

Tervisesüsteemid muutustes

Eesti:

Tervisesüsteemi ülevaade 2013

Taavi Lai • Triin Habicht
Kristiina Kahur • Marge Reinap
Raul Kiivet • Ewout van Ginneken

Tervisesüsteemid muutustes

Taavi Lai, Eesti Vabariigi Sotsiaalministeerium

Triin Habicht, Eesti Haigekassa

Kristiina Kahur, HC Management Consulting OÜ

Marge Reinap, Maailma Terviseorganisatsiooni esindus Eestis

Raul Kiivet, Tartu Ülikool

Ewout van Ginneken, Berliini Tehnikaülikool ja Euroopa
Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskus

Eesti:

Tervisesüsteemi ülevaade 2013



Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskuse (European Observatory on Health Systems and Policies) partnerid on Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) Euroopa Regionaalbüroo, Austria, Belgia, Soome, Iirimaa, Madalmaade, Norra, Sloveenia, Hispaania, Rootsi ja Ühendkuningriigi valitsus, Veneto maakond Itaalias, Euroopa Komisjon, Euroopa Investeeringuspank, Maailmapank, UNCAM (Prantsuse Tervishoiufondide Liit), Londoni Majandus- ja Poliitikateaduste Kool (London School of Economics and Political Science) ja Londoni Hügieeni- ja Troopilise Meditsiini Kool (London School of Hygiene & Tropical Medicine).

Märksõnad:

TERVISETEENUSTE OSUTAMINE

HINDAMISUURINGUD

RAHASTAMINE, TERVIS

TERVISHOIUREFORM

TERVISESÜSTEEMI KAVAD – korraldus ja haldamine

© **Maailma Terviseorganisatsioon 2014, Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskuse nimel**

Kõik õigused on kaitstud. Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskus võtab vastu taotlusi oma trükiste osalise või täieliku reprodutseerimise või tõlkimise loa saamiseks.

Trükiste taotlused palume saata postiaadressil:

**Publications,
WHO Regional Office for Europe,
UN City,
Marmorvej 51,
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark**

Teise võimalusena palume täita dokumenteerimise, terviseinfo, tsiteerimise või tõlkimise loa taotluse internetis, Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa Regionaalbüroo veebilehel (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

Autorite või toimetajate seisukohad ei pruugi alati väljendada Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskuse või ühegi selle partneri otsuseid või ametlikku poliitikat.

Käesolevas trükises kasutatud nimed ja materjali esitusviis ei väljenda Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskuse ega ühegi selle partneri seisukohti ühegi riigi, territooriumi, linna, piirkonna või selle asutuste õigusliku seisundi või riigipiiri või muude piiride kindlaksmääramise küsimustes. Tabelite päises kasutatud nimetus „riik või piirkond“ hõlmab riike, territooriume, linnu või piirkondi. Punktiirjooned kaartidel tähistavad ligikaudseid piire, mille suhtes ei tarvitse veel olla täielikku kokkulepet.

Konkreetsete äriühingute või teatavate tootjate toodete mainimine ei tähenda, et Euroopa Tervisesüsteemide ja poliitika Vaatluskeskus toetab või soovib vastavaid tooteid, eelistades neid teistele samalaadsetele toodetele, mida ei mainita. Kaitstud kaubamärgid kirjutatakse suure algustähega, kui ei ole tegemist vea või ärajätmisega.

Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskus ei taga, et käesolevas trükises sisalduv teave on täielik ja täpne, ega vastuta trükise kasutamisest tuleneva kahju eest.

Soovitav viide käesolevale väljaandele:

Lai T, Habicht T, Kahur K, Reinap M, Kiivet R, van Ginneken E. Eesti: Tervisesüsteemi ülevaade. *Tervisesüsteemid muutustes*, 2013; 15(6):1–196.

Contents

Eessõna	v
Tänuavaldused	vii
Lühendite loetelu	ix
Tabelite ja jooniste loetelu	xi
Kokkuvõte	xv
Lühiülevaade	xvii
1. Sissejuhatus	1
1.1 Geograafiline asukoht ja rahvastik	2
1.2 Majanduslik taust	4
1.3 Poliitiline taust	7
1.4 Tervisenäitajad	10
2. Tervisesüsteemi korraldus ja juhtimine	17
2.1 Ülevaade tervisesüsteemist	18
2.2 Ajalooline taust	20
2.3 Tervisesüsteemi ülesehitus	24
2.4 Detsentraliseerimine ja tsentraliseerimine	33
2.5 Planeerimine	34
2.6 Sektoritevaheline koostöö	37
2.7 Terviseinfo haldamine	39
2.8 Reguleerimine	42
2.9 Patsiendi võimestamine	52
3. Rahastamine	59
3.1 Tervishoiukulud	60
3.2 Tuluallikad ja finantsvood	66
3.3 Kohustusliku rahastamissüsteemi ülevaade	68
3.4 Omaosalusmaksed	80

3.5 Vabatahtlik tervisekindlustus	84
3.6 Muu rahastamine	85
3.7 Tasustamisviisid	86
4. Materiaalsed ja inimressursid	93
4.1 Materiaalsed ressursid	94
4.2 Inimressursid	103
5. Teenuste osutamine	113
5.1 Rahvatervis	113
5.2 Patsiendi ravikäsitlus	120
5.3 Üld-/ambulatoorne arstiabi	122
5.4 Eriarstiabi/haiglaravi	128
5.5 Kiirabiteenused	133
5.6 Ravimid	135
5.7 Taastusravi	141
5.8 Hooldusravi	143
5.9 Psühhiaatriline abi	145
5.10 Hambaravi	147
6. Peamised reformid tervisesüsteemis	149
6.1 Hiljutiste reformide analüüs	150
6.2 Edasine areng	157
7. Hinnang tervisesüsteemile	159
7.1 Tervisesüsteemis püstitatud eesmärgid	160
7.2 Rahaline kaitstus ja õiglus tervishoiu rahastamises	162
7.3 Kasutajate kogemused ja tervishoiuteenuste võrdne kättesaadavus	163
7.4 Tervisetulemid, tervishoiuteenuste tulemid ja ravi kvaliteet	167
7.5 Tervisesüsteemi efektiivsus	173
7.6 Läbipaistvus ja aruandekohustus	176
8. Järeldused	177
9. Lisad	181
9.1 Kasutatud kirjandus	181
9.2 Veebilehed	190
9.3 Ülevaate „Tervisesüsteemid muutustes” metoodika ja koostamine	192
9.4 Hindamisprotsess	194
9.5 Autoritest	194

Eessõna

Ülevaadet „Tervisesüsteemid muutustes” on riigipõhised aruanded, milles esitatakse tervisesüsteemi ning konkreetses riigis juba rakendatud või ettevalmistusjärgus olevate reformi- ja poliitikaalgatuste üksikasjalik kirjeldus. Ülevaadet koostavad vastava riigi eksperdid, kes teevad koostööd vaatluskeskuse töötajatega. Selleks, et oleks võimalik riike omavahel võrrelda, võetakse ülevaadete koostamisel aluseks ühtne raamistik, mida korrapäraselt ajakohastatakse. Küsimustik sisaldab ülevaate koostamiseks vajalikke täpseid juhiseid ja konkreetseid küsimusi, mõisteid ja näiteid.

Ülevaadete eesmärk on anda poliitikakujundajatele ja analüütikutele asjakohast teavet, et aidata neid tervisesüsteemide arendamisel Euroopas. Need ülevaadet moodustavad teabeplokid, mida on võimalik kasutada:

- üksikasjaliku teabe saamiseks eri seisukohtadest tervishoiuteenuste korraldamisel, rahastamisel ja osutamisel ning tervisesüsteemide põhiosaliste rollist;
- tervishoiu valdkonnas läbiviidavate reformiprogrammide institutsioonilise raamistiku, protsessi, sisu ja rakendamise kirjeldamiseks;
- põhjalikumalt analüüsimist vajavate probleemide ja valdkondade esiletõstmiseks;
- abivahendina, mis võimaldab levitada tervisesüsteemidega seotud teavet ja vahetada reformistrateegiatega seotud kogemusi eri riikide poliitikakujundajate ja analüütikute vahel;
- aidata teisi uurijaid tervishoiupoliitika põhjalikuma võrdleva analüüsi tegemisel.

Ülevaadete koostamisel tekib mitmeid meetodilisi probleeme. Paljudes riikides on suhteliselt vähe asjakohast teavet tervisesüsteemi ja reformide mõju kohta. Ühtse andmeallika puudumise tõttu saadakse kvantitatiivsed andmed paljudest allikatest, sealhulgas Maailma Terviseorganisatsiooni

(WHO) Euroopa Regionaalbüroo andmekogust „Tervis kõigile” („Health for All”), riikide statistikaametitest, Euroopa Liidu statistikaametist EUROSTAT, Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooni (OECD) terviseandmetest, Rahvusvaheliselt Valuutafondilt (IMF) ja Maailmapanga maailma arengu näitajatest ning muudest asjakohastest ja ülevaate koostajate arvates kasulikest allikatest. Andmekogumismeetodid ja mõisted võivad mõnikord varieeruda, kuid üksikutes ülevaadetes on nende kasutus tavaliselt järjepidev.

Ühtlustatud ülevaatel on teatud puudusi, mis tulenevad tervishoiuteenuste osutamise ja rahastamise erinevustest riigiti. Samas on sellel ka eeliseid, kuna see tõstatab sarnaseid teemasid ja küsimusi. Ülevaateid „Tervisesüsteemid muutustes” saab kasutada poliitikakujundajate teavitamiseks teiste riikide kogemustest, mis võivad olla kasutatavad nende enda riigi puhul. Ülevaateid võib kasutada ka tervisesüsteemide võrdleva analüüsimise jaoks vajaliku teabe saamiseks. See ülevaadete sari on jätkuv ning andmeid ajakohastatakse korrapäraste ajavahemike tagant.

Märkusi ja ettepanekuid ülevaadete edasise arendamise ja täiustamise kohta oodatakse aadressil info@obs.euro.who.int.

Ülevaated ja nende kokkuvõtted on saadaval võrgustiku veebilehel <http://www.healthobservatory.eu>.

Tänuavaldused

Eesti ülevaate „Tervisesüsteemid muutustes” koostas Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskus.

Käesoleva väljaande autorid on Taavi Lai (Sotsiaalministeerium), Triin Habicht (Eesti Haigekassa), Kristiina Kahur (HC Management Consulting OÜ), Marge Reinap (WHO esindus Eestis) ja Raul Kiivet (Tartu Ülikool). Ülevaate toimetas Ewout van Ginneken Reinhard Busse toetusel Berliini Tehnikaülikooli vaatluskeskuse meeskonnast. Käesoleva ülevaate koostamisel on võetud aluseks 2008. aastal avaldatud Eesti ülevaade „Tervisesüsteemid muutustes”, mille autorid on Agris Koppel, Kristiina Kahur, Triin Habicht, Pille Saar, Jarno Habicht ja Ewout van Ginneken ning toimetaja Ewout van Ginneken.

Vaatluskeskus ja autorid tänavad Maris Jesset (Tervise Arengu Instituut), Jarno Habichtit (WHO) ja Liis Roovälit (Sotsiaalministeerium) ülevaate läbivaatamise eest.

Eriline tänu kuulub kõigile Sotsiaalministeeriumi ja selle allasutuste (Tervise Arengu Instituut, Terviseamet) töötajatele, kes abistasid teabe hankimisel ning tegid hindamatuid märkusi käsikirja kohta ja ettepanekuid Eesti tervisesüsteemi kavade ja praeguste poliitiliste valikute kohta. Autorid on eriti tänu võlgu Sotsiaalministeeriumist Sirli Jurjevile ning Tervise Arengu Instituudist Annika Veimerile ja Harles Lutsule, kes lubasid kasutada oma märkmeid rahvaterviseteenuste rahastamise viimaste muudatuste kohta, ning Katrin Västrale Eesti Haigekassast. Administratiivse abi eest täname Gerli Sirki Maailma Terviseorganisatsiooni esindusest Eestis.

Täname ka Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa Regionaalbürood andmekogude eest, mida kasutati tervishoiuteenustega seotud andmete saamiseks; Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooni Lääne-Euroopa terviseteenuseid käsitlevate andmete eest ning Maailmapanka Kesk- ja Ida-Euroopa riikide tervishoiukulusid käsitlevate andmete eest. Täname

riikide statistikaametiteid, kes andmed esitasid. Ülevaade „Tervisesüsteemid muutustes” kajastab andmeid, mis olid kättesaadavad 2013. aasta alguses, kui ei ole öeldud teisiti.

2013. aasta keskel ühines Tartu Ülikool Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskuse võrgustikuga ja temast sai Eestit esindav riiklik juhtasutus.

Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskuse (European Observatory on Health Systems and Policies) partnerid on Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) Euroopa Regionaalbüroo, Austria, Belgia, Soome, Iirimaa, Madalmaade, Norra, Sloveenia, Hispaania, Rootsi ja Ühendkuningriigi valitsus, Veneto maakond Itaalias, Euroopa Komisjon, Euroopa Investeerimispank, Maailmapank, UNCAM (Prantsuse Tervishoiufondide Liit), Londoni Majandus- ja Poliitikateaduste Kool (London School of Economics and Political Science) ja Londoni Hügieeni- ja Troopilise Meditsiini Kool (London School of Hygiene & Tropical Medicine). Ülevaadete „Tervisesüsteemid muutustes” koostamisega tegelevat meeskonda juhivad sekretariaadi juhataja Josep Figueras ning Elias Mossialos, Martin McKee, Reinhard Busse, Richard Saltman, Sarah Thomson ja Suszy Lessof. Vaatluskeskuse riikide seireprogrammi ja ülevaadete „Tervisesüsteemid muutustes” koostamist koordineerib Gabriele Pastorino. Ülevaate koostamist ja toimetamist koordineeris Jonathan North, keda abistasid Caroline White, Jane Ward (toimetamine), Pat Hinsley (küljendus) ja Sarah Cook (korrekatuur).

Lühendite loetelu

AIDS	omandatud immuunpuudulikkuse sündroom (Acquired immunodeficiency syndrome)
DRG	diagnoosipõhine kompleksteenus (Diagnosis-related group)
EHK	Eesti Haigekassa
EPE	Eesti Patsientide Esindusühing
ERF	Euroopa Regionaalarengu Fond
ESF	Euroopa Sotsiaalfond
EL	Euroopa Liit
EL 12	ELi 12 liikmesriiki, mis ühinesid Euroopa Liiduga 2004. ja 2007. aastal
EL 15	ELi 15 liikmesriiki enne 2004. aastat
EL 27	ELi 27 liikmesriiki 2013. aasta seisuga
SKP	sisemajanduse koguprodukt
HIV	inimese immuunpuudulikkuse viirus (Human immunodeficiency virus)
ID	ID-kaart
INN	rahvusvaheline mittekaubanduslik nimetus (International Nonproprietary Name)
MRT	magnetresonantstomograafia
RTA	rahvastiku tervise arengukava 2009–2020
TAI	Tervise Arengu Instituut
NordDRG	Põhjamaade diagnoosipõhine kompleksteenus
OECD	Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsioon
TB	tuberkuloos
UNAIDS	Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni HIV/AIDSi Ühendprogramm (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS)
NSVL	Nõukogude Sotsialistlike Vabariikide Liit
WHO	Maaailma Terviseorganisatsioon (World Health Organization)

Tabelite ja jooniste loetelu

Tabelid

		lehekülg
Tabel 1.1	Demograafilised näitajad, 1980–2011	3
Tabel 1.2	Makromajanduslikud näitajad, 1995–2011	5
Tabel 1.3	Oodatav eluiga ja suremus, valitud aastad	10
Tabel 1.4	Oodatav tervena elatud eluiga, valitud aastad	11
Tabel 1.5	Peamised surmapõhjused, valitud aastad	12
Tabel 1.6	Haigestumus ja terviseseisundit mõjutavad tegurid, valitud aastad	13
Tabel 1.7	Ema ja lapse tervisenäitajad, valitud aastad	16
Tabel 2.1	Peamised tervishoiureformid ja poliitikaalgatused, ajakava alates 1991	23
Tabel 2.2	Sotsiaalministeeriumi tervishoiuosakondade peamised ülesanded	25
Tabel 2.3	Arstide ja meditsiiniüliõpilaste arv Eestis	47
Tabel 2.4	Arstiabi kvaliteedi eksperdikomisjonile esitatud ametlikud kaebused, 2004–2012	55
Tabel 3.1	Tervishoiukulud perioodil 1995–2011, valitud aastad	60
Tabel 3.2	Avaliku sektori kulud tervishoiule teenusetüüpide kaupa, 2011	66
Tabel 3.3	Tervishoiu rahastamise peamised allikad Eestis, 1995–2011, valitud aastad	66
Tabel 3.4	Eesti Haigekassa kindlustuskaitse kriteeriumid ja kindlustatute protsent eri rühmade lõikes, 2011	69
Tabel 3.5	Valik Eesti Haigekassa kõige levinumaid rahalisi hüvitisi, 2012	70
Tabel 3.6	Eesti Haigekassa eelarve jaotus liikide lõikes, 2012	76
Tabel 3.7	Kulude jagamine eri raviliikide puhul, 2013	81
Tabel 3.8	Omaosalus kululiikide lõikes protsendina omaosaluse kogukuludest, 2011	82
Tabel 3.9	Rahvatervise välisrahastamise osatähtsus	86
Tabel 3.10	Kvaliteedisüsteemi maht, maksete korrapärasus ja seonduvad stiimulid	90
Tabel 3.11	Tervishoiutöötajate keskmised kuupalgad (eurodes), 2006 ja 2012	92
Tabel 4.1	Haiglate ressursid ja tulemuslikkuse näitajad Eestis	97
Tabel 4.2	Toimivad pildidiagnostikaseadmed ja läbivaatused Eestis ja OECD riikides keskmiselt	100
Tabel 4.3	Tervishoiupersonal Eestis 1000 elaniku kohta	107
Tabel 5.1	Eesti ravimisektori statistika	136
Tabel 5.2	Ravimitega seotud kulud ja kulude jaotus Eestis	139

Joonised

lehekül

Joonis 1.1	Eesti kaart	2
Joonis 2.1	Eesti tervisesüsteemi organisatsiooniline struktuur	19
Joonis 3.1	Tervishoiukulude protsent SKPst WHO Euroopa regioonis, WHO hinnang 2010	62
Joonis 3.2	Tervishoiukulude protsent SKPst Eestis ja valitud riikides, periood 1995 kuni viimane aasta, mille kohta on andmed kättesaadavad	63
Joonis 3.3	Tervishoiukulud USA dollarites ühe inimese kohta kohandatuna ostujõu pariteedile (PPP) WHO Euroopa regioonis, WHO hinnang 2010	64
Joonis 3.4	Avaliku sektori tervishoiukulude osatähtsus protsendina tervishoiu kogukuludest WHO Euroopa regioonis, 2010	65
Joonis 3.5	Rahavood Eesti tervisesüsteemis	67
Joonis 3.6	Eesti Haigekassa eelarve koostamine ja lepingute sõlmimine	78
Joonis 3.7	Perearsti keskmise eelarve struktuur tasustamisviiside lõikes, 2011	88
Joonis 4.1	Keskmine aktiivravi haiglates viibimise aeg valitud riikides, periood 1995 kuni viimane aasta, mille kohta on andmed kättesaadavad	98
Joonis 4.2	Aktiivravi voodikohtade arv 100 000 elaniku kohta valitud riikides, periood 1990 kuni viimane aasta, mille kohta on andmed kättesaadavad	99
Joonis 4.3	Arstide arv 100 000 elaniku kohta Eestis ja valitud riikides, periood 1990 kuni viimane aasta, mille kohta on andmed kättesaadavad	104
Joonis 4.4	Õdede arv 100 000 elaniku kohta Eestis ja valitud riikides, periood 1990 kuni viimane aasta, mille kohta on andmed kättesaadavad	105
Joonis 4.5	Arstide ja õdede arv 100 000 elaniku kohta WHO Euroopa regioonis, periood 2010 kuni viimane aasta, mille kohta on andmed kättesaadavad	106
Joonis 4.6	Hambaarstide arv 100 000 elaniku kohta Eestis ja valitud riikides, periood 1990 kuni viimane aasta, mille kohta on andmed kättesaadavad	107
Joonis 4.7	Proviisorite arv 100 000 elaniku kohta Eestis ja valitud riikides, periood 1990 kuni viimane aasta, mille kohta on andmed kättesaadavad	108
Joonis 4.8	Terviseameti poolt Eesti arstidele ja õdedele välismaal töötamiseks väljastatud kutsevalifikatsiooni tunnustamise tõendite arv	109
Joonis 5.1	Eesti tervisesüsteemis kasutatavad ravikäsitlused	121
Joonis 5.2	Pereõdede poolt nõustatud II tüüpi diabeediga patsientide hõlmatud, 2007–2011	126
Joonis 5.3	Ambulatoorsed vastuvõtud ühe isiku kohta WHO Euroopa regioonis 2010. aastal või aastal, mille kohta on andmed kättesaadavad	127
Joonis 5.4	Kulud ambulatoorsele eriarstiabile protsendina eriarstiabi kogukuludest, 2001–2011	129
Joonis 5.5	Eesti Haigekassa kogukulud hüvitatud retseptiravimitele ja haigekassa kulud patsiendi kohta	139
Joonis 7.1	15–74-aastaste elanike rahulolu tervisesüsteemiga, ravi kvaliteedi ja kättesaadavusega Eestis, 2003–2012	164
Joonis 7.2	15–74-aastaste elanike rahulolu perearstiabi-, eriarstiabi- ja haiglateenustega Eestis, 2003–2012	165
Joonis 7.3	Eesti meeste ja naiste oodatav eluiga, 1990–2011	168
Joonis 7.4	Tõenäosus surra enne 5. eluaastat 1000 elussünni kohta Eestis ja ELis, 1990–2011	168
Joonis 7.5	Oodatav eluiga sünnihetkel ja tervishoiu kogukulud elaniku kohta, 2009. aastal või aastal, mille kohta on andmed kättesaadavad	170
Joonis 7.6	Hinnang oma tervisele sisetulekuvintiili ja haridustaseme lõikes Eestis, 2009	172
Joonis 7.7	Keskmine haiglas ja aktiivravihaiglas viibimise aeg Eestis ja ELis, periood 1990 kuni viimane aasta, mille kohta on andmed kättesaadavad	175

Tahvlid

lehekülg

Tahvel 2.1	Õigusnormid	44
Tahvel 5.1	Näide insuldijuhtumi kiirabist Eestis	134

Kokkuvõte

Eesti tervisesüsteemi analüüs käsitleb viimaseid arenguid tervisesüsteemi korralduses, juhtimises ja rahastamises, tervishoiuteenuste osutamises, tervisesüsteemi reformides ja toimivuses.

Põhiküsimus on kahtlemata 2008. aasta finantskriis. Vaatamata sellele, et Eesti on majanduslangusega üsna edukalt toime tulnud ja üldine rahulolu tervisesüsteemiga on endiselt suur, on raske prognoosida kokkuhoiumeetmete pikemaajalist mõju. Nimetatud meetmete hulka kuulusid hüvitiste ja hindade kärpimine, omaosaluse suurendamine mõne teenuse puhul, ravijärjekordade pikendamine ja eriarstiabi pakkumise vähendamine. Tervisetulemustega seoses paranes oodatav eluiga, mis läheneb Euroopa Liidu keskmisele, ning samuti vähenes imikusuremus. Vähendada tuleks suitsetamist ja alkoholi tarvitamist, mis praegu tingib suurema osa välditavast haiguskoormusest. Kuigi elanikkonna tervisekäitumine on paranemas, on elanikkonnarühmade tervislik ebavõrdus suur ning eriti noorte seas on tõusmas ülekaalulisuse näitajad. Tervishoius langeb omaosalusmaksete koormus endiselt haavatavatele rühmadele. Lisaks sellele on haiglate ja voodikohtade arv ning keskmine haiglas viibimise aeg vähenenud ELi keskmisele tasemele, kuid voodihõive on endiselt ELi keskmisest madalam ja tõhusust saaks parandada. Vaadates ettepoole võib öelda, et paljud kriisieelsed probleemid on endiselt lahendamata. Need hõlmavad järgmist: tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkuse ja piisavate inimressursside tagamine, tervishoiu muutmine patsiendikeskseks, tervishoiu- ja sotsiaalteenuste lõimimine, sektoritevahelise koostöö tõhustamine tervisekäitumise parandamiseks, tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamine nõrgematele sotsiaal-majanduslikele rühmadele ning tervisesüsteemi hindamis- ja seirevahendite parandamine.

Lühiülevaade

Sissejuhatus

Eesti on oma 1,3 miljoni elanikuga Balti riikidest väikseim. Ta sai iseseisvaks riigiks 1918. aastal, okupeeriti Nõukogude Liidu poolt 1940. aastal ja taasiseseisvus 1991. aastal. Järgnesid kiired majandus- ja sotsiaalreformid. 2004. aastal ühines Eesti NATO ja Euroopa Liiduga ning 2010. aastal OECDga. Enne Nõukogude okupatsiooni oli Eesti nii majanduslikult kui ka rahva tervise poolest võrdväärne Põhjamaadega. Okupatsioon tõi aga kaasa stagnatsiooni ja allakäigu, mis kulmineerus 1990. aastate alguses majanduse kokkuvarisemisega ja rahva tervise drastilise halvenemisega. Lähiajalos oli rahvatervise olukord halvim 1994. aastal. Taasiseseisvumiseelne oodatav eluiga saavutati uuesti alles 2000. aastal. Radikaalsed majandusreformid kiirendasid majanduskasvu aastatel 2000–2007 keskmiselt 8,8%-ni aastas. Ülemaailmne majanduskriis koos riigieelarve range tasakaalupoliitikaga päädisid 2009. aastal majanduskasvu aeglustumisega 14% võrra. Majanduskasv pöördus uuesti positiivseks 2010. aastal, olles 3%.

Tervise- ja sotsiaalsüsteemi reformid on olnud sama ulatuslikud kui majanduses. Suremus on märkimisväärselt vähenenud, mistõttu oodatav eluiga on pikenenud 1994. aasta 66,5 aastalt 2011. aastal 76,3 aastale. Samal ajal on oodatava eluea sooline erinevus ligikaudu 10 aastat, mis on ELi üks suuremaid. See on ka oluline põhjus, miks Eesti oodatav eluiga on lühem ELi keskmisest (2009. aastal 79 aastat).

Nagu kogu Euroopas, vananeb ka Eesti rahvastik. Suremuse ja haigestumuse peamised põhjused on südame-veresoonkonnahaigused ja vähktõbi, ent üha rohkem kasvab ka luu- ja lihaskonnahaiguste ja vaimse tervise probleemide osatähtsus. Oluliseks rahvatervise probleemiks on jätkuvalt 1990. aastate alguse üleminekuperioodi pärand vägivaldsete surmade näol (eelkõige enesetapud, kallaletungid, liiklusõnnetused, eriti meeste puhul). Suur probleem on alkoholi liigtarvitamine. Puhta alkoholi tarvitamine elaniku kohta tõusis 1995. aasta 5,6 liitrit 2007. aastal 12,6 liitriks. Ehkki nakkushaiguste osatähtsus väheneb, on

olukord jätkuvalt tõsine HIVi/AIDSi ja tuberkuloosi puhul, sealhulgas (multi) ravimresistentse tuberkuloosi puhul, mis tuvastati 2011. aastal 23,4%-l uutest tuberkuloosijuhtumitest. Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 kohaselt peaks oodatav eluiga 2020. aastaks tõusma meestel 75 aastani ja naistel 84 aastani ning tervena elatud eluiga vastavalt 60 ja 65 aastani.

Tervisesüsteemi korraldus ja juhtimine

Tervisesüsteemi juhib Sotsiaalministeerium koos oma allasutustega, sealhulgas olulisemate riiklike ametitega, nagu näiteks Ravimiamet, Terviseamet (mis teeb järelevalvet tervishoiuteenuste osutajate üle, tagab nakkushaiguste seire ja jälgib tervishoiueeskirjade täitmist) ning Tervise Arengu Instituut (rahvatervise valdkonna teadus- ja arendusasutus). Tervisesüsteemi rahastamist korraldab sõltumatu Eesti Haigekassa. Eesti E-tervise Sihtasutus haldab riiklikku e-tervise süsteemi. Tegemist on platvormiga, mis ühendab kõiki tervishoiuteenuste osutajaid ning võimaldab andmevahetust mitmesuguste teiste andmekogudega. Platvormi kaudu saab iga patsient tutvuda oma terviseandmetega.

1990. aastate alguse põhjalike reformide eesmärk oli asendada tsentraliseeritud rahastamise ja juhtimisega tervisesüsteem detsentraliseeritud mudeliga, mida rahastatakse sotsiaalkindlustuse kaudu. Aastatel 2000–2003 toimus õigusaktide korrastamine, mis puudutas mitmeid valdkondi, sealhulgas tervishoiu rahastamist, teenuste osutamist ja osapoolte (teenuse ostja ja osutaja ning patsient) suhete reguleerimist. Hiljem toimus õigusaktide ühtlustamine Euroopa Liidu õigusega ning reageerimine uutele vajadustele. 1990. aastate detsentraliseerimine ei andnud tulemuseks tõhusaid ja kättesaadavaid tervishoiuteenuseid, mistõttu viimase kümne aasta jooksul on ilmnunud taas suund rahastamise ja planeerimise tsentraliseerimise poole.

Tõenduspõhisuse suurendamiseks tervisepoliitika otsuste tegemisel on Eesti püüdnud tugevdada meetodikaid ja protsesse näiteks ELi tasandil toimuva rahvusvahelise koostöö kaudu. Tartu Ülikooli juurde asutati tervisetehnoloogiate hindamise keskus. Otsustamisel on see, kas keskus hakkab tulevikus oma ülesandeid täitma eraldiseisva valitsusasutusena või ülikooli raames.

Rahastamine

Üldised tervishoiukulud on Eestis suhteliselt madalad – 2011. aastal 5,9% SKPst (ELi keskmine: 9,59%) – ja isegi madalamad kui teistes Balti riikides. Samas on suhteliselt suur tervishoiukulude avalikult rahastatav osa (Kesk- ja Ida-Euroopa riikidest on see suurem veel ainult Tšehhi Vabariigis ja Horvaatias). Rahvastiku tervise arengukava näeb konkreetse eesmärgina ette, et omaosaluskulud peavad jääma alla 25% kogukuludest.

Rahastamine toimub esmajoones sihtotstarbelise ravikindlustusmaksu kaudu, mis moodustab ligikaudu kaks kolmandikku kogu tervisesüsteemi rahastamisest. Sotsiaalministeerium vastutab riigieelarve vahenditele toetudes kindlustamata inimeste vältimatu abi ja kiirabi kulude katmise eest ning rahastab rahvatervise programme. Kohalike omavalitsuste roll tervisesüsteemi rahastamisel on suhteliselt väike: nemad kannavad vaid pisut üle 1% kogukuludest. Omavalitsuste roll on määratlemata, mistõttu rahastamistavad on omavalitsustes väga erinevad. Erasektor katab ligikaudu 20% tervishoiu kogukuludest, makstes eelkõige omaosalust ravimite ja hambaraviteenuste eest. Erasektori osalus on kriisi ja üldise kokkuhoiu tõttu vähenenud. Oma osa selles on siiski ka geneeriliste ravimite väljakirjutamise sagenemisel. Välisrahastuse (peamiselt ELi struktuurifondid) osatähtsus on üsna väike – vaid pisut üle 1% kogukuludest –, ent moodustab olulise osa kapitalikulude ja rahvaterviseprogrammide rahastamisest.

Ravikindlustussüsteemiga on hõlmatud ligikaudu 95% elanikkonnast. Osamaksed on seotud tööhõivega, kuid umbes pool kindlustatutest on tööhõives mitteosalevad isikud (lapsed ja pensionärid). Pikemas perspektiivis nähakse selles ohtu tervisesüsteemi jätkusuutlikkusele, kuna kitsas tulubaas on suures osas seotud palkadega. Välja on pakutud võimalusi tulubaasi laiendamiseks.

Kindlustatud isikutele tervishoiuteenuste põhiosaja on Eesti Haigekassa. Lepingud ja meetodid teenuseosutajatega läbirääkimiste pidamiseks on järk-järgult välja töötatud. Samamoodi on paika pandud uued maksesüsteemid. 2004. aastast rakendatakse haiglate puhul diagnoosipõhist tasustamisviisi (ingl k *diagnosis related group*, DRG), mida täiendavad teenusepõhised tasud ja voodipäevatasud. Üldarstiabis lisanduvad vanusrühmade lõikes diferentseeritud pearahamaketetele, teatavate erialade teenusepõhiste tasudele ning baasrahale 2006. aastal rakendatud lisatasud, mille eesmärk on ergutada teatavate krooniliste haiguste ennetamist ja ravi.

Materiaalsed ja inimressursid

Kõik Eesti tervishoiuasutused on majanduslikus ja rahalises mõttes, sealhulgas oma laenugevuses ja investeringutes täielikult isemajandavad. Majanduse kasvuaastatel 2004–2008, kui ravikindlustuse eelarve kahekordistus, tõsteti tervishoiutöötajate palku, osteti meditsiiniseadmeid ning renoveeriti ELi struktuurifondide toel hooneid. 2010. aastaks oli suurem osa haiglahooneid viidud märkimisväärselt paremasse seisukorda, mistõttu sai hakata investeerima kõrgtehnoloogilistesse lahendustesse ravikvaliteedi parandamiseks. Majanduslanguse tõttu ei ole Eesti tervishoiu rahastamine alates 2008. aastast suurenenud. See on takistanud tervishoiuasutustel hoonetesse ja tehnoloogiasse investeerimast eelkõige seepärast, et spetsialistide hoidmise eesmärgil peetakse esmatähtsaks palkade tõstmist.

Eestis töötavate arstide arv elaniku kohta on võrreldav ELi 27 liikmesriigi keskmisega, kuid õdede ja arstide suhtarv on ELi keskmisest oluliselt väiksem. See pärsib aktiivravi võimalusi ja õenduse arendamist. Kuna väljaränne on suur, meditsiinikoolid ei tooda piisavalt järelkasvu ja elanikkonna vanuseline struktuur halveneb, väheneb töötav arstikond hinnanguliselt 1–2% võrra aastas, õdede arv aga koguni kaks korda kiiremini.

Nõukogudeaegse plaanimajanduse seatud eesmärgid tekitasid voodikohtade suure ülepakkumise ning erialade liiduülene regionaalne planeerimine koondas Eestisse ülemäärase võimsuse kirurgias. Kuna tervisesüsteemi reformid aastatel 2000–2002 löid turumajandusliku õigusraamistiku, tajusid haiglahujud haigekassa lepingute saamisel konkurentsi. Selline konkurents andis äraspidise stiimuli investeerida haigekassa poolt soodsamalt rahastatud eriarstiabi arendamisse, olgugi et samu teenuseid pakkusid ka teised haiglad. Dubleerimine on kõige nähtavam Tallinnas, kus kolm suurt haiglat on seadnud eesmärgiks pakkuda täiemahulist teenustevalikut. Haiglataristu ja ambulatoorse eriarstiabi teenuste koordineerimatu arendamine ohustab eelkõige väiksemate haiglate jätkusuutlikkust.

Teenuste osutamine

1990. ja 2000. aastate mitmesuguste struktuuri- ja juhtimisreformidega püüti vähendada haiglate (ja voodikohtade) arvu ning seada keskseks tervishoiuteenuse pakkujaks üldarstiabi teenuse osutajad. Üldarstiabi on patsiendi esmane kokkupuutepunkt tervisesüsteemiga ning seda pakuvad sõltumatud perearstid, kes töötavad kas üksinda või rühmiti ning keda üha enam

toetavad pereõed. Perearstid töötavad oma patsiendinimistu alusel. Perearstidel on nn värvavahi roll eriarstide juurde suunamisel, kuigi mõne eriarsti juurde (nt günekoloogid, psühhiaatrid) saab ka ilma suunamiseta. Eriarstiabi teenuseid osutatakse nii riiklikult rahastatud kui ka eraõiguslikes tervishoiuasutustes (haiglad ja ambulatoorsed tervishoiuasutused). Ravijärjekorrad võivad olla väga pikad (mõne operatsiooni puhul) ning on 2008. aasta finantskriisile järgnenud kokkuhoiumeetmete tõttu veelgi pikenenud. Ravimeid saavad patsiendid osta eraõiguslikel alustel tegutsevatest apteekidest. Alates 2013. aasta aprillist on apteekidel õigus ravimeid müüa ka interneti teel. Kiirabi rahastatakse riigieelarvest, et tagada teenuse pakkumine kõigile Eesti elanikele. Palliatiivravi ja hooldusravi toimub õendusabi osana. Toetus- ja alternatiivravi osatähtsus Eesti tervisesüsteemis ei ole suur ega seadusega reguleeritud.

Nõukogudeaegselt tsentraliseeritud sanitaar-epidemioloogiliselt süsteemilt, mis keskendus peamiselt ravile ja kontrollile, on üle mindud detsentraliseerituma ja paljude osalistega rahvatervisemudelile, mis tegeleb ka haiguste ennetamise, tervise edendamise ja tervisemõjuritega.

Peamised reformid tervisesüsteemis

Viimaste aastate põhiküsimus on olnud 2008. aasta finantskriisi tagajärgedega toimetulek. Esmane eesmärk on olnud säilitada elanikkonna rahaline kaitetus, vähendamata samal ajal üldist ravikindlustuse paketti. Rakendatud kokkuhoiumeetmete pakettis nähti ette teatavate teenuste ja hüvitiste vähendamine, suurendati mõne teenuse puhul omaosalust, pikendati ravijärjekordi, tõsteti ravimite käibemaksumäära, edendati ravimite mõistlikku kasutamist, keskenduti üld- ja ambulatoorsele arstiabile ning vähendati eriarstiabi pakkumist. Rahastamise vähenemise tõttu langesid ka töötasud. Eesti Haigekassa võttis puudujäägi katmiseks kasutusele majanduskasvu aastatel kogutud reservi ning tuli langusest üsna edukalt välja, suutes säilitada ka suurema osa oma reservidest. Rahvatervise eelarve ja kapitaliinvesteeringute vähenemist tasakaalustati ka Euroopa struktuurifondide abil.

2000. aastate suur tervisepoliitiline algatus oli rahvastiku tervise arengukava heakskiitmine 2008. aastal. Selle rakendamist on finantskriis siiski mõnevõrra pärssinud. Tegevuskava nõrkus, tervishoiutöötajate rahulolematus oma palkadega, kollektiivlepingute puudumine ja suur töökoormus olid põhitegurid, mis kutsusid esile arstide ja õdede streigi 2012. aasta oktoobris. Tervishoiutöötajad väitsid ka, et valitsus on palju aastaid edasi lükanud olulisi struktuurireforme, näiteks teenuseosutajate võrgustiku ümberkorraldamist ning

tervisesüsteemi jätkusuutlikkuse tagamiseks vajalikke meetmeid. Kokkulepe streigi lõpetamiseks saavutati 2012. aasta detsembris. Selleks määrati kindlaks ja sõnastati mitu probleemvaldkonda ja tegevust seoses tervisesüsteemi jätkusuutlikkuse tagamisega. Sellegipoolest on veel vara ennustada, kas need struktuursed reformid leiavad aset ja millised on streigi tulemused pikemas perspektiivis.

Hinnang tervisesüsteemile

Käesolev hinnang Eesti tervisesüsteemile on antud finantskriisist taastumise taustal, kusjuures kriisi enda täielikku mõju võib olla veel vara hinnata. Oodatav eluiga on alates 1990. aastate lõpust püsivalt kasvanud ja lähenemas ELi keskmisele. Samas püsib jätkuvalt keskmise eluea suur, 10-aastane lõhe naiste kasuks, mis aeglustab näitaja lähenemist ELi keskmisele. Ka paljud teised tervisenäitajad on kiiresti paranemas, nende hulgas kõige silmapaistvamalt imikusuremus. Suurem osa praegusest välditavast haiguskoormusest on koondunud tööelisele elanikkonnale. Seda tingivad mitmesugused riskitegurid, nagu näiteks suitsetamine ja alkoholi tarvitamine. Kuigi elanikkonna tervisekäitumine on üldiselt paranemas, ei ole areng eri vanuse- ja soorühmades ning sotsiaal-majanduslikes rühmades ühtlane. Rasvumuse määr on füüsilise aktiivsuse vähesuse ja toitumisharjumuste tõttu enamikus rahvastikurühmades, eriti aga nooremate inimeste seas tõusnud.

Ehkki finantskriis sundis tervishoius vähendama teenuste mahtu ja rakendama kokkuhoiukavasid, vähenes üllataval kombel oluliselt nende inimeste arv, kes kurtsid ravi kättesaadavuse üle – põhjus võib olla selles, et inimesed lükkasid ravi edasi. Tervishoiu rahastamises on omaosalusmaksete osatähtsus 2006. aastast saadik vähenenud, ent suurim koormus lasub endiselt haavatavatel rühmadel. Elanikkonna rahulolu uuringud näitavad aga, et üldine rahulolu Eesti tervishoiuga on olnud püsivalt kõrge. Kuigi rahulolu tervishoiuteenuste kvaliteediga on märkimisväärselt paranenud, ei ole rahulolu tervishoiuteenuste kättesaadavusega 2003. aastast alates kasvanud.

Tervisesüsteemi efektiivsuse näitajate tulemused on vastakad. Ühelt poolt on haiglate ja voodikohtade arv ning keskmine haiglas viibitud aeg vähenenud ELi keskmise tasemele. Teiselt poolt jääb voodihõive ikka veel allapoole ELi keskmist ja on teenuseosutajate lõikes väga erinev, mis tähendab, et selles valdkonnas on arenguruumi. Õdede arv arsti kohta on aastate jooksul jäänud samaks ning ka see viitab olukorra parandamise võimalustele.

Lõpetuseks: OECD riikide võrdlevad andmed näitavad, et Eesti oodatav eluiga on madalam, kui võiks eeldada, lähtudes tervishoiukulutustest elaniku kohta. Samal ajal on Eesti jõudmas punkti, kus tervishoiukulutuste suurendamine hakkab oodatava eluea pikenemist üha vähem mõjutama. Seega on tervisesüsteemis lähiaastatel vaja süsteemseid muutusi, et säilitada 1990. aastate kesksaajal alanud oodatava eluea kiire tõusu trend. Asjakohased meetmed peaksid keskenduma elanikkonnarühmade tervisega seotud ebavõrdsuse vähendamisele, haavatavate rühmade rahalise kaitstuse tugevdamisele seoses tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja nende kasutamisega, elanikkonna käitumuslike terviseriskide vähendamisele ning tervishoiu efektiivsuse suurendamisele ja teenuste omavahelisele integreerimisele.

Järeldused

Sotsiaalministeerium ja Eesti Haigekassa on majanduslanguse tingimustes üsna hästi toime tulnud, ehkki mõne kärpe pikaajalist mõju on praegu raske ennustada. Kriisiaastatel on mõnda olulist reformi edasi lükatud, mis on tekitanud rahulolematust töötajate seas. Selge on, et seniste reformide arengu huvides on lähiaastatel vaja tegelda hulga pikaajaliste probleemidega.

Esiteks, kõige enam on arutatud tööjõumaksudel põhineva tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkuse küsimust. Tervishoiutöötajate streigi lõpetuseks 2012. aasta detsembris kokkulepitud palgatõus ja töökoormuse vähendamine ainult suurendavad seda pinget. Teiseks, Eesti tervisesüsteemi jaoks on põhiküsimus piisava inimressursi tagamine. See tähendab, et rohkem on vaja koolitada tervishoiuspetsialiste, ümber kujundada rahalised stiimulid ja suurendada vastutust. Kolmandaks, tervisesüsteemi prioriteet on ka patsiendikeskne tervishoid ja kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavus. Suur samm patsiendikesksuse poole oleks ravi- ja sotsiaalhoolekandeteenuste edasine lõimimine põhjalikuks krooniliste haiguste ravi juhtimise süsteemiks. Lisaks on vajadus tugevama, laiahaardelisema ja kestlikuma sektoritevahelise koostöö järele tervisekäitumise parandamisel ja õnnetuste vältimisel, mis on välditava haiguskoormuse peamised tegurid. Neljandaks, kuigi omaosalusmaksete osatähtsus tervishoiu kogukuludes on 2010. aastast saadik vähenenud, on selle mõju nõrgematele sotsiaal-majanduslikele rühmadele seoses tervishoiuteenuste (eelkõige hambaravi), ravimite ja meditsiiniseadmete kättesaadavusega endiselt probleem. Lisaks on vaja tõhustada teenuseosutajate

tegevuse hindamise ja seire vahendeid kogu tervisesüsteemis, et parandada teenuste kvaliteeti ja tervisetulemusi. Oluline osa selles on investeeringutel e-tervise süsteemi, mis tõhustab teabevahetust ja suurendab vastutust.

2013. aasta jaanuaris allkirjastatud koostööleping paljusid nimetatud probleemidest käsitlebki. Kuidas aga need lahendatakse, sõltub suures osas sellest, kuidas seda dokumenti ellu viima hakatakse.

1. Sissejuhatus

Eesti on Läänemere idarannikul asuv riik, mille rahvaarv on 1,3 miljonit. Ta sai iseseisvaks riigiks 1918. aastal, okupeeriti Nõukogude Liidu poolt 1940. aastal ja taasiseseisvus 1991. aastal. Kiired majandus- ja sotsiaalreformid tagasid riigi ühinemise Euroopa Liidu (EL) ja Põhja-Atlandi Lepingu Organisatsiooniga (NATO) 2004. aastal ning Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooniga (OECD) 2010. aastal. Eesti on demokraatlik parlamentaarne vabariik. Eesti riigipea on president, kelle täita on peamiselt esindusülesanded. Enne Nõukogude okupatsiooni 1940. aastal oli Eesti nii majanduslike kui ka rahvastiku tervise näitajate poolest võrdväärne Skandinaavia maadega. Okupatsioon tõi aga kaasa stagnatsiooni ja allakäigu, mis kulmineerus 1990. aastate alguses majanduse kokkuvarisemise ja rahva tervise drastilise halvenemisega. Lähiajaloo oli rahvatervise olukord halvim 1994. aastal. Radikaalsed majandusreformid kiirendasid majanduskasvu aastatel 2000–2007 keskmiselt 8,8%-ni aastas. Ülemaailmne majanduskriis koos riigieelarve range tasakaalupoliitikaga päädisid 2009. aastal majanduskasvu aeglustumisega 14% võrra. Majanduskasv pöördus uuesti positiivseks 2010. aastal, olles 3%.

Tervise- ja sotsiaalsüsteemi reformid on olnud sama ulatuslikud kui majanduses. Suremus on märkimisväärselt vähenenud, mistõttu oodatav eluiga on pikenenud 1994. aasta 66,5 aastalt 2011. aastal 76,3 aastale. Samal ajal on oodatava eluea sooline erinevus ligikaudu 10 aastat, mis on ELi üks suuremaid. See on ka üks põhjusi, miks Eesti oodatav eluiga on lühem ELi keskmisest (2009. aastal 79 aastat).

Eesti rahvastik vananeb. Suremuse ja haigestumuse peamised põhjused on südame-veresoonkonnahaigused ja vähktõbi, ent üha rohkem kasvab ka luu- ja lihaskonnahaiguste ja vaimse tervise probleemide osatähtsus. Oluliseks rahvastiku tervise probleemiks on jätkuvalt 1990. aastate alguse üleminekuperioodi pärand vägivaldsete surmade näol (eriti meeste puhul).

1.1 Geograafiline asukoht ja rahvastik

Eesti on kolmest Läänemere idarannikul asuvast Balti riigist väikseim. Eesti paikneb ELi idapiiril ning piirneb idas Venemaa ja lõunas Lätiga (vt joonis 1.1). Eesti pindala on ligikaudu 45 227 km² ehk veidi suurem kui näiteks Taanil või Madalmaadel. Eestil on 3794 kilomeetrit pikk rannajoon. Kliima on pehmem kui tavaline kontinentaalne kliima, aastane keskmine õhutemperatuur on 5 °C, vihmapäevi aastas on 160 kuni 190.

Joonis 1.1

Eesti kaart



Allikas: ÜRO, 2013.

Eesti rahvaarv on 1 294 455 (seisuga 31. detsember 2011), umbes 30% rahvastikust elab maapiirkondades. Alates 1990. aastast on Eesti rahvaarv vähenenud ligikaudu 230 000 inimese võrra (ligikaudu 32 000 alates 2000. aastast), kuid kahe suurema linna rahvaarv on jäänud samaks (Statistikaamet, 2013). Rahvaarvu vähenemine on tingitud peamiselt itta ja läände väljarändest ning negatiivsest loomulikust iibest. Sündimuse üldkordaja tõusis 1998. aasta madalaimalt tasemelt (8,8 elussündi 1000 elaniku kohta) 12 elussünnini 1000

elaniku kohta 2008. aastal ning stabiliseerus aastatel 2009–2010 tasemele 11,8 (Statistikaamet, 2013). Suremuskordaja on pidevalt langenud alates 1994. aastast (WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2013), kuid positiivne iive saavutati üksnes 2010. aastal ning seegi oli nimetatud aastal marginaalne (vt tabel 1.1). Rahvastiku vanuselist struktuuri iseloomustab see, et alla 15% rahvastikust on 0–14-aastased ning nende osatähtsus väheneb, samas on 65-aastaste ja vanemate osatähtsus jäänud alates 2007. aastast samaks: ligikaudu 17% (WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2013). Neid suundumusi vanadussõltuvusmäär veel ei peegelda. Kõnealune näitaja on aastatel 2000–2012 kõikunud 50% ja 47% vahel, kuid vananeva elanikkonna koormus ühiskonnale lähiaastatel tõenäoliselt suureneb, kui sündimus ja tööealine elanikkond jätkuvalt väheneb (vt tabel 1.1).

Tabel 1.1

Demograafilised näitajad, 1980–2011

Näitaja	1980	1990	2000	2005	2010	2011
Rahvastik kokku	1 477 219	1 569 174	1 369 515	1 346 098	1 340 160	1 339 928
Rahvastik, naised (% koguarvust)	54	53	54	54	54	54
Rahvastiku vanuserühm 0–14 (% koguarvust)	–	22,25	18	15,25	15,24	15,42
Rahvastiku vanuserühm 65-aastased ja vanemad (% koguarvust)	–	11,64	15,07	16,62	17,04	17,1
Rahvastiku vanuserühm 80-aastased ja vanemad (% koguarvust) ^a	2,16	2,55	2,63	3,2	4,17	4,36
Rahvastiku aastane iive ^a	2,71	1,76	–3,9	–2,2	0,03	–0,39
Rahvastikutihedus (inimest km ² kohta)	32,66	34,69	30,28	29,76	29,63	29,62
Summaarne sündimuskordaja (sünde ühe naise kohta)	2,02	2,05	1,39	1,5	1,64	1,52
Sündimuse üldkordaja (1000 inimese kohta)	15,03	14,21	9,54	10,66	11,81	10,96
Suremuse üldkordaja (1000 inimese kohta)	–	12,45	13,44	12,86	11,78	11,35
Vanusest tingitud ülalpeetavuse määr ^{a,b}	–	0,89	0,50	0,47	0,48	0,48
		(1989)				
Rahvastiku jaotumine (linnarahvastiku osatähtsus %)	69,7	71,1	69,4	69,4	69,5	–
Üheliikmeliste leibkondade osatähtsus (%) ^a	–	–	31,2	31,8	37,0	34,9
Kirjaoskuse määr (%) 15-aastaste ja vanemate hulgas)	99,8	99,8	99,8	–	99,8	–

Allikad: WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2013; ^aStatistikaamet, 2013.

Märkus: „–“: andmed puuduvad; ^bVanusest tingitud ülalpeetavuse määr on laste (0–14-aastased) ja eakate (65-aastased ja vanemad) suhe tööealisesse elanikkonda (15–64-aastased).

NSVLi kuulumise ajal tekkis Eestis arvukas vene vähemus (30,3% 1989. aastal). Kuna peaaegu üks kolmandik venelastest rändas Eestist välja perioodil 1998–2000, on selle rahvusvähemuse osatähtsus Eestis langenud 25,4%-ni (2006) ning jäänud sellest ajast alates samaks. Teiste vähemusrühmade hulka kuuluvad ukrainlased (2,0%) ja valgevenelased (1,1%), kellest rohkem kui 40% rändasid Eestist välja pärast 1989. aastat. Üle 90% vene keelt kõnelevast elanikkonnast elab Tallinnas ja Venemaa Föderatsiooni piiri

ääres asuvates Kirde-Eesti linnades (Statistikaamet, 2013). Muud peamised sotsiodemograafilised näitajad viitavad sellele, et keskhariduse või kolmanda taseme haridusega elanikkonna osatähtsus on aastal 2011 stabiilselt 82% (Euroopa Komisjon, 2013a). Ainult 15% elanikkonnast usub jumalat (Euroopa Komisjon, 2005b) ning eelkõige kuuluvad nad luteri ning kreeka või vene õigeusu kiriku alla (Statistikaamet, 2013).

1.2 Majanduslik taust

Eesti alustas oluliste majandusreformidega 1990. aastate alguses ja 1993. aastaks õnnestus sisemajanduse koguprodukti (SKP) langustendents konservatiivset rahanduspoliitikat, liberaalset majanduspoliitikat ja lihtsat maksusüsteemi kasutades vastupidiseks pöörata. 2004. aastal toimunud ühinemisel ELiga oli märkimisväärne lisamõju riigi majanduse arengule. Aastal 2011 moodustas SKP elaniku kohta ostujõu pariteedi alusel 67% ELi 27 liikmesriigi (EL 27) 2011.aasta keskmisest (Euroopa Komisjon, 2013a). SKP keskmine aastane kasv elaniku kohta oli ajavahemikul 2000–2007 Eestis 8,8%, kuid ülemaailmne majanduskriis mõjutas Eesti majandust tõsiselt: 2008. aastal langes see näitaja 5% ja 2009. aastal 14%. 2010. aastal aga kasvas SKP elaniku kohta 3,4% ja 2011. aastal 8,3% (Statistikaamet, 2013) (vt tabel 1.2).

Pärast iseseisvuse taastamist 1991. aastal alanud majandusreformid mõjutasid positiivselt tööturgu: töötuse määr langes 2007. aastal 4,7%-ni võrreldes ELi sama aasta näitajaga 7,2%. Majanduskriisi ajal kasvas töötuse tase kiiresti, jõudes 2010. aastal 16,9%-ni (ELi keskmine 9,7%) (Euroopa Komisjon, 2013a). Koos SKP taastumisega langes töötuse määr 2012. aastal 10,2%-ni, samas kui ELi keskmine näitaja kasvas 10,5%-ni. Suure osa majanduskriisiaegsest töötusest moodustas meeste töötus: see oli 5–6% võrra kõrgem kui naistel. Olukord on peaaegu normaliseerunud ning aastaks 2011 vähenes naiste ja meeste töötuse erinevus 2,3%-ni (Statistikaamet, 2013).

Tabel 1.2
Makromajanduslikud näitajad, 1995–2011

	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
SKP PPP alusel (USA dollarites)	9 072,1	13 533,3	22 275,1	25 712,4	28 956,9	29 582,3	26 095,4	26 927,2	29 473,8
SKP elaniku kohta (püsihindades, eurod)	3 984,8	5 779,1	8 306,7	9 162,9	9 863,1	9 460,8	8 131,9	8 403,4	9 100,4
SKP elaniku kohta ostujõu pariteedi alusel (USA dollarites)	6 314,8	9 881,9	16 547,9	19 137,7	21 582,7	22 065,2	19 470,3	20 092,5	21 995,3
SKP keskmine kasv aastas ^a	8,7	10,3	9,1	10,3	7,7	-4,0	-14,0	3,4	8,3
Avaliku sektori kulutused (% SKPst) ^b	41,3	36,1	33,6	33,6	34,0	39,5	45,2	40,6	-
Rahaliste vahendite ülejääk/puudujääk (% SKPst)	1,6	0,2	2,0	2,6	2,8	-2,3	-1,5	0,03	-
Maksukoormus (% SKPst)	1,6	0,2	2,0	2,6	2,8	-2,3	-1,5	0,0	2,0
Valitsemissektori koguvõlg (% SKPst) ^b	8,2	5,1	4,6	4,4	3,7	4,5	7,2	6,7	6,1
Tööstussektoris loodud lisandväärtus (% SKPst)	32,9	27,5	28,6	29,7	29,6	28,9	26,6	28,9	-
Põllumajandussektoris loodud lisandväärtus (% SKPst)	5,8	4,9	3,6	3,2	3,1	2,7	2,6	3,5	-
Teenustesektoris loodud lisandväärtus (% SKPst)	61,3	67,6	67,9	67,1	67,2	68,3	70,8	67,6	-
Tööjõud, kokku (% tööjõust) ³	-	662,4	659,6	686,8	687,4	694,9	690,9	686,8	695,9
Töötus, kokku (% tööjõust)	9,7	13,6	7,9	5,9	4,7	5,5	13,8	16,9	12,5
Suhtelise väesuse määr	-	18,3	18,3	19,4	19,5	19,7	15,8	17,5	17,5
Sissetulekute või varanduslik ebavõrdsus (Gini koefitsient) ^c	30,1	37,0	34,1	33,1	33,4	30,9	31,4	31,3	31,9
Tegelik intressimäär	7,5	2,5	-1,1	-3,4	-4,6	3,0	10,9	7,0	3,2
	(1996)								

Allikad: Maailmapank, 2013; ^aStatistikaamet, 2013; ^bWHO Euroopa Regionaalbüroo, 2013; ^cEuroopa Komisjon, 2013a.

Märkus: „-“: andmed puuduvad; PPP-ostujõu pariteet.

Eestis on kasutusel konservatiivne rahanduspoliitika, mis liberaalse majanduspoliitika (lubatud on näiteks kasumi maksuvaba taasinvesteering), lihtsa maksusüsteemi (ühtlase maksumääraga üksikisiku tulumaks ja väga selge mahaarvamise süsteem) ja tasakaalustatud eelarve abil tagab soodsa ja stabiilse keskkonna majanduslikuks arenguks. Valitsus on seadnud eesmärgiks saavutada pikaajaline eelarveline jätkusuutlikkus. See on otseselt seotud eespool kirjeldatud SKP ja töötuse taseme tugeva kõikumisega. Väike ja avatud majandus on tundlik maailma majanduskeskkonna muutuste suhtes. Peale selle kärbiti tõsiselt avaliku sektori kulusid, et säilitada tasakaalustatud riigieelarve vähenenud tulude tingimustes. 2011. aastal oli Eesti valitsemissektori võlg 6% SKPst, samal ajal kui ELi keskmine oli 82,5% (Euroopa Komisjon, 2013a). Selline range rahanduspoliitika tagas ka Eesti ühinemise euroalaga 2011. aastal. Sarnast konservatiivset lähenemist kasutati ka tervishoiu eelarve puhul, mida on siiani igal aastal tasakaalus hoitud. Majanduskriisi haripunktis tehti siiski mõned rasked eelarvekärped ning kasutati kogunenud rahareserve, et vältida edasisi kärpeid.

Eesti maksusüsteem on lihtne ja läbipaistev, selles on vähe erandeid ja erisusi. Eesti ühtlase maksumääraga üksikisiku tulumaks on üks liberaalsemaid maksusüsteeme maailmas. Üksikisiku tulumaksu määra kavandatud langetamine ühe protsendipunkti võrra aastas kuni 18%-ni peatus majanduskriisi ajal 2008. aastal ja on sellest alates jäänud 21% juurde. Lisaks on ettevõtete kasumid tulumaksust vabastatud, kui need taasinvesteeringusse ettevõtte arendamisse. See reform toetab valitsuse poliitikat maksustada tulusid madala maksumääraga. Kaudsete maksude osatähtsus on praegu siiski küllaltki kõrge. Käibemaksu tõsteti 2009. aastal 18%-lt 20%-ni ning ravimite ja meditsiiniseadmete käibemaksu 5%-lt 9%-ni. Autokütusele, alkoholile ja tubakatoodetele kehtestatud aktsiisimaksud tõsteti 2008. aastal märkimisväärselt. See suurendas omakorda regressiivsete maksude osatähtsust (väiksema sissetulekuga leibkonnad kulutavad tarbekaupadele suhteliselt rohkem). Aktsiisimaksude tõstmine alkoholi (üle 30%) ja tubaka (82%) puhul võis nende kaupade tarbimise vähenemise kaudu omada positiivset mõju tervisenäitajatele (Lai ja Habicht, 2011). Selle valdkonna uus arengusuund on esitatud riigi eelarvestrateegias, mis koostati 2012. aastal aastateks 2013–2016 ja 2013. aastal aastateks 2014–2017 (Rahandusministeerium, 2012, 2013) ning mille kohaselt peab alkoholi aktsiisimaks tõusma igal aastal 5% kuni aastani 2016 ning tubakatoodete aktsiisimaks 10% aastatel 2012 ja 2013 ja 6% aastal 2014, et ennetada nende toodete suhtelise hinna langust. Kõrgem maksukoormus tööjõule tuleneb peamiselt sotsiaalmaksust, mis moodustab 33% palgast ja mida töötajate eest maksab tööandja (sellest jaotatakse 13%

ravikindlustusele ja 20% pensionikindlustusele). 2002. aastal võeti kasutusele kohustusliku töötuskindlustuse süsteem, milles tasuvad makse nii töötajad kui ka tööandjad.

Jõukuse jaotumine Eestis on veidi ebavõrdsem kui ELi keskmine näitaja. 2011. aastal oli Eesti Gini koefitsient 31,9, samas kui ELi keskmine oli 30,7. Sissetuleku ebavõrdsuses on Eestis siiski ilmnenud positiivne langustrend, kuna Eesti Gini koefitsient oli 2004. aastal 37,4 (Euroopa Komisjon, 2013a). Teine jõukuse jaotumisega seotud näitaja, mis on ka üks tervise sotsiaal-majanduslikest mõjutajatest, on vaesuses või sotsiaalse tõrjutuse ohus elavate inimeste osatähtsus. Sellised inimesed moodustasid 2011. aastal Eesti elanikkonnast 23,1% võrreldes ELi keskmisega, mis oli 24,2% (Euroopa Komisjon, 2013a). Ka siin on trend positiivne, kuna vaesuses elas elanikkonnast 2005. aastal 25,9% võrreldes ELi keskmisega, mis oli 25,6%. Seepärast on Eesti üldine väljavaade positiivne ja läheneb Euroopa keskmisele.

1.3 Poliitiline taust

Eesti on demokraatlik parlamentaarne vabariik. Esmakordselt saavutas Eesti iseseisvuse 24. veebruaril 1918. 1940. aastal, pärast Teise maailmasõja algust, okupeeris riigi Nõukogude Sotsialistlike Vabariikide Liit (NSVL). Iseseisvus taastati 20. augustil 1991. Seadusandlikku võimu ja järelevalvet valitsuse tegevuse üle teostab ühekojaline parlament (Riigikogu), millel on 101 liiget ja mis valitakse neljaks aastaks. Alates 1920. aastast on tulnud kokku 12 Riigikogu koosseisu. Eesti Vabariigi valitsus teostab täidesaatvat võimu põhiseaduse ja sellega kooskõlas olevate Eesti Vabariigi seaduste alusel. Alates 1992. aastast, mil toimusid esimesed valimised taasiseseisvunud Eestis, on kõik valitsused olnud koalitsioonivalitsused ning koosnenud kahest või kolmest erakonnast. Hoolimata sellest, et ükski koalitsioon ei ole võimul olnud täit valitsemistsükli, on need olnud piisavalt stabiilsed, et käivitada ja ellu viia majandus- ja sotsiaalreformid.

Eesti riigipea on president, kelle Riigikogu või Riigikogu ja kohalike omavalitsuste rohkem kui 200 esindajast koosnev valimiskogu valib 5-aastaseks ametiajaks. Täna on taasiseseisval Eestil olnud kolm presidenti, käesoleva ülevaate koostamise ajal täidab seda ametikohta Toomas Hendrik Ilves. Täidesaatva võimuta presidendi peamine roll on Eesti esindamine rahvusvahelisel ja riigisisel tasandil ning Riigikogu vastuvõetud seaduste väljakuulutamise või sellest keeldumise. Peale selle kontrollib president

Riigikogu, nimetab Riigikogu heakskiidul ametisse peaministri ning nimetab ametisse ja vabastab ametist valitsuse liikmed ja kõrgemad riigiametnikud, nagu riigikontrolör, kohtunikud ja kaitsejõudude juhid.

Viimased parlamendivalimised toimusid 2011. aasta märtsis, mille järel moodustati kaheliikmeline parentsentristlik koalitsioon. 2011. aasta Riigikogu valimistel osales kokku üheksa aktiivset erakonda (Vabariigi Valimiskomisjon, 2012). Eesti erakonnad on üldjuhul tsentristlikud või parempoolsed. Käesoleva ülevaate koostamise ajaks on kõik valitsused olnud peamiselt parempoolsed, ehkki sotsiaaldemokraatlikud väärtused ja ideed on viimastel aastatel oma mõju suurendanud.

Halduslikult jaguneb Eesti 15 maakonnaks, mille elanike arv on vahemikus 8400 kuni 550 000. Iga maakonda juhib maavanem ja maavalitsuse nime kandev haldusstruktuur. Nii maavanem kui ka maavalitsuse liikmed on keskvalitsusele alluvad riigiteenistujad. Paljud riigiasutused, sealhulgas need, mis tegelevad tervishoiu korraldamise ja rahastamisega, ei toimi maakondade tasandil, vaid kahte kuni kuut maakonda hõlmavate piirkondlike osakondade kaudu.

Teine poliitiline tasand Eestis koosneb 226 omavalitsusüksusest (sealhulgas 33 linna). Omavalitsusüksuse keskmine elanike arv on 5500, kuid üksuste suurus ulatub umbes 70 kuni 100 000 inimeseni (Statistikaamet, 2013). Pealinn Tallinn oma ligikaudu 400 000 elanikuga on suurim omavalitsus. Kohalike omavalitsuste valimised toimuvad iga nelja aasta tagant. Omavalitsustel on iseseisev eelarve ja kohalike maksude kogumise õigus. Riik on õiguslikult kohustatud omavalitsustele üle kandma 11,57% omavalitsusüksuses elavatel inimestelt laekunud üksikisiku tulumaksust (Riigi Teataja, 2013).

Pärast iseseisvuse taastamist on ametiühingutega liitunud töötajate osatähtsus järk-järgult vähenenud ning praegu on see näitaja 3% (Euroopa Komisjon, 2013b). Ametiühingu esindajad kuuluvad siiski Eesti Haigekassa nõukogusse ja teistesse sarnastesse organitesse ning neil on riigi ja tööandjatega läbirääkimiste pidamise õigus. Organiseeritud huvirühmade mõju Eestis suureneb vastavalt nende pädevuse ja liikmete arvu kasvule. Tervishoius on loodud mitu organiseeritud huvirühma, näiteks Eesti Haiglate Liit, arstide ja õdede liidud, ravimite hulgimüüjate ja patsientide ühendused.

Kõige tähtsam poliitiline areng Eestis nii rahvusvaheliselt kui ka riiklikult oli ühinemine Euroopa Liiduga ja NATOga vastavalt 2004. aasta mais ja märtsis. 2010. aasta lõpul sai Eestist ka OECD liige. Nende organisatsioonidega ühinemisele eelnenud protsessil on olnud keskne roll poliitiliste ja majanduslike muudatuste elluviimisel Eestis alates 1990. aastate keskpaigast.

Eestlaste rahulolu ELi liikmestaatusega on pärast ühinemist suurenenud ning oli kõrgeim 2007. aastal: 66% eestlaste arvates oli ELi liikmeks olemine „hea”, samas kui ELis oli sama näitaja 57% (Euroopa Komisjon, 2012). 2011. aasta mais leidis ainult 49% eestlastest ja 47% eurooplastest, et ELi kuulumine on hea. Üks võimalikke põhjusi, miks enne majanduslangust oli rahulolu ELi kuulumisega suhteliselt kõrge, võib olla tuntav rahaline toetus, mida EList pärast ühinemist on saadud. Seepärast arvas 2007. aastal 80% eestlastest, et Eesti on ELi liikmena kasu saanud (EL 27 vastav keskmine oli 59%). 2011. aastal arvas 68% eestlastest, et Eesti on ELi liikmena kasu saanud (EL 27 vastav keskmine oli 52%).

1990. aastate alguses kirjutas Eesti alla peaaegu 30-le kõige tähtsamale Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni (ÜRO) konventsioonile, mille hulka kuuluvad kodaniku- ja poliitiliste õiguste rahvusvaheline pakt, lapse õiguste konventsioon ja konventsioon naiste diskrimineerimise kõigi vormide likvideerimise kohta. Eesti on allkirjastanud ka Euroopa Nõukogu vähemusrahvuste kaitse raamkonventsiooni, parandatud ja täiendatud Euroopa sotsiaalhartaga ning inimõiguste ja biomeditsiini konventsiooni (inimõiguste ja biomeditsiini konventsioon: inimõiguste ja inimväärikuse kaitse bioloogia ja arstiteaduse rakendamisel). Paljudel juhtudel oli rahvusvaheliste määruste ja konventsioonide ratifitseerimine ELiga ühinemise tingimuseks. Eesti taasratifitseeris 2005. aastal Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) põhikirja koos selle muudatustega ja kiitis heaks WHO tubaka tarbimise leviku vähendamise raamkonventsiooni. 2008. aastal korraldas Eesti WHO Euroopa regiooni ministrite konverentsi, kus võeti vastu „Tallinna harta: tervisesüsteemid tervise ja jõukuse heaks” (WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2008).

Liitudes 1999. aastal Maailma Kaubandusorganisatsiooniga, kirjutas Eesti alla teenuskaubanduse üldlepingule ja võttis endale kohustused nii ravi- ja hambaravi- kui ka tervishoiu- ja sotsiaalteenustega kauplemise valdkonnas. Kuigi tarbimist välismaal ei ole ühelgi viisil piiratud, reguleeritakse Eesti seadustega teenuste piiriülest osutamist ja välismaist kaubanduslikku kohalolekut.

Vastavalt Maailmapanga 2010. aasta maailma arengu näitajatele kuulub Eesti maailma riikide esimese 20% hulka sellistes valdkondades nagu osalusdemokraatia ja sõnavabadus, õigusriik ja valitsemise tõhusus. Õigusloome kvaliteedi valdkonnas ollakse maailma riikide esimese 10% hulgas. Korruptsioonitaseme näitajate poolest oli Eesti parima 25% hulgas ja poliitilise stabiilsuse poolest esimese kolmandiku hulgas. Transparency

Internationali iga-aastase korrupsiooni käsitleva hinnangu kohaselt oli Eesti 2012. aastal 183 riigi hulgas korrupsiooniindeksi järgi 29. kohal (Transparency International, 2012), inimarengu poolest aga 174 riigi hulgas 32. kohal (UNDP, 2013).

1.4 Tervisenäitajad

Rahvastiku tervisenäitajate muutused Eestis võib ajalooliselt jagada kolmeks põhiperioodiks. 1930. aastate lõpus oli oodatav eluiga Eestis samasugune nagu Skandinaavia maades, kuid Teise maailmasõja ja Nõukogude okupatsiooni tõttu rahvastiku tervise paranemine aeglustus ning 1970. aastatel seiskus. See kulmineerus tervisenäitajate järsus languses NSVL lagunemisel ja majandusliku ülemineku ajal 1990. aastate alguses. Enne iseseisvumist oli oodatav eluiga sünnihetkel kõrgeimal tasemel 1988. aastal (71,2 eluaastat), kust langes 66,7 eluaastani 1994. aastal. Seejärel hakkas oodatav eluiga pikenema, kuid iseseisvuseelne, 1988. aasta tase ületati alles 2000. aastal. Vahe ELi keskmisega on endiselt märkimisväärne, kuid vähenemas (2010. aastal oli see ligikaudu neli aastat võrreldes 2002. aasta seitsme aastaga) (WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2013). Üks peamisi põhjusi, miks oodatav eluiga on ELi keskmisest madalam, on Eesti meeste suhteliselt madal oodatav eluiga (71,3 eluaastat 2011. aastal), mis on ligikaudu 10 aastat lühem kui naistel (81,4 eluaastat 2011. aastal) (vt tabel 1.3). Tähelepanuväärne on see, et oodatava eluea kiireim tõus 2000. aastatel toimus majanduskriisi ajal (2008–2010), kui see tõusis igal aastal ligikaudu ühe aasta võrra (WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2013).

Tabel 1.3

Oodatav eluiga ja suremus, valitud aastad

Näitaja	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011
Oodatav eluiga sünnihetkel	69,65	69,94	67,77	70,95	72,89	76,03	76,63
Oodatav eluiga sünnihetkel, mehed	64,55	64,68	61,48	65,43	67,31	70,70	71,27
Oodatav eluiga sünnihetkel, naised	74,35	74,97	74,35	76,31	78,23	80,84	81,43
Suremuse üldkordaja, mehed (1000 elaniku kohta)	12,89	12,85	16,28	14,67	14,25	12,56	12,07
Suremuse üldkordaja, naised (1000 elaniku kohta)	12,60	12,10	12,96	12,38	11,68	11,11	10,73

Allikas: WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2013.

Rahvastiku tervise arengukavas 2009–2020 (Sotsiaalministeerium, 2008) seatud eesmärgi kohaselt peaks oodatav eluiga 2020. aastaks tõusma meestel 75 aastani ja naistel 84 aastani ning tervena elatud (puudevaba) oodatav eluiga vastavalt 60 ja 65 aastani. Tabel 1.4 näitab, et oodatav tervena elatud eluiga Eestis kasvas ajavahemikul 2004 ja 2010 meeste ja naiste seas rohkem kui neli aastat, jõudes vastavalt 54,1 ja 58,2 tervena elatud eluaastani. Samal ajavahemikul langes ELi oodatav tervena elatud eluiga tegelikult 0,4 aasta võrra meestel ja 1,1 aastat naistel, jõudes vastavalt 62 ja 63 tervena elatud aastani.

Tabel 1.4

Oodatav tervena elatud eluiga, valitud aastad

Näitaja	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Oodatav tervena elatud eluiga, naised	53,8	52,4	53,9	54,9	57,5	59,2	58,2	57,9
Oodatav tervena elatud eluiga, mehed	50,0	48,3	49,6	49,7	53,0	55,0	54,1	54,2
Oodatav tervena elatud eluiga, naised (% oodatavast elueast)	69,1	67,1	68,6	69,6	72,3	73,8	72,0	71,3
Oodatav tervena elatud eluiga, mehed (% oodatavast elueast)	75,4	71,8	73,5	74,0	77,2	78,8	76,6	76,1

Allikas: Euroopa Komisjon, 2013a.

Vastavalt tabelile 1.5 on peamiseks surmapõhjuseks Eestis südame-veresoonkonnahaigused, mis moodustasid 2012. aastal 46% kõigist surmapõhjustest meeste ja 62% naiste hulgas. Südame-veresoonkonnahaiguste osatähtsus suureneb aeglaselt, samas kui üldine suremus langeb ja oodatav eluiga kasvab. Surmapõhjustest teisel kohal on vähktõbi (24% surmadest aastal 2012) ning kolmandal kohal vigastustest ja välistest põhjustest tingitud surmad (7% aastal 2012) (Statistikaamet, 2013). Kui aga vaadata enneaegsete surmade tulemusel kaotatud eluaastaid, siis torkavad silma vigastustest ja välistest põhjustest tingitud surmad, mis moodustavad 18% kaotatud eluaastatest võrreldes 40%ga südame-veresoonkonnahaiguste puhul ja 21%ga vähktõve puhul 2006. aastal (Lai ja Köhler, 2009). Muretsema paneb vähktõvest põhjustatud surmade arvu väga aeglane vähenemine meeste hulgas: see on endiselt ligikaudu 50% kõrgem kui ELi keskmine aastal 2010. Kuigi üldine vähktõvega seotud suremus on naiste puhul langenud ELi keskmisest allapoole, tõuseb kopsuvähist tingitud suremus naiste hulgas aeglaselt, ehkki oluliselt aeglasemalt kui ELi keskmine (WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2013).

