



Eesti tervishoiu ja sotsiaalsüsteemi integratsioonimudeli visioon

TERVIK-süsteem inimese tervise ja heaolu nimel

Sotsiaalministeerium 2025



Sisukord

.....	1
Sissejuhatus	3
Mõisted.....	4
Olukorra kirjeldus.....	6
Integratsiooni eesmärk.....	8
Integratsiooni eesmärkide saavutamise peamised eeldused	9
Teiste riikide parim praktika	9
Integreeritud süsteemile ülemineku strateegia Eestis	10
Mõttemalli muutus	11
Integratsiooni sihtrühm	12
Valdkonnaülene teenuskoordinatsioon	13
Integratsiooni tasandid ja dimensioonid.....	15
I faasis integratsiooni kaasatavad osapooled	17
Integratsiooni vormid.....	17
Integratsioonimudeli komponendid	18
Integratsiooni rahastamine	18
Teenuste osutamise korraldus	19
Integratsiooni juhtimine	20
Integratsiooni toetamine IT-ga	24
Integratsiooni toetamine personalipoliitikaga	25
Integratsiooni toetamine õigusruumi ja lepingutega	26
Integratsiooni planeeritud tegevus- ja ajakava	27
Lisa 1. Tegevliikmete ja assotsieerunud liikmete ülesanded TERVIK-us - näited.....	28
Lisa 2. Peamised nõuded TERVIK-u võrgustikulepingu sõlmimiseks	28

Sissejuhatus

Sotsiaal- ja tervishoiusüsteemide ja teenuseosutamise eraldatus on Eestis juba pikaajaliselt tunnetatud probleem, sest inimesed, kes vajavad korraga mõlema valdkonna mitmekülgset tuge, satuvad segadusse süsteemide keerukusest, omavahelisest vähesest haakumisest ja inimesekeskse tervikvaate puudumisest ning loobuvad abi otsimisest. Tulemuseks on rahulolematust ja tervise- ning sotsiaalsete probleemide süvenemine ja halvenev elukvaliteet, mis omakorda lõppeb sageli nii riigile kui kohalikele omavalitsustele kuluka institutsionaalse abiga (haiglaravi ja hooldekodu) või muud liiki ühiskondliku kahjuga (nt vaimse tervise probleemide ja sõltuvusprobleemide korral).

Süsteemide fragmenteeritus põhjustab ka tervishoiu- ja sotsiaaltöötajate frustratsiooni ja rahulolematust tehtava tööga, kuna ilma teise osapooleta ei suudeta inimest vajalikul määral aidata või siis põhjustavad teise valdkonna tegematajätmissed lisatööd enda tegevusvaldkonnas.

Nii inimese ja teenuseosutajate kui ka riigi ja omavalitsuste vaates oleks parem lahendus teha koostööd ja tagada abivajava inimese terviklik käsitus ning tugi, mis võimaldaks ka kompleksse abivajadusega inimestel oma elukeskkonnas ise toime tulla.

Kirjeldataud probleemid puudutavad ka teisi sihtrühmasid, kus süsteemide killustatus ei võimalda osutada teenuseid inimesekesksetl.

Probleemi lahendamiseks on Vabariigi Valitsuse tööplaanis pikaajaline strateegiline eesmärk integreerida sotsiaal- ja tervishoiusüsteem. Sotsiaalministeeriumile on antud ülesanne koostada analüüs ja ettepanekud integreeritud sotsiaal ja tervisevaldkonna korraldus- ja rahastusmudeli loomise kohta.

2024. aasta jooksul on:

- tehtud põhjalik eeltöö tutvumaks teiste riikide parimate praktikatega
- kaasatud lahenduste väljatöötamiseks välisekspertid ja kodumaised konsultandid
- sisendit kogutud paljudelt sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna osapooltelt erinevates aruteludes ja töörühmades eesmärgiga koostada Eestile sobilik integratsioonimudeli visioon

Käesolev dokument kajastab tehtud töö tulemust. Dokumendi koostamisse on sotsiaalministeerium kaasanud paljusid osapooli sh Eesti Perekarstide Selts, Eesti Haiglate Liit, Eesti Linnade ja Valdade Liidu esindajad ja erinevate KOV-ide esindajad, Eesti Arstide Liit, Eesti Õdede Liit, Eesti Esmatasandi Tervisekeskuste Liit, Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsioon, Tervisekassa, Tervise Arengu Instituut, Tervise- ja Heaolu Infosüsteemide Keskus, Sotsiaalkindlustusamet, Regionaalministeerium, PricewaterhouseCoopers eksperdid, International Foundation of Integrated Care eksperdid, Euroopa Komisjoni esindajad jt.

Mõisted

Integreeritud sotsiaal- ja tervishoiusüsteem panustab järjepidevalt, et osutada sujuvat, koordineeritud, proaktiivset, inimkesket, multidistsiplinaarset abi kahe või enama omavahel suhtleva ja koostööd tegeva teenuseosutaja poolt, kes võivad töötada samas organisatsioonis või erinevates organisatsioonides kas tervishoiu või sotsiaalsektoris või kogukonnas vabatahtlikult. **(Leijten & Struckmann et al., 2018)**

Integreeritud teenuseid osutatakse nii, et inimese jaoks on tagatud vajadusele vastavate tervisedenduse ja haiguste ennetuse, diagnostika ja ravi, taastusravi ja rehabilitatsiooni, pikaajalise õendusabi, palliatiivse ravi ja sotsiaalteenuste (sh transpordi) järjepidevus ning koordinatsioon erinevate teenuseosutamise kohtade ja tasandite vahel. **(WHO)**

Käesolevas dokumendis kasutatakse järgmisi mõisteid:

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

Piirkondlik koostöökogu on antud piirkonna sotsiaal- ja tervisevaldkonna strateegiline juhtorgan, kes vastutab piirkonna rahvastiku tervise ja sotsiaalse toimetuleku arendamise eest, võtab vastu otsuseid piirkonna strateegiliste eesmärkide osas ja tagab koostööks piisavad ressursid.

Koostöövõrgustik ehk tervisevõrgustik – piirkonna elanikkonna heaks koostööd tegevate tervishoiu- ja sotsiaalteenuse osutajate partnerlus

TERVIK – formaliseeritud (vastavate lepingute, ühise juriidilise isiku või õigusruumi kaudu) koostöövõrgustik, mille moodustavad piirkonna tervishoiuteenuste osutajad (esmatasand sh perearstiabi osutajad, kiirabi osutaja, maakonnahaigla) ja sotsiaalteenuste osutajad (sh KOV-id) eesmärgiga koordineerida ennetust, valmisolekut, teenuste osutamist ja pakkuda integreeritud teenuseid. Koostöös tagatakse teenuste järjepidevus, vajadustele vastavus ja kvaliteet ning välditakse dubleerimist.

Võrgustikuteenus - Teenus, mille planeerimises, osutamises, tulemuslikkuse jälgimises ja arendamises osaleb TERVIK

Inimkesksus ehk inimesekesksus – mõtte- ja tegutsemisviisi muutmine suunas, kus teenuseid või tooteid kasutavad inimesed on teenuseosutajatega võrdsed partnerid ning lähtutakse nende vajadustest ja ootustest. Inimest nähakse kui indiviidi ning temaga tehakse koostööd, et leida temale sobivad lahendused nii tervise säilitamisel ja parandamisel kui haigustega toimetulekul. Inimkesksuse oluliseks põhimõtteks on võimestamine – inimesele antakse vajalikud teadmised, oskused ja vahendid oma tervise eest vastutust võtta;

Terviseplaan - inimesekeskne abivahend, mis võimaldab abivajajal endal seada oma tervisealased eesmärgid ja panustada kooskõlas talle antud juhistega nende täitmisel. Terviseplaan sisaldab inimese olulisemat terviseinfot ja infot talle määratud ja osutatavate tervise- ja tervishoiuteenuste kohta (sh raviplaani soovitusi) ning toob abivajaja ühtsesse infovälja tervishoiuspetsialistidega.

Healuplaan - inimesekeskne valdkondadeülene plaan, mis võimaldab abivajajal koostöös oma lähedaste ja spetsialistidega seada oma tervise- ja healualased eesmärgid ning panustada kooskõlas talle antud juhistega nende täitmisel. Healuplaan saab sisendi erinevates valdkondades koostatud plaanidest ja dokumentidest (nt terviseplaan, epikriisid, õendusplaan,

erinevad rehabilitatsiooniplaanid, sotsiaalvaldkonna juhtumiplaanid jms. See sisaldab inimese olulisemat sotsiaalset- ja terviseinfot, infot talle määratud ja osutatavate sotsiaal- ja tervishoiuteenuste aga ka näiteks tööalase rehabilitatsiooni kohta ning toob abivajaja ühtsesse infovälja erinevate valdkondade spetsialistidega.

Riskirühm – inimeste rühm üldpopulatsioonist, kellel on risk tervise ja sotsiaalprobleemide tekkeks või süvenemiseks ja kellele suunatakse võrgustikuteenused

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

Tervisejuht - Valdkonnaülase teenuskoordinatsiooni osutaja, kes viib läbi riskirühma kuuluva inimese tervikvajaduse hindamise, korraldab inimesekeskse heaoluplaani koostamise, moodustab plaani täitmise seotud spetsialistidest meeskonna, koordineerib meeskonnatööd plaani elluviimisel aidates abivajajat õigeaegsel sujuval teenustele jõudmisel ning hindab kaasates meeskonda regulaarselt plaani täitmist ja koordineeritud teenuseosutamise jätkamise vajadust. Tervisejuht on õenduse või sotsiaaltöö baasharidusega spetsiaalse täiendkoolituse läbinud spetsialist.

Esmatasandi tervishoiuteenused – perearsti ja –õe teenused, koduõendus, füsioteraapia, ämmaemandusabi, koolitervishoiu teenus, apteegiteenus, töötervishoiuteenus, hambaravi, psühholoogi või vaimse tervise õe teenus ja terviseteenused.

Esmatasandi sotsiaalteenused – käesolevas dokumendis mõeldakse selle all kõiki KOV poolt osutatavaid sotsiaalteenuseid. Muid sotsiaalteenuseid (nt erivajadustega inimestele suunatud sotsiaalteenuseid) käsitletakse kõrgema etapi sotsiaalteenustena.

Ennetus - probleemi ja sellega seotud muude probleemide ärahoidmine, väljakujunemise, edasiarenemise ja korduvuse vältimine.

Tervisedendus - Tervise edendamine on protsess, mis võimaldab inimestel suurendada kontrolli oma tervise üle ning tugevdada seeläbi oma tervist. (WHO). Üks tervise edendamise aluseid on muuta keskkond selliseks, et tervislikud valikud oleks lihtsalt kättesaadavad.

Olukorra kirjeldus

Olukorra kirjeldamisel tuleb eristada

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

Tänane süsteem on korraldatud töötama nn teineteisest eraldatud silotornides.

Sotsiaalvaldkonna teenuste korraldamise ja rahastamise strateegilisi otsuseid langetatakse KOV-ides, tervishoiu omasisel riigi tasandil. Kokkupuuted valdkondade juhtide ja korraldajate vahel on juhuslikud, läbimõeldud koostöö korraldus ja koostöö tegemise kohad nende kahe tasandi vahel puuduvad.

Samuti on juhuslikku laadi kokkupuuted tervishoiuteenuse osutajate ja sotsiaalteenuse osutajate vahel. **Puudub ühine nägemus ja arusaam, mis on tehtava töö eesmärk.** Ei sõlmita kokkuleppeid teenuste dubleerimiste vältimiseks ega abivajajate ühest süsteemist teise sujuvaks üleandmiseks, ei mõelda ühiselt läbi parimaid teenuslahendusi. Sarnaselt strateegilise juhtimise tasandile puuduvad koostöö tegemise kohad ja mehhanismid, koostööd takistab puudulik infovahetus, mis on takerdunud infosüsteemide eraldatusse ja andmekasutuse piirangutesse.

Koostöö toimib enamasti spetsialistide mitte organisatsioonide tasandil. Spetsialistid, mõistes, et terviseprobleemi ei saa lahendada ilma sotsiaalse probleemiga tegelemata ja vastupidi, püüavad ise luua kontakte tarvilike spetsialistidega. Sageli taanduvad need isikutevahelistele headetele suhetele ja konkreetse isiku lahkumisega ametikohalt kaob ka side, kuniks uus spetsialist hakkab oma kontaktide võrgustikku looma. See teeb süsteemi ja koostöö hektiliseks ning koormab spetsialiste.

Tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi vähese koostöö tulemusel ei saa inimene talle vajalikke teenuseid õigel ajal ja õiges kohas. Pikaks venivad teekonnad abisaamisel katkevad. Õigeaegse abi saamata jäämisel terviseprobleemid süvenevad, sotsiaalne toimetulek halveneb ja abivajaja võib sattuda EMO-sse ning haiglasse ja sealt juba hooldekodusse. Ühiskonnale tähendab see kõige kallimat ja ressursikulukat inimese aitamise viisi. Tingimustes, kus ülalpeetavate määr¹ riigis pidevalt kasvab, ei ole võimalik ühiskonnal endale lubada seda, et valdav osa inimeste aitamisest toimuks kõige kulukamal moel ehk siis tervishoiu süsteemis eriarstiabis ja haiglates ning sotsiaalsüsteemis hooldekodudes.

Tervishoiu ja sotsiaalsüsteemi ebapiisava inimesekeskuse ja vähese integreerituse näitajad on:

- Sage pöördumine EMO-sse, suur madala prioriteediga pöördujate hulk (EMOs külastuste arv on viimasel kolmel aastal kasvutrendis, ca 80% juhtudest, kus inimene tuli EMO-sse kohale ise, (va sünnitusabi) on madala prioriteediga²
- Kõrge suremus 30 päeva jooksul peale haiglaravi (infarkt, isheemiline insult³). Kõrge hospitaliseerimiste tase (Maailmapanga hinnangul on enamikus Eesti üldhaiglates välditav 10-20% hospitaliseerimistest) Kõrge rehospitaalseerimiste tase (nelja ja enama kroonilise organsüsteemi haigusega inimeste sihtrühma kõigist eriarstiabi hospitaliseerimistest on 9% 30

¹ Ülalpeetavate määr on mittetööealiste ehk kuni 14-aastaste ja üle 65-aastaste elanike arv 100 tööealise (15-64-aastased) elaniku kohta

² Tervisekassa andmebaas <https://www.tervisekassa.ee/emo-raviarved>

³ Estonia: Country Health Profile 2023 (OECD) Lk 13

päeva jooksul rehospitaliseerimised, 20% on 90 päeva jooksul rehospitaliseerimised, oluline osa neist (st ca 30%) oleks välditavad inimese toetamisega haiglaravi järgselt perearstide ja sotsiaaltöötajate koostöös⁴)

- Kõrge ja suurenev hooldekodu teenuste saajate arv (hooldekodus elavate 65 aastaste ja vanemate inimeste osakaal on kasvanud 2,6%-lt 2016. aastal 3,2%-le 2022. aastal. Samal ajal püüavad teised Euroopa riigid hooldekodudes viibivate inimeste arvu koduteenuste abil vähendada nt Suurbritannias vähenes 65+ isikute hoolekande asutustes viibimine 3,2%-lt 2011 aastal 2,5%-ni 2021. aastal.⁵)
- Pikad ooteajad, raske pääseda perearstile, sotsiaalteenustele, eriarstile (Eestis on EU kõige kõrgem rahuldamata meditsiinilise abi vajadus, üle poolte Tervisekassa tellitavas patsientide rahulolu uuringus⁶ küsitletutest ei olnud kättesaadavusega rahul, eriti kiiresti on rahulolematus kasvanud eakate vanusrühmas, väheneb perearstiabi kättesaadavus 3 päeva jooksul)
- Esmatasandi madal prioriteetsus tervishoius (teiste OECD riikide võrdluses kuulub Eesti nende riikide gruppi, kus on madalaim orienteeritus esmatasandile⁷, WHO soovitusel võiks 20% tervishoiukuludest minna esmatasandile, Eestis läheb 15%)
- Krooniliste patsientide jälgimine ja ravi toimub peamiselt eriarstiabis (eriarsti vastuvõtte kahe ja enama organsüsteemi kroonilise haigusega inimese kohta on aastas ca 4x rohkem, kui perearsti vastuvõtte⁸),
- Eakate sotsiaalhoolekanne toimub peamiselt hooldekodus (hooldekodus olevate 65+ inimeste arv on suurem, kui koduhoolduse teenust saavate inimeste arv, võrdluseks nt Suurbritannia, kus koduhooldusel olevate eakate arv on poole suurem, kui hooldekodudes elavate eakate arv⁹).
- Teenusekasutajate vähene rahulolu – abivajajad tajuvad, et süsteem on keeruline ja, et nad ei saa vajalikke teenuseid (ca pooled Tervisekassa tellitavas patsientide rahulolu uuringus küsitletutest ei olnud tervishoiusüsteemiga rahul, eriti kiiresti on rahulolematus kasvanud Tallinna piirkonnas)
- Madal terviseharitus¹⁰ (47%-l Euroopa elanikkonnast jätab tervisealane kirjaoskus soovida ning esineb raskusi tervisealase teabe mõistmisega. Vähesed tervisealase kirjaoskusega inimeste tervislik seisund on 1,5–3 korda halvem ning suremus on 75%, võrreldes keskmise tervisealase kirjaoskuse inimestega, kelle hulgas on suremus 24%¹¹)

⁴ Valga, Viljandi ja Saare maakonna 2022-2023 aasta raviarvete statistika, kroonilised haigused ei sisalda vähkkasvajate ega vaimse tervise haigusi va dementsus)

⁵

<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/ageing/articles/olderpeoplelivingincarehomesin2021andchangessince2011/2023-10-09>

⁶ <https://www.tervisekassa.ee/uudised/perearstiabiga-jai-mullu-rahule-rohkem-kui-kolmveerand-estli-elanikest>

⁷ <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851019301083> tabel nr 4 Primary care orientation (expenditures/doctors)

⁸ Hinnang antud Valga, Saare ja Viljandimaa elanike tervishoiuteenuse kasutamise andmete põhjal.

⁹ <https://www.homecare.co.uk/advice/home-care-facts-and-stats-number-of-providers-service-users-workforce>

¹⁰ Terviseharitus ehk oskus leida, mõista ja kasutada tõenduspõhist terviseinfot ning orienteeruda tervishoiusüsteemis.

¹¹ <https://www.ena.ee/vahene-tervisealane-kirjaoskus-on-kasvav-probleem/>

- Teenuseosutajate vähene rahulolu - teenuseosutajad tunnetavad, et nad teevad paratamatult kellegi teise tööd, mis võtab suure osa nende ajast ja seetõttu ei saa nad tegeleda oma erialase tööga (näiteks hindavad maapiirkondades töötavad perearstid, et kuni neljandik nende tööajast kulub sotsiaalsete probleemide lahendamisele, näiteks sotsiaaltöötajad kulutavad sageli palju aega, et saada kontakti tervishoiutöötajatega).

Integratsiooni eesmärk

Sotsiaalvaldkonna- ja tervishoiu integreerimise peamine eesmärk on inimesekeskse parandamine ehk süsteemi loomine, milles inimest abistatakse tervikuna ja tagatakse sujuv suunamine/liikumine vajalikele/vajaduspõhiste teenustele. Sellises süsteemis on inimesel parem ligipääs oma tervise- ja sotsiaalvaldkonna teabele, tugi terviseharituse parandamiseks ja võimalus läbi parema informeerituse ja arusaamise võtta ise senisest oluliselt suuremal määral vastutus oma tervise ja heaolu eest. Samuti on kaasnevaks eesmärgiks abivajaja märkamise, proaktiivne lähenemine ja rõhuasetus haiguste ja sotsiaalprobleemide ennetusele, mis aitab vältida uute probleemide teket ja aeglustada juba olemasolevate probleemide edasiarenemist ja kordumist.

Lisaks kirjeldatud eesmärkidele võib sotsiaal- ja tervisevaldkonna integratsioonil olla veel mitmeid väga erinevaid eesmärke, mille ühiseks omaduseks on vajadus eesmärgi saavutamisel teha valdkonnaülest koostööd. Näiteks võib olla ühiseks eesmärgiks tagada teenuseosutamine väljaspool tööaega või erakorralistes oludes, samuti võib olla koostöö eesmärgiks ühiselt võtta kasutusele innovatiivseid lahendusi, luua ühist taristut, kasutada ressursse (nt personali, taristut, infosüsteeme, transpordivahendeid vms) ühiselt jne jne. Riigi ülesanne on maksimaalselt sellelaadset sektoriteülest koostööd soodustada.

Teistes riikides levinud parima praktika kohaselt määratleb riik sobiliku sektoritevahelise koostöö tasandi (reeglina mingi piirkond, mis on väiksem kui riik aga suurem, kui kohalik omavalitsus) ja loob koostöömehhanismid määratud tasandil. Konkreetsete integratsiooni eesmärkide kokkuleppimine toimub integratsiooni piirkonna tasandil arvestades nii riiklike prioriteete, kui kohalikke eripärasid.

Ka Eestis on integratsiooni eesmärk korrastada süsteemi strateegilist juhtimist võimaldades tervishoiu ja sotsiaalvaldkonnas tegutsevatel ametkondadel senisest lihtsamalt ja selgemalt leppida kokku ühised eesmärgid, sihtrühmad ja prioriteetsed tegevussuunad. **Oodatavaks tulemuseks on süsteemne eesmärgistatud koostöö riigi- ja KOV tasandi vahel, dubleerivate tegevuste vähenemine ja tööga seotud rahulolu tõus.**

Teenuseosutamise korralduse vaates on integreerimise peamine eesmärk **olemasolevate piiratud ressursside senisest optimaalsem kasutamine so dubleerimiste ja ebatarvilike teenuste vältimine, teenuste osutamine õigel ajal ja õiges kohas ning vajadustele vastavalt.** Kriitilise tähtsusega on integreerida teenuseosutamine just esmatasandil, kus on täna palju väikeseid teenuseosutajaid.

Riigi esmased ootused tervishoiu- ja sotsiaalteenuste integratsioonile on tagada:

- krooniliste haiguste ja sotsiaalprobleemidega inimeste senisest parem toimetulek kodukeskkonnas ja sellega seonduvalt elukvaliteedi parandamine, kvaliteetselt elatava eluea pikenemine ja inimeste rahulolu suurenemine tervise- ja sotsiaalsüsteemiga.
- esmatasandi tervishoiuteenuste ja KOV tasandi sotsiaalteenuste jätkusuutlik inimkeskne osutamine ja lõimitus, abi kodulähedane kättesaadavus ning proaktiivne ja ennetav iseloom. Sellega kaasnevalt ka tervisedenduse senisest parem seotus

tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutamisega eesmärgiga parandada muuhulgas Eesti elanike terviseharitust.

Lisaks toetab riik koostööd kohalike omavalitsustega valdkondades, mida integreeritud teenuseosutamise piirkonnas oluliseks peetakse. Piirkonnas kokkulepitud eesmärkidest tulenevalt seatakse ka konkreetseid mõõdikuid tervishoiu- ja sotsiaalteenuste integratsioonile.

Integratsiooni eesmärkide saavutamise peamised eeldused

Lisaks muudatustele juhtimises mõjutavad kirjeldatud eesmärkide saavutamist tugevalt ka muudatused rahastamises, infotehnoloogiline tugi ning personali täiendkoolitus. Samuti peab muudatusi toetama õigusruum.

Rahastamises on oluline arendada integratsiooni toetavaid rahastamisviise ja vähendada integratsiooni pärssivaid rahastusviise (täna on kasutusel valdavalt sellised rahastamise viisid, mis töötavad koostööle tugevalt vastu). Integratsiooni toetamiseks on **vajalik luua rahastamise mehhanism, mis võimaldaks rahastajal sõlmida piirkonna koostööpartneritega ühise lepingu soovitud inimkesksete eesmärkide saavutamiseks** ja suunata koostöösse kaasatud teenuseosutajatele vähemalt osa rahalisi ressursse läbi selle lepingu sh maksta koostööpartneritele rahalist boonust seatud eesmärkide saavutamise korral.

Integreeritud süsteemi efektiivsus seisneb tema võimes koordineerida ja suunata teenuseosutamist esmatasandile. See omakorda eeldab, et esmatasandi arendamisele ja tugevdamisele tuleb anda selge prioriteet. Esmatasandi tugevdamine mõjutab nii tervishoiu, kui ka sotsiaalsüsteemi jätkusuutlikkust fundamentaalselt.

