



Teel integreeritud tervise- ja sotsiaalsüsteemi poole

Tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna
integratsioonist sotsiaalkomisjonis 09.09.2025

September 2025



SOTSIAALMINISTEERIUM

Teemad

1

Kust tuleme, kuhu oleme jõudnud? ▶

2

Maakondlik integratsioonimudel ▶

3

TERVIK-u eesmärgid, moodustamine, ülesanded ja rahastamine ▶



Kust tuleme, kuhu oleme jõudnud?

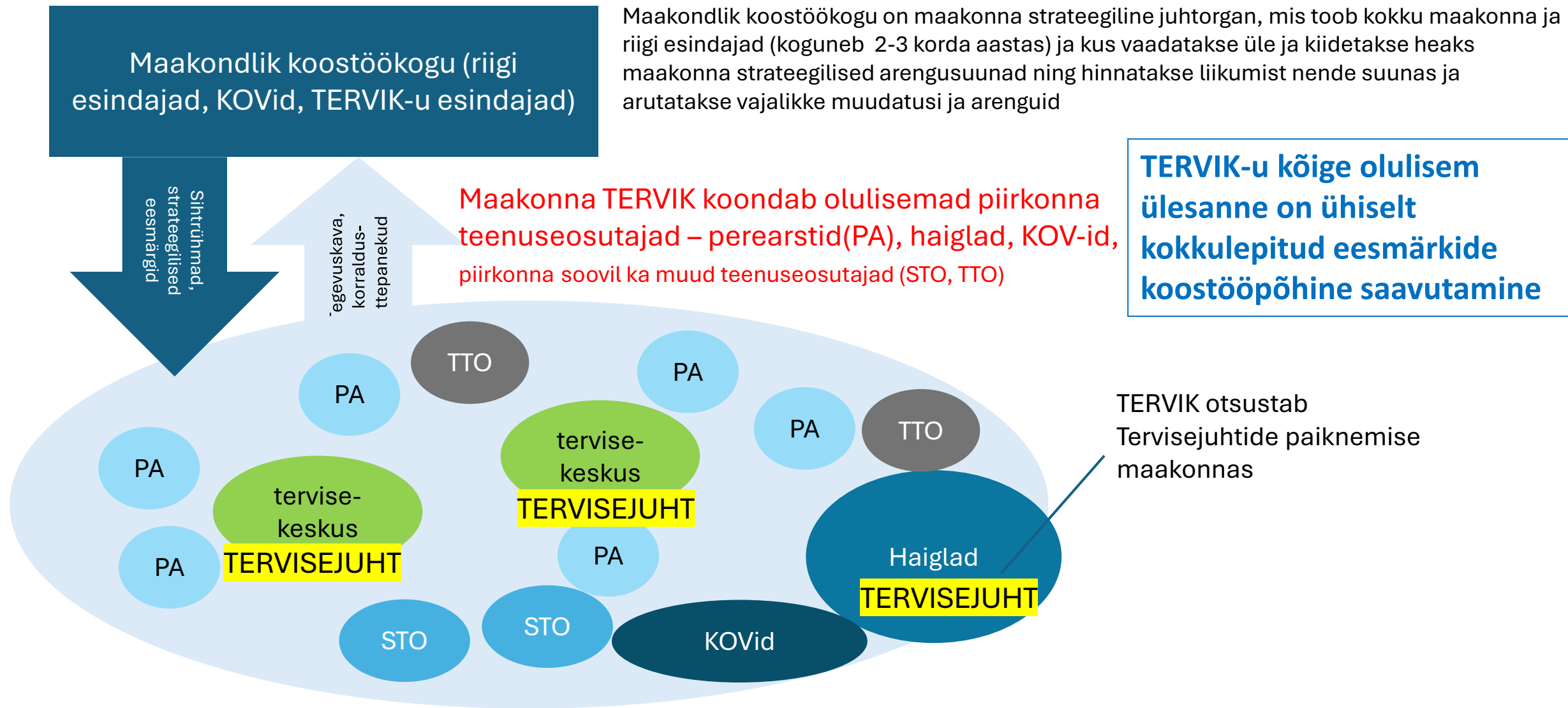
- **8 aastat piloteerimisi** – PALK projekt, hoolduskoordinatsioon, ISTE, Tervisekassa ja maailmapanga koostöös raviteekondade projekt, insuldi- ja endoproteesimise raviteekondade projekt, Ida-Viru Õiglase Ülemineku projekt jne jne – **kõik on pilootidest väsinud**
- Tervisejuhid ja/või hoolduskoordinaatorid ning võrgustikujuhid töötavad **projektipõhiselt 6 maakonnas** (Valgamaa, Saaremaa, Viljandimaa, Raplamaa, Ida-Virumaa, Tartumaa), **2027 dets lõppeb välisabi**
- Eesti Perearstide Selts on teinud taotluse **luua tervisejuhi amet esmatasandil**, et toetada esmatasandi jätkusuutlikkust ja parandada krooniliste haigete terviklikku käsitlust
- Tervisekassa on alustanud digitaalse terviseplaani loomisega, kõik osapooled näevad **vajadust heaoluplaani järele**, mis koondaks abivajaja tervikinfo
- Esmatasandi arengukavas TERVIK-ute loomise ettepanek + haiglavõrgu arengukavas Integreeritud Teenuseosutamise Piirkondade ehk IRP-ide ettepanek + vajadus kaasata sotsiaalsüsteem + edaspidi vajadus kaasata haridussüsteem = **heaolupiirkonnad, kus tegutseksid TERVIK-ud**
- Sotsiaalse rehabilitatsiooni tänane süsteem on bürokraatlik ja ebaefektiivne, dubleerib osaliselt tervishoiusüsteemi, **eraldiseisva süsteemina üleval pidada pole mõistlik** – otstarbekas **integreerida loodavasse TERVIK-süsteemi**

Integratsiooni visioon

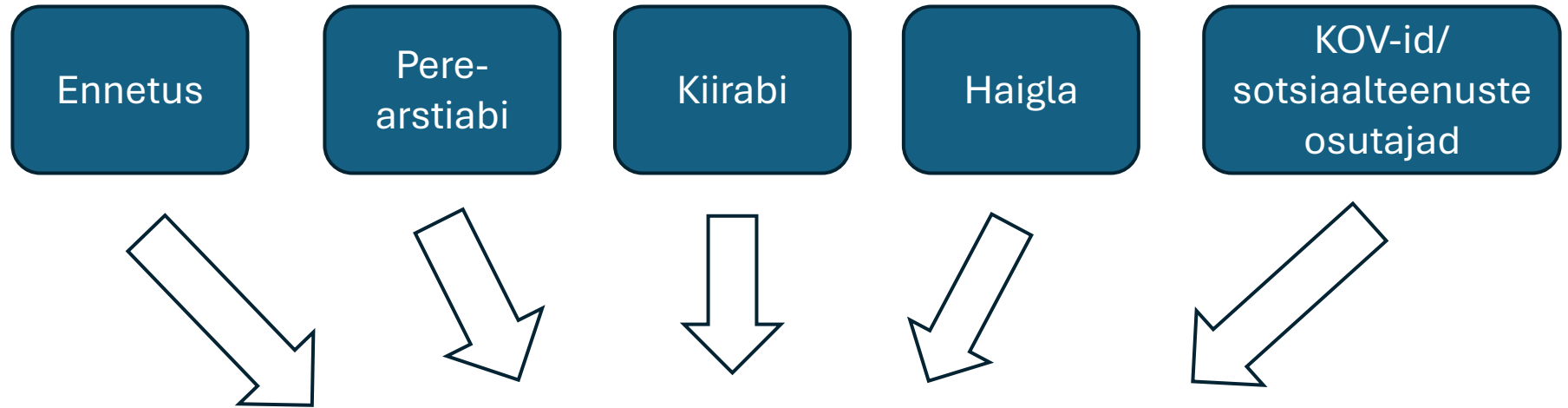
Koostöö tekkeks on vajalik luua koostöökohad ja koostöö süsteem

