

„Püsiva töövõimekao väljakujunemise ennetamiseks pikaajalise ajutise töövõimetusega inimeste tööhõives püsimise toetamine“ **meetme väljatöötamise analüüs**

Projekti on toetatud perioodil 2014-2020 Euroopa Sotsiaalfondi meetmest 3.1 „Töövõime toetamise skeemi loomine ja juurutamine“ ja selle alusel toetuse andmise tingimustest „Töövõime süsteemi toetavad tegevused“ ning perioodil 2021-2027 Euroopa Liidu ühtekuuluvuspoliitika vahenditest.

Täname kõiki töörühmades osalenud eksperte koostöö ja panuse eest meetme väljatöötamisel.

Lii Pärn

Tööhõive osakond
Sotsiaalministeerium

Sisukord

Sissejuhatus	4
1. Ülevaade varajase sekkumise vajaduse põhjustest	6
1.1. Ülevaade teiste riikide sekkumispoliitikatest <i>vrd</i> Eesti kehtiva süsteemiga	8
1.1.1. Rahvusvaheline praktika.....	8
1.1.2. Eesti süsteemi kirjeldus ja kitsaskohad	11
1.2. Ülevaade ATV-e ja PTV-ga seotud haigustest Eestis ja varajase sekkumise võimalikust mõjust tuginedes RV-le kogemusele	15
1.2.1. ATV-e ja PTV-ga seotud haiguste ülevaade	15
1.2.2. ATV-e ajal osalise ajaga/kohandatud tingimustes töötamise mõju tervisele	18
1.3. Diagnoosipõhiselt sekkumise vajadus	18
1.4. Sihtrühma valik.....	19
1.5. Sekkumise ajastamine	21
2. Varajase sekkumismeetme kujundamiseks vajalikud muudatused	21
2.1. ATV-e süsteemi muutmise ettepanekud töötamise jätkamist võimaldavaks	23
2.1.1. Tervise seisundile vastava töö andmine või üleviimine kergemale ametikohale	24
2.1.2. Hüvitise põhimõtete muutmise vajadus	26
2.2. ATV etapis töötamist toetavate teenuste osutamise ettepanekud	29
2.3. Andmevahetuse ja infosüsteemide arenduste vajadused	32
2.4. Lahenduste elluviimiskava.....	33
2.5. Õigusloome muudatuste vajadused.....	34
Lisa 1. Patsiendilood	36
Lisa 2. Üle kahe kuu kestvate ATV-e juhtude statistika RHK-10 haigusklasside ja jaotiste kaupa.	39
Lisa 3. EL riikides haigushüvitiste maksmise põhimõtete näited	43
Lisa 4. TK teenused vähenenud töövõimega inimeste töövõime toetamiseks.....	43

Kasutatud lühendid ja mõisted.

ATV – ajutine (üldjuhul kuni 6 kuud kestev) töövõimetus. Käesoleva analüüsi kontekstis on silmas peetud haigestumise või vigastusega seonduvalt haiguslehtede kasutamist, mille puhul arst on määranud, et isik ei ole ajutiselt võimeline jätkama oma töö- või ametikohal töötamist.

EU-OSHA – Euroopa Tööohutuse ja Töötervishoiu Agentuur

HK – Eesti Haigekassa

Pikaajaline haigusleht või pikaajaline ATV – olemasoleva süsteemi kontekstis 30 järjestikust kalendripäeva ja uue süsteemi kontekstis kauem kui kaks kuud (60 järjestikust kalendripäeva) haiguslehel viibimine.

PKH – Psüühika- ja käitumishäired

PTV – püsiv töövõimekadu, samuti pikaajalise tervisekahjustusega (püsiv tervises seisund, mis eelduste kohaselt kestab kauem kui 6 kuud) isikul töövõime hindamisel tuvastatud osaline või puuduv töövõime. PTV grupp – osalise või puuduva töövõimega inimesed või töövõimetus pensionärid.

Rehabilitatsioon – olenevalt teenuse eesmärgist jaguneb kolmeks: taastusravi, mida osutatakse meditsiinisüsteemis paralleelselt raviga (kui ravi osa); tööalane rehabilitatsioon (ka kutsealane rehabilitatsioon) tööalaste toimetulekuoskuste taastamiseks/säilitamiseks; sotsiaalne rehabilitatsioon igapäevaelus osalemise iseseisva toimetulekuoskuste taastamiseks/säilitamiseks.

RHK-10 või RHK-11 – Rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni 10. versioon või 11. versioon

RIA – Riigi Infosüsteemi Amet

RFK – Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon

RV – rahvusvaheline

Sekkumis- ja toetussüsteem (süsteem, ka varajane sekkumismeede või meede) – pikaajalise ehk kauem kui 60 kalendripäeva kestva ATV korral hüvitise maksmise jätkamine ja töövõimet toetavate teenuste pakkumine töötajale, kes vastavalt arsti soovitudele naaseb tööle tööandja poolt tervises seisundiga kohandatud tingimustes (osalise ajaga või kergemates tööülesannetes). Osalise ajaga töötamine tähendab meetme korral 50% võrra töötundide vähendamist.

SKA – Sotsiaalkindlustusamet

TK – Eesti Töötukassa

TVH – töövõime hindamine

TVL – töövõimetusleht

TVR – töövõime reform

Sissejuhatus

ATV ja PTV tõttu töölt eemale jäämisega kaasnevad kahjud nii isiku kui riigi tasandil. Inimesel kaasneb elukvaliteedi langus, sest töövõimetusel ajal makstav hüvitis või toetus ei kata kogu saamata jäänud töötasu ja töövõimekaoga kaasevad lisaks töötamise takistustele ka tegutsemispiirangud igapäevaelus. Riigi tasandil jääb tööjõu potentsiaal rakendamata, mis toob kaasa tööhõive languse ja töötusriskide suurenemise, samuti jääb saamata maksutulu ja tekivad kulud töövõimetusega kaasnevate toetuste maksmise ja teenuste osutamisega. Tööandjal võib töötaja ATV kasutamise kaasneda tootmise vähenemine, asendustöötaja palkamisega seotud kulu ning haigushüvitise maksmise kulu. Kokkuvõttes sõltub kahju suurus sellest, kui pikaajaliseks töövõimetus kujuneb ja kas ning millises mahus on inimesel võimalik töötamist jätkata. Mida pikem on inimese töövõimetus, seda suurema osa kogu tekkivast kulust võtab enda kanda riik.

Eestis puudub praegu hästitoimiv ja koordineeritud sekkumis- ja toetussüsteem pikaajalise haigusega inimeste PTV tekke ennetamiseks ja tööhõives püsimise toetamiseks ning pikaajalistel haiguslehtedel viibivatel inimestel puudub ligipääs tööle naasmist toetavatele tööturumeetmetele nt tööalasele rehabilitatsioonile. 2016. aastal ellu kutsutud töövõime reformi tulemusel toetatakse juba väljakujunenud püsiva töövõimekaoga (PTV) inimeste aktiivsust läbi tööturumeetmete, samas ei toimu töövõime ja tööoskuste säilitamiseks vajalikku sekkumist ATV ajal, et ennetada ajutistest tegutsemispiirangutest PTV kujunemist ja töötuks jäämist. Mis tähendab, et kui inimesel on tekkimas/tekinud funktsioonihäire, siis ei tegeleta sellega süsteemselt varajases staadiumis, mil on võimalik kõige efektiivsemalt tulemusi saavutada, vaid lastakse seisundil süveneda ja kujuneda püsivaks.

Uuringud ja teiste riikide kogemused näitavad, et pikaajalise ATV ja PTV ning töötuse ennetamiseks on tulemuslikud meetmed varajane ATV aegne sekkumine, tööalase rehabilitatsiooni võimaldamine ja tööle naasmise etapiviisiline toetamine. Viimane on ka üks EU-OSHA soovistest.

Analüüsi eesmärgiks on kirjeldada ajutise töövõimetusel etapis inimese töövõime säilitamise ja tööhõives püsimise seisukohalt Eestis kehtiva süsteemi kitsaskohad ja püsiva töövõimekaotuse tekke pidurdamiseks vajalik sekkumis- ja toetussüsteem (edaspidi süsteem). Lähtutakse eesmärgist kirjeldada lahendused ja esitada ettepanekud, kuidas on võimalik toetada inimest varajases haigestumise staadiumis ehk ATV etapis, et töötaja naaseks kiiremini tööle ja pikaajalisest haigusest ei kujuneks püsivat töövõimetusel. Seejuures lähtutakse ka optimaalsuse põhimõtetest, et loodav süsteem oleks finantsiliselt jätkusuutlik ja olemasolevatesse skeemidesse (nt HK-s haiguslehega seotud andmevahetused, hüvitiste maksimine või TK teenuste osutamine jne) võimalikult sujuvalt integreeritav.

Analüüsiga ei hõlmata sügavuti töötervishoiuteenuse osutamist puudutavaid teemasid¹.

¹ Sotsiaalministeeriumi töö- ja pensionipoliitika osakonna juhtimisel on käimas eraldi projekt töötervishoiuteenuste korralduse edasiarendusteks

Analüüsi koostamisel kasutati teemasse puutuvaid uuringuid ja 2021. aastal kokku kutsutud töörühmade ekspertteadmisi ning Eesti Töötukassa ja Eesti Haigekassa registrite andmeid.

Töörühmadesse olid kaasatud eksperdid Eesti Haigekassast, Eesti Töötukassast, Tööinspeksioonist, Tööandjate Keskliidust, Eesti Väike- ja Keskmiste Ettevõtjate Assotsiatsioonist, Eesti Puuetega Inimeste Kojast, Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskusest ja meditsiinierialade (perearstiabi, psühhiaatria, taastusravi, füsioteraapia, töötervishoid) ning Sotsiaalministeeriumist TSAO, TPPO, ÕO, ANSO ja NATO esindajad².

Analüüsi koostamise protsess jaguneb osadeks järgmiselt:

- Projekti analüüsi I etapi nelja kuu (märts-, aprill-, juuni- ja august 2021) jooksul kohtusid ekspertide töörühmad, kellega koostöös valmis lahenduse kontspetsioon, milles anti ülevaade süsteemi loomise vajadustest, teiste riikide lahendustest, kaaluti sekkumise võimalikku mõjusid haiguste lõikes ning kirjeldati ja analüüsiti olemasoleva süsteemi põhimõtteid ja selle kitsaskohti ning esitati lahenduseks ettepanekud.
- II etapis (september–detsember 2021) kirjeldatakse ja analüüsitakse osaliste (nt arst, patsient, tööandja, teenuse osutaja, hüvitise maksja jne) süsteemi rakendamiseks vajalikud andmevahetuse ja arenduste vajadused asutuste (HK, raviasutused jne) infosüsteemides ning tulemuste seiramiseks ja mõju hindamiseks vajalikud mõõdikud ja aruandlussüsteem. Koostatakse ka kokkuvõtte võimalikest seadusloome muutmisevajadustest³.

Analüüsis kirjeldatud lahenduste elluviimine eeldab erinevate Sotsiaalministeeriumi valdkondade ja osapoolte (HK, TK, TEHIK, raviasutused jne) panust. Vajalikud on nii seadusemuudatused kui ka infosüsteemide arendused ning uue sekkumis- ja toetussüsteemi rakendumist ja eesmärkide täitmist on vaja järjepidevalt seirata.

² Tööhõive osakond, Tervisesüsteemi arendamise osakond, Töö- ja pensionipoliitika osakond, Õigusosakond, Analüüsi ja statistika osakond, Nutika arengu toetamise osakond

³ Täpsem süsteemi rakendamiseks vajalik õigusruum analüüsitakse ja kirjeldatakse VTK koostamise vajaduse korral 2022 Ipa

1. Ülevaade varajase sekkumise vajaduse põhjustest

Eesti Töötukassa andmetel lisandub PTV gruppi iga aastaga juurde keskmiselt 8,6 tuhat uut inimest⁴, neist ca 28% moodustavad puuduva töövõimega inimesed (tabel 1). PTV-ga inimestele suunatud tegevuste eelarve⁵ oli 2017. aastal 337 miljonit eurot ja 2024. aastaks kasvavad kulud 43% (484 milj euron)⁶.

Tabel 1. Uute PTV-ga inimeste arv ja jaotus töövõimelisuse astme järgi 2017–2020.

Aasta	Osaline töövõime		Puuduv töövõime		Kokku
	Arv	Osakaal	Arv	Osakaal	
2017	5 894	72%	2 284	28%	8 171
2018	6 292	71%	2 633	30%	8 895
2019	6 824	73%	2 508	27%	9 332
2020	5 977	73%	2 157	27%	8 134
Keskmine	6 247	72%	2 396	28%	8 633

Töötavatel inimestel eelneb enamasti enne PTV staatuse saamist pikaajalise ATV periood ning ATV kasutamise statistika näitab just pikaajaliste ATV juhtude kasvutendentsi. Centari uuringu andmetel kasutas 2008–2014 perioodil pikaajalisi (enam kui kaks kuud kestvaid haiguslehti) aastas keskmiselt 13 tuhat inimest⁷. Kui võrrelda seda 2018–2019 perioodi keskmise näitajaga – 18 tuhande inimesega aastas (tabel 2), on tänaseks pikaajaliste ATV juhtumite arv kasvanud 39%. HK 2018–2019 aasta andmetel kasutab ühest kuust pikemaid haiguslehti aastas keskmiselt 41 tuhat inimest ja kahest kuust pikemaid ca 18 tuhat inimest. Siingi on märgata, et pikaajaliste ATV juhtude arv kasvab ja enim, ehk 7% on kasvanud üle kahe kuu kestvate juhtude arv (tabel 2).

Tabel 2. Pikaajaliste haiguslehtede kasutamine, HK 2018–2019 andmed.

Aasta	Haiguslehe pikkus päevades ja juhtude arv		
	31–60 päeva	61 + päeva	Kokku
2018	22 759	17 491	40 250
2019	23 322	18 733	42 055
Keskmine	23 041	18 112	41 153
Muutus	2,5%	7,1%	4,5%

⁴ Uute püsiva töövõimetusega inimeste all mõistame neid, kellel pole varem Töötukassa või Sotsiaalkindlustusameti poolt töövõimekaotust tuvastatud.

⁵ Riigieelarve kogukulu, mis sisaldab nii teenuste, toetuste otsekulusid kui asutuste haldus- ja tööjõukulusid

⁶ Eesti Rakendusuringute Keskus CentAR, 2020 a Töövõimereformi finantsmudeli prognoos.

⁷ Töötingimuste ja töökeskkonna mõju ajutise ja püsiva töövõimetuse kujunemisel. Eesti Rakendusuringute Keskus CentAR. Raport. 2015. Kättesaadav: https://centar.ee/uus/wp-content/uploads/2015/12/toovoime_loppraport.pdf

ATV juhtumite pikkuse kasvu täpseid põhjuseid ei saa antud analüüsi raames hinnata, selleks oleks vaja rohkem andmeid ja teise metoodikaga uuringut. Samas on teada, et inimeste oodatav eluiga ja tervena elatud aastad on kogu maailmas pikenenud, kuid elukvaliteet ja funktsionaalne võimekus samal ajal halvenevad rahvastiku vananemisega tihedalt seotud haiguste tõttu. Iseloomulik on, et vanuse kasvades suureneb haigestumine kroonilistesse haigustesse ja kompleksne haigestumine⁸. Lisaks tõuseb inimeste elulemus⁹ ja keskmine eluiga tänu meditsiinilisele edule sellistes valdkondades nagu südame- ja veresoonehaigused ja vähk. Need muutused aitavad kaasa ka komplekse haigestumuse suurenemisele, mida määratletakse kui kahe või enama kroonilise haiguse esinemist samal isikul¹⁰.

Euroopa Komisjoni prognoosi kohaselt vananeb Eesti rahvastik enam-vähem sarnaselt EL27 keskmisega. 2019. aastal moodustasid 65. aastast vanemad elanikud kogu rahvastikust Eestis 19,9% ja EL27-s 20,4%. Aastaks 2050 on need arvud vastavalt 28,4% ja 29,6% ning 2070. aastaks 30,5% ja 30,3%. Seega aastani 2050 on Eestis rahvastik pisut noorem kui EL27 rahvastik tervikuna ja riikide järjestuses asub päris keskel – 13–14. kohal.

Vanuserühma 20–64. aastaste osatähtsus oli 2019. aastal Eestis 59% ja EL27-s 59,3%. Aastal 2050 on vastavad numbrid 52,8% ja 52%. Seega Eestis väheneb tööealine rahvastik aeglasemalt kui EL27-s. Kuid 16-s riigis on 20–64-aastaste osatähtsus suurem kui Eestis.

Kuna ATV-d saavad Eestis kasutada vaid töötavad inimesed, siis on ATV-e kasutajate arv ja sellega seotud kulud mõjutatavad tööhõive näitajatest. Tööhõive määr on Eestis kõrge, eriti vanemates vanuserühmades ja seda isegi COVID-19 põhjustatud kriisi ajal. Tööhõive määr 2020. aasta seisuga oli Eestis¹¹:

- 50–74. aastaste vanuserühmas – 58,5% (1. koht), EL27 47,1%
- 55-64. aastaste vanuserühmas – 72% (2. koht), EL27 59,6%
- 65-74. aastaste vanuserühmas – 26,0% (1. koht), EL27 9,5%

Kui aga vaadata tervena elada jäänud aastaid sünnist alates, siis on lood kehvad. Eestis oli see number 2019. aastal 55,8 aastat (meestel 53,9 ja naistel 57,7) ja EL27-s 64,6 aastat. Selle näitajaga on Eesti eelviimasel kohal, ainult Lätis on olukord veel halvem. Rootsisis ja Maltal on näiteks tervena elatud aastate arv üle 73 aasta¹². Seega keskmisel Eesti inimesel ütleb tervis üles ammu enne pensionile jäämist. Need, kes püsivad terved, töötavad aga edasi ka 70–80 aastasel.

Samuti võib ATV-e kestust mõjutada ravijärjekordade pikkus. Pikaajalise ATV-e patsiendilugude koostamise/klienditeekondade analüüsimisse kaasatud arstide hinnangul esineb nende tööpraktikas selliseid juhtumeid, mille korral tuleb haiguslehti mitmeid kordi, kuude kaupa pikendada seetõttu, et patsient on pikalt operatsiooni ootejärjekorras. Oma

⁸ The Academy of Medical Sciences. Advancing research to tackle multimorbidity: the UK and LMIC perspectives. London: The Academy of Medical Sciences; 2018. (<https://acmedsci.ac.uk/file-download/11182404>)

⁹ Mõistame siin all ellujäämise/haiguse üleelamise võimalust

¹⁰ Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)61340-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)61340-X/fulltext)

¹¹ Eesti Statistikaameti andmed

¹² Eurostati andmed

seniste tööülesannetega tegelemist saaks patsient aga jätkata alles peale operatsiooni ja sellele järgnenud taastusravi lõppu (näiteks Karli lugu vt [lisa 1](#)).

Tõenäoliselt kõik need struktuursed muutused ja olud kokku põhjustavadki nii pikaajalise ATV-e juhtude arvu kui ka ATV-e pikkuse suurenemist. Pikas vaates, kui sekkumisi ei rakendata, toob see kaasa PTV-ga inimeste arvu kasvu ja inimeste kõrvalejäämist tööturult.

Eesti Rakendusuuringu Keskuse *Centari* 2015. aastal tehtud uuringu andmetel on PTV-ga inimesed juba viis aastat enne püsiva töövõimetuse saamist haiguslehel viibinud PTV-ta inimestest rohkem ja nende haiguslehed on olnud keskmiselt pikemad. Oluliselt kasvab haiguslehel viibimise sagedus ja haiguslehtede pikkus püsiva töövõimetuse määramisele eelneval ja määramise aastal. Pikaajalisi, üle 60 päeva pikkuseid haiguslehti kasutanud inimestest ca 39%-l on samal aastal hinnatud PTV¹³.

