

Tervisesüsteemid muutustes

10. köide, nr 1 2008

Eesti

Tervisesüsteemi ülevaade

Agris Koppel • Kristiina Kahur
Triin Habicht • Pille Saar
Jarno Habicht • Ewout van Ginneken

Toimetaja: Ewout van Ginneken

Euroopa

Tervisesüsteemide ja -
poliitika Vaatluskeskus



Toimetuse kolleegium

Peatoimetaja:

Elias Mossialos, Londoni Majandus- ja Poliitikateaduste Kool, Ühendkuningriik, ja Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskus

Toimetajad:

Reinhard Busse, Berliini Tehnikaülikool, Saksamaa
Josep Figueras, Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskus
Martin McKee, Londoni Hügieeni- ja Troopilise Meditsiini Kool, Ühendkuningriik, ja Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskus
Richard Saltman, Emory Ülikool, Ameerika Ühendriigid

Toimetus:

Sara Allin, Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskus
Olga Avdeeva, Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskus
Anna Maresso, Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskus
David McDaid, Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskus
Sherry Merkur, Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskus
Bernd Rechel, Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskus
Erika Richardson, Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskus
Sarah Thomson, Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskus

Juhtivtoimetaja:

Giovanna Ceroni, Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskus

Rahvusvaheline nõunike kogu:

Tit Albreht, Rahvatervise Instituut, Sloveenia
Carlos Alvarez-Dardet Díaz, Alicante Ülikool, Hispaania
Rifat Atun, Londoni Kuninglik Kolledž, Ühendkuningriik
Johan Calltorp, Rootsi Kohalike Omavalitsuste ja Regioonide Liit, Rootsi
Armin Fidler, Maailmapank
Colleen Flood, Toronto Ülikool, Kanada
Péter Gaál, Semmelweisi Ülikool, Ungari
Unto Häkkinen, Tervishoiuökonomika keskus Stakes, Soome
William Hsiao, Harvardi Ülikool, Ameerika Ühendriigid
Alan Krasnik, Kopenhaageni Ülikool, Taani
Joseph Kutzin, Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa Regionaalbüroo
Soonman Kwon, Souli Riiklik Ülikool, Korea
John Lavis, McMaster'i Ülikool, Kanada
Vivien Lin, La Trobe'i Ülikool, Austraalia
Greg Marchildon, Regina Ülikool, Kanada
Alan Maynard, Yorki Ülikool, Ühendkuningriik
Nata Menabde, Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa Regionaalbüroo
Ellen Nolte, Londoni Hügieeni- ja Troopilise Meditsiini Kool, Ühendkuningriik
Charles Normand, Dublini Ülikool, Iirimaa
Robin Osborn, Ühisfond, Ameerika Ühendriigid
Dominique Polton, Riiklik Palgatöötajate Tervisekindlustuse Fond (CNAMTS), Prantsusmaa
Sophia Schlette, Tervisepoliitika Monitor, Saksamaa
Igor Sheiman, Majanduskõrgkool, Venemaa Föderatsioon
Peter C. Smith, Yorki Ülikool, Ühendkuningriik
Wynand P.M.M. van de Ven, Erasmuse Ülikool, Madalmaad

Tervisesüsteemid muutustes

Autorid:

Agris Koppel, *Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa Regionaalbüroo*

Kristiina Kahur, *Eesti Haigekassa*

Triin Habicht, *Eesti Haigekassa*

Pille Saar, *Eesti Vabariigi Sotsiaalministeerium*

Jarno Habicht, *Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa Regionaalbüroo*

Ewout van Ginneken, *Berliini Tehnikaülikool*

Toimetaja:

Ewout van Ginneken, *Berliini Tehnikaülikool*

Eesti:

Tervisesüsteemi ülevaade

2008



Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskuse (*European Observatory on Health Systems and Policies*) partnerid on Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) Euroopa Regionaalbüroo, Belgia, Soome, Kreeka, Norra, Sloveenia, Hispaania ja Rootsi valitsus, Veneto maakond Itaalias, Euroopa Investeerimispank, Avatud Ühiskonna Instituut, Maailmapank, 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
TERVISEREFORM
TERVISESÜSTEEMI KAVAD – korraldus ja haldamine
EESTI

Originaal ilmus 2008, aastal inglise keeles „Health Systems in Transition, Estonia“. Raamat avaldati Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa Regionaalbüroo poolt Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskuse nimel.

© Maailma Terviseorganisatsioon 2008, 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
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

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

Käesolevas trükises kasutatud nimed ja materjali esitlusviis ei väljenda Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskuse seisukohti ühegi riigi, territooriumi, linna, piirkonna või selle asutuste õigusliku seisundi või riigipiiri või muude piiride kindlaksmääramise küsimustes. Punktirjooned 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 on rakendanud kõiki põhjendatud ettevaatusabinõusid, et kontrollida käesolevas trükises avaldatud informatsiooni. Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskus või selle partnerid ei anna mingisugust garantiid inglise keelest tõlgitud teksti kvaliteedile või õigsusele. Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskus ei vastuta materjali tõlgendamise ega kasutamise eest. Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskus ei vastuta mingil juhul trükise kasutamisest tuleneva kahju eest. Autorite, toimetajate või ekspertide seisukohad ei pruugi alati väljendada Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskuse otsuseid või ametlikku poliitikat.

Väljaande tõlkija vastutab tõlke õigsuse eest.

© Tartu Ülikool, Tervishoiu Instituut 2008

Trükitud ja köidetud Eestis.

Soovitav viide käesolevale väljaandele:

Koppel A, Kahur K, Habicht T, Saar P, Habicht J ja van Ginneken E. Eesti: Tervisesüsteemi ülevaade. *Tervisesüsteemid muutustes*. 2008; 10(1): 1–312

ISSN 1736-8448
ISBN 9949-13-195-2

Viide originaalväljaandele:

Koppel A, Kahur K, Habicht T, Saar P, Habicht J and van Ginneken E. Estonia: *Health System Review. Health Systems in Transition*. 2008; 10(1): 1-230.

ISSN 1817-6119 Vol. 10 No.1

Sisukord

Eessõna	7
Saatesõna tõlkele	9
Tänuavaldused	11
Lühendite loetelu	15
Tabelite ja jooniste loetelu	17
Kokkuvõte	21
Lühiülevaade	23
1 Sissejuhatus	29
1.1 Geograafiline asukoht ja rahvastik	29
1.2 Majanduslik taust	32
1.3 Poliitiline taust	34
1.4 Tervisenäitajad	38
2 Tervisesüsteemi ülesehitus	51
2.1 Ülevaade Eesti tervisesüsteemist	51
2.2 Ajalooline taust	52
2.3 Ülevaade tervisesüsteemi struktuurist	56
2.4 Detsentraliseerimine ja tsentraliseerimine	68
2.5 Patsiendi vastutuse suurendamine	70
3 Rahastamine	81
3.1 Tervishoiukulud	81
3.2 Elanikkonna kindlustuskaitse ja kindlustuskaitse alused	90
3.3 Tulude kogumine / rahastamisallikad	103

3.4	Rahaliste vahendite puulimine	121
3.5	Ostmine ja ostja-pakkuja suhted	126
3.6	Tasustamisviisid	131
4	Korraldamine ja planeerimine	141
4.1	Korraldamine	141
4.2	Planeerimine ja terviseinfo haldamine	156
5	Materiaalsed ja inimressursid	163
5.1	Materiaalsed ressursid	163
5.2	Inimressursid	174
6	Teenuste osutamine	193
6.1	Rahvatervis	193
6.2	Üldarstiabi	202
6.3	Eriarstiabi	213
6.4	Kiirabiteenused	222
6.5	Ravimid	225
6.6	Taastusravi	235
6.7	Hooldusravi (õendushooldus)	236
6.8	Psühhiaatriline abi	240
6.9	Hambaravi	244
7	Peamised reformid tervisesüsteemis	249
7.1	1990. aastate algus – ravikindlustuse loomine jätkusuutliku tervishoiu rahastamise tagamiseks	250
7.2	1990. aastate keskpaik – pakkujate võrgustiku detsentraliseerimine modernse ja kvaliteetse arstiabi ning rahvatervise teenuste kättesaadavuse tagamiseks	254
7.3	1990. aastate lõpp ja 21. sajandi algus – retsentraliseerimine tervisesüsteemis ja rollide selgitamine	259
7.4	Praegused muutused, tulevikusuunad ja väljakutsed	263

8 Hinnang tervisesüsteemile	271
8.1 Püstitatud eesmärgid tervisesüsteemis	271
8.2 Tervisesüsteemi kulude ja hüvitiste jaotus elanikkonnas (õigus tervishoiu rahastamises ning teenuste ja ressursside jaotus rahvastikus)	274
8.3 Ressursside jaotamise efektiivsus tervisesüsteemis ..	277
8.4 Tehniline efektiivsus tervisesüsteemis	278
8.5 Kvaliteet tervisesüsteemis	279
8.6 Tervisesüsteemi roll tervise parandamisel	281
9 Järeldused	283
10 Lisad	287
10.1 Kasutatud kirjandus	287
10.2 Peamised õigusaktid	297
10.3 Kasulikud viited	300
10.4 Ülevaate „Tervisesüsteemid muutustes” metoodika ja koostamine	303
10.5 Autoritest	306

Eessõna

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

Ülevaate eesmärk on anda poliitikakujundajatele ja analüütikutele asjakohast teavet, et aidata neid tervisesüsteemide väljatöötamisel Euroopas. Need ülevaated moodustavad teabeplokid, mida on võimalik kasutada:

- üksikasjaliku teabe saamiseks eri seisukohtadest tervishoiuteenuste korraldamisel, rahastamisel ja osutamisel ning tervisesüsteemi sidusrühmade rollist;
- tervishoiu valdkonnas läbiviidavate reformiprogrammide institutsioonilise raamistiku, kulgemise, sisu ja rakendamise kirjeldamiseks;
- põhjalikumat analüüsimist vajavate probleemide ja valdkondade esiletõstmiseks;
- abivahendina, mis võimaldab levitada tervisesüsteemidega seotud teavet ja vahetada reformistrateegiatega seotud kogemusi eri riikide poliitikakujundajate ja analüütikute vahel.

