkondadeüleline koordineerimisteenus

Eelnõuga kujundatakse tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi koostöö mudel, mille raames muutub isikuandmete kasutamine senisest integreeritumaks. Andmeid kasutatakse valdkondadeülese koordineerimise, riskirühmade varajase märkamise ja inimesele koostatava heaoluplaani elluviimise toetamiseks. Andmete valdkondadeülese kasutamise laienemine (sh tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi vahel) suurendab vajadust tagada andmekaitsemeetmete järjepidev järgimine, kuna töödeldakse eriliiki isikuandmeid.

Muudatusega luuakse uus iseseisev heaolu infosüsteem ja IT-lahendus. Andmete kasutamine koondub selles inimese teenuseteekonna, koordineerimisteenuse ja tugimeeskonna koostöö ümber, võimaldades tervishoiutöötajatel ja sotsiaalvaldkonna spetsialistidel kasutada sama teavet oma seadusest tulenevate ülesannete täitmisel.

Isikuandmete töötlemise eesmärk on tagada kompleksse abivajadusega inimese tervise- ja sotsiaalteenuste sidus planeerimine, vältida dubleerivaid hindamisi, parandada otsuste kvaliteeti ja toetada teenuste järjepidevust. Andmeid kasutatakse eelkõige abivajaduse varajaseks märkamiseks, teenuste planeerimiseks, heaoluplaani koostamiseks ja elluviimiseks ning vajalike sekkumiste koordineerimiseks.

Töötlemine hõlmab andmete kogumist, sidumist, kuvamist, kasutamist, muutmist ja edastamist asjaomastele spetsialistidele, samuti andmetöötluse logimist. Töödeldavad andmed võivad hõlmata isiku tuvastus- ja kontaktandmeid, terviseandmeid, andmeid inimese funktsioneerimise ja

toimetuleku kohta, teenusevajaduse kirjeldusi, riskirühma kuulumise tunnuseid, kasutatavaid teenuseid ja tooteid ning kokkulepitud tegevusi.

Andmesubjektideks on eelkõige kompleksse abivajadusega inimesed, kelle abivajaduse hindamine ja teenuste korraldamine eeldab mitme valdkonna koostööd. Vajaduse korral võidakse töödelda ka lähedaste või tugivõrgustiku liikmete andmeid ulatuses, mis on vajalik teenuse koordineerimiseks.

Töötlemise õiguslik alus tuleneb isikuandmete kaitse üldmääruse artikli 6 lõike 1 punktidest c ja e ning artikli 9 lõike 2 punktist h, mis võimaldavad isikuandmete, sealhulgas terviseandmete töötlemist õigusaktist tuleneva kohustuse täitmiseks ning avalikes huvides tervishoiu ja sotsiaalhoolekande korraldamisel. Arvestades, et tegemist on eriliiki andmetega ning andmete kasutamine muutub valdkondadeüleseks, tuleb andmetöötluse eesmärk, ulatus, juurdepääsuõigused ja säilitamise tähtsused määratleda selgelt ning üheselt.

Muudatus suurendab tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi andmete riskisutust ning laiendab andmetele ligipääsu omavate isikute ringi. Sellega kaasnevad lisariskid andmesubjekti õigustele ja vabadustele, eelkõige seoses eriliiki andmete töötlemise ulatuse suurenemisega ning mitme organisatsiooni ülese andmekasutusega.

Olulisemad riskid on seotud juurdepääsuga isikuandmetele, andmete eesmärgivälise kasutamisega, ebatäpsete või aegunud andmete kasutamisega otsuste tegemisel, andmete võimaliku lekke või volitamata avalikustamisega, riskitunnuse alusel tekkiva stigmatiseerimisega ja andmekasutuse ebaühtlase praktikaga erinevates piirkondades. Risk suureneb eelkõige olukordades, kus sama tööprotsessi kasutab suur hulk organisatsioone ja kasutajaid või kui andmeid koondatakse mitmest allikast.

Eraldi tuleb arvestada terviseteejuhi rolliga, mis on valdkondadeülene ja uus. Terviseteejuhi roll erineb olemasolevatest spetsialistidest eelkõige andmetöötluse eesmärgi poolest. Kehtivas õiguses töödeldakse terviseandmeid tervishoiuteenuse osutamise raames ning sotsiaalhoolekandelisi andmeid sotsiaalteenuste planeerimise ja osutamise raames. Mõlemas valdkonnas on andmetöötlus seotud konkreetsete ülesannete täitmisega ning toimub asjaomase valdkonna pädevuse piires.

Valdkondadeülese koordinatsiooni puhul on andmetöötluse eesmärk teenuste sidustamine ja inimese vajaduste terviklik käsitlemine. Selleks on terviseteejuhil seadusest tulenev pädevus töödelda nii tervise- kui ka sotsiaalhoolekandelisi andmeid ulatuses, mis on vajalik koordinatsioonivajaduse hindamiseks, heaoluplaani koostamiseks, teenuseosutajate vahel liikumise toetamiseks ja plaani täitmise jälgimiseks.