Tabel 1.5

Peamised surmapõhjused, valitud aastad

Surmapõhjused, kõik vanused (RHK-10 klassid; standarditud suremuskordaja 100 000 elaniku kohta)	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011
Nakkus- ja parasiithaigused	10,51	8,45	14,29	10,52	7,27	7,62	8,56
Tuberkuloos	6,23	5,51	10,51	7,54	3,44	2,56	2,74
HIV/AIDSa	–	–	0	0,22	2,45	3,13	4,48
Südame-veresoonkonna haigused	778,66	693,97	683,82	569,82	498,17	408,31	369,24
Pahaloomulised kasvaja	192,54	195,93	203,48	202,38	196,92	185,25	186,45
Käärsoolevähk	–	–	–	–	17,76	17,68	19,93
Kõri-, hingetoru-, bronhi- ja kopsuvähk	37,09	41,83	44,36	40,84	36,56	34,34	34,58
Rinnavähk, naised	20,43	22,72	26,17	30,67	23,99	20,4	22,57
Emakakaelavähk, naised	8,79	7,19	7,22	6,85	6,75	7,53	7,43
Diabeet	4,39	4,95	6,20	7,44	12,20	7,80	8,13
Psüühika- ja käitumishäired, närvisüsteemi ja meeleelundite haigused	10,23	12,91	16,67	14,18	29,89	21,68	22,53
Isheemilised südamehaigused	497,99	432,52	414,99	336,11	264,18	199,15	174,25
Peaaju veresoonte haigused	235,86	215,03	204,50	163,31	122,94	62,19	55,90
Hingamiselundkonna haigused (bronhiit/emfüseem/astma)	16,65	16,32	15,78	12,61	11,05	10,82	10,40
Seedeelundite haigused	29,35	28,48	34,41	40,63	42,89	35,62	31,90
Krooniline maksahaigus ja tsirroos	–	5,57	14,13	18,79	21,72	18,58	16,13
Välispõhjused, vigastused ja mürgistused	115,99	131,40	202,06	147,67	116,13	76,33	77,22
Liiklusõnnetused	16,60	35,43	28,44	17,80	14,59	6,82	8,51
Enesetapud ja enda tekitatud vigastused	31,39	27,59	40,89	26,20	18,74	14,83	14,29
Ebaselged seisundid, sümptomid ja tunnused	47,41	25,44	15,30	14,30	12,25	10,22	11,42

Allikad: WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2013; *Statistikaamet, 2013.

Märkus: „–“: andmed puuduvad.

Nende andmete põhjal on tõenäoline, et 70% sünnihetke oodatava eluea paranemisest ajavahemikul 2000–2010 tulenes südame-veresoonkonna haigustest ja vigastustest tingitud suremuse vähenemisest ning 8% vähktõvest tingitud suremuse vähenemisest. Need kolm põhjust on oodatava eluea paranemise seisukohast kõige olulisemad, samal ajal kui südame isheemiatõbi, insult ja kõrgvererõhktõbi olid välditava suremuse peamised põhjused Eestis aastal 2010 (Lai, 2011). Suurt erinevust Eesti meeste ja naiste oodatava eluea vahel seletavad ka välditava suremuse erinevused. Konkreetsemalt moodustavad südame-veresoonkonna haigused ja välised põhjused vastavalt 30% ja 26% alla 65-aastaste meeste surmadest ning naiste puhul vastavalt 22% ja 14%.

Peamiseks terviseprobleemiks Eestis on südame-veresoonkonna haigused, vähktõbi ja vigastused, kuid üha olulisemaks muutuvad ka luu- ja lihaskonna haigused ning vaimse tervise probleemid (vt tabel 1.6). Suur osa haigestumuses toimunud muutustest on seotud suremuse vähenemisega, oodatava eluea tõusuga ning samuti üleminekuga postsovetlikust

Tabel 1.6

Haigestumus ja terviseisundit mõjutavad tegurid, valitud aastad

	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012
Haiglaravi lõpetamine, isheemiline südamehaigus (100 000 elaniku kohta)	–	936,16	990,23	1117,33	998,14	900,27 (2009)	–	–
Haiglaravi lõpetamine, peaaegu veresoonte haigused (100 000 elaniku kohta)	–	379,88	496,93	501,64	619,05	714,18 (2009)	–	–
Vähijuhude arv (100 000 elaniku kohta)	298,75	315,39	385,07	440,16	482,51	531,22 (2008)	–	–
Hingetoru-, bronhi- ja kopsuvähi juhtude arv (100 000 elaniku kohta)	42,20	48,11	56,24	54,62	54,60	54,23 (2008)	–	–
Tuberkuloosijuhude arv (100 000 elaniku kohta)	35,62	26,96	43,43	57,76	35,58	21,12	22,09	–
AIDS-i juhtude arv (100 000 elaniku kohta)	0	0	0,28	0,22	2,15	1,94	2,84	–
HIV-i juhtude arv (100 000 elaniku kohta)	–	0,51	0,77	28,48	46,13	28,06	27,31	–
Uute invalidsus-/puudejuhtude arv (100 000 elaniku kohta)	–	355,86	516,97	3317,45	1300,43	1532,95	1632,10	–
Elanikkond, kelle tervis enda himangul on hea, mehed (%)	–	–	–	–	50,00	51,00	5,00	54,00
Elanikkond, kelle tervis enda himangul on hea, naised (%)	–	–	–	–	43,00	44,00	49,00	57,00
Igapäevasuitsetajad 15-aastaste ja vanemate hulgas (% elanikkonnast)	–	24,5	–	33,5	–	26,5	–	26,0 ^a
Igapäevasuitsetajad 15-aastaste ja vanemate hulgas, mehed (% elanikkonnast)	–	45,2	–	44,1	–	36,8	–	36,2 ^a
Igapäevasuitsetajad 15-aastaste ja vanemate hulgas, naised (% elanikkonnast)	–	15,1	–	19,9	–	18,7	–	18,3 ^a
Absoluutalkoholi tarbimine 15-aastaste ja vanemate hulgas (liitrid elaniku kohta)	–	9,85	8,27	7,90	13,06 ^b	11,36 ^b	–	–

Allikad: WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2013; ^aTekkel ja Veideman, 2013; ^bOrro et al., 2013. Märkus: „–“ andmed puuduvad.

arenguriigist suure sissetulekuga Euroopa riigiks. Selle tulemusel on kroonilised haigused tõusnud järk-järgult esiplaanile. Sarnaseid suundumusi võib näha ka tervisekaotuse näitajate puhul. Suremuse osatähtsus kaotatud eluaastate põhjusena asendub järk-järgult elu jooksul haigestumisest tingitud eluaastate kaotusega (Lai ja Köhler, 2010).

Kuigi nakkushaiguste osatähtsus väheneb, tekitavad jätkuvalt muret inimese immuunpuudulikkuse viirus (HIV), omandatud immuunpuudulikkuse sündroom (AIDS) ja tuberkuloos (TB). HIVi nakatumine on pärast epideemia puhkemist, kui 2001. aastal diagnoositi 108,1 juhtu 100 000 elaniku kohta, vähenenud 2012. aastal 23,5 juhuni. Samuti on langenud tuberkuloosi nakatumine: 1998. aastal diagnoositi 59,1 uut juhtu 100 000 elaniku kohta ja 2012. aastal 13,7 juhtu (Terviseamet, 2013a). HIVi/AIDSi epideemia sai alguse süstivate narkomaanide hulgas Eesti kirdeosas ning sellest alates esineb seda peamiselt selles elanikkonnarühmas. 2012. aasta lõpus oli diagnoositud HIV-positiivsete inimeste üldarv 8377, kuid ÜRO HIVi/AIDSi-vastase ühisprogrammi (UNAIDS) hinnangu alusel võis see arv 2011. aastal küündida 9900-ni (UNAIDS, 2013). Tuberkuloosi puhul tekitab rohkem muret (multi)ravimresistentsete tuberkuloosijuhtude kõrge määr (2011. aastal 23,4% uutest tuberkuloosijuhtudest) ning see, et tuberkuloosi nakatunute seas kasvab HIV-positiivsete inimeste osatähtsus (Viiklepp, 2012).

Tervisekäitumine mõjutab tugevalt Eesti elanikkonna tervisenäitajaid. Kõige enam vaidlusi tekitab tegur on praegu alkoholi liigtarvitamine. Tarbitud absoluutse alkoholi kogus inimese kohta suurenes 5,6 liitrit 1995. aastal 12,6 liitrini 2007. aastal. Aastatel 2008–2009 (eriti selle perioodi lõpus) kehtestati mitu sekkumismeedet, näiteks müügiaegade piirangud ja teatavad reklaamipiirangud. Alkoholi suhteline hind siiski langes, kuna sissetulekud kasvasid kiiremini kui alkoholi hind. Olukord muutus, kui sissetulekud majanduskriisi ajal (2008–2010) vähenesid ja alkoholiaktsiisi mitmel korral tõsteti. Selle tulemusel langes alkoholi tarbimine inimese kohta 9,7 liitrini 2010. aastal (Lai ja Habicht, 2011), millele järgnes kerge tõus 2011. aastal, kui majandus hakkas taastuma.

Igapäevase suitsetamise levimus on järk-järgult langenud ning jõudis 2012. aastal 26%-ni (2000. aastal 30% ja 1994. aastal 34%). 2012. aastal suitsetas iga päev 36% meestest ja 18% naistest. Suitsetamise levimuse üldine langus on toimunud tänu suitsetamise vähenemisele meeste seas (vt tabel 1.6). Märkimisväärne erinevus tuleb välja haridustaseme järgi: kui kõrgharidusega meeste seas oli igapäevaseid suitsetajaid ainult 16%, siis kesk- või põhiharidusega meeste seas oli igapäevaseid suitsetajaid 2012.

aastal ligikaudu 43%. Vabal ajal harrastatava füüsilise aktiivsuse üldine tase täiskasvanute seas on alates 2002. aastast jäänud üldiselt samaks. 2012. aastal ei tegelnud ligikaudu 43% inimestest ühegi spordialaga vähemalt pool tundi üks kord nädalas. Samas tegeles füüsiliselt aktiivsetest inimestest 21% spordiga kaks kuni kolm korda nädalas (2000. aastal 18%) ning soolisi erinevusi vaba aja füüsilises tegevuses ei olnud. Samal ajal oli 2012. aastal ligikaudu 30% Eesti täiskasvanutest ülekaalulised (2000. aastal 28%) ja 17% rasvunud (2000. aastal 14%). Ülekaaluliste ja rasvunud täiskasvanute arvu suurenemine on olnud kiireim noorte täiskasvanute seas. 16–24-aastaste meeste hulgas kasvas ülekaaluliste osatähtsus 14,3 protsendipunkti, jõudes 2012. aastal 21%-ni. Samal ajavahemikul kasvas 16–24-aastaste ülekaaluliste naiste osatähtsus 5,5%-lt (2000) 10%-ni (Kasmel et al., 2001; Tekkel ja Veideman, 2013). Vastavalt kooliealiste laste tervisekäitumise uuringule (Aasvee ja Minossenko, 2011) oli 2010. aastal 13% tüdrukutest ja 19% poistest 11-aastaselt ülekaalulised või rasvunud (võrreldes 2005. aastaga vastavalt 40% ja 50% suurenemine), samas kui 16% poistest ja 19% tüdrukutest olid 11-aastaselt füüsiliselt aktiivsed (võrreldes vastavalt 9%ga ja 13%ga 15-aastaste hulgas). 48% tüdrukutest ja 63% poistest vanuses 15 eluaastat tunnistasid 2010. aastal, et nad on suitsetanud enne 13-aastaseks saamist, ning 13% tüdrukutest ja 20% poistest on tarvitanud alkoholi vähemalt üks kord nädalas (Aasvee ja Minossenko, 2011).

Vaktsineerituse tase Eestis on suhteliselt hea, kuid viimastel aastatel veidi langenud. Kui leetrid, mumps ja punetised (sihtrühma kaetus 93,6%) välja arvata, siis oli laste vaktsineeritus kõikide peamiste immuniseerimise kategooriate suhtes 2012. aastal ligi 95%.

Imikusuremus on pidevalt langenud: 12,3 imiku surmalt 1000 elussünni kohta 1990. aastal 2,4-ni 2011. aastal (vt tabel 1.7), langedes ELi keskmisest allapoole (WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2013). Alla 5-aastaste laste suremus on oluliselt vähenenud, kuid vähem kui imikusuremus. 2011. aastal oli alla 5-aastaste laste suremuskordaja Eestis 3,1 lapse surma 1000 kohta võrreldes ELi näitajaga 4,9 (WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2013). Nagu teistes üleminekuriikides, langes ka Eestis sündimus järsult 1990. aastate alguses, jõudes 8,8 sünnini 1000 elaniku kohta 1998. aastal. 2007. aastal see näitaja veidi tõusis (12,0), kuid 2011. aastal langes (11,0). Rahvastikuprognoside järgi ei saavuta sündimus siiski elanikkonna taastetaset. Kõigi endiste NSV Liidu vabariikide tavapärase sündimuskontrolli meetodi – abortide – sagedus on langenud peaaegu 1600 abordilt 1000 elussünni kohta 1980. aastal 456 abordini 1000 elussünni kohta 2011. aastal. See näitaja on siiski ELi keskmisest peaaegu kaks korda kõrgem (WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2013).

Tabel 1.7**Emaj ja lapse tervisenäitajad, valitud aastad**

Näitaja	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011
Alla 20-aastaste emade sünnitused (% kõikidest elussündidest)	9,08	13,11	13,67	10,00	7,78	4,11	3,82
Raseduse katkestamised (abordid) 1000 elussünni kohta	1508,76	1318,60	1308,09	975,36	670,31	447,84	455,68
Perinataalsed surmad 1000 sünni kohta	15,74	13,75	15,28	8,68	8,10	5,66	4,89
Postneonataalne suremus 1000 elussünni kohta	–	4,30	4,59	2,60	2,16	–	–
Imikusuremus (1000 elussünni kohta)	14,09	12,33	14,88	8,42	5,44	3,29	2,38
Alla 5-aastaste laste suremuskordaja (1000 lapse kohta)	18,47	16,72	19,02	10,84	7,28	4,78	3,09
Emasuremuskordaja (100 000 elussünni kohta)	46,55	31,38	51,82	38,26	13,94	6,32	13,62
Süüfilisejuhtude arv (100 000 elaniku kohta)	6,85	3,38	71,97	44,18	8,25	5,15	5,00
Gonorröajuhtude arv (100 000 elaniku kohta)	156,35	129,05	200,61	63,31	21,40	8,13	13,14

Allikas: WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2013.

Märkus: „–“: andmed puuduvad.

Emaj ja lapse tervisenäitajad on viimase 10 aasta jooksul tunduvalt paranenud (vt tabel 1.7). Emasuremuskordaja oli aastatel 2007 kuni 2009 null, kuid 2011. aastal oli see ELi näitajast kõrgem (WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2013). Täiendatud ja kergesti kättesaadav sündimuskontroll ja tervisekasvatus on kindlasti etendanud tähtsat osa abortide ja sugulisel teel levivate haiguste esinemissageduse vähenemisel. Näiteks süüfilisse nakatumine vähenes 1997. aasta 79 juhult 100 000 elaniku kohta 2011. aastal 5 juhuni; gonorröasse nakatumine vähenes 2011. aastal 13,1 juhuni, olles 1993. aastal olnud 217 juhtu 100 000 elaniku kohta.

2. Tervisesüsteemi korraldus ja juhtimine

Eesti tervisesüsteemi õigusraamistik on sätestatud viies olulises õigusaktis: ravikindlustuse seaduses, tervishoiuteenuste korraldamise seaduses, rahvatervise seaduses, ravimiseaduses ja võlaõigusseaduses. Alused ja põhimõtted seati siiski juba ravikindlustuse seaduse ja tervishoiuteenuste korraldamise seaduse varasemates versioonides. Tervisesüsteemi juhib Eesti Sotsiaalministeerium. Tervisesüsteemi organisatsiooniline struktuur hõlmab arvukalt osapooli, mille hulka kuuluvad mitu Sotsiaalministeeriumi haldusala asutust (nt Ravimiamet, Terviseamet, Tervise Arengu Instituut); avalik-õiguslikud iseseisvad asutused (Eesti Haigekassa); eraõiguse alusel tegutsevad haiglad ja eraõiguslikud esmatasandi tervishoiuasutused; ning mitmed vabaühendused ja erialaühingud. Peamine tervisepoliitika dokument on rahvastiku tervise arengukava (Sotsiaalministeerium, 2008), mille eesmärk on koondada kõik olemasolevad valdkondlikud tervisekavad, strateegiad ja arengukavad üheks kavaks, mis kajastaks erinevate tervisesüsteemi ja teiste sektorite sidusrühmade vahelisi seoseid. Siiski ei ole veel selge, kuidas kogu strateegiate planeerimise ja aruandluse koondamine rahvastiku tervise arengukavasse mõjutab tulevast sektoritevahelist koostööd ning kas nimetatud arengukava juhtimismehhanisme kasutatakse täies ulatuses, et saavutada laiem valdkondadeülene mõju.

1990. aastate alguse põhjalikele reformidele järgnes aastatel 2000–2003 õigusaktide korrastamine, mis puudutas mitmeid valdkondi, sealhulgas tervishoiu rahastamist, teenuste osutamist ja osapoolte (teenuse ostja ja osutaja ning patsient) suhete reguleerimist. Hiljem on õigusakte kohandatud, et ühtlustada õigusraamistikku ELi õigusega ja reageerida uutele vajadustele. 1990.

aastate detsentraliseerimine ei andnud tulemuseks tõhusaid ja kättesaadavaid tervishoiuteenuseid, mistõttu viimase kümne aasta jooksul on ilmnenud taas suund rahastamise ja planeerimise tsentraliseerimise poole.

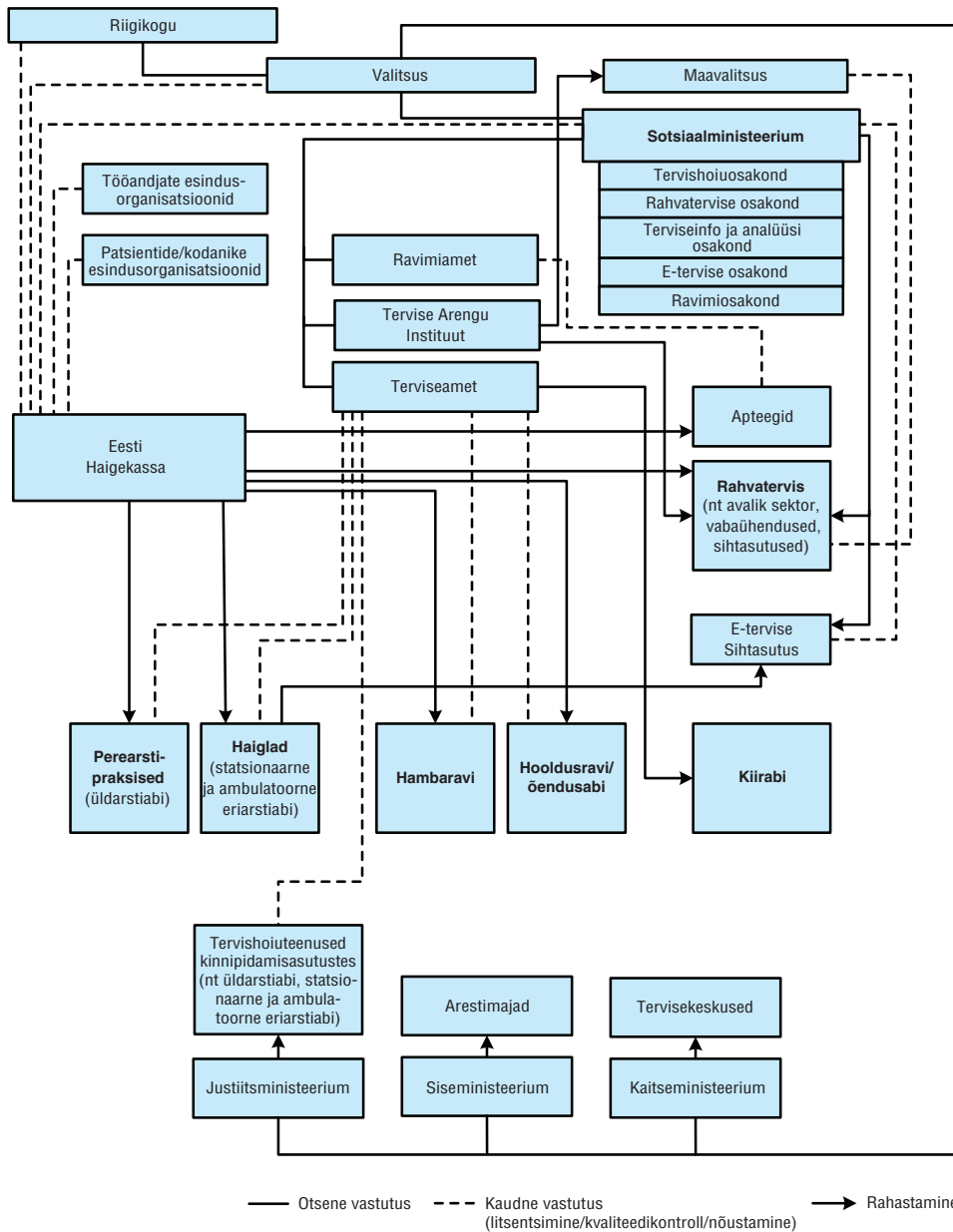
Terviseandmete kogumise ja analüüsimisega tegelevad peamiselt Eesti Haigekassa, Tervise Arengu Instituut, Terviseamet, Sotsiaalministeerium, Raviamet ja Eesti E-tervise Sihtasutus. Eesti E-tervise Sihtasutus haldab riiklikku e-tervise süsteemi. Tegemist on platvormiga, mis ühendab kõiki tervishoiuteenuste osutajaid ning võimaldab andmevahetust mitmesuguste teiste andmekogudega. Platvormi kaudu saab iga patsient tutvuda oma terviseandmetega. Tulevikus kasutatakse seda anonüümse terviseinfo automaatseks loomiseks. Tõenduspõhisuse suurendamiseks tervisepoliitika otsuste tegemisel on Eesti püüdnud tugevdada meetodikaid ja protsesse rahvusvahelise koostöö kaudu. Tervisetehnoloogiate hindamise puhul ei ole veel otsustatud, kas seda hakkab teostama eraldiseisev riigiasutus või ülikooli raames.

2.1 Ülevaade tervisesüsteemist

Eesti tervisesüsteem on üles ehitatud kohustuslikule solidaarsuse põhimõttest lähtuval ravikindlustusele ja eraõiguslike teenuseosutajate poolt pakutavate tervishoiuteenuste üldisele kättesaadavusele. Tervisesüsteemi juhtimine ja järelevalve ning tervisepoliitika väljatöötamine on Sotsiaalministeeriumi ja selle hallatavate asutuste ülesanne. Tervishoiuteenuste rahastamine toimub peamiselt sõltumatu Eesti Haigekassa kaudu. Sotsiaalministeerium ja selle ametid vastutavad rahvatervise- ja kiirabiteenuste rahastamise ja juhtimise eest riigieelarvest makstava osa ulatuses. Kohalikel omavalitsustel on väike ja pigem vabatahtlik roll tervishoiuteenuste organiseerimisel ja rahastamisel. Eesti tervisesüsteemi väljaarendamisel on suurt osa etendanud kutseorganisatsioonid. Eestile on avaldatud rahvusvahelist tunnustust aktiivsete tervisereformide ja tõhususe suurendamise eest, kuid endiselt on olulisi väljakutseid tervishoiuteenuste kättesaadavuses ja kvaliteedis. Samuti on päevakorral küsimused patsientide ohutuse ja nende suurema vastutuse andmise ning tervisesüsteemi pikaajalise rahalise jätkusuutlikkuse kohta. Ülevaade Eesti tervisesüsteemi ülesehitusest tervikuna on esitatud joonisel 2.1.

Joonis 2.1

Eesti tervisesüsteemi organisatsiooniline struktuur



2.2 Ajalooline taust

Võõras ülemvõim (taanlased, rootslased, sakslased ja venelased) Eestis kestis 13. sajandi algusest kuni 1918. aastani, mil Eesti sai Esimese maailmasõja tulemusi ära kasutades esimest korda iseseisvaks, luues Eesti Vabariigi. Iseseisvus kaotati 1940. aastal, kui pärast Teise maailmasõja puhkemist okupeeris Eesti Vabariigi NSV Liit. Pikka aega kestnud Saksa ja Rootsi ning Venemaa võimu all olek on avaldanud mõju Eesti poliitilise ja kultuurilise käitumise, väärtussüsteemi ning haldusstruktuuride ja tervisesüsteemi kujunemisele. Mõned neist struktuuridest ja töekspidamistest säilitati märkamatult Nõukogude okupatsiooni ajal ning hiljem moodustasid need aluse sotsiaalkindlustussüsteemide rajamiseks Eestis pärast iseseisvuse taastamist 1991. aastal. 20. sajandi jooksul toimus Eesti tervisesüsteemis mitu pöördelist ümberkorraldust, mis peegeldasid muutusi riigi ajaloolises ja poliitilises olukorras. Selle aja saab jagada kolmeks perioodiks: periood enne 1940. aastat, ajavahemik 1940–1990 ja ajavahemik 1991–2012.

Enne 1940. aastat

Enne Nõukogude okupatsiooni 1940. aastal oli Eesti tervisesüsteem võrreldav teistes Lääne-Euroopa riikides toimunud tervisesüsteemidega. Arstiõpe ülikoolis ja maailmatasemel arstiteadus olid Eestis olemas alates Tartu Ülikooli rajamisest 1632. aastal. 20. sajandi alguseks oli välja töötatud tervishoiusüsteem, kuid sotsiaalkindlustussüsteem praegusel kujul puudus. Tervisesüsteem oli äärmiselt detsentraliseeritud, teenuste kujundamine ja juhtimine toimus kohalikul tasandil. Statsionaarset eriarstiabi osutavaid haiglaid oli kolme liiki: erahaiglad (osutasid suurema osa teenustest), mitu munitsipaalhaiglat vaestele inimestele ja mõni riigiomandis olev haigla. Riigihaiglate omandis ja hallata olid emade ja laste kliinikud, tuberkuloosidisperserid, sanatooriumid ja vaimuhaigete raviasutused. Suurema osa ambulatoorse ravi teenustest osutasid haigekassade ja koolide disperserites töötavad eraarstid. Munitsipaalarstide ülesandeks oli ravida vaeseid. Esimesed haigekassad Eestis rajati Venemaa õigusaktide alusel aastatel 1913–1914 suurte ettevõtete töötajate poolt. Aastatel 1918–1940 tehti mitu katset koostada uued tervisekindlustust käsitlevad õigusaktid, kuid püüdlused hajusid lõpututesse arutlustesse ja vaidlustesse tööandjate ja töötajate organisatsioonide vahel. Selle tulemusena oli tervisekindlustus korraldatud enamasti piirkondlikult ning hõlmas peamiselt töötajaid ja nende perekonnaliikmeid. 1920. ja 1921. aastal haigekassade tegevus laienes, arstide arv suurenes ja rajati arstide kutseorganisatsioonid. Eestis oli kindlustuskaitse tase teiste Euroopa riikidega võrreldes siiski üks kõige

madalamatest ja 1920. aastate lõpus oli kindlustuskaitse vaid ligikaudu 18% rahvastikust. 1930. aastate lõpus rakendati paar kindlustusteemalist õigusakti, mis hõlmasid riigiteenistujaid ja ülikoolide õpetajaid ning sõjaväelasi.

1940–1990

Eesti Vabariigi okupeerimine NSV Liidu poolt 1940. aastal katkestas tervisesüsteemi varasema arengu. Kasutusele võeti nõukogulik nn Semaško süsteem, mille kohaselt tervishoidu rahastati riigieelarvest ja seda juhtis valitsus tsentraliseeritud planeerimise teel. Asetleidnud poliitilistel muutustel olid pikaajalised tagajärjed. Näiteks lahkus Teise maailmasõja ajal Eestist suur hulk tervishoiutöötajad, mis mõjus rängalt tervishoiu tööjõustruktuurile. Peatahelepanu suunati koguseliste eesmärkidele, mille üks tagajärgi oli ülemäära suur haiglavoodite arv. Nõukogude aja lõpuks tekitas NSV Liidu valdkondlik regioonideks jaotamine Eestisse kirurgiliste erialade ülevõimsuse. See ülemäärane võimsus oli osaliselt tingitud teenuste osutamisest väljaspool Eestit elavatele inimestele ja ka sellest, et Eestit peeti külma sõja perioodil strateegiliselt tähtsaks piirkonnaks. Tervishoiuteenuseid pakkuv süsteem keskendus peamiselt ravile. Üldarstiabi oli killustatud. Täiskasvanutel, lastel ja naistel olid eraldi polikliinikud, lisaks töötasid eridispersandid. Üldarstiabi osutavad arstid tegutsesid pigem eriarsti konsultatsioonile suunajatena kui n-õ värvavahtidena. Nõukogude ajal ei olnud tervishoiu erasektorit. Kõigil kodanikel oli näiliselt vaba juurdepääs palgaliste riigitöötajate poolt osutatud tervishoiuteenustele. Valik oli piiratud. Meditsiinitöötajate tehniline ettevalmistus ning tervishoiuteenuste kvaliteet ja kättesaadavus oli hea, välja arvatud juurdepääs uutele ravimitele. Tervishoiuteenused olid enam arenenud mõnes valdkonnas, nagu näiteks emadele ja lastele suunatud teenused, kuid teistes valdkondades oli nüüdisaegse tehnoloogia või ravimeetodite kasutamine Lääne-Euroopa riikidest maha jäänud. Mitteametlik maksimine ei olnud Eestis nii levinud kui teistes endise NSV Liidu piirkondades, kuigi oli tavapärase, et meditsiinipersonali tänati ravi lõppedes väikeste kingitustega, näiteks lillede, maiustuste, kohvi või konjakiga. Rahvatervisesüsteem põhines NSV Liidu sanitaar-epidemioloogilise teenistuste võrgustikul (SANEPID), mis oli tsentraliseeritud, ning rahvaterviseteeenuseid osutati ühtse institutsioonilise struktuuri kaudu. Rahvaterviseteeenuste põhirõhk oli regulatsioonil ja kontrollil.

1991 to 2012

Pärast taasiseseisvumist 1991. aastal toimusid Eesti ühiskonnas radikaalsed muutused ning tsentraliseeritud planeerimise teel juhitud hierarhiline majandus muudeti turumajanduseks. Samal ajal muutsid põhjalikud reformid täielikult tervisesüsteemi rahastamist, korraldust ja planeerimist, et tagada tervishoiule piisavad rahalised vahendid, edendada süsteemi efektiivust ja vastata paremini

Eesti elanikkonna vajadustele. Reformidega seotud ettevalmistused olid alanud juba 1980. aastate lõpus, kui Moskva tsentraalne kontroll vähenes ja kohalike otsuste tegemise võimalused Eestis suurenesid. Reformid algasid sotsiaalse ravikindlustuse mudeli kehtestamisega; selle mudeli puhul saadi rahalised vahendid sihtotstarbeliste maksude kaudu, mitte riigieelarvest. Reformide üks eesmärk oli ka liikuda riigi kontrolli all olevast tsentraliseeritud süsteemist detsentraliseeritud süsteemiks. 1991. aasta ravikindlustuse seadus ja 1994. aasta tervishoiuteenuste korraldamise seadus panid aluse organisatsiooni struktuurile. Vaatamata mõnele reformi käigus tehtud muudatusele (eelkõige on ümber mõeldud esialgu kavandatud detsentraliseerimise otsused ja mõned ülesanded on retsentraliseeritud) ei ole nimetatud õigusaktides sätestatud põhimõtted oluliselt muutunud.

Selleks et kõrvaldada Nõukogude ajast pärit suur struktuuriline ebatõhusus, restruktureeriti teenuseosutajate võrgustik. 1990. aastate esimeses pooles vähenes haiglavõrgu maht märkimisväärselt. Samuti integreeriti tervisesüsteemi tervishoiu paralleelsüsteemid, kuigi teatavate eranditega. Esmatasandi tervishoiu reformi eesmärk oli minna haiglaravilt üle üldarstiabile ning pakkuda üldist juurdepääsu perearstiteenustele. Selleks et tagada ravimite kättesaadavus, töötati välja esimene ravimite loetelu. Pärast seda võeti kasutusele retseptiravimite hüvitamise süsteem ja võeti vastu ravimiseadus (1995). Reformide alguses käivitati rahvatervisesüsteemi ajakohastamine ja detsentraliseerimine. See tähendas üleminekut tsentraliseeritud sanitaar-epidemioloogiliselt süsteemilt sellisele süsteemile, mis keskendus ka mittenakkuslike haiguste ennetamisele ja tervise edendusele. Selleks tuli edasi arendada rahvatervise infrastruktuuri, jätkusuutlikku rahastamist ja õigusraamistikku, mis sätestati 1995. aasta rahvatervise seaduses. Samuti kiideti 1995. aastal heaks tervisepoliitika dokument (Vabariigi Valitsus, 1995), mis jäi vaatamata mitmele ajakohastamise katsele ainsaks ulatuslikuks tervisepoliitika kavaks kuni 2008. aastani, kui kiideti heaks rahvastiku tervise arengukava (Sotsiaalministeerium, 2008).

Pärast põhjalikke reforme 1990. aastate alguses ja keskel keskenduti tervisesüsteemi järkjärgulisele arendamisele ja täiendamisele. 2000. aastate alguses ajakohastati õigusraamistikku, et selgitada ja veelgi retsentraliseerida erinevate sidusrühmade ülesandeid ja kohustusi. Eesti Haigekassa muudeti 2000. aastal sõltumatuks avalik-õiguslikuks organisatsiooniks; 2001. aastal võeti vastu uus tervishoiuteenuste korraldamise seadus ja 2002. aastal uus ravikindlustuse seadus. Nende muutuste tulemusena on kõigil tervishoiuteenuste osutajatel seaduslik õigus tegutseda eraõiguse alusel, kuigi enamikul juhtudel

on asutused jäänud siiski riigi või omavalitsuste omandisse. Võlaõigusseaduse vastuvõtmisega 2001. aastal kehtestati patsientide ja teenuseosutajate vaheline suhe mõlema poole kohustusi sisaldava õiguslikult siduva lepinguna.

Hilisematel aastatel täiustati tervisesüsteemi eesmärgiga parandada süsteemi efektiivsust ja jätkusuutlikkust. Kuid suurema tähelepanu osaliseks on saanud ka tervishoiuteenuste kättesaadavus, vastavus ootustele, kvaliteet ja aruandekohustus, eesmärkide seadmine ja tulemuslikkuse hindamine. Pandi alus ka e-tervise süsteemi kasutuselevõtuks, et koondada kõik tervisesüsteemi andmebaasid üheks infosüsteemiks (tabel 2.1).

Tabel 2.1

Peamised tervishoiureformid ja poliitikaalgatused, ajakava alates 1991

Aasta	Reformid ja algatused
1991	Ravikindlustussüsteemi ja piirkondlike haigekassade loomine ravikindlustusseaduse (uuendatud) vastuvõtmisega. Teenuseosutajate tegevuslubade süsteemi täiustamine. Üldarstiabi reformi algus: perearsti ümberõppe võimaluste loomine.
1992	Tervishoiutöötajad kaotasid oma riigiteenistuja staatuse ning hakkasid töötama eraõiguslike töösuhete alusel. Esimese oluliste ravimite loetelu koostamine. Riikliku HIV/AIDSi programmi 1992–1997 vastuvõtmine (lõppenud). Reorganiseerimise käigus rahvatervise instituudi loomine Tartu Ülikoolis.
1993	Sotsiaalministeeriumi loomine. Ravimiameti ja Tervisekasvatuse Keskuse loomine (viimane ühendati 2003. aastal TAIks). Üldarstiabi reform: peremeditsiini eriala kasutuselevõtmine ja residentuuriprogrammi alustamine. Retseptiravimite hüvitamise süsteemi kasutuselevõtmine.
1994	Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse vastuvõtmine (uuendatud 2001. aastal). Keskhaigekassa loomine koos talle alluvate piirkondlike haigekassadega (tsentraliseeritud).
1995	Ravimiseaduse vastuvõtmine (uuendatud). Võeti kasutusele patsientide omaosalus üldarstiabi ja eriarstivisiitide eest tasumisel. Rahvatervise seaduse vastuvõtmine. Riiklik tervisepoliitika dokument sai valitsuse heakskiidu (tühistati 2008. aastal).
1997	Üldarstiabi rahastamise reform ja perearstide registreerimise nõude kehtestamine. Psühhiaatrilise abi seaduse vastuvõtmine. Kunstliku viljastamise ja embrüokaitse seaduse vastuvõtmine. HIVi ja AIDSi ja teistel sugulisel teel levivate haiguste ennetamise riiklik arengukava 1997–2001 (lõppenud). Riikliku tuberkuloosiprogrammi 1998–2003 vastuvõtmine (lõppenud).
1999	Töötervishoiu ja tööohutuse seaduse vastuvõtmine.
2001	Eesti Haigekassa seaduse vastuvõtmine. Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse (1994) uuendamine. Võlaõigusseaduse vastuvõtmine.
2002	Tervishoiuameti loomine (ühendati Terviseametiks 2010. aastal). Ravikindlustuse seaduse (1991) uuendamine. HIV ja AIDSi ennetamise riikliku programmi 2002–2006 vastuvõtmine.
2003	Eesti haiglavõrgu arengukava 2015 vastuvõtmine. Nakkushaiguste ennetamise ja tõrje seaduse vastuvõtmine. TAI loomine. Esimese sektoritevahelise tervisestrateegia: narkomaania ennetamise riikliku strateegia aastani 2012 vastuvõtmine (lõppenud).
2004	Ajakohastatud ravimiseaduse (1995) uuendamine. Riikliku tuberkuloosiprogrammi 2004–2007 vastuvõtmine (lõppenud). Diagnoosipõhise tasustamisviisi rakendamine.

Aasta	Reformid ja algatused
2005	Vereseaduse vastuvõtmine. Südame- ja veresoonkonnahaiguste ennetamise riikliku strateegia 2005–2020 vastuvõtmine (tühistati 2012. aastal). Riikliku HIV ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015 vastuvõtmine. Eesti E-tervise Sihtasutuse loomine.
2006	Eesti haiglavõrgu arengukava 2015 ajakohastamine ja valitsuselt heakskiidu saamine.
2007	Riikliku vähistrateegia 2007–2015 vastuvõtmine.
2008	Riikliku tuberkuloosistrateegia 2008–2012 vastuvõtmine. Rahvastiku tervise arengukava vastuvõtmine. Terviseinfosüsteemi (üleriigilise e-tervise süsteemi) loomine.
2010	Terviseameti loomine.
2012	Üldarstiabi korralduse tsentraliseerimine.

6. peatükis esitatakse viimaste tervishoiureformide analüüs. Varasemate reformide üksikasjaliku analüüsi leiab 2008. aasta dokumendist „Tervisesüsteemid muutustes” (Koppel et al., 2008).

2.3 Tervisesüsteemi ülesehitus

Peamised tervisesüsteemi planeerimise, haldamise, reguleerimise ja rahastamise eest vastutavad asutused on Sotsiaalministeerium, Terviseamet, Ravimiamet, Tervise Arengu Instituut ja Eesti Haigekassa. Käesolevas osas esitatakse lühikirjeldus riigi ja riigiasutuste, maakonna- ja linnavalitsuste, tervishoiuteenuste osutajate ning erialade ja patsientide ühenduste ülesannetest.

Riigi ja riigiasutuste ülesanded

Riigikogu roll on õigusaktide vastuvõtmine ja järelevalve valitsuse üle. Ühena alatistest komisjonidest tegeleb 1992. aastal loodud sotsiaalkomisjon ravikindlustuse, hoolekande, töösuhete ja tervishoiuga seotud seaduseelnõudega. Sotsiaalkomisjoni esimees on Riigikogu liige. Riigikogu esindab Eesti Haigekassa nõukogus sotsiaalkomisjoni esimees ja üks Riigikogu liige.

Täidesaatev võim on põhiseaduse ja Eesti Vabariigi seaduste alusel valitsusel, kelle ülesandeks on riigi poliitika väljatöötamine ja rakendamine. Tervisesektoris etendab valitsus planeerivat ja reguleerivat rolli rahvatervisega seotud reguleerivate aktide ning valitsuse tasemel strateegiate ja plaanide vastuvõtmisel, samuti ka tervishoiuteenuste hindade kehtestamisel (vt jaotis 3.6), ja haiglavõrgu ümberkorralduskavade heakskiitmisel. Valitsusel lasub samuti kohustus nimetada Eesti Haigekassa nõukogu liikmed (vt allpool).

Sotsiaalministeeriumi ja selle allasutuste kaudu vastutab riik üldise tervise poliitika, sealhulgas rahvatervisepoliitika arendamise ja elluviimise ning tervise huvide esindamise eest läbirääkimistel teiste sektoritega,

samuti tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse järelevalve eest. Ministeriumi peamine ülesanne on tervisesektori õiguslik reguleerimine. Sotsiaalministerium loodi 1993. aastal kolme eraldiseisva ministeriumi (tervishoiu-, sotsiaalhoolekande- ja tööministerium) ühendamisel. Sellest tulenevalt tegeleb ministerium kolme peamise poliitikavaldkonnaga: tervis, sotsiaalteenused ja töö. Töotervishoiuküsimused jagatakse ära ministeriumi tervise- ja töövaldkonna vahel. Haldusvastutust kannab kantsler, kes on sotsiaalministrile alluv riigiametnik. Tervisesektorit juhib Sotsiaalministeriumi terviseala asekancler. Tervisesektoris kuulub ministeriumi peamiste ülesannete hulka tervisepoliitika väljatöötamine, elanikkonna tervises seisundi seire ja riikliku tervisesüsteemi korraldamine üld-, eri- ja kolmanda tasandi arstiabi ning rahvaterviseteeenuste ulatuse kindlaksmääramise kaudu.

Alates 1990. aastate keskpaigast on Sotsiaalministeriumi tervisepoliitika valdkondade jaotus osakondade vahel mitu korda muutunud. Alates 2010. aastast on terviseala jaotatud viieks administratiivseks osakonnaks, mille ülesandeid on kirjeldatud tabelis 2.2.

Sotsiaalministeriumi alluvuses tegutseb kolm terviseala allasutust. Ministerium koordineerib Terviseameti, Ravimiameti ja Tervise Arengu Instituudi tegevust, kuigi kõik need asutused vastutavad otse ainult sotsiaalministri ees.

Terviseamet loodi 2010. aastal Tervisekaitseinspektiooni, Tervishoiuameti ja Kemikaalide Teabekeskuse ning Ravimiameti meditsiiniseadmete osakonna liitmisega. Eesmärk oli vähendada ülesannete killustatust ja dubleerimist ning vähendada halduskoormust ja tagada ressursside parem koostoime ja tõhusam kasutus. Terviseameti ülesanded jagunevad kolme osakonna vahel: tervishoid, tervisekaitse ja järelevalve. Tervishoiuosakonna

Tabel 2.2

Sotsiaalministeriumi tervishoiuosakondade peamised ülesanded

Osakond	Ülesanded
Tervishoiuosakond	Kavandada tervishoiupoliitikat ja korraldada selle elluviimist eesmärgiga tagada tervishoiuteenuste kättesaadavus, kvaliteet ja ohutus. Tagada elanike teadlikkus ja rahulolu tervishoiuteenustega. Osakonnal on juhtiv roll tervishoiupoliitika kujundajana kõigis tervishoiu valdkondades ja tervishoiupoliitilistes küsimustes.
Ravimiosakond	Kavandada ja rakendada ravimipoliitikat. Eeskirjade koostamine eesmärgiga tagada ravimite, meditsiiniseadmete ja bioloogiliste preparaatide kättesaadavus, kvaliteet, ohutus ja mõistlik kasutamine. Ravimihangete teostamine riiklike rahvaterviseprogrammide jaoks (nt antiretroviirus- ja tuberkuloosiravimid, vaktsiinid).

Rahvatervise osakond	Kavandada tervisepoliitikat ja korraldada selle elluviimist eesmärgiga tagada tervist säästev ja tervislik elukeskkond, edendada tervist ning ennetada haigusi ja nendega kaasnevat kahju. Osakonnal on juhtiv roll tervisepoliitika kujundajana keskkonnast tulenevate terviseriskide, sealhulgas joogivee, toidu ja kemikaaliohutuse, nakkushaiguste tõrje, mittenakkuslike haiguse ennetamise, laste- ja koolitervise valdkonnas.
E-tervise osakond	E-tervise projektide rakendamine ja kavandamine. Tervise infosüsteemide haldamine ja arendamine. Andmekogumite standardimine ja rakendamine. Meditsiinidokumentide nomenklatuur ja klassifitseerimine.
Terviseinfo ja analüüsi osakond	Lua eeldused ministeeriumi poliitikakujundamise protsessi teadmistepõhisusele, tagades objektiivse ülevaate tervisevaldkonna arengust, rakendatud või kavandatavate poliitikate mõjususest ja parimast rahvusvahelisest praktikast. Koordineerida tervisestatistika kogumist. Toetada intellektuaalse kapitali arendamist ja tõhusat rakendamist.

Allikas: Eesti Vabariigi Valitsus, 2004, viimati ajakohastatud 27. oktoobril 2012.

ülesannete hulka kuulub tervishoiuteenuste osutajatele tegevuslubade väljaandmine ja tervishoiutöötajate registreerimine, kiirabiteenuste ja töötervishoiu korraldamine, meditsiiniseadmete ohutuse ja tervisevaldkonna valmiduse tagamine hädaolukorras ning mürgistusteabe haldamine. 2013. aastast alates vastutab tervishoiuosakond üldarstiabi korraldamise eest, mis oli varem maavanemate ülesanne. Tervisekaitseosakond vastutab nakkushaiguste järelevalve, riiklike ja kohalike epidemioloogiateenuste, riikliku immuniseerimiskava täitmise, kemikaaliohutuse ja keskkonnakaitse eest. Järelevalveosakond tagab tervisekaitsealaste õigusaktide järgimise. Terviseameti struktuuri kuulub keskbüroo, neli piirkondlikku bürood ja laborit (füüsika-, keemia-, nakkushaiguste ja mikrobioloogia labor).

1993. aastal loodud Ravimiamet vastutab tervishoius ja veterinaarias kasutatavate ravimite müügilubade ja kvaliteedikontrolli ning ravimikaubanduse reguleerimise ja kontrolli (sealhulgas import ja turustamine) eest. Amet vastutab ka doonorivere, doonoriorganite ja siirikkudede ohutuse ning ravimite ratsionaalse kasutamise edendamise, narkootiliste ja psühhotroopsete ainete kasutamise reguleerimise ja kontrolli ning kliiniliste uuringute heakskiitmise eest.

2003. aastal liideti kolm väiksemat rahvatervisega tegelevat asutust ning loodi Tervise Arengu Instituut (TAI), mis tegeleb rahvatervise uurimis- ja arendustegevusega. Tervise Arengu Instituudist on saanud rahvatervise valdkonna pädevuskeskus, mis vastutab rakendusliku teadustegevuse, rahvatervise seire ja hindamise eest ning tegeleb ka tervisestatistika kogumise ja riiklike meditsiiniregistrite pidamisega. Instituut vastutab

ka riiklike rahvatervisestrategiate ja -programmide rakendamise ning rahvaterviseteenuste osutamise planeerimise ja haldamise eest. Tervisedenduse valdkonnas vastutab Tervise Arengu Instituut terviseturunduse ja rahva tervist edendavate tegevuste toetamise eest eri olukordades ja tasanditel. Peale selle pakub instituut rahvatervise, tervishoiukorralduse ja sotsiaalhoolekande vallas koolitusi ja enesetäiendamise võimalusi. Tervise Arengu Instituuti juhib 18-liikmeline teadusnõukogu.

2001. aastal omandas Eesti Haigekassa oma praeguse avalik-õigusliku juriidilise isiku staatuse, vahetades välja struktuuri, mis koosnes Kesksaigekassast ja 17 piirkondlikust haigekassast. Eesti Haigekassa peamine roll on olla aktiivne teenuste ostja, kelle kohustuste hulka kuulub lepingute sõlmimine tervishoiuteenuste osutajatega, tervishoiuteenuste eest tasumine, ravimikulude hüvitamine ja ajutise töövõimetuse kulude ning rasedus- ja sünnitushüvitise maksmine. Eesti Haigekassat juhib 15-liikmeline nõukogu, mis koosneb riigi, tööandjate ja kindlustatud isikute ühenduste esindajatest. Sotsiaalministeeriumi ja Eesti Haigekassa tegevuse koosõla ning poliitilise vastutuse tagamiseks juhib nõukogu sotsiaalminister. Nõukogu kinnitab Eesti Haigekassa nelja-aastased arengukavad, aastaelarve, regulaarsed aruanded, maksimaalsed ravijärjekorrad ja kriteeriumid, mille kohaselt valitakse tervishoiuteenuste osutajad, kellega lepingud sõlmitakse. Nõukogu esitab valitsusele Sotsiaalministeeriumi kaudu heakskiitmiseks ka Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste nimekirja. Haigekassa tegevust juhib Eesti Haigekassa juhatus, millel on kolm kuni seitse liiget ja mis valitakse viieaastaseks ametiajaks. Elanikkonna vajaduste hindamise, lepingute sõlmimise ja hüvitiste menetlemisega tegelevad Eesti Haigekassa keskosakonnad ja neli piirkondlikku osakonda.

Peale selle loodi 2005. aastal sotsiaalministeeriumi, kolme suurhaigla ja kolme kutseorganisatsiooni poolt Eesti E-tervise Sihtasutus, kelle põhiülesanne on arendada, edendada ja hallata riiklikku e-tervise süsteemi ja selle komponente.

Rahandusministeerium etendab tervisesektoris strateegilist rolli tervishoiu rahastamise juhtimisega riigieelarve kaudu ning rahandusminister kuulub ka haigekassa nõukogusse.

Justiitsministeerium vastutab kinnipeetavatele statsionaarse ja ambulatoorse arstiabi osutamise ja rahastamise eest. Eestis on neli kinnipidamisasutust, milles pakutakse perearsti-, hambaravi- ja teatavate eriarstide teenuseid. Tuberkuloosi põdevaid kinnipeetavaid ravitakse Tallinna vangla erihaiglas. Justiitsministeerium pakub kinnipidamisasutustes ka HIVi/AIDSi ja

tuberkuloosi ennetamise ning uimastisõltuvuse ravi teenuseid. Kui kinnipeetav vajab tervishoiuteenuseid, mida kinnipidamisasutuse tervisesüsteem ei osuta, korraldatakse ravi üldise tervisesüsteemi kaudu. Alates 2010. aastast koondati kõik meditsiiniosakonnad ja haiglad Eesti tervise infosüsteemi alla.

Siseministerium korraldab tervisekontrolli arestimajades (asutused isikutele, keda hoitakse pideva järelevalve all, kuid mitte tingimata vangistuses). Kui isik vajab ravi nakkushaiguse või psüühilise seisundi puhul, suunatakse ta haiglaravile. Lisaks vastutab Siseministerium ka valmisoleku ja kriisiohje eest. Valitsuse moodustatud kriisikomisjoni tööd juhib siseminister.

Kaitseministerium haldab nende meditsiiniteenuste süsteemi, mis on mõeldud isikkoosseisu ambulatoorseks raviks sõjaväeteenistuse ajal. Statsionaarset ravi osutatakse tsiviilhaiglates. Sõjaväelastel on kohustuslik ravikindlustus (kohustusliku) sõjaväeteenistuse ajal, kuid kõik kulutused raviteenustele ja ravimitele kaetakse riigieelarvest.

Haridus- ja Teadusministerium vastutab üldhariduskoolide õppekava, sealhulgas tervisehariduse õppekava väljatöötamise, noortele tervise edendusega seotud tegevuse korraldamise ning vastuvõtukvootide kehtestamise eest riiklikult rahastatavatele õppekohtadele ülikooli arstiteaduskonnas ja tervishoiu kõrgkoolides. Samuti toetab ministerium sobivate rahastamismehhanismide kaudu uurimis- ja arendustegevust.

Maavalitsuste ja kohalike omavalitsuste ülesanded

Eestis on kaks haldustasandit: riigi- ja munitsipaaltasand. Maavalitsus esindab riiki piirkondlikul tasandil, kuid ilma seadusandliku funktsioonita. Kuni 2013. aastani vastutasid maavanemad üldarstiabi korraldamise ja tervisestatistika kogumise eest, kuid need kohustused koondati vastavalt Terviseameti ja Tervise Arengu Instituudi ülesannete alla. Alles jäid kohustused üksnes rahvatervise valdkonnas, kus maavalitsuste ülesanne on koordineerida sektoritevahelist koostööd eri institutsioonide ja omavalitsuste vahel ning arendada ja viia ellu terviseprojekte ja -programme kooskõlas riiklike strateegiatega.

Alates 2001. aastast ei ole kohalikel omavalitsustel enam juriidilist vastutust tervishoiu rahastamise või korraldamise eest. Enamik haiglaid on siiski kohalike omavalitsuste omandis kas aktsiaseltside või kohalike omavalitsuste poolt juhitavate kasumit mittetaotlevate sihtasutuste kaudu. Need kasumit mittetaotlevad organisatsioonid tegutsevad eraõiguse alusel ning kuna nende asutajatel on õigus nimetada ametisse juhtorganite liikmeid, on kohalikel omavalitsustel haiglate juhtimisstruktuuride kaudu jätkuvalt oma osa tervishoius. 2008. aastal vastuvõetud tervishoiuteenuste korraldamise

seaduse muudatusega anti kohalikele omavalitsustele õigus rajada või (osaliselt) omada perearstipraksiseid. Muudatuse peamine eesmärk on tulla toime perearstide vähesusega, suurendades kohalike omavalitsuste finantseeringuid (osa kohalikke omavalitsusi toetab praegu üldarstiabi osutajaid rahaliselt) ja lihtsustades perearstide värbamist. Üks kohaliku omavalitsuse perearstipraksis loodi Tallinnas ja üks väikeses Rannu omavalitsuses. Mõni kohalik omavalitsus rahastab mingit osa ravikindlustuseta inimeste ravist ning hüvitab osaliselt ravimi- ja õendusabikulusid väiksema sissetulekuga leibkondadele ja eakatele.

Tervishoiuteenuste osutajate ülesanded

Alates uue tervishoiuteenuste korraldamise seaduse vastuvõtmisest 2001. aasta mais (seadus jõustus alates 2002. aastast) on tervishoiuteenuste osutamine peaaegu täielikult detsentraliseeritud. Seadus määratleb neli tervishoiuteenuste liiki: esimese etapi arstiabi ehk üldarstiabi, mida osutavad perearstid; kiirabi; eriarstiabi (s.t teise- ja kolmanda etapi arstiabi) ja õendusabi. Tervishoiuteenuste osutajad on autonoomsed. Teenuseid võivad osutada vaid isikud või asutused, kes tegutsevad eraõiguslike juriidiliste isikutena: äriühinguna, sihtasutuse või füüsilisest isikust ettevõtjana. Enamik haiglaid on kas kohalike omavalitsuste omandis olevad aktsiaseltsid või riigi, kohalike omavalitsuste või muude avalik-õiguslike organisatsioonide poolt asutatud sihtasutused. Selles tähenduses juhitakse neid avalik-õiguslike asutustena kas kasumit taotleval (aktsiaselts) või kasumit mittetaotleval (sihtasutus) eesmärgil. Enamik ambulatoorse arstiabi osutajatest on eraomandis. Kõik perearstid on kas eraettevõtjad või perearsti(de) või kohalike omavalitsuste omandis olevate äriühingute palgatöötajad. Perearstiabi osutavad äriühingud võivad pakkuda vaid üldarstiabi- ja õendusabiteenuseid. Otsest riigipoolset kontrolli tervishoiuteenuste suhtes rakendatakse vaid Terviseameti kaudu, mis määrab kindlaks perearstide teeninduspiirkonnad, ja sotsiaalministri kaudu, kes otsustab riigieelarvest rahastatavate kiirabibrigaadide arvu üle. Riigi mõju ilmneb kõige selgemalt eriarstiabi ja õendusabi tegevuslubade andmisel, järelevalves ja rahastamisel avaliku sektori vahenditest.

Võrreldes organisatsioonidega, mida rahastatakse avaliku sektori vahenditest või mis on riigi vahetu järelevalve all, täidavad täielikult eraõiguslikel alustel tegutsevad ettevõtted suuremat rolli ambulatoorsete eriarstiabiteenuste osutamisel näiteks günekoloogia, oftalmoloogia, uroloogia, pea- ja kaelakirurgia, psühhiaatria ning ortopeedia valdkonnas. Nad tegutsevad siiski ka teistel erialadel, kus riigipoolne rahastamine on piiratud või see puudub, näiteks hambaravi ja plastiline kirurgia. Üksikasjalikum teave on esitatud 5. peatükis.

Rahvatervise valdkonnas osutavad teenuseid mittetulundusühingud, sihtasutused või eraõiguslikel alustel tegutsevad ettevõtted, kellel on sõlmitud leping Tervise Arengu Instituudiga. Teenuseid osutada soovivate teenuseosutajate arvu piirab siiski inimressursi ja rahaliste stiimulite vähesus.

Erialaliitude ja patsientide ühenduste ülesanded

Eestis on mitu erialaliitu, millest kõige väljapaistvam kutseorganisatsioon on Eesti Arstide Liit, kes esindab umbes poolt (2800) kogu Eesti arstidest (2010. aastal oli neid 4376) (Eesti Arstide Liit, 2012). Eesti Arstide Liit taastati 1988. aastal ning see on peamine arstide esindusühing, kes peab ametlikke läbirääkimisi tööandjate ja Sotsiaalministeeriumiga. Viimastel aastatel on Eesti Arstide Liit koos teiste Eesti kutseorganisatsioonidega osalenud väga aktiivselt kollektiivlepingutes sätestatud miinimumpalga üle peetud läbirääkimistel ning üldistes aruteludes tervishoiupoliitika ja -probleemide üle. Eesti Arstide Liidul oli juhtiv roll 2012. aasta lõpus korraldatud tervishoiutöötajate streigis.

Sotsiaalminister on määratlenud 37 peamist arstieriala (2001). Kõikidel nendel erialadel on oma erialaliidud. Teist liiki erialaliitused luuakse teatavate haiguste või diagnostiliste või ravimeetodite põhjal. Erialaliitude eesmärk on toetada ja edendada oma eriala, töötada välja pädevusnõuded ja korraldada pädevushindamisi. Erialaliidud koostavad iga eriala kohta arengukavad, mida Sotsiaalministeerium kasutab otsuste tegemisel, kuid millel ei ole seadusandlikku jõudu.

Nende erialaliitude seas on ka 1991. aastal asutatud Eesti Perearstide Selts. Selts on etendanud tähtsat osa peremeditsiini väljaarendamisel ja perearstiabi reformi elluviimisel alates 1997. aastast ning jätkab jõupingutusi üldarstiabisüsteemi edasisel tugevdamisel. Eesti Perearstide Selts ühendab suuremat osa rohkem kui 900 perearstist, mis moodustab ligikaudu 20% kõikidest Eestis töötavatest arstidest.

Eesti Õdede Liit asutati 1923. aastal ja taasasutati 1990. aastal. Liit esindab umbes poolt kõigist õdedest ning on aktiivselt osalenud õenduslaste kutsestandardite ümberkujundamisel, juhendite väljatöötamisel ja õdede koolituskavade uuendamisel. Liit osales aktiivselt ka miinimumpalga üle peetud läbirääkimistel. Koos 1992. aastal loodud Eesti Ämmaemandate Ühinguga koostati Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia aastateks 2011–2020 (Eesti Õdede Liit ja Eesti Ämmaemandate Ühing, 2011). Käesoleval ajal eristatakse nelja peamist õenduseriala ja 14 alameriala. Iga eriala on endale välja töötanud oma arengukava.

Haiglad on moodustanud Eesti Haiglate Liidu, millel oli 2012. aasta lõpuks 22 liiget. Enamik liikmetest on aktiivravihaiglad, kuid liiduga on ühinenud ka paar hooldushaiglat. Liit esindab haiglaid läbirääkimistel, mida peetakse erialaliitudega miinimumpalga üle ja Eesti Haigekassaga raamlepingu üle. Haiglate Liit osaleb aktiivselt ka tervishoiualaste õigusaktide ja poliitika arendamise üle peetavatel aruteludel. Haiglate Liidu esindaja on ka Eesti Haigekassa nõukogu liige (Eesti Haiglate Liit, 2012).

Kõige vanem ja silmapaistvam patsientide ühendus on Eesti Patsientide Esindusühing (EPE). Esindusühingu põhiülesanded on kaebuste lahendamine ning patsientide nõustamine ja esindamine (vt jaotis 2.9.3). Esindusühing osaleb aktiivselt aruteludes ning õigusaktide koostamisel ja arutamisel. Esindusühing osaleb praegu enamikus ministeeriumi töörühmades, kus arutatakse uusi poliitikasuundi ja strateegiaid, samuti on ta arstiabi kvaliteedi eksperdikomisjoni liige. Moodustatud on ka spetsiifilisi haigusi põdevaid või puudega inimesi esindavad patsientide rühmad, näiteks Eesti Diabeediliit ja Sclerosis Multiplexi Ühing.

Patsiendi/tarbija osalemine tervishoiuaruteludes on viimastel aastatel olulisemaks muutunud. Näiteks on Puuetega Inimeste Koda esindatud Eesti Haigekassa nõukogus. Ravimitööstusega seotud patsientide esindusorganisatsioon loodi ajal, mil toimus vaidlus ravimikulude hüvitamisel piirhindade süsteemi kasutuselevõtmise üle. Kasutamata võimsusi ja arenguruumi tervishoiupoliitika mõjutamise vallas on siiski veel.

Teadusasutused

Tartu Ülikoolil (TÜ) on märkimisväärne mõju tervisevaldkonnas, sest tegemist on ainsa ülikoolitasemel meditsiiniharidust pakuva asutusega Eestis. Peale arsti-, farmaatsia- ja õekoolituse teeb Tartu Ülikool mitmesuguseid terviseuringuid. Tervisepoliitika küsimustes on esile tõusnud TÜ tervishoiu instituut, mis toetab ja teostab rakendusuringuid rahvatervise, tervishoiukorralduse ja tervishoiuökonomika valdkonnas ning pakub koolitust rahvatervise ja tervishoiukorralduse vallas. 2012. aastal loodi TÜ tervishoiu instituudi juurde tervisetehnoloogiate hindamise keskus. Lisaks sellele on Tallinna Ülikool ja Tallinna Tehnikaülikool korraldanud uuringuid rahvatervise, e-tervise ja bioteaduste valdkonnas. Tervise Arengu Instituut (vt eespool) on eelkõige riiklik teadus- ja arendusasutus, mille uuringud hõlmavad biostatistikat ja epidemioloogiat, onkoloogiat, meditsiiniviroloogiat, nakkushaigusi, uimastisõltuvust ja riskikäitumist.

2001. aastal anti Eesti Käitumis- ja Terviseteaduste Keskusele (interdistsiplinaarne üksus Tartu Ülikooli sotsiaalteaduskonna juures) Eesti teaduse tippkeskuse staatus. Keskuse peamine eesmärk on arendada valdkondadevahelist uurimistööd ning korraldada doktoriõpet käitumis- ja terviseteaduste valdkonnas (Eesti Käitumis- ja Terviseteaduste Keskus, 2013).

Samal aastal asutas valitsus sihtasutuse Eesti Geenivaramu ning tegi sellele ülesandeks juhtida Eesti Geenivaramu projekti. Alates 2007. aastast on Eesti Geenivaramu projekti juhtimine Tartu Ülikooli Eesti Geenikeskuse ülesanne. 2011. aasta lõpus oli selle biopangas inimgeeniproove ligikaudu 51 515 inimeselt, mis on umbes 5% Eesti täiskasvanud elanikkonnast. Neid proove kasutatakse riiklikes ja rahvusvahelistes teadusprojektides (Eesti Geenikeskus, 2012).

2000. aastal asutati sihtasutus Poliitikauuringute Keskus PRAXIS. Selle peamiseks uurimisvaldkondadeks peale tervisepoliitika on innovatsioon ning avaliku sektori, sotsiaal- ja tööpoliitika kujundamine. PRAXIS osaleb mitmes rahvusvahelises koostöövõrgustikus ja suudab seetõttu tugevdada sidemeid rahvusvahelise kogemuse ja Eesti poliitikakujundamise vahel.

Meediaorganisatsioonid

1990. aastate algul ilmusid vaid paar meditsiinivaldkonna ajakirja, nende seas akadeemiline ajakiri Eesti Arst, mis on siiani ainus Eestis ilmuv eelretsenseeritud ajakiri. Pärast taasisesesivumist on ilmunud mitu erialaliitude toimetatud väljaannet, näiteks Eesti Perearstide Seltsi ja Eesti Õdede Liidu toimetised, mille eesmärk on anda spetsialistidele informatsiooni nii arengust arstipraksises ja arstiteaduses kui ka tervisepoliitika küsimustes. Selliste väljaannete hulka kuuluvad näiteks ajakiri Apteeker proviisoritele ja ajaleht Meditsiiniuudised. Ajaleht Terviseleht on mõeldud peamiselt patsientidele ja tarbijatele.

Terviseinfo jagamiseks on loodud tervishoiuportaalid meditsiinispetsialistidele ja patsientidele. Kuigi need veebilehed avasid foorumid aruteludeks huvigruppide vahel ning patsientide nõustamiseks, on oodata uuendusi, näiteks interaktiivseid veebipõhiseid lahendusi. Meedia on tegelnud aktiivselt info jagamisega rahvatervise küsimustes ja laiematel tervisetemadel ning aidanud sellega suurendada Eesti elanikkonna teadlikkust.

2.4 Detsentraliseerimine ja tsentraliseerimine

1990. aastate alguse reformid detsentraliseerisid tervisesüsteemi märkimisväärselt. Üldarstiabi ja teatava osa eriarstiabi planeerimine oli jäetud kohalike omavalitsuste ülesandeks. Tervishoiu planeerimise ja kontrollimise hajutamine maakonnatasandile tõi kaasa tervishoiuspetsialisti ametikoha loomise maavalitsuste juures ja maakonna tervisekaitseteenistuste asutamise. 1992. aastal olid maakondade ja suuremate linnade haigekassad iseseisvad riigiasutused.

Mõne funktsiooni puhul ei võimaldanud aga detsentraliseerimine tagada tõhusat toimimist. Enamik omavalitsustest olid liiga väikesed ja neil puudusid piisavad rahalised võimalused oma uute ülesannete täitmiseks ning maakonna tasandil oli raske leida nõuetekohaselt kvalifitseeritud töötajaid. Tegevuse puuduliku kooskõlastatuse tõttu loodi 1994. aastal Keskhaigekassa, mis allus Sotsiaalministeeriumile ja vastutas maakonna haigekassade tegevuse eest. 1990. aastate lõpupoole toimunud retsentraliseerimise võib jagada kolme faasi.

Esiteks kanti üldvastutus tervishoiu planeerimise eest kindlalt tagasi riigi tasandile, Sotsiaalministeeriumi kontrolli alla. Maakonna ja omavalitsuse vastutust tervishoiuteenuste planeerimise ja haldamise eest vähendati.

Teiseks tsentraliseerisid organisatsioonid, näiteks Eesti Haigekassa ja Tervisekaitseinspeksioon (Terviseameti eelkäija), mis varem olid olemas igas maakonnas, oma teenistused selliselt, et need hõlmavad nüüd mitut maakonda. Muudatuste eesmärk oli parandada kvalifitseeritud personali kasutamise tõhusust ja hoida kokku halduskulusid. Eesti Haigekassa puhul on suurem tsentraliseeritus tugevdanud selle ostufunktsiooni, optimeerinud haldussuutlikkust ja võimaldanud täiskohaga ökonomistide ja juristide värbamist uutesse piirkondlikesse teenistustesse, mis enne ei olnud võimalik.

Kolmandaks on Eesti Haigekassa juhtidele ja teenuseosutajate juhtidele antud suuremad õigused ja kohustused. Tervishoiuteenuste osutajad on õigusliku seisundi poolest nüüd eraõiguse alusel tegutsevad eraõiguslikud üksused, mis tähendab, et otsese vastutuse teenuseosutaja tegevuse eest on Sotsiaalministeerium ja kohalikud omavalitsused delegeerinud haigla

nõukogule. Üldarstiabis algas erastamisprotsess 1998. aastal ja lõppes 2002. aastal. 2001. aastal saavutas Eesti Haigekassa oma praeguse seisundi iseseisva avalik-õigusliku organisatsioonina ega allu enam Sotsiaalministeeriumile.

Lisaks toimus 2012. aastal üldarstiabi edasine retsentraliseerimine. 2013. aasta algusest läksid üldarstiabiga seotud haldusüksused (perearsti nimistu moodustamine ja kinnitamine, perearstide ajutine asendamine ja järelevalve korraldamine) maavanematelt üle Terviseametile. Tervisestatistika kogumine anti üle Tervise Arengu Instituudile ja üks lisaetapp (maavanema oma) jäeti välja. Peale selle tsentraliseeriti mitu tervishoiusektori haldusüksust, näiteks raamatupidamine (2009). Ka infotehnoloogia planeerimine ja riigiasutuste personalihaldus tsentraliseeriti (või tsentraliseeritakse).

2.5 Planeerimine

Eestis tegeleb tervisesüsteemi planeerimisega Sotsiaalministeerium. Peamine tervise poliitika dokument on praegu rahvastiku tervise arengukava 2009–2020, mille valitsus võttis vastu 2008. aastal. Arengukava eesmärk on koondada kõik olemasolevad valdkondlikud tervisekavad, strateegiad ja arengukavad üheks kavaks, mis kajastaks tervisesüsteemi ja teiste sektorite sidusrühmade vahelisi seoseid (vt jaotis 2.6). Selle tulemusel peaksid kõik sidusrühmad teadma, millised on nende ülesanded Eesti elanikkonna tervise parandamisel.

Rahvastiku tervise arengukava sisaldab mõõdetavaid eesmärke koos konkreetsete näitajatega ning üksikasjalikku loetelu tegevustest, mis on otseselt seotud riigieelarvega. Riigieelarve põhineb omakorda Rahandusministeeriumi koostatud nelja-aastasel eelarvestrateegial (Rahandusministeerium, 2010, 2012, 2013). Kõik rahvastiku tervise arengukavas sisalduvad tegevused ja kulud vaadatakse igal aastal uuesti läbi ning iga kahe aasta tagant tehakse täiendav tulemuste hindamine. Et rahvastiku tervise arengukava on kõrgeima taseme dokument, siis tuleb selle tulemustest aru anda valitsusele. Rahvastiku tervise arengukava töötati välja pärast mitut aastat kestnud konsultatsioone ja avalikke arutelusid. Lõplik kava koosneb kahest põhieesmärgist, mis tuleb saavutada viie strateegilise valdkonna meetmete abil. Need kaks põhieesmärki on tõsta 2020. aastaks 1) oodatavat eluiga sünnihetkel meestel 75 aastani ja naistel 84

aastani ning 2) oodatavat tervena elatud eluiga sünnihetkel meestel 60 aastani ja naistel 65 aastani. Konkreetsete eesmärkide ja edusammude hindamiseks vajalike mõõdikutega viis strateegilist valdkonda on järgmised:

- sotsiaalne sidusus ja võrdsed võimalused;
- laste ja noorte turvaline ja tervislik areng;
- tervist toetav elu-, töö- ja õpikeskkond;
- tervislik eluviis;
- tervishoiusüsteemi areng.

Lisaks otseselt riigieelarvega seotud tegevustele antakse rahvastiku tervise arengukavas soovitusi omavalitsustele, eraõiguslikele organisatsioonidele ja üksikisikutele selle kohta, kuidas parandada elanikkonna ja iseenda tervist. Huvitaval kombel ei ole neid soovitusi rahvastiku tervise arengukava jõustumisest alates ajakohastatud, kuid riigieelarvest rahastatavad tegevused vaadatakse läbi igal aastal. Peale selle oli esialgne eesmärk arengukava koostamisel sõnastada selgelt kõik (mitte üksnes tegelikult rahastatavad) tegevused ja ressursid, mida on vaja rahvastiku tervise parandamiseks.

Kuigi rahvastiku tervise arengukava on ainus laiaulatuslik tervisestrategie, kehtis ja kehtib praegugi mitu spetsiifilist tervisepoliitika dokumenti, strateegiat või arengukava. Arvatavasti on kõige olulisem nendest poliitikadokumentidest „Eesti haiglate arengukava aastani 2015” (Hellers et al., 2000), mis 2003. aastal vaadati läbi ja kohandati haiglavõrgu arengukavaks (Vabariigi Valitsus, 2003; vt ka jaotis 4.1). Haiglavõrgu arengukava ei hõlma täiel määral hooldusravi ja taastusraviteenuste planeerimist ning nende valdkondade jaoks töötati välja eraldi kavad.

Suundumus planeerimine ja reguleerivad ülesanded osaliselt tsentraliseerida sai teatava tõuke 1990. aastate kogemusest, mis näitas, et detsentraliseeritud planeerimine ei toonud kaasa tõhusaid ja kättesaadavaid tervishoiuteenuseid, kuigi paljudel juhtudel olid püüdlused reageerida paremini patsiendi vajadustele edukamad. Eesti Haigekassa oli sunnitud lepinguid sõlmides seadma tervishoiuteenused ja teenuseosutajad pingeritta. Mõnikord soovitas haigekassa ka teenuse osutamise lõpetamist. See tekitas küsimuse, kas Eesti Haigekassa sellised otsused on õiguspärased, ning ajendas 2001. aastal tagasi pöörduma riikliku planeerimise ja vastutuse jagamise juurde Eesti Haigekassa ja Sotsiaalministeeriumi vahel. Eesti Haigekassa planeerib oma kulusid neli

aastat ette kooskõlas riigieelarve planeerimise põhimõtetega. Nelja-aastases eelarveraamistikus määratakse kindlaks arendamise eelisvaldkonnad ning sätestatakse alus üksikasjalikuma aastaelarve jaoks.

Üldarstiabi planeerimise kohustust jagab Sotsiaalministeerium riigi ja maakonna tasandil, nagu on sätestatud esmatasandi tervishoiu arengukavas (Sotsiaalministeerium, 2009b). Ministeerium reguleerib perearstide üldarvu maakonnas lähtuvalt elanike arvust ja asustustihedusest. 2013. aastal läks üldarstiabi kättesaadavuse planeerimine ja haldamine maavanematelt üle Terviseametile. Alates 2000. aastast on eriarstiabi pikaajalise planeerimisega tegelnud Sotsiaalministeerium. Eesti Haigekassa kujundab ministeeriumi kavade põhjal lühiajalisema lepingute sõlmimise poliitika. Nimetatud poliitika keskendub tervishoiuteenuste mahule, soovides esmajärjekorras parandada ravi kättesaadavust ning lühendada statsionaarse ravi ooteaegu vastuvõetavale/kokkulepitud tasemele. Kiirabiteenus osutavate üksuste töötajate arvu planeerib Terviseamet. Peamine ülesanne on säilitada kiirabiüksuste praegune arv ja kõrged meditsiinilised standardid, et tagada Eesti elanikele kiire ja kvaliteetne kiirabiteenus.

Haiglate arvu, statsionaarse ravi, haiglas viibimise aja vähendamine ja muud tegurid on suurendanud õendushoolduse osatähtsust. Teadvustades tervishoiuteenuste osutamises esinevaid lünki, võttis Sotsiaalministeerium vastu hooldusravivõrgu arengukava 2004–2015 (Sotsiaalministeerium, 2003), milles täpsustatakse nendele haigetele ettenähtud teenused, kes kulukat ja kõrgtehnoloogilist aktiivravi enam ei vaja. Hooldusravivõrgu arengukava eesmärk on parandada nii ambulatoorse kui ka statsionaarse hooldusravi teenuste kättesaadavust ja kvaliteeti ning ravikindlustuse vahendite eesmärgipärast kasutamist.

Inimressursside planeerimine on olnud suhteliselt unarusse jäänud valdkond. 1990. aastate alguses arstierialadele õppima asujate arvu vähendati, püüdes seeläbi lahendada nõukogudeaegset arstide „ületootmise” probleemi. Alates 1990. aastate keskelt on Sotsiaalministeerium püüdnud planeerida arsti- ja õenduskoolituse erialade vastuvõtumäärasid. Viimastes tööjõukavades on võetud arvesse kutsealase liikuvuse prognoose, tööjõu vananemist ja – kõige negatiivsema tegurina – kvalifitseeritud tervishoiutöötajaid, kes töötavad kas väljaspool tervishoiusektorit või väljaspool Eestit.

Kõige märkimisväärsemad planeerimisvahendid rahvatervise valdkonnas olid pärast 2000. aastat südame- ja veresoonehaiguste ennetamise riiklik strateegia aastateks 2005–2020 (Vabariigi Valitsus, 2005; strateegia tunnistati kehtetuks 2012. aastal), riiklik HIVi ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015

(Sotsiaalministeerium, 2005), narkomaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012, riiklik vähistrateegia aastateks 2007–2015 (Sotsiaalministeerium, 2007) ja tuberkuloositõrje riiklik programm aastateks 2008–2012. Kõik need strateegiad pidid andma üksikasjalikke juhiseid tegevuskavade koostamiseks, sisaldades konkreetseid meetmeid, eelarvet ja oodatavaid tulemusi. Strateegilise planeerimise ja järelevalve eest vastutab Sotsiaalministeerium ning meetmete elluviimise eest Tervise Arengu Instituut ja teised partnerid. Iga-aastaste tegevuskavade planeerimise aluseks on Tervise Arengu Instituudi ja teiste partnerite panus, mis sõltub nende käsutuses olevatest ressurssidest ja institutsionaalsest suutlikkusest.