TÄNA EESTIS	KUIDAS EDASI
Tervishoiu ja sotsiaalteenuste korraldajad ja rahastajad ei puutu omavahel kokku, ei tee koostööd teenuste planeerimisel	Eestile sobilik koostöö tasand on maakond, nimetame seda Healupiirkonnaks. Vajalik on moodustada healupiirkonnad. Riigi ja KOV esindajad, kes vastutavad sotsiaal- ja tervishoiuteenuste korraldamise ja rahastamise eest kohtuvad regulaarselt maakonna koostöökogus, lepivad seal kokku ühised koostöövaldkonnad ja eesmärgid healupiirkonnas ning jälgivad nende täitmist.
Tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutajad (jur isikud) ei tee omavahel süsteemset koostööd, ei lepi kokku koostöökorraldusi, ei vaheta infot	Healupiirkonna tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutajad (jur isikud) on koondunud formaalseteks võrgustikeks ehk TERVIK-uteks, teevad süsteemset eesmärgistatud koostööd ja jagavad infot. Uued rahastamise viisid toetavad koostööd.
Puudub süsteemne valdkonnaülene teenuste koordineerimine, pole spetsialiste, kes pääseksid ligi mõlema valdkonna infosüsteemidele	Igas Healupiirkonnas töötavad kokkulepitud kohtades Tervisejuhid, kes osutavad valdkonnaülese koordineerimise teenuseid

Maakondlik integratsiooni TERVIKmudel



**Täna toimetavad
kõik omaette**



Mida tahame?

Inimesekesksus

- Rahvatervise arengukava
- Heaolu arengukava

Kuidas?

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

E+PA+K+H+KOV=
TERVIK

- Haiglavõrgu arengukava
- Esmatasandi arengukava
- Kiirabi arengukava

**Mis on
eesmärgid?**

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

Valdkonnaülese koordinatsiooni teenused

Innovatsiooni ja arengu alane abi

Sots teenused, mida KOV-id ei osuta

Kuidas toetaksime TERVIK-uid eesmärkide saavutamisel?

Integratsioonist on võimalik saada olulist kuluefektiivsust (vähendada ca 5% sihtrühma tervishoiukulu) eeldusel et:

- Vastutus süsteemi ebaefektiivsuse vähendamise eest viiakse sobilikul tasandil teenuseosutajatele ja eesmärgistatakse seda selgelt, mõõdetakse pidevalt ning motiveeritakse rahaliselt
- Pehmes vormis vabatahtlik koostöö ei võimalda üldiselt ebaefektiivsust vähendada, vajalik on koostöö kohustuslikkus ja formaliseerimine ning selge vastutus
- Sihitakse tõenduspõhised sekkumised sihtrühmadele ja valdkondadesse, mis on rahvusvaheliselt näidanud potentsiaali kuluefektiivsust saavutada

Ühine visioon, ühised eesmärgid-> maakonna strateegia

Võimalikud koostöövaldkonnad

- Valdkonnaülese koordineerimise teenused kompleksse teenusvajadusega inimestele
- Esmatasandi valveteenused
- Koostöö sotsiaalteenuste osutamisel
- Tervisedendus- ja haiguste ennetus
- Esmatasandi tugevdamine
- Innovatsiooni ja arendusprojektide elluviimine (välisabi toel)
- Koostöö erakorralistes olukordades

max 4 prioriteetset valdkonda sh max 2 riigi poolset + max 2 maakonna poolset

Riigi poolsed ettepanekud prioriteetseteks koostöövaldkondadeks maakondadele

1. Tagada kompleksse teenusvajadusega inimestele holistlikul põhimõttel* proaktiivne tervise- ja sotsiaalvaldkonna ning kogukonna tugi, mis võimaldaks neil toime tulla oma tavapärase elukeskkonnas.

- Valdkonnaülese koordineerimise teenus esmatasandil mitme kroonilise haigusega inimestele, kellel on sotsiaalsed probleemid
- Valdkonnaülese koordineerimise teenus sotsiaalse rehabilitatsiooni vajadusega inimestele
- Valdkonnaülese koordineerimise teenus haiglast kodusele ravile liikumise toetamisel

2. Tagada perearstiabi jätkusuutlik osutamine lõimitult sotsiaalteenuste ja teiste esmatasandi tervishoiuteenustega, esmatasandi abi kodulähedane kättesaadavus ning proaktiivne ja ennetav iseloom