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 Maailmapangalt ning muudest asjakohastest ja ülevaate koostajate arvates kasulikest allikatest. Andmekogumismeetodid ja mõisted võivad mõnikord varieeruda, kuid nende kasutus on tavaliselt iga üksiku ülevaate puhul järjepidev.

Ühtlustatud ülevaatel on teatud puudusi, mis tulenevad terviseteenuste osutamise ja rahastamise erinevustest riigiti. Samas on sellel ka eelseid, 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. Ülevaadet ja nende kokkuvõtted on saadaval võrgustiku kodulehel www.euro.who.int/observatory. Ülevaadetes kasutatavate terminite sõnastik asub veebilehel www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage.

Saatesõna tõlkele

Hea lugeja!

Käesolev raamat on neljas järjestikune Maailma Terviseorganisatsiooni algatatud „Tervisesüsteemid muutustes” sarjas ilmunud Eesti tervisesüsteemi ja selles toimunud reformide kirjeldus. Varasemad raamatud on ilmunud aastatel 1996, 2000 ja 2004. Esimesed versioonid olid inglise keeles, kuid 2004. aastal avaldati raamatust esmakordselt ka eesti- ja venekeelne versioon, mis leidsid sooja vastuvõtu kohalike spetsialistide ja huvigruppide poolt. Järjepidevuse ja eri riikide tervisesüsteemide võrdluse tagamiseks on nii Eestit kui ka teisi riike kirjeldavad raamatud kirjutatud sama raamistiku (viimati täiendatud ja parandatud 2007. aastal) alusel. Kõik need ülevaated on kirjutatud algselt ingliskeelsetena ja mõeldud eelkõige rahvusvahelisele lugejaskonnale, et anda ülevaade eri riikide tervisesüsteemidest. Samal ajal on tervisesüsteeme kirjeldavate raamatute eesmärk tuua iga riigi otsustajate ja spetsialistideni ülevaade sellest, mis toimub nendes riikides ja millised muutused toimuvad tervisesüsteemi eri valdkondades.

Kuna tegemist on tõlkega ja mitte otse eesti keeles kohalikule lugejaskonnale kirjutatud raamatuga, siis autorid tunnistavad, et eestikeelne tekst võib olla paiguti kohmakas. Vaatamata sellele annab käesolev raamat panuse tervisevaldkonna eestikeelse sõnavara ühtlustamisse ning kasutamisse.

Loodame, et raamat pakub huvitavat ja kasulikku teavet laiemale lugejaskonnale ning annab võimaluse saada ülevaade Eesti tervisesüsteemist nagu see oli 2008. aastal. Samuti aitab raamat nii juba aastaid

teemaga tegelnud kui ka valdkonna uutel spetsialistidel mõista, kuidas Eesti tervisesüsteem on arenenud ning missugused valikud seisavad tänaste otsustajate ees. Kindlasti on hea ka raamatu ajastus – see kirjeldab muutusi ja kujunenud olukorda enne maailmas 2008. aasta teisel poolel puhkenud majanduskriisi, mis lähiaastatel hakkab otseselt mõjutama tervisesüsteemi ning pakub rikkalikku alust edasisteks analüüsideks ja aruteludeks nii Eestis kui ka laiemalt.

Hoolimata suurenenud mahust ei pruugi raamat kajastada kõiki tervisesüsteemi nüansse ja muutusi, kuid võrreldes eelmise väljaandega on siinne tervisesüsteemi käsitlus terviklikum ja analüütilisem. Samas on vähem detailsemat kajastamist leidnud muudatused, mis toimusid eelmise sajandi 1990. aastatel, kuna neid on põhjalikumalt kirjeldatud eelmistes väljaannetes. Autorid usuvad, et esitatud tervisesüsteemi kirjeldus ja analüüs innustab teadmishimulisi neid huvitavas valdkonnas minema üksikasjadesse. Ühtlasi julgustame kõiki lugejaid andma oma panuse tervisesüsteemi seni katmata valdkondade kajastamisele nii kohalikul kui ka rahvusvahelisel tasandil.

Autorid

Tänuavaldused

Eesti ülevaate „Tervisesüsteemid muutustes” autorid on Agris Koppel (Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa Regionaalbüroo Eesti esinduse tervisepoliitika ja -süsteemide ekspert), Kristiina Kahur (Eesti Haigekassa tervishoiuökonomika peaspetsialist), Triin Habicht (Eesti Haigekassa tervishoiuökonomika osakonna juhataja), Pille Saar (Sotsiaalministeeriumi tervishoiuosakonna peaspetsialist), Jarno Habicht (Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa Regionaalbüroo Eesti esinduse juht), kes tegid koostööd Ewout van Ginnekeniga (Euroopa Tervisesüsteemide ja poliitika Vaatluskeskus/Berliini Tehnikaülikool). Ülevaate toimetaja on Ewout van Ginneken. Euroopa Tervisesüsteemide ja poliitika Vaatluskeskuse Eesti ülevaate vastutav teadusdirektor on Reinhard Busse (Berliini Tehnikaülikool).

Käesoleva ülevaate koostamisel on võetud aluseks 2004. aastal avaldatud Eesti ülevaade „Tervisesüsteemid muutustes”, mille autorid on Maris Jesse, Jarno Habicht, Ain Aaviksoo, Agris Koppel, Alar Irs ja Sarah Thomson ning toimetaja Sarah Thomson.

Euroopa Tervisesüsteemide ja poliitika Vaatluskeskus tänab Ain Aaviksood (Poliitikauuringute Keskuse PRAXIS juhatuse esimees), Reinhard Busset (Berliini Tehnikaülikooli tervishoiukorralduse professor ja kateedri juhataja), Maris Jesset (Tervise Arengu Instituudi direktor), Raul-Allan Kiivetit (Tartu Ülikooli tervishoiu instituudi juhataja; endine ametnik Maailma Terviseorganisatsiooni peakontoris Genfis), Ivi Normetit (Sotsiaalministeeriumi terviseala asekanstler) ja Anneli Uusküla (Tartu Ülikooli tervishoiu instituudi professor) nende poolt ülevaate retsenseerimisel antud hindamatu tagasiside ja märkuste eest.

Ülevaate autorid tänavad kõiki Sotsiaalministeeriumi ja selle haldusala asutuste töötajaid (Üllar Kaljumäe, Ursel Kedars, Aljona Kurbatova, Taavi Lai, Elen Ohov, Marek Seer ja Aivi Themas) ning Eesti Haigekassa töötajaid (Mari Mathiesen, Helvi Tarien, Miret Tuur ja Sirje Vaask), 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 Liis Roovälile Sotsiaalministeeriumist, kes andis oma panuse selle ülevaate koostamiseks, lubades kasutada oma märkmeid tervise teenuste korraldamise kohta ja esitades siseriiklikku statistikat; Raul-Allan Kiivetile, kes töötades Maailma Terviseorganisatsioonis lubas kasutada ülevaadet ümberkorraldustest farmaatsiasektoris; ning Anneli Karule, Tõnu Veldile ja Valdeko Allikule, erakindlustusseltside esindajatele, kes jagasid oma hindamatuid teadmisi viimastest vabahtliku ravikindlustusega seotud arengutest Eestis.

Käesoleva ülevaadete sarja „Tervisesüsteemid muutustes” on koostanud Euroopa Tervisesüsteemide ja poliitika Vaatluskeskuse töötajad. Euroopa Tervisesüsteemide ja poliitika Vaatluskeskuse moodustavad Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa Regionaalbüroo, Belgia, Soome, Kreeka, Norra, Sloveenia, Hispaania ja Rootsi valitsus, Veneto maakond Itaalias, Euroopa Investeerimispank, Avatud Ühiskonna Instituut, Maailmapank, Londoni Majandus- ja Poliitika-teaduste Kool (London School of Economics and Political Science) ja Londoni Hügieeni ja Troopilise Meditsiini Kool (London School of Hygiene and Tropical Medicine).

Ülevaate „Tervisesüsteemid muutustes” koostanud Euroopa Tervisesüsteemide ja poliitika Vaatluskeskuse töörühma juhid on vaatluskeskuse direktor Josep Figueras, kaasdirektor Elias Mossialos ja teadusdirektorid Martin McKee, Reinhard Busse ning Richard Saltman. Tehnilise koordineerimisega tegeles Maailma Terviseorganisatsiooni Eesti esindus, kes tegi tihedat koostööd Euroopa Tervisesüsteemide ja poliitika Vaatluskeskusega.

Ingliseelse raamatu väljaandmis- ja toimetamisprotsessi koordineerisid Suszy Lessof ja Jonathan North, keda abistasid Martyn Barr (kujundus), Nicole Saterley (toimetaja), Aki Hedigan (korrektor) ja

Philipp Seibert Berliinist (standardtabelid ja -joonised). Ülevaate „Tervisesüsteemid muutustes” koostamisel osutasid administratiivset abi Kadri Kont-Kontson, Gerli Sirk (Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa Regionaalbüroo Eesti esindus) ja Caroline White.

Erilist tänu avaldatakse Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa Regionaalbüroole andmekogude eest, mida kasutati terviseteenustega seotud andmete saamiseks; Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsioonile Lääne-Euroopa terviseteenuseid käsitlevate andmete eest ning Maailmapangale Kesk- ja Ida-Euroopa riikide tervisekulutusi käsitlevate andmete eest. Tänu avaldatakse ka riikide statistikaametitele, kes andmed esitasid. Ülevaade „Tervisesüsteemid muutustes” kajastab andmeid, mis olid kättesaadavad 2008. aasta märtsis.