Nagu eespool kirjeldatud, oli rahvastiku tervise arengukava esialgne eesmärk koondada mitmed poliitikadokumendid üheks laiahaardeliseks kavaks ning määratleda konkreetne tegevus madalama tasandi strateegiates. Praegu on siiski suundumus koondada need strateegiad rahvastiku tervise arengukavasse, et vähendada Sotsiaalministeeriumi halduskoormust. Esimene rahvastiku tervise arengukavasse integreeritud valdkonnaspetsiifilistest strateegiatest oli südame- ja veresoonkonnahaiguste ennetamise riiklik strateegia aastateks 2005–2020. Strateegia üksikasjalikud tegevused jaotati ära rahvastiku tervise arengukava viie prioriteetse valdkonna vahel, ilma et oleks võimalik selgelt eristada või rühmitada tegevusi, mille eesmärk on ennetada südame-veresoonkonnahaigusi. Praegu ei ole veel selge, kas, millal ja kuidas teised valdkonnaspetsiifilised poliitikadokumendid rahvastiku tervise arengukavasse lisatakse. Need valdkonnaspetsiifilised strateegiad, mida peeti esmatahtsaks ja millest varem anti aru otse valitsusele, alandati samas ministeeriumi otsustustasandile.

2.6 Sektoritevaheline koostöö

Sektoritevahelise tervishoiuplaneerimise peamiseks vahenditeks on rahvastiku tervise arengukava (Sotsiaalministeerium, 2008) ja riiklikud tervisstrateegiad (vt jaotis 2.5). Sotsiaalministeerium koordineerib rahvastiku tervise arengukava planeerimist, rakendamist ja hindamist. Rahvastiku tervise arengukava juhtkomitee ülesanne on planeerida konkreetset tegevust ja nende elluviimiseks vajalikud rahalised vahendid, lähtudes eelnenud perioodi tegevuste ja tulemuste analüüsist. Juhtkomiteesse kuuluvad peamised partnerid: Sotsiaalministeerium, Põllumajandusministeerium, Kultuuriministeerium, Kaitseministeerium, Haridus- ja Teadusministeerium, Keskkonnaministeerium, Siseministeerium, Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium,

Justiitsministeerium, ning suuremate erakondade, valitsuse, Õiguskantsleri Kantselei, kohalike omavalitsuste ja teadusringkondade esindajad. Iga liige annab juhtkomiteele aru oma pädevusvaldkonna tegevuste korraldamise ja oma haldusala eesmärkide saavutamise kohta ning esitab Sotsiaalministeeriumile ja eksperdirühmadele aruandluse koostamiseks vajalikku infot. Arengukava täitmise aruanne esitatakse Vabariigi Valitsusele. Juhtkomiteel on veel arenguruumi, et areneda strateegilisemaks sektoritevaheliseks organiks.

Peale selle on kehtestatud ametlik konsulteerimis- ja tagasisidemehhanism kõikide valitsuse tasandi õigusaktide ja strateegiadokumentide jaoks. Enne nende vastuvõtmist on teistel ministeeriumidel ja sidusrühmadel võimalik esitada märkusi, teha muudatusettepanekuid või jääda eriarvamusele. Eelnõu algatanud ministeerium peab märkustele reageerima ning esitama põhjendused, kui märkusi ei võeta arvesse. Kõik päevakorral olevad küsimused räägitakse kas kahepoolselt või valitsuse istungite ajal läbi.

Mitmes valdkonnas rakendatavad riiklikud strateegiad on näiteks narkomaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012 (võeti vastu 2003) ning riiklik HIVi ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015 (võeti vastu 2005). Kuni 2012. aastani koordineeris riiklikku HIVi ja AIDSi strateegiat ja narkomaania ennetamise riiklikku strateegiat valitsuse komisjon, kuhu kuulusid vastutavate ministeeriumide ja teiste organisatsioonide esindajad, kuid nüüd tegutsevad komiteed üksnes ministeeriumi tasandil. Peamised partnerid on Siseministeerium, Haridus- ja Teadusministeerium ning Justiitsministeerium. Sotsiaalministeerium koordineerib HIVi ja AIDSi komisjoni tööd, kuid Siseministeerium võttis 2012. aastal Sotsiaalministeeriumilt üle narkomaania ennetamise komisjoni tegevuse koordineerimise. Peale selle on terviseiga seotud strateegilisi arengukavasid, mida koordineerivad muud ministeeriumid kui Sotsiaalministeerium, näiteks riiklik liiklusohutuse programm aastateks 2003–2015 (Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium), vägivalla vähendamise arengukava aastateks 2010–2014 (Justiitsministeerium) ja liikumisharrastuste arengukava aastateks 2011–2014 (Kultuuriministeerium). Nende kavadega seotud tegevused on samuti kaasatud rahvastiku tervise arengukavasse. Siiski ei ole veel selge, kuidas kogu strateegiatega planeerimise ja aruandluse koondamine rahvastiku tervise arengukavasse (vt jaotis 2.5) hakkab tulevast sektoritevahelist koostööd hõlbustama.

2.7 Terviseinfo haldamine

2.7.1 Tervise infosüsteemid

Eestis tegeleb tervise infosüsteemi haldamisega Sotsiaalministeerium. Seda vastutust kannavad terviseinfo ja analüüsi osakond ning e-tervise osakond. Esimene neist vastutab kogu terviseinfo kogumise süsteemi ja tervisenäitajate arendamise eest. Samuti varustab see osakond poliitikakujundajaid vajalike analüüsidega. E-tervise osakond keskendub e-retseptide ja e-tervise patsiendiandmete süsteemide väljatöötamisele. Need kaks osakonda vastutavad ühiselt terviseregistrite eest, kuid nende haldamine on Terviseameti ja Tervise Arengu Instituudi (TAI) ülesanne.

Eestis on mitu asutust, mis koguvad ja analüüsivad terviseandmeid. Peamiselt tegelevad sellega Eesti Haigekassa, TAI, Sotsiaalministeerium, Ravimiamet ja Eesti E-tervise Sihtasutus. Eesti Haigekassa kogub andmeid tervishoiuteenuste osutamiseiga seotud põhitegevuste kohta, võttes eelkõige aluseks teenuseosutajatega sõlmitud lepingute järgsete raviarvete andmeid. Üks osa andmete kogumisest ja analüüsimisest hõlmab ka teenuste kvaliteeti ja ravijärjekordi. Lisaks kogub ja analüüsib Eesti Haigekassa andmeid, mis on seotud retseptiravimite kulude ja töövõimetuse hüvitamisega elanikkonnale. Koostöös Sotsiaalministeeriumiga korraldab Eesti Haigekassa igal aastal ka elanikkonna rahulolu uuringuid. Need hõlmavad selliseid küsimusi nagu tervishoiuteenuste kättesaadavus, taskukohasus ja nendega rahulolu.

TAI kogub ja analüüsib riiklikku tervisestatistikat ja samuti andmeid tervishoiutöötajate, tervishoiuteenuste ja muude tervishoiuressursside kasutamise kohta. TAI vastutab ka riikliku tervishoiu kogukulude teabe kogumise ja analüüsimise eest. Lisaks korraldab TAI regulaarseid rahvastiku tervise seisundi ja tervise mõjurite uuringuid ning paljusid muid uuringuid ja hindamisi peamiselt rahva- või rahvastiku tervise valdkonnas, et neid saaks arvesse võtta tervise poliitika kujundamisel. TAI koostab regionaalseid tervise profiile ja toetab kohalikke omavalitsusi nende terviseinfonõuete täitmisel. TAI haldab ja arendab mitut riiklikku terviseregistrit, näiteks surmapõhjuste register, sünniregister ja raseduskatkestusandmekogu, vähiregister ja tuberkuloosiregister. 2012. aastal algas vähi sõeluuringute registri väljatöötamine.

Terviseameti ülesanne on koguda otse tervishoiuteenuste osutajatelt nakkushaigustega seotud andmeid ja neid analüüsida (vt ka jaotis 5.1). Terviseamet vastutab ka andmebaaside pidamise eest Eestis tegevusluba omavate arstide ja Eestis tegutsevate tervishoiuteenuste osutajate kohta.

E-tervise süsteem on ühtne ja standarditud teabevahetusplatvorm, mis ühendab kõiki teenuseosutajaid ja võimaldab vahetada andmeid erinevate allikatega, nagu näiteks registritega. Selles süsteemis kogutud ja kasutatud andmed on isikustatud, et igal patsiendil oleks juurdepääs oma terviseandmetele. Patsiendid saavad lubada või keelata teatud arstidele juurdepääsu oma andmetele, et kasutada neid ravi ja hoolduse planeerimisel. E-tervise süsteemil on ka statistikamoodul, mille abil luuakse automaatselt või vastavalt vajadusele anonüümset terviseinfot, mida praegu koguvad teatud määral mitu eespool nimetatud asutust. Süsteemi igapäevase juhtimise ja arendamisega tegeleb Eesti E-tervise Sihtasutus, mis on Sotsiaalministeeriumi järelevalve all tegutsev sõltumatu asutus.

Isikute terviseandmete kogumist, haldamist ja analüüsimist reguleerib isikuandmete kaitse seadus. Eeskirjad on ranged ja kõikide tervise infosüsteemide turvalisuse tase peab olema kõrgeim võimalik. Eeskirjade täitmise järelevalvet teeb Eesti Andmekaitse Inspektsioon. Isikuandmete kaitse seadus seab tingimuseks isiku õiguse nõuda isikuandmete töötlemise lõpetamist, isikuandmete parandamist, sulgemist või kustutamist.

2.7.2 Tervisetehnoloogiate hindamine

Kuni viimase ajani puudus Eestil tervisetehnoloogiate hindamise süstemaatiline kava peamiselt poliitikakujundajate huvi ja koolitatud spetsialistide puudumise tõttu.

Tervisetehnoloogiate hindamise elemente – nimelt tõhususe ja ohutusega seotud tõendite sõltumatut hindamist – on kasutatud ravimite ja meditsiiniseadmete jaoks müügiloa andmise protsessis. Alates 2002. aastast on kehtinud eeskirjad selle kohta, kuidas tuleks uued raviviisid ja -protseduurid Eesti Haigekassa hüvitatavate tervishoiuteenuste loetellu lülitada ning kuidas tuleks hinnata uusi ravimeid, et Eesti Haigekassa neid hüvitaks. Uute teenuste ja ravimite hindamine toimub terviseökonoamilise hinnangu andmise kaudu, arvestades nii ühiskonna ja patsiendi perspektiivi kui ka kulutõhususe kriteeriumi. See hindamine põhineb siiski taotleja või tootja esitatud teabel ja seda ei tehta süstemaatiliselt või ühtset metoodikat järgides.

Raviasutuse tasemel on mõnikord tehtud asutusesiseseid kuluanalüüse kõrge maksumusega tehnoloogiate (näiteks magnetresonantstomograafi (MRT) või kompuutertomograafi (KT)) ostmisel.

Alates 2008. aastast on Eesti Haigekassa teinud koostööd Ühendkuningriigi Riikliku Tervishoiu ja Kliinilise Kvaliteedi Instituudiga, et jagada kogemusi ning parandada meetodeid ja protsesse süstemaatiliseks tõendus põhiseks poliitikakujundamiseks. See koostöö hõlmas õppereisi Ühendkuningriiki, meetodite koolitust Eestis ja poliitika ümarlauda tervisetehnoloogiate hindamise teemal 2010. aasta mais. Selle tulemusena määras Sotsiaalministeerium 2010. aastal Tartu Ülikooli esindama Eestit EUnetHTA projektis, mis on Euroopa Komisjoni rahastatav ühismeede aastateks 2010–2015 ning mis ühendab 46 riiklikku ja piirkondlikku asutust kõigest 27 ELi liikmesriigist. Selle projekti abil rakendatakse praktikas tõhusat ja jätkusuutlikku koostööd tervisetehnoloogiate hindamise vallas ning ühtlustatakse ja standarditakse hindamisega seotud tegevusi.

2011. aastal tegi Sotsiaalministeerium esimest korda Tartu Ülikoolile ülesandeks hinnata konkreetsete raviviiside kulutõhusust, nimelt kolme vaktsineerimiskava puhul: rotaviirus, pneumokokk ja inimese papilloomviirus. Kolme aruande eesmärk on aidata otsustada, kas lisada uued vaktsiinid riiklikusse immuniseerimiskavasse või mitte.

2012. aastal loodi Tartu Ülikooli tervishoiu instituudi juurde tervisetehnoloogiate hindamise keskus, kus töötab 8–10 noort teadurit, kellel on magistrikraad rahvatervises, majandusteaduses või matemaatilises statistikas. Haridus- ja Teadusministeeriumi poolt rahastatav keskus peab koostama 2015. aastaks 20 tervisetehnoloogiate hindamise aruannet. Praegu ei ole veel otsustatud, kas tervisetehnoloogiaid hakkab tulevikus hindama eraldiseisev riigiasutus või jätkatakse seda ülikooli raames.

Tervisetehnoloogiate hindamise aruannetes käsitletavat teemat otsustavad Sotsiaalministeerium ja Eesti Haigekassa. Tervisetehnoloogiate hindamisega kaasnevaid soovitusi ja järeldusi kasutatakse selleks, et teha otsuseid uute tehnoloogiate ja tervishoiuteenuste lisamiseks ravikindlustuse paketti ning et kohandada ravitavasid ja -juhiseid vastavalt tõhususe ja ohutuse kohta saadud uutele tõenditele ning silmas pidades tõhusat ressursikasutust.

Kokkuvõtlikult võib öelda, et alates 2012. aastast on Eestis tehtud märkimisväärseid edusamme selleks, et luua tervisetehnoloogiate hindamise ametlikud menetlused ja arendada selle valdkonna suutlikkust tõenduspõhiste otsuste tegemise toetuseks tervishoius ja rahvatervises.

2.8 Reguleerimine

Eesti Vabariigi põhiseaduse § 28 kohaselt on inimestel õigus tervise kaitsele ja sotsiaalkaitsele. Eesti tervisesüsteemi õigusraamistik on sätestatud viies olulises õigusaktis: ravikindlustuse seaduses (2002), tervishoiuteenuste korraldamise seaduses (2002), rahvatervise seaduses (1995), ravimiseaduses (2004) ja võlaõigusseaduses (2001).

Eesti tervisesüsteemi korraldamisega tegelevad peamiselt Riigikogu, Vabariigi Valitsus, Sotsiaalministeerium ja selle allasutused ning Eesti Haigekassa. Riigikogu kui seadusandja menetleb ja võtab vastu esmased õigusaktid ning kiidab heaks riigieelarve. Valitsus ja ministrid vastutavad teiseste õigusaktide (määruste) eest.

Riigi tasandil üldiselt on vastutus tervisesüsteemi korraldamise ja juhtimise eest jagatud viie ministeeriumi vahel.

- Sotsiaalministeerium vastutab tervisesüsteemi korraldamise eest selles osas, mis puudutab poliitika väljatöötamist, tervishoiu- ja rahvaterviseteenuste õiguslikku reguleerimist ja järelevalvet. Ministeerium tegeleb ka kindlustamata isikutele kiirabi teenuse ja vältimatu abi teenuste osutamise korraldamise ja rahastamisega.
- Justiitsministeerium ja Siseministeerium vastutavad vanglates ja teistes kinnipidamisasutustes osutatavate tervishoiuteenuste eest.
- Kaitseministeerium korraldab sõjaväepersonali üldarstiabi teenused ja nende rahastamise.
- Rahandusministeerium korraldab ja koordineerib strateegilist planeerimist, samuti koostab riigieelarve ning on esindatud valitsuse loodud tervishoiuteenuste osutajate nõukogudes.

Tervisesüsteemi korraldamise ja järelevalve eest vastutab Sotsiaalministeerium. Tervishoiuseaduste jõustamine toimub valitsuse ja ministri määruste kaudu. Peamine tervisepoliitika dokument – rahvastiku tervise arengukava – võeti vastu 2008. aastal (Sotsiaalministeerium, 2008). Lisaks on ka hooldusravivõrgu arengukava 2004–2015 (Sotsiaalministeerium, 2003) ja esmatasandi tervishoiu arengukava 2009–2015 (Sotsiaalministeerium, 2009b) olulised poliitikadokumendid, mis annavad näpunäiteid tervisesüsteemi korraldamiseks.

Riik ja kohalikud omavalitsused mõjutavad nõukogudes osaledes haiglate töö korraldamist ja planeerimist. Patsiendid on esindatud nii Sotsiaalministeeriumi töörühmades ja komisjonides kui ka Eesti Haigekassa nõukogus. Üldiselt põhineb tervisesüsteemi haldamine pigem õiguslikul reguleerimisel ja lepingulistel suhetel kui alluvussuhtel.

2.8.1 Ravikindlustuse reguleerimine ja haldamine

2000. aasta Eesti Haigekassa seaduse kohaselt on Eesti Haigekassa ühtne, iseseisev avalik-õiguslik organisatsioon, kes vastutab tervishoiuteenuste ostmise ja maksmise eest. Pärast 2004. aastal Eesti Haigekassas toimunud ümberkorraldusi jäi järele ainult neli piirkondlikku osakonda ja keskosakond. Praeguse korralduse alusel hõlmab iga piirkondlik osakond 175 000–500 000 kindlustatud isikut. Praegu vastutavad piirkondlikud osakonnad eeskätt tervishoiuteenuste eelarve ja lepingute planeerimise ja järelevalve eest ning on teenuseosutajate jaoks esmaseks kontaktpunktiks. Eesti Haigekassale on antud teenuseosutajatega lepingute sõlmimisel suur autonoomia, ent samal ajal on säilinud ka valitsuse järelevalve ja osalus. Tervisekindlustussüsteemi puudutavad olulised poliitilised otsused jäävad Riigikogu, valitsuse või Sotsiaalministeeriumi teha (vt tahvel 2.1).

Eesti Haigekassa vastutab kindlustatud isikutele osutatud ennetavate tervishoiuteenuste ja raviteenuste kulude katmise eest. Haigekassa rahastab ka ravimite ja meditsiiniseadmete ostmist ning maksab hüvitist ajutise töövõimetuse korral. Kui mingi tervishoiuteenus ei ole Eestis kättesaadav, korraldab Eesti Haigekassa piiriülese teenuse hüvitamise (vt täpsemalt jaotis 2.9.6). Eesti Haigekassa lepingud on aja jooksul arenenud ja omavad mõjukamat rolli teenuseosutajatega peetavatel läbirääkimistel. Teised tervisekindlustust pakkuvad kindlustusettevõtted peavad järgima erakindlustusele kohaldatavaid õigusakte ning tervishoiualast järelevalvet nende üle ei teostata.

Tahvel 2.1 Õigusnormid

Tervisesüsteemi eesmärgid ja põhimõtted. Ravikindlustuse seadus (Riigikogu).

Sotsiaalmaksu mõiste. Sotsiaalmaksuseadus (Riigikogu).

Sotsiaalmaksu määr. Sotsiaalmaksuseadus (Riigikogu).

Kindlustuskaitse (õigus kindlustuskaitsele). Ravikindlustuse seadus (Riigikogu).

Omaosalus. Omaosaluse piirmäärad ja kohaldamise põhimõtted on kehtestatud ravikindlustuse seaduses (Riigikogu). Tegelikud omaosaluse määrad määratakse kindlaks tervishoiuteenuste loetelus (Vabariigi Valitsus). Omaosalus ravimite ostmisel määratakse kindlaks ravimite piirhindade määruks ja hüvitatavate ravimite loetelus (sotsiaalministri määrused).

Ravikindlustuse pakett. Aluspõhimõtted on kehtestatud ravikindlustuse seaduses. Tegelik ravikindlustuse pakett määratakse kindlaks tervishoiuteenuste loetelus (Vabariigi Valitsus).

Tasustamismeetodid. Tervishoiuteenuste loetelu (Vabariigi Valitsus) ja selle kohaldamine (Sotsiaalministeerium).

Hinnad (rahastamise tase). Hinnad määratakse kindlaks tervishoiuteenuste loetelus. Hinna arvutamise meetodika kehtestatakse ministri määrustega.

Lepingu sõlmimine. Aluspõhimõtted (teenuseosutajate valiku kriteeriumid, lepingu tingimused ja vajalikud osad) on kehtestatud ravikindlustuse seaduses. Teenuseosutajate valiku kriteeriumide kohaldamise asjaolud määratakse kindlaks haigekassa nõukogu otsusega.

Eelarve. Aluspõhimõtted on kehtestatud ravikindlustuse seaduses. Jaotuse eri hüvitise liikide vahel otsustab Eesti Haigekassa nõukogu.

Ravijärjekorra maksimumpikkus. Ravijärjekorra maksimumpikkus kinnitatakse haigekassa nõukogu otsustega.

Allikas: Habicht, 2008.

2.8.2 Tervishoiuteenuse osutajate tegevuse reguleerimine ja haldamine

2002. aastal jõustus uus tervishoiuteenuste korraldamise seadus, millega asutati teenuseosutajatele tegevuslubade andmisega ja tervisesüsteemi järelevalvega tegelev eraldiseisev riigiasutus, Tervishoiuamet (nüüd Terviseamet). 2013. aasta algusest kuulub ameti ülesannete hulka ka üldarstiabi järelevalve (varem oli see maavanemate ülesanne). Kõikidel tervishoiuteenuste osutajatel peab olema litsents ehk tegevusluba. Seaduses määratletakse kõiki teenuseosutajaid selgelt eraõiguse alusel toimivate eraõiguslike üksustena, milles avaliku sektori huve esindavad nõukogudesse kuuluvad üldsuse esindajad. Pearingstipraksised on kas osaühingud või eraettevõtted, mille omanikuks on perearst(id) või kohalikud omavalitsused. Haiglateenuste osutajate võimalik õiguslik vorm on (tulunduslik) aktsiaselts või (mittetulunduslik) sihtasutus. Need uued korraldus- ja juhtimisvormid on suurendanud haiglate juhtimise autonoomsust

ning toonud kaasa haiglateenuste suurema kulutõhususe (Tsolova *et al.*, 2007). Erinevalt teistest tervishoiuteenuste osutajatest võivad kiirabi- ja muude rahvaterviseteenuste osutajad võtta teistsuguse õigusliku vormi.

Tervishoiutöötajate või teenuseosutajate organisatsioonide minimaalsete pädevusnõuete tagamiseks vajalikud mehhanismid hõlmavad järgmist:

- (avalik-õiguslikele ja/või eraõiguslikele) tervishoiuasutustele ja kõigile tervishoiuteenuste osutajatele (alates 2013. aastast ka perearstipraksistele) Terviseameti tegevusloa väljastamine;
- tervishoiuteenuste osutajate tegevuslubade uuendamine iga viie aasta järel (kuni 2014);
- Terviseameti register arstide, hambaarstide, õdede ja seotud erialade (nt ämmaemandate), teenuseosutajate ja proviisorite kohta (registreering on eluaegne);
- Eestis müüdavate ja kasutatavate ravimite puhul on vajalik Ravimiameti heakskiit;
- Terviseameti teavitamine turule toodud uutest seadmetest ning pärast turule sisenemist ilmnenuid ohtudest ja juhtumitest;
- Terviseameti või muu pädeva riikliku ametiasutuse väljastatud ohutustunnistus meditsiiniseadmetele või teistele tervishoiuseadmetele;
- Eesti Andmekaitse Inspektsiooni kinnitus, et isikuandmeid töödeldakse vastavalt tervishoiuteenuste osutajate või tervishoiu andmebaaside suhtes kohaldatavatele andmekaitse-eeskirjadele;
- vabatahtlikud asutusevälised kvaliteedi hindamise ja parendamise programmid, mis on kooskõlas kohustusliku kontrolli nõuetega.

Tervishoiutöötajate õppekavadesse on lisatud kvaliteediteemad ning toimunud on mitmesugused muutused tervisesüsteemides. Alates 1995. aastast on koostöös rahvusvaheliste ekspertide ja organisatsioonidega (näiteks Maailmapank ja Hollandi Tervishoiu Edendamise Instituut (*Dutch Institute for Healthcare Improvement*)) koostatud mitmeid tervishoiu kvaliteeti käsitlevaid poliitikadokumente. Uus tervishoiuteenuste korraldamise seadus, mis sätestas kvaliteedi tagamise nõuded tervishoiuteenuste osutajatele, jõustus siiski alles 2002. aastal. Nende eeskirjade kohaselt peab kõigil teenuseosutajatel olema kvaliteedi käsiraamat, mis on nende tegevuse kvaliteedi tagamise süsteemi aluseks. Kuigi Eestis puudub ühtne kvaliteedi tagamise poliitika, on selles valdkonnas siiski toimunud mitu muutust.

Eesti Haigekassa toetas ravijuhendite väljatöötamist alates 1990. aastatest ning koordineerib nüüd kliiniliste ravijuhendite väljatöötamist. Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO), Eesti Haigekassa, Tartu Ülikooli arstiteaduskonna ja erinevate asjatundjate projektiga püüti ühtlustada ravijuhendite väljatöötamist, et tõsta tõendus põhise meditsiini taset. 2011. aastal valmis uus Eesti ravijuhendite koostamise käsiraamat (WHO, 2011) ja veebileht, kuhu kogutakse kogu ravijuhendeid käsitlev teave (www.ravijuhend.ee). 2011. aastal loodi kogu ravijuhendite koostamise protsessi juhtimiseks uus ravijuhendite nõukoda, mille 12 liikme hulka kuuluvad nii õdede kui ka patsientide esindajad.

2.8.3 Tervishoiutöötajate registreerimine ja inimressursside planeerimine

Tervishoiutöötajate registreerimine

Kõik Eestis töötavad arstid, õed, ämmaemandad ja hambaarstid peavad olema registreeritud Terviseametis. Terviseamet väljastab pärast töötajate koolituse ja kvalifikatsiooni kontrollimist registreerimistõendi. Registreerimist alustati 2002. aastal ja seda reguleerib tervishoiuteenuste korraldamise seadus. Registreerimine on ühekordne toiming ja registreering on tervishoiutöötaja jaoks eluaegne. Tervishoiutöötaja, kes soovib saada luba Eestis töötamiseks, peab esitama registreerimistaotluse ja kõik vastava kutseala kvalifikatsiooni tõendavad diplomid/tunnistused. Terviseamet kontrollib esitatud andmete õigsust ja teeb registreerimisotsuse ühe kuu jooksul. Terviseamet peab kõikide tervishoiuasutuste ja tervishoiutöötajate ning väljastatud tegevuslubade kohta avalikku registrit.

Välismaalt saabuvate tervishoiutöötajate jaoks on protseduur sama, kuid lisaks kutsekvalifikatsioonile peab taotleja esitama tõendid selle kohta, et tal on õigus töötada sellel erialal oma päritoluriigis. ELi liikmesriikide kodanike suhtes ei kohaldata täiendavaid nõudeid ning pärast Terviseametis registreerimist tohivad nad tegutseda Eesti kodanikega samadel tingimustel. ELi-väliste riikide kodanikelt võidakse nõuda sobivustesti sooritamist, mille kohta teeb otsuse Terviseamet vastavalt kvalifikatsioonile ja koolitusele, mille taotleja on saanud väljaspool ELi.

Eesti tervishoiutöötajad, kes soovivad töötada teises ELi liikmesriigis, võivad taotleda Terviseametilt tõendit, et esitada see vastavale sihtriigi asutusele.

Kuna tervishoiutöötajate registreering on Eestis eluaegne, ei ole neil vaja oma registreerimistõendit uuendada ega end uuesti akrediteerida. Mitu kutseorganisatsiooni (peremeditsiini, kardioloogide ja kirurgide

kutseühendused) on siiski loonud süsteemid korrapäraseks resertifitseerimiseks, mistõttu tervishoiutöötajad peavad korrapäraselt osalema täiendusõppel ja esitama tõendid kutsealase tegevuse kohta.

Tervishoiupersonali planeerimine

Peaaegu kõik Eestis tegutsevad arstid, hambaarstid ja proviisorid on õppinud Taru Ülikooli arstiteaduskonnas ning õed tulevad kahest Tallinnas ja Tartus asuvast tervishoiu kõrgkoolist (vt täpsemalt jaotis 4.2).

Tervishoiuerialale vastu võetavate üliõpilaste arvu määrab kindlaks Haridus- ja Teadusministeerium, kes rahastab riigieelarvelisi üliõpilaskohti. Haridus- ja Teadusministeeriumi nõustab 2002. aastal Sotsiaalministeeriumi algatusel loodud tervisevaldkonna töötajate koolitusalanenõuandev komisjon. Komisjoni kuuluvad kõikide sidusrühmade, näiteks Sotsiaalministeeriumi, Haridus- ja Teadusministeeriumi, kolme meditsiiniõppeasutuse ja oluliste erialaühenduste esindajad. Teoorias peaks komisjon arvesse võtma tööandjate vajadusi ning Sotsiaalministeerium on välja töötanud prognoosimudeli, et toetada tervishoiupersonali planeerimist.

Eesti tervishoiutöötajate koolitamise planeerimisel on tehtud kaks suurt viga. Esiteks vähendati 1990. aastatel Tartu Ülikooli arstiõppesse võetavate üliõpilaste arvu kuni 70 õpilase niivõrd, et 1000 elaniku kohta oleks püsivalt kolm praktiseerivat arsti. See kestis peaaegu kümme aastat ning tõi kaasa noorte arstide puuduse (Kiivet ja Asser, 2006). 2012. aastal töötas Eestis 684 arsti, kes on vanemad kui 65 aastat (Kiivet, Visk ja Asser, 2006). Kõigist Eestis töötavaist arstidest on see 15% (1998. aastal 5%) (vt tabel 2.3). Teiseks vähendati 2000. aastate alguses õdede erialakoolitusele võetavate õpilaste arvu rohkem kui poole võrra vajatavatest lõpetajatest. 2009. aastast alates on koolitavate õdede arvu uuesti suurendatud ning see on 350–400 õpilast aastas. Sellest siiski ei piisa, et suurendada praktiseerivate õdede arvu nii, et 1000 elaniku kohta oleks neid 9–10. Selleks peaks järgmise 15 aasta jooksul lõpetama õeõppe igal aastal 600 inimest.

Tabel 2.3

Arstide ja meditsiiniüliõpilaste arv Eestis

	1998	2005	2012
Praktiseerivad arstid, kokku	4612	4589	4521
65-aastased ja vanemad praktiseerivad arstid (%)	5	8	15
Meditsiiniõpingud lõpetanud arstid aastas	61	89	121
Esimesele kursusele vastuvõetud üliõpilased, kokku	75	118	140

Vaatamata nõuandva komisjoni püüdlustele prognoosida tervishoiutöötajate vajadust tulevikus ei võtnud komisjon arvesse Eestis tegelikult töötavate arstide ja õdede vanuselist struktuuri ning alahindas tõsiselt tervishoiutöötajate Eestist lahkumist (vt jaotis 4.2). 2012. aastast alates on seda aga arvesse võetud ning Sotsiaalministeerium töötab välja kavasid ja püüab leida ressursse, et suurendada kiiresti vastuvõetavate üliõpilaste arvu.

2.8.4 Ravimisektori reguleerimine ja haldamine

Ravimisektor kujundati Eestis 1990. aastatel ümber eesmärgiga luua ravimite valdkonda reguleerivad ametiasutused, kehtestada õiguslik raamistik, võtta kasutusele ravimite hüvitamise süsteem ning erastada farmaatsiateenused. Kõiki ravimeid ja ravimisektori tegevust Eestis reguleeriv ravimiseadus võeti vastu 1995. aastal. 2002. aastal moodustati Sotsiaalministeeriumis ravimiosakond, mis on alates sellest ajast tegelnud ravimite valdkonna strateegilise planeerimisega ning otsustanud soodusravimite hinnakujunduse ja hüvitamise üle. Ravimiamet ja Eesti Haigekassa nõustavad Sotsiaalministeeriumi hüvitamise protsessis ning ravimihüvitised maksab välja haigekassa.

Eesti ravimisektorit reguleeriv raamistik on ühtlustatud ELi õigusaktide ja rahvusvaheliste juhenditega ning see tugineb tõendatud kvaliteedile, ohutusele ja tõhususele. Alates ELiga ühinemisest 2004. aastal on Ravimiamet aktiivselt osalenud ELi ravimivaldkonda reguleerivate asutuste võrgustikus, andes oma panuse ravimi müügiloo taotlemise menetlusse, mis toimub kas detsentraliseeritult vastastikuse tunnustamise kaudu või tsentraliseeritult, ning teistesse koostöötegevustesse. Ravimitootjad on muude ELi liikmesriikide turgudele sisenemiseks üha rohkem valinud Euroopa detsentraliseeritud müügiloo taotlemise menetluses viidatavaks riigiks Eesti ja Ravimiameti.

Ravimiamet teostab järelevalvet ravimireklaamide üle, mis peavad vastama ravimiseadusele ja olema kooskõlas Ravimiameti veebilehel avaldatud ravimi omaduste heakskiidetud kokkuvõtetega. Retseptiravimeid võib reklaamida ainult arstidele ja proviisoritele ning lubatud müügiesitustegevust reguleerivad üksikasjalikud eeskirjad. Üldsusele tohib reklaamida üksnes käsimüügiravimeid ning selle kohta, millist teavet ja kuidas esitada, on kehtestatud ranged piirangud ja juhised.

Patenti reguleerivad õigusaktid Eestis on ühtlustatud vastavalt Euroopa patendikonventsioonile ning nendega on ravimi esmasele registreerimisele tagatud 20 aastaks turukaitse. Hiljuti vastu võetud ELi õigusakt, milles käsitletakse täiendava kaitse tunnustusi, kohustab ametiasutusi tagama andmete kaitse 8+2+1 aastaks. See annab patenteeritud ravimitele lisakaitseperioodi.

Kaheksa aasta pärast võib Ravimiamet alustada geneeriliste ravimite taotluste menetlemist vastavalt ELi direktiivide nn Bolari sättele, ning nende jaemüügiga võib hakata tegelema pärast 10-aastase kaitseperioodi lõppu. Seni ei ole Eesti õigusaktidesse lisatud ühtegi sätet, mis võimaldaks paralleelset importimist ja patenteeritud toodete kasutamist lähtudes riiklikest rahvatervise vajadustest.

Alates 1993. aastast on kehtinud apteegist ostetud, ainult retsepti alusel müüdavate ravimite hüvitamise süsteem. Hüvitamise kategooria ja sellest johtuvalt ka omaosaluse määr kehtestatakse sotsiaalministri määrustega vastavalt haiguse raskusele, ravimi efektiivsusele ja patsiendi sotsiaalsele seisundile. 2002. aastal võeti kasutusele hüvitatavate ravimite positiivne nimekiri; enne seda hüvitati kõiki müügiloaga retseptiravimeid ainult teatud ulatuses. Positiivsesse nimekirja on kantud ka üksikud käsimüügiravimid, mis on mõeldud raskete haigustega lastele ja fenüülketonuuriaga patsientidele.

Hüvitamise süsteem on Eestis n-õ haigusespetsiifiline ning kehtib kaks nimekirja vastavalt haiguse raskusele. Ravimid, mis on arvatud kõige raskemate haiguste (nt diabeet, vähktõbi) loetellu, hüvitatakse täies mahus (100%) ning vähem raskete krooniliste haiguste (nt kõrgevererõhktõbi, astma) ravimid hüvitatakse 75% ulatuses. Puudega inimeste ja pensionäride, samuti 4–16-aastaste laste suhtes kohaldatakse teise nimekirja osas kõrgemat hüvitismäära 90%; alla 4-aastastele laste puhul on kõikide hüvitatavate ravimite loetelusse kantud ravimite puhul hüvitismäär 100%. Teised ravimid hüvitatavate ravimite loetelus hüvitatakse 50% ulatuses.

Lisaks võivad patsiendid erandkorras taotleda individuaalset või täiendavat hüvitamist Eesti Haigekassalt. Seda kasutatakse peamiselt ravimite puhul, millel puudub kehtiv müügiluba Eestis, kuid mida üksikud patsiendid võivad vajada, ning seetõttu tuuakse need sisse ühekordse müügiloa alusel.

Alates 2002. aastast järgivad tootjad Eesti Haigekassa hüvitise taotlemisel Balti riikide ühiseid farmakoökonomiliste analüüside juhendeid. Taotlus koos kliiniliste ja farmakoökonomiliste andmetega tuleb esitada Sotsiaalministeeriumile. Seejärel hindab Ravimiamet kliinilisi ja Eesti Haigekassa omakorda majanduslikke andmeid. Mõlemad esitavad aruande ministeeriumi komisjonile, mis teeb ministri soovitusi. Kui komisjoni arvamus on positiivne, peavad tootja ja Sotsiaalministeeriumi ravimiosakond hinna üle läbirääkimisi.

Alates 2003. aastast kasutatakse ravimite hüvitamise süsteemina piirhinnasüsteemi, mille kohaselt eri tootjate ravimid, mis sisaldavad sama või sarnast toimeainet, on koondatud maksimaalse (hüvitatava) hinnaga rühmadesse. Alates 2005. aasta jaanuarist on piirhinnana kasutatud odavuselt teise keskmise päevase annuse hinda (Pudersell et al., 2007).

Nende ravimite hindasid, mille toimeaineid turustab Eestis ainult üks müügiloa hoidja, piirhinnasüsteemi ei lisata, vaid kinnitatakse hinnakokkulepetega, mis sõlmitakse sotsiaalministri ja müügiloa hoidja vahelise halduslepinguga. Hinnaläbirääkimisteks peab tootja esitama ka ravimi eeldatava müügi mahu ja asjaomase ravimi hinnad ettemääratud riikides, sealhulgas tootja koduriigis. Kui hinnakokkulepe sõlmitakse, avaldatakse teave hulgi- ja jaehindade kohta.

Mittehüvitatavatele ravimitele võivad tootjad kehtestada oma hinna. Nagu aga eespool kirjeldatud, määrab Sotsiaalministeerium hüvitatavate retseptiravimite piirhinnad ja nende alusel määratakse kindlaks Eesti Haigekassa makstav summa. Jae- ja piirhinna vahelise erinevuse maksab patsient.

Ravimite müügist saadud ülemäärase kasumi tagasinõudmiseks ega kasumi piiramiseks ei ole Eestis reegleid kehtestatud. Ainus kasutatav haldusmeede on hulgi müüjate ja apteekide juurdehindluse piirmäärade süsteem, millega kehtestatakse nii hüvitatavatele kui ka mittehüvitatavatele ravimitele, sealhulgas käsimüügiravimitele maksimaalne juurdehindlus. Selle meetodi abil diferentseeritakse ravimite juurdehindlused regressiivselt ja selle eesmärk on muuta odavamate ravimite müük apteekide jaoks kasumlikumaks (Pudersell et al., 2007).

Haiglaravis kasutatavad ravimid sisalduvad valdavalt tervishoiuteenuste hinnas, mille eest maksab Eesti Haigekassa. Teatavad valitud ravimirühmad (vähktõve keemiaravi, dialüüsitooted) on aga tervishoiuteenuste loetellu lisatud eraldi ravimitena ja nende eest tasub Eesti Haigekassa lisaks tervishoiuteenustele. Nende haiglaravis kasutatavate ravimite hinnad määrab kindlaks Eesti Haigekassa, kuid sellele ravimikategooriale tehtavad kulutused on viimastel aastatel märgatavalt kasvanud (Eesti Haigekassa, 2011a).

Eestis ei ole arstidel ravimieelarvet ega apteekides kohustuslikku asendamist geneeriliste ravimitega. Eeskirjades on aga sätestatud, et arstid peavad ravimeid välja kirjutama eelkõige nende rahvusvaheliste mittekaubanduslike nimetuste (ingl k International Nonproprietary Name, INN) järgi. Originaalravimit välja kirjutades peab arst märkima selle patsiendi tervisekaardile (nt patsient

keeldub geneerilisest ravimist või odavam valik ei ole saadaval). Kui ravim on välja kirjutatud INNi järgi, peab apteeker pakkuma patsiendile erinevaid võrdväärseid geneerilisi ravimeid ja arutama patsiendiga nende hindasid.

Geneeriliste ravimite väljakirjutamist on tugevalt toetanud 2010. ja 2011. aastal Eesti Haigekassa korraldatud avalikud kampaaniad. See on edukalt vähendanud Eesti Haigekassa ja patsientide kulutusi hüvitatavatele retseptiravimitele ja suurendanud geneeriliste ravimite väljakirjutamise osatähtsust 2011. aasta lõpuks 70%-ni (Eesti Haigekassa, 2011a).

Ravimiamet kontrollib müügiloa taotlemise menetluse kaudu ravimeid käsitlevat teavet, mis on suunatud ravimite väljakirjutajatele või tarbijatele, ning Ravimiameti veebilehel avaldatakse ravimi omaduste kokkuvõtted riigikeeles. Ravimiamet on arstidele ja kõigile apteekidele jaganud iga kahe kuu tagant ilmuvat tasuta Ravimiinfo Bülletääni.

Rakendamata on kolm meetet, mis võiksid toetada ravimite ratsionaalset kasutamist. Need on järgmised: 1) ravimite terapeutilisel võrdlusel põhinevate juhendite koostamine ja väljaandmine; 2) ravimieelarved, et motiveerida arste kulusid arvesse võtma; ja 3) arstide retseptikäitumise seire ja üksikasjaliku tagasiside andmine retseptide väljakirjutajatele (Kanavos et al., 2009).

2.8.5 Meditsiiniseadmete ja abivahendite reguleerimine

Meditsiiniseadmeid käsitlevad EÜ direktiivid võeti siseriiklikku õigusse üle 2004. aasta detsembris ravimiseadusega. Enne seda reguleeris kõnealust valdkonda mitu õigusakti. Ravimiseadus ja seonduvad normid reguleerivad meditsiiniseadmete tootmist, turustamist ja reklaamimist ning nendega kehtestatakse turu järelevalve eeskirjad. Ravimiseadus reguleerib ka turuosaliste vastutust mittevastavuste, rikkumiste ja väärtegade eest.

Alates 2010. aastast on meditsiiniseadmete valdkonna pädev asutus Terviseamet (varem Ravimiamet). Meditsiiniseade on instrument, aparaat või seade ja selle õigeks talitluseks vajalik tarkvara, samuti materjal või muu toode, mida isik saab kasutada eraldi või kombinatsioonis, ühel või enamal tootja ettenähtud otstarbel ja mille kavandatud põhitoe isikule ei ole farmakoloogiline, immunoloogiline või ainevahetuslik, kuid mida kasutatakse:

- haiguste diagnoosimiseks, ennetamiseks, jälgimiseks, raviks või leevendamiseks;
- vigastuse või puude diagnoosimiseks, jälgimiseks, raviks, leevendamiseks või kompenseerimiseks;

- kehaehituse või füsioloogilise protsessi uuringuks või muutmiseks või kehaosa asendamiseks;
- raseduse soodustamiseks või ärahoidmiseks.

2.9 Patsiendi võimestamine

2.9.1 Patsiendi informeeritus

2008. aastal võeti kasutusele keskselt hallatav e-tervise kontseptsioon, et teha patsientidele (ID-kaardi abil) ja tervishoiutöötajatele kättesaadavaks kogu patsientide tervist käsitlev teave. Patsiendil on õigus otsustada, kes võib tema isikuandmetega (v.a kriitiliste andmetega) tutvuda. E-tervise süsteem tagab senisest erineva infrastruktuuri ja infovahetuse alusel ühenduse loomise mitmete veebilehtede ja andmebaasidega (digiregistratuur tervishoiuteenuste osutajatele / patsientidele, digiresept arstidele, patsientidele, apteekidele, Eesti Haigekassale jt). See peaks parandama ravi järjepidevust ja integreeritust, andes ja vahetades asjakohast teavet patsiendi kohta tervisesüsteemi eri tasanditel/institutsioonides töötavatele tervishoiutöötajatele ja nende vahel. E-tervise süsteem ei ole aga otseselt kujundatud patsiendi informeerituse parandamiseks.

Ravikindlustusega seotud teave on kättesaadav mitmesugustest allikatest. Eesti Haigekassa on loonud veebilehed, kohalikud klienditeenindusbürood, telefoniteenused, infovoldikud ning regulaarselt massimeedias avaldatavad reklaamid. Eesti kodanikel on juurdepääs isikuandmetele (näiteks andmetele ravikindlustuskaitse, saadud hüvitiste ja ravimite tarbimise kohta) riigi poolt hallatava keskandmebaasi (X-Tee) kaudu, mille kasutamisel on privaatsuse tagamiseks vajalik ID-kaart ja salasõnad. Lisaks avaldab Eesti Haigekassa oma veebilehel teavet tervishoiuteenuste saamise õiguse ja hindade kohta, aruandeid tervishoiuteenuste ja hüvitiste kasutamise kohta ning lepingupartnerite nimekirjad. Patsiendile vajalik info erinevate terviseseisundite ja -probleemide kohta on samuti kättesaadav. Peale selle on Eesti Haigekassa veebilehel ja asjakohastes trükistes avaldatud teavet piiriülese arstiabi saamise õiguse kohta ELis.

Sotsiaalministeeriumil ja muudel riigiasutustel (sealhulgas TAI, Ravimiamet ja Terviseamet) on oma veebilehed ja trükised, mis sisaldavad peamiselt kontaktandmeid ning teavet asutuste ülesannete ja pakutavate teenuste kohta, samuti avalikkusele huvipakkuvaid aruandeid ja statistilisi andmeid. Peale selle haldab TAI terviseinfo veebilehti, mis käsitlevad näiteks geneerilisi ravimeid (www.terviseinfo.ee), ning muid ennetuse ja edenduse teemalisi

veebilehti (nt www.alkoinfo.ee, www.hiv.ee, www.narko.ee ja www.toitumine.ee). Tervishoiuteenuste osutajatel on juriidiline kohustus anda teavet teenuste pakkumise, kättesaadavuse ja hindade kohta; enamasti antakse seda teavet veebilehtede kaudu.

2011. aastal korraldatud küsitluse andmetel (Saar Poll, 2011) eelistab 45% patsiente saada terviseiga seotud teavet interneti kaudu. Interneti kasutamine on aastate jooksul suurenenud ja muutunud võrdväärseks muude eelistustega: 2008. aastal kasutas 34% patsiente interneti, 38% televisiooni, 35% ajalehti ja 29% perearsti.

Avalik teave tervishoiuteenuste osutaja ning tervisesüsteemi toimimise ja kvaliteedi kohta on endiselt piiratud. Selle lõhe ületamiseks koostas Eesti Haigekassa hiljuti aruande, milles esitatakse haiglavõrgu arengukava haiglate kohta valitud näitajad. Aruanne on avalikult kättesaadav Eesti Haigekassa veebilehel alates 2012. aasta aprillist ja sellega võivad kõik tutvuda. Peale selle esitab Eesti Haigekassa teavet perearstide tegevuse kohta (vt jaotised 3.7.1 ja 5.3).

2.9.2 Patsiendi valik

Eesti ravikindlustus tagab universaalse ja hüvitiste osas ulatusliku kaitse. Kuna Eestis on ühe rahastaja (haigekassa) süsteem, siis puudub ka konkurents ja valik eri ostjaorganisatsioonide vahel. Alates 2006. aastast võivad patsiendid oma eelistustest lähtuvalt valida tervishoiuteenuste osutaja. Varem piirdus valikuvõimalus teenuseosutajatega, kes olid sõlminud lepingu patsiendi elukohajärgse Eesti Haigekassa piirkondliku osakonnaga. Üldarstiabi tasandil peavad kõik Eesti kodanikud olema registreeritud enda valitud perearsti nimistusse. Perearstid võivad keelduda inimest nimistusse võtmast, kui nimistu on täis või isik ei ela selle perearsti teeninduspiirkonnas. Küsitluse kohaselt on 96% elanikkonnast teadlik perearsti vahetamise võimalusest ja 83% oma perearsti teenustega rahul (Saar Poll, 2011). Peale selle võib patsient ka saatekirjaga ise valida eriarsti. Vaba valik võib aga olla piiratud ravijärjekordade tõttu (vt jaotis 5.4). Nende tervishoiuteenuste osutajate poole, kellel puudub Eesti Haigekassaga leping, võib vabalt pöörduda igaüks, kes on valmis ise teenuse eest tasuma.

2.9.3 Patsiendi õigused

Patsiendi õigusi käsitlevate õigusaktide eelnõude ja arutelude aluseks on Eestis olnud Euroopa patsientide õiguste edendamise deklaratsioon (WHO Euroopa Regionaalbüroo, 1994). Patsientide õiguste seaduseelnõu

arutati Riigikogus 1996. ja 2002. aastal. 2011. aastal tõstatas selle teema uuesti Riigikogu sotsiaalkomisjon, kuid ühegi õigusakti koostamiseni need arutlused ei viinud. Patsientide õigused ja kohustused on lülitatud (2002. aastal jõustunud) võlaõigusseadusesse. Võlaõigusseaduses määratletakse patsiendi ja arsti lepinguline suhe ning nõutakse patsientide kaasamist nende tervist käsitlevatesse otsustesse. Tervishoiuteenuste osutajad peavad enne teenuste osutamist saama patsiendilt allkirja kirjaliku informeeritud nõusoleku vormile. Arstide ülesanne on informeerida patsienti tema tervisega seotud küsimustest ja vajalikest tervishoiuteenustest. Võlaõigusseaduses öeldakse ka, et tervishoiuteenuse osutaja ei tohi lubada patsiendile, et operatsioon täielikult õnnestub või patsiendi seisund paraneb. Patsiendil on õigus saada teisene arvamus, mille eest tasub Eesti Haigekassa. Peale selle on Eesti allkirjastanud ja ratifitseerinud inimõiguste ja biomeditsiini konventsiooni, mis jõustus 2002. aastal ning reguleerib muu hulgas geenitestidega seotud küsimusi.

Eesti Patsientide Esindusühing nõustab ja esindab patsiente, kellel on kaebusi näiteks seoses ravivigade või tervishoiuteenuste kvaliteedi või kättesaadavusega (vt jaotis 2.3). Ühingu esitatakse igal aastal ligikaudu 1700 kaebust (Eesti Patsientide Esindusühing, 2012). Valdav enamik neist on seotud patsiendi ja teenuseosutaja vaheliste suhetega. Ühingu esindaja kuulub ka arstiabi kvaliteedi eksperdikomisjoni, mis hindab enamikku kaebusi (vt jaotis 2.9.4). Konkreetset haigust põdevate patsientide rühmade suutlikkus esindada patsiente ja nende õigusi on üsna piiratud.

Patsientide õiguste kaitse üldine tase on küllaltki nõrk. Tänu Eesti Patsientide Esindusühingu tegevusele ja patsientide suuremale teadlikkusele oma õigustest on olukord siiski paranenud.

Tervishoiuasutuste füüsilisi tingimusi ja ehitamist, sealhulgas üldisi ehitusstandardeid, reguleeritakse eri õigusaktidega. Kuigi standardeid täpsustatakse ja uute hoonete puhul nõutakse, et need tagaksid lihtsa juurdepääsetavuse teiste hulgas ka füüsilise puudega inimestele, ei vasta tegelikult paljud vanemad tervishoiuasutused puudega inimeste liikumisvajadustele.

2.9.4 Kaebuste menetlemine

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus ja võlaõigusseadus reguleerivad ühiselt tervishoiuteenustega seotud kaebuste menetlemist (lepitusmenetlus, nõuded) ning nendes nähakse ette tervishoiuteenuste osutajate vastutus ravivigade ja tervishoiuteenuste madala kvaliteedi eest. Enamik kaebustest lahendatakse tervishoiuteenuste osutaja ja patsiendi vahel ning ametlikud andmed selliste juhtumite sageduse kohta puuduvad. Kui kahtlustatakse, et patsiendi tervisele

on tekitatud kahju, või ilmnevad tõsised kvaliteediprobleemid, esitatakse ametlik kaebus Sotsiaalministeeriumi juures tegutsevale arstiabi kvaliteedi eksperdikomisjonile. Komisjoni peamine ülesanne on tegutseda patsientide sõltumatu nõustajana, kuid selle otsustel ei ole juriidilist jõudu. Kui arstiabi kvaliteedi eksperdikomisjon leiab, et tervishoiuteenuse osutaja on teinud ravivea ning on süüdi tervisekahju tekitamises, on patsiendil õigus esitada juhtum kohtule läbivaatamiseks ning Tervisamet võib rakendada rahatrahvi või tunnistada kehtetuks asjaomase tervishoiuteenuse osutaja tegevusloa.

Arstiabi kvaliteedi eksperdikomisjon menetles 2012. aastal 132 kaebust (tabel 2.4), millest 31 (23,5%) olid seotud ravivigadega ja neist 25 (80,6%) meditsiiniliste vigadega. Alates 2004. aastast on kaebuste arv peaaegu kahekordistunud, mis ei pruugi aga peegeldada muutusi tervishoiu kvaliteedis, vaid pigem patsientide suuremat aktiivsust kaebuste esitamisel.

Tabel 2.4

Arstiabi kvaliteedi eksperdikomisjonile esitatud ametlikud kaebused, 2004–2012

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Kaebused, kokku	73	60	78	63	64	105	125	128	132
Ravivigade juhtumid, kokku	24	17	20	18	16	24	35	37	31
Meditsiinilised vead	17	15	18	12	11	17	20	28	25
Muud põhjused	7	2	2	6	5	7	15	9	6

Allikas: Arstiabi kvaliteedi eksperdikomisjon, 2013.

2.9.5 Patsientide avalik kaasamine

Patsientide avalik kaasamine seisneb peamiselt kindlustatud elanikkonnarühmade esindajate kuulumises Eesti Haigekassa 15-liikmelisse nõukogusse. Viis nõukogu liiget esindavad Lastekaitse Liitu, Teenistujate Ametiliitude Keskorganisatsiooni, Eesti Ametiühingute Keskliitu, Eesti Pensionäride Ühendust ja Eesti Puuetega Inimeste Koda. Eesti Haigekassa nõukogu kiidab heaks haigekassa pika- ja lühiajalise strateegia ning ravikindlustuse aastaelarve.

Peale selle on patsiendid esindatud ravijuhendite nõukojas, mis loodi 2011. aastal eesmärgiga parandada tervishoiuteenuste kvaliteeti, teostades järelevalvet tõhusate ja tõendus põhiste ravijuhendite koostamise üle. Nõukojal on 12 liiget, kellest kaks on patsientide esindajad (2013. aasta alguse seisuga). Liikmed nimetatakse ametisse kolmeks aastaks.

Alates 1996. aastast on Eesti Haigekassa (alates 2005. aastast koostöös Sotsiaalministeeriumiga) läbi viinud iga-aastaseid rahulolu-uuringuid patsientide seas lähtuvalt tervisesüsteemi eri aspektidest. Nende uuringute ulatus on aja jooksul suurenenud ning võimaldab nüüd näha ajalisi suundumusi. Üldjoontes on elanikkonna rahulolu tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja kvaliteediga olnud mitme aasta lõikes suhteliselt kõrge (vt jaotis 7.3).

2.9.6 Patsiendid ja piiriülene tervishoid

Eesti Haigekassa vastutab kõikide patsiendi piiriülese liikumisega seotud küsimuste eest. Eesti on ELi liikmesriik ning seepärast on kindlustatud inimestel õigus saada muudes ELi liikmesriikides ning Islandil, Liechtensteinis, Norras ja Šveitsis tervishoiuteenuseid, mida katab vastava riigi kohustuslik kindlustus. EÜ määruse nr 883/2004 alusel võivad Eesti kindlustatud isikud Euroopa ravikindlustuskaarti kasutades saada välisriikides Eesti Haigekassa kulul tervishoiuteenuseid, kui nad viibivad välisriigis lühiajaliselt (nt reisil). Kaardi esitamisel on kindlustatud Eesti kodanikel, kes viibivad välisriigis ajutiselt ja vajavad ravi, õigus tervishoiuteenuse hüvitamisele samadel tingimustel ja hinnaga, nagu asjaomase riigi kodanikel, sealhulgas samasuguse omavastutusega (omaosalusega). Hüvitamisele ei kuuli reisikulud. Eesti Haigekassas kindlustatud isikutele muudes liikmesriikides osutatud tervishoiuteenuste eest tasutud summad on ajavahemikul 2008–2011 peaaegu neljakordistunud: 1,4 miljonilt eurolt 5,3 miljoni euron (Eesti Haigekassa, 2012b).

Peale selle võib Eesti kindlustatu küsida Eesti Haigekassalt välisriigis ravi saamiseks eelneva loa. Ravi võimaldamisest ei tohi keelduda, kui see on kantud Eesti hüvitatavate tervishoiuteenuste loetellu, kuid seda ei saa Eestis meditsiinilistelt põhjendatud aja jooksul pakkuda. Otsuse tegemisel kaalutakse ka seda, kas teenus on meditsiiniliselt põhjendatud, selle meditsiiniline efektiivsus on tõendatud ning tervishoiuteenuse eesmärgi saavutamise tõenäosus on vähemalt 50%. Kui luba antakse, on patsientidel õigus tervishoiuteenuste hüvitamisele asjaomase riigi kodanikega võrdsetel tingimustel ja samade hindadega, sealhulgas sama omavastutusega (omaosalusega). Hüvitis ei kata reisikulusid. Täiendav hüvitamine on täielikult Eesti Haigekassa otsustada. Eesti Haigekassa maksed välismaal saadud tervishoiuteenuste eest on alates 2008. aastast peaaegu neljakordistunud ja ulatusid 2011. aastal 5,3 miljoni euron (Eesti Haigekassa, 2012b).

Informatsioon Eesti Haigekassa poolt antud eelnevate lubade arvu kohta on kättesaadav hsaigekassa aastaaruannetes. See näitaja on kasvanud 18 patsiendilt 2002. aastal (Eesti Haigekassa, 2003) 199 patsiendini 2012. aastal (Eesti Haigekassa, 2013b). 2012. aastal olid 199 patsiendist 109 lapsed; 56 saadeti välisriiki ravile, 126 uuringutele ja 17 otsisid Soome Punase Risti kaudu luuüdi mittesugulusdoonoreid. Enamikku patsientidest raviti Soomes ja Saksamaal, uuringuid tehti kõige rohkem aga Madalmaades ja Belgias (Eesti Haigekassa, 2013b).

Välisriikidest Eestisse ravile saabunud patsientidega seoses on spaahotellid väga aktiivsed nii kodumaisel kui ka välisturgudel. Eesti spaade andmetel on nad 67% teenustest osutanud välismaalastele (Aaviksoo et al., 2010). Patsientide liikuvusest on märke ka muudes tervishoiuvaldkondades. Näiteks 30% hambaraviteenuste osutajatest on pakkunud teenuseid välismaalastele. Piiriülestele patsientidele on osutatud muu hulgas ka plastilise kirurgia, oftalmoloogia, kehavälise viljastamise, radioloogia- ja teatavaid muid diagnostikateenuseid.

Enamik kliente on pärit naaberriikidest, näiteks Soomest ja Rootsist, kuid üha rohkem ka Venemaalt ja Lätist. Uuringu andmetel (Aaviksoo et al., 2010) näevad tervishoiuteenuste osutajad suurimat potentsiaali diagnostikateenuste (nt telemeditsiin), hambaravi, spaateenuste, plastilise kirurgia ja ortopeedia valdkonnas, ehkki 82% neist ei püüdle selle võimaluse poole.

Muid piiriülese arstiabi aspekte (näiteks Eestist arstiabi otsivad välismaa patsiendid või Eesti kodanikud, kes ravivad end välismaal ilma Eesti Haigekassa eelneva loata) on raske hinnata, sest need andmed ei ole teenuseosutajatelt ega patsientidelt kättesaadavad.

3. Rahastamine

Eesti tervisesüsteemi rahastatakse peamiselt avaliku sektori vahenditest, millest põhiosa tuleb sihtotstarbelisest ravikindlustusmaksust, mis moodustab ligikaudu kaks kolmandikku kogu tervisesüsteemi kuludest. Sotsiaalministeerium vastutab kindlustamata isikute vältimatu abi, samuti kiirabiteenuste ja rahvaterviseprogrammide rahastamise eest. Kohalike omavalitsuste osa tervishoiu rahastamises on suhteliselt väike ja omavalitsuste lõikes erinev. Erasektori kulud, mis on peamiselt ravimite ja hambaravi omaosaluse vormis, moodustavad ligikaudu 20% tervishoiu kogukuludest. Erasektori kulude osatähtsus on majanduskriisi ajal vähenenud osaliselt seetõttu, et omaosalusmaksed kahanesid koos üldiste kulutuste tasemega majanduses, kuid ka geneeriliste ravimite suurema väljakirjutamise tõttu. Erasektori kulude osatähtsus Eesti Haigekassa hüvitatud ravimites vähenes 38,8%-lt 2008. aastal 33,0%-ni 2012. aastal.

Kindlustatud isikute tervishoiuteenused hüvitab põhiliselt Eesti Haigekassa. Ravikindlustussüsteem katab ligikaudu 95% elanikkonnast. Kohustusliku ravikindlustusmaksu laekumine on seotud tööhõivega, kuid maksu mittemaksvad isikud (nagu lapsed ja pensionärid) moodustavad peaaegu poole kindlustatud elanikkonnast. Pikemas perspektiivis võib see ohustada tervisesüsteemi rahalist jätkusuutlikkust, sest kitsas tulubaas on seotud peamiselt palkadega ja elanikkond vananeb. 2000. aastate lõpu finantskriis näitas, kuivõrd haavatav on süsteem. Eesti püüdis tagada elanikkonna rahalise kaitse, kärpimata ravikindlustuse paketti. Rakendatud kokkuhoiumeetmete hulgas nähti ette hindade ja hüvitiste vähendamine, suurendati statsionaarse hooldusravi omaosalust, pikendati ravijärjekordi, tõsteti ravimite käibemaksumäära, soodustati ravimite mõistlikku kasutamist, keskenduti üld- ja ambulatoorsele arstiabile ning vähendati eriarstiabi pakkumist. Meetmed ei

sisaldanud otseseid palgakärpeid, kuid palgad vähenesid rahastamise üldise vähenemise tõttu. Eesti Haigekassa kasutas ka oma finantsreserve ja tuli kokkuvõttes majanduslangusega üsna edukalt toime.

Tervishoiuteenuste ostmine põhineb lepingulisel suhtel teenuseosutajatega ning erinevatel rahalistel stiimulitel. Lepingud ja teenuseosutajatega läbirääkimiste põhimõtted on järk-järgult arenenud. Samamoodi on välja töötatud uued tasustamismeetodid. Alates 2004. aastast võeti haiglate rahastamisel kasutusele juhupõhine tasustamissüsteem, mis täiendab teenuse- ja voodipäevapõhist tasustamist. Üldarstiabis lisandus vanusega korrigeeritud pearahale ning teatavates valdkondades rakendatavatele teenusepõhiste tasudele ja baasrahale 2006. aastal ka perearsti kvaliteedisüsteem, mille eesmärk on soodustada haiguste ennetamist ning parandada teatud krooniliste haiguste jälgimist ja ravi.

3.1 Tervishoiukulud

Eesti kulutas 2011. aastal tervishoiule 5,9% SKPst (tabel 3.1). Eesti tervisesüsteemi rahastatakse peamiselt avaliku sektori kaudu. Alates 1992. aastast on tervisesüsteemi põhiline rahastamisallikas sihtotstarbeline ravikindlustusmaks. Teised avaliku sektori rahastamisallikad on riigi- ja omavalitsuste eelarved, mis moodustasid 2010. aastal vastavalt ligikaudu 9,3% ja 1,4% tervishoiu kogukuludest. Avaliku sektori osa tervishoiukuludes on vähenenud 89,8%-lt 1995. aastal 72,7%-ni 2006. aastal.

Tabel 3.1

Tervishoiukulud perioodil 1995–2011, valitud aastad

	1995	2000	2005	2010	2011
SKP keskmine aastane nominaalkasv (%)	6,5	9,7	8,9	2,3	4,0
Tervishoiu kogukulude keskmine aastane nominaalkasv (%)	–	4,0	12,9	–6,3	–
Valitsemissektori kogukulud (% SKPst)	–	36,5	33,4	40,7	–
Valitsemissektori tervishoiukulud (% valitsemissektori kogukuludest)	–	11,0	11,4	12,0	12,3
Tervishoiu kogukulud inimese kohta (USA dollarites, PPP alusel)	–	522	831	1156	1 190
Osatähtsus SKPst (%)	6,4	5,4	5,0	6,3	5,9
Avaliku sektori tervishoiukulud (% SKPst)	–	4,1	3,8	5,0	4,7
Erasektori tervishoiukulud (% SKPst)	–	1,3	1,2	1,3	1,1

Allikas: TAI, 2013.

Märkus: „–“: andmed puuduvad.

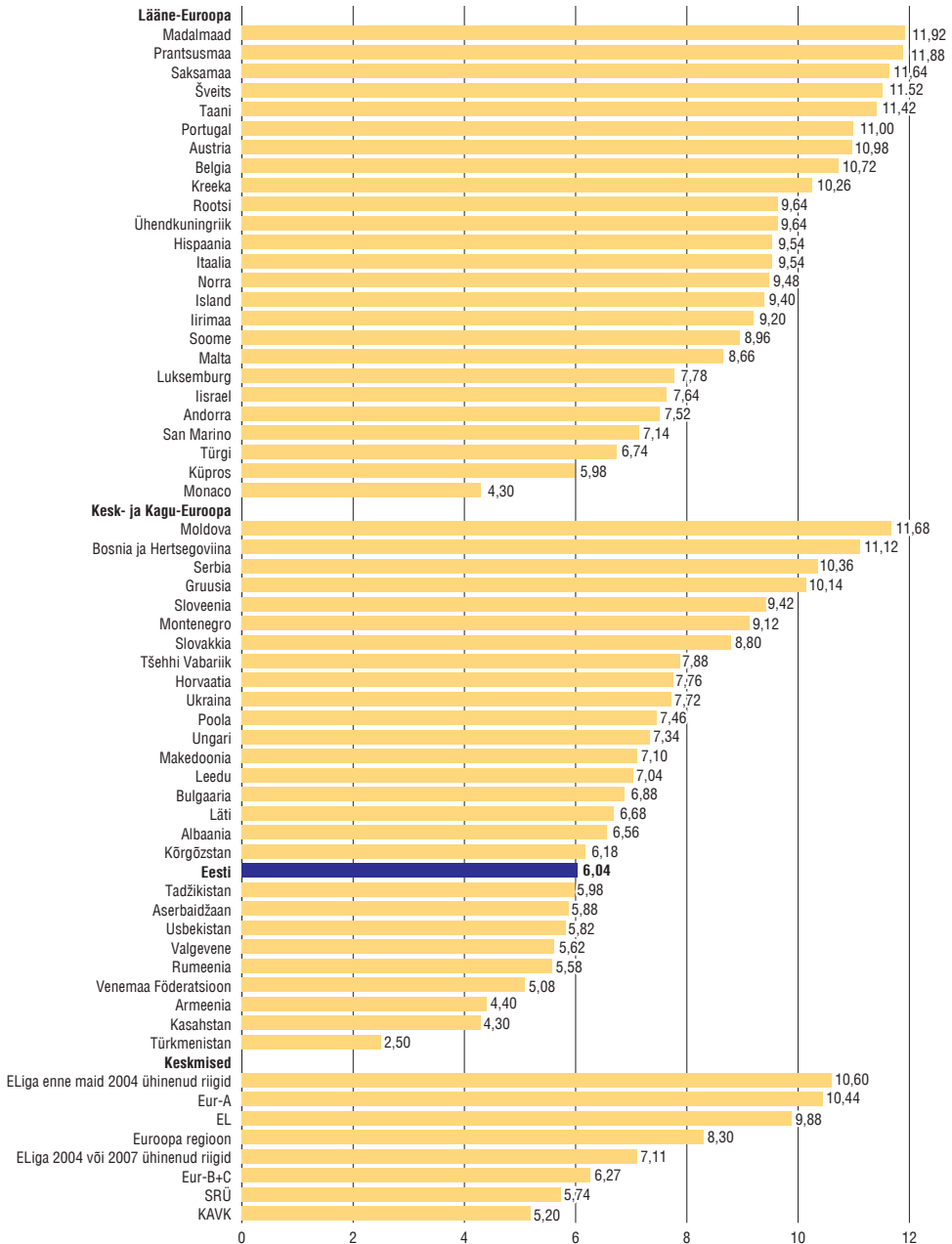
2011. aastal rahastati 19,2% tervishoiu kogukuludest eraallikatest, 1995. aastal oli see näitaja 7,5%. Eraallikatest rahastamine oli suurim 2006. aastal, mil see moodustas 26,1% tervishoiukuludest, ja on alates sellest pidevalt vähenenud. Eraallikatest rahastamise vähenemise üks põhjus oli 2008. aasta finantskriis. Ravikindlustus kaitses küll tervishoiuteenustele tehtavate kulude kärpimise eest, kuid erasektori tervishoiukulutused vähenesid oluliselt koos üldise kulude taseme kahanemisega majaduses. Suurim osa erasektori vahendeid kulutatakse hambaravile ja ravimitele. Suured kulutused ravimitele tulenevad ravimite suurest omaosalusest, sest inimesed ei vali odavaimat geneerilist ravimit ja tasuvad seetõttu hinnavahe ise. Geneeriliste ravimite väljakirjutamine ja elanikkonna teavitamise kampaaniad on aga erasektori ravimikulutusi vähendanud. Erasektori kulude osatähtsus Eesti Haigekassa hüvitatud ravimites vähenes 38,8%-lt 2008. aastal 33,0%-ni 2012. aastal.

Tasakaalu avaliku ja erasektori kulude vahel käsitleb rahvastiku tervise arengukava. Selles seatakse eesmärgiks hoida omaosalus tasemel alla 25% tervishoiu kogukuludest. On mõistetud, et praegune avaliku- ja erasektori kulude vahekord on mõistlik ja vastab EL 15 (ELi riigid enne 2004. aasta mai laienemist) keskmisele tasemele. Erasektori kulude osatähtsuse kasvu tuleks seetõttu suhtuda ettevaatusega. Kesk- ja Ida-Euroopa riikidest on avaliku sektori osa suurem vaid Tšehhis ja Horvaatias (vt joonis 3.4). Tervishoiu rahastamise välisallikatel, mis on põhiosas ELi rahastus, on tervishoiu kogukuludes üsna väike osa, kuid tähtis osa kapitaliinvesteeringutes ja rahvatervise valdkonna tegevuses.

Tervisesüsteemi rahastamise pikaajaline jätkusuutlikkus on hakanud üha rohkem muret tegema. Eesti Haigekassa analüüsis koostöös Sotsiaalministeeriumi ja WHO Euroopa Regionaalbürooga 2009. aastal põhjalikult Eesti tervishoiu rahastamise süsteemi keskpikka ja pikaajalist jätkusuutlikkust. Aruanne „Võimalused Eesti tervisesüsteemi rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks” avaldati 2010. aastal (Thomson *et al.*, 2010). Aruande peamise järelduse kohaselt tuleb tervishoiusektori eesmärkide saavutamiseks laiendada selle avalikku tulubaasi. 2011. aasta lõpus sedastati jätkuuaruandes, et pikaajalise jätkusuutlikkuse parandamisel ei ole edusamme tehtud. Samal ajal tellis Rahandusministeerium sotsiaalkindlustussüsteemi rahastamise jätkusuutlikkuse uuringu, mis hõlmab pensione, tööpuudust, töövõimetustoetusi ja ravikindlustust. Uuringus analüüsiti mitut tervisesüsteemi rahastamise stsenaariumi ja valikuvõimalust (PRAXIS, 2011).

Joonis 3.1

Tervishoiukulude protsent SKPst WHO Euroopa regioonis, WHO hinnang 2010



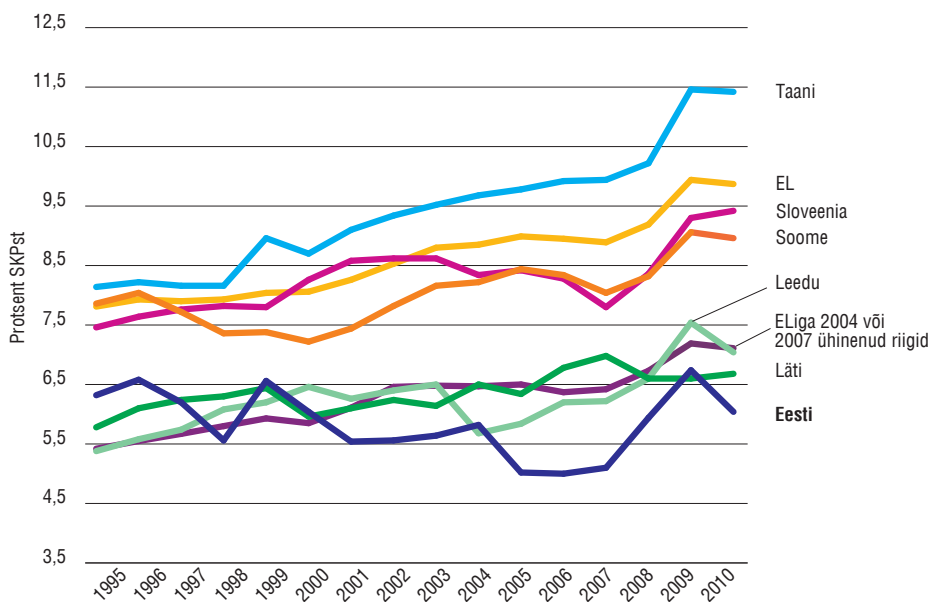
Allikas: WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2013.

Märkused: KAVK: Kesk-Aasia vabariigid ja Kasahstan; SRÜ: Sõltumatute Riikide Ühendus; Eur-A,B,C: WHO uusimas liikmesriikide loetelus loetletud piirkonnad; EJMV: Endine Jugoslaavia Makedoonia Vabariik.

Euroopa võrdluses on Eesti tervishoiukulutuste osatähtsus SKPst alati olnud üsna väike ning selle mõningane kõikumine on peegeldanud muutusi majanduskeskkonnas (joonis 3.1). 1990. aastate lõpus oli see mõnevõrra kõrgem ning vähenes siis ja jäi aastatel 2001–2007 ligikaudu 5% tasemele. Siis hakkas tervishoiukulutuste osatähtsus kiiresti kasvama, sest SKP vähenes finantskriisi ajal, ning saavutas seni kõrgeima taseme 2009. aastal (6,7%). Majanduskasvu hoogustudes vähenes see näitaja 2010. aastal. Finantskriisi samasugust mõju võib täheldada ka teistes ELi liikmesriikides (joonis 3.2). Kui tulud püsivad stabiilsed, võib lähitulevikus oodata tervishoiukulutuste osatähtsuse alanemist kriisieelsele tasemele.

Joonis 3.2

Tervishoiukulude protsent SKPst Eestis ja valitud riikides, periood 1995 kuni viimane aasta, mille kohta on andmed kättesaadavad



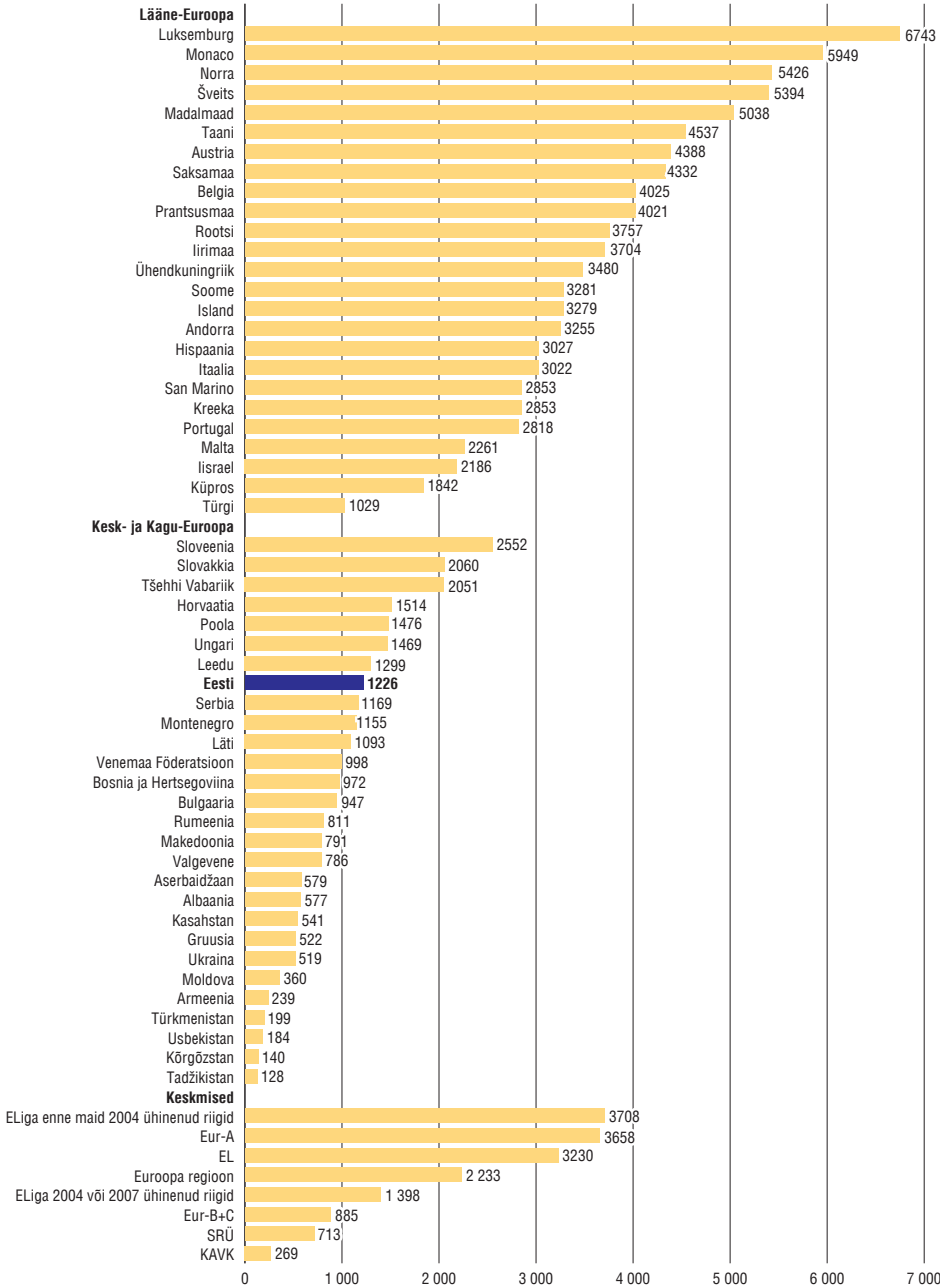
Allikas: WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2013.