Kaasaegsete infotehnoloogilist võimaluste ärakasutamine võib mitmekordistada integratsioonist tulenevat efektiivsuse kasvu vähendades dubleerimisi ja ajakulu info hankimisele, edastamisele ning meeskonnatööle. Vajalik on luua infotehnoloogilised lahendused inimesekeskseks teenuseosutamiseks ja valdkondade vaheliseks turvaliseks ja õigeaegseks infovahetuseks. Õigusruum peab võimaldama inimesekeskset meeskonnatööd koordineerivatele ja meeskonnatöös osalevatele spetsialistide ligipääsud mõlema valdkonna infosüsteemidele.

Eestis puuduvad täna spetsialistid, kes oleksid koolitatud hindama kompleksse abivajadusega inimese tervikvajadust¹² ja suudaksid abivajajat toetada nii tema tervise kui ka heaolulaste eesmärkide saavutamisel omades vajadusel ligipääsu mõlema valdkonna infosüsteemidele.

Teiste riikide parim praktika

Eestile sobiliku lahenduse väljatöötamisele eelnes põhjalik tutvumine teiste riikide parimate praktikatega (Soome, Inglismaa, Iirimaa, Prantsusmaa, Hispaania, Belgia, Holland, Kanada, Uus-Meremaa, Austraalia, Wales, Šotimaa, Singapur jt). Vaadeldud riikides on sotsiaalvaldkonna- ja tervishoiu integreerimisega tegeletud juba üle 10 aasta ja ehkki iga riigi süsteem on mõnevõrra erinev (ja mitte kõigis riikides ei ole jõutud üleriigiliste lahendusteni), võib selgelt välja tuua vaadeldud süsteemide ühised jooned:

¹² sotsiaaltöötajad on pädevad hindama eeskätt sotsiaalseid vajadusi ja tervishoiutöötajad eeskätt tervisealaseid vajadusi

- Moodustatud **on integreeritud teenuste piirkonnad** ja korraldatud iga piirkonna **kohapealne tegevuse juhtimine** ning koordineerimine
- Kokku on lepitud **ühises visioonis ja eesmärkides**, mida soovitatakse koos saavutada
- Piirkondades on loodud **piirkondlikud teenuseosutajate võrgustikud**
- Võrgustikutöös osalejatele on loodud koostöö ja kommunikatsiooni **IT platvorm**
- Välja on töötatud **riskirühmade tuvastamise meetod**, integreeritud teenuseosutamise **juhtimismöödikud** ja nendega seostatud **koostööd motiveeriv rahastamise mehhanism**
- Võrgustikes on kokku lepitud teenuste osutamise protsess ja teenuseid saava inimese liikumise teekond, **toimub valdkonnaülene teenuskoordinatsioon**, kasutusele on võetud ühtsed vormid teenusvajaduse hindamiseks ja inimesekeskseks teenuste osutamiseks (**terviseplaanid ja heaoluplaanid**)
- Keskelt on hinnatud integratsiooniga seotud vajaliku inimressurss ning süsteemselt toetatud **multidistsiplinaarsete esmatasandi meeskondade areng, personali täiendkoolitamine**.

Õppevisiitidelt ja teiste riikide praktilistest kogemustest jäi kõlama, et:

- Integratsioon ei ole isetekkeline, seda tuleb juhtida. Juhtimine on oluline kõigil tasanditel. Integratsiooni aluseks on ühine visioon.
- Integratsiooni ei toimu ilma koostööta. Integratsioon saab tekkida usalduse tekkimise kiirusel. Ka kogukondlikult ja paikkondlikult tasandilt tulnud ideid ja ettepanekuid tuleb arvestada ning luua võimalusi piirkondlike eripäradega arvestamiseks.
- Vastutus populatsiooni tervise- ja heaolu eest tuleb delegeerida sobilikule tasandile, kus seda on võimalik sisukalt eesmärgistada ja juhtida. Vastutus tuleb delegeerida neile, kes saavad sisulist vastutust võtta.
- Integratsioon hakkab toimima, kui see on eesmärgistatud ja mõõdetud. Samas, mõõtmine on kulukas ja mõõta tuleb seda, mis tegelikult oluline on ja aitab edasi.
- Integreerumise toetamiseks tuleb vähendada üksikute teenuseosutajate konkurentsi rahale ja suurendada ühise rahastuse võimalusi ning hinnata ja tasustada koostöös saavutatud tulemusi

Eestile sobiliku integratsioonimudeli väljatöötamisel võeti aluseks teiste riikide parim praktika ja kogemused.

Integreeritud süsteemile ülemineku strateegia Eestis

Tulenevalt kirjeldatud integratsiooni eesmärkidest, nende saavutamise eeldustest ja teiste riikide parimatest praktikatest, on laiapõhjalises töörühmas saavutatud konsensuse alusel Eestile sobilikum integreeritud tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemile ülemineku strateegia järgmine:

- Moodustatud on integreeritud teenuste piirkonnad ehk heaolupiirkonnad ja korraldatud iga piirkonna kohapealne tegevuse juhtimine ning koordineerimine (nn koostöökogud vms)
- Riiklikult on kasutusele on võetud populatsioonipõhine riskijuhtimine, mis tähendab, et üldpopulatsioon segmenteeritakse riskirühmadesse ja sekkumisi planeeritakse riskirühma põhiselt. Määratletud on selgelt esmased riskirühmad, kellele tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostöö fookus suunatakse.

- Heaolupiirkondades on kokku lepitud ühises visioonis ja eesmärkides, mida soovitatakse koos saavutada
- Kasutusele on võetud integratsiooni ja valdkonnaülese koordineeritud teenuseosutamise juhtimismõdikud ja nendega on seostatud koostööd motiveeriv rahastamise mehhanism. Vähendatud on koostööd pärssivaid rahastamise meetodeid.
- Tsentraalselt on määratletud integratsiooniga seotud vajalik inimressurss ja planeeritud tarvilikud täiendkoolitused. Toetatakse süsteemselt multidistsiplinaarsete esmatasandi meeskondade arengut.
- Heaolupiirkondades on loodud teenuseosutajate võrgustikud, kelle ülesandeks on sujuva ja kohalike olusid arvestades optimaalse teenuse osutamise protsessi kokkuleppimine ja kasutuselevõtt, valdkonnaülese teenuskoordinatsiooni teenuste kasutuselevõtt ja osutamine, erakorralise jm valmisoleku teenuste osutamine, kõiki osapooli hõlmava tervisedenduse korraldamine ning koostöö tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna arendamisel piirkonnas
- Võrgustikutöös osalejatele on loodud koostöö ja kommunikatsiooni IT platvorm, kasutusele on võetud ühtsed digitaalsed vormid teenusvajaduse hindamiseks ja teenuste osutamiseks (terviseplaanid ja/või heaoluplaanid)

Kõiki loetletud strateegilisi samme kirjeldatakse järgnevalt lähemalt

Mõttemalli muutus

Tuleb arvestada, et integreeritud süsteemile üleminek ei seisne vaid fikseeritud kompleksis üksikmuudatustes, vaid eeldab kogu ühiskonnalt mõttemalli muutust

PRAEGU	TULEVIKUS
Haiguste ravimisele ja muude üksikprobleemide (järjestikusele) lahendamisele suunatud süsteem	Tervise- ning sotsiaalprobleemide ennetamisele suunatud süsteem, abivajaduse korral terviklikule aitamisele suunatud süsteem
Pöördumispõhine ehk reaktiivne teenuseosutamine	Riskirühmade halduse põhine ehk proaktiivne teenuseosutamine
Süsteem vastutab inimese tervise- ja heaolu eest	Inimene võtab ise vastutuse oma tervise ja heaolu eest
Esmatasandi tervishoid, eriarstiabi, kiirabi, haiguste ennetus ja sotsiaalteenused on eraldiseisvad	Esmatasandi tervishoiuteenused, sotsiaalteenused, kiirabi ja eriarstiabi on koordineeritud ning lõimitud kogukonna abi ja ennetusega.
Spetsialiseeritud ja institutsionaalse abi keskne süsteem	Esmatasandi ja kogukondliku abi keskne maksimaalselt kodust toimetulekut toetav süsteem

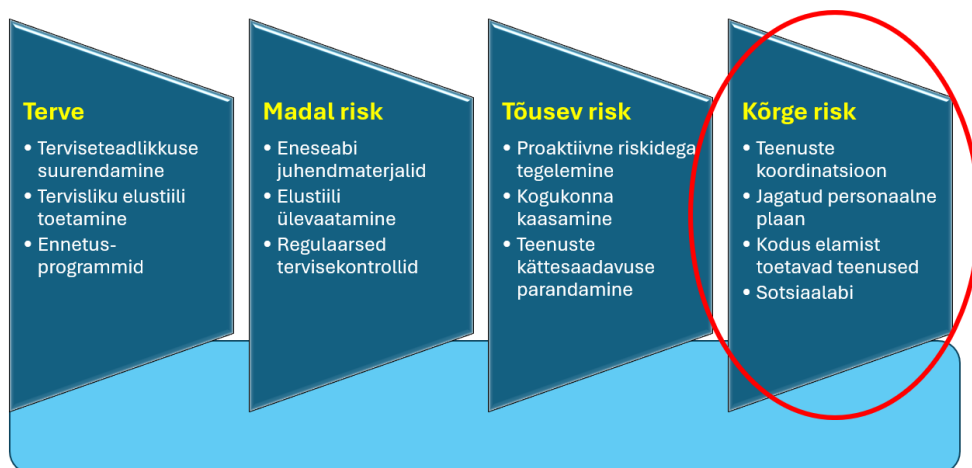
Üksikute teenuseosutajate rahastamine peamiselt teenuse, juhtumi- ja/või nimistupõhiselt, puudub motivatsioon teha koostööd	Võimalus rahastada koostööpartnereid ühise eesmärgi põhiselt, motivatsioon teha koostööd ja sõlmida koostöökokkuleppeid
Tsentraalselt juhitud süsteem, vastutus tulemi eest riigi tasandil	Piirkondlikult juhitud ja paikkondlikke eripärasid arvestav süsteem, vastutus tulemi eest piirkonnal
Iga tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna esindaja riigis teeb ise „oma teemadel“ piirkondadega (sh KOV-idega) koostööd	Tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna riiklike organisatsioonide esindajatel on piirkondade arendamise suunal ühine strateegia

Integratsiooni sihtrühm

Ehkki süsteemi vaates on tarvilik tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna integratsioon laiemalt, siis inimese vaates keskendub integratsioon eeskätt kindlatele sihtrühmadele ehk nn riskirühmadele ja seda seetõttu, et just riskirühmadega on seotud või potentsiaalselt seotud kõige rohkem tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna ressursse. **Teiste riikide kogemuse põhjal on kõige otstarbekam alustada integreeritud teenuste osutamist inimestele, kellel on korraga mitu erinevat kroonilist haigust ja seetõttu tekkinud ka erinevad sotsiaalsed probleemid.** Enamasti on need vanemaealised inimesed, kuid mitte alati. Ebaefektiivsuse vähendamise ja kuluka abi ärahoidmisest tekkinud säästu saab kasutada uute teenuste kasutuselevõtuks, ajalise kättesaadavuse parandamiseks, teiste sihtrühmade toetamiseks vms.

Riskirühma kuuluvate inimeste tuvastamiseks on otstarbekas kasutada infotehnoloogilisi abivahendeid. WHO soovib riikidel kasutusele võtta **populatsioonipõhise riskijuhtimise, mis tähendab, et üldpopulatsioon segmenteeritakse riskirühmadesse vastavalt sellele, milline on selle liikme haiguskoormus ja selle kaudu oodatav tõenäosus kasutada kulukaid avalikke teenuseid.** Aktiivne koostöö ja ennetus suunatakse just sinna, kus sellest on kõige suuremat abi. Samuti võimaldab selline lähenemisviis selgelt eesmärgistada riskirühmade hõlmatust erinevate sekkumistega (näiteks % riskirühma inimestest, saavad teenuskoordinatsiooni) ning siduda tasustamist inimesekesksete tulemustega (näiteks % riskirühma inimestest, kes tulevad toime kodukeskkonnas elamisega vms).

Eesti tervishoid ja sotsiaalsüsteem on praegu valdavalt pöördumispõhine ehk reaktiivne. Populatsioonipõhine riskihaldus võimaldab märgata ka inimesi, kes ise reeglina ei pöördu vaid satuvad teenusele viimases hädas erakorraliselt.



Joonis 1. Populatsioonipõhine riskihaldus selekteerib üldpopulatsiooni erinevate riskitasemetega segmentidesse. Iga segmendile suunatakse talle sobilikud sekkumised. Integreeritud teenuseosutamist vajavad eeskätt kõrge riskitasemega inimesed.

