



Teel integreeritud tervise- ja sotsiaalsüsteemi poole

Reformi tutvustus Eesti Naisuurimus- ja
Teabekeskus



August 2026, ANNELI TAAL



Mis probleemi me lahendame?

1. INIMESE VAADE



Puudub inimesekeskne vaade, ostetakse üksiksekkumisi, puudub arusaam tulemiusest

Üle 60% haiglasse sattumistest tuleneb sotsiaalsetest teguritest, koostööta pole võimalik olukorda parandada

Madal terviseteadlikkus ja enesejuhtimise võimekus

Ennetus ja tervisedendus ei ole rahastuse fookuses, puudub tervikvaade riskidest, vähene proaktiivsus

2. Teenuseosutaja



TEENUSEOSUTAJATE VAADE

Ressursside nappus ja ebaefektiivsus, rahastus ei motiveeri koostööle, efektiivsusest on huvitatud ainult Tervisekassa

Organisatsioonid ei koordineeri, koormus langeb spetsialistidale

3. SÜSTEEMI VAADE



SÜSTEEMI VAADE

Iga asutus püüab ise olukorda lahendada/parandada, puudub tervikülevaade kõigist sekkumistest, süsteemile põhjustatakse asjatut koormust, spetsialistid saavad veelgi vähem oma tööle keskenduda

	2019	2025	
Tervis- hoiu kulud	1400 mln	2500 mln	Peamine kasv: 65+, eriarstiabi, haiglaravi, kroonilised haigused, teenuste arv kahekordistunud
Sotsiaal- kaitse kulud	190 mln	360 mln	Peamine kasv: üldhooldekodu teenuse kulu 22- >31%, isikute arv kasvanud 20% võrra

Ilma põhimõtteliste muudatusteta jätkame oma väheste ressursside raiskamist ja seame ohtu süsteemi jätkusuutlikkuse

Integratsiooni visioon

Koostöö tekkeks on vajalik luua koostöökohad ja koostöö süsteem

TÄNA EESTIS	KUIDAS EDASI
Tervishoiu ja sotsiaalteenuste korraldajad ja rahastajad ei puutu omavahel kokku, ei tee koostööd teenuste planeerimisel	Eestile sobilik koostöö tasand on maakond, nimetame seda Heaolupiirkonnaks . Vajalik on moodustada heaolupiirkonnad. Riigi ja KOV esindajad teevad koostööd maakonna tasandil, lepivad seal kokku strateegilised koostöövaldkonnad ja eesmärgid heaolupiirkonnas ning jälgivad nende täitmist.
Tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutajad (jur isikud) ei tee omavahel süsteemset koostööd, ei lepi kokku koostöökorraldusi, ei vaheta infot	Heaolupiirkonna tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutajad on koondunud ühtsesse võrgustikku, teevad süsteemset eesmärgistatud koostööd ja jagavad infot. Uued rahastamise viisid toetavad koostööd.
Puudub süsteemne valdkonnaülene teenuste koordinatsioon, pole spetsialiste, kes pääseksid ligi mõlema valdkonna infosüsteemidele	Igas Heaolupiirkonnas töötavad kokkulepitud kohtades Tervisejuhid , kes osutavad valdkondadeülese koordinatsiooni teenust

Milline on lahendus?

Reformi eesmärk on elanikkonna tervise paranemine ning targem ressursikasutus.

Fookus on hiliselt ravilt tervise hoidmisele ja sotsiaalsete probleemide ennetamisele.

Ühine vastutus

Teenused töötavad koos

Inimene ei jää üksi

HEAOLUPIIRKOND



Koostöökogu

Koostöökogu on sotsiaal- ja tervisevaldkonna strateegilise koostöö organ

**Sotsiaalministeerium, Tervisekassa,
KOV-id**

- Kiidab heaks strateegia ja tegevuskava
- Arvestab oma ressursse planeerides
- Monitoorib tulemusi



TERVIK

TERVIK on heaolupiirkonna tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutajaid ning kohaliku omavalitsuse üksusi ühendav organisatsioon

**Perearstikeskused, haiglad,
KOV-id, tervisedendaja jt**

- Koostab heaoluprofiili ja strateegia
- Viib ellu strateegia ja tegevuskava
- Lepib kokku koostöökorralduse
- Korraldab valdkonnaülese koordinatsiooni teenust