Tervishoiukulud elaniku kohta ostujõu pariteedi järgi on kasvanud 522 USA dollarilt 2000. aastal 1190 USA dollarini 2011. aastal. 2010. aastal olid kulud elaniku kohta pisut alla nende 12 riigi keskmise, mis liitusid ELiga 2004. ja 2007. aastal koos Eestiga (joonis 3.3). Peale selle on avaliku sektori tervishoiukulutused Eestis suuremad kui ELi keskmised (joonis 3.4).

2011. aastal eraldati suurem osa avaliku sektori rahast statsionaarsele ravile, millele järgnes ambulatoorne ravi ning ravimid ja farmaatsiatooted (tabel 3.2).

Joonis 3.3

Tervishoiukulud USA dollarites ühe inimese kohta kohandatuna ostujõu pariteedile (PPP) WHO Euroopa regioonis, WHO hinnang 2010

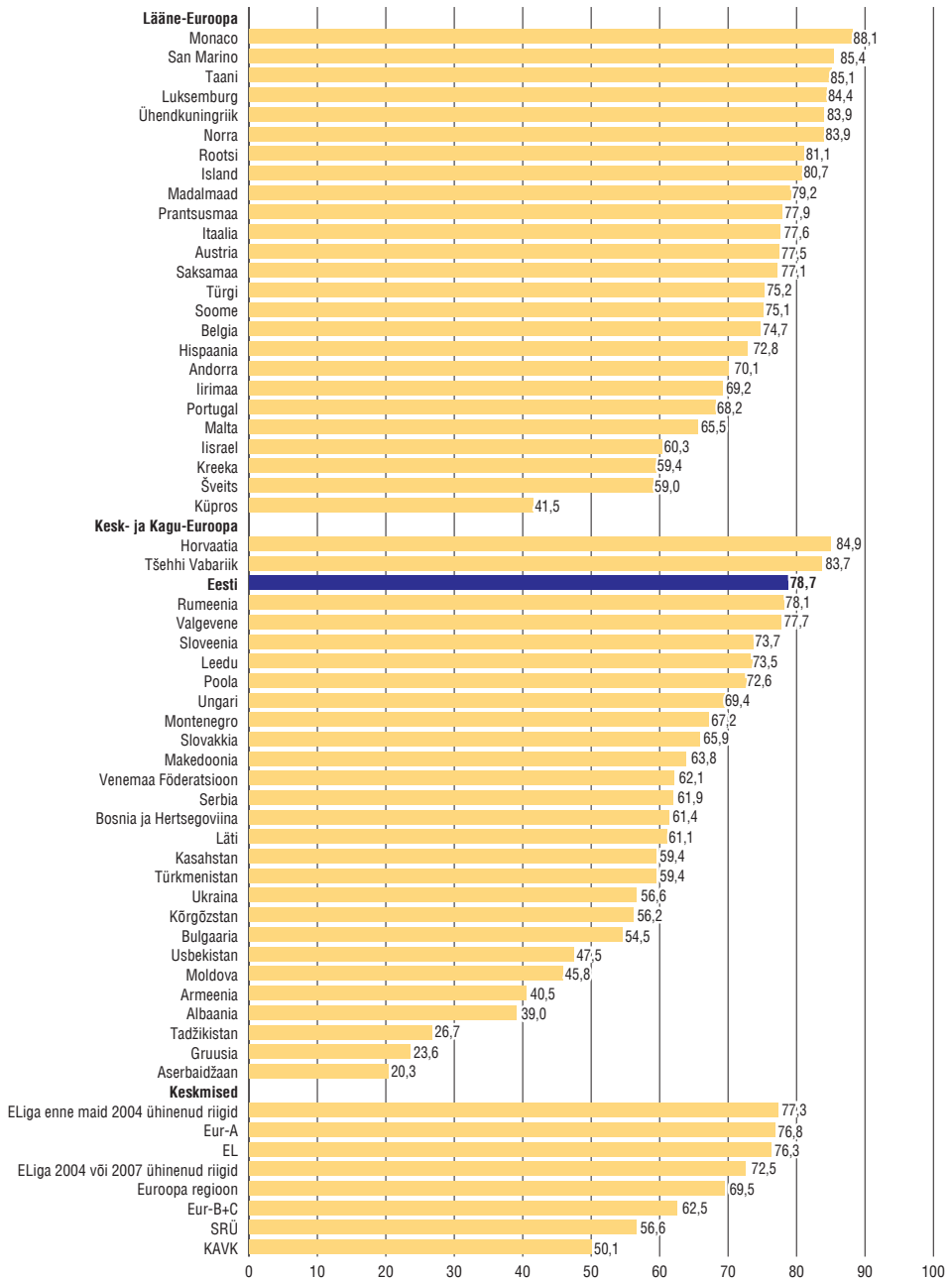


Allikas: WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2013.

Märkused: KAVK: Kesk-Aasia vabariigid ja Kasahstan; SRÜ: Sõltumatute Riikide Ühendus; Eur-A,B,C: WHO uusimas liikmesriikide loetelus loetletud piirkonnad; EJMV: Endine Jugoslaavia Makedoonia Vabariik

Joonis 3.4

Avaliku sektori tervishoiukulutuste osatähtsus protsendina tervishoiu kogukuludest WHO Euroopa regioonis, 2010



Allikas: WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2013.

Märkused: KAVK: Kesk-Aasia vabariigid ja Kasahstan; SRÜ: Sõltumatute Riikide Ühendus; Eur-A,B,C: WHO uusimas liikmesriikide loetelus loetletud piirkonnad; EJMV: Endine Jugoslaavia Makedoonia Vabariik.

Tabel 3.2

Avaliku sektori kulud tervishoiule teenusetüüpide kaupa, 2011

Kulu liik	% tervishoiu kogukuludest	% avaliku sektori tervishoiu kogukuludest
Tervishoiuteenused	53	60
Statsionaarne ravi	27	33
Päevaravi	2	2
Ambulatoorne ravi	24	24
Kodune ravi	0	0
Taastusravi	2	1
Pikaajaline ravi	4	4
Abiteenused	11	13
Ravimid	24	15
Rahvaterviseprogrammid	3	3
Tervishoiukorraldus	2	3

Allikas: Eesti tervishoiukulud, TAI, 2013.

3.2 Tuluallikad ja finantsvood

Eesti tervisesüsteemi rahastatakse peamiselt avaliku sektori vahenditest, millest põhiosa tuleb sihtotstarbelisest ravikindlustusmaksust, mis moodustab ligikaudu kaks kolmandikku kogu tervisesüsteemi rahastamisest (vt täpsemalt tabel 3.3). Sihtotstarbeline ravikindlustusmaks koguneb Eesti Haigekassasse, millel on küll neli piirkondlikku osakonda, kuid tegutseb ühe tervishoiuteenuste ostjana. 2011. aastal koosnes 94% Eesti Haigekassa rahalistest vahenditest töötajate makstud ravikindlustusmaksust, ülejäänud 6% tasus aga riik

Tabel 3.3

Tervishoiu rahastamise peamised allikad Eestis, 1995–2011, valitud aastad

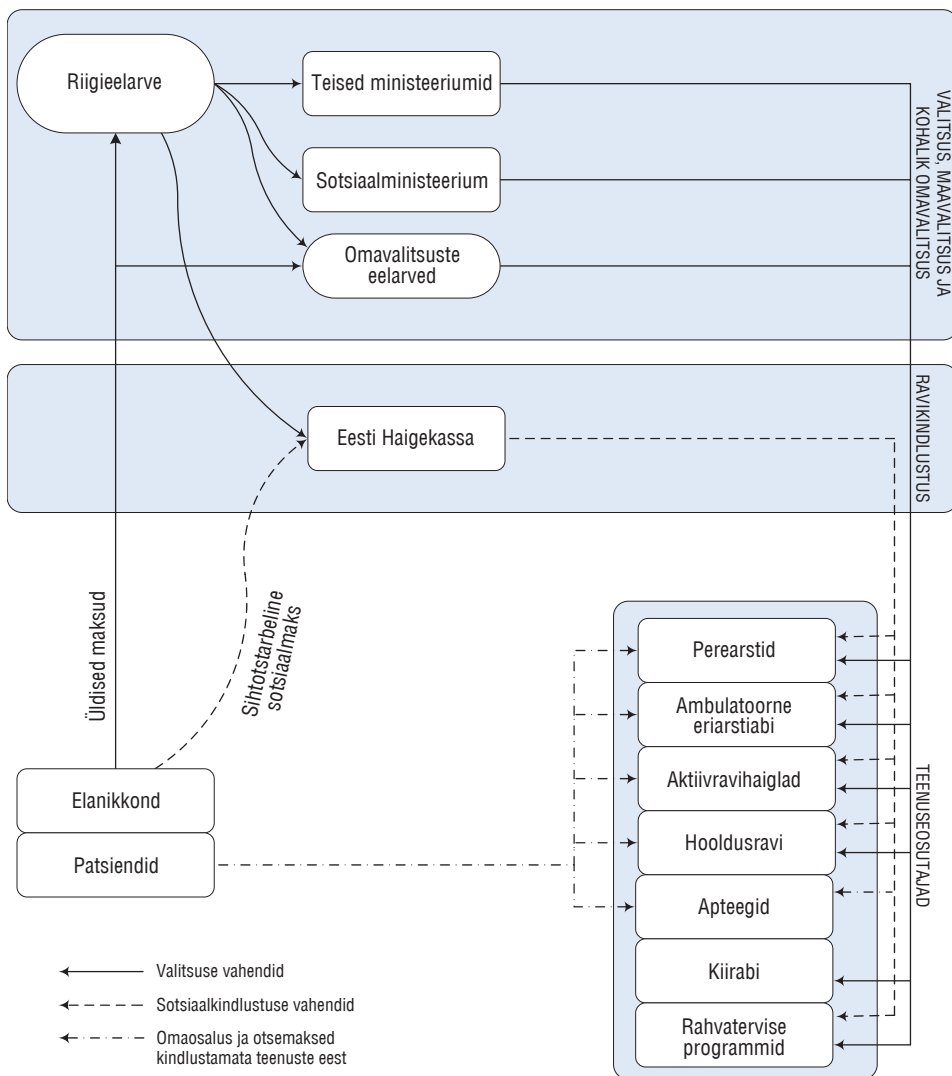
Rahastamisallikas	Protsent kogukuludest				
	1995	2000	2005	2010	2011
Avalik sektor	89,8	76,4	76,7	78,9	19,3
Maksud (riigi- ja kohalikud)	12,4	10,4	10,5	10,7	10,7
Ravikindlustus	77,4	66,0	66,2	68,2	68,6
Erasektor	7,5	23,3	23,0	20,3	19,2
Omaosalus	7,5	19,7	20,4	18,6	17,6
Eratervisekindlustus	0,0	1,0	0,3	0,2	0,3
Muu	0,0	2,6	2,3	1,5	1,4
Välisallikad	2,7	0,3	0,3	0,9	1,4

Allikas: Eesti tervishoiukulud, TAI, 2013.

teatavate rühmade, näiteks töötute eest. Muud üldisest maksutulust rahastavate tervishoiuteenuste ostjad/tasujad on Sotsiaalministeerium, kes vastutab kindlustamata isikute vältimatu abi ja kiirabi kulude katmise eest ja on suurim rahvaterviseprogrammide rahastaja, ning kohalikud omavalitsused, kelle roll on suhteliselt väike ja erinev. Erasektori kulud, mis on peamiselt omaosaluse vormis, moodustavad ligikaudu 20% tervishoiu kogukuludest. Joonisel 3.5 on kujutatud Eesti tervisesüsteemi finantsvood.

Joonis 3.5

Rahavood Eesti tervisesüsteemis



3.3 Kohustusliku rahastamissüsteemi ülevaade

3.3.1 Kindlustuskaitse

Kindlustuskaitse ulatus: kes on kindlustusega kaetud?

Kindlustatud isikutele mõeldud tervishoiuteenuste peamine ostja on Eesti Haigekassa, kes on avalik-õiguslik juriidiline isik. Haigekassa tegevust korraldatakse nelja piirkondliku osakonna kaudu, millest igaüks hõlmab ühte kuni kuut maakonda. Haigekassa peamiste ülesannete hulka kuuluvad ravikindlustuse rahaliste vahendite juhtimine, teenuseosutajatega lepingute sõlmimine, tervishoiuteenuste ja ravimite eest maksmine ning haigus- ja sünnitushüvitiste väljamaksmine.

2011. aasta lõpus oli haigekassa kohustusliku ravikindlustusega hõlmatud 94,5% elanikkonnast (peaaegu 1,25 miljonit inimest), sealhulgas töötajad, lapsed ja pensionärid. Kindlustamata isikud kuuluvad peamiselt tööealise elanikkonda vanuses 20–60 eluaastat ning on kas majanduslikult mitteaktiivsed või töötavad välismaal. Kohustusliku ravikindlustuskaitse saamise õiguse aluseks on elukoht Eestis ja kuulumine seaduses määratletud konkreetsetesse kindlustatute rühmadesse. Ravikindlustusest loobuda ei ole võimalik. Ainus kindlustusega mittehõlmatud rühm on kinnipeetavad, kelle tervishoidu korraldab ja rahastab Justiitsministeerium. Alates 2002. aasta lõpust on mõnel eelnevalt kindlustuskaitseta rühmal olnud võimalus saada kindlustus vabatahtlikkuse alusel (vt allpool).

Kohustusliku ravikindlustuskaitsega hõlmatud jagunevad nelja põhirühma: need, kellel on seaduslik õigus kindlustuskaitsele ilma sotsiaalmaksu maksmata, näiteks lapsed ja pensionärid; need, kelle eest maksab sotsiaalmaksu tööandja (13% palgast); need, kelle eest maksab sotsiaalmaksu riik, ja need, kellel on kindlustus rahvusvaheliste ja vabatahtlike lepingute alusel. Tabelis 3.4 on näidatud kindlustatute protsent iga rühma kohta.

Alates 2002. aasta lõpust on vabatahtlikku kindlustust laiendatud nendele isikutele, kes muul juhul jääksid kindlustamata. Vabatahtliku kindlustuskaitse taotlemise õigus on Eesti elanikel, kes saavad pensioni välismaalt (tavaliselt seetõttu, et nad töötasid välismaal ja naasid Eestisse pensionieas), ning inimestele ja nende ülalpeetavatele, kellel ei ole praegu seaduslikku õigust kindlustatuks saada, kuid kes on olnud kindlustatud vähemalt 12 kuud vabatahtliku kindlustuse taotlemisele eelnenud kahe aasta jooksul. Viimati nimetatud rühma kuuluvad üliõpilased, kelle õppeaeg on ületanud nominaalaja, ning ajutiselt töötava isikud, kes ei ole end töötutena registreerinud.

Tabel 3.4

Eesti Haigekassa kindlustuskaitse kriteeriumid ja kindlustatute protsent eri rühmade lõikes, 2011

Rühm	Kindlustatud isikute protsent
Võrdsustatud isikud	48,9
Kindlustatud töötajad	45,6
Riigi poolt kindlustatud	5,3
Muud kindlustatud	0,2
Rahvusvaheliste lepingute alusel kindlustatud	0,2
Vabatahtliku lepingu alusel kindlustatud	0,02

Allikas: Eesti Haigekassa, 2011a.

Vabatahtlikel liikmetel (2011. aastal 264 inimest) on õigus saada samasuguseid teenuseid ja hüvitisi, nagu saavad kohustusliku ravikindlustusega hõlmatud. Lepingu minimaalne kehtivusaeg on üks aasta ja kindlustuskaitse algab ühe kuu möödumisel lepingu sõlmimisest.

Inimesed kindlustatakse piirkondlikult, kuid nad võivad kasutada tervishoiuteenuseid kogu Eestis. Kõikidele kindlustatud inimestele väljastati varem magnetribaga plastkaart (enne 1998. aastat paberkaart), mille nad pidid esitama tervishoiuteenuse saamisel. Ravikindlustuskaart asendati 2001. aastal kasutusele võetud ID-kaardiga. Patsiendid võivad esitada teenuseosutajatele mis tahes dokumendi, millel on nende isikukood, näiteks juhiloa. Euroopa Liidus reisimiseks võivad isikud võtta endale Euroopa Liidu ravikindlustuskaardi.

Alates 1999. aastast on tervishoiuteenuste osutajad kohustatud kontrollima patsiendi kindlustuse kehtivust internetist. Veebipõhine infosüsteem võimaldab ka kindlustatutel kontrollida oma isikuandmeid (nt nime, aadressi, tööandjat, kindlustuse kehtivust ja perearsti) riigi internetiportaalist (X-Tee) ja kommertsbankade kaudu.

Kindlustuskaitse ulatus: hüvitatavate teenuste valik

Eesti Haigekassa ravikindlustushüvitised võib jagada kahte rühma: mitterahalised hüvitised (2011. aastal 85%) ja rahalised hüvitised (15% ravikindlustushüvitiste eelarvest samal aastal).

Mitterahalised hüvitised

Mitterahalised hüvitised hõlmavad haigusi ennetavaid tervishoiuteenused ja raviteenuseid, ravimeid ning meditsiiniseadmeid; nende hüvitiste puhul võib rakendada omaosalust. Üldiselt on haigekassa hüvitatavate tervishoiuteenuste valik väga lai, mille üheks põhjuseks on asjaolu, et enne

ravikindlustussüsteemi kasutuselevõtmist rahastas tervishoidu riik, pakkudes üleüldist ja igakülgset tervisekindlustust. Hüvitatavate teenuste hulka ei kuulu ilukirurgia, alternatiivmeditsiin ja optometri sti teenused. 2002. aasta lõpus arvati täiskasvanute hambaravi mitterahaliste hüvitiste loetelust välja ja lisati rahaliste hüvitiste loetellu (tabel 3.5).

Tabel 3.5

Valik Eesti Haigekassa kõige levinumaid rahalisi hüvitisi, 2012

Liik	Kirjeldus	Hüvitise määr (% või summa eurodes)
Ajutine töövõimetus ^a	Haigushüvitis	70% sotsiaalmaksuga maksustatavast eelmise aasta sissetulekust; tööandja maksab seda neljandast kaheksanda päevani ja haigekassa alates üheksandast ajutise töövõimetus e päevast. Haiglaravi ja ambulatoorne ravi kuni 182 päeva (240 päeva tuberkuloosi puhul) aastas. 100%: kutsehaigus või tööõnnetus (kuni 128 päeva), haigekassa maksab alates teisest ajutise töövõimetus e päevast.
	Sünnitushüvitis	100%: rasedus- ja sünnituspuhkus (kuni 140 päeva), haigekassa maksab esimesest puhkuse päevast.
	Lapsendamishüvitis	100%: lapsendajapuhkus (70 päeva kui laps on noorem kui 10 aastat), haigekassa maksab esimesest puhkuse päevast.
	Hooldushüvitis	80%: alla 12-aastase lapse põetamine (kuni 14 päeva), haigekassa maksab esimesest puhkuse päevast. 80%: alla 16-aastase puudega lapse või alla 3-aastase lapse hooldamine, kui hooldaja on haige või saab sünnitusabi (kuni 10 päeva), haigekassa maksab esimesest puhkuse päevast.
	Täiskasvanute hambaravi	Üle 63-aastased ja vanadus- või töövõimetuspensioni saajad
	Rasedad	28,77 eurot kalendriaastas
	Alla 1-aastase lapse ema	28,77 eurot kalendriaastas
	Suurenenud hambaraviteenuse vajadusega isikud	28,77 eurot kalendriaastas
	Hambaproteesid üle 63-aastastele isikutele ja vanaduspensioni saavatele isikutele	255,65 eurot kalendriaastas
Täiendav ravimihüvitis	Ambulatoorse teenuse osutajate poolt määratud soodusnimekirjas olevad ravimid	50% summast vahemikus 384,00–640,00 eurot kalendriaastas. 75% summast vahemikus 640,00–1300,00 eurot kalendriaastas. 0% summast üle 1300,00 euro.

Allikas: Riigikogu, 2002; ravikindlustuse seadus, 2002.

Märkus: ^aTööandja makstav hüvitis arvutatakse isiku viimase kuue kuu keskmise palga alusel.

Eesti Haigekassa makstav hüvitis arvutatakse isiku viimase täieliku kalendriaasta keskmise palga alusel (kõnealusel aastal makstud sotsiaalmaksu summa põhjal).

Eesti Haigekassa rahastab ka ennetus- ja tervise edendamise programme. Haigekassal on eraldi eelarverida tervise edendamisega seotud tegevusteks, mida rahastatakse avaliku pakkumise teel vastavalt kokkulepitud prioriteetsetele valdkondadele. Aastate jooksul on tervise edendamisega seotud tegevuseks mõeldud eelarve osatähtsus vähenenud, kuigi absoluutarvudes on see olnud stabiilne. Haiguste ennetamise programmide hulka kuulub koolitervishoid, reproduktiivtervis ja sõeluuringud (nt rinnavähk, emakakaelavähk, fenüülketonuuria ja vastündinute kuulmishäired). Üha rohkem rahastatakse mitmeid ennetavaid tervishoiuteenuseid üld- ja eriarstiabi eelarvete kaudu.

1990. aastatel otsustas hüvitatavate tervishoiuteenuste loetelu üle Sotsiaalministeerium, võttes arvesse teenuseosutajate ja haigekassa esindajatest koosneva komisjoni hinnangut. Hinnangute andmisel lähtuti ravi efektiivsuse kriteeriumidest ja võimaluse korral hinnati uute raviviiside lisamist võrreldes juba rahastatavate raviviisidega. Alates 2002. aastast on rakendatud selgemaid põhimõtteid, mille alusel toimub uute teenuste ja ravimite lisamine hüvitatavate tervishoiuteenuste loetellu ning patsientide omaosaluse määra kehtestamine. Haigekassa kui avalik-õigusliku juriidilise isiku moodustamisel jäi selle ülesandeks koostada koostöös muude sidusrühmadega hüvitatavate tervishoiuteenuste loetelu. Kui Eesti Haigekassa ja Sotsiaalministeerium on hüvitavate tervishoiuteenuste loetelus kokku leppinud, teeb valitsus lõpliku otsuse, kinnitades teenuste loetelu ja määrates igale teenusele hüvitatava hinna. Seetõttu on Eestis paralleelselt kasutusel mõisted „hinnakiri” ja „tervishoiuteenuste loetelu”.

Haigekassa juhatus teeb laiaulatusliku hindamise ning esitab ettepanekud teenuste lisamise või väljaarvamise kohta haigekassa nõukogule edasiseks hindamiseks, seejärel saadetakse ettepanekud Sotsiaalministeeriumile. Ministeerium saadab ettepanekud omakorda valitsusele kinnitamiseks, mis tavaliselt toimub üks kord aastas. 2002. aastal rakendunud ravikindlustuse seadusega sätestati teenuste tervishoiuteenuste loetellu lisamise või sealt väljaarvamise neli kriteeriumi: 1) meditsiiniline efektiivsus, 2) kulutõhusus, 3) vajalikkus ja kooskõla riigi tervisepoliitikaga ning 4) vastavus ravikindlustuse rahalistele võimalustele.

Erialähendused või tervishoiuteenuse osutajate ühendused, kes taotleavad uue teenuse loetellu lisamist või olemasoleva teenuse hinna muutmist, peavad esitama ettepaneku, mis sisaldab vajalikku teavet kõigi nelja kriteeriumi kohta. Selle ettepaneku ning seda põhjendavate hinnangute ja eelarvemõju põhjal teeb haigekassa nõukogu Sotsiaalministeeriumile omakorda ettepaneku

tervishoiuteenuste loetelu muutmiseks ning ministeerium esitab oma ettepaneku valitsusele. Ühe aasta jooksul tehakse ligikaudu 100 ettepanekut ning neid menetletakse paralleelselt järgmise aasta ravikindlustuse eelarve otsustamisega.

Muudatused tervishoiuteenuste loetelus ei ole ainuke viis tervishoiu ratsionaalseks tagamiseks. Näiteks sisaldavad haigekassa ja teenuseosutajate vahelised lepingud täiendavaid kokkuleppeid mõne osutatava teenuse mahu kohta, näiteks kohleaarimplantaadi paigaldamise puhul. Kallihinnaliste tervishoiuteenuste kasutust jälgitakse täiendavalt lepingute kaudu ning vajadusel võib asjakohaseid piiranguid sätestada tervishoiuteenuste loetelus või muudes asjakohastes dokumentides.

Tervishoiu ratsionaalne tagamine toimub jätkuvalt ka teenuseosutajate tasandil. Kliiniliste ravijuhendite kasutuselevõtmine 1990. aastate lõpus soodustas seda üksikarsti tasandil. Tervishoiu ratsionaalseks tagamiseks kasutatakse ka ravijärjekordi. 2001. aastal kehtestati sotsiaalministri määrusega ravijärjekordade maksimumpikkused eri raviteenustele. Järgmisel aastal tehti ravijärjekordadega seotud otsuste tegemine haigekassa nõukogu ülesandeks.

Rahalised hüvitised

Rahaliste hüvitistena (vt tabel 3.5) kaetakse tervisega seotud ajutise töövõimetuse ja täiskasvanute hambaravikulud ning võimaldatakse soodusnimekirjas olevate retseptiravimite puhul täiendavat kulude hüvitamist (kui kumulatiivsed omaosaluskulud on suured). Ajutise töövõimetusega seotud hüvitist makstakse haiguse tõttu ajutiselt tööst vabastamise puhul ainult töötavatele isikutele eelmise aasta töötasu põhjal, muud rahalised hüvitised on aga kättesaadavad kõigile haigekassa kindlustuskaitsega isikutele.

Rahaliste hüvitiste süsteem korraldati finantskriisi ajal põhjalikult ümber. Esiteks suurendati patsientide ja tööandjate rahalist vastutust. Alates 2009. aasta juulist ei maksta hüvitist haiguse või vigastuse esimese kolme päeva eest (varem ei makstud ainult esimese päeva eest). Neljandast kaheksanda päevani maksab hüvitist tööandja (tööandja varem hüvitise maksmises ei osalenud) ja haigekassa hakkab hüvitist maksma alates üheksandast päevast (varem teisest päevast). Peale selle vähendati haigushüvitise määra 80%-lt 70%-ni kindlustatu sissetulekust. Alla 12-aastase lapse põetamise korral makstava haigushüvitise määra vähendati 100%-lt 80 %-ni. Sünnituspuhkuse maksimaalset kestust vähendati 154 päevalt 140 päevani. Teiseks võisid enne 2009. aastat kõik vähemalt 19-aastased kindlustatud taotleja hambaravihüvitist summas 19,18 eurot, kuid alates 2009. aastast jäi see õigus vaid üle 63-aastastele kindlustatule, rasedatele, kuni üheaastaste laste emadele, isikutele, kellel on

teatavast tervislikust seisundist tulenev kõrgendatud vajadus hambaravi järele, ning töövõimetus- või vanaduspensioni saajatele. Väärrib aga märkimist, et täiskasvanute vältimatu hambaravi kulude osatähtsus hambaraviteenuste eelarves on marginaalne, sest haigekassa jälgib näidustustest kinnipidamist.

Kindlustuskaitse ulatus: hüvitamise määr

Eestis kehtib laiaulatuslik kulude jagamise süsteem, mis koosneb kohustuslikust omaosalusest eriarstiabi puhul, kaaskindlustusest teatavate teenuste puhul ja keerukast omaosalusskeemist ravimite puhul. Väärrib märkimist, et üldarstiabis omaosalust ei ole (välja arvatud koduvisiidi puhul), et perearsti või pereõe juurde pääsemisel ei oleks rahalisi takistusi (vt jaotis 3.4).

3.3.2 Tulude kogumine

Tervishoiu rahastamine toimub peamiselt Eesti Haigekassa kaudu. 2011. aastal moodustasid ravikindlustus, riigieelarve, omavalituste eelarved ja erasektori tervishoiu rahastamine vastavalt 68,6%, 9,3%, 1,4% ja 19,2% kogu tervishoiu rahastamisest (vt tabel 3.3). Välisallikate osatähtsus oli 2011. aastal 1,4%. Järgmises alajaotistes kirjeldatakse kõiki rahastamisallikaid üksikasjalikumalt.

Ravikindlustuse tulude peamine allikas on palgatöötajate ja füüsilisest isikust ettevõtjate makstav sotsiaalkindlustusmaks. See kindlustatute rühm moodustab ligikaudu 46% kõigist kindlustatutest (tabel 3.4). Sotsiaalmaksu mittemaksvate inimeste (2011. aastal 49% kindlustatutest) ravikulud kaetakse solidaarselt teiste kindlustatute sotsiaalmaksu arvelt. Võrdsustatutel rühmadel (sh lapsed, pensionärid, töövõimetuspensioni saavad isikud ja õpilased) on õigus samadele hüvistele nagu kõigil teistel ravikindlustuskaitsega isikutel. Riik tasub sotsiaalmaksu üksnes väikese osa isikute eest (2011. aastal ligikaudu 5%), kelle hulka kuuluvad sünnituspuhkusel olevad alla 3-aastaste laste vanemad, töötuna registreeritud isikud ja puudega inimeste hooldajad. Riigi poolt selle rühma eest tasutav summa määratakse kindlaks igal aastal riigieelarve kinnitamise ajal, kuid see ei tohi olla väiksem eelmise aasta miinimumpalga alusel arvutatud määrast. Vabatahtliku lepingu alusel kindlustatud isikud maksavad 13% eelmise aasta riigi keskmisest palgast. 2012. aastal ulatus see ligikaudu 103 euronit kuus.

Töötajad ja füüsilisest isikust ettevõtjad maksavad haigekassale sihtotstarbelist ravikindlustusmaksu, mida kogub Maksu- ja Tolliamet. Seda maksu nimetatakse sotsiaalmaksuks ja see sisaldab nii ravikindlustuse kui ka pensionimakseid (vastavalt 13% ja 20% töötaja palgast ja füüsilisest isikust ettevõtja tuludest). Kuna korralduslikult maksab sotsiaalmaksu töötaja eest tööandja, siis töötajad otseselt ravikindlustuse eest ei maksa.

Olukorras, kus elanikkond vananeb ja tööealise elanikkonna osa väheneb, võib peamiselt üksnes töötava elanikkonna makstaval sotsiaalmaksul põhinev ravikindlustussüsteem tekitada moonutusi ning õhnestada süsteemi õiglust ja rahalist jätkusuutlikkust pikemas perspektiivis (Thomson et al., 2010). Õiglane ei pruugi olla ka see, et kõik 65-aastased ja vanemad isikud on sotsiaalmaksu maksmisest vabastatud vaatamata nende tegelikule sissetulekule. Tegemist on olulise küsimusega, mis on laiem kui üksnes tervishoiuvaldkond, sest tulu saamise meetod mõjutab süsteemi poliitilist jätkusuutlikkust. Pikas perspektiivis võib arusaamine sellest, et vaid väike inimeste rühm maksab kõikide teiste eest, nõrgendada toetust riiklikule süsteemile (Couffinhal ja Habicht, 2005). Vajadust laiendada ravikindlustuse tulubaasi on tunnustatud ja selle üle on tuliselt vaieldud, kuid poliitilist kohustust muudatusi teha ei ole võetud (Thomson *et al.*, 2010).

Riigieelarve

2010. aastal haldasid Sotsiaalministeerium ja selle haldusala asutused 92,9% riigieelarvest tervishoiule eraldatud vahenditest. 2010. aastal moodustas suurima osa riigieelarvest tervishoiule eraldatud summadest kiirabi (32,4%), kindlustamata isikute ravi (7,1%), meditsiiniseadmed ja ravimid (17,4%) ning riiklikud rahvatervise programmid (16,0%).

Kindlustamata isikute puhul kaetakse riigieelarvest vaid vältimatu arstiabi. Alates 2003. aastast on Sotsiaalministeerium nõudnud, et haigekassa haldaks kindlustamata isikute vältimatu arstiabi hüvitamisnõudeid eesmärgiga tagada erakorralise arstiabi võrdne kättesaadavus kogu riigis, ehkki seda arstiabi rahastab jätkuvalt riik. Suurem osa kindlustamata isikute vältimatu arstiabi hüvitisest jõuab haiglateni, väike osa vältimatu arstiabi teenustest osutatakse kindlustamata isikutele üldarstiabina (alates 2003. aastast on kogu elanikkond kantud perearstide nimistutesse). Lisaks hüvitavad tervishoiuteenuste osutajatele kindlustamata isikute tervishoiukulusid (osaliselt) kohalikud omavalitsused.

Kiirabi korraldusega tegeleb Sotsiaalministeeriumi haldusalasse kuuluv Terviseamet. Kiirabi rahastamise aluseks on kulumudel, mis põhineb õdede ja arstide arvul brigaadi kohta, kuid lõplik eraldatav summa määratakse kindlaks eelarveläbirääkimiste teel. Aastaeelarve jaotatakse ning määratakse eri teenuseosutajatele brigaadide arvu alusel.

Riigieelarvest rahastatakse ka teatavat osa ravimeid. Kuigi haigekassa hüvitab suurema osa ravimikuludest, ostab riik mõned ravimid (näiteks tuberkuloosi ja HIVi ravimid) ja vaktsiinid riigihankega. See aitab hoida kulusid madalal ning tagab ka kindlustatud ja kindlustamata isikute võrdse juurdepääsu sellistele ravimitele.

Peale selle rahastatakse riigieelarvest teatavaid nakkus- ja mittenakkuslike haiguste ennetamise programme ning alates 2001. aastast on tervishoiule eraldatud ka osa hasartmängumaksust laekunud summadest. Lisaks rahastavad muud ministriumid mõningaid oma valdkonna spetsiifilisi tervisevaldkonnaga seotud tegevusi, näiteks Justiitsministeerium rahastab HIVi ja tuberkuloosi ennetustegevust kinnipidamisasutustes. Seda rahastamist aga finantskriisi ajal vähendati. Oluline osa rahastamisest nihkus riigieelarvelt Euroopa Sotsiaalfondi programmile (vt 6. peatükk).

Kohalikel omavalitsustel ei ole kindlaksmääratud selget vastutust tervishoiukulude katmisel, mistõttu erineb rahastamine omavalitsuste lõikes märkimisväärselt.

3.3.3 Rahaliste vahendite juhtimine

Eesti Haigekassa kogub ja jagab rahalisi vahendeid ümber tsentraalselt, et tasakaalustada sissetulekute piirkondlikke erinevusi. Alates 2001. aastast, mil haigekassa sai autonoomse staatuse, kinnitab tema eelarve nõukogu, mis koosneb riigi, tööandjate ja töötajate esindajatest. Enne iga-aastast eelarvemenetlust kinnitab haigekassa nõukogu haigekassa tulude ja kulude planeerimise põhimõtted neljaks aastaks. Haigekassa eelarve on alati sõltunud tulust, mis saadakse sotsiaalmaksu ravikindlustusele märgistatud osast, mille kogub ja kannab haigekassale üle Maksu- ja Tolliamet. Haigekassa nõukogu ei saa haigekassa eelarvet kinnitada enne, kui riigieelarve on heakskiidu saanud.

Haigekassal on likviidsuse tagamiseks kolm reservi. Kassatagavara (likviidsed vahendid) tagab igapäevaste rahavoogude sujuva juhtimise. Kassatagavara haldab riigikassa ning see koosneb finantsinstrumentidest, näiteks kohalikud deposiidid ja võlakirjad. Teine reserv, reservkapital, vähendab makromajanduslikest muutustest tulenevaid riske. Reservkapitali suuruseks on 6% haigekassa iga-aastasest eelarvest; alates haigekassa moodustamisest on reservkapitali kantud igal aastal vähemalt 2% eelarvest. Reservkapitali võib kasutusele võtta vaid valitsuse korraldusega, mis tehakse sotsiaalministri ettepanekul ja pärast konsulteerimist haigekassa nõukoguga. Rahandusminister tagab reservkapitali säilimise, likviidsuse ja tootlikkuse. Reservkapital on paigutatud peamiselt Euroopa kõrge reitinguga võlakirjadesse. Kolmas reserv,

riskireserv, vähendab ravikindlustussüsteemile võetud kohustustest tulenevaid riske. Riskireservi suurus on 2% eelarvest ning selle võib kasutusele võtta haigekassa nõukogu otsusega.

Peale nende reservide on haigekassal jaotamata kasumit aastatest, mil tulud ületasid kulusid. 2011. aasta lõpus oli haigekassal jaotamata kasumit summas 163,4 miljonit eurot, mis vastab ligikaudu veerandile haigekassa aastaeelarvest. Jaotamata kasum kogunes kiire majanduskasvu perioodidel, sest haigekassa aeglustas kulude aastakasvu võrreldes tulude kasvuga. Selline kontrastsükliline eelarvestamine võimaldas haigekassal kasutada jaotamata kasumit viimase kriisi ajal ja vältida kulude vähendamist.

Tabelis 3.6 on esitatud haigekassa eelarve jaotus 2012. aastal (Eesti Haigekassa, 2012a). Osa eelarvest on nn avatud kohustused, näiteks ambulatoorsete retseptiravimite hüvitamine ning haigus- ja sünnitushüvitiste väljamaksmine. Ülejäänud vahendid jaotatakse vastavalt haigekassa prioriteetidele.

Tabel 3.6

Eesti Haigekassa eelarve jaotus liikide lõikes, 2012

Kategooria	2012. a eelarve (tuhandetes eurodes)	Protsent kogukuludest
Tervishoiuteenused		
Haiguste ennetamine	7 330	0,9
Üldarstiabi	71 538	9,1
Eriarstiabi	448 105	56,9
Pikaajaline ravi	16 502	2,1
Hambaravi	19 243	2,4
Tervishoiuteenused kokku	562 718	71,5
Tervise edendus	968	0,1
Ravimid	101 841	12,9
Haigushüvitised	88 468	11,2
Muud rahalised hüvitised	8 975	1,1
Muud hüvitised	16 174	2,1
Reservide kasutamine	-6 560	-0,8
Kogukulud	787 184	100
Ravikindlustushüvitised kokku	779 144	99,0
Tegevuskulud	8 040	1,0

Allikas: Eesti Haigekassa, 2012a.

Suurem osa haigekassa rahalisi vahendeid jaotatakse nelja piirkondliku osakonna vahel, lähtudes vanusega korrigeeritud valemist vastavalt tervishoiuteenuste kasutamisele elaniku kohta ja vastavalt kindlustatute arvule

iga piirkonnas. Piirkondlike osakondade eelarved kinnitab haigekassa juhatus. Teenuseosutajatega sõlmivad lepingud haigekassa piirkondlikud osakonnad piirkondlikul tasandil.

Keskselt hallatakse väga väikest osa (alla 1%), mis on mõeldud kulukate või harva kasutatavate tervishoiuteenuste rahastamiseks. Alates 2012. aastast haldab seda osa piirkondlik osakond, varem oli see keskosakonna ülesanne. Keskselt hallatakse ka ravimite ja ajutise töövõimetuse hüvitisi (haigekassa avatud kohustused). Rahaliste vahendite jaotamist haigekassa lepingute planeerimise protsessi käigus kirjeldatakse täpsemalt jaotises 3.3.4.

Riigieelarves seab Rahandusministeerium igale ministeeriumile eelarve piirmäärad õigusaktidest tulenevate kohustuste ja valitsuse prioriteetide põhjal. Riigieelarve tervisesektori osa koostab Sotsiaalministeerium, kellele teevad eelarve kohta ettepanekuid täielikult või osaliselt riigieelarvest rahastatavad organisatsioonid. Kuna ministeerium vastutab tervishoiu, sotsiaalkindlustuse ja tööhõive valdkonna eest, mis moodustavad üle 40% kogu riigieelarvest, konkureerivad kõik kolm sektorit ministeeriumi eelarve vahenditele. Nagu eespool mainitud, maksab Kaitseministeerium sõjaväelastele osutatava üldarstiabi eest ja Justiitsministeerium kinnipeetavatele osutatavate tervishoiuteenuste eest. Viimastel aastatel on riigieelarvest tehtud rahalised eraldised olnud stabiilsed.

3.3.4 Ostmine ja ostja-pakkuja suhted

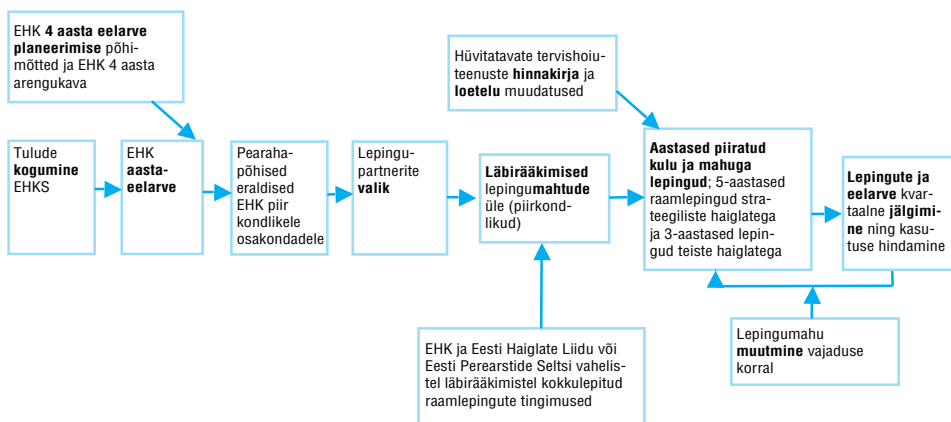
Tervishoiuteenuste peamine ostja on Eesti Haigekassa. Haigekassa lepingute sõlmimise protsessi on kujutatud joonisel 3.6. Iga aasta alguses peab haigekassa haiglatega läbirääkimisi piiratud kulu ja mahuga lepingute sõlmimise üle. 1990. aastate alguses oli lepingu sisu suhteliselt lihtne ning kokku lepiti vaid lepingumahude üldsummates. Nüüd sisaldavad lepingud kokkuleppeid teenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse kohta ning üksikasjalikke kulu- ja mahupõhiseid rahalisi kohustusi. Haiglavõrgu arengukava haiglatega sõlmitakse leping viieks ja muude teenuseosutajatega kolmeks aastaks. Rahaliste kohustuste üle peetakse läbirääkimisi siiski igal aastal.

Haigekassa sõlmib lepingud ainult nende teenuseosutajatega, kellel on Terviseameti antud tegevusluba Eestis tegutsemiseks. Haigekassa peab sõlmima lepingud kõigi haiglavõrgu arengukava haiglatega (19 aktiivravi haiglat); kõigi nende kindlaksmääratud tagatud lepingumaht on vähemalt 75% eelmise aasta lepingu mahust. Valikuliselt sõlmib haigekassa lepinguid üksnes nende haiglatega, mis ei ole haiglavõrgu arengukavaga hõlmatud. 2011. aastal oli ligikaudu 8% kulutustest ja 20% ravijuhtudest eriarstiabi valiku

protsessi kaudu seotud haiglavõrgu arengukava väliste haiglatega. Valikulise lepingute sõlmimise eesmärk on tekitada tervishoiuteenuste valdkonnas konkurentsi ja ergutada teenuseosutajaid teenuste kvaliteeti parandama. Peale selle püütakse sel moel tagada nende valdkondade teenuste kättesaadavust, mis teenuseosutajatele vähem huvi pakuvad. Valikukriteeriumid, näiteks teenuseosutaja geograafiline lähedus patsientidele, päevaravi osatähtsus ja eelnevad kogemused, kinnitab haigekassa nõukogu. Haigekassa kuulutab

Joonis 3.6

Eesti Haigekassa eelarve koostamine ja lepingute sõlmimine



välja avaliku konkursi ning kõik teenuseosutajad saavad esitada oma taotlused. Teenuseosutajate taotluste hindamisele rangete kriteeriumide alusel järgnevad haigekassa ja teenuseosutaja vahelised läbirääkimised.

Ravikindlustuse seadusega kehtestatakse lepingute üldine raamistik ning haigekassa nõukogu kinnitab lepingute üldpõhimõtted. Lepingute üldtingimused räägib haigekassa läbi teenuseosutajaid esindavate ühendustega, nagu näiteks Eesti Perekarstide Selts ja Eesti Haiglate Liit. Sellega tagatakse, et lepingute tingimused on ühetaolised ja neid kohaldatakse kõigi teenuseosutajate suhtes. Lisaks üldtingimustele on lepingu osaks rahalised lisad, mis lepitakse kokku iga teenuseosutajaga eraldi. Et lepingutingimused räägitakse läbi keskselt, on Eesti Haiglate Liit laienenud ning hõlmab praktiliselt kõiki haiglaid.

Haigekassa lepingute tingimused hõlmavad ravi kättesaadavust ja kvaliteeti, hüvitamistingimusi, andmete esitamise nõudeid ja lepinguosaliste kohustusi tingimuste rikkumise korral. Teenuseosutaja peab tagama tervishoiuteenuste kättesaadavuse kogu lepinguperioodi jooksul vastavalt haigekassa nõukogu kehtestatud maksimaalsetele lubatud ooteaegadele: erakorralist arstiabi tuleb

osutada kohe, ambulatoorset eriarstiabi kuue nädala jooksul ja statsionaarset ravi kaheksa kuu jooksul. Haigekassa jälgib teenuseosutajate ravijärjekordi ning võtab vajadusel kasutusele ennetusabinõud, tehes näiteks ettepaneku rahaliste lisade muutmiseks, et tagada tervishoiuteenuste kättesaadavus.

Teenuste maht ja keskmise ravijuhu maksumus määratakse kindlaks edasiste läbirääkimiste käigus. Seda tehakse vaid eriarstiabi puhul, üldarstiabi lepingumahu üle aga läbirääkimisi ei peeta. Läbirääkimistel ei käsitleta tasustamisviisi, vaid tegemist on planeerimisvahendiga, mille eesmärk on ohjata iga ravijuhu maksumust. Olulisem on jõuda kokkuleppele ravijuhtude arvus, kuna see aitab saavutada haigekassa eesmärki tagada tervishoiuteenuste kättesaadavus vähemalt eelmise aasta tasemel. Kõnealuste läbirääkimiste tulemusena lepatakse iga teenuseosutajaga kokku lepingumahud.

Nagu eespool osutatud, lepatakse rahalistes mahtudes kokku iga teenuseosutajaga eraldi. Rahaliste mahtude ülemmäär lepatakse kokku igaks kvartaliks ning kulud ja mahud otsustatakse statsionaarse, päevaravi ja ambulatoorse ravi ning erialade lõikes. Selline osadeks jagamine võimaldab haigekassal aktiivselt jälgida ja suunata teenuseosutajate käitumist. Lepingud võimaldavad siiski ka teatavat paindlikkust. Esiteks on teenuseosutajatel lubatud erialade vahel ümber jagada kuni 5% lepingus ettenähtud summadest. Teiseks sisaldab iga leping rahalist reservi, mida erialadele ei eraldata ja mida võib kasutada lepinguperioodi jooksul kooskõlastatult haigekassaga. Kuni 2006. aastani ei olnud haigekassa kohustatud hüvitama teenuseid, mis ületasid lepingumahtu, kuid vastavalt ravikindluse seaduse muudatusele peab haigekassa nüüd teatud tingimustel hüvitama 30% üle lepingumahu osutatud teenuste maksumusest.

Lepingute täitmist jälgitakse kvartalite kaupa juhtimisinfosüsteemi kaudu. 1990. aastatel täideti mõne haigla lepingumahud mitu kuud enne lepinguperioodi lõppu. Selle tulemusena tekkis olukord, kus mõni haigla osutas vaid erakorralist abi ja lükkas plaanilise arstiabi osutamise edasi järgmisesse aastasse. Selliste olukordade vältimiseks pööravad haigekassa ja tervishoiuteenuste osutajad nüüd rohkem tähelepanu vajadustele vastavate lepingute kavandamisele ja ennetavale lepingute jälgimisele kvartalite kaupa.

Haigekassa on küll suurim tervishoiuteenuste ostja, kuid Terviseamet vastutab kiirabiteenuste ostmise eest. Selleks korraldab Terviseamet avaliku konkursi, kuhu nõuetele vastavad teenuseosutajad võivad esitada oma pakkumised. Nagu eespool kirjeldatud, on kiirabi rahastamise aluseks õdede ja arstide arv brigaadi kohta, kuid lõplik eraldatav summa määratakse kindlaks (riigi)elarve läbirääkimiste teel. Seejärel aastaelarve jaotatakse ja tehakse

eraldised erinevatele tervishoiuteenuste osutajatele. Lepingus määratakse kindlaks lepinguosaliste õigused ja kohustused, teenusestandardid ja finantsaruandluse kord.

3.4 Omaosalusmaksed

Omaosalus moodustub Eesti Haigekassa hüvitatavate tervishoiuteenuste ja ravimitega seotud kohustuslike kulude jagamisest, nende teenuste ja ravimite kulude katmisest, mis ei kuulu haigekassa hüvitatavate teenuste ja ravimite loetellu, ja mitteametlikest maksetest. Alates 1990. aastate keskpaigast on omaosaluse osa tervishoiu kogukuludes pidevalt kasvanud, seda peamiselt eratervishoiusektori kasvu tõttu. Finantskriisi ajal omaosaluse osa kogukuludes vähenes, sest omaosalusmaksed vähenesid koos muude kulutuste vähenemisega majanduses.

1995. aastal võeti avaliku sektori haiglates ja tervisekeskustes kasutusele esmase ambulatoorse visiidi tasu 0,30 eurot. Poliitilise surve tõttu vabastati mõni kuu hiljem kõnealuse tasu maksmisest siiski mitmed elanike rühmad, näiteks pensionärid, puudega inimesed ja lapsed. Erapakkujatel lubati kehtestada oma tasud isegi haigekassa ravikindlustusega hüvitatavatele teenustele. 1990. aastatel kasvas erateenuseosutajate osa ning sellega seoses suurenes ka omaosaluse osatähtsus. Paljud arstid asutasid oma erapraksised, eelkõige hambaravis ja muudel ambulatoorsetel erialadel. 2002. aastal jõustunud ravikindlustuse seadusega määrati kindlaks omaosalus, mida lepingu sõlminud teenuseosutajad võivad rakendada olenemata sellest, kas nad on avalik-õiguslikud või eraõiguslikud teenuseosutajad. Ravikindlustuse seaduses on kehtestatud omaosaluse ülemmäär, mida tuleb igal aastal vastavalt inflatsioonile kohandada. Nimetatud kohandamisi siiski ei ole tehtud. Olukord muutus 2013. aastal, kui omaosaluse ülemmäärasid suurendati ajavahemiku 2002–2013 inflatsioonimääraga.

Ambulatoorse arstiabi puhul kehtivad järgmised kulude jagamise nõuded. Perearstivisiidil omaosalust ei ole, kuid koduvisiidi eest võib perearst võtta maksimaalset tasu 5,00 eurot (kuni 2013. aastani 3,20 eurot) (tabel 3.7). Ambulatoorse eriarstiabi osutajad, kellel on leping haigekassaga, võivad võtta tasu maksimaalselt 5,00 eurot (kuni 2013. aastani 3,20 eurot), kuid mitte juhul, kui patsient on suunatud sama asutuse piires või teise sama eriala arsti vastuvõtule. Kuna 2002. aastal jõustunud ravikindlustuse seadusega ei kehtestatud erandit seoses ambulatoorse eriarstiabi tasudega ühegi rühma ega tervishoiuteenuse liigi suhtes, kehtestasid teenuseosutajad kiiresti tasud paljudele teenustele, muu

hulgas erakorralise meditsiini osakonna vastuvõttudele, mis põhjustas üldsuse rahulolematuse. 2004. aasta augustis jõustunud muudatusega on alla 2-aastased lapsed ja rasedad alates 12. rasedusnädalast vabastatud omaosalusest perearsti koduvisiitide ja ambulatoorse eriarstiabi visiitide puhul.

Haiglad võivad võtta voodipäevatasu maksimaalselt 2,50 eurot (kuni 2013. aastani 1,60 eurot) kuni 10 päeva eest ühe haigusjuhu kohta. Erandid on kehtestatud lastele, raseduse ja sünnitusega seotud haiglaravile ning intensiivravil olevatele patsientidele. Haiglad võivad kehtestada täiendavaid

Tabel 3.7

Kulude jagamine eri raviliikide puhul, 2013

Raviliik	2013
<i>Üldarstiabi</i>	Omaosalustasu visiitidel puudub. Koduvisiidi tasu (kuni 5 eurot), alla 2-aastased lapsed ja rasedad alates 12. rasedusnädalast tasust vabastatud.
<i>Ambulatoorne eriarstiabi</i>	
Ambulatoorse eriarstiabi osutajad (Eesti Haigekassa ravikindlustuslepinguga, märke oluline vaid 2007. aasta puhul).	Omaosalustasu kuni 5 eurot, alla 2-aastased lapsed ja rasedad alates 12. rasedusnädalast tasust vabastatud.
Eesti Haigekassa ravikindlustuslepinguta ambulatoorse arstiabi osutajad.	Kõik patsiendid maksavad teenuseosutaja kehtestatud hinnakirja alusel n-ö mõistlikku hinda.
Hambaravi	Laste puhul omaosalus puudub, hüvitab Eesti Haigekassa. Haigekassa ei hüvita täiskasvanute hambaravi.
<i>Statsionaarne ravi</i>	
	Omaosalustasu kuni 2,5 eurot päevas maksimaalselt 10 päeva eest. Lapsed, rasedad ja intensiivravi saavad patsiendid on tasust vabastatud. Teenuseosutajate kehtestatud omaosalustasu standardist parema majutuse eest haiglas. Eesti Haigekassa kehtestatud omaosalus protsendina mõne teenuse puhul (näiteks kehaviline viljastamine, taastusravi, abort naise soovil). Hooldusravi omaosalus 15%.
<i>Ravimid</i>	Retseptiravimid krooniliste haiguste puhul: omaosalustasu 1,27 eurot pluss omaosalus protsendina 0% või 25% ravimi hinnast (või 10% 4–16-aastastele, töövõimetus- või vanaduspensioni saajatele või üle 63-aastastele). Alla 4-aastaste laste retseptiravimitel ainult omaosalustasu 1,17 eurot. Muudel juhtudel retseptiravimite omaosalustasu 3,19 eurot retsepti kohta pluss omaosalus protsendina vähemalt 50% ravimi piirhinnast. Iga-aastane ambulatoorsete retseptiravimite suure omaosaluse täiendav hüvitamine: 50% ravimi aastakuludest (summast vahemikus 384–640 eurot); 75% (summast vahemikus 640–1300 eurot); 0% (summast üle 1300 euro).

tasusid standardist parema majutuse eest statsionaarse ravi puhul. Kõigile patsientidele tuleb siiski pakkuda standardmajutust ja kui see ei ole võimalik, ei tohi standardeid ületava majutuse eest lisatasu kehtestada. Teenuseosutajad, kellel ei ole lepingut haigekassaga, peavad patsiendiga hinna suhtes kokku leppima. Sellised hinnad peavad olema mõistlikud, kuid otseselt mingeid eeskirju nende hindade suhtes ei kehti.

Ambulatoorsetele retseptiravimitele rakendub omaosalus 3,19 eurot ühe retsepti kohta, millele lisandub täiendavalt mingi osa ravimi hinnast. Üldine hüvitise määr on 50% ravimi hinnast (miinus omaosalus). Valitsuse määruse alusel koostatakse loetelu krooniliste haiguste raviks vajalikest ravimitest, mille suhtes rakendatakse madalamat omaosalust 1,27 eurot ja mida saab hüvitada 75% või 100% ulatuses. Hüvitise määra 90% rakendatakse 75% kategooriasse kuuluvate ravimite suhtes, kui need on kirjutatud välja isikutele, kes on 4–16-aastased, kes saavad töövõimetus- või vanaduspensioni või kes on vanemad kui 63 aastat. Kui kõrgema hüvitismääraga kategooriasse kuuluvaid ravimeid kasutatakse muude kui määruses ette nähtud haiguste ravimiseks, kohaldatakse üldist hüvitismäära 50%. Alates 2004. aasta augustist on taas kehtestatud hüvitismäär 100% alla 4-aastastele lastele.

Ravimid moodustavad omaosaluskuludest suurima osa (2011. aastal 61%), millest 68% on retseptiravimite omaosalus (tabel 3.8). Suuruselt teine kulude kategooria on tervishoiuteenused (26%), mis koosneb peamiselt hambaravikuludest (87% kõigist tervishoiuteenuste tehtud kulutustest).

Tabel 3.8

Omaosalus kululiikide lõikes protsendina omaosaluse kogukuludest, 2011

	Protsent kogu omaosalusest
Ravimid	61
Retseptiravimid	41
Pikaajaline ravi	5
Tervishoiuteenused	26
Hambaravi	23
Taastusravi	6
Muud	2

Allikas: Eesti tervishoiukulud, TAI, 2013.

Mõne teenuse puhul, näiteks statsionaarne hooldusravi ja abort, rakendatakse omaosalust, mis on kehtestatud protsendina teenuse hinnast (kaaskindlustus). Omaosalust kohaldatakse kõigi haigekassa lepingupartnerite suhtes sõltumata nende õiguslikust seisundist. Ravikindlustuse seaduse kohaselt ei tohi omaosaluse määr olla üle 50% tervishoiuteenuse piirhinnast ning peab kõigi kindlustatud isikute puhul olema ühesuurune. Ravikindlustuse seaduses on sätestatud järgmised kriteeriumid omaosaluse määramiseks:

- teenuse eesmärk on saavutatav muul, odavamal viisil, mis ei ole seotud oluliselt suuremate riskidega ega halvenda muul moel oluliselt patsiendi olukorda;

- teenus on suunatud pigem elukvaliteedi parandamisele kui haiguse ravimisele või kergendamisele ning
- patsiendid on üldjuhul valmis ise tervishoiuteenuse eest tasuma ning inimese otsus sõlmida teenuse tarbimise leping sõltub eelkõige haigekassa poolt tervishoiuteenuse eest tasumise kohustuse ülevõtmisest või ülevõetava osa suurusest.

Omaosalussüsteem, mis kehtib alates ravikindlustuse seaduse jõustumisest 2002. aastal, on poliitiline kompromiss teenuseosutajatega, kellest paljud olid kaua kaevanud tervisesüsteemi alarahastamise üle. Suur osa vaidlusi omaosaluse üle keerles argumentide ümber suurendada tulusid meditsiinivõtteajate palkade tõstmiseks. Samuti esitati argumente omaosaluse kehtestamise poolt, et vältida nii tervishoiuteenuste ebavajalikku tarbimist. Näiteks Eesti Perearstide Selts toetas tugevalt visiititasu kehtestamist, et vähendada ebavajalike külastuste arvu. Valitsus suutis siiski säilitada ravikindlustuse seadusega sätestatud tasuta juurdepääsu üldarstiabile ja kehtestas omaosaluse ainult perearstide koduviitidele. Sotsiaalministeerium ega haigekassa ei kogu andmeid teenuseosutajate kehtestatud tegelike tasude kohta, mis on kehtestatud väljaspool ravikindlustuse hüvitiste süsteemi.

Erakulude suurenemine Eestis on teatavas osas põhjustatud nn ravijärjekorras ette ostmisest. Ravijärjekordade tõttu otsustab mõni patsient saada ravi erateenuseosutajalt, tasudes kõik raviga seotud kulud ise. Etteostmine on lubatud vaid juhul, kui ravijärjekord on tekkinud ebapiisavate rahaliste võimaluste tõttu, st kui teenuseosutaja on täitnud haigekassaga sõlmitud lepingus kokku lepitud teenuste mahu ning teenuse mitteosutamist ei saa põhjendada teenuseosutaja võimetusega seda pakkuda. Etteostmine ei ole lubatud ka juhul, kui seetõttu võib viibida sellise isiku ravi, kelle ravi rahastaks haigekassa. Mitteametlikud tasud ei ole Eestis kunagi tavapärased olnud ning neid esineb endiselt suhteliselt harva. Viimane tervishoiusektori korrupsiooni uuringu (Tartu Ülikool, 2011) näitas, et mitteametlike tasude osatähtsus on marginaalne: 2% patsientidest tunnistas, et on teinud mitteametlikke makseid, et kiiremini ravi saada, ja ligikaudu 3% maksis pärast ravi saamist. Üldiselt ei näi mitteametlike tasude kasutamine olevat laialdane ega olulise tähtsusega. Selle põhjuseks võib olla ametliku omaosaluse kehtestamine 2002. aastal või üldine madal korrupsiooni- ja mitteametlike maksete esinemise tase Eestis.

3.5 Vabatahtlik tervisekindlustus

Enne 2002. aastat ei olnud vabatahtliku eratervisekindlustuse turg veel täielikult välja arenenud, peamiselt haigekassa laia hüvitisteringi olemasolu ja pikkade ravijärjekordade puudumise tõttu. Peale selle olid erakindlustajad teadlikud sellest, kui keerukas on pakkuda tervisekindlustust väikesele elanikkonnale. Lisaks ei ole lubatud loobuda haigekassa kindlustuskaitsest ning puuduvad maksusoodustused vabatahtlikule tervisekindlustusele. Töandjate poolt töötajatele pakutav täiendav vabatahtlik tervisekindlustus, välja arvatud rahvusvahelise tööalase reisiga seotud kindlustus, maksustatakse erisoodustusmaksuga määras 33%. Uuritaval perioodil pakutud vabatahtlik tervisekindlustus koosnes peamiselt reisivõimekindlustusest ning mõni rahvusvaheline kindlustusselts pakkus oma töötajatele täiendavat vabatahtlikku tervisekindlustust, et anda neile võimalus saada eriarstiabi teenuseid kiiremini.

Kindlustustoodete puudumise tõttu turul hakkas haigekassa 2002. aasta lõpus pakkuma vabatahtlikku kindlustust isikutele, kellel muul viisil ei olnud seaduslikku õigust haigekassa kindlustuskaitsele (nt Eestisse naasvad pensionärid, kes saavad pensioni ELi-välisest riigist, ning haigekassa kindlustusega isikute mittetöötavad abikaasad). 2011. aasta lõpus oli ainult 232 vabatahtliku kindlustusega isikut. Samal ajal sisenesid turule erakindlustusseltsid, et pakkuda alternatiivi vabatahtlikule tervisekindlustusele. 2010. aastal pakkus üht või teist liiki tervisekindlustust 15 kindlustusseltsi. Eelkõige pakuvad need seltsid endiselt reisivõimekindlustust.

Eesti elanikkonna suurenevad sissetulekud ja kasvavad ootused tervisesüsteemi suhtes on ergutanud arutelu vabatahtliku tervisekindlustuse rollist tulevikus. Vabatahtliku tervisekindlustuse laiendamist on arutatud alates 1990. aastate algusest. Vabatahtliku tervisekindlustuse potentsiaalne turg tulevikus on ravimite, pikaajalise ravi või hambaravikulude omaosaluse hüvitamine või raviteenuse kiirema kättesaadavuse või mittemeditsiinilise teenuse kõrgema taseme tagamine. Seni on piiratud aruteluga ja konkreetseid samme ei ole astunud. Arvestades kohustuslikku ravikindlustust, millest loobuda ei ole võimalik, ning kindlustamata isikute osatähtsuse vähenemist, on asendaval vabatahtlikul tervisekindlustusel üsna väike roll ja see on suunatud peamiselt alalise elamisloata välismaalastele.

3.6 Muu rahastamine

3.6.1 Tervise infosüsteemid

Paralleelsetel tervisesüsteemidel on tervisesüsteemis tervikuna väike roll: Kaitseministeerium tasub sõjaväelastele osutatava üldarstiabi eest ja Justiitsministeerium kinnipeetavatele osutatavate tervishoiuteenuste eest.

3.6.2 Rahastamine välisallikatest

Välisallikatest rahastamine moodustab tervishoiu kogukuludest väikese osa. 1995. aastal oli see 2,5% tervishoiu kogukuludest, kuid 2000. aastaks oli see langenud peaaegu nullini. Viimastel aastatel on välisallikatest rahastamise osatähtsus kõikunud vastavalt Euroopa Regionaalarengu Fondi poolsele rahastamisele. Näiteks 2009. aastal moodustas välisallikatest rahastamine 3,9% tervishoiu kogukuludest, 2011. aastal aga 1,4% (TAI, 2013).

ELi struktuurifondidest rahastamine on alates 2007. aastast suurenenud. Üldiselt on välisallikatest rahastamist kasutatud infrastruktuuriinvesteeringuteks, kuid 2008. aastal alanud finantskriisi ajal kasutati seda ka valitsusepoolse vähenenud rahastamise korvamiseks. 2011. aastal kasutati 76% välisrahastamisest kapitaliinvesteeringute ja 24% rahvatervise valdkonna tegevuse rahastamiseks.

HIVi/AIDSi puhangu tõttu süstivate narkomaanide hulgas taotles Eesti rahalist abi ülemaailmselt AIDSi, tuberkuloosi ja malaaria vastu võitlemise fondilt. Saadi 10 miljoni USA dollari suurune toetus perioodiks 2003–2007, et osutada uimastitarbijatele uimastitest põhjustatud kahjude vähendamise teenuseid, tugevdada ennetus- ja teavitustööd riskirühmades ja noorte hulgas ning katta HIV-positiivsete ravimikulud. Toetuse saamise tõttu moodustas välisallikatest rahastamine 2006. ja 2007. aastal tervishoiueelarvest üle 10%. 2008. aastal vähenes välisallikatest rahastamise osatähtsus alla 1% ja kasvas siis taas tänu Euroopa Majanduspiirkonna ja sellega seotud Norra toetustele, samuti Euroopa rahastamisele Sotsiaalfondist (tabel 3.9). Euroopa Sotsiaalfondi meetmest „Tervislike valikute ja eluviiside soodustamine” eraldati ajavahemikuks 2008–2013 riiklikele tervisliku käituse edendamise programmidele 9,5 miljonit eurot. Finantskriisi ajal vähenes rahvatervise riiklik rahastamine 43% (2009), kuid see korvati välisallikatest rahastamisega.

Tabel 3.9

Rahvatervise välisrahastamise osatähtsus

Aasta	Välisrahastamise protsent rahvatervise rahastamisest
2005	8,0
2006	14,8
2007	11,8
2008	0,3
2009	3,1
2010	8,6
2011	12,6

Allikas: TAI, 2013.

Pärast Eesti ühinemist Euroopa Liiduga muutusid kättesaadavaks uued rahalised vahendid, mida kasutati kapitaliinvesteeringuteks. Perioodiks 2004–2006 sai Eesti Euroopa Regionaalarengu Fondilt (ERF) 24,8 miljonit eurot Eesti haiglavõrgu arendamiseks (programmi viibimise tõttu pikendati aga perioodi aastani 2008). Ajavahemikuks 2007–2013 saadi ERFilt lisatoetus, millest 110,2 miljonit eurot eraldati aktiivravi haiglavõrgu optimeerimiseks ja 27,5 miljonit eurot hooldushaiglate arendamiseks. ERFi toetuste rakendamisel on peamine probleem investeeringute pikaajalisus. Nende tegemisel tuleb arvesse võtta rahvastiku vananemisest tulenevaid muutusi haigestumuses ja kliinilistes tavades, lühemaid haiglas viibimise aegu, päevakirurgia osatähtsuse suurenemist ja tehnoloogia arengut.

3.6.3 Muud rahastamisallikad

Muude rahastamisallikate osa on marginaalne ja peamiselt on tegemist tervishoiuteenustega, mille eest tasuvad tööandjad.

3.7 Tasustamisviisid

3.7.1 Tervishoiuteenuste eest tasumine

Tasustamisviisid, hüvitatavate tervishoiuteenuste loetelu ja tervishoiuteenuste hinnad on reguleeritud valitsuse määrusega. Tervishoiuteenuste loetelu haldamine on Eesti Haigekassa ülesanne, kuid lõpliku heakskiidu annab valitsus. Kõikide tervishoiuteenuste osutajate puhul kehtivad ühesugused hinnad ning hindu ei kohandata näiteks selliste tunnuste alusel nagu õpetava haigla staatus. Haigekassaga lepingu sõlminud teenuseosutajad võivad kehtestada

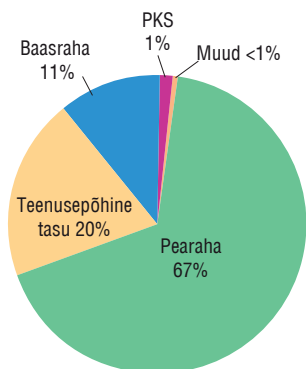
visiiditasu eriarsti ambulatoorsete külastuste eest ning voodipäevatasu piiratud arvu haiglapäevade ja haiglas standardist kõrgema kvaliteediga majutuse eest. Teenuseosutajad, kellel haigekassa leping puudub, võivad kehtestada patsientidele mõistlikud tasud (2002. aastal jõustunud võlaõigusseadus (2001)).

Alates 2002. aastast on hinnakirja kinnitanud valitsus, et suurendada avalikku aruandluskohustust ja muuta see teenuseosutajate mõjutuste suhtes vähem tundlikuks, kui see oli varem, mil loetelu sai muuta sotsiaalministri otsusega. Teenuste loetelu ja hindu ajakohastatakse vähemalt üks kord aastas. Tervishoiuteenuste loetelus on kokku üle 2000 eri teenuse ja see hõlmab erinevaid tasustamismeetodeid. Üldarstiabis on peamiselt kombineeritud pearaha ja teenusepõhine tasu, eriarstiabi puhul kuuluvad tasustamisviiside hulka eeskätt teenuse-, voodipäeva- ja diagnoosipõhine tasustamisviis. Ambulatoorse ravi puhul on peamine tasustamisviis teenusepõhine tasu (laboratoorsed uuringud, radioloogia jt), statsionaarse arstiabi puhul kasutatakse aga teenuse-, voodipäeva- ja diagnoosipõhise tasustamisviisi kombinatsiooni. Statsionaarse ravi teenusepõhine tasu hõlmab ka voodipäevatasu. Voodipäevatasu sisaldab patsiendi üldist läbivaatust, diagnoosimist, ravi planeerimist, hooldust, toitlustamist, lihtsamaid raviprotseduure, laboratoorseid uuringuid ja ravimeid.

Üldiselt on perearsti tasustamissüsteem loodud nii, et see motiveeriks perearste tegelema rohkem diagnostika ja raviga, tagaks ravi järjepidevuse ning kompenseeriks perearstidele eakate inimeste eest hoolitsemise ning kaugemates piirkondades töötamisega seotud rahalised riskid. Perearstiabi eest tasumisel kombineerib haigekassa pearaha muude tasustamisviisidega, mis kokku moodustavad arstipraksise eelarve (joonis 3.7). Perearstipraksised saavad igakuiseid ettemakseid, mille suurus arvutatakse üle kaks korda aastas, et need kajastaksid võimalikke muutusi patsiendinimistutes (sest patsiendid võivad perearsti vahetada).

Joonis 3.7

Peararsti keskmise eelarve struktuur tasustamisviiside lõikes, 2011



Allikas: Eesti Haigekassa, 2012b.

Pärast peararstide tasustamise ümberkorraldamist 1998. aastal oli pearaha kõigi patsientide kohta ühesuurune olenemata vanusest. Vaid aasta hiljem kohandati pearaha vastavalt patsientide vanusele, arvestades kolme vanuserühma (alla 2-aastased, 2–70-aastased ja üle 70-aastased). Vanusega kohandamise põhimõtet kasutati 2011. aasta lõpuni. Vahepeal muudeti vaid vanuserühmade pearaha suurust. 2010. aasta lõpus tegi Eesti Peararstide Selts haigekassale ettepaneku suurendada pearaha diferentseeritust, sest peararstide roll on muutunud ja neil on suurem vastutus laste tervisekontrolli eest, samuti krooniliste haiguste ennetamise ja patsientide hoolduse korraldamise eest. Selle tulemusena lepitati kokku viis uut pearaharühma: kuni 3-aastased, 3–7-aastased, 7–50-aastased, 50–70-aastased ja üle 70-aastased.

Peararstid võivad saada täiendavaid teenusepõhiseid tasusid uuringufondi raames kuni 37% ulatuses pearahapõhise tasu eelarvest oma praksise kohta, kui nad osalevad peararsti kvaliteedisüsteemis ja saavutavad selle süsteemi standardite kohaselt häid tulemusi (vt allpool). Madalam uuringufondi määr (34%) kehtib peararstidele, kes osalevad süsteemis, kuid ei saavuta häid tulemusi, ning süsteemis mitteosalevatele peararstidele. Uuringufondi määrad on järgustatud selleks, et motiveerida peararste mitte üksnes süsteemis osalema, vaid ka häid tulemusi saavutama ning ravi kvaliteeti parandama.

Eesti Haigekassa ja Eesti Peararstide Selts lepivad kokku, millised protseduurid hüvitatakse teenusepõhise tasuga, ja seejärel kinnitatakse nende protseduuride nimekiri ministri määrusega. Protseduuride loetelu on aja jooksul täiendatud, sest peararstid on hakanud osutama ka teenuseid, mille hulka kuulub üha enam näiteks laboratoorseid ja ultraheliuuringuid. Eesmärk on motiveerida peararste osutama rohkem teenuseid üldarstiabi tasemel.

Peararstipraksised saavad lisaks igakuist baasraha ruumidega seotud kulude ja transpordikulude katteks. Veel on lisatasud mõeldud neile perearstidele, kes töötavad kaugemates piirkondades. Perearsti enda tasu ei sõltu ainult tema nimistu suuruselt, vaid ka töötulemustest, mistõttu tema tulude suurus sõltub töökorraldusest ning ebavajalikud analüüsid ja protseduurid (mis on hüvitatavad pearahasiseselt) vähendavad tema tulusid.

Uus perearsti kvaliteedisüsteem võeti kasutusele 2006. aastal. Selle algatuse peamine eesmärk oli suurendada ennetustegevuse kvaliteeti ja efektiivsust ning motiveerida perearste kroonilisi haigusi paremini jälgima. Süsteem hõlmab kolme valdkonda: haiguste ennetamine, krooniliste haigete jälgimine ja muu tegevus. Igas valdkonnas kasutatakse mitut indikaatorite rühma, kokku on indikaatoreid 45. Perearstid koguvad iga indikaatoriga seotud eesmärkide saavutamise eest punkte. Punkte antakse põhimõtte „kõik või mitte midagi” alusel, st kui arst eesmärgi saavutab, saab ta kõik punktid. Kui arst eesmärki ei saavuta, ei saa ta punkte. Perearstil on õigus saada lisatasu, kui ta kogub vähemalt 80% võimalikest punktidest. Lisatasu saavate perearstide loetelu avaldatakse haigekassa veebilehel.

Peararsti kvaliteedisüsteem on Eesti Haigekassa ja Eesti Perearstide Seltsi ühine algatus. Kvaliteedisüsteemi rakendamisel on üks põhitegur olnud elektrooniline arveandmete kogumine, mis võimaldab jälgida perearstide tegevust, ilma et oleks vaja koguda täiendavaid andmeid. Alates süsteemi kasutuselevõttust on selles osalevate perearstide osatähtsus kasvanud 50%-lt 2006. aastal 90%-ni 2010. aastal, mis peegeldab süsteemi ulatuslikku omaksvõttu. Esimesel aastal said kõik osalevad perearstid väikest tulemustasu (25%) preemiaks vabatahtliku osalemise eest uues süsteemis. Perearsti kvaliteedisüsteem on esile toonud kliiniliste ravijuhendite ja töötulemuste jälgimise tähtsuse üldarstiabi tasandil. Seni on see olnud Eesti tervishoius ainus kvaliteedi tasustamise süsteem. Süsteemi maksumus, mis ulatub ligikaudu 1%-ni üldarstiabi eelarvest, on suhteliselt väike, ning käimas on arutelu kvaliteedisüsteemi laiendamise ja atraktiivsemaks muutmise üle.

Peararstide keskmine haigekassast saadav tasu oli 2011. aastal 80 000 eurot aastas (ei sisalda kvaliteedisüsteemi lisatasu). Suurim kvaliteedi lisatasu kolme valdkonna peale kokku on 3835 eurot, mis moodustaks perearsti aastatulist 4,5%. Perearsti kvaliteedisüsteemi kujunemist aastate jooksul illustreerib tabel 3.10. Perearsti tegeliku sissetuleku määrab kõnealune tulu, millest arvatakse maha praksisega seotud kulud.

