RAHANDUSMINISTEERIUM

SOTSIAALMINISTEERIUMI LOAMENETLUSE JA JÄRELEVALVE TÕHUSTAMISKAVA

Koostaja: Rahandusministeerium

Tallinn, 2025

Sisukord

Kokkuvõte 4
Mõisted ja lühendid....5
1. Sissejuhatus 6
1.1. Tõhustamiskavadest 6
1.2. Projekti eeldused ja eesmärk 7
1.2.1. Projekti lähteülesanne 8
2. Lähenemine ja metoodika....9
2.1. Tõhustamiskava metoodika....9
2.1.1. Hetkeolukorra kaardistamine ja analüüs 9
2.1.2. Rahvusvahelise praktika analüüs ja uute lahenduste mõtestamine 9
2.1.3. Lahenduste testimine ja valideerimine....10
3. Tõhustamiskava töösuunad 11
3.1. Rahvusvahelise praktika analüüs 11
3.2. Sotsiaalministeeriumi valitsemisala järelevalveasutuste ühiste enesehindamise põhimõtete väljatöötamine 12
3.2.1. Enesehindamise kasutamine järelevalves 12
3.2.2. Enesehindamise rakendamise kriteeriumid ja printsiibid....13
3.2.3. Rakendusmudelid: ennetav enesehindamine ja formaalne vastavushindamine 13
3.2.4. Enesehindamise raamistiku loomine: Eesti õigusruumi ja rahvusvahelise praktika süntees ...15
3.2.5. Ühtse enesehindamise raamistiku komponendid 15
3.2.6. Tehnilise lahenduse valik ja põhjendused....17
3.2.7. Teenuste testimine 18
3.2.7.1. Sotsiaalkindlustusameti testimise tulemused 18
3.2.7.2. Terviseameti testimise tulemused 20
3.2.8. Testimise järeldused....20
3.3. Riskihindamise ühisosa loomine 21
3.3.1. Ettepanek ühtse riskimaatriksi ja -metoodika rakendamiseks 21
3.3.2. Selgitused maatriksi kasutamise kohta 22
3.3.3. Riskitaseme seos järelevalve meetodiga 23
3.3.4. Riskihindamise, ohuprognoosi ja järelevalve tööplaani integreerimine....23
3.4. Keskne järelevalve infosüsteem Sotsiaalministeeriumi valitsemisalas 26
3.4.1. Terviseameti menetlusinfosüsteemi (MEIS-i) olemite liigitus 26
3.4.2. Ravimiameti hinnang MEIS-i sobivuse kohta....27
3.4.3. Sotsiaalkindlustusameti hinnang MEIS-i kasutatavuse kohta 28

3.4.4. Hinnanguline kulu MEIS-i Ravimiametile vastavaks muutmiseks 29
3.4.5. Soovitused MEIS-i rakendatavuse osas 29
3.4.6. Keskse järelevalve rakenduse arendamine 30
3.5. Ettepanekud õigusaktide muutmiseks 31
4. Tõhustamiskava ettepanekud ja soovitused 33
Lisa 1. Riikliku järelevalve üldvaade 35
Lisa 1.1. Tõhusama järelevalve haldusmudel ja järelevalveressursside eesmärgipärane jaotus 35
Lisa 1.2. Järelevalveinfo käsitlus 38
Lisa 2. Ülevaade välisriikide tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande süsteemide tõhususest 40
Lisa 2.1. Riiklike süsteemide tulemuslikkus ja kulutõhusus ning neid mõjutavate tegurite mitmetahulisus 40
Lisa 2.2. Näidisriikide statistiline ülevaade 41
Lisa 3. Rahvusvahelise praktika analüüs: Norra, Taani ja Iirimaa järelevalvemudelid tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteemides 44
Lisa 3.1. Eesti kontekst 45
Lisa 3.2. Norra kontekst 46
Lisa 3.3. Taani kontekst 48
Lisa 3.4. Iirimaa kontekst 50
Lisa 4. Täiendav kontrollnimekiri järelevalve mõjususe ja tõhususe tagamiseks 53
Lisa 5. Õigusruumis sätestatud nõuded ja vastavad enesehindamise printsiibid 54
Lisa 6. Iirimaa enesehindamismalli komponendid 56
Lisa 7. Tõhustamiskava töörühma liikmed 58
Lisa 8. Terviseameti menetlusinfosüsteemi (MEIS) olemite liigitus 59
Lisa 9. Enesehindamise rakendamise võimalused teenuste lõikes 65
Kasutatud kirjandus 66

Kokkuvõte

Eesti tervise- ja sotsiaalhoolekande valdkonna järelevalvesüsteem vajab uuendusi, et paremini toime tulla ressursipiirangutega, arvestades sealhulgas pakutavate teenuste mahtu ja mitmekesisuse kasvu ning ühiskonna põhjendatud ootusi teenuste kvaliteedi ja ohutuse osas.

Tõhustamiskava keskmes oli kolm peamist töösuunda: sotsiaal- ja tervisevaldkonnale enesehindamise komponentide loomine ja nende praktikas testimine, ühtse riskihindamise raamistiku loomine ning keskse töölaua loomise võimalus. Lisaks analüüsiti võimalusi õigusaktide muutmiseks.

Enesehindamise raamistiku loomiseks tutvuti rahvusvahelise praktikaga ning kaardistati Sotsiaalministeeriumi valitsemisala õigusaktides sätestatud kvaliteedijuhtimise ja enesehindamise komponendid.

Projekti tulemusena valmis Sotsiaalministeeriumi valitsemisalale kohandatud enesehindamise komponentide mudel ning ühtlustatud riskihindamise raamistik ja integreeritud planeerimismudel, mis võimaldab riske süsteemselt ja omavahel võrreldavalt hinnata ning seekaudu paremini juhtida. Lisaks analüüsiti Terviseameti järelevalve infosüsteemi (MEIS) laiendatavust teistele valitsemisala asutustele, kuid selle praktiline teostatavus võib kõrge maksumuse tõttu jääda küsitavaks.

Tuginedes nendele tulemustele, teeb tõhustamiskava järgmised ettepanekud:

- **tugevdada järelevalve koordineerimist –** määrata Sotsiaalministeeriumis või selle valitsemisalas keskne üksus, ametikoht või roll, mis vastutab ühtsete järelevalvemetoodikate (sh riskihindamise) arendamise, juurutamise ja koordineerimise eest;
- **koostada rakendusplaan –** selleks, et tõhustamiskavas välja töötatud ühtne riskihindamise raamistik ja enesehindamise komponendid ei jääks teoreetilisteks kontseptsioonideks, tuleb jätkutegevusena koostada rakendusplaan nende juurutamiseks;
- **viia läbi õiguslik analüüs** rakenduslike kitsaskohtade välistamiseks;
- **praktilise töökeskkonnana** kasutada peale ATK2 arvutitöökoha teenusele üleminekut MS Forms tarkvara võimalusi;
- **analüüsida Sotsiaalkindlustusameti ettepanekuid** õigusaktide muutmiseks.

Ettepanekud on täpsemalt toodud 4. peatükis.

Sotsiaalministeeriumi valitsemisala analüüs tõi esile ka süsteemseid kitsaskohti, mille lahendamine eeldab tegevusi, mis ulatuvad ühe valitsemisala piiridest kaugemale. Sarnaselt Sotsiaalministeeriumi valitsemisalale, on ka teistes ministeeriumides järelevalvealased IT-lahendused killustunud, teineteist dubleerivad ning nende arendamine ja korrashoid on kulukas. Iga asutus loob iseseisvaid rakendusi, kuigi järelevalve tuumikprotsessid on olemuselt sarnased.

Eestis puudub keskne asutus või funktsioon, mis vastutaks järelevalve metoodilise arendamise, parimate praktikate jagamise ja horisontaalse koordineerimise eest. Iga asutus tegutseb omaette, mis takistab süsteemset õppimist ja ühtsete standardite läbivat juurutamist (nt riskipõhise järelevalve põhimõtete süsteemne rakendamine, järelevalve süsteemse mõjususe ja kulutõhususe hindamine, pikaajalise visiooni kohaselt vastavuskultuuri edendamine).

Käesolev tõhustamiskava ning sellega kaasuvad ettepanekud loovad praktilised eeldused, et järelevalveteenused oleksid üleriigiliselt omavahel lihtsamini võrreldavad, mis omakorda võimaldab nende ressursside juhtimist ja mõjususe hindamist. Lisaks järeldub käesolevast tõhustamiskavast erinevaid praktilisi võimalusi järelevalveteekonna optimeerimiseks (enesehindamise komponendid; integreeritud planeerimismudel; Terviseameti menetlusinfosüsteemi võimalik laiendus), koos omade plusside ja miinustega.

Mõisted ja lühendid

Enesehindamine: Struktureeritud protsess, mille käigus teenuseosutaja hindab oma tegevuse vastavust kehtestatud nõuetele, standarditele või heale tavale.

Ennetav enesehindamine: Arenduslik ja hariduslik tööriist, mis on mõeldud teenuseosutaja kasutamiseks kvaliteedikultuuri ja -taseme edendamiseks. Selle täitmine on reeglina vabatahtlik ja tulemusi ei pea järelevalveasutusele esitama.

Formaalne vastavushindamine: Formaalne ja tõenduspõhine enesehindamise vorm, mis on integreeritud riikliku järelevalvemenetlusse. Järelevalveasutusel on õigus nõuda selle täitmist ja tulemusi kasutatakse järelevalve planeerimiseks või kohapealse kontrolli tõhustamiseks.

Haldusjärelevalve: Ühe haldusorgani kontroll teise haldusorgani üle (Vabariigi Valitsuse seadus § 75[1]).

Integreeritud planeerimismudel: tööriist, mis koondab ühte vaatesse järelevalve planeerimise elemendid: riskihinnangu, ohuprognoosi, ressursivajaduse ja konkreetsed järelevalvemeetmed.

Riiklik järelevalve: Korrakaitseorgani tegevus eesmärgiga ennetada ohtu, selgitada see välja ja tõrjuda või kõrvaldada korrarikkumine (Korrakaitseseadus § 2 lg 2).

Riskihindamine (järelevalves): Süsteemne metoodika, millega hinnatakse potentsiaalse ohu realiseerumise tõenäosust ja selle mõju ulatust (nt kahju inimeste tervisele). Selle eesmärk on suunata piiratud järelevalveressurss sinna, kus riskid on kõige suuremad.

Riskimaatriks: Visuaalne tööriist riskide hindamiseks, mis reastab riskid kahel teljel: ohu tõenäosus ja mõju raskusaste. Tulemuseks on riskitase (nt madal, keskmine, kõrge, kriitiline).

Tõhustamiskava (*spending review*): Riigieelarve kulude ja tulude analüüs, et tuvastada ja määratleda võimalusi, mis võimaldaksid muuta riigieelarvet selliselt, et väheprioriteetseid, ebatõhusaid või ebamõjusaid kulusid vähendada või ümber suunata.

FTE: Täistööaja ekvivalent (*Full-Time Equivalent*)

HIQA: Iirimaa Terviseinfo ja Kvaliteedi Amet (*Health Information and Quality Authority*)

MEIS: Terviseameti järelevalve infosüsteem

RA: Ravimiamet

RAM: Rahandusministeerium

TA: Terviseamet

TEHIK: Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskus

SKA: Sotsiaalkindlustusamet

SOM: Sotsiaalministeerium

1. Sissejuhatus

2023. aasta sügisel alanud riigieelarve revisjoni Majandus- ja Kommunikatsiooniministeeriumi (MKM) ja Sotsiaalministeeriumi (SOM) valitsemisalade teenuste analüüsist tõstatus vajadus vaadata üle loamenetluse ja järelevalve korraldus. Võttes arvesse eelarverevisjoni teenuste analüüsi tulemusi ning rahandusministri ettepanekut, algatas Vabariigi Valitsus 09.05.2024 kabinetiotsusega loamenetluse ja järelevalve tõhustamiskava MKM-i, SOM-i ja Kliimaministeeriumi valitsemisala ulatuses. Valitsuse otsus määratles, et täpsem lähteülesanne töötatakse välja koos valitsemisaladega. Konsultatsioonide tulemusena valitsemisaladega alustati 2024. a sügisel SOM-i valitsemisalas tõhustamiskava projekti, mille eesmärgiks seati enesehindamis- ja järelevalvemetoodika ühisosa leidmine nii haldus- kui riikliku järelevalve tarbeks.

Kuigi Vabariigi Valitsuse esialgne lähteülesanne hõlmas nii järelevalve kui ka loamenetluse tõhustamist, jõuti projekti käigus koostöös MKM-i ning KLIM-ga järeldusele, et loamenetluste, eriti planeeringute regulatsiooni, on otstarbekam käsitleda eraldiseisvates tööformaatides. Selle tulemusena keskendub käesolev tõhustamiskava ainult järelevalve tõhustamisele Sotsiaalministeeriumi valitsemisalas. Täiendavalt on ka mitmed valitsemisalad esitanud bürokraatia vähendamise võtmes Vabariigi Valitsusele ettepanekuid loamenetluse ja järelevalve optimeerimiseks, muuhulgas MKM-i ning KLIM-i ettepanekud.

1.1. Tõhustamiskavadest

Tegu on nn *spending review* analüüsiga, mis tuleneb Rahvusvahelise Valuutafondi (IMF) ja OECD riigihalduslikest soovitustest; sarnaseid süstemaatilisi kulude ja tegevuste ülevaatusi on edukalt rakendatud näiteks Taanis ja Hollandis alates 1980. aastatest, et leida eelarveruumi suurema poliitilise prioriteediga tegevusteks. Tõhustamiskava on riigieelarve kulude ja tulude analüüs, et tuvastada ja määratleda võimalusi, mis võimaldaksid muuta riigieelarvet selliselt, et väheprioriteetseid, ebatõhusaid või ebamõjusaid kulusid vähendada või ümber suunata. Tõhustamiskavade protsess on paindlik ning seda saab sätestada vastavalt eesmärgile, näiteks võib tõhustamiskava eesmärgiks olla:

- eelarveline kokkuhoid, tuvastades ja määrates kindlaks säästumeetmeid, mis vähendaksid eelarvelisi kulusid või aeglustaksid eelarvekulude kasvutempot;
- riigieelarve võimekuse parendamine, tuvastades ja määrates kindlaks lisaks võimalikule kokkuhoiule erinevaid võimalikke tulumeetmeid;
- suunata eelarvekulusid väheprioriteetsetelt või vähemõjusatelt tegevustelt kõrgema poliitilise prioriteediga valdkondadesse;
- aidata tõsta riigi toimingute hinna ja kvaliteedi suhet, tuvastades teenuseid, protsesse või tegevusi, milles oleks võimalik saavutada sarnaseid tulemusi väiksema kuluga.

Tõhustamiskavade praktika tugineb IMF ja OECD soovitustele ning nende teostamine on riigiti erinev. Tõhustamiskavad erinevad teineteisest sageli mitte üksnes suuruselt ja teemavaliku poolest, vaid ka majandusolude ja riiklike rahastamisstruktuuride eripära tõttu. Tuginedes Taani näitele tõhustamiskavade korraldamisest, võiks käesolevat tõhustamiskava kirjeldada kui strateegilist tõhustamiskava[1] – võttes arvesse Vabariigi Valitsuse kehtestatud 2025–2028 riigi eelarvestrateegiat ning sellega kaasnevat suunist kulusid vähendada, on tõhustamiskavasse planeeritud valdavalt meetmed, mis aitaksid tõsta riigi toimingute hinna ja kvaliteedi suhet.

[1] Taani strateegilised tõhustamiskavad hõlmavad endas tihti konkreetset poliitikavaldkonda või riigi funktsiooni. Olles loomult paindlikud, võivad nende sisueesmärgid ulatuda alates tõhustamisest kuni teadmiste suurendamiseni valdkondadest või trendidest, millele pole nii palju tähelepanu varem pööratud.

1.2. Projekti eeldused ja eesmärk

Riiklik järelevalve on riigile olulise tähtsusega funktsioon, millega tagatakse õigusaktidest tulenevate nõuete täitmine ning kodanikele pakutavate teenuste kvaliteet ja ohutus. Tõhus järelevalvekorraldus kaitseb kodanike õigusi, tagab turvalisuse ning hoiab ülal avalike hüvede ja teenuste toimepidavust. Samas peab järelevalve olema kaasaegne, tulemuslik ning proportsionaalne, et mitte tekitada ülemäärast halduskoormust teenuseosutajatele ega kulutada niigi piiratud ressursse.

Regulatsioonid on hädavajalikud nii majanduse kui ka ühiskonna eesmärgipäraseks toimimiseks. Need loovad nn mängureeglid kodanikele, ettevõtjatele, avalikule sektorile ja kodanikuühiskonnale. Regulatsioone on erinevaid sorte, erinevatel tasemetel, erinevates kooslustes; need hõlmavad endas mitmesuguseid eripärasusi, alates kehtestamise viisist, rangusastmest ja rakendusalast kuni regulatsioonide eriilmeliste tõlgendusteni, mis omavahel konkureerida võivad. Regulatsioonide sätestamine on peamiseks aluseks eesmärgikohaselt toimivale turule ja selle osalistele, kaitstes sealhulgas kodanike õigusi, turvalisust ning avalike hüvede ja teenuste osutamise eesmärgipärasust ja toimepidavust. Riigieelarve jätkusuutlikkuse seisukohast on oluline, et nende reeglite täitmise kontroll toimuks võimalikult tõhusalt ja tasuvalt. Valdavalt füüsilistele kontrollidele tuginev järelevalvemudel on paratamatult ressursimahukas ning suudab katta vaid piiratud arvu teenuseosutajaid. Selleks, et kasutada riigi ressursse targemalt ja tulemuslikumalt, tuleb liikuda nutikama ja ennetavama järelevalvemudeli suunas. Kvaliteetsed andmed ning tehnoloogilised arengud peavad üha enam toetama reageeriva järelevalve vähenemist ja ennetava järelevalve suurenemist.

Projekti lähtekohaks on järgmised eeldused:

- läbimõtestatud enesehindamise praktika ning vastavuskultuuri edendamine võimaldab või loob eeldused selleks, et vähendada järelevalve raames korraldatavate füüsilisi kontrolle ning järelevalveasutus saavutaks olemasolevate vahenditega rohkem (ressursikulu järelevalveasutusele väheneb, avaliku teenuse kvaliteet jääb samaks või suureneb);
- enesehindamise praktika juurutab sektorisse kuuluvate teenusepakkujate (või teenusepakkuja personali) sisemist vastutustunnet, mis omakorda tõstab teenuste kvaliteeti ja ohutust ning arendab vastavuskultuuri laiemalt. Kui teenuseosutaja hindab oma tegevust regulaarselt ja süsteemselt, muutub kvaliteedijuhtimine organisatsiooni sisemiseks osaks, mitte väliseks sunnimehhanismiks – sealjuures väheneb teenuste kvaliteedi ja ohutuse parenemisega riikliku järelevalve sekkumise vajadus (ennetava järelevalvemudeliga väheneb ressursikulu järelevalveasutusele, avaliku teenuse kvaliteet jääb samaks või suureneb);
- ühtlustatud riskihindamine võimaldab aina enam järelevalvet suunata tõenduspõhiselt sinna, kus riskid on suurimad, ja ühtne riskihindamise raamistik võimaldab erinevate valdkondade riske omavahel võrreldavalt hinnata. See loob eelduse proportsionaalseks ning paremini koordineeritud järelevalve korralduseks, kus kõrgema riskitasemega valdkonnad saavad vajaliku tähelepanu, kuid samas ei koormata madala riskisusega teenusepakkujaid ülemäärase kontrolliga (järelevalve ressursikulu on paremini optimeeritav – ressursikulu jääb samaks, kuid selle mõjusus paraneb).

Selline lähenemine ei vähenda mitte ainult riigi otseseid järelevalvekulusid (personal, aeg, transport, tugiteenused), vaid soodustab teenuseosutajate seas kvaliteedikultuuri ja vastutustunde teket, mis omakorda vähendab vajadust tulevikus sekkuda. Seega on ühtse enesehindamise süsteemi loomine investeering pikaajalisse tõhususse ja avaliku sektori kulude kokkuhoidu.

Tõhustamiskava projekti eesmärk on luua tervise- ja sotsiaalvaldkonnale ühtne, riskipõhine ja ennetav enesehindamis- ja järelevalvemetoodika. See metoodika hõlmab nii haldus- kui ka riiklikku järelevalvet ja on suunatud teenuste kvaliteedi ning ohutuse süsteemsele tagamisele.

1.2.1. Projekti lähteülesanne

Eesti tervise- ja sotsiaalvaldkonna järelevalvesüsteem vajab uuendusi, et vastata ressursipiirangutele, kasvavale teenuste hulgale, nende mitmekesisusele ning ühiskonna põhjendatud ootusele ohutute ja kvaliteetsete teenuste järele. Tõhustamiskava projekt on suunatud enesehindamise katsetamisele, et luua uut teadmist, kas sellel viisil saaks järelevalve luua lisandväärtust järelevalvele tervikuna. SOM-i valitsemisalas on erinevaid enesehindamise elemente arendatud ka varem ning erinevates võtmetes[2]. Arvestades seda, seati eesmärgiks luua sotsiaal- ja tervisevaldkonnale ühine enesehindamise raamistik, millele saaks tugineda valdkondade üleselt. Enesehindamise ulatuslikum rakendamine tähendaks ühtlasi ka vähem vajadust riiklikule sekkumisele, st füüsiliste kontrollide vähenemist. Sealhulgas tuleb paralleelselt vaadata üle järelevalve riskihindamise süsteem, et järelevalve keskenduks kõige kõrgema riskitasemega objektide kontrollimisele. Koostöös SOM-i juhtkonnaga sõnastati esmane projekti skoop ehk temaatilised töösuunad:

- rahvusvahelise praktika analüüs;
- enesehindamisele põhineva järelevalve osakaalu suurendamine;
- planeeritud järelevalve ülevaatamine (riskihindamine ja ohuprognoosid);
- järelevalveülesannete ülevaatamine;
- arvestada ettevõtja vaates loamenetluse halduskoormust;
- tervishoiuteenuste kvaliteedinõuete ühtlustamine;
- arvestada nullbaasilise eelarve projekti analüüsist lähtunud ettepanekuid.

Töörühma esimese kohtumise tulemusena arendati töösuundi edasi ning kaasati valitsemisalasse kuuluvate allasutuste vaatenurk; sealhulgas lisandusid oluliste täiendustena asutuste ülese riskihindamise ühisosa loomine ja ühise järelevalvetöölauarakenduse võimaluste kaardistamine. Koostöös kinnitati täiendatud töösuunad SOM-i juhtkonnas järgmises sõnastuses:

- enesehindamise kasutusvaldkondade kaardistamine ning ühiste enesehindamise põhimõtete väljatöötamine;
- analüüsida rahvusvahelist praktikat;
- määratleda asutusteülene riskihindamise ühisosa;
- analüüsida ettepanekut keskselt juhitud töölaua kasutamiseks;
- määratleda kitsaskohad õigusruumis;
- üle vaadata järelevalveülesanded ning ettevõtja vaates loamenetluse halduskoormus;
- tervishoiuteenuste kvaliteedinõuete ühtlustamine ning nulleelarve tulemite rakendusprojektidega sünkroonsuse tagamine.

Töösuundades aset leidnud tegevused on põhjalikumalt avatud tõhustamiskava 3. peatükis. Lisaks kinnitatud töösuundadele lepiti lähteülesandes kokku, et käesoleva projekti väljundid annaksid panuse heaolu ja tervise tulemusvaldkondade eesmärkide saavutamiseks:

- Eesti sotsiaalhoolekande korraldus toetab inimeste heaolu ja sotsiaalse turvatunde kasvu;
- Inimeste vajadustele ja ootustele vastavad ohutud ja kvaliteetsed tervise- ja sotsiaalteenused, mis aitavad vähendada enneaegset suremust, suurendada tervena elada jäänud aastate arvu ja toetada krooniliste haigustega elamist, on elanikkonnale võrdselt kättesaadavad.

Tõhustamiskava väljundite seost ning nende panust nimetatud eesmärkide saavutamiseks on lähemalt kirjeldatud raporti lisades (Lisa 2 ja Lisa 3) ja alapeatükis 3.1.

[2] Hoolekandeteenuste kvaliteedi juhendmaterjal (2020); Terviseministri 24.10.2024 määrus nr 43 „Tervishoiuteenuste kvaliteedi ja patsiendiohutuse tagamise nõuded''

2. Lähenemine ja metoodika

Projekti keskmes oli Sotsiaalministeeriumi (SOM) valitsemisalaülene töörühm, kuhu kuulusid esindajad ministeeriumist, Sotsiaalkindlustusametist (SKA), Terviseametist (TA), Ravimiametist (RA), Tervisekassast (TK) ning Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskusest (TEHIK). Projekti juhtrühmana toimis SOM-i juhtkonna formaat, kus kinnitati projekti algsed töösuunad ning lähteülesanne.

Iga asutus esitas enda esindajad töörühma, mis kohtus kaheksal korral perioodil 30.10.2024–03.06.2025. Töörühma liikmete nimekiri on toodud Lisas 7.

Projekti töödokumentatsioon asub SOM-i *Sharepoint* keskkonnas, toimikuhoidlas „Järelevalve tõhustamiskava".

2.1. Tõhustamiskava metoodika

2.1.1. Hetkeolukorra kaardistamine ja analüüs

Töö algas ülevaate loomisega hetkeolukorrast, et tuvastada peamised kitsaskohad ning võimalused. Selleks viidi läbi järgmised analüüsid:

- **Dokumendianalüüs:** Töötati läbi varasemad analüüsid ja strateegiadokumendid, sh „Sotsiaalministeeriumi haldusala asutuste järelevalve ja töökorralduse analüüs", nullbaasilise eelarve projekti SOM VA tulemused ja SOM VA järelevalve ülesannete kaardistus 2024. a kevadel.
- **Õigusruumi kaardistamine enesehindamise printsiipide võtmes:** Analüüsiti enesehindamist reguleerivaid või nende printsiipe sisaldavaid õigusakte (nt sotsiaalhoolekande seadus, tervishoiuteenuste korraldamise seadus). Nõuded kaardistati ja sõnastati enesehindamiseraamistiku printsiipidena, nagu on täpsemalt näidatud tõhustamiskava lisades (Lisa 5).
- **Protsesside ja töövahendite analüüs:** Kaardistati ja analüüsiti valitsemisala asutuste (SKA, TA, RA) järelevalve ja riskihindamise protsesse ning kasutatavaid IT-süsteeme (Terviseameti menetluse infosüsteem (MEIS), Ravimiameti Tegevuslubade register (RKAB), dokumendiregistrid). Peatähelepanu pöörati MEIS funktsionaalsuse ja andmestruktuuri analüüsile, et hinnata selle sobivust valitsemisalaüleseks kasutamiseks (alapeatükk 3.4. ja Lisa 8).
- **Finantsanalüüs:** PowerBI vahendiga, mille andmeteks kasutati SAP BO standardaruannet RP004.
- **Ressursside analüüs**: Kaardistati asutuste järelevalveressursid (inspektorite ja vahetult järelevalvet toetavad ametikohad), läbiviidud kontrollide ja menetluste arv.

2.1.2. Rahvusvahelise praktika analüüs ja uute lahenduste mõtestamine

Paralleelselt hetkeolukorra analüüsiga uuriti rahvusvahelisi parimaid praktikaid ja arendati ideid järelevalve tõhustamiseks.

- **Rahvusvahelise praktika analüüs:** Viidi läbi võrdlusanalüüs teiste riikide (eelkõige Iirimaa, Taani, Norra) ja OECD soovituste põhjal, keskendudes riskipõhise järelevalve ja enesehindamise mudelitele. Eriti põhjalikult analüüsiti Iirimaa Terviseinfo ja Kvaliteedi Ameti (HIQA) koostatud enesehindamise malli (Lisa 3 ja Lisa 6).
- **Enesehindamise raamistiku loomine:** Sünteesiti Eesti õigusruumi nõuded ja teadaolev rahvusvaheline parim praktika ühtseks enesehindamise raamistikuks. See struktureeriti temaatilisteks

komponentideks ja alamkomponentideks (nt kliendikeskne lähenemine, organisatsiooni juhtimine) ning töötati välja kahetine lähenemine: universaalne ennetav enesehindamine ja tõenduspõhine vastavushindamine (alapeatükk 3.2.3.).

- **Ühtse riskihindamise mudeli väljatöötamine:** Riskihindamise mudeliks pakuti välja klassikaline riskimaatriks, mis põhineb kahel dimensioonil: ohu realiseerumise tõenäosus ja mõju ulatus. Loodi integreeritud planeerimismudel, mis seob riskitaseme konkreetsete järelevalvemeetmete ja ressursikuluga (alapeatükk 3.3.).

2.1.3. Lahenduste testimine ja valideerimine

Kavandatud lahenduste praktilise väärtuse hindamiseks viidi läbi pilootprojektid:

- **Enesehindamise piloteerimine SKA-s ja TA-s:** Testiti praktikas enesehindamise küsimustiku toimivust:
    - Valiti välja kolm teenust: lastekaitse, üldhooldusteenus ja iluteenuse osutajad.
    - Loodi *LimeSurvey* platvormil põhinevad enesehindamise küsimustikud.
    - Teenuseosutajad täitsid küsimustikud, misjärel valideeriti vastuste paikapidavust kohapealse järelevalvega.
    - Analüüsiti meetodi sobivust ja piiranguid (alapeatükk 3.2.8.).
- **IT-süsteemi sobivuse valideerimine:** Koguti tagasisidet RA-lt ja SKA-lt MEIS-i testkeskkonna kasutamise kohta, et hinnata süsteemi vastavust nende spetsiifilistele tööprotsessidele ja vajadustele (alapeatükid 3.4.2. ja 3.4.3.).

3. Tõhustamiskava töösuunad

3.1. Rahvusvahelise praktika analüüs

Tuginedes suunisele, et käesoleva projekti väljundid annaksid panuse heaolu ja tervise tulemusvaldkonna eesmärkide saavutamiseks, on selleks vaja lahti mõtestada, kuidas erinevate riikide süsteemset tulemuslikkust võrreldavalt hinnata. Riikide suutlikkus saavutada paremaid tervise- ja sotsiaalhoolekandetulemusi sõltub lisaks rahastamisele üha rohkem sellest, kuivõrd tõhusalt toimivad riigile isepärased strateegilised juhtimis- ja järelevalvemehhanismid; eelarvelist tõhusust iseloomustab rahvusvahelise praktika puhul jätkuv liikumine riskipõhise, ennetava ja andmepõhise juhtimise suunas. Tõhustamiskava kontekstis on valitud näidisriikideks Norra, Taani ja Iirimaa, kuna nimetatud riigid esindavad endis võrreldava arengutasemega, kuid erineva institutsionaalse kujundusega heaoluriike, kus järelevalve ja kvaliteedijuhtimise reformid on lähiaastatel olnud prioriteetsed. Need riigid pakuvad ühese eesmärgiga, kuid omavahel eristuvaid lähenemisi, sidumaks riikliku järelevalve funktsiooni aina rohkem süsteemse kvaliteedijuhtimise, riskiseire ja enesehindamisega; eriilmeliste süsteemide võrdlemine võimaldab analüütiliselt tuua esile süsteemseid tugevusi, mida oleks võimalik Eestisse mõistlikul viisil kohandada. Tõhustamiskava lisades (Lisa 2) on lähemalt kirjeldatud, tuginedes asjaomasele teaduskirjandusele, kuidas riikide suutlikkus saavutada soositud tervisetulemusi põhineb peamiselt kolmele tegurirühmale: tervishoiukulude maht, elanikkonna sissetulekute tase ja jaotus ning haridustasemed. Lisaks sellele mängivad olulist rolli keskkonnategurid ja elustiilivalikud (mida võivad omakorda mõjutada „nähtamatud“ tegurid – näiteks kultuuritaust või sotsiaalsed normid). Ehkki tervishoiusüsteemide otsevõrdlus riikide vahel on keeruline nende struktuuriliste erinevuste ja mõõdetavate näitajate ajalisuse tõttu, on tervishoiukulude suurus järjekindlalt seotud paremate tulemustega, eeskätt ennetatavate surmade ja imikusuremuse vähenemisega. Tõhustamiskava vaates kinnitab see, et rahastamistasemel on keskne roll elanikkonna tervisenäitajate parandamisel, kuid strateegilisel tasandil tuleks silmas pidada ka laiemat mõjutegurite kompleksi, sealhulgas sotsiaalseid ja keskkonnaalaseid tegureid.

Rahvusvahelised andmestikud osutavad, et Eesti tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteemide tulemuslikkus jääb võrdlusriikidele alla eelkõige teenuste kvaliteedi, turvalisuse ja kättesaadavuse osas. Samas on rahastus- ja kulutasandil Eesti süsteem märkimisväärselt tõhus, võimaldades väikeste kulutustega pakkuda keskmisest vaid pisut nõrgemaid tulemusi. Tõhustamiskava lisades (Lisa 3) on lähemalt kirjeldatud näidisriike – Norra, Taani ja Iirimaa, mis lähenevad järelevalvele tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande kontekstis erinevate rõhuasetustega; samas on kõigil juhtudel on märgata liikumist enam riskipõhise, ennetava ja andmetel põhineva juhtimise suunas. Norra on keskendunud süsteemse kvaliteediraamistiku rakendamisele, mis ühendab auditeid, teenuseosutajate statistikat ja regioonipõhiseid praktikaid. Vaatamata pingutustele, jääb süsteem osaliselt killustatuks ning puudub kõikehõlmav operatiivne riskiraamistik. Taani on tugevdanud süsteemi läbi seadusandliku raportikohustuse, mille tulemusena on tekkinud rikkalikud juhtumipõhised andmekogud, mille põhjal viiakse läbi põhjalikke riskianalüüse, mis toetab ennetavat järelevalvet. Avalik info riskiraamistiku täpsemast ülesehitusest on siiski piiratud. Iirimaa eristub eelnevatest näidetest enesehindamise süsteemse kasutuse ja järelevalveameti läbipaistvuse poolest. HIQA kaudu on loodud seire- ja järelevalvesüsteem, mis ühendab enesehindamise tulemused, riskiskoorimise ja teenusekasutajate kogemused kokku.

Kõik kolm riiki ühendavad endis kvaliteedijuhtimise ja järelevalve, on liikumas riskipõhise ja andmepõhise seire suunas ning neis on teadvustatud kohaliku taseme kaasamise olulisust, ent on üldiselt säilitanud keskselt juhitud järelevalve struktuurid. Samas on kõik kolm riiki mõnes aspektis heitlemas andmete killustatuse ja andmelünkadega. Tõhustamiskava lisades (Lisa 2, Lisa 3 ja Lisa 4) on täpsemalt esile toodud rahvusvahelise praktika analüüsi tulemid, mis tuginevad ennekõike OECD väljatöötatud põhimõtetele, aitamaks määratleda riikliku järelevalve läbiviimise praktilisust.

Rahvusvahelise praktika analüüsist järeldub peamiselt:

- et järelevalve ja loamenetluse **tõhustamine kannab poliitikahoovana olulist rolli,** et parendada järelevalve kvaliteeti ning suurendada vastavuskultuuri ja järelevalvepoliitika tulemuslikkust ja toimepidavust, kuid hoidudes seejuures proportsionaalselt suurenevatest kulutustest, või hoides ennetavalt ära kahjudega kaasnevaid kulusid;
- **teenusepakkujate enesehindamine** ning vigadest õppimise kultuur laiemalt võivad kanda olulist rolli õnnetuste ja kahju ennetamises;
- **andme- ja tõenduspõhine juhtimine** peaks kujunema riikliku järelevalve koordineerimise lahutamatuks osaks;
- andmehalduslikke ja organisatsioonilisi struktuure on riigiti erinevaid, omade plusside ja miinustega, kuid üheselt on enim tunnustatud süsteemides juurutatud: **1) ennetav, riskipõhine järelevalvemetoodika** ning **2) vastutav asutus valdkonnaülese järelevalveinfo konsolideerimiseks, analüüsimiseks ja pikaajalise strateegia ellu viimiseks.**

3.2. Sotsiaalministeeriumi valitsemisala järelevalveasutuste ühiste enesehindamise põhimõtete väljatöötamine

Riikliku järelevalve tõhustamise võimaluseks on ühtlustada erinevate ametkondade järelevalvetegevusi ning vähendada ressursimahukat ja peamiselt reaktiivse lähenemisega kohapealset füüsilist kontrolli. Rahvusvahelises praktikas on näiteid, et järelevalve tõhususe tõstmisel on olnud edukas enesehindamise juurutamine, mis võimaldab riigiasutustel standardiseeritud viisil jälgida ja hinnata kontrollitavat sektorit ning vähendada koordineerimata ja ebaühtlase järelevalve tekkimise riske (OECD, 2024).

Enesehindamine selles kontekstis on süstemaatiline protsess, mille kaudu teenuseosutajad hindavad oma tegevuse vastavust kehtivatele õigusaktidele ja kvaliteedistandarditele. Selline lähenemine tugevdab organisatsioonide vastutust, toetab kvaliteedikontrolli sisemist arengut ning annab võimaluse ressursse suunata kõrgema riskiga valdkondadesse (HIQA, 2024; *Helsedirektoratet*, 2024).

Selleks, et väljatöötatav enesehindamise mudel oleks integreeritud laiemasse teenuste arendamise ja kvaliteeditagamise süsteemi, tagati tõhustamiskava projekti sünkroonsus kahe teise samaaegse algatusega. Nendeks olid SKA teenusdisaini projekt ning tervishoiuteenuste kvaliteedinõuete ühtlustamise projekt. Sealjuures arvestati SKA projekti tulemusi otse enesehindamise komponentide mudeli täiendamisel.

3.2.1. Enesehindamise kasutamine järelevalves

Enesehindamine tähendab, et teenuseosutaja hindab iseenda tegevuse vastavust kehtestatud nõuetele ja kvaliteedistandarditele ning tuvastab parenduskohti. Traditsiooniliselt on riiklik järelevalve toimunud valdavalt välise kontrolli kaudu, kuid üha enam nähakse väärtust enesehindamise süsteemide loomisel organisatsioonides endis. Enesehindamise rakendamine järelevalvesüsteemi osana teenib mitut eesmärki:

- Tõstab teenuseosutaja vastutustunnet ja kaasatust kvaliteedi tagamisel. Kui teenusepakkuja ise mõõdab ja jälgib teenuse kvaliteeti, kujuneb organisatsioonis välja tugevam kvaliteedikultuur ning tahe probleeme ennetada, mitte oodata riikliku järelevalve sekkumist.
- Vabastab järelevalveasutuse ressursse olulisemateks ülesanneteks. Osa kontrollitegevusest kandub üle teenuseosutajatele endi igapäevapraktikasse.
- Loob lisastiimuli teenuse kvaliteedi parandamiseks läbipaistvuse ja turukonkurentsi kaudu. Kui teenuse kvaliteedi ja ohutuse näitajad, näiteks enesehindamise tulemused, on vähemalt osaliselt avalikud, saavad teenusekasutajad teha informeeritud valikuid. See omakorda motiveerib teenuseosutajaid omavahelises konkurentsis paremaid tulemusi saavutama. Rahvusvahelised kogemused näitavad, et avalikustatud kvaliteediinfo võib võimendada parendusi: näiteks Inglismaal

on haiglate kvaliteedi hindamise tulemuste avaldamine viinud selleni, et maineküsimus survestab haiglaid nõrkustega ennetavalt tegelema.

Oluline on rõhutada, et enesehindamine **ei tähenda järelevalvest loobumist**, vaid on selle täiendav komponent. Korrektse toimimise eelduseks on usaldusväärsus ja süsteemsus. Teenuseosutajad peavad enesehindamist võtma tõsiselt, vastasel juhul kaob usaldus ning järelevalveasutus peab ikkagi ise kõik üle kontrollima. Seepärast tuleb kaaluda enesehindamise tulemuste pistelist valideerimist, et veenduda andmete õigsuses.

3.2.2. Enesehindamise rakendamise kriteeriumid ja printsiibid

Enesehindamine ei ole siiski universaalne lahendus, mida saaks rakendada kõikides järelevalveolukordades ühtemoodi. Selle meetodi väärtus sõltub rakendamisest, ehk õige tööriista kasutamisest õiges kohas ja õigel eesmärgil. Läbimõtlematu enesehindamise juurutamine võib luua uut ja koormavat bürokraatiat, ilma et see tooks kaasa sisulist kasu teenuste kvaliteedile. Seetõttu tuleb enne meetodi rakendamist hinnata selle sobivust konkreetse valdkonna või teenuse jaoks ning valida proportsionaalne rakendusmudel.

Rakendamise sobivuse hindamine: millal enesehindamist kasutada

- **Kontrollitava sektori suurus ja killustatus.** Enesehindamine on eriti tõhus valdkondades, kus teenuseosutajate arv on suur ja kohapealne kontroll kõikide osapoolte üle oleks ebaproportsionaalselt ressursimahukas või praktikas võimatu. See võimaldab saavutada laia katvuse ja koguda süsteemselt teavet valdkondadest, kuhu plaaniline järelevalve jõuab harva.
    - **Ebasobiv rakendusjuhtum:** Väikese arvu teenuseosutajatega (nt alla 10–15) valdkonnas, kus järelevalveametnikul on niigi pidev ja hea ülevaade, ei pruugi formaalne enesehindamine lisaväärtust anda.
- **Riskitase ja rikkumise mõju.** Enesehindamine sobib madalama ja keskmise riskiga valdkondadesse, kus nõuete rikkumise tagajärjed ei ole rängad. Kõrge riskiga valdkondades, kus eksimus võib kaasa tuua otsese ohu inimeste elule või tervisele, ei saa enesehindamine asendada kohapealset kontrolli, vaid võib olla piiratud mahus üksnes seda täiendav komponent.
- **Olemasolevate andmete kättesaadavus.** Enesehindamise rakendamine pole otstarbekas, kui sama teabe saab kätte juba olemasolevatest riiklikest registritest.
- **Rikkumiste olemus ja teadlikkus.** Paradoksaalselt võib enesehindamine olla kasulik valdkondades, kus on tuvastatud palju mittevastavusi, mis tulenevad pigem teadmatusest või tähelepanematusest kui pahatahtlikkusest. Sellisel juhul toimib enesehindamise küsimustik haridusliku ja ennetava vahendina, mis sunnib teenuseosutajat seadusandlusega kurssi viima ja oma protsesse kriitiliselt hindama.

Vabatahtlikkuse ja kohustuslikkuse kaalumine:
Enesehindamise rakendamise põhimõtteliseks küsimuseks on, kas selle läbiviimine peaks olema teenuseosutajale vabatahtlik või kohustuslik. Testimine näitas (alapeatükk 3.2.8), et vabatahtlik osalus võib olla teatud sektorites (nt iluteenused) väga madal, mis vähendab meetodi süsteemset mõju.

Selleks, et tagada meetodi laiapõhjaline rakendamine ja maksimeerida selle ennetavat kasu, tuleb kaaluda teatud riskitasemega teenustes enesehindamise kohustuslikuks muutmist. Kohustuslikkus tagaks, et kõik teenusepakkujad peavad oma tegevust regulaarselt analüüsima, mis tõstaks kogu sektori kvaliteediteadlikkust ja vähendaks süsteemseid riske. Selline samm eeldab aga põhjalikku eelanalüüsi.

3.2.3. Rakendusmudelid: ennetav enesehindamine ja formaalne vastavushindamine

Et enesehindamine oleks tõhus ja proportsionaalne, tuleb seda rakendada diferentseeritult. See tähendab, et meetodi intensiivsus ja formaalsus sõltuvad valdkonna riskitasemest ja järelevalve konkreetsest eesmärgist. Selleks pakutakse välja kahetine mudel: nö pehmem **ennetav enesehindamine** ja konkreetsem **vastavushindamine.**

Ennetav enesehindamine

- Selle peamine eesmärk on edendada kvaliteedikultuuri ja tõsta teadlikkust nõuetest. See on mõeldud õppimise ja enesereflektsiooni vahendina, mitte karistava kontrollimehhanismina.
  - Eesmärk: Toetada teenuseosutajate organisatsioonisiseseid arendusprotsesse ja suunata neid ise oma tegevust kriitiliselt hindama.
  - Rakendus: See mudel on mõeldud kasutamiseks kõikidele teenuseosutajatele baastasandil. Tulemusi ei pea rutiinselt järelevalveasutusele esitama, kuid nende olemasolu ja kasutamine on hea tava, mida järelevalveametnik võib kohapealsel kontrollil hinnata kui osa organisatsiooni kvaliteedijuhtimissüsteemist.
  - Vormiks on kontroll-loend, küsimustik või juhendmaterjal, mille täitmine ei ole ajamahukas.

Vastavushindamine: tõenduspõhine ja sihipärane järelevalve osa

See on formaalsem ja tõenduspõhine enesehindamise mudel, mis on otseselt integreeritud järelevalvemenetlusse. See nõuab teenuseosutajalt oma vastuste kinnitamist dokumentide, andmete ja detailsete kirjeldustega. Erinevalt pehmest enesehindamisest ei ole tegu universaalse meetodiga, vaid seda rakendatakse sihipäraselt ja eesmärgistatult. Selle mudeli puhul saab omakorda eristada kahte alaliiki:

- **Kohapealse kontrolli asendamine**

  Eesmärk: Vähendada ressursimahuka kohapealse kontrolli mahtu madalama ja keskmise riskiga valdkondades, asendades osa teabekogumise protsessist dokumentaalse vastavushindamisega.
  Rakendus: Järelevalveasutus kasutab seda meetodit plaanilise järelevalve osana. Teenuseosutaja täidab detailse ja tõenduspõhise vastavushindamise küsimustiku enne plaanitud kohapealset kontrolli. Järelevalveametnik analüüsib esitatud vastuseid ja tõendusmaterjale ning otsustab selle põhjal:

  1. **Kas kohapealne kontroll on üldse vajalik?** Kui vastavushindamise tulemused on veenvad ja riskitase madal, võib järelevalveametnik otsustada kohapealsest kontrollist loobuda ja viia läbi vaid dokumentaalse järelevalve.

     Kui vastus on „jah“, siis otsustada , millises ulatuses on järelevalvet vaja teha.
  2. **Millistele teemadele ja riskidele kohapeal keskenduda?** Võimaldab jätta formaalsuste kontrolli tagaplaanile ja tegeleda sisuliste küsimustega.

  Kasu: Optimeerib järelevalveametnike ajakasutust, vähendab teenuseosutajate koormust ja võimaldab suunata tähelepanu sinna, kus see on kõige enam vajalik. See vastab otseselt SKA testimisel tehtud ettepanekule kasutada küsimustikke üldhoolduses kohapealse järelevalve tõhustamiseks.

- **Riskide kaardistamine ja järelevalve planeerimine**

  Eesmärk: Saada laiapõhjaline ja võrreldav ülevaade tervest sektorist või teenusest, et tuvastada süsteemseid riske ja planeerida tulevasi järelevalvetegevusi.
  Rakendus: Järelevalveasutus saadab kindla ajavahemiku tagant (nt korra kahe aasta jooksul) kõikidele kindlasse sektorisse kuuluvatele teenuseosutajatele standardiseeritud vastavushindamise küsimustiku. Tulemusi ei käsitleta esialgu üksikjuhtumite tasandil, vaid koondatakse ja analüüsitakse järgmise aasta järelevalve planeerimiseks.
  Kasu:

  1. **Riskantsemate teenuseosutajate tuvastamine:** Andmeanalüüs aitab tuvastada need teenuseosutajad, kelle vastused viitavad suurematele puudujääkidele või riskidele. Need asutused saab lisada järgmise aasta plaanilise järelevalve nimekirja kõrgema prioriteediga.
  2. **Süsteemsete probleemide märkamine:** Kui suur osa sektori teenuseosutajatest annab sarnaseid probleemseid vastuseid teatud teema kohta, siis viitab see süsteemsele probleemile, mis vajab laiemat sekkumist (nt juhendmaterjalide koostamine, koolituste korraldamine, õigusloome muutmine jne).

Kahetasandiline lähenemine võimaldab rakendada enesehindamist ja vastavushindamist paindlikumalt, vältides universaalse lahenduse kitsaskohti ning kasutades meetodit nendes valdkondades või teenustes, kus see loob kõige rohkem väärtust.

3.2.4. Enesehindamise raamistiku loomine: Eesti õigusruumi ja rahvusvahelise praktika süntees

Ühtse ja toimiva enesehindamise raamistiku väljatöötamiseks oli vaja luua süsteem, mis oleks samaaegselt kooskõlas Eesti seadustega ja põhineks rahvusvahelisel praktikal. Selleks viidi läbi kaheetapiline analüüs, mille tulemusena sündis SOM valitsemisala spetsiifikale kohandatud raamistik.

Analüüsi esimeses faasis kaardistati esmalt Eesti tervise- ja sotsiaalvaldkonna õigusaktides sätestatud enesehindamis- ja kvaliteedinõuded, tuginedes sotsiaalhoolekande seadusele ning määrustele „Tervishoiuteenuste kvaliteedi ja patsiendiohutuse tagamise nõuded“ ja „Apteegiteenuse osutamise tingimused ja kord“. Analüüs näitas, et kuigi õigusaktides on kvaliteedijuhtimise ja enesehindamise elemendid olemas, on need killustatud ja eri määrustes erinevalt sõnastatud (vt Lisa 2).

Paralleelselt analüüsiti teiste riikide kogemusi enesehindamise rakendamisel. Rahvusvahelisest võrdlusanalüüsist (vt Lisa 1) selgus, et eeskujuks sobivaks on osutunud Iirimaa Terviseinfo ja Kvaliteedi Ameti (HIQA) väljatöötatud enesehindamise mall (vt Lisa 3). Selle mudeli peamisteks tugevusteks, mis tegid sellest sobiva alusmudeli ka Eesti jaoks, on:

- **Selge ja loogiline struktuur:** Mudel on jaotatud teemapõhisteks plokkideks (nt juhtimine, personal, isikukeskne tugi), mis on intuitiivselt arusaadavad.
- **Tulemusele orienteeritus:** Standardid on sõnastatud selgelt ja kirjeldavad oodatavat kvaliteetset ja ohutut teenust, mitte pelgalt formaalsete nõuete täitmist.
- **Universaalsus ja kohandatavus:** Kuigi mudel on universaalne, võimaldab selle struktuur integreerida Eesti õigusaktidest tulenevaid spetsiifilisi nõudeid loogilistesse teemaplokkidesse.

3.2.5. Ühtse enesehindamise raamistiku komponendid

Eesti õigusruumi nõuete ja rahvusvahelise praktika (eelkõige Iirimaa HIQA mudeli) sünteesi tulemusena loodi ühtne enesehindamise raamistik. See raamistik struktureerib järelevalvealused nõuded kaheksaks omavahel seotud temaatiliseks komponendiks. Iga komponent koondab sarnase sisuga nõuded, muutes need teenuseosutajatele arusaadavamaks ja järelevalvele paremini hinnatavaks. Süstematiseeritud lähenemine on ühtlasi ka eelduseks standardiseeritud enesehindamise küsimustike loomiseks.

Oluline on märkida, et konkreetse küsimustiku puhul ei ole tarvis kõiki komponente (alamkomponente) arvestada ja kasutada. Küsimuste sisustamisel tuleb lähtuda teenuse eripärast.

Alamkomponendid aitavad komponenti sisustada ning toimivad ühtlasi ka esmase juhendmaterjalina.
Allpool on esitatud ülevaade neist kaheksast põhikomponendist, mis moodustavad raamistiku küsimustikele:

- **Komponent 1: Kliendikeskne (patsiendikeskne) lähenemine teenuse saaja kogemusele, väärikusele ja õigustele** – see komponent keskendub teenuse saaja kogemusele, väärikusele ja õigustele ning uurib, kas teenus on disainitud ja osutatud lähtuvalt inimese tegelikest vajadustest.
  Hinnatavad teemad hõlmavad endas sisulisi vastuseid küsimustele: “Kuidas tagatakse teenuse kasutaja väärikas kohtlemine, privaatsus ja autonoomia?“, „Kas (teenuses) edendatakse lugupidavat suhtlemiskultuuri?“, „Kuidas tagatakse avatud ja viivitamatu käsitlus seoses teenusesaaja kaebuste ja muredega?“, „Kuidas kaasatakse lähedasi ja arendatakse patsiendiohutuskultuuri?“.
- **Komponent 2: Teenusepakkuja organisatsiooni juhtimine ja töökorraldus** – see komponent hindab, kas teenuseosutaja organisatsioon on juhitud süsteemselt, läbipaistvalt ja eesmärgipäraselt, et tagada kvaliteetse ja ohutu teenuse osutamine.
  Keskmes on vastused küsimustele: „Kas teenuseosutaja juhtimises on rakendatud selged poliitikad ning protseduurid (nt personalijuhtimine, kommunikatsioon)?“, „Kas teenuseosutaja juhtimises on seatud mõõdetavad kvaliteedi- ja ohutuseesmärgid ning tegevusplaanid nende saavutamiseks/ tagamiseks?“, „Kuidas toimub riskijuhtimine ja kriisiplaanide haldamine?“.
- **Komponent 3: Teenuse kvaliteedi ja ohutuse tagamine** – selle komponendi fookuses on konkreetsed tegevused ja meetmetele, millega tagatakse teenuse vastavus kvaliteedistandarditele ja minimeeritakse ohte teenusesaajale.

Hinnatavad teemad hõlmavad endas sisulisi vastuseid küsimustele: „Kuidas jälgitakse ja hinnatakse teenuste mõjusust ning kuidas toimib pidev parendustöö?“, „Kas kasutatakse rahvusvaheliselt tunnustatud kvaliteedinäitajaid?“, „ Kuidas on täidetud spetsiifilised ohutusnõuded (nt nakkustõrje, ravimiohutus, kukkumiste ennetamine)?“.

- **Komponent 4: Teenusepakkuja töötajate erialase pädevuse tagamine** – see komponent hindab, kas teenust osutav personal on vastava kvalifikatsiooniga, kutsealaselt pädev ja piisava organisatsioonilise toega, et pakkuda kvaliteetset ja ohutut teenust.
  Hinnatavad teemad hõlmavad endas sisulisi vastuseid küsimustele: „Kuidas tagatakse töötajate kvalifikatsioonide nõuetele vastavus?“, „Kas ametijuhendites on selgelt määratletud ülesanded?“, „Kas teenusepakkuja võimaldab täienduskoolitusi ja pädevuse hindamist regulaarselt?“**.**
- **Komponent 5: Tegevuskoha või ruumide nõuded** – komponent analüüsib, kas füüsiline keskkond ja tehniline varustus toetavad kvaliteetse ja ohutu teenuse osutamist.
  Hinnatavad teemad hõlmavad endas sisulisi vastuseid küsimusele: „Kas teenust osutatakse füüsilises keskkonnas, mis vastab nõuetele (sh ruumide nõuded puhtusele, turvalisusele, ligipääsetavusele)?“.
- **Komponent 6: Sisseseade ning tehnilise varustatuse nõuded** – selle komponendi fookuseks on hinnata spetsiifilist varustust või seadeldisi, mis on vajalikud, et kvaliteetset ja ohutut teenust pakkuda.
- **Komponent 7: Nõuded teenuse kaugosutamise korral** – see komponent on oluline digitaalselt osutatud või kaugteenuste osutamise puhul, keskendudes andmekaitsele ja tehnoloogilisele vastavusele.
- **Komponent 8: Võrgustikutöö ja koostööpartnerite kaasamine** – see komponent uurib teenusepakkuja võimekust teha koostööd erinevate partnerite ja võrgustikutega, et tagada teenuse terviklikkus ja sujuvus.

Niisugune komponentidel põhinev raamistik võimaldab koostada **enesehindamise küsimustiku**, mis on ühelt poolt piisavalt universaalne eri teenuste tarbeks ning teiselt poolt piisavalt detailne, et katta ära kõik seadusest tulenevad spetsiifilised nõuded. Teenuseosutaja saab küsimustiku abil süsteemselt läbi käia kõik olulised valdkonnad alates kliendikesksest toimimisest kuni ohutuse ja töökorralduseni, andes igas alas hinnangu oma vastavusele. Järelevalveasutusele annab see standardiseeritud vormis sisendi, mille põhjal on võimalik riskihinnangut täpsustada ja järelevalvetegevusi planeerida.

Eelnevalt kirjeldatud komponendid ja nende peamised alateemad on koondatud alljärgnevasse tabelisse (Tabel 1), et anda struktureeritud ülevaade loodud enesehindamise raamistikust.

Tabel 1. Enesehindamise komponendid ja alamkomponendid

Komponent 1	**Kliendikeskne (patsiendikeskne) lähenemine**
Alamkomponent	Teenuse kasutajate väärikust, privaatsust ja valikuvabadust austatakse ja edendatakse
Alamkomponent	Teenusepakkujad edendavad arvestamise ja lugupidamise hoiakuid
Alamkomponent	Teenuse kasutajate kaebustele ja muredele vastatakse avatult ja viivitamatult
Alamkomponent	Teenuse kasutajate lähedastega suhtlemist edendatakse
Alamkomponent	Tegevused patsiendiohutuskultuuri arendamiseks organisatsioonis
Komponent 2	**Teenusepakkuja organisatsiooni juhtimine ja töökorraldus**
Alamkomponent	Töökorraldusreeglite või poliitikate olemasolu (personalipoliitika, kommunikatsioonistrateegia, keskkonnajuhtimine)
Alamkomponent	Kvaliteedi ja kliendiohutusega seotud eesmärgid ja tegevusplaanid
Alamkomponent	Riskijuhtimine ja kriisiplaanid

Alamkomponent	Teenusepakkujad planeerivad ja juhivad oma tööjõuressurssi, et saavutada teenuse eesmärgid
Komponent 3	**Teenuse kvaliteedi ja ohutuse tagamine**
Alamkomponent	Teenuste mõjusust jälgitakse, hinnatakse ja täiustatakse pidevalt
Alamkomponent	Rahvusvahelisest tunnustatud kvaliteedinäitajate kasutamine
Alamkomponent	Kliendi/patsiendiohutuse nõuded
Komponent 4	**Teenusepakkuja töötajate erialase pädevuse tagamine**
Alamkomponent	Ametijuhendi nõuded
Alamkomponent	Täiendkoolituse nõuded
Komponent 5	**Tegevuskoha või ruumide nõuded**
Alamkomponent	Teenust osutatakse füüsilises keskkonnas, mis toetab kvaliteetse ja ohutu teenuse pakkumist
Komponent 6	**Sisseseade ning tehnilise varustatuse nõuded**
Alamkomponent	Nõuded spetsiifilise varustuse ning nende varude kohta
Komponent 7	**Nõuded teenuse kaugosutamise korral**
Alamkomponent	Andmekaitse meetmed
Komponent 8	**Võrgustikutöö ja koostööpartnerite kaasamine**
Alamkomponent	Koostööpartnerite kaasamine ja roll teenuses

See struktuur võimaldab luua enesehindamise küsimustiku, mis on ühelt poolt piisavalt universaalne, et olla rakendatav erinevat tüüpi teenustele, ja teiselt poolt piisavalt detailne, et katta seadustest tulenevad spetsiifilised nõuded.

3.2.6. Tehnilise lahenduse valik ja põhjendused

Enesehindamise raamistiku praktiline rakendamine eeldab digitaalset tööriista, mille abil saab koostatud komponendid ja alamkomponendid vormistada kasutajasõbralikeks küsimustikeks, neid turvaliselt teenuseosutajatele edastada ning vastuseid koguda ja analüüsida. Sobiva tehnilise lahenduse valik on seega metoodika eduka rakendamise oluline eeldus, eriti arvestades, et avaliku sektori eelarve on alati piiratud ning eelistada tuleb kulutõhusaid ja jätkusuutlikke lahendusi.

Projekti algfaasis oli esmane eelistus kasutada olemasolevaid standardtööriistu, et vältida lisakulusid. Seetõttu kaaluti esimese valikuna Microsoft Forms (MS Forms) platvormi, mis on paljudes valitsusasutustes, sh SOM, juba kasutusel. Testimise ettevalmistamise käigus ilmnes aga takistus, sest kõikide kaasatud asutuste töötajatel puudus MS Formsi kasutamine võimalus. Võimalus selle kasutamiseks saab tekkida ühtse riigi töökoha teenuse (ATK2) laiendamisel.

Selleks, et pilootprojektiga edasi liikuda, otsustati kasutada alternatiivset lahendust. Valituks osutus LimeSurvey, mis on avatud lähtekoodiga küsitlusplatvorm ja mida oli võimalik projekti raames kiiresti ja paindlikult kasutusele võtta. Kuigi LimeSurvey võimaldas testimise läbi viia, ilmnesid selle kasutamisel mitmed tehnilised puudujäägid (nt vastuste salvestamise ebakindlus), mis on täpsemalt kirjeldatud testimise tulemuste alapeatükis (alapeatükk 3.2.7.).

Pilootprojekti kogemus kinnitas, et pikaajalise ja laiapõhjalise enesehindamise rakendamise jaoks on vaja leida keskne, stabiilne ja kulutõhus platvorm. See ei pea olema kallis eriarendus, vaid võib olla ka mõni olemasolev tarkvaralahendus, mis vastab järgmistele miinimumnõuetele:

- Kasutajasõbralikkus: Lihtne ja intuitiivne nii küsimustike koostajale kui ka vastajale.
- Andmete turvalisus: Tagatud peab olema vastavus isikuandmete kaitse nõuetele.

- Funktsionaalsus: Võimalus vastuseid vahepeal salvestada, genereerida automaatseid kokkuvõtteid ja pakkuda baasanalüütika võimekust.
- Kulutõhusus: Lahendus peab olema riigile taskukohane, eelistades olemasolevaid litsentse või soodsaid tsentraalseid hankeid.

3.2.7. Teenuste testimine

Järgmise sammuna kaardistasid asutused järelevalveteenused, mille puhul hinnati enesehindamise rakendamist otstarbekaks või teatud eeltingimuste korral võimalikuks. Ühtlasi kaardistati ka automaatkontrollide rakendamise võimalusi. Testimiseks valitud teenuste jaoks koostati komponentidel põhinevad küsimustikud.

Kaardistamise tulemused on toodud lisas (lisa 10).

3.2.7.1. Sotsiaalkindlustusameti testimise tulemused

SKA eesmärk oli testida, kas asutuste (kontrollitavate) enesehindamine võib asendada ressursimahukat kohapealset järelevalvet. Katsetus viidi läbi kahe teenuse näitel (KOV lastekaitse järelevalve ja üldhooldusteenus), kasutades LimeSurvey platvormi. Seejärel valideeris SKA tulemusi kohapealse järelevalvega. KOV lastekaitse järelevalve valimis olnud kuuest lastekaitsetöötajast vastas viis, üldhooldusteenuse järelevalve valimis oli viis asutust ning kõik vastasid küsimustikule. Peamised testimise järeldused:

1. **Olulisim järeldus oli,** et **küsimustike vastused ei peegeldanud alati tegelikku olukorda.** Kuigi vastustes rikkumisi ei ilmnenud, tuvastas kohapealne kontroll (nt töögraafikute analüüs) mittevastavusi. See viitab, et vastajad kalduvad andma õigeid vastuseid, mis ei pruugi kajastada tegelikku praktikat.

   Järeldus: Enesehindamise küsimustikel on piiratud tõenduslik väärtus faktide tuvastamisel ning need mõõdavad pigem teadlikkust nõuetest kui nende järgimist.

2. **Administratiivse ja tehnilise koormuse alahindamine** Kuigi projekti üks keskseid eesmärke on järelevalve inimressursi kulu vähendamine, ilmnesid testimise käigus mitmed ettenägematud tegurid, mis suurendasid administratiivset koormust:

   - **Ajamahukus koostamisel:** Küsimustike loomine ja normide muutumisel ajakohastamine on märkimisväärne töö.
   - **Tehnilised tõrked:** realiseeritud küsimustiku versiooni suutmatus pooleliolevat ankeeti salvestada põhjustas lisatööd.
   - **Vastajate ajakulu:** Mahukad (54 ja 80 küsimust) küsimustikud nõudsid vastamiseks 2–3 tundi, mis on teenuseosutajatele märkimisväärne ajaline koormus ja vastuolus ka bürokraatia vähendamise eesmärgiga.

   Järeldus: Enesehindamise meetodi rakendamine nõuab hoolikalt läbimõeldud tehnilist lahendust ja küsimuste mahu proportsionaalsust, et vältida liigset koormust.

3. **Andmekvaliteedi ja metoodika piirangud**. Pilootprojekt tõi esile, et küsimustike vastused kipuvad olema üldised ja korduma, ehk sisuliselt kopeerima seaduse teksti. See viitab sellele, et küsimused ei suunanud vastajaid analüüsima oma tegelikku praktikat**.**

   Järeldus: Küsimustikud tuleks kujundada praktika hindamiseks, näiteks stsenaariumipõhiste küsimuste kaudu.

4. **Positiivne mõju teadlikkuse ja ennetuse vallas.**

Kuigi enesehindamine ei asenda kohapealset kontrolli, toimis see haridusliku ja ennetava tööriistana. See suunas nii lastekaitsetöötajaid kui ka üldhooldusasutuste juhte analüüsima oma tegevust õigusaktide kontekstis, mis toetas kvaliteedikultuuri arengut.

Järeldus: Enesehindamise suurim väärtus on teadlikkuse tõstmine ja eneseregulatsiooni soodustamine, mitte kontrollifunktsioon.

Hoolimata tuvastatud piirangutest, pakkus testimine väärtuslikku sisendit ja genereeris konkreetseid ettepanekuid, kuidas enesehindamise elemente saaks järelevalve tõhustamiseks siiski nutikalt rakendada, muutes metoodika fookust. Selle asemel, et asendada kohapealset järelevalvet, saab enesehindamist kasutada kas teenuse kvaliteedi ennetavaks arendamiseks või kohapealse järelevalve tõhustamiseks. SKA tegi testimise põhjal kaks konkreetset ettepanekut eri teenuste jaoks.

Uus järelevalvemetoodika KOV lastekaitsetöös: fookus eneseanalüüsil ja koostööl

Testimise tulemused viies KOV-is näitasid, et enesehindamise peamine väärtus seisneb selle ennetavas ja hariduslikus rollis. Seetõttu on KOV lastekaitsetöö järelevalve tõhustamiseks otstarbekas rakendada metoodikat, mis soodustab töötajate eneseanalüüsi ja koostööd järelevalveasutusega. Eesmärk on, et lastekaitsetöötaja tuvastab ja parendab oma töö kvaliteeti juba enne ametlikku kontrolli.

- **Metoodika kirjeldus:** Järelevalve alguses edastatakse KOV-ile menetluste numbrid ja SKA koostatud kontroll-loend. Lastekaitsetöötaja analüüsib oma juhtumeid, hinnates, kas seadusenõuded on abivajava lapse juhtumi menetlemisel täidetud. Seejärel esitab KOV analüüsid SKA-le, millele järgneb ühine arutelu ja kogemuskohtumine.
- **Eesmärk ja kasu:** Selline lähenemine vähendab klassikalise järelkontrolli vajadust, kuna puudused kõrvaldatakse protsessi käigus. See tõstab teenuse kvaliteeti läbi enesereflesiooni ja õppimise ning tagab seadusnormide parema mõistmise ja rakendamise. Kokkuvõtlikult on enesehindamisküsimustiku rakendamine üldhooldusteenuses otstarbekas ning tasub praktikas rakendada peale ATK2 töökohateenusele üleminekut.

Enesehindamine üldhoolduses: kohapealse järelevalve ettevalmistamine ja tõhustamine

Üldhooldusteenustes (testiti viies asutuses), kus kohapealne kontroll (paikvaatlus ja vestlused) on faktide tuvastamiseks vältimatu, ei ole eesmärk enesehindamisega kontrolli asendada, vaid seda täiendada.

- **Metoodika kirjeldus:** Enne plaanilist järelevalvet saadetakse asutuse juhile enesehindamise küsimustik. Saadud vastused aitavad järelevalveametnikul kohapealseks külastuseks paremini valmistuda ja suunata tähelepanu potentsiaalsetele probleemkohtadele.
- **Eesmärk ja kasu:** Eesmärk on **vähendada kohapealsete vestluste kestust** (hinnanguliselt kolmandiku võrra), mis säästab nii järelevalveametniku kui ka teenuseosutaja aega. Analüüsi osa sellega ei vähene, kuid kohapealne ajakulu on väiksem ning paindlikum planeerimine võimalik mõlema osapoole jaoks. Seetõttu on enesehindamisküsimustiku rakendamine üldhooldusteenuses põhjendatud ning tasub praktikas kavandada selle kasutamine peale ATK2 töökohateenusele üleminekut.

3.2.7.2. Terviseameti testimise tulemused

Paralleelselt SKA testimisega viis Terviseamet läbi enesehindamise pilootprojekti iluteenuste valdkonnas, et hinnata meetodi sobivust ja otstarbekust järelevalvemenetluse osana. Testimine tõi esile seitse peamist probleemkohta, mille saab koondada kaheks järelduseks:

- **Madal osalusaktiivsus ja praktilised takistused:** Pilootprojekt näitas iluteenuste valdkonnas madalat motivatsiooni vabatahtlikus korras vastata (kuuest ettevõttest vastas vaid üks). Peamiseks takistuseks on usaldusväärsete kontaktandmete puudumine. Riigil puudub keskne ja ajakohane info valdkonnas tegutsevatest ettevõtetest, mis muudab nendeni jõudmise keeruliseks ja ebaefektiivseks. Vabatahtliku osaluse suurendamine eeldaks põhjalikku eelnevat nõustamist ja kokkuleppeid, mis muudaks protsessi järelevalveametniku jaoks väga ajamahukaks ja vähekuluefektiivseks.

- **Halduskoormuse kasv ja tehnilised puudujäägid:** Kuigi eesmärk oli protsesse lihtsustada, suurendaks ankeedi täitmine ettevõtte administratiivset koormust, mis on vastuolus valitsuse laiemate eesmärkidega. Lisaks ilmnesid ka tehnilised puudujäägid: LimeSurvey platvorm ei võimaldanud vastuseid vahepeal salvestada ega genereerinud ettevõttele pärast täitmist kokkuvõtlikku dokumenti (nt kontroll-lehte), mida saaks kasutada edasiste parendustegevuste planeerimisel. See piirab oluliselt platvormi praktilist väärtust enesehindamise tööriistana.

Järeldus: Kokkuvõttes näitas testimine, et enesehindamise kasutamine kohustusliku järelevalvevahendina iluteenuste valdkonnas ei ole otstarbekas. Meetodi pealesurumine tooks kaasa uue bürokraatia, ilma et see tagaks sisulist kasu teenuste ohutuse parandamisel.

Ettepanek: Meetodi ümbermõtestamine nõustamisvahendiks

Lähtudes testimise tulemustest, tegi TA ettepaneku enesehindamise meetodit mitte kõrvale heita, vaid selle roll ümber mõtestada.

- Uus rakendusmudel: Enesehindamise protseduuri pakutakse olukorras, kus ettevõte ise pöördub Terviseameti poole nõu saamiseks, soovides selgitada, millistele nõuetele tema tegevus peab vastama. Sellises olukorras on teenusepakkuja motiveeritud ja koostööaldis.
- Protsess: Ametnik pakub ettevõttele võimalust läbida digitaalsel platvormil enesehindamise protsess, mis aitaks tal süsteemselt mõista kehtivaid nõudeid ja hinnata oma tegevuse vastavust.
- Väärtus ettevõttele: Protsessi lõpus genereeriks süsteem ettevõttele automaatselt koondfaili (nt täidetud kontrollnimekirja). See dokument jääks ettevõttele alles ja toimiks praktilise tööriistana edasiste parendustegevuste planeerimisel.

3.2.8. Testimise järeldused

- Kõik testimised viitasid, et enesehindamine ei asenda kohapealset järelevalvet, kuid on väärtuslik ennetav ja järelevalvet ettevalmistav tööriist.
- Mõlemad testimised tõid esile tehnoloogilised ja praktilised väljakutsed (platvormi puudujäägid, halduskoormus).
- Testimised näitasid, et enesehindamise mudel peab olema valdkonnaspetsiifiline ja diferentseeritud.

3.3. Riskihindamise ühisosa loomine

Sotsiaalministeeriumi valitsemisala järelevalvepraktika on hetkel killustunud, kus iga allasutus (TA, SKA, RA) on ajalooliselt välja arendanud oma spetsiifilised riskihindamise metoodikad. See on olnud tingitud nii valdkondade eripärast kui ka asutuste autonoomsest arengust. Selline detsentraliseeritud lähenemine on tekitanud mitmeid strateegilisi kitsaskohti:

- **Võrreldamatud andmed:** Erinevate metoodikate tõttu ei ole võimalik objektiivselt võrrelda riskitaset näiteks erihoolekandeteenuse ja apteegiteenuse vahel. See takistab tegemast andmepõhiseid ja strateegilisi otsuseid järelevalveressursside suunamiseks sinna, kus riskid ühiskonnale on kõige suuremad.
- **Ebaühtlane järelevalvekoormus:** Ilma ühtse riskimudelita võib sarnase riskitasemega teenuseosutajatele rakenduda ebaproportsionaalselt erinev järelevalveintensiivsus, mis sõltub pigem järelevalveasutuse tavadest kui tegelikust ohust.
- **Ressursi ebatõhus kasutus:** Järelevalve fookus võib olla suunatud pigem traditsioonidele või kaebuste hulgale, mitte proaktiivsele riskide ennetamisele, mis kokkuvõttes on kulukam ja vähem tõhus.

3.3.1. Ettepanek ühtse riskimaatriksi ja -metoodika rakendamiseks

Tõhustamiskava ettepanekuks on luua ja rakendada SOM valitsemisala ülene standardiseeritud riskihindamise raamistik. Selle raamistiku keskmes on klassikaline (TA-s ja sarnaselt kasutusel) **riskihindamise maatriks** (Joonis 1), milles on maatriksina **ohu realiseerumise tõenäosuse** ja **mõju ulatuse** dimensioonid. Tervise- ja sotsiaalvaldkonna kontekstis tähendab see, et iga järelevalveteenuse lõikes hinnatakse, kui suure tõenäosusega võib esineda rikkumisi või juhtuda tõsine vahejuhtum, ning kui ränk oleks selle võimaliku ohu mõju teenuse kasutajale (patsiendile või kliendile).

Tõenäosuse skaala	Terviseriski skaala			
	Vähetähtis	Kerge	Raske	Väga raske
Väga kõrge				
Kõrge				
Keskmine				
Madal				

Joonis 1. Riskihindamise maatriks

Ettepandud maatriksis hinnatakse riski kahe dimensiooni koosmõjul: ohu realiseerumise tõenäosus ja selle potentsiaalne mõju (antud kontekstis terviserisk).

Tõenäosuse skaala (madal, keskmine, kõrge, väga kõrge): Tõenäosuse hindamisel arvestatakse kvantitatiivseid ja kvalitatiivseid andmeid, näiteks (mitteammendav loetelu): varasemate rikkumiste ja kaebuste ning vihjete sagedus, teenuseosutaja enesehindamise tulemused, personali voolavus ja pädevus (kui on võimalik teenuse tasemele üldistada), teenuse keerukus ja tehnoloogiline tase.

Terviseriski skaala (vähetähtis, kerge, raske, väga raske): Mõju hindamisel analüüsitakse potentsiaalse kahju ulatust ja raskusastet teenuse saajale.

3.3.2. Selgitused maatriksi kasutamise kohta

Riske hinnatakse teenuste lõikes. Juhul kui mõne teenuse puhul on kasutusel spetsiifilisem riskihindamise mudel, mis võimaldab määrata riskitaseme ka konkreetse teenuseosutaja tasandil, koondatakse see tulemus üldistatult teenuse tasemele. Seejuures lähtutakse kõrgema tuvastatud riski printsiibist, ehk üldistatakse kõrgema riskitaseme suunas.

- Tõenäosuse hindamine (Skaala: madal, keskmine, kõrge, väga kõrge)
    - Varasem ajalugu: Kas ja kui tihti on sarnaseid rikkumisi või kaebusi esinenud antud teenusepakkuja või valdkonna juures?
    - Protsesside keerukus: Kui kompleksne on teenuse osutamine? Mida rohkem etappe ja osapooli, seda suurem on vea tekkimise tõenäosus.
    - Personali pädevus ja voolavus: Kas personal on piisavalt koolitatud ja stabiilne? Suur personalivoolavus suurendab riski.
    - Enesehindamise tulemused: Kas teenusepakkuja enda kvaliteedisüsteemid on korras ja kas enesehindamine viitab puudustele?
    - Ressursside piisavus: Kas teenusepakkujal on piisavalt personali, aega ja vahendeid nõuetekohase teenuse osutamiseks?
- Terviseriski hindamine (Skaala: vähetähtis, kerge, raske, väga raske)
    - Vähetähtis: Ebamugavus, ajutine mittevastavus dokumentatsioonis vms.
    - Kerge: Ajutine ja mööduv tervisehäire, mis ei vaja ulatuslikku meditsiinilist sekkumist.
    - Raske: Püsiv tervisekahjustus, kroonilise haiguse ägenemine, vajadus pikaajalise ravi järele.
    - Väga raske: Eluohtlik seisund, invaliidsus, surm.

Nende kahe telje kombinatsioon annab igale teenusele või teenuseosutajale konkreetse riskitaseme – *madal, keskmine, kõrge, kriitiline* (Joonis 2). See riskitase on aluseks edasiste järelevalvetoimingute planeerimisel ja diferentseerimisel.

	Kriitiline
	Kõrge
	Keskmine
	Madal

Joonis 2. Riskitasemed

Kuigi praegune riskihindamise mudel keskendub teenusepõhisele riskihindamisele, tasub tulevikus rakendada ka teenuseosutajapõhist (ettevõttepõhist) riskihindamist. See eeldab aga spetsiifiliste hindamismudelite loomist, mis ei ole lühikese ajaperioodiga teostatav.

Välja pakutud 4x4 maatriks on lähtekohaks ühtse riskihindamise raamistiku loomiseks, pakkudes selget ja arusaadavat jaotust. Samas on oluline märkida, et põhimõtteliselt saab kasutada ka detailsemat (5x5) maatriksit, millele tuginevad näiteks ka Eesti infoturbestandard ja elutähtsa teenuse toimepidevuse riskianalüüsi nõuded.

3.3.3. Riskitaseme seos järelevalve meetodiga

Standardiseeritud riskitase võimaldab liikuda proportsionaalse järelevalve mudelile, kus kontrollimeetodid valitakse vastavalt riskile.

Madal risk: Järelevalve põhineb peamiselt ennetavatel enesehindamise küsimustikel ja automaatkontrollidel (nt registriandmete võrdlus). Kohapealseid kontrolle tehakse harva ja kui, siis valimipõhiselt. Vähemalt teoreetiliselt on ka alus, et alustada analüüsi, kas nõuded saaks õigusruumist eemaldada.

Keskmine risk: Rakendatakse vastavushindamise küsimustikke, mis nõuavad tõendusdokumentide lisamist. Järelevalveasutus teeb pistelisi andmepõhiseid kontrolle ja reageerib sisendinfole (kaebused).

Kõrge risk: Lisaks vastavushindamisele on vajalik regulaarne plaaniline (ennetav) kontroll järelevalveametniku poolt. Kontrollide sagedus ja sügavus on suurem.

Kriitiline risk: Nõuab pidevat seiret, sagedasi kohapealseid kontrolle ja potentsiaalselt rangemaid sanktsioone. Enesehindamine on siin pigem toetav kui esmane järelevalvemeetod.

See lähenemine on detailselt visualiseeritud allolevas planeerimistabelis, mis seob iga teenuse riskitaseme, ohuprognoosi, planeeritava ressursikulu (FTE) ja konkreetsed kontrollimeetodid.

3.3.4. Riskihindamise, ohuprognoosi ja järelevalve tööplaani integreerimine

Selleks, et eelnevalt kirjeldatud ühtne riskihindamise raamistik muutuks praktiliseks tööriistaks, on välja töötatud integreeritud planeerimismudel (Tabel 2). See tabel seob omavahel kokku riskitaseme, ohuprognoosi ja järelevalvemeetmete valiku. Tabelis esitatud ühendatud vaade tugineb osaliselt TA-s kasutatavale mudelile ning teiste Eestis riiklikku järelevalvet tegevate asutuste praktikale. SKA testis mudeli praktilist rakendatavust ning esitas täiendusettepanekuid ning neid on ka arvestatud.

Tabeli peamine eesmärk on tuua ühes vaates kokku järelevalve planeerimiseks vajalik informatsioon, muutes otsustusprotsessi läbipaistvaks ja süsteemseks. See võimaldab liikuda reageerivalt ja traditsioonidel põhinevalt järelevalvelt proaktiivse, strateegilise ja ressursitõhusa järelevalve poole. Tabel suunab järelevalveasutusi sõnastama, miks teatud teenuseid kontrollitakse (ohuprognoos), mis on võimalikud tagajärjed ja kuidas planeeritakse sekkuda (kontrolli põhimõtted ja metoodikad).

Seostades iga teenuse riskitaseme konkreetse ressursikuluga (nii kontrollide arv kui ka FTE-d), tagab tabel, et piiratud järelevalveressurss suunatakse sinna, kus riskid on kõige suuremad.

Proportsionaalsuse tagamine: Tabelist on selgelt näha, et madala riskiga teenuste puhul kasutatakse kergemaid ja vähem koormavaid meetodeid (nt ennetav enesehindamine, automaatkontroll), samas kui kõrgema riskiga teenuste puhul rakendatakse intensiivsemaid meetodeid (nt plaaniline kohapealne kontroll). See tagab õiglase ja proportsionaalse kohtlemise kõikide teenusepakkujate suhtes.

Andmepõhine otsustamine ja aruandlus: Tabel on alus nii asutusesiseseks tööplaneerimiseks kui ka välistele osapooltele (nt ministeerium, avalikkus) aruandluseks. See näitab läbipaistvalt, millele järelevalve ressurss kulub ja milliseid tulemusi sellega saavutada soovitakse.

Järgnevas tabelis on esitatud detailne planeerimisvaade, mis integreerib kõik eelnevalt käsitletud elemendid ühtseks järelevalve planeerimise ja juhtimise tööriistaks.

Tabel 2. Integreeritud planeerimismudel

Jrk nr	Teenus	Riskitase				Ohuprognoos			Planeeritav maht järgmisel aastal (2026)				2027	Kontrolli metoodikad						Märkused
		Kriitiline	Kõrge	Keskmine	Madal	Ohuolukorra kirjeldus/ kontrollimise alus	Ohuolukorra võimalikud tagajärjed	Kontrolli põhimõtted	Sihtrühma üldsuurus	Kontrolli maht (tk)	Plaanitavad FTE-d	Kontrolli fookus	Kontroll 2027. aastal	Plaaniline, ohuprognoosile tuginev (ennetav) kontroll	Kaebused/ sisendinfo	Vastavushindamine kohapealse kontrolli asendamiseks	Vastavushindamine järelevalve planeerimiseks	Ennetav enesehindamine	Automaatkontroll	
1	Teenus A																			
2	Teenus B																			
3	Teenus C																			

Kasutatud mõistete selgitused:

- **Jrk nr (Järjekorra number):** Tabeli rea unikaalne identifikaator, mis võimaldab süstemaatiliselt jälgida erinevaid teenuseid või järelevalvenähtusi.
- **Teenus:** Konkreetne tervise- või sotsiaalteenus, mis on järelevalve objektiks
- **Riskitase:** Hinnanguline riskitase (nt kriitiline, kõrge, keskmine, madal), mis on tuletatud peatükis 3.3 kirjeldatud riskimaatriksist, lähtudes ohu tõenäosuse ja mõju kombinatsioonist.
    - **Kriitiline:** Kõrgeim riskitase, mis viitab suurele tõenäosusele ja/või väga rasketele tagajärgedele. Nõuab koheseid ja intensiivseid järelevalvetoiminguid.
    - **Kõrge:** Oluline riskitase, mis viitab märkimisväärsele tõenäosusele ja/või rasketele tagajärgedele. Eeldab regulaarset ja sihistatud järelevalvet.
    - **Keskmine:** Mõõdukas riskitase, mis nõuab tähelepanu, kuid lubab paindlikumat järelevalve lähenemist, kus enesehindamise roll on oluline.
    - **Madal:** Madalaim riskitase, kus ohu tõenäosus ja tagajärjed on vähetähtsad. Järelevalve tugineb suuresti enesehindamisele ja automaatkontrollile.
- **Ohuprognoos:** Detailne kirjeldus võimalikust ohust ja sellega seotud järelevalve alustest ja tagajärgedest.
    - **Ohuolukorra kirjeldus/kontrollimise alus:** Konkreetne sündmus, olukord või tingimus, mis kujutab endast riski teenuse kvaliteedile või ohutusele. Samuti alus, miks järelevalvet üldse teostatakse (nt seadusandlik nõue, varasemad rikkumised, avaliku huvi kaalutlused).
    - **Ohuolukorra võimalikud tagajärjed:** Potentsiaalne negatiivne mõju, mis riski realiseerumisel võib ilmneda. Kontekstipõhiselt keskendutakse terviseriskile, aga see võib hõlmata ka mainekahju või finantskahju.
    - **Kontrolli põhimõtted:** üldine lähenemine, kuidas järelevalveasutus selle konkreetse teenuse puhul ohtu maandab (nt proaktiivne ennetus, reaktiivne kaebuste lahendamine, enesehindamisele tuginev).
- **Planeeritav maht:** Järelevalve teostamiseks vajalike ressursside ja tegevuste prognoositud hulk.
    - **Sihtrühma üldsuurus:** Hinnanguline arv teenuseosutajaid või järelevalvesubjekte antud teenusvaldkonnas.
    - **Kontrolli maht (tk):** Aasta jooksul planeeritud konkreetsete järelevalvetoimingute (nt kohapealsed kontrollid, dokumendianalüüsid, konsultatsioonid) arv.
    - **Plaanitavad FTE-d *(Full-Time Equivalent):*** Hinnanguline inspektorite ressursivajadus täistööaja ekvivalentides, mis on vajalik antud teenuse järelevalveks.
    - **Kontrolli fookus:** Kirjeldus, millele järgmise aasta planeeritud kontrollide käigus keskendutakse
- **2027**
    - **Kontroll 2027. aastal:** kui asutuse teenuste spetsiifika seda eeldab, siis järgnevate aastate vaadete lisamine
- **Kontrolli metoodikad:** Konkreetsed järelevalve läbiviimise viisid, mis valitakse vastavalt teenuse riskitasemele.
    - **Plaaniline (ennetav) kontroll:** Järelevalveasutuse poolt ette planeeritud ja süstemaatiliselt teostatavad kohapealsed või dokumendipõhised kontrollid, mis toimuvad regulaarselt (nt kord aastas, kord kolme aasta tagant).

- **Kaebused/sisendinfo:** Reaktiivne järelevalve, mis käivitub laekunud kaebuste, vihjete või muu teenuseosutaja kohta saadud informatsiooni alusel.
- **Vastavushindamine kohapealse kontrolli asendamiseks:** Küsimustik katab kas kõiki või märkimisväärses mahus valdkondlikke nõudeid.
- **Vastavushindamine järelevalve planeerimiseks:** Küsimustik on lühem ning eesmärgiks sõeluda järgmise planeerimisperioodi jaoks plaanilised kontrollitavad.
- **Ennetav enesehindamine:** Arenduslik ja organisatsiooni sisemiseks kasutamiseks mõeldud enesehindamine, mis aitab teenuseosutajal iseseisvalt tuvastada parendusvaldkondi ja edendada kvaliteedikultuuri. Ei pruugi regulaarselt järelevalveasutusele esitamisele kuuluda.
- **Automaatkontroll:** Järelevalve meetod, mis hõlmab andmete automaatset analüüsi ja võrdlust erinevate registrite (nt äriregister, andmeladude) vahel, et tuvastada anomaaliaid või mittevastavusi ilma inimsekkumiseta.

- **Märkused:** Täiendav informatsioon, erandid, erisused vms

Selline riskipõhine lähenemine muudab järelevalve proportsionaalseks ja õiglasemaks: madala riskiga teenusepakkujad ei pea kandma ülemäärast kontrollikoormust, samas kui kõrgema riskiga valdkonnad saavad vajaliku tähelepanu. Ühtlasi optimeerib see riigi ressursside kasutust – piiratud järelevalveressursid suunatakse sinna, kus ohud inimeste tervisele ja heaolule on kõige suuremad, mis on otsene samm suurema tõhususe suunas. Standardiseeritud riskihindamine loob võimaluse minna üle reaktiivselt järelevalvelt proaktiivsele: senine kaebustele tuginev ja töömahukas kontrollitegevus asendub järjest enam andmepõhise ennetava järelevalvekorraldusega, mis on kooskõlas kaasaegse valitsemise põhimõtetega.

Samuti soovitatakse koordineerida ja konsolideerida järelevalvefunktsioone üle asutuste piiride: dubleerivate kontrollide vähendamine ja ühtse riskimudeli kasutuselevõtt tagab avalike vahendite parema kasutuse ja vähendab ettevõtjate koormust.

3.4. Keskne järelevalve infosüsteem Sotsiaalministeeriumi valitsemisalas

Terviseamet (TA) kasutab järelevalves MEIS-i (Menetlusinfosüsteem), mis toetab dokumendihaldust, menetlustöövooge ning andmete kogumist ja analüüsi järelevalve protsesside jaoks. Ravimiamet kasutab RKAB-i (tegevuslubade register), mis sisaldab ka järelevalvet toetavaid kasutuslugusid. SKA-l ei ole järelevalveks spetsiaalselt arendatud tarkvara ning andmeid hoitakse dokumendiregistris ja võrgukettal.

Käesolevas peatükis analüüsitakse, kas TA järelevalveinfosüsteemi MEIS funktsionaalsus sobiks laiemaks asutusteüleseks rakendamiseks SOM valitsemisalas.

3.4.1. Terviseameti menetlusinfosüsteemi (MEIS-i) olemite liigitus

Esmalt analüüsiti MEIS-i olemeid, mida saab lihtsustatult nimetada andmetabeliteks, eesmärgiga teha kindlaks, kas süsteem võiks põhimõtteliselt sobida laiemaks kasutamiseks.

MEIS-i andmekirjelduse dokumendi alusel on süsteemis kokku **139 unikaalset olemit**, mida saab. tuginedes olemite sisule ja tähendusele, jaotada kolmeks rühmaks:

- **Järelevalvet universaalselt iseloomustavad olemid** – 37 olemit, mis toetavad üldisi järelevalveprotsesse ja võiksid olla taaskasutatavad erinevates järelevalveasutustes. Siia kuuluvad

näiteks andmestruktuurid, mis puudutavad dokumentide haldust, kasutajate rollide määramist, teavitusi, logisid või kontrollide metainfot.

- **TA põhitegevust iseloomustavad spetsiifilised olemid** – 77 olemit, mis seonduvad otseselt TA tegevusvaldkondadega nagu tervishoiuteenused, nakkushaigused, laboratoorsed näitajad, kiirgusohutus, verekomponentide käitlemine või biotsiidide järelevalve.
- **Põhitegevuse olemid, millel on kokkupuude ka teiste asutustega** – 25 olemit, mille kasutus ei piirdu üksnes Terviseametiga, vaid millel võib olla funktsionaalne kattuvus või koostööpotentsiaal Sotsiaalkindlustusameti ja Ravimiametiga.

Hinnang MEIS-i olemite liigituse kohta on toodud tõhustamiskava lisas (Lisa 8).

Selline jaotus võimaldab hinnata, milliseid andmeobjekte võiks kasutada ristkasutuses mitme järelevalveasutuse vahel ning millised olemid eeldavad unikaalseid lahendusi tulenevalt asutuse spetsiifikast. **Olemite rühmitamise järeldusena saab öelda, et universaalne ühisosa on piisavalt suur, et analüüsida rakenduse sobivust valitsemisalale.**

3.4.2. Ravimiameti hinnang MEIS-i sobivuse kohta

RA lähtus MEIS-i testimisel eeldusest, et kogu olemasolev funktsionaalsus peab säilima. Seejärel hindas RA MEIS-i testkeskkonda oma järelevalvepraktika vaatenurgast ning tuvastas järgmised kitsaskohad:

Dokumentide haldus: MEIS ei võimalda lõpetatud järelevalvemenetluste juurde dokumente üles laadida, kuid RA jaoks on oluline lisada inspektsioonide juurde kõik asjakohased lisadokumendid (nt vastused, tegevuskavad, sertifikaadid). MEIS pärib vajalikud andmed (dokumendid) teistest andmekogudest.

Terminoloogia kohandamine: RA leiab, et mitmed MEIS-is kasutatavad mõisted ei kattu RA kasutuspraktikaga ja vajavad muutmist. Näiteks tuleks termin "korrarikkumine" asendada "mittevastavusega" ning RA ei soovi kasutada sõna "menetlus" järelevalvemenetluse tähenduses.

Vastutavate isikute haldus: RA tegevuslubadel on sageli mitu pädevat või vastutavat isikut, kuid MEIS võimaldab märkida ainult ühe vastutava isiku ettevõtte kohta. RA rõhutab vajadust lisada süsteemi võimekus hallata mitut vastutavat isikut ühe ettevõtte/loa raames, vastasel juhul ei kajastu tegevuslubade tegelik olukord süsteemis.

Inspektsioonide planeerimine: MEIS kalendervaates puudub mugav võimalus inspektsioonide planeerimiseks. Ei saa sisestada uut inspektsiooni koos kõigi vajalike andmetega (nt tegutsemiskoht, inspektsiooni liik, mitu inspektorit) otse kalendrisse. Samuti saab ühele inspektsioonile märkida vaid ühe toimumiskuupäeva, kuigi RA inspektsioonid toimuvad sageli mitmel päeval.

Mitme inspektori kaasamine: Paljud RA inspektsioonid viiakse läbi mitmekesi, seega peab süsteem võimaldama ühele menetlusele määrata mitu inspektorit (sh eristada juhtiv- ja kaasinspektoreid). Praegu on see MEIS-is piiratud; RA jaoks on oluline, et kõik kaasatud inspektorid pääseksid menetluse infole ligi ja saaksid seda ühiselt kasutada.

Dokumentide koostöö ja versioonihaldus: MEIS-is puudub dokumentide kooskõlastamise töövoog ja versioonihaldus. RA jaoks on kriitiline, et inspektsioonide aktide ja ettekirjutuste koostamisel saaksid kolleegid (nt teised inspektorid, juristid, juhid) eelnõusid ühiselt üle vaadata ja täiendada ning et kõik muudatused ja versioonid säiliksid ajaloos. Sellise koostöövõimaluse ning ka inspektsiooniakti koostamise etappide jälgitavuse puudumine raskendab RA siseprotsesse ning on vastuolus Euroopa Ravimiameti poolt kehtestatud juhistega ravimikäitlejate järelevalvele.

Statistilised ülevaated: RA soovib paremaid vahendeid järelevalvetegevuse koondandmete saamiseks ja analüüsiks. Süsteemist peaks saama hõlpsasti kätte ülevaateid ettevõtte või valdkonna lõikes: kui palju inspektsioone on tehtud, millised olid leiud (mittevastavuste arv ja tõsidus) ning milliseid

parandusmeetmeid on ettevõtja rakendanud. Samuti peab süsteem toetama mittevastavuste kategooriate (kriitiline, oluline jne) arvestust koondstatistikas. Praegu MEIS selliseid aruandeid ei paku ning andmete kogumine on aeganõudev (vajab käsitööd või eraldi andmeladu).

Riskihindamise tööriist: RA jaoks on oluline riskipõhine järelevalve planeerimine, kuid MEIS-is puudub integreeritud riskihindamise vahend. Erinevates valdkondades on RA-l erinevad riskihindamise metoodikad; praegu tuleb riskide hindamiseks andmeid käsitsi koondada, mis võtab palju aega. Uus süsteem peaks toetama riskihindamist (sh võimalust kasutada erinevaid mudeleid), et RA saaks järelevalvet paremini fokusseerida.

Liidestused teiste süsteemidega: RA rõhutab vajadust integreerida MEIS mitmete väliste andmekogudega. Olulisteks on Ravimiameti dokumendiregister ja tegevuslubade register, retseptikeskus, ravimiohutuse andmebaasid, tervishoiutöötajate register ning rahvusvahelised registrid (nt EudraGMDP, CTIS). RA praegune süsteem (RKAB) kasutab X-tee päringuid mitmest registrist (nt Äriregister, Retseptikeskus, MEDRE), kuid MEIS-il puuduvad mitmed vajalikud liidestused. Neid tuleb uues süsteemis lisada, et vältida topelt sisestust ja tagada kõigi andmete mugav kättesaadavus ühest kohast.

Tegevuslubade moodul: MEIS-is on puudu tegevuslubade haldamise moodul. RA järelevalvetegevus on tihedalt seotud tegevuslubade väljastamise ja muutmisega, kuid TA kasutab selleks eraldi süsteemi (MEDRE). RA soovib, et uus lahendus hõlmaks ka tegevuslubade registri funktsionaalsust, et inspektsioonide ja lubade info oleks koondatud.

Kasutajaõigused ja konfidentsiaalsus: RA-le ei sobi MEIS-i funktsioon "märgi menetlus kinniseks", mis peidab ärisaladust sisaldava menetluse info teistelt inspektoritelt. Ravimiameti järelevalves esineb küll delikaatset infot, kuid otsuste järjepidevuse tagamiseks peab kõigi valdkonna inspektorite ja juhtide jaoks olema tagatud ligipääs kõigile nende valdkonna menetlustele. Seega on vaja paindlikumat kasutajaõiguste haldust.

RA tõi esile ka muid erilahendusi: eraldi moodul ravimite kvaliteedidefektide ja võltsingute teadete menetlemiseks, võimalus registreerida ettevõtte juures väljastatud GMP/GDP sertifikaate ja nende tühistamisi, täiendavad andmeväljad kliiniliste uuringute inspektsioonide jaoks (nt uuringu sponsor, protokoll), digitaalallkirjastamise tugi järelevalvedokumentide allkirjastamisel otse süsteemis ning võimalus logida ettevõtjaga peetavat üldist kirjavahetust infosüsteemis. Need funktsioonid tulenevad RA tegevusvaldkonna eripäradest, kuid MEIS-is praegu puuduvad.

3.4.3. Sotsiaalkindlustusameti hinnang MEIS-i kasutatavuse kohta

Samuti analüüsis SKA MEIS-i keskkonna sobivust oma järelevalvemenetluste läbiviimiseks. SKA tõi esile järgmised kitsaskohad:

- **Haldusmenetluse puudumine:** MEIS ei toeta praegu haldusmenetlusi, nagu kaebuste ja pöördumiste lahendamine. Samuti puudub ettekirjutuste vaidemenetluse funktsionaalsus, mis on SKA jaoks oluline osa protsessist.
- **Menetluse tulemite piiratud tugi:** Ettekirjutuste ja sunniraha rakendamisega seotud funktsionaalsused on alles arendusjärgus, mis ei võimalda kogu menetlust ühes süsteemis läbi viia.
- **Nõustava rolli kajastamine:** SKA järelevalveaktid sisaldavad lisaks faktidele ka olulist nõustavat osa. Küsitav on, kuidas seda MEIS-is süsteemselt ja arusaadavalt kajastada.
- **Faktide tuvastamine:** Ebaselge on, kuidas süsteemis dokumenteerida eri osapoolte (nt teenuseosutaja, klient, tunnistajad) ütlustest kujunevat faktilist asjaolu.
- **Väline andmevahetus:** Kriitilise tähtsusega on sujuv ja automaatne andmevahetus teiste registritega. SKA jaoks on olulised liidestused MTR-i, Karistusregistri, töötamiseregistri ja äriregistriga, mis ideaalis peaksid andma muutuste korral automaatseid häireid. Praegu see võimekus puudub.

- **Sisemiste süsteemide killustatus:** Kui kasutusse jäävad paralleelselt MEIS, Delta ja O-ketas, ei toimu tegelikku töö tõhustamist ning tekib andmekaitse riskide oht. Andmete hoidmine mitmes keskkonnas vähendab keskse süsteemi väärtust.
- **Integratsiooni puudumine teiste töövahenditega:** Toodi välja, et keskkond ei ole ühendatud SKA planeerimistöövahendiga PlanPro.
- **Asutuse tagasiside võimalus:** Süsteemis puudub funktsioon, mis kinnitaks, et kontrollitav asutus on protokolli või ettekirjutusega tutvunud ning saanud esitada oma arvamuse ja vastuväited.

Hoolimata kitsaskohtadest näeb SKA MEIS-is ka märkimisväärset potentsiaali, mis tooks võimalusi tõhususe kasvuks:

- **Mobiilsus ja digitaalne asjaajamine:** Võimalus kasutada tahvelarvutit otse objektil (nt piltide ja dokumentide üleslaadimine), loobuda paberdokumentidest ja saata protokoll kohe ettevõttele on suur edasiminek.
- **Töö planeerimine ja ülevaade:** Inspektori tööplaani nähtavus süsteemis ja juhi võimalus jälgida menetluste etappe aitaks paremini tööd korraldada ja juhtida.
- **Andmeanalüüs ja statistika:** Eriti positiivsena toodi esile statistika ja aruandluse võimalused (Tableau).

Kokkuvõttes leiab SKA, et enne laiemat kasutuselevõttu on vajalik lahendada puudujäägid seoses haldusmenetluse toega ja integratsiooniga teiste registritega.

3.4.4. Hinnanguline kulu MEIS-i Ravimiametile vastavaks muutmiseks

MEIS-i peakasutaja hindas varasemate arenduskogemuste põhjal RA soovitud muudatuste võimalikku maksumust. Tegevuslubade moodul ning ravimi kvaliteedidefekti- ja võltsinguteadete menetlemise moodul vajavad põhjalikumat analüüsi, mistõttu neile kiirhinnangut anda ei olnud võimalik.

Välja jättes nende kahe eraldi analüüsi vajava muudatussoovi maksumuse, on ülejäänud täiendusvajaduste hinnanguline maksumus vähemalt 350 000 eurot. Seejuures ei ole arvestatud kõikide RA täiendussoovidega, vaid pigem minimaalselt vajalikega. Kogumaksumus, sh tegevuslubade moodul, oleks siiski oluliselt suurem. Lisaks ei ole MEIS loamenetluse infosüsteem. Tegevuslubade jaoks kasutab TA tervishoiukorralduse infosüsteemi MEDRE. RA vajadusi tegevuslubade osas tasub analüüsida MEDRE laiendamise võtmes.

3.4.5. Soovitused MEIS-i rakendatavuse osas

Analüüsist järeldub, et SKA MEIS-iga on teostatavam kui RA liitmine. RA vajadused on spetsiifilised ja nende arendamine MEIS-i raames oleks kulukas, samas kui SKA vajadused ühilduvad paremini Terviseameti kavandavate arendustega haldusmenetluste osas.

Soovitused:

- Viia läbi SKA vajaduste põhjalikum rakendatavuse analüüs.
- RA puhul kaaluda:
  - arendussoovide mahu vähendamist või
  - liitumist tulevikus riikliku järelevalve süsteemiga

3.4.6. Keskse järelevalve rakenduse arendamine

Eesti e-riigi üldiste põhimõtete põhjal võib öelda, et on põhjendatud liikuda keskse järelevalve rakenduste arendamise suunas. See ei tähenda tingimata ühte monoliitset tarkvara kõikidele asutustele, vaid pigem tsentraalselt hallatud ja arendatud platvormi.

Praegune olukord, kus iga järelevalveasutus SOM valitsemisala näitel kasutab omaenda süsteeme või nende puudumisel võrgukettaid ja dokumendiregistreid, on loonud killustunud ja ebaühtlase praktika muuhulgas ka sisuterminite kasutamisel.

- **Võrreldamatud riskihinnangud:** iga asutuse riskihindamise metoodika on erinev. See muudab võimatuks objektiivselt võrrelda riske näiteks erihoolekandeteenuse ja apteegiteenuse vahel. Seetõttu pole ka võimalik kujundada ka tervikpilti, kuhu oma piiratud järelevalveressurssi kõige mõistlikumalt suunata.
- **Rohkem proaktiivsust:** ühtne, andmepõhine süsteem võimaldaks ennetavat ja proaktiivset järelevalvet, analüüsides trende ja ennetades riske enne nende realiseerumist.
- **Ebaühtlane järelevalvekoormus ettevõtete jaoks:** Ilma ühtse mudelita võib sarnase riskiga ettevõte sattuda ebaproportsionaalselt suurema kontrolli alla sõltuvalt sellest, millise asutuse pädevusalasse ta kuulub. See võib rikkuda õiglase ja proportsionaalse kohtlemise põhimõtet.
- **Arenduskulude dubleerimine:** Funktsionaalsused, mis on universaalsed (nt logimine, dokumendihaldus, kasutajarollide haldus, teavitused, statistikamoodulid jne), arendatakse mitu korda. MEIS-i analüüs näitas, et süsteemis on 37 universaalset olemit, mis põhimõtteliselt võiksid sobida ka teistele asutustele.
- **Haldus- ja hoolduskulud:** Mitme süsteemi ülalpidamine, turvamine ja uuendamine on kallim kui ühe keskse platvormi haldamine.
- **Inimressursi dubleerimine:** Nii järelevalveametnikud kui ka IT-personal peavad õppima ja toetama mitut erinevat süsteemi. Ametnikud peavad andmeid käsitsi erinevate süsteemide vahel liigutama, mis suurendab ajakulu ja vigade ohtu.
- **Puudulik nö 360-kraadine vaade:** inspektoril on keeruline saada tervikpilti ühest ettevõttest või teenuseosutajast, kui info tema tegevuse, varasemate rikkumiste ja lubade kohta on laiali erinevates registrites.
- **Integratsioonide puudulikkus:** Nagu SKA ja RA tagasisidest selgus, on kriitilise tähtsusega liidestused teiste riiklike registritega (MTR, Karistusregister, Äriregister, Retseptikeskus jne). Keskse arenduse puhul saaks need liidestused luua ühekordselt ja teha vastavalt pädevusele kättesaadavaks kõikidele järelevalveasutustele.
- **Andmeanalüüsi piiratud võimekus:** Kvaliteetsete ja võrreldavate andmete puudumisel on keeruline teha süvaanalüüsi ja luua nutikaid, andmepõhiseid järelevalve mudeleid.

Keskse lahendusega võib kaasneda ka väljakutseid, nagu näitas SKA ja RA tagasiside MEIS-i kohta.

- **Valdkondade spetsiifika:** Ravimiameti järelevalve vajab spetsiifilisi mooduleid (nt GMP/GDP sertifikaadid, kliiniliste uuringute haldus), mis erinevad oluliselt SKA vajadustest (nt nõustava poole kajastamine, vaidemenetlused).
- **Terminoloogia ja protsesside erinevused:** Asutustel on väljakujunenud tööprotsessid ja terminoloogia, mida keskne süsteem ei pruugi toetada.

Lahenduseks ei ole ühe asutuse süsteemi pealesurumine, vaid **keskselt arendatud platvormi** loomine, mis koosneb:

- **Universaalsetest moodulitest:** Need kataksid baasvajadused, mis on kõigile ühised (kasutajate ja rollide haldus, arhiveerimine, teavitused, aruandlus, liidestused):
    - **Paindlikest valdkonnapõhistest moodulitest:** Iga asutus saaks oma spetsiifiliste vajaduste jaoks kasutada või arendada lisamooduleid, mis ühilduvad keskse platvormiga.
    - **Ühtsest riskihindamise raamistikust:** Platvormi keskseks osaks peaks olema tõhustamiskavas kirjeldatud ühtne riskihindamise raamistik, mida kõik asutused kasutaksid, isegi kui sisendandmed on valdkonnaspetsiifilised.

Lahendus ei ole aga ühe asutuse spetsiifilise tarkvara laiendamine, vaid uue, modulaarse ja platvormipõhise ökosüsteemi loomine. Selline lähenemine ühendaks tsentraliseerimise eelised (kuluefektiivsus, standardimine, tervikpilt) ja detsentraliseerimise tugevused (paindlikkus, valdkondliku spetsiifika arvestamine), olles kooskõlas Eesti e-riigi parimate praktikatega.

Keskse järelevalve rakendusega on seotud ka eelanalüüs uute nõuete kehtestamisel. Selleks, et vältida olukorda, kus kehtestatakse uusi nõudeid, mille täitmist on praktikas võimatu või ebaproportsionaalselt kulukas kontrollida, tuleb õigusloome protsessi integreerida järelevalve teostatavuse hindamine. Senises praktikas on järelevalveasutustel olnud vähe võimalusi hinnata, kas kavandatavad nõuded on reaalselt kontrollitavad. Uute nõuete väljatöötamisel on vaja analüüsida:

- Kuidas järelevalveasutus saab nõude täitmist praktikas kontrollida? See hõlmab nii metoodilist poolt (nt kas on vaja kohapealset kontrolli, dokumentide analüüsi või piisab registripäringust) kui ka vajalike andmete kättesaadavust.
- Millised on nõude kontrollimisega seotud andmevajadused ja kuidas on need kaetud riiklike andmekogude või järelevalve infosüsteemidega? Tuleb vältida olukorda, kus andmeid kogutakse manuaalselt või küsitakse dubleerivalt, kui need on juba mõnes teises registris olemas.

Need põhimõtted aitaksid tagada, et uued nõuded on juba eos järelevalvekindlad ja nende rakendamine ei tekita tarbetut bürokraatiat ega ebarealistlikke ootusi järelevalveasutustele.

3.5. Ettepanekud õigusaktide muutmiseks

SKA tegi projekti käigus mitmeid ettepanekuid õigusruumi muutmiseks, et täpsustada järelevalve pädevusi, muuta kontrollimehhanismid praktikas teostatavaks, ühtlustada nõudeid ning optimeerida loamenetlusi, et tagada selgem, tõhusam ja proportsionaalsem järelevalve. Neid ettepanekuid analüüsitakse lastekaitseseaduse ja sotsiaalhoolekande seaduse muutmise eelnõude raames.

RA ja TA esitasid järelevalve tõhustamise ettepanekud nulleelarve koostamise käigus ning tõhustamiskava raames ei pidanud vajalikuks ettepanekuid esitada. Eelarverevisjoni ning bürokraatia vähendamise algatuse koosmõjus on Sotsiaalministeeriumil kavas esitada Vabariigi Valitsuse käesoleva aasta oktoobris eelnõu, millega tehakse järgnevad muudatused:

- Atmosfääriõhu kaitse seaduse muudatusega loobutakse nõuetest, mis kohustavad kohalike omavalitsusi (KOV) esitama Terviseametile välisõhu mürakaarte, teatud juhtudel välisõhu strateegilisi mürakaarte ning müra vähendamise tegevuskavasid. Väljapool tiheasustusega piirkonda leviva müra kohta loobutakse samadest kohustusest ka põhimaantee, põhiraudtee või põhilennuvälja omanike puhul.
- Erakooliseaduse, põhikooli- ja gümnaasiumiseaduse ning sotsiaalhoolekandeseaduse muudatusega loobutakse Terviseameti poolsetest terviseohutuse hinnangute koostamisest ja väljastamisest erakoolide ja munitsipaalkoolide koolituslubade ning sotsiaalhoolekande teenuste tegevuslubade taotlemise protsessis.

- Ravimiseaduse muudatusega kaotatakse apteegile erandkorras väljaspool apteeki käsimüügiravimite müügiks loa andmine ning samuti apteegibussi teenus (antud võimalust ei ole kasutatud ning see on asendatud apteekidele majanduslikult mõistlikemate lahendustega).
- Turismiseaduse muudatusega vähendatakse terviseohutusega seonduvaid nõudeid majutusteenuste osutamisel ning samuti dubleerivat järelevalvet.

4. Tõhustamiskava ettepanekud ja soovitused

Nr	Ettepanek	Selgitus	Vastutaja	Tähtaeg
1	Kaaluda SOM valitsemisalas järelevalve koordineerimise tugevdamist, määrates järelevalve koordineerimise eest vastutav struktuuriüksus, ametikoht või roll	Koordineeriv struktuuriüksus või ametikoht kujundab pikaajalist järelevalve arenguvisiooni, juurutab integreeritud planeerimismudelit ning enesehindamise rakendusmudelit ning teeb ettepanekuid infotehnoloogiliste lahenduste ühtlaseks kasutuseks järelevalve protsessis	SOM	31.10.2025
2	Koostada tegevusplaan ühisele integreeritud planeerimismudelile üleminekuks, sh ühine riskihindamine ning enesehindamise rakendamine JV osana	Integreeritud planeerimismudel sisaldab endas ka riskihindamise mudelit	SOM	31.10.2025
3	Koostada õiguslik analüüs enesehindamise rakendamise kohta	Analüüs hindaks enesehindamise kohustuslikuks muutmise ning enesehindamise tulemuste avalikustamise võimalusi	SOM	31.10.2025
4	Kasutada enesehindamis-küsimustike tehnilise platvormina ühist keskkonda	Peale ATK2 üleminekut kasutada MS Forms keskkonda	SOM	01.06.2026
5	Analüüsida SKA-le MEIS-i rakendatavuse maksumust	Lõpliku soovituse MEIS-i laiendamise jaoks on tarvilik hinnata maksumust SKA vaates	SOM	01.06.2026
6	Analüüsida riigiüleselt järelevalvet koordineeriva asutuse või funktsiooni määramise võimalusi	Asutuse ülesandeks on riskihindamise ja ohuprognooside metoodika arendamine ning selle koordineeritud rakendamine kõigis järelevalveasutustes	Analüüsida sisebürokraatia vähendamise raames	01.06.2026
7	Luua pikaajaline IKT arendusplaan, kuidas	Plaan hõlmaks hetkel dubleerivate järelevalve	Hinnata praktilist rakendatavust	01.09.2026

	konsolideerida riigiüleselt järelevalve dubleerivaid funktsionaalsusi	komponentide arendusplaani	Justiits- ja Digiministeeriumiga	
8	Analüüsida SKA õigusaktide muutmise ettepanekuid		SOM	31.12.2025

Lisa 1. Riikliku järelevalve üldvaade

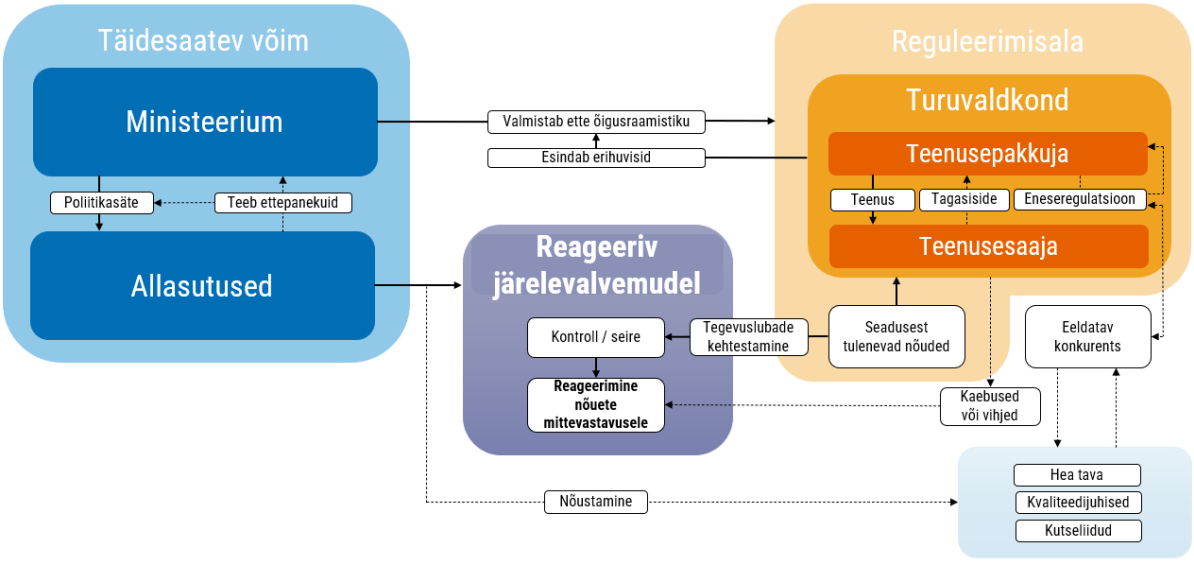
Riikliku järelevalve eesmärgiks on avaliku korra ja turvalisuse tagamine, ennetades ohte, selgitades välja rikkumisi ning kõrvaldades nende tagajärgi või taastades ohueelne olukord. See laiahaardeline tegevus, mida raamistab eelkõige korrakaitseseadus, on suunatud nii üksikisikute kui ka ühiskonna heaolu ja turvalisuse kaitsmisele laiemalt. Riikliku järelevalve põhimõtteks on ohuennetus – eesmärk on vältida probleeme juba enne nende tekkimist. Tegemist on täitevvõimu funktsiooniga, mille käigus seadustest kinnipidamist kontrollitakse ja vajadusel rakendatakse riiklikku sundi. Lisaks otsesele korrakaitsele, on riiklik järelevalve oluline töövahend riikliku poliitika praktiliseks elluviimiseks. Seadusandja poolt kehtestatud reeglid ja normid väljendavad riigi poliitilisi eesmärke erinevates valdkondades ning järelevalve tagab, et need eesmärgid ka päriseluliselt realiseeruksid. Vabariigi Valitsus kujundab ja viib ellu riiklikku poliitikat ning ministeeriumid vastutavad oma valdkonnas poliitika väljatöötamise ja elluviimise eest. Järelevalveasutused, mis tegutsevad ministeeriumide valitsemisalades, on seega võtmetähtsusega lülid poliitiliste otsuste ja nende tegeliku mõju vahel. Järelevalve ei ole seega üksnes reageeriv tegevus, vaid sisuliselt ka ennetav ja suunav, aidates kujundada ühiskonnas soovitud käitumismustreid, tagada sellekohast seaduskuulekust ja anda mõista, kas olemasolev seadusandlus on laiema vastavuskultuuri edendamiseks piisav.

Alljärgnevalt kirjeldatakse lähemalt olemasoleva riikliku järelevalvemudeli katusvaadet, selle olemuslikke piiratusi ning vajadust rohkem koordineeritud ja pikaajalise visiooniga mudeli rakendamiseks, mis omakorda toetab ja juhendab käesoleva tõhustamiskava töösuundi (3. peatükk) ja sellest tulenevaid ettepanekuid (4. peatükk).

Lisa 1.1. Tõhusama järelevalve haldusmudel ja järelevalveressursside eesmärgipärane jaotus

Riikliku järelevalve tõhusus on üks faktor, mis tagab riikliku tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteemi ning selles pakutavate teenuste kvaliteedi, turvalisuse ja vastutustundlikkuse. Tõhusa ja sisulise järelevalve põhimõte ulatub kaugemale sellest, kui kiiresti nõuete täitmist kontrollitakse, või kui mitu ametnikku kontrollprotsessis osaleb – see on süsteemne ja mitmetahuline mehhanism, mille kaudu on võimalik ennetada ohu- või kahjuteket kodanikele ning mille kaudu paremini riske juhtida, või poliitikate rakendamise mõjusust ja kulutõhusust paremini mõõta. Viimase puhul peaks kaasaegse järelevalvepoliitika rakendamisega kaasnema dünaamiline (st ajas kohandatav ja edasiarendatav) teabe- ja analüüsipõhine funktsioon, mis suudab tõstatuvaid riske tuvastada, seirata ning selleks ennetavalt järelevalveressursse ümber suunata (või vajadusel paremini optimeerida).

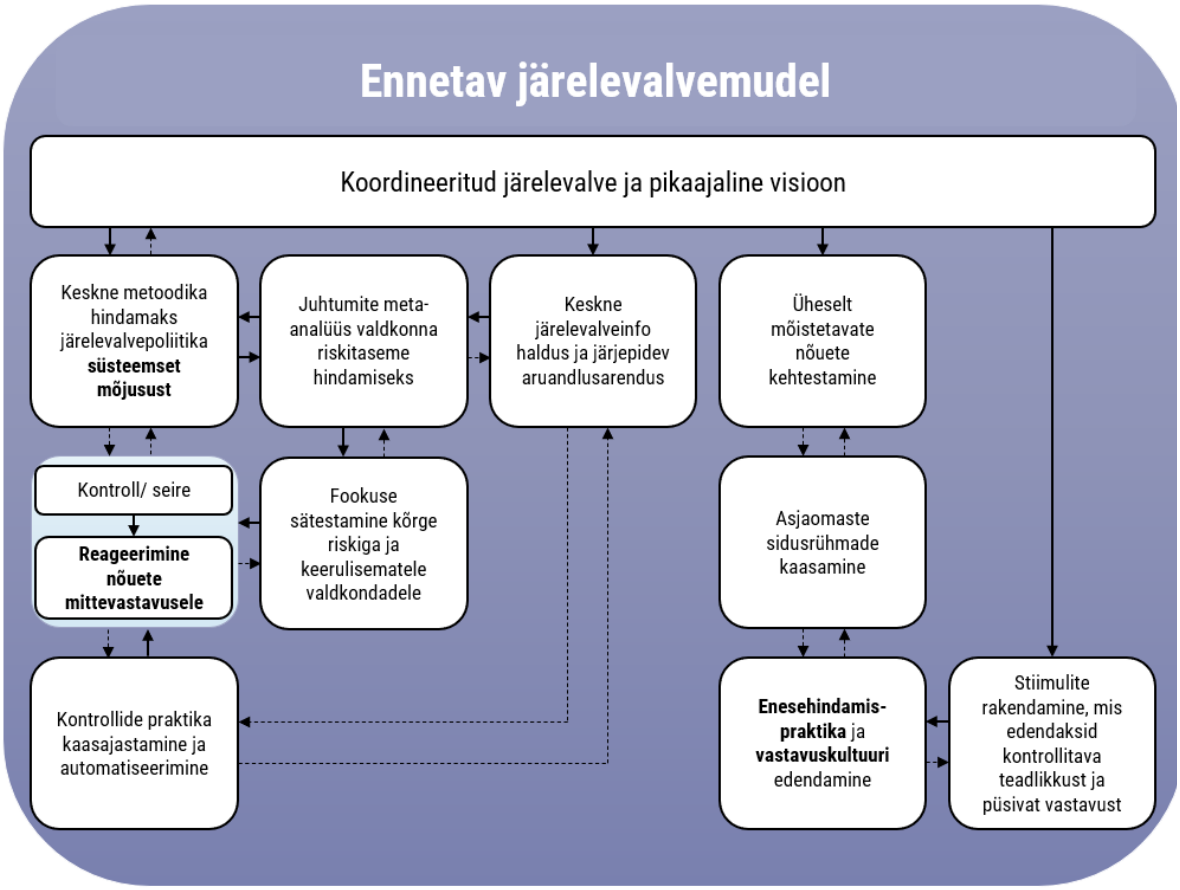
Võrreldes Eesti Vabariigi riikliku järelevalve süsteemi teiste riikidega, puudub Eesti jurisdiktsioonis keskselt juhitud ning ühene järelevalveraamistik (Lisa 3). Allolevalt on üldistatul kujul illustreeritud riikliku järelevalve katusvaadet Eesti jurisdiktsioonis ning rakendusmudelit, mida võiks tinglikult nimetada reageerivaks ning mis toimib keskse koordinatsioonita (Joonis 3).



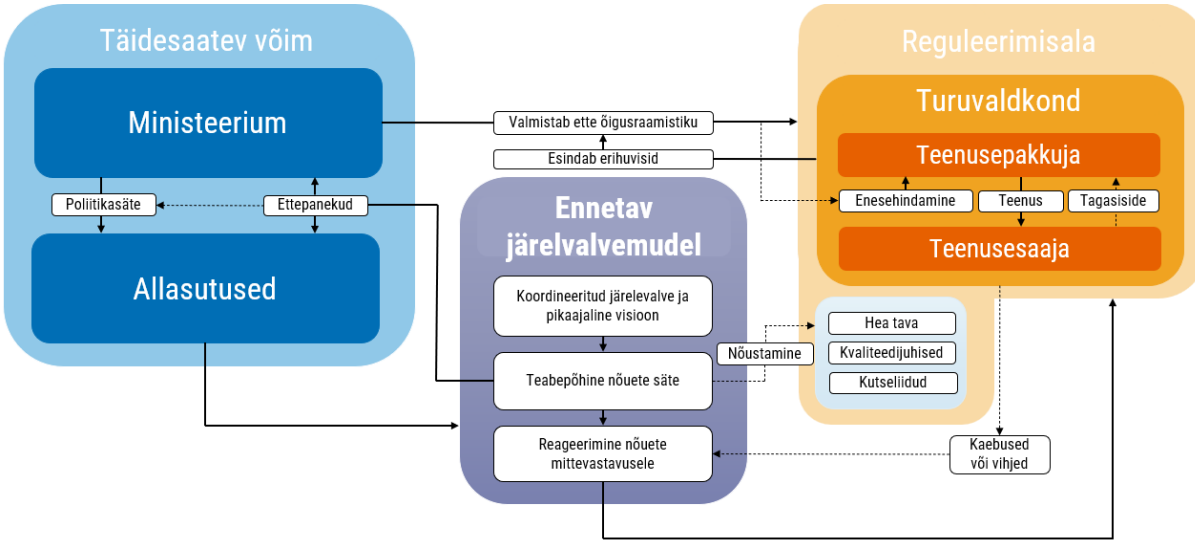
Joonis 3. Eesti riikliku järelevalve tervikvaade, üldistatud kujul

Järelevalve tõhusus ei seisne ilmtingimata sellega seonduvates madalates otsestes kuludes, vaid selle tasuvuses, ennetamaks olulisemalt suuremate kulude realiseerimist. Tervishoiu ja sotsiaalhoolekande kahjujuhtumitega kaasnevad märkimisväärselt suured otsesed ja kaudsed kulud (nt täiendav arstiabi, pikenenud haiglaravi, puuete teke või asjaomaste kohtuasjade kulud). Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) on hinnanud, et tervishoius tekitatud kahju moodustab olulise osa kõikidest tervishoiukuludest kokku (WHO, 2019). Seega ennetab tõhus järelevalve, mis tuvastab ja leevendab riske vajalikul hetkel (näiteks tagades ohutu ravimikäitluse või nõuetele kohase nakkuskontrollimise) kaasnevate kulude tekke, mis oleks säästuna kordades suurem, kui seda on järelevalveasutuste tegevuseelarved kokku liidetuna – üksainus ennetatud raviveajuhtum võib säästa riigile sadu tuhandeid eurosid. Lisaks eelnevale võib tõhus järelevalve paljastada süsteemseid vajakajäämisi või aidata seada poliitikakujundajate sihte. Uuringutest nähtub, et ka üksainus hästi sihistatud audit võib tuua olulist kokkuhoidu (näiteks ennetab paremini planeeritud haiglast väljakirjutamine eakate patsientide korduvaid ja kulukaid haiglakäike). Ehk lisaks paremale ressursihaldusele on ennetaval järelevalvel oluline sisuline roll, eemaldamaks või minimeerimaks süsteemselt paisuvaid kuluallikaid. Suurema fookuse seadmine kontrollitava sektori ning pakutavate teenuste kvaliteedi tõstmisele, võrreldes pelgalt nõuetele vastavuse kontrollimisega, on olemuslikult kulutõhus – ning seda võikski nimetada kaasaegse järelevalve põhieesmärgiks (Berwick, 2003). Lisaks on läbipaistvam ja paindlikum järelevalvesüsteem ühiskondliku usalduse säilitamiseks tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteemis olulise tähtsusega – usaldus riiklikku süsteemi soodustab positiivset tervisekäitumist, tugevdab sotsiaalset heaolu, vähendab vajadust täiendavate ravimeetmete ja kulukate kohtuvaidluste järele ning aitab ära hoida sotsiaalheaolu vähenemisega seotud kaudseid kulusid. Tõhusalt rakendatud järelevalveressursside maksumus on eelpool nimetatud kulude kontekstis võrdlemisi väike (Kringos *et al.*, 2010).

Arvestades eeltoodut, on olemuselt riskipõhise ja valdavalt ennetava järelevalvemudeli juurutamine üheks tõhustamiskava kõige olulisemaks kulutõhusust tagavaks elemendiks. Riskipõhine lähenemine tagab, et riigi järelevalveressursid jaotuksid mõjusalt, ratsionaalselt ning andmetele tuginedes. Lisaks loob süsteemne ja riskipõhine lähenemine eeldused, et eriilmelisi järelevalveressursse omavahel üheselt võrrelda. See omakorda parendab nende toimepidevust ja aitab ressursijaotust optimeerida. Tuginedes eelnevale ja tõhustamiskava raames läbi viidud rahvusvahelise praktika analüüsile (Lisa 2), pakub käesolev tõhustamiskava välja lähenemise, mille fookuseks on tõhusam ennetav järelevalvemudel (Joonis 4 ja Joonis 5). Riskipõhise ja ennetava järelevalvemudeli omapära seisneb selle koordineeritud juhtimises ning fookuse taotluslikus laiendamises järjepidevale aruandluse ja vastavuskultuuri arendamisele, et paremini hinnata järelevalvepoliitika mõjusust. See võimaldab riiklikke sekkumisi paremini sihistada või ära hoida.



Joonis 4. Ennetav järelevalvemudel



Joonis 5. Kontseptsioon riikliku järelevalve tervikvaatest, mille keskmes on ennetav järelevalvemudel

Ennetamaks riskide realiseerumist ja tagamaks järelevalvepoliitika jätkupidevat ja süsteemset tõhusust, on lisaks nõuete mittevastavusele reageerimisele ülimalt oluline roll süsteemsel järelevalvepoliitika mõjususe hindamisel ning jätkuva enesehindamise praktika ja vastavuskultuuri edendamisel (st reguleerimisalasse kuuluvate isikute teadlikkust ja riskijuhtimist parendamist). Seega on SOM-i

valitsemisala puudutava järelevalve tõhustamiseks ette võetud töösuunad, mis toetavad vastavuskultuuri edendamist ja enesehindamise praktika juurutamist (peatükk 3.2.) ning eelduste loomist koordineeritud järelevalve ja süsteemse mõjususe hindamise jaoks (peatükk 3.3. ja 3.4., Lisa 4).

Lisa 1.2. Järelevalveinfo käsitlus

Tõhustamiskava hetkeolukorra kaardistamise ja rahvusvahelise analüüsi käigus tõstatus murekohana infosüsteemide killustatus, mis võib riikliku järelevalve tõhusust tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande valdkonnas õõnestada ning takistada järelevalvepraktikate ühtlustamist ja koordineerimist. SOM-i haldusalas tegutsevat järelevalvestruktuuri, võrreldes seda rahvusvahelise praktika analüüsi järeldustega, võiks kirjeldada toimeloogikalt ja struktuurilt killustatuna – aruandlusvood on jaotunud silotornideks.

Järelevalvepoliitika kontekstis on info killustatus oluliseks tõkkeks 1) poliitika mõjususe hindamisel (puudub hästivõrreldav ülevaade järelevalveressursside jätkusuutlikkusest) ning 2) ohu ennetamisel (silotornid takistavad erinevate andmevoogude koondamist ja sünteesimist ühtseks järelevalvealaseks teabeks, mis omakorda võib halvata riigi võimekust kiiresti muutuvas keskkonnas tõstatuvatele riskidele õigeaegselt ja toimepidevalt reageerida). Lisaks eelnevale, võivad killustatus halvata riigi võimekust täita kahte ennetava järelevalve funktsiooni: võimekus viia läbi valdkondade üleseid riskihinnanguid, mis suudaksid tuvastada ja hallata keerulisi süsteemseid riske, ning võimekus planeerida ressursse strateegiliselt ja riskipõhiselt[3]. Selle loogiliseks tulemuseks on valdavalt reageeriv järelevalvehoiak, mis on valdkonnaüleselt killustatud, vähem tõhus ja tõenäoliselt alavarustatud, et jätkusuutlikult üha keerukamaks muutuva riskimaastikuga toime tulla.

Tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandevaldkonnas tegutsevad järelevalveasutused vastavalt enda õiguslikule mandaadile, organisatsioonikultuurile, andmesüsteemile ja tegevusloogikale. Ajalooliselt on järelevalveasutused joondanud ennast hierarhiliselt; horisontaalse koostöö asemel toimivad pigem vertikaalsed aruandlusliinid. Lähemalt on kirjeldatud Eesti jurisdiktsiooni killustatust allpool (Lisa 3). Integreerimata süsteemide omavaheline ebakõla raskendab sektoritest ja nendes toimivatest isikutest tervikliku riskipildi loomist ja keskset administratiivset haldamist. Näiteks võib tervishoiuteenuse osutaja olla kooskõlas Terviseameti väljastatud tegevusloaga, kuid samaaegselt võib märkida Tervisekassa audit nimetatud teenuseosutaja tegevustes raviteekonna puhul olulisi puudusi (või Sotsiaalkindlustusametisse võib laekuda lastekaitsealast teavet, mis puudutab nimetatud teenuseosutaja personali). Järelevalveasutuste vaheline infovahetus ei pruugi olla siinkohal probleemiks, kuid kuna seda korraldatakse *ad hoc*, siis võiks seda kirjeldada ebatõhususena – puudub ühtne riskipilt.

Koordineeritum järelevalvekorraldus ja haldusalaülene visioon võimaldaksid IKT-süsteeme ning ennetavat järelevalvet keskselt arendada. Koordineeritud ja ennetav järelevalve võimaldaks teenusepakkujate riskiprofiile luua horisontaalselt ning survestada teenusepakkujaid organisatsioonilise riskijuhtimisega ennast parendama.

Allpool asuvas tabelis (Tabel 3) on esile toodud illustratsioon vertikaalsetest aruandlusvoogudest. Koordineeritum infohaldus võimaldaks üleminekut ennetavale, targemale ja paindlikumale süsteemile.

[3] St ennetav ja tõhus ressursihaldus, mis hõlmab endas personali, auditite ja rahastuse suunamist kõige kõrgema riskiastmega valdkondadesse.

Tabel 3. Illustratsioon aruandlusvoogudest

	Terviseamet	Sotsiaal-kindlustusamet	Tervisekassa	Ravimiamet
Järelevalve-tüpoloogia	Õiguslik-regulatiivne	Õiguslik-halduslik	Peamiselt finantsiline ja lepinguline	Õiguslik-regulatiivne
Peamine aruandlusvoog (järelevalves)	Vertikaalne: Teenuseosutaja; Terviseamet; SOM	Vertikaalne: Kohalik omavalitsus/ teenuseosutaja; SKA; SOM	Vertikaalne: Teenuseosutaja; Tervisekassa; SOM	Vertikaalne: Ravimitootja/ teenuseosutaja; Ravimiamet; SOM

Lisa 2. Ülevaade välisriikide tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande süsteemide tõhususest

Lisa 2.1. Riiklike süsteemide tulemuslikkus ja kulutõhusus ning neid mõjutavate tegurite mitmetahulisus

Tuginedes projektis sätestatud eesmärkidele (alapeatükk 1.2.) ning arvestades sealhulgas, et projekti väljundid panustaksid eelduste tekkele heaolu ja tervise tulemusvaldkonna eesmärkide[4] saavutamiseks, on selleks vajalik lahti mõtestada esmalt seos tõhusalt korraldatud järelevalve ning soositud tulemusmustrite vahel ning teisalt omavahel võrreldavate näitajate komplekt, mis eri jurisdiktsioonides edukaid riiklikke süsteeme kirjeldavad. Seos tõhusalt korraldatud järelevalve ning soositud tulemusmustrite vahel on kaudne – järelevalvekorraldus on vaid üks tahk, mis riiklike süsteemide tulemuslikkusse panustab. Seetõttu tuleb paratamatult võrrelda näidisriike omavahel üldistatud kujul, eriti arvestades, et rahvusvaheliselt puudub ühtne metoodika määratlemaks järelevalvesüsteemide tulemuslikkust. Sellegipoolest on rahvusvahelise analüüsi kontekstis kirjeldatud näidisriikide süsteemide tugevusi ja nõrkusi, lähtudes OECD soovitustest ja riiklike süsteemide kuludest.

Rahvusvahelises teaduskirjanduses on ulatuslikult käsitletud seda, kuidas mõjutavad riiklikud poliitikad ja süsteemide kujundatus tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteemide suutlikkust saavutada soositud tulemusi elanikkonna lõikes. Tervisetulemused, näiteks oodatav eluiga, ennetatavad surmad, vaimne ja füüsiline tervis, on mõjutatud keerukatest tegurikomplektidest makrotasandil. Süsteemide tulemuslikkus ei sõltu üksnes tervishoiu- või hoolekandekulude mahust, vaid ka sissetulekute jaotuse võrdsusest, haridustasemest ning sotsiaalsetest ja keskkonnateguritest. Teaduskirjanduses, mis käsitleb tervisetulemuste peamisi mõjutegureid, esineb läbivalt, et:

- tervishoiukulude suurus elaniku kohta korreleerub tugevalt paremate tervisetulemustega, eeskätt ennetatavate surmade vähenemisega (Berger & Messer, 2002; Heijink *et al*., 2013; Moreno-Serra & Smith, 2015);
- rahvastiku sissetuleku jaotus ja üldine haridustase on olulised sotsiaalsed mõjutegurid, mis mõjutavad võrdsust tervises ning ligipääsu teenustele (OECD, 2010; Wilkinson & Pickett, 2011);
- keskkonnareostus ja individuaalsed elustiilivalikud (nt suitsetamine, alkoholitarbimine, vähene liikumine) on tugevalt seotud tervise halvenemisega (Shaw *et al*., 2005; Blázquez-Fernández *et al*., 2013).

Kaasaegsetes uurimustes on hakatud rohkem tähelepanu pöörama lisaks sellistele mõjuteguritele nagu tööalane ebakindlus, töötuse määr, majanduse tsüklilisus või psühhosotsiaalne turvatunne, millel on märkimisväärne mõju elanikkonna vaimsele ja üldisele tervisele (Or, 2000; Lin, 2009; Laliotis *et al*., 2016). Samuti juhib kirjandus tähelepanu sellele, et tervisetulemuste dünaamika võib ajas kõikuda[5]. Eelnevast tulenevalt on tervishoiu- ja hoolekandesüsteemide tulemuslikkuse hindamisel oluline arvestada makrotasandil mitte üksnes riiklike süsteemide rahastamise taset, vaid ka sotsiaalsete, keskkonna- ja elustiilitegurite koosmõju laiemalt.

Rahvusvaheliste uuringute ja OECD andmestike põhjal on Eesti tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteemid kulutõhusad, kuid tulemuslikkuse ja teenuste kvaliteedi osas jäävad need

[4] Eesti sotsiaalhoolekande korraldus toetab inimeste heaolu ja sotsiaalse turvatunde kasvu ning inimeste vajadustele ja ootustele vastavad ohutud ja kvaliteetsed tervise- ja sotsiaalteenused, mis aitavad vähendada enneaegset suremust, suurendada tervena elada jäänud aastate arvu ja toetada krooniliste haigustega elamist, on elanikkonnale võrdselt kättesaadavad

[5] Näiteks majanduslanguste ajal on täheldatud vaimse tervise näitajate halvenemist, kuid samaaegset suremuse statistilist langust, mis võib olla seletatav liiklusõnnetuste ja õhusaaste ajutise vähenemisega (Ruhm, 2012; Gool & Pearson, 2014).

alla mitmetele võrdlusriikidele, sealhulgas Norrale, Taanile ja Iirimaale. Tervishoius on Eesti nõrgemad küljed seotud ennetatavate surmade kõrge määraga, elanike madalama hinnangulise terviseseisundiga, südame-veresoonkonna haiguste ravi nõrgemate tulemustega ja puudustega pakutavate teenuste kättesaadavuse ja rahulolu osas. Sotsiaalhoolekande osas on Eesti süsteem rahastuse suhtes tõhusaim võrdlusriikide seas. Sellegipoolest jäävad Eesti inimarengu näitajad alla teistele, viidates vajadusele paremate sotsiaalsete tulemuste järele – kas sama ressursi piires (tõhustades) või valdkonda enam rahastades.

Lisa 2.2. Näidisriikide statistiline ülevaade

Lähtudes käesoleva tõhustamiskava lähteülesandest, on SOM tulemusvaldkondadesse panustamiseks esmalt vajalik lahti mõtestada näitajad, mis annaksid võrreldava ülevaate standardiseeritud kujul. Käesolevalt kasutatakse selleks peamiselt OECD statistilist raamistikku, mille eesmärk ei ole määratleda kõige paremat tervishoiusüsteemi, vaid anda kirjeldav ülevaade eri riikide tervishoiusüsteemidest ja nende erinevatest tahkudest. Alljärgnevalt käsitletakse valikriikide tervishoiusüsteemide kvaliteeti (Tabelid 4 ja 5) ning kättesaadavust (Tabel 6), lähtudes OECD metoodikast ja aruannetest (OECD, 2017; OECD, 2023). Tabel 4 osutab, et kuigi keskmine eluiga on riikide lõikes sarnane, on Eesti tervishoiusüsteemil teistest kehvemad tulemused ennetatavate surmade arvu ning elanikkonna hinnangulise terviseseisundi osas. Need näitajad viitavad probleemidele vaimse ja füüsilise tervise toetamises ja tervisega seotud kahjuennetuses laiemalt.

Tabel 4. Tervisevaldkonna üldnäitajad riigiti, 2021 (OECD)

	Keskmine eluiga, aastates	Ennetatavad surmad 100 000 elaniku kohta, vanusele standardiseeritud	Terviseseis; % elanikest, kes enda tervist kehvas seisus olevaks hindavad, vanuses 15+
OECD keskmine	80,3	237	7,9
Eesti	77,2	363 (+ 53% OECD keskmisest)	12.1 (+ 53% OECD keskmisest)
Norra	83,2	156	9,0
Taani	81,5	174	7,7
Iirimaa	82,4	172	5,2

Tabel 5. Tervishoiuteenuste kvaliteet rahvastike lõikes, 2021 (OECD)

	Välditud haiglaravi, 100 000 inimese kohta, standardiseeritud arvestades vanust ja sugu	Suremus 30 päeva jooksul infarkti või insuldi järel, 100 inimese kohta, vanuses 45+, standardiseeritud arvestades vanust ja sugu	
		Infarkt	Insult
OECD keskmine	463	6,8	7,8
Eesti	354	11,3 (+ 66% OECD keskmisest)	9,0 (+ 15% OECD keskmisest)
Norra	477	2,6 (- 61% OECD keskmisest)	3,1 (- 60% OECD keskmisest)

Taani	538	4,8 (- 29% OECD keskmisest)	4,9 (- 37% OECD keskmisest)
Iirimaa	498	5,4	6,3

Tabel 6. Tervishoiuteenuste kättesaadavus rahvastike lõikes, 2021 (OECD)

	Rahulolek kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavusega, % elanikkonnast	Raporteeritud rahulolematus seoses puuduvate tervishoiuteenustega, % elanikkonnast
OECD keskmine	66,8	2,3
Eesti	63,0	8,1
Norra	80,0	0,9
Taani	81,0	1,2
Iirimaa	67,0	2,0

Tabel 5 toob välja kaks olulist aspekti: (1) esmatasandi tervishoiu korralduses näivad Norra, Taani ja Iirimaa toimivat funktsionaalselt tõhusamalt kui Eesti, kuigi statistiliselt puuduvad riikide vahel olulised erinevused; (2) infarkti või insuldi läbi teinud patsientide suremus on Eestis märkimisväärselt kõrgem, samas on see Norras ja Taanis selgelt madalam. Tabel 6 keskendub tervishoiuteenuste hinnangulisele kättesaadavusele ja mitmekesisusele. Eeltoodud andmestike põhjal võib järeldada, et Eesti tervishoiusüsteem saavutab tervisetulemustes OECD keskmisega võrreldes tagasihoidlikumaid tulemusi – seda nii teenuste kvaliteedi kui ka kättesaadavuse mõttes. Seega viitab käesolev analüüs sellele, et Eestis on arenguruumi eeskätt teenuste turvalisuse ja kvaliteedi (Tabelid 4 ja 5), aga ka kättesaadavuse (Tabel 6) osas; mõjusam riiklik järelevalve saaks tervishoiukontekstis neid aspekte prioriseerida.

Tervishoiu- ja sotsiaalteenuste kulutõhususe ja mõju käsitleva arutelu kontekstis on asjakohane vaadelda kulusid avalikest vahenditest (näiteks kulu elaniku kohta, osakaal SKP-st ning riigieelarvest) ning nende seost poliitikaeesmärkidega. Oluline on märkida, et kuna tervishoiukulude osakaal SKP-st illustreerib ennekõike riikide poliitilisi ja finantsprioriteete [6], pole seda näitajat võrreldava tulemuslikkuse kirjeldamiseks väljatoodud. Sotsiaalhoolekandesüsteemide kulutõhususe hindamisel lähtub analüüs elanikkonna näitajatest (tervis, haridustase, vaesuse määr) ning teenuste kättesaadavusest, kvaliteedist ja kulukusest makrotasandil. Tabelites 7–9 esitatud andmete põhjal tegutsevad valitud riigid sotsiaalhoolekande osas sarnasel tasemel tulemuslikkuse mõistes. Statistiliselt ilmneb suurim sarnasus Eesti ja Iirimaa vahel.

[6] Näitaja kirjeldab peamiselt seda, kui suur osa riigi majandustegevusest on suunatud tervishoiusektorisse ega võta arvesse riikidele omapärast demograafilist ülesehitust ja majanduslikku struktuuri (sh tervisekindlustuse erinevaid vorme) ning võib olla tulemuslikkuse mõistes moonutatud.

Tabel 7. Riikide inimarengu indeksi koondhinnang ja riikide Gini koefitsient, 2022

	Inimarengu indeks, elanikkonna sissetulekute ebavõrdsusele standardiseeritud	Gini koefitsient
HDI näitajagrupi keskmine	0,807	-
Eesti	0,835	30,7
Norra	0,903	27,7
Taani	0,898	27,5
Iirimaa	0,886	29,2

Tabel 8. Sotsiaalhoolekandekulu elaniku kohta dollarites, võttes arvesse riikide ostujõu pariteeti ja inflatsiooni, 2019 (OECD)

	Sotsiaalhoolekandekulu elaniku kohta avalikest vahenditest, riikide ostujõu pariteedile standardiseeritud, dollarites
OECD keskmine	9 143,1
Eesti	5 798,0
Norra	16 885,3
Taani	14 974,0
Iirimaa	10 792,9

Tabel 9. Riikide sotsiaalhoolekande kulude osakaal SKP-st, 2022 (OECD)

	Sotsiaalhoolekandekulud avalikest vahenditest, % SKP-st	Sotsiaalhoolekande netokulud, % SKP-st
OECD keskmine	21,1%	20,9%
Eesti	17,2%	14,9%
Norra	20,7%	22,6%
Taani	26,2%	24,7%
Iirimaa	12,8%	13,4%

Riigieelarve seisukohast paistab Eesti süsteem silma tõhususega (Tabel 8), kuigi Eesti inimarengu indeks on valikriikide madalaim, kui arvestada sissetulekute jaotuse ebavõrdsust (Tabel 7). Tabel 8 toob esile sotsiaalhoolekandekulude osakaalu SKP-st. Selle põhjal näib, et Iirimaa süsteem on kuluefektiivselt optimeeritud. Samas tuleb arvestada, et (1) Iirimaa SKP-d mõjutab eripärane maksujurisdiktsioon ning (2) SKP on üldistav näitaja, mis ei pruugi kirjeldada avaliku sektori üksikasjalikku suutlikkust teenuseid osutada. Tõhustamiskava seisukohalt näitab see vajadust keskenduda järelevalve kaudu teenuste kvaliteedi ja rahastamise tõhususe parandamisele kui võimalikele hoobadele tervise- ja sotsiaalvaldkonna tulemuste parendamiseks. Eespool käsitletud võrdlus osutab asjaolule, et kuigi Eesti tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteemid toimivad rahvusvahelises võrdluses kokkuhoidlikult ja suhteliselt tulemuslikult, on siiski märgata üldiseid kitsaskohti teenuste kvaliteedi, ohutuse ja kättesaadavuse osas.

Lisa 3. Rahvusvahelise praktika analüüs: Norra, Taani ja Iirimaa järelevalvemudelid tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteemides

Analüüsis on vaatluse all Norra, Taani ja Iirimaa tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande järelevalveasutuste juhtimisstruktuurid, õiguslikud volitused, järelevalve alusmetoodikad ja lähenemisviisid kulutõhususe saavutamisele, võrreldes neid Eestis olemasoleva raamistikuga, et tuletada rakendatavaid soovitusi järelevalve mõjususe ja tõhususe edendamise reformimiseks.

Eesti praegust järelevalvemaastikku iseloomustab killustatud struktuur; valdkondlik vastutus on jagatud Sotsiaalministeeriumi, Terviseameti, Sotsiaalkindlustusameti ja Tervisekassa vahel. Riigikontrolli auditid on tuvastanud märkimisväärseid vajakajäämisi, sealhulgas sidusa kvaliteedipoliitika puudumise, raskused tervishoiutöötajate pädevuse tagamises ja suutmatuse hallata suurte poliitikareformide rahalisi tagajärgi, mis võib seada süsteemi üleüldise kulutõhususe kahtluse alla. Rahvusvahelised võrdlusriigid ning nende järelevalvemudelid võivad kaudselt pakkuda nendele väljakutsetele lahendamiseks erinevaid mudeleid.

Norra mudel on ülesehituselt kahetine ja süsteemile orienteeritud lähenemisviisiga. Järelevalve on jagatud riikliku Norra Tervisejärelevalve Ameti (*Helsetilsynet*) ja piirkondlike maakonnajuhtide vahel. Selle filosoofia keskendub süsteemsete vigade tuvastamisele ja parandamisele, mitte üksikisikute süüdistamisele, ja tugineb riskipõhisele metoodikale, mis seab esikohale kõrge riskiga valdkonnad. Järelevalve kulutõhusust tagatakse kaudselt[7], kohustades teenuseosutajate organisatsioone rakendama tugevaid sisekontrolli- ja riskijuhtimissüsteeme, paigutades seega vastutuse tagada teenuse kvaliteeti tegevustasandile ning kasutades riiklikke vahendeid kontrollimiseks ja strateegiliseks sekkumiseks.

Taani mudel on ülemaailmne teerajaja patsiendiohutuse valdkonnas, mis põhineb filosoofiale edendamaks nn õiglast kultuuri. Taani Patsiendiohutuse Amet (*Styrelsen for Patientsikkerhed*) haldab kohustuslikku ja mittekaristuslikku süsteemi kahjujuhtumistest teatamiseks. See lähenemine on loonud ulatusliku andmebaasi süsteemiüleseks õppimiseks ja vigade ennetamiseks. Selle mudeli pikaajaline kulutõhusus seisneb korduvate ja kulukate vigade kõrvaldamises tervishoiusüsteemist, vähendades ennetusega kahju rahalist ja tööjõukoormust.

Iiri mudel esindab ainulaadselt integreeritud ja võimsat raamistikku. Üksainus sõltumatu organ, Terviseinfo ja Kvaliteedi Amet (HIQA), ühendab endas reguleerimise, standardite väljatöötamise, terviseinfo haldamise ja tervisetehnoloogia hindamise funktsioonid. See struktuur võimaldab HIQA-l mitte ainult jälgida olemasolevate teenuste kvaliteeti ja ohutust riskipõhiselt, vaid ennetavalt hinnata ka uute tehnoloogiate, ravimite ja teenusemudelite kliinilist ja kulutõhusust enne nende rahastamist; süsteemne kulutõhusus lähtub otsesest ja tõenduspõhisest mehhanismist.

Näidisriikide ravimiametid on struktuurilt erinevad peamiselt rahastamismudeli mõistes[8] ning pädevuste ulatuse osas. Sisuliselt on järelevalvetegevused sarnased, kuna kõik asutused toimivad vastavalt Euroopa Liidu õigusraamistikule. Peamiseks järelduseks on, et Eesti rahastamismudel on võrreldes teiste riikide rahastusmudeliga nõtkem; järelevalvetasupõhine mudel soosib jõulisemat operatiivvõimekust, kuid võib vähendada kulude läbipaistvust avalikkusele, avalikel vahenditel põhinev mudel võib olla rohkem mõjutatud makromajanduslikest arengutest, kuid samas võib see soosida selgemaid aluseid kuludele.

Näidisriikide analüüsi peamisteks järeldusteks on, et kõik kolm võrdlusriiki on liikunud lihtsast vastavuspõhisest järelevalvest kaugemale, keerukamate ja ennetavamate mudelite suunas. Iiri mudel kerkib esile oma sõltumatu, integreeritud struktuuri ja õigusliku alusega lähtuda kulutõhususest eriti veenva võrdlusalusena – järelevalveasutus saaks sel moel toimida mitte ainult reeglite kehtestajana, vaid ka süsteemse tõhususe ja väärtust edendava strateegilise eestvedajana.

---

[7] Järelevalve väärtus ei seisne selle otseste kulude vähendamises, vaid kõrges tasuvuses, st, oluliselt suuremate kulude tekkimise ennetamises.

[8] Pädevad asutused on Norras peamiselt rahastatud avalikest vahenditest, Taanis ja Iirimaal peamiselt rahastatud järelevalvetasudest, Eestis on rahastusallikaks segu mõlemast.

Lisa 3.1. Eesti kontekst

Tõhus riiklik järelevalve on kõrgkvaliteetse tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteemi nurgakivi – lisaks pakutavate teenuste ohutuse ja kvaliteedi tagamisele, on sel oluline funktsioon tagada avalike vahendite mõjusus ja jätkusuutlikkus. Praegune süsteem, mis on NSVL järgsete reformide ja hilisemate ümberkorralduste pärand, seisab silmitsi katsumustega, mis ei lase terviklikult parendada pakutavate ravi- ja hooldusteenuste kvaliteeti, juhtida süsteemseid riske ja tagada, et avalikud vahendid oleksid parimal teadaoleval viisil kasutusse viidud. Seetõttu põhineb käesolev rahvusvahelise praktika analüüs arusaamal, et järelevalvekorraldus ei ole eraldiseisev halduskulu, vaid oluline hoob kogu tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesektori tulemuslikkuse ja mõjususe optimeerimiseks. Uurides Norra, Taani ja Iirimaa võrdlemisi küpseid ja uuenduslikke süsteeme, on analüüsi eesmärgiks tuvastada põhimõtteid ja struktuure, mis võiksid anda teavet Eesti järelevalvemaastiku strateegiliseks kujundamiseks.

Eesti tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande järelevalve haldusstruktuur hajub üle mitme valitsusasutuse, kuid on üldjoontes Sotsiaalministeeriumi (SOM) juhtimise all. Säärane struktuur peegeldab ambitsiooni juhtida riske ja järelevalvet ühtselt, kuid süsteemi killustatus võib piirata ühtse ja sidusa kvaliteedijuhtimise strateegia loomist. SOM vastutab üldise tervishoiu- ja sotsiaalpoliitika, sealhulgas reguleerimisalasse kuuluvate sektorite õigusraamistiku väljatöötamise ja rakendamise eest. Ministeerium loodi 1993. aastal Tervishoiuministeeriumi, Sotsiaalhooldusministeeriumi ja Tööministeeriumi ühendamisel, mis viitas toonasele ambitsioonile sotsiaalpoliitika integreeritud lähenemise osas. SOM koordineerib oma allasutuste tegevust; siiski alluvad need asutused, näiteks Terviseamet ja Ravimiamet, otse ministrile. Olemasolev juhtimisstruktuur võib põhjustada eraldiseisvaid asutusepõhiseid prioriteete, mis dubleerivad või konkureerivad omavahel. Teisalt võivad tekkida keerukad iseseisvad aruandluskeskkonnad, mille sisu on omavahel võrreldamatu. Tõhusa järelevalvepraktika eesmärk pole allutada ega koondada järelevalveasutusi poliitikakujundajate käe alla, vaid süsteemselt tagada, et järelevalve otstarbeks määratletud avalikud vahendid oleksid enam tõendus- ja riskipõhiselt juhitud.

SOM-i haldusalas tegutsevad asutused, mis teostavad erineval moel järelevalvet – Terviseamet, Sotsiaalkindlustusamet ja Ravimiamet. Terviseamet on peamine riiklik järelevalveasutus tervishoiusektoris. Selle ulatuslik mandaat hõlmab kõigi tervishoiuteenuse osutajate tegevuslubade väljastamist, tervishoiutöötajate (arstid, hambaarstid, õed ja ämmaemandad) registreerimist ning välismaal koolituse saanud isikute kvalifikatsiooni kontrollimist. Sealhulgas on Terviseameti ülesanneteks jälgida tervishoiuteenuste kvaliteeti ja teostada riiklikku järelevalvet rahvatervise valdkondades, nagu nakkushaiguste tõrje ja keskkonnatervis. Sotsiaalkindlustusameti roll on sotsiaalkindlustuse ja -hoolekandealaste õigusaktide, sealhulgas pensionide, toetuste ja puude määramise haldamine. Järelevalve kontekstis on selle kõige olulisem funktsioon vastutus üleriigilise lastekaitse koordineerimise ja kohalike omavalitsuste osutatavate sotsiaalteenuste kvaliteedi jälgimise eest; kui kodanik ei ole rahul oma kohalikult omavalitsuselt saadud sotsiaalteenuste kvaliteediga, võib ta esitada kaebuse Sotsiaalkindlustusametile. Tööjaotus ametite vahel on selge, st Terviseamet on tervishoiuteenuste ja Sotsiaalkindlustusamet on sotsiaalteenuste jaoks, kuid järelevalvefunktsioonid on teineteisest tehniliselt lahus. Sellest võib tekkida olulisi süsteemseid takistusi ravi- ja klienditeekondade üleselt, mis sageli neid mõlemat valdkonda läbivad (näiteks eakate puhul). Ravimiameti seaduslik mandaat on kehtestatud ravimiseaduses ja täpsustatud ameti põhimääruses, mis annab ametile õiguse teostada riiklikku järelevalvet ja rakendada riiklikku sunnivõimu. Ametit juhib peadirektor, kelle nimetab ametisse ja vabastab ametist sotsiaalminister. Ameti järelevalvetegevus on laiaulatuslik, hõlmates lisaks ravimitele ka meditsiiniseadmete valdkonda. Peamised järelevalvetegevused hõlmavad ravimite tõhususe, kvaliteedi ja ohutuse kontrollimist, müügilubade väljastamist, kliiniliste uuringute järelevalvet, ravimite käitlejatele tegevuslubade väljastamist, ravimiohutuse järelevalvet ja kontrollitavate ainete piiriülese liikumise jälgimist. Asutuse rahastusmudel on kombinatsioon turuosaliste tasudest ja avalikest vahenditest. Tervisekassa, olles iseseisev avalik-õiguslik institutsioon, mitte otsene valitsusasutus, mängib teenuste kvaliteedi tagamisel suurt rolli.

Kuigi tervishoiukontekstis on järelevalvepõhimõtete edendamises olnud oluliseks sammuks patsiendikindlustuse süsteemi loomine [9], et muuta lähenemist ravivigade käsitlusele [10], puudub kõikehõlmav süsteem, millega kodaniku ravi- või hoolekandeteekonda ning sellega kaasnevaid riske võrreldaval kujul seirata [11] ning valdkonnaülest järelevalvet tervikuna juhtida (sh analüüsivõimekus, et maandada kulusurveid).

Üldistatult võib kirjeldada Eesti järelevalvemaastikku ka laiemalt killustatuna, kuigi teemavaldkondade kaupa erineva tempoga ühtlustumas. Siiski puudub keskselt juhitud pikaajaline strateegiline visioon riigi järelevalve funktsioonist tervikuna ja ühene metoodika riskide kategoriseerimiseks, mõõtmiseks ja võrdlemiseks, riskihindamise järjepidevaks arendustööks, riskihindamisega seonduva järelevalveinfo koordineerimiseks ja riikliku järelevalve mõjususe ja kulutõhususe mõõtmiseks.

Lisa 3.2. Norra kontekst

Määratledes Norra riikliku järelevalve mudelit ning hinnates selle tõhusust tervishoius ja sotsiaalhoolekandes soovitud tulemuste saavutamisel, pakub Norra välja süsteemi, mis on küps ning rahvusvaheliselt tunnustatud. Norra lähenemist kirjeldab kombineeritud süsteem, milles ühilduvad kaks tasandit (riiklik ja piirkondlik), milles strateegiline juhtimine on keskselt korraldatud, kuid poliitika rakendus on detsentraliseeritud piirkondade tasemele. Norra mudel, sarnaselt Taani ja Iirimaa mudelile, on sisuliselt riskipõhine ja süsteemne – eesmärgiks on kahjutekkeid vähendada süstemaatiliselt ning aina vähem keskenduda üksikutele juhtumitele. Norra mudel põhineb ennekõike põhimõttel, et järelevalve ei ole pelgalt kontrolli- ja karistusmehhanism, vaid oluline tegur kvaliteedi parandamisel, patsiendiohutuse tagamisel ja süsteemsel õppimisel. Säärane põhimõte raamistab järelevalvekulusid kui strateegilist investeeringut, et ennetada kulukaid vigu ja tõhustada riiklikku süsteemi pikas perspektiivis. Peamine vastutav asutus on Norra Tervisejärelevalve Amet (*Helsetilsynet*), mis teostab järelevalvet kõigi tervishoiu-, sotsiaal- ja lastekaitseteenuste üle. Norra järelevalveraamistik toimib ühes kalleimas avalikult rahastatud tervishoiusüsteemis ning teenusekvaliteeti tagatakse ennekõike teenusepakkuja vastutuse ja sisekontrollide kaudu. Norra Ravimiamet (*Direktoratet for medisinske produkter*) on peamiselt rahastatud avalikest vahenditest ning ameti mandaat on ulatuslik; lisaks ravimiohutuse, meditsiiniseadmete ja rakkude, kudede ja vere käitlemise järelevalvele, teostab amet tervisetehnoloogia kulutõhususe hindamist, ravimite hinnalagede kehtestamist ja tarneahelaüleseid kontrolle (sh hõlmab mandaat endas riiklike varude halduse kaudu kriisialase toimepidavuse tagamist).

Norra süsteemi oluline tunnusjoon on selle selge kahetasandiline struktuur – riiklik ja piirkondlik. Riikliku tasandi rolliks on strateegiline juhtimine, piirkondlik tasand rakendab seda. Tööjaotuse mõte on tagada kohalik reageerimisvõimekus. Riikliku tasandi alla kuuluv Norra Tervisejärelevalve Amet (*Helsetilsynet*) tegutseb iseseisva ametina Tervise- ja Hoolekandeministeeriumi haldusalas. Selle peamine roll ei ole igapäevane järelevalve, vaid eelkõige valdkonnaülene juhtimisfunktsioon (strateegiline juhtimine ja koordineerimine). Asutuse ülesannete hulka kuuluvad:

- riiklike järelevalvemetoodikate ja -strateegiate arendamine;
- piirkondlikust järelevalvest saadud andmete koondamine ja analüüsimine, et tuvastada riiklikke suundumusi, riske ja süsteemse parendamise valdkondi;
- järelevalve teostamine eriti keerulistel või riikliku tähtsusega juhtudel;
- riikliku kahjujuhtumite andmehoidla (*Meld.no*) haldamine;

[9] Tuginedes patsiendikindlustuse seadusele (jõustunud 01.07.2024).
[10] nn. *no-fault patience insurance*, millega kaasneb laiapõhine ja süstemaatiline andmestik, mis soodustab süsteemsete vigade tuvastamist tervishoiuteenustes, süsteemset läbipaistvust, õppimiskultuuri edendamist, võrdlusanalüüside võimekust ja ennetustegevuste sihipärasust
[11] Sotsiaalhoolekandes on tekkinud kahju ja vea vahel põhjuslikku seost tihti raskem tõendada (nt kroonilise seisundi halvenemine hooldekodus), kuid kaasuvad riskid võivad olla omavahel sarnased.

    - *Norsk Pasientskadeerstatning*, eraldiseisev valitsusasutus, haldab patsiendikahjude andmestikku, mis on kvaliteedihindamise sisendiks;
- apellatsiooniorganina tegutsemine piirkondlikul tasandil tehtud otsuste puhul;
- temaatiliste aruannete ja juhendite avaldamine, et edendada sektoris õppimist tervikuna (*Statens helsetilsyn,* 2023).

Piirkondliku tasandi alla kuuluvad maakonnajuhid (maakonnabüroo, *Statsforvalteren*) – kohapealne järelevalve on delegeeritud maakonnabüroodele. Nimetatud asutused on peamiseks kontaktpunktiks teenuseosutajatele, omavalitsustele ja avalikkusele. Nende vastutusalasse kuulub:

- patsientidelt, klientidelt ja nende lähedastelt laekuvate kaebuste toimetamine ja menetlemine;
- riskipõhiste auditite ja inspekteerimiste kavandamine ja läbiviimine haiglates, hooldekodudes, perearstipraksistes, lastekaitse- ja sotsiaalteenustes;
- otsuse täideviimine üksikjuhtumite puhul, näiteks hoiatuste väljastamine, või ettepanekute tegemine Norra Tervisejärelevalve Ametile, et tegevuslubasid peatada või tühistada.

Eelnimetatud kahetasandilist mudelit on kirjeldatud hästitoimiva praktikana, kuna see viib järelevalvetegevusi sihipäraselt reguleerimisalasse kuuluvatele teenustele lähemale, tehes seda parema arusaamaga kohalikest oludest ja laiemast kontekstist. Norra Tervisejärelevalve Ametile on määratud ülesandeks tagada järjepidevust ja strateegilist ülevaadet keskselt, vältides mudeli killustumist ning edendades ühtset kvaliteedi- ja ohutusstandardit (Gjersing *et al*., 2020). Norra tervishoiusüsteemi riiklik järelevalve- ja kvaliteedisüsteem tugineb alates 2010. aastast OECD juhistest lähtuvale raamistikule, mille keskmeks on süsteemne kvaliteedijuhtimine ning integreeritud tervishoiu edendamine. Norra riigireformide eesmärk on olnud ühtlustada järelevalvepraktikat kogu riigis, vähendada dubleerimist ja parandada koordinatsiooni esmatasandi ning spetsialiseeritud tervishoiuteenuste vahel (OECD, 2019). Uuringud näitavad, et üleriiklikult integreeritud teenuste strateegiline juhtimine võib olla mõjus vahend integreeritud tervishoiu edendamiseks, kuid see varieerub ning sõltub tugevasti kohaliku tasandi sidusrühmade kaasamisest ja kontekstitundlikkusest. Näiteks Hilland *et al*. (2021) osutavad, et Norra omavalitsused, kus loodi nn juhtimisfoorumid kõigi sidusrühmade kaasamiseks, saavutasid paremaid tulemusi pakutavate hooldusteenuste järjepidevuses ja patsientide kogemustes. Øyri *et al*. (2021) rõhutavad, et kvaliteedi tagamine nõuab süsteemset võimekust kõikidel juhtimistasanditel. Samas tuleb tõdeda, et süsteemi rakendamisel ilmnevad mitmed märkimisväärsed piirangud. Evensen *et al*. (2023) märgivad, et riiklikul kvaliteedisüsteemil puuduvad terviklikud hindamismeetodid ning olemasolev statistika ei võimalda riiklikku järelevalvet järjepidevalt riskipõhiselt juhtida. Eide *et al*. (2024) toovad välja, et paljud piirkondlikud praktikad jäävad killustatuks, mistõttu on tuginetud nn rätseplahendustele, mis vähendavad võimalusi üleriiklikke praktikaid standardiseerida.

Norra mudeli tõhusust kirjeldavad juhtpõhimõtted, mis on olemuslikult liikunud reageerivalt ja karistavalt mudelilt üle ennetava ja süsteemikeskse raamistiku poole. Norra süsteemi tõhususe seisukohalt on märkimisväärseim riikliku järelevalve taotluslik ja selgesõnaline riskipõhine lähenemine. Järelevalveressursid (personal, aeg, eelarve) on suunatud Norra Tervisejärelevalve Ameti ja maakonnajuhtide kaudu sinna, kus õnnetuste risk on suurim ja võimalik kahju teenusesaajale tõsiseim. Riskiseire põhineb riiklikel kahjujuhtumite andmetel ja aruandlusel, olemasoleval järelevalveinfol, akadeemilistel uuringutel ja avalikkuses ilmnenud kaasustel (Walshe, 2007). Sihipärane lähenemine aitab riigile ära hoida ressursikulu ning hõivab madala riskiga ja hästi toimivaid teenuseosutajaid järelevalvega vähem. Teiseks mängib rolli kulutõhususe mõistes õnnetuste ennetamine. Norra järelevalvesüsteem kehastab endas põhimõtet, eriti patsiendiohutuse kontekstis, et õnnetuste tekke puhul ei piisa üksnes küsimusest „Kes on süüdi?“ vaid tuleb liikuda üle küsimusele „Kuidas võimaldas meie süsteem sellel õnnetusel aset leida?“ (Reason, 2000). Norra järelevalvemudel on seega kohanenud protsesside uurimisele, mis vigade või kahjujuhtumiteni viivad – auditid keskenduvad sellele, kas teenuseosutaja enda sisekontrolli- ja kvaliteedijuhtimissüsteemid on piisavad, et patsiendiohutust ja seadusenõuete täitmist tagada. Ka seadusandluslikes protsessides peetakse silmas kultuuri ja normide edendamist, kus vigadest teatamine on õppimisvõimalus, mitte karistust esilekutsuv juhtum (Braithwaite, 2005). Järelevalvevahendite kulutõhususe mõistes paneb Norra Tervisejärelevalve Amet rõhku ameti tegevuste

läbipaistvusele kui parendusvahendile. Järelevalvearuannete kokkuvõtted ja otsused üksikjuhtumite kohta tehakse sageli avalikuks. Lisaks avaldab amet regulaarselt temaatilisi auditiaruandeid, mis analüüsivad süsteemseid nõrkusi konkreetses teenusevaldkonnas (nt ravimikäitlus hooldekodudes). Need aruanded pakuvad poliitikakujundajatele ja teenuseosutajatele veenvat tõendusmaterjali sihipäraste parenduste tegemiseks; üksikute auditite tulemused võivad kujuneda kogu sektorit hõlmavaks õppetunniks (*Statens helsetilsyn*, 2023). Muuhulgas on piirkondlikul tasandil ette võetud ja läbi viidud nn *peer learning* formaati ehk piirkondade vahelisi õppimisfoorumeid, kus järelevalveüksused ja teenuseosutajad arutavad juhtumipõhiselt riskikohti ja jagavad praktikaid. Foorumites aset leidnud arutelude tulemused ei ole küll avalikult kättesaadavad, kuid praktikate jagamist on toodud kui olulist infovahendit sektoris asetsevate silotornide vähendamiseks ja teadmussiirde edendamiseks (Øyri *et al.,* 2023). Norra mudeli ülesehitus on ehe näide, et kavandatud riikliku järelevalve väärtus ei seisne selle otseste kulude vähendamises, vaid kõrges tasuvuses (st palju suuremate kulude ennetamises).

Norra mudelist lähtudes võiks kaaluda alljärgnevaid punkte Eesti jurisdiktsiooni kuuluva järelevalvemudeli tõhustamiseks:

- Formaliseerida riskipõhine lähenemine – kuigi Eestis lähtutakse riskipõhistest põhimõtetest, võiks selle metoodika ametlik kehtestamine, koos selgete kriteeriumidega (riskide hindamiseks ja prioriseerimiseks) oluliselt aidata edendada järelevalveressursside paremat kasutust. See eeldab tugevat **andmetaristut** ja keskse järelevalvepoliitika eestvedamist.
    - Tulevikus oleks võimalik investeerida üleriiklikku kahjujuhtumite teavitussüsteemi; kohustuslik, mittekaristav süsteem kahjujuhtumitest teavitamiseks on kaasaegse, riskipõhise järelevalvemudeli nn andmeselgroog. See annaks asjaomastele järelevalveasutustele vajaliku teabe oma sekkumiste tõhusaks sihtimiseks.
- Tugevdada süsteemi- või asutusekeskseid auditeid: praktikas tuleks nihutada järelevalve fookust veelgi enam üksikute spetsialistide vigadelt või kahjujuhtumitelt teenuseosutajate organisatsioonide juhtimis- ja kvaliteedisüsteemide auditeerimisele.
- Suurendada järelevalveasutuste tegevuste läbipaistvust ja avalikku aruandlust: kaaluda järelevalvearuannete ja temaatiliste analüüside avalikustamist, mis võib luua teenuseosutajatele võimsa stiimuli paremuse poole areneda ja tõsta avalikkuse usaldust ja teadlikust teenuste, teenuseosutajate ning asjaomaste asutuste vastu.
- Vajadusel mõtestada lahti riikliku järelevalve strateegilise planeerimise optimaalne struktuur (võttes näiteks Norra kahetasandliline struktuur, mille eesmärk on tagada riikliku strateegia ning metoodika pikaajaline juhtimine, kuid ka selle piirkondlik rakendus)[12]. Selgemalt määratletud tööjaotus võiks suurendada tõhusust ja kohaliku tasandi reageerimisvõimet.

Lisa 3.3. Taani kontekst

Taani mudel on omalaadne, kuna selles on tervishoiu ja sotsiaalhoolekande valdkondades kasutusel erinevad järelevalvestruktuurid. Tervishoiuvaldkonna järelevalve on tsentraliseeritud ja integreeritud ühte riiklikku asutusse, Taani Patsiendiohutuse Amet (*Styrelsen for Patientsikkerhed*), kuid sotsiaalhoolekande järelevalve on korraldatud detsentraliseeritult ja spetsialiseerunult. Kaheosaline lähenemine peegeldab arusaama, et erinevad sektorid võivad vajada erinevaid järelevalvefilosoofiaid ja -struktuure. Alljärgnevalt käsitletakse mõlemat haru, pakkudes võimalikke õppekohti, arvestades funktsioonide jaotust, valikulist spetsialiseerumist ja võimalikku kulutõhusust.

TPA loodi mitme asutuse ühendamisel, mille käigus liikusid kokku Riikliku Terviseameti järelevalveosakond ja endine patsiendiombudsmani amet. Asutuste konsolideerimine oli teadvustatud strateegilise sammuna, mille eesmärk oli vähendada dubleerimist ja luua ühtne kontaktpunkt. Ameti peamised

[12] Siiski on oluline märkida, et Norra süsteem on jätkuvalt võrdlemisi keerukas ja heterogeenne, seda eriti väikestes omavalitsustes, kus ressursside nappus takistab kvaliteedijuhtimise täielikku rakendamist.

vastutusalad on: 1) tervishoiutöötajate järelevalve, sh tegevuslubade väljastamine või tühistamine; 2) teenuseosutajate järelevalve – auditite läbiviimine haiglates, hooldekodudes, perearstipraksistes ja muudes tervishoiuasutustes; 3) kaebuste menetlemine – patsiendikaebuste menetlemine seoses tervishoiutöötajate tegevuse ja teenuse kvaliteediga; (iv) kahjujuhtumitest õppimine – amet haldab riikliku kahjujuhtumite andmebaasi (DPSD) ning vastutab sealt saadud info levitamise eest; (v) nakkushaiguste seire ja tõrje. Kohati võimaldab selline tsentraliseeritud mudel paremat andmete koondamist ja analüüsi riiklikul tasandil, mis on riskipõhise lähenemise aluseks. Samuti tagab see ühtse tervishoiuvaldkonda puudutava järelevalvepraktika kogu riigis (Vrangbæk *et al*., 2015).

Sotsiaalvaldkonna järelevalveks on Taanis loodud täiesti eraldiseisev struktuur, mis on teadlikult detsentraliseeritud. Taani Sotsiaalhoolekande Inspektsioon (*Socialtilsynet*) koosneb viiest piirkondlikust harust tagamaks, järelevalvet kohalike teenuseosutajate üle. Selle peamised ülesanded on:

- Sotsiaalteenuste osutajate kinnitamine ja järelevalve – see hõlmab endas laia spektrit teenuseid, sh lastekodud ja asenduskodud, puuetega inimeste eluasemed ja tugiteenused, teenused vaimse tervise probleemide ja sõltuvushäiretega inimestele.
- Kvaliteedi hindamine spetsiaalse kvaliteedimudeli alusel – järelevalve ei põhine ainult reeglite täitmisel, vaid hindab teenuse kvaliteeti seitsmest teemast koosneva mudeli (*kvalitetsmodel*) alusel. Teemad hõlmavad näiteks haridust, eneseteostusvõimekust, sotsiaalseid suhteid ja kodaniku heaolu, tagades keskendumise inimese elukvaliteedile (*Socialtilsynet*, 2023).
- Erinevalt Taani Patsiendiohutuse Ametist hindab Taani Sotsiaalhoolekande Inspektsioon ka sotsiaalteenuseid pakkuvate asutuste majanduslikku olukorda (need on sageli eraomandis), et tagada pakutava teenuse stabiilsus ja järjepidevus.

Eakate hoolekande (nt hooldekodude) järelevalve on Taanis näide hübriidstruktuurist, kus vastutus on jagatud eri asutustele:

- Omavalitsustel (*Kommuner*) on esmane vastutus oma territooriumil asuvate ja nende rahastatavate hooldekodude üldise kvaliteedi ja teenuste üle;
- Taani Patsiendiohutuse Amet teostab järelevalvet hooldekodude tervishoiualaste aspektide üle (nt ravimikäitlus, meditsiiniline ravi, hügieen);
- *Socialtilsynet* sekkub juhul, kui tegemist on spetsialiseeritud sotsiaalteenuseid pakkuva asutusega, mis sealhulgas ka eakaid teenindab.

Kuigi järelevalvestruktuurid on detsentraliseeritud tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandevaldkondade vahel, jagavad mõlemad süsteemid sarnaseid kaasaegseid põhimõtteid. Mõlemad, st Taani Patsiendiohutuse Amet, kui ka Taani Sotsiaalhoolekande Inspektsioon, kasutavad riskipõhist lähenemist suunamaks oma ressursse kõige haavatavamatesse piirkondadesse. Tervishoius põhineb see kahjujuhtumite andmetel, sotsiaalhoolekandes aga teenuseosutajate varasematel tulemustel ja finantsnäitajatel. Mõlema järelevalveharu eesmärk ei ole niivõrd karistamine, kuivõrd teenuseosutajate suunamine ja arendamine avatud dialoogi kaudu. Taani Sotsiaalhoolekande Inspektsiooni puhul on see oluline, kuna amet peab peale teenuseosutajate heakskiitmist neid pidevalt kvaliteedi parandamisel nõustama. Sotsiaalvaldkonna kvaliteediraamistik (*kvalitetsmodel*) on näide sellest, kuidas subjektiivsena tunduvat elukvaliteeti võib lahti mõtestada mõõdetavateks ja hinnatavateks komponentideks. Säärane harjutus annab riiklikule järelevalvele selge raamistiku ning osutab teenusepakkujatele konkreetseid eesmärke, mille poole püüelda. Lisaks eelnevale teostab järelevalvet Taani Ravimiamet (*Lægemiddelstyrelsen*), mille seaduslik volitus tuleneb peamiselt Taani ravimiseadusest, mis reguleerib kontrolli ja järelevalvet nii ravimite kui ka ettevõtjate puhul, mis neid toodavad ja käitlevad. Ameti mandaat hõlmab endas kontrolli ravimiohutuse, kliiniliste uuringute, meditsiiniseadmete turvalisuse ja ravimimüügi üle. Taani ravimiamet on peamiselt järelevalvetasudest rahastatud.

Vastukaaluks Norra süsteemile võib vaatlejale näida, et teenuste või ülesannete tsentraliseerimine ei ole ilmtingimata alati kõige tõhusam lahendus. Tervishoius, kus standardid on riiklikult ühtlasemad ja andmemahud suured, on riskide keskne juhtimine kulutõhus. Sotsiaalhoolekandes, kus leidub väga mitmekesiseid teenuseid ja kohalik kontekst võib olla erinäoline, võib detsentraliseeritud mudel Taani

kontekstis olla tõhusam, kuna see toetub kohalikule ekspertiisile ja võib seega vähendada bürokraatiat teenuseosutaja ja järelevalve vahel. Taanis rakendatakse riskipõhist lähenemist, kus kõrge riskiga valdkonnad (nt eakad kodudes, sünnitusabi) valitakse süstemaatiliste kriteeriumite põhjal välja, sh eelnevate intsidentide arv, tegevusmaht ning muud näitajad (Schmidt *et al*., 2019). Kuigi Taani riskijuhtimise raamistik ei ole tervikuna avalik, viitavad uuringud, et seal kasutatakse spetsialiseeritud tööriistu andmeanalüüsi läbiviimiseks ja spetsiaalseid skoorimismeetodeid. Need võimaldavad suunata järelevalveressursse efektiivselt ning vähendada mittevajalikke kontrolle (OECD, 2017). Sarnaselt Norra näitele, on tervishoiu ja sotsiaalhoolekande valdkondades oluline roll ennetusel järelevalvefunktsioonina. Tervishoius võeti 2003. aastal vastu seadus, mis kohustab tervishoiutöötajaid raporteerima igast juhtumist, mis võinuks põhjustada või põhjustas patsiendile kahju – ilma raporteerinut karistamata. Säärane lähenemine on suurendanud töötajate valmisolekut teavitada juhtumitest ning loonud mitmekesist ja kvaliteetset materjali ulatuslike andmekogude jaoks (Christiansen *et al*., 2020). Eesliinitöötajate raportite alusel koostatud andmestikud võimaldavad edasist süsteemset ja üksikasjalikku riskianalüüsi. Sotsiaalhoolekandes kasutatakse järelevalvetöös ennetava meetmena teenuseosutajate heakskiitmist ja nende finantsstabiilsuse hindamist, mis aitab vältida olukordi, kus sotsiaalteenuseid pakkuv asutus pankrotistub, jättes haavatavad inimesed teenuseta ja tekitades riigile ootamatuid kriisikulusid. Tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna järelevalvet lahus hoides tegelevad mõlema valdkonnaga süvitsi spetsialiseerunud eksperdid, mis omakorda tõstab järelevalve kvaliteeti ja usaldusväärsust ning vähendab kahjude või kohtukulude teket.

Lisa 3.4. Iirimaa kontekst

Iirimaa järelevalvesüsteem paistab silma süsteemse enesehindamise kasutuselevõtuga terviseteenuseosutajate tasandil ning riskipõhise järelevalvega, mida rakendab sõltumatu järelevalveasutus HIQA (*Health Information and Quality Authority*). HIQA vastutab riikliku järelevalve eest tervishoius, sotsiaalhoolekandes ja käideldavate terviseandmete kvaliteedi vallas. Tasub märkida, et HIQA vastutusalasse kuulub ka süsteemse hinnangu koostamine, et tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteemi kulutõhusust hinnata, mis on näidisriikide võrdluses ainulaadne.

Ulatuslikku ja mitmetahulist mandaati kehtestab õigusraamistik (*Health Act 2007*), mille alla kuuluvad sealhulgas:

- Õigusalane regulatsioon ja kontrollide teostamine: HIQA on sotsiaalhoolekandeteenuste seaduslik regulaator, mis vastutab kõigi eakatele ja puuetega inimestele mõeldud keskuste registreerimise ja kontrollimise eest. Samuti vastutab HIQA järelevalve teostamise eest tervishoiuteenuste ohutuse ja kvaliteedi osas riiklike standardite alusel. HIQA pädevusala on aja jooksul laienenud; hiljutised õigusaktid on toonud selle haldusalasse ka erahaiglad.
- Kesksete standardite haldamine ja nende süsteemne arendustöö: HIQA töötab välja riiklikke standardeid ja juhiseid, mis on edasiste ametlike riskihinnangute, -seirete või kontrollide aluseks. Nimetatud standardid ja juhised on riigiülesed ning hõlmavad endis nii tervishoiu- kui ka sotsiaalhoolekandeteenuseid. Õigusprintsiibid määratlevad, et disainilt on standardite koostamiseks vajalik tugineda tõenduspõhisusele ja rahvusvaheliselt tunnustatud praktikatele. Lisaks määratlevad alusprintsiibid, et standardid peavad olema koostatud, kasutades inimkeskset lähenemist (st teenusesaaja huvid ning õigused peavad läbivalt fookuses püsima).
    - Terviseinfo haldus: HIQA ülesandeks on kehtestada standardid terviseinfo kogumiseks, kasutamiseks ja jagamiseks. See töö on keskse tähtsusega Iirimaa e-tervise strateegia edendamisel ja tagamisel, et andmeid kasutatakse teenuste parendamise eesmärgil tõhusalt ja turvaliselt.

Terviseteenuseosutajatel on kohustus regulaarselt täita HIQA koostatud standardiseeritud enesehindamise küsimustikke, mis põhinevad Iirimaa riiklikel kvaliteedistandarditel. Küsimustikud käsitlevad temaatiliselt teenuseosutaja asutuse juhtimise ja vastutuse selgust, teenuseohutust ja -

kvaliteeti, töötajate pädevust ja väljaõpet ning kaebuste ja intsidentide käsitlemist. Küsimustike tulemused tuleb teenuseosutajatel säilitada ning vajadusel esitada need HIQA-le, kas auditi käigus või tavapärase riskipõhise kontrolli osana. Enesehindamine on tihti esmane samm ametliku kvaliteedihindamise protsessis ning on saanud seireprotsessi tavapäraseks osaks, mitte üksnes õpivahendiks (HIQA, 2022). HIQA rakendab omanäolisi riskihindamisi, mille abil koostatakse riskipõhiseid järelevalveprioriteete: teenuse liik (nt laste või eakate hoolekandeasutused), ajaloolised rikkumised või kaebused, viimaste kontrollide tulemused, patsienditeekond ning seda toetavad töötajad. Riskimudelid aitavad suunata, milliseid asutusi kontrollitakse kohapeal, kui sagedasti ning nende kontrollide detailsusastet. HIQA-l on seaduslik õigus teha etteteatamata kontrolle ning avaldada tulemused oma veebilehel. HIQA tugineb suurel määral digiplatvormile, mis hõlmab endas andmekogumise tööriistu, järelevalveprotokolle, digitaalsed auditimalle ning see platvorm võimaldab veebipõhist suhtlust teenuseosutajatega. Lisaks toetab Iirimaa järelevalvet kasutajate kogemuste kogumine – HIQA viib regulaarselt läbi struktureeritud intervjuusid ning küsitlusi teenuse saajate ja nende pereliikmetega, mis sisestatakse järelevalveotsustesse (HIQA *Annual Report*, 2023).

Iirimaa ravimiamet (*Health Products Regulatory Authority*, HPRA) on peamiselt rahastatud järelevalvetasudest ning selle juhtorgani nimetab ametisse tervishoiuminister, tuginedes asjaomasele ravimiameti seadusele. HPRA-l on märkimisväärselt lai mandaat, mis hõlmab endas kontrolli inim- ja veterinaarravimite, meditsiiniseadmete, kosmeetika, vere, kudede, rakkude, elundite ja paljude tervisetoodete üle.

Iirimaa süsteemi eripäraks on läbipaistvus ja õppimiskultuuri toetamine – kõik auditid ja järelevalvearuanded avaldatakse HIQA veebilehel; teenuseosutajatele antakse juhendmaterjale (*Guidance on Compliance Plans*), mis muuhulgas juhendavad arendusplaani koostamist, kui selleks vajadus ilmneb, tuginedes enesehindamise tulemustele. Nõuete rikkumiste käsitlemisel keskendutakse esmajoones rikkumiste kõrvaldamisele ja teenuseosutaja toimimise parendusele, mitte karistusele. HIQA rõhutab, et tulemuslik süsteem ja tõhus järelevalve ei seisne mitte üksnes kontrollide ja seirete läbiviimises, vaid ka teenusepakkujate kvaliteedijuhtimise suutlikkuse tõstmises (HIQA, 2020; OECD, 2022).

Tabel 9. HIQA enesehindamismalli tugevused ja nõrkused

HIQA enesehindamismalli tugevused	HIQA enesehindamismalli nõrkused
Kooskõlas ajakohaste õigusstandarditega:	**Võimalik halduskoormuse kasv:**
Mall on vastavuses 2024. aasta septembris uuendatud riiklike õigusstandarditega ning tagab, et tervishoiuteenuse osutajad hindavad end ajakohaste nõuete alusel.	Malli täiuslik rakendamine nõuab aega ja ressursse; väiksemad teenuseosutajad või need, kellel on piiratud administratiivtugi, võivad kogeda raskusi hindamiste läbiviimisel.
Struktureeritud ja terviklik lähenemine:	**Subjektiivsuse risk:**
Mall ning seda ümbritsevad juhendmaterjalid esitavad üksikasjalikku raamistikku koos konkreetsete suunistega, millest järelevalveametnikud saavad lähtuda teenuseosutaja riskide hindamisel. Lisaks võimaldab struktureeritus teenuseosutajatel viia läbi põhjalikke enesehindamisi, hõlmates kõiki teenuse osutamise aspekte ning nende vastavust.	Kuigi mall pakub struktureeritud juhiseid, kaasneb enesehindamisega paratamatult subjektiivne hinnang. Ilma välise valideerimismehhanismita võib esineda oht enda võimekuse ülehindamiseks, või probleemsete valdkondade tähelepanuta jätmiseks.
Toetab süsteemset kvaliteedi parendamist:	**Juhendite osaline piiratus (rakendusastmes):**
Malli täitmine peegeldab teenuseosutajale vastavusi ja puudusi ning aitab tuvastada konkreetseid parendusvaldkondi või arenemisvajadusi; proaktiivne (ennetav)	Mall keskendub rohkem hetkeolukorra hindamisele, mitte niivõrd sellele, kuidas avastatud puudusi praktiliselt lahendada. Teenuseosutajad võivad vajada täiendavat tuge ja ressursse, et

lähenemine toetab edasiste sihipäraste tegevuskavade koostamist teenusekvaliteedi tõstmiseks ja patsiendiohutuse tagamiseks.	tulemuste põhjal kvaliteedi parandamise meetmeid ellu viia.
Toetab ühtsust tervishoiuteenuste vahel:	**Ei pruugi tagada kõikehõlmavat tulevikukindlust:**
Standardiseeritud mall soodustab ühtset enesehindamise protsessi erinevates tervishoiuasutustes, mis on oluline tulemuste võrdlemisel, sünteesimisel ja sektoriüleselt parimate praktikate jagamisel.	Arvestades tervishoiuteenuste mitmekesisust ning võimalikke kiireloomulisi arenguid nende pakkumises, ei pruugi standardiseeritud tööriist alati arvestada (uudsete) teenuste eripäradega. Et mall hõlmaks endas kõiki olulisi kontekste, võib vaja minna selle täiendavat kohandamist või hindamist.

HIQA 2024. aastal väljastatud enesehindamise vahend on toetav abivahend tervishoiuteenuse osutajatele, kes soovivad viia oma tegevuse vastavusse ajakohastatud rahvuslike standarditega. Selle vahendi struktureeritud ülesehitus ja kooskõla kehtiva seadusandlusega toetavad järjepidevat ja põhjalikku hindamisprotsessi. Tööriista tõhususe maksimeerimiseks tuleb siiski silmas pidada selle ressursimahukust, subjektiivsust ning vajadust täiendava toe järele vahendi rakendamiseks või rakendusjärgselt avastatud puuduste kõrvaldamiseks. Tööriista kohandamine konkreetsele teenuskontekstile ja välise hinnangu kaasamine võib aidata selle tõhusust veelgi suurendada.

Eeltoodud kolm riiki – Norra, Taani ja Iirimaa – lähenevad järelevalvele erinevate rõhuasetustega, kuid kõigil juhtudel on märgata liikumist riskipõhise, ennetava ja andmetel põhineva juhtimise suunas. Norra on keskendunud süsteemse kvaliteediraamistiku rakendamisele, mis ühendab auditeid, teenuseosutajate statistikat ja regioonipõhiseid praktikaid. Vaatamata pingutustele, jääb süsteem osaliselt killustatuks ning puudub operatiivne riskiraamistik. Taani on tugevdanud süsteemi läbi seadusandliku raportikohustuse, mille tulemusena on loodud juhtumipõhised andmekogud. Nende põhjal viiakse läbi põhjalik riskianalüüs, mis toetab ennetavat järelevalvet. Avalik info riskiraamistiku ülesehitusest on siiski piiratud. Iirimaa eristub enesehindamise süsteemse kasutuse ja järelevalvetulemuste läbipaistvuse poolest. HIQA kaudu on loodud seire- ja järelevalvesüsteem, mis ühendab enesehindamise tulemused, riskihindamise ja teenusekasutajate kogemused.

Lisa 4. Nimekiri printsiipidest järelevalve mõjususe ja tõhususe hindamiseks

Alljärgnev nimekiri printsiipidest tugineb OECD soovitustele, et hinnata järelevalveasutuse protsesside mõjusust ja tõhusust. See on suunatud teenuseomanikele, asutuse juhtidele ja poliitikakujundajatele, hindamaks järelevalveteenuste või kasutusel olevate kontrollmehhanismide vastavust ennetava ja riskipõhise järelevalve põhimõtetele. Vajadusel saab nimekirja kasutada muudatuste planeerimiseks.

Kas riskimetoodika võimaldab antud valdkonnas (tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandevaldkonnas) järjepidevalt suunata järelevalveressursse sinna, kus riskid ning nende realiseerimise tõenäosus (teenusesaaja heaolule või patsientidele) on kõige suuremad?
Kas riskimetoodika võimaldab luua üksikasjalikke, objektiivseid ja omavahel võrreldavaid riskiprofiile, tuginedes olemasolevatele andmetele (nt varasemad rikkumised, klientide rahulolu, personalivoolavus, juhtumiaruanded, kvaliteedinäitajad jne)?
Kas riskimetoodika ja järelevalvekorraldus võimaldab tuvastatud rikkumise puhul reageerimise ja menetlusprotsesside asemel tagada teenuse kvaliteeti ja turvalisust nõustamise või koolitusmaterjalide kaudu?
Kas järelevalveprotsess aitab teenuseosutajal ennast või pakutavat teenust parandada või parendada[13] ning kas riskimetoodika on tulemuskeskselt sätestatud (nt parandatud ohutusprotokollide, vähenenud kahjujuhtumite või parenenud kliendirahulolu kaudu)?
Kas erinevate järelevalveasutuste vahel toimib koordineeritud andmevahetus ning kas asutuste vahel on määratletud selgete piiridega rollid ja vastutused? Kas andmevahetussüsteem võimaldab teenusepakkujal teadlikult nõuetele püsivas vastavuses olla?
Kas kontrollitavale sektorile on määratud selged ootused ja üheselt arusaadavad reeglid, millele vastavust hinnatakse (kas kõik kriteeriumid, standardid ja alusmetoodika on avalikult kättesaadavad)?
Kas eelnevat on võimalusel toetatud asjaomaste enesehindamise tööriistadega ning kas järelevalvesüsteem võtab jooksvalt arvesse võimalusi sekkumiste ennetamiseks – kas teenuseosutaja saab tagada teenuse kvaliteedi ja turvalisuse järelevalveasutuse sekkumiseta?
Kas järelevalveprotsessid ning nendele asjaomased infovood on omavahel piisavalt sidusad, et luua reaalaja andmeanalüütikat ning tekitada ühiseid järelevalveplatvorme ja riskiprofiile?
Kas järelevalveasutus edendab lisaks järelevalvele kommunikatsiooniteadmist ja -kultuuri? Kas järelevalveasutuses ollakse kõikvõimalike sidusrühmadega taktitundeline ja eetiline?
Kas järelevalvemudel on aegadega kohanemisel paindlik – kas seaduses sätestatud nõuded püsivad ajakohasena ega takista muutuvate praktikate rakendamist?
Kas järelevalveasutused võimaldavad järelevalveprotsesside mõjusust hinnata ning kas asutused hindavad seda regulaarselt? Kas hindamine hõlmab endas tegelikku mõju kontrollitava sektori pakutavate teenuste kvaliteedile, ohutusele ja teenusesaaja heaolule?
Kas järelevalveprotsesse hallatakse valdkonnaüleselt ja koordineeritult; kas selleks on kehtestatud selged juhtimisstruktuurid ja aruandlusmehhanismid?

[13] Kas riskimetoodika hõlmab endas kasutajakogemust?

Lisa 5. Õigusruumis sätestatud nõuded ja vastavad enesehindamise printsiibid

Õigusruumis sätestatud nõue	Enesehindamise printsiip
Tervishoiuteenuste kvaliteedi ja patsiendiohutuse tagamise nõuded (§ 3 lg 3)	
1) patsiendi ja tema lähedastega suhtlemise ja kaasamise hea tava organisatsioonis	patsiendi ja tema lähedastega suhtlemise ja kaasamise hea tava organisatsioonis
2) organisatsiooni töö planeerimine ja juhtimine, kvaliteedi ja patsiendiohutusega seotud eesmärgid ja tegevusplaan	organisatsiooni töö planeerimine ja juhtimine kvaliteedi ja patsiendiohutusega seotud eesmärgid ja tegevusplaan
3) osutatava tervishoiuteenuse kvaliteedi ja patsiendiohutuse tagamise protsesside kirjeldused organisatsioonis, järgitavad ravi- ja tegevusjuhendid või viited neile, erialakonsiiliumite moodustamise ja töö põhimõtted eriarstiabi osutamise korral	osutatava tervishoiuteenuse kvaliteedi ja patsiendiohutuse tagamise protsesside kirjeldused organisatsioonis järgitavad ravi- ja tegevusjuhendid või viited neile erialakonsiiliumite moodustamise ja töö põhimõtted eriarstiabi osutamise korral
4) töötajate erialase ja patsiendiohutusalase pädevuse tagamise korraldus organisatsioonis ja kokkuvõte tervishoiutöötajate pädevuse hindamisest	töötajate erialase ja patsiendiohutusalase pädevuse tagamise korraldus organisatsioonis kokkuvõte tervishoiutöötajate pädevuse hindamisest
5) teenuste kvaliteedi seire ja kontrolli rakendamise põhimõtted, sealhulgas kvaliteediindikaatorite kasutamine, regulaarse organisatsioonisisese aruandluse ja ravidokumentide kontrolli kord, kvaliteedijuhtumite üldistatud ja laiendatud arutelu või kliiniliste auditite tegemise põhimõtted	teenuste kvaliteedi seire ja kontrolli rakendamise põhimõtted kvaliteediindikaatorite kasutamine regulaarse organisatsioonisisese aruandluse ja ravidokumentide kontrolli kord kvaliteedijuhtumite üldistatud ja laiendatud arutelu või kliiniliste auditite tegemise põhimõtted
6) tegevused patsiendiohutuskultuuri arendamiseks organisatsioonis	tegevused patsiendiohutuskultuuri arendamiseks organisatsioonis

7) kvaliteedi parandamise tegevuste elluviimise kord organisatsioonis, sealhulgas töötajate kaasamise põhimõtted	kvaliteedi parandamise tegevuste elluviimise kord organisatsioonis, sealhulgas töötajate kaasamise põhimõtted
Sotsiaalhoolekande seadus	
Sotsiaalhoolekande seadus (§ 3 lg 2) Sotsiaalteenuse osutaja peab sotsiaalteenuse osutamisel lähtuma üldtunnustatud kvaliteedipõhimõtetest: isikukesksus, teenuse võimestav iseloom, tulemustele orienteeritus, vajaduspõhine lähenemine, terviklik lähenemine, isiku õiguste kaitse, kaasamine, töötaja pädevus ja eetika ning organisatsiooni hea töökorraldus ja kvaliteetne juhtimine.	isikukesksus teenuse võimestav iseloom tulemustele orienteeritus vajaduspõhine lähenemine isiku õiguste kaitse kaasamine töötaja pädevus ja eetika organisatsiooni hea töökorraldus ja kvaliteetne juhtimine
Apteegiteenuse osutamise tingimused ja kord	
§ 2. Üldnõuded ruumidele	Nõuded ruumidele
§ 9. Nõuded sisseseadele ja tehnilisele varustatusele	Nõuded sisseseadele ja tehnilisele varustatusele
§ 10. Nõuded personalile	Nõuded personalile
§ 11. Töökorralduse üldnõuded	Töökorralduse nõuded
§ 12. Nõuded apteegiteenuse osutamisele	Nõuded teenuse osutamisele
§ 12[1]. Nõuded ravimite kaugmüügile	Nõuded teenuse kaugosutamise korral
§ 12[2]. Apteegiteenuse osutamine videokõne vahendusel	Nõuded teenuse osutamisel videokõne vahendusel
§ 13. Tööeeskirjad ning ravimite kvaliteeti mõjutavate ja ravimite käitlemisega seonduvate toimingute eest vastutavad isikud	Tööeeskirjad ning teenuse kvaliteeti mõjutavate ja teenusega seonduvate toimingute eest vastutavad isikud
§ 19. Ettevõttesisene kontroll	Ettevõttesisene kontroll

Lisa 6. Iirimaa enesehindamismalli komponendid

Iirimaa enesehindamismall	
A Theme 5, B Theme 5, C Theme 5: Leadership, Governance and Management	
Standard 5.2: Service providers have formalised governance arrangements for assuring the delivery of high-quality, safe and reliable healthcare.	Teenusepakkujatel on formaliseeritud juhtimissüsteemid tagamaks kvaliteetse, ohutu ja usaldusväärse tervishoiuteenuse osutamine.
Standard 5.5: Service providers have effective management arrangements to support and promote the delivery of high-quality, safe and reliable healthcare services.	Teenusepakkujatel on mõjusad administratiivmehhanismid, et toetada ja edendada kvaliteetse, ohutu ja usaldusväärse tervishoiuteenuse osutamist.
Standard 5.8: Service providers have systematic monitoring arrangements for identifying and acting on opportunities to continually improve the quality, safety and reliability of healthcare services.	Teenusepakkujad teostavad süsteemset seiret tervishoiuteenuse kvaliteedi, ohutuse ja usaldusväärsuse tõstmise võimaluste tuvastamiseks ja rakendamiseks.
D Theme 6: Workforce	
Standard 6.1: Service providers plan, organise and manage their workforce to achieve the service objectives for highquality, safe and reliable healthcare.	Teenusepakkujad planeerivad, korraldavad ja juhivad tööjõuressurssi kvaliteetse, ohutu ja turvalise tervishoiuteenuse saavutamise nimel.
E Theme 1, G Theme 1: Person-centred Care and Support	
Standard 1.6: Service users' dignity, privacy and autonomy are respected and promoted.	Teenusekasutajate väärikust, privaatsust ja iseseisvust austatakse ja aidatakse sellele kaasa.
Standard 1.7: Service providers promote a culture of kindness, consideration and respect.	Teenusepakkujad arendavad headuse, hoolivuse ja austuse väärtusi.
Standard 1.8: Service users' complaints and concerns are responded to promptly, openly and effectively with clear communication and support provided throughout this process.	Teenusekasutajate kaebustele ja muredele vastatakse viivitamatult, avatult ja mõjusalt; selge kommunikatsiooni ja toepakkumisega.

H Theme 2, I Theme 2: Effective Care and Support	
Standard 2.7: Healthcare is provided in a physical environment which supports the delivery of high quality, safe, reliable care and protects the health and welfare of service users.	Tervishoiuteenust osutatakse kvaliteetset, ohutut ja usaldusväärset teenust toetavas keskkonnas, mis ühtlasi kaitseb teenusekasutaja tervist ja heaolu.
Standard 2.8: The effectiveness of healthcare is systematically monitored, evaluated and continuously improved.	Pakutava tervishoiuteenuse mõjusust jälgitakse, hinnatakse ja täiustatakse süstemaatiliselt ja pidevalt.
J Theme 3, K Theme 3: Safe Care and Support	
Standard 3.1: Service providers protect service users from the risk of harm associated with the design and delivery of healthcare services.	Teenusepakkujad kaitsevad teenusekasutajaid tervishoiuteenusega või selle osutamisega seotud võimaliku kahju eest.
Standard 3.3: Service providers effectively identify, manage, respond to and report on patient-safety incidents.	Teenusepakkujad tuvastavad, haldavad ja reageerivad patsiendi ohutusega seotud juhtumitele mõjusalt ning raporteerivad juhtunust.
Standard 3.5: Service providers fully and openly inform and support service users as soon as possible after an adverse event affecting them has occurred, or becomes known, and continue to provide information and support as needed.	Vahejuhtumine korral informeerivad teenusepakkujad asjaomaseid teenusekasutajaid esimesel võimalusel ning pakuvad teenusekasutajale jätkuvalt tuge ja teavet.

Lisa 7. Tõhustamiskava töörühma liikmed

Asutus	Nimi	Ametikoht
SOM	Nele Labi	Asekantsler
SOM	Merlin Murumets	Riigi teenuste juht
SOM	Helen Varres	Tervishoiu kvaliteedipoliitika juht
SOM	Pille Saar	Nõunik
SOM	Kristi Mikiver	Nõunik
RA	Triin Suvi	Osakonnajuhataja
RA	Liis Prii	Osakonnajuhataja
SKA	Livia Kask	Jurist
SKA	Kersti Kask	Järelevalve talituse juhataja
TA	Birgit Lao	Peadirektor
TA	Erkki Osolainen	Peadirektori asetäitja
TK	Jelena Kont	Teenusejuht
TEHIK	Helen Simisker	Teenuste juht
TEHIK	Ingrid Rooda	Teenuste juht
TEHIK	Epp Laanepõld	Teenuste juht
RAM	Aivar Viinapuu	Nõunik
RAM	Siim Martin Ojavere	Nõunik

Lisa 8. Terviseameti menetlusinfosüsteemi (MEIS) olemite liigitus

OLEMI NIMETUS	OLEMI SELGITUS	OLEMI LIIGITUS
ProceduralActViolation	Puuduse fikseerimise andmeobjekt. Omab seoseid puudusega, kontrolliga ja menetlusega.	Terviseameti spetsiifiline
ProceduralActComment	Kontrolli käigus kontrollile lisatud kommentaar/märkmed	Terviseameti spetsiifiline
ProceduralActInspectionTopic	Kontrolli käigus kontrollitud kontrolli teemad	Terviseameti spetsiifiline
BiocideRequirementsAnnex	Biotsiidi nõuete kontroll	Terviseameti spetsiifiline
Biocide	Biotsiidi nõuete kontrollis nõutavad andmed	Terviseameti spetsiifiline
ChemicalRequirementsAnnex	Kemikaali nõuete kontroll	Terviseameti spetsiifiline
Chemical	Kemikaali nõuete kontrollis nõutavad kemikaali andmed	Terviseameti spetsiifiline
DetergentRequirementsAnnex	Detergendi nõuete kontroll	Terviseameti spetsiifiline
Detergent	Detergendi nõuete kontrollis nõutavad andmed	Terviseameti spetsiifiline
TobaccoRequirementsAnnex	Tubakatoote nõuete kontroll	Terviseameti spetsiifiline
Tobacco	Tubakatoote nõuete kontrollis nõutavad andmed	Terviseameti spetsiifiline
CosmeticsRequirementsAnnex	Kosmeetikatoote nõuete kontroll	Terviseameti spetsiifiline
Cosmetics	Kosmeetikatoote nõuete kontrollis nõutavad andmed	Terviseameti spetsiifiline
ProductRequirementsAnnex	Toote nõuete kontroll	Terviseameti spetsiifiline
Product	Toote nõuete kontrollis nõutavad andmed	Terviseameti spetsiifiline
PestControlRequirementsAnnex	Kahjuritõrjeteenuse nõuete kontroll	Terviseameti spetsiifiline
PestBiocide	Kahjuritõrjeks kasutatav biotsiid	Terviseameti spetsiifiline
PestControlPlan	Kahjuritõrje läbiviimise plaan	Terviseameti spetsiifiline
PestControlReport	Kahjuritõrje aruanne	Terviseameti spetsiifiline
HazardStatement	Kontrollitava toote ohulaused	Terviseameti spetsiifiline
Ingredient	Koostisaine	Terviseameti spetsiifiline
InfectiousDiseaseRequirementsAnnex	Nakkushaiguste tõrje nõuete kontroll	Terviseameti spetsiifiline
ReasonToNotSubmitNotifications	Teatiste nakkushaige kohta esitamata jätmise põhjus	Terviseameti spetsiifiline
Laboratory	Nakkushaiguste diagnoosimise labor	Terviseameti spetsiifiline

InfectiousDiseaseRegistration	Nakkushaiguste registreerimine	Terviseameti spetsiifiline
ImmunizationRequirementsAnnex	Immuniseerimise nõuete kontroll	Terviseameti spetsiifiline
ImmunizationDataMissingReason	Immuniseerimisandmete puudumise põhjus	Terviseameti spetsiifiline
OtherImmunizations	Asutuses läbi viidud muud vaktsineerimised	Terviseameti spetsiifiline
ContraindicationRHKDiagnose	Vaktsineerimise vastunäidustus	Terviseameti spetsiifiline
Immunizer	Immuniseerija	Terviseameti spetsiifiline
RefusedImmunization	Immuniseerimisest keeldumised	Terviseameti spetsiifiline
ImmunizationPreparationResponsiblePerson	Immuunpreparaatide transportimise, arvestuse ja säilitamise eest vastutav isik	Terviseameti spetsiifiline
Refrigerator	Kontrollitav külmseade	Terviseameti spetsiifiline
BorderRequirementsAnnex	Piiripunkti nõuete kontroll	Terviseameti spetsiifiline
BorderResponsiblePerson	Piiripunkti vastutav isik	Terviseameti spetsiifiline
DetentionFacilityCateringAnnex	Kinnipidamisasutuse toidunormide nõuete kontroll	Terviseameti spetsiifiline
MDImporterRequirementsAnnex	Meditsiiniseadmete importijale kohalduvate nõuete kontroll	Terviseameti spetsiifiline
MedicalDevice	Meditsiiniseade	Terviseameti spetsiifiline
SchoolHealthRequirementsAnnex	Kooli tervisekaitsenõuete kontroll	Terviseameti spetsiifiline
RoomInSchool	Koolihoones olev ruum	Terviseameti spetsiifiline
SchoolRoutineRequirementsAnnex	Kooli päevakava ja õppekorralduse nõuete kontroll	Terviseameti spetsiifiline
ClassChecked	Menetlustoimingu raames kontrollitud klass	Terviseameti spetsiifiline
SchoolCateringAnnex	Kooli toitlustamise nõuete kontroll	Terviseameti spetsiifiline
PreschoolHealthProtectionAnnex	Koolieelse lasteasutuse tervisekaitsenõuete kontroll	Terviseameti spetsiifiline
PreschoolCateringAnnex	Koolieelse lasteasutuse toitlustamise nõuete kontroll	Terviseameti spetsiifiline
PublicPoolRequirementsAnnex	Ujula, basseini ja veekeskuse nõuete kontroll	Terviseameti spetsiifiline
Pool	Bassein	Terviseameti spetsiifiline
PoolBiocide	Veevaldkonna biotsiid	Terviseameti spetsiifiline
PoolChemical	Basseini kemikaal	Terviseameti spetsiifiline
SpringWaterRequirementsAnnex	Loodusliku mineraalvee ja allikavee nõuete kontroll	Terviseameti spetsiifiline
SwimmingPlaceRequirementsAnnex	Supluskoha nõuete kontroll	Terviseameti spetsiifiline

WaterSupplyRequirementsAnnex	Veevärgi nõuete kontroll	Terviseameti spetsiifiline
WaterSupplyLocation	Veevärgi tegevuspiirkond	Terviseameti spetsiifiline
Spring	Allikas	Terviseameti spetsiifiline
SunbedRequirementsAnnex	Solaariumiteenuse nõuete kontroll	Terviseameti spetsiifiline
Sunbed	UV-seadmed	Terviseameti spetsiifiline
SaunaRequirementsAnnex	Saunateenuse nõuete kontroll	Terviseameti spetsiifiline
BeautySalonAnnex	Ilu- ja isikuteenuse osutamise nõuete kontroll	Terviseameti spetsiifiline
BeautyBiocide	Iluteenuse biotsiid	Terviseameti spetsiifiline
BeautySalonService	Iluteenused	Terviseameti spetsiifiline
ShipCrewHousingAnnex	Laevapere liikme laeval majutamise nõuete kontroll	Terviseameti spetsiifiline
ShipCrewCateringAnnex	Laevapere liikme toidunormide ja toitlustamise nõuete kontroll	Terviseameti spetsiifiline
AccommodationRequirementsAnnex	Majutusettevõtte nõuete kontroll	Terviseameti spetsiifiline
TrainRequirementsAnnex	Reisirongide ja reisiteenuste nõuete kontroll	Terviseameti spetsiifiline
SmokingRoomRequirementsAnnex	Suitsetamisruumi nõuete kontroll	Terviseameti spetsiifiline
SmokingRoomProperty	Suitsetamisruumi valdus	Terviseameti spetsiifiline
PhysicalHazardAnnex	Füüsikaliste ohutegurite nõuete kontroll	Terviseameti spetsiifiline
MidwifeAnnex	Ämmaemandusabi nõuete kontroll	Terviseameti spetsiifiline
HealthSpecialistAnnex	Ambulatoorse eriarstiabi nõuete kontroll	Terviseameti spetsiifiline
RoomInHealthFacility	Ruumide arvud tervishoiuasutuses eriala kaupa	Terviseameti spetsiifiline
HospitalAnnex	Haigla liikide nõuete kontroll	Terviseameti spetsiifiline
HospitalRoomType	Haigla ruumid	Terviseameti spetsiifiline
HospitalBed	Haigla voodikohad	Terviseameti spetsiifiline
HospitalPersonnel	Haigla töötajad	Terviseameti spetsiifiline
AmbulanceRequirementsAnnex	Kiirabi nõuete kontroll	Terviseameti spetsiifiline
PsychotropicsRequirementsAnnex	Narkootiliste ja psühhotroopsete ainete väljakirjutamise nõuete kontroll	Terviseameti spetsiifiline
ExcessNarcoticDrug	Ravimi väljakirjutamisel ületatud koguselised piirangud	Terviseameti spetsiifiline

ReadProceedingInspectionDocument	Ametniku menetluse dokumendi fail või veebilingi lugemise faktid. Kasutatakse peamiselt töölaual lugemata failide või veebilinkide arvu kuvamiseks.	Universaalne
WebLink	Andmeobjektis hoitakse seoseid proceeding andmeobjektide ja neile lisatud veebilinkide andmetega	Universaalne
FileReference	Andobjektis hoitakse seost proceedings mikroteenuse andmeobjektide ja Files mikroteenuste vahel	Universaalne
RelatedServiceFlag	Täiendav tunnus menetluse või kontrolli seoste selgitamiseks. Mõeldud kasutamiseks teiste teenustega seostamise kontekstis.	Universaalne
ProceduralActTag	Kontrollile lisatud märksõnad. Ühel kontrollil võib olla mitu märksõna	Universaalne
Proceeding	Menetlused	Universaalne
SupervisionPlan	Terviseameti tööplaani andmed	Universaalne
ProceedingLegislation	Menetluse alustamise õiguslik alus	Universaalne
ProceedingSpecialLegislation	Menetluse valdkondlik eriseadus	Universaalne
ProceedingInspectionDocument	Menetluse käigus kontrollitav dokument	Universaalne
ProceduralAct	Kontrolli andmed	Universaalne
ProceduralActLegislation	Kontrolli õiguslik alus	Universaalne
ProceduralActAction	Kontrolli raames läbi viidav menetlustoiming	Universaalne
ProceedingPartyRepresentative	Kontrolli juures viibinud menetlusosalise esindajad	Universaalne
ProceedingParty	Kontrolli juures viibinud menetlusosalise esindajad ehk juhatuse liikmed	Universaalne
ProceduralActBoardMember	Kontrolli juures viibinud menetlusosalise esindajad ehk juhatuse liikmed	Universaalne
ProceduralActOfficialUser	Kontrolli läbiviinud TA teenistujate nimekiri. Üks kontroll võib olla seotud mitme teenistujaga.	Universaalne
ProceduralActConductingTime	Kontrolli läbiviimise aeg. Ühel kontrollil võib olla mitu läbiviimise aega.	Universaalne
ProceduralActLocation	Kontrolli läbiviimise asukoht. Ühel kontrollil võib olla mitu läbiviimise asukohta. Kontrolli läbiviimise asukohtadeks saavad olla TA kontorid, ettevõtte tegevuskohad või aadressid, mis ei ole ettevõtte tegevuskohaks või TA kontoriks määratud.	Universaalne

Violation	Kontrolli käigus tuvastatud korrarikkumine	Universaalne
ViolationLegislation	Korrarikkumise fikseerimise õigusnorm	Universaalne
ViolationEliminationDeadline	Korrarikkumise kõrvaldamise tähtaeg. Ühel korrarikkumisel võib olla mitu puuduse kõrvaldamise tähtaega.	Universaalne
ViolationAct	Menetlustoiming: ettekirjutus, soovitus, hoiatus või sunniraha määramine	Universaalne
FineLegislation	Hoiatuses olev trahvi õiguslik alus	Universaalne
QuestioningOfProceedingPartyAnnex	Menetlusosalise küsitlemise andmeobjekt	Universaalne
RequestingDocumentsAnnex	Dokumentide nõudmise ja vastuvõtmise andmeobjekt	Universaalne
QuestioningOfWitnessAnnex	Tunnistaja küsitlemine	Universaalne
PersonPresentAt	Küsitlemise juures viibinud isiku andmeobjekt	Universaalne
PropertyObservationAnnex	Valduse paikvaatluse andmeobjekt	Universaalne
PropertyExaminationAnnex	Valduse läbivaatuse andmeobjekt	Universaalne
ItemConfiscationAnnex	Vallasasja hoiulevõtmise andmeobjekt	Universaalne
ItemExaminationAnnex	Vallasasja läbivaatuse andmeobjekt	Universaalne
EUManufactorerImporter	Vallasasjaga seotud ettevõte (andmed vallasasja tootja, importija, levitaja jne kohta)	Universaalne
FosterCareHealthAnnex	Asendushooldusteenuse tervisekaitsenõuete kontroll	Seos RA või SKA-ga
SpecialCareHealthAnnex	Erihoolekandeteenuste ja eraldusruumi tervisekaitsenõuete kontroll	Seos RA või SKA-ga
SpecialCareService	Erihoolekandeasutuses osutatav erihoolekandeteenus	Seos RA või SKA-ga
AdultWelfareInstitutionAnnex	Täiskasvanute hoolekandeasutuse tervisekaitsenõuete kontroll	Seos RA või SKA-ga
ChildcareServiceHealthAnnex	Lapsehoiuteenuse tervisekaitsenõuete kontroll	Seos RA või SKA-ga
HealthCareCateringAnnex	Tervishoiu- ja hoolekandeasutuse toitlustamise nõuete kontroll	Seos RA või SKA-ga
ChildWelfareInstitutionAnnex	Laste hoolekandeasutuse tervisekaitsenõuete kontroll	Seos RA või SKA-ga
WelfareFacility	Hoolekandeasutuse liik	Seos RA või SKA-ga
YardFacility	Maa-alal olev rajatis	Universaalne
MDIvdrRequirementsAnnex	Meditsiiniseadmetele (IVDR ja IVDD) kohalduvate nõuete kontroll	Seos RA või SKA-ga
MdMdrRequirementsAnnex	Meditsiiniseadmetele (MDD, MDR ja AIMDD) kohalduvate nõuete kontroll	Seos RA või SKA-ga

MDUsageRequirementsAnnex	Meditsiiniseadmete tervishoiuasutuses valmistamisele ja kasutamisele kohalduvate nõuete kontroll	Seos RA või SKA-ga
MDDistributorRequirementsAnnex	Meditsiiniseadmete levitajale kohalduvate nõuete kontroll	Seos RA või SKA-ga
MDProfessionalUserRequirementsAnnex	Meditsiiniseadmete professionaalsele kasutajale kohalduvate nõuete kontroll	Seos RA või SKA-ga
MDManufacturerRequirementsAnnex	Meditsiiniseadmete tootjale kohalduvate nõuete kontroll	Seos RA või SKA-ga
MDSurveyRequirementsAnnex	Meditsiiniseadmete uuringutele kohalduvate nõuete kontroll	Seos RA või SKA-ga
MDRepresentativeRequirementsAnnex	Meditsiiniseadmete volitatud esindajale kohalduvate nõuete kontroll	Seos RA või SKA-ga
YouthCampRequirementsAnnex	Noorte püsilaagri nõuete kontroll	Seos RA või SKA-ga
Room	Ruum	Universaalne
RoomDeviceMedicament	Tervishoiuasutuses olevad ruumid, töövahendid, ravimid jne	Seos RA või SKA-ga
NurseAnnex	Õendusabi nõuete kontroll	Universaalne
MedicamentValidTo	Ravimi säilivusaeg	Seos RA või SKA-ga
TransplantationRequirementsAnnex	Siirdamise nõuete kontroll	Seos RA või SKA-ga
Organ	Siirdatav organ	Seos RA või SKA-ga
IncidentDocumentation	Ohujuhtumite dokumenteerimine	Seos RA või SKA-ga
TransplantationSpeciality	Statsionaarse (siirdamise) eriarstiabi eriala	Seos RA või SKA-ga
GeneralMedicalCareAnnex	Üldarstiabi nõuete kontroll	Universaalne
BloodTransfusionAnnex	Verekäitlemise, rakkude, kudede ja elundite siirdamisega tegeleva eriarstiabi osutaja nõuete kontroll	Seos RA või SKA-ga
BloodTransfusionDocs	Vereülekandega seonduvad dokumendid	Seos RA või SKA-ga

Lisa 9. Enesehindamise rakendamise võimalused teenuste lõikes

Asutus	Järelevalve teenus	Teenus, mille järelevalves on võimalik rakendada ennetavat enesehindamist	Teenus, mille järelevalves on võimalik rakendada formaalset enesehindamist	Teenus, milles on võimalik rakendada automaatkontrolli	Kommentaarid
TA	Teenus 161: Üldarstiabi (perearstiabi) kättesaadavus ja tervishoiuteenuse osutajate tegutsemisõiguse haldamine ja järelevalve	Kaalumisel			
TA	Teenus 153: Toodete terviseohutuse edendamine		Kitsalt kemikaalide osas		
TA	Teenus 154: Ilu-, isiku- ja majutusteenuste terviseohutuse edendamine		Kaalumisel ilu- ja isikuteenuse osutaja tervisekaitsenõuete osas toetava meetmena		
TA	Teenus 167: tervishoiu hädaolukordadeks ja riigikaitseks valmistumise korraldamine	Kaalumisel, kuid pigem vähetõenäoline			Kaalumisel, kuid pigem vähetõenäoline
RA	Apteekide järelevalve				Loobuti esmase küsimustiku loomise järgselt
SKA	riigi korraldatavad sotsiaalteenused (erihoolekandeteenused (6 teenust) ja rehabilitatsiooniteenus)	Jah			
SKA	KOVi poolt korraldatav sotsiaaltöö ja KOV väljamakstavad toetused (nt toimetulekutoetus)		Jah	Jah, tingimuslikult (eeldab arendusi)	KOV poolt korraldatav lastekaitsetöö
SKA	KOVi poolt korraldatavad sotsiaalteenused täiskasvanutele	Jah	Jah		KOV poolt korraldatav koduhooldusteenus
SKA	KOVi poolt korraldatavad sotsiaalteenused lastele ja peredele	Jah	Jah	Jah, tingimuslikult (eeldab arendusi)	KOV poolt korraldatav asendushooldusteenus institutsioonis
SKA	Järelevalve teiste SHSis kehtestatud nõuete üle	Jah			
SKA	Järelevalve ohvriabi seaduse alusel teenust osutavate asutuste üle	Jah			

Kasutatud kirjandus

Berger, Mark C., Jodi Messer. „Public Financing of Health Expenditures, Insurance, and Health Outcomes“. *Applied Economics* 34, no. 17 (november 2002): 2105–13. https://doi.org/10.1080/00036840210135665.

Berwick, D. M. (2003). Disseminating innovations in health care. *JAMA*, 289(15), 1969-1975.

Blázquez Fernández, Carla, Noelia González Prieto, Patricia Moreno Mencía. „Pharmaceutical Expenditure as a Determinant of Health Outcomes in EU Countries“. *Estudios de Economía Aplicada, ISSN-e 1133-3197, Vol. 31, Nº 2, 2013 (Ejemplar Dedicado a: Economía y Salud: Nuevas Perspectivas) , Pp. 379-396*, august 2013. https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/4358.

Braithwaite, J. (2005). *Restorative Justice and Responsive Regulation*. Oxford University Press.

Eide, Torunn Bjerve, Holgeir Skjeie, Sigurd Høye. „Quality Improvement Work in General Practice; a Norwegian Focus Group Study“. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 42, no. 4 (1. oktoober 2024): 677–85. https://doi.org/10.1080/02813432.2024.2380920.

Evensen, Line Holtet, Lidal, Ingeborg Beate, Hafstad, Elisabet, Ames, Heather Melanie R. „National and Regional Incident Reporting Systems for Unwanted Events in Patient Care“, 4. oktoober 2023. https://www.fhi.no/en/publ/2022/National-and-regional-incident-reporting-systems-for-unwanted-events-in-patient-care/.

Funnell, Sue, Patricia Rogers. *Purposeful Program Theory: Effective Use of Theories of Change and Logic Models*, 2011.

Gjersing, L., *et al*. (2020). *Supervision of Health and Social Services in the Nordic Countries*. Report from the Norwegian Board of Health Supervision.

Gool, Kees van, Mark Pearson. „Health, Austerity and Economic Crisis: Assessing the Short-Term Impact in OECD Countries“, 2014. https://api.semanticscholar.org/CorpusID:51755734.

Heijink, Richard, Xander Koolman, Gert P. Westert. „Spending More Money, Saving More Lives? The Relationship between Avoidable Mortality and Healthcare Spending in 14 Countries“. *The European Journal of Health Economics: HEPAC: Health Economics in Prevention and Care* 14, no. 3 (juuni 2013): 527–38. https://doi.org/10.1007/s10198-012-0398-3.

Helsedirektoratet. „National Healthcare Quality Indicators“. https://www.helsedirektoratet.no/english/national-health-care-quality-indicators.

Hilland, Geir Haakon. „The Norwegian Care Coordination Reform; How Has the Establishment of Supplementary Municipal Care Units Affected Central Health Care Indicators for the Primary Health Care Sector in Norway?“ *International Journal of Integrated Care* 21, no. S1 (1. september 2021). https://doi.org/10.5334/ijic.ICIC20269.

Hilland, Geir Haakon, Terje P. Hagen, Pål E. Martinussen. „Stayin' Alive: The Introduction of Municipal in-Patient Acute Care Units Was Associated with Reduced Mortality and Fewer Hospital Readmissions“. *Social Science & Medicine* 326 (1. juuni 2023): 115912. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115912.

„Implementation of Artificial Intelligence in Norwegian Healthcare: The Road to Broad Adoption“. Norwegian Centre for E-health Research. https://ehealthresearch.no/en/reports/implementation-of-artificial-intelligence-in-norwegian-healthcare-the-road-to-broad-adoption.

Kringos, D. S., Boerma, W. G., Hutchinson, A., & Saltman, R. B. (Eds.). (2010). *Building primary care in a changing Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies.

Kristoffersen, Espen Saxhaug, Bjørn Bjorvatn, Peder Andreas Halvorsen, Stein Nilsen, Guro Haugen Fossum, Egil A. Fors, Pål Jørgensen, *et al*. „The Norwegian PraksisNett: A Nationwide Practice-Based

Research Network with a Novel IT Infrastructure“. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 40, no. 2 (3. aprill 2022): 217–26. https://doi.org/10.1080/02813432.2022.2073966.

Laliotis, Ioannis, John P. A. Ioannidis, Charitini Stavropoulou. „Total and Cause-Specific Mortality before and after the Onset of the Greek Economic Crisis: An Interrupted Time-Series Analysis“. *The Lancet. Public Health* 1, no. 2 (detsember 2016): e56–65. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(16)30018-4.

Lin, Shin-Jong. „Economic Fluctuations and Health Outcome: A Panel Analysis of Asia-Pacific Countries“. *Applied Economics* 41, no. 4 (veebruar 2009): 519–30. https://doi.org/10.1080/00036840701720754.

Moreno-Serra, Rodrigo, Peter C. Smith. „Broader Health Coverage Is Good for the Nation“s Health: Evidence from Country Level Panel Data“. *Journal of the Royal Statistical Society. Series A, (Statistics in Society)* 178, no. 1 (jaanuar 2015): 101–24. https://doi.org/10.1111/rssa.12048.

Nixon, John, Philippe Ulmann. „The Relationship between Health Care Expenditure and Health Outcomes. Evidence and Caveats for a Causal Link“. *The European Journal of Health Economics: HEPAC: Health Economics in Prevention and Care* 7, no. 1 (märts 2006): 7–18. https://doi.org/10.1007/s10198-005-0336-8.

OECD. „Health at a Glance 2017“, 10. november 2017. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en.html.

OECD. „Health at a Glance 2023“, 7. november 2023. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en.html.

OECD. „Health at a Glance: Europe 2024“, 18. november 2024. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html.

„OECD Data Explorer • Net Total Social Expenditure in % GDP“, 2022. https://data-explorer.oecd.org/vis?df[ds]=dsDisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_SOCX_AGG%40DF_NET_GDP&df[ag]=OECD.ELS.SPD&df[vs]=1.0&dq=.A..PT_B1GQ.ES50._T._T.&pd=2010%2C&to[TIME_PERIOD]=false.

Olejaz, M., Juul, A., Wulff, C., *et al*. (2012). *Learning from errors in Danish healthcare: the Danish Patient Safety Database*. Danish Society for Patient Safety.

Or, Z. „Determinants of Health Outcomes in Industrialised Countries: A Pooled, Cross-Country, Time-Series Analysis“, 2000. https://www.semanticscholar.org/paper/DETERMINANTS-OF-HEALTH-OUTCOMES-IN-INDUSTRIALISED-A-Or/6f18a4f1138bc8e7e5f7659195ff9fb63cda1c11.

Øyri, Sina Furnes. *Healthcare Regulation and Resilience: A Norwegian Multilevel Case Study*. UiS Scholarly Publishing Services, 2021. https://doi.org/10.31265/usps.90.

Øyri, Sina Furnes, David W. Bates, Siri Wiig. „Comparison of External Evaluation Policies and Regulations for Quality Improvement and Safety of Health Services in Norway and the United States“. *International Journal of Health Governance* 28, no. 4 (14. september 2023): 413–37. https://doi.org/10.1108/IJHG-06-2023-0065.

Øyri, Sina Furnes, Geir Sverre Braut, Carl Macrae, Siri Wiig. „Exploring Links between Resilience and the Macro-Level Development of Healthcare Regulation- a Norwegian Case Study“. *BMC Health Services Research* 20 (18. august 2020): 762. https://doi.org/10.1186/s12913-020-05513-x.

Øyri, Sina Furnes, Siri Wiig. „Linking Resilience and Regulation across System Levels in Healthcare – a Multilevel Study“. *BMC Health Services Research* 22, no. 1 (15. aprill 2022): 510. https://doi.org/10.1186/s12913-022-07848-z.

Øyri, Sina Furnes, Siri Wiig, Janet E. Anderson, Inger Johanne Bergerød. „External Inspection Approaches and Involvement of Stakeholders“ Views in Inspection Following Serious Incidents - a Qualitative Mixed Methods Study from the Perspectives of Regulatory Inspectors“. *BMC Health Services Research* 24 (6. märts 2024): 300. https://doi.org/10.1186/s12913-024-10714-9.

„Protection or Prosecution? Learning from Denmark - The Health Foundation“. https://www.health.org.uk/blogs/protection-or-prosecution-learning-from-denmark.

Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ*, 320(7237), 768–770.

Ruhm, Christopher J. „Understanding the Relationship between Macroeconomic Conditions and Health“. edited by Andrew M. Jones. Edward Elgar Publishing, 2012. https://doi.org/10.4337/9780857938138.00010.

Sayegh, Amanda & Doherty, Laura. „How to Design and Institutionalize Spending Reviews“. IMF, 2022. https://www.imf.org/en/Publications/Fiscal-Affairs-Department-How-To-Notes/Issues/2022/09/20/How-to-Design-and-Institutionalize-Spending-Reviews-523364.

Schmidt, Morten, Sigrun Alba Johannesdottir Schmidt, Kasper Adelborg, Jens Sundbøll, Kristina Laugesen, Vera Ehrenstein, Henrik Toft Sørensen. „The Danish Health Care System and Epidemiological Research: From Health Care Contacts to Database Records“. *Clinical Epidemiology* 11 (12 juuli 2019): 563–91. https://doi.org/10.2147/CLEP.S179083.

Shaw, James W., William C. Horrace, and Ronald J. Vogel. „The Determinants of Life Expectancy: An Analysis of the OECD Health Data“. *Southern Economic Journal* 71, no. 4 (2005): 768–83. https://doi.org/10.2307/20062079.

Sotsiaalministeerium. Sotsiaalministeeriumi haldusala asutuste järelevalve ja töökorralduse analüüs. Ando Rehemaa. Tallinn: Sotsiaalministeerium, 2021. https://www.sm.ee/sites/default/files/documents/2022-06/Sotsiaalministeeriumi%20haldusala%20asutuste%20j%C3%A4relevalve%20ja%20t%C3%B6%C3%B6korralduse%20anal%C3%BC%C3%BCs.pdf

Statens helsetilsyn. (2023). *Annual Report 2022*. Oslo: Norra Terviseamet.

Styrelsen for Patientsikkerhed. (2023). *Tilsynsårsrapport 2022*. Kopenhaagen: Taani Patsiendiohutuse Amet.

„The Norwegian Care Coordination Reform; How Has the Establishment of Supplementary Municipal Care Units Affected Central Health Care Indicators for the Primary Health Care Sector in Norway?“ *International Journal of Integrated Care* 21, no. S1 (1. september 2021). https://doi.org/10.5334/ijic.ICIC20269.

UNDP (United Nations Development Programme). 2024. Human Development Report 2023-24: Breaking the gridlock: Reimagining cooperation in a polarized world. New York. https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2023-24.

Vallgårda, S. (2012). The basic ethical principles in European bioethics and biolaw: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability – Towards a foundation for transnational legislation. *In S. D. V. D. Schele, S. V. D. Schele, S. D. V. D. Schele, & S. D. V. D. Schele (Eds.)*.

Vrangbæk, K., Robertson, E., & Kjellberg, J. (2015). Consolidation in the Danish hospital sector: which factors are associated with the process of change?. *Health Policy*, 119(4), 480-489.

Walshe, K. (2007). Regulating healthcare: A prescription for improvement? In R. B. Saltman, R. Busse, & J. Figueras (Eds.), *European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Open University Press.

Wilkinson, R., K. Pickett. *The Spirit Level: Why Greater Equality Makes Societies Stronger*. Bloomsbury USA, 2011. https://books.google.ee/books?id=WJbtCAAAQBAJ.

World Health Organization Regional Office for Europe. (2018). *Denmark: Health system review*. Health Systems in Transition, 20(2).

World Health Organization. (2019). *Patient Safety: Global action on patient safety*. Report by the Director-General. A72/26. Geneva: WHO.