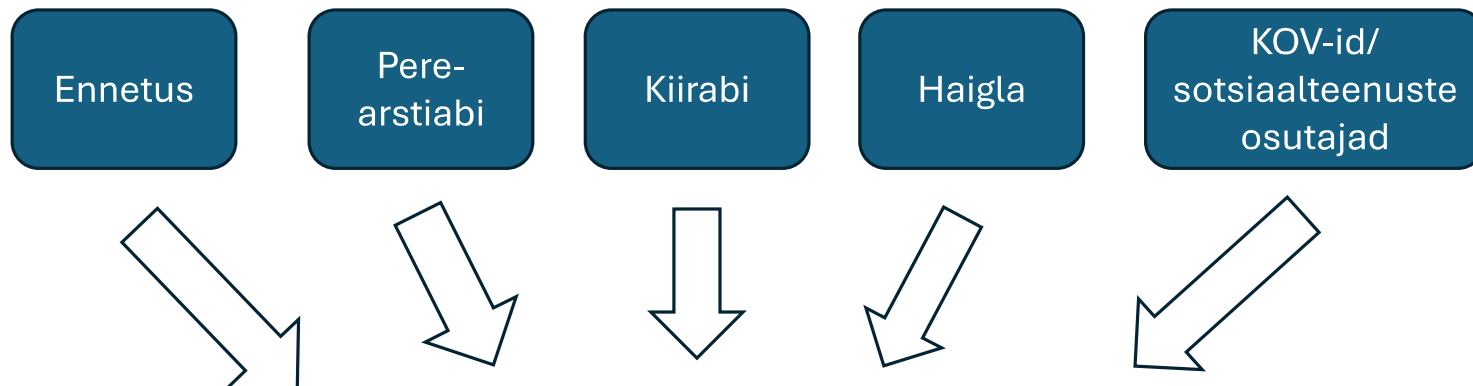


Terviseteejuht

Perearstikeskuses või haiglas töötav täienduskoolituse läbinud sotsiaaltöötaja või õde

- Osutab valdkondadeülese koordinatsiooni teenust
- Koostab heaoluplaani
- Kaasab meeskonna

**Täna toimetavad
kõik omaette**



Mida tahame?

Kuidas?

**Mis on
eesmärgid?**

- Igas maakonnas oma TERVIK
- TERVIK-ul inimesekeskseid eesmärgid konkreetsete mõõdikutega
- Saavutamisel boonustasu

Inimesekeskus

$E+PA+K+H+KOV=$
TERVIK

- Rahvatervise arengukava
- Heaolu arengukava

- Haiglavõrgu arengukava
- Esmatasandi arengukava
- Kiirabi arengukava

1. Kompleksse vajadusega inimesed tulevad oma tervise- ja sotsiaalprobleemidega kodus toime
2. Inimesed saavad teenuseid õigel ajal õiges kohas eelistatult esmatasandil
3. Tugev esmatasand