Tabel 3.10

Kvaliteedisüsteemi maht, maksete korrapärasus ja seonduvad stiimulid

	Lisatasu suurus	Tasu korrapärasus	Muud stiimulid
2007 ^a	255,65 eurot kuus	Iga kuu	27% kõigile
2008	3067,76 eurot aastas	Üks kord aastas	27% mitteosalevatele ja 32% osalevatele perearstidele
2009	3067,76 eurot aastas I–II valdkonna eest; 766,94 eurot aastas III valdkonna eest	Üks kord aastas	27% mitteosalevatele ja 32% osalevatele perearstidele
2010 ^b	3067,76 eurot aastas I–II valdkonna eest; 766,94 eurot aastas III valdkonna eest	Üks kord aastas	27% mitteosalevatele ja 32% osalevatele perearstidele
2011 ^a	3067,76 eurot aastas I–II valdkonna eest; 766,94 eurot aastas III valdkonna eest	Üks kord aastas	27% mitteosalevatele ja 32% osalevatele perearstidele
2012	3067,76 eurot aastas I–II valdkonna eest; 766,94 eurot aastas III valdkonna eest	Üks kord aastas	29% mitteosalevatele ja 34% osalevatele perearstidele ning 37% lisatasu saavatele perearstidele

Märkused: ^aMakse tehakse järgmisel aastal ja seetõttu on tabeli esimene aasta 2007, mil tehti esimene makse 2006. aasta tulemuste eest; ^b2010. aastal oli kogusumma 6% ja 2011. aastal 3% väiksem majanduskriisist põhjustatud hinnaalanduse tõttu.

2004. rakendas Eesti Haigekassa DRG-põhise tasustamissüsteemi statsionaarsete teenuste puhul. DRG süsteemi peeti eelkõige teenuseosutajate tootlikkuse ja efektiivsuse suurendamise vahendiks. DRG kasutuselevõtmise põhjus seisnes ka selles, et varasemad teenuse- ja voodipäevapõhised tasustamissüsteemid olid toonud kaasa mahu kontrollimatu kasvu. 2001. aastal alustas haigekassa tööd Põhjamaade DRG süsteemi (NordDRG) ülevõtmisega. Esmalt tehti kindlaks erinevused Eesti ja Skandinaavia haiglate vahel, arutati välja Eestis hüvitatavad hinnad ja anti haiglatele tagasisidet nende enda tegevusest NordDRG rühmade kaupa. Seda protsessi hõlbustasid haigekassa käsutuses olevad üksikasjalikud diagnostilised andmed. 2003. aastaks olid rakendatud kõik põhiklassifikaatorid ja alates 2004. aastast rakendatakse NordDRG süsteemi tasustamismeetodina. DRG süsteemi kasutatakse koos juba olemasolevate tasustamisviisidega, arvutades ravijuhu maksumuse nii hinnakirja kui ka NordDRG rühmade alusel ning hüvitamine toimub proportsionaalselt. Finantsriski minimeerimiseks suurendati DRG makse osatähtsust algselt 10%-lt 2004. aastal 70%-ni 2009. aastal (Eesti Haigekassa, 2009). Kõik statsionaarsed ravijuhud ja kirurgiliste protseduuridega seotud ambulatoorsed ravijuhud rühmituvad DRGdesse. Mõne eriala puhul, näiteks psühhiaatria, taastusravi ja järelravi, DRG-põhist tasustamist ei rakendata. Veel määratakse erandeid põhidiagnoosi alusel (nt keemiaravi), osutatud teenuste alusel (nt organite siirdamine) ja suunamise alusel. Peale selle hüvitatakse teenusepõhiselt need raviarved, mille maksumus on väga madal või väga kõrge.

Põhimõtteliselt peaksid tervishoiuteenuste hinnad katma kõik teenuse osutamise seotud vajalikud kulud, välja arvatud teadus- ja koolitustegevuse kulud, mida rahastatakse muudest allikatest. Tervishoiuteenuste loetelus

kinnitatud hinnad on maksimumhinnad ning teenuseosutajad ja haigekassa võivad lepingute sõlmimisel leppida kokku madalamates hindades. Tervishoiuteenuste hindade ja makseviiside läbivaatamise võivad algatada teenuseosutajate ühendused, erialaseltsid või haigekassa (vt ka jaotis 3.3.1).

2003. aastal hakkas haigekassa läbi vaatama tervishoiuteenuste hinnakujunduse põhimõtteid, et muuta hinnakujundus läbipaistvamaks ja põhjendatumaks. Projekti kaasati kõikide peamiste meditsiinierialade esindajad, et jõuda kokkuleppele ühistes hinnakujunduse põhimõtetes, hinnakomponentides ja kuludes. Uus hinnakujundusmetoodika pidi ootuste kohaselt võimaldama läbipaistvat arutelu erinevate sisendite üle ja motiveerima teenuseosutajaid muutma oma kuluarvestussüsteemid paremini toimivaks.

Lepiti kokku, et tervishoiuteenuste hinnakujunduse aluseks on tegevuspõhine kuluarvestusmetoodika. Tegevuspõhine kuluarvestus lähtub eeldusest, et ressursse (nt töötajaid, ruume, seadmeid ja materjale) kasutatakse teatava tegevuse käigus ning seetõttu saab asjaomast ressursikulu arvutada kõigi vajalike tegevuste täpse kirjeldamise kaudu.

Esmalt töötas haigekassa välja tegevuspõhisel kuluarvestusel põhineva tervishoiuteenuste hinnakujunduse põhimõtted. Järgmisena kirjeldasid erialade esindajad, millised on nende valdkonnas osutatavad tervishoiuteenused, milliseid ressursse nad teenuste osutamiseks kasutavad ning millised on ressurside ühikumaksumused. Saadud andmete alusel arvutati iga tervishoiuteenuse hind. Kuna erialade esindajad kalduvad oma tegevusi kirjeldades silmas pidama pigem ideaali, mitte tegelikku olukorda, kontrolliti erialaesindajate esitatud teenusekulude kirjelduste vastavust haiglatelt saadud tegelikele kuluandmetele ja teenusemahtudele. See aitas välja selgitada valdkonnad, mille puhul erialade esindajad olid oma teenuseid n-ö ülekirjeldanud. Igal aastal ajakohastatakse ühe või kahe eriala hinnakujundust (nt 2011. aastal ajakohastati üldkirurgiat ja tuumameditsiini). Tervishoiuteenuste tegevuspõhine kuluarvestusmudel on olnud oluline vahend, et muuta hinnakujundus läbipaistvaks ja aidata kõigil sidusrühmadel aru saada hinnaarvestamise põhimõtetest.

Alates 2003. aasta juulist on haigekassa rakendatavate tervishoiuteenuste hindadele lisatud ehitiste kulum, et tagada infrastruktuuri arendamisel piirkondlik tasakaal ja õiglus. Ehitiste kulum on lisatud ambulatoorsete eriarstivisiitide ja operatsioonide hindadele, voodipäevatasudele ja komplekshindadele. Ehitiste kulum on lisatud ka üldarstiabi ja pikaajalise hooldusravi hindadele. Ehitiste kulumi arvestamisel on aluseks võetud teenuseosutajate optimaalne ruutmeetrite arv voodikoha jm ruumide kohta.

Ehitiste kulum jaotatakse nüüd tegevuste alusel ning sellisel rahastamisviisil puudub otsene seos kapitaliinvesteeringute vajadusega (vt jaotis 4.1.1). Alates 2012. aastast sisaldavad hinnad ka e-tervise haldust.

3.7.2 Tervishoiutöötajate tasustamine

Nõukogude ajal töötasid tervishoiutöötajad sarnaselt riigiteenistujatega palgatöötajatena tervishoiuasutustes, mis olid riigi või omavalitsusüksuse omandis. Palgatasemed määrati kindlaks tsentraalselt. Alates 1990. aastatest lubasid uued tervishoiuõigusaktid üksikisikust teenuseosutajatel esmakordselt töötada eraõiguse alusel ning võimaldasid institutsionaalsetele teenuseosutajatele teistsugusest õiguslikust seisundist tulenevalt rohkem autonoomsust. Kuigi paljud tervishoiuasutused on siiani riigi või omavalitsusüksuse omandis, kehtestatakse palgatasemed tööandjate ja töötajate vaheliste läbirääkimiste teel, võttes arvesse kollektiivlepinguid.

Tervishoiutöötajate palga määrab minimaalne ravijuhtude arv, mille suhtes teenuseosutaja on haigekassaga lepingu sõlminud. Keskmiselt moodustavad palgad umbes 60% haigla kogukuludest. Kõigil tervishoiutöötajatel on sõlmitud lepingud haiglate või terviskeskustega, kuigi nende lepingute aluseks on mõnikord riiklikud palgakokkulepped. Eesti Arstide Liit ja Eesti Õdede Liit peavad palgaläbirääkimisi tunnipalkade miinimummäärade üle Eesti Haiglate Liiduga. Nendes läbirääkimistes osaleb mõnikord ka Sotsiaalministeerium ja Eesti Haigekassa.

Perearstide sissetulek on muutuv ning selle määrab haigekassalt saadav tasu, millest arvestatakse maha praksise kulud, ehkki on ka palgalisi perearste.

Tervishoiuteenuste osutajad on küll eraõiguslikud üksused, kuid TAI jälgib nende majandustegevust ja palgataset statistikaaruannete ja iga-aastaste palgauuringute kaudu (tabel 3.11).

Tabel 3.11

Tervishoiutöötajate keskmised kuupalgad (eurodes), 2006 ja 2012

	Keskmine kuupalk (eurodes)			Kuupalga kasv (%) ajavahemikus 2006–2012
	2006	2011	2012	
Arstid	1113	1704	1781	60
Õed	565	867	889	57
Hooldajad	335	488	497	48

4. Materiaalsed ja inimressursid

Kõik tervishoiuasutused tegutsevad Eestis eraõiguse alusel ning on majanduslikus ja rahalises mõttes, sealhulgas oma laenutegevuses ja investeringutes täielikult isemajandavad. Majanduse kasvuaastatel 2004–2008, kui ravikindlustuse eelarve kahekordistus, tõsteti tervishoiutöötajate palku, osteti meditsiiniseadmeid ja renoveeriti hooneid. 2010. aastaks oli suurem osa haiglahooneid viidud märkimisväärselt paremasse seisukorda ja oli hoolega investeeritud kõrgtehnoloogilistesse lahendustesse ravikvaliteedi parandamiseks. Majanduslanguse tõttu ei ole Eesti tervisevaldkonna eelarve alates 2008. aastast suurenenud. See on takistanud tervishoiuasutustel hoonetesse ja tehnoloogiasse investeerimast eelkõige seepärast, et tervishoiutöötajate hoidmise eesmärgil peetakse esmatahtsaks palkade tõstmist.

Eestis töötavate arstide arv elaniku kohta on võrreldav ELi 27 liikmesriigi keskmisega, kuid õdede ja arstide suhtarv on ELi keskmisest oluliselt väiksem. See pärsib aktiivravi võimalusi ja õenduse arendamist. Kuna väljaränne on suur, meditsiinikoolid ei tooda piisavalt järelkasvu ja elanikkonna vanuseline struktuur halveneb, väheneb töötav arstikond hinnanguliselt 1–2% võrra aastas, õdede arv aga koguni kaks korda kiiremini. Aktiivraviteenuste osutamine ei ole praegu Eestis jätkusuutlik, sest kõigil haiglatel ei jätku haiglateenuste täiustamiseks patsiente, kvalifitseeritud arste ega õdesid. Tervisesüsteemi õigeks toimimiseks on hädavajalik koostada ja rakendada personalistrateegia ja integreeritud infosüsteemid.

4.1 Materiaalsed ressursid

Eestis tegutsevad kõik tervishoiuasutused (aktiivravihaiglad, perearstikeskused, hambakliinikud, hooldushaiglad jt) eraõiguse alusel äriühingutena või sihtasutustena ja neil peab kõikide statsionaarsete ja ambulatoorsete raviteenuste, samuti hooldusravi osutamiseks olema Terviseameti tegevusluba.

2012. aastal oli Eestis ligikaudu 1000 tegevusloaga tervishoiuasutus, millest 65 pakuvad statsionaarset ravi ja on liigitatud haiglateks. 900 ambulatoorse ravi osutajatest kolmandik on perearstipraksised ja kolmandik hambakliinikud. 150 osutab ambulatoorse eriarstiabi ja 30 ambulatoorse taastusravi teenuseid. Valdav enamik tervishoiuasutusi, kus osutatakse ambulatoorseid teenuseid, kuuluvad nende asutuste töötajatele ning nende klientuur, käive ja finantspotentsiaal on väikesed (TAI, 2013).

2012. aasta seisuga Eestis tegevusluba omavast 65 haiglast 35 on hooldus- ja taastusravihaiglad. Kümme haiglat on väikesed erahaiglad, mis pakuvad väga valitud eriarstiabiteenuseid (günekoloogia, ortopeedia jms) ning tegutsevad äriühingutena. Aktiivravihaiglaid on 19 ja need on avalikus omandis, kuid on oma suuruselt ja profiililt väga erinevad ning seetõttu on ka nende investeerimisvajadused väga erinevad. Käesolev peatükk keskendub nende 19 haigla füüsilisele infrastruktuurile, mis lisaks statsionaarsele ravile osutavad ka enamikku ambulatoorseid eriarstiteenuseid ja pakuvad tööd suuremale osale Eesti tervishoiutöötajatest (TAI, 2013).

4.1.1 Kapitalikulud ja investeeringud

Eesti tervishoiuasutused on rahaliselt täiesti iseseisvad ja aruandekohustuslikud ning peavad oma jooksvaid kulusid ja investeeringuid ise haldama. 1990. aastatel oli haiglate kapitalikulude rahastamine haigla omanike ülesanne — tavaliselt oli selleks riik või omavalitsus ning Eesti Haigekassa kattis vaid raviteenuste osutamisega seotud jooksvad kulud. Valitsus ja omavalitsused ei täitnud aga oma kohustusi ja seetõttu halvenes enamiku haiglate infrastruktuur. Selleks ajaks oli enamik haiglahooneid vanemad kui 30 aastat ning tehniliselt vananenud või isegi ebasobivad tänapäevaste haiglateenuste osutamiseks.

Seetõttu kaardistati aastatel 1999–2002 haiglate infrastruktuuri olukord ja koostati iga haigla jaoks funktsionaalne arengukava, milles kirjeldati järgmise 15–20 aasta investeerimisvajadusi. Peale selle tellis Sotsiaalministeerium välisnõustajatelt haiglavõrgu arengukava (Hellers et al., 2000). Arengukavas

märgiti, et Eesti geograafiliselt detsentraliseeritud haiglate süsteemi tulemuseks on ülemäärane aktiivravi võimsus, samas kui taastus- ja hooldusravi ei pakuta piisavalt. Aktiivravihaiglate profiili ja arvu soovitati märkimisväärselt muuta.

Haiglavõrgu arengukava kinnitati 2003. aastal algse arengukava 2015 lühendatud versioonina (Vabariigi Valitsus, 2003). Haiglavõrgu arengukavas loetleti 19 avaliku sektori haiglat ja nende investeerimisvajadused hoonete renoveerimiseks ja teenuste ümberkorraldamiseks. Aktiivravihaiglate vajalikeks investeeringuteks planeeriti kokku 274 miljonit eurot ja hooldusravihaiglate investeeringuteks 46 miljonit eurot.

Haiglavõrgu arengukavas kirjeldatud investeerimisvajadusi ei ole kaetud riigieelarvest, kuid arengukava alusel on rakendatud ELi struktuurifonde. EL on toetanud Eesti haiglahoonete renoveerimist ERFi kaudu 25 miljoni euroga aastatel 2004–2006 ja 138 miljoni euroga aastatel 2007–2013. Viimati nimetatud summast eraldati 28 miljonit eurot hooldusravi rajatiste ehitamiseks või renoveerimiseks 20 haiglas ja see on esimene suur investeering hooldusravi vajaduste rahuldamiseks.

Suurem osa ELi toetusest on eraldatud uute kolmanda tasandi ravikorpuste ehitamiseks Tartu Ülikooli Kliinikumis ja Põhja-Eesti Regionaalhaiglas (Tallinn), mis mõlemad osutavad veerandi kõigist statsionaarse haiglaravi ja ambulatoorse eriarstiabi teenustest Eestis. Alates investeerimisvajaduste kindlakstegemisest 2000. aastal on ligikaudu pool neist kaetud ELi toetusega. Selle toetuse eraldas Sotsiaalministeerium vaid kolmele haiglale, mis suurte pikaajaliste laenudega suutsid tagada vajaliku omafinantseerimise (25–40%). Toetuse selline jaotus võimaldas aga ehitada ja sisustada uued hooned õigeaegselt ja vältida piiratud vahendite hajutamist.

Vastavalt valitsuse ametlikule poliitikale alates 2003. aastast sisalduvad kapitalikulud haigekassa hüvitatavate teenuste hinnakirjas, et katta meditsiiniseadmete ja ehitiste kulumi rahastamine. See tähendab, et kapitalikulud jagatakse tegevuspõhiselt (teenusepõhiselt), mitte vastavalt investeerimisvajadustele (Tsolova et al., 2007). See süsteem toimis hästi majanduse kasvuaastatel 2004–2008, kui ravikindlustuseelarve kahekordistus ja kasvanud tulusid kasutati tervishoiutöötajate palkade tõstmiseks ning meditsiiniseadmetesse ja hoonete renoveerimisse investeerimiseks. 2009. aastaks oli füüsiline infrastruktuur ja tervishoiutöötajate töökeskkond oluliselt paranenud.

Tervishoiu infrastruktuuri tulevik on aga tume, sest haiglate investeerimiskulusid ei kavatseta täiendavalt rahastada ei riigieelarvest ega ka ELi toetustega ning majandussurutise tõttu on Eesti Haigekassa eelarve püsinud 2008. aasta tasemel. See on takistanud tervishoiuasutustel hoonetesse ja tehnoloogiasse investeerimast eelkõige seepärast, et tervishoiutöötajate hoidmise eesmärgil peetakse esmatähtsaks palkade tõstmist.

Avalikus omandis tervishoiuasutuste investeerimisvajaduste täitmiseks on aeg-ajalt arutatud avaliku ja erasektori partnerluste loomist. Need arutelud on aga viimastel aastatel lakanud haigekassa kaudu suunatavate avaliku sektori vahendite puudumise tõttu, mis ei taga erainvestoritele piisavat tulusust.

4.1.2 Infrastruktuur

1991. aastal oli Eestis ligikaudu 120 haiglat ja 18 000 voodikohta. Alates sellest ajast on haiglate ja voodikohtade arv oluliselt vähenenud ning 2001. aastaks oli alles vaid 67 haiglat ja ligikaudu 9100 voodikohta. Enamik väikehaiglaid suleti või muudeti hooldekodudeks, mida haldavad omavalitsused ja mis osutavad sotsiaalteenuseid (TAI, 2013).

2002. aastal paljud haiglad ühendati ja 2003. aasta alguseks ei olnud haiglaid järel rohkem kui 50. Alates sellest ajast on avatud uusi hooldushaiglaid ja väikesi erahaiglaid; 2012. aastal oli kehtiv tegevusluba 65 haiglal (TAI, 2013).

Haiglavõrgu arengukavas loetletud 19 haigla arvele langeb ligikaudu 90% Eesti eriarstiabikuludest ning need on vastavalt tervishoiusteenuste korraldamise seadusele jagatud piirkondlikeks, kesk-, üld- ja kohalikeks haiglateks. Haiglate selline hierarhia on seotud eriarstiabi- ja spetsiifiliste teenuste valikuga, mida iga haigla peab pakkuma. Eesti kaks suurimat haiglat on Tartu Ülikooli Kliinikum ja Tallinnas asuv Põhja-Eesti Regionaalhaigla. Mõlemas on aktiivraviks ligikaudu 900 voodikohta ja töötab 500 arsti ning need haiglad kasutavad 20–25% Eesti haiglaravi eelarvest (TAI, 2013).

Nende kahe ja järgmise nelja suurema haigla (Ida-Tallinna Keskhaigla, Lääne-Tallinna Keskhaigla, Pärnu Haigla ja Ida-Viru Keskhaigla) arvele langeb ligikaudu 80% statsionaarse haiglaravi juhtudest ja 70% ambulatoorsetest eriarstikülastustest. Ülejäänud haiglavõrgu arengukavaga hõlmatud haiglad liigituvad üld- ja kohalikeks haiglateks, mis on 50–200 voodikohaga väikehaiglad, kus ravitakse üldlevinud haigusi (Vabariigi Valitsus, 2003).

Aastatel 1995–2008 sai Eestis igal aastal haiglaravi ligikaudu 250 000 patsienti vaatamata sellele, et statsionaarse aktiivravi voodikohtade arv vähenes poole võrra. Alates 2009. aastast on haiglaravijuhtude arv aastas vähenenud

240 000-ni. See saavutati keskmise haiglas viibimise aja lühendamisega ja päevaravi suurema kasutamisega. Paralleelselt aktiiv- ja psühhiaatrilise ravi voodikohtade arvu ja osatähtsuse vähenemisega on pidevalt kasvanud hooldusravi voodikohtade arv (tabel 4.1).

Tabel 4.1

Haiglate ressursid ja tulemuslikkuse näitajad Eestis

	1995	2000	2005	2010	2011
Voodikohti kokku	11 994	9828	7374	7145	7165
Voodikohti 1000 elaniku kohta	8,56	7,19	5,48	5,33	5,35
Aktiivravi voodikohti kokku	9528	7298	4817	4350	4371
Voodikohti 1000 elaniku kohta	6,80	5,35	3,58	3,24	3,26
Psühhiaatria voodikohti kokku	1527	1083	723	730	735
Voodikohti 1000 elaniku kohta	1,09	0,79	0,54	0,55	0,55
Tuberkuloosi voodikohti	305	317	273	211	187
Voodikohti 1000 elaniku kohta	0,21	0,23	0,20	0,16	0,14
Taastusravi voodikohti	211	302	323	297	314
Voodikohti 1000 elaniku kohta	0,15	0,22	0,24	0,22	0,23
Hooldusravi voodikohti	423	828	1238	1557	1558
Voodikohti 1000 elaniku kohta	0,30	0,60	0,92	1,16	1,16
Hospitaliseerimisi 1000 elaniku kohta	209	204	183	182	181
Keskmine haiglas viibimise aeg (päevades)	12,7	9,2	7,9	7,7	7,8
Voodihõive (%)	77	70	72	74	75
Päevaravi juhtude arv 1000 elaniku kohta	–	15	28	49	49

Allikas: Sotsiaalministeerium, 2009a; TAI, 2013.

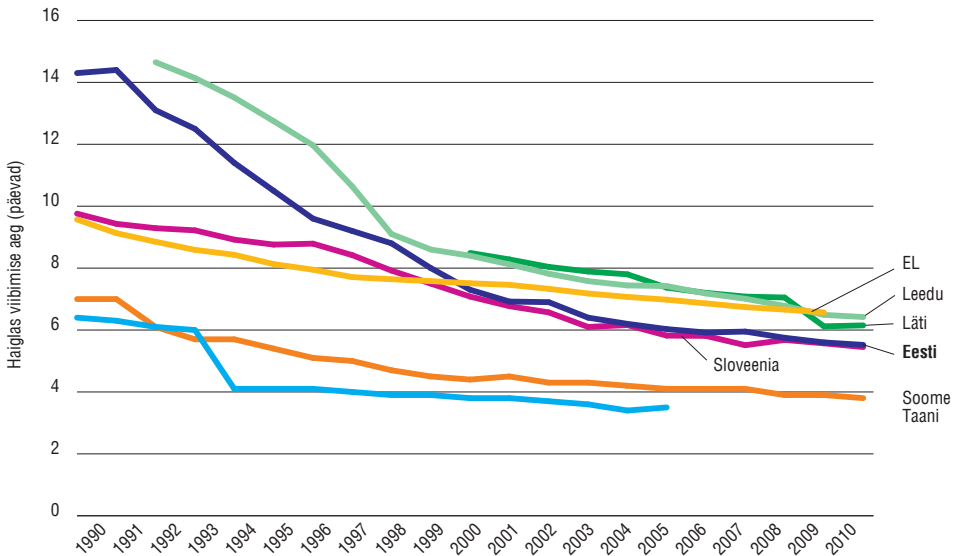
Märkus: „–“: andmed puuduvad.

Taastusravi on oluline aktiivravi osa, mis on suunatud häirunud funktsioonide taastamisele, säilitamisele või puudega kohanemisele. Kõigil suurematel haiglatel on taastusravi osakonnad ja arendamisel on ka hooldusravi osakonnad. Hooldusravi voodikohtade arvu tuleks nendes haiglates tulevikus oluliselt suurendada, et rahuldada Eesti vananeva elanikkonna kasvavat vajadust hooldusravi järele.

Joonistel 4.1 ja 4.2 on näidatud, et keskmine haiglas viibimise aeg ja aktiivravi voodikohtade arv vähenes 1990. aastatel pidevalt, peegeldades ka teiste Balti riikide arengusuunda ja järkjärgulisemat vähenemist ELi 27 liikmesriigis. Alates 2000. aastate algusest on aktiivravi voodikohtade arv Eestis 1000 elaniku kohta üldiselt ELi keskmisel tasemel, kuid tunduvat väiksem EL 12 riikide tasemest (WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2013).

Joonis 4.1

Keskmine aktiivravi haiglates viibimise aeg valitud riikides, periood 1990 kuni viimane aasta, mille kohta on andmed kättesaadavad



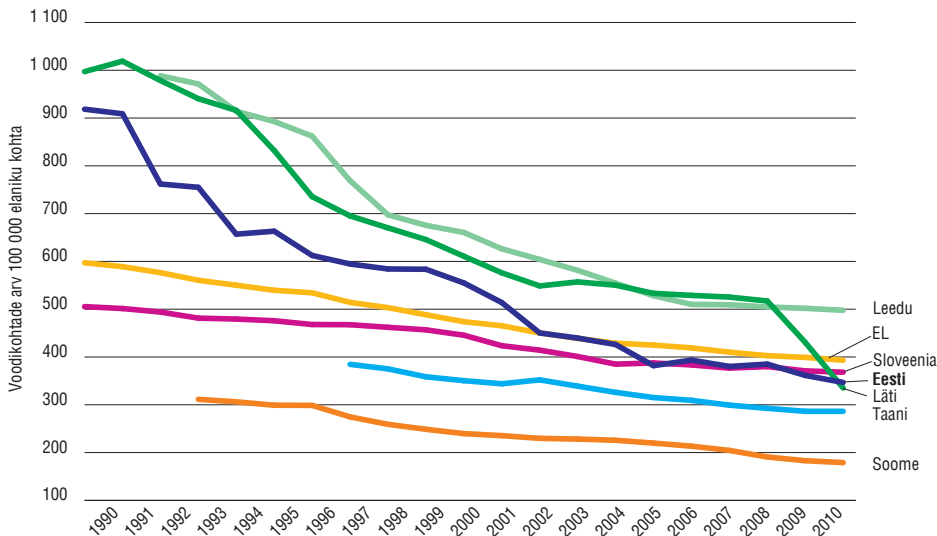
Allikas: WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2013.

Muutused Eesti haiglateenuste profiilis ja struktuuris on toimunud vastavalt algse Eesti haiglavõrgu arengukavas 2015 esitatud prognoosidele (Hellers et al., 2000), kuid aeglaselt ja isevoolu teel. Arengukavas soovitati aktiivselt ümber korraldada eriarstipädevust nõudvad aktiivraviteenused ja võtta valitud keskhaiglates kasutusele kõrgtehnoloogilised meditsiiniseadmed, et vältida dubleerimist ning inim- ja finantsvahendite raiskamist. Ülejäänud haiglates oleks pidanud aktiivselt arendama taastusravi, hooldusravi ja krooniliste haiguste toetavat ravi. Poliitilistel põhjustel Sotsiaalministeerium algset haiglavõrgu arengukava ei rakendanud, vaid ümberkorraldused jäeti otsustada iga haigla juhtkonnale, kes aga ei saanud muuta teenuste osutamist ega tööjaotust koordineeritult.

Ajavahemiku 2000–2002 tervisesüsteemi reformidega loodi seadusandlik taust turukeskkonna toimimiseks tervishoius, mis mõjutas haiglaravi rahastamist ja osutamist (Habicht, Habicht ja Jesse, 2011). Eesti haiglajuhid tajusid haigekassa lepingute saamisel konkurentsi. Selline konkurents andis

Joonis 4.2

Aktiivravi voodikohtade arv 100 000 elaniku kohta valitud riikides, periood 1990 kuni viimane aasta, mille kohta on andmed kättesaadavad



Allikas: WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2013.

äraspidise stiimuli investeerida haigekassa poolt soodsamalt rahastatud eriarstiabi arendamisse, olgugi et samu teenuseid pakkusid ka teised haiglad (Tsolova *et al.*, 2007). Dubleerimine on kõige nähtavam Tallinnas, kus kolm suurt haiglat on seadnud eesmärgiks pakkuda täiemahulist teenustevalikut, ning väikeste kohalike ja üldhaiglate hulgas, kes konkureerivad eriarstidele, et saada sissetulekut nende osutatavatest teenustest.

Üks algse haiglavõrgu arengukava 2015 rakendamata jätmise peamisi negatiivseid tagajärgi on, et esineb probleeme ravi järjepidevusega. Koostöö arstiabi eri tasandite – üldarstiabi (perearstid), haiglaravi ja ambulatoorsete eriarstiteenuste vahel on ebapiisav, samuti on ebapiisav pikaajalise (krooniliste haiguste) ravi ja taastusravi pakkumine. Ülesannete killustatus tuleneb otseselt tervishoiuasutuste rahastamise mehhanismist, mis rahastab iga erialaspetsialisti või asutuse pakutavaid (eraldiseisvaid) teenuseid, kuid ei võta arvesse ravitulemusi ega selliste kroonilisi haigusi põdevate patsientide vajadusi, kes vajavad mitmekülgset ja integreeritud ravi.

Haiglate infrastruktuuri ja ambulatoorsete eriarstiteenuste koordineerimatu arendamine ohustab väga tõsiselt haiglate, eriti väiksemate haiglate tulevikku. Aktiivraviteenuste osutamine senistes mahtudes ei ole Eestis jätkusuutlik, sest

kõigile haiglatele ei jätku patsiente ega kvalifitseeritud arste, samuti rahalisi vahendeid arengu tagamiseks (Riigikontroll, 2010). Sotsiaalministeerium peab ootuste kohaselt juhtima aktiivraviteenuste konsolideerimist ning koostama eeskirjad ja finantsmehhanismid, mis hõlbustavad võrgustike loomist ja ülesannete jaotust patsientide huvides.

4.1.3 Meditsiiniseadmed

Tervishoiuasutused, sealhulgas aktiivravi- ja hooldusravihaiglad ning ambulatoorseid üld- või eriarstiteenuseid pakkuvad asutused teevad uue meditsiinitehnika kasutuselevõtu otsuseid iseseisvalt ja peavad soetuskulud täielikult ise katma. Puuduvad riiklikud eeskirjad selle kohta, mis seadmed haiglatel peavad olema, samuti ei ole rahalisi piiranguid selle kohta, mida või mis hinnaga tohib osta. Haigla tegevuse kõikide aspektide, sealhulgas võlgade ja investeerimisotsuste eest vastutab haigla juhtkond (Tsolova *et al.*, 2007).

Meditsiiniseadmete ostmiseks, rentimiseks või liisimiseks kasutatakse tavaliselt mitmesuguseid lühi- ja pikaajalisi laene ning juhtkond otsustab, kas asutus suudab seadmete maksumuse katta teenuste osutamisest ja haigekassa teenuste kindlaksmääratud hinnakirja järgi, sest see on meditsiinasutuste peamine tuluallikas. Kuna teenuseosutajad tajuvad omavahelist konkurentsi, on neil tugev stiimul soetada kõrgtehnoloogilisi ja kalleid seadmeid ning kulude ja tulude analüüsi tavaliselt ei tehta.

Majanduse kasvuaastatel (2004–2008) tõusid kõigi haigekassa teenuste hinnad kiiresti ja kõik haiglad said investeerida mitmesugustesse kallitesse meditsiiniseadmetesse ja tehnoloogilistesse lahendustesse. 2012. aastal oli kompuutertomograafide ja magnetresonantstomograafide arv siiski väiksem kui OECD riikide 2009. aasta keskmine näitaja (tabel 4.2).

Tabel 4.2

Toimivad pildidiagnostikaseadmed ja läbivaatused Eestis ja OECD riikides keskmiselt

	Eesti 2005	Eesti 2008	Eesti 2012	OECD keskmine 2009
Kompuutertomograafe kokku (miljoni elaniku kohta)	7,5	15,7	17,2	23
Magnetresonantstomograafe kokku (miljoni elaniku kohta)	2,2	6,7	9,7	12
Kompuutertomograafilisi uuringuid 1000 elaniku kohta	73	144	284	132
Magnetresonantstomograafilisi uuringuid 1000 elaniku kohta	12	38	50	47

Allikad: Riigikontroll, 2011; TAI, 2013; OECD, 2011.

Suur osa neist seadmetest osteti 2006. aasta lõpus, sest 1. jaanuarist 2007 tõusis meditsiiniseadmete ja meditsiiniliste abivahendite käibemaks 5%-lt 18%-ni. See näitab, kuidas valitsuse eelarveotsused võivad tuua ootamatuid tagajärgi. Enamik väikeste kohalike ja üldhaiglate soetatud kompuutertomograafe on alakasutatud kas ebapiisava nõudluse või seadmeid kasutada oskavate töötajate puuduse tõttu. Praeguses rahalises olukorras ei saa enamik haiglaid enam uusi seadmeid arstide eeldatud tempos uuendada (Riigikontroll, 2011).

Majandusbuumi ajal meditsiiniseadmetesse tehtud investeeringud suurendasid tervishoiutöötajate võimalust pakkuda elanikkonnale piisavalt kõrgtehnoloogilisi diagnostika- ja raviteenuseid. Samal ajal on kõigis haiglates loodud ning personali ja seadmetega varustatud erakorralise meditsiini osakonnad, mis töötavad ööpäev ringi ja mida patsiendid üha rohkem kasutavad. Tänu sellele on diagnoosimine nüüd täpne ja kiirem ning laienenud on patsiendisõbraliku aktiivravi võimalused. Seetõttu on koronaarangioplastia, puusa ja põlve artroplastia, endoskoopilise kirurgia ja katarakti operatsioonide määr Eestis elanikkonna kohta võrreldav OECD ja ELi keskmisega (OECD, 2001; TAI, 2013).

Suurem osa osutatavate teenustega seotud otsuste tegemise õigusi on küll Eestis delegeeritud haiglate juhatustele, kuid tervishoiupoliitika kujundajad peaksid korraldama seire ja võrdlusanalüüsi, et säilitada kvaliteetse ravi kättesaadavus võrdsetel alustel kogu riigis. Poliitika tuleks suunata eeskätt ravi järjepidevuse tugevdamisele, haiglate juhatuste ja nõukogude ülesannete selgitamisele ning kapitaliinvesteeringute ja akrediteerimise standardite rakendamisele haiglates. Haigekassa on koordineerinud haiglate vajaduste ja ravikulude korrapäraseks seireks vajalike töövahendite väljatöötamist, et tagada piisav võrdlusanalüüs, ning alates 2012. aastast on haigekassa avaldanud haiglaravi tulemuste võrdlusanalüüsi oma veebilehel.

4.1.4 Infotehnoloogia

Eesti on astunud märkimisväärseid samme üleminekul infoühiskonda. IT-lahenduste edukast kasutamisest avalikus sektoris on palju näiteid. Näiteks internetiportaali www.eesti.ee on turvaline keskkond, kus kodanikud ja ettevõtjad saavad suhelda ametiasutustega ja kasutada riiklikke teenuseid. Rohkem kui 90%-l Eesti elanikest on ID-kaart, mis võimaldab interneti kaudu autentida elektroonilises keskkonnas ja anda digitaalset allkirja. Avaliku sektori asutused on õigusaktidega kohustatud aktsepteerima digitaalselt allkirjastatud dokumente ja need on käsitsi allkirjastatutega samaväärsed.

Eurostati andmetel (Euroopa Komisjon, 2013b) oli 68%-l Eesti kodumajapidamistest 2010. aastal internetiühendus, mis on lähedal EL 27 keskmisele (70%) ja tunduvalt rohkem kui 2006. aastal (46%). Kui enamikus EL 27 riikides on internetikasutajate osatähtsus jõudnud kõigis vanuserühmades 85–93%-ni, siis Eestis kasutas internetti 2010. aastal vaid 65% 55–74 aastastest. Lisateavet on esitatud ka jaotistes 2.7.1 ja 2.9.1.

Infotehnoloogia vaatepunktist on Eesti tervishoiumaastik üsna mitmekesine. Eesti teenuseosutajad võtsid 1990. aastatel kiiresti kasutusele elektroonilise andmehalduse, mida ergutas ka haigekassa, kes oli huvitatud pigem elektrooniliste kui paberandjal arveldusandmete saamisest. Aastate jooksul on enamik tervishoiuteenuste pakkujaid kasutusele võtnud oma infosüsteemid, mis omavahel kahjuks ei ühildu ega võimalda andmeid vahetada.

Nende IT-probleemide lahendamiseks algatas Sotsiaalministeerium 2005. aastal neli e-tervise projekti: digitaalne terviselugu, digipildid, digitaalne ravijärjekordade registratuur ja digiretsept. Eeldati, et nende nelja projekti rakendamisega luuakse ühtne riiklik tervise infosüsteem, mis on ühendatud teiste riiklike infosüsteemide ja registritega ning kasutab juba olemasolevaid riiklikke IT-lahendusi. Algatuse (v.a digiretsepti) haldamine usaldati Eesti E-tervise Sihtasutusele, mille 2005. aastal asutas Sotsiaalministeerium. Süsteem pidi kava kohaselt käivituma 2009. aastaks, kuid seni on kasutusele võetud vaid haigekassa koordineeritud digiretsept (2010).

Digitaalsete terviselugude lahendus pidi ühendama kõigi tervishoiuteenuste pakkujate olemasolevad IT-süsteemid ning hõlmama kõige tähtsamaid tervisekaarte, visiite ja muud patsiendi tervisega seotud teavet. Kehtestati õigusnormid, mille kohaselt kõik teenusepakkujad peavad esitama digitaalsete terviselugude süsteemile asjakohaseid meditsiinilisi andmeid ja saavad õiguse süsteemi andmeid kasutada. Üksikisikud saavad oma terviseandmeid vaadata patsientide portaalist ID-kaardi abil.

Digipiltide arhiiv on tehniline platvorm, mis võimaldab Eesti tervishoiuteenuste osutajatele, sealhulgas perearstidele, juurdepääsu digipiltidele, et jälgida patsiendi terviseseisundi muutumist aastate jooksul ning saada keerukate juhtumite korral ekspertidelt arvamusi. Lahenduses kasutatakse lähenemisviisi, mille algselt töötasid välja Eesti kolm suurimat meditsiinikeskust: Tartu Ülikooli Kliinikum, Põhja-Eesti Regionaalhaigla ja Ida-Tallinna Keskhaigla.

Digiretsepti projekti koordineeris haigekassa ja see käivitati 2010. aastal. Arstid kirjutavad patsientidele ravimeid välja oma arvutitarkvara abil ja edastavad digiretsepti riiklikku andmebaasi. Digiretsept on patsiendi soovil kohe kättesaadav kõigis apteekides. 2011. aasta mais ehk 15 kuud pärast projekti käivitamist väljastati juba 84% retseptidest digitaalselt. Üle 95% apteekide on valmis digiretsepti menetlema ja 2011. aasta patsiendiuuringu kohaselt on 92% digiretseptide kasutajatest teenusega rahul (Saar Poll, 2011). Nüüd näevad arstid digitaalselt patsiendi kõiki varasemaid retsepte ja kasutavad seda hõlpsalt kättesaadavat teavet ravi kvaliteedi parandamiseks.

2012. aastaks oli kasutusele võetud mitu digitaalse terviseloo komponenti, kuid tehniliste ühilduvusprobleemide ja tervishoiutöötajate teatava vastuseisu tõttu ei esita kõik teenuseosutajad neilt eeldatavaid andmeid. Seetõttu ei sisalda süsteem piisavalt teavet iga patsiendi kohta ega võimalda igal pool hõlpsat juurdepääsu ja kasutamist. Peale selle ei toiminud algne idee, et riiklikult rahastatakse üksnes kesksete andmekogude arendamist ja haldamist, sest enamik teenuseosutajaid on vajalike investeeringute tegemiseks liiga väikesed ja neil puudub infotehnoloogiline pädevus ühilduvate töökohtade ja tarkvara väljatöötamiseks. Seetõttu on terviseinfosüsteemi oodatud kasu veel saavutamata ning eesmärkide täitmiseks tuleb teha täiendavaid üleriiklikke arendus- ja juhtimisotsuseid.

4.2 Inimressursid

4.2.1 Tervishoiutöötajõu arengusuunad

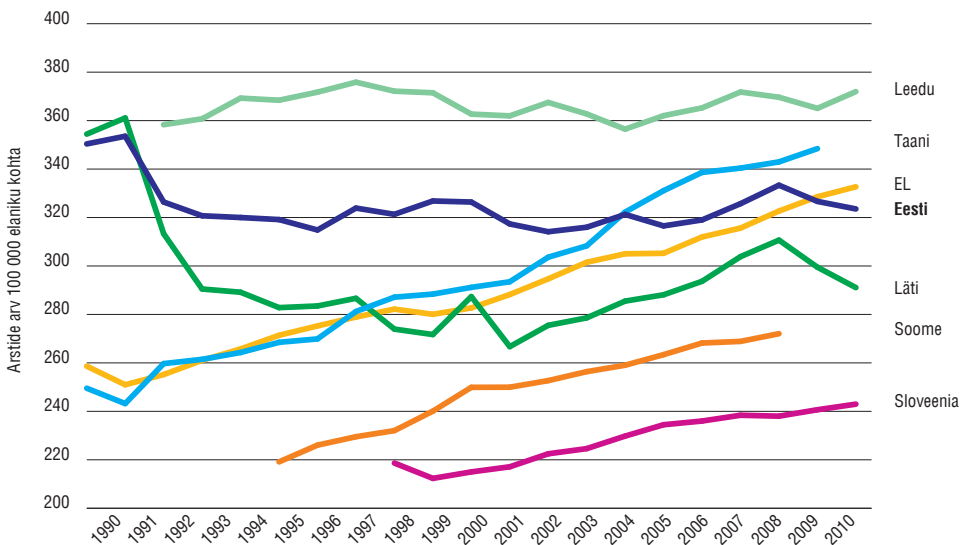
1990. aastate alguses, mil Eestis kavandati ja rakendati tervishoiureforme, valitses üldine arusaam, et arste on liiga palju. Ajalooliselt ja teatavate erialade puhul oli see tõsi, kuid mitte praktiseerivate arstide koguarvu puhul (Kiivet ja Asser, 2006). Samal ajal ei tunnistanud peamist probleemi tervishoiutöötajate koolitamises, nimelt õdede puudust, ja see probleem on siiani lahendamata.

Ajavahemikul 1991–2000 vähenes arstide koguarv 18% (5500-lt 4500-ni) ning õdede arv 12% (Sotsiaalministeerium, 2002). 1990. aastatel esitasid peamise väljakutse – hoida tervishoiutöötajaid tööl Eesti tervishoiusektoris – paremad palgad väljaspool Eesti tervishoiusektorit (nt ravimitööstus arstide jaoks ja ilutööstus õdede jaoks).

Sellest ajast alates on arstide arv 10 000 elaniku kohta püsinud ja 2010. aastal oli see enam-vähem Euroopa keskmisel tasemel (joonis 4.3). Ka õdede arv 10 000 elaniku kohta on püsinud samal tasemel, kuid on tunduvalt väiksem kui Euroopa keskmine näitaja (joonis 4.4). Seejuures on viimastel aastatel märgata vähenemistendentsi. Õdede ja arstide suhtarv kasvas 2010. aastaks (2,2 õde 1 arsti kohta), mis on tunduvalt vähem kui ELi keskmine (2,5 õde 1 arsti kohta) (joonis 4.5). Tabelis 4.3 on esitatud eri tervishoiutöötajate arvud riiklikel andmetel.

Joonis 4.3

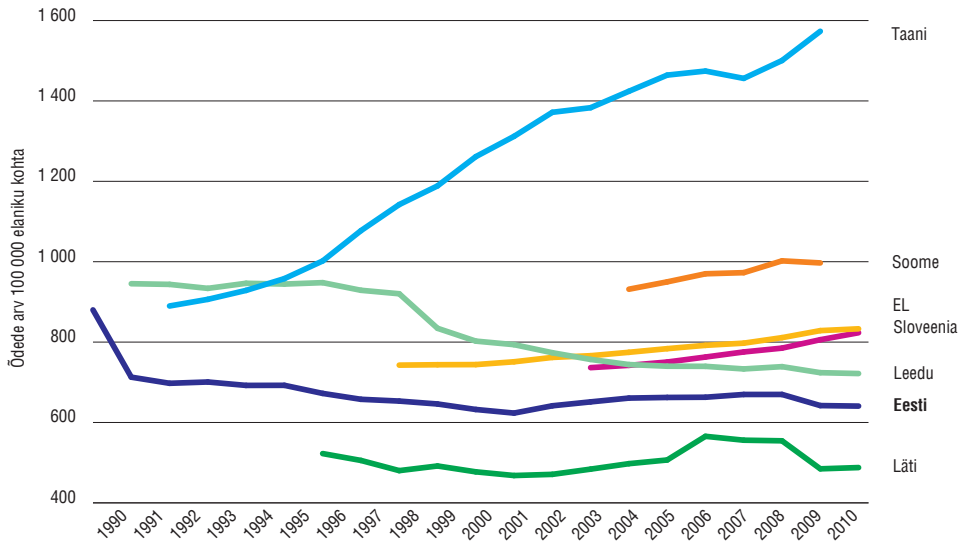
Arstide arv 100 000 elaniku kohta Eestis ja valitud riikides, periood 1990 kuni viimane aasta, mille kohta on andmed kättesaadavad



Allikas: WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2013.

Joonis 4.4

Õdede arv 100 000 elaniku kohta Eestis ja valitud riikides, periood 1990 kuni viimane aasta, mille kohta on andmed kättesaadavad



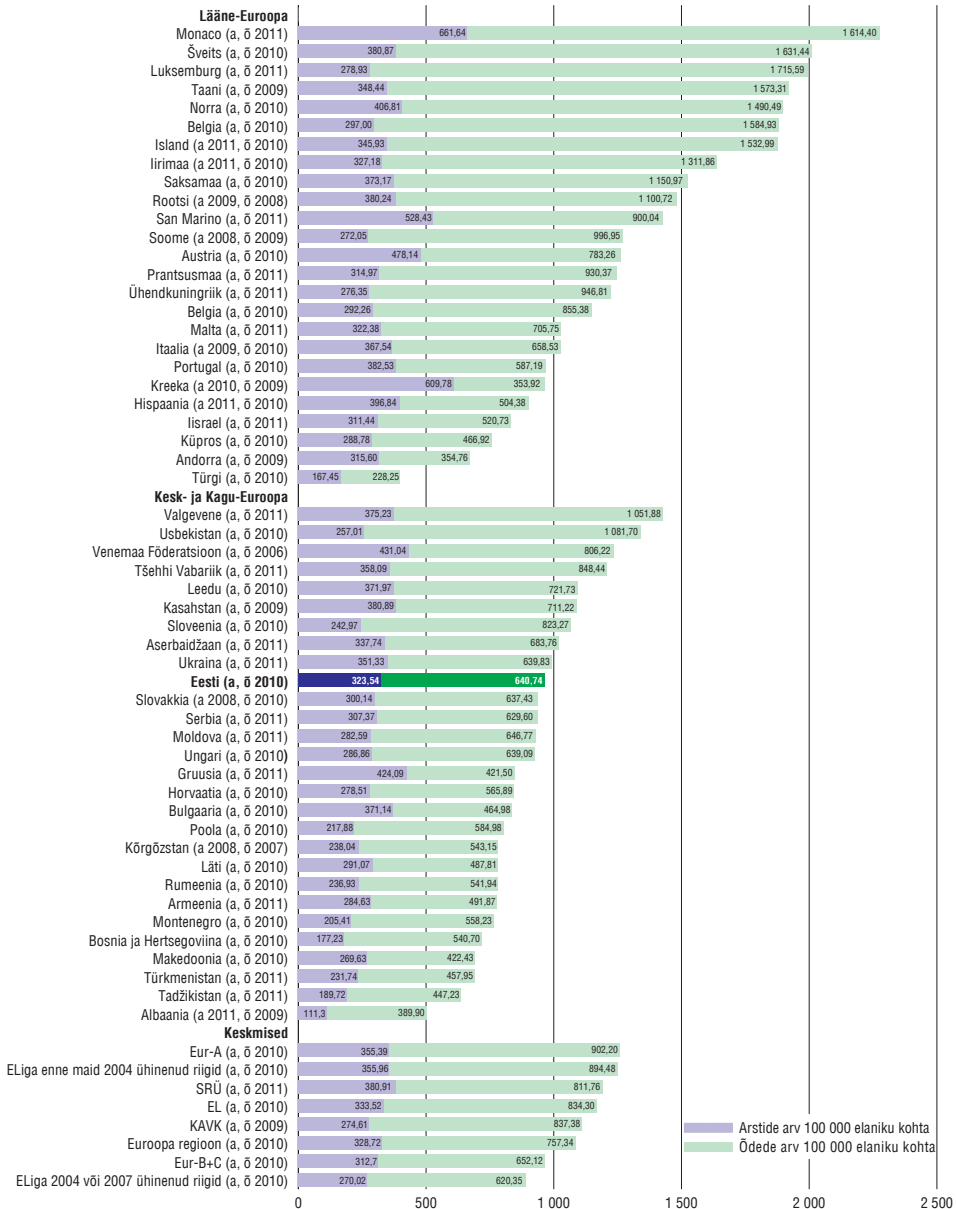
Allikas: WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2013.

Õdede ja arstide arv on Eestis alates 2008. aastast vähenenud (joonised 4.3 ja 4.4) kahel põhjusel. Esiteks on riikliku poliitikaga raske ära hoida väljarännet, sest selle tingivad eelkõige majanduslikud põhjused. Teiseks vähendas valitsus kahjuks 1990. aastatel vastuvõttu arstiteaduskonda ja õdede vastuvõttu meditsiinikoolides. Seda suundumust toetasid ka arstid ise, lootes uute arstide koolitamise vähendamisest saavutada palgatõusu. Nii vähendas Haridus- ja Teadusministeerium aastas vastuvõetavate arstiüliõpilaste arvu 200-lt 1980. aastatel 70-ni 1995. aastal.

Arstiüliõpilaste vastuvõtu suurendamine 100-ni aastatel 2000–2003 ning 140-ni alates 2006. aastast nõudis märkimisväärset jõupingutust. See saavutati pärast intensiivseid arutelusid, mille tulemusena Sotsiaalministeerium planeeris 2002. aastal, et kümne aasta pärast oleks optimaalne jõuda tasemele 3 arsti ja 8 õde 1000 elaniku kohta (Sotsiaalministeerium, 2002). Selle eesmärgi saavutamiseks oleks tulnud igal aastal õenduserialale vastu võtta 600 üliõpilast, kuid rahaliste ja inimressursside puudumine ei võimaldanud seda ja kümnendi jooksul püsis vastuvõtt 300–320 üliõpilase tasemel.

Joonis 4.5

Arstide ja õdede arv 100 000 elaniku kohta WHO Euroopa regioonis, periood 2010 kuni viimane aasta, mille kohta on andmed kättesaadavad



Allikas: WHO Euroopa Regionaalbüro, 2013.

Märkused: KAVK: Kesk-Aasia vabariigid ja Kasahstan; SRÜ: Sõltumatute Riikide Ühendus; Eur-A,B,C: WHO uusimas liikmesriikide loetelus loetletud piirkonnad; EJMV: Endine Jugoslaavia Makedoonia Vabariik

Tabel 4.3

Tervishoiuasutustes töötav personal Eestis 1000 elaniku kohta

	1990	1995	2000	2005	2012
Kõik arstid	3,60	3,41	3,19	3,10	3,12
Perearstid	–	0,06	0,33	0,63	0,69
Kirurgid	–	0,74	0,75	0,92	1,05
Terapeudid	–	1,56	1,28	1,11	1,22
Psühhiaatrid	–	0,12	0,12	0,13	0,15
Hambaarstid	0,58	0,66	0,76	0,89	0,96
Õed	6,58	7,46	6,64	6,36	5,82
Ämmaemandad	0,62	0,46	0,37	0,32	0,42
Proviisorid	0,59	0,65	0,60	0,63	0,61

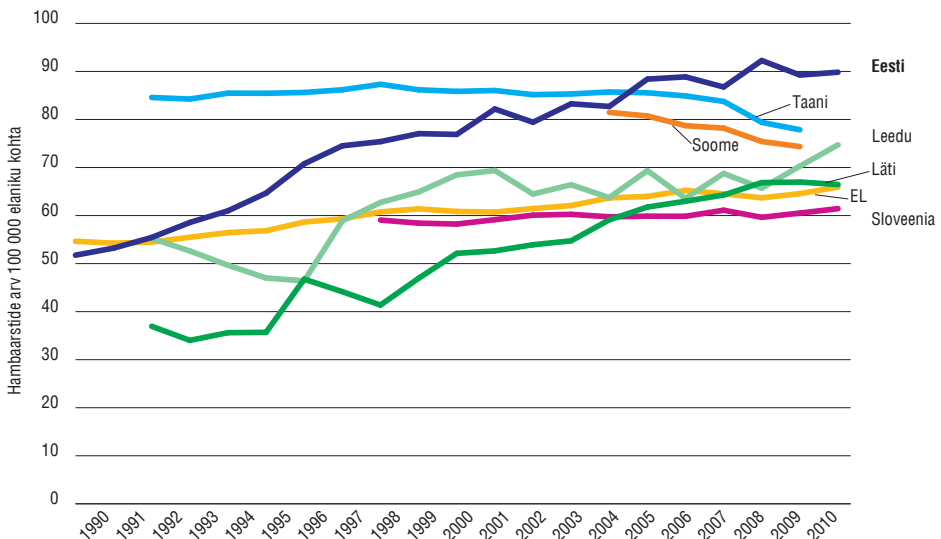
Allikas: Sotsiaalministeerium, 2000–2008; Terviseameti andmed.
Märkus: „–“: andmed puuduvad.

Eesti tervishoiuasutustes 2012. aastal töötavatest arstidest 15% ja õdedest 5% olid vanemad kui 65 eluaastat, mis mõnevõrra leevendab tervishoiutöötajate vähest koolitusarvu, kuid ei ole jätkusuutlik (Kiivet, Visk ja Asser, 2012).

Tegutsevate hambaarstide arv Eestis 100 000 elaniku kohta (2010. aastal 89,8) ületab Euroopa keskmist, mis on 65,9 (joonis 4.6), ning proviisorite arv (2012. aastal 63,1) on samuti Euroopa keskmisest (61,5) pisut kõrgem (joonis 4.7).

Joonis 4.6

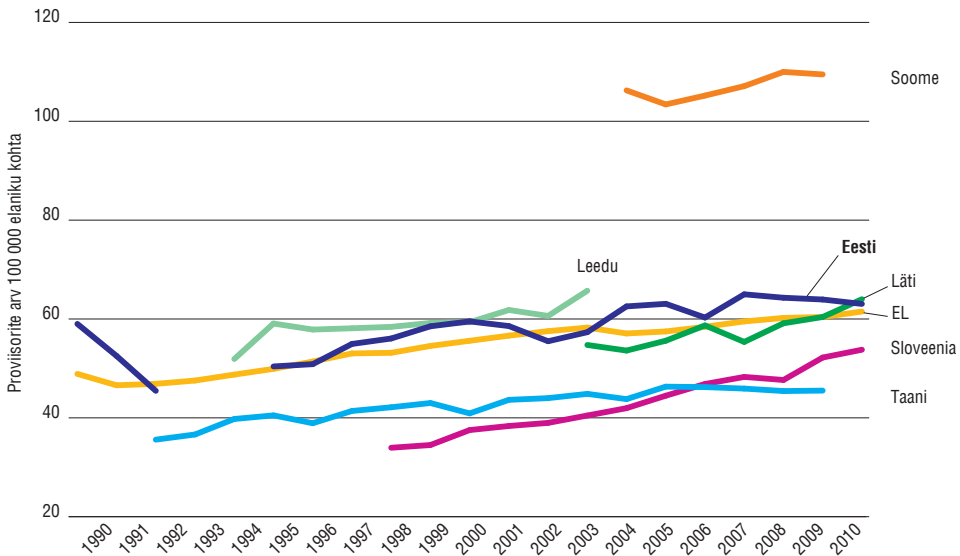
Hambaarstide arv 100 000 elaniku kohta Eestis ja valitud riikides, periood 1990 kuni viimane aasta, mille kohta on andmed kättesaadavad



Allikas: WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2013.

Joonis 4.7

Proviisorite arv 100 000 elaniku kohta Eestis ja valitud riikides, periood 1990 kuni viimane aasta, mille kohta on andmed kättesaadavad



Allikas: WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2013.

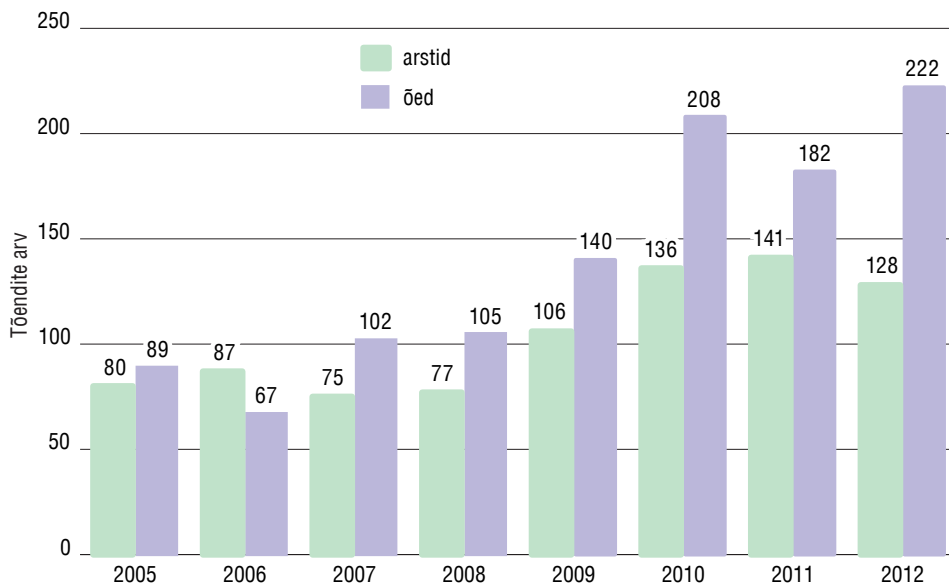
4.2.2 Tervishoiutöötajate tööalane liikuvus

Eestis hakati tervishoiutöötajaid ametlikult registreerima alles 2003. aastal ning alates 2004. aastast on Terviseametil andmed Eestis töötavate, samuti välismaal töötada soovivate arstide, õdede ja teiste tervishoiutöötajate arvu kohta. Registreeritud tervishoiutöötaja soovil annab Terviseamet muude ELi liikmesriikide reguleerivatele asutustele ja tööandjatele esitamiseks välja kutsekvalifikatsiooni tunnustamise tõendi. Väljaantud tõendite andmed võivad aga olla tegelikult välismaal töötavate tervishoiutöötajate arvu suhtes eksitavad, sest Terviseamet ei saa tagasisidet selle kohta, kas asjaomane tervishoiutöötaja ka tegelikult lahkus ja asus tööle muus liikmesriigis. Nagu näidatud joonisel 4.8, oli nii arstidele kui ka õdedele väljastatud tõendite arv suurim ajal, mil ELi tööturg Eesti kodanikele avati, ning kasvas taas 2009. aastal majanduskriisi ajal (Saar ja Habicht, 2011).

Hiljutisest uuringust (Kiivet, Visk ja Asser, 2012) selgus aga, et pool aastatel 2004–2011 Terviseametilt õpingute vastavuse sertifikaadi saanud arstidest ja õdedest jätkasid töötamist Eesti tervishoiuasutustes. Seega ei ole kõik tervishoiutöötajad, kes on tõsiselt kaalunud Eestist lahkumist, alati seks

Joonis 4.8

Terviseameti poolt Eesti arstidele ja õdedele välismaal töötamiseks väljastatud kutsekvalifikatsiooni tunnustamise tõendite arv



Allikas: Terviseamet, 2013b.

välja rännanud. Tekkinud on ebatavaline olukord, kus sajad arstid ja õed töötavad osalise tööajaga Eestis ja osalise tööajaga naaberriigis Soomes, kus on arstidest ja õdedest puudus. Parvlaevaga Tallinnast Helsingisse sõiduks (80 km) kulub vaid kaks tundi. Soomes töötamise põhjused on peaaegu eranditult majanduslikud, sest Soome palgatase ületab Eesti oma kuni neljakordselt. Peale selle on kultuuriline keskkond ja keel sarnased. Soome vabade töökohtade kuulutustest on saanud üks peamisi tervishoiuvaldkonna trüki- ja veebimeedia tuluallikaid. Erinevalt Eestist võivad arstid, kes ei ole läbinud residentuuri, Soomes töötada iseseisvalt. Eestis puuduvad mehhanismid ja ergutusvahendid, mis aeglustaksid arstide ja õdede väljarännet.

Kuni viimase ajani ei rännanud välismaa tervishoiutöötajad Eestisse tööle väga konservatiivse töölubade poliitika ja rangete eesti keele oskuse nõuete tõttu. Seni Eestisse tööle tulnud vähesed arstid ja õed on Venemaa, Ukraina ja muude endise Nõukogude Liidu riikide kodanikud. Eesti tervishoiutöötajate vähenemise tõttu peaks range sisserändepoliitika eelolevatel aastatel leevenema.

4.2.3 Tervishoiutöötajate koolitus

Valdav enamik Eestis töötavaid arste, hambaarste ja proviisoreid on lõpetanud Tartu Ülikooli arstiteaduskonna, mis on ainus akadeemiline meditsiiniõppeasutus Eestis. Õed ja ämmaemandad on lõpetanud Tallinna või Tartu Tervishoiu Kõrgkooli. Nendes kahes kõrgkoolis õpivad ka muud tervishoiutöötajad, kes ei ole reguleeritud ELi direktiiviga 2005/36 (Euroopa Komisjon, 2005a): laborandid, abiapteekrid, radioloogiatehnikud, optometristid, füsioterapeudid ning keskkonnatervishoiu ja tervisedenduse spetsialistid.

Nelja reguleeritud kutse (arstid, hambaarstid, apteekrid ja õed) õppekavad korraldati aastatel 2002–2004 ELi liitumise eel ümber, viies need vastavusse ELi nõuetega. Tegemist oli pigem tehnilise küsimusega, sest õpingute kestus ja sisu olid alati järginud traditsioonilist euroopalikku ülesehitust. Et reguleeritud meditsiinierialade koolituses valitseb Eestis loomulik monopol, hinnatakse neid õppekavasid rahvusvahelise kollegiaalse hindamise ja akrediteerimismehhanismide abil. Seetõttu on tervishoiutöötajate koolitus ja haridus rahvusvaheliselt hästi tunnustatud, mida näitab Eesti arstide ja õdede suur välisriikides töölevõtmise määr.

Arstina praktiseerima hakkamiseks tuleb õppida kuus aastat ning hambaarsti või proviisorina töötamiseks viis aastat. Vastuvõtukvoodid riiklikult rahastatavatele arstiteaduskonna põhi-, magistri- ja doktoriõppe kohtadele kehtestab Haridus- ja Teadusministeerium, nagu on üksikasjalikult kirjeldatud jaotises 2.8.3. Peale selle on Tartu Ülikool alates 1990. aastate algusest igal aastal vastu võtnud 20 välisüliõpilast (peamiselt Soomest), kes õpivad meditsiini inglise keeles ja kes kõik on naasnud tööle Soome ega anna panust Eesti tervishoidu.

Suur muutus tehti eriarstide haridusse Eestis 1990. aastatel ja alates 1995. aastast tuleb eriarstina praktiseerimiseks läbida kolme- kuni viieaastane residentuur. Eestis käsitatakse eriarstidena ka perearste (üldarste), kes peavad perearstina tegutsemiseks läbima kolmeaastase residentuuri.

Residentuuri rahastatakse riigieelarvest eraldi Sotsiaalministeeriumi kaudu, mitte üldisest tervishoiueelarvest. Residentuuriprogramme juhivad Tartu Ülikool ning vastuvõtt riiklikult rahastatavatele kohtadele toimub ülikooli ja Sotsiaalministeeriumi vahelise lepingu alusel. Arst-residentidel on tähtajalised töölepingud residentuuri baasasutustega ja nad roteeruvad vastavalt residentuuriprogrammile. Sel moel läbitakse residentuur ettenähtud perioodidena eri haiglates ja haiglaosakondades, et saada edasiste tööülesannete täitmiseks suurim võimalik kogemus.

Õe ja ämmaemanda põhiõpet pakuvad Tallinna ja Tartu Tervishoiu Kõrgkool vastavalt ELi nõuetele. Õe põhikoolitus kestab 3,5 ja ämmaemanda põhikoolitus 4,5 aastat. Koolitus hõlmab teoreetilist osa ja igakülgselt kliinilist praktikat, mis läbitakse haiglates kõrgkoolide järelevalve all.

Õenduse eriala hakati Eestis õigusaktidega reguleerima alles 2001. aastal ja alates sellest ajast on peamisi õenduse erialasid neli. Need on esmatasandi õendus (peremeditsiin), kliiniline õendus, intensiivravi õendus ja vaimse tervise õendus. Nende erialade õpe sisaldab üheaastast põhiõppele järgnevat teoreetilist ja praktilist koolitust, mida pakuvad mõlemad tervishoiu kõrgkoolid.

Alates 2005. aastast on laiendatud rahvatervise spetsialistide koolitusvõimalusi. 2007. aastal avati Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis ja 2008. aastal Tallinna Ülikooli Haapsalu Kolledžis tervisedenduse õppekava. Õppekava kestus on kolm aastat ja selle lõpetanud saavad kõrghariduse, mis võimaldab neil jätkata õpinguid Tallinna Ülikooli või Tartu Ülikooli magistriõppes.

Alates 2001. aastast on Tartu Ülikooli arstiteaduskond pakkunud rahvatervishoiu magistrikraadi võimalusega spetsialiseeruda epidemioloogia, tervishoiu juhtimise või keskkonnatervishoiu erialale. 2012. aastaks oli rahvatervishoiu magistriõppe lõpetanud ja magistrikraadi kaitsnud üle 100 üliõpilase. Magistriõppesse võivad astuda kõik, kellel on bakalaureusekraad või samaväärne meditsiini-, bioloogia-, terviseteaduste, sotsiaalteaduste või majandusharidus.

4.2.4 Arstide karjäärivõimalused

Pärast põhiõppe lõpetamist on arstidel järgmised karjäärivõimalused:

- töötada tervishoiuasutuses arstina, kuid õiguseta tegutseda iseseisva teenuseosutajana või avada erapraksist;
- jätkata õpinguid residentuuris;
- jätkata õpinguid doktorantuuris või
- loobuda tervishoiuteenuste pakkumisest ja töötada riigiteenistujana või avaliku sektori töötajana tervishoiu juhtimise valdkonnas tervishoiuasutustes või riigiasutustes või ravimisektoris.

Enamik arstiteaduskonna lõpetanud astub Eestis residentuuri, mis on kõige otsem tee saada eriarstiks. 2012. aasta seisuga on peaaegu kõik Eestis töötavad arstid eriarstid, välja arvatud need, kes veel residentuuris eriarstiks õpivad.

Tegelikult on eriarstikarjäärist saanud nii suur motivaator, et arstiteaduskonnal on raskusi doktorantide leidmisega ja tervishoiu kõrgemad haldusametikohad on täidetud muude erialade inimestega.

Eriarstid on tavaliselt haiglate töötajad, kuid teatavates valdkondades (günekoloogia, psühhiaatria, oftalmoloogia) on ka palju iseseisvaid teenuseosutajaid. Enamik on palgatöötajad, kelle töölepingud räägitakse läbi haigla juhtkonnaga. Haigla juhtkonnal on õigus määrata kindlaks palgad ja konkreetsete teenuste osutamiseks oluliseks peetavate arstide karjäärivõimalused. Vaatamata ametiühingute jõupingutustele ei ole tervishoiutöötajate palgad ega töökoormus riiklikult reguleeritud. Isegi ühe tervishoiuasutuse piires on sarnasel ametikohal ja erialal töötavate tervishoiutöötajate palkades märkimisväärsed erinevused.

4.2.5 Muude tervishoiutöötajate karjäärivõimalused

Õenduseriala lõpetanutel on samad karjäärivõimalused, kuid nende järele on nõudlus ka väljaspool tervishoiusektorit, eriti ravimi- ja ilutööstuses, kus väärtustatakse õdede oskusi ja teadmisi.

5. Teenuste osutamine

Tervisesüsteemi juhib Eestis Sotsiaalministeerium. Ministeerium juhindub rahvastiku tervise arengukavast kui põhjalikust, üldisi eesmärke seadvast poliitikadokumendist. 1990. ja 2000. aastate mitmesuguste struktuuri- ja juhtimisreformidega püüti vähendada haiglate (ja voodikohtade) arvu ning seada keskseks tervishoiuteenuse pakkujaks üldarstiabi teenuse osutajad. Üldarstiabi on patsiendi esmane kokkupuutepunkt tervisesüsteemiga ning seda pakuvad iseseisvad perearstid, kes töötavad kas üksinda või grupis nimistu alusel. Eriarstiabiteenuseid osutatakse nii riiklikult rahastatud kui ka eraõiguslikes tervishoiuasutustes (haiglad ja ambulatoorsed tervishoiuasutused). Ravimeid saavad patsiendid osta eraõiguslikel alustel tegutsevatest apteekidest. Alates 2013. aasta aprillist on apteekidel õigus ravimeid müüa ka interneti teel. Haiglaapteegid varustavad ravimitega vaid haiglaid. Riigieelarvest rahastatavaid kiirabiteenuseid osutavad kiirabibrigaadid, kes tagavad teenuse pakkumise kõigile Eestis viibijatele. Palliatiivravi ja hooldusravi toimub põetuse osana. Toetus- ja alternatiivravi osatähtsus Eesti tervisesüsteemis ei ole suur ega seadusega reguleeritud.

5.1 Rahvatervis

Rahvatervise valdkonnas on tsentraliseeritud sanitaar-epidemioloogiliselt süsteemilt, mis keskendus peamiselt regulatsioonile ja kontrollile, üle mindud detsentraliseerituma ja paljude osalistega süsteemile, kus rõhk on ka haiguste ennetamisel, tervise edendamisel ja terviseõigustel. Reformid algasid 1995. aastal, kui võeti vastu rahvatervise seadus, mis sätestas rahvatervisega seotud ülesanded ja kohustused. Seadust on mitu korda muudetud ja praegu valmistatakse ette uut rahvatervise seadust, milles kavatakse ülesandeid ja seni killustatud kohustusi täpsustada. Lisaks on riigi tasandil olnud eesmärk tõhususe ja sünergia saavutamiseks väiksemaid asutusi sulgeda või ühendada.

Rahvatervise valdkonda juhib Sotsiaalministeerium (asekantsler, rahvatervise osakond). Teised olulised osapooled rahvatervise valdkonnas riigi tasandil on Terviseamet, Tervise Arengu Instituut, Eesti Haigekassa, Tööinspeksioon, Keskkonnaministeerium ja Keskkonnainspeksioon ning Põllumajandusministeeriumi haldusalasse kuuluv Veterinaar- ja Toiduamet. Maakonna tasandil koordineerib rahvatervisealast tegevust tervise edenduse spetsialist, kes vahendab suhtlust ka maakonna ja kohaliku omavalitsuse tasandil. Omavalitsuse tasandil peavad kohalikud omavalitsused kontrollima tervisekaitseõigusaktidest kinnipidamist ja nende rakendamist oma piirkonnas ning koordineerima tervise edendamise ja haiguste ennetamisega seotud tegevust. Peamine juhtimisvahend rahvatervise valdkonnas on rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 (Sotsiaalministeerium, 2008). Lisaks määratletakse strateegilised eesmärgid, näitajad, meetmed ja prioriteetsed tegevused mitmes esmatähtsate terviseküsimuste valdkonnas koostatud strateegias (vt ka jaotised 2.5 ja 2.6).

Nakkushaiguste järelvalve ja kontroll

Nakkushaiguste järelvalve ja kontrolli eest vastutab peamiselt Terviseamet. Tuberkuloosi ja HIVi/AIDSi järelvalve ja kontrolliga seotud ülesanded lasuvad Tervise Arengu Instituudil, kes haldab ka tuberkuloosiregistrit. Nakkushaiguste ennetamist ja tõrjet reguleerivad rahvatervise seadus (1995), nakkushaiguste ennetamise ja tõrje seadus (2003) ning mitu muud õigusakti.

Nakkushaiguste järelvalve tugineb Eesti nakkushaiguste infosüsteemile, kuhu perearstid, eriarstid ja laboratooriumid peavad teatama 62 nakkushaigusest ja 101 etioloogilisest ohutegurist. Paber kandjal teavitamise osatähtsus väheneb järk-järgult ning 2012. aasta alguses oli rohkem kui pool teadetest elektroonilised. Teavitamist telefoni ja e-posti teel kasutatakse raskete nakkushaiguste või nende kahtluste korral. Riigi tasandil säilitatakse andmeid Eesti nakkushaiguste registris, mis tegutseb alates 2009. aasta oktoobrist. Elektrooniline süsteem on lühendanud viivitamist teavitamisel, kuid mõni perearst ja haigla ei teata siiski paljudest haigestumisjuhtudest ning Terviseamet ei jälgi seda rangelt.

Eestis on välja töötatud kohustuslik üleriigiline teavitamise süsteem nakkushaiguste puhangute kohta. Nakkushaiguse puhangu kahtlusest tuleb teatada viivitamata Terviseametile. Protokollides nähakse ette reageerimine 59 haiguse epideemilisele puhangule.

Terviseamet uurib nakkushaiguste puhanguid (sealhulgas toidust tulenevate haiguste puhanguid koos Veterinaar- ja Toiduametiga) ning koostab kohustusliku uurimisaruande. Tervisekaitseinspeksiooni maakondlikud talitused vastutavad

nakkushaiguste puhangute avastamise ja uurimise eest. Uurimismenetlused sisaldavad epidemioloogilist uurimist, laboratoorset diagnostikat ja vajadusel õiguslikke meetmeid.

Keskkonnatervise kaitse

Keskkonnatervise kaitse on peamiselt Sotsiaalministeeriumi (rahvatervise osakonna), Terviseameti ja Keskkonnaministeeriumi (Keskkonnainspektsiooni) ülesanne.

Loodud on tervisemõju hindamise süsteem. Keskkonnamõju hindamise ja keskkonnajuhtimissüsteemi seaduse kohaselt hindab objektide ja tegevuste võimalikku mõju inimese tervisele ja heaolule piiratud arv asjakohase litsentsiga eksperte. Siiski on mõjuhindangud üsna üldsõnalised ja sisaldavad vähe üksikasju. Seepärast asutati 2010. aastal uus riskihindamisbüroo, mille põhiülesanne on analüüsida elukeskkonna terviseohtusid ja -riske, koostada keskkonnariskide mõju hindamise suuniseid ning teavitada üldsust terviseriskidest. Ülevaate koostamise ajal töötab büroos ainult üks ekspert ning suutlikkuse arendamist ja koostöö tõhustamist on vaja jätkata.

Veega varustamist, selle kasutamist, kvaliteeti ja saneerimist reguleerivad rahvatervise seadus, veeseadus ning ühisveevärgi ja -kanalisatsiooni seadus. Veeseire on jagatud Keskkonnaministeeriumi (Keskkonnainspektsiooni kaudu), Põllumajandusministeeriumi (Veterinaar- ja Toiduameti kaudu) ning Sotsiaalministeeriumi (Terviseameti kaudu) vahel. Keskkonnaministeerium vastutab nii põhja- kui ka pinnavee kvaliteedi tagamise ja selle säilitamise eest. Elanikkonna tervise kaitse ning joogi- ja suplusvee valdkonna tegevuse koordineerimise eest vastutab Terviseamet. Kuna toiduohutus ja keskkonnatervise küsimused on ELi õigustiku olulised osad, on Eesti ühinemine ELiga ja ELi liikmestaatus toonud nendesse valdkondadesse suuri investeeringuid.