Seega ei ole andmetöötluse eesmärk ravi osutamine ega sotsiaalteenuse määramine, vaid teenuste sidustamine ja järjepidevuse tagamine. Andmekaitsealises mõttes on tegemist eraldiseisva eesmärgiga, milleks on antud terviseteejuhile sellekohane seaduslik alus. See erineb tervishoiust, kus andmetöötlus toimub tervishoiuteenuse osutamise käigus seadusest tuleneva kohustuse alusel, ja sotsiaalvaldkonnast, kus andmetöötlus põhineb seadusest tuleneval avalikul ülesandel ning on sageli seotud haldusmenetlusega.

Terviseteejuht haldab valdkondadeülest andmekoostöö ruumi, määrab tugimeeskonna liikmed ja tagab, et juurdepääs loodavale andmekogule, mis sisaldab märkamislehe ja heaoluplaani andmekoosseisu ning meeskonnatöö käigus tekkivat infot, on piiratud üksnes isikutele, kellel on otsene roll inimese tugimeeskonna liikmena heaoluplaani elluviimisel. Vastava pädevuse peab andma terviseteejuhile täienduskoolitus, mis tuleb läbida enne tööleasumist.

Kogemuste vahetus teiste terviseteejuhtidega ja täienduskoolitused peavad jätkuma, sest kui juurdepääsu ulatus või selle kasutamise praktika kujuneb piirkonniti erinevaks, võib see vähendada õigusselgust ning mõjutada inimeste usaldust süsteemi vastu. Samuti tuleb vältida olukorda, kus riskitunnuse olemasolu mõjutab inimese käsitlemist viisil, mis ei ole seotud teenuse osutamise eesmärgiga.

Riskide maandamisel on oluline roll andmetöötluse selgel õiguslikul raamistikul, rolli- ja ülesandepõhisel juurdepääsul, andmetöötluse logimisel ning andmete säilitamise tähtaegadel. Samuti toetavad riskide vähendamist andmete minimaalsuse põhimõtte järgimine, andmete kvaliteedi kontroll, kasutajate juhendamine ja koolitus ning asjakohased tehnilised ja organisatsioonilised turvameetmed.

Märkamislehe, heaoluplaani ja riskitunnusega seotud andmete säilitamise tähtaegade kehtestamine loob selgema õigusliku raamistiku andmete töötlemiseks. Säilitustähtajad peavad tagama, et andmeid hoitakse ainult nii kaua, kui see on vajalik teenuste osutamise, järjepidevuse tagamise ja õigusaktidest tulenevate kohustuste täitmise eesmärgil. Samal ajal tuleb arvestada, et pikaajaline säilitamine suurendab privaatsusriske ning eeldab ranget juurdepääsukontrolli ja turvalisi andmetöötluslahendusi.

Seejuures tuleb arvestada, et ka praegu vahetatakse juhtumite raames infot tervishoiu- ja sotsiaaltöötajate vahel. Sageli toimub infovahetus telefoni teel, kus andmeturbe riske ei ole võimalik kontrollida ja need sõltuvad suuresti inimfaktorist.

Andmekaitsealane mõju on hinnanguliselt mõõdukas. Kuigi andmete kasutamine muutub senisest valdkondadeülesemaks ning hõlmab eriliiki andmete laiemat riskasutust, on töötlemine eesmärgistatud, andmekoosseis õiguslikult piiritletud ning täiendava ligipääsuga seotud riskid maandatavad asjakohaste õiguslike, organisatsiooniliste ja tehniliste meetmetega. Mõju suurus sõltub seejuures eelkõige sellest, kui selgelt määratletakse andmete kasutamise eesmärk, kasutajate ring, juurdepääsutingimused ja säilitamistähtajad ning kui ühtselt neid praktikas rakendatakse.

Tabelis 5 on esitatud peamised andmekaitseriskid ja leevendusmeetmed.

Tabel 5. Andmekaitseriskid ja leevendusmeetmed

Risk	Riskitase	Võimalikud tagajärjed	Leevendusmeetmed
Põhjendamatult lai juurdepääs isikuandmetele	Keskmine	Isikuandmete põhjendamatult kasutamine, usalduse vähenemine	Piiratud andmekoosseis eraldi andmekogus, rolli- ja isikupõhine juurdepääs, isiku nõusoleku küsimine, logimine, automaatne ligipääsu lõpetamine, regulaarne järelevalve
Eesmärgiväline andmekasutus	Keskmine	Andmete kasutamine muul kui seaduses ette nähtud eesmärgil	Selge õiguslik alus, kasutusreeglid, auditid, juhendamine
Ebatäpsed või aegunud andmed	Keskmine	Valeotsused teenuste planeerimisel või koordineerimisel	Andmete kvaliteedikontroll, vastutuse määratlemine, andmete ajakohastamine
Andmete leke või volitamata avalikustamine	Keskmine	Privaatsuse rikkumine,	Tsentraalsete IT-lahenduste kasutamine, infoturbe meetmed,