Valdkondadeülese koordinaatsiooni teenus

Innovatsiooni ja arengu alane abi

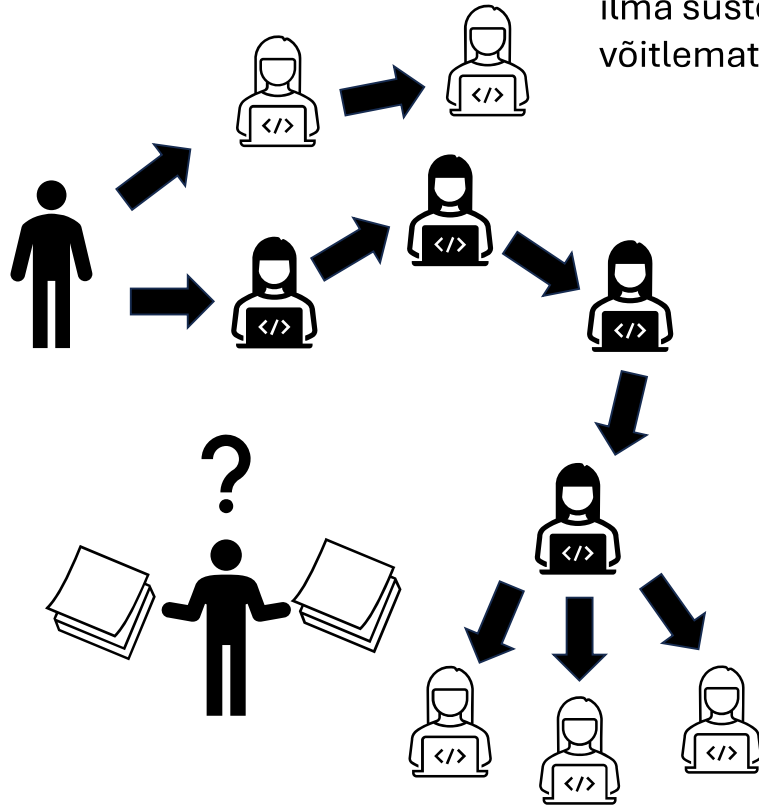
Toetav infosüsteem

Kuidas toetaksime TERVIK-uid eesmärkide saavutamisel?

Valdkondadeülene koordinatsioon– miks, kuidas, kellele?

MIKS ?

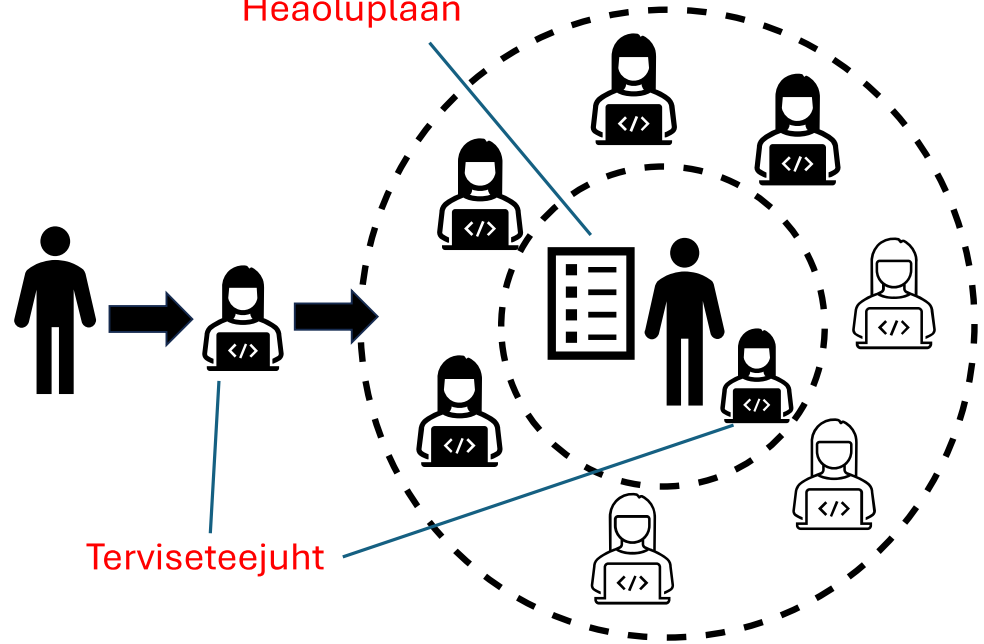
Inimõigus on saada vajadustele vastavat abi ilma süsteemiga võitlemata



KUIDAS ?

Heaoluplaan

Terviseteejuht



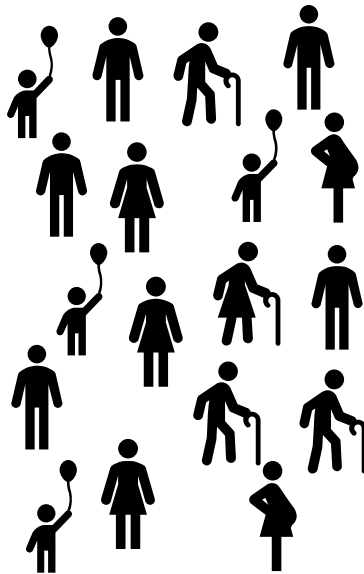
KELLELE ?