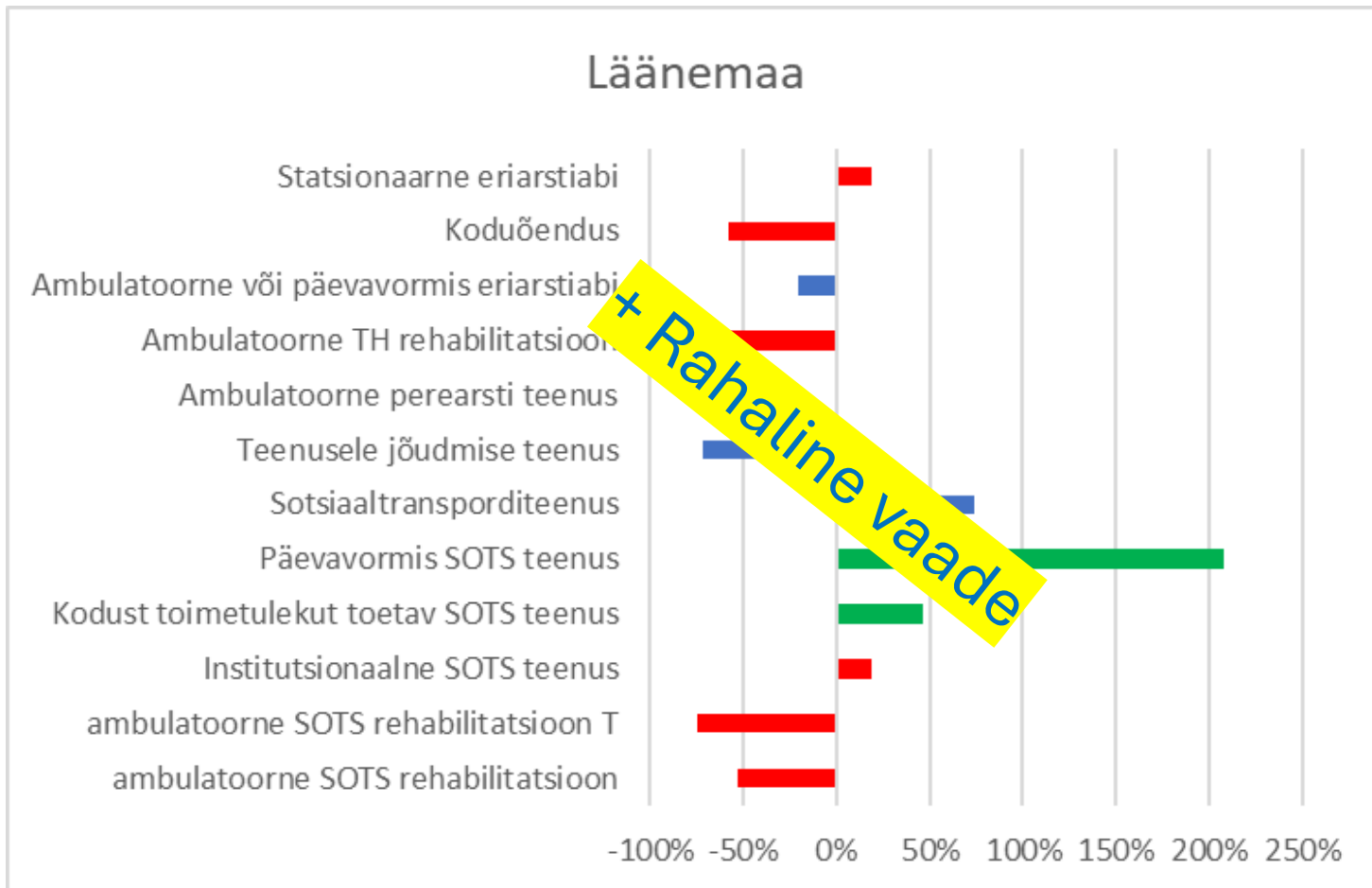
+rahastamisega seotud mõõdetavad eesmärgid

Kaasatud maakondade ettepanekud prioriteetseteks koostöövaldkondadeks

- Teenuseosutamise korrastamine ja valdkonnaülese koordineerimise vaimse tervise murega lastele
- Palliatiivse ravi korraldamine esmatasandil kasvaja diagnoosiga inimestele
- Tervisedenduse integreerimine sotsiaal- ja tervishoiuteenuste osutamisse

Visioon piirkondliku tasandi juhtimislauast 65+ elanikkond

Sotsiaal- ja tervishoiu teenuste osutamine võrreldes Eesti keskmisega



Valik muudest näitajatest:

65+ elanike arv ja osakaal rahvastikust

65+ riskirühma kuuluvate isikute arv

- Riskirühma isikute arv, kes tulevad ise kodus toime oma tervise juhtimisega (vajalik täpsemalt defineerida)

- Riskirühma isikute arv, kes on proaktiivsel tervise juhtimisel perearstide poolt

- Riskirühma isikute arv, kes saavad teenuskoordinatsiooni

65+ elanikest EMOSse sattunud (Tervisekassa)

65+ Hospitaliseeritud (Tervisekassa)

Hospitaliseerimised astma/kõrgvererõhutõve/diabeedi tõttu 100 000 elaniku kohta

65+ elanikest üldhooldekodus (SKA)

Standarditud enneaegse suremuse kordaja (65+ aastaste suremus kroonilistesse mittenakkushaigustesse) ja/või tervena elatud eluaastad?

65+ kellel on tervise tõttu igapäevaelu piirangud (Statistikaamet)

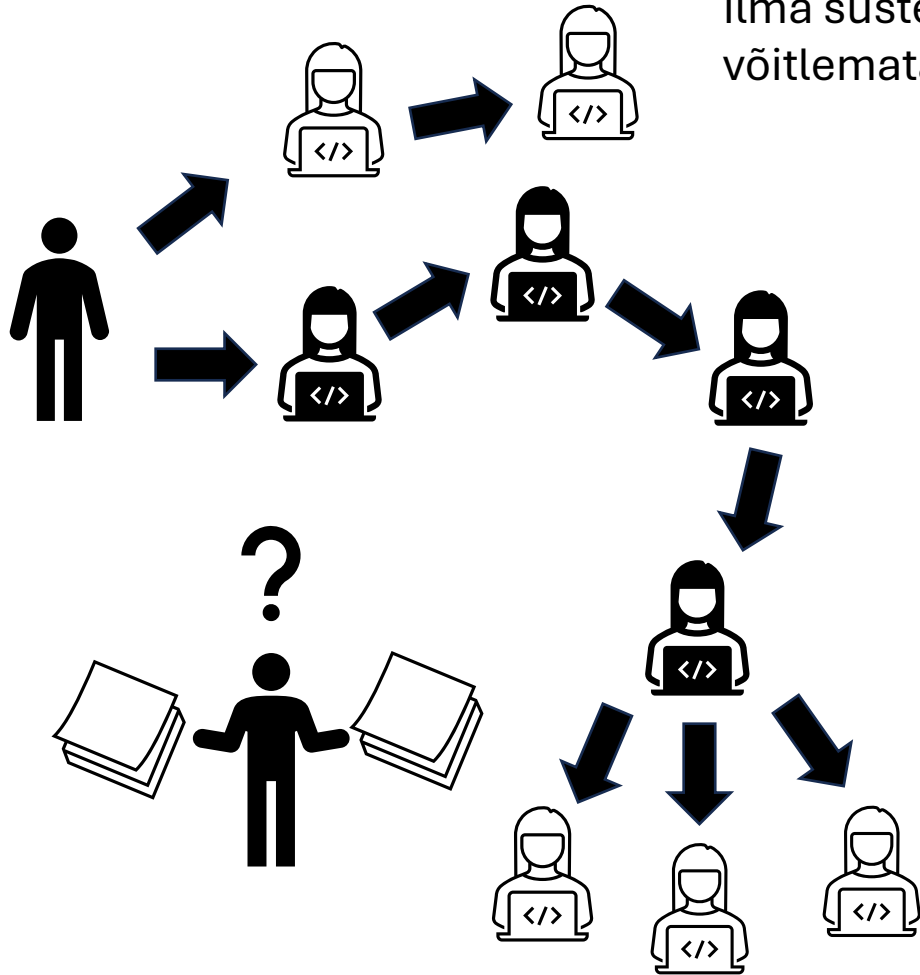
65+ surmajuhtumid, mis oleks olnud ravitavad ?

Sihtrühma ja teenuseosutajate rahulolu näitajad

Valdkonnaülene koordinatsioon– miks, kuidas, kellele?

MIKS ?

Inimõigus on saada vajadustele vastavat abi ilma süsteemiga võitlemata



KUIDAS ?