		mainekahju, usalduse vähenemine	juurdepääsupiirangud, logimine, järelevalve
Riskitunnuse alusel stigmatiseerimine	Madal kuni keskmine	Inimese ebavõrdne või kallutatud kohtlemine	Eesmärgipõhine kasutus, selged kasutusreeglid, koolitus, järelevalve
Andmekasutuse ebaühtlane praktika piirkonniti	Keskmine	Õigusselguse puudumine, ebavõrdne kohtlemine	Ühtsed juhised, keskne metoodika, koolitus ja seire
Andmete liiga pikk säilitamine	Madal kuni keskmine	Suurenenud privaatsusrisk, andmete liigse kogunemise oht	Selged säilitustähtajad, arhiveerimise ja kustutamise kord, juurdepääsu piiramine

Riskide maandamiseks rakendatakse nii organisatsioonilisi, tehnilisi kui ka õiguslikke meetmeid. Teenuse dokumenteerimine toimub turvalises infosüsteemis, kus juurdepääs andmetele on piiratud üksnes teenuse osutamiseks vajalikus ulatuses. Andmesubjekte teavitatakse läbipaistvalt andmete töötlemise eesmärkidest ning nende õigustest vastavalt IKÜMi artiklitele 12–22.

6. Seaduse rakendamisega seotud riigi ja kohaliku omavalitsuse tegevused, eeldatavad kulud ja tulud

Eelnõu kohaste on muudatuste maht (v.a. oodatav tõhusus teenuste kättesaadavuse hoidmiseks tervisesüsteemis ja TERVIKute tulemustasu) 2027. aastal 4,2 mln eurot, 2028. aastal 6,5 mln eurot, 2029. aastal 12,7 mln eurot ja 2030. aastal 13,5 mln eurot. Eelnevat arvestades kaetakse kulud perioodil 2027–2030 välisvahenditest 12% ulatuses ja esitatakse 2027–2030 riigi eelarvestrateegia protsessis Vabariigi Valitsusele lisataotlus 2% ulatuses. Eelnõu kohaselt integreeritud mudeli rakendamisega kaasneb oodatav tõhusus teenuste kättesaadavuse hoidmiseks tervisesüsteemis ja sellest lähtuvat TERVIKute tulemustasu (tabel 6).

Tabel 6. Seaduse rakendamisega seotud kulud ja oodatav tõhusus teenuste kättesaadavuse hoidmiseks tervishoiusüsteemis

Tegevus	2027	2028	2029	2030	2027-2030	Katteallikas
TERVIKute TULEMUSTASU		0	-4 114 073	-6 891 107	- 11 005 180	
SOTSIAALVALDKONNA JA TERVISEVALDKONNA INTEGRATSIOON	4 181 721	4 655 404	-980 256	-9 480 022	-1 623 153	
SOTSIAALMINISTEERIUM	2 354 550	618 087	0	0	2 972 637	
Hoolduskoordinaatorite, võrgustikujuhtide ja tervisejuhtide rahastamine	2 354 550	618 087	0	0	2 972 637	Välisvahendid: 2021-2027 struktuurivahendid
TERVISEKASSA	352 980	3 637 317	-1 286 256	-9 792 142	-7 088 101	
Tervisekassa tegevuskulud	352 980	370 629	389 160	408 618	1 521 388	Ravikindlustuse eelarve
Terviseteejuhtide tegevuskulud	0	4 276 480	10 732 320	11 398 464	26 407 264	Ravikindlustuse eelarve
TERVIKute tegevuskulud, sh võrgustiku juhid	0	870 560	1 305 840	1 371 132	3 547 532	Ravikindlustuse eelarve
Oodatav tõhusust teenuste kättesaadavuse hoidmiseks tervishoiusüsteemis	0	-1 880 352	-13 713 577	-22 970 356	- 38 564 285	Ravikindlustuse eelarve
TOETAVAD TEGEVUSED	1 474 191	400 000	306 000	312 120	2 492 311	
Terviseteejuhtide õppekava väljatöötamine ja täiendkoolitused	150 000	100 000	0	0	250 000	Välisvahendid: Šveitsi-Eesti koostööprogramm (2027); TAT "Pikaajalise hoolduse kättesaadavuse ja kvaliteedi parandamine" (2028)
IT-lahenduse ettevalmistamine	1 324 191	0	0	0	1 324 191	Välisvahendid: 2021-2028 Norra välisabi
IT-süsteemide ülalpidamise kulu	0	300 000	306 000	312 120	918 120	RES 2027-2030 lisataotlus