Seega mõjutab ATV inimeste tööelu juba aastaid enne PTV-e määramist ja ATV-e perioodi sekkumisi rakendades, oleks suure tõenäosusega võimalik püsiva töövõimetuse teket kas ennetada või edasi lükata.

1.1. Ülevaade teiste riikide sekkumispoliitikatest vrd Eesti kehtiva süsteemiga

1.1.1. Rahvusvaheline praktika

Pikaajalise ATV kasutajate ja PTV-ga inimeste arvu ning töövõimetusega seonduvate kulude kasv ei ole ainult Eestile omane nähtus ja sellele on lahendust otsimas ka teised riigid. Kui vaadelda teiste riikide praktikat, siis enamikes EL riikides on tavapäraseks varajased sekkuvad tegevused, kuid pole seda Eestis, Rumeenias ja Slovakkias. Olenevalt tegevuse ulatusest ja spetsiifikast on võimalik sekkumispoliitikaid rühmitada järgmiselt ¹⁴:

Esimest riikide rühma (Austria, Taani, Soome, Saksamaa, Holland, Norra ja Rootsi) iseloomustab kõikehõlmav lähenemisviis tööle naasmise toetamisele. Selle rühma riigid järgivad kõige ulatuslikumalt töö ja tervise instituudi (IWH) välja töötatud seitset tööle naasmise toetamise põhimõtet. Leitakse, et varajane sekkumine ja haigestunud/vigastatud töötaja seisundile vastavalt töö ajutine kohandamine, et töötaja saaks võimalikult kiirelt tööle naasta, on töövõime haldamise programmide põhikomponendid. Keerulisematel juhtudel võib olla vajalik tööandja ja tervishoiuteenuse osutaja vaheline kontakt ning sõltuvalt olukorrast vajadus kaasata ka ergonoomie, tegevusterapeute, kinesiolooge, füsioterapeute. Leitakse, et kui tööandjatel on keerulisematel juhtudel konsultatsioonivõimalus tervishoiuteenuse osutajaga, siis vähendab see töövõimetuse pikkust ja tööandjatel on siis paremad võimalused töötaja võimete mõistmiseks ja suurem enesekindlus tööle naasmiseks vajalike kohanduste tegemisel. Luu- ja lihaskonna haiguste korral on tööle edukalt taasintegreerimise põhijooneks töötajatele vajadusel rehabilitatsioonile ligipääsu võimaldamine ja ka töökoha kohandamine. Pääegu kõigis selle rühma riikides algab tööle

¹³ Töötingimuste ja töökeskkonna mõju ajutise ja püsiva töövõimetuse kujunemisel. Eesti Rakendusuuringu Keskus CentAR. Raport. 2015. Kättesaadav: https://centar.ee/uus/wp-content/uploads/2015/12/toovoime_loppraport.pdf

¹⁴ <https://www.celsi.sk/en/projects/detail/64/>

taasintegreerimise protsess varakult, üks kuni kolm kuud pärast haiguslehe algust. Kui haigusleht algab, luuakse mitu mehhanismi: töökaitsealase toe ja nõustamise pakkumine, järkjärguline ja kavandatud tööle naasmine, stiimulite pakkumine tööle naasmiseks ja osaliste vahel kooskõlastamise tagamine. Nende mehhanismide taga on ka multidistsiplinaarne sekkumine, s.t mitme eriala spetsialistide kaasamine, mis on näidanud, et see toetab tööle taasintegreerimist nii füüsiliste kui ka psüühiliste häirete korral.

Teises riikide rühmas (Belgias, Prantsusmaal, Islandil, Itaalias, Luksemburgis, Šveitsis ja Suurbritannias), on tööle taasintegreerimise jaoks välja töötatud raamistik, kuid piiratud koordineerimise ja sekkumisega. Süsteemi kaasatus pole nii lai, kui esimeses rühmas. Põhimõtteliselt võivad kõik töötajad osaleda rehabilitatsiooni- ja taasintegreerumise programmides, kuid mõnedes programmides osalemine või hüvitiste saamine võib sõltuda puude seisundist või kutsehaigusest või õnnetusest. Nendes riikides on ka tööandjate osalemine tööle taasintegreerumise protsessis piiratud. Taasintegreerumist töökohas tehakse seal enamasti haigusjuhtumi lõpus, mis tähendab, et varajane sekkumine ei ole tingimata tähelepanu keskpunkt, hoolimata sellest, et selle olulisust rõhutatakse vähi, kohanemishäirete (vaimse tervise) ja luu- ja lihaskonna vaevuste korral.

Mõne riigi (Prantsusmaa, Luksemburgi ja Itaalia) tööandjad juhivad aga taasintegreerumise protsessi koos töötervishoiuarstidega. Seda riikide rühma iseloomustabki töötervishoiuarstide suur vastutus. Tööandjad on protsessi kaasatud, kuid nende roll ei näe ette üksikasjalikke kohustusi järkjärgulise taasintegreerumise kavandamisel ja tagamisel. Süsteemi kitsaskohaks on neil riikidel kooskõlastatud lähenemisviisi puudumine asjaomaste sidusrühmade vahel, mis on suur väljakutse enamasti raskematel juhtudel, kui inimene on pikka aega töölt puudunud.

Kolmanda näitena tasub välja tuua Belgia riiki, kes eristub teistest taasintegreerumise lähenemise poolest, sihitades tegevusi kroonilise haigusega inimeste toetamiseks. 2008. aastast on seal kasutusel krooniliste haiguste riiklik strateegia – “Krooniliste patsientide prioriteet”. Programm sisaldab patsiendi nõustamist, meetmeid krooniliste haigustega patsientidele paremaks ravile ligipääsetavuseks, paremat teenuste rahalist kättesaadavust, transporti, füsioteraapiat jne. Lisaks riikliku tervise- ja invaliidsuskindlustuse instituudi (NIHDI) krooniliste haiguste vaatluskeskuse loomist ja krooniliste patsientide integreerimist ühiskonda. Viimane sisaldab selliseid elemente nagu kroonilise haigusega patsientidele tagatav miinimumpalk ja edasine abi tööle naasmiseks. Taasintegreerumine on mõeldud pikaajalise kroonilise haigusega töötajate järkjärguliseks toetamiseks, et nad saaksid oma võimaluste piires uuesti olemasolevale tööle tulla. Taasintegreerimine hõlmab patsiendi võimendamist, sotsiaal-professionaalset taasintegreerimist (st oma tööle/ametile naasmiseks), ennetustegevusi ja multidistsiplinaarseid suuniseid. Süsteem on oma olemuselt vabatahtlik, see tähendab, et tööandjad ei ole kohustatud (ega rakendata ka sanktsioone) taasintegreerumist tegema. Esialgne eesmärk on, et inimene saaks jätkata tööd oma praeguse tööandja juures. Leitakse, et taasintegreerumine on edukam, kui võimaldada töötajal naasta tööle keskkonda, kus ta on harjunud töötama. Töötervishoiuarst mängib selles protsessis võtmerolli, olles vahendaja tööandja ja töötaja vahel. Ennetusnõustaja/töötervishoiuarst on samuti osaline multidistsiplinaarsest meeskonnast. Seadusandlus näeb ette reintegratsioonipoliitika kollektiivse raamistiku väljatöötamise ettevõtte tasandil. Samuti on

seal algatatud tegevuskava nimega „Tagasi tööle“, mille eesmärk on arendada puuetega/töövõimetusega inimeste korraldust kogu riigis. Töövõimetus koosneb Belgias kahest perioodist: esmane töövõimetus ja invaliidsuse ehk püsiva töövõimetus periood. Tööandjad maksavad haiguspuhkuse ajal esialgu kuu eest hüvitist (garanteeritud palka). Seejärel võtab kindlustus hüvitise maksmise üle. Esmane töövõimetus kestab maksimaalselt üks aasta ja alates haiguslehe algusest kuni selle lõpuni makstakse töötajale kindlustusametusest 60% palgast. Invaliidsuse periood algab pärast esmast töövõimetust.

Neljandaks tasub välja tuua sekkumispoliitikaid, mis on sihitatud lihasluukonna ja sidekoe haigustega inimeste tööle naasmise toetamisele. Sarnaselt Eestile (lisa 2, [tabel 1](#)), on lihasluukonna- ja sidekoe haigused Euroopas üks enamesinevaid tervisekahjustuse ja PTV põhjustajaid ning kõige levinum tööga seotud terviseprobleem. Seetõttu on EU-OSHA koostatud aruandes „Tagasi tööle“ eraldi keskendunud lihasluukonna vaevustega töötajate töö hoidmise teemale ja antud ülevaade sekkumiste tõhususe kohta Euroopa ja rahvusvahelisel tasandil poliitilistest algatustest. Aruandes on headeks lähenemisteks loetud poliitikaid, kus¹⁵:

- rõhuasetus on probleemide varajasel tunnistamisel ja pikaajalise töövõimetus e ärahoidmisel, sealhulgas lihasluukonna vaevustega inimeste tööle naasmisel niipea kui võimalik.
- toimub tööandjatele finantsmotivatsiooni pakkumine, nt töö mugandamise või töökeskkonna tingimuste parandamise rahastamine või kohustus maksta töötajatele palka nende haiguse ajal. Samuti innustatakse pakkuma tööalast taastusabi, et töötaja saaks varem tööle naasta.
- toimub hoolekande pakkumine, meditsiiniline, tööalane ja sotsiaalne taastusabi ning multidistsiplinaarne lähenemine (koostöö erinevate osaliste vahel), mis võimaldab paremat juhtumihaldust ning lihasluukonna vaevustega töötajate varasemat töölenaasmist¹⁶.

Paljudes Euroopa riikides (UK, Rootsi, Soome, Taani, Saksamaa, Holland) on tavaks, et ATV määramisel raviarst märgib haiguslehele/tõendile infot selle kohta, millistes tingimustes patsient võib töötamist jätkata¹⁷.

Haigusperioodi ajal hüvitiste maksmise põhimõtted on Euroopa riikides väga erinevad, varieeruvad nii maksmise perioodid, suurusjärgud, maksjad kui ka muud tingimused ([lisa 3](#)).

Mitmete riikide sekkumispoliitika näevad ette lisaks haigushüvitisele töötajate rahalist motiveerimist ja saamata jääva tulu kompenseerimist ATV ajal osalise ajaga töötamise jätkamise korral. Näiteks Soome on kehtestanud lisaks haigushüvitisele ka osalise haigushüvitise, mis toetab töötaja tööle naasmist. Osalist haigushüvitist võib Soomes saada isik, kes töötas enne haigestumist täisajaga, kuid naaseb haiguse tõttu tööle esialgu osaajaga. Tööaega tuleb sellisel juhul vähendada umbes pooleni varasemast tööajast. Töötajale

¹⁵ <https://osha.europa.eu/et/publications/factsheet-75-work-related-musculoskeletal-disorders-back-work>

¹⁶ <https://osha.europa.eu/et/publications/factsheet-75-work-related-musculoskeletal-disorders-back-work>

¹⁷ Rahvusvaheliste praktikate analüüs tööandja tegevuste kohta terviseseisundist tingitud piiratud töövõimega töötajate töö hoidmiseks ja nende töökoha säilitamiseks. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Ministeerium_kontaktid/Uuringu_ja_analuusid/Toovaldkond/uurimus_koos_esf_teavitusega.pdf

makstakse selle aja eest osalist haigushüvitist, mis on pool kogu saadud haigushüvitisest. Osaajaga tööd võib alustada kõige varem pärast seda, kui on olnud haige 10 päeva. Osalist haigushüvitist makstakse kuni 120 tööpäeva ehk umbes 5 kuud. Kui haigus on kestnud 60 tööpäeva, selgitab Kela¹⁸ välja, kas inimesele selle haiguse puhul võiks olla abi taastusravist. Osalise haigushüvitise taotlemise võimalik aeg on peale haiguslehe lõppu kuni 2 kuud. Haigushüvitist makstakse Soomes 16–67-aastastele, kes pole võimeline haiguse tõttu töötama ja ka töötutele ja õppetoetust saavale õppuritele. Haigushüvitise suurus oleneb inimese tulust. Seda arvutatakse aastase sissetuleku alusel, mis eelnes töövõimetuse algusele eelnenud kalendrikuule. Kui vaatlusperioodil sissetulek puudus või oli väga väike, võetakse aluseks miinimumsumma. Haigushüvitist makstakse 90 tööpäeva. Peale seda, kui on tegemist töötava inimesega, palub Kela esitada oma töötervishoiuarstil hinnangu inimese töövõime ja töö jätkamise võimaluste kohta¹⁹.

Samuti on Hollandis võimalik töötajal haiguslehele jäädes, esimese kahe aasta jooksul töötada osalise koormusega. Sel juhul makstakse töötajale 100% palgast realselt töötatud tundide eest ning 70% ülejäänud tundide eest, mille jooksul ei töötatud. Maksimaalne hüvitise suurus puudub, kui tööandja maksab hüvitist ise. Töölepinguga töötajad peavad teavitama tööandjat oma haigestumisest ning seejärel võib tööandja paluda oma tervise- ja ohutusteenistuse arstil kontrollida haigestunud töötaja tervislikku seisundit. Kui saadakse hüvitist töötajate kindlustusagentuurilt (UWV), siis on maksimaalselt summaks 214,28 eurot päevas²⁰.

Kokkuvõttes järeldeb teiste riikide tööle taasintegreerimise poliitikate näidetest, EU-OSHA aruannetest ja uuringutest²¹, et tööle naasmise kiirendamise seisukohalt on efektiivsed just need lähenemised, kus tervishoiu teenuse osutamisega paralleelselt keskendutakse varajasele sekkumisele, tööle naasmisele, töökohtade kohandamisele, et need toetaksid töötajate töö püsimist ja ennetavad pikaajalist haigust. Teiste riikide praktikate kohaselt on näha, et süsteem, kus pikemaajalise ATV-e korral kombineeritakse tervisealane rehabilitatsioon (taastusravi) tööalase rehabilitatsiooniga, on efektiivne meede inimeste pikemaajaliselt hõives hoidmiseks ning PTV-ga seoses tööturult välja kukkumise vältimiseks. Hüvitiste põhimõtted on riigiti erinevad ja sõltuvad kohaliku ühiskonna kontekstist, seetõttu on Eestil ATV-e ajal töötamise hüvitise põhimõtteid planeerides mõistlik lähtuda pigem uue skeemi sobimisest Eesti töötajaskonna vajadustega, et see motiveeriks osalisi süsteemi kasutama.

1.1.2. Eesti süsteemi kirjeldus ja kitsaskohad

Eestis on haiguslehtedele maksimaalne haigushüvitise periood üldjuhul kuni 182 päeva ühe juhtumi kohta (tuberkuloosi korral 240 päeva). Hüvitise maksmise perioodi tingimus on kooskõlas Euroopa sotsiaalkindlustuskoodeksi tingimustega, mis näeb ette, et: hüvitist makstaks kogu hõlmatava juhtumi kestuse jooksul mööndusega, et haigusliku seisundi puhul võib hüvitise osutamist piirata 26 nädalaga iga juhtumi kohta, kuid hüvitise osutamist ei või

¹⁸ Soome sotsiaalkindlustuse institutsioon

¹⁹ https://www.kela.fi/documents/10180/0/Terveys_ ja_kuntoutus_esite_est_Kela.pdf/bfbd1743-aeba-4007-837a-97e7ddb8fa4d

²⁰ <https://business-netherlands.com/sick-pay-netherlands.html>

²¹ <http://eprints.hud.ac.uk/id/eprint/5575/1/waddellburtonkendall2008-VR.pdf>

katkestada haigushüvitise maksmise ajal, ning tuleb võimaldada hüvitise osutamise kestvuse pikendamist sätestatud pikaajalist ravi nõudvate haiguste puhul²².

Hüvitise suurus on Eestis tavalise haigestumise korral 70% tulust²³. Ent erinevalt paljudest teistest riikidest **ei luba Eestis kehtivad ATV hüvitise maksmise regulatsioonid haiguslehe perioodil töötamist ja sotsiaalmaksuga maksustatava tulu saamist**²⁴. Seetõttu kaasneb pikaajaliselt haiguslehel olevatel töötajatel risk töö kaotuseks, kuna kehtiv seadusandlus näeb tööandjatele ette võimaluse lõpetada töötajaga tööleping põhjusel, et töötaja tervises seisund ei võimalda tööülesandeid täita nelja kuu jooksul²⁵.

ATV vajaduse hindamise kohta toovad uuringud välja, et arstid ei peaks mitte ainult küsima „mis on teie amet”, vaid saama patsiendilt ka täieliku selgituse selle kohta, mida tema töö endast kujutab. Kaasaegsed ametinimetused annavad sageli vähe või üldse mitte vihjeid selle kohta, mida inimene iga päev oma töö käigus teeb. Tööga seotud võimalike terviseriskide hindamisel tuleb mõelda ka füüsikastele, keemilistele, bioloogilistele, ergonoomilistele ja psühhosotsiaalsetele ohtudele²⁶.

Vastavalt on korraldatud süsteem näiteks UK-s, kus perearst hindab töötaja haigestumisel tema töövõimet ja kirjeldab haiguslehel ka seda, millistel tingimustel tema patsient on võimeline töötamist jätkama haiguslehel olles ning annab patsiendi tööandjale soovitusi kohanduste kohta tööülesannetes või töökohas²⁷.

Kui vaadata Eestis kehtivat süsteemi tööealise inimese tervise staatuse ja töövõime languse ennetamise seisukohalt, siis on meil mitmed osalised, kes vastutavad tervise hoidmise ja taastamise või toimetuleku eesmärgil kindlaksmääratud ülesannetes (tabel 3).

Tabel 3. Tööealise inimese tervise ja töövõime staatusest olenevalt, tervise säilitamise ja taastamise tegevusega seotud osapooled või seisundiga toimetulekut toetavad institutsioonid

Tervise ja töövõime staatus	Osalised ja nende vastutus		Toetav institutsioon ja tema vastutus	
	TÖÖTAJA	TÖÖANDJA	Pädev asutus	Arsti spetsialiteet
Terve/ töövõime pole vähenenud	Järgida tööohutuse nõudeid	Ohutu töökeskkonna tagamine	TÖÖINSPEKTSIOON (töökeskkond, töösuhted - tööõnnetuste ja kutsehaiguste ennetus, nõustamine, järelevalve, vaidluste lahendamine)	TÖÖTERVISHOUIARST (Tervise kontroll)
	Maandada terviseriske	Tööst tulevate terviseriskide maandamine		
		Töötajate tervise kontrolli korraldamine		
Ajutine töövõimetus	Järgida määratud ravi	Haigushüvitis 5 kalendripäeva eest ühe ATV juhtumi jooksul	HAIGEKASSA (raviteenuste kättesaadavus ja kvaliteet, haigushüvitis)	RAVIARST (perearst või muu eriarst) määrab ravi ja ajutise töövõimetus

²² <https://www.riigiteataja.ee/akt/729138>. Artikkel 12

²³ Olenevalt tööst vabastuse põhjusest on erisusi, nt tööõnnetuse või kutsehaigestumise korral on hüvitis 100%

²⁴ Ravikindlustuse seadus § 60 lg 2. <https://www.riigiteataja.ee/akt/113032019136?leiaKehtiv>

²⁵ TLS § 88 lg 1 p1. <https://www.riigiteataja.ee/akt/112072014146?leiaKehtiv>

²⁶ Heart disease and work. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1768437/>

²⁷ <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/fit-notes-issued-by-gp-practices/fit-notes-issued-by-gp-practices-england-december-2017>

Tervise ja töövõime staatus	Osalist ja nende vastutus		Toetav institutsioon ja tema vastutus	
	TÖÖTAJA	TÖÖANDJA	Pädev asutus	Arsti spetsialiteet
			177-235 ²⁸ kalendripäeva eest)	
Püsiv töövõimetus (osaline töövõime)	Olemasoleva töövõime säilitamine, võimalusel töövõime taastamiseks teenuste kasutamine, vajadusel ümberõpe ja seisundiga toimetulekuga kohanemine	Töötingimuste kohandamine	TÖÖTUKASSA (töövõimet toetavad teenused ja töövõimetoetus)	Töövõimet hindav EKSPERTARST (TK lepingupartnerist raviasutuse arst, kes on läbinud TVH metoodika kasutamise koolituse)
Püsiv töövõimetus (puudev töövõime, puue)	Igapäevaelus toimetulekuvõime säilitamine, võimalusel töövõime taastamiseks teenuste kasutamine ja seisundiga toimetulekuga kohanemine	Võimalusel töövõime kohandamine (ca 26% puuduva töövõimega inimestest osaleb tööelus)	SOTSIAALKINDLUSTUS AMET (sotsiaalne rehabilitatsioon, puude toetus, koostöö KOV-idega toimetuleku toetamisel)	Puude raskusastet tuvastav EKSPERTARST (SKA-s töötav, meditsiinilise hariduse omandanud ekspert)

Terve/töövõimelise inimese korral panustavad tööandjad koostöös tervishoiuarstidega ja Tööinspeksiooniga ohutute töötingimuste tagamise ning tervishäirete tekke ennetamiseks.