Heaoluplaan

Tervisejuht

KELLELE ?

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

Eesmärk-mõõdikud TERVIK-ule - näide

Valdkonnaülese koordineerimise teenus esmatasandil mitme kroonilise haigusega inimestele, kellel on sotsiaalsed probleemid

- 4+ kroonilise haigusega riskirühma hõlmatus Tervisejuhtimisega esmatasandil, eesmärk 30%
- 4+ kroonilise haigusega riskirühma (re)hospitaliseerimine eriarstiabis, eesmärk vähendada 15%
- 4+ kroonilise haigusega riskirühma EMO-visiidid, eesmärk vähendada 30%
- 4+ kroonilise haigusega riskirühma eriarstiabi ja stats õenduse kulud, eesmärk: kokkuhoid 5%
- 65+ elanikkonnast hooldekodus elavate inimeste osakaal, eesmärk: ei suurene üle 2%
- 65+ elanikkonnast kodust toimetulekut toetavaid sotsiaalteenuseid saanute osakaal, eesmärk: ületab hooldekodus elavate inimeste osakaalu
- Hooldekodu teenuse kulude osakaal KOV sotsiaalvaldkonna kogukuludest – jääb alla 40%

Ka TERVIK peab saavutatud kulutõhususest osa saama, et võimaldada vajalikke teenuseid ja planeeritud arenguid piirkonna probleemsetes valdkondades

Kuidas TERVIK moodustub?

- TERVIK on heaalupiirkonna koostööorganisatsioon, mis koondab tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutajaid
- TERVIK-u moodustamiseks on minimaalselt vajalik piirkonna KOV.ide, perearstide ja HVA haigla koostöö
- Alustame integratsiooni initsiatiivgruppidest, kelle ülesandeks on kokku leppida esmased prioriteetsed koostöövaldkonnad ja eesmärgid ning otsustada kuidas TERVIK moodustada
- Oluline pole niivõrd koostöö vorm, kui sisu. **Siiski peab koostööorganisatsioonil olema rahastuslepingute sõlmimiseks juriidiline esindaja**
- 2025 ei ole initsiatiivgruppidel tarvilik ära otsustada edasist koostöövormi, selleks on aega terve järgmine aasta, **oluline on ära otsustada:**
 - 1) et koostööorganisatsioon ehk TERVIK 2026. aastal ühel või teisel moel luuakse
 - 2) kes saab olema esimese terviku moodustajaks
- Koostöö vormi saab alati muuta, oluline on ühe vormiga teele minna ja selle sobilikkust testida
- Huvigruppide tagasiside näitas, et esialgu on otstarbekas alustada pehmemates vormides koostööst ehkki selle kuluefektiivsus on madal

Kuidas ja millistest allikatest kujuneks TERVIK-u eelarve - näidisarvestus 30 000 elanikuga maakonna kohta (6 tervisejuhti)

EUR (inflatsiooni määr 3%)	2026	2027	2028	2029
Hoolduskoordinatsiooni välisabi (TERVIK baas + 2 tervisejuhti)	117 795	117 795		
Norra välisabi (TERVIK baas)	21 000	42 000		
Planeeritav lisatoetus sots teenuste arendusjuhile (max 8 kuud)	36 800*			
Planeeritav lisatoetus REHA tervisejuhi töölevõtmiseks (max 6 kuud)	18 300*			
Tervisekassa (TERVIK baas)			59 877	61 673
Sots teenuste arendusjuht SOM eraldis TERVIK-ule		55 200**	56 856	58 562
2/5/6 tervisejuhti Tervisekassa teenusepõhine		90 768**	233 728	280 473
Kokku hoolduskoordinatsiooni projektis osalejatele	172 895	263 763	350 461	400 708
Kokku Norra välisabis osalejatele	76 100	187 968	350 461	400 708

Tabelis toodule lisandub maakonna tervisedendaja, kelle palgakulu katab praegu riik.

Samuti lisandub sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuste kulu katteks mõeldud eraldis riigi eelarvest.