Eestikeelse versiooni väljaandmine on saanud võimalikuks tänu Tartu Ülikooli tervishoiu instituudi (Euroopa Majanduspiirkonna ja Norra finantsmehhanismi projekt EE0016) ja Maailma Terviseorganisatsiooni rahalisele toetusele. Raamatu tõlkimise, toimetamise ja kirjastamise korraldamise eest avaldavad autorid tänu prof Anneli Uuskülale ja prof Raul-Allan Kiiwetile Tartu Ülikooli tervishoiu instituudist. Täname Kristi Sultsi eesti tõlke, Hille Saluäärt käsikirja toimetamise ja trükikoda Paar kirjastamise eest.

Lühendite loetelu

ABC tegevuspõhine kuluarvestusmetoodika (*Activity-based Costing*)
ADD keskmine päevane annus (*Average Daily Dose*)
AIDS omandatud immuunpuudulikkuse sündroom (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*)
ALOS keskmine ravikestus (*Average Length of Stay*)
ATC anatoomilis-terapeutiline keemiline kood (klassifikatsioon) (*Anatomical Therapeutic Chemical Classification*)
BUPA kindlustuselts BUPA (*British United Provident Association*)
DALY haiguskoormuseta elatud eluaastad (*Disability-adjusted life-year(s)*)
DDD defineeritud päevadoos (*Defined Daily Dose*)
DRG diagnoosipõhine kompleksteenetus (*Diagnoses-related groups*)
EAL Eesti Arstide Liit
EEK Eesti kroon
EGV Eesti Geenivaramu
EHIC Euroopa ravikindlustuskaart (*European Health Insurance Card*)
EHK Eesti Haigekassa
EKTTK Eesti Käitumis- ja Terviseteaduste Keskus (Tartu Ülikool)
EL 12 Euroopa Liidu 10 liikmesriiki, kes ühinesid Euroopa Liiduga 2004. aasta mais, ja 2 liikmesriiki, kes ühinesid 2007. aasta jaanuaris
EL 15 Euroopa Liidu 15 liikmesriiki enne 10 uue liikmesriigi ühinemist 2004. aastal
EL 27 Euroopa Liit kõigi 27 liikmesriigiga
EL Euroopa Liit
EMP Euroopa majanduspiirkond
ERF Euroopa Regionaalarengu Fond
ESPAD Euroopa kooliõpilaste alkoholi ja narkootikumide kasutamise küsitlusuuring (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*)
GATS teenuskaubanduse üldleping (*General Agreement on Trade in Services*)
GFATM Ülemaailmne AIDSi, Tuberkuloosi ja Malaria Vastu Võitlemise Fond (*Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*)
HALE eeldatav tervena elatud eluiga (*Health-adjusted life expectancy*)
HBCS rahvusvaheline kooliõpilaste tervisekäitumine (uuring) (*Health Behaviour of School-aged Children (study)*)
HFA andmekogu „Tervis Kõigile“ (*Health for All*)
HiT „Tervisesüsteemid muutustes“ (*Health Systems in Transition*)
HIV inimese immuunpuudulikkuse viirus (*Human immunodeficiency virus*)

HTA tervishoiutehnoloogiate hindamine (*Health technology assessment*)
IMF Rahvusvaheline Valuutafond (*International Monetary Fund*)
INN rahvusvaheline mittekaubanduslik nimetus (*International Nonproprietary Name*)
IT infotehnoloogia
IVF *in vitro* viljastamine (*In vitro fertilization*)
KT kompuutertomograaf
LE keskmine eeldatav eluiga (*Life expectancy*)
MRT magnetresonantstomograaf
NATO Põhja-Atlandi Lepingu Organisatsioon (*North Atlantic Treaty Organization*)
NSVL Nõukogude Sotsialistlike Vabariikide Liit
OECD Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsioon (*Organisation for Economic Co-operation and Development*)
PATH Maailma Terviseorganisatsiooni väljatöötatud haiglate tegevuse hindamise meetodika (*Performance Assessment Tool for Hospitals (WHO)*)
PPP ostujõu pariteet (*Purchasing power parity*)
QALY kvaliteedikohandatud eluaasta(d) (*Quality-adjusted life year(s)*)
RHK rahvusvaheline haiguste klassifikatsioon
RKN ravikindlustusnõukogu
SANEPID sanitaar-epidemioloogiline teenistus
SKT sisemajanduse kogutoodang
SRÜ Sõltumatute Riikide Ühendus
SSK standarditud suremuskordaja
TAI Tervise Arengu Instituut
TB tuberkuloos
THI tarbijahinnaindeks
TRIPS intellektuaalomandi õiguste kaubandusaspektide leping (*Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (Agreement)*)
UNAIDS Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni HIV/AIDSi Ühendprogramm (*Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*)
USD USA dollar
VTA Veterinaar- ja Toiduamet
VVO valitsusväline organisatsioon
WHO Maailma Terviseorganisatsioon (*World Health Organisation*)
WTO Maailma Kaubandusorganisatsioon (*World Trade Organization*)

Tabelite ja jooniste loetelu

Tabelid

- Tabel 1.1 Demograafilised näitajad, 1970–2006 (valitud aastad)
- Tabel 1.2 Makromajanduslikud näitajad, 1994–2005
- Tabel 1.3 Suremus- ja tervisenäitajad, 1970–2005 (valitud aastad)
- Tabel 1.4 Peamised surmapõhjused, 1996–2005
- Tabel 1.5 Keskmise eeldatav eluiga ja eeldatav tervena elatud eluiga, 1990–2004 (valitud aastad)
- Tabel 1.6 DMFT 12 aasta vanustel lastel, 1990–2000 (valitud aastad)
- Tabel 1.7 Ema ja lapse tervisenäitajad, 1996–2006
- Tabel 2.1 Tervishoiuga seotud osakondade peamised ülesanded
- Tabel 2.2 Arstiabi kvaliteedi eksperdikomisjonile esitatud ametlikud kaebused, 2004–2007
- Tabel 2.3 Patsiendi või kodaniku rahulolu tervishoiu ja tervisesüsteemiga, 2007
- Tabel 3.1 Tervishoiu rahastamise peamised allikad Eestis (%), 1995–2006 (valitud aastad)
- Tabel 3.2 Tervishoiukulud perioodil 1995–2006 (valitud aastad)
- Tabel 3.3 Eesti Haigekassa kindlustuskaitse kriteeriumid ja kindlustatute protsent eri rühmade lõikes, 2006
- Tabel 3.4 Kindlustamata isikute protsent vanuserühmade lõikes, 2006
- Tabel 3.5 Eesti Haigekassa rahalised hüvitised, 2007
- Tabel 3.6 ELiga ja välismaal plaaniliselt osutatud raviga seotud kulud tuhandetes Eesti kroonides, 2004–2007
- Tabel 3.7 Plaaniliseks raviks välisriigis loa saanud isikute arv, 1998–2007
- Tabel 3.8 Riigieelarvest tehtud eraldised tervishoiule teenuseliikide lõikes (% kogusummast) 1999. ja 2006. aastal
- Tabel 3.9 Vabatahtliku eratervisekindlustuse hüvitiste pakettid, 2008
- Tabel 3.10 Kulude jagamine eri raviliikide puhul, valitud aastad
- Tabel 3.11 Omaosalus kululiikide lõikes kvintilides (%), 2006
- Tabel 3.12 Eesti Haigekassa kulude hüvitise liikide lõikes, 2001 ja 2008 (tuh krooni)
- Tabel 3.13 Eri tasustamisviiside kulud raviliikide kaupa, 2005
- Tabel 3.14 Perearsti keskmise eelarve struktuur tasustamisviiside lõikes, 2006
- Tabel 3.15 Perearstidele makstav tasu kroonides ja eurodes, 1999–2008 (valitud aastad)

Tabel 3.16 Tervishoiutöötajate keskmised tunnitasad ja kuupalgad kroonides (eurodes), 2002 ja 2007

Tabel 4.1 Ülevaade kõige olulisematest tervishoiualastest õigusaktidest, 1991–2005

Tabel 4.2 Kvaliteedi arendamine Eesti tervisesüsteemis alates 1990. aastate algusest

Tabel 5.1 Haiglate näitajad, 1993–2006 (valitud aastatel)

Tabel 5.2 Tervishoiupersonal Eestis 1000 elaniku kohta, 1998–2006

Tabel 6.1 Kuue peamise hulгимүүja turuosa (%), 2000–2007

Tabel 6.2 Hambaravi ja hambaproteeside hüvitamise taotlejad osatähtsusena (%) kõigist selleks õigust omavatest isikutest, 2003–2006

Joonised

Joonis 1.1 Eesti kaart

Joonis 1.2 Sündimus ja suremus, 1970–2006

Joonis 1.3 Tuberkuloosi, AIDSi ja HIVi juhtude arv 100 000 elaniku kohta, 1990–2007

Joonis 1.4 Igapäevasuitsetajate osatähtsus 15-aastaste ja vanemate hulgas, 1994–2006 (valitud aastad)

Joonis 1.5 Immuniseerimisega hõlmatus tase leetrite vastu WHO Euroopa regioonis, 2006 (või viimasel aastal, mille kohta on andmed kättesaadavad)

Joonis 2.1 Tervisesüsteemi organisatsiooniline struktuur

Joonis 2.2 Arvamus tervishoiuteenuste kättesaadavuse kohta (% vastanutest), 2001–2007

Joonis 2.3 Vanurite ja erivajadustega inimeste ligipääs perearstipraksistele ja liikumistingimused hoones

Joonis 3.1 Rahavood Eesti tervisesüsteemis

Joonis 3.2 Tervishoiu kogukulud, protsent SKTst WHO Euroopa regioonis viimasel aastal, mille kohta on andmed kättesaadavad

Joonis 3.3 Tervishoiukulude protsent SKTst Eestis ja valitud riikides, periood 1990 kuni viimane aasta, mille kohta on andmed kättesaadavad