Tööandjate roll on tagada ohutu töökeskkond, hinnates töökeskkonna ohutegurite mõju töötajate tervisele ning rakendades meetmeid riskide maandamiseks, sh peab tööandja korraldama töötajatele riskianalüüsi tulemustest lähtuvalt tervisekontrolli. Töetervishoiuarst viib läbi töötajate tervisekontrolli, mille eesmärgiks on ennetada ja varakult avastada võimalikke tööga seotud terviseprobleeme ning hinnata töökeskkonna ja töötingimuste sobivust töötaja tervisele. Töetervishoiuarst annab vajadusel tööandjale soovitusi töökeskkonna parandamiseks ja töötingimuste muutmiseks. Tööinspeksiooni roll on teostada järelevalvet tervishoiu ja tööohutuse nõuete täitmise üle ettevõtetes, samuti nõustada tööandjaid ja töötajaid tervishoiu ja -ohutuse küsimustes.

Töötaja haigestumisel, ATV etapis on tegevused suunatud töövõime taastamisele ja Haigekassa tagab vajalikud tervishoiuteenused ja haigushüvitised ravikindlustussüsteemi raames ning raviarstid tegelevad raviga sh vastutavad ATV määramise eest. Pikaajalise ATV korral tööandjad hüvitise maksmisel või muul viisil praegu kehtivas süsteemis ei osale. Töötajal püsiva töövõimetus tekkimisel, jagunevad toetavad tegevused ja haldusvastutus üldjuhul²⁹ vastavalt järelejäänud töövõime staatusele TK ja SKA vahel ning erineva kvalifikatsiooniga ekspertarstid tegelevad vastavalt kas töövõime hindamise või puude tuvastamisega (tabel 3).

Töötaja tervise/töövõime staatuse muutumise korral on süsteemi kitsaskohaks tervikliku lähenemise ja koostöö vähesus valdkondade ja osaliste vahel. Samuti puudub varajane sekkumine ATV etapis (sh asjassepuutuv andmevahetus erinevate valdkondade vahel), et toetada inimese töövõime säilimist ja tööturul püsivust.

²⁸ Tuberkuloosi korral on hüvitise maksimaalne maksimise periood pikem

²⁹ Muude tööturuteenuste osutamise vaates ei ole vahet, kuid vahe on töövõimet toetavate teenuste osutamisel

Puudu jääb inimese seisukohast olulise eesmärgi – töövõime säilitamise/PTV ennetamise tegevustest (nt ligipääs ATV etapis tööle naasmist toetavatele teenustele nagu töökoha või töötamist toetavate abivahendite võimaldamine, nõustamisteenused või tööalane rehabilitatsioon jne. Iga institutsioon tegutseb vaid nn oma kitsast ülesannet täites ja inimese seisukohalt võib jääda seetõttu laiem eesmärk täitmata. Näiteks tagatakse haigestunud inimesele raviteenused ja haigushüvitised, kuid ei tehta pingutusi selleks, et lühendada ATV pikkust või maandada ATV-st PTV väljakujunemise riski. Pikas vaates kasvatab see ATV, raviteenuste ja ravimite kulused ning toob kaasa PTV juhtude ja kulude kasvu. Seega tekib suurem koormus nii ravikindlustuse kui ka töötuskindlustuse eelarvele.

Terviklikku ja detailset analüüsi, mis arvestaks kõigi patsiendilugude eripäraga, ei ole võimalik koostada, seetõttu võeti analüüsis aluseks osade patsientide näidisjuhtumid ja otsiti koos projektirühma ekspertidega võimalikke lahendusteid, mis tugineks RV-le praktikale ning oleks Eesti olusid arvestades rakendatavad. Analüüsi raames koostatud patsiendilugude teekondades ([Lisa 1, patsiendilood](#)) kirjeldatakse, kuidas sekkumismeetmega peaks olema võimalik toetada inimesi selliselt, et nad saavad ATV-e ajal varem tagasi tööle asuda. Sellega maandatakse inimese ATV-e tõttu tööhõivest väljalangemise ja PTV-e väljakujunemise riske. Vajadusel töövõimet toetavate teenuste varajasemas etapis osutamine võimaldaks kiiremat tööle naasmist ja töövõime täielikku taastumist. Praegu kehtivas süsteemis puudub selline link ATV-e etapis TK või SKA teenustega. Kõikide kirjeldatud juhtumite puhul saaksid inimesed asuda kohandatud tingimustes varem tööle, kui seda võimaldab tänane süsteem. Praegu ATV-e etapis sellekohast infot tööandjatele ei edastata ja võimalus kohandatud tingimustes tööle naasta töötajal puudub. Näite 3 korral (Karli lugu) on inimene haiguslehel 182 päeva ja jätkuvalt on vajadus pikendada lehte operatsiooni ootejärjekorra tõttu, kuid ravikindlustussüsteem kauem hüvitist ei maksa ning kohandatud tingimustes töötamise jätkamise võimalus puudub. Seetõttu on tekkimas surve liikuda HK süsteemist (ATV-e etapist) edasi TK töövõime hindamise etappi. Mitme vaimse tervise näitega ATV-e juhtumi (Merily ja Karini lood) korral peaks info terviseriskidest jõudma tööandjani kuna töökeskkonna psühhosotsiaalsete ohutegurite tõttu on risk tervisehäireteks. Seetõttu on töötaja tööle naasmise eelduseks töötingimuste muutumine ja ohutu töökeskkonna tagamine. Nende juhtumite puhul võib vajalik olla ka Tööinspektsiooni sekkumine, et hinnata tööandja tegevuste piisavust psühhosotsiaalsete ohuteguritega seotud riskide maandamiseks.

ATV-e perioodil ei piisa ainult tervise parandamisest ja hüvitiste maksmisest, süsteemne lähenemine peab sisaldama lisaks tervishoiuteenustele ka töökohapõhiseid teenuseid. Sisuliselt tähendab see juhtumipõhist lähenemist, milles peab olema keerulisematel juhtudel (nt komplekshaigustega, -piirangutega või mitmekülgsema sekkumise vajadusega, 4 kuust pikemad juhtumid jne) tagatud nn katusvaate hoidja, kes nõustab osalisi ja koordineerib teenuste osutamist ning vajadusel töötajale olulisi isiklikke või sotsiaalseid takistusi tööle naasmiseks sh võib olla vajalik uue töö leidmine. Samuti peab koostööprotsessis tekkima link tervishoiuteenuse pakkujate ja tööandjate vahel, et luua inimese tervise olukorrale vastavad tingimused ATV-e ajal töökohale naasmiseks.

Kokkuvõttes tähendab see, et inimese töövõime säilitamise ja tööhõives püsimise toetamiseks ja PTV ennetamiseks on vaja valdkondade ülest terviklikku lähenemist ja ühist pingutust ning

tuleb tõhustada osaliste vahelist koostööd sh luua operatiivsem ja vajaliku infoga andmevahetuseks lahendused.

1.2. Ülevaade ATV-e ja PTV-ga seotud haigustest Eestis ja varajase sekkumise võimalikust mõjust tuginedes RV-le kogemusele

1.2.1. ATV-e ja PTV-ga seotud haiguste ülevaade

ATV-e ja PTV-e kõige ilmsem seos on töövõimetust põhjustavad samad peamised haigused ([lisa 2](#), tabel 1). ATV-e etappi kavandatava sekkumismeetme sh teenuse vajaduse üle otsustamise seisukohalt on oluline teada, milliste haigustega inimesi see peamiselt puudutab ja milline oleks varajase sekkumise mõju. Eestis on pikaajalise ATV-e väljastamisel töövõimetuse põhjusena RHK-10 haigusklasside loendist esindatud 16 haigusklassi ca 900 erinevat diagnoosi. Analüüsis on tehtud kokkuvõtte pikaajalise ATV-e ja PTV-e põhjustanud peamistest ja enamesinevatest haigusrühmadest ja diagnoosidest, milleks on:

- 1) lihasluukonna ja sidekoehaigused;
- 2) psüühika- ja käitumishäired;
- 3) vereringeelundite haigused;
- 4) kasvaja.

Lihaskonna ja sidekoehaigused on Euroopas ühe enamesineva tervisekahjustuse ja PTV põhjustajaid. Samuti on Eestis ATV-e ja PTV-e korral töövõimetuse põhjuseks suuremal osal juhtudest lihasluukonna ja sidekoehaigused – moodustades pikaajalise ATV-e põhjustest 31%, osalise töövõime põhjustest 40% ja puuduva töövõime põhjustest 12% ([lisa 2](#), tabel 1). Samuti on suure osatähtsusega (24%) üle 60 päeva kestvate haiguslehtede põhjusena vigastused, millest raskemad traumad võivad hiljem põhjustada kroonilisi vaeguseid ja töövõime hindamise vajaduse korral ja PTV-e määramisel leivad siis tõenäoliselt samuti fikseerimist mõne lihasluukonna- ja sidekoe haigusklassi diagnoosina.

Kui uurida pikaajalise ATV-e korral lihasluukonna ja sidekoehaiguste rühma sisest täpsemat diagnooside jaotust, siis enamikel juhtudest on põhjuseks kas seljavalu või artroosid: 20% (ca 1100 juhtu aastas) moodustab seljavalu ja 20% (ca 1100 juhtumit aastas) alajäsemete liigeste artroosi põhjusel määratud ATV ([lisa 2](#), tabel 2). Pikaajalist ATV-d põhjustanud vigastustest enim – 18% juhtudest esineb sääremurdu ja 12% küünarvarremurdu ([lisa 2](#), tabel 3).

Valdavalt on uuringutes leidnud kinnitust, et lihasluukonna ja sidekoe haigusrühma haiguste korral avaldab positiivset mõju inimese tervenemisele ja töövõime taastumisele ATV-e ajal varajane sekkumine ja jõukohastel tingimustel töötamise võimaldamine^{30, 31}. Sekkumismeetmete efektiivsus on leidnud tõendamist ka varajases etapis tööalase

³⁰ Early workplace dialogue in physiotherapy practice improved work ability at 1-year follow-up-WorkUp, a randomised controlled trial in primary care. Kättesaadav: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29554017>

³¹ <https://osha.europa.eu/et/publications/factsheet-75-work-related-musculoskeletal-disorders-back-work>

rehabilitatsiooni osutamisega luu- ja lihaskonna haiguste korral ja seda mitte ainult alaseljavalu korral, vaid enamiku kõige tavalisemate luu- ja lihaskonna vaevuste korral³².

Psüühika- ja käitumishäired (PKH) mõjutavad umbes kolmandikku Euroopa tööealisest elanikkonnast ning on üks peamisi haiguse tõttu töölt eemale jäämise põhjuseid OECD riikides. Eriti valdav on see noorte täiskasvanute hulgas, kus vaimse tervise tõttu puude taotluste osakaal ulatub juba üle 70%. Samuti on probleemiks, et ei saada töötamise jätkamiseks vajalikku toetust töökohal, seega on neil suur oht kaotada töökoht ja jääda püsivalt tööturult kõrvale³³.

Eestis on PKH-d osalise töövõime põhjustajana teisel kohal ja puuduva töövõime korral moodustab kõige suurema 49% osakaalu. Pikaajalise ATV-e korral on PKH-d neljandal kohal moodustades 7% juhtudest ([lisa 2](#) tabel 3). PKH korral on iseloomulik ka sagedasem haiguslehtede kasutamine, nt *Centari* uuringu andmetel olid PKH diagnoosiga patsiendid nii enne kui ka pärast PTV-e määramist veidi sagedamini (1,6 vs 1,5 korda aastas) haiguslehel, kui teised³⁴. Analüüsi lisatud patsiendilugudest ilmestab seda nt Kristeli lugu ([lisa 1](#)).

Kui uurida pikaajalise ATV-e kasutamisel haigusrühma sisest diagnooside jaotust, siis on poolte juhtude põhjustajaks depressiooni haigestumine (esmane depressioon 33% ja korduv depressioon 17,5%). Kokku on aastas depressiooni tõttu pikaajalisel ATV-l ligikaudu 600 inimest ([lisa 2](#), tabel 4).

PKH diagnoosiga inimeste ATV-e ajal töötamise võimalikkuse kohta kinnitavad uuringud, et töötamine võiks olla osaks taastumisprotsessist. Rootsis läbi viidud töötavate PKH diagnoosiga inimeste uuringus leiti, et suurema tõenäosusega paranesid täielikult need, kes asusid ATV-e ajal osaliselt tööle pärast 60-päevast täisajaga ATV-d³⁵.

Vereringeelundite haigused on uuringute kohaselt tööealise elanikkonna seas laialt levinud ning insult ja kõrge vererõhk põhjustavad hinnanguliselt rohkem kulusid kui ükski teine haigus või vigastus³⁶. Eestis moodustavad vereringeelundite haigused pikaajalise ATV-e juhtudest 9% ning osalise töövõime määramise põhjustest 8% ja puuduva töövõime korral 7% ([lisa 2](#), tabel 1). Haigusrühma sisene diagnooside jaotus pikaajalise ATV-e korral näitab, et kokku ca 33% (600 juhtu aastas) moodustava müokardi või peaaju infarkt ja 8% (ca 140 juhtu aastas) stenokardia ([lisa 2](#), tabel 5).

Vereringeelundkonna haiguste diagnoosidega ATV-e pikkus on uuringute kinnitusel oluliselt mõjutatud psühholoogilistest ja sotsiaalsetest teguritest (depressioon, eneseusk, madal haridustase, füüsiliselt nõudlik töö ja vähene tööga rahuolu). Tööle naasmise seisukohalt leitakse puudusena, et südame- ja veresoonkonna haiguste korral kasutatavad rehabilitatsiooniprogrammid on valdavalt suunatud vaid kliinilistele haigusega seotud väljunditele³⁷. Samas on tegemist haigusega, millel on uuringute järgi suur seos tööst

³² <http://eprints.hud.ac.uk/id/eprint/5575/1/waddellburtonkendall2008-VR.pdf>

³³ Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work. 2011. <https://www.oecd.org/els/emp/49227343.pdf>

³⁴ Töötingimuste ja töökeskkonna mõju ajutise ja püsiva töövõimetuse kujunemisel. Eesti Rakendusuuringute Keskus CentAR. Raport. 2015. Kättesaadav: https://centar.ee/uus/wp-content/uploads/2015/12/toovoime_loppraport.pdf

³⁵ Andrén, Daniela, 2010. "[Part-time Sick Leave as a Treatment for Individuals with Mental Disorders?](#)" *Working Papers* 2010:17, Örebro University, School of Business.

³⁶ Heart disease and work. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1768437/>

³⁷ <http://eprints.hud.ac.uk/id/eprint/5575/1/waddellburtonkendall2008-VR.pdf>

põhjustatud haigestumisega^{38,39}, mistõttu on eriti oluline ATV-e perioodil töötamise jätkamisel tervisega seotud töötingimuste kohandamisel seda silmas pidada.

Ülaltoodut arvestades, on ka selle haigusklassi haiguste põhjusel määratud pikaajalise ATV-e korral varajasel sekkumisel tõenäoliselt positiivset mõju. Sekkumismeetme raames kavandatavate teenuste arendamisel tuleb pöörata tähelepanu vajadusele töötamist toetavate teenuste või tööalase rehabilitatsiooni võimaluse loomisele juba ATV-e perioodil ning tööga seotud haigestumise korral, erilist tähelepanu töötingimustele.

Kasvajad moodustavad Eestis pikaajalise ATV-e juhtudest 10% (ca 1800 juhtu aastas) ning osalise töövõime määramisel on selle diagnoosirühma haigused moodustanud 3% ja puuduva töövõime korral 7% (lisa 2 tabel 3). Kui uurida haigusrühma sisest diagnooside jaotust, siis valdavalt on tegemist pahaloomuliste kasvajate diagnoosidega – kokku ca 18% (ca 300 juhtu aastas) moodustab rinna kasvaja ja 10% eesnäärme kasvaja (ca 180 juhtu) (lisa 2, tabel 6).

Onkoloogia on olnud kiiresti arenev eriala, kus kasvajaravi võimalustest ja olenevalt haiguse paikmest on isegi IV astme vähkkasvaja diagnoosiga inimeste terviseseisund väga erinev. Seetõttu on ka nende inimeste piirangud ja tegutsemisvõime väga erinevad ja ei tähenda kõikidel juhtudel tingimata täielikku töövõime puudumist. Eesti Onkoloogide Seltsi hinnangul ei ole kindlasti võimalised töötama need inimesed, kellele ei ole võimalik kas haiguse leviku või kaasuvate haiguste tõttu rakendada spetsiifilist onkoloogilist ravi.

On uuringuid, mis kirjeldavad inimese tööl osalemise võimalust, kui ühte ellujäämisküsimust pärast vähidiagnoosi. Töötamine võib määratleda inimese enesehinnangut, identiteedi ja sotsiaalse tunnetuse ning aidata kaasa rahalisele kindlustundele. Vähikogemus koos töölt eemale jäämisega võib jätta inimese ilma stiimulist, sotsiaalsetest kontaktidest ning kujuneda suureks stressiallikaks, mis võib negatiivselt mõjutada tervenemist. Pikaajaline ravi, pidev arstiabi vajadus või korduvkogemus võivad vähendada inimese karjäärivõimalusi ja viia töökaotuseni⁴⁰.

Jaapanis tehtud vähihaigete töötamise uuring näitas, et pärast haiguslehe esmast töölt puudumise päeva, suudavad 6 kuu pärast asuda täistööajaga tööle 47% patsientidest ja 12 kuu pärast 62%. Kumulatiivne tööle naasmise määr aga varieerub oluliselt olenevalt vähi paikmest/tüübist. Lisaks sõltub tööle naasmiseks kuluv aeg vanusest – mida vanem inimene, seda pikem võib olla täieliku töövõime taastumise aeg⁴¹.