Sotsiaalministeerium

Eelnõuga ette nähtud kuuest peamisest muudatusest on üheks olulisemaks luua heaolupiirkonnad, mis hakkavad maakonna tasandil toimima tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi strateegilise koostöö raamistikuna. Sarnase eesmärgiga on Sotsiaalministeerium varem piloteerinud projekti „Inimkeskse hoolekande- ja tervishoiusüsteemi koordinatsioonimudeli rakendamine“. 2021–2027 struktuurivahendite toetuse andmise tingimuste „Inimkeskse hoolekande- ja tervishoiusüsteemi koordinatsioonimudeli jätkurakendamine“ raames kaetakse hoolduskoordinaatorite ja võrgustikujuhtide kulud: 2027. aastal 1 531 335 eurot ja 2028. aastal 412 283 eurot. 2021–2027 struktuurivahendite toetuse andmise tingimuste „Ühiskondlikku muutust toetavate sotsiaal- ja tervishoiuteenuste arendamine Ida-Virumaal“ raames kaetakse tervisejuhtide ja osade võrgustike juhtide kulud: 2027. aastal 823 215 eurot ja 2028. aastal 205 804 eurot. Kokku rahastatakse struktuurivahenditest hoolduskoordinaatorite, võrgustikujuhtide ja tervisejuhtide kulusid 2027. aastal 2 354 550 eurot ja 2028. aastal 618 087 eurot.

Tervisekassa

Seaduse rakendamisega seotud Tervisekassa kulusid finantseeritakse Tervisekassa eelarvest sotsiaalmaksu ravikindlustuse vahenditest. Eelnõu vastuvõtmine toob Tervisekassale kaasa vajaduse luua viis ametikohta, mille kulu on 352 980 eurot 2027. aastal.

Tervisesüsteemis on puudu arstidest, kelle koolitamine on riigile kallis. Lisaks ravitegevusele on arstid olulisel määral seotud patsiendi liikumise ja jätkuravi korraldamisega tervishoiusüsteemis ning esmatasandil ka sotsiaalsete probleemide lahendamisega. Reformiga toome tervisesüsteemi juurde täiendava tööjõu terviseteejuhtide näol, kes võtaks vähemaks korralduslikku töökoormust nii tervishoiutöötajatelt kui sotsiaaltöötajatelt ja tagaks patsientidele tarviliku selgitustöö, suurendaks rahulolu süsteemiga ning parandaks võimekust ise oma tervist juhtida.

Terviseteejuhtide poolt pakutav teenus aitab krooniliste haigustega inimeste tervist hoida stabiilsemalt paremas seisundis ja vähendab vajadust muude (tervishoiu)teenuste ja abi järele. Pikemas perspektiivis on

tegemist investeeringuga, mis võimaldab ravikindlustuse eelarvet tõhusamalt kasutada. Investeeringu tasuvus on planeeritud saavutada 3 aasta jooksul.

01.05.2028 alustatakse valdkondadeülese koordinaatsiooniga krooniliste haigustega isikute sihtrühmale. Sellega kaasneb Tervisekassale kaheksa kuu ulatuses 130 terviseteejuhi tegevuskulu (ametikohta tööjõu- ja majandamiskulu) 4 276 480 eurot. Terviseteejuhtide ametikohtade arv suureneb 2029. aastal kuni 217-ni ja 2030. aastal 231-ni, millega kaasneb vastavalt 10 732 320 euro ja 11 398 464 euro suurune 12 kuu tegevuskulu. Kuna terviseteejuht võib olla nii kõrgharidusega meditsiiniõde kui ka sotsiaaltöötaja, on töötasu arvestuse aluseks võetud õe keskmine palk.

Alates 01.05.2028 lisandub Tervisekassale ka TERVIKute tegevuskulu, mis hõlmab 20 võrgustikujuhi tööjõu- ja majandamiskulu. TERVIKute tegevuskulu on 2028. aastal kaheksa kuu eest 870 560 eurot ja 2029. aastast 12 kuu eest 1 305 840 eurot. Alates 2030. aastast on igal aastal arvestatud tegevuskulude 5%-lise kasvuga. Tegevusjuhid viivad ellu TERVIKute eesmärgid.

Eelnõu kohaselt on oodatav tõhustus teenuste kättesaadavuse hoidmiseks tervishoiusüsteemis 2028. aastal 1 880 352 eurot, ulatudes 2030. aastal kuni 22 970 356 euron. Täpsemalt on kirjeldatud käesoleva peatüki alaosas Integreeritud mudeli rakendamise mõjuhindang ravikindlustusele.

TERVIKu tulemustasu

Eelnõu loob õiguse ette näha TERVIKule tulemustasu maksmise juhul, kui reaalne tõhustus on tekkinud ja kui TERVIK täidab Tervisekassa ja TERVIKu vahel sõlmitud lepingus määratud tulemuseesmärgid, mis on kooskõlas heaolupiirkonna tervisevaldkonna koostööeesmärkidega. TERVIKu tulemustasu rahastamise korra ja tasu arvutamise metoodika kehtestab valdkonna eest vastutav minister määrusega. Prognooside kohaselt eeldatakse, et seadusega kaasnevate muudatuste rakendamisel tekib TERVIKutel võimalus tulemustasule esmakordselt 2029. aastal mahus 4 114 073 eurot ja 2030. aastal 6 891 107 eurot.