Õhusaaste ja müra seirega seotud ülesandeid ja meetmeid reguleeritakse välisõhu kaitse seadusega, mis vastab kõikides asjaomastes ELi direktiivides kehtestatud nõuetele. Keskkonnainspektsioon ja Terviseamet vastutavad õhu järelevalve eest ühiselt, samal ajal kui müra eest vastutab Terviseamet üksinda.

Toiduohutusega seotud tegevust reguleerib toiduseadus. Alates 2007. aastast on Põllumajandusministeerium koos Veterinaar- ja Toiduametiga toiduaineid, sealhulgas alkoholi käsitlevate olulisemate õigusaktide ja järelevalve eest vastutav ametkond. Riski hindamiseks kasutatakse mitmesuguste seireprogrammide abil kogutud ja volitatud laboratooriumide tehtud analüüsise põhjal saadud andmeid, uuringuid ja hinnanguid.

Hädaolukordadeks valmistumisel on olulisim õigusakt hädaolukorraks valmisoleku seadus, mis võeti vastu 2009. aastal, et korraldada hädaolukordadeks valmisolekut ja nende ajal tegutsemist. Tervise valdkonnas on valitsus võtnud vastu kaks hädaolukorra lahendamise eriplaani: epideemiast ja massilisest mürgistusest põhjustatud hädaolukorra kohta. 2004. aastal koostas Sotsiaalministeerium välja gripipandeemiaks valmisoleku plaani.

Terviseamet vastutab ka kemikaalide (sealhulgas detergentide ja biotsiidide) ja kosmeetikatoodete ohutuse eest. 2008. aastal asutati ka Mürgistusteabekeskus, mis on praeguseks Terviseameti osa. Keskus haldab andmebaasi, mis sisaldab teavet esmaabi ja ravi kohta iga mürgistuse liigi puhul, ning teavitab üldsust. Infoliinile tehtavate kõnede arv on järsult kasvanud.

Töötervishoid

Töötervishoiu ja tööohutuse seadus (jõustus 1999. aastal) reguleerib kohustusi töötervishoiu ja tööohutuse valdkonnas riigi ja ettevõtte tasandil. Tööandjad vastutavad töökoha ohtude hindamise eest, koostades kirjaliku tegevuskava ja teavitades oma töötajaid riskiteguritest. Tööinspeksioon vastutab nende eeskirjade tööandjatepoolse täitmise järelevalve eest. Sotsiaalministeeriumi juures tegutsev Töökeskkonna Nõukoda annab soovitusi töökeskkonnapoliitika väljatöötamise ja rakendamise kohta.

Töötervishoiuspetsialisti ülesanne on teha kindlaks töökeskkonna riskitegurid, korraldada töötajate tervisekontrolli ning anda töökeskkonna kohta nõu. Tööandjad peavad tagama oma töötajatele regulaarse tervisekontrolli. Terviseamet vastutab töötervishoiuspetsialistide litsentseerimise ja koolitamise eest ning osaleb töötervishoiuprogrammide koostamisel ja rakendamisel.

Töötervishoidu jälgitakse töötingimuste, tööga seotud tervisliku seisundi ja tööõnnetuste kohta kogutud eri tervisestatistika põhjal. Tööandja peab teavitama Tööinspeksiooni kõikidest vahejuhtumitest, millele järgneb juurdlus. Siiski on juhtumite varjamine probleem.

Alates 2008. aastast on ELi struktuurifondidest eraldatud vahendeid tööga seotud terviseriskide vähendamiseks mõeldud tegevustele ja tervise edendamisele töökohal. Koostati töökohtadel tervise edendamise arengukava. 2010. aastal võttis Sotsiaalministeerium vastu eraldi töötervishoiu ja tööohutuse strateegia 2010–2013 koos tegevuskavaga (Sotsiaalministeerium, 2010). Ehkki töötuskindlustuse kasutuselevõtt on olnud positiivne näide, ei ole konsensuse puudumise tõttu võimalik pakkuda tööõnnetuse- ja kutsehaiguskindlustust. Vaatamata sellele, et kindlustussüsteemi kasutuselevõtt sisaldus valitsuse koalitsiooniprogrammis 2011–2015, on areng endiselt alles algusjärgus.

Tervise edendamine ja tervisekasvatus

1995. aastal võttis Sotsiaalministeerium kasutusele riiklike ja paikkondlike tervise edendamise projektide rahastamismehhanismi ning alustas kogukondade tervisedendajate koolitamist piirkondades. Alguses rahastati tervise edendamise projekte peamiselt ravikindlustuse vahenditest, kuid hiljem rahastati paralleelselt nii Eesti Haigekassa vahenditest kui ka riigieelarvest. Alates 2010. aastast on kogukondlikku tegevust riigieelarve kärpete tõttu rahastatud Euroopa Sotsiaalfondist.

Südame-veresoonekonnahaiguste ennetamise riikliku strateegia 2005–2020 vastuvõtmisega 2005. aastal (Vabariigi Valitsus, 2005) institutsionaliseeriti maakondlik tervise edendamise võrgustik ning maavalitsused võtsid tööle tervise edendamise spetsialistid, kes töötasid vastavalt maakondlikes tervisetubades. Tervisetuba on piirkondliku tervise edendamise ja tervise arendamise keskus ning vastutab maakonna tervisestrateegia rakendamise eest koostöös kohalike omavalitsuste ja tervise edendamise võrgustikega. Tervisetoad tegutsevad sektoritevaheliste tervisenõukogude juhtimisel, mis on asutatud kõikides maakondades ja kolmes linnas: Tallinnas, Tartus ja Narvas.

Kohalikul tasandil tegelevad tervise edendamisega kohalikud omavalitsused. Siiski on elanikkonna vajaduste paremaks rahuldamiseks veel arenguruumi. Kohalike omavalitsusi ja maakondi on 2009. aastast saadik julgustatud koostama terviseprofiile ja valmistama ette nendega seotud arengukavasid. 2012. aasta lõpu seisuga oli terviseprofiili koostanud 104 kohalikku omavalitsust 226st ning kõik maakonnad (TAI, 2013). Stiimulite loomiseks ja suutlikkuse suurendamiseks kasutati ELi struktuurifondide programmi.

Tervise Arengu Instituut vastutab riikliku tugisüsteemi ja riikliku tegevuskava koostamise, samuti nõustamise, suuniste ning muude abimaterjalide ja koolituse eest, mis on mõeldud kõikide tasandite (maakonnad, kohalikud omavalitsused, koolid, lasteaiad ja töökohad) tervise edendamise spetsialistidele. Samuti jagab Tervise Arengu Instituut üldsusele terviseinfot.

Alates 1995. aastast on haigekassa eraldanud teatava osa oma eelarvest tervise edendamisega seotud tegevusele, tehes seda haigekassa nõukogu heakskiidul ja kooskõlas eri huvirühmadest koosneva komisjoniga. Selline tegevus on olnud 2005. aastast saadik riikliku strateegia ja hiljem rahvastiku tervise arengukava osa. 2004. aastal loodi Eesti Haigekassa juurde rahvatervise komisjon, kuhu kuuluvad riigiasutuste ja eri huvirühmade esindajad ning mis sõnastab prioriteedid, hindab projektiettepanekuid ja jälgib nende tulemusi. Praeguseks on projektide rahastamisel keskendunud peamiselt mittenakkuslike haiguste riskiteguritele ning see on hõlmanud mitmesuguseid teadlikkuse

parandamise kampaaniaid ja üritusi, koolitusi, terviseinfo levitamist ja tegevusi, mis toetavad tervise edendamist eri keskkondades. Suur osa haigekassa tervise edendamise eelarvest (2011. aastal 42%) on investeeritud paikkonna tervise edendusse, peamiselt õnnetusjuhtumite ennetamiseks. Eesmärk on keskenduda elanikkonnale suunatud tegevuste asemel nüüd riskirühmadele või eri huvirühmadele.

2004. aastast alates on paikkonna tervise edendusel ja rahastamisel mindud projektipõhiselt mudelilt järk-järgult üle strateegilisemale planeerimissüsteemile, kasutades selleks terviseprofiilide koostamist ja neil põhineva tegevuse kavandamist, samuti haigekassa tervise edendamise rahastamise ülevalt alla planeerimist. Süsteemi on vaja aga edasi arendada ning suutlikkust suurendada, et tagada omavalitsustes jätkusuutlikkus ja võrdsed võimalused, samuti keskenduda rohkem tervisega seotud ebavõrdsusele. Kohalike omavalitsuste ja maavalitsuste kohustuste selgitamiseks on vaja edasist arutelu. Kuna 2013. aastal lõpetatakse ELi struktuurifondidest rahastamine, on vaja läbirääkimisi rahastamisallikate üle, et tagada pidev ja võrdne rahastamine ning kehtestada sobivad stiimulid ja aruandlussüsteemid.

Haiguste ennetamine

Haiguste ennetamise eest vastutavad Tervise Arengu Instituut, Eesti Haigekassa, Terviseamet ja Sotsiaalministeerium. Peale selle pakub mõni kohalik omavalitsus nõustamist ja kahju vähendamise teenuseid, nagu näiteks opioidasendusravi Tallinnas.

Rahvastiku tervise arengukavas kavandatud haiguste ennetamise meetmete rakendamise eest vastutab Tervise Arengu Instituut ning neid rahastatakse riigieelarvest, samuti Euroopa Sotsiaalfondi programmist. Tervise Arengu Instituudi ülesanne on töötada välja ennetavaid tervishoiuteenuseid, neid teenuseid teenuseosutajatelt osta ning pakkuda teenustega seotud koolitust ja järelevalvet. Tasuta pakutakse kasutajatele peamiselt (süstivatele) narkomaanidele mõeldud kahju vähendamise ja rehabilitatsiooniteenuseid (süstlavahetusprogrammid, nõustamine, opioidasendusravi). Samuti pakutakse HIVi/AIDSi vabatahtlikku testimist ja nõustamisteenuseid, suitsetamisest loobumise teenuseid, seksuaaltervisealast ja noorte nõustamist ning tuberkuloosi puhul otseselt kontrollitavat ravi. Sotsiaalministeerium hangib antiretroviirus- ja tuberkuloosiravimeid tsentraliseeritult ning edastab need tervishoiuteenuste osutajatele tasuta jagamiseks patsientidele, kellel on tuberkuloos ja HIV/AIDS. Lühiajalist sekkumist alkoholisõltuvuse vähendamiseks esmasandil, suitsetamisest loobumise ja mõnda HIVi nõustamisteenust rahastatakse

Euroopa Sotsiaalfondi programmist, kuid nende teenuste rahastamine pärast 2013. aastat on ebaselge. Juurdepääsu mõnele narko- ja alkoholisõltuvusega seotud teenustest piirab saadaolevate kohtade arv või suur omaosalus.

Haiguste ennetamist vanglates korraldab Justiitsministeerium. Kõik kinnipeetavad testitakse saabumisel HIVi suhtes ning hiljem kord aastas ning neile pakutakse vajadusel HIVi/AIDSi nõustamist. Lisaks hakkasid Justiitsministeerium ja Siseministeerium vastavalt vanglates ja arestimajades pakkuma opioidasendusravi. Ehkki seda peetakse positiivseks algatuseks, tuleb ravi kättesaadavust parandada. Tuberkuloosi ennetamine ja otseselt kontrollitav ravi on osutunud vanglates samuti edukaks. Peamine probleem on ravi jätkumise tagamine kinnipeetava vabastamisel.

Enamik haigekassa rahastatavaid ennetavaid tervishoiuteenuseid, sealhulgas analüüsid, sõeluuringud, nõustamine ja immuniseerimine, samuti raseduse jälgimine, kuulub kas üld- või eriarstiabi valdkonda. Laste tervisekontroll kuulub perearsti kvaliteedisüsteemi alla, mis hõlmab vaktsineerimisega hõlmatus kriteeriume ja teatud vanuserühmade (1-, 3-, 12-kuused ning 2-aastased ja koolieelikud) tervisekontrolli, samuti tervisekontrolli ja nõustamist, mida pereõed pakuvad teatavatele täiskasvanute vanuserühmadele (40–60-aastased kõrgvererõhktõve või diabeediga patsiendid). Perearsti kvaliteedisüsteemi eesmärk on innustada üldarstiabi osutajaid tegelema haiguste ennetamisega (vt jaotis 5.3). Osa haigekassa eelarvest on mõeldud spetsiaalselt riiklikele haiguste ennetamise projektidele, nagu noorte nõustamine reproduktiivtervise ja suguhaiguste alal; vastündinute fenüülketonuuria, hüpotüreoosi ja kuulmise sõeluuringud; südamehaiguste ennetamine; pärilike haiguste sünnieelne diagnostika; koolitervishoiuteenused ja noorsportlaste tervisekontroll, samuti emakakaela- ja rinnavähi ning osteoporoosi varajase avastamise sõeluuring. Kindlustamata inimesi need projektid siiski ei hõlma. 2010. aastast alates osutavad koolitervishoiuteenuseid kooliõed ning need teenused moodustavad haigekassa ennetusteenuste eelarvest suurima osa.

Rinna- ja emakakaelavähi sõeluuringuid rahastab haigekassa ja tegevust koordineerib SA Vähi Sõeluuringud. Alates 2002. aastast on rinnavähi sõeluuringute sihtrühm 50–62-aastased naised (varem 50–65-aastased) ning emakakaelavähi puhul alates 2003. aastast 30–55-aastased naised (varem 35–59-aastased). Muid sõeluuringuid korraldatakse tavapäraste tervishoiuteenuste osutamise raames. Isegi enamik emakakaela tsütoloogilisi analüüse (80%) tehakse tavalise tervisekontrolli käigus. Sõeluuringute

kättesaadavuse parandamiseks on maakondades võimalik end testida mammograafiabussis. Viimaste aastate eesmärk on olnud osalusmäära suurendada, sest uuringuga kaetus on olnud suhteliselt madal.

Immuniseerimise üldine õigusraamistik on esitatud 2003. aasta nakkushaiguste ennetamise ja tõrje seaduses. Riiklik immuniseerimiskava kehtestatakse sotsiaalministri määrusega, seda rakendab Terviseamet ning kava rahastatakse haigekassast ja riigieelarvest. Laste immuniseerimise eest vastutavad perearstid ja kooliõed. Soovitused riiklikku immuniseerimiskavasse kaasatavate vaktsiinide kohta esitab komisjon. Hiljuti lisati kavasse vaktsineerimine rotaviiruse vastu ja 15–17-aastaste kordusvaktsineerimine läkaköha vastu. Vaktsineerimisega hõlmatus on olnud piisav ja WHO soovitatud piirmäärad on täidetud. Samas mõnes maakonnas on hõlmatus jäänud siiski allapoole WHO keskmist. Samuti on immuniseerimise määr järk-järgult langenud. Immuniseerimine hooajalise gripi vastu, mida riik ei rahasta, on märkimisväärselt madal: 2011. aastal 1,3% kogu elanikkonnast (Terviseamet, 2012).

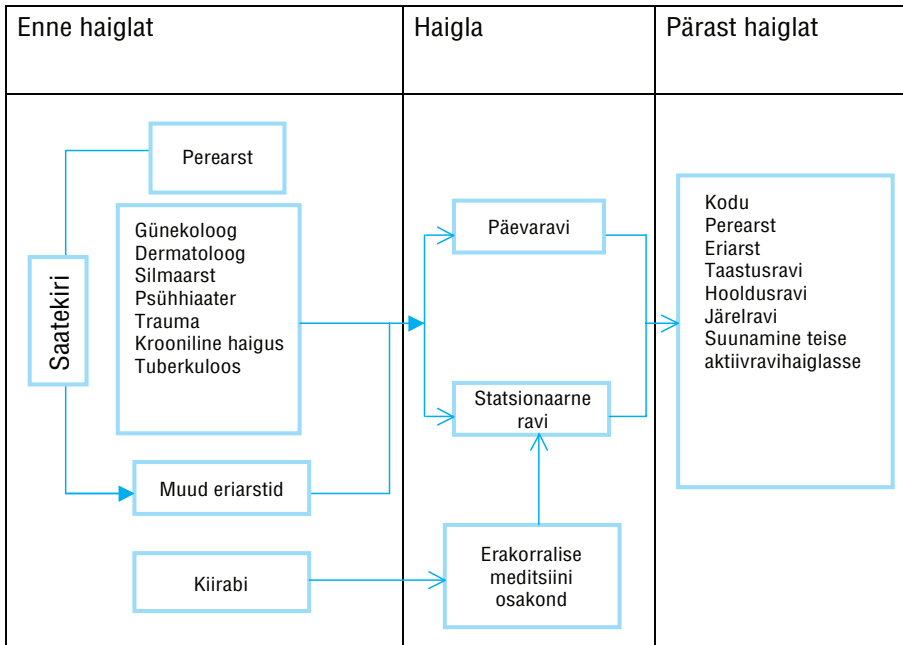
Osapoolte piiratud arvu tõttu ei ole rahvatervise teenuste osutamise suutlikkus piisav (vt ka jaotis 2.3). See pärsib tõsiselt teenustega hõlmatus ja nende kättesaadavust ning halvendab selliste teenuste kvaliteeti. Tervise Arengu Instituut on siiski rakendanud kvaliteedi parandamiseks meetmeid, pakkudes HIVi ja narkomaania ennetusteenuste osutajatele regulaarselt koolitus-, supervisiooni- ja mentorlusvõimalusi.

5.2 Patsiendi ravikäsitlus

Patsiendi ravikäsitlus on patsiendi liikumine esimesest kokkupuutepunktist tervisesüsteemiga suunamise kaudu kuni ravi lõppemiseni. Esimene kontaktisik, kellega patsient tervisesüsteemis kokku puutub, on tavaliselt perearst, kelle nimistusse patsient on kantud. Perearstidel on osaline väravavahi roll. Patsiendid vajavad perearsti saatekirja enamiku eriarstide juurde ja haiglaravile pääsemiseks juhul, kui ei ole tegemist erakorralise abiga. Olenevalt probleemist võib ravikäsitlus olla erinev, sest mõne spetsialisti juurde pääseb otse, ilma suunamiseta (joonis 5.1).

Joonis 5.1

Eesti tervisesüsteemis kasutatavad ravikäsitlused



Allikas: Sagan et al., 2011 (kohandatud).

Kui on vaja haigla- või päevaravi, väljastab perearst või eriarst saatekirja. Erakorralise abi vajaduse korral ei pruugi patsiendid perearsti või muu spetsialisti juurde aga sattuda. Enamik haigla- või päevaravipatsiente siirdub haiglast lahkudes koju. Mõne patsiendi puhul võib osutuda vajalikuks jätkata ravi taastusraviüksuses või kutsuda ta pere- või eriarsti juurde kodusvisiidile. Mõnel keerulisel juhul saadetakse või viiakse patsiendid üle teise aktiivravihaiglasse.

Hambaravi hüvitatakse lastele ja kuni 19-aastastele noorukitele, kuid vaid nende teenuseosutajate juures, kellel on leping haigekassaga. Et täiskasvanute hambaravi ei hüvitata, on patsientidel võimalik valida paljude teenuseosutajate vahel.

Lisaks on konkreetsed ravikäsitlused ette nähtud vähihaigete puhul. Praeguseks on välja töötatud ka ravikäsitlused patsientidele, kellel on günekoloogilised vähkkasvajad. Sotsiaalministeerium kavatses sellised käsitlused välja arendada ka kardioloogiliste probleemide puhul.

5.3 Üld-/ambulatoorne arstiabi

Enne iseseisvuse saavutamist iseloomustas Eesti tervishoiusüsteemi eriarstiabi osutavate asutuste lai võrgustik ja üldarstiabi ebaühtlane tase, kus toimis täiskasvanute, laste ja naiste polikliinikute kolmiksüsteem. Polikliinikutes töötasid sisehaiguste arstid, pediaatrid, günekoloogid ja teiste alamerialade spetsialistid. Üldarstiabi osutavad arstid tegutsesid pigem eriarstile konsultatsioonile suunajatena kui väravavahtidena. Samal ajal oli inimestel otsene ja tasuta juurdepääs erakorralisele arstiabile ja eriarstiabi teenustele ambulatooriumides ja haiglates. Kõik haiglad ja üldarstiabi osutavad üksused olid riigi omandis ja tervishoiutöötajad olid palgatöötajad avalikus teenistuses. Esmatasandil töötavatel arstidel oli eriarstidega võrreldes madalam ühiskondlik staatus ja palk. Põhitähelepanu süsteemis oli suunatud ravile. Eriarstiabi struktuuride ülemäära suur arv ei olnud rahaliselt jätkusuutlik (Atun *et al.*, 2006).

Perearstiabi reform algas 1991. aastal eesmärgiga arendada välja perearstikeskne üldarstiabisüsteem ja luua perearstiabi eriala. 1992. aastal alustati perearstiks ümberõppe kursusi Tartu Ülikoolis. 1993. aastal nimetati perearstiabi arstlikuks erialaks ning seati sisse uus kolmeaastase kestusega residentuuriprogramm peremeditsiini erialal. Alates 2003. aastast kasutatakse perearstide koolitamiseks ainult kolmeaastast residentuuriprogrammi.

2001. aastal vastu võetud tervishoiuteenuste korraldamise seadusega nähti esmase kokkupuutepunktina tervisesüsteemiga ette üldarstiabi, mida osutavad iseseisvad perearstid. Igal perearstil on teeninduspiirkond (kohaliku omavalitsuse piirkond), mille kehtestab Terviseamet (enne 2013. aastat maavanem), ja oma nimistu. Tervishoiuteenuste korraldamise seaduses ja Sotsiaalministeeriumi vastavates määrustes määratakse kindlaks perearsti ja pereõdede kohustused. Seaduses määratletakse perearstid kui Eesti Haigekassaga lepingu sõlminud iseseisvad arstid. Seaduse kohaselt on perearstid eraomanikud ja võivad tegutseda füüsilisest isikust ettevõtjana või asutada äriühingu. Üldarstiabi osutav äriühing võib ühineda ainult teise üldarstiabi osutava äriühinguga, kuid ei või olla eriarstiabi osutavate ettevõtete osanik ega aktsionär. Alates 2008. aastast võib kohalik omavalitsusüksus tegutseda üldarstiabi osutava ettevõtte osaniku või aktsionärina. Samuti kirjeldati seaduses perearsti tegevust, õendusabi, sotsiaalteenuseid ning tervishoiualast õppe- ja teadustööd.

Enamikul nimistuga perearstidest on Eesti Haigekassaga leping. 2011. aastal oli Eestis 802 perearstinimistut (Eesti Haigekassa, 2012b). Ajavahemikul 1998–2002 tõusis soolopraksiste arv 2000. aastal 87%-ni, kuid vähenes 2002. aastal 72%-ni (Atun, 2004) ja 2011. aastal 44%-ni (Eesti Haigekassa töötajate esitatud andmed). Perearstipraksiste ühinemine grupipraksisteks on kooskõlas teistes arenenud riikides toimuvaga, kus perearstiabi tegevusulatus ulatub kaugemale eriarstide konsultatsioonile suunaja rollist, et võtta patsiendi ravi juhtimise eest üha suurem vastutus (Atun, 2004).

Peararsti nimistus ei saa olla üle 2000 ega alla 1200 isiku. 2011. aastal sisaldas 24% nimistutest üle 2000 isiku (Eesti Haigekassa, 2012b) ning see protsent ei ole viimastel aastatel muutunud. 2000 isikuni jõudmisel tuleb kõikide nimistusse kantud isikute teenindamiseks palgata abiarst. Tervishoiukorralduse seaduse 2013. aasta muudatusega kehtestati üldarstiabi parema kättesaadavuse tagamiseks tingimused nendeks puhkudeks, kui nimistusse kantud isikute koguarv ületab 2000. Muudatuse kohaselt võib abiarstina tööle võtta iga arsti olemata sellest, kas ta on läbinud spetsiaalse perearstikoolituse või mitte.

Ülevaate koostamise ajal kuulub nimistutesse keskmiselt 1750 isikut (Eesti Haigekassa töötajate esitatud andmed). Patsientidel on igal ajal õigus perearsti vahetada, esitades selleks uuele perearstile kirjaliku avalduse. Kirjalik avaldus on vajalik ka juhul, kui patsient soovib nimistust lahkuda. Perearst võib keelduda isiku registreerimisest juhul, kui nimistusse kantud isikute arv ületab 2000 piiri, ja juhul, kui patsiendi elukoht ei asu tema teeninduspiirkonnas. Uut isikut võib aga registreerida, kui nimistus on juba taotleja perekonnaliige, näiteks kui ema registreerib oma vastsündinud lapse.

Geograafiliselt asub kõigist perearstidest 77% linnades ja 23% maapiirkondades. See suhtarv ei ole viimastel aastatel muutunud (Eesti Haigekassa töötajate esitatud andmed).

Kõik perearstid peavad töötama koos vähemalt ühe pereõega, seda vaatamata koolitatud pereõdede vähesusele. Selle nõude täitmist toetab Eesti Haigekassa poolt pearahale rakendatav koefitsient 0,8, mida arvestatakse perearstidele, kes töötavad ilma pereõeta: 2011. aastal oli neid 802 perearstist 5 (Eesti Haigekassa töötajate esitatud andmed). Alates 2013. aastast tasub Eesti Haigekassa teise pereõe eest, kui tal on iseseisvaks tööks eraldi kabinet.

Määrustega kehtestatakse ka praktilise miinimumstandardid (ruumide, sisseseade ja aparatuuri kohta) ning järelevalvet nende täitmise üle teeb Terviseamet ja mõnel juhul Eesti Haigekassa. Esmatasandil osutatavate teenuste

ulatus ja funktsioonid on kehtestatud sotsiaalministri määrusega. Määrustes on üksikasjalikult sätestatud uuringud ja protseduurid, mida perearstid peaksid Eesti Haigekassaga sõlmitud lepingu raames osutama või tegema.

Lepingu üldtingimustes lepivad kokku Eesti Haigekassa ja Eesti Perearstide Selts. Enne kalendriaasta algust sõlmivad Eesti Haigekassa piirkondlikud osakonnad perearstidega lepingud. Lepingu rahalised lisad vaadatakse üle neli korda aastas perearstide nimistutes toimunud muudatuste alusel (vt jaotis 3.3.4).

Perearstiabi mudelit toetab tasustamissüsteem. Perearstidele tasutakse kombineeritud rahastamissüsteemi alusel, mis koosneb igakuisest baasrahast, pearahast, uuringufondi tasust ja lisatasust, mille suurus sõltub vahemaast lähima haiglani, ning tulemustasust (vt ka jaotis 3.7.1).

Üldarstiabi kättesaadavust ja kvaliteeti jälgivad Sotsiaalministeerium, Terviseamet ja Eesti Haigekassa. Perearstidel peab olema vähemalt 20 vastuvõtutundi nädalas. Vastuvõtuajad peavad olema igal tööpäeval ajavahemikus 8.00–18.00 ning perearsti tegevuskoht peab olema avatud tööpäeviti vähemalt kaheksa tundi, millest vähemalt ühel päeval nädalas kuni kella 18.00ni. Pereõe iseseisvat vastuvõtuaega on 2010. aastast alates suurendatud 10 tunnilt nädalas 20-le (2013). Sotsiaalministri määruse kohaselt peavad ägeda haigusega patsiendid saama perearsti juurde samal päeval ja kroonilise haigusega patsiendid viie tööpäeva jooksul. Perearstidelt kogutud andmete põhjal pääsesid 2011. aastal ägeda haigusega patsientidest perearsti vastuvõtule samal päeval 99,5%, mis on sarnane eelmise aasta andmetega. Kroonilise haigusega patsientidest said perearsti vastuvõtule kehtestatud viiepäevase aja jooksul 99% (Eesti Haigekassa töötajate esitatud andmed).

2005. aastast alates on perearsti nõuandetelefon elanikele kättesaadav 24 tundi ööpäevas, 7 päeva nädalas ja 365 päeva aastas. Eesmärk on tagada võimalus saada tervisealast nõu, kui perearstipraksised on suletud, ning vähendada erakorralise meditsiini osakondade ja kiirabi koormust. Teenus on kättesaadav kõigile, olenemata ravikindlustuse olemasolust või elukohast. Vastuvõetud kõnede arv on võrreldes 2005. aastaga suurenenud keskmiselt 380 kõnelt 24 tunni jooksul (Eesti Haigekassa, 2006) keskmiselt 595 kõnele 24 tunni jooksul 2011. aastal (Eesti Haigekassa, 2012b). Teenus on esimesed viis minutit kasutajale tasuta. Üldsuse teadlikkus teenusest on paranenud. Väljaspool tööaega teenust kasutanud inimeste osatähtsus suurenes 4%-lt 2006. aastal 18%-ni 2011. aastal (Saar Poll, 2011). Kõne peamine põhjus oli seotud terviseprobleemiga, 1% kõnedest puudutas korraldusküsimusi.

Perearstid täidavad Eestis värvavahi rolli vaid osaliselt, kontrollides pääsu suurema osa eriarstide juurde. Patsiendid vajavad perearsti saatekirja enamiku eriarstide juurde ja haiglaravile pääsemiseks juhul, kui ei ole tegemist erakorralise abiga (vt jaotis 5.2). Kui perearst oli saatekirja väljastanud, sai patsient kuni 2012. aastani eriarsti korduvalt külastada. Alates 2012. aastast saavad eriarsti juures ilma suunamiseta käia vaid rasket haigust põdevad ja erijälgimist vajavad patsiendid. Muudatuse mõte oli suurendada perearsti rolli haiguste jälgijana.

Patsiendid peavad tasuma iga perearsti saatekirjata tehtud külastuse eest eriarsti juurde. On ka erandeid, näiteks pääsevad patsiendid perearsti suunamiseta järgmiste eriarstide vastuvõtule: oftalmoloogid, dermatoveneroloogid, günekoloogid, psühhiaatrid, stomatoloogid, pulmonoloogid (tuberkuloosi korral) ja eriarstid traumade ravi korral.

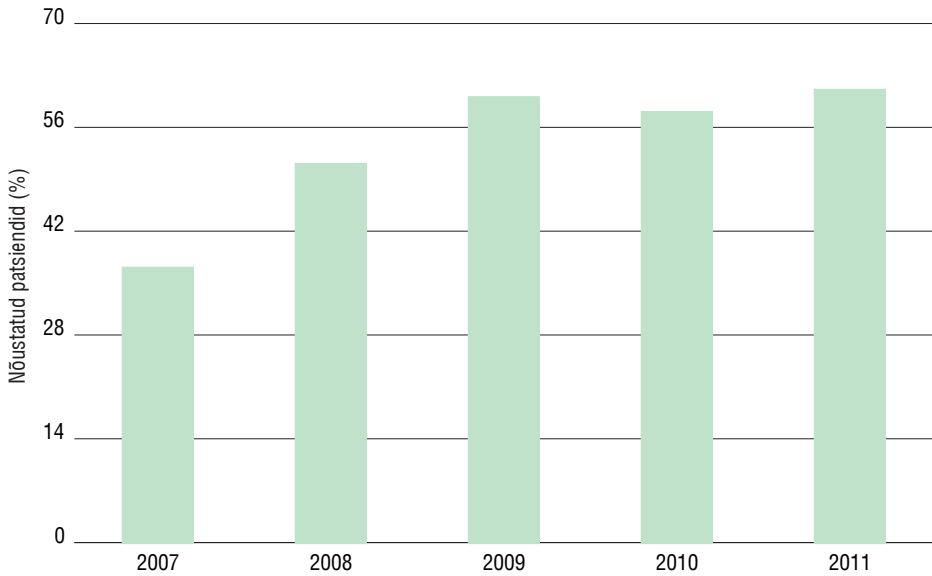
Ehkki krooniliste haigustega patsientidel on mõnel juhul juurdepääs eriarstidele ilma suunamiseta, näitab üldarstiabi efektiivsuse analüüs nihet eriarstiabilt üldarstiabile. See on ühtlasi seotud 2006. aastal kasutusele võetud perearstide kvaliteedisüsteemiga (vt ka jaotis 3.7.1).

Kvaliteedisüsteemis osalevate perearstide patsiendid on ennetustegevuse ja krooniliste haiguste süstemaatilise jälgimisega paremini hõlmatud (Eesti Haigekassa, 2012b). Selle tulemusena hoitakse rohkem kroonilisi haigusi kontrolli all just üldarstiabisüsteemis: perearsti visiitide arv kasvab ning suunamiste ja haiglaravi juhtude arv väheneb.

Pereõde roll perearsti meeskonnas on saanud väga tähtsaks. Aja jooksul on näiteks krooniliste tervisehäiretega patsientide, rasedate ja tervete vastsündinutega tegelemisel nihkunud vastutus perearstilt pereõele, mis on suurendanud nõudlust koolitatud õdede järele. 2007. aastal lisati kvaliteedisüsteemi indikaatorid, mille abil hinnata, kuidas pereõde on nõustanud kõrgvererõhktõve ja diabeediga patsiente. Pereõded saavad nõu anda haiguse algusjärgus, kui positiivne mõju on kõige suurem. See peaks tagama krooniliste haiguste tõhusama jälgimise ja parandama ravitulemusi. Joonisel 5.2 on näha, kuidas pereõdede poolt nõustatud II tüüpi diabeediga patsientide osatähtsus on kasvanud vaid 37%-lt diabeetikute koguarvust 2007. aastal 61%-ni 2011. aastal.

Joonis 5.2

Pereõdede poolt nõustatud II tüüpi diabeediga patsientide hõlmatus, 2007–2011

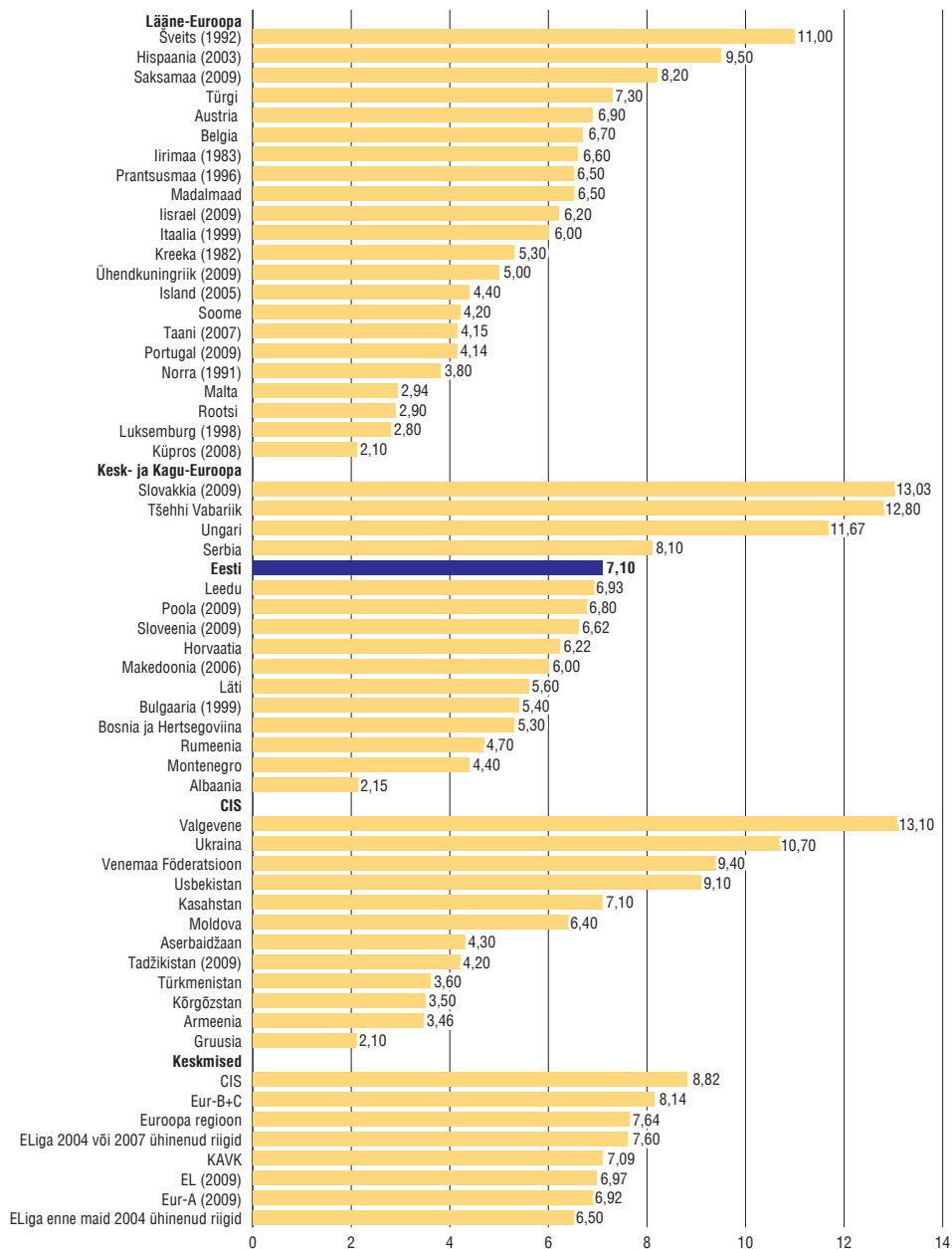


Allikas: Eesti Haigekassa, 2012b.

Perearstivisiidid moodustasid Eestis 2011. aastal 49% umbes 8,3 miljonist toimunud ambulatoorsest vastuvõtust (TAI, 2013). Euroopa Liidu seisukohast jääb ambulatoorsete vastuvõttude arv Eestis inimese kohta aastas (7,1) EL 15 (6,5) ja EL 12 (7,6) näitajate vahele (joonis 5.3).

Joonis 5.3

Ambulatoorsed vastuvõttud ühe isiku kohta WHO Euroopa regioonis, 2010. aastal või aastal, mille kohta on andmed kättesaadavad



Allikas: WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2013.

Märkused: KAVK: Kesk-Aasia vabariigid ja Kasahstan; SRÜ: Sõltumatute Riikide Ühendus; Eur-A, B, C: WHO uusimas liikmesriikide loetelus loetletud piirkonnad; EJMV: Endine Jugoslaavia Makedoonia Vabariik.

Üldarstiabi probleemid on seotud infrastruktuuriga, mis vajab kapitaliinvesteeringuid, et viia perearstiabikeskused tasemele, mis võimaldaks neil osutada laiendatud üldarstiabiteenuseid. See peaks aitama kaasa teatud teenuste liikumisel eriarstiabist üldarstiabisse. Viimastel aastal on suurimaks probleemiks jäänud töötajate nappus: perearste ja -õdesid (vt jaotis 4.2) ei ole piisavalt eriti maapiirkondades, kus stiimulite puudumine takistab tervishoiutöötajate motiveerimist.

5.4 Eriarstiabi/haiglaravi

Enne 1990. aastaid iseloomustas Eesti tervisesüsteemi eriarstiabi teenuseid osutavate raviasutuste (polikliinikute) ulatuslik võrgustik. Süsteem oli keskendunud ravimisele, mida toetas lai haiglavõrk. Alates 1990. aastate algusest on eriarstiabi osutamine Eestis põhjalikult ümber korraldatud. 1992. aastal, pärast ravikindlustussüsteemi rakendamist ning autonoomsete teenusteosutajate tekkimist, lakkasid tervishoiutöötajad olemast avalikud teenistujad, kaotasid oma riigiteenistuja staatuse ning hakkasid töötama eraõiguslike töösuhete alusel.

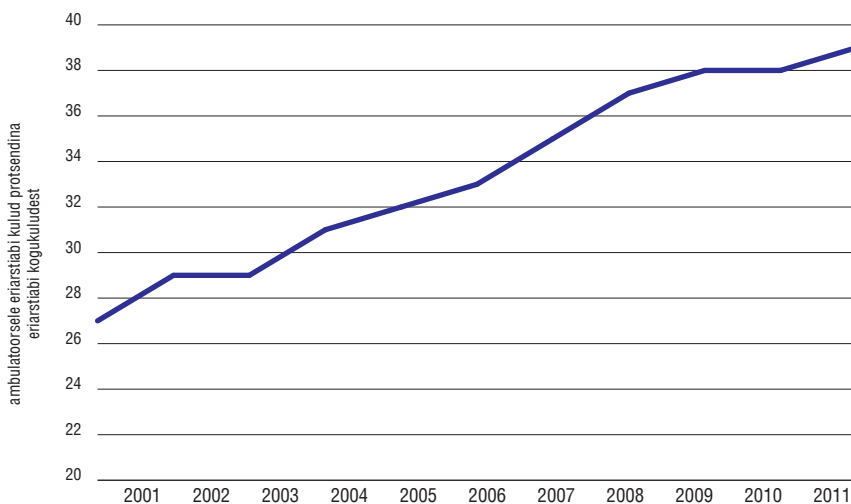
Haiglavõrgu ümberkorraldamise vajaduse tingis aktiivravihaiglate voodikohtade liiga suur arv, madal voodihõive, ambulatoorsete teenuste (sealhulgas päevaraviteenused) vähene osatähtsus ning liiga kõrge keskmine haiglas viibimine aktiivravi korral. Haiglate tegevuslubade väljastamise süsteemi kehtestamine 1990. aastate keskel, haiglate liitumine alates 1999. aastast ning haiglate arengukava kohandamine tõid kaasa aktiivravivoodite arvu vähendamise.

Vastavalt Eesti Haigekassa andmetele on ajavahemikul 2001–2011 tehtud kulutused ambulatoorsele ravile (sealhulgas päevaraviteenustele) osatähtsusega eriarstiabi kogukuludest märgatavalt suurenenud: 27%-lt 2001. aastal 39%-ni 2011. aastal (joonis 5.4). Siiski on statsionaarse ravi asendamiseks ambulatoorsega arenguruumi (vt ka jaotis 5.4.1).

Alates 2001. aastast on haiglate omandivorm, õiguslik seisund ja valitsemine selgelt määratletud. Haiglasektoris domineerivad avaliku sektori haiglad, enamik haiglaid on riigi, kohalike omavalitsuste või avalik-õiguslike juriidiliste isikute omandis. Paljudel juhtudel on haiglal mitu omanikku, näiteks on haigla omanikuks nii riik kui ka omavalitsus. Kõik haiglad peavad tegutsema eraõiguse alusel aktsiaseltsi või sihtasutustena (vt ka jaotis 4.1).

Joonis 5.4

Kulud ambulatoorsele eriarstiabile protsendina eriarstiabi kogukuludest, 2001–2011



Allikad: Eesti Haigekassa, 2003, 2004, 2005, 2006, 2008, 2010, 2012b.

Haiglate valitsemisstruktuuris jõuti kokkuleppele 2001. aastal ning sellest alates kasutatakse kahetasandilist juhtimismudelit (juhatus ja nõukogu). Haigla omanikud või asutajad nimetavad ametisse nõukogu liikmed. Nõukogu ülesandeks loetakse „avalike huvide kaitsmist” ning nõukogu vastutab strateegilise juhtimise ja juhatuse järelevalve eest. Iga haigla nõukogusse kuuluvad sageli kohalikku omavalitsust esindavad tegevpoliitikud (ehkki viimasel ajal on mõni poliitik otsustanud haigla juhtorganitesse saata erialainimese). Juhatuse esimehe määrab ametisse nõukogu ning juhatuse liikmed määrab kas juhatuse esimees või nõukogu. Juhatuse vastutab haigla juhtimise eest vastavalt nõukogu suunistele (Habicht, Habicht ja Jesse, 2011).

Eesti haiglad jagunevad vastavalt teeninduspiirkonnale, osutatavatele teenustele ja/või haigla asukohale piirkondlikeks haiglateks, keskhaiaglateks, üldhaiaglateks, kohalikeks haiglateks, erihaiaglateks, taastusravihaiaglateks ja hooldusravihaiaglateks. Haiglate geograafiline asukoht on valitud nii, et tagada arstiabi kättesaadavus kõigile 70 km või ühe tunni autosõidu kaugusel. Iga haiglaliigi kohta on sotsiaalministri määrusega kehtestatud erinõuded, nagu osutatavate teenuste loetelu ja ulatus ning palateid, seadmeid ja töötajaid käsitlevad normid.

Piirkondlikud haiglad osutavad kõiki tervishoiuteenuseid. Keskhaiaglad osutavad enamikku teenuseid, kuid mõnda teenust, näiteks kardiokirurgia, neurokirurgia ja teatavad onkoloogiasteenused, ei osutata. Üldhaiaglad

osutavad 24/7 erakorralist arstiabi, samuti intensiivravi ning teatud kirurgia ja sisehaiguste eriala teenuseid. Kohalikud haiglad osutavad ööpäevaringset erakorralist arstiabi, kuid ei tee operatsioone.

Ambulatoorset eriarstiabi osutatakse tervisekeskustes, haiglate ambulatoorsetes osakondades ja iseseisvates eriarstipraksistes. Ambulatoorse eriarstiabi osutajad võivad olla äriühingud või füüsilisest isikust ettevõtjad. Eesti Haigekassa ja haiglate vaheline suhe põhineb lepingutel ja nii avalik-õiguslikel kui ka eraõiguslikel teenuseosutajatel võivad olla lepingud Eesti Haigekassaga. Eesti Haigekassal on õigus tervishoiuteenuse osutajatega valikuliselt lepinguid sõlmida, kuid ta peab lepingu sõlmima kõigi haiglavõrgu arengukava haiglatega (vt ka jaotis 3.3.4). Valitud partneritega sõlmitakse kolmeaastased, haiglavõrgu arengukava haiglatega viieaastased lepingud. Lepingute rahalised lisad vaadatakse aga üle igal aastal. Haiglate ambulatoorsetes ja statsionaarsetes osakondades töötav personal on palgatöötajad.

2011. aastal oli 167 erinevat statsionaarse või ambulatoorse eriarstiabi (sealhulgas päevaravi) teenuste osutajat, kes olid sõlminud Eesti Haigekassaga lepingu (Eesti Haigekassa, 2012b); neist 165 osutas ambulatoorset eriarstiabi, 31 haiglaravi ja 37 päevaraviteenuseid. Kui tervishoiuteenuste osutajatel ei ole Eesti Haigekassaga lepingut, peab patsient tasuma osutatud tervishoiuteenuste eest täismahus. Plaanilise patsiendina eriarstide ambulatoorsele vastuvõtule pääsemiseks vajatakse üldjuhul saatekirja. Mõne eriarsti ambulatoorsele vastuvõtule pääseb aga otse, ilma perearsti suunamiseta (vt jaotised 5.2 ja 5.3).

Tervishoiuteenuste kättesaadavust reguleeritakse sotsiaalministri määrusega. Nõuded tervishoiuteenuste kättesaadavusele määratletakse ravijärjekorra maksimumpikkusega. Otsustamine ambulatoorse eriarstiabi, päevaravi ja haiglaravi järjekordade pikkuse üle, mida esmakordselt tehti 2001. aastal, delegeeriti 2002. aastal Eesti Haigekassa nõukogule ning need otsused vaadatakse regulaarselt läbi. Viimasel läbivaatamisel 2009. aastal otsustati majanduslanguse mõjude leevendamiseks rakendada ulatuslikumat kulude ohjamise paketti, mille tulemusena ravijärjekorrad pikenesid. Ülevaate kirjutamise ajal olid eriarstiabi ravijärjekorra maksimumpikkused järgmised: kuus nädalat ambulatoorse eriarstiabi puhul ja kaheksa kuud haiglaravi ning päevakirurgilise ravi puhul. Teatavate teenuste puhul on ravijärjekorra maksimumpikkused pikemad, näiteks poolteist aastat katarakti operatsiooni, kaks ja pool aastat suurte liigeste endoproteeside paigaldamise, kaks aastat kuni 18-aastaste laste ja noorte otolarüngoloogiliste operatsioonide, üks aasta sisekõrva implantaadi ja kaheksa kuud kardiokirurgiliste operatsioonide puhul. Eesti Haigekassa on püstitanud eesmärgi hallata ravijärjekordi koostöös

partneritega vastavalt lepingu(te)s määratletud tingimustele. Ravijärjekordade nõuetekohane haldamine suurendab kindlustatute juurdepääsu arstiabile. Eesti Haigekassa kogub andmeid ravijärjekordade kohta erialati (mõnel juhul protseduuride lõikes) teenuseosutajatelt kvartaalselt (haiglavõrgu arengukava haiglatelt igakuiselt). Neid andmeid jälgivad haigekassa piirkondlikud osakonnad ning lepingumahtu muudetakse, kui kindlustatuid ei ole ravitud kehtestatud tähtaja jooksul. 2006., 2007. ja 2011. aasta lõpus eraldati näiteks lisavahendid ravijärjekordade lühendamiseks probleemsetes valdkondades ja erialadel. Mõju ravijärjekordadele oli ajutine ning see ei teinud arstiabi püsivalt kättesaadavamaks: 22% patsiente pidi eriarstile pääsemist ootama 2012. aastal üle kahe kuu võrreldes 14%-ga 2011. aastal ja 11%-ga 2010. aastal (Eesti Haigekassa ja Sotsiaalministeerium, 2013).

2011. ja 2012. aastal korraldatud Eesti Haigekassa uuringute (Eesti Haigekassa, 2013) kohaselt takistas õigeaegset ravile pääsemist pigem mõne valdkonna arstide puudus kui rahaliste vahendite nappus. Septembris 2012 korraldatud uuringu (Eesti Haigekassa, 2013c) kohaselt olid teenuste kättesaadavuse probleemid suuremad ambulatoorse eriarstiabi mõnes valdkonnas, nagu näiteks neuroloogia, dermatoveneroloogia, uroloogia ja otorinolarüngoloogia. Haiglate vahel oli suuri erinevusi. Andmeid ravijärjekordade kohta uuendatakse regulaarselt, patsiendid võivad liikuda lühemasse järjekorda.

Tervishoiuteenuste ja nende osutajate kvaliteeti jälgivad erialaühendused ja Terviseamet. Peale selle korraldab Eesti Haigekassa regulaarselt teenuste osutamise ja kliinilise praktika auditeid ja sihtvalikuid, et hinnata vastavus asjaomastele õigusaktidele, kliinilistele ravijuhenditele ja parimatele praktikatele. Auditite tulemusi arutatakse teenuseosutajate ja tervishoiutöötajatega tagasisidekohtumistel, kuhu kaasatakse ka ministeeriumi ja muude asjaomaste organisatsioonide esindajad, võimaldades neil arutada laiemas kontekstis kõiki auditi jooksul esilekerkinud probleeme.

Ohutuse ja tõhususe hindamiseks on haiglad asutanud Eesti Haigekassa toel tööühmi. Tööühmad töötavad välja mõõdetavaid näitajaid, mis peaksid võimaldama organisatsioonisisest järelevalvet ja tulemuste võrdlust teiste Eesti või välisriikide haiglatega. Tööühma kuuluvad haiglad on osalenud WHO väljatöötatud haiglate tegevuse hindamise metoodika projektis (Eesti Haigekassa, 2012b).

Eesti Haigekassa algatas 2010. aastal Eesti kliiniliste ravijuhendite välja-töötamise süsteemi hindamise ja ajakohastamise (vt ka jaotis 2.8.2).

5.4.1 Päevaravi

Päevaravi tähendab, et patsiendid tulevad haiglasse või päevaraviosakonda protseduuridele ning lähevad samal päeval koju. Päevaravina käsitatakse Eestis plaanilist ravi, mille puhul tuleb haiglas või päevaraviosakonnas viibida vähemalt neli tundi. Ravi teostatakse samal päeval, vajadust patsiendi ööbimiseks haiglas ei ole. Päevaravi osutavad haiglad ja ambulatoorse eriarstiabi osutajad, kellel on Terviseameti väljastatud päevaravi osutamise tegevusluba. Ligikaudu 70% päevaravi juhtumitest on seotud päevakirurgiaga (Eesti Haigekassa, 2011a), alates lokaalanesteesias teostatavatest väiksematest operatsioonidest kuni üldnarkoosis teostatavate suurte operatsioonideni. Sagedamini päevakirurgias teostatavate protseduuride hulka kuuluvad meditsiiniline abort, adenoidektoomia, healoomuliste kasvaja kirurgiline eemaldamine, artroskoopia ja tonsillektoomia. Päevakirurgia on kõige enam arenenud valdkond oftalmoloogia erialal, kus enamik katarakti operatsioone tehakse päevakirurgias. Teistel erialadel oleneb päevakirurgia kasutamine aga konkreetse teenuseosutaja eelistustest. Näiteks 2010. aastal tehti 20% songaoperatsioone päevakirurgias, kuid eri haiglate puhul jäi see 0 ja 100% vahele (Eesti Haigekassa, 2010). Lisaks kirurgilistele protseduuridele hõlmab päevaravi ka teatavaid mittekirurgilisi protseduure, näiteks hemodialüüs, keemiaravi ja erinevad diagnostilised protseduurid.

Päevaravi rahastatakse peamiselt Eesti Haigekassaga sõlmitud lepingute kaudu (vt jaotis 3.3.4). Mõnes valdkonnas on teenuseosutajad asutanud erapraksised ega ole Eesti Haigekassaga lepingut sõlminud: seetõttu maksavad patsiendid ise oma ravi eest täishinna. Tänu kirurgilise tehnika ja tehnoloogia arengule on lai valik protseduure, mida on võimalik kasutada päevakirurgias.

Päevaravi ja -kirurgia osutamise stimuleerimisteks hakati 2002. aastal päevaravi rahastama eraldi ambulatoorsest ja haiglaravist. 2004. aastal võttis Eesti Haigekassa efektiivsuse suurendamiseks kasutusele strateegilise ostmise. Päevaraviteenuste maht määratakse kindlaks tervishoiuteenuste osutajatega sõlmitud lepingu(te) rahalistes lisades. Aastate jooksul on päevaraviteenuste maht pidevalt kasvanud. Aastatel 2004–2011 päevaravi juhtude arv peaaegu kahekordistus (kasvades 96%), vaatamata sellele, et 2008.–2010. aastal toimus vähenemine. 2011. aastal moodustas päevaravi 30% operatsioonide koguarvust.

Kokkuvõttes on statsionaarsete operatsioonide üleviimiseks päevaravisse veel arenguruumi. Näiteks on võimalik suurendada päevaravi osatähtsust veenilaiendite operatsioonide, laparoskoopiliste protseduuride, mitmesuguste ortopeediliste ja günekoloogiliste operatsioonide ning muude protseduuride puhul. Kuid selline muutus ei saa toimuda üleöö. Päevakirurgia parandamise

eeltingimus on sobivate patsientide valik, operatsiooniks ettevalmistamine ja patsiendi valmisolek operatsioonijärgsete ravisoovituste järgimiseks. Lisaks on vaja muuta teenuseosutajate töökorraldust ja infrastruktuuri, samuti tervishoiutöötajate ja patsientide suhtumist ja arvamust.

5.5 Kiirabiteenused

Eestis defineeritakse kiirabi kui ambulatoorset tervishoiuteenust eluohtriku haigestumise, vigastuse või mürgistuse esmaseks diagnoosimiseks ja raviks ning vajaduse korral abivajaja transpordiks haiglasse. Kiirabi korraldus Eestis pärines nõukogude süsteemist, mis pööras suurt tähelepanu kiirabibrigaadi poolt osutatavale haiglaelsele abile. Selline süsteem, mis oli tavapärane ka teistes Ida-Euroopa riikides, hõlmab kombineeritud mudelit, milles kiirabil oli topeltroll: diagnoosida ja osutada kohapealset ravi ning transportida patsient haiglasse. Sellest ajast on kiirabiteenuses toimunud mitu muudatust. Alates 1990. aastate algusest kuni 1997. aastani rahastasid kindlustatutele pakutavaid kiirabiteenuseid piirkondlikud haigekassad, samal ajal kui kindlustamata inimestele pakutavaid teenuseid rahastati riigieelarvest. 1997. aastal tsentraliseeriti rahastamine Keskhaigekassasse, kuid kaetus teenustega oli endiselt seotud kindlustuskaitse olemasoluga. Alates 1998. aastast rahastatakse kõiki kiirabiteenuseid riigieelarvest. See tagab kõikidele isikutele (nii Eesti kodanikele kui ka ajutistelt Eestis viibivatele isikutele) õiguse saada kiirabiteenuseid. 2002. aastal nihkus vastutus kiirabiteenuste rahastamise ja kontrolli eest Sotsiaalministeeriumilt Tervishoiuametile, jäädes Sotsiaalministeeriumi järelevalve alla.

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus kehtestas kiirabiteenuste õigusliku raamistiku. Kiirabibrigaadi pidajal peab olema Terviseameti antud tegevusluba ning ta võib olla äriühing, füüsilisest isikust ettevõtja, sihtasutus, riigi või kohaliku omavalitsuse asutus. Kiirabibrigaadi pidaval juriidilisel isikul ei või olla teist tegevusala peale kiirabiteenuse osutamise. Haiglatele nimetatud piirang ei kehti. 2011. aastal oli 50% kõikidest kiirabibrigaadidest haiglate omandis ning ülejäänuid pidasid teised õiguslikud omanikud (Terviseamet, 2012). Valitsus kehtestab kiirabi, haiglate, päästeteenistuse ja politseiasutuste koostöö korra; Sotsiaalministeerium kehtestab riigieelarvest rahastatavate kiirabibrigaadide arvu.

Kiirabiteenuseid osutavad 90 kiirabibrigaadi ning neid rahastatakse riigieelarvest Sotsiaalministeeriumi kaudu. Terviseamet vastutab kiirabiteenuste ostmise ja korraldamise eest ning läbirääkimiste eest teenuseosutajatega

lepingute sõlmimiseks. Kiirabi rahastamise aluseks on õdede ja arstide arv ühe kiirabibrigaadi kohta, kuid lõplikud summad otsustatakse (riigi)elarve läbiraäkimiste käigus.

Kiirabivõrk katab kogu Eesti ning selle teenused on kättesaadavad kõikidele kodanikele. Lisaks on haiglates erakorralise meditsiini osakonnad, mille töötajateks on erakorralise meditsiini ja teiste erialade spetsialistid. Kiirabiteenuste kättesaadavust reguleerib Sotsiaalministeerium. Vastavalt määrustele vajatakse ühte kiirabibrigaadi 10 000–15 000 elaniku kohta. Kiirabibrigaad osutab erakorralist abi häirekeskusest saadud väljasõidukorralduse alusel. Iga kõne seatakse vastavalt patsiendi seisundile ja kiirabibrigaadi patsiendi juurde väljasaatmise ajale pingeritta. Eluohtliku seisundi puhul (D- ehk delta-prioriteet) saadetakse brigaad välja ühe minuti jooksul. C(charlie)-prioriteet tähendab, et abivajaja seisund on raske ja võib olla eluohulik ning brigaad saadetakse välja nelja minuti jooksul. B(bravo)- ja A(alpha)-prioriteediga kõnede puhul ei ole abivajaja seisund erakorraline ning brigaad tuleb välja saata kahe tunni jooksul.

Halduslikult kuuluvad kõik häirekeskused Päästeteenistuse struktuuri, mis on iseseisev valitsusasutus Siseministeeriumi haldusalas. Häirekeskuste üks ülesanne on seada kõned pingeritta vastavalt täpsetele juhenditele. Patsiendi kliiniline käsitus kiirabiteenuse kasutamise korral (insult) Eestis on esitatud tahvil 5.1.

Tahvil 5.1 Näide insuldijuhtumi kiirabist Eestis

1. Insuldi saanud mees helistab nädalavahetusel või väljaspool tööaega päästekeskusesse.
2. Kõnele vastab dispetšer, kes seab vastuvõetud kõne vastavalt täpsetele juhenditele pingeritta.
3. Kõrge prioriteetsuse tõttu (insult) saadetakse kiirabibrigaad patsiendile koju.
4. Kiirabibrigaad hindab olukorda, paneb diagnoosi ja osutab kohapealset abi ning viib patsiendi haigla erakorralise meditsiini osakonda.
5. Erakorralise meditsiini osakonnas teeb erakorralise meditsiini spetsialist triaazi.
6. Kuna insult nõuab viivitamatut tähelepanu, jätkatakse ravi kohe.

Teine võimalus on, et patsient läheb (või viiakse pereliikmete, sõprade jne poolt) otse erakorralise meditsiini osakonda ilma päästekeskusesse helistamata (vt jaotis 5.2).

2013. aastal juhtis Eestis 24 kiirabibrigaadi erakorralise meditsiini või intensiivravi erialaarst ning 66 kiirabibrigaadi juhtis erakorralise meditsiini eriala õde. Õde ja kiirabitehnik, kellel on kiirabiauto juhtimise luba, kuuluvad samuti kiirabibrigaadi koosseisu. Mõnel juhul (kvalifitseeritud tööjõu puuduse tõttu maapiirkondades) asendab õde kiirabitehnik. Tallinnas ja Tartus on ka (kardiopulmonaalse) reanimatsiooni brigaadid, kes osutavad kiirabiteenuseid üle kogu riigi. Ajavahemikul 1999–2007 oli kiirabi keskmine külastuste arv aastas ligikaudu 250 000. Viimastel aastatel on visiitide arv pisut kasvanud ning 2011. ja 2012. aastal oli see ligikaudu 273 000 (Terviseamet, 2012). Kiirabiteenuste ja nende osutajate kvaliteeti jälgivad erialaühendused ja Terviseamet.

Kiirabi restruktureerimise kava rakendamist alustati 2013. aasta alguses. Eesmärk oli optimeerida kiirabiteenuste kättesaadavust ja tõhusust, parandades selleks üldarstiabi, haiglate ja kiirabiteenuse sidumist. Kava pälvis olulist üldsuse tähelepanu, sest teenuseosutajate võrgustikus kavandatavate muudatuste tõttu ning uue piirkondliku lähenemise kohaselt teenuste pakkumisele pidi piirkondade arv vähenema 24-lt 10-le. Ümberkorraldatud kiirabiteenused peaksid toimima hakkama 2014. aastal.

5.6 Ravimid

Patsientidele on Eestis kättesaadavad tõendatud kvaliteedi, ohutuse ja efektiivsusega ravimid ning patsientide juurdepääsu retseptiravimitele toetab ravimite hüvitamise süsteem. Eesti ravimisektor on väga sarnane teiste ELi liikmesriikide ravimiturgudega. Tabelis 5.1 esitatakse peamised Eesti ravimisektorit kirjeldavad andmed.

Tabel 5.1

Eesti ravimisektori statistika

	2000	2005	2010
Hulgimüüjad	56	38	44
Jaemüügi apteegid	430	480	486
Haiglaapteegid	49	29	26
Aastas alustatud kliinilised ravimiuuringud	54	78	75
Kõrvaltoimeid käsitlevad teated	41	79	177
Registreeritud ravimpreparaadid, Eestis kehtiv müügiluba	2 565	2 907	4 059
Registreeritud ravimpreparaadid, Euroopas kehtiv müügiluba	–	2 113	1 520
Tegelikult turustatud ravimite protsent registreeritud toodetest	–	47	42
Hüvitatud ravimid (pakendite arv)	–	2 769	1 729
Esitatud hüvitamise taotlused	–	116	134
Piirhindade ja hinnakokkulepetega hõlmatud ravimite protsent kõigist hüvitatud ravimitest	–	31	98

Allikas: Ravimiamet, 2011.

Märkus: „–“: andmed puuduvad.

Ravimite turustamine

Nõukogude perioodil oli Eestis üks ravimitootmisettevõtte (Tallinna Farmaatsiatehas), mis tootis erinevaid geneerilisi ravimeid, sealhulgas süstelahuseid ja salve. 1990. aastatel rajati mitu uut tootmisüksust, kuid alates 2000. aastate algusest tegutseb vaid kaks tootjat. Tallinna Farmaatsiatehas kuulub Grindexi kontsernile ja on spetsialiseerunud välispidistele pooltahketele preparaatile (salvid, kreemid) ning Takeda-Nycomedil on Põlvas geneeriliste ravimite pakendamise üksus. Seega toodab kohalik ravimitööstus Eesti turule vaid mõnda üksikut preparaati.

Peamiste rahvusvaheliste ravimifirmade tütarettevõtted on moodustanud Rahvusvahelise Ravimitootjate Liidu Eestis, mis töötab jõuliselt uute ravimite kiirema kättesaadavuse nimel, püüdes laiendada hüvitatavate ravimite nimekirja.

Ravimite jaemüük on lubatud ainult eraõiguse alusel tegutsevates apteekides. Haiglaapteegid varustavad ravimitega vaid haiglaid. Apteekide arv on aastate jooksul kasvanud hoolimata asjaolust, et uue apteegi asutamine on seotud elanike arvuga kogukonnas. 2010. aastal oli Eestis üks jaeapteek 2800 inimese kohta (Ravimiamet, 2011).

Ravimite hulгимüügiks oli 2006. aastal tegevusluba 44 hulгимüüjal, kuid kolm juhtivat hulгимüüjat katavad ligi 90% ravimiturust (Ravimiamet, 2011). Hulгимüüjad on koondunud Eesti Ravimihulгимüüjate Liitu, mis püüab mõjutada Eesti poliitikakujundajaid eeskätt tegevuslubade ja ravimimüügi õigusaktidega seoses.

80% apteekidest kuulub apteegikettidesse, mida täielikult kontrollivad suuremad hulгимüüjad, kuivõrd tõhusaid piiranguid ühele omanikule kuuluvate apteekide arvuga seoses ei ole kehtestatud. Apteegikettidel on õnnestunud seadusandjat mõjutada ning Eesti seadused näevad hulгимüügis ette 7–10% ja jaemüügis 21–25% juurdehindluse. Selline ettemääratud tulutagatis on maailmas erakordne, kuivõrd kõikides teistes riikides piirab valitsus asjaomas(t) e turustaja(te) kasumit. Alates 2013. aasta aprillist on apteekidel õigus ravimeid müüa ka interneti teel. Ükski muu ravimite turustamise kanal (näiteks arstide kaudu) ei ole seni lubatud, kuid üha rohkem arutletakse võimaluse üle lubada käsimumüügiravimeid turustada ka väljaspool apteeke.

Üle maailma on levimas suundumus, et ravimitootjad lõpetavad ravimite tootmise või turustamise, kuigi ravimile on müügiluba väljastatud, või piiravad konkreetse ravimvormi või toimeaine koguse kättesaadavust. Näiteks turustati Eestis 2010. aastal tegelikult vaid 42% müügiiloaga toodetest (tabel 5.1). See hoogustab ilma müügiiloata ravimite sissevedu ja kasutamist. 2011. aastal esitati ligi 8000 taotlust müügiiloata ravimite kasutamiseks (mis sisaldasid 110 erinevat toimeainet) kas konkreetsete patsientide ravimiseks või kasutamiseks riiklike tuberkuloosi ja HIVi ravi programmide raames. Registreerimata ravimid moodustavad 2% ravimite koguturust Eestis.

Ravimite kasutamine

1990. aastate keskpaigast alates on ravimite kasutamist jälgitud anatoomilis-terapeutilise keemilise koodi ja defineeritud päevadoosi meetodika abil. Kõik hulгимüüjad esitavad oma kvartaalsed ravimimüügi andmed Ravimiametile, kes avaldab selle statistika Ravimiameti veebilehel. Müügiandmeid kogutakse koguseliselt (ravimi defineeritud päevadooside arv 1000 elaniku kohta aastas), ühikutena (pakendite arv) ja vastavalt kulutatud rahale ning see annab üksikasjaliku ülevaate ravimite tarbimise harjumustest ja suundumustest riigis. 2010. aastal ulatus Eestis ravimimüük hulgihindades 194 miljoni euron, mis on 50% kõrgem võrreldes 2005. aastaga ja 169% kõrgem võrreldes 2000. aastaga (Ravimiamet, 2011).

Ravimikulude tõusul on mitu põhjust. Esiteks on vanemad ravimid asendatud tõhusamate, aga kallimate ravimitega; teiseks on kasutusele võetud uued ravimid selliste haiguste ravimiseks, milleks eelnevalt ravi puudus

või ei olnud olemasolevad ravimid Eestis kättesaadavad, ja kolmandaks on kasutatavate ravimite kogused suurenenud. Näiteks on nüüdisaegsete südameveresoonekonna haiguste ravimite kättesaadavus Eestis aastatel 2001–2010 jõudnud Põhjamaadega samale tasemele. Kuid lipiidide taset alandavate ravimite kasutamise kiirest kasvust hoolimata on statiinide kasutamine Eestis OECD riikide seas endiselt madalaim (Ravimiamet, 2011).

HIVi põhjustatud infektsioone ravitakse antiretroviirusravimitega. Nende ravimite tarbimine on Eestis 2005. aastast alates suurenenud kümme korda (Ravimiamet, 2011), samal ajal kui enamikus Euroopa riikides on see püsinud suhteliselt muutumatuna. Praegu tarbitakse neid Eestis kaks korda rohkem kui Põhjamaades. Seda võiski eeldada, kuna Eestis on HIVi esinemissagedus endiselt üks ELi kõrgemaid. HIVi epideemia on nüüdseks jõudnud etappi, kus antiretroviirusravi vajab üha rohkem inimesi. Eelduste kohaselt kasvab antiretroviirusravi saavate patsientide arv veelgi, sest praegu on raviga nõustunud ja seda saab alla poole HIV-positiivsetest patsientidest.

Üks viimaseid ravimisektori muudatusi Eestis on olnud e-retseptide arendamine ja kasutuselevõtt alates 2010. aastast. See hõlmab digitaalsete retseptide väljakirjutamist ja ravimite jaemüüki. Reform viidi läbi tihedas koostöös teiste suuremate e-tervise algatustega (vt täpsemalt jaotis 2.7).

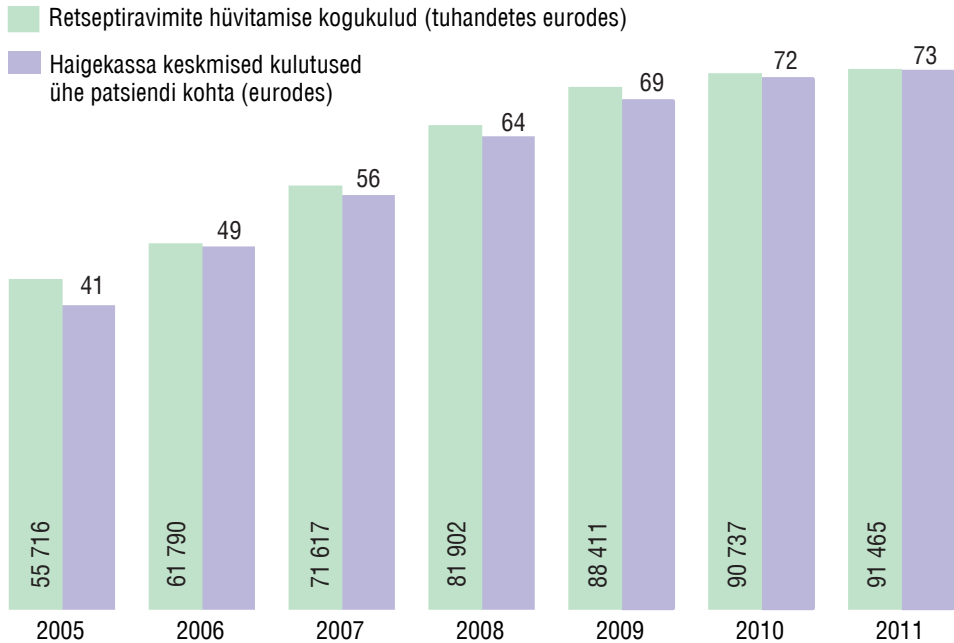
Kulude ohjamise meetmed

Kui kuni 1992. aastani oli peamine probleem tõhusate ravimite puudus, siis alates 1990. aastate lõpust on suurim probleem ravimikulude tõus. Ravimikulud suurenesid Eesti Haigekassa eelarve teistest kuludest (tervishoiuteenuste hüvitised) kiiremini ning ületasid tarbijahinnaindeksi tervishoiusektoris oluliselt. Vaatamata kulude ohjamise meetmete rakendamisele paralleelselt uue ravikindlustuse seadusega (2002) on ravimikulud suurenenud igal aastal, välja arvatud aastal 2003.

Ravimikulude kasvu tulemusena võeti 2003. aastal kasutusele piirhinnad. Ehkki Eesti Haigekassal õnnestus kulusid ajutiselt ohjata (joonis 5.5), on patsientide omaosalus järk-järgult kasvanud (tabel 5.2). See avaldab ebaproportsionaalselt suurt mõju väikese sissetulekuga ja kroonilisi haigusi põdevatele

Joonis 5.5

Eesti Haigekassa kogukulud hüvitatud retseptiravimitele ja haigekassa kulud patsiendi kohta



Allikas: Ravimiamet, 2011.

Tabel 5.2

Ravimitega seotud kulud ja kulude jaotus Eestis

	1995	2000	2005	2010
Ravimite käive hulgemüügihindades (miljonites eurodes)	21	72	128	194
Käive haiglaapteekides (miljonites eurodes)	4	14	31	40
Ravimite kogukäive jaeapteekides (miljonites eurodes)	23	70	127	189
Käsimüügiravimid (miljonites eurodes)	10	22	29	36
Hüvitamisele mittekuuluvad retseptiravimid (miljonites eurodes)	3	7	10	10
Hüvitatavad ravimid, patsientide omaosalus (miljonites eurodes)	3	13	32	51
Hüvitatavad ravimid, Eesti Haigekassa osa (miljonites eurodes)	7	28	56	92
Patsientide omaosalus hüvitatavates ravimites (%)	24	30	38	36
Ravimite kogutarbimine aastas (eurodes elaniku kohta)	27	66	115	171
Kogukulutused ravimitele (% tervishoiu kogukuludest)	15	26	27	25
Omaosalus ravimikulutustes (% tervishoiu omaosaluse kogukuludest)	–	51	63	59

Allikas: Ravimiamet, 2011.

Märkus: „–“: andmed puuduvad.

elanikkonnarühmadele. Praegu tasuvad patsiendid Eestis üle 40% retseptiravimite kogukuludest, olles sellega ELis teisel kohal (Kanavos *et al.*, 2009). Viimasel ajal on patsientide omaosaluskulud vähenenud: 2011. aasta lõpus maksid kindlustatud retseptiravimite eest omaosalusena 10% vähem kui 2010. aastal – ilmselt seetõttu, et patsiendid valisid tänu geneeriliste ravimite kampaaniale odavamad ravimid.

Edasised ülesanded

Kuigi Eesti ravimisektori ümberkorraldamine on suuremas osas lõppenud ja Eesti ravimisektor sarnaneb vägagi ELi liikmesriikide omadega, tuleb süsteemi pidevalt arendada, et rahuldada muutuvaid vajadusi ja lahendada tekkivaid probleeme.

Kuna kulutused ravimitele suurenevad kiiremini kui majanduskasv ja teised tervishoiukomponendid (tabel 5.2), on kulude ohjamine endiselt päevakorral. Kasutusele võetud piirhinnad ja hinnakokkulepped on kulude ohjamise meetmetena saavutanud piiratud edu. Tõsiasi, et patsiendi omaosalus suureneb, viitab raskustele ravimite kättesaadavuses, seda eriti madalama sissetulekuga elanikkonnarühmadel. Nende probleemide lahendamiseks on vaja arendada edasi ravimite hüvitamise süsteemi.

Riigikontrolli (2012) hinnangul ei ole riigil õnnestunud ravimite hüvitamist tulemuslikult korraldada. Suur hulk ravimeid kirjutatakse välja originaalravimina; ravimid on kallimad kui paljudes muudes riikides ning patsientide omaosalus on üks Euroopa kõrgemaid. Olukorra peamised põhjused on ebapiisav konkurents ravimiturul, arstide vastumeelsus kirjutada ravimeid välja toimeaine alusel ning arstide ja apteekrite tegevuse ebatõhus järelevalve. Muud põhjused on patsientide piiratud teadlikkus ja ostujõud. Ehkki Eesti Haigekassa ja Raviamet teostavad järelevalvet nii arstide kui ka apteekide üle, ei ole olukord ravimite väljakirjutamisel oluliselt paranenud ning kõiki piirhinnaga ravimeid ei ole apteekides müügil. Terviseamet ei ole ravimite väljakirjutamist kunagi uurinud, kuigi see on tema kohustus. Ravimid on kallid ja valik on väiksem kui teistel sarnastel turgudel. Ravimite kandmine soodusravimite nimekirja võtab lubatust kauem aega, kuigi geneerilised ravimid kanti nimekirja õigel ajal. Auditeerimisperioodil kirjutati vaid 45% retseptidest välja toimeainepõhiselt (auditi kestel suurenes see näitaja 68%-ni). Lisaks sellele ostetakse umbes üks kolmandik laialdaselt kasutatavaid toimeaineid sisaldavaid ravimeid, mida hüvitatakse 75–100% ulatuses, piirhinnast kõrgema hinnaga. Paljud retseptid väljastati nii, et patsientidel ei olnud võimalik odavamaid

ravimeid osta; pealegi ei olnud odavamaid ravimeid sageli apteekides ka saada. Riigikontrolli auditis leiti, et patsiendid maksavad soodusravimite eest ligikaudu 7 miljonit eurot rohkem, kui nad peaksid.

Kehtestatavad muudatused hüvitamise süsteemis peaksid aitama kaasa kulude ning patsiendi omaosaluse vähendamisele. Ühtlasi peaksid muudatused hüvitamise süsteemi lihtsustama, tagama hinnakontrolli kõikide hüvitatavate ravimite üle ning kaitsma teatavaid isikuid (näiteks krooniliste tervisehäiretega inimesed, madala sissetulekuga inimesed) kõrge finantsriski ja ravimite kättesaadavuse halvenemise eest.