Kui lähtuda kasvaja paikmest, siis on rinnavähk kõige levinum vähidiagnoos tööealistel naistel. Rootsisis läbiviidud uuringu kohaselt on rinnavähi elulemus lähenemas 90%-le ja tööelu ja ATV-e aspektid on selle diagnoosiga inimeste jaoks seetõttu üha olulisemad⁴². Eestis on kasvaja tõttu määratud pikaajalistest ATV-dest samuti enamik (ca 18%) rinnavähi juhtumid (lisa 2 tabel

³⁸ Heart disease and work. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1768437/>

³⁹ Long working hours increasing deaths from heart disease and stroke: WHO, ILO. <https://www.who.int/news/item/17-05-2021-long-working-hours-increasing-deaths-from-heart-disease-and-stroke-who-ilo>

⁴⁰ The Working After Cancer Study (WACS): a population-based study of middle-aged workers diagnosed with colorectal cancer and their return to work experiences. <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-604>

⁴¹ Returning to work after sick leave due to cancer: a 365-day cohort study of Japanese cancer survivors. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4801999/>

⁴² Work situation and sickness absence in the initial period after breast cancer surgery. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0284186X.2010.533191>

8). Eeltoodust tulenevalt võib ATV-e ajal osalise töötamise/kohandatud tingimustes töötamise võimaluse loomisel olla pikaajaline ja positiivne mõju rinnavähki haigestunud naiste tervisele ja elukvaliteedile.

Seega, vähi diagnoos ei välista ATV-e ajal töötamist ja töötamise võimaluse loomine ATV-e perioodi on pigem positiivse mõjuga. Osad inimesed suudavad vähiravi ajal tööd jätkata ja osad võivad vajada osalise tööajaga töötamist või töötingimuste muutmist, et kõrvaltoimetega oleks lihtsam toime tulla.

1.2.2. ATV-e ajal osalise ajaga/kohandatud tingimustes töötamise mõju tervisele

ATV-e perioodil osalise tööajaga/kohandatud tingimustes töötamise mõjud on valdavalt positiivsed. Süsteemi kasu seisneb selles, et võimaldab töötajatel paindlikult jätkata töötamist – jätkata tööd lühendatud tundidega ja/või muudetud tööülesannetega kuni tervis paraneb ja on võimeline töötama tavapäraselt. Uuringud on näidanud, et see on eriti tõhus vahend luu- ja lihaskonna haigustega töötajate ning ka üldiselt haiguslehel viibivate töötajate haiguspuhkuste kestuse vähendamiseks ning samuti on sellest abi osade vaimse tervise häirete korral⁴³.

ATV-e ajal osalise ajaga töötamise mõjusid on täpsemalt uuritud Soomes. Selle kasulikku mõju (tööl osalemise kasvu) täheldati eriti 45–54-aastaste (5%) ja 55–65-aastaste (6%) ning psüühikahäirete (13%) seas. Kui rühmad muudeti vahetatavamaks (vastavalt vanusele, soole, diagnostilisele kategooriale, sissetulekule, ametile, kindlustuspiirkonnale, tööl osalemisele, haigusest puudumisele, rehabilitatsiooniperioodidele ja töötusele enne sekkumist), siis mõju kahekordistus ja seda täheldati kõigis vanuserühmades ja muudes diagnostilistes kategooriates peale traumade. Järeldus, et osaline töötamine ATV-e ajal võib suurendada pikaajalise ATV-ga elanike osalemist tööl ja osaline ATV võib osutada kasulikuks vahendiks töötajate tervislikel põhjustel tööturult eemaldumise vähendamisel⁴⁴.

Järeldub, et pikaajalise ATV-e ajal peamiste haigusrühmade seisukohalt varajase sekkumise rakendamisel on valdavalt positiivne mõju ja seda olenemata haigusest. Varajane sekkumine adekvaatse ravi foonil aitab vältida PTV-e teket ja lühendada ATV-e pikkust. Pikaajalisel haiguslehel olijale osalise ajaga töötamise võimaldamisel on lisaks toimetulekuraskustesse sattumise ja töötuse ennetamisele ja sissetuleku tagamisele oluline roll ka inimeste vaimse ja füüsilise tervise hoidmisel ning edendamisel. Töötamise jätkamise võimalikkus ATV-e ajal sõltub kõige lõpuks ka töökoha/tööandja valmisolekust ja võimalustest rahuldada töötaja erivajadusi ravi ajal.

1.3. Diagnoosipõhiselt sekkumise vajadus

Varajase sekkumismeetme kontseptsiooni loomisel kaaluti ekspertide töörühmas, kas on vajadust töötada välja sekkumispõhimõtted tulenevalt inimese diagnoosist (nt olenevalt

⁴³ The effect of part-time sick leave for employees with mental disorders. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23525834/>

⁴⁴ Effectiveness of new legislation on partial sickness benefit on work participation: a quasi-experiment in Finland. https://www.researchgate.net/publication/270002963_Effectiveness_of_new_legislation_on_partial_sickness_benefit_on_work_participation_a_quasi-experiment_in_Finland

diagnosist erinevad sekkumise alustamise ajad ja ulatus, töötamise võimaldamise juhised ja regulatsioonid jne).

Kui hinnata ATV-e ajal töötamise võimalikkust diagnoosi või seisundi põhiselt, siis arusaadavalt on väga raskeid tervisekahjustusi ja seisundeid, mille korral ei ole ATV-e ajal töötamise jätkamine mitte mingites tingimustes mõeldav. Samuti ei saa varajane sekkumismeede hõlmata neid juhtumeid, kus inimene ATV-e ajal viibib haiglaravil⁴⁵.

Teiste riikide sekkumispoliitikad (vt punkt 1.1) on selles küsimuses väga erineva lähenemisega – osades riikides ei ole haiguste lõikes eraldi lähenemisi, osades on meetmed eraldi sihitatud, kas laiemalt kroonilistele haigustele või lihasluukonna haigustele.

Eesti kontekstis vajadust analüüsides jõuti töörühma kaasatud ekspertidega koostöös järeldusele, et diagnoosipõhise lähenemise loomine ei ole mõistlik, arvestades diagnooside rohkust ja tulenevalt seisundite varieeruvusest – ühe ja sama haigusega inimeste seisund ja motiveeritus (sh tahe, energia ja võimekus) haiguse ravi ajal töötamist jätkata võivad olla väga erinevad ning kõige paremini saab sellekohase seisukoha võtta raviarst koostöös patsiendiga, kas ja millisel juhul on võimalik kohandatud tingimustes töötamist jätkata. Seega on ATV-e ja PTV-e korral oluline mitte niivõrd diagnoos, vaid vahe on selles, kas tegemist on ajutise või püsiva seisundiga ning kui jätta kõrvale ATV-e etapis osutatav meditsiiniline ravi, siis küsimusega, mil viisil on selles etapis võimalik sekkuda, et pidurdada ajutise seisundi püsivaks kujunemist.

Kokkuvõttes on ATV-e puhul määravaks, kas inimene seonduvalt tervislikust olukorrast on suuteline jätkama oma töist tegevust või mitte. Ajutise töövõimetuse vajaduse otsustab ja ajutise töövõimetuse määramise põhjendatuse eest vastutab praegu inimese raviarst. On loomulik, et see toimiks nii ka edaspidi, sest ATV on inimese ravi osa. Vaatamata samale diagnoosile võib inimese ATV-e pikkus ja töötamise võimekus individuaalselt olla erinevad, lisaks diagnoosist tulenevast prognoosist võivad seda mõjutada inimese sotsiaalpsühholoogilised või majanduslikud tegurid.

1.4. Sihtrühma valik

Töörühmas leiti, et kõige tõhusam ja mõistlikum on sekkumisvajadus pikaajalise ATV-e korral alates 60. haiguspäevast kestvate ATV-de puhul. Lisaks kaaluti laiemat sekkumisvajadust – kas peaks looma sekkumis- ja toetussüsteemi **tihti haiguslehte kasutavatele inimestele ja töövõime hindamisel töövõimeliseks hinnatud inimestele**.

Centari analüüsist selgus, et tihe haiguslehte kasutamine võib olla teatud juhtudel signaaliks (nt psüühika- ja käitumishäirete korral), et inimesel on risk PTV-ks⁴⁶. Lisaks võib

⁴⁵ Töövõimetuslehe väljastamise kehtiva korra kohaselt peab arst märkima haiguslehele ravi liigi (§ 10 lõige 2 punkt 9): A – ambulatoorne või päevaravi, H – haiglaravi, AT – ambulatoorne taastusravi, HT – statsionaarne taastusravi. <https://www.riigiteataja.ee/akt/12817952?leiaKehtiv>

⁴⁶ Töötingimuste ja töökeskkonna mõju ajutise ja püsiva töövõimetuse kujunemisel. Eesti Rakendusuuringute Keskus CentAR. Raport. 2015. Kättesaadav: https://centar.ee/uus/wp-content/uploads/2015/12/toovoime_loppraport.pdf

sekkumismeedet (nt töövõimet ja töötamist toetavaid teenuseid) vajada töövõime hindamise TK-s läbinud inimene, kes tunnetab, et tal on töövõimet takistavaid tegutsemispiiranguid, kuid ekspertarst on hindab, et need tema tööelus osalemist nii palju ei mõjuta, et saaks määrata osalise töövõime. TK andmetel läbib töövõime hindamise igal aastal ca 6 500 inimest, kellel töövõime vähenemist ei tuvastata (tabel 4).

Tabel 4. TVH juhud, kus töövõime vähenemist ei tuvastatud, töötavate inimeste arv ja osakaal

Aasta	Inimeste arv, kellel TVH otsusega töövõime pole vähenenud	Töötavate inimeste arv	Töötavate inimeste osakaal
2017	8082	4744	59%
2018	5150	3045	59%
2019	5404	3133	58%
Keskmine	6212	3641	59%

Töörühm jõudis järeldusele, et meetme skooopi pole siiski mõistlik ega võimalik nende rühmade võrra laiendada. Tihti haiguslehti kasutavate inimeste korral ei saa rakendada sama lähenemist, mis pikaajaliselt haiguslehel olevatele inimestele, kuna sekkumisvajadus pole nii üheselt selge, kui pikaajalisel haiguslehel viibiva inimese korral. Sekkumist ei saa sellisel juhul ühildada sellise protsessiga, kus raviarst tuvastab, et haigusjuhtum kujuneb pikaks ja inimene võiks osalise ajaga (sh kohandatud tingimustes edasi töötada) jne. Tihti haiguslehti kasutavatele töötajatele PTV-d ennetava meetme osutamine eeldaks seetõttu eraldi meetodika ja protsessi väljatöötamist, et hakata seirama haiguslehtede kasutamise tihedust ja sekkumise vajadust (sh defineerida, mis on tihe kasutus ja milliste haiguste puhul esineb tihedama TVH kasutamisega risk PTV-ks jne). Puudub ka täpsem ülevaade tihti haiguslehti kasutavate inimeste toevajadustest. Samuti ei näidanud analüüsi hõlmatud riikide kogemuste ja varajase sekkumise uuringutega tutvumine, et oleks sellele sihtrühmale eraldi sekkumisi praktiseeritud. Seega puuduvad tõenduspõhised andmed sellise lähenemise kasulikkuse kohta. Pigem võiks tihti haiguslehte kasutavate töötajate puhul selle põhjuste hindamine ja sekkumine olla tööandja tellitava töötervishoiuarsti visiidi üks osa, et hinnataks, kas haiguslehtede tihedamal kasutamisel võib olla näiteks seost töökeskkonnaga ja antaks inimesele ja tööandjale vajadusel soovitusi, mil viisil ennetada haigestumist.

TVH läbinud, kuid töövõimeliseks tunnistatud sihtrühma korral näitavad TK andmed, et töövõimelise otsuse saanutest ca 60% on töötavad inimesed (tabel 4). Tõenäoliselt saavad nad loodava meetmega hõlmatuks juhul, kui tekib vajadus kasutada pikaajalist haiguslehte. Hõlmamata jääksid seega need ca 40%, kes on töötud. Ka selle sihtrühma puhul tähendaks meetme loomine eraldi meetodikat, sest sekkumissüsteem ei saa sellisel juhul alata pikaajalise ATV-e etapis, kuna Eestis ei saa töötud kasutada haiguslehti. Selle sihtrühma puhul oleks tõenäoliselt PTV-e ennetamiseks hea, kui TK-s tekib ligipääs töövõimet toetavatele teenustele n.ö sildivabalt.

1.5. Sekkumise ajastamine

Sekkumise ajastamise all mõistame ATV-e perioodi kavandatava varajase sekkumise võimalikku algusaega, millest alates inimesele võimaldataks haiguslehe ajal kohandatud tingimustes töötamise jätkamist ja vajadusel ligipääsu töötamist toetavatele teenustele. Teiste riikide sekkumispoliitikaid analüüsid nägime, et riigiti on varajase sekkumise ajastused sh ATV-e ajal osalise töötamise võimaldamise algusajad ja kestus olnud väga erinevad.

Kaaludes Eesti süsteemile sobivat sekkumise ajastust, lähtusime pikaajalise ATV-e kasutamise statistikast ja ajastuse sobitumisest kehtivasse protsessi ning võimalike riskide (kas tervenemise seisukohalt töövaba perioodi või hüvitiste skeemide kuritarvituse seisukohalt maandamise vajadust).

Centari uuringust selgus, et alla 48 päeva kestva ATV-e juhtumi puhul oli PTV-e määramise tõenäosus vaid 0,8% ning 39% inimestel, kes olid üle 60 päeva ATV-l hinnati samal aastal PTV ning üle 150 päeva ATV-l olnutel oli 23% tõenäosus saada PTV järgmisel aastal⁴⁷. Rootsisis läbi viidud töötavate PKH diagnoosiga inimeste uuringus leiti, et suurema tõenäosusega paranesid täielikult need, kes asusid ATV-e ajal osaliselt tööle pärast 60-päevast täisajaga ATV-d⁴⁸

Samuti jõuti töörühma aruteludes sh arstide koostatud üldistatud patsiendilugusid ([lisa 1](#)) analüüsid järeldusele, et varem sekkumine ei oleks mõistlik, sest enamikel juhtudel on siis pikaajalise haigusega inimestel raskemad haigusseisundid, mis vajavad üldjuhul esialgu 100%-st ATV-d. Kui peale kahekuist täieliku töövabastusega ATV-e perioodi pole inimene saanud tööle naasta, siis võib olla tegemist tüsistustega, pikemat taastumisprotsessi nõudva seisundiga, operatsioonijärjekorra ootel (artroosid) ja ebasobiva tööiseloomuga. Osadel juhtudel võiks seega olla abi, kui 60 haiguspäeva järel võimaldataks ATV-e ajal osalise ajaga või teistes ülesannetes töötamise jätkamist.

Ühtlasi toetab lähenemine seda, et pikaajalise ATV-e korral esimesel kahel kuul mitte niivõrd motiveerida inimesi töötama ja ATV-e ajal töötamise võimalust kasutama. Oluline on, et inimene keskenduks sel ajal tervenemisele, vajadusel kliinilisele taastusravile jne.

Samuti vähendab selline alates 60. päevast algav sekkumissüsteem hüvitiste maksmise seisukohast pettuste riski, mis võiks kaasneda ATV-e esimesest nädalast hüvitise palgavahe maksmise võimaluse loomisel. Näiteks, et inimesed vormistataks osalise ajaga tööle ja HK hüvitistega kaetakse palgakulu.

2. Varajase sekkumismeetme kujundamiseks vajalikud muudatused

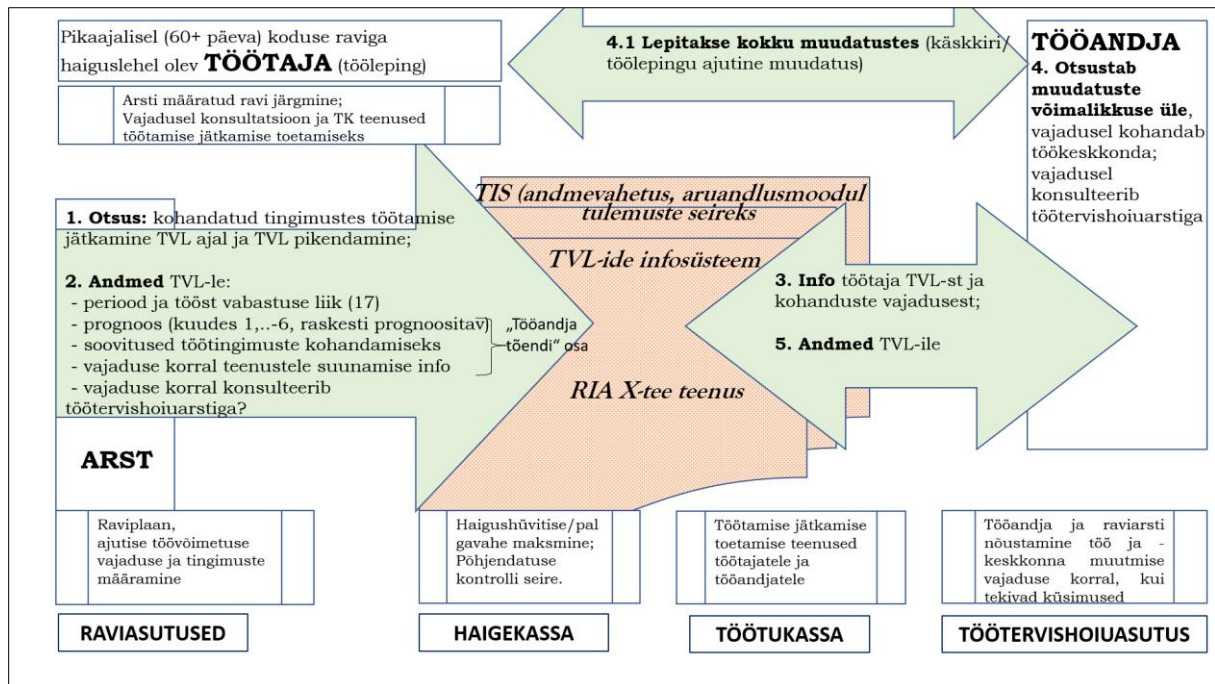
Võttes aluseks teiste riikide sekkumispoliitikate parimad näited (vt punktis [1.1](#), esimene riikide rühm), kus tööle taasintegreerimisel rakendatakse kõikehõlmavat varajase sekkumise

⁴⁷ Töötingimuste ja töökeskkonna mõju ajutise ja püsiva töövõimetuse kujunemisel. Eesti Rakendusuuringu Keskus CentAR. Raport. 2015. Kättesaadav: https://centar.ee/uus/wp-content/uploads/2015/12/toovoime_loppraport.pdf

⁴⁸ André, Daniela, 2010. "[Part-time Sick Leave as a Treatment for Individuals with Mental Disorders?](#)" [Working Papers](#) 2010:17, Örebro University, School of Business.

lähenemist, siis selle mudeli rakendamise poole võiks ka Eestis püüelda. Sellest lähtudes, kui vaadelda Eestis kehtivat ATV-e korraldust ja selle kitsaskohti, siis vajalikud muudatused on:

- 1) Töötamist välistav ATV-e korraldus tuleb pöörata töötamise jätkamist/tööle etapiivisiliselt naasmist võimaldavaks;
- 2) Töötamist toetavatele teenustele varajases staadiumis ehk ATV-e perioodil ligipääsu võimaluse loomine;
- 3) Süsteem peab võimaldama valdkondade ja osaliste vahelist kiiret ja sujuvat ning vajalike tegevuste elluviimiseks piisava sisu ja kvaliteediga infovahetust (joonis 2).