Tulemustasu ei ole Tervisekassale TERVIK-reformi vaates lisakulu (st seda ei ole arvestatud investeeringu tasuvuse arvutusse). Selle arvelt on võimalik rahastada heaolupiirkondades ennetustegevusi, näiteks:

- Laste ja noorte vaimse tervise probleemide ennetamise ning sõltuvusprobleemide ennetusse ja sõltuvuste ravisse

- Noorte terviseharituse parandamise sh oma tervisejuhtimise oskuse parandamise ja lihtsamate terviseprobleemidega ise toimetulekusse

Tulemustasu kasutusvaldkonnad otsustab TERVIK Tervisekassa ja Tervise Arengu Instituudi poolt antud suuniste alusel.

Toetavad tegevused

2024–2028 Šveitsi-Eesti koostööprogrammi „Sotsiaalvaldkonna spetsialistide tasemeõppe ja kvalifikatsiooni kaasajastamine ning koolitus- ja tugisüsteemi arendamine“ toetuse andmise tingimuste raames kaetakse terviseteejuhtide õppekava väljatöötamise ja täiendkoolituste kulud 2027. aastal 150 000 eurot. 2028. aastal kaetakse terviseteejuhtide koolituskulud 100 000 eurot (koos maksudega) TAT “Pikaajalise hoolduse kättesaadavuse ja kvaliteedi parandamine eelarvest.

Eelnõuga kaasnevate muudatuste rakendamine eeldab olulisi infotehnoloogilisi arendusi, mis mõjutavad eelkõige TEHIKut, kelle ülesanne on vajalike infosüsteemide arenduste kavandamine ja rakendamine. Arendada tuleb TIS-i andmekoosseisu, luua või täiendada liidestusi teiste infosüsteemidega, kujundada uued kasutajarollid ja ligipääsureeglid, tagada logimine ning luua kasutajaliidesed, mis toetavad

märkamislehe, heaoluplaani ja riskirühma tunnuse kasutamist tööprotsessis. Perioodi 2021–2028 Euroopa Majanduspiirkonna ja Norra toetuste raames kaetakse IT-lahenduste ettevalmistamise ja väljatöötamise kulud 2027. aastal summas 1 324 191 eurot.

Lisaks arenduskuludele tuleb arvestada ka IT-süsteemide ülalpidamise kuluga, mis on 2028. aastal 300 000 eurot, 2029. aastal 306 000 eurot ja 2030. aastal 312 120 eurot. Kuna nimetatud kuludel puudub rahaline kate, esitatakse 2027–2030 riigi eelarvestrateegia protsessis Vabariigi Valitsusele õigusaktidest tulenev lisataotlus. Ülalpidamiskulude arvestus tugineb varasematele analoogsete infosüsteemide IT-arenduste kogemustele tervishoius. Sisaldab hooldus- ja halduskulu 220 000 eurot ja majutusteenuse kulu 80 000 eurot aastas. Arvestatud on majandamiskulude kasvu 2% aastast (inflatsiooni mõju sisse ostetavatel teenustel).

Eespool mainitud lisataotluste eraldamata jätmise korral ei ole võimalik arendust sellisel kujul ellu viia, mis omakorda halvendab seadusega seatud eesmärgi saavutamist. Kui lisarahastust 2027–2030 riigi eelarvestrateegia protsessis ei eraldata, vaadatakse Sotsiaalministeeriumi valitsemisala arenduste vajadused ja ülalpidamiskulud ümber, et tagada IT-arenduste ja ülalpidamiskulude miinimumtase. See võib kaasa tuua Sotsiaalministeeriumi valitsemisala senise strateegiliste eesmärkide muutmise ning vähendada valitsemisala muude põhitegevuste ja riiklike programmide rahastust.

Integreeritud mudeli rakendamise mõjuhinnang ravikindlustusele

Võrreldes eelnõu I versiooniga on mõjuhinnangut oluliselt täiendatud. Täiendused on seotud:

- 1) sihtrühma suuruse ja karakteristikutega
- 2) terviseteejuhtide arvu ja paiknemise ning koormusega

Eelnõu I versioonis oli sihtrühma suuruseks arvestatud sihtrühmaks 3,5% elanikkonnast. Teiste riikide analüüs näitab, et planeeritud mastaabis investeringu tasuvuseks on vajalik sihistada suuremat hulka rahvastikus. Optimaalseks peetakse *ca* 10% sihistamist, mille juures on tegelikult realistlik jõuda *ca* 5%-ni elanikkonnast¹.