Allikas: välisabi, riigieelarve

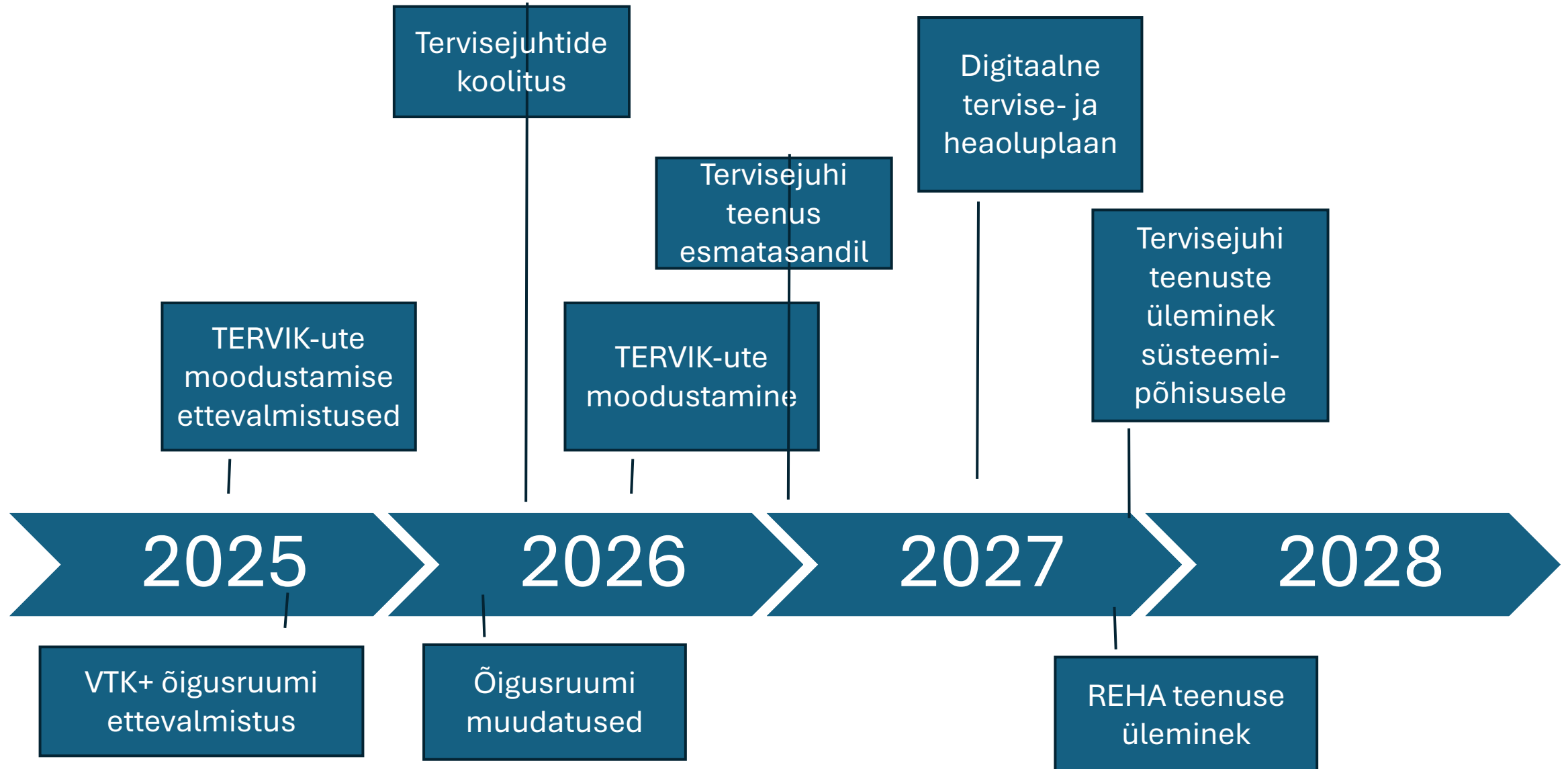
- võimalik, et lükkub aasta võrra edasi

** kui REHA reform lükkub aasta võrra edasi, siis sellel aastal kulusid pole

Rehabilitatsioonisüsteemi muudatus

Praegu	Edaspidi
Teenuste ligipääsu eeldus on puude raskusastme tuvastamine või töövõime hindamine	Teenuse vajadust märkab KOV, pere- või eriarst ning suunab terviseteele juhi teenusele
Teenust tuleb taotleda, SKA otsustab	Tervisejuht hindab inimese rehabilitatsiooni vajadust, koostab heaoluplaani, moodustab meeskonna
Ravi ja rehabilitatsiooniteenused eraldisesisvad komponendid	Taastusravi ja rehabilitatsioon moodustavad loogilise terviku
Ravi ja rehabilitatsiooniteenuste andmed erinevates andmekogudes	Ravi ja rehabilitatsiooni andmed TIS-is, inimese jaoks koondatud heaoluplaani
Protsess eeldab inimese aktiivsust teenuste nõ väljavõitlemiseks	Inimese jaoks loogiline ja ladus teenuste jada, toetab vastutuse võtmist oma rehabilitatsiooni eest

Integratsiooni ajakava



A heart shape is formed by eight hands of different skin tones (ranging from light to dark brown) reaching in from the edges of the frame. The hands are positioned so that their fingers and thumbs meet at the top and bottom points of the heart, while the palms face inward. The background is a plain, light gray.

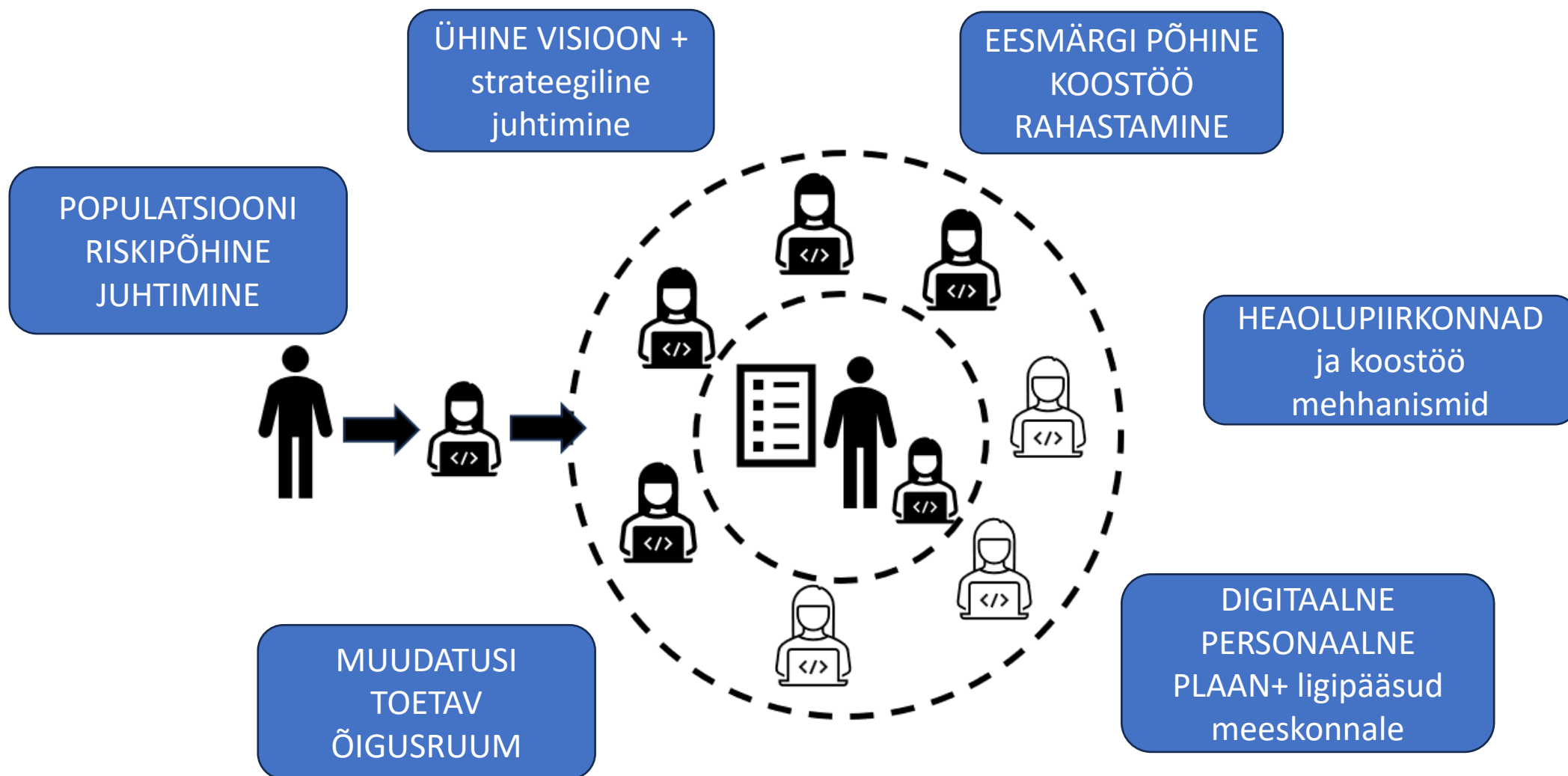
TÄNAN!