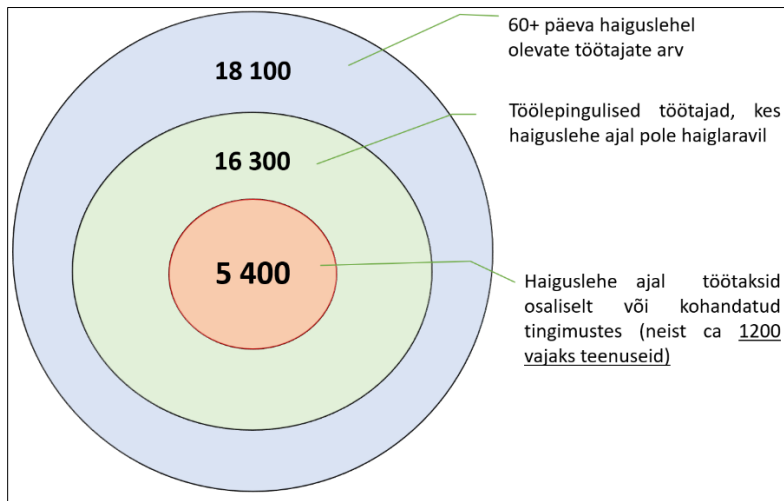
Joonis 2. Sekkumismeetme kontseptsioonis osaliste tegevused ja vastutus

Centari 2015. aastal tehtud uuringu üheks soovitusel oli Eestis varajase sekkumismeetmena rakendada osalise töötamise võimaldamist ATV-e ajal. Uuringu raames selgus sihtrühma küsitlusest, et enamik neist peavad varajast sekkumist tervisekahjustuse tekke vähendamise seisukohalt oluliseks. Samuti leiti, et õiged töövõtted või kohandused töökeskkonnas ja töökorralduses oleks sellisel juhul vajalikud olnud⁴⁹.

Sihtrühma prognoositav suurus, keda sekkumismeetmega hõlmataks, on seega ca 16 300 töötajat aastas. Võttes arvesse Centari 2015. a küsitluse tulemusi, siis ATV-e ajal kohandatud tingimustes töötamise võimalust kasutaks aastas hinnanguliselt 5 400 inimest ja neist 1 200 vajaks selleks toetavaid teenuseid (joonis 1). Arvestades, et tegemist on kuus aastat vanade küsitluste andmetega ja et inimese ATV-e ajal töötamise kohandamise tingimused võivad ajas olla paranenud (tööandjad saavad rohkem pakkuda nt kaugtöö tegemise võimalust, tööks kasutatavad seadmed ja töökeskkond on edasiarenenud jne), siis võib tänaseks huvi meetmes osalemiseks olla prognoositud 33% osakaalust (5 400 inimesest 16 300st) suurem ja ajas kasvada veelgi. Samuti aitab sellele tööjõupuuduse taustal kaasa tööandjate suurem huvi ja

⁴⁹ Töötingimuste ja töökeskkonna mõju ajutise ja püsiva töövõimetuse kujunemisel. Eesti Rakendusuuringu Keskus CentAR. Raport. 2015. Kättesaadav: https://centar.ee/uus/wp-content/uploads/2015/12/toovoime_loppraport.pdf

valmisolek töötajatele ajutiste töötingimuste kohanduste tegemise vajadusel vastu tulla. Analüüsi kaasatud tööandjate esindajate hinnangul on uus süsteem ja võimalus ATV-e ajal töötajat osaliselt töö rakendada väga oodatud.



Joonis 1. Sekkumismeetme sihtrühma prognoositav suurus⁵⁰

2.1. ATV-e süsteemi muutmise ettepanekud töötamise jätkamist võimaldavaks

Töötamist välistav ATV-e korraldus tuleb pöörata töötamise jätkamist/tööle etapiviisiliselt naasmist võimaldavaks. Analüüsidest olemasolevat süsteemi ja juba loodud, sisse töötatud protsesse, on ettepanekute tegemisel arvestatud, et süsteemi korrigeerimine ei nõuaks suuri ja põhimõttelisi muudatusi.

Eespool analüüsis (vt [1.5](#)) jõuti järeldusele, et sekkumine annab kõige tõhusama tulemuse, kui meetme sihtgrupiks on üle 60 järjestikuse päeva haiguslehte kasutavad inimesed. Samuti on 60 päevaks haiguslehe ajal töötamise võimalikkust sh kohanduste vajadust arstil hinnata ka protseduuriliselt lihtsam, kui arvestada, et kehtiva korra kohaselt toimub pikaajalise haiguslehe väljastamine ja pikendamine iga 30 kalendripäeva järel⁵¹. Tööandja teeb kanded haiguslehele x-tee lahenduse kaudu 7 päeva jooksul peale lehe lõpetamist⁵². Haiguslehti on võimalik eristada tööst vabastuse põhjuste järgi (tabel 5).

Tabel 5. Haiguslehtede tööst vabastuse põhjuste loend⁵³

Haiguslehel kasutatav tööst vabastamise nr ja põhjuse nimetus

⁵⁰ HK 2019 a ATV andmed ja Centari 2015 a uuringu andmed, SoM ANSO arvutused

⁵¹ Töövõimetuslehe andmekoosseis ja pabervorm ning töövõimetuslehe registreerimise, väljakirjutamise ja haigekassale edastamise tingimused ja kord (§ 5 lõige 2). <https://www.riigiteataja.ee/akt/12817952?leiaKehtiv>

⁵² Ajutise töövõimetuslehe hüvitise määramiseks ja maksmiseks vajalike dokumentide ja andmete koosseis ning hüvitise määramise ja maksmise kord (§ 15 lõige 2) <https://www.riigiteataja.ee/akt/13293045?leiaKehtiv> ; Ravikindlustuse seadus (§ 53 lõige 4) <https://www.riigiteataja.ee/akt/113032019136?leiaKehtiv>

⁵³ Aluseks on „Töövõimetuslehe andmekoosseis ja pabervorm ning töövõimetuslehe registreerimise, väljakirjutamise ja haigekassale edastamise tingimused ja kord“ (§ 10 lõige 2 punkt 8). <https://www.riigiteataja.ee/akt/12817952?leiaKehtiv>

1 – Haigestumine
2 – Kutsehaigus
3 – Olmevigastus
4 – Liiklusvigastus
5 – Tööõnnetus
6 – Tööõnnetus liikluses
7 – Tööõnnetuse tagajärjel tekkinud tüsistus/haigestumine
8 – Vigastus riigi või ühiskonna huvide kaitsmisel või kuriteo tõkestamisel
10 – Karantiin
17 – Tervises seisundile vastava töö andmine või üleviimine kergemale ametikohale
18 – Liiklusvigastuse tagajärjel tekkinud tüsistus/haigestumine
19 – Haigestumine või vigastus raseduse ajal
20 – Elundi või vereloome tüvirakkude annetus

Meetme rakendamiseks on võimalik laiendada praegu kehtivas süstemis haiguslehe tööst vabastuse põhjuse liik 17 „Tervises seisundile vastava töö andmine või üleviimine kergemale ametikohale“ sihtrühma, kuna liik 17 tegevuse mõiste sisuliselt juba hõlmab kohandatud tingimustes/osalise ajaga haiguslehe ajal töötamise soovitusi.

Kontseptsiooni kohaselt saavad ravikindlustatud inimesed meetmega hõlmatuks (vastava tööst vabastuse põhjuse liigigahaiguslehte kasutades) järgmistel tingimustel:

- Kohandatud tingimustes (osalise ajaga/kergem töö/töökeskkonna kohandused/töötamist toetavad abivahendid ja teenuste toel) on töötamise jätkamine haiguslehe ajal raviarsti hinnangul soovitatav ja võimalik;
- Töölepinguline töötaja (kellele rakendub töötervishoiu ja tööohutuse seadus), s.o HK süsteemis ravikindlustatud isikud liigiga 1 (töötaja), 6 (FIE abikaasa) ja 54 (viisa alusel töötaja);
- Haigusjuhtumi pikkuse prognoos > kui 60 päeva;
- Haiguslehe jätkamise vajadus vähemalt 30 päeva (välistame selle tingimusega tööandjatele ebamõistlikud ümberkohanduste kulud).

2.1.1. Tervises seisundile vastava töö andmine või üleviimine kergemale ametikohale (kohandatud tingimustes haiguslehe ajal töötamise jätkamise võimaldamine)

Praegu kehtiva süsteemi põhimõte⁵⁴ on, et haiguslehe ajal võimaldatakse kergemale tööle üleviimist ja palgatuluga koos hüvitise saamist ainult töölepingu alusel töötavatele **ravikindlustatud rasedatele** naistele kuni rasedus- ja sünnituspuhkuseni. Selleks väljastab arst või ämmaemand töötavale rasedale naisele haiguslehe tööst vabastuse põhjusega 17 – „Tervises seisundile vastava töö andmine või üleviimine kergemale ametikohale“ ja paberil tõendi tööandjale esitamiseks, mis sisaldab kohanduste vajadust – mittesobivate ja sobivate töötingimuste kirjeldust. Rasedal on õigus saada sel põhjusel haigusleht kuni rasedus- ja

⁵⁴ <https://www.haigekassa.ee/kergem-tool>

sünnituspuhkuse alguseni, arst väljastab siis talle iga 30 kalendripäeva järel uue järghaiguslehe. Kui tööandjal on töötajale pakkuda kergemat tööd, vormistab ta töötaja ajutiselt kergemale tööle. Kui tööandjal ei ole kergemat tööd pakkuda, võib töötaja ajutiselt keelduda tööülesannete täitmisest. Kui inimesel on mitu tööandjat ning ühel tööandjal on anda kergemat tööd ja teisel ei ole, võib tööandja, kellel kergemat tööd anda ei ole, inimese tööst vabastada ja teine tööandja pakkuda kergemat tööd.

Üheks kitsaskohaks praegu kehtivas protsessis on paberil tõendite väljastamine. Süsteemi läbipaistvuseks ja kõigile osapooltele vajaliku info operatiivselt kättesaadavuse tagamiseks, peaks info töötingimuste muutmise vajaduse kohta liikuma koos elektroonilise haiguslehega tööandjateni. Töörühma intervjuudes selgus, et praktikas esineb tihti juhtumeid, kus inimese kätte paberikandjal tervishoiuteenuse osutaja poolt antud teave ei jõua õigeaegselt tööandjateni. Seetõttu esineb juhtumeid, kus vaatamata sellele, et tööandjal oleks olnud rasedale võimalik kergemat tööd pakkuda, ei ole ta saanud seda teha info õigeaegselt temani mittejõudmise tõttu. Töörühmas osalenud arstide ja tööandjate esindajate eelistatud andmeedastus oleks selline, kus kõik vajalikud andmed saaks ära esitada haiguslehe avamisel juba haiguslehele ning eraldi tõendi väljastamise vajadus puuduks.

Selleks, et **võimaldada kõigil töötajatel** haiguslehel olles kohandatud tingimustes töötamist, tuleb tööst vabastuse põhjusega 17 haiguslehe kasutamise õigust laiendada. Kavandatava muudatuse kohaselt saab siis iga töölepinguline töötaja⁵⁵, kes on ravikindlustatud töötajana (HK infosüsteemis ravikindlustus liigiga 1), või füüsilisest isikust ettevõtja abikaasana (liik 6), või viisa alusel töötajana (liik 54).

ATV protsessis tähendab see, et raviarstid hakkaksid haiguslehte väljastades hindama kohandatud tingimustes töötamise jätkamise võimalikkust.

Teiste riikide süsteemidega tutvumine näitas, et mitmetes riikides hindavad raviarstid patsiendi haigestumisel tema töövõimet haiguslehe ajal ning kirjeldavad haiguslehel ka seda, millistel tingimustel patsient on võimeline töötamist jätkama haiguslehel olles. Eestiski poleks selline tegevus esmakordne ja midagi täiesti uut, sest ligikaudu 12 aastat tagasi⁵⁶ hindasid ka Eesti raviarstid patsientide ATV-e ajal töötamise jätkamise võimalikkust ja andsid vajadusel tööandjatele soovitusi haiguslehe ajal töötingimuste muutmiseks. Raviarst väljastas sellisel juhul tööst vabastuse põhjusega 17 haiguslehe ning tööandjale tõendi soovitusel töötajal töö- või teenistustingimuste muutmiseks ja töö- või teenistustingimuste ajutise kergendamise või teisele tööle või ametikohale üleviimise perioodi. Tööandja esitas HK-le (täitis haiguslehel) andmed, olenevalt olukorrast, kas töötaja ajutiselt teisele tööle või ametikohale üleviimise või töö- või teenistustingimuste ajutise kergendamise perioodi ja perioodil makstava palga kohta või teisele tööle või ametikohale üleviimise võimatuse korral, Tööinspeksiooniga kooskõlastamise otsuse kuupäeva andmed. Tööinspeksiooniga otsuste kooskõlastamise nõue kaotati, kuna tegemist oli bürokraatliku kohustusega, millel ei olnud sisulist väärtust. Tööinspeksioonil ei olnud ressursse selleks, et igat tööandja otsust sisuliselt analüüsida ja

⁵⁵ Töölepingulisele töötajale on kohandatav Töötervishoiu ja tööohutuse seadus

⁵⁶ 1.09.2009 Töölepinguseaduse muudatus jättis õiguse vaid rasedate töötingimuste kergendamiseks.

vaidluste lahendamine ei olnud edukas, sest kui tööandjal puudub motivatsioon ajutiselt töötingimuste muutmiseks, siis leiab ta selleks ka põhjendused.

Seetõttu peab loodav süsteem jääma tööandjatele vabatahtlikult kasutamiseks ja pole mõistlik ka edaspidi tööandjate otsustele kontrolliskeemi luua, kuna tooks kaasa suure koormuse nii tööandjatele kui ka Tööinspeksioonile. Pigem tuleb panustada motiveerivale lähenemisele ja süsteemi kasutamisest tuleneva kasu kohta teabe edastusele/teadlikkuse suurendamisele.

Kehtivas süsteemis hindavad ATV-e ajal töövõimet ja annavad tööandjatele töötingimuste kohandamise soovitusi peamiselt ämmaemandad. Ülejäänud arstkonna jaoks on sellisest vajadusest üle 10 aasta möödas, seetõttu tuleb arvestada vajadusega arstidele vastavate juhendite koostamiseks või koolituseks osadele arstidele, kellele ATV-e ajal töövõime ja kohanduste vajaduse hindamine võib küsimusi tekitada. Nii patsiendi kui tööandja seisukohast on oluline, et soovitused kohanduste iseloomu kohta oleksid üheselt mõistetavad ja ei tekiks olukord, kus ebasobivate kohanduste tagajärjel pidurdaks töötaja tervise taastumine.

Seetõttu peame vajalikuks luua uues süsteemis keerulisemate juhtumite korral töötervishoiuarstiga konsulteerimise võimalusi raviarstidele, kui nad seda vajavad. Töötervishoiuarsti roll uues süsteemis on vajaduse tekkimisel pakkuda tuge raviarstile ja tööandjale töökeskkonna vaates. Oluline on, et töötaja ATV ajal tööle naasmisega ei ohustataks tema tervenemise protsessi. Seetõttu võib keerulisematel juhtudel kaasneda ka vajadus täpsustada, kas ja milliseid kohandusi on vaja teha ja milliseid meetmeid rakendada töökeskkonna riskide maandamiseks ning nõustada raviarsti kohanduste kirjeldamisel ja tööandjat vastavate kohanduste tegemisel.

Töötervishoiuarstidega koostöös kirjeldatakse raviarstidele juhis, millistel juhtudel töötervishoiuarsti kaasamine võib olla vajalik. Samuti peame vajalikuks raviarsti kirjutatud soovitude täpsustamiseks lahenduse loomist (nt TVL_ andmevahetussüsteemi kaudu) tööandjatele, kui tekib küsimusi soovitude kohta. Töötervishoiuarstidega koostöömudelit on kavas pilootida ja vajadusel tulemustest sõltuvalt korrigeerida.

2.1.2. Hüvitise põhimõtete muutmise vajadus

Töötamist toetav ATV-e korraldus peab sisaldama ka sekkumismeetmes osalemist motiveerivat hüvitise skeemi.

HK hüvitab kehtiva korra alusel kergemale tööle üleviimisega kaasnenud palgavahe rasedatele juhul, kui inimese töötasu kergemale tööle üleviimise ajal on väiksem kui tema **eelmise kalendriaasta keskmine tulu**⁵⁷. Kui inimene vabastatakse töölt kergema töö puudumise tõttu, makstakse talle hüvitist alates 2. päevast määruga 70%.

Paralleelselt tööst vabastuse põhjusega 17 õigusega isikute ringi laiendamisega, laieneb ka vastava hüvitise õigusega isikute ring. Hüvitist võimaldataks HK poolt järgmistel tingimustel:

⁵⁷ Aluseks on Maksu- ja Tolliametite andmed

- Hüvitise saamise õigusega isikuks on töölepinguline töötaja (kellele rakendub töötervishoiu ja tööohutuse seadus/ravikindlustuse liik 1, 6 (FIE abikaasa), 54 (viisa alusel töötaja);
- Hüvitise saamise võimalus tekib alates 61. haiguslehe tööst vabastuse päevast;
- Hüvitise maksimaalne pikkus jääb nii palgavahe kui tavalise haigushüvitise korral samaks, mis praegu kehtib – kuni 182 kalendripäeva (tuberkuloosi korral 240 kalendripäeva).

Seega saaks olema kaks sihtrühma, kellel on „Terviseseisundile vastava töö andmine või üleviimine kergemale ametikohale“ (edaspidi kergemale tööle üleviimine) õigused. Seejuures rasedatel säilivad praegu kehtivad hüvitise maksmise perioodi tingimused (alates 2.st päevast/üleviimise kuupäevast kuni sünnituspuhkuseni), kuid palgavahe hüvitamise põhimõtted mõlemal vajavad mõlemal sihtgrupil muutmist/ühtlustamist.

Hüvitise maksmine kehtiva skeemi korral (kergemale tööle üleviimine)

Hüvitise maksmise variante on kaks, olenevalt, kas tööandjal on kergemat tööd pakkuda või mitte:

- 1) Kui tööandjal on pakkuda kergemat tööd, siis HK hüvitab kergemale tööle üleviimisega kaasnenud palgavahe kergemale tööle üleviimise esimesest päevast. Selleks arvutab HK välja ühe kalendripäeva määra, mille võrra raseda palk kergemal tööl ühe kalendripäeva kohta on väiksem tema eelmise kalendriaasta ühe kalendripäeva keskmisest tulust. Tulu arvutamisel võetakse aluseks maksu- ja tolliameti andmed.
- 2) Tööandjal ei ole pakkuda kergemat tööd, siis on inimene haiguslehel kergema töö puudumise tõttu ja HK maksab inimesele haigushüvitist alates töövabastuse 2. päevast. Hüvitise määr on 70% inimese eelmise kalendriaasta ühe kalendripäeva keskmisest tulust. Tulu arvutamisel võetakse aluseks maksu- ja tolliameti andmed.

Kehtiva hüvitise skeemi puudused

Kehtiva palgavahe hüvitamise skeemi puuduseks on ebaõiglased hüvitamise põhimõtted:

- a) kui eelmise kalendriaasta keskmine päeva tasu on väiksem (inimene ei töötanud osa aastast või töötas võrreldes hetkel makstava töötasuga madalama palgaga töökohal) kui päeva tasu kergemale tööle üleviimise perioodil, siis töötasu vähenemist haigekassa ei hüvita. Samas, kuna kergemale tööle üleviimise perioodil inimese tegelik töötasu väheneb, siis on inimesel õigustatud ootus, et HK hüvitaks tegeliku palgavahe, mitte ei võtaks aluseks tema eelmise aasta väiksemat keskmist kalendripäeva tulu;
- b) kui eelmise kalendriaasta keskmine päeva tasu on võrdne tasuga kergemale tööle üleviimise perioodil, siis HK töötasu vähenemist ei hüvita. Taas on inimesel õigustatud ootus, et HK hüvitaks tegeliku töötasu ja kergema töö eest saadava töötasu vahe;
- c) kui eelmise kalendriaasta keskmine päeva tasu on suurem kui päeva tasu kergemale tööle üleviimise perioodil, siis HK hüvitab keskmise päeva tasu vähenemise. Selline olukord võib inimesele kujuneda soodsaks, juhul kui näiteks eelmisel kalendriaastal sai inimene suuremaid preemiaid, müügiboonuseid, koondamishüvitist, töötas võrreldes tänasega kõrgemapalgalisemal töökohal, sai tulu VÕS lepingu(te) või FIE-na töötamise eest.