Eelnõu I versioonis oli mõjuarvutustes eeldatud, et koordineeritud teenust rakendatakse eeskätt esmatasandil pikaajalise teenusena 4 ja enama esmatasandil käsitletava kroonilise haigusega inimesele eesmärgiga hoida nende kroonilised haigused kontrolli all ja vähendada seeläbi nende sattumist EMO-sse ja haiglasse. Eelnõu II versioonis on eeldatud, et lühiajalist koordineeritud teenust rakendatakse lisaks ka haiglast kodusele ravile liikumisel sihtrühmadele, kes ei tule (sõltumata diagnoosist) ilma täiendava toeta kodus haiglaravi järgselt ise ravijuhiste järgimise ja taastumisega toime ning võivad vajada ka sotsiaalset tuge. Kooskõlas teiste Euroopa riikide praktikaga on planeeritud sihistada *ca* 25% haiglajuhtudest, sh kalleid ravijuhte, mis on tingitud rehospitalseerimisest, kuna inimesel läks peale haiglaravi kodus olukord halvemaks.

Eelnõu I versioonis oli mõjuanalüüsi haaratud ainult 164 terviseteejuhti, kelle töökoormuseks oli arvestatud 100 pikaajalise koordineeritud saajat aastas. 67 terviseteejuhti olid täiendavalt planeeritud seoses rehabilitatsiooni teenuse rakendamisega, kuid neid polnud mõjuanalüüsi arvestatud. Eelnõu II versioonis on terviseteejuhid vabastatud rehabilitatsiooni teenusele suunamise rollist ja arvestatud ka mõjuanalüüsi (planeeritud olulises osas haiglatesse). Haiglast kodusele ravile liikumise toetamisel pakub terviseteejuht lühiajalist koordineeritud ja tema koormuseks on arvestatud 800 inimest aastas terviseteejuhi kohta.

- Integratsiooni mõju on palju uuritud ja enamik uuringutest on jõudnud järeldusele, et hästi valitud sihtrühmaga programmides **on võimalik saavutada 10–25% kulude langust**, sagedamini on täheldatud kulude langust ~5–15%. Peamiselt tuleneb kokkuvõtte vähenenud (re)hospitalseerimisest ja EMO külastustest:

Ülevaatesse kaasatud uuringute põhjal⁸⁴ on mõju järgmine:

Näitaja	Tüüpiline vähenemine
Haiglaravi kasutus / hospitaliseerimised	10–30%
Korduvhospitaliseerimised (30 päeva)	15–40%
Voodipäevade arv	10–25%
EMO külastuste arv	10–35%

Eriti kiiresti (3–6 kuud) ilmnes mõju haiglast koju suunamise ja intensiivse juhtumikorralduse programmides, samas kui laiemad integreeritud hooldusmudelid vajasisid sageli 1–2 aastat, et süsteemitasandi muutused nähtavaks muutuksid.

Eesti mõjuarvutustes on kasutatud konservatiivset hinnangut. Tervisekassa 2025. aasta andmete alusel vaadeldi ainult

- 25% haiglaravi saanud patsiente, kes selekteeriti välja määruse kavandis kirjeldatud haiglast kodusele ravile liikumise koordineerimise aluskriteeriumite ja riski võimendavate tervishoiukriteeriumite alusel (so 36 000 isikut eriarstiabi haiglaravi ja EMO kuluga 255 254 817 eurot)
- 18 600 esmatasandi patsienti, kes selekteeriti välja määruse kavandis kirjeldatud pikaajalise koordineerimise aluskriteeriumite ja riski võimendavate tervishoiukriteeriumite alusel (5 235 134 eurot)

Eeldati, et mõlema sihtrühma eriarstiabi statsionaarseid ravijuhte (ja nendega seonduvaid kulusid) on võimalik vähendada 5% ning nende EMO visiite kesk- ja regionaalhaiglates (ja sellega seonduvat kulu) on võimalik vähendada 5%. Eeldatud on, et selline mõju saavutatakse aastaks 2030 ehk 3. aastal peale reformi rakendamist. Inflatsiooniga (5%) korrigeeritult oleks kulu ja ärahoitav kulu aastal 2030:

- haiglast kodusele ravile liikumise koordineerimise osas 36 000 isiku kulu 325 777 016 eurot sh 5% ärahoitav 16 288 850 eurot,
- pikaajalise koordineerimise osas 18 6000 isiku kulu 13 363 010 eurot sh 5% ära hoitav 6 681 505 eurot).

Kokku oleks kasutatud eeldustel aastal 2030 ärahoitav seega 22 970 356 euro eest haigla ja EMO ravijuhtudega seotud kulusid.

Arvestades reformi investeeringu kuludesse terviseteejuhtide koolituskulu (250 000 eurot), IT arenduse väljatöötamise kulu (ca 2,2 mln eurot välisabist) ja Tervisekassa suurenevad tegevuskulud, lisanduva terviseteejuhi teenuse kulu ning TERVIK-utega seonduvate võrgustikujuhtide kulu, võiks investeeringu tasuvust oodata hiljemalt aastal 2032 ja seda isegi juhul, kui Tervisekassa jagaks saadavat säästu TERVIK-utega 30% ulatuses (so TERVIK-utel oleks õigus sääst suunata oma heaolupiirkonna ennetustegevustesse). Sõltuvalt sellest, milleks Tervisekassa saavutatud säästu kasutab (kas üldisemalt ravi kättesaadavuse parandamiseks või sihistatult koduteenuste kättesaadavuse parandamiseks ja esmatasandi võimestamiseks) oleks võimalik edaspidist efektiivsust veelgi parandada.