1. Mitme kroonilise haiguse ja sotsiaalprobleemidega inimesed
2. Erivajadustega inimesed
3. Vaimse tervise ja sõltuvusprobleemidega lapsed ja noored

Andmetele tuginev rahvastikupõhine terviseriski juhtimine

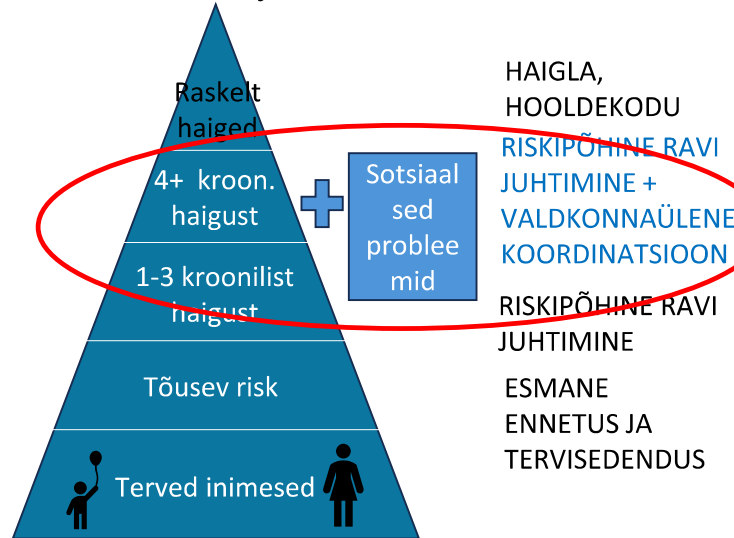
TÄNA

Osutatakse pöördumispõhiselt üksikteenuseid, ei toimu rahvastiku terviseriskide juhtimist

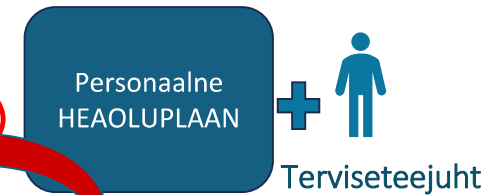


PLANEERITAV SÜSTEEM

Sihistatakse teenuseid lähtuvalt inimese terviseriskist, rõhk ennetusel ja proaktiivsel terviseriskide juhtimisel



Üks inimene, üks plaan!



Selged eesmärgid TERVIK-ule ja tulemustasu süsteem -> fookuse ja ressursside ümber suunamine riskidega tegelemisse ja ennetusse

TERVIK-u peamine eesmärk on oma piirkonna elanikkonna tervise ja heaolu parandamine, piiratud ressursside parimal moel kasutamine

Health Navigator ehk tervise teejuht Suurbritannias²

1. Andmete analüüs (AI)

- o kasutatakse olemasolevaid terviseandmeid
- o tuvastatakse patsiendid, kellel on suur risk sattuda haiglasse

2. Riskipatsientide valik

- o algoritmid leiavad nt inimesed, kellel on oht sagedasteks EMO-visiitideks või pikaks hospitaliseerimiseks

3. Kliiniline sekkumine

- o patsientidele pakutakse tervisecoaching'ut (health coaching)
- o toetatakse enesejuhtimist ja igapäevast toimetulekut

4. Jätkuv jälgimine ja tugi

- o vajadusel kasutatakse ka kaugmonitoorimist ja virtuaalset hooldust

Kestus 7 aastat

36% vähem EMO külastusi

30% vähem erakorralisi hospitaliseerimisi

25% vähem plaanilisi hospitaliseerimisi

55% patsientidest tundsid ennast rohkem kaasatuna oma ravis

84% raporteerisid elukvaliteedi paranemist ja suuremad kindlustunnet ise oma tervise juhtimisel

üle 75-aastaste meeste suremus aasta jooksul vähenes 46%

Health Navigatori kasutuselevõtuga saab erakorralisi EMO külastusi ja hospitaliseerimisi vähendada 25-35% ja NHS saaks sellega kokku hoida £6 miljardit aastas

[Vale of York CCG rolls out AI nursing service | UKAuthority](#)

[RCT summary report - MJ](#)