Esmaseks integreeritud teenuste sihtrühmaks on mitme kroonilise haigusega ja kaasuvate sotsiaalprobleemidega inimesed. Järgmised olulised sihtrühmad, kellele integreeritud teenuseid võiks osutada on erivajadustega inimesed ja terviseseisundi tõttu sotsiaalset rehabilitatsiooni vajavad inimesed ning noored ja lapsed, kellel on vaimse tervise mured ja sõltuvusprobleemid. Tuleb aga tähele panna, et laste ja noorte riskirühmaga tegelemine eeldab juba ka haridussüsteemi integreerimist. Võimalikele lisanduvatele sihtrühmadele käesolevas dokumendis ei keskenduta.

Valdkonnaüleline teenuskoordineerimine

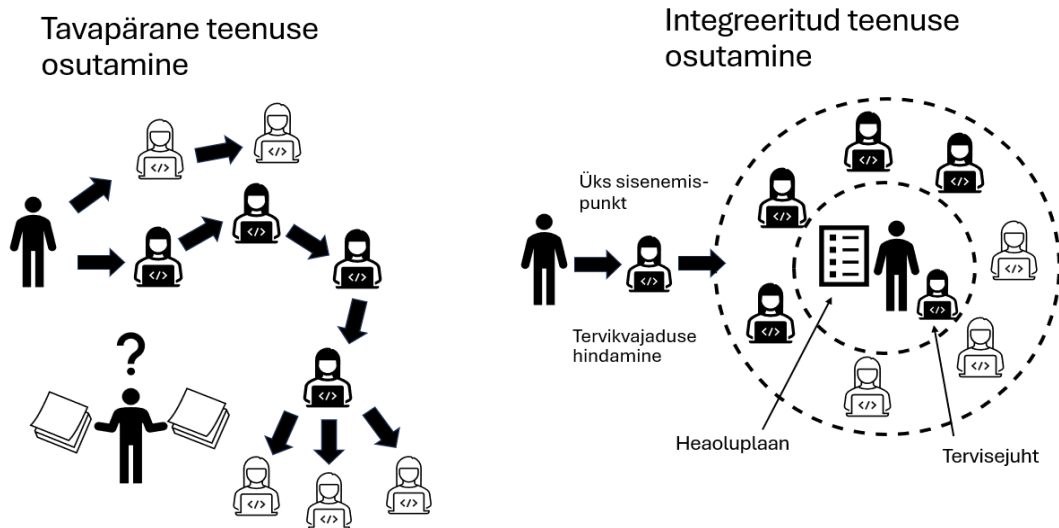
Traditsiooniline tervishoiuteenuse osutamine on reaktiivne, diagnoosipõhine ja suunamisepõhine. Inimese pöördumise korral tegeleb spetsialist tema konkreetse kaebusega. Kui selgub, et inimesel on veel kaebusi, suunab spetsialist abivajaja järgmise teenuseosutaja juurde, kes toimib samalaadselt ja nii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

Traditsiooniline teenuseosutamine on sobilik sihtgrupile, kellel on aegajalt akuutseid tervise/sotsiaalprobleeme, mis abi saamisel mööduvad. Inimese jaoks, kellel on korraga mitmeid kroonilisi haigusi või kestvaid terviseprobleeme, millega kaasnevad sageli ka sotsiaalsed probleemid, muutuvad teekonnad traditsioonilise teenuseosutamise korral pikaks ja keerukaks. Inimene ei tea, kuhu oma muredega pöörduda, tajub süsteemi fragmenteerituna ja on segaduses suurest hulgast teenustest, mille hulgast ta ei oska enda jaoks tarvilikke valida ja/või mille saamiseks ta peab vaeva nägema.

Suurenenud teenusvajaduse korral tõuseb risk, et teekond katkeb ja inimese abivajadus jääb katmata. Selle tulemusel haigused süvenevad ja ägenevad ning ebastabiilses olukorras inimene satub peagi erakorralise meditsiini osakonda ja/või hospitaliseeritakse. Kui kodune toimetulek on olulisel määral halvenenud võib inimene sattuda hoolekande asutusse. Kõik see on ühiskonnale oluliselt kallim, kui abivajaduse varajane märkamine ja inimese võimestamine eneseabis ning tema igakülgne koduse toimetuleku toetamine, samuti abivajaja lähedaste toetamine.

Paljudes Euroopa riikides on juba aastakümneid olnud kasutusel **valdkonnaüleline teenuskoordineerimine**, mis erineb olulisel määral tavapärasest teenuseosutamisest. Selle eesmärk on lihtsustada riskirühma kuuluva inimese juurdepääsu talle vajalikele tervishoiu- ja

sotsiaalteenustele. Teenusele sisenemine toimub piirkonnas kokkulepitud kohas ehk sisenemispunktis, kus riskide juhtimisele spetsialiseerunud teenuskoordinaator ehk **tervisejuht** kaasab vajalikke spetsialiste ja viib läbi inimese tervikvajaduse hindamise ning koostab koostöös abivajajaga talle selgelt eesmärgistatud plaani **ehk heaoluplaani**, mis on abivajajale arusaadav ja aktsepteeritav ning, mille täitmisse ta koos lähedastega aktiivselt panustab. Plaani täitmiseks **moodustab tervisejuht abivajaja ümber meeskonna**, kuhu kuuluvad nii sotsiaal, kui tervisevaldkonna spetsialistid – perearst, pereõde, KOV sotsiaaltöötaja, eriarst, koduõde jt. Multidistsiplinaarse meeskonna ülesandeks on vajadusel abivajajat plaani elluviimisel aidata. Täitmise tulemuslikkust hinnatakse koos abivajajaga regulaarselt ja selle põhjal otsustatakse teenuskoordinatsiooni jätkamise vajadus.



Joonis 2. Tavapärane teenuse osutamine vs integreeritud teenuseosutamine

Teiste riikide praktika põhjal on tõenduspõhised valdkonnaülest teenuskoordinatsiooni sisaldavad teenused tervisejuhi teenus esmatasandil, haiglast varajase väljumise toetamise teenus, koduhaigla teenus ja kodupõhine/kodulähedane palliatiivse ravi teenus. Kõik need eeldavad teenuskoordinatsiooni ja multidistsiplinaarse meeskonna koostööd. Ükski neist teenustest ei ole täna Eestis süsteemselt kasutuses.

Haiglast varajase väljumise toetamise teenust koordineerib haiglas töötav tervisejuht, kes koostab riskipatsiendile enne haiglast lahkumist heaoluplaani ja hoolitseb, et selle täitmine jätkuks esmatasandil koostöös esmatasandi tervishoiu meeskonna ja kohaliku omavalitsusega. Täna täidavad osaliselt antud rolli haiglate sotsiaaltöötajad, kuid nende kvalifikatsioon, tööprotsessid ega ka rahastamine ei ole riigi poolt reguleeritud.

Ehkki nende teenuste kasutuselevõttuga on seotud täiendav kulu, on tegemist sisuliselt investeeringuga, sest OECD hinnangul võimaldab valdkonnaülese teenuskoordinatsiooni kasutuselevõtt kasutada olemasolevaid ressursse senisest oluliselt säästlikumalt.

Valdkonnaülese koordineerimise teenused (rahvusvahelised parimad praktikad)	Oodatav mõju sihtrühmale (3 aastat peale rakendamist)	Prognoositav lisakulu/kokkuhoid**
Tervisejuhi teenus esmatasandil, mis ennetab EMO-sse ja haiglaravile sattumist	Välditavad hospitaliseerimised ↓ ca – 10 mln, Välditavad rehospitaliseerimised ↓ ca -10 mln	Prognoositav lisakulu valdkonnaülese koordineerimise teenustest max 10 mln aastas
Haiglast varajase väljumise toetamine, kvaliteetne järelravi, vajadusel kodu kohandamine ja kodus toimetuleku nõustamine ning toetamine	Haiglaravi kestus ↓20-25% st tänaselt 7 päevalt 5,5 päevale, ↓ ca 112 000 VP võrra, ca -23 mln	OECD hinnangul on oodatav sääst TH süsteemile 3a peale rakendamist ca -5% sihtrühma (so 55-84 aastaste) tervishoiukuludest aastas so ca 50 mln aastas . Tervisekassa andmete analüüs kinnitab seda.
Koduhaigla teenus eesmärgiga vältida võimalusel hospitaliseerimist	Välditavad EMO visiidid ↓20%, ca - 8 mln, ↓30%, ca – 12 mln	
Kodulähedane/kodupõhine palliatiivne ravi		

Joonis 3. Valdkonnaülese teenuskoordineerimise rahvusvahelised parimad praktikad, Sotsiaalministeeriumi analüüs Tervisekassa andmete alusel

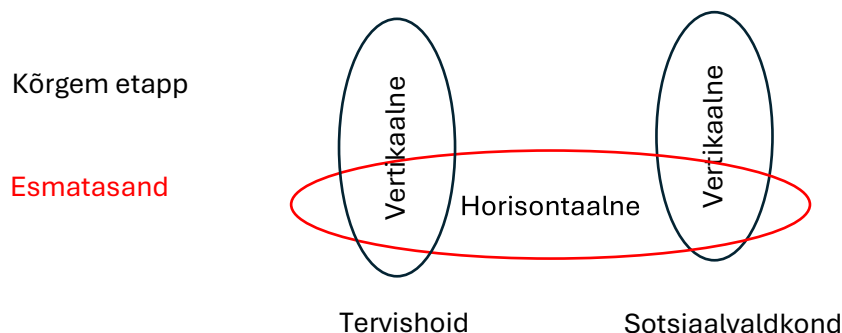
Valdkonnaülese koordineerimise teenuste eripäraks on, et nende efektiivne rakendamine eeldab tervishoiu ja sotsiaalsüsteemi laiemat integratsiooni, ilma milleta on antud teenuste kasutegur oluliselt väiksem või võib ka üldse puududa.

Integratsiooni tasandid ja dimensioonid

Rahvusvahelises praktikas eristatakse tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna horisontaalset ja vertikaalset integratsiooni.

Horisontaalse integratsiooni korral teevad koostööd sama tasandi teenuseosutajad ja teenuse osutamise korraldamise eest vastutajad. Näiteks toimib mitmes riigis esmatasandi võrgustik, mis ühendab omavahel esmatasandi tervishoiuteenuse- ja sotsiaalteenuse osutajaid.

Vertikaalse integratsiooni korral teevad koostööd madalama- ja kõrgema etapi teenuseosutajad¹³ ning nende teenuste korraldamise eest vastutajad. Näiteks Teekonnapõhine tervishoiu- ja sotsiaalteenuste koordineerimine (insuldipatsiendi raviteekond) on tarvilik eeskätt juhtudel, kus inimene peab tarviliku abi saamiseks kasutama lisaks esmatasandi teenustele ka olulisel määral kõrgema etapi tervishoiuteenuseid.



Joonis 4. Integratsiooni dimensioonid

¹³ Kõrgema etapi tervishoiuteenuste all mõeldakse ambulatoorset ja statsionaarset eriarstiabi. Kõrgema etapi sotsiaalteenuste all mõeldakse erihoolekande teenuseid

Horisontaalne ja vertikaalne integratsioon ei välista teineteist. Käesoleva mudeliga pakutakse lahendusi mõlema integratsiooni toetamiseks aga **peamine tähelepanu on esmatasandi horisontaalsel integratsioonil.**

Täna puudub Eestis tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna ülene juhtimine ja vastutus. Eestis, nagu ka paljudes teistes Euroopa riikides, toimub tervishoiuteenuste korraldamine ja rahastamine peamiselt riigi tasandil, sotsiaalteenuste korraldamine ja rahastamine peamiselt kohalikul tasandil.

Lähtudes eesmärgist, mille kohaselt on oluline integreerida abi osutamine just esmatasandil, analüüsiti Eesti inimeste liikumist esmatasandi tervishoiuteenustele ja esmatasandilt toetavatele teenustele. Selle põhjal jõuti järeldusele, et täna saavad inimesed enamiku oma esmatasandi tervishoiuteenustest maakonna siseselt. KOV-i poolt osutatavad sotsiaalteenused, mis on sotsiaalsüsteemi mõistes esmatasandi teenused, saadakse enamasti oma omavalitsuse piires. Integratsiooni laiapõhjaline tööühm, kuhu kuulusid erinevate tervishoiuteenuse osutajate ja spetsialistide liitude esindajad ning Linnade ja Valdade Liidu esindajad, jõudis järeldusele, et maakond on Eestile esialgu sobilik sotsiaal- ja tervishoiu integratsiooni piirkond. Ka rahvusvahelise praktika analüüs näitas, et sobilik esmatasandi integratsiooni piirkond on 20 000-50 000 elanikku (va tiheasustatud alad, kus tuleb lähtuda tõmbekeskuse põhimõttest). Tulevikus, kui maakondade rahvaarv väheneb, võib kaaluda heaolupiirkonna moodustamist üle mitme väiksema maakonna.