Abislaidid

VTK olulisem tagasiside

- Heaolupiirkond – maakond sobilik, koostöökohustuse panemist olulistele osapooltele enamik toetab
- Vastu ollakse koostöö formaliseerimisele, toetatakse pehmeid koostöö vorme
- Tervisetekonna juhi teenust üldiselt toetatakse, palju rakenduslikke küsimusi erinevatelt osapooltelt, vajalik laiem teavitustöö
- Rahastamise osas kaheldakse kuluefektiivsuse saavutamise võimaluses, juhitakse tähelepanu kaasnevatele mitterahalistele kuludele
- REHA reformi TERVIKutega seotud lahendus vajab lisaaega
- Tervisekassa kaudu osa sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuste rahastamisel kardetakse kulude olulist kasvu ning rehabilitatsioonimeeskonna töö killustumist

Integreeritud süsteemile ülemineku strateegia Eestis



TERVIK-u kõige olulisem ülesanne on koostöökogu poolt kinnitatud healupiirkonna eesmärkide saavutamine

Selleks TERVIK:

- **Koondab informatsiooni** oma piirkonna rahvatervise, tervishoiu-ja sotsiaalvaldkonna ressurssidest ja teenustest.
- **Analüüsib** riigi poolt pakutavate juhtimislaudade ning enda poolt koondatud info alusel **piirkonna vajadusi ning koostab selle alusel kokkuvõtte** piirkonna rahvatervise, tervishoiu- ja sotsiaalteenuste osutamise tugevustest ning probleemidest ehk **piirkonna tervise- ja heaolu profiili**. Teeb sellest tulenevalt healupiirkonna koostöökogule ettepaneku strateegiliste koostöövaldkondade, prioriteetsete sihtrühmade ja koostöö eesmärkide sh mõõdikute osas.
- **Teeb riigi ja KOV esindajatele ettepanekuid** ressursside paremaks kasutamiseks.
- **Koostab tegevuskava** kooskõlas healupiirkonna koostöökogu poolt kinnitatud strateegiliste eesmärkidega.
- Toetab valmisolekut **erakorralisteks olukordadeks**.
- **Osutab valdkonnaülese koordinatsiooni teenuseid, tulevikus võimalik, et ka muid teenuseid**
- **Korraldab rehabilitatsiooniteenuste kättesaadavust**

Kõik TERVIK-u liikmed on kohustatud osalema strateegia elluviimises ja tulemuste mõõtmises. Lepingulist järelevalvet teostatakse TerK ja SoM poolt.

VTK- TERVIK-u palgal on vähemalt:

- TERVIK-u juht (rahastatud ravikindlustuse vahenditest)
 - Sotsiaalse rehabilitatsiooni teenuste juht ehk tulevikus riiklike sotsiaalteenuste juht (rahastatud SoM eelarve vahenditest)
 - maakonna tervisedendaja (rahastatud riigi eelarve vahenditest)
 - tervisejuhid, kes osutavad valdkonnaülese koordineerimise teenuseid maakonnas kokkulepitud kohtades (rahastatud ravikindlustuse vahenditest sh selleks Tervisekassasse täiendavalt suunatud sotsiaalse rehabilitatsiooni sihtrühmale valdkonnaülese koordineerimise teenuse osutamiseks mõeldud vahenditest).
- TERVIK võib palgata näiteks ka arendusprojektide juhte jm administratiivset personali (rahastus võimalik erinevatest allikatest). TERVIK (kas eraldiseisev juriidiline isik või olemasoleva organisatsiooni üksus) ei osuta reeglina ise ei tervishoiu- ega sotsiaalteenuseid.

Tervisejuhi teenus esmatasandil

PA saab suunata oma PT kas tervisejuhi nõustamisele või siis koordineeritud teenuse osutamisele. PA peab alati andma nõusoleku koordineeritud teenuse alustamiseks.

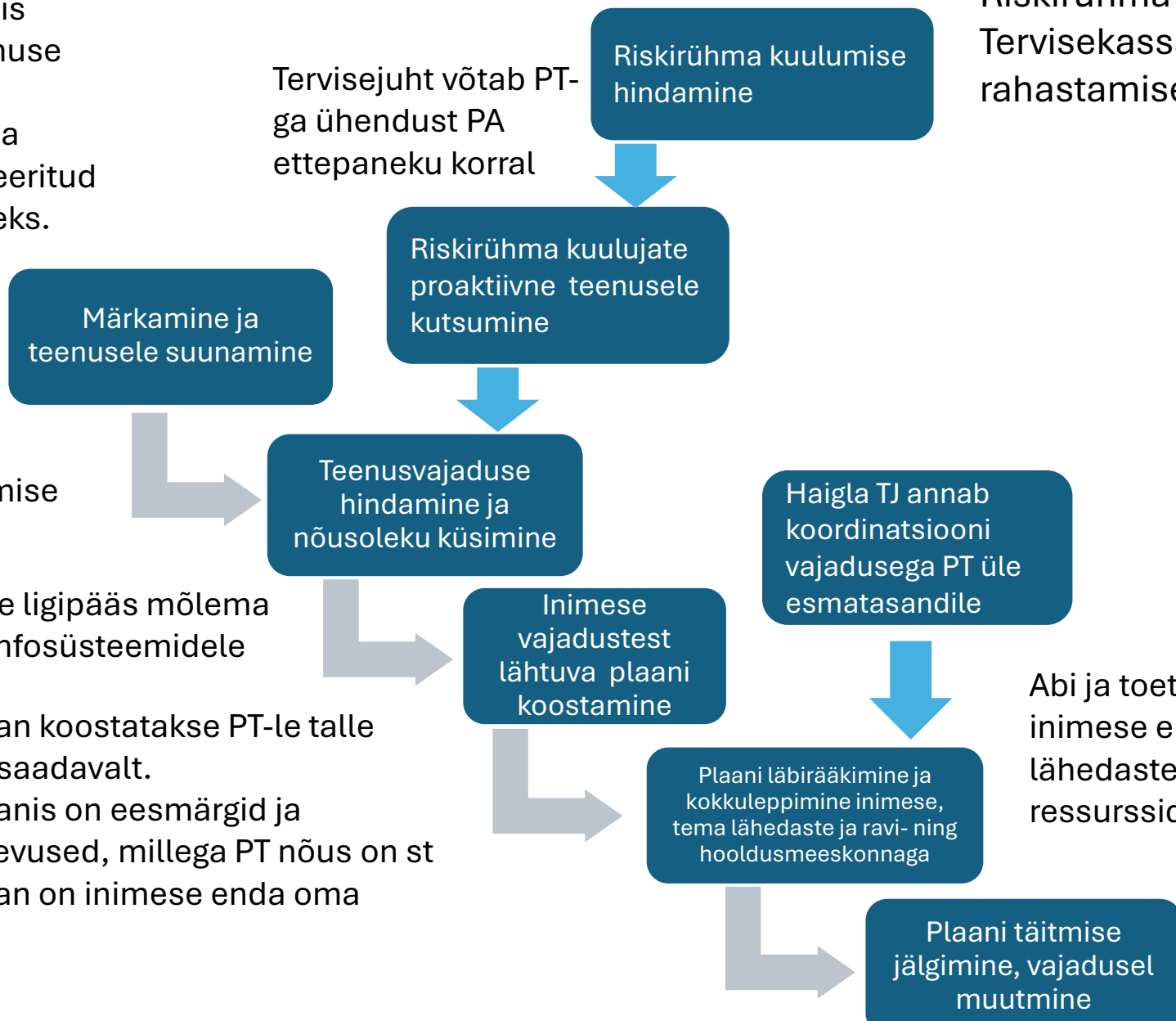
Teenusele saavad suunata ka läbi märkamislehe täitmise teised osapooled

TJ-le antakse ligipääs mõlema valdkonna infosüsteemidele

Plaan koostatakse PT-le talle arusaadavalt. Plaanis on eesmärgid ja tegevused, millega PT nõus on st plaan on inimese enda oma