Joonis 3.4 Tervishoiu kogukulud USA dollarites ühe inimese kohta kohandatuna ostujõu pariteedile (PPP) WHO Euroopa regioonis 2005. aastal või viimasel aastal, mille kohta on andmed kättesaadavad

Joonis 3.5 Avaliku sektori tervishoiukulutuste osatähtsus protsendina tervishoiu kogukuludest, WHO hinnang, 2004

Joonis 3.6 Eesti Haigekassa lepingute sõlmimise protsess

Joonis 5.1 Ülevaade piirkondadest, mida teenindavad haiglavõrgu arengukava haiglad

Joonis 5.2 Aktiivravi voodikohtade arv akuutsetele haigetele 1000 elaniku kohta Eestis ja valitud riikides, 1990–2006 (või viimasel aastal, mille kohta on andmed kättesaadavad)

Joonis 5.3 Arstide arv 1000 elaniku kohta Eestis ja valitud riikides, 1990–2006 (või viimasel aastal, mille kohta on andmed kättesaadavad)

Joonis 5.4 Ödede arv 1000 elaniku kohta Eestis ja valitud riikides, 1990–2006 (või viimasel aastal, mille kohta on andmed kättesaadavad)

- Joonis 5.5 Arstide ja õdede arv 100 000 elaniku kohta WHO Euroopa regioonis, 2006 (või viimasel aastal, mille kohta on andmed kättesaadavad)
- Joonis 5.6 Hambaarstide arv 1000 elaniku kohta WHO Euroopa regioonis, 2006 (või viimasel aastal, mille kohta on andmed kättesaadavad)
- Joonis 5.7 Tervishoiutöötajatele välismaal töötamiseks väljastatud tunnistuste arv, 2004–2007
- Joonis 5.8 Proviisorite arv 1000 elaniku kohta Eestis ja WHO Euroopa regioonis, 2006 (või viimasel aastal, mille kohta on andmed kättesaadavad)
- Joonis 6.1 Ambulatoorsed vastuvõetud ühe isiku kohta WHO Euroopa regioonis 2006. aastal või aastal, mille kohta on andmed kättesaadavad
- Joonis 6.2 Haiglaraviteenuste kasutamine aktiivravijaiglates Eestis, 1985–2006 (valitud aastad)
- Joonis 6.3 Kulud ambulatoorsele eriarstiabile osatähtsuseks (%) eriarstiabi kogukuludest, 2001–2007
- Joonis 6.4 Adenoidektoomiate arv päevaravis ja haiglaravis, 2004–2007
- Joonis 6.5 Ravimikulude, tervishoiuteenuste hüvitiste ja THI muutused tervishoius, 1997–2007
- Joonis 6.6 Muutus südame-veresoonkonna haiguste ravimisel kasutatavates ravimites, 1994–2007
- Joonis 6.7 Käive hulгимüügihindades, 2000–2007
- Joonis 6.8 Hooldusravi kulud, 2001–2007
- Joonis 6.9 Psühhiaatrilise abi kulude jaotumine: psüühikahäirete ravimikulud osatähtsuseks (%) ravimite kogukulust
- Joonis 8.1 Tervisesüsteemi rahastamise progressiivsus Eestis: Kakwani progressiivsusindeksid kaalutud Eesti tervishoiu rahastamiskomponentidega, 2000–2006
- Joonis 8.2 Omaosalusmaksete jaotuse osatähtsuseks leibkonna kulutustest kvintilides aastail 2000, 2003 ja 2006
- Joonis 8.3 Elanikkonna arvamus tervishoiuteenuste kvaliteedi kohta, 2001–2007
- Joonis 8.4 Eeldatav eluiga sünnihetkel Eestis ja valitud riikides, 1985–2005

Kastid

- Kast 6.1 Perearsti töövaldkonnad
- Kast 6.2 Pereõe töövaldkonnad

Kokkuvõte

Ülevaated „Tervisesüsteemid muutustes” on riigipõhised aruanded, milles esitatakse tervisesüsteemi ja konkreetse riigis juba rakendatud või ettevalmistusjärgus olevate reformi- ja poliitikaalgatuste üksikasjalik kirjeldus. Ülevaated käsitlevad seda, kuidas on lähenetud tervishoiuteenuste korraldamisele, rahastamisele ja teenuste osutamisele ning millised on tervisesüsteemi peamiste osapoolte rollid; kirjeldavad tervise valdkonnas läbiviidavate reformide ja algatuste institutsioonilist raamistikku, kulgemist, sisu ja rakendamist; ning tõstavad esile probleemid ja valdkonnad, mis vajavad põhjalikumat analüüsi.

Eesti on viimaste aastakümnete jooksul oma tervisesüsteemi jõuliselt ja üsna edukalt ümber korraldanud. Kui viimase viie aasta jooksul võis täheldada väikeseid muudatusi, siis laiaulatuslikud muudatused seadustes leidsid aset alates 1990. aastate algusest ja käesoleva sajandi alguses. Praegune süsteem rajaneb solidaarsuse põhimõttest lähtuval tervishoiu rahastamisel; kaasaegsel teenuseosutajate võrgustikul, mille alus on perearstikeskne üldarstiabi; ning kaasaegsel haiglaravil. Üha suuremat tähelepanu osutatakse rahvatervisele. Arengud loetletud valdkondades on kaasa toonud keskmise eeldatava eluea püsiva tõusu ja jätkuvalt on suurenenud elanikkonna rahulolu tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja kvaliteediga.

Igas tervisesüsteemis on siiski lahendust vajavaid väljakutseid ja probleeme. Eestis on sellisteks küsimusteks ebavõrdsus tervise-näitajates ja tervisekäitumises; HIVi ja sellega seotud tervise-probleemide leviku tõkestamine ning nende tagajärgedega tegelemine; teenuseosutajate tegevuse reguleerimine, et tagada nende selgem

avalik vastutus ja aruandluskohustus; ning tervishoiukulude ja inimressursi säilitamine tasemel, mis tagab arstiabi õigeaegse kättesaadavuse ja kõrgema kvaliteedi. Viimati nimetatud väljakutse on eriti oluline, arvestades patsientide suurenevaid ootusi ning tervishoiuteenuste kasvavaid kulusid ja mahte. Kui solidaarsus- ja õiglusprintsiipi soovitakse säilitada ja tulevikus tagada, tuleb leida täiendavad rahalised vahendid avaliku sektori tuluallikatest.

Lühiülevaade

Eesti on kolmest Läänemere idarannikul asuvast Balti riigist kõige põhjapoolsem ning piirneb lõunas Läti ja idas Venemaaga. Eesti on demokraatlik parlamentaarne vabariik, mis 2004. aastast kuulub Põhja-Atlandi Lepingu Organisatsiooni (NATO) ja Euroopa Liitu (EL). Taasiseseisvumisest alates on poliitiline keskkond olnud piisavalt stabiilne, et läbi viia majandus- ja sotsiaalvaldkonna reforme, mille eesmärk on veelgi kindlustada stabiilsust ja jätkusuutlikkust Eestis. Viimastel aastatel on Eestis püsinud majanduskasv, mille tase ületab ELi keskmise. Majanduskeskkonnas võib täheldada mitmeid positiivseid suundumusi, näiteks töötuse taseme langus 4,7%le 2007. aastal; naiste ja üle 65-aastaste inimeste tööhõive määra suurenemine ning samuti palkade tõus. Nimetatud positiivseid ilminguid toetab konservatiivne rahanduspoliitika ja tasakaalustatud riigieelarvepoliitika koos lihtsa maksusüsteemiga. Riigi haavatavus on siiski kõrge, kuna Eestil on väike ja avatud majandus, mida iseloomustab suur ja püsiv jooksevkonto puudujääk ning kiirelt suurenev välisvõlg. 2008. aastal on Eesti rahvaarv 1 340 000. Alates 1990. aastate lõpust on sündimus suurenenud, kuid see on siiski madalam kui praegune suremus. 2005. aastal oli naiste keskmine eeldatav eluiga 78,1 aastat ja meestel 67,3 aastat, mis on madalamad kui vastavad ELi keskmised näitajad, kuid samas on keskmine eluiga pidevalt tõusnud alates 1999. aastast.

Haiguskoormusega seotud peamine probleem on välispõhjustest tingitud surmad ja eluviisiga seotud riskiteguritest tingitud enneaegne suremus. Tööealine elanikkond kannab üle poole haiguskoormusest. Kehva tervist põhjustavad peamised riskifaktorid on seotud tubakato-

dete kasutamise, vähese füüsilise aktiivsuse, alkoholi tarbimise ja ülekaalulisusega. Kuigi täiskasvanute seas on näha positiivset suundumust tubakatoodete kasutamise vähenemisel, on suurenev alkoholi tarbimine noorukite hulgas murettekitav. Teine positiivne suundumus on kõrge vaksineerimisega hõlmatus ja nakkushaiguste esinemis-sageduse vähenemine. Tõsisem väljakutse Eesti tervisesüsteemis on kõrge HIVi nakatumine (mis saavutas haripunkti 2001. aastal) ja levimus.

Korraldamine ja reguleerimine

Tervisesüsteemi juhib Eestis Sotsiaalministeerium. Tervisesüsteemi organisatsiooniline struktuur on keerukas ja hõlmab arvukalt osapooli, kelle hulka kuuluvad mitmed Sotsiaalministeeriumi haldusalas asuvad asutused (nt Ravimiamet, Tervishoiuamet, Tervise Arengu Instituut, Tervisekaitseinspeksioon); avalik-õiguslikud iseseisvad asutused (Eesti Haigekassa); eraõiguse alusel tegutsevad (peamiselt avaliku sektori omandis) olevad haiglad ja eraõiguslikud esmatasandi tervishoiuasutused; ning mitmed valitsusvälised organisatsioonid ja erialaühingud. Viimastel aastatel on teised sektorid (nt põllumajandus-, õigus-, majandus-, keskkonna- ja transpordisektor) olnud aktiivsemalt tervisesüsteemi tegevustesse kaasatud tänu sektoritevaheliste rahvatervisealaste strateegiate arendamisele ja rakendamisele. Selles keskkonnas, kus on palju sidusrühmi ja erinevaid kohustusi, on Sotsiaalministeeriumi sees ja tervisesüsteemis üldiselt jätkuvalt eesmärgiks õige tasakaalu saavutamine juhi rolli, otseste kontrollimehhanismide, õiglase juhtimise ja aruandluskohustuse vahel.

1990. aastate alguses leidsid aset põhjalikud reformid, mille eesmärgiks oli kaasaegse tervisesüsteemi väljaarendamine. Sellele järgnes aastatel 2000–2003 uus õigusaktide läbivaatamine, mis käsitles eri valdkondi, sealhulgas tervisesüsteemi rahastamist, teenuste osutamist ja eri osapoolte (nt ostja, teenuseosutaja ja patsient) vaheliste suhete reguleerimist. Viimastel aastatel on õigusakte kohandatud, et ühtlustada õiguslikku raamistikku ELi õigusaktidega ja reageerida tekkinud vajadustele. Nimetatud muudatused on olnud marginaalsed võrreldes varasemate reformidega. Perioodi alates 2004. aastast ise-

loomustab valdkondadevaheliste rahvatervisealaste strateegiate (nt südame-veresoonkonna haiguste ja HIV/AIDSi strateegiate) ettevalmistamine, käivitamine ja rakendamine. Olulisteks erinevusteks võrreldes eelnevate (väiksema ulatusega) rahvatervisealaste poliitikaalgatustega on selge püstitatud ülesanne, konkreetsem aruandluskohustus, kindel vastutus, eraldatud rahalised vahendid ja kõiki sidusrühmi kaasav ulatuslikum ettevalmistusprotsess. Pikaajalise, üldise ning kogu tervisesüsteemi hõlmava rahvastiku tervise arengukava ettevalmistamiseks peetavad konsultatsioonid jätkusid 2008. aastal.

Rahastamine

Eesti tervisesüsteemi rahastatakse peamiselt avaliku sektori poolt solidaarsuse põhimõttest lähtuva kohustusliku sotsiaalmaksu kaudu, mis laekub sihtotstarbelise ravikindlustusmaksuna ja moodustab peaaegu kaks kolmandikku tervishoiu kogukuludest. Sotsiaalminister vastutab kindlustamata inimeste vältimatu abi rahastamise eest, kuid ka kiirabiteenuste ja rahvaterviseprogrammide eest. Kohalikel omavalitsustel ei ole kindlaksmääratud selget vastutust tervishoiukulude katmisel, mistõttu erineb rahastamine omavalitsustes suuresti. Erasektori kulutused moodustavad ligikaudu veerandi kõikidest tervishoiukuludest, seda peamiselt omaosalusena ravimite ja hambaraviteenuste ostmisel. Omaosaluse suurenemine võib takistada tervishoiuteenuste kättesaadavust madala sissetulekuga elanikkonnarühmadel. Omaosaluse kasvamise tõttu viimastel aastatel on tervishoiuteenuste rahastamine muutunud regressiivsemaks.

Kindlustatud inimestele mõeldud tervishoiuteenuste peamine ostja on Eesti Haigekassa. Ravikindlustussüsteem on kohustuslik ning katab 95% elanikkonnast. Ravikindlustusmaks on sotsiaalmaksu ühe osana seotud tööhõivega, kuid maksu mittemaksvate isikute (nagu lapsed ja pensionärid) osatähtsus moodustab peaaegu poole kindlustatud elanikkonnast. Pikemas perspektiivis võib see kujutada ohtu tervisesüsteemi rahastamise jätkusuutlikkusele, kuna kitsas tulubaas on seotud peamiselt palkadega, aga elanikkond vananeb. Olukorra muudab keerukamaks võimalik majanduslangus. Viimastel aastatel on rakendatud meetmeid, et suurendada elanikkonna hõlmatust kind-

lustuskaitsega ja ka tulubaasi, kuid nende meetmete mõju on olnud siiski vähene. Rohkem vahendeid on eraldatud tervishoiule ja rahvaterviseprogrammidele, mis on oma tegevust suurendanud, kuid edasist rahastamisallikate killustumist tuleks rangelt jälgida ja vältida. Tervishoiuteenuste ostmine põhineb lepingulisel suhtel teenuseosutajatega ning üha olulisemaks muutuv alustas tulemuspõhise tasustamisega. Lepinguid ja menetlusi teenuseosutajate kaasamiseks läbirääkimistesse on pidevalt arendatud, samuti on võetud kasutusele uusi tasustamisviise. Alates 2004. aastast võeti haiglate tasustamisel kasutusele juhupõhine tasustamissüsteem, mis täiendab teenuse- ja voodipäevapõhist tasustamist. Üldarstiabis lisandus vanusega korrigeeritud pearahale ning teatavates valdkondades rakendatavatele teenusepõhiste tasudele ja baasrahale 2006. aastal tulemustasustamissüsteem, mille eesmärgiks on soodustada haiguste ennetamist ning parandada teatud krooniliste haiguste jälgimist ja ravi.

Materiaalsed ja inimressursid

Nõukogude perioodi pärandina jäi Eestisse suur, ebaefektiivne ja viletsas seisukorras haiglavõrk. 1990. aastatel läbi viidud struktuuriliste ja juhtimisalaste reformide käigus vähendati haiglate (ja haiglavoodite) arvu ning struktureeriti ümber teenuseosutajate võrgustik. Reformide eesmärk oli ajakohastada haiglavõrku ja võimaldada kõrgekvaliteediliste teenuste osutamist, tagades samas tervishoiuteenuste vajaliku kättesaadavuse. Olemasolevate võimaluste kaasajastamine jätkub ning seda protsessi toetatakse mitmesuguste vahenditega, sealhulgas toetusega ELi struktuurifondidest. Eestis on välja arendatud hästivarustatud üldarstiabi infrastruktuur, mis põhineb perearstidel ja õdedel. Arstiõpet pakub üks ülikool ja teiste kutsete (sealhulgas õdede) koolitus on koondunud kindlatesse tervishoiukõrgkoolidesse, et tagada koolituse parem kvaliteet. Tervishoiutöötajate õppekavad vaadati üle 1990. aastatel ning viidi ELiga ühinemise lootustes kooskõlla ELi seadustega. Tervisesektoris valitseva üldise inimressursi ebapiisavuse tõttu pannakse suurt rõhku pikaajalisele planeerimisele ning õdede ja arstide koolituse suurendamisele. Ühinemine ELiga 2004. aastal tõi kaasa arstide ja õdede ajutise väljarände hoogustumise naabruses asuvasse ELi liikmesriikidesse.

Viimastel aastatel on väljaränne vähenenud ja peamine väljakutse on seotud kvalifitseeritud spetsialistide hoidmisega tervishoiusektoris ning olemasoleva tööjõu vananemisega. Ajavahemikku alates 1990. aastate keskelt iseloomustavad suured investeeringud info ja side-tehnoloogia valdkondadesse. See on toonud kaasa e-tervise lahendused, mille eesmärk on saavutada tervishoiuteenuste parem koordineeritus, kättesaadavus ja suurem läbipaistvus. Areng põhineb info-tehnoloogilistel lahendustel, mida on rakendatud alates 1990. aastast. Alates 2005. aastast tugineb üleriigiline e-tervise programm neljale tugisambale: elektrooniline terviselugu, elektrooniline registratuur, elektrooniline pildiarhiiv ja elektroonilised retseptid.

Teenuste osutamine

1990. aastate algul alanud reformid viisid ellu teenuse ostja ja osutaja eraldamise põhimõtte ning keskendusid perearstiabi tugevdamisele, teenuseosutaja vabale valikule ja teenuseosutaja suuremale sõltumatu-
sele Eesti tervisesüsteemis. Selle tulemusena põhineb praegune Eesti tervisesüsteem perearstikesksel üldarstiabisüsteemil, kus tegutsevad erikoolituse läbinud perearstid ja pereõed. Üldarstiabi toetavad kogu Eestis kättesaadavad kiirabi teenused. Eriarstiabi on osutatud järjest rohkem ambulatoorse ravina ning kõrgtehnoloogiat kasutav arstiabi on koondatud valitud tervishoiuasutustesse. Ravimite olemasolu ja kättesaadavus on aastate jooksul oluliselt suurenenud. Rahvatervise tähtsuse suurenemine on toonud kaasa teenuste ja standardite arendamise, tõstnud elanikkonna teadlikkust ning edendanud tervishoiuteenuste rahvatervisealaste aspektide käsitlemist.

Elanikkonna jaoks on üha suurem probleem pikenevad ravijärjekorrad ambulatoorses arstiabis ning tervishoiuteenuste üldine kättesaadavus. Kasutusele on võetud mitmeid uuendusi (nt 24 tundi ööpäevas töötav perearsti nõuandetelefon 2005. aastal), kaasajastatud on teenuste sisu ja laiendatud teenuste loetelu ning rakendatud rahalisi stiimuleid ravikvaliteedi parandamiseks. Suuremat rõhku pannakse kvaliteetsele arstiabile, mida võib täheldada mitmesugustes algatustes, näiteks tervishoiutöötajate vabatahtlik akrediteerimine erialaliitude poolt, kvaliteedikäsiraamatute kasutuselevõtmine haiglates ja kliiniliste

ravijuhiste arendamine. Samas on patsientidele mõeldud juhised pälvinud vähem tähelepanu. Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja kvaliteedi vallas on jätkuv probleem krooniliste tervisehäirete ravi korraldamine ja erinevad lähenemisviisid. Ka mitmed muud teemad vajavad edasist tähelepanu, eriti patsiendi kaasamine, eneseabi, kodune ravi ja hooldus ning hooldusraviteenused.

Järeldused

Viimastel aastakümnetel on Eesti jõuliselt ja suhteliselt edukalt korraldanud ümber oma tervisesüsteemi. Kui laiaulatuslikud õigusreformid leidsid aset alates 1990. aastate algusest ja käesoleva sajandi alguses, siis ajavahemikus 2003–2008 võis täheldada osalisi muudatusi. Praegu kehtiv süsteem rajaneb solidaarsuse põhimõttest lähtuval tervishoiu rahastamisel; kaasaegsel teenuseosutajate võrgustikul, mille alus on perearstikeskne üldarstiabi; ning kaasaegsel haiglaravil. Üha suuremat tähelepanu osutatakse rahvatervisele. See on kaasa toonud keskmise eeldatava eluea tõusu ja jätkuvalt on suurenenud elanikkonna rahulolu tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja kvaliteediga.

Igas tervisesüsteemis on siiski lahendust vajavaid väljakutseid ja probleeme. Eestis on sellisteks küsimusteks ebavõrdsus tervisenäitajates ja tervisekäitumises; HIVi ja sellega seotud terviseprobleemide leviku tõkestamine ning nende tagajärgedega tegelemine; teenuseosutajate tegevuse reguleerimine, et tagada nende selgem avalik vastutus ja aruandluskohustus; ning tervishoiukulude ja inimressursi säilitamine tasemel, mis tagab arstiabi õigeaegse kättesaadavuse ja kvaliteedi. Viimati nimetatud väljakutse on eriti oluline, arvestades patsientide suurenevaid ootusi ning tervishoiuteenuste kasvavaid kulusid ja mahte. Kui solidaarsus- ja õigluspriinipi soovitakse säilitada ja tulevikus tagada, tuleb leida täiendavad rahalised vahendid avaliku sektori tuluallikestest.

1 Sissejuhatus

1.1 Geograafiline asukoht ja rahvastik

Eesti on kolmest Läänemere idarannikul asuvast Balti riigist väikseim. Eesti paikneb Euroopa Liidu idapiiril ning piirneb idas Venemaa ja lõunas Lätiga (vaata joonis 1.1). Eesti pindala on ligikaudu 42 227 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.

Eesti rahvaarv on 1 340 602 (seisuga 1. jaanuar 2008), umbes üks kolmandik rahvastikust elab maapiirkondades. Alates 1990. aastast on Eesti rahvaarv itta ja läände väljarände ning negatiivse loomuliku iibe tõttu vähenenud ligikaudu 200 000 inimese võrra. Kuigi sündimuse üldkordaja on pidevalt suurenenud alates 1998. aastast, mil see oli madalaim (8,8 elussündi 1000 elaniku kohta), ja suremuskordaja pidevalt langenud alates 1994. aastast, ei ole nende kahe näitaja koostmõju piisav selleks, et iive oleks positiivne (vaata joonis 1.2). Rahvastiku vanuselist struktuuri iseloomustab see, et alla 15% rahvastikust on 0–14-aastased ning samas suureneb 65-aastaste ja vanemate (17,1%) ning 80-aastaste ja vanemate elanike (3,5%) osatähtsus (2007). Neid suundumusi vanadussõltuvusmäär veel ei peegelda, kõnealune näitaja on veidi langenud, 49%lt 2000. aastal 47%ni 2007. aastal, kuid vananeva elanikkonna koormus suureneb oodatavalt lähiaastatel, kui tööealise elanikkonna osatähtsus rahvastikust väheneb (vaata tabel 1.1).

Nõukogude okupatsiooni ajal tekkis Eestis arvukas vene vähemus (30,3% 1989. aastal). Kuna peaaegu üks kolmandik venelastest rändas Eestist välja perioodil 1998–2000, on selle vähemuse osatähtsus langenud 25,7%ni (2006). Teiste vähemusrühmade hulka kuuluvad ukrainlased (2,1%) ja valgevenelased (1,2%), kellest rohkem kui 40% rändasid Eestist välja pärast 1998. aastat. Üle 90% vene keelt kõnelevast elanikkonnast elab Tallinnas ja Venemaa Föderatsiooni piiri ääres asuvates Kirde-Eesti linnades.

Tabel 1.1 Demograafilised näitajad, 1970–2006 (valitud aastad)

Näitaja	1970	1980	1990	2000	2005	2006
Rahvastik kokku, miljonit	1,365	1,477	1,569	1,37	1,346	1,341
Rahvastik, naised (% koguarvust)	54,27	53,75	53,21	53,90	54,02	54,03
Rahvastiku vanuserühm 0–14 (% koguarvust)	22,08	21,70	22,34	18,02	15,19	14,89
Rahvastiku vanuserühm 65-aastased ja vanemad (% koguarvust)	11,72	12,48	11,28	15,08	16,51	16,63
Rahvastiku vanuserühm 80-aastased ja vanemad (% koguarvust) ^a	1,9 ^a	2,1 ^a	2,5 ^a	2,6 ^a	3,1 ^a	3,3 ^a
Rahvastiku aastane iive (%)	1,07	0,62	0,06	-0,45	-0,21	-0,37
Rahvastikutihedus (inimest km ² kohta)	32,20	34,84	37,01	32,31	31,76	31,64
Summaarne sündimuskordaja (sünde ühe naise kohta)	2,16	2,02	2,04	1,34	1,50	1,55 ^a
Sündimuse üldkordaja (1000 inimese kohta)	15,22	15,50	14,20	9,50	10,66	11,07 ^a
Suremuse üldkordaja (1000 inimese kohta)	10,92	12,22	12,50	13,40	12,86	12,89 ^a
Vanusest tingitud ülalpeetavuse määr (ülalpeetavate ja tööealise elanikkonna suhe)	0,51	0,52	0,51	0,49	0,46	0,46
Rahvastiku jaotumine (maarahvastiku osatähtsus %)	35,10	30,30	28,90	30,60	30,90	30,86
Üheliikmeliste leibkondade osatähtsus (%)	–	–	–	33,5 ^a	–	–
Kirjaoskuse määr täiskasvanute hulgas (% 15-aastastest ja vanematest)	–	–	–	99,77	–	–

Allikad: Maailmapank, 2008, ja ^a Statistikaamet, 2008.

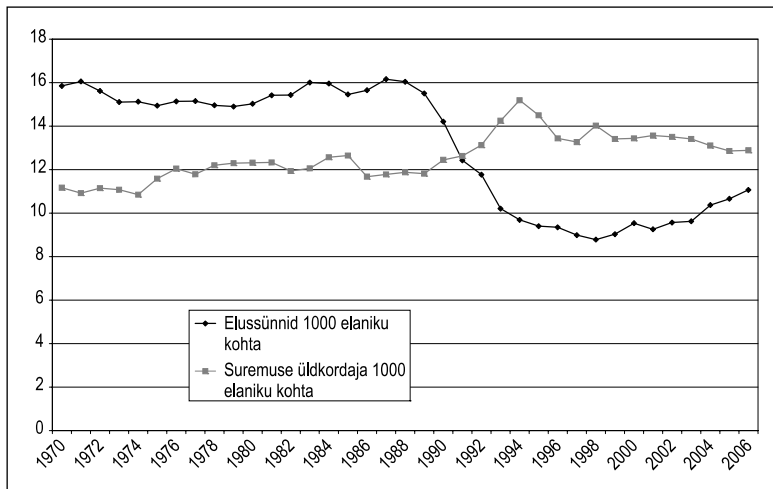
Märkus: „–“: andmed puuduvad.

Joonis 1.1 Eesti kaart



Allikas: Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni kartograafiaosakond (United Nations Cartographic Section), 2004.

Joonis 1.2 Sündimus ja suremus, 1970–2006



Allikas: Statistikaamet, 2008.

1.2 Majanduslik taust

Eesti alustas oluliste majandusreformidega 1990. aastate alguses ja 1993. aastaks õnnestus sisemajanduse kogutoodangu (SKT) langustendents konservatiivset rahanduspoliitikat, liberaalset majanduspoliitikat ja lihtsat maksusüsteemi kasutades vastupidiseks pöörata. Aastaks 2006 oli SKT elaniku kohta ostujõu pariteedi järgi 18 378 USA dollarit, mis oli ligikaudu 35% madalam kogu ELi (EL 27) keskmisest, kuid kõrgem kui teistes Balti riikides (Eurostat, 2007a). Aastane tarbijahindade inflatsioonimäär, mis 1994. aastal oli 47,7%, langes 1,3%ni 2003. aastal (Maailmapank, 2003). Viimased andmed näitavad aga majandustegevuse langust ja inflatsioonisurve tugevnemist; 2007. aastal oli inflatsioonimäär 11%, SKT tõusis aga ligikaudu 7,3% (Statistikaamet, 2008).

Majandusreformid on mõjutanud tööturгу positiivselt. Töötuse määr saavutas kõrgpunkti 2000. aastal 12,8%ga ning on sellest alates vähenenud, langedes 4,7%ni 2007. aastal, mis on madalam kui ELi 15 liikmesriigi (ühinesid ELiga enne 2004. aasta maid, edaspidi EL 15) keskmine näitaja 7,0% 2007. aastal (Eurostat, 2008). Tööealine elanikkond on stabiliseerunud ja veidi suurenenud seoses nn laulva revolutsiooni põlvkonna (sündinud perioodil 1988–1990) sisenemisega tööturule. Vahepealsel perioodil võib täheldada tööjõu väljavoolamist teistesse ELi riikidesse. Võrreldes teiste ELi riikidega on tööjõuturul aktiivselt osalevate naiste ja eakate osatähtsus Eestis suur, viimane osaliselt seetõttu, et tervishoiu- ja haridussektori töötajate vanuselisi piiranguid enam ei rakendata. Alates 2002. aastast on palkade kasv olnud vähemalt 10% aastas, ulatudes 25%ni 2006. aastal. Kiire palkade kasv on soodustanud kõrge inflatsioonimäära tekkimist.

Eestis on kasutusel konservatiivne rahanduspoliitika, mis liberaalse majanduspoliitika (lubatud on näiteks kasumi maksuvaba taasisvesteerimine), 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, kuid on ka teadlik vajadusest tegelda Eesti vana-neva elanikkonnaga seotud makromajanduslike mõjudega. Sama-

sugust konservatiivset lähenemist taotletakse ka ravikindlustuse eelarves, mida on siiani suudetud rahuldavalt tasakaalus hoida. Eesti kroonil on fikseeritud kurss 15,6466 krooni euro kohta.

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 langetamine ühe protsendipunkti võrra aastas langetab maksumäära 26%st 2004. aastal kuni 18%ni 2011. aastal (2008. aastal on see 21%). Lisaks on ettevõtete kasumid tulumaksust vabastatud, kui see taasinvesteeritakse ettevõtte arendamisse. See reform toetab valitsuse poliitikat maksustada tulusid madala maksumääraga. Kaudsete maksude osatähtsus on siiski küllaltki kõrge, autokütusele, alkoholile ja tubakatoodetele kehtestatud aktsiisimaksud tõusevad 2008. aastal märkimisväärselt, mis suurendab omakorda regressiivsete maksude osatähtsust (väiksema sissetulekuga leibkonnad kulutavad tarbekaupadele suhteliselt rohkem). Alkoholile (üle 30%) ja tubakale (82%) kehtestatud aktsiisimaksude tõstmine võib nende kaupade tarbimise vähenemise kaudu omada positiivset mõju tervisenäitajatele. Kõrgem maksukoormus tööjõule tuleneb peamiselt sotsiaalmaksust, mis moodustab 33% palgast ja mida töötajate eest maksab tööandja. Sellest tulust jaotatakse 13% ravikindlustusele ja 20% pensionikindlustusele. 2002. aastal võeti kasutusele kohustuslik töötuskindlustuse süsteem, milles tasuvad makse nii töötajad kui ka tööandjad. Maksumäär töötajale peab olema vahemikus 0,5%–2,0% (0,6% 2008. aastal) ja tööandja makse on vahemikus 0,25%–1,0% (0,3% 2008. aastal), arvatuna töötaja kuupalga alusel (2001. aasta töötuskindlustuse seadus, vaata jaotis 10.2 „Peamised õigusaktid”).

Eesti oli üks kümnest riigist, mis ühines ELiga 2004. aastal. Sellel sündmusel on olnud suur mõju majanduslikule arengule nendes riikides. Alates ühinemisest tõusis Eesti SKT aastas üle 10% (vaata tabel 1.2), mis tõi kaasa Eesti elanike sissetulekute suurenemise ja kinnisvaraturu hooga arengu. Hiljutistest uuringutest nähtub, et nagu teiste riikide majandused, sõltub ka Eesti majandus tugevalt oma elanike tervislikust seisundist. Sührcke, Võrk & Mazzuco (2006) uurisid halva tervise negatiivseid mõjusid tööturule ja ka sellest tulenevaid negatiivseid mõjusid majandusele. Kõnealuse uuringu tulemused näitavad,

et halva tervisega mehed ja naised Eestis töötavad vähem, teenivad vähem ja lähevad pensionile varem kui need, kelle tervislik seisund on hea. Selline olukord toob tulevikus potentsiaalselt kaasa SKT vähenemise elaniku kohta 6–15%. Veelgi enam, kui haigestumust ja suremust suudetakse vähendada 1,5% võrra, võiks 25 aasta pärast SKT elaniku kohta tõusta hinnanguliselt 14%. Teised makromajanduslikud näitajad on esitatud tabelis 1.2.

1.3 Poliitiline taust

Eesti on parlamentaarne vabariik. Esmakordselt saavutas Eesti iseseisvuse 24. veebruaril 1918. aastal. 1940. aastal, pärast Teise maailmasõja algust, okupeeris riigi Nõukogude Sotsialistlike Vabariikide Liit (NSVL). Iseseisvus taastati 20. augustil 1991. aastal. 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 11 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 iseseisval Eestil olnud kolm presidenti, käesoleva ülevaate koostamise ajakl täidab seda ametikohta Toomas Hendrik Ilves. Täidesaatvat võimu mitteomava presidendi peamine roll on Eesti esindamine rahvusvahelisel ja siseriiklikul tasandil ning Riigikogu poolt vastuvõetud seaduste väljakuulutamise või sellest keeldumine. President kontrollib Riigikogu, nimetab Riigikogu heakskiidul ametisse peaministri ning nimetab ametisse ja vabastab ametist valitsuse liikmed ja kõrgemad riigiametnikud.

Viimased parlamendivalimised toimusid 2007. aasta märtsis. Valimiste järel moodustati kolmeliikmeline parementsentristlik koalitsioon.

Tabel 1.2 Makromajanduslikud näitajad, 1994–2005

Näitaja SKT	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Ostujõu pariteedi alusel (miljonites USA dollarites)	8474	9039	9616	10 862	11 470	11 672	12 863	14 182	15 587	17 030	18 887	21 495
SKT elaniku kohta (püsihindades, kroonid)	47 648	50 705	53 722	60 366	63 675	64 360	69 726	75 368	81 736	87 854	95 262	105 467
SKT elaniku kohta ostujõu pariteedi alusel (USA dollarites)	5792	6290	6791	7758	8275	8484	9392	10 397	11 472	12 582	14 001	15 968
SKT kasv (% aastast)	-1,64	4,53	4,4	11,1	4,44	0,31	7,85	7,66	8,02	7,08	8,07	10,47
Lühiajaline võlg (% välisvõlast)	4,3	10,35	72,98	42,95	37,4	34,24	36,75	36,08	33,54	35,03	29,97	35,53
Osa SKTst (%)												
Tööstus	30,17	29,27	27,98	27,11	27,24	24,95	27,82	28,36	28,42	28,61	28,13	28,51
Põllumajandus	9,63	8,02	7,63	7,13	6,54	5,98	4,87	4,7	4,18	3,68	3,81	3,73
Teenused	60,2	62,71	64,39	65,76	66,21	69,07	67,31	66,94	67,4	67,71	68,06	67,75
Üldine eelarvetasakaal, sh toetused (% SKTst)	1,39	-0,57	-0,83	2,55	-5,75	-0,16	0,16	2,55	-			
Tööjõud, kokku	740 159	710 737	694 367	678 351	677 024	671 865	670 239	670 355	666 027	674 087	662 500	663 222
Töötus, kokku (% tööjõust)	7,6	9,4	9,9	9,3	9,3	12,2	12,8	12,6	10,3	10	9,6	8,10 ^a
Ameerik vahetuskurs (krooni USA dollariga kohta, perioodi keskmine)	12,9913	11,4648	12,0380	13,8818	14,0747	14,6776	16,9686	17,4781	16,6118	13,8564	12,5956	12,5838
Tegelik intressimäär (%)	-10,8	-9,4	-7,6	1,2	5,6	6,3	-0,8	2,4	2,8	3,2	3,4	-1,7
Sissetulekute ebavõrdsus (Gini koefitsient)	-	-	0,34	0,37	0,38	0,38	0,37	0,37	0,37	0,36	0,36	0,37

Allikad: Maailmapank, 2008; Statistikaamet, 2008.

Märkus: SKT, sisemajanduse kogutoodang.

2007. aasta Riigikogu valimistel osales kokku 11 aktiivset erakonda, millest kõigil oli 2007. aastal rohkem kui 1000 liiget (Vabariigi valimiskomisjon, 2007). 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 10 000–500 000. 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 227 omavalitsusüksusest (sealhulgas 33 linna). Omavalitsusüksuse keskmine elanike arv on 5500, kuid üksuste suurus ulatub umbes 50 kuni 100 000 inimeseni (Statistikaamet, 2008). Pealinn Tallinn on 400 000 elanikuga 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 11,9% (2007) omavalitsusüksuses elavatelt inimestelt laekunud üksikisiku tulumaksust.

Organiseeritud huvirühmade mõju Eestis suureneb vastavalt nende pädevuse ja liikmete arvu kasvule. Kuigi ametiühingutega on liitunud vaid üks kolmandik töötajatest, on neil riigi ja tööandjatega läbirääkimiste pidamise õigus. Lisaks on tervishoius loodud mitmed organiseeritud huvirühmad, näiteks Eesti Haiglate Liit, arstide ja õdede liidud, ravimite hulgemüüjate ja patsientide ühendused.

Kõige tähtsam poliitiline areng Eestis nii rahvusvaheliselt kui ka riiklikult oli ühinemine Euroopa Liiduga ja NATOga vastavalt 2004. aasta mais ja detsembris. Nende organisatsioonidega ühinemisele eelnenud protsessil on olnud keskne roll poliitiliste ja majanduslike muudatuste elluviimisel Eestis alates 1990. aastate keskpaigast. Eestlaste rahulolu ELi liikmestaatusega on suurenenud ning 2007. aastal oli see kõrgem EL 27 keskmisest näitajast. Üks selle põhjusi

võib olla tuntav rahaline toetus, mida EList pärast ühinemist on saadud. Seega ei ole üllatav, et 80% eestlastest arvab, et Eesti on ELi liikmena kasu saanud (EL 27 vastav keskmine oli 58%). Eurobaromeetri uuringu (TNS Opinion & Social Network, 2007) viimased tulemused näitavad suurenevat rahulolu Eesti tervisesüsteemiga ja umbes pool elanikkonnast (47%) toetab ühist poliitikakujundamist ELi tasandil (Hämmal, 2007). 2008. aasta alguse seisuga jätkuvad läbirääkimised ühinemiseks Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooniga (OECD).

1990. aastate alguses kirjutas Eesti alla peaaegu 30-le kõige tähtsamatest Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni (ÜRO) konventsioonidest, 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 sotsiaalharta 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.

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

Kõik seirearuanded ja asjaomaste komisjonide aruanded konventsioonide täitmise kohta on üldsusele kättesaadavad Välisministeeriumi ja Sotsiaalministeeriumi veebilehtedel. Üldiselt näitavad need aruanded Eesti püüdlusi täita konventsioonidega liitumisel võetud kohustusi. Aruannetes tõstatatud peamine probleem on seotud kodakondsuseta isikute suure osatähtsusega Eesti elanike seas. Need isikud on endised Nõukogude kodanikud, kes ei ole võtnud Eesti, Venemaa

või muud kodakondsust. Vastavalt Kodakondsus- ja Migratsiooni- ameti aruandele on sellesse rühma kuuluvate elanike arv vähenenud ühe kolmandiku võrra alates 2002. aastast, s.t 116 237 inimeseni 2008. aastal.

Vastavalt 2007. aasta Maailmapanga valitsemise kvaliteedi indikaatoritele kuulub Eesti 212 hinnangu saanud riigi hulgas esimese 20% hulka. Viies valdkonnas (kuuest) saavutati kõrged tulemused, näiteks valdkondades nagu osalusdemokraatia ja sõnavabadus, valitsemise tõhusus, õigusloome kvaliteet, õigusriik ja korruptsioonitase; vaid poliitiline stabiilsus oli langenud 1998. aasta tasemele (Kaufmann, Kraay & Mastruzzi, 2007). Transparency Internationali iga-aastase korruptsiooni käsitleva hinnangu kohaselt on Eesti 163 riigi hulgas korruptsiooniindeksi järgi 24. kohal, mis on ELi uute liikmesriikide hulgas kõrgeim koht, Eesti tase on parem näiteks Portugali, Itaalia ja Kreeka vastavatest näitajatest (Transparency International, 2006).

1.4 Tervisenäitajad

1990. aastatel pöörati poliitikatasandil terviseiga seotud küsimustele vähe tähelepanu, kuigi võeti vastu olulisi otsuseid ja viidi ellu muudatused tervisesüsteemis. Alates 2000. aastast on rahvatervis omandanud suurema tähtsuse poliitika kujundamisel, on töötatud välja uued õigusaktid, mis käsitlevad tervishoiu rahastamist ja teenuste korraldamist. Terviseandmeid kogub Eestis peamiselt Sotsiaalministeeriumi terviseinfo ja analüüsi osakond. Kõnealune osakond on viimaste aastate jooksul ümber korraldatud ning suuremat tähelepanu pööratakse poliitika analüüsimisele ja poliitikakujundajate varustamisele vajaliku informatsiooniga. Andmed tervishoiuteenuste, rahaliste vahendite ja tervisenäitajate kohta saadakse otse tervishoiuteenuste osutajatelt või kogutakse teiste ametiasutuste, näiteks Tervishoiuameti, Tervisekaitseinspektsiooni, Eesti Haigekassa või Tervise Arengu Instituudi kaudu. Statistikaamet kogub ja avaldab vajalike näitajate riiklikku statistikat, mis sisaldab demograafilisi andmeid ja teatavaid terviseandmeid. Kuigi suurema osa terviseandmetest koguvad riiklikud organisatsioonid, ei ole need otseselt valitsuse poolt kontrollitavad. Enamik andmebaase on korraldatud vastavalt Euroopa või rahvus-

vahelistele standarditele. Seega on tagatud Eesti andmebaaside rahvusvaheline võrreldavus.

Muutused rahva tervise näitajates ei ole olnud nii positiivsed nagu majanduslikud tulemused. Need on siiski sarnased arengutendentidega teistes Balti riikides. 1930. aastate lõpus oli keskmine eeldatav eluiga Eestis samasugune nagu Skandinaavia maades, kuid Teine maailmasõda ja Nõukogude okupatsioon põhjustasid keskmise eeldatava eluea languse ning seejärel seisaku. Meeste keskmine eeldatav eluiga oli 1950. aastal endiselt madalam, kui see oli 1930. aastate lõpus (Leinsalu, 2004). Eesti ja Soome meeste ja naiste keskmine eeldatav eluiga oli võrdne 1960. aastatel ja 1970. aastatel algul, kuid 1977. aastal oli vastavate näitajate erinevus kolm aastat (Maailmapank, 2008). Enne iseseisvumist ja majandusreformide algust oli Eesti elanikkonna keskmine eeldatav eluiga kõrgeimal tasemel 1988. aastal (70,7 eluaastat) ning langes pärast seda 67 eluaastani 1994. aastal. Iseseisvus- ja reformide-eelse aja kõrgtase ületati alles 2000. aastal. Seejärel keskmine eeldatav eluiga stabiliseerus kuni aastani 2002 ning hakkas siis jätkuvalt tõusma, jõudes tasemeni 72,5 eluaastat 2005. aastal. Eesti naiste keskmine eeldatav eluiga jäi 2005. aastal kahe aasta võrra maha Taani naiste keskmisest näitajast, meeste puhul jäi näitaja maha kaheksa aastat. Viimase kümne aasta jooksul on tervelt elatud eluiga tõusnud, kuid on veel palju ära teha, et saavutada 2020 aastaks püstitatud eesmärk – 60 tervelt elatud eluaastat meeste ja 65 tervelt elatud eluaastat naiste kohta (Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020). Keskmise eeldatava eluea tõusutrend on kirjeldatud tabelis 1.3.

Imikusuremus on viimastel aastatel pidevalt langenud. Maailmapanga andmetel on imikusuremus langenud 12,4 imikult 1000 elussünni kohta 1990. aastal 6,0 imikuni 2005. aastal (vaata tabel 1.3). Imikusuremuse näitaja 6,0 on kõrgem kui EL 15 keskmine, kuid 2004. aasta mais ja 2007. aasta jaanuaris ELiga liitunud liikmesriikide (EL 12) keskmisest näitajast madalam ning langus on jätkuv. Nagu teistes üleminekuriikides, on ka Eestis sündimus järsult langenud, jõudes 8,8 sünnini 1000 elaniku kohta 1998. aastal. Alates 1998. aastast on sündimus jälle tõusnud, olles 10,7 1000 elaniku kohta 2005. aastal (võrdne EL 12 näitajaga), kuid ei saavuta demograafide arvates elanik-

konna taastetaset. Kõigi endiste NSV Liidu vabariikide tavapärase sündimuse kontrolli meetodi – abortide – sagedus on langenud peaaegu 1600 abordilt 1000 elussünni kohta 1980. aastal vähem kui 900 abordini 1000 elussünni kohta 2006. aastal, kuid näitaja on siiski EL 15 keskmisest peaaegu kolm korda kõrgem (WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2007). Abordimääralt on Eesti Rumeenia järel teisel kohal, abortide arvuga alla 20-aastaste naiste seas aga neljas Rootsi, Soome ja Sloveenia järel (WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2007).

Tabel 1.3 Suremus- ja tervisenäitajad, 1970–2005 (valitud aastad)

Näitaja	1970	1980	1990	2000	2005
Keskmine eeldatav eluiga sünnihetkel, kokku	70,0	69,1	69,5	70,9	72,6
Keskmine eeldatav eluiga sünnihetkel, naised	74,4	74,2	74,6	76,4	78,1
Keskmine eeldatav eluiga sünnihetkel, mehed	65,7	64,2	64,6	65,6	67,3
Suremuskordaja, täisealised naised (1000 täisealise naise kohta)	104,1	109,6	106,1	114,0	–
Suremuskordaja, täisealised mehed (1000 täisealise naise kohta)	250,9	291,0	285,8	316,0	–
Suremuskordaja, imikud (1000 elussünni kohta)	21,0	20,0	12,4	8,4	6,0
Suremuskordaja, alla 5-aasta vanused (1000 elussünni kohta)	26,0	24	17	12	12

Allikas: Maailmapank, 2008.

Nagu kirjeldatakse tabelis 1.4, on peamiseks surmapõhjuseks Eestis südame-veresoonkonna haigused, mis moodustavad 47,1% kõigist surmapõhjustest meeste ja 54,9% naiste hulgas (2005). Kuigi suremus südame-veresoonkonna haigustesse on vähenemas nii naiste kui ka meeste seas, on see siiski oluline enneaegse surma põhjus, mis 2005. aastal oli rohkem kui kaks korda kõrgem EL 15 ja Skandinaavia maade keskmistest näitajatest. Surmapõhjustest järgmisel kohal on vähktõbi, vastavalt 20,9% meeste ja 19,9% naise seas. Muretsema paneb vähktõvest põhjustatud surmade arvu suurenemine meeste hulgas samal ajal, kui ELis tervikuna need näitajad langevad. Surm muudest kui haigustest tingitud põhjustel (13,9% meestel, 6,7% naistel) on surmapõhjustest kolmandal kohal, ehkki viimastel aastatel on vastav näitaja langenud. Hiljuti läbiviidud uuringu (Lai *et al.*, 2007) andmetel

kaotatakse igal aastal peaaegu 400 000 tervelt elatud eluaastat (mõõdetuna haiguskoormuseta elatud eluaastaid näitava DALY-indeksi järgi) Eesti 1,3 miljoni elaniku kohta. Peamised haiguskoormuse põhjused olid südame-veresoonkonna haigused, vigastused ja vähktõbi, mille tõttu kaotatakse rohkem kui kaks kolmandikku eluaastatest (Lai *et al.*, 2005).

Käesoleva ülevaate koostamise ajaks on HIV/AIDSi vastu võitlemine kõige tõsisem tervisesüsteemi väljakutse ning rahvatervise ja tervisesüsteemi peamine ja raske ülesanne Eestis, nagu kinnitas sotsiaalminister epideemia puhkedes 2001