WHO ülevaade Eesti ravimisektorist (Kanavos *et al.*, 2009) tõi välja järgmised tõhustamist vajavad valdkonnad:

- retseptiravimitega seotud suureneva omaosaluse vähendamine;
- ravimite soodusnimekirja lisamise ja järgneva hüvitamise korra lihtsustamine;
- geneeriliste ravimite väljakirjutamise ja väljastamise edendamine;
- geneerilise asendamise hõlbustamine;
- apteekidele geneeriliste ravimite müüki ergutavate turustiimulite sisseseadmine;
- patsientide omaosaluse lihtsustamine ja vähendamine;
- riikliku programmi/süsteemi rakendamine ravimite väljakirjutamise ja kasutamise jälgimiseks ja tõhustamiseks;
- ravimite kättesaadavuse jälgimine apteekides;
- retseptiravimite piisava ja õigeaegse turustamise tagamine (nii hulgi kui ka jaemüügis) ning
- retseptiravimite käibemaksu vähendamine.

Ülevaate koostamise ajal on Sotsiaalministeerium alustanud nende ülesannete lahendamiseks riikliku ravimipoliitika väljatöötamist.

5.7 Taastusravi

Eestis peetakse taastusravi eriarstiabi lahutamatuks osaks, mis on suunatud funktsioonihäirete taastamiseks, taastatud funktsioonide säilitamiseks või puudega kohanemiseks. Taastusravi osutavad Terviseametilt tegevusloa saanud tervishoiuteenuste osutajad. Statsionaarset või ambulatoorset taastusravi

osutavad taastusraviosakonnad asuvad eri haiglates või tervisekeskustes. Lisaks on Eestis mitmeid taastusraviga tegelevaid spaasid, mille teenuste eest maksab patsient ise, ilma et Eesti Haigekassa või Sotsiaalkindlustusamet neid hüvitaks.

Taastusravi on võimalik pakkuda eri moel (Lukman ja Nikitina, 2011). Esiteks, varast taastusravi tehakse põhihaiguse raviga paralleelselt aktiivraviosakonnas. Seda tehakse komplikatsioonide ennetamiseks või leevendamiseks. Teiseks, intensiivset taastusravi tehakse taastusravi osakonnas esimese kuu jooksul pärast haigust või traumat. See on kompleksne ettevõtmine, mis hõlmab vähemalt kolme tundi harjutusi päevas vähemalt kuuel päeval nädalas. Kolmandaks, taastusravi tehakse ka inimese funktsionaalse võimekuse maksimeerimiseks, puude või funktsiooni kaotuse aeglustamiseks ning elukvaliteedi säilitamiseks. Samuti pakutakse taastusravi kesknärvisüsteemihäiretega või muude tõsiste lapsega haiguste või vigastustega lastele.

Taastusravis kasutatakse meeskonnapõhist lähenemist. Taastusravi meeskond koosneb eri valdkondade spetsialistidest, sealhulgas füsiaatria ja taastusravi arstist, füsioterapeudist ja sotsiaaltöötajast, aga ka tegevusterapeudist, logopeedist, psühholoogist, taastusraviõest ja muudest spetsialistidest. Taastusraviteenuste kättesaadavust piirab praegu kvalifitseeritud füsioterapeutide ja tegevusterapeutide nappus.

Taastusravi kättesaadavus on geograafiliselt ebahühtlane ja erineb piirkonniti oluliselt. Vajadus on ambulatoorse taastusravi kättesaadavuse parandamise järele maapiirkondades, et julgustada teenuseosutajaid osutama teenuseid patsiendile lähemal. Suuremates linnades elavad patsiendid saavad taastusraviteenuseid umbes kahe kolmandiku võrra rohkem võrreldes maapiirkondades elavate inimestega. Ainult 20% kõigist taastusravi vajavatest inimestest saavad neid teenuseid ka tegelikult ning vaid pooled neist meditsiiniliselt vastuvõetava aja jooksul (Riigikontroll, 2006). Taastusraviteenuste osutamine patsiendile lähemal suurendaks taastusraviteenuste saamise võimalust ja kättesaadavust ning oleks ka kulutõhusam kui statsionaarne ravi.

Sotsiaalkindlustusameti poolt rahastatavate taastusraviteenuste hulka kuuluvad puudega inimestele mõeldud sotsiaalteenused, mille eesmärk on parandada toimetulekut ja võimaldada neil töötada iseseisvalt. Seda teenust osutatakse vaid isikutele, kelle puude raskusastme on määranud Sotsiaalkindlustusamet. Puude raskusastme määramise ajal või selle järel koostatakse rehabilitatsiooniplaan. Rehabilitatsiooniplaanis nimetatud teenuseid osutavad Sotsiaalkindlustusametiga lepingud sõlminud taastusravi

osutajad. Eesti Haigekassa rahastab taastusravi, mille on määranud taastusravi arst, ning protseduurid teostatakse füsioterapeudi ja teis(t)e spetsialisti(de) poolt vastavalt patsiendi olukorrale ja üldisest seisundist tulenevatele vajadustele.

Edasised ülesanded ja areng valdkonnas on seotud peamiselt vajadusega suurendada füsioterapeutide ja teiste ambulatoorselt tegutsevate ja maapiirkondades töötavate spetsialistide arvu ja osatähtsust. Lisaks sellele tuleb taastusraviteenuseid ja hüvitamise tingimusi parandada, et inimesed saaksid vajalikke teenuseid vajalikus kohas.

5.8 Hooldusravi

Hooldusravivõrgu arengukava 2004–2015 (Sotsiaalministeerium, 2003) koostati selleks, et määrata kindlaks hooldusravi eesmärgid, mis oleksid vastavuses haiglavõrgu arengukavas aastani 2015 ettenähtud eesmärkidega. Haiglavõrgu arengukavas soovitatud peamiste muudatuste kohaselt tuleb väikehaiglad muuta hooldushaiglateks ning välja arendada ambulatoorsed hooldusraviteenused, mis hõlmavad nii kodust kui ka päevast õendusabi. Kuigi koduse õendusabi ja päevase õendusabi teenuste maht on aasta-aastalt suurenenud, ei ole neid teenuseid vajalikus ulatuses arendatud. Tavaliselt osutavad hooldusravi Terviseametilt tegevusloa saanud tervishoiuteenuste osutajad. Hooldusravi osutatakse peamiselt vanematele inimestele, kellel on mitu kroonilist haigust, kes vajavad abi raviprotseduuridel ja kes ei tule toime igapäevase tegevusega, ning täiskasvanutele, kellel on mitu tervishäiret ja kes ei tule osaliselt toime igapäevase tegevusega, näiteks geriaatrilised patsiendid. Sellise hoolduse kvaliteet on sageli ebapiisav ega vasta tänapäeva nõuetele ja ootustele, sest tööruumid ei vasta vajadustele ning puudus on koolitatud personalist. Paljud hooldushaiglad ja hoolekandeesutused seisavad silmitsi terava ruumipuudusega ning samuti on puudus hooldusravi voodikohtadest. Viimastel aastatel on olukord siiski paranenud ja Euroopa Regionaalarengu Fondist perioodiks 2007–2013 saadud rahaline toetus on hõlbustanud hooldusravi osutamise võimaluste arendamist (vt ka jaotis 3.6.2).

Sotsiaalhoolekande- ja tervisesüsteemi rahastatakse eri allikatest, mis takistab teenuste integreeritud pakkumist vastavalt individuaalsetele vajadustele. Tervishoiuteenuseid rahastatakse Eesti Haigekassa kaudu, samal ajal kui sotsiaalhoolekandesüsteemi rahastatakse riigi- ja kohalike omavalitsuste eelarvest, kuid vahendite vähesus piirab hooldusraviteenuste kättesaadavust ja kvaliteeti. Paljud hoolekandeesutuse elanikud vajaksid samuti hooldusravi, kuid osutatavate teenuste mahtu piiravad omavalitsuste

eelarvete võimalused või omaosalus. Kuna sotsiaalhoolekande ja hooldusravi sihtrühm suuresti kattub, oleks vaja teenuste integreerimist ja paremat koordineerimist, et reageerida tulemuslikumalt eakate ja krooniliste haigustega inimeste vajadustele. Hooldusravile esitatavad kvaliteedinõuded kohustavad ravi korraldajaid ja selle osutajaid kasutama teenuse osutamisel standarditud põhimõtteid, hoidma hooldusravi teenuste kvaliteeti kõrgena (või vajadusel seda parandama) ning optimeerima ressursside kasutamist. Hooldusravi kvaliteet erineb eri hooldusraviasutustes oluliselt.

Eesti Haigekassa rahastab suurt osa hooldusravist, sealhulgas alates 2003. aastast koduõendust, geriaatrilist hindamist, vähihaigete kodust toetusravi ja statsionaarset hooldusravi. Koduõendust vajavad kõige rohkem patsiendid, kes ise liikuda ei suuda või kellel on liikumine piiratud. Geriaatrilise hindamise eesmärgiks on hinnata inimese vajadusi ja osutada talle vajalikke hooldusteenuseid. Kodust õendusteenust osutatakse ka vähihaigetele patsientidele (vähihaigete kodune toetusravi), sageli haiguse lõppjärgus. Statsionaarse hooldusravi all mõeldakse 24-tunnist pikaajalist õendusabi, mida osutavad peamiselt õed. Statsionaarse hooldusravi sihtrühma kuuluvad peamiselt krooniliste haigustega patsiendid, kes vajavad perioodilist meditsiinilist järelevalvet ja ravi kohandamist.

2010. aastal võeti statsionaarse hooldusravi puhul kasutusele 15% omaosalusmäär. Kavaga taheti kaasata patsiente hooldusravi rahastamisse, kuid see osutus ebapopulaarseks ning seda ei rakendanud senikaua, kuni finantskriis hakkas nõudma karme kokkuhoiumeetmeid. See omakorda tõi kaasa Eesti Haigekassa 2011. aasta eelarves statsionaarse hooldusravi jaoks kavandatud kulutuste alatäitmise 4% võrra. Lõpuks osutati teenust siiski kavandatust 1% võrra rohkematele patsientidele (Eesti Haigekassa, 2011a).

Valdkondadevahelised töörühmad töötavad välja strateegiad tervishoiu ja sotsiaalhoolekande paremaks integreerimiseks, kuid 2013. aasta seisuga ei ole need veel ellu viidud. Strateegiate edukaks rakendamiseks on vajalik konsensus eri sektorite vahel ja riigipoolne õiguslik toetus. Ent töö jätkub ja osapooled on õigusaktide muudatustepanekud ette valmistanud ja läbi arutanud. Muudatusi on vaja teha rahastamise korras koormuse jagamiseks Eesti Haigekassa, maavalitsuste ja inimeste rahaliste vahendite kombineerimise kaudu; samuti on muudatusi vaja teha teenuste korraldamise abil (miinimumnõuete kirjeldamine ning hooldusravi ja sotsiaalhoolekande kvaliteedinõuded).

5.9 Psühhiaatriline abi

Psühhiaatrilise abi süsteem Eestis on alates 1990. aastate algusest oluliselt paranenud. Sel ajal sai iseseisev Eesti pärandiks institutsioonipõhise teenuse osutamise süsteemi. Füüsiline ja psüühiline puue oli tabuteema ning enamik puudega inimesi viibis vastavates hooldusasutustes isegi juhul, kui nad oleksid olnud suutelised elama kogukonnas, vajades vaid vähest kõrvalist abi. Sellest ajast on süsteem muutunud inimlikumaks ning teenuseid osutatakse eelkõige patsiendi elukvaliteedi parandamiseks. 1990. aastatel kujundati välja uus sotsiaalteenuste kontseptsioon eesmärgiga korraldada ümber institutsionaalsed teenused ja vähendada neid ning arendada välja kogukonnapõhised teenused.

Psühhiaatrilist abi reguleerib Eestis mitu seadust ja määrust. Ravikindlustuse seaduse ja tervishoiuteenuste korraldamise seaduse kõrval reguleerib psühhiaatrilise ravi korraldamist ka 1997. aastal vastu võetud psühhiaatrilise abi seadus (viimati muudetud 2011), mis reguleerib ja määratleb riigi ja kohalike omavalitsuste kohustused sellise ravi korraldamisel. Lisaks määratleb psühhiaatrilise abi seadus psühhiaatrilise abi ja tahtest olenematu ravi protseduurid ja tingimused. Seadust kohaldatakse kõigi psühhiaatriliste patsientide suhtes ning see toetub põhiliselt Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni 1991. aastal avaldatud põhimõtetele psüühiliste tervisehäiretega inimeste õiguste kaitse kohta. Sotsiaalteenustele mõeldud rahalised vahendid riigieelarvest määratakse maavalitsustele vastavalt sotsiaalhoolekandeteenuseid vajavate inimeste arvule ning nende eraldiste määramisel võetakse arvesse ka vastavates maakondades osutatavate teenuste ulatust. Kohalikud omavalitsused peavad tagama vajalike sotsiaalteenuste kättesaadavuse psüühikahäiretega inimestele. Sotsiaalhoolekande eriteenuste, nagu näiteks 24-tunnise hoolduse osutamist koos arstliku jälgimisega hoolekandeesutuses korraldatakse riigi tasandil ja rahastatakse peamiselt riigieelarvest. Hoolekandeesutused asuvad üle kogu riigi.

Psühhiaatrilist ravi käsitatakse Eestis eriarstiabi osana ning see hõlmab diagnoosimist, ravi, taastusravi ja psüühikahäirete ennetamist. Psühhiaatrilist abi osutavad peamiselt psühhiaatrid, psühhiaatriaõded ja psühholoogid. Psühhiaatrilise abi saamiseks võib patsient minna otse eriarsti ambulatoorsele vastuvõtule ilma perearsti suunamiseta, samal ajal kui enamiku valdkondade puhul täidavad perearstid n-õ väravavahi rolli. Psühhiaatrilist abi osutatakse nii ambulatoorse kui ka statsionaarse ravina; viimast kasutatakse peamiselt haiguse lühiajaliste ägenemiste korral või mitmesuguste keeruliste diagnostika

ja raviga seotud probleemide lahendamiseks. Psühhiaatrilise abi seaduse ja karistusseadustiku kohaselt on inimese tahtest olenematu ravi psüühikahäirega inimesele lubatud vaid juhul, kui on täidetud kõik järgmised tingimused:

- isikul on raske psüühikahäire, mis piirab tema võimet oma käitumisest aru saada või seda juhtida;
- haiglaravita jätmisel ohustab isik psüühikahäire tõttu iseenda või teiste elu, tervist või julgeolekut, ning
- muu psühhiaatriline abi ei ole küllaldane.

Eraldi psühhiaatria haiglaid ei ole ja psühhiaatriavoodid on paigutatud suurematesse multidistsiplinaarsetesse haiglatesse. Üldise suundumuse osana on psühhiaatriavoodite arv vähenenud 185,8 voodilt 100 000 elaniku kohta 1990. aastal 52,6 voodini 2004. aastal ning on sellest alates jäänud samaks. Kõikidest psühhiaatriavooditest 2010. aastal oli umbes 6% mõeldud spetsiaalselt lastele ja 16% ägedate juhtumite jaoks. Haiglaravi keskmine pikkus psühhiaatriliste probleemide korral vähenes umbes 100 päevalt 1990. aastate alguses 17 päevani 2010. aastal. Samal ajal muutus ravi järk-järgult ambulatoorseks ja viimastel aastatel on selliste psühhiaatriliste probleemide nagu näiteks kerge depressiooni igapäevane jälgimine viidud üle üldarstiabi valdkonda.

Psühhiaatrilise abi kulud moodustavad osa eriarstiabi kuludest Eesti Haigekassa eelarves. Alates 2000. aastate algusest on kulutused psühhiaatrilisele abile olnud stabiilselt ligikaudu 4–5% kõikidest Eesti Haigekassa hüvitatavatest eriarstiabi kuludest. Nagu eespool osutatud, on psühhiaatriline abi liikunud ambulatoorse ravi suunas, mida toetavad muudatused rahastamisprioriteetides. 2011. aastal ulatusid psühhiaatrilise abi kogukulud 18,8 miljoni euroni (Eesti Haigekassa, 2012b). Selle summa piires kasvab igal aastal ambulatoorse psühhiaatrilise abi kulude osatähtsus, mis jõudis 2011. aastal 28%-ni võrreldes 21%-ga 2004. aastal. See suurendas tõenäoliselt ka patsientide omaosalust ravimite eest tasumisel.

Uute diagnoositud vaimse tervise häirete juhtude arv on järjepidevalt kasvanud: 189,3 uult juhult 100 000 elaniku kohta 1990. aastal kuni 2191,6 juhuni 2008. aastal. Tuleb siiski märkida, et uute diagnoositud haigusjuhtude arv on kasvanud peaaegu igas haigusrühmas. See võib olla tingitud tervishoiuteenuste paremast kättesaadavusest, samuti vähenenud eelarvamustest vaimse tervise häirete suhtes ning perearstide aktiivsuse suurenemisest psüühikahäirete ravis. Majanduskriisi haripunktis 2009. aastal

vähenes uute diagnoositud vaimse tervise häirete arv 2008. aastaga võrreldes peaaegu 20%, kuid kasvas 2011. aastal 2057,3 uue juhuni 100 000 elaniku kohta (WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2013).

Lõpetuseks tuleb märkida, et konkreetset vaimse tervise kava ei ole vastu võetud. Siiski käsitleb rahva tervise arengukava (Sotsiaalministeerium, 2008) ka psühhiaatrilist abi ning psühhiaatria valdkonnas on olemas arengukava. Uusi edusamme tehti laste vaimse tervise valdkonnas, kus on kavandamisel lastega seotud erinevate hoolekandeteenuste osutamise ühiskava. Tegemist on Sotsiaalministeeriumi, Haridus- ja Teadusministeeriumi ning Justiitsministeeriumi tervise- ja sotsiaalhoolekandelase koostööga Norra ja Euroopa Majanduspiirkonna kava toetuse rahastamise kontekstis.

Vaimsete häirete all kannatajad on asutanud ka toetavaid mitte-tulundusühinguid. Tugirühmade ülesandeks on parandada vaimse puudega inimeste positsiooni ühiskonnas. Eesti Patsientide Esindusühingu tegevus on suunatud vaimse tervise probleemidega patsientidele, kuid ühing nõustab ka teiste tervise- ja sotsiaalhoolekandeteenuste kasutajaid. Eesti Psüühikahäiretega Inimeste Toetajate Ühendus kaitseb psüühikahäiretega isikute ja nende pereliikmete õigusi, parandades sellega psüühikahäiretega isikute iseseisvust ja nende elukvaliteeti. Nendel organisatsioonidel on siiani olnud siiski vaid vähene mõju vaimse tervise poliitika kujundamisel.

5.10 Hambaravi

Hambaravi osutamist reguleerivad tervishoiuteenuste korraldamise seadus ja ravikindlustuse seadus. Hambaravi on üks eriarstiabi erialadest, mille teenuseid võivad osutada äriühingud või füüsilisest isikust ettevõtjad, kes omavad hambaraviteenuste osutamiseks tegevusluba. Ruumid ja aparatuur peavad vastama Sotsiaalministeeriumi kehtestatud nõuetele. Selle tulemusena osutavad hambaraviteenuseid nii eraettevõtjad kui teatavas ulatuses ka riigi omandis olevad haiglad.

Alguses, alates 1991. aastast kuulus hambaravi Eestis Eesti Haigekassa rahastatavate tervishoiuteenuste hulka. Kõik hambaraviteenused olid kõikidele kindlustatud isikutele riiklike teenuseosutajate poolt tasuta. Kuna eraettevõtetal oli õigus küsida piiramatut omaosalust, otsustas üha enam hambaarste avada erapraksise. 1990. aastate lõpuks tasus riik alla 30% hambaravi kogukuludest.

Selle tulemusena muutus tasuta hambaravi kättesaamatuks, põhjustas pikki ooteaegu, kõrget omaosalust ja ressursside killustumist hambaraviteenuse osutajate vahel. Lisaks tõi see kaasa hambaraviteenuste vähese kasutamise.

2002. aasta ravikindlustuse seadusega püüti õigust hambaravile täpsustada. Olukorras, kus vahendid olid piiratud, otsustati esikohale seada alla 19-aastaste isikute tasuta hambaravi (sealhulgas ortodontia teatavate diagnooside korral). Täiskasvanute hambaravihüvitis asendati kindlaksmääratud ülempiiriga rahalise hüvitisega, et katta ühe ennetava visiidi aastas. Patsient maksab teenuseosutajale teenuse eest otse ning saab hüvitise hiljem, pärast avalduse esitamist Eesti Haigekassale. Kõrgemad hüvitismäärad on kehtestatud teatavatele rühmadele, näiteks rasedatele, alla 1-aastaste laste emadele ning isikutele, kellel on teatud tervislikust seisundist tulenev kõrgendatud vajadus hambaravi järele. Majanduskriisi tõttu peatas Eesti Haigekassa 2009. aastal kokkuhoiumeetmete osana täiskasvanute hambaravi rahalise hüvitamise. Kõrgendatud vajadusega rühmade hambaravi jäi aga ravikindlustuse paketi osaks (vt jaotis 3.3.1).

Eesti Haigekassa katab täiskasvanute vältimatu hambaravi, kui hambaraviteenust osutavad Eesti Haigekassa lepingupartnerid. Abstsessi avamine ja/või hamba ekstraktsioon kuuluvad Eesti Haigekassa rahastatavate teenuste hulka vältimatu hambaravi puhul. Hambaproteeside puhul hüvitab Eesti Haigekassa üks kord kolme aasta jooksul hambaproteeside eest makstud summa 63 aasta vanustele kindlustatud isikutele või isikutele, kes saavad vanaduspensioni. Hüvitamisele kuuluv summa, tingimused ja protseduur on kehtestatud sotsiaalministri määrusega.

Hambaraviteenuste kvaliteedi ja teenuseosutajate järelevalve on jäetud peamiselt erialaühenduse ja Terviseameti ülesandeks. Peale selle on Eesti Haigekassa rahastanud viimastel aastatel mitut meditsiinilist auditit (nt 2003., 2004. ja 2011. aastal). Alates 1990. aastate keskelt on Eesti Haigekassa rahastanud lastele suunatud hambatervisealaseid ennetusprogramme, esmalt koostöös vabatahtlike teenuseosutajatega ning hiljem Eesti Haigekassa poolt täies mahus rahastatud riikliku programmi kaudu. See programm hõlmab suuhügieenialast koolitust koolis, individuaalseid hambaravikonsultatsioone, fluoroteraapiat jne. Programmide sihtrühm on lapsed vanuses 6–12 aastat. Eesti Haigekassa rahastatavate hambaraviteenuste hinnad kehtestatakse samasuguse protseduuri alusel nagu kõikide teiste tervishoiuteenuste puhul. Täiskasvanute hambaravi hinnad ei ole reguleeritud, puudub pädev asutus, kes vastutaks hindade jälgimise eest (vt 3. peatükk).

6. Peamised reformid tervisesüsteemis

Alates eelmisest „Tervisesüsteemid muutustes” Eestit käsitlevast väljaandest (Koppel *et al.*, 2008) ei ole Eestis struktuurseid või muid olulisi tervishoiureforme toimunud. Sellegipoolest on tehtud mitmeid olulisi edusamme ja muudatusi. Alates 2008. aastast on peamiselt keskendutud kõnealusel aastal alanud finantskriisi tagajärgede likvideerimisele. Rakendatud kokkuhoiumeetmete pakettis nähti ette teatavate teenuste ja hüvitiste vähendamine, suurendati mõne teenuse puhul omaosalust, pikendati ravijärjekordi, tõsteti ravimite käibemaksumäära, edendati ravimite mõistlikku kasutamist, keskenduti üld- ja ambulatoorsele arstiabile ning vähendati eriarstiabi pakkumist. Rahastamise vähenemise tõttu langesid ka töötasud. Eesti Haigekassa kasutas vähenenud rahastamise kompenseerimiseks kasvuaastatel kogutud finantsreserve. Tervishoiu riikliku rahastamise ja kapitaliinvesteeringute vähenemise osaliseks tasakaalustamiseks kasutati Euroopa struktuurifondide ja Euroopa Sotsiaalfondi vahendeid. Esmane eesmärk oli säilitada elanikkonna rahaline kaitstus, vähendamata samal ajal ravikindlustuse paketti. Veidi hiljem käivitas tervishoiutöötajate rahulolematuse oma palkadega, kollektiivlepingu puudumine ja suur töökoormus 2012. aasta oktoobris arstide ja õdede üleriigilise streigi. Tervishoiutöötajad väitsid ka, et valitsus on palju aastaid edasi lükanud olulisi struktuurireforme, näiteks teenuseosutajate võrgustiku ümberkorraldamist ning tervisesüsteemi jätkusuutlikkuse tagamiseks vajalikke meetmeid. Kokkulepe streigi lõpetamiseks saavutati 2012. aasta detsembris. Selleks määrati kindlaks ja sõnastati mitu probleemvaldkonda ja tegevust tervisesüsteemi jätkusuutlikkuse tagamiseks. Sellegipoolest on veel vara ennustada, kas need struktuurireformid leiavad aset ja millised on streigi tulemused pikemas perspektiivis.

6.1 Hiljutiste reformide analüüs

6.1.1 Majanduskriisi ja -languse ajal võetud meetmed

Peamine saavutus majanduskriisi ajal oli hoida tervishoiuteenuste rahastamine piisaval tasemel. Ehkki kriisi ajal teenuste kasutamine vähenes pisut, on raske öelda, kas selle põhjustas majanduskriis või muutused teenuste pakkumises, nagu näiteks haiglaravi vähenemine. Huvitaval kombel jäi erinevate analüüside ja diagnostiliste testide maht samaks või kasvas, mis võib tähendada seda, et teenuseosutajad püüdsid seniste põhitulude vähenemist tasakaalustada muude teenustega. Peale selle vähenes nende inimeste arv, kellel enda sõnul jäi tervishoiuteenuste vajadus rahuldamata: eriarstiabi puhul 9,5%-lt 2007. aastal 4,2%-ni 2009. aastal ja üldarstiabi puhul 5,7%-lt 2007. aastal 2,0%-ni, mis võis tuleneda sellest, et nendele teenustele otsis aktiivselt juurdepääsu vähem inimesi (Statistikaamet, 2013). Rakendati mitmesuguseid kokkuhoiumeetmeid, mis olid välja töötatud selleks, et vältida teenuste suurt vähendamist ja negatiivset mõju tervisele. Osa meetmeid olid kavandatud juba varem, kuid kriis kiirendas nende rakendamist. Kriisi ajal ulatuslikke struktuurireforme siiski läbi ei viidud, osaliselt seetõttu, et tänu tõhusatele finantsmeetmetele ei olnud neid vaja, ja osaliselt seetõttu, et kriiside leevendamise struktuurireformid olid tehtud juba kümne aasta taguse majanduskriisi ajal.

Esiteks suurendas valitsus 2009. aastal üldist käibemaksumäära 18-lt 20%-le ning ravimitelt ja meditsiiniseadmetelt tasutavat käibemaksu 5%-lt 9%-le. See suurendas tervishoiuasutuste kulutusi ja patsientide omaosalust, kuid samas välditi ühtlustamist üldise käibemaksumääraga. Valitsuse väga konservatiivne rahanduspoliitika jätkus, prioriseeriti riigi kulutusi tervishoiule ning sellega suurenes tervishoiukulutuste osatähtsus avaliku sektori kogukulutustes, ehkki absoluutväärtuses ei ulatunud 2011. aasta kulutused kriisieelsele tasemele (inflatsiooni arvestamata).

Teiseks vähendati kõikide tervishoiuteenuste hüvitatavat hinda, pikendati ambulatoorse ravi järjekordi, tühistati mõned soodustused ning statsionaarse hooldusravi puhul võeti kasutusele juba enne kriisi kavandatud patsientide 15% omaosalus. Hüvitisi vähendati esialgu 6%, mis tõi kaudselt kaasa palkade 5–10% languse, seda peamiselt tulemustasu arvelt. Kärbitud hüvitised taastati 2012. aastaks, kuid 2011. aastal jäid tervishoiuteenuste hinnad kriisieelsetega võrreldes siiski 5% madalamaks (üldarstiabis 3%). Ravijärjekorrad Eesti Haigekassaga lepingu sõlminud ambulatoorsete spetsialistide juurde pikenesid mitteakuutse haiguste puhul neljalt nädalalt kuuele. Lisaks omaosaluse suurenemisele hooldusravi puhul plaaniti kriisi ajal suurendada omaosalust

haiglapäeva kohta (1,60 eurolt 2,50 euronni päevas) ja kehtestada krooniliste haiguste puhul ambulatoorse visiidi eest tasu (5 eurot); 2013. aastal tehti see plaan see teoks. Üldarstiabi visiitidele Eesti Perekarstide Seltsi tugevast survest hoolimata omaosalust ei kehtestatud.

Ravikindlustuse paketi (sealhulgas haigushüvitiste) vähendamine on olnud kulude kokkuhoiu teine oluline osa. Esmalt kanti ajutise töövõimetuse hüvitise maksmine osaliselt üle patsientidele ja tööandjatele. Alates 2009. aasta juulist ei maksta hüvitist haiguse või vigastuse esimese kolme päeva eest (varem ei makstud ainult esimese päeva eest). Neljandast kaheksanda päevani maksab hüvitist tööandja ja haigekassa hakkab hüvitist maksma alates üheksandast päevast (varem teisest päevast). Peale selle vähendati haigushüvitise määra 80%-lt 70%-ni haigestunud isiku sissetulekust. Need muudatused võimaldasid säästa 10% Eesti Haigekassa eelarvest ja aitasid hoida tervishoiuteenuste hüvitiste vähendamise 6% tasemel. Teiseks ei maksta alates 2009. aastast 19–63-aastastele kindlustatutele iga-aastast hambaravihüvitist 19,18 eurot. Hüvitist saavad taotleda vaid rasedad, kuni 1-aastaste laste emad, isikud, kellel on teatavast tervislikust seisundist tulenev kõrgendatud vajadus hambaravi järele, 63-aastased ja vanemad ning töövõimetud isikud. Samal ajal laiendati tervisekindlustust ametlikult registreeritud töötutele, kes osalevad aktiivses tööturuprogrammis. Enne seda kehtis kindlustuskaitse kuni kahe töötusekuuni. Sellele vaatamata vähenes elanikkonna kindlustuskaitse pisut: 96%-lt 2008. aastal 94,5%-ni 2011. aastal (Eesti Haigekassa, 2008, 2012b).

Eesti Haigekassa kasutas kasvuaastatel kogutud reserve 2009. aastal vähenenud tulu (11% võrreldes 2008. aastaga) kompenseerimiseks, kuid hüvitistega seoses oli pikaajalisemate võlgnevuste vältimiseks siiski vaja muudatusi. Kriis näitas tööjõumaksudel põhineva süsteemi nõrkust kõrge töötuse aegadel ja vananeva elanikkonna puhul. 2013. aasta seisuga võib öelda, et Eesti Haigekassa ja Sotsiaalministeerium on kriisi edukalt läbinud ja kasutanud seda pikaajaliste kavade ja meetmete läbisurumiseks. Enamik Eesti Haigekassa reserve on püsinud puutumatusena, mis jätab piisavalt vahendeid võimalike tulevaste kriisidega toimetulekuks.

Majanduskriis avaldas suurt negatiivset mõju rahvatervise programmidele ja strateegiatele, kuivõrd neid rahastatakse peamiselt riigieelarvest, mida vähendati 2009. aastal kahel korral. Nakkushaiguste ja uimastitarbimise ennetusprogramme kärbiti mõnevõrra vähem: 18% HIVi/AIDSi, 26% ebaseadusliku uimastitarbimise, 34% südame-veresoonkonnahaiguste ja 40% vähktõve ennetamise strateegiate puhul Tervise Arengu Instituudis võrreldes 2008. aastaga (Tervise Arengu Instituudi ja Sotsiaalministeeriumi töötajate

esitatud andmed). 2010. aasta olulisim muudatus oli suure osa rahaliste vahendite ammutamine riigieelarve asemel Euroopa Sotsiaalfondi programmist, ehkki fondi oli plaanis kasutada olemasolevate rahvatervise tegevuste täiendamiseks uute algatustega. Rahvaterviseteenuste kättesaadavuse säilitamiseks seati esikohale testimine, nõustamine, kahjuliku mõju vähendamine ning narkomaanide rehabilitatsiooni- ja raviteenused või riskirühmadele ja noortele mõeldud tegevused. Samuti ei vähendatud vaktsiinide, tuberkuloosi- ja antiretroviirusravimite keskse hanke rahastamist. Seepärast tehti põhilised kärped ennetuse, üldsusele mõeldud kampaaniate ja koolituse valdkonnas ning uued algatused pandi ootele. Ülevaate koostamise ajal ei ole rahvatervise rahastamisel kriisieelset taset täielikult saavutatud.

6.1.2 Efektiivsuse ja toimivuse parandamise meetmed

Eesti tervisesüsteemi efektiivsuse ja toimivuse parandamine on olnud pikaajaline eesmärk. 2008. aastast alates on algatuste seas mitu e-lahendust (sealhulgas e-tervise süsteem ja digireseptid), kiirabiteenuste ümberkorraldamine, geneeriliste ravimite väljakirjutamise edendamine, üldarstiabi tugevdamine ning arstide toetamine kaugemates maapiirkondades, samuti aktiivravi ja hooldusravivõimaluste ajakohastamine (rahastatakse peamiselt ELi struktuurifondidest). Tervisekaitseinspeksiooni, Tervishoiuameti ja Kemikaalide Teabekeskuse ühinemine Terviseametiks 2010. aastal oli kavandatud organisatsiooni tõhususe ja koostöö parandamiseks. Peale selle on päevakorras olnud ravijuhendite vastuvõtmine, tõendus põhine meditsiin, tervishoiutehnoloogiate hindamine ja ravikvaliteedi parandamine.

Üldarstiabi tugevdamine ning selle efektiivsuse ja kättesaadavuse parandamine

Üldarstiabi tugevdamine sellele keskse rolli andmise kaudu Eesti tervishoius on olnud pikaajaline prioriteet, eelkõige seoses krooniliste haiguste ravi, ravi järjepidevuse ja ravi kättesaadavusega. Kõnealust prioriteeti on rõhutatud praeguse valitsuse koalitsioonileppes ja 2009. aastal vastu võetud esmatasandi tervishoiu arengukavas. Varasemad esmatasandi tervishoiu juhtimise ülesanded tsentraliseeriti ja need läksid tervishoiukorralduse seaduse 2013. aastal jõustunud muudatusega maavanematelt üle riiklikule Terviseametile. Vajadustepõhise planeerimise ja ressursside optimeeritud kasutamisega loodetakse tõhustada esmatasandi tervishoiu toimimist ning soodustuste kasutuselevõtuga parandada juurdepääsu üldarstiabiteenustele maapiirkondades. Lisaks valmistatakse ette perearstide ja -õdede asendamise kesksüsteemi, et vähendada personali nappust pühade või puhkuste ajal.

Tervishoiukorralduse seaduse 2012. aasta muudatusega püütakse tugevdada esmatasandi tervishoiu värvavahi ülesannet, vähendades nende erialade arvu, millele patsiendil on otsene juurdepääs. Sellega tahetakse parandada ka krooniliste haiguste jälgimist perearstide juures ning vähendada ambulatoorse eriarstiabi ootejärjekordi. Lisaks muudeti 2012. aastal vanusega korrigeeritud pearahaskeemi, et innustada perearste ravima rohkem kroonilisi haigeid ja tõhustada nende jälgimist (vt 3. peatükk).

2013. aastal rakendas Eesti Haigekassa perearstide jaoks e-konsultatsioonid ja e-saatekirjad ning rahastas nende kasutuselevõttu. See võimaldab perearstidel konsulteerida spetsialistidega e-tervise süsteemi kaudu ja ravi tõhustada. 2013. aastal lisati süsteemi kaks eriala – uroloogia ja endokrinoloogia – ning järgmisel aastal on kavas valdkondade loetelu laiendada. Sellega loodetakse suurendada perearstide rolli ravi juhtimisel ja vähendada visiite eriarstide juurde.

Õdede ülesandeid on viimastel aastatel laiendatud. 2010. aastast saadik võivad pereõed nõustada teatavaid patsiendirühmi, näiteks kroonilisi haigeid, rasedaid ja tervete vastsündinute vanemaid. 2013. aastast rahastab Eesti Haigekassa (pärast pikki arutelusid Sotsiaalministeeriumi, Eesti Haigekassa ja Eesti Perearstide Seltsi vahel) perearstipraksistes täiendavat pereõde kohta. Alates 2010. aastast osutavad kooliõed kõiki koolitervishoiuteenuseid, sealhulgas immuniseerimine, ning ämmaemandatel on lubatud avada oma isiklik praksis ja teatavatel juhtudel ravimeid välja kirjutada. Muudatusega tahetakse vähendada günekoloogide töökoormust. Üks edasisi ülesandeid on leida lahendus õendustöötajate nappusele.

Geneeriliste ravimite väljakirjutamise edendamine

Pikaajaline probleem – patsientide suur omaosalus ravimite ostmisel – on seotud ravimite hüvitamise süsteemi ja kõrgete suhteliste hindadega Eestis. Kriisi kasutati ära mõne pikka aega arutusel olnud meetme rakendamiseks ning 2010. aastal muutis Sotsiaalministeerium ravimite väljakirjutamise määrust, et lisada sinna rahvusvahelisel mittekaubanduslikul nimetusel põhinev geneeriliste ravimite aktiivne väljakirjutamine ja turustamine. Muudatuse tulemusena peavad apteegid pakkuma patsientidele odavaimat geneerilist ravimit, millega kaasneb kõige väiksem omaosalus. Sellega paralleelselt käivitati 2010. aastal paberretseptide asendamiseks digiretseptide (e-retseptide) süsteem, mis ühtlasi lihtsustab ravimite väljakirjutamist rahvusvahelise mittekaubandusliku nimetuse alusel. Tänu neile meetmetele, mida toetati reklaamikampaaniaga, vähenes patsientide omaosaluse osatähtsus ravimite hüvitamisel Eesti Haigekassa poolt 38%-lt 2009. aastal 33%-ni 2012. aastal.

Teenuseosutajate tegevuse tõhustamine ja ravikvaliteedi parandamine

Teenuste ostmise poolel radikaalseid reforme ei ole tehtud, kuigi 2008. aastal tegi Eesti Haigekassa koostööd WHOga, et uurida tulemustasu kasutamise võimalust teenuseosutajate tulemuslikkuse ja nende ravikvaliteedi parandamisel (Maynard, 2008). 2009. aastal järgnes pilootuuring, mis käsitles ravi mõju elukvaliteedile puusa- ja põlveproteesi saanud patsientide hinnangul (Eesti Haigekassa, 2011b). Uuring näitas, et patsientide küsitlemisel väljaselgitatud hinnangut ravi tulemusele ei ole võimalik lähemas tulevikus rahaliste stiimulitega vahetult siduda. Kuid arutletakse siiski võimaluse üle kasutada patsientide hinnangut ravi tulemusele ravijärjekordade prognoosimisel Eesti Haigekassa keskses põlve- ja puusaliigese endoproteesimise korraldussüsteemides.

Lisaks sellele saadi haigla tagasisideuuringu käigus 2011. aastal esimesed võrreldavad tulemuslikkuse näitajad süsteemi tasandil haiglavõrgu arengukava kõigi 19 haigla kohta (Eesti Haigekassa, 2011a). See on haiglasektori oluline edusamm aruandekohustuse ja läbipaistvuse suurendamisel üldsuse ees. Ehkki aruanne tekitas meedias ja teenuseosutajate seas elavat arutelu, on vaja sisuliste näitajate ja aruandluslahenduste väljatöötamiseks teha lisapingutusi.

2011. aastal võttis Sotsiaalministeerium vähiravis kasutusele ravikvaliteedi standardid, mis hõlmasid patsientide ravikäsitluse kirjeldust koos ooteaegadega ravi eri etappides. Kliinilisi ravijuhendeid, mis on üks tõendus põhise meditsiini peamisi töövahendeid, on pidevalt ajakohastatud. Samuti avaldati parimatel rahvusvahelistel tavadel põhinev, kuid Eesti oludele kohandatud kliiniliste ravijuhendite koostamise käsiraamat.

E-tervise lahendused efektiivsuse parandamiseks

2008. aastal käivitati Eestis riiklik e-tervise süsteem. Eelduste kohaselt aitab see koos teiste e-tervise lahendustega terviseressursside kasutamist tõhustada, vähendades paberitööd ja dubleerimist ning täpsustades tervisestatistikat. E-lahenduste kasutamine on osa üldisest riiklikust algatusest, mille käigus töötatakse välja uuenduslikud elektroonilised lahendused riiklike teenuste parema kättesaadavuse tagamiseks. Lühidalt öeldes on Eesti e-tervise süsteem platvorm, mis hõlmab üha rohkem e-lahendusi, nagu näiteks digitaalsed terviselood, digiretseptid, digipiltide arhiiv, patsiendiportaal, digilabor, e-kiirilahendused ja statistikamoodulid, mis võimaldavad vahetada teavet teiste elektrooniliste süsteemidega. Patsiendid saavad oma haiguslugusid ja digiretsepte vaadata patsiendiportaali kaudu ja on tänu sellele paremini informeeritud (vt ka jaotis 2.7.1).

Digitaalse terviseloo viimased hindamised näitavad, et teenuseosutajad esitavad patsientide kohta üha rohkem teavet. Keskandmebaasis on meditsiinidokumente rohkem kui 85% kohta elanikkonnast. Andmete kvaliteet on siiski problemaatilisem, sest teave sisestatakse süsteemi haiguslugude tavaliste kokkuvõtetenä, millest seejärel kogutakse andmeid algoritmide abil. See viitab vajadusele andmete sisestamist edaspidi standardida. Välja tuleb töötada selline tehnoloogia, mis võimaldab edaspidi haiguslugudest automaatselt statistilisi andmeid genereerida. Statistikat saaksid kasutada patsiendid, arstid, teenuseosutajad, riik ja üldsus, täites muidugi eraelu puutumatus nõudeid. Andmed peaksid võimaldama teha kõikvõimalikke põhjalikke statistilisi analüüse.

6.1.3 Tervisesüsteemi rahastamise jätkusuutlikkuse tagamine

Eesti tervishoiusüsteemi rahastamise pikaajaline jätkusuutlikkus tekitas muret juba enne majanduskriisi. Elanikkond vananeb ning tervishoidu rahastatakse suures osas sihtotstarbelisest ravikindlustusmaksust, mida maksab üha vähenev osa elanikkonnast. 1990. aastate alguses loodud ühe rahastaja (haigekassa) süsteem on hästi toiminud. Keskne tulude kogumine, juhtimine ja hinnakujundus tõhustavad ravikindlustusvahendite kasutust, samas kui kindlustuskaitse ulatus (kindlustusega hõlmatus, hüvitatavate teenuste valik ja hüvitamise määr) loob eeldused üldarstiabi ja enamiku eriarstiabi võrdseks kättesaadavuseks kõigile kindlustatutele. Eesti Haigekassa, Sotsiaalministeeriumi ja WHO koostatud süvaanalüüs näitas, et tervisekindlustuse tulubaasi tuleb laiendada, et tagada pikaajaline jätkusuutlikkus alates 2009. aastast (Thomson *et al.*, 2010). Seepärast soovitati aruandes säilitada praeguse süsteemi põhielemendid: sihtotstarbeline ravikindlustusmaks, ravikindlustusvahendite keskne juhtimine ning ühe haigekassa süsteem. Pikemas perspektiivis on vaja tulubaasi laiendada muude kui tööhõivel põhinevate maksude kaudu, näiteks kapitali-, dividendi- ja tarbimismaksud. Pensionäride eest peaks Eesti Haigekassale ravikindlustusmaksu maksma riigieelarvest. Aruanne sisaldab ka paljusid teisi soovitusi, mis hõlmavad nii omaosalusmaksete ohjamist, üldarstiabi tasuta kättesaadavuse tagamist, geneeriliste ravimite väljakirjutamise soodustamist, eelarvevahendite jaotamise protsessi parandamist kui ka haiglavõrgu ülemäärase võimsuse vähendamist. Jätkuaruandes (Thomson *et al.*, 2011) hinnati soovitude rakendamist ja jõuti järeldusele, et tulubaasi laiendamiseks ei ole tehtud konkreetseid poliitikaalgatusi.

6.1.4 Väljakutsed tervisesüsteemi juhtimisel

Olulisim tervisepoliitiline algatus alates 2000. aastate algusest oli rahvastiku tervise arengukava heakskiitmine 2008. aastal (Sotsiaalministeerium, 2008; vt ka jaotis 2.5). Kuigi rahvastiku tervise arengukava nägi ette riigieelarvega seotud üksikasjalikud iga-aastased tegevuskavad, kadus tervikpilt tervisesüsteemist üksikasjade sisse ära. Peale selle jätkub valdkonnaspetsiifiliste rahvaterviseprogrammide integreerimine rahvastiku tervise arengukavasse eesmärgiga vähendada Sotsiaalministeeriumi halduskoormust ja lihtsustada aruandlust valitsuse ees. See on aga omakorda kaasa toonud detailsuse astme ja keerukuse suurenemise rahvastiku tervise arengukavas. Siiani on esikohale seatud selliste vahendite väljatöötamine, mis võimaldavad terviklikku planeerimist ja aruandlust, kuid vaja on koordineeritumat planeerimist, et saavutada sektoriteüleseid eesmärke. Probleemi on mõistetud, kuid ei ole veel selge, kuidas muuta rahvastiku tervise arengukava formaalsest aruandlusvahendist strateegilise planeerimise ja hindamise vahendiks (vt ka jaotised 2.5 ja 2.6).

Rahvastiku tervise arengukava heakskiitmisest alates on valitsus teinud vähe algatusi selleks, et viia ellu arengukavad, mis on juba haiglasektoris, üldarstiabis ja ravimisektoris olemas. See on osaliselt tingitud sellest, et valitsus on peamiselt keskendunud finantskriisiga toimetulekule. Tervishoiutöötajate arvates oli selline tegevusetus mitu aastat mõistetav, kuid lõpuks viis see 2012. aasta oktoobris tervishoiutöötajate suure streigini. Esialgu oli streik seotud üksnes palgatõusuga, kuid peagi lisandusid sellele ka poliitilised nõudmised tervisesüsteemi juhtimise parandamiseks.

Peaaegu kõik Eesti tervishoiutöötajad on palgatöötajad tervishoiuasutustes, kus neile makstakse kindlaksmääratud palka. Kutseühingud püüavad siiski mõjutada teenuseosutajate ühendusi rääkima läbi miinimumpalkasid. Viimane kokkulepe pärineb aastast 2004 ning 2012. aastal alustati streiki palgatõusu saamiseks. 2012. aasta detsembris saavutati uus palgakokkulepe (Eesti Haiglate Liit, Eesti Kiirabi Liit, Eesti Perearstide Selts, Eesti Arstide Liit, Eesti Tervishoiutöötajate Kutseliit, 2012), milles sätestati, et arstide, õdede ja hooldajate miinimumpalgad peaksid tõusma vastavalt 11%, 17% ja 23%. Praegu puudub siiski poliitiline tahe suurendada avaliku sektori kogukulusid tervishoiule ning palgatõusu saavutamine sõltub haiglate ja teiste tervishoiuorganisatsioonide tõhususe suurenemisest ja omaosalusmaksete piiratud suurendamisest.

Palgatõusu mõju eelarvele ei ole lineaarne, kuna suurem osa tervishoiutöötajatest saab miinimumpalgast suuremat tasu. 2013. aasta alguses oli siiski juba selge, et osa haiglaid ei suuda palganõudmisi täita, ilma et nad kärbiksid oma jooksvaid kulusid. Sellest tulenevalt peavad kõik teenuseosutajad kärpima investeeringuid. Lisaks palgatõusule sisaldas kokkulepe ka tervishoiutöötajate töökoormuse vähendamist 15–20%. Sellise vähendamise tehnilised üksikasjad lepitakse kokku 2013. aasta jooksul ning sellel on täiendav negatiivne mõju tervishoiuteenuste kättesaadavusele patsientide jaoks.

Streik sundis tolleaegset sotsiaalministrit kutsuma kõiki peamisi tervishoiuasutusi, tervishoiuorganisatsioonide ja tervishoiutöötajate ühendusi üles koostama ja allkirjastama koostöökokkuleppe 22 asjaomase organisatsiooni vahel. Kokkuleppe eesmärk oli täita nii tervishoiutöötajate kui ka avalikkuse poliitilised nõudmised tervisesüsteemi juhtimise parandamiseks.

Kuigi tervishoiutöötajad tühistasid viimasel hetkel oma nõusoleku, kirjutati 2013. aasta jaanuaris alla hea tahte koostöökokkuleppe (Sotsiaalministeerium, 2013). See sisaldas üheksat põhieesmärki koos väga üksikasjalike vahe-eesmärkide ja tähtaegadega. Need eesmärgid hõlmasid valdkondi, mille spetsiifilised arengukavad olid kriisi tõttu jäetud ootele, samuti uusi eesmärke kuni aastani 2015: patsiendikeskse tervishoiusüsteemi arendamine, esmatasandi tervishoiu tugevdamine, kiirabiteenuse kättesaadavuse ja kvaliteedi parandamine, haiglavõrgu optimeerimine, õendusabi rolli suurendamine, tervishoiutöötajate järelkasvu tagamine, kliinilise teadustöö arendamine, e-tervise lahenduste rakendamine tervishoius ja tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkuse tagamine. Tulevik näitab, mis ulatuses seda meditsiiniringkonnas suuri ootusi äratanud dokumenti ellu viima hakatakse.

6.2 Edasine areng

Seniste reformidega saavutatud arengu jätkumise huvides on lähiaastatel vaja tegelda mitme olulise küsimusega. Ülesanded on erinevad ning nende hulka kuuluvad rahastamise jätkusuutlikkuse ja piisavate inimressursside tagamine, tervisesüsteemi erinevate sidusrühmade aruandekohustus, madalama sissetulekuga elanike omaosalusmaksete tase, haiglavõrgu optimeerimine, esmatasandi ja patsiendikeskse tervishoiu tugevdamine ning tervishoiu- ja sotsiaalteenuste parem lõimimine. Valitsuse plaanid on sätestatud valitsusprogrammis aastateks 2011–2015 (Vabariigi Valitsus, 2011a). Programm hõlmab meetmeid tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja valiku parandamiseks, rahastamise ja patsientide kaasamise suurendamiseks

ning keskendub rohkem ennetamisele. Programm sisaldab nii laiaulatuslikke ja ebamääraseid eelisvaldkondi kui ka väga konkreetseid meetmeid, nagu näiteks alkoholi ja tubakatoodete tarvitamise piiramist või ravimeid käsitlevate poliitikadokumentide koostamine. Selles ei sätestata siiski ulatuslikumat reformikava, mis kajastub ka sellise reformikava puudumises rahvastiku tervise arengukavas (Sotsiaalministeerium, 2008). Üks hiljuti käivitatud algatus on rahvatervise seaduse ajakohastamine. Uues seaduses, mis eeldatavalt valmib 2014. aastal, tuleks määratleda kõikide asutuste ja tasandite (riik, maakond, kohalik omavalitsus ja üksikisikud) rahvatervisega seotud ülesanded, õigused ja kohustused ning sektoritevahelise töö vahendid (st põhimõtte „tervis kõigis poliitikavaldkondades”).

7. Hinnang tervisesüsteemile

Käesolev hinnang Eesti tervisesüsteemile on antud finantskriisist taastumise taustal, kusjuures kriisi enda täielikku mõju võib olla veel vara hinnata. Oodatav eluiga on alates 1990. aastate lõpust püsivalt kasvanud ja lähenemas ELi keskmisele. Siiani püsib aga 10-aastane lõhe naiste kasuks, mis takistab kiiremat arengut ELi keskmise suunas. Kiiresti paranevad ka paljud teised tervisenäitajad, eelkõige imikusuremus. Suurem osa praegusest välditavast haiguskoormusest on koondunud tööealisele elanikkonnale. Seda tingivad mitmesugused riskitegurid, nagu näiteks suitsetamine ja alkoholi tarvitamine. Kuigi elanikkonna tervisekäitumine on üldiselt paranemas, ei ole areng eri vanuse- ja soorühmades ning sotsiaal-majanduslikes rühmades ühtlane. Rasvumise määr on füüsilise aktiivsuse vähesuse ja toitumisharjumuste tõttu enamikus rahvastikurühmades, eriti aga nooremate inimeste seas tõusnud.

Ehkki finantskriis sundis tervishoius vähendama teenuste mahtu ja rakendama kokkuhoiukavasid, vähenes üllataval kombel oluliselt nende inimeste arv, kes kurtsid ravi kättesaadavuse üle. Põhjus võib olla selles, et inimesed lükkasid ravi edasi. Tervishoiu rahastamises on omaosalusmaksete osatähtsus 2006. aastast saadik vähenenud, ent suurim koormus lasub endiselt haavatavatel rühmadel. Elanikkonna rahulolu uuringud näitavad aga, et üldine rahulolu Eesti tervishoiuga on olnud püsivalt kõrge. Kuigi rahulolu tervishoiuteenuste kvaliteediga on märkimisväärselt paranenud, ei ole rahulolu tervishoiuteenuste kättesaadavusega 2003. aastast alates kasvanud.

Tervisesüsteemi efektiivsuse kohta saab teha vastakaid järeldusi. Ühelt poolt on haiglate ja haiglavoodite arv ning keskmine haiglas viibitud aeg vähenenud ELi keskmise tasemele. Teiselt poolt jääb voodihõive ikka veel allapoole ELi keskmist ja on teenuseosutajate lõikes väga erinev, mis tähendab, et selles valdkonnas on arenguruumi. Õdede arv arsti kohta on aastate jooksul jäänud samaks ning ka see viitab olukorra parandamise võimalustele.

OECD riikide võrreldavad andmed näitavad, et Eesti oodatav eluiga on madalam, kui võiks eeldada, lähtudes tervishoiukulutustest elaniku kohta. Samal ajal on Eesti jõudmas punkti, kus tervishoiukulutuste suurendamine hakkab oodatava eluea pikenemist üha vähem mõjutama. Seega on tervisesüsteemis lähiaastatel vaja süsteemseid muutusi, et säilitada 1990. aastate keskpaigas alanud oodatava eluea kiire tõusu trend. Asjakohased meetmed peaksid keskenduma elanikkonnarühmade tervisega seotud ebavõrdsuse vähendamisele, haavatavate rühmade rahalise kaitstuse tugevdamisele seoses tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja nende kasutamisega, elanikkonna käitumuslike terviseriskide vähendamisele ning tervishoiu efektiivsuse suurendamisele ja teenuste omavahelisele integreerimisele.

7.1 Tervisesüsteemis püstitatud eesmärgid

Eesti tervisesüsteemi eesmäärke ei ole alati selgelt sõnastatud. 1990. aastate alguse reformide laiem eesmärk oli tagada tervishoiu stabiilne rahastamine, tõsta ravi kvaliteeti ning pakkuda patsientidele suuremat valikuvabadust. Piiratud eelarvevahendite tõttu sai 1990. aastate lõpupoole ellu viidud reformide laiemaks eesmärgiks tervisesüsteemi efektiivsuse suurendamine. Viimastel aastatel on valitsus kinnitanud mitu kõrgetasemelist strateegiadokumenti, milles seatakse tervisesektorile mitmeid ülesandeid ja eesmäärke. Esiteks sätestatakse nii 2007. aasta kui ka 2011. aasta valitsuse koalitsioonilepingus, et üks põhieesmäärke on saavutada rahvastiku positiivne iive sündimuse kasvu, keskmise eluea pikenemise ja elukvaliteedi tõstmise ning kvaliteetse tervishoiu tagamise teel. Lepingutes määrati koalitsioonivalitsuse jaoks kindlaks ka mitu reformivaldkonda, näiteks tervisliku käitumise toetamine ning võitlus nakkushaiguste, suitsetamise, ebaseaduslike uimastite ja alkoholi liigtarvitamisega; tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkuse tagamine tuluallikate mitmekesistamise ja rahaliste vahendite sihipärasema kasutamise abil; patsientide teadlikkuse parandamine ning esmatasandi tervishoiu tugevdamine. Peale selle sätestati strateegia „Euroopa 2020” eesmärkide saavutamiseks ettenähtud konkurentsivõime kavas „Eesti 2020” (Vabariigi Valitsus, 2011b) ja nelja-aastases riigieelarvestrateegias (Rahandusministeerium, 2010, 2012, 2013) selged tervisealased eesmärgid, nagu oodatav tervena elatud eluiga, rahaline kaitstus ja ravikindlustusega kaetus, rahastamise pikaajaline jätkusuutlikkus, ootustele vastavus ja rahulolu ning konkreetsete haigustega seotud eesmärgid.

Peamine riiklik tervishoiustrateegia Eestis on rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 (Sotsiaalministeerium, 2008), mis peaks põhimõtteliselt andma tervisesüsteemile kui tervikule strateegilise suuna ja poliitika alused. Arengukava eesmärk on suunata edasisi arenguid rahvatervise-, tervishoiu- ja teiste sektorite koostöös, samas keskendudes „tervis kõigis poliitikavaldkondades” põhimõttele. Rahvastiku tervise arengukava prioriteedid põhinevad sellistel väärtustel nagu solidaarsus, võrdsed võimalused ja õiglus, kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavus ja kodanikuühiskonna võimestamine. Strateegia üldeesmärk on suurendada tervena elatud aastate arvu, vähendades suremust ja haigestumust. Strateegia viis teemavaldkonda keskenduvad järgmisele: 1) sotsiaalse sidususe ja võrdsete võimaluste suurendamine, 2) laste ja noorte turvalise ja tervisliku arengu tagamine, 3) tervist toetava keskkonna edendamine, 4) tervislike eluviiside toetamine, ning 5) tervishoiu jätkusuutlikkuse ja kvaliteedi tagamine. Tulemuste jälgimiseks on kuni aastani 2020 kehtestatud tulemusnäitajad ja nelja-aastastes tsüklites ka konkreetsed mõõdetavad eesmärgid.

Peale selle on mõõdetavad eesmärgid kehtestatud ka tervisesektori valdkonnaspetsiifilistes strateegiates, nagu näiteks riiklikus HIVi ja AIDSi strateegias aastateks 2006–2015 ja riiklikus vähistrateegias aastateks 2007–2015. Kõigil strateegiatel on kohustus mõõta tulemusi ning anda sellest sidusrühmadele aru, et seeläbi suurendada vastutavust ja läbipaistvust. Sotsiaalministeerium koostab ka kõikide rahvastiku tervise arengukava valdkondade iga-aastased tegevuskavad.

Ravikindlustuse põhimõtted ja eesmärgid sätestatakse õigusaktidega. Need hõlmavad solidaarsust ja patsientide piiratud omaosalust tervishoiukulude katmisel, vajadustele vastavat tervishoiuteenuste osutamist, võrdset tervishoiuteenuste kättesaadavust ning rahaliste vahendite eesmärgipärasest kasutamist. Nende eesmärkide saavutamiseks on Eesti Haigekassa nõukogu kinnitanud haigekassa nelja-aastases arengukavas välja toodud eesmärgid. Eesti Haigekassa eesmärkide hulka kuuluvad tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja kvaliteedi parandamine ning elanikkonna teadlikkuse ja tervisekäitumise edendamine (Eesti Haigekassa, 2013a).

Kõik eespool nimetatud strateegiad ja poliitikadokumendid peavad sisaldama mõõdetavaid eesmärke ja konkreetseid ülesandeid. Need on siiski iga dokumendi ja sektori puhul rohkemal või vähemal määral spetsiifilised ning seetõttu mõneti ebajärjepidevad. Kahjuks ei määrata ei rahvastiku tervise arengukavas ega üheski teises poliitikadokumendis kindlaks Eesti tervisesüsteemi kui terviku üldesmärke kontseptuaalsel või tervisesüsteemi raamistiku tasandil.

Sotsiaalministeeriumi ja WHO Euroopa Regionaalbüroo koostöös valminud aruandes „Estonia – Health system performance assessment: 2009 Snapshot” (Lai, Veillard ja Bevan, 2010) määratleti tervisesüsteemi raamistik, mis seob tervisesüsteemi ülesanded selle tervisetulemite eesmärkide (tase ja jaotus), rahalise kaitstuse ja tarbijate rahuloluga.

7.2 Rahaline kaitstus ja õiglus tervishoiu rahastamises

7.2.1 Rahaline kaitstus

Omaosalusmaksed moodustasid 2011. aastal 17,6% tervishoiu kogukuludest võrreldes 2006. aasta 25,1%-ga (Statistikaamet, 2013). Ajavahemikul 2000–2006 suurenenud omaosalusmaksete tulemusel suurenes nende leibkondade osakaal, kelle kulutused tervishoiule olid suuremad nende võimest neid kulutusi teha. Näiteks kulutas uuringu kohaselt 2000. aastal 15% ja 2006. aastal 27% leibkondadest pärast toidule tehtud kulutusi järele jäänud sissetulekust rohkem kui 10% tervishoiule (Vörk et al., 2010). Ülisuured maksed saavutasid kõrgpunkti 2006. aastal ning on sellest ajast alates langenud. Aastatel 2010–2011 valitses sarnane olukord nagu 2000. aastate alguses. 2011. aastal kulutas umbes 7,8% kõikidest leibkondadest rohkem kui 20% oma toidukulutuste järgsetest kulutustest tervishoiule, samas kui 10% leibkondadest kulutasid 10%–20%. Samas tähendab see, et ligikaudu 82% leibkondadest kulutas tervishoiule vähem kui 10% oma maksevõimest. Omaosalusmaksete keskmine osatähtsus leibkonna kogukuludes oli kõige suurem 2006. aastal (ligikaudu 6%) ja langes 2011. aastal 4%-ni. Nende kulude koormus langeb peamiselt väiksema sissetulekuga leibkondadele, kes kulutavad ligikaudu 70% omaosalusmaksetele kuluvast rahast ravimitele (riigi keskmine on 55%). Suurem koormus ilmneb leibkondade puhul, kus on 65-aastased ja vanemad või puudega või krooniliselt haiged isikud (Vörk *et al.*, ilmumas).

7.2.2 Õiglus rahastamises

Asjaolu, et tervisesüsteemi rahastatakse peamiselt töötasul põhinevast fikseeritud määraga ravikindlustusmaksust, viitab sellele, et üldjoontes järgitakse horisontaalse ja vertikaalse võrdsuse põhimõtet. Töötasul põhinev maks tagab tervishoiuressursside ümberjaotamise suurema sissetulekuga rühmadelt madalama sissetulekuga rühmadele ning tervematelt haigematele. Samuti toimub märkimisväärne ressursside ümberjaotamine ravikindlustussüsteemi sees, kuna ravikindlustusmaksu tasuvad kindlustatud

isikud (2011. aastal 51% kõigist kindlustatutest, vt jaotis 3.3.1) katavad laste, pensionäride ja teiste võrdsustatud rühmade tervishoiukulud. Omaosalusmaksete osatähtsus tervishoiu kogurahastamises oli kõrgeim 2006. aastal ning tervishoiu üldine rahastamine muutus proportsionaalseks, kui progressiivne sotsiaalmaks tasakaalustas regressiivse omaosalussüsteemi. 2007. aastal oli rahastamine mõõdukalt progressiivne, mis tähendab, et suurema brutosissetulekuga leibkonnad maksid tervishoiu eest rohkem (Vörk *et al.*, 2010). Kuna omaosalusmaksete osatähtsus on alates 2006. aastast langenud, siis on tõenäoline, et rahastamine on muutunud veidi progressiivsemaks (üksikasjalik analüüs avaldatakse 2013. aasta lõpus).

Tervishoidu rahastatakse põhiliselt avaliku sektori vahendite kaudu: riik katab ligikaudu kolm neljandikku tervishoiu kogukuludest. Avaliku sektori vahendid tervishoiu rahastamiseks on kahe kolmandiku ulatuses pärit töötava elanikkonna ja tööandjate poolt makstavast sihtotstarbelisest ravikindlustusmaksust (13% palgast; vt täpsemalt 3. peatükk). Käibe- ja maamaksu makstes annab ka vanem põlvkond oma kaudse panuse riigieelarvesse. Siiski on selline tervishoiu rahastamise korraldus tekitanud küsimusi seoses süsteemi pikaajalise jätkusuutlikkusega ja vajadusega mitmekesistada tulevikus tervishoiu rahastamise tulubaasi (Thomson *et al.*, 2010).

7.3 Kasutajate kogemused ja tervishoiuteenuste võrdne kättesaadavus

7.3.1 Kasutajate kogemused

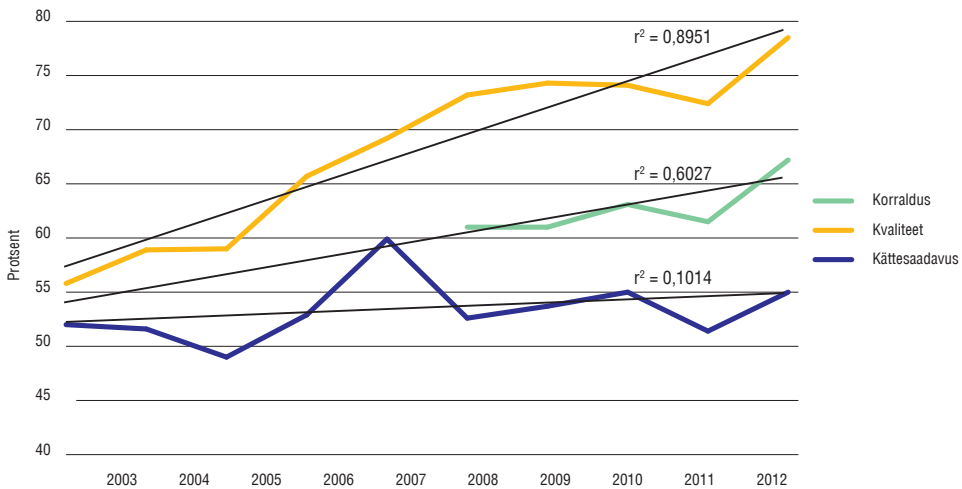
Rahulolu tervishoiusüsteemiga on küll aja jooksul paranenud, kuid seda on võimalik veelgi suurendada. Eestis korraldatud iga-aastase elanikkonna rahulolu uuringu tulemuste kohaselt oli 67% elanikest Eesti tervishoiusüsteemiga rahul ning hindas seda 2012. aastal heaks või suhteliselt heaks, samas kui ajavahemikul 2008–2011 oli sama näitaja 61%–63% (joonis 7.1). Rohkem kui pool inimestest (55%) olid 2012. aastal rahul tervishoiuteenuste kättesaadavusega ning 79% oli samal aastal rahul tervishoiuteenuste kvaliteediga (joonis 7.1). Rahulolu tervishoiuteenuste kättesaadavusega ei ole alates 2003. aastast oluliselt muutunud, samas kui üldine rahulolu tervishoiuteenuste kvaliteedi ja tervishoiusüsteemiga on olnud isegi majandussurutise ajal positiivne. Selge on see, et parandada tuleb tervishoiuteenuste kättesaadavust, mille tõi tervishoiusüsteemi kõige negatiivsema aspektina välja 45% rahulolu-uuringus

osalenutest (Eesti Haigekassa ja Sotsiaalministeerium, 2013). Eesti rahvastiku tervise arengukavas on eesmärgiks seatud, et 2020. aastal oleks 68% elanikest rahul tervishoiuteenuste kättesaadavusega (Sotsiaalministeerium, 2008).

Rahulolu osutatud tervishoiuteenustega Eestis on kõrge. Näiteks 2012. aastal hindas üldarstiabiteenuse kasutajatest seda heaks või suhteliselt heaks 92%, ambulatoorset eriarstiabiteenust hindas nii 88% kasutajatest ja haiglaravi 94% kasutajatest (joonis 7.2).

Joonis 7.1

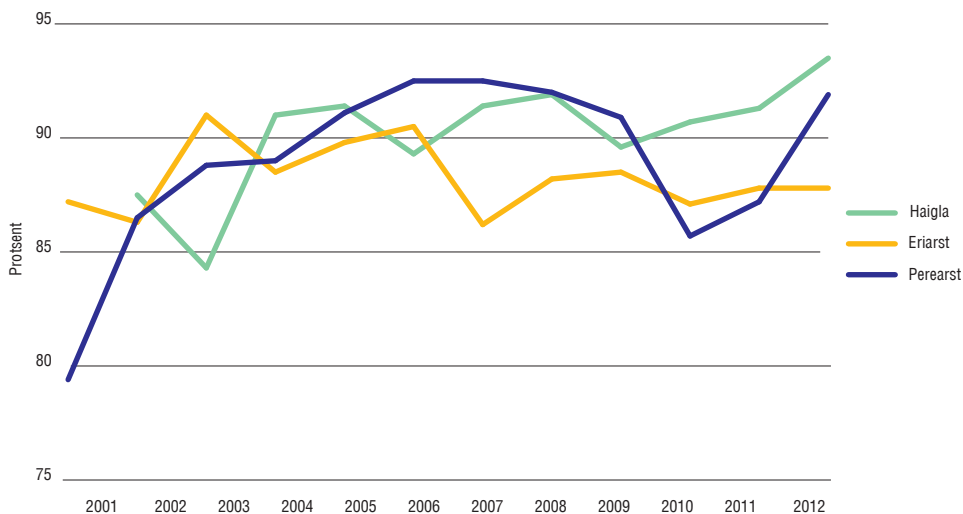
15–74-aastaste elanike rahulolu tervisesüsteemiga, ravi kvaliteedi ja kättesaadavusega Eestis, 2003–2012



Allikas: Eesti Haigekassa ja Sotsiaalministeerium, 2013.

Joonis 7.2

15–74-aastaste elanike rahulolu perearstiabi-, eriarstiabi- ja haiglateenustega Eestis, 2003–2012



Allikas: Eesti Haigekassa ja Sotsiaalministeerium, 2013.

7.3.2 Tervishoiuteenuste võrdne kättesaadavus

Tervisesüsteem ei taga kogu elanikkonnale võrdset teenuste kättesaadavust. Ravikindlustus on ligikaudu 95%-l elanikkonnast. Kuigi rahvastiku tervise arengukavas on seatud eesmärk saavutada 2020. aastaks üldine kindlustuskaitse, on majanduskriis seda arengut pidurdanud. Kindlustamata isikutel on õigus saada vältimatut abi (mida kaetakse otse riigieelarvest) ning teatud rahvatervise programmide (nagu HIVi/AIDSi või tuberkuloosi ennetamine) raames eriarstiabiteenuseid. Teiste tervishoiuteenuste eest tuleb neil üldjuhul tasuda ise, kuigi mõni omavalitsus rahastab teatud tervishoiuteenuseid. Rahvatervise teenuste kättesaadavus ei sõltu ravikindlustusega kaetusest, kuna neid osutatakse tervele elanikkonnale.

Haiglavõrgu arengukava kohaselt peavad haiglateenused olema kättesaadavad kõigile: haigla peab asuma 70 km või 60-minutilise autosõidutee kaugusel. Esmatasandi tervishoiu arengukavas aastateks 2009–2015 on seatud eesmärk tagada kõigile üldarstiabiteenuste võrdne kättesaadavus. Eesmärkide saavutamine toimub teenuste osutamise ja rahastamiskavade piirkondliku planeerimise abil.

Majanduskriisi ajal vähendati tervishoiuteenuste mahtu. Vähendamine toimus kasutajatele ühtselt ning ei oleks tohtinud vähendada konkreetse teenuse kättesaadavust. Peale selle vähenes majanduskriisi ajal sissetulekute ebavõrdsus, mida näitab suhtelise vaesuse määr (2008. aastal 19,7%, 2009. aastal 15,8% ja 2011. aastal 17,5%) (Statistikaamet, 2013). Nende inimeste arv, kes nimetasid tervishoiuteenustega seotud rahuldamata vajadusi, vähenes ajavahelikul 2007–2009 märkimisväärselt: üldarstiabi puhul 5,7%-lt 2,0%-ni, hambaravi puhul 14%-lt 5%-ni ja eriarstiabi puhul 9,5%-lt 4,2%-ni (Statistikaamet, 2013). Samal ajal tõi rohkem inimesi rahuldamata vajaduste põhjusena välja tervishoiuteenuste kättesaadavusega seotud kulutused. Tervishoiuteenuste kättesaadavuse piirangute langus oli uuringus kõige suurem madalaimas sissetulekurühmas. Seda aitab seletada tervishoiu rahastamise vähendamine ja ravijärjekordade pikendamine 2009. aastal. Nimelt tundub, et inimesed lükkasid majandussurutise haripunktis ravile pöördumist edasi. Selle tõttu võis vabaneda teatud osa võimsusi, mis tõi kaasa tervishoiuteenuste kättesaadavuse probleemide vähenemise. Uuemad andmed toetavad seda hinnangut. 2012. aastal kasvas nende inimeste arv, kes tõid välja tervishoiuteenustega seotud rahuldamata vajadused: üldarstiabi puhul 3,4%, hambaravi puhul 8,6% ja eriarstiabi puhul 8,0% (Statistikaamet, 2013).

Eriarstiabi võrdne piirkondlik kättesaadavus on olnud esmatähtis iseseisvuse taastamisest alates. Viimastel aastatel tekitab aina rohkem muret tervishoiuteenuste kvaliteet ja kättesaadavus maapiirkondades. Riiklikul tasandil on tervishoiuteenuste kasutamine siiski ajavahemikul 2003–2011 kasvanud, kui mõõta seda vastuvõttude arvuna kindlustatu kohta: üldarstias 4,2 (2003. aastal 3,1), ambulatoorses eriarstias 2,3 (2003. aastal 1,8) ning retseptiravimite puhul 8,3 (2003. aastal 3,2). Haiglasviibimiste arv on samal perioodil pisut vähenenud: 0,19-ni (2003. aastal 0,20) (Eesti Haigekassa, 2004, 2012b). Lähtudes viimasest uuringust, mille puhul kasutati siiski 2006. aastal korraldatud leibkondade eelarve uuringu andmeid, oli teenuste kasutamine eri sissetulekurühmade poolt väga ebavõrdne: rikkamad inimesed kasutasid rohkem hambaravi- ja päevaraviteenuseid ning telefonikonsultatsioone, isegi kui seda korrigeeriti teenuste kasutamise vajaduse alusel; vaesemad inimesed kasutasid rohkem üldarstiabi ja kiirabi; haiglaravi kasutati aga peaaegu võrdselt (Vörk *et al.*, 2010; Janek Saluse, esialgsed tulemused).

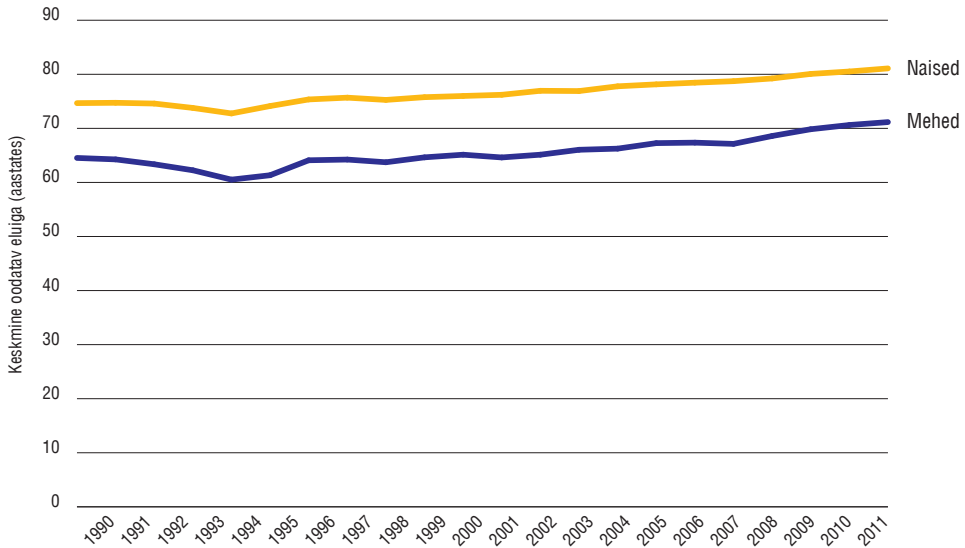
7.4 Tervisetulemid, tervishoiuteenuste tulemid ja ravi kvaliteet

7.4.1 Elanikkonna tervis

Eesti tervisealast ebavõrdsust võrreldes Lääne-Euroopa riikidega mõjutavad endiselt iseseisvuseelsed aastad 1960–1990 ning 1990. aastate alguses ellu viidud poliitilised ja majandusreformid, samuti sellest ajast alates toimunud elustiili ja tervisesüsteemi muutused. Majanduslik olukord ja üldine heaolu on aastate jooksul paranenud, kuid tervishoiuteenuste kasutamisel esineb endiselt ebavõrdsust. 2012. aastal oli eestlaste eluiga pikem kui kunagi varem ning aastate jooksul on oodatav eluiga pidevalt tõusnud. Kui piirkondlikud erinevused on oodatava eluea puhul vähenenud, siis oodatava eluea vaheline erinevus meeste ja naiste vahel on peaaegu 10 aastat naiste kasuks (joonis 7.3). Paljud teised tervisenäitajad on samuti paranemas, sealhulgas imikusuremus (joonis 7.4) ja füüsiliselt aktiivse elanikkonna osatähtsus. Kahjuks ei ole füüsilise aktiivsuse ja söömisharjumuste paranemine eri vanuse- ja soorühmades ning sotsiaal-majanduslikes rühmades ühtlane. Lisaks sellele kasvab mõõduka füüsilise aktiivsuse osatähtsus, samas kui suure aktiivsusega füüsilise tegevuse tase langeb. Üldiselt tähendab see rasvumuse määra suurenemist enamikus elanikkonnarühmades (vt jaotis 1.4). Suurem osa praegusest tervisekaotusest on koondunud tööealisele elanikkonnale. Seda tingivad mitmesugused riskitegurid, nagu näiteks suitsetamine ja alkoholi tarvitamine. Tulevikus tuleb lahendada küsimus, kuidas rakendada rahvatervise meetmeid nii tervisesüsteemi sees kui ka väljaspool seda rahvastiku tervise parandamiseks (Lai *et al.*, 2007).

Joonis 7.3

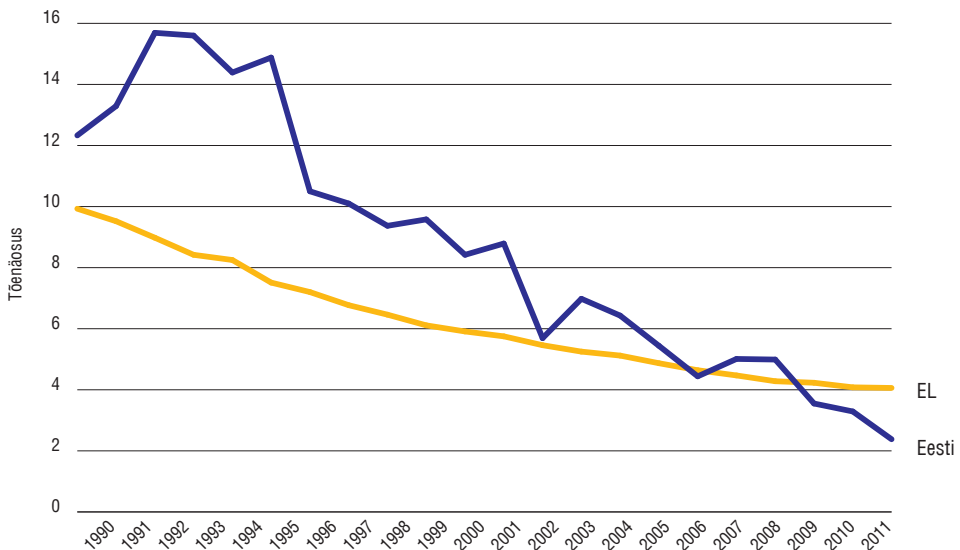
Eesti meeste ja naiste oodatav eluiga, 1990–2011



Allikas: WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2013.

Joonis 7.4

Töenäosus surra enne 5. eluaastat 1000 elussünni kohta Eestis ja ELis, 1990–2011



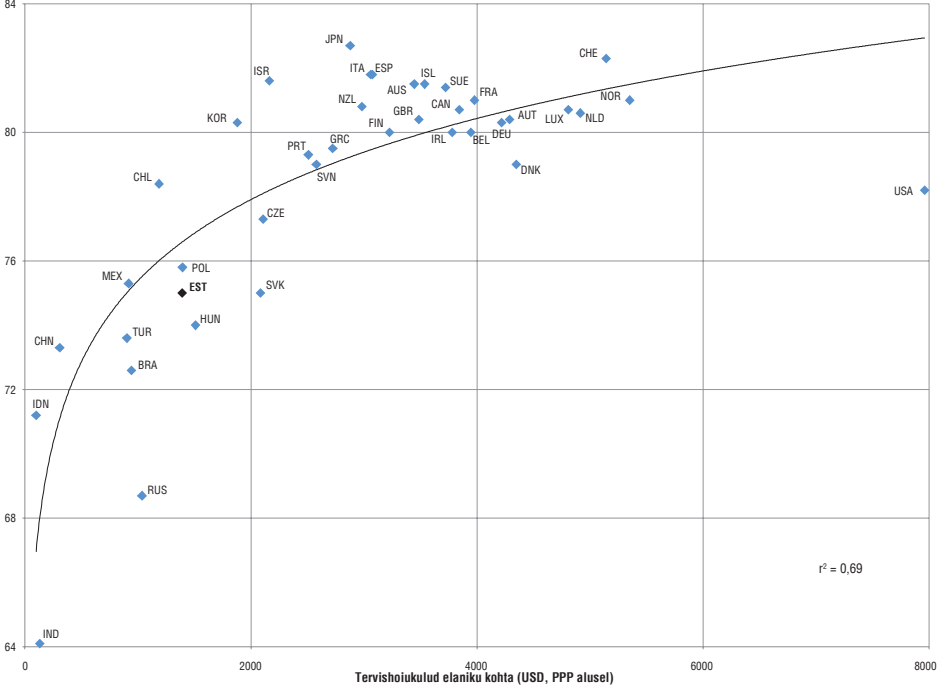
Allikas: WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2013.

Välditava suremuse vähenemine ajavahemikul 2000–2010 näitab, et tervisesüsteem on aidanud aastate jooksul oluliselt kaasa oodatava eluea kasvule ennetuse ja raviga, kuid südame-veresoonkonnahaiguste, vähktõve ja vigastustega seotud andmed näitavad, et olukorda on võimalik veelgi parandada (Lai, 2011). Näiteks on rasestumisvastaste vahendite parem kättesaadavus ja noortele nõustamisteenuste osutamine viinud abortide arvu vähenemiseni 1000 elussünni kohta 1527-lt 1993. aastal 448-ni 2011. aastal; haavandtõvevastased ravimid on aidanud kaasa tänapäevase ravipraktika levikule ning vähendanud kirurgiliste sekkumiste arvu; vaimse tervise häirete ravimiseks kasutatud ravimite parem kättesaadavus on võimaldanud ambulatoorse ravi osatähtsuse tõusu. Tervishoid on avaldanud ka olulist mõju elanikkonna elukvaliteedile, näiteks kaeoperatsioonide ja endoproteeside abil. 2013. aastal pakub tervisesüsteem teenustevalikut, mis on laiem kui 1990. aastate alguses ja laieneb veelgi. Siiski ei ole tervishoiukulutuste kasv ja ravimite kättesaadavuse suurenemine näidanud loodetud mõju rahvastiku tervisele, kuna Eesti oodatav eluiga on endiselt madalam kui tervishoiukuludest lähtuvalt oodata võiks ning sama tervishoiukulutuste tasemega OECD riikides on saavutatud (joonis 7.5).

Joonis 7.5

Oodatav eluiga sünnihetkel ja tervishoiu kogukulud elaniku kohta, 2009. aastal või aastal, mille kohta on andmed kättesaadavad

Keskmine oodatav eluiga (aastates)



Allikas: OECD, 2011.

Märkused: PPP: ostujõu pariteet.

7.4.2 Tervisteenuste tulemid ja ravi kvaliteet

Tervishoiu kvaliteedi tagamisega seotud tegevusi reguleerib mitu õigusakti, mis määratlevad näiteks tegevuslubade andmise (tervishoiutöötajad ja teenuseosutajad), miinimumnõuded teenuste osutamiseks, ravimite müügilubade andmise, elanikkonna rahulolu uuringute korraldamise ja kaebuste menetlemise protseduuri (Pölluste et al., 2006). Nende tegevustega on seotud eri asutused, sealhulgas Sotsiaalministeerium, Terviseamet ja teised ametid, Eesti Haigekassa ning samuti erialühendused ja tervishoiuteenuste osutajad (vt jaotised 2.5 ja 2.8). Alates 1990. aastate lõpust tehakse igal aastal elanikkonna rahulolu uuring, et teada saada, kuidas hinnatakse tervishoiuteenuste kvaliteeti ja kättesaadavust, samuti rahulolu perearstide, eriarstide, hambaarstide ja haiglatega. 2003. aastast alates on elanikkonna rahulolu teenuste kvaliteediga pidevalt kasvanud ja 2012. aastal oli 79%

Eesti elanikest tervishoiuteenuste kvaliteediga rahul (vt joonis 7.1). Nii Eesti Haigekassa kui ka Sotsiaalministeerium on seadnud eesmärgiks parandada elanikkonna üldist rahulolu tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kättesaadavusega.

Lisaks sellele on teenuseosutajate tasandil mitmeid algatusi (näiteks patsiendi rahulolu küsimustikud haiglates), millest saadakse muu hulgas teavet kvaliteedi arendamise mõjudest. Alates 2012. aastast on Eesti Haigekassa avaldanud iga Eestis asuva haigla kohta teenuste kvaliteedi näitajad. Peale selle juhib Eesti Haigekassa käimasolevat ravijuhendite ajakohastamise protsessi; samuti avaldati 2012. aastal ravijuhendite koostamise käsiraamat. Lisaks kehtestas Eesti Haigekassa 2006. aastal perearstide kvaliteedisüsteemi, et parandada teatud krooniliste haiguste (nt diabeedi ja kõrgvererõhktove) jälgimist ja ravi. Eesti Haigekassa algatas ka pilootuuringu, mis käsitles ravi mõju elukvaliteedile puusa- ja põlveproteesi saanud patsientide hinnangul (Eesti Haigekassa, 2011b). Koguti kokku patsientide nimetatud tulemusnäitajate ravieelsed ja -järgsed väärtused, mida saab seejärel kasutada rutiinsete raviprotseduuride puhul, et parandada ravitulemuste jälgimist.

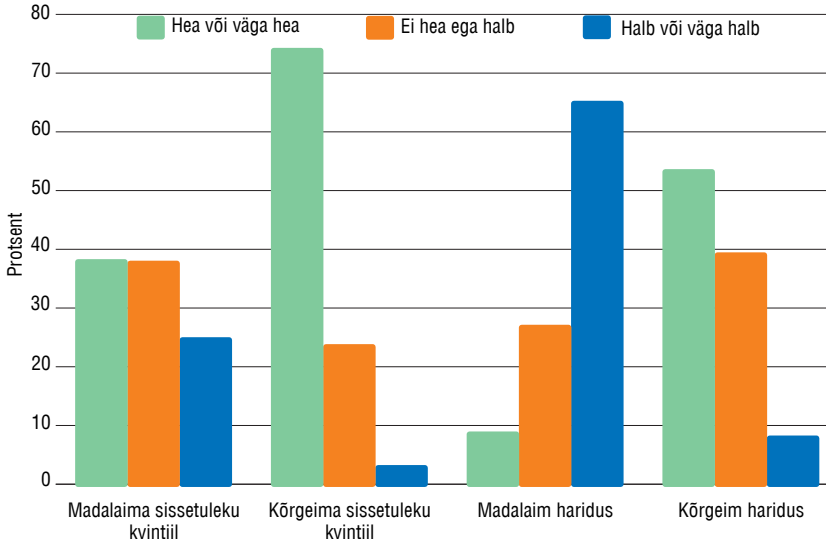
Käesoleva ülevaate kirjutamise ajal puuduvad põhjalikud uuringud, kui hästi on tagatud patsientide õiguste kaitse, kuid avalikkus on seda teemat üha enam arutanud ning kindlustatud isikute teadlikkus oma õigustest ja kohustustest on suurenenud. Elanikkonna teadlikkus kõigub valdkonniti, näiteks võrreldes teadmistega eriarstiabi ja tervishoiuteenuste kättesaadavusest olid teadmised paremad üldarstiabi ja ravikindlustuse kohta.

7.4.3 Tervisetulemite võrdsus

Sotsiaal-majanduslikud tegurid on rahvastiku tervise mõjutajana äärmiselt olulised. Seda tõestab asjaolu, et 2009. aastal hindas kõrgeima sissetulekuga rühmas oma tervises seisundit heaks või väga heaks kaks korda enam inimesi kui madalaima sissetulekuga inimeste seas (joonis 7.6). Samuti on see erinevus laias laastus püsinud ajavahemikul 2005–2009, välja arvatud muret tekitav suundumus, et madalaima sissetulekuga kvintiilis oma tervist heaks või väga heaks hindavate inimeste osatähtsus on tegelikult vähenenud keskmise hinnanguga inimeste arvel. Samal ajal on kõrgeima sissetulekuga kvintiilis vähenenud oma tervist halvaks või väga halvaks hindavate inimeste osatähtsus (arvutatud sissetulekut, sotsiaalset kaasatust ja elamistingimusi käsitlevate avaldamata ELi andmete põhjal).

Joonis 7.6

Hinnang oma tervisele sissetuleku kvintili ja haridustaseme lõikes Eestis, 2009



Allikas: Arvutatud sissetulekut, sotsiaalset kaasatust ja elamistingimusi käsitlevate avaldamata ELi andmete põhjal.

Tervisetulemi erinevused on veelgi äärmuslikumad haridustasemete lõikes: 2009. aastal hindas oma tervist halvaks või väga halvaks 65% madalaima haridustasemega inimestest ja 8% kõrgeima haridustasemega inimestest. Need erinevused on tihedalt seotud ka erinevustega tervisekäitumises. Suitsetamise levimus oli alg- või põhiharidusega meeste seas 48% võrreldes 18%-ga keskkooli lõpetanud meeste seas. Madalaima sissetulekuga kvintilis olevad inimesed kulutasid 2,3% oma sissetulekust tubakatoodetele, kõrgeima sissetulekuga kvintilis olevad inimesed aga 1,1%. Ka absoluutsed kulutused tubakatoodetele olid alg- ja põhiharidusega inimestel kõrgemad kui ülikooli lõpetanutel (arvutatud sissetulekut, sotsiaalset kaasatust ja elamistingimusi käsitlevate avaldamata ELi andmete põhjal).

Kui arvestada tervisetulemi erinevusi sugude lõikes, väärrib tähelepanu asjaolu, et terviseiga seotud soopõhised erinevused on peaaegu olematud, kui sugudevahelisi erinevusi vaadata sissetuleku ja hariduse rühmade lõikes (Lai, 2010). See näitab selgelt, et sotsiaal-majanduslikud tegurid on tervisealase ebavõrdsuse allikana Eestis palju olulisemad kui sugu.

Tervises seisund ja tervisekäitumine on ka piirkonniti erinevad ning selliseid erinevusi on hea kirjeldada oodatava eluea abil. Pikim oodatav eluiga oli 2010. aastal Tartu maakonnas (77,2 aastat). Kuigi suurema osa oodatava elueaga seotud erinevustest olid 15 Eesti maakonna vahel statistiliselt

ebaolulised, eristub Ida-Virumaa 72,5 aastat teistest selgelt. Selles maakonnas aga oli oodatava eluea kasv aastatel 2000–2010 kõige kiirem (8%) ning see aitas oluliselt kaasa oodatava eluea piirkondlike erinevuste vähenemisele nimetatud ajavahemikul. Parima ja halvima tulemusega maakonna erinevus langes seitsmelt aastalt (2000) viie aastani (2010) (TAI, tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas, autorite arvutused). Tuleb märkida, et Ida-Virumaa madala oodatava eluea peamised põhjused on tõenäoliselt seotud suure töötusega ja madala sissetulekuga.

7.5 Tervisesüsteemi efektiivsus

7.5.1 Ressursside jaotamise efektiivsus

Üldarstiabiteenus on üle riigi võrdselt kättesaadav, millele omakorda aitavad kaasa rahalised stiimulid, mis soodustavad perearstide tööleasumist maapiirkondadesse. Siiski esineb probleeme, kuidas motiveerida arste ja õdesid töötama lähemal maapiirkonna patsiendile. Ennetuse ja edendamise seotud tegevuste tõhustamiseks on kasutusele võetud perearstide kvaliteedisüsteem ning rakendatakse mitut sõeluuringute programmi (vt 3. peatükk). Eriarstiabi teenused (füüsilise kättesaadavuse osas) on samuti piirkondade vahel võrdselt jaotunud, kuigi maakonnahaiglate teenuste puhul esineb mõningaid erinevusi ning jätkuvalt on suund koondada spetsialiseerunud eriarstiabi keskustesse ja soodustada tänapäevase ambulatoorse eriarstiabi arengut (Koppel *et al.*, 2008; Lai, Veillard ja Bevan, 2010).

Rahaliste vahendite jaotus jäi aastatel 2004–2008 samaks ning peamised kuluvaldkonnad – ennetus, üldarstiabi, eriarstiabi ja hooldusravi – kasvasid pidevalt. Majandussurutise haripunktis aastatel 2008–2011 oli vajalik statsionaarsete raviteenuste hüvitatavate hindade vähendamine 6% võrra. Üldarstiabi seati esikohale ning selle puhul ei olnud kärped nii suured. Kärped lõpetati 2012. aastal ning tervishoiu rahastamine suureneb taas. Viimastel andmetel eraldati 2011. aastal kogu raviteenuste kuludest 51% statsionaarsele ravile ja 45% ambulatoorsele ravile. Statsionaarse ravi suhteliselt väike osa kogukuludest (27%) (TAI, 2013) ning ambulatoorse ravi osatähtsuse eelistamine on kaasa toonud ravimikulutuste suurenemise (vt täpsemalt 3. peatükk ja jaotis 5.6)

Peamine ja pikaajaline probleem on siiski arstide ja teiste spetsialistide nappus teatavates valdkondades, mis on seotud töötajate vaba liikumisega ELis ning meditsiinierialade lõpetajate ebapiisava arvuga alates 2000. aastast

(vt jaotis 4.2). Selle tulemusena arstide keskmine vanus suureneb ning teenuste osutamisel tekib probleeme, kuna tööjõupuudus ilmselt süveneb. Osalise lahendusena on antud pereõdedele ja ämmaemandatele teatavatel konkreetsetel juhtudel täiendav pädevus ja õigus osutada teenust iseseisvalt (nt normaalse raseduse jälgimise õigus ämmaemandatel). Arutelu meditsiini- ja õenduserialade sisseastujate arvu suurendamise üle kestab.

Alates 2006. aastast on esikohale seatud mitmesugustele rahvatervise-programmidele täiendavate vahendite eraldamine riigieelarvest ning Eesti Haigekassa ja erasektori vahenditest. 2008. aastal alanud majandussurutise ajal vähendati siiski nii tervishoiu kui ka rahvatervise rahastamist. Rahvaterviseteenuste puhul asendati riigieelarvest rahastamine paljudel juhtudel rahastamisega Euroopa Sotsiaalfondist. Ülevaate koostamise ajal ei olnud veel selge, kuidas tagatakse jätkusuutlik rahastamine pärast Euroopa Sotsiaalfondi programmi lõppemist 2013. aastal.

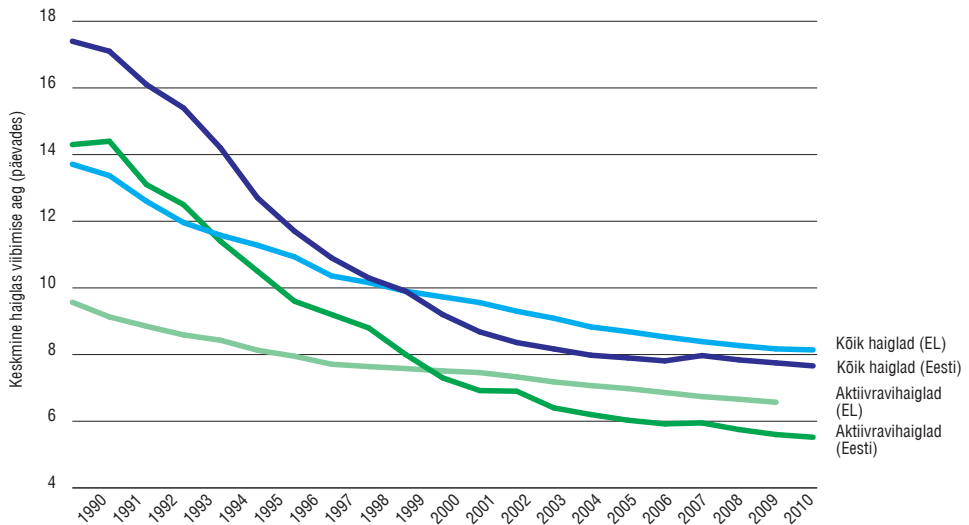
7.5.2 Tehniline efektiivsus

Tervishoiukulud on piiratud sihtotstarbelise ravikindlustusmaksu laekumisega ning riigieelarvest igal aastal eraldatavatest vahenditest. See sunnib suurendama tervishoiuteenuste osutamise efektiivsust.

Eesti haiglavõrgu arengukava (vt 6. peatükk) rakendamine ning Eesti Haigekassa lepingute sõlmimise ja tasustamise süsteem on avaldanud tugevat mõju haiglas viibimise aja lühenemisele. Haigekassa on aktiivselt kasutanud lepingute sõlmimise protsessi, et suurendada ambulatoorse eriarstiabi ja päevakirurgia ulatuslikumat kasutamist. 1990. aastate lõpust alates toimunud haiglate ühendamine kolmes suuremas linnas oli mõeldud selleks, et tõsta efektiivsust. Esimesed tulemused annavad alust arvata, et reform on olnud edukas (Fidler *et al.*, 2007). Keskmine haiglas viibimise aeg langes 1990. aasta 17,4 päevalt 2004. aastal alla 8 päeva. 2010. aastal oli see 5,6 päeva aktiivravi haiglates ning 7,7 päeva kõikides haiglates kokku. Keskmine haiglas viibimise aeg ELis kõikides haiglates kokku oli 8,4 päeva 2010. aastal ja 6,6 päeva 2009. aastal (joonis 7.7). Samal ajal vähenesid voodihõive näitajad kiiresti kuni 2000. aastani, seejärel suurenesid veidi ning stabiliseerusid siis 2010. aastal 70% juures (ELi keskmine on 75%). See tähendab, et efektiivsust on võimalik suurendada ka voodihõive parandamise kaudu. Voodihõive näitajad erinevad linna- ja maahaiglates märkimisväärselt. Haiglasviibimise mustreid tuleks seepärast täiendavalt analüüsida, et teha kindlaks, milliste meetmetega oleks võimalik efektiivsust suurendada, ilma et seetõttu kannataks tervishoiuteenuste

Joonis 7.7

Keskmine haiglas ja aktiivravihaiglas viibimise aeg Eestis ja ELis, periood 1990 kuni viimane aasta, mille kohta on andmed kättesaadavad



Allikas: WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2013.

kättesaadavus maapiirkondades. Kõige esimeses Eesti tervisesüsteemi toimivuse hindamise aruandes rõhutati samuti, et ehkki voodite, õdede ja muu haiglates töötava abipersonali arvu vaadates on haiglavõrgu maht vähenenud, ei ole samaväärselt vähenenud arstide arv haiglates.

Ravimite hüvitamine oli suhteliselt ebaefektiivne kuni 2002. aastani, kui võeti vastu seadusemuudatused, mille kohaselt lubati hüvitamise aluseks võtta geneeriliste ravimite hind. Selle muudatuse tulemusena langesid haigekassa ravimikulud järgmisel aastal 13% võrra. Ravimite hüvitamise süsteemi efektiivsust tõstis veelgi geneeriliste ravimite väljakirjutamise reeglite jõustamine 2010. aastal. Samuti on ravimite kättesaadavust hiljuti parandatud ravimite omaosaluse vähendamisega, hinnakokkulepete sõlmimisega ning hüvitamise maksimaalmäära kaotamisega teatavate ravimite puhul (vt jaotis 2.8.4).

Esmatasandil annab (alates 2006. aastast perearstide ja pereõdede) visiitide arvu kasv ning tõenduspõhiste retseptiravimite kasutuse levik positiivse panuse süsteemi üldisesse tehnilisse efektiivsusesse (Atun *et al.*, 2006). Esmatasandi arstiabi on Eestis endiselt arendamise eelisvaldkond. Süsteemi täiendavat

kulutõhusust ning osutatavate teenuste paremat ulatust ja kättesaadavust soovitakse saavutada õdedele ja ämmaemandatele suuremate soolopraksise õiguste andmise abil.

7.6 Läbipaistvus ja aruandekohustus

Tervisesüsteemi edusammude mõõdetavuse huvides peavad kõik tervishoiustrateegiad ja poliitikadokumendid sisaldama konkreetseid indikaatoreid ja eesmärke. Samas peavad kõik nimetatud dokumendid sisaldama üksikasjalikke tegevuskavasid, milles on nimetatud tegevusvaldkonnad, rahastamisvahendid ning vastutavad asutused. „Tervis kõigis poliitikavaldkondades” lähenemine isenesest ei ole olnud piisav pideva arengu tagamiseks. Positiivse arengu näitena võib tuua 2010. aastast Riigikogu sotsiaalkomitees toimunud kuulamised, mis on avatud kõikidele Riigikogu liikmetele. Siiski ei ole need siiani andnud piisavat tõuget täiendavatele reformidele, nagu on märgitud 6. peatükis.

Strateegiliste tervisepoliitika dokumentide koostamisel on sidusrühmade kaasamisele ja nendega konsulteerimisele kehtestatud ühtsed nõuded, samuti on üldsusel võimalik enne kõnealuste dokumentide lõplikku vastuvõtmist elektroonilise platvormi kaudu osaleda kommenteerimises. Poliitikadokumendi rakendamise ajal peavad eksperdirühmad ja vastutavad asutused kaasama sidusrühmi, huvirühmi ning üldsust.

Kavas on sisse seada täiendav aruandekohustuse mehhanism: tervisesüsteemi toimivuse regulaarsed hindamised, mis annavad teavet tervisesüsteemi üldise arengu ja probleemide kohta ning mida saab kasutada rahvastiku tervise arengukava tegevussuundade planeerimisel. Eesti esimene tervisesüsteemi toimivuse hindamise aruanne avaldati 2010. aastal Sotsiaalministeeriumi ja WHO Euroopa Regionaalbüroo koostöös (Lai, Veillard ja Bevan, 2010).

Haigekassale avalik-õigusliku ning teenuseosutajatele eraõigusliku (kuigi avalikus omandis) staatuse andmine tõi kaasa mõningase riski seoses aruandekohustusega, et need autonoomsed asutused ikka tegutseksid kooskõlas riikliku tervisepoliitika eesmärkidega. Haigekassale avalik-õigusliku staatuse andnud õigusakti ettevalmistamise käigus pöörati hoolikalt tähelepanu sellele, et haigekassa lähtuks riikliku tervisepoliitika eesmärkidest ning oleks üldsuse ees aruandekohustuslik. Näiteks on sotsiaalminister ametikohajärgselt haigekassa nõukogu esimees ning haigekassale kehtivad ranged nõuded tema tegevust puudutava teabe avalikustamiseks (muu hulgas aastaaruannete kaudu).

8. Järeldused

Eesti tervisesüsteemi korraldati põhjalikult ümber esimestel aastatel pärast iseseisvuse taastamist ning süsteemi alustalad on kindlalt paigas. Viimastel aastatel on tehtud üksnes väiksemaid lisamuudatusi. 2008. aastal saabunud majanduskriisi pani Eesti tervisesüsteemi põhjalikult proovile. Peamine eesmärk oli tagada elanikkonna rahaline kaitstus ravikindlustuse paketti vähendamata. Rakendatud kokkuhoiumeetmete hulgas nähti ette teatavate teenuste ja hüvitiste vähendamine, suurendati mõne teenuse puhul omaosalust, pikendati ravijärjekordi, tõsteti ravimite käibemaksumäära, edendati ravimite mõistlikku kasutamist, keskenduti üld- ja ambulatoorsele arstiabile ning vähendati eriarstiabi osutamist. Meetmed ei sisaldanud otsesid palgakärpeid, kuid palgad vähenesid rahastamise vähenemise tõttu. Haigekassa oli õppinud ka varasematest kriisidest ning kasutas kasvuaastatel kogutud reserve edukalt majanduskriisi mõju kompenseerimiseks. Rahvatervise eelarve ja kapitaliinvesteeringute vähenemise osaliseks tasakaalustamiseks kasutati Euroopa struktuurifondide ja Euroopa Sotsiaalfondi vahendeid. Samal ajal on paranenud mitmesugused olulised näitajad, sealhulgas oodatav eluiga, imikusuremus ning füüsiline aktiivsus. Suitsetamine ja alkoholitarbimine on vähenenud, kuid on endiselt väga levinud. Kahjuks ei ole füüsilise aktiivsuse ja söömisharjumuste paranemine eri vanuse- ja soorühmades ning sotsiaalmajanduslikes rühmades ühtlane ning üldiselt tähendab see rasvumuse näitajate suurenemist enamikus elanikkonnarühmades. Lisaks püsib jätkuvalt kõrge HIVisse ja (multi)ravimresistentsesse tuberkuloosi nakatumise tase. Selleks et parandada tervisekäitumist ja vältida õnnetusi, mis on välditava haiguskooormuse peamised tegurid, on vaja tugevamat, laiahaardelisemat ja kestlikumat sektoritevahelist koostööd.

Elanikkonna üldine rahulolu tervishoiuteenuste kvaliteedi ja tervishoiusüsteemiga on olnud isegi majandusliku surutise ajal positiivne. Samas ei ole rahulolu tervishoiuteenuste kättesaadavusega alates 2003. aastast oluliselt muutunud.

Sotsiaalministeerium ja Eesti Haigekassa on majanduslanguse tingimustes üsna hästi toime tulnud, ehkki mõne kärpe pikaajalist mõju on praegu raske ennustada. Kokkuhoiuaastatel on mõnda olulist reformi edasi lükatud, mis on tekitanud rahulolematust töötajate seas. Selge on, et seniste reformide arengu huvides on lähiaastatel vaja tegelda hulga pikaajaliste probleemidega.

Esiteks, kõige enam on arutatud tööjõumaksudel põhineva tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkuse küsimust. 2012. aasta detsembris kokku lepitud tervishoiupersonali palgatõus ja töökoormuse vähendamine muudavad olukorra veelgi keerulisemaks. Ehkki seda probleemi teadvustati juba aastaid tagasi, ei ole olnud poliitilist tahet ressursse ümber jagada. Vastupidi, räägitud on hoopis sellest, et sotsiaalmaksu veelgi vähendada, kas siis ülempiiri kehtestamisega või sissemaksete määra alandamisega. Loodetakse, et see toob tänu vähenenud tööjõukulule kaasa välismaiseid otseinvesteeringuid. Lisaks on alates 2005. aastast tehtud aktiiv- ja hooldusravihaiglate ajakohastamiseks ning rahvatervise valdkonnas suutlikkuse parandamiseks ja tegevuse tõhustamiseks märkimisväärseid investeeringuid ELi struktuurifondidest ja sotsiaalfondidest. Siiski ei ole veel selge, kas nimetatud fondide kasutamine aitab kaasa tervisesüsteemi pikaajalisele jätkusuutlikkusele, eriti nüüd, kui ELi programmid lõpevad ning kapitalikulud ei ole ikka veel riigieelarvest tasutud, ehkki see on seadusega ette nähtud.

Teiseks, Eesti tervisesüsteemi jaoks on põhiküsimus piisava inimressursi tagamine. Viimased muudatused, millega on õdedele ja ämmaemandatele antud olulisem roll tervisesüsteemis, on võimaldanud suuremat paindlikkust. Siiski ei ole praegu veel selge, kuidas see suund tulevikus jätkuda võiks. Ka töötajate vanus suureneb ning õdede arv arsti kohta tervishoiusüsteemis on jäänud 1990. aastate tasemele, s.t kaks ühele, ehkki õenduse arengustrateegias sooviti saavutada suhe kolm ühele aastaks 2015. See tähendab, et rohkem on vaja koolitada tervishoiuspetsialiste, ümber kujundada rahalised stiimulid ja suurendada vastutust.

Kolmandaks, tervisesüsteemi prioriteedid hõlmavad ka patsiendikeskset tervishoidu ja kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavust. Suur samm patsiendikesksuse poole oleks tervise- ja sotsiaalvaldkonna teenuste edasine lõimimine põhjalikuks krooniliste haiguste ravi juhtimise süsteemiks. Eeltingimused on juba täidetud: tugev esmatasandi tervishoiusüsteem (ehkki

seada saaks veelgi tugevdada ja pakutavaid teenuseid laiendada), õenduse üha suurenev osatähtsus esmatasandi tervishoius, e-tervise lahendused teabe jagamiseks teenuseosutajate vahel (s.t elektrooniline terviselugu, e-konsultatsioonide ja e-saatekirjade pilootprojektid), esimesed tulemustasu kasutamise uuringud, tugev kliiniliste ravijuhendite koostamise traditsioon jne. See juhib omakorda tähelepanu tervisesüsteemi killustatusele laiemalt ja vajadusele tugevama integratsiooni järele nii süsteemi kui ka teenuste osutamise tasandil. Killustatuse kaotamine muudaks süsteemi veelgi efektiivsemaks.

Neljandaks, ehkki omaosalusmaksete osatähtsus on alates 2010. aastast langenud, osaliselt muutuste tõttu ravimipoliitikas, on selle mõju nõrgematele sotsiaal-majanduslikele rühmadele seoses tervishoiuteenuste (eelkõige hambaravi), ravimite ja meditsiiniseadmete kättesaadavusega endiselt probleem.

Lisaks on vaja tõhustada teenuseosutajate tegevuse hindamise ja seire vahendeid kogu tervisesüsteemis, et parandada teenuste kvaliteeti ja tervisetulemusi. Oluline osa selles on investeringutel e-tervise süsteemi, mis tõhustab teabevahetust ja suurendab aruandekohustust.

2013. aasta jaanuaris allkirjastatud tervishoiu koostöökokkuleppes (Sotsiaalministeerium, 2013) käsitletakse paljusid nimetatud probleeme. Kuidas need aga tulevikus lahendatakse, sõltub suures osas sellest, kuidas seda dokumenti ellu viima hakatakse.

9. Lisad

9.1 Kasutatud kirjandus

- Aasvee, K., Minossenko, A. (2011). *Eesti kooliõpilaste tervisekäitumise uuring: 2009/2010 õppeaasta. Tabelid* Tallinn, Tervise Arengu Instituut.
- Aaviksoo, A. et al. (2010). *Tervishoiuteenused 2018. Eesti tervise- ja heaoluteenuste ekspordivõimalused*. Tallinn, Arengufond (<http://www.arengufond.ee/upload/Editor/Publikatsioonid/Tervishoiuteenuste-eksport-2018.pdf>, vaadatud 5. augustil 2013).
- Atun, R. (2004). *Advisory support to primary health care evaluation model: Estonia PHC evaluation project*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://ee.euro.who.int/EstoniaWHOEvaluationRAtunFinalReport271204.pdf>, vaadatud 5. augustil 2013).
- Atun, R. et al. (2006). Introducing a complex health innovation: primary health care reforms in Estonia (multimethods evaluation). *Health Policy*, 79:79–91.
- Couffinhal, A., Habicht, T. (2005). *Health system financing in Estonia: situation and challenges in 2005*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, Health Systems Financing Programme (<http://ee.euro.who.int/CaseStudyfinalEstonia2005.pdf>, vaadatud 12. augustil 2013).
- Eesti Arstide Liit (2012). Koduleht. Tartu, Eesti Arstide Liit (<http://www.arstideliit.ee/eeesti-arstide-liit>, vaadatud 5. augustil 2013).
- Eesti Geenivaramu (2012). *Estonian Genome Center report 2001–2011*. Tartu, Estonian Genome Center (<http://www.geenivaramu.ee/documents/estoniangenomecenter.pdf>, vaadatud 5. augustil 2013).
- Eesti Haigekassa (2003). *Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2002*. Tallinn, Eesti Haigekassa (http://www.haigekassa.ee/files/est_haigekassa_aruanded_2002/majandusaruanne2002.pdf, vaadatud 5. augustil 2013).
- Eesti Haigekassa (2004). *Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2003*. Tallinn, Eesti Haigekassa (http://www.haigekassa.ee/files/est_haigekassa_aruanded_2003/majandusaruanne2003.pdf, vaadatud 5. augustil 2013).
- Eesti Haigekassa (2005). *Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2004*. Tallinn, Eesti Haigekassa (http://www.haigekassa.ee/files/est_haigekassa_aruanded_2004/majandusaasta2004.pdf, vaadatud 5. augustil 2013).

- Eesti Haigekassa (2006). *Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2006*. Tallinn, Eesti Haigekassa (http://www.haigekassa.ee/files/est_haigekassa_aruanded_2006/EHK_Majandusaasta_aruanne_2006.pdf, vaadatud 5. augustil 2013).
- Eesti Haigekassa (2008). *Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2008*. Tallinn, Eesti Haigekassa (http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Majandusaasta_aruanne_2008_allkirjadega.pdf, vaadatud 5. augustil 2013).
- Eesti Haigekassa (2009). *Overview of Estonian experiences with DRG system*. Tallinn, Estonian Health Insurance Fund ([http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Implementation_DRG_EST_291209_cover\(1\).pdf](http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Implementation_DRG_EST_291209_cover(1).pdf), vaadatud 5. augustil 2013).
- Eesti Haigekassa (2010). *Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2010*. Tallinn, Eesti Haigekassa ([http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/HK_majandusaasta_aruanne_2010\(1\).pdf](http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/HK_majandusaasta_aruanne_2010(1).pdf), vaadatud 5. augustil 2013).
- Eesti Haigekassa (2011a). *Haiglavõrgu arengukava haiglatele tagasiside aruanne 2011*. Tallinn, Eesti Haigekassa (http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/HaiglataTagasisideAruanne_2011_v8t.pdf, vaadatud 5. augustil 2013).
- Eesti Haigekassa (2011b). *Ravi mõju patsiendi elukvaliteedile: põlve- ja puusaproteesi patsientide elukvaliteedi muutuse hindamine patsientide poolt*. Tallinn, Eesti Haigekassa (http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/PROM_partneritele.doc, vaadatud 5. augustil 2013).
- Eesti Haigekassa (2012a). *Eesti Haigekassa 2012. aasta eelarve seletuskiri*. Tallinn, Eesti Haigekassa (http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/EHK_eelarve_2012.pdf, vaadatud 5. augustil 2013).
- Eesti Haigekassa (2012b). *Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2011*. Tallinn, Eesti Haigekassa (http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/EHK_Aastaruanne2011_EST_.pdf, vaadatud 5. augustil 2013).
- Eesti Haigekassa (2013a). *Eesti Haigekassa arengukava 2013–2016*. Tallinn, Eesti Haigekassa (http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/2013_01_04_Arengukava_2013_2016_noukogule.pdf, vaadatud 21. augustil 2013).
- Eesti Haigekassa (2013b). *Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2012*. Tallinn, Eesti Haigekassa (http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/EHK_aastaraamat2012_est.pdf, vaadatud 5. augustil 2013).
- Eesti Haigekassa (2013c). *Tervishoiuteenuste kättesaadavus piirkondlikes- ja keskhaiglates (augustis 2011, oktoobris 2011, veebruaris 2012, septembris 2012)*. Tallinn, Eesti Haigekassa (<http://www.haigekassa.ee/kindlustatule/jarjekorrad/>, vaadatud 21. augustil 2013).
- Eesti Haigekassa ja Sotsiaalministeerium (2013). *Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2012*. Tallinn, Eesti Haigekassa ja Sotsiaalministeerium (http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Elanike%20hinnangud%20tervisele%20ja%20arstiabile_2012_raport_GfK.pdf, vaadatud 5. augustil 2013).

- Eesti Haiglate Liit (2012). Koduleht. Tallinn, Eesti Haiglate Liit (<http://www.haiglateliit.ee/et/liidust>, vaadatud 5. augustil 2013).
- Eesti Haiglate Liit, Eesti Kiirabi Liit, Eesti Pearingstide Selts, Eesti Arstide Liit, Eesti Tervishoiutöötajate Kutseliit (2012). *Kollektiivleping 19.12.2012*. Tallinn, Eesti Haiglate Liit (<http://www.arstideliit.ee/wp-content/uploads/2012/12/Kollektiivleping-19.12.2012.pdf>, vaadatud 21. augustil 2013).
- Eesti Käitumis- ja Terviseteaduste Keskus (2013). Koduleht. Tartu, Eesti Käitumis- ja Terviseteaduste Keskus (<http://www.ut.ee/et/26435>, vaadatud 5. augustil 2013).
- Eesti Patsientide Esindusühing (2012). Koduleht. Tallinn, Eesti Patsientide Esindusühing (<http://www.epey.ee>, vaadatud 5. augustil 2013).
- Eesti Vabariigi Valitsus (1995). 2. märtsi 1995. a otsus nr 18 *Tervisepoliitika*. Tallinn, Eesti Vabariigi Valitsus.
- Eesti Vabariigi Valitsus (2003). 2. aprilli 2003. a määrus nr 105 *Haiglavõrgu arengukava*. Tallinn, Eesti Vabariigi Valitsus (<http://www.riigiteataja.ee/akt/13353001>, vaadatud 21. augustil 2013).
- Eesti Vabariigi Valitsus (2004). 14. aprilli 2004. aasta määrus nr 107 *Sotsiaalministeeriumi põhimäärus*. Tallinn, Eesti Vabariigi Valitsus (<https://www.riigiteataja.ee/akt/128092012012>, viimati muudetud 27. septembril 2012, vaadatud 5. augustil 2013).
- Eesti Vabariigi Valitsus (2005). 14. veebruari 2005. aasta korraldus nr 89 *Südame- ja veresoonehaiguste ennetamise riiklik strateegia 2005–2020*. Eesti Vabariigi Valitsus (<https://www.riigiteataja.ee/akt/852525>, vaadatud 12. augustil 2013).
- Eesti Vabariigi Valitsus (2011a). *Vabariigi Valitsuse tegevusprogramm*. Tallinn, Eesti Vabariigi Valitsus (<http://valitsus.ee/et/valitsus/tegevusprogramm>, vaadatud 5. augustil 2013).
- Eesti Vabariigi Valitsus (2011b). *Konkurentsivõime kava „Eesti 2020”*. Tallinn, Eesti Vabariigi Valitsus (<http://valitsus.ee/et/riigikantselei/eesti2020>, vaadatud 5. augustil 2013).
- Eesti Õdede Liit ja Eesti Ämmaemandate Ühing (2011). *Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2011–2020*. Tallinn, Eesti Õdede Liit, Eesti Ämmaemandate Ühing (http://www.ena.ee/images/stories/attachments/article/507/Eesti_oenduse_ammaemanduse_arengustrateegia.pdf, vaadatud 5. augustil 2013).
- Euroopa Komisjon (2005a). *Direktiiv 2005/36 kutsekvalifikatsioonide tunnustamise kohta*. Brüssel, Euroopa Komisjon (http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/policy_developments/legislation/index_en.htm, eesti keeles <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32005L0036:ET:NOT>, vaadatud 5. augustil 2013).

- Euroopa Komisjon (2005b). *Eurobarometer 225: Social values, science & technology*. Brussels, Statistical Office of the European Communities (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_225_report_en.pdf, vaadatud 5. augustil 2013).
- Euroopa Komisjon (2012). *Eurobarometer 2012 Public opinion* [internetis asuv andmebaas]. Brussels, Statistical Office of the European Communities (http://ec.europa.eu/public_opinion/index_en.htm, vaadatud 5. augustil 2013).
- Euroopa Komisjon (2013a). *Eurostat statistical database* [internetis asuv andmebaas]. Brussels, Statistical Office of the European Communities (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>, vaadatud 5. augustil 2013).
- Euroopa Komisjon (2013b). *Flash Eurobarometer 373: Europeans' engagement in participatory democracy*. Brussels, Statistical Office of the European Communities (http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_373_en.pdf, vaadatud 5. juulil 2013).
- Fidler, A. *et al.* (2007). Incorporation of public hospitals: a “silver bullet” against overcapacity, managerial bottlenecks and resource constraints? Case studies from Austria and Estonia. *Health Policy*, 81(2–3):328–338.
- Habicht, T. (2008). Governing a single-payer mandatory health insurance system: the case from Estonia. In: Sawedoff W. D., Gottret P., eds. *Governing mandatory health insurance. Learning from experience*. Washington, DC, World Bank: 101–128.
- Habicht, T., Habicht, J., Jesse, M. (2011). Estonia (hospital governance in Estonia: trend and practices). In: Saltman R. B., Durán A., Dubois H. F. D., eds. *Governing public hospitals: reform strategies and the movement towards institutional autonomy*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies: 141–162.
- Hellers, G. *et al.* (2000). *The Estonian Hospital Master Plan 2015 – Haiglavõrgu arengukava 2015*. Stockholm, SC Scandinavian Care Consultants and SWECO International Sotsiaalministeeriumi tellimusel (<http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/2049>, vaadatud 5. augustil 2013).
- Kanavos, P. *et al.* (2009). *Review of the Estonian pharmaceutical sector: towards the development of a national medicines policy*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Kasmel, A. *et al.* (2001). *Eesti täiskasvanud elanikkonna tervisekäitumise uuring, kevad 2000*. Tallinn, Eesti Tervisekasvatuse Keskus.
- Kiivet, R. A., Asser T. (2006). Arstiõppe ja residentuuri rahastamine aastatel 1994–2006. *Eesti Arst*, 85(9):559–563.

- Kiivet, R. A., Visk H., Asser T. (2012). Eestis töötavate arstide arvu prognoos aastaks 2032. *Eesti Arst*, 91(8):403–412.
- Koppel, A. *et al.* (2008). Eesti: Tervisesüsteemi ülevaade. *Tervisesüsteemid muutustes*, 2008; 10(1): 1–312.
- Lai, T. (2010). Soolised terviseerinevused Eestis. Kogumikus: Järviste L., Marling R., Sander K., toim. *Teel tasakaalustatud ühiskonda II*. Tallinn, Sotsiaalministeerium, lk 77–87 (http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/V2ljaanded/Publikatsioonid/2010/Teel_tasak_yhiskonda_II_eesti.pdf, vaadatud 22. augustil 2013).
- Lai, T. (2011). *Population health measures to support evidence-based health policy in Estonia*. Tartu, University of Tartu, 2011.
- Lai, T. *et al.* (2007). Costs, health effects and cost-effectiveness of alcohol and tobacco control strategies in Estonia. *Health Policy*, 84(1):75–88.
- Lai, T., Habicht, J. (2011). Decline in alcohol consumption in Estonia: combined effects of strengthened alcohol policy and economic downturn. *Alcohol and Alcoholism*, 46(2):200–203.
- Lai, T., Köhler, K. (2009). *Burden of disease of Estonian population*. Tallinn, Ministry of Social Affairs.
- Lai, T., Veillard, J., Bevan, G. (2010). *Estonia, health system performance assessment: 2009 snapshot*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe and Estonian Ministry of Social Affairs, 2010.
- Lukman, A., Nikitina, A. (2011). Taastusravi – nõudlik arstikunst. *Eesti Arst*, 90(7):306–308.
- Maynard, A. (2008). *Payment for performance (P4P): international experience and a cautionary proposal for Estonia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe Division of Country Health Systems (Health Financing Policy Paper) (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/78975/P4P_Estonia.pdf, vaadatud 5. augustil 2013).
- OECD (2011). *Health at a glance: Europe 2011*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Orro, E. *et al.* (2013). *Alkoholi turg, tarbimine ja kahjud Eestis: Aastaraamat 2012*. Tallinn, Konjunkturiinstituut.
- PRAXIS (2011). *Eesti sotsiaalkindlustussüsteemi jätkusuutliku rahastamise võimalused*. Tallinn, PRAXIS (http://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Tervishoid/Eesti_tervishoiu_rahastamise_jatkusuutlikkus/Eesti_sotsiaalkindlustussusteemi_jaetkusuutliku_rahastamise_voimalused_taeisversioon.pdf, vaadatud 5. augustil 2013).

- Pudersell, K. *et al.* (2007). *Pharmaceutical pricing and reimbursement information: Estonia, Pharma profile 2007*. Vienna, Gesundheit Österreich for the WHO Collaborating Centre for Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies (http://whocc.goeg.at/Literaturliste/Dokumente/CountryInformationReports/Estonia_PPRI_2007.pdf, vaadatud 5. augustil 2013).
- Pölluste, K. *et al.* (2006). Quality improvement in the Estonian health system: assessment of progress using an international tool. *Journal for Quality in Health Care*, 18(6):403–413.
- Rahandusministeerium (2010). *Riigi eelarvestrateegia 2011–2014*. Tallinn, Eesti Vabariigi Valitsus (http://valitsus.ee/UserFiles/valitsus/et/valitsus/arengukavad/rahandusministeerium/RES_2011_2014.pdf, vaadatud 5. augustil 2013).
- Rahandusministeerium (2012). *Riigi eelarvestrateegia 2013–2016*. Tallinn, Eesti Vabariigi Valitsus (<http://www.fin.ee/doc.php?107833>, vaadatud 5. augustil 2013).
- Rahandusministeerium (2013). *Riigi eelarvestrateegia 2014–2017*. Tallinn, Eesti Vabariigi Valitsus (<http://www.fin.ee/doc.php?109292>, vaadatud 5. augustil 2013).
- Ravimiamet (2011). *Eesti ravimistatistika 2006–2010*. Tartu, Ravimiamet (<http://www.ravimiamet.ee/statistika04102011pdf>, vaadatud 22. augustil 2013).
- Riigikontroll (2006). *Taastusravi korralduse tõhusus*. 7. novembri 2006. aasta kontrolliaruanne nr OSIII-2-6/06/91. Tallinn, Riigikontroll (<http://www.riigikontroll.ee/DesktopModules/DigiDetail/FileDownloader.aspx?FileId=10291&AuditId=1958>, vaadatud 12. augustil 2013).
- Riigikontroll (2010). *Haiglavõrgu jätkusuutlikkus*. 2. veebruari 2010. aasta aruanne Riigikogule. Tallinn, Riigikontroll. (<http://www.riigikontroll.ee/tabid/215/Audit/2127/WorkerTab/Audit/WorkerId/43/language/en-US/Default.aspx>, vaadatud 5. augustil 2013).
- Riigikontroll (2011). *Järeldudit meditsiiniseadmete soetamisest ja kasutamisest meditsiinasutustes*. 20. septembri 2011. aasta aruanne Riigikogule. Tallinn, Riigikontroll (<http://www.riigikontroll.ee/tabid/215/Audit/2197/WorkerTab/Audit/WorkerId/30/language/en-US/Default.aspx>, vaadatud 5. augustil 2013).
- Riigikontroll (2012). *Ravimite hüvitamise korraldus*. 6. septembri 2012. aasta aruanne Riigikogule. Tallinn, Riigikontroll (<http://www.riigikontroll.ee/tabid/206/Audit/2259/Area/21/language/et-EE/Default.aspx>, vaadatud 5. augustil 2013).
- Riigi Teataja (2013). Koduleht (<http://www.riigiteataja.ee/>, vaadatud 5. augustil 2013).
- Saar, P., Habicht, J. (2011). Migration and attrition: Estonia, its health sector, and cross-border mobility. In: Wismar M *et al.* eds. *Health professional mobility and health systems: evidence from 17 European countries*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies: 337–362.

- Saar Poll (2011). *Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2011*. Tallinn, Saar Poll Eesti Haigekassa ja Sotsiaalministeeriumi tellimisel (http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Elanike_hinnangud_tervisele_arstiabile_2011_ARUANNE.pdf, vaadatud 5. augustil 2013).
- Sagan, A. *et al.* (2011). Poland health system review. *Health Systems in Transition*, 13(8):1–193.
- Sotsiaalministeerium (2001). 28. novembri 2001. aasta määrus nr 110 *Eriarstiabi erialade loetelu*. Tallinn, Eesti Vabariigi Valitsus (<https://www.riigiteataja.ee/akt/13212185>, vaadatud 5. augustil 2013).
- Sotsiaalministeerium (2002). *Tervishoiutöötajate täiend- ja ümberõpe*. Tallinn, Sotsiaalministeerium 2002.
- Sotsiaalministeerium (2003). *Eesti hooldusravivõrgu arengukava 2004–2015*. Tallinn, Sotsiaalministeerium (http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/Eesti_hooldusravivorgu_arengukava_2004-2015.pdf, vaadatud 12. augustil 2013).
- Sotsiaalministeerium (2005). *Eesti riiklik HIV ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015*. Tallinn, Sotsiaalministeerium (http://www.tai.ee/images/PDF/HIV_ja_AIDSi_strateegia_2006-2015.pdf, vaadatud 5. augustil 2013).
- Sotsiaalministeerium (2007). *Riiklik vähistrateegia aastateks 2007–2015*. Tallinn, Sotsiaalministeerium (http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Rahvatervis/Riiklik_vaehistrateegia_aastateks_2007-2015.pdf, vaadatud 5. augustil 2013).
- Sotsiaalministeerium (2008). *Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020*. Tallinn, Sotsiaalministeerium (http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Rahvatervis/RTA/2012_RTA_pohitekst_ok_5.pdf, vaadatud 5. augustil 2013).
- Sotsiaalministeerium (2009a). *Tervis, töö ja sotsiaalelu 2000–2008*. Tallinn, Sotsiaalministeerium (http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/V2ljaanded/Publikatsioonid/2009/esinduskogumik_2009.pdf, vaadatud 5. augustil 2013).
- Sotsiaalministeerium (2009b). *Esmatasandi tervishoiu arengukava aastateks 2009–2015*. Tallinn, Sotsiaalministeerium (http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/Esmatasandi_arengukava_2009-2015.pdf, vaadatud 12. augustil 2012).
- Sotsiaalministeerium (2010). *Töötervishoiu ja tööohutuse strateegia 2010–2013*. Tallinn, Sotsiaalministeerium (http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Toovaldkond/TAO/TTTO_strateegia_2010-2013.pdf; http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Toovaldkond/TAO/TTTO_strateegia_2010-2013_tegevuskava.pdf, vaadatud 12. augustil 2012).

- Sotsiaalministeerium (2013). *Hea tahte koostöökokkulepe 30.01.2013*. Tallinn, Sotsiaalministeerium (<http://www.sm.ee/nc/aktuaalne/hea-tahte-koostookkulepe.html?cid=3520&did=9419&sechash=b1b0f1d7>, vaadatud 5. augustil 2013).
- Statistikaamet (2013). Eesti statistika andmebaas. Tallinn, Statistikaamet (www.stat.ee, vaadatud 5. augustil 2013).
- TAI (2013). *Tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaas*. Tallinn, Tervise Arengu Instituut (<http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/dialog/statfile1.asp>, vaadatud 5. augustil 2013).
- Tartu Ülikool (2011). *Tervishoiusüsteemi pettuseid ja korruptsiooniriske kaardistav uuring*. Tallinn, Justiitsministeerium (<http://www.korruptsioon.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=55833/Tervishoius%FCsteemi+pettuseid+ja+korruptsiooniriske+kaardistav+uuring.+Tartu+%DClkool%2C+RAKE+2011.pdf>, vaadatud 5. augustil 2013).
- Tekkel, M., Veideman, T. (2013). *Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2012*. Tallinn, Tervise Arengu Instituut.
- Terviseamet (2012). Koduleht. Tallinn, Terviseamet (<http://www.terviseamet.ee>, vaadatud 5. augustil 2013).
- Terviseamet (2013a). *Nakkushaigustesse haigestumine* [internetis asuv andmebaas]. Tallinn, Terviseamet (<http://www.terviseamet.ee/nakkushaigused/nakkushaigustesse-haigestumine.html>, vaadatud 5. augustil 2013).
- Terviseamet (2013b). *Tervishoiutöötajate migratsioon 2004–2012*. Tallinn, Terviseamet (http://www.terviseamet.ee/fileadmin/dok/Tervishoid/migratsioon_2004-2012.pdf, vaadatud 5. augustil 2013).
- Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjon (2013). *Arstiabi kvaliteedi ekspertkomisjoni ja Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni tegevus arvudes*. Tallinn, Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjon (http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervisepoliitika/oendus_infrastruktuur/Arstiabi_kvaliteedi_ekspertkomisjoni_ja_Tervishoiuteenuse_kvaliteedi_ekspertkomisjoni_tegevuse_statistika.doc, vaadatud 22. augustil 2013).
- Thomson, S. et al. (2010). *Responding to the challenge of financial sustainability in Estonia's health system*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/responding-to-the-challenge-of-financial-sustainability-in-estonias-health-system>, vaadatud 5. augustil 2013).
- Thomson, S. et al. (2011). *Responding to the challenge of financial sustainability in Estonia's health system: one year on*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/where-we-work/member-states/estonia/publications3/responding-to-the-challenge-of-financial-sustainability-in-estonias-health-system-one-year-on>, vaadatud 22. augustil 2013).

- Transparency International (2012). *Corruption perceptions index 2012*. London, Transparency International (<http://cpi.transparency.org/cpi2012/results/>, vaadatud 5. augustil 2013).
- Tsolova, S. *et al.* (2007). *Hospital reform in Bulgaria and Estonia: what is rational and what not?* Budapest, Local Government and Public Service Reform Initiative of the Open Society Institute (<http://www.who.int/management/facility/hospital/Bulgaria&EstoniaHospitalAutonomy.pdf>, vaadatud 5. augustil 2013).
- UNAIDS (2013). *Estonia: HIV and AIDS estimates 2011*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (<http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/estonia/>, vaadatud 5. augustil 2013).
- UNDP (2013). *2013 Human development report. The rise of the south: human progress in a diverse world*. New York, United Nations Development Programme (http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2013_EN_complete.pdf, vaadatud 5. augustil 2013).
- Vabariigi Valimiskomisjon (2012). Koduleht Tallinn, Eesti Vabariigi Valimiskomisjon (<http://www.vvk.ee/>, vaadatud 5. augustil 2013).
- Viiklepp, P. (2012). *Tuberkuloosihaigestumus Eestis 2010–2011*. Tallinn, Tervise Arengu Instituut.
- Võrk, A. *et al.* (in press). *Out-of-pocket payment and catastrophic expenditure in Estonia 2000–2011*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Võrk, A. *et al.* (2010). *Income-related inequality in health care financing and utilization in Estonia since 2000*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://ee.euro.who.int/E94130__HFPP_EST_2010-3_.pdf, vaadatud 5. augustil 2013).
- WHO (2011). *Eesti ravijuhendite koostamise käsiraamat*. Genf, Maailma Terviseorganisatsioon (<http://www.ravijuhend.ee/ravijuhendikoostajale/ravijuhendite-koostamise-kasir/>, vaadatud 5. augustil 2013).
- WHO Regional Office for Europe (1994). *A declaration on the promotion of patients' rights in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (European Consultation on the Rights of Patients. Amsterdam 28–30 March 1994) (http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf, vaadatud 5. augustil 2013).
- WHO Regional Office for Europe (2008). *The Tallinn charter: health systems for health and wealth*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf, vaadatud 5. augustil 2013).
- WHO Regional Office for Europe (2013). European Health for All Database (HFA-DB) [internetis asuv andmebaas]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://data.euro.who.int/hfad/>, vaadatud 5. augustil 2013).

- World Bank (2010). World development indicators [internetis asuv andmebaas]. Washington, DC, World Bank (<http://info.worldbank.org/governance/wgi/index.asp>, vaadatud 5. augustil 2013).
- World Bank (2013). World development indicators [internetis asuv andmebaas]. Washington, DC, World Bank (<http://publications.worldbank.org/WDI/indicators>, vaadatud 5. augustil 2013).
- ÜRO (2013). *Map of Estonia*. New York, United Nations Department of Field Support, Cartographic Section (Map No. 3781 Rev. 3).

9.2 Veebilehed

Eestis

Riigiportaal: <http://www.eesti.ee>

Vabariigi President: <http://www.president.ee>

Riigikogu: <http://www.riigikogu.ee>

Vabariigi Valitsus: <http://www.valitsus.ee>

Sotsiaalministeerium: <http://www.sm.ee>

Põllumajandusministeerium: <http://www.agri.ee>

Kaitseministeerium: <http://www.mod.gov.ee>

Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium: <http://www.mkm.ee>

Haridus- ja Teadusministeerium: <http://www.hm.ee/>

Keskkonnaministeerium: <http://www.envir.ee>

Rahandusministeerium: <http://www.fin.ee>

Siseministeerium: <http://www.siseministeerium.ee>

Justiitsministeerium: <http://www.just.ee>

Riigi Teataja: <http://www.riigiteataja.ee>

Kohalike omavalitsuste portaal : <http://portaal.ell.ee>

Vabariigi Valimiskomisjon: <http://www.vvk.ee>

Eesti E-tervise Sihtasutus (e-tervise portaal): <http://www.e-tervis.ee>

Eesti Haigekassa: <http://www.haigekassa.ee>

Terviseamet: <http://www.terviseamet.ee>
Tervise Arengu Instituut: <http://www.tai.ee>
Ravimiamet: <http://www.ravimiamet.ee>
Sotsiaalkindlustusamet: <http://www.ensib.ee>
Tööinspeksioon: <http://www.ti.ee>
Õiguskantsler: <http://oiguskantsler.ee/>
Andmekaitse Inspeksioon: <http://www.aki.ee>
Maksu- ja Tolliamet: <http://www.emta.ee>
Riigikontroll: <http://www.riigikontroll.ee/>
Politsei- ja Piirivalveamet: <http://www.politsei.ee>
Statistikaamet: <http://www.stat.ee>
Veterinaar- ja Toiduamet: <http://www.vet.agri.ee>
Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsioon: <http://www.egga.ee>
Eesti Haiglate Liit: <http://www.haiglateliit.ee>
Eesti Arstide Liit: <http://www.arstideliit.ee>
Eesti Õdede Liit: <http://www.ena.ee>
Eesti Patsientide Esindusühing: <http://www.epey.ee>
Eesti Perearstide Selts: <http://www.perearstiselts.ee>
Tallinna Tehnikaülikool: <http://www.ttu.ee>
Tallinna Ülikool: <http://www.tlu.ee>
Tartu Ülikool: <http://www.ut.ee>
TÜ Eesti Geenivaramu: <http://www.geenivaramu.ee>
Poliitikauuringute Keskus Praxis: <http://www.praxis.ee>

9.3 Ülevaate „Tervisesüsteemid muutustes” metoodika ja koostamine

Ülevaated „Tervisesüsteemid muutustes” koostavad riigi eksperdid, kes teevad koostööd Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskuse töötajatega. Ülevaate koostamisel võetakse aluseks ühtne raamistik, mida ajakohastatakse korrapäraselt ning mis annab ülevaate koostamiseks vajalikud üksikasjalikud juhised, esitab konkreetseid küsimused, mõisted, soovitatavad andmeallikad ja näited. Juhised on koostatud paindlikult, et autorid ja toimetajad saaksid neid kasutada oma riigi kontekstis. Viimane raamistik on saadaval veebiaadressil <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profiles-hits/hit-template-2010>.

Ülevaadete koostamiseks kasutavad autorid mitmesuguseid andmeallikaid, nagu riigi statistikat, riiklikke ja piirkondlikke poliitikadokumente ja avaldatud kirjutisi. Vajadusel kasutatakse rahvusvahelisi andmeallikaid, nagu näiteks Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooni (OECD) ja Maailmapanga andmebaasid. OECD tervisestatistika sisaldab rohkem kui 1200 näitajat 34 OECD riigi kohta. Andmed saadakse riikide statistikaametite ja terviseministeeriumide poolt kogutud informatsiooni põhjal. Maailmapank annab välja arengunäitajate kogumikku „World Development Indicators”, mis toetub samuti ametlikele allikatele.

Lisaks riigi ekspertidelt saadud andmetele esitab vaatluskeskus ühtlustatud kvantitatiivsed andmed iga riigi kohta rahvusvahelise terviseindikaatorite andmebaasi „European Health for All” (HFA) põhjal. HFA andmebaas sisaldab rohkem kui 600 WHO Euroopa Regionaalbüroo poolt määratletud näitajat, mille abil hinnatakse WHO „Tervis Kõigile” poliitika rakendamist Euroopas. Andmebaasi uuendatakse kaks korda aastas eri allikate põhjal, peamiselt toetutakse valitsuste antavatele ametlikele andmetele ning WHO Euroopa Regionaalbüroo kogutud tervisestatistikale. Standardsed HFA andmed on riikide valitsuste poolt ametlikult heaks kiidetud. Alates 2007. aasta suvisest väljaandest kajastab HFA andmebaas laienenud Euroopa Liidu 27 liikmesriigi andmeid.

Ülevaate „Tervisesüsteemid muutustes” autoreid julgustatakse andmeid tekstis üksikasjalikult analüüsima, eriti juhul, kui esineb probleeme seoses andmete erinevustega eri andmeallikate vahel.

Tavaliselt koosneb ülevaade „Tervisesüsteemid muutustes” üheksast peatükist.

1. Sissejuhatus: visandab tervisesüsteemi üldise konteksti, sealhulgas geograafiline asukoht ja rahvastik, majanduslik ja poliitiline kontekst ning rahvastiku tervis.
2. Tervisesüsteemi korraldus ja juhtimine: annab ülevaate sellest, kuidas riigi tervisesüsteem on korraldatud, kuidas seda juhitakse, kavandatakse ja reguleeritakse ning milline on tervisesüsteemi ajalooline taust; toob välja peamised osapooled ja nende volitused otsuste tegemisel; kirjeldab patsiendi rolli teabe, õiguste, valikuvõimaluste, kaebuste menetlemise, kaasatuse ja piiriülese tervishoiu valdkonnas.
3. Rahastamine: annab informatsiooni tervisesüsteemi kuludest ja nende jaotumisest teenusevaldkondade lõikes, rahastamisallikatest, ressursside jaotusest, kindlustuskaitse ulatusest, hüvitiste liikidest, patsientide omaosalusest ja muudest tasudest, vabatahtlikust tervisekindlustusest ning tervishoiuteenuse osutajate tasustamisest.
4. Materiaalsed ja inimressursid: käsitleb põhikapitali ja investeringute planeerimist ja jaotamist; infrastruktuuri ja meditsiiniseadmeid; infotehnoloogiliste süsteemide toimimist; inimressursi osa tervisesüsteemis, muu hulgas teavet tööjõumuutuste, kutsealase liikuvuse, koolitus- ja karjäärivõimaluste kohta.
5. Teenuste osutamine: keskendub teenuste korraldamisele ja osutamisele ning patsientide liikumisele tervisesüsteemis, käsitledes rahvatervist, üld- ja eriarstiabi, päevaravi, kiirabi, ravimeid, taastus- ja hooldusravi, teenuseid omastehooldajatele, palliatiivset ravi, psühhiaatrilist abi ja hambaravi, täiend- ja alternatiivmeditsiini ning tervishoiuteenuseid elanikkonna erirühmadele.
6. Peamised reformid tervisesüsteemis: annab ülevaate reformidest, strateegiatest ja organisatsioonilistest muudatustest ning tulevikuväljavaadetest.
7. Hinnang tervisesüsteemile: annab hinnangu süsteemi eesmärkide saavutamisele, rahalisele kaitstusele ja õiglusele tervishoiu rahastamises; patsientide kogemustele ja võrdsusele seoses teenuste kättesaadavusega, tervisetulemitele, tervishoiuteenuste tulemustele ja ravikvaliteedile; süsteemi efektiivsusele, läbipaistvusele ja usaldusväärsusele.
8. Järeldused: esitab ülevaate põhitulemused, toob välja tervisesüsteemi muutmisest saadud kogemused; esitab kokkuvõtvalt lahendust vajavad probleemid ning tulevikuväljavaated.
9. Lisad: koondab kasutatud kirjanduse, veebilehtede ja õigusaktide loetelud.

Ülevaadete „Tervisesüsteemid muutustes” kvaliteet on väga oluline, sest esitatud teavet kasutatakse poliitiliste otsuste tegemiseks ja metaanalüüsideks. Kogu kirjutamis- ja toimetamisprotsessi vältel toimuvad põhjalikud konsultatsioonid, kusjuures korraga on töös mitu varianti. Edasised etapid on järgmised.

- Range hindamise protsess (vt järgmine punkt).
- Aruande lõplik vormistamine, mis hõlmab kvaliteedi tagamiseks toimetamist ja korrektuuri.
- Levitamine (avaldamine paberkandjal ja elektrooniliselt, tõlkimine ja esitlemine). Toimetaja on autoritele toeks kogu koostamisprotsessi vältel ning tihedas koostöös autoritega tagab protsessi kõikide etappide läbimise võimalikult efektiivselt.

Üks autoritest kuulub ka vaatluskeskuse töörühma ja toetab teisi autoreid kogu kirjutamis- ja koostamisprotsessi vältel. Toimub tihe koostöö selle nimel, et saavutada kõigi etappide võimalikult suur efektiivsus ning ülevaadete ühtlaselt kõrge tase, mis võimaldab kasutada neid riiklike otsuste tegemiseks ja riikidevahelisteks võrdlusteks.

9.4 Hindamisprotsess

Hindamisprotsessis on kolm etappi. Kõigepealt vaatavad ülevaate teksti läbi ja kinnitavad selle vaatluskeskuses töötavad sarja toimetajad. Seejärel saadetakse ülevaade hindamiseks kahele sõltumatule teaduseksperdile, nende täiendused ja muudatused lisatakse teksti ning tehakse vajalikud parandused. Lõpuks esitatakse tekst asjaomasele terviseministeeriumile või -ametile ning sealsed töötajad kontrollivad ülevaadet faktivigade suhtes.

9.5 Autoritest

Taavi Lai on pikka aega töötanud Sotsiaalministeeriumi vanemanalüütikuna ning on Tartu Ülikooli tervishoiu instituudi teadur. Ta on omandanud Tartu Ülikoolis doktorikraadi tervishoiukorralduse alal ning on uurinud peamiselt rahvatervishoiu ja tervisesüsteemide tulemuslikkuse teemasid.

Triin Habicht on Eesti Haigekassa tervishoiuosakonna juhataja. Ta on õpetanud Tartu Ülikoolis tervishoiuökonomikat ja tervishoiu rahastamist. Tema töö keskendub tervishoiuteenuste osutajate rahastamise erinevate võimaluste arendamisele, uute tervisetehnoloogiate hindamisele ja tervishoiu kvaliteeditagamise süsteemi tugevdamisele. Triin Habicht on kaitsnud magistrikraadi Tartu Ülikooli majandusteaduskonnas (2002).

Kristiina Kahur töötab konsultatsioonifirmades Finnish Consulting Group Ltd ja HC Management Consulting Ltd. Tema töö on seotud eelkõige NordDRG süsteemi hindamise, arendamise ja haldamisega Soomes ja Eestis. Ta on töötanud Eesti Haigekassa tervishoiuökonomika osakonna tervishoiuökonomika peaspetsialistina ning ravi rahastamise talituse juhatajana. Ta on omandanud artikutse ja rahvatervise kutsemagistri kraadi Tartu Ülikoolis.

Marge Reinap on MaailmaTerviseorganisatsiooni Euroopa Regionaalbüroo Eesti esinduse juht. Eelnevalt on ta töötanud tervisepoliitika kujundamise ja tervishoiu valdkonnas ja tegelenud teadustööga tervishoiuökonomika alal. Ta on majandusteaduse magister ning Tallinna Tehnikaülikooli doktorant.

Raul Kiivet on Tartu Ülikooli tervishoiukorralduse professor ja tervishoiu instituudi juhataja. Ta on juhtinud mitut tööühma ja uuringuid tervishoiuteenuste, terviseprogrammide ja arstiabi tulemuslikkuse hindamise alal.

Ewout van Ginneken on Berliini Tehnikaülikooli tervishoiukorralduse ja Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskuse Berliini osakonna vanemteadur. Ta on omandanud terviseteaduste, tervisepoliitika ja -juhtimise magistrikraadi Maastrichti Ülikoolis ning doktorikraadi rahvatervise alal Berliini Tehnikaülikoolis..

Ülevaated „Tervisesüsteemid muutustes”

Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskuse väljaanded

Iga riigi kohta koostatud ülevaates „Tervisesüsteemid muutustes” esitatakse kõikide juba käivitatud või veel ettevalmistusjärgus tervisesüsteemide ja reformialgatuste analüütiline kirjeldus. Ülevaadete eesmärk on esitada asjakohane võrdlev teave, mis abistaks poliitikakujundajaid ja analüütikuid tervisesüsteemide ja reformide väljatöötamisel Euroopa regioonis ja väljaspool. Ülevaateid saab kasutada selleks, et:

- üksikasjalikult tutvuda tervishoiuteenuste rahastamise, korraldamise ja osutamise eri lähenemisviisidega;
- täpselt kirjeldada tervishoiusüsteemi reformiprogrammide protsessi, sisu ja rakendamist;
- tõsta esile ühiseid probleeme ja valdkondi, mis vajavad sügavamat analüüsimist; ja
- saada vahend tervisesüsteemidega seotud teabe levitamiseks ja reformistrateegiade alaste kogemuste vahetamiseks poliitikute ja analüütikute vahel Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa regioonis.

Kuidas saada ülevaadet „Tervisesüsteemid muutustes”

Kõik ülevaated „Tervisesüsteemid muutustes” on saadaval pdf-formaadis veebiaadressil www.healthobservatory.eu, kus saab ühineda ka meie postiloendiga, mille kaudu saadetakse igakuist teavet Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskuse tegevuse kohta, mille väljundiks on uued ülevaated tervisesüsteemidest, raamatud meie kaasväljaannete sarjast koostöös kirjastusega Open University Press, poliitika lühiteated ja kokkuvõtted ning ajakiri Eurohealth.

Kui soovite tellida ülevaate „Tervisesüsteemid muutustes” eksemplari paberkandjal, kirjutage palun aadressil:

info@obs.euro.who.int



Praeguseks on avaldatud järgmiste riikide „Tervisesüsteemid muutustes”:

Albaania (1999, 2002^{ag})
Andorra (2004)
Armeenia (2001^g, 2006)
Austraalia (2002, 2006)
Austria (2001^e, 2006^g)
Aserbaidžaan (2004^g, 2010^g)
Valgevene (2008^g)
Belgia (2000, 2007, 2010)
Bosnia ja Hertsegoviina (2002^g)
Bulgaaria (1999, 2003^b, 2007^g, 2012)
Kanada (2005, 2013)
Horvaatia(1999, 2006)
Küpros (2004, 2012)
Tšehhi Vabariik (2000, 2005^g, 2009)
Taani (2001, 2007^g, 2012)
Eesti (2000, 2004^{gj}, 2008)
Soome (2002, 2008)
Prantsusmaa (2004^{cg}, 2010)
Gruusia (2002^{dg}, 2009)
Saksamaa (2000^e, 2004^{eg})
Kreeka (2010)
Ungari (1999, 2004, 2011)
Island (2003)
Iirimaa (2009)
Iisrael (2003, 2009)
Itaalia (2001, 2009)
Jaapan (2009)
Kasahstan (1999^g, 2007^g, 2012)
Kõrgõzstan (2000^g, 2005^g, 2011^g)
Läti (2001, 2008, 2012)
Leedu (2000)
Luksemburg (1999)
Malta (1999)
Mongoolia (2007)
Madalmaad (2004^g, 2010)
Uus-Meremaa (2001)
Norra (2000, 2006)
Poola (1999, 2005^k, 2012)
Portugal (1999, 2004, 2007, 2011)

Korea Vabariik (2009)
Moldova Vabariik (2002^g, 2008^g, 2012)
Rumeenia (2000^f, 2008)
Venemaa Föderatsioon (2003^g, 2011)
Slovakkia (2000, 2004, 2011)
Sloveenia (2002, 2009)
Hispaania (2000^h, 2006, 2010)
Rootsi (2001, 2005, 2012)
Šveits (2000)
Tadžikistan (2000, 2010^{gl})
Endine Jugoslaavia Makedonia Vabariik (2000, 2006)
Türgi (2002^{gi}, 2012)
Türkmenistan (2000)
Ukraina (2004^g, 2010)
Suurbritannia ja Põhja-Iiri Ühendkuningriik (1999^g)
Ühendkuningriik (Inglismaa) (2011)
Ühendkuningriik (Põhja-Iirimaa) (2012)
Ühendkuningriik (Šotimaa) (2012)
Ühendkuningriik (Wales) (2012)
Usbekistan (2001^g, 2007^g)
Veneto maakond, Itaalia (2012)

Selgitus

Kõik ülevaated on saadaval inglise keeles. Vastava märke korral on need saadaval ka järgmistes keeltes:

a albaania

b bulgaaria

c prantsuse

d gruusia

e saksa

f rumeenia

g vene

h hispaania

i türgi

j eesti

k poola

l tadžiki





Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskuse (European Observatory on Health Systems and Policies) partnerid on Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) Euroopa Regionaalbüroo, Austria, Belgia, Soome, Iirimaa, Madalmaade, Norra, Sloveenia, Hispaania, Rootsi ja Ühendkuningriigi valitsus, Veneto maakond Itaalias, Euroopa Komisjon, Euroopa Investeeringuspank, Maailmapank, UNCAM (Prantsuse Tervishoiufondide Liit), Londoni Majandus- ja Poliitikateaduste Kool (London School of Economics and Political Science) ja Londoni Hügieeni- ja Troopilise Meditsiini Kool (London School of Hygiene & Tropical Medicine).