Tervisejuht võtab PT-ga ühendust PA ettepaneku korral

Riskirühma annaks PA-le ette Tervisekassa koos rahastamise lepinguga



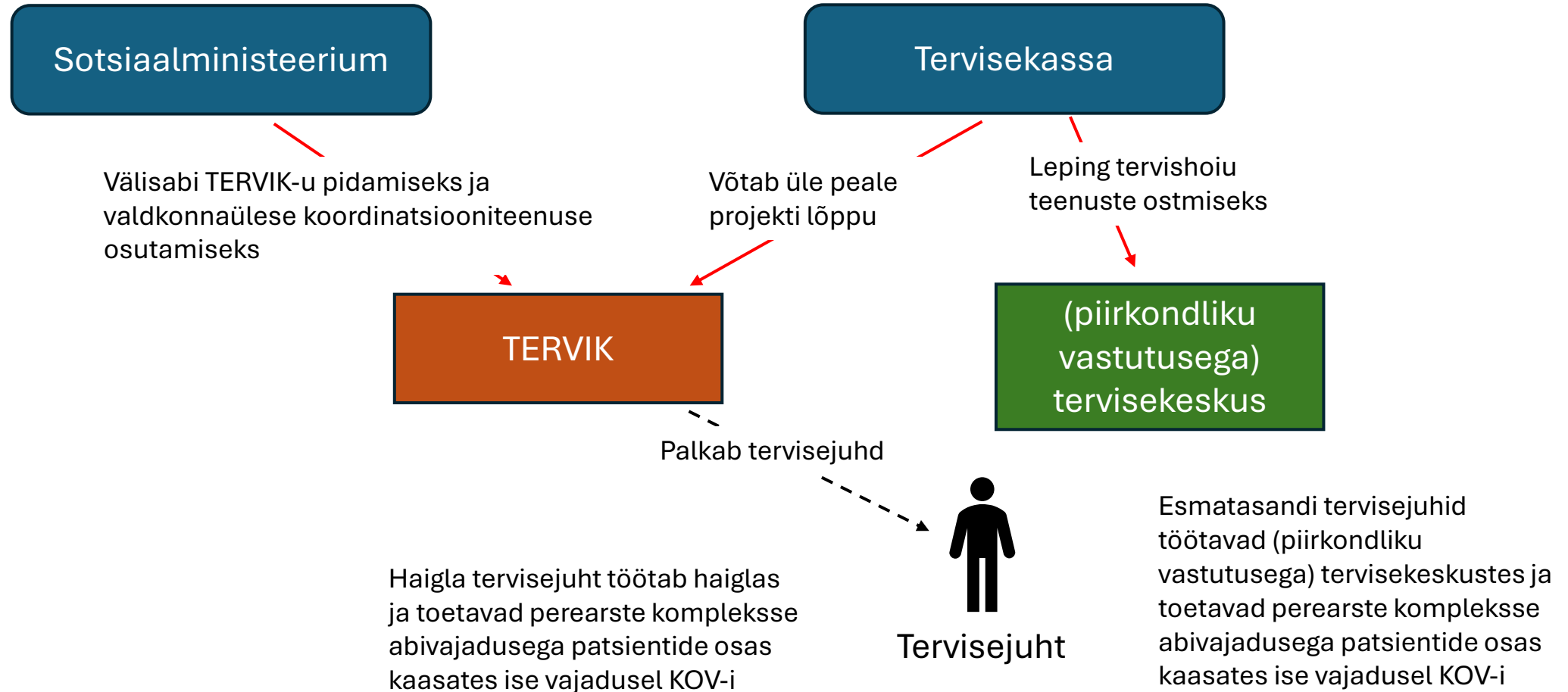
Abi ja toetus koondatakse inimese enda ja tema lähedaste võimekuse ja ressursside ümber.

Kui inimene saab plaani täitmisega ise hakkama, lõpetatakse koordinatsioon

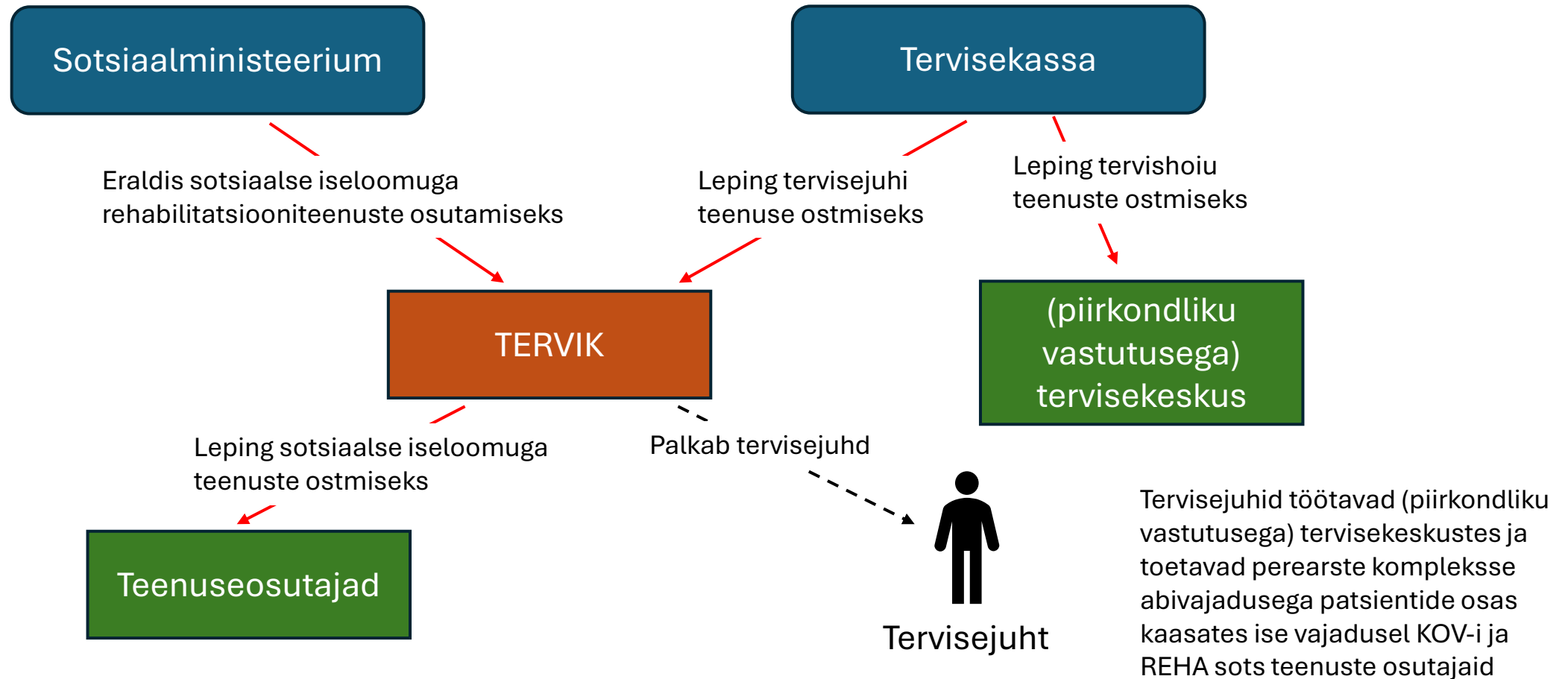
Valdkonnaülese koordinatsiooni rakendamine