Arvestades eelnimetatud tegureid võib eelmise aasta keskmine kalendripäeva tulu olla palju suurem, kui tänane töötasu, mida vähendatakse kergemale tööle üleviimise perioodil. Kuna selle näite puhul kergemale tööle üleviimise korral makstav palgavahe ei arvesta inimese tegeliku sissetuleku muutusega, on see kompensatsioonina ebaõiglane.

Toodud näited selgitavad põhjust, miks kehtiv hüvitise skeem ei motiveeri praegu inimesi kergemale tööle üleviimist kasutama. Haigekassa 2019. aasta andmetel moodustasid kergemale tööle üleviimise haiguslehtede alusel makstud kuludest enamuse ehk 76% haigushüvitisteks makstud kulud (ca 3,8 miljonit eurot). Kergemale tööle üleviimise lehti väljastati 2 212 rasedale (kulu kokku oli ca 3,8 miljonit eurot). Nendest 1 606 said haigushüvitist (kulu 2,9 miljonit eurot) ja palgavahet 606 (kulu ca 903 tuhat eurot).

Eeltoodut arvestades, soovitame muuta palgavahe hüvitise arvutamise aluseks olevaid andmeid – võtta palgavahe hüvitamisel aluseks mitte eelmise kalendriaasta tulu maksu- ja tolliameti andmetel, vaid inimese tegelik töötasu, mis kehtis haiguslehele jäämise eelsel tööpäeval. Muud hüvitise skeemi põhimõtted peame mõistlikuks jätta samaks – kergemale tööle üleviimisel palgavahe hüvitise määr 100%, kui kergemat tööd pole, siis haigushüvitist kehtivatel alustel.

Hüvitise skeemi muudatuse mõju eelarvele

Oleme hinnanud, et sihtrühma laiendamisega ei kaasne HK eelarvele täiendavat ressursivajadust. Muudatusel on pigem positiivne mõju, arvestades, et inimestel tekib võimalus ATV ajal kohandatud tingimustes töötada, siis HK-l haigushüvitise kulu kokkuvõttes väheneb hinnanguliselt 4,1 miljoni euro võrra (tabel 6)⁵⁸.

Tabel 6. Kehtiva ja uue süsteemi hüvitise põhimõtete võrdlus ja mõju haigushüvitiste eelarvele

	Kehtiv skeem	Uus skeem
Tingimused:	Töötamine ja palgatulu lubatud ainult rasedatele kergemale tööle üleviimise perioodil	50% ajaga/kergemates ülesannetes töötamine ja palgatulu lubatud kõigile
Sihtrühm:	Rasedad töölepingulised töötajad	Kõik töölepingulised töötajad
Hüvitamise periood:	alates 2. päevast kuni rasedus- ja sünnituspuhkuseni	Rasedatel alates 2. päevast kuni rasedus- ja sünnituspuhkuseni Teistel töötajatel alates 61. päevast kuni 182 päeva (max 121 päeva)
Hüvitise suurus:	- Rasedatel palgavahe või 70% haigushüvitis, kui tööandjal pole kergemat tööd anda - Teistel töötajatel kergema töö korral hüvitise võimalus puudub (skeemi võrdlus):	Kõigile palgavahe uue skeemiga või haigushüvitis vana skeemi järgi, kui tööandjal pole kergemat tööd anda
- Inimese omaosalus	30%	puudub

⁵⁸ Arvutamise aluseks on HK 2009. a ATV kasutamise andmed ja ANSO sihtrühma prognoos (joonis 1)

- Tööandja osalus	Puudub	töötasu 50% ⁵⁹
- HK osalus	70%	50% ⁵⁹
- HK eelarve vajadus	14,6 milj	10,5 milj ⁵⁹

Näide hüvitise arvutamisekohta uue skeemi korral: Üleviimine kergemale tööle 30 kalendripäevaks, kui inimene töötab mitme tööandja juures ja ühe tööandja juures viiakse üle kergemale tööle, teiste juures mitte. Tööandjal nr 1 on ajutiselt tervises seisundiga mittesobiv töö ja tal on kergemat/osalise ajaga tööd pakkuda. Töötasu väheneb 50%. Teiste tööandjate juures töötingimusi muuta pole vaja, seal jätkab vanal viisil töötamist. Uue hüvitise skeemi kohaselt on inimene motiveeritud ATV ajal töötama, sest võrreldes haigushüvitise skeemiga, kergemale tööle üleviimisel tema sissetulek ei vähene (tabel 7).

Tabel 7. Hüvitise põhimõtted mitme tööandja juures töötamise korral

	Tööandja 1	Tööandja 2	Tööandja 3	Sissetulek kokku
Üleviimine kergemale tööle	jah	ei	ei	
Töötasu enne	1 000	1 000	1 000	3 000
Töötasu pärast	500	1 000	1 000	2 500
Hüvitis	500	-	-	500
Töötaja töötasu ja hüvitis kergema töö ajal kokku				3 000

2.2. ATV etapis töötamist toetavate teenuste osutamise ettepanekud

Eestis seab õigusruum selged piirid inimese terviseolukorrast tulenevate teenuste osutamiseks meditsiiniliselt, tööalaselt ja sotsiaalselt ja ilma vastava „sildita“ (osaline töövõime, puuduv töövõime, puue) ei ole üldjuhul töövõimet toetavatele teenustele ligipääsu. Praktikas on teenuste osutamisel piirid hägused, sest keeruliseks on osutunud teha vahet, kus lõpeb meditsiinilise taastusravi vajadus ja algavad/lõppevad sotsiaalse rehabilitatsiooni või tööalase rehabilitatsiooni vajadus. Nii ei ole ka pikaajalisel haiguslehel viibivad inimesed töötamist toetavate teenuste sihtgrupp. Mitmed uuringud on näidanud, et tervishoiuteenuse osutajatega kontakti töökoha vahel vähendab töövõimetuse pikkust. Edukamad on multidimensionaalsed lähenemised. Sõltuvalt olukorrast soovitatakse kaasata arste, kiropraktikuid, ergonoome, kinesiolooge, tegevusterapute, füsioterapeute keeruise matel juhtudel. Tervisesüsteemi kaudu on inimesele tervenemiseks vajalikud teenused ravi ajal kättesaadavad HK ravikindlustussüsteemi (nt taastusravi, meditsiinilised abivahendid). Tööinspektsiooni teenustest (töökeskonna konsultandi nõustamine töökeskonna ohutust ja töötervishoidu puudutavates küsimustes. Samas näitavad uuringud, et tööle naasmise

⁵⁹ Eelarve prognoosi arvutuses lähtutud kõikidel juhtudel osalise ajaga töötamise vajadust. Samas võib kergemale tööle üleviimisel olla palgavahe vajadus veelgi väiksem, lähtudes praegusest praktikast.

tagamise seisukohalt on töökohal tehtavad kohandused ja pooltevaheline suhtlus isegi suurema olulisusega kui ravi⁶⁰.

Varajase sekkumise kontseptsioonis on töö/kutsealase rehabilitatsioon keskse tähtsusega, sest mida kauem on keegi töölt eemal, seda suuremad on takistused tööle naasmiseks ja seda raskemaks muutub oma ametile/töökohale naasmine. Üheks soovitatavaks meetmeks on „Astmeline lähenemisviis”, mis algab lihtsate, madala intensiivsusega ja odavate sekkumistega, mis sobivad enamikule haigetele või vigastatud töötajatele, ning pakub järkjärgult intensiivsemaid ja struktureeritumaid sekkumisi neile, kes vajavad tööle naasmiseks täiendavat abi. See lähenemisviis võimaldab piiratud ressursidega kõige sobivamalt ja tõhusamalt individuaalselt inimese vajaduste rahuldamist. Tõhus tööalane rehabilitatsioon sõltub suhtlusest ja koordineerimisest peamiste osalejate - eriti inimese, tervishoiu ja töökoha - vahel⁶¹.

Teenuste varajases etapis osutamisega ennetame osalise või puuduva töövõime teket ja tööhõivest väljalangemist. Praegu on TK teenuste saamise eelduseks puude või vähenenud töövõime või töötu/töotsija staatuse olemasolu.

Tõenäoliselt vajaksid ka pikaajalisel haiguslehel viibivad inimesed selleks, et terviseseisundiga sobivates tingimustes töötamist jätkata osaliselt neid samu teenuseid, mida saavad püsiva tervisekahjustusega (puude või vähenenud töövõime „sildiga“) töötajad ([lisa 4](#)). Need teenused on: tööalane rehabilitatsioon ja/või üksikteenused (tegevusterapeut, füsioterapeut, psühholoog jms), nõustamine, tööruumide ja -vahendite kohandamine; tööks vajaliku abivahendi tasuta kasutada andmine; tugiisikuga töötamine; kaitstud töö; kogemusnõustamine.

Töörühmas esitati ettepanek, et TK poolt osutatavad töökoha kohanduse teenus võiks ATV-e ajal osutatav olla vaid sellisel juhul, kui prognoos on, et inimese piirangud jäävad kehtima ka peale ATV-e lõppemist.

ATV-e ajal võib süsteemi osalistele vajaliku info edastuse huvides (piirangute paremaks mõistmiseks) olla arstide poolt RFK⁶² loendi kasutuselevõtt haiguslehele piirangute, osalise ajaga töötamise ning sobivate töötingimuste, abivahendite ja töökoha kohanduste soovitude märkimise juures. Nt on Rootsis haiguslehel kasutusele RFK koodid. Samas on Eestis laiemalt arstidele veel tegemist võrdlemisi võõra klassifikaatoriga, mida siiani on peamiselt kasutanud taastusarstid ja töövõime hindamise meetodika koolituse läbinud arstid. Seetõttu on mõistlik pikaajalisel haiguslehel RFK kasutuselevõtt pigem ühildada RHK-11 klassifikaatori (on RFK-ga integreeritud) Eestis kasutuselevõtuga⁶³ ning jälgida RFK kasutuselevõtu testimise tulemusi sotsiaalvaldkonnas hetkel käimasolevates projektides.

Väljavõtted arstide kirjeldatud soovitudest ATV-e etapi teenuste vajadusest patsiendilugude analüüsimise töörühmas:

⁶⁰ Shaw, W., Hong, Q. N., Pransky, G., & Loisel, P. (2008). A literature review describing the role of return-to-work coordinators in trial programs and interventions designed to prevent workplace disability. *Journal of occupational rehabilitation*, 18(1), 2-15.

⁶¹ <http://eprints.hud.ac.uk/id/eprint/5575/1/waddellburtonkendall2008-VR.pdf>

⁶² Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja terviseklassifikatsioon

⁶³ RHK-11 jõustub 1. jaanuarist 2022, kuid Eestis kasutuselevõtu juurutamine võib võtta aega veel mitmeid aastaid

- 1) Nähakse vajadust töökeskse täiendava nõustamise/võimestava ja motiveeriva nõustamise järel:

„Pikaajalisest ATV-st tööle naasmisel oleksid töötamise jätkamise nõustamise teenus või tegevusterapeudi nõustamisteenus suurepärased võimalused, lisaks ka psühholoogi konsultatsioon ja/või psühhoteraapia 12 seansi ulatuses oleks vajalik, suunitlusega analüüsida ja parandada just töövõimet, jõustada tagasi pöördumist tööle. Patsient ise sageli ei oska sõnastada oma ootust psühholoogile täpselt või on tal muud soovid (suhte probleemid, hirmud, üldine toimetulek, kust leida elukaaslast jne. jne.) {Kliinilisi psühholooge psühhiaatrilistes raviasutustes vähe, suund, et lähevad tööle erasektorisse, kus patsient peab maksma hingehinda, mida patsientidel ei ole}. Vajaks ka TK-lt tööalast nõustamist, karjäärinõustamist“.

- 2) Pakutud on ka töötervishoiuarsti konsultatsiooni vajadust

„Patsient vajab mõnikord ilmselt ka töötervishoiu arsti konsultatsiooni, kui haigus nii kaua kestnud, kes aitaks hinnata patsiendi oskusi ja suutlikkust, vajadusel võiks suunata järgmistele teenustele kindlaks arvuks seanssideks (näiteks 10–12 korda): ravimassaaž, ravivõimlemine, sanatooriumi suunamine koos veeprotseduuridega ja vabas õhus liikumisega, lõõgastavatele protseduuridele, mis valusid vähendaksid (näiteks raviujumine; vesivõimlemine, ravidušš jne)⁶⁴.

- 3) Füsioterapeudi nõustamise vajadust

„Teatud õpetusi saaks anda ka füsioterapeut rahustavate ja lõõgastavate harjutuste osas. Sellist kohtlemist vajaks eriti F30 (meeleoluhäired) ja F40 (ärevus ja stressireaktsioonid, traumeeritud patsiendid), (F60 isiksused nii ja naa) ja F50 (füsioloogiliste häiretega) patsiendid – nn. mitte nii rasked häired. Siiani psühhiaatrilised patsiendid olnud ilma nende võimalusteta, sest ambulatoorses süsteemis puuduvad sellised teenused“.

- 4) Tunnistatud on, et rohkem vaja teavet TK teenustest

„Arstid vajavad koolitust selles osa, mida oleks võimalik saavutada töötukassa süsteemiga koostöös (millised teenused võimalikud), on vähe teadmisi, kes neid teenuseid pakuks, sest nt psühhiaatriasüsteemil praktiliselt need võimalused puuduvad.“

Tööandjatelt ja vähenenud töövõimega inimestelt küsiti TVR mõju uuringu läbiviimisel kuivõrd oleks terviseprobleemide süvenemist nende hinnangul aidanud pidurdada või töövõime vähenemist ennetada, kui oleks osutatud töövõimet toetavaid teenuseid juba haigestumise varajasemas staadiumis nt pikaajalise haiguslehe ajal (*tulemused saame detsembris 2021, täiendame analüüsi peale seda*).

Töörühmas esitati ettepanek kaasata teenuste vajaduse analüüs juurde SKA ja HKO, sest osadel juhtudel võib inimene vajada ATV-e ajal tööle naasmisel ka hoolekande teenuseid, sotsiaalseid abivahendeid.

Võttes aluseks esitatud ettepanekuid, näeme vajadust moodustada eraldi töörühm, et koostada täpne teenuste pakett ja protsessikirjeldus, mis toetab tööandjat ja töötajat

⁶⁴ Autori täpsustus: töötervishoiuarsti roll ei ole teenustele suunamine

pikaajalise haiguse ajal osalise töötamise jätkamisel ja ennetab töötajal püsiva töövõimekaotust. Ühtlasi soovitame luua TK-sse süsteemi testperioodiks töötamise toetamise konsultandi/juhtumikorraldaja või nõustaja ametikoht⁶⁵, kes pakub pikaajalise ATV-st tööle naasmiseks nõustamist ja koordineerivat tuge tööandjatele ja töötajatele.

2.3. Andmevahetuse ja infosüsteemide arenduste vajadused

Arenduste vajadus protsessi osapoolte ja registrite lõikes⁶⁶:

Raviasutused – muutub liik 17 „Üleviimine kergemale tööle“ haiguslehega Haigekassale üle x-tee andmevahetuslahenduse edastavate andmete koosseis. Raviasutusel võiks epikriisi lisanduda tööandjale tõendile lisatavate andmete edastamiseks eraldi andmeväli töötingimuste muutmise soovitude kohta. Praegu väljastatakse andmeid pabertõendiga.

RIA – E-TVL teenus tööandjatele TVL-i andmete edastuseks asub riigiportaalis <https://www.eesti.ee/et/ettevotlus/toeotajad-ja-toeokeskkond/toeovoimetusetule-andmete-edastamine-haigekassale/>

Tööandjale on vaja täiendada/luua uus lahendus raviarsti kirjutatud soovitude täpsustamiseks TVL_ andmevahetussüsteemi kaudu, kui tekib küsimusi.

Patsiendil on võimalik jälgida sama teenuse – https://www.eesti.ee/est/teenused/kodanik/tervis_ja_tervisekaitse/isiku_toovoimetusehuvitised_3

kaudu TVL-i menetluste seisu. Muudatusega peaks lisanduma ka võimalus näha arsti väljastatud soovitude osa TVL_il töötingimuste kohandamise ja töövõimet toetavate teenuste kasutamise vajaduse kohta.

Haigekassa – muutub haiguslehega raviasutustelt ja tööandjalt x-tee kaudu edastavate andmete koosseis ja inimesele hüvitamisskeem haiguslehe tööst vabastuse põhjuse liik 17 korral. Lisaks on vaja luua eraldi tööst vabastuse liik, et oleks võimalik eristada rasedate haiguslehtedest uue süsteemi sihtrühma lehti.

Kehtiva seadusega saavad liik 17 haiguslehti kasutada vaid rasedad (2019 a andmetel 2 200 haiguslehte. Uues süsteemiga laieneb õigus kõigile töölepingu alusel ravikindlustust omavatele töötajatele. Prognoositav on, et sihtrühm kasvab ca 5400 inimese võrra. Kokku aastas puudutaks see ca 8 000 inimest ehk haiguslehe juhtumit⁶⁷.

TIS-i võimalikud arendusvajadused sh kaaluda, kas TIS-i põhised või on muud infosüsteemid (IS) ja andmevahetuskanalid sobivamad lahendustena⁶⁸:

- **Aruandlusmoodul** - vajalik on juhtimislaud uue süsteemi kasutamisest ülevaate olemasoluks ja tulemuslikkuse seiramiseks (nt kui palju on süsteemi kasutajaid,

⁶⁵ Testperioodil oleme arvestanud ESF vahenditest kahe uue töötaja palgakulu finantseerimise vajadusega

⁶⁶ Täpsustuvad IT analüüsi käigus

⁶⁷ Haiguslehe juhtumid all on mõeldud ühe isiku kõiki ühe haigestumisega seotud haiguslehti alates kolmandast lehest (pikaajalise haigestumise korral väljastab arst järglehe iga 30 päeva järel).

⁶⁸ Täpsustuvad IT analüüsi käigus

väljastatud vastavaid haiguslehti (aruanded haigekassa infosüsteemist liik 17 lehtedega seonduvalt), TK teenuste kasutamise info, konsultatsioonide statistika jne

- **Andmevahetusvõimaluste** loomine/edasiarendamine osalistele (vt joonis 2):
 - andmevahetuseks **raviarstilt** haiguslehe andmekoosseisu täiendamine (tõendite info) edastamine nt X-tee E-TVL-i teenuse kaudu teavitamiseks tööandjat töötaja haiguslehe ajal sobivatest töötingimustest ja töötamist toetavate teenuste soovitudest ning
 - **patsiendile/töötajale** sama info ning **raviasutusele/arstile** tagasi info, kas tööandja viis inimese kergemale tööle;
 - **raviarsti tegevuste TIS-is kajastamine** nt töövõimetuslehe väljastamise info epikriisis kajastamine ja e-konsultatsioonid töötervishoiuarstiga (analüüsida kas on vajalik täiendada epikriiside standardit ja IS e-saatekirja lahendust);
 - töövõimet toetavate **TK teenuste info** raviarstile töö lihtsustamiseks teenuste soovitamisel ja sama info patsiendile/töötajale (nt RIA X-tee E-TVL lahenduse kaudu ja info/meeldetuletuste edastus e-posti teel või SMS-iga), ja nende kasutamise kohta patsiendi poolt (TK IS või TIS andmevahetus); juhtumikorralduslike vajaduste katmine jms.
- **Varasema arsti tõendi** ära kaotamine – rasedatele väljastatava tõendi ühtlustamine uuele sihtrühmale mõeldud tõendi info haiguslehel kajastuse edastusprotsessiga s.t info töötingimuste muutmise jms kohta info kajastamine vastava tööst vabastuse põhjusega haiguslehel (või vajadusel TVL-i lisana) ja selle väljastamine/kättesaadavaks tegemine sobivate kanalite kaudu (nt patsiendiportaali, E-TVL teenusega) ja tööandjatele (E-TVL-i teenus).