Tabel 7. TERVIKu investeeringu tasuvus arvestades ennetusse suunatavaid tulemustasusid.

⁸⁴ [Examining the Influence of Integrated Home and Community Care Programs on Quadruple Aim and Health Equity Outcomes Across the Health Care System: A Scoping Review | International Journal of Integrated Care](#)

Investeeringu tasuvus boonustasu maksetega		-100%	-76%	-44%	-19%	-6%	2%
Invest+kulu (IT, koolitus, TERVIK, TERKadmin, TTJ)	991 688	1 827 171	5 917 669	12 733 320	13 490 334	14 155 488	14 853 711
Tõhustus peale tulemustasu maha arvamist		0	-1 880 352	-9 599 504	-16 079 249	-17 558 540	-19 173 926
Tõhustus enne tulemustasu maha arvamist		0	-1 880 352	-13 713 577	-22 970 356	-25 083 629	-27 391 323
Tegevus	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032
Tervisekassa tegevuskulud (majanduskulud, tööjõukulud)	211 788	352 980	370 629	389 160	408 618	429 049	450 502
Tervise teejuhtide tegevuskulud (so tööjõu ja tegevuskulud)			4 276 480	10 732 320	11 398 464	11 968 387	12 566 807
TERVIK-te admin. ehk ülalpidamiskulud			870 560	1 305 840	1 371 132	1 439 689	1 511 673
IT-lahenduse ettevalmistamine - TIS andmevahetus	750 000	1 324 191					
IT tegevuste ja mahtude analüüs	29 900						
IT süsteemide ülalhoidmise kulu (muutub ajas)			300 000	306 000	312 120	318 362	324 730
Tervise teejuhtide õppekava ja täiendkoolitused		150 000	100 000				
Oodatav tõhustus ennetuseks ja teenuste kättesaadavuse hoidmiseks tervishoiusüsteemis			-1 880 352	-13 713 577	-22 970 356	-25 083 629	-27 391 323
Tulemustasu 30% TERVIKutele kasutamiseks ennetavateks tegevusteks ja teenusteks				-4 114 073	-6 891 107	-7 525 089	-8 217 397
Eeldused:	Kõrge riskiga inimeste sihistamine -> 10% rahvastikust	% sihtrühmast, kelleni soovime jõuda -> ca 50%	Sihtrühma stats kulude ↓ 5% Sihtrühma EMO kulude ↓ 5%	TTJ koguarv 231, 2/3 perearsti-keskustes, 1/3 haiglates	TTJ koormus : haiglas 800, esmatasandil 100 riskipatsienti aastas		

On oluline märkida, et terviseteejuhi teenustest ja TERVIK-ute rakendamisest saadav mõju (mis tuleneb vähenenud (re)hospitaliseerimistest ja EMO külastustest) võiks tõusta ka üle 5% juhul, kui Tervisekassa rakendaks paralleelselt järgmisi meetmeid:

- Tugev sihtrühmani jõudmise motiveerimine (so TERVIK-ute tulemustasu rakendamises selle mõõdiku prioritseerimine)
- Esmatasandi võimestamine (täiendav toetamine riskipiirkondades) ja teenuste laiendamine (nt palliatiivravi esmatasandil)
- Koduteenuste laiem kasutuselevõtt (sh koduhaigla)
- Haiglate rahastuspõhimõtete muutmine

Pikemaajaliselt hakkavad mõju avaldama investeeringud ennetusse. Tulemustasusid võiks suunata senise maakondade tagasiside põhjal näiteks:

- 1) Laste ja noorte vaimse tervise probleemide ennetamise ning sõltuvuse ennetusse ja ravisse,
- 2) Noorte terviseharituse parandamisse sh oma tervisejuhtimise oskuse parandamisse ja lihtsamate terviseprobleemidega ise toimetulekusse (perearstide ja EMO-de sõnul pöörduvad paljud noored triviaalsete probleemidega, eneseabi oskused on vähesed).

Eelnõu kohaselt saab Tervisekassa anda TERVIK-utele juhised tulemustasu kasutamiseks.

8. Rakendusaktid

8.1. Seaduse vastuvõtmisel tuleb muuta järgmisi määrusi:

- 1) Vabariigi Valitsuse 1. detsembri 2016. a määrus nr 138 „Tervise infosüsteemi põhimäärus“;
- 2) Vabariigi Valitsuse 23. märtsi 2026 määruse nr 37 „Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelu“;
- 3) sotsiaalministri 19. jaanuari 2007. a määrus nr 9 „Tervisekassa poolt tasu maksmise kohustuse ülevõtmise kord“;
- 4) sotsiaalministri 17. septembri 2008. a määrus nr 53 „Tervise infosüsteemi andmekoosseisud ja nende esitamise tingimused“.