Sotsiaalvaldkonna ja tervishoiu integratsiooni sobilik strateegilise- ja operatiivjuhtimise tasand oleks seega maakond. Maakonda nimetame heaolupiirkonnaks. Riik peab sotsiaal- ja tervishoiuvaldkonna integratsiooni süsteemselt toetama ja suunama. Ka kohalikud omavalitsused peavad teineteist tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostöös toetama.

Perearstid oma meeskondadega on kutsutud ellu, et aidata inimest elukaare üleselt, siduda inimese jaoks tervikuks kõik vajalikud esmatasandi teenused ja olla inimesele esmaseks kontaktiks terviseprobleemide tekkel. Perearstiabi süsteemi tugevusest sõltub olulisel määral see, kui hästi õnnestub omavahel integreerida esmatasandi teenuseosutamine. Seetõttu on enamikus välisriikides integratsiooni olulise osana käsitletud ka perearstiabi jätkusuutlikkust ja võimestamist. Eesti jaoks välja töötatud sotsiaalvaldkonna ja tervishoiu integratsioonimudel on samuti **tihedalt seotud esmatasandi arengukavaga.**

Tänane Eesti hoolekande korraldus on keeruline ja vajab ajakohastamist. Põhiline juhtumikorraldaja roll on abi vajavatel inimestel või nende lähedastel, kes peavad abi saamiseks pöörduma erinevatesse ametkondadesse. Käesolevas dokumendis kirjeldatud korraldusettepanek aitab leevendada suurt hoolduskoormust ja ehitades üles inimese terviklikust abivajadusest lähtuva abi andmise süsteemi selliselt, et see algaks esmatasandilt, kus hinnatakse inimese abivajadust ning seejärel suunatakse inimene edasi talle sobilikke teenuseid saama. Mitmest valdkonnast abi vajamise korral tagatakse selle koordineeritud osutamine. Eesti jaoks välja töötatud sotsiaal- ja tervisevaldkonna integratsioonimudel **toetab Hoolekande ja heaolu arengukava 2023-2030 elluviimist.**

Haiglavõrgu haiglad, eeskätt maakondliku vastutusega haiglad, osutavad täna olulisel määral teenuseid, mis kvalifitseeruvad sisult esmatasandi teenusteks nt ennetusteenused, koduõendus, füsioteraapia jms. Samuti on maakonnahaiglad olulised esmatasandi toetajad pakkudes perearstidele diagnostika ja laboriteenuseid ning eriarsti konsultatsiooni aga ka näiteks tööajavälilist valveteenust. Eesti jaoks välja töötatud sotsiaal- ja tervisevaldkonna integratsioonimudel on seetõttu **tihedalt seotud ka haiglavõrgu arengukavaga.**

Tervisedendus on täna korraldatud maakondlikult ja maakonna tervisedendajad töötavad maakondade omavalitsusliitude juures. Sellise korralduse positiivne külg on tugev seotus kohalike omavalitsustega, probleem on aga, et tervisedendajad on eemal nii tervishoiu-, kui

sotsiaalteenuse osutajatest ja nende seos näiteks perearstidega on täna väga nõrk. Vajalik oleks tervisedendus senisest tugevamalt lõimida esmatasandiga ning ära kasutada mõlema osapoole võimalused terviseharituse süsteemseks parandamiseks.

Käesoleva integratsioonimudeli rakendamise põhimõtted **on põimitud/põimitakse ka teistesse riiklikesse arengukavadesse (nt kiirabi arengukava, palliatiivse ravi tegevuskava jt)**

I faasis integratsiooni kaasatavad osapooled

Integratsiooni eduka käivitamise eeltingimuseks on lisaks selgelt piiritletud sihtrühmale ja eesmärkidele ka selgelt piiritletud osapooled, keda kaasatakse integratsiooni esimesse faasi.

Teenuste korralduse osas hõlmab planeeritav integratsioon esimeses faasis KOV poolt osutatavaid ja/või KOV poolt korraldatavaid sotsiaalteenuseid, tervishoiu esmatasandi teenuseid (eeskätt perearstiabi ja tervisekeskuste teenused), haiguste ennetuse ja tervisedenduse teenuseid, kiirabi teenuseid ja sotsiaaltransporti ning selliseid teenuseid, mida osutavad küll haiglad aga mis on tihedalt seotud ka esmatasandiga näiteks uuringud, EMO, koduõendus, füsioteraapia jms.

Kõrgema etapi tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna teenuseid ei integreerita esimeses faasis. Ka haridusvaldkonna teenuseid ei integreerita esimeses faasis.

Vabatahtliku abi osutamise tegelevad vabaühendused ja sotsiaalsed ettevõtted kaasatakse koostöösse sõltuvalt piirkondade valmisolekust ja võimalustest neid kaasata peale seda, kui on käivitunud formaalne (vt Integratsioon vormid) koostöö.

Strateegilisse juhtimisse kaasatakse lisaks Sotsiaalministeeriumile ja tema allasutustele ka Tervisekassa. Osaliselt puudutab tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna integratsioon ka Siseministeeriumi vastutusala, mis on seotud turvalisuse ja valmisolekuga erakorralisteks olukordadeks. Tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna integratsiooni strateegilisse juhtimisse on vajalik kaasata kõik kohalikud omavalitsused.

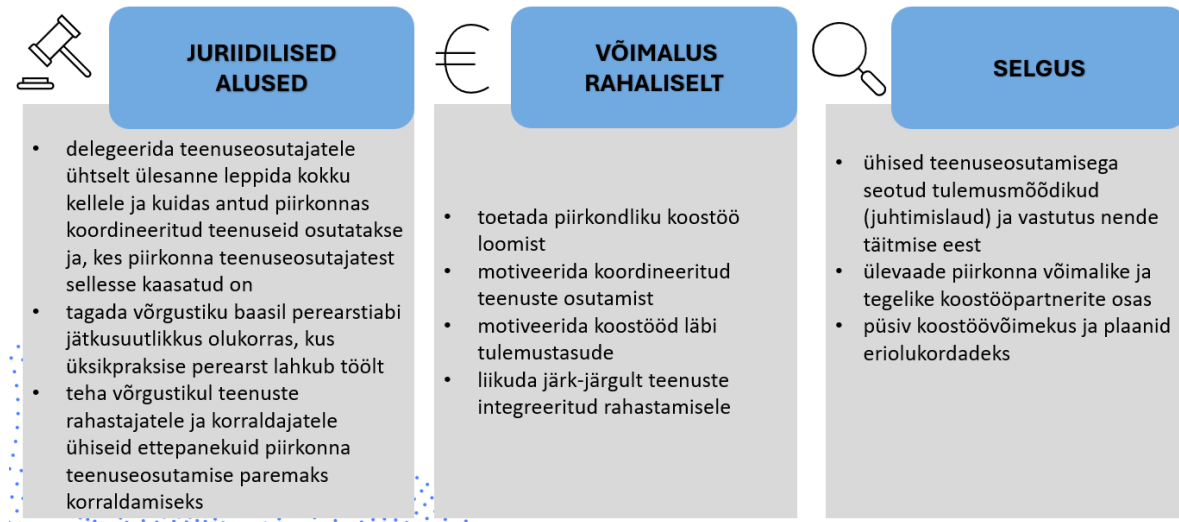
Integratsiooni vormid

Sotsiaal- ja tervishoiuteenuse osutajate koostöö võib olla kas mitteformaalne või formaliseeritud (st koostöö toimub vastavate koostöölepingute või õigusakti alusel või on koostöök moodustatud juriidiline isik vms). Mitteformaalne koostöö on levinud eeskätt nendes maakondades, kus riik on seda toetanud või toetamas välisabi projektidega. Peale välisabiprojektide lõppemist on koostöö enamasti mõne aja jooksul sumbunud või üksikutel juhtudel formaliseeritud (näiteks laste vaimse tervise keskus Pärnumaal). See kinnitab teiste riikide kogemust, et integratsioon ei ole isetekkeline ja selle loomiseks ning hoidmiseks tuleb seda sihipäraselt juhtida ja väärtustada.

Integratsiooni loomiseks ei piisa sellest, kui olulised osapooled tuua kokku tegutsema ühe katuse alla. Selle õppetunni saime, kui ehtasime ja moodustasime esmatasandi tervisekeskuseid, kus pidi planeeritavalt hakkama toimima perearstide omavaheline koostöö ja ka koostöö sotsiaalvaldkonnaga. Tegelikult ei õnnestunud saavutada kumbagi eesmärki, sest rahastusmudel ei toetanud sisulist koostööd.

Teiste riikide kogemus näitab, et integratsiooni on kõige lihtsam ja efektiivsem juhtida ja rahastada koostöö formaliseerimise kaudu. Koostöö formaliseerimine võimaldab selgelt

defineerida, kes on koostöö osapooled sh, kellel on kohustus koostöös osaleda. Samuti võimaldab see üheselt defineerida koostöö piirkonna ja sihtrühmad ning delegeerida vastutuse sobilikule tasandile. See võimaldab järk-järgult liikuda integreeritud rahastamisele ja loob ka selgust, ühiste eesmärkide osas ning parandab koostöö võimekust eriolukordades.



Joonis 5. Koostöö formaliseerimine võimaldab selgelt defineerida koostöö juriidilised alused, annab võimaluse liikuda integreeritud rahastamise suunas ja loob osapoolte vahel selguse nii ühistes eesmärkides ja kaasatud osapooltes, kui loob ka püsiva koostöövõimekuse eriolukordadeks.

Koostöö formaliseerimine tähendab kas uue juriidilise isiku loomist koostöö osapoolte poolt ühise koostöö eesmärgil või kokkulepet, et mõni olemasolev juriidiline isik võtaks koostöö juhtimise ja korraldamise enda ülesandeks.

Integratsioonimudeli komponendid

Integratsioonimudeli olulised komponendid on:

- Integratsiooni rahastamine
- Teenuste osutamise korraldus
- Integratsiooni juhtimine
- Integratsiooni toetamine IT-ga
- Integratsiooni toetamine personalipoliitikaga
- Integratsiooni toetamine õigusruumi ja lepingutega

Integratsiooni rahastamine

Tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna integratsiooni rahastamisel saab eristada **integratsiooni toetavat rahastamist ja integreeritud rahastamist**

Integratsiooni toetavat rahastamist saab omakorda jagada koostöö loomist toetavaks rahastamiseks ja koostöö rahastamiseks.

Koostöö loomist toetava rahastamise eesmärgiks on tuua erinevad teenuseosutajad kokku ja luua usaldus, võimalused ning koostöökogemus ühiste eesmärkide seadmisel ja täitmisel. See võib sisaldada ühise taristu või juriidilise keha loomise finantseerimist, ühiste koolituste

rahastamist, multidistsiplinaarsete meeskondade loomise ja koordineerimise süsteemi loomise toetamist, ühise otsustusprotsessi ja ühise eesmärkide seadmise ja jälgimise toetamist jms.

Koostöö rahastamist saab alustada, kui koostöö juba sisuliselt toimib. Koostöö rahastamisel lähtutakse koostööpartnerite poolt kokkulepitud koostöökorraldusest. Rahastamise objektiks on valdkonnaülene koordineerimine või valdkonnaülelülil koordineeritud kompleksteenused, mis võimaldavad abivajajal sujuvalt liikuda erinevate teenuseosutajate ja oma kodu vahel. Olemasolevaid sotsiaal- ja tervishoiu teenuseid rahastatakse endiselt eraldiseisvalt. Koostööd rahastatakse sageli teenuseid osutavate organisatsioonide poolt moodustatud ja neid esindava **ühise juriidilise isiku kaudu**. Koostööleping sisaldab ka ühiseid eesmärke ja mõõdikuid koostöö osapooltele ning selle kaudu saab maksta boonustasu ühiste tulemuste saavutamise eest. Koostöö rahastamine lisandub justkui täiendava kihina olemasolevale teenuste rahastamisele.