2.4. Lahenduste elluviimiskava

Tuginedes lahenduste sisuanalüüsile peame vajalikuks koostada testperioodi lähteülesanne, mis hõlmab uue süsteemi testimise eesmäärke, indikaatoreid, seire põhimõtteid ning eesmärkidele riskide hindamist ja riskide maandamistegevusi.

Arenduste tegevuskava:

- Analüüsi koostamine sekkumismudeli ja toetussüsteemi väljatöötamiseks – 2021;
- IT lahenduste analüüsi hange ja analüüsi läbiviimine – veebruar 2022–juuni 2022;
- ATV-e ajal inimesele vajalike töötamist toetavate teenuste paketi koostamine – jaanuar 2022–mai 2022;
- Testperioodi lähteülesanne– veebruar 2022–detsember 2022;
- IT arendused september 2022–märts 2024 (täpsustub vastavalt IT analüüsi tulemustele);
- Seadusloome muudatuste väljatöötamise kavatsuse (VTK) koostamine ja õigusruumi muudatused 2022–2023:
 - VTK – märts 2022–november 2022
 - eelnõu EIS-is – aprill 2023;
- Koolitused süsteemi rakendajatele, juhendid/infomaterjalid ja teavitustegevused – 2023;
- **Süsteemi rakendamine: alates aprill 2024** (sh testperiood kolm aastat: 2024–2027);
- Mõjuanalüüs – 2027;
- Seadusloome tähtsajatuks süsteemi rakendumisjärgsed seadusloome-, arendus- ja teavitustegevused: 2027–2029.

2.5. Õigusloome muudatuste vajadused

Lahenduste kasutusele võtmiseks on kaardistatud õigusloome muudatuste vajadused (tabel 8). Täpsem mõjuanalüüs ja muudetavate aktide koosseis selgub VTK koostamise järgselt.

Tabel 8. Õigusruumi muutmisvajaduste kaardistus

Akt	Eesmärk/muudatuse selgitus	Viide muutmist vajavatele sätetele
1. Töölepingu seadus https://www.riigiteataja.ee/akt/112072014146?leiaKehtiv	Töölepinguseaduses on lubatud vaid rasedate töötingimuste kergendamine – laiendada kõigile; Tõendit peaks hakkama asendama e-tõend või lisatakse andmed kohe vastava liigiga haiguslehele	§ 18
2. Ravikindlustuse seadus https://www.riigiteataja.ee/akt/113032019136?leiaKehtiv	Lubada haiguslehe perioodil töötamist ja sotsiaalmaksuga maksustatava tulu saamist	§ 51 Ajutise töövõimetuse kindlustusjuhtum Ajutise töövõimetushüvitise saamise õiguse piirang § 60 lg 2
	Muuta palgavahe hüvitise arvutamise põhimõtted	§ 53 Ajutise töövõimetuse hüvitise määramise ja maksmise kord § 54 lg 3 Ajutise töövõimetuse hüvitise suurus § 55 Kalendripäeva keskmise tulu arvutamine
	Uuele sihtrühmale õigus saada hüvitist alates 61. haiguspäevast (maksimaalne hüvitise periood ei muutu)	§ 56 lg 2 Õigus saada ajutise töövõimetuse hüvitist § 57 Haigushüvitise arvutamise aluseks olev ajavahemik
3. Ministri määrus nr 114 „Töövõimetuslehe andmekoosseis ja pabervorm ning töövõimetuslehe registreerimise, väljakirjutamise ja haigekassale edastamise	Uus tööst vabastuse põhjus lisada; Haiguslehe andmekoosseis muuta (tõendi andmed, töötasu andmete märkimine)	§ 10 lõige 2 punkt 8 § 10 lõige 3 § 5 Haiguslehe väljakirjutamine § 15 Lisa 3 Töövõimetusleht

<p>tingimused ja kord“ https://www.riigiteataja.ee/akt/12817952?leiaKehtiv</p>		
<p>4. Ministri määrus nr 109 „Ajutise töövõimetuse hüvitise määramiseks ja maksmiseks vajalike dokumentide ja andmete koosseis ning hüvitise määramise ja maksmise kord“ https://www.riigiteataja.ee/akt/13293045?leiaKehtiv</p>	<p>Tööandja poolt andmete esitamine; mitme tööandja puhul, kuidas toimub andmete esitamine kui ühe tööandja juures jätkab haiguslehe ajal töötamist, teise juures mitte jne</p>	<p>§ 14 Töövõimetuselehele hüvitise määramiseks ja maksmiseks vajalike muude dokumentide lisamine</p>
<p>5. Haigekassa andmekogu pidamise põhimäärus https://www.riigiteataja.ee/akt/112032019019?leiaKehtiv</p>	<p>Andmekoosseis muutub</p>	<p>§ 7 Andmekogusse kantavad andmed</p>
	<p>Analüüsida, kas vajab muutmist, et testperioodil seirata uut sihtrühma</p>	<p>§ 11 Juurdepääs andmetele ja andmete väljastamine</p>
<p>6. Tööturuteenuste ja -toetuste seadus https://www.riigiteataja.ee/akt/112112021006</p>	<p>Pikaajalisel haiguslehel viibivale töötajale või tema tööandjale töövõimet/töötamise jätkamist toetavate teenuste osutamine (pärast 60. haiguslehe päeva)</p>	<p>§ 9 Tööturuteenuste liigid ja nende osutamise põhimõtted</p> <p>§ 9¹ Tööalase rehabilitatsiooni teenuse osutamise erisused</p> <p>§ 20 Tööruumide ja -vahendite kohandamine</p> <p>§ 21 Töötamiseks vajaliku abivahendi tasuta kasutada andmine</p>
<p>7. Ministri määrus nr 53 „Tervise infosüsteemi edastatavate dokumentide andmekoosseisud</p>	<p>Analüüsida arstide ettepanekut epikriisi andmekoosseisu töötingimuste muutmisvajaduse andmevälja lisamiseks, et masinloetavalt andmeid haiguslehele lisada;</p>	<p>Ambulatoorse epikriisi andmekoosseis</p> <p>Arstid sooviks näha ka seda infot, kas tööandjad on</p>

ning nende esitamise tingimused ja kord“ https://www.riigiteataja.ee/akt/13029628?leiaK.ehtiv	Töötingimuste muutmise tõend hetkel paberil, see vajab digitaliseerimist/läheb TVL-ile ja peab olema TIS-is arstidele, PP-s patsiendile ja X-tee vahendusel riigiteenuste portaalis (E-TVL vahendusel?) tööandjale nähtav	ettepanekut arvestanud (vastavad andmed HK infosüsteemist/TVL-ilt) Kas/Kuidas reguleerida raviarsti e-konsultatsiooni päring töötervishoiuarstile tööandja Kas/Kuidas reguleerida tööandja e-konsultatsiooni päring raviarstile, kui soovitusel kohta on küsimusi/täpsustusi
8. Ministri määrus nr 56 „Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise tingimused ja kord“ https://www.riigiteataja.ee/akt/13292772?leiaK.ehtiv		Tingimused, millal töötingimuste muutmise andmeid raviarst dokumenteerib

Lisa 1. Patsiendilood

Näide 1 – EVI (50 a), töö on iseloomult valdavalt arvutipõhine: andmete analüüs ja dokumentide koostamine, aeg-ajalt on vajalik ka klientidega kohtuma sõitmine andmete kogumiseks dokumentide koostamise eesmärgil. (füüsilise tervisega seotud juhtum)	
JUHTUMI KOKKUVÕTE/KEHTIVA SÜSTEEMI VAADE	LAHENDUSE KIRJELDUS UUE SÜSTEEMI VAATES
2021.aasta jaanuaris toimunud liiklusavarii tagajärjel liittrauma, raske liikumis- ja siirdumisfunktsiooni häire, käelise tegevuse häire, traumajärgne psüühika häirumine. Määrati statsionaarne funktsioone taastav taastusravi, mis oli tulemuslik. Patsiendiga tegeles statsionaarse ravi ajal taastusravi meeskond: <ul style="list-style-type: none"> - füsioteraapia (parema jala lihas- ja liigesfunktsiooni parandamiseks), - tegevusteraapia (peenmootorika ja randmeliigese liikuvuse parandamine, ülakeha ülekoormussündroomide ennetamine; ADL (igapäevaelu tegevused) ja abivahendite soovitused)); - kliinilise psühholoogi teenus: posttraumaatilise stressreaktsiooni käsitlemine, meeoleolu osas hindamine, nõustamine; psühhoteraapia - sotsiaaltöötaja teenus: sotsiaalteenuste osas nõustamine TVL-l 2,5 kuud tagasi saadud liiklusvigastuse tõttu olnud praeguseks (perearstile suunamise hetkeks) 83 päeva	Raviarst on Eviga arutatud töötamise jätkamist, ta on motiveeritud haiguslehe ajal osaliselt töötama ja raviarsti hinnangul võib seda teha alates 90. haiguslehe päevast. Tööle ja klientidega kohtuma sõitmiseks autot juhtida Evi veel ei suuda parema jala ja vasaku randme kahjustuse järgselt kujunenud ja statsionaarse taastusravi lõpuks osaliselt paranenud funktsioonihäire tõttu. <p><u>Väljastada „osalise töötamise/ töötingimuste muutmise“ haigusleht soovitustega tööandjale:</u> Evi on alates 5.04.2021 suuteline töötama osalise tööajaga (orienteeruvalt 50% ulatuses täiskoormusest) samal ametikohal, soovitatavalt kodukontoris kaugtööna kindlasti kuni järgneva 2 kuu jooksul. Autot juhtida ja pikki vahemaid liikuda veel ei suuda. Vajaduse korral samade tingimustega töötamisega haiguslehe pikendamine kuni 182. haiguspäevani. Soovitav juba olemasoleva kodukontori kohandus: soovitatav erinevate tööasendite võimaldamine, n. võiks abiks olla reguleeritava kõrgusega töölaud, mis soodustab asendivahetusi arvutiga töö käigus.</p>

<p>(traumatoloogi poolt esmane TVL, taastusarsti poolt järglehed). Haiglaravi järgselt suunatakse kodusele ravile, jääb perearsti jälgimisele; kahe nädala pärast broneeritud aeg ambulatoorsele taastusarsti vastuvõtule, millele järgneb ambulatoorne taastusravi. Vahepeelsel perioodil peab Evi jätkama haiglas omandatud koduprogrammide alusel iseseisvaid treeninguid kodus.</p> <p>Vajalik töövõimetuslehe pikendamine perearsti poolt (töenäoliselt on kuni 130 päeva haiguslehel, võimalik, et ka kuni max 182 päeva).</p>	<p>Vajab sagedasi puhkepause, sagedasi asendivahetusi; vajalik ka mitu korda päevas sooritada raviharjutusi taastusravi osakonnas omandatud koduprogrammide alusel.</p> <p>Vajalik paari nädala pärast algava ambulatoorse taastusraviga seoses füsioteraapia teenusel osalemine eeldatavalt orienteeruvalt 1-2 korda nädalas (eeldatavalt 1 tund korraga) olenevalt ambulatoorse taastusravi plaanist.</p> <p><u>Soovitused teenuste kohta:</u> jätkab ambulatoorset taastusravi ja iseseisvalt raviharjutusi taastusravi osakonnas omandatud koduprogrammide alusel.</p>
<p>Näide 2 – KRISTEL (30a), Tegemist on suure kaubandusketi töötajaga, kontoritöö arvutiga, vaja koostada kirju, suhelda klientidega ja töökaaslastega, teha tellimusi, kirjutada aruandeid. (vaimse ja füüsilise tervisega seotud juhtum)</p>	
<p>JUHTUMI KOKKUVÕTE/KEHTIVA SÜSTEEMI VAADE</p>	<p>LAHENDUSE KIRJELDUS UUE SÜSTEEMI VAATES</p>
<p>Paanikahäired, Migreen, Generaliseerunud ärevushäire. Esimest korda 17.aasta vanuses diagnoositud seoses kooli vahetusega kohanematust, ärevust, peavalusid. On käinud kliinilise psühholoogi juures pereteraapias, lastepsühhiaatri juures. Saanud ka antidepressandi ravi. Alates 2015. aastast perearsti ja neuroloogi vastuvõttudel korduvalt küll iivelduste-oksendamistega, peavaludega, seljavaludega, jalg sureb, jalas sipelgad. Valuvaigisti Naproxen ei leevenda valusid. Käib psühhoterapias psühholoogi vastuvõttudel. Raviga paanikahooge harvem. Ei meeldi töö, ülemusega suhted pingelised. Pidevalt, vajab lühikesi töövõimetuslehti (10 – 14 päeva) mitu korda aastas. Patsiendi arvates psühhoterapia kliinilise psühholoogi juures ei ole aidanud. Vahetanud kliinilisi psühholooge, sest tunne, et midagi ei leevenda paanikat. 2019.aastast käib regulaarselt 1x kuus psühhiaatri vastuvõtul, erinevad raviskeemid antidepressantidega. Kuni 2020.aasta sügiseni vahetatud mitmeid antidepressante, sest ükski ei leevenda tahtetust, hingevalu, paanikat. Vahepeal saanud perearsti vastuvõtul rahustiretsepte ägeda paanika vastu, retseptiga valuvaigisteid, mis ei aita. Pidevad pöördumised erinevate kaebustega psühhiaatri, perearsti ja neuroloogi vastuvõttudele – kõigi juures käib iga kuiselt. Vahetanud kliinilisi psühholooge, ühegagi töö ei klapi. Ikka ei jaksa tööl keskenduda. Tunneb vähest motivatsiooni tööl, ülemusega pingelised suhted, kes rahulolematu tema tööga. Töö pole meelepärane, kuid ei oska tahta ka muud tööd. Enda arvates ei jaksa teha muutusi, sest arvab, et ei jaksa kohaneda uuega. Passiivne.</p> <p>2021.aasta veebruariks neuroloogi ja perearsti juurest töövõimetuslehti aasta jooksul vaheaegadega 4 kuu ulatuses, ülemus ähvardanud vallandamisega, dramatiseerib, kuid võtnud ennast kokku, enam ei võtnud töövõimetuslehte hoolimata paanikast, pea- ja seljavaludest.</p> <p>2021.a. aprillis kiirabi väljakutse migreenihoo tõttu. Psühhiaatri vastuvõtul, uus haigusleht, jätkab antidepressandiga, eelnevalt 5 ravimit pole sobinud, praegu kombineerituna migreeniravimi + 2 antidepressanti + suur annus unerohu. Kuna tuleb raskustega tööl toime, kaalub töövõime hindamise taotlemist.</p>	<p>Peale kahte kuud haiguslehte soovivat jätkata perearsti vastuvõtul osalist töövõimetuslehte 30 päeva jooksul kergemal tööl osalise töötajaga (50%) ulatuses. <u>Väljastada „osalise töötamise/ töötingimuste muutmise“ haigusleht 61. päevast soovitud tööandjale:</u> vähendada järgmised 3 kuud otsesest ja aktiivsest suhtlemist klientidega ja 50% osas lühendada tööpäeva pikkust. Sobib võimalusel kergem füüsiline töö nt võiks ehk tegeleda kauba komplekteerimise või pakendamise. Vajab sagedasi asendivahetusi. Puhkepauside ajal peaks liikuma, tegema kehalisi harjutusi 10-15 min.</p> <p>Vähendada otsesest ja aktiivsest suhtlemist klientidega. 50% osas tööpäeva lühendamist. Prognoositavalt 3 kuu (90 päeva jooksul), täpsustub raviprotsessi käigus. Puhkepauside ajal soovivat „tootmisvõimlemine“ (nt liiguks, teeks töötaja jooksul kehalisi harjutusi 10-15 min).</p> <p><u>Soovitused toetavate teenuste vajaduse kohta:</u> Vajab tööalast rehabilitatsiooni?: 1) kognitiiv-käitumuslikku psühhoterapiat, eesmärk: suhtlemisoskuste parandamine tööl ülemuse ja klientidega, ärevuse, paanika ja halva enesetunde kontrolli alla saamise meetodid. Valu psühholoogilised mehhanismid, toimetuleku meetodid valuga. 2) füsioteraapia nõustamist, et raviharjutusi sooritada selja- ja jalavalu tõttu. 3) karjäärinõustamine, 4) tööle naasmise toetav nõustamine</p>
<p>Näide 3 – KARL (55 a), teeb füüsilist tööd (paigaldab ventilatsioonisüsteeme), palju on koormust põlvedele: redelil turnimine, põlvili olemine, põlvedele toetumine. (füüsilise tervisega seotud juhtum)</p>	
<p>JUHTUMI KOKKUVÕTE/KEHTIVA SÜSTEEMI VAADE</p>	<p>LAHENDUSE KIRJELDUS UUE SÜSTEEMI VAATES</p>
<p>18.10.2020 tööõnnetus, kukkus redelilt, vigastas paremat põlve. Sellest ajast alates haiguslehel. Meniski rebend. EMO</p>	<p><u>Väljastada 120 päevast „osalise töötamise/ töötingimuste muutmise“ haigusleht soovitud tööandjale:</u> Kuni operatsioonini võib</p>