8.2. Seaduse vastuvõtmisel tuleb kehtestada järgmised uued sotsiaalministri määrused:

- 1) Heaolu infosüsteemi põhimäärus;

- 2) Valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse nõuded ja riskirühmade määramise metoodika;
- 3) Koostöökogu töökorra põhimõtted;
- 4) TERVIKute rahastamise kord ning koordineerimispiirkondade kehtestamine.

9. Seaduse jõustumine

Seadus jõustub järk-järgult:

- Seadus jõustub 1. juulil 2027. TERVIKud peavad olema moodustatud 1. novembriks 2027. Juhul kui maakonnas pole selleks ajaks TERVIKut moodustatud, on maakonna haiglavõrgu haiglal kohustus TERVIK moodustada hiljemalt 1. veebruariks 2028. a.
- Eelnõu § 1 punktid 13–15, mille tulemusel ei kohaldata tervishoiuasutustele edaspidi toitlustamise nõudeid, jõustuvad 2027. aasta juulis. Vajalikud juhendmaterjalid ja töövahendid on tervishoiuasutustele juba praegu hästi kättesaadavad, kuid jõustumise ajaks tuleb kokku leppida koht, kuhu on edaspidi koondatud viited kasutatavatele suunistele ja materjalidele.
- Käesoleva seaduse § 1 punktid 2, 3, 5, 7–9, 11, 12, 16, 17, 19, 22, § 2, § 3 punkt 3 ning § 4 punktid 2, 4 ja 5 jõustuvad 2028. aasta 1. mail. valikul on lähtutud asjaolust, et valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse osutamine välisabi projektidest lõppeb 30.04.2028. Muudatus on seotud tervise- ja sotsiaalvaldkonna laiapõhjalisema integratsiooniga, mille tagamiseks on vajalik süsteemne koostöö. Sellise eesmärgi saavutamiseks:
 - käivitatakse nimetatud tähtjast heaolupiirkondade strateegiline juhtimine koostöökogude töö ning tervise- ja heaoluprofilide koostamise näol;
 - hakatakse valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse osutamist mitme kroonilise haiguse ja kaasnevate sotsiaalprobleemidega inimeste sihtrühmale (sh haiglast kodusele ravile liikumise toetamise teenus) ja rehabilitatsiooniteenuse sihtrühmale rahastama ravikindlustuse eelarvest Tervisekassa kaudu.

Arvestades muudatuste ulatust – uute organisatsioonide loomine, rahastamislepete sõlmimine, IT-arendused ja terviseteejuhtide koolitamine – ei oleks varasem rakendumise tähtaeg realistlik ega proportsionaalne.

Üleminekuperiood võimaldab:

- koostada vajalikud rakendusaktid;
- käivitada koolitusprogrammid;
- luua infosüsteemi arendused;
- sõlmida esimesed rahastuslepingud.

See tagab õigusselguse ja vähendab rakendusriski.

10. Eelnõu kooskõlastamine, huvirühmade kaasamine ja avalik konsultatsioon

Eelnõu koostamise käigus konsulteeriti ametkondade ja huvirühmadega, lähtudes I eelnõu versiooni kohta esitatud ettepanekutest ja arvamustest. Aruteludes osalesid Eesti Perearstide Selts, Eesti Haiglate Liidu haiglad, Eesti Linnade ja Valdade Liit, mitmed KOVid, Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsioon, Eesti Puuetega Inimeste Koda, Eesti Rehabilitatsiooniasutuste Liit, Eesti Töandjate Liit, Sotsiaalkindlustusamet, Tervisekassa, Tervise Arengu Instituut, Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskus, Regionaalministeerium, Rahandusministeerium, Justiits- ja Digiministeerium, Andmekaitse Inspeksioon jt.

Terviseteejuhi ametiprofiili väljatöötamisse kaasati Kutsekoda ja eksperte esindavad organisatsioonid, kes osalesid profiili välja töötamises Integreeritud teenuseosutamise IT-lahenduse eelanalüüsi viis läbi TalTech

Eelnõu esitatakse kooskõlastamiseks ministeeriumitele ja Eesti Linnade ja Valdade Liidule ning arvamuse avaldamiseks järgmistele organisatsioonidele: Tervisekassa, Sotsiaalkindlustusamet, Andmekaitse Inspektsioon, Tervise Arengu Instituut, Tervise ja Heaolu, Infosüsteemide Keskus, Eesti Perearstide Selts, Eesti Haiglate Liit, Eesti Õdede Liit, Eesti Arstide Liit, Eesti Puuetega Inimeste Koda, Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsioon, Eesti Rehabilitatsiooniasutuste Liit, Eesti Patsientide Esindusühing, Eesti Esmatasandi Tervisekeskuste Liit, Eesti Proviisorapteekide Liit, Eesti Apteekide Liit.

Algatab Vabariigi Valitsus „...“ „.....“ 2026. a.