Integreeritud rahastamine tähendab, et teenuseosutajale makstav summa sisaldab nii kõiki kokkulepituid baasteenuseid kui koordineerimisteenuseid, kuid pole eristatud, kui palju antud summast on mõeldud mingile teenusele. **Integreeritud rahastamine eeldab** omavahel koostööd tegevate spetsialistide ja/või erinevaid teenuseid osutavate organisatsioonide poolt moodustatud ja neid esindava **ühise juriidilise isiku olemasolu**.

Integreeritud rahastamisele ei ole võimalik üle minna ilma integratsiooni toetava rahastamise etappi läbimata. Eestis on tänaseks juba 8 aastat finantseeritud erinevate välisabi ja innovatsiooni pilootprojektide (PAIK ja hoolduskoordineerimine) kaudu koostöö loomist ja koostööd. Projekti kujul on integratsiooni jätkuvalt toetatud/toetatakse Viljandi, Valga, Tartu, Saare, Rapla, Ida-Viru maakonnas. Samas näitab kogemus, et kui kaob projekti tugi ja (eestvedaja) rahastamine, langeb tasapisi ära ka süsteemne koostöö.

Positiivne on see, et tänu varasemale projektitoetusele ja koostöökogemusele on oluline osa Eesti maakondade koostöövõrgustikest võimeline suhteliselt mõistliku ettevalmistusajaga sõlmima koostöö rahastamise lepingu, kui õigusruum toetab ja rahastaja selleks valmis on.

Koostöö rahastamine peaks sisaldama esialgu vähemalt kahte komponenti:

- a) **võrgustiku baaskulu** so regulaarselt kaetav kulu, mis tagab võrgustiku baasfunktsioonide toimimise ja võrgustiku ülesannete täitmise,
- b) **võrgustikuteenuste kulu** so sõltuvalt maakonnas kokkulepitud osutatavate võrgustikuteenuste hulgast ja sisust.

Sellele lisandub lähiaastatel koostöö arendamise rahastamine erinevate välisabi projektide kaudu. Võrgustiku baaskulu personalikulude ja töövahendite osa peaks katma Tervisekassa ja infrastruktuuri kulu maakonna KOV-id (so tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostöö põhimõttel kulude katmine). Võrgustikuteenuste kulu peaks katma Tervisekassa, kuna tegemist on tervishoiusüsteemi jaoks tugevalt kuluefektiivsete teenustega.

Kui TERVIK-ud on juba mõnda aega toiminud ja koostöökogemus tekkinud, saab edasi liikuda keerukamatele rahastamise viisidele (so integreeritud rahastamisele). Planeeritud rahalised mõjud perioodil 2025-2030 on täpsemalt lahti kirjutatud dokumendi lõpus olevas rakenduskavas.

Teenuste osutamise korraldus

Integreeritud teenuseosutamise arengu eelduseks on, et igas heaalupiirkonnas toetatakse aktiivselt tervishoiu- ja sotsiaalteenuse osutajate vahelist süsteemset koostööd. Selleks moodustatakse igas maakonnas sotsiaal- ja tervisteenuseosutajatest võrgustik ehk **koostöövõrgustik** ning toetatakse **võrgustiku formaliseerimist (kas olemasolevaks või uueks) juriidiliseks isikuks** ehk **TERVIK-uks**, mis oleks rahastajatele koostööpartneriks võrgustikuteenuste osutamisel (ning tulevikus ka integreeritud teenuse osutamisel).

TERVIK-u baasfunktsioonid

- Laiendada ja toetada võrgustikku, pidada sellesse kaasatud teenuseosutajate andmebaasi
- Koostada piirkonna strateegiliste eesmärkide ja tegevussuundadega kooskõlas tegevuskava (periood võiks ühilduda KOV valimistsüklitega)
- Töötada välja toimivaid koostöölahendusi ja juhendeid, teha ettepanekuid uute innovatiivsete teenuslahenduste kasutuselevõtuks piirkonnas
- Korraldada riskirühmade märkamise süsteem oma piirkonnas, osutada teenuseid koostöös, võimalusel integreeritult

Läbi TERVIK-u võiks olla rahastatud

- Valdkonnaülese koordineerimise teenused
- Esmatasandi valveteenused
- Koostöö sotsiaalteenuste osutamisel
- Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenused
- Tervisedendus- ja haiguste ennetus
- Piirkonna esmatasandi arendusfond
- Riigi toetused ja välisabi projektid, mis on suunatud koostöö parandamisele tervishoius ja sotsiaalvaldkonnas
- Valmisolek erakorralisteks olukordadeks
- Ühiste eesmärkide saavutamine

Pakutavate võrgustikuteenuste hulk võib piirkonniti olla erinev, samuti sõltub teenuste osutamise kohalik korraldus iga piirkonna võimekusest ja eripäradest. Minimaalselt peaks iga võrgustik osutama valdkonnaülese koordineerimise teenuseid, tervisedendust ja haiguste ennetuse teenuseid ning osalema ühiselt erakorralise valmisoleku korraldamises ja välisabi projektides, mis on suunatud valdkondade vahelise ja sisese koostöö arendamisele.

Tulevikus võiks TERVIK-ut järjest enam kasutada integreeritud rahastamise juurutamiseks. Näiteks võiks koondada TERVIK-usse piirkonna sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuste osutamise, tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koduteenuste osutamise, noorte vaimse tervise teenuste osutamise jms.

TERVIK-u moodustamise protsess:

- Igas piirkonnas moodustatakse esmalt olulistest osapooltest nn integratsiooni initsiatiivgrupp, kuhu kuuluvad vähemalt KOV-ide esindajad, maakonnahaigla esindajad ja perearstiabi teenuse osutajate esindajad. Perearstiabi osutajatest kuuluvad initsiatiivgruppi tervisekeskuste esindajad ja aktiivsete üksik/grupipraksiste perearstid
- SOM käivitab mentorluse programmi, mille käigus koolitatakse mentorid, kes toetavad ja aitavad initsiatiivgruppidel oma piirkonnas vajalikud koostöö läbirääkimised pidada, kokkulepped sõlmida ja formaliseerida koostöövõrgustiku TERVIK-uks ning selle töö käivitada ja rahastamise lepingu saada

Peale seda võib võrgustikku toetanud mentor sobivuse korral saada võrgustiku tegevjuhiks või aidata võrgustikul leida sobiliku tegevjuhi.

Praeguseks on integratsiooni initsiatiivgruppid moodustatud 3 maakonnas – Valga, Viljandi, Saare maakond.

Integratsiooni juhtimine

Integratsioon hakkab toimima, kui see on eesmärgistatud ja mõõdetud. Uue süsteemi rakendamisega peab kaasas käima mõõdikute süsteem. Selle loomiseks kasutatakse maksimaalselt ära juba täna kogutavaid andmeid (nt olemasolevaid heaolu- ja terviseprofile).

Neid, aga ka mitmeid teisi mõõdikuid, tuleb jälgida süsteemi erinevatel tasanditel. Indikaatorite väljaarvutamise ja sisulise kvaliteedi eest peab vastutuse võtma riik so Sotsiaalministeerium koostöös oma allasutuste ja Tervisekassaga.

Sotsiaal- ja tervisevaldkonna integratsiooni juhtimise sobilik tasand on maakond. Maakonna tasandil on vajalik luua:

- a) **piirkonna koostöökogu baasil toimiv tervise-ja sotsiaalteenuste strateegiline juhtimine** ja
- b) **formaalse võrgustiku ehk TERVIK-u baasil toimiv operatiivjuhtimine**, mis võimaldab koondada koostöö osapooled ühtse juriidilise isiku alla, kellega rahastaja(d) saaks sõlmida lepinguid, mis toetavad koostöö loomist, võimaldavad pakkuda valdkonna ülese koordinatsiooni teenuseid ja tulevikus rahastada ka integreeritud teenuseid.

Tervise/heaolupiirkonna strateegiline juhtimine

Integreeritud tervishoiu ja sotsiaalsüsteemi strateegilise juhtimise toimima hakkamiseks on Tervise/heaolupiirkonna koostöökogu kohustuslikud osapooled vähemalt:

- Sotsiaalministeeriumi ja tema allasutuste esindajad
- Tervisekassa esindaja
- Kohalike omavalitsuste esindajad

Täiendavalt võib kaasata teiste ministeeriumite esindajaid, piirkonna teenuseosutajate esindajad ning kogukonna esindajaid. Sellist koostöövormi kasutab Siseministeerium turvalisuse valdkonna juhtimiseks juba aastaid. Osades maakondades on täna olemas tervise-ja turvalisuse nõukogud, kuhu juba kuuluvad KOV-ide juhid, osades on need kaks nõukogu eraldatud. Tervise- ja sotsiaalvaldkonna koostöökogu saaks enamikus maakondades moodustada tänaste maakondlike tervise- ja turvalisuse nõukogude baasilt (turvalisuse nõukogu jääks edaspidi eraldiseisvaks koostöövormiks). Eraldiseisvad maakondlikud tervisenõukogud (mis koosnevad täna eeskätt eriala ekspertidest) peaksid edaspidi koos maakondliku tervisedendajaga tööle hakkama TERVIK-u juures. Nende asemele tuleks luua maakonna tervise-ja sotsiaalvaldkonna koostöökogud.

Maakondlik tervise-ja sotsiaalvaldkonna koostöökogu peaks kohtuma minimaalselt kaks korda aastas ja selle ülesanded oleksid:

- Leppida kokku piirkonna tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna ühine visioon ja strateegilised eesmärgid (koos tulemusmõõdikutega) ja prioriteetsed tegevussuunad 4 aastaks.
- Leppida kokku prioriteetsed riskirühmad, kelle tervisliku- ja sotsiaalse toimetuleku parandamise ühiselt panustatakse
- Delegeerida iga-aastase tegevuskava koostamine piirkonna TERVIK-ule, panustada sellesse läbi oma esindatavate organisatsioonide.
- Leppida kokku koostöökogu töökord. Koostöökogu liikmetel töös aktiivselt osaleda.
- Monitoorida kokkulepitud mõõdikute alusel vähemalt kord aastas strateegiliste eesmärkide saavutamist, teha vajadusel ettepanekud tegevuskava täiendamiseks ja muutmiseks.

Koosolekud kutsuvad kokku ja korraldavad administreerimise maakonna KOV-ide liit või maakonna arenduskeskus.

Strateegilise koostöökoogu toimumise aeg oleks otstarbekas ühildada rahastajate poolsete lepingu läbirääkimistega. Strateegiliste suundade kokkuleppimine võiks arvestada KOV valimisperioodi.

Maakondlikul tasandil strateegilise juhtimise efektiivseks toimimiseks peab toimima ka:

a) riigi esindajate omavaheline koostöö (st maakondlikus koostöökoogus osalemiseks peaksid riigi ametnikud enne omavahel riigi prioriteetides ja soovitatavates arengusuundades kokku leppima) ning

b) maakonna KOV-ide omavaheline koostöö (st maakonna KOV-id peaksid koostöökoogus osalemiseks eelnevalt oma prioriteetides ja soovitatavates arengusuundades kokku leppima).

Integratsiooni koordineerib keskselt sotsiaalministeerium. Integratsiooni ühtlaseks üleriigiliseks käivitamiseks pakub sotsiaalministeerium piirkondadele ette omapoolse visiooni koos eesmärkidega, mis on kõigile piirkondadele ühised ja mille osas riik on planeerinud koostööd aktiivselt toetada. Piirkondlike strateegiliste koostöökoogude kaudu toovad ka piirkonna kohalikud omavalitsused välja oma nägemuse piirkonna arengust ja prioriteetsed eesmärgid. Ühiselt lepatakse kokku iga piirkonna arenguvision ja eesmärgid ning olulisemad tegevussuunad, mis hõlmavad nii sotsiaal- ja tervishoiuteenuseosutamist kui ka ennetust ja tervisedendust.