Tõenduspõhisus Eestis: väljavõte eelnõu seletuskirjast

- Tervisekassa on alates 2015. aastast teinud koostööd maailmapangaga ja analüüsinud tervishoiusüsteemi vähesest integreeritusest tingitud probleeme Suur hulk välditavaid hospitaliseerimisi ja pikale veninud haiglaravi, eriarsti vastuvõtte ja uuringuid, vähene huvi koostööd teha, vähene patsiendikesksus jne
- Koostöös maailmapanga ja Eesti Perearstide Seltsiga viidi läbi perearstide riskipatsientide ravijuhtimise pilootprojekt. Selle käigus andis Tervisekassa perearstidele ette ambulatoorsele ravile tundlike krooniliste haigustega riskirühma, uuringus osalenud perearstid koostasid oma nimistu riskirühma patsientidele terviseplaani, mis on sarnane heaoluplaanile, kuid sisaldab ainult inimese tervise, haiguste ja ravi infot- ja soovitusi. Meeskond koosnes perearstist ja pereõest, KOV sotsiaaltöötajaid ei kaasatud.
- Tulemused näitasid, et väiksema kroonilise haiguskoormusega patsientidel, kelle ravi juhtimist rakendati, õnnestus vähendada suremust 1,3% (statistiliselt oluline), suurema kroonilise haiguskoormusega patsientidel õnnestus vähendada hospitaliseerimisi 3,2%, kuid statistilist olulisust ei õnnestunud näidata, sest uuringusse kaasatute arv oli liiga väike.

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

Tervisekassa on lisanud vastava teenuse oma tervishoiuteenute loetellu, kuid selle laiaulatuslikku rakendamist piirab perearstide ebapiisav personal ja sobiliku IT lahenduse puudumine. EPS on taotlenud terviseteejuhi lisandumist oma meeskonda.

Väärtuspõhine rahastamine

Eesmärk-mõõdikud TERVIK-ule - näide

- riskirühma hõlmatus tervisejuhtimisega, eesmärk 50%
- riskirühma (re)hospitaliseerimine eriarstiabis, eesmärk vähendada 5%
- riskirühma EMO külastused, eesmärk vähendada 5%
- 65+ elanikkonnast hooldekodus elavate inimeste osakaal, eesmärk: ei suurene üle 2%
- 65+ elanikkonnast kodust toimetulekut toetavaid sotsiaalteenuseid saanute osakaal, eesmärk: ületab hooldekodus elavate inimeste osakaalu

Kui kaasneb kulutõhusus, peab ka TERVIK saavutatud kulutõhususest osa saama, et võimaldada vajalikke teenuseid ja planeeritud arenguid piirkonna probleemsetes valdkondades, eeskätt tevisedenduses ja ennetuses

Jõustumise ajakava

- 1. juulil 2027 - seadus jõustub
- 1. november 2027 - TERVIKud peavad olema moodustatud (juhul kui maakonnas pole selleks ajaks TERVIKut moodustatud, on maakonna haiglavõrgu haiglal kohustus TERVIK moodustada hiljemalt 1. veebruariks 2028. a.)
- 2028. aasta 1. mail
 - käivitatakse heaolupiirkondade strateegiline juhtimine;
 - alustatakse valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse (so terviseteejuhi teenuse) osutamist keerukate terviseprobleemide ja kaasnevate sotsiaalprobleemidega inimeste sihtrühmale (sh haiglast kodusele ravile liikumise toetamise teenus) rahastama ravikindlustuse eelarvest Tervisekassa kaudu.



TÄNAN!

Terviseteejuhi (TTJ) teenus

Perearst saab suunata inimese kas terviseteejuhi nõustamisele või siis koordineeritud teenuse osutamisele märkamislehe kaudu.

Teenusele saavad suunata märkamislehe täitmise kaudu ka KOV sotsiaaltöötaja ja teised tervishoiutöötajad

TTJ-le antakse ligipääs mõlema valdkonna infosüsteemidele

Heaoluplaan koostatakse inimesele talle arusaadavalt. Plaanis on eesmärgid ja tegevused, millega inimene nõus on st plaan on inimese enda oma

Riskirühma kuulumise hindamine

Riskirühma kuulujate proaktiivne teenusele kutsumine

Märkamine ja teenusele suunamine

Teenusvajaduse hindamine ja nõusoleku küsimine

Inimese vajadustest lähtuva plaani koostamine

Plaani läbirääkimine ja kokkuleppimine inimese, tema lähedaste ja ravi- ning hooldusmeeskonnaga

Plaani täitmise jälgimine, vajadusel muutmine

Riskirühma annab perearstile ette Tervisekassa, seda näevad ka teised, kes täidavad märkamislehte

Haigla TJ annab koordinatsiooni vajadusega PT üle esmatasandile

Abi ja toetus koondatakse inimese enda ja tema lähedaste võimekuse ja ressursside ümber.

Kui inimene saab plaani täitmisega ise hakkama, lõpetatakse koordinatsioon