<p>suunas ortopeedile, edasine ravi perearsti juures, kirurgi ja ortopeedi konsultatsioonid, määrati taastusravi (vajalik magnetravi ja füsioteraapia). Näidustatud parema põlveliigese artroskoopia. Võetud operatsioonijärjekorda (prioriteet 3). MRT uuringul MCL femoraalse kinnituskoha paranev vigastus ja mediaalse meniski rebend. Taastusravi arstile sai alles märtsist.</p> <p>Aprillis (5 kuud hiljem): Paremal põlvel kasutab käies ortoosi. Obj - Parem põlv minimaalselt turses. Palpatsioonil valulikkust ei ole. Põlv paindub küllaltki hästi, peaaegu maksimaalselt. Liiges on stabiilne. Valu tekib patsiendi sõnul peamiselt kõndimise ajal. Tööl ei saa käia, sest seal peab palju põlvili olema ja redelitel ronima. Kõndida saab korraga mitu kilomeetrit, kuid kõnnib rahulikus tempos. Joosta ei saa.</p> <p>On ikka veel operatsiooni ootel. TVL lõpetatud 21.04 seisuga kuna max 182 päeva on täis. Patsiendi soovil väljastatud järgleht, mida ei tasustata/kompenseerita.</p> <p>Patsient ei ole hetkel töövõimeline, kuna on operatsiooni järjekorras. Operatsiooni aeg ei ole teada. Patsient jätkab seetõttu töövõimetuslehel nii, et seda ei kompenseerita – samas seab see ohtu tema majandusliku toimetuleku. Pärast operatsiooni on patsiendi töövõime pärast taastumist tõenäoliselt praktiliselt endine. Suunatud töövõime hindamisele: samas on ainsaks piiranguks liikumise piirang punktis 1.1, raskusaste 2. Kas on võimalik anda lühikese tähtajaga osaline töövõime erijuhtumina?</p>	<p>haiguslehe ajal 50%se ajaga töötada, saab teha tööd istuvas asendis või seistes. Ei tohi teha tegevusi, mis avaldavad suurt koormust põlvedele (põlvedele toetumine, redelist ronimine, pikalt seismine. Samuti võimalik töötada edasi samal tööl, kui oleks kaastöötaja, kes valmis toetama ja osa tegevusi, mis eeldavad põlvede koormust, ise ära tegema.</p> <p><u>Soovitused teenuste kohta:</u> jätkata taastusravis omandatud programmi alusel iseseisvalt raviharjutustega. Võib vajada motiveerivat nõustamist.</p> <p>Antud ATV juhtumit on pikendanud 1) taastusravi ootejärjekord; 2) operatsiooni ootejärjekord.</p>
<p>Näide 4 – MERILY (30 a), töötab ametnikuna (vaimse tervisega seotud juhtum)</p>	
<p>JUHTUMI KOKKUVÕTE/KEHTIVA SÜSTEEMI VAADE</p>	<p>LAHENDUSE KIRJELDUS UUE SÜSTEEMI VAATES</p>
<p>TLV alates 20.10.2020 vaimse tervise languse (depressioon, asteenia) tõttu. Haigusloo alguses suitsiidimõtted peaaegu iga päev. Muidu näiliselt hästi toime tulev, edukas naine ja mitme apse ema. Tööl väga palju pingeid, väga suur koormus, on näinud kaastöötajate läbipõlemist, murdumist ja mitmete inimeste seetõttu töölt lahkumisi, mis on pannud allesjäänud töötajad suurem surve alla. Ülemuse suhtumine olevat, et töötaja peabki läbi põlema. Kodus suhted "normaalsed", kuid esineb ka pingeid.</p> <p>Sai psühhoteraapiat ja antidepressantravi, see peaks kestma edasi kuni vähemalt aasta. Läks tagasi tööle peale maksimaalse haiguslehe hüvitamise aja (182 päeva). Kuid raviarst ei ole kindel, et tööl käimine Merily enesetunnet uuesti ei halvenda.</p>	<p><u>Väljastada „osalise töötamise/ töötingimuste muutmise“ haigusleht soovitustega tööandjale:</u> Alates 90. haiguspäevast esialgu ca 2 kuud soovitatav töötada 50%se koormusega.</p> <p><u>Soovitused toetavate teenuste vajaduse kohta:</u> vajaks pärast pikaajalist TVL-i tööle naasmisel tuge – võiks mõelda tugisikule (ei pea tingimata olema arst või kliiniline psühholoog), kes inimest toetab/nõustab. Nt kui inimesel on tugivõrgustik, tööandja ja psühholoogiga ja ehk ka töötervishoiuarstiga on asjad läbi räägitud, siis suudaks ta ehk juba varem tööle minna.</p> <p>Lisaks, raviarst informeerib asutuse töötervishoiuarsti/Tööinspektsiooni psühholoogilistest ohuteguritest Karini töökeskkonnas.</p>
<p>Näide 5 – KARIN (20 a) ametnik (vaimse tervisega seotud juhtum)</p>	
<p>JUHTUMI KOKKUVÕTE/KEHTIVA SÜSTEEMI VAADE</p>	<p>LAHENDUSE KIRJELDUS UUE SÜSTEEMI VAATES</p>
<p>Tööküsimise all kannatanu. Käib kliinilise psühholoogi juures ja on kodus, täna oli 60. haiguspäev. Täna on kõik skoorid normaalsed, aga tööle täisajaga saata ei julge, sest siis on kõik tagasi. Seetõttu pikendab haiguslehte.</p>	<p><u>Väljastada „osalise töötamise/ töötingimuste muutmise“ haigusleht 61. päevast soovitustega tööandjale:</u> vajab ca 2 kuud 50%se ajaga töötamist.</p> <p><u>Soovitused toetavate teenuste vajaduse kohta:</u> vajab pärast pikaajalist TVL-i tööle naasmisel tuge – tugisiku teenust, tööle naasmise nõustamine (kui selline teenus oleks)</p> <p>Lisaks, raviarst informeerib asutuse töötervishoiuarsti/Tööinspektsiooni psühholoogilistest ohuteguritest Karini töökeskkonnas.</p>
<p>Näide 6 – MARINA (30 a), suure kauplusketi klienditeenindaja, töötab kassas (vaimse tervisega seotud juhtum)</p>	
<p>JUHTUMI KOKKUVÕTE/KEHTIVA SÜSTEEMI VAADE</p>	<p>LAHENDUSE KIRJELDUS UUE SÜSTEEMI VAATES</p>
<p>Korduv depressioon + bulimiia, on olnud haiguslehel 30 päeva, tuli haiguslehte pikendada. Eelmisel aastal oli sarnane episood,</p>	<p><u>Väljastada „osalise töötamise/ töötingimuste muutmise“ haigusleht 61. päevast soovitustega tööandjale:</u> vaja ajutiselt vähendada</p>

vajas haiguslehte 4 kuud. Sel ajal töötas Maximas, kuid tuli töölt ära, sest nõuti palju ja töö oli raske. Seekord kurdab ka suure töökoormuse üle, vahetused pikad, kassas pingeline. Tekkinud on suhtlusraskused ülemuse ja kaastöötajatega, ei suuda taluda suhtlust klientidega, olla inimeste seas.	töökoormust 50% esialgu 2 kuud, rakendades töötingimusi, mis ei sisalda otsest kliendisuhetust ja on vähem pingelised. <u>Soovitused toetavate teenuste vajaduse kohta:</u> karjäärinõustamine, tööle naasmise nõustamine (kui selline teenus oleks)
Näide 7 – JAAN (50 a), töö iseloom: klienditeenindus, andmetöötlus (vaimse tervisega seotud juhtum)	
JUHTUMI KOKKUVÕTE/KEHTIVA SÜSTEEMI VAADE	LAHENDUSE KIRJELDUS UUE SÜSTEEMI VAATES
Haiguslehel 30 päeva, tuli haiguslehte pikendada. Ärevuse – ja meeleoluhäireid, ise arvab, et kuna naisega suhtekriis tekkinud ja tööine läbipõlemine. Ärritub kergesti, ei suuda klientidega suheldes rahulikult jääda. On hakanud alkoholist abi otsima. Vajab nõustamist, kas võimalik psühholoogile suunata, kas paariteraapiaga nõus.	Väljastada „osalise töötamise/ töötingimuste muutmise“ haigusleht 61. päevast soovitud tööandjale: alates 61. päevast töökoormuse vähendamine 30 päeva jooksul 50% sh ja kuni 90 päevani rakendada töötingimusi, mis ei sisalda otsest kliendisuhetust, võib töötada, kui tegeleb nt ainult andmetöötlusega. <u>Soovitused toetavate teenuste vajaduse kohta:</u> vajab psühholoogilist nõustamist ja nõustamist alkoholiriskide hindamiseks ja alkoholi keelu selgitamiseks. Karjäärinõustamine – mida oskaks ja tahaks teha, kui ikkagi ei suuda enam suhelda klientidega. Vajadusel hinnata ja nõustada ümberõppe võimaluste kohta. Füsiooterapeudi nõustamine, ravivõimlemine, igapäevane liikumine vabas õhus, massaaž üldise toonuse tõstmiseks.

Lisa 2. Üle kahe kuu kestvate ATV-e juhtude statistika RHK-10 haigusklasside ja jaotiste kaupa.

Tabel 1. Üle kahe kuu kestva ATV-e ja PTV-e põhjustanud haiguste jaotus RHK-10 haigusklasside kaupa, HK ja TK 2019. aasta andmed.

Haigusklassi nimetus (RHK-10)	Haiguslehed	Osaline töövõime	Puuduv töövõime
Lihaskonna ja sidekoehaigused	31%	40%	12%
Psüühika- ja käitumishäired	7%	19%	49%
Vereringeelundite haigused	9%	8%	7%
Sisesekretsiooni-, toitumis- ja ainevahetushaigused	1%	7%	3%
Närvisüsteemihaigused	3%	7%	11%
Vigastused, mürgistused ja teatavad muud välispõhjuste toime tagajärjed	24%	4%	3%
Kasvajad	10%	3%	7%
Hingamiselundite haigused	3%	3%	1%
Kõrva- ja nibujätkehaigused	0%	2%	0%
Silma- ja silmamanuste haigused	1%	1%	1%
Naha- ja nahaaluskoe haigused	1%	1%	0%
Kaasündinud väärarendid, deformatsioonid ja kromosoomianomaaliad	0%	1%	1%
Seedeelundite haigused	4%	1%	1%
Terviseseisundit mõjustavad tegurid ja kontaktid terviseteenistusega	1%	1%	1%
Mujal klassifitseerimata sümptomid, tunnused ja kliiniliste ning laboratoorsete leidude hälbep	1%	1%	1%
Diagnoos puudub (nt välismaal väljastatud haigusleht)	1%	1%	1%
Kuse-suguelundite haigused	2%	0%	1%
Teatavad nakkus- ja parasiithaigused	2%	0%	0%

Tabel 2. Üle kahe kuu kestva ATV-e juhtude põhjustanud haiguste jaotus lihasluukonna- ja sidekoehaiguste rühma diagnooside kaupa, HK 2019. aasta andmed.

Diagnoosi nimetus	ATV-e juhtude arv	Osakaal jaotises
Dorsalgia e seljavalu	1 153	20,1%
Muude lülivaheketaste haigusseisundid	618	10,8%
Gonartroos e põlveliigese artroos	573	10,0%
Koksartroos e puusaliigese artroos	513	8,9%
Õlakahjustused	495	8,6%
Põlveliigese sisemised kahjustused	343	6,0%
Sõrmede ja varvaste omandatud deformatsused e moonutised	223	3,9%
Muud artroosid	204	3,6%
Liigeste mujal klassifitseerimata muud haigusseisundid	199	3,5%
Muud entesopaatid	154	2,7%
Pehmete kudede mujal klassifitseerimata muud haigusseisundid	133	2,3%
Muud spondülopaatiad	33	2,3%
Liigeste muud spetsiifilised kahjustused	85	1,5%
Rakenduse, ülepingutuse ja survega seotud pehmete kudede haigusseisundid	79	1,4%
Tservikaaldiskide e kaela lülivaheketaste haigusseisundid	75	1,3%
Muud jäsemete omandatud deformatsused	70	1,2%
Alla 1% ATV osakaaluga diagnooside arv kokku	723	12,5%
Kokku juhtumite arv	5773	

Tabel 3. Üle kahe kuu kestva ATV-e juhtude põhjustanud haiguste jaotus vigastuste ja mürgistuste põhjusel esinevate haiguste rühma diagnooside kaupa, HK 2019. aasta andmed.

Diagnoosi nimetus	ATV-e juhtude arv	Osakaal jaotises
Sääremurd, sealhulgas peksemurd	814	17,9%
Küünarvarremurd	544	12,0%
Õlapiirkonna luude ja õlavarremurd	333	7,3%
Kanna- ja jalamurd	330	7,3%
Randme- ja käepiirkonna luumurd	325	7,1%
Põlveliigese ja sidemete luksatsioon, distorsioon ja distensioon	250	5,5%
Roiete, rinnaku ja lülisamba rinnaosa murd	128	2,8%
Ülajäsemevõtme liigeste ja sidemete luksatsioon, distorsioon ja distensioon	124	2,7%
Kanna- ja jalapiirkonna liigeste ja sidemete luksatsioon, distorsioon ja distensioon	119	2,6%
Lülisamba nimmeosa ja vaagnamurd	112	2,5%
Reieluumurd	106	2,3%
Koljusisene vigastus	80	1,8%
Säärepiirkonna lihase- ja kõõlusevigastused	80	1,8%
Õla- ja õlavarrepiirkonna lihaste ja kõõluste vigastus	73	1,6%

Randme ja käe traumaatiline amputatsioon	69	1,5%
Lahtine randme- ja käehaav	65	1,4%
Pindmine säärevigastus	63	1,4%
Randme- ja käepiirkonna lihaste ja kõõluste vigastused	59	1,3%
Randme- ja käepiirkonna liigete ning sidemete luksatsioon, distorsioon ja distensioon	56	1,2%
Alla 1% ATV osakaaluga diagnooside arv kokku	816	17,9%
Kokku juhtumite arv	4 546	

Tabel 4. Üle kahe kuu kestva ATV-e juhtude põhjustanud haiguste jaotus PKH haiguste rühma diagnooside kaupa, HK 2019. aasta andmed.

Diagnoosi nimetus	ATV-e juhtude arv	Osakaal jaotises
Depressiivne episood e. depressioon	401	32,9%
Muud ärevushäired	272	22,3%
Korduv depressiivne häire e korduv depressioon	213	17,5%
Rasked stressreaktsioonid ja kohanemishäired	124	10,2%
Äge ja möödud psühhootiline episood	30	2,5%
Skisofreenia	26	2,1%
Skisoafektiivsed häired	22	1,8%
Bipolaarne meeleoluhäire	21	1,7%
Alla 1% ATV osakaaluga diagnooside arv kokku	96	7,9%
Kokku juhtumite arv	1 219	

Tabel 5. Üle kahe kuu kestva ATV-e põhjustanud haiguste jaotus vereringeelundite haiguste rühma diagnooside kaupa, HK 2019. aasta andmed.

Diagnoosi nimetus	ATV-e juhtude arv	Osakaal jaotises
Äge müokardiinfarkt	318	17,9%
Peajuinfarkt	263	14,8%
Stenokardia e rinnaangiin e rinnaahistus	144	8,1%
Südamekahjustusega hüpertooniatõbi	116	6,5%
Kodade virvendus ja laperdus	112	6,3%
Hüpertooniatõbi e essentsiaalne e primaarne arteriaalne hüpertensioon e kõrgvererõhktõbi	69	3,9%
Alajäsemete vaariksud e veenikomud	64	3,6%
Krooniline südame isheemiatõbi	57	3,2%
Ateroskleroos	57	3,2%
Hemorroidid e päraku veenikomud	50	2,8%
Südamepuudulikkus	46	2,6%
Aordiklapi mittereumaatilised haigusseisundid	45	2,5%
Korduv müokardiinfarkt	44	2,5%
Intratserebraalne hemorraagia e peajusisene verevalum	41	2,3%
Flebiit e veenipõletik ja tromboflebiit e trombveenipõletik	41	2,3%

Muud südamerütmited e arütmiaid	37	2,1%
Kardio(müo)paatia	27	1,5%
Kopsuveresoonte emboolia	24	1,4%
Subarahnoidaalne hemorraagia e ämblikuvõrkkesta-alune verevalum	22	1,2%
Aordianeürüsm ja aordi lõhustav aneurüsm	20	1,1%
Paroksüsmaalne tahhükardia	17	1,0%
Alla 1% osakaaluga juhtumite arv	159	9,0%
Kokku	1 773	

Tabel 6. Üle kahe kuu kestva ATV-e juhtude põhjustanud haiguste jaotus kasvajatega seotud haiguste rühma diagnooside kaupa, HK 2019. aasta andmed.

Jaotise nimetus	ATV-e juhtude arv	Osakaal jaotises
Rinna pahaloomuline kasvaja	317	17,5%
Eesnäärme pahaloomuline kasvaja	183	10,1%
Käärsoole pahaloomuline kasvaja	96	5,3%
Bronhi ja kopsu pahaloomuline kasvaja	91	5,0%
Mao pahaloomuline kasvaja	86	4,8%
Munasarja pahaloomuline kasvaja	66	3,6%
Pärasoole pahaloomuline kasvaja	63	3,5%
Neeru (v.a neeruvaagna) pahaloomuline kasvaja	50	2,8%
Emakakeha pahaloomuline kasvaja	42	2,3%
Emakakaela pahaloomuline kasvaja	39	2,2%
Peaaju pahaloomuline kasvaja	38	2,1%
Kusepõie pahaloomuline kasvaja	37	2,0%
Kõhunäärme pahaloomuline kasvaja	36	2,0%
Hulgine müeloom e hulgimüeloom ja plasmarakulised pahaloomulised kasvajakad	34	1,9%
Emaka leiomüoom	34	1,9%
Naissuguelundite ebaselge või teadmata loomusega kasvaja	29	1,6%
Suuõõne ja seedeelundite ebaselge või teadmata loomusega kasvaja	26	1,4%
Difuusne mitte-Hodgkini tüüpi lümfoom	24	1,3%
Peaaju ja kesknärvisüsteemi ebaselge või teadmata loomusega kasvaja	23	1,3%
Pärasoole ja sigmoidkäärsoole ühenduskoha pahaloomuline kasvaja	21	1,2%
Ajukelmete healoomuline kasvaja	21	1,2%
Maksa ja maksasiseste sapijuhade pahaloomuline kasvaja	20	1,1%
Naha pahaloomuline melanoom	19	1,0%
Müeloidne leukeemia e müeloidleukeemia	19	1,0%
Söögitoru pahaloomuline kasvaja	18	1,0%
Kuseelundite ebaselge või teadmata loomusega kasvaja	18	1,0%
Alla 1% osakaaluga juhtumite arv	360	19,9%
Kokku	1 810	

Lisa 3. EL riikides haigushüvitiste maksmise põhimõtete näited

Link dokumendile:



Lisa 4. TK teenused vähenenud töövõimega inimeste töövõime toetamiseks

Teenuse nimetus	Eesmärk/põhimõte
Töölane rehabilitatsioon	Valmistab inimest, kel puude või tervisehäire tõttu töötamine osaliselt takistatud ette tööeluks ja toetab tööleasumist või töötamist. sihtgruppi kuuluvale vähenenud töövõimega isikule võimaldatava töölase rehabilitatsiooni kulu kuni 1800 eurot (koos käibemaksuga) ühe isiku kohta kalendriaastas. Põhjendatud juhul, kui isikul on puudest või tervisehäirest tingitult suurem töölase rehabilitatsiooni vajadus, võib töölase rehabilitatsiooni kulu hüvitada suuremas ulatuses, lähtuvalt puudest või tervisehäirest tingitud rehabilitatsioonivajaduse kulu mõistlikkusest.
Kogemusnõustamine	Emotsionaalse ja sotsiaalse toe pakkumine võimaluste ja lahenduste leidmiseks, aitamaks inimesel iseseisvalt toime tulla. sihtgr: vähenenud töövõimega töötu, õppiv või koondamisteatega tööotsija või töötav inimene. Kogemusnõustamist võivad vajada eelkõige inimesed, kelle tervis on (ootamatult) halvenenud või kes on puude või tervisehäire tõttu sattunud raskustesse.
Kaitstud töö	Inimesele, kes ei suuda iseseisvalt töötada, pakutakse võimalust temale sobivas keskkonnas ja tingimustes töötamise juhendamist ja abistamist, eesmärgiga et inimene suudaks teenuse lõpuks töötada vähemalt 20 tundi nädalas ja oleks valmis iseseisvalt tööle asuma tavalisel töökohal.
Tugiisikuga töötamine	TK maksab teenuse osutajale tasu, et võimaldada abi ja juhendamist töötamisel tulenevalt isiku puudest või tervises seisundist.
Töötamise jätkamise toetamine	Individuaalne lahendus, kui vähenenud tv-ga inimene vajab töötamise jätkamiseks abi oma erivajaduse tõttu
Tööks vajalik abivahend	Kui tööülesannete täitmine tööandja vahenditega on puude või vähenenud töövõime tõttu takistatud, siis TK annab töötamiseks vajaliku abivahendi tasuta kasutada. TK eeldab, et sotsiaalse abivahendi võimaldamisel ja sobitamisel arvestatakse teie aktiivsuse ja töötamisega seotud vajadustega.

Teenuse nimetus	Eesmärk/põhimõte
Tööruumide ja vahendite kohandamine	Kohanduse kulud hüvitatakse tööandjale juhul, kui töösuhe on tähtajatu või tähtajaga vähemalt kolm aastat. Hüvitist saab taotleda üks kord kolme aasta jooksul ühe töötaja kohta.