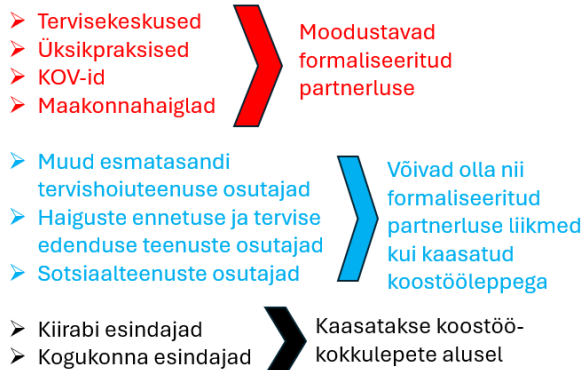
Operatiivne juhtimine TERVIK-u tasandil

Selleks, et operatiivne juhtimine kohaliku tervisevõrgustiku tasandil saaks efektiivselt toimida, peavad TERVIK-usse olema kaasatud vähemalt heaalupiirkonna:

- Perekarstiabi osutajad
- Kohalikud omavalitsused
- Piirkonna haigla (enamustes maakondades on see nn maakonna haigla, mis võib olla kohalik, üld- või keskhaigla, Tartus on piirkondlik haigla)
- Maakonna tervisedendaja

Täiendavalt võib kaasata teisi piirkonna teenuseosutajaid, kõrgema etapi teenuseosutajaid (nt regionaalhaiglaid, erihoolekande asutusi) ning kogukonna esindajaid.

TERVIK



TERVIK			
Tegevjuht			
Olulised (lepingulised) partnerid: perearstide esindaja, KOV-ide esindaja, maakonnahaigla esindaja			
Terviseedenduse- ja ennetuse võrgustik	Esmatasandi integratsiooni võrgustik	Tervishoiu sisese integratsiooni võrgustik	Sotsiaalvaldkonna sisese integratsiooni võrgustik
Juhib maakonna terviseedendaja	Juhib perearstide esindaja	Juhib haigla esindaja, kaasatud perearstid, kõrgema etapi haigla, kiirabi	Juhib KOV-ide esindaja
Tegevliikmed	Tegevliikmed	Tegevliikmed	Tegevliikmed
Assotsieerunud liikmed	Assotsieerunud liikmed	Assotsieerunud liikmed	Assotsieerunud liikmed

Joonis 6. TERVIK-u moodustamine ja juhtimisstruktuur

TERVIK-u siseselt juhtimise ja koostöö korraldamiseks on otstarbekas luua selle koosseisu erinevatel eesmärkidel tegutsevad nn **mitteformaalsed tervisevõrgustikud**. Tulenevalt Eesti vajadustest võiks piirkonna osapooled TERVIK-u raames teha koostööd lisaks esmatasandi integratsiooni parandamisele ka tervishoiusisese integratsiooni parandamiseks, sotsiaalvaldkonna sisese integratsiooni parandamiseks ja edendus- ning ennetustegevuse integreerimiseks kõigile tasanditele. TERVIK-u koosseisu saab moodustada ka näiteks erakorralise valmisoleku võrgustiku vms.

Sarnaselt välisriikidele on otstarbekas jagada võrgustiku liikmed **tegevliikmeteks**, kes osalevad aktiivselt võrgustikutöös ja **assotsieerunud liikmeteks**, kes aktsepteerivad võrgustiku poolt langetatud otsuseid koostöö osas. Tegevliikmed panustavad piirkonnale sobilike uute lahenduste väljatöötamise, juhivad võrgustikus teenuseosutamise kvaliteedi parandamist, kaasuvad rahastajaga sõlmitavasse võrgustikuteenuste osutamise lepingusse maksimaalse võimekusega (vt näiteid Lisa 1).

Assotsieerunud liikmed aktsepteerivad väljatöötatud lahendusi ja osalevad teenuseosutamise lepingus täites vähemalt selle miinimumnõudeid

Integratsiooni juhitakse operatiivtasandil riskirühma põhiselt. TERVIK-u tasandil operatiivne juhtimine peaks sisaldama vähemalt järgnevate mõõdikute regulaarset jälgimist võrgustiku tegevliikmete poolt:

- Keskmise kulu riskirühma liikme kohta
- Riskirühmale osutatavate teenuste struktuur so kui palju ja milliseid sotsiaal- ja tervishoiuteenuseid on riskirühmale osutatud sh võrdlus Eesti keskmisega
- Riskirühma liikmete kaetus teenuskoordinatsiooniga
- Esmatasandi tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna ressursside (sh personali) olemasolu ja kättesaadavus

Integratsiooni riskirühma põhine eesmärgistamine ja juhtimine

Riigi tasandil juhtimine ja koordineerimine

Piirkondlik koostöökoogu

TERVIK

Teenuseosutaja tasand

- Populatsiooni riskipõhine stratifitseerimine ehk kihistamine riskirühmadeks
- Riskirühmade valik, ühine visioon
- Riskirühma põhine eesmärgistamine, tegevussuundade kokkuleppimine, eesmärkide saavutamise regulaarne hindamine
- Strateegia, tegevusplaani ja koostööpartnerite kokkuleppimine integreeritud teenuseosutamise piirkonnas
- Oodatavate tulemuste ja tasu kokku leppimine
- Koostöös riskirühmale integreeritud teenuste osutamine ja aruandlus

NÄIDE

Ühine visioon:

Tagada mitmete krooniliste haigustega sotsiaalabi vajavatele (eakatele) inimestele holistlikul põhimõttel* proaktiivne tervise- ja sotsiaalvaldkonna ning kogukonna tugi, mis võimaldaks neil toime tulla oma tavapärasel elukeskkonnas.

Ühised eesmärgid:

- Riskirühmadele on tagatud proaktiivne valdkonnaüleline koordineeritud abi, mis toetab kodust iseseisvat toimetulekut ning ennetab haiglaravile ning hooldekodusse sattumist
- Inimesele on piirkonnas tagatud haiglast kiire ja sujuv koju jõudmine, kvaliteetne järelev, vajadusel kodu kohandamine ja kodus toimetuleku nõustamine

Joonis 7. Integratsiooni riskirühmapõhine eesmärgistamine ja juhtimine. *Holistlikul põhimõttel teenuseosutamine otsib tasakaalu inimese füüsilise, vaimse ja hingelise heaolu vahel, mitte ei keskendu ainult ravi vajadusele.

Integratsiooni toetamine IT-ga

Integratsiooni toetava infotehnoloogilise terviklahenduse eesmärk on:

- parandada inimeste tervisekirjaoskust ja suurendada võimet võtta ise vastutust oma tervise ja heaolu eest,
- toetada koordineeritud teenuseosutamist ja lihtsustada multidistsiplinaarsete meeskondade tööd,
- parandada õigeaegset ja turvalist valdkonnaülest infovahetust ning tagada sel viisil terviklikum inimese käsitlus.

Integratsiooni toetava infotehnoloogilise terviklahenduse peamised funktsionaalsused on:

- Inimesekeskse personaalse terviseplaani ja/või heaoluplaani koostamise/vaatamise/täiendamise võimalus
- Turvalise info- ja andmevahetuse võimalus tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna spetsialistide vahel ning meeskonnatöö võimalus (konsultatsioonid, teavitused, valdkonnaülesed suunamised ja regulaarne seire ning terviklik statistika)

Täna on sotsiaalsüsteemis kasutusel juhtumiplaan, mis sisaldab eeskätt inimese sotsiaalseid eesmärke ja soovitusi ning tegevuskava nende saavutamiseks. Tervishoiuvaldkonnas sarnane inimesele suunatud talle mõistetavalt sõnastatud ja koostatud plaan puudub. Koostatavad raviplaanid, on enamasti mõeldud tervishoiuspetsialistide omavaheliseks suhtluseks. Tulevikus võiks olla igal inimesel oma terviseplaani, mis koostatakse talle juba sündides (sisaldaks siis näiteks vajalikke vaktsineerimissoovitusi ja tervisekontrolle jms).

Terviseplaani võimaldab täiskasvanud abivajajal koostöös tervishoiu spetsialistidega seada oma **tervisealased eesmärgid ja panustada kooskõlas talle antud juhustega nende**

täitmis. Terviseplaan sisaldab inimese olulisemat terviseinfot ja infot talle määratud ja osutatavate tervise- ja tervishoiuteenuste kohta ning toob vajadusel inimese ühtsesse infovälja tema ravi- ja hooldusmeeskonnaga, võimaldades koostöös jälgida ja juhtida inimese füüsilist ja vaimset tervist tagades kõigi osapoolte vahelise turvalise infovahetuse. Terviseplaani **koostab tervishoiuspetsialist** digilahenduste toel ja sellele **pääsevad vajadusel ligi lisaks abivajajale (tema esindajale) ainult tervishoiuspetsialistid**.

Heaoluplaan on valdkonnaülene plaan, mis saab sisendi nii tervise- kui ka juhtumiplaanist aga vajadusel ka muudest dokumentidest (näiteks epikriisid, ravimi retseptid, erinevad inimesele koostatud plaanid – õendusplaan, taastusraviplaan, rehabilitatsiooni plaan jms) Valdonnaülene heaoluplaan **koostatakse kompleksse abivajadusega inimestele** ja see sisaldab nii inimese tervisealaseid kui ka sotsiaalseid eesmärke, infot nii tervise kui sotsiaalse toimetuleku kohta, haigustest tulenevate funktsionaalsete piirangute kohta, erinevate valdkondade spetsialistide juhiseid ja soovitusi ning abivajajale määratud ja osutatavaid sotsiaal- ja tervishoiu teenuseid aga tulevikus ka näiteks tööalase rehabilitatsiooni teenuseid jms. Heaoluplaani **koostab** inimesele tema **tervisejuht** kaasates tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna spetsialiste ja sellele **pääsevad vajadusel ligi nii õigustatud tervishoiuspetsialistid, kui ka sotsiaalvaldkonna spetsialistid ja inimese volitatud esindaja** (kes kuuluvad abivajaja tugimeeskonda).

Tervise- ja heaoluplaane saab tulevikus koostada tsentraalsel tervise juhtimise töölaual (so täna juba olemasolev Tervisekassa poolt hallatav tsentraalne infovahetusplatvorm). Tervise- ja sotsiaalvaldkonna infosüsteemid liidestatakse, et vältida juba infosüsteemidesse sisestatud andmete dubleerimist. Heaoluplaani koostaja ehk tervisejuht pääseb ligi mõlema valdkonna infole ja saab selle teha vastavalt vajadusele kättesaadavaks kõigile inimese aitamisega seotud meeskonna liikmetele. Inimene (ja tema esindaja) näeb koostatud kehtivat tervise- või heaoluplaani Terviseportaalist või kui tal puudub digivõimekus, trükitakse plaan talle välja.

Peamised oodatavad muutused inimese jaoks:

- Kõik vajalikud kehtivad soovitusid ja juhised on koondatud Terviseportaalile üheks loogiliseks tervikuks, millest inimene saab aru
- Inimesel endal on võimalik jälgida oma tervise- ja sotsiaalsete eesmärkide saavutamist
- Inimesel (või tema esindajal) on võimalik oma tervisejuhiga ja teiste meeskonna liikmetega turvaliselt kontakti võtta
- Inimesele kuvatakse ka kalendervaade, kuhu on märgitud tema kokkulepitud vastuvõtuajad ja koduviisi ajad
- Inimesel on võimalik saada teavitusi nii teenuseosutajatelt, kui sisestada ise meeldetuletusi (nt et vajalik on revaktsineerida vms)

Inimesekeskseid teenuselahendused on peamiseks prioriteediks kehtivas e-tervise strateegias. Nende elluviimiseks on taotletud välisabi Norra välisvahenditest.

Integratsiooni toetamine personalipoliitikaga

Juba täna töötab süsteemis (peamiselt pilootprojektides) mitmeid spetsialiste, kes tegelevad mingil kujul valdkonnaüleste teenuste koordineerimisega (hoolduskoordineatorid, tervisejuhid, raviteekonna koordineatorid, juhtumikorraldajad, aga ka näiteks haigla sotsiaaltöötajad jne). Täna ei ole nende spetsialistide töö reguleeritud ja neil puudub üldjuhul legaalne ligipääs riiklikele tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna infosüsteemidele. Eesmärk on nende spetsialistide kvalifikatsioon läbi täiendhariduse ühtlustada (sh koondada need spetsialistid ühise terviknimetaja alla) ja võimaldada neile tööks tarvilikud ligipääsud infosüsteemidele.

Tervisejuht on tulevikus riskijuhtimise kompetentsiga valdkonnaülese teenuskoordinatsiooni osutaja, kes viib läbi kompleksse abivajadusega inimese tervikvajaduse hindamise, korraldab inimesekeskse heaoluplaani koostamise, moodustab plaani täitmisega seotud spetsialistidest meeskonna, koordineerib meeskonnatööd plaani elluviimisel aidates abivajajat õigeaegsel sujuval teenustele jõudmisel ning hindab kaasates meeskonda regulaarselt plaani täitmist ja koordineeritud teenuseosutamise jätkamise vajadust. Tervisejuht on õendus või sotsiaaltöötaja alusharidusega ja spetsiaalse tervisejuhi täiendharidusega spetsialist.

Tervisejuhil **on tema tööks vajalik ligipääs nii inimese tervise, kui ka sotsiaalvaldkonna andmetele.** Sellise ligipääsu võimaldamiseks on vajalik tervisejuhi amet, selle eesmärk ja õigused ning kohustused määratleda seaduses.

Tervisejuhid töötaksid peamiselt esmatasandi tervisekeskustes, kus nad aitaksid komplekse teenusvajadusega inimesi ja ühtlasi leevendaksid perearstide ning KOV sotsiaaltöötajate töökoormust. Tervisejuhtide vajadus maakonnas korreleerub selle rahvaarvuga. Rakendusperioodil võiks olla iga 5 perearsti kohta 1 tervisejuht, süsteemi täiemahulisel käivitumisel iga 3 perearsti kohta 1 tervisejuht.

Tervisejuhid võiksid töötada ka aktiivravi haiglates, kus nad asendaksid olulises osas tänase haigla sotsiaaltöötaja aga osaliselt ka erinevate raviteekonna koordinaatorite funktsioone. Nende ülesandeks oleks osutada haiglast kodusele ravile liikumise toetamise teenust riskirühmadele. Igas aktiivravihaiglas võiks töötada vähemalt üks tervisejuht, suurtes haiglates rohkem.

Tervisejuhtide koolituskava koostamine ja koolitamine on planeeritud välisvahendite toel.

Integratsiooni toetamine õigusruumi ja lepingutega

Vajalikes õigusruumi muudatustes saab eristada nõ kolme paketti:

- (i) **Rahvatervise seaduse muudatused, millega delegeeritakse vastutus tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna strateegilise juhtimise ja koostöö korraldamise eest maakondlikule tasandile.** Seadusemuudatusega fikseeritakse heaolupiirkonnad ja tehakse Sotsiaalministeeriumile, kohalikele omavalitsustele ja Tervisekassale seaduslik kohustus teha tervishoiu- ja sotsiaalteenuste korraldamisel ja rahastamise planeerimisel koostööd heaolupiirkonna tasandil leppides minimaalselt kokku heaolupiirkonna prioriteetsed sihtrühmad ja koostöö valdkonnad, koostöö eesmärgid (koos mõõdikutega), ja konkreetsed tegevussuunad, milles koostööd tehakse.

Heaolupiirkonda kuuluvatele perearstidele, piirkonda teenindavale Haiglavõrgu arengukava haiglale (va PERH ja HNRK) ning piirkonna KOV-dele tehakse ülesandeks moodustada tervishoiu- ja sotsiaalteenuste ühiseks korraldamiseks ja osutamiseks TERVIK ehk juriidiliselt formaliseeritud võrgustik. Määratletakse TERVIK-u võimalik juriidiline vorm/vormid ja baasfunktsioonid, korrigeeritakse teenuseosutajate õigusi TERVIK-us osaleda. Juhuks, kui heaolupiirkonnas uut juriidilist isikut ei moodustata, fikseeritakse ka võimalikud osapooled (juriidilised isikud), kes saavad enda kanda võtta TERVIK-u baasfunktsioonide täitmise koos miinimumnõuetega. TERVIK-u olemasolul maakonnas sätestatakse seaduses KOV-idele, perearstiabi teenuse osutajatele ja HVA haiglatele kohustus sellega ühineda.

- (ii) **Populatsiooni riskipõhist juhtimist võimaldavad õigusaktide muudatused**
Kasutusele võetakse päring, mis võimaldab Tervisekassa andmete alusel jaotada populatsiooni segmentidesse, lähtuvalt nendes kuuluvate inimeste riskist kasutada kulukaid tervishoiuteenuseid (nt sattuda haiglasse või EMO-sse vms) eesmärgiga

kasutada seda infot riskirühmadele suunatud proaktiivsete tervishoiuteenuste osutamiseks, mis võimaldavad olulisel määral vähendada antud riski ja pikendada inimeste kvaliteetset eluiga.

(iii) Tervisejuhi ameti legaliseerimist ja tema riiklikele infosüsteemidele ligipääsu võimaldavad muutused ning terviseplaani ja heaoluplaani eesmärgi ja andmekooseisu määratlevad õigusaktide muudatused.

Teise ja kolmanda paketi muudatused on vajalik ette valmistada 2025 oktoobriks. Esimese paketi muudatused eeldavad väljatöötamiskavatsuse koostamist ja laiemat kooskõlastamist 2025. aasta lõpus ning eelnõude ettevalmistamist 2026 kevadeks.

Integratsiooni planeeritud tegevus- ja ajakava

Ajakava ja eelarve sotsiaal- ja tervisevaldkonna koostöö ja integratsiooni toetamiseks on järgmine:

Tegevus (miljonit eurot)	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Vastutaja
heaolupiirkondade loomine ja nendes tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna teenuseosutajate koostöö korraldamine							
Õigusaktide muudatused							SOM
Juhtimislaudade ettevalmistamine							SOM koostöös oma allasutuste ja TERK-iga
Koostöökogude moodustamine ja nende töö käivitamine							SOM, KOV-id ja TERK kaasates teenuseosutajaid
Heaolupiirkondades tervishoiuteenuse osutajate ja kohalike omavalitsuse osalusel TERVIK-ute moodustamine							
Õigusaktide muudatused							SOM
TERVIK-ute moodustamine (välisrahastuse toel)		0,5	0,7				SOM, KOV-id, TTO-d
Tervisekassa sõlmib lepingud loodud TERVIK-utega (rahastamine ravikindlustuse eelarvest)			0,5	1	1	1	TERK
Valdkonnaülese teenuskoordinatsiooni üle-Eestiline käivitamine (mitme kroonilise haiguse ja sotsiaalsete probleemidega inimeste sihtrühmale)							
Olemasolevate pilootprojektide töös hoidmine ja arendamine	1,9	1,9	1,7				SOM, TERK (0,3 mln aastas)
Õigusaktide muudatused							SOM
IT lahenduse ettevalmistamine		0,5	1	0,5			SOM allasutustega, TERK
Tervisejuhtide õppekava ja täiendkoolitused	0,02	0,1	0,3				SOM
Teenuse rahastamine Tervisekassa hinnakirja ja tulemuspõhiselt			4	7	10	10	TERK
Oodatav sääst tervishoiusüsteemile			-2	-10	-30	-50	TERK, TERVIK-ud
Populatsioonipõhise riskihalduse ja TERVIK-ute tulemuspõhise rahastamise laiem kasutuselevõtt							
Populatsiooni riskipõhise stratifitseerimise kasutuselevõtt							SOM, TERK
TERVIK-ute juhtimislaudade ettevalmistamine							SOM koostöös oma allasutuste ja TERK-iga
Tallinnas ja Tartus erakorralise abivajadusega pöördujate eeltriaaz ja tööajaväline abi esmatasandil			4	-8	-10	-10	SOM, TERK, TERVIK-ud
Boonustasud TERVIK-utele				täpsustub	täpsustub	täpsustub	TERK, TERVIK-ud

SOM- Sotsiaalministeerium, TERK -Tervisekassa, KOV – kohalik omavalitsus, TTO- tervishoiuteenuse osutaja

Tabelis on kirjeldatud ka planeeritava integratsiooni hinnatud rahaline mõju riigi eelarvele tänastes hindades. Riikliku rahastuse allikaks on ravikindlustuse eelarve või sotsiaalministeeriumi eelarve. TERVIK-ute baaskulu ca 1 mln € aastas (so tegevjuhi töötasu ja tegevuskulu) kataks plaani kohaselt Tervisekassa. Tegevjuhile töökoha võimaldamise eest vastutaksid KOV-id (so mitterahaline panus). Täiendavaid rahalisi kohustusi KOV-idele integreeritud süsteemi rakendamiseks ei kaasneks.

Valdkonnaüleste teenuskoordinatsiooni ostaks peale välisabi projektide lõppemist edasi Tervisekassa sõlmides selleks TERVIK-utega tulemuspõhise teenuseosutamise lepingu, mis võimaldab TERVIK-utel kokkulepitud tulemuste saavutamise korral boonust teenida. Tavalisi tervishoiuteenuseid rahastatakse endiselt ravikindlustuse eelarvest ja KOV sotsiaalteenuseid KOV-ide eelarvest.

Lisa 1. Tegevliikmete ja assotsieerunud liikmete ülesanded TERVIK-us - näited

Teenus	Tegevliige - esmatasandi tervisekeskus	Tegevliige - KOV	Tegevliige - Haigla	Tegevliige - tugev üksikpraksis või grupipraksis	Assotsieerunud liige- üksikpraksis hajaasustuses
Valdkonnaüleste koordinatsiooni teenus esmatasandil	Omab ülevaadet riskipatsientidest oma maakonnas ja nende hõlmatuses riskijuhtimise ja koordinatsiooni teenustega. Omab ülevaadet peamistest teenusekasutuse sh kulu näitajatest, mis indikeerivad riskirühmade poolset teenuste vähest koordinatsiooni ja ebaoptimaalset kasutust. Osaleb aktiivselt teenuse osutamise korralduse, parenduse ja juhendite väljatöötamisel ning teenuseosutamise tulemuslikkuse ja kulutõhususe hindamisel.				
	Võtab oma keskuse ruumidesse võrgustiku poolt palgatud Tervisejuhid. Aitab väljakoolitamisel. Osutab kaasates võrgustiku partnereid valdkonnaüleste koordinatsiooni teenust nii oma nimistute patsientidele, kui laiemalt maakonnas.	Võtab oma tervisekeskuse ruumidesse võrgustiku poolt palgatud Tervisejuhid. Osaleb koordineeritud teenuse osutamises vastavalt kokkulepitud juhendile	Osaleb vajadusel koordineeritud teenuse osutamises vastavalt kokkulepitud juhendile	Osaleb koordineeritud teenuse osutamises vastavalt kokkulepitud juhendile	Osaleb koordineeritud teenuse osutamises vastavalt kokkulepitud juhendile
Haiglast kodusele ravile liikumise toetamise koordineeritud teenus	Omab ülevaadet peamistest teenusekasutuse sh kulu näitajatest, mis indikeerivad riskirühmade poolset teenuste vähest koordinatsiooni ja ebaoptimaalset kasutust. Osaleb aktiivselt teenuse osutamise korralduse, parenduse ja juhendite väljatöötamisel ning teenuseosutamise tulemuslikkuse ja kulutõhususe hindamisel.				
	Osaleb koordineeritud teenuse osutamises vastavalt kokkulepitud juhendile	Osaleb koordineeritud teenuse osutamises vastavalt kokkulepitud juhendile	Toetab haigla sotsiaaltöötajate täiendkoolitamist tervisejuhtideks. Osutab kaasates võrgustiku partnereid kodusele ravile liikumise koordineeritud teenust kogu maakonnas	Osaleb koordineeritud teenuse osutamises vastavalt kokkulepitud juhendile	Osaleb koordineeritud teenuse osutamises vastavalt kokkulepitud juhendile

Lisa 2. Peamised nõuded TERVIK-u võrgustikulepingu sõlmimiseks

- Võrgustikku peavad teenuse osutamise kvaliteedi tagamiseks kas tegevliikmetena või assotsieerunud liikmetena kuuluma kõik maakonna perearstiabi teenuse osutajad
- Võrgustikku peavad tegevliikmetena kuuluma kõik KOV-id
- Võrgustikku peab tegevliikmena kuuluma maakonnahaigla
- Võrgustikul on etteantud formaadis koostatud oma liikmete nimekiri koos kontaktidega ja ta hoiab seda pidevalt ajakohasena
- Võrgustiku liikmed on koostanud piirkonna koostööstrateegia ja tegevuskava ning esitanud selle koostöökogule

- Võrgustiku liikmed on kokku leppinud läbi võrgustiku rahastatavate teenuste kohapealse korralduse ja selle teenuse osutamises osalejad ning nende rollid
- Kokkulepitud riskirühmadele koordineeritud teenuste osutamiseks peavad võrgustikku kuuluvate teenuseosutajate ja KOV-ide kaudu olema kättesaadavad neile vajalikud tervishoiu- ja sotsiaalteenused (loetelu täpsustatakse).
- Muude teenuste osutamiseks vastab võrgustik Tervisekassa poolt etteantud nõuetele
- Võrgustiku liikmed peavad olema nõus esitama Tervisekassale andmeid, mis võimaldavad jälgida teenuste rakendumist, kvaliteeti ja tulemuslikkust