Kuidas riik toetab?	Mis on ootused TERVIK-ule?
Aitab määrata ja tuvastada riskirühmasid (märkamislehed, riskirühma info terviseandmete alusel – digitaalsed lahendused)	Kokku leppida ja luua toimiv märkamissüsteem kasutades riigi poolt pakutavaid abivahendeid
Toetab süsteemset abivajaduse hindamist (hindamisvahendid ja juhendid, koolitused)	Läbi mõelda, millised aspektid hindamises võivad jääda puudulikuks või kuidas lisanduv hindamine ei dubleeriks olemasolevat ja kuidas tagada kohapeal igas sisenemispunktis tarvilik terviklik hindamine
Koolitatud lisapersonal tervisejuhtide näol (ligipääsud mõlema valdkonna infosüsteemidele)	Läbi mõelda ja kokku leppida, kus tervisejuhid peaksid paiknema, kuidas erinevad osapooled nendega praktiliselt igapäevaselt koostööd hakkavad tegema
Toetab teenuse kasutuselevõttu ja kvaliteetset osutamist (digitaalne heaoluplaan, teenuse osutamise standard, juhendmaterjalid, dokumenteerimine)	Kohandada protsess vastavalt kohalikele oludele
Toetab tulemuste monitoorimist ja hindamist (kokkulepitud mõõdikud, juhtimislauad)	Korraldada regulaarselt tulemuste jälgimine ja arutelud teenuste paremaks korraldamiseks sh fikseerida osapoolte kokkulepped ja kommunikeerida neid kõigile

Valdkonnaülese koordinatsiooni teenuse osutamise lahendus



Rehabilitatsiooniteenuse osutamise lahendus



REHA sihtrühm

Teenuse saaja elukoha maakond RR järgi	Puudub kehtiv puue	Keele-ja kõnepuue	Kuulmispuue	Liikumispuue	Liitpuue	Muu	Nägemispuue	Psüühika häire	Vaimupuue	KOKKU (unikaalsed isikud)
Puudub kehtiv aadress	2	1	0	0	1	0	0	4	0	8
Harju maakond	781	521	36	311	1514	333	46	1400	172	4706
Hiiu maakond	12	1	1	4	10	2	0	5	2	34
Ida-Viru maakond	92	206	3	98	383	64	4	394	57	1208
Jõgeva maakond	18	35	1	18	59	7	0	83	9	219
Järva maakond	52	42	0	8	76	19	1	96	20	294
Lääne maakond	32	14	0	8	28	7	1	36	8	121
Lääne-Viru maakond	90	66	2	30	153	43	1	195	33	567
Põlva maakond	21	46	0	30	101	16	1	109	8	312
Pärnu maakond	43	56	2	36	186	48	6	170	25	532
Rapla maakond	40	21	1	14	64	22	2	60	10	223
Saare maakond	4	16	0	10	72	17	2	54	11	174
Tartu maakond	202	286	6	102	559	116	12	793	53	1950
Valga maakond	17	46	0	13	72	10	2	99	20	265
Viljandi maakond	27	41	3	40	128	26	1	174	20	425
Võru maakond	40	36	0	46	108	16	2	120	11	358
KOKKU (unikaalsed isikud)	1458	1421	55	762	3481	741	80	3741	455	11263

Maailmas oleme integratsioonis sabassörkijad

Näide: Prantsusmaa CPTS-id ehk TERVIK-ud (aastast 2010)

CPTS-ide “suurus” määratakse elanikkonna järgi, keda nende territoorium katab. ACI (riiklik rahastuslepe) eristab **4 mõõtu**:

- Taille 1:** < **40 000** elanikku
- Taille 2:** **40 000–80 000** elanikku
- Taille 3:** **80 000–175 000** elanikku
- Taille 4:** > **175 000** elanikku ([Légifrance](#), [Urps Sf Idf](#))

Märkused:

- Suurusklass **mõjutab ACI rahastust** (nt baasfinantseerimise vahemikku ja missioonide tasustust). ([Ameli](#))

Suurus	Stabiilne “palkadeks kasutatav” (60–80%)	Hinnanguline ETP vahemik (50–65k€/ETP)	Võrdlus: tegelik keskmine ETP
T1	99k–132k	~1.5 – 2.6 ETP	0.82 ETP (sfmu.org)
T2	129k–172k	~2.0 – 3.4 ETP	1.72 ETP (sfmu.org)
T3	165k–220k	~2.5 – 4.4 ETP	2.20 ETP (sfmu.org)
T4	198k–264k	~3.0 – 5.3 ETP	2.96 ETP (sfmu.org)

Prantsusmaa CPTS-ide missioonid

Missioon	tegevused
Ligipääsu parandamine perearstile ja esmatasandile	patsiendi nimekirjade jagamine, uute elanike suunamine, digilahendused
Erakorralise abi kättesaadavus	kiireloomulise vastuvõtu koordineerimine töövälisel ajal koostöö erakorralise meditsiini ja päästestruktuuridega
Krooniliste haigete järjepidev ravi	ühised protokollid (nt diabeedi jälgimine) multidistsiplinaarsed kohtumised
Ennetus ja terviseedendus	vaktsineerimiskampaaniad suitsetamisvastased programmid , toitumise ja kehalise aktiivsuse edendamine
Hädaolukordade valmisolek	kohalike tervishoiu- ja sotsiaaltöötajate võrgustiku loomine kriisiolukorras (nt pandeemia, loodusõnnetus)
Vabatahtlikud missioonid	Hoolduse sidusus sotsiaalvaldkonnaga (nt koostöö sotsiaaltöötajatega)

Prantsusmaa CPTS-i missioonide rahastamine

Suurus	Funktsioneerimine	Missioonid – juurdepääs (fikse+tulemus)	Parcours (fikse+tulemus)	Ennetus (fikse+tulemus)	Kriisivalmidus (1. a)	Valik: kvaliteet	Valik: prof-toe	Maksimaalne võimalik (fikse+tulemus)
T1	50 000	80 000 (55+25)	50 000 (25+25)	20 000 (10+10)	62 500	15 000 (7.5+7.5)	10 000 (5+5)	287 500
T2	60 000	100 000 (70+30)	70 000 (35+35)	30 000 (15+15)	87 500	20 000 (10+10)	15 000 (7.5+7.5)	382 500
T3	75 000	125 000 (90+35)	90 000 (45+45)	35 000 (17.5+17.5)	112 500	30 000 (15+15)	20 000 (10+10)	487 500
T4	90 000	155 000 (110+45)	100 000 (50+50)	40 000 (20+20)	125 000	40 000 (20+20)	30 000 (15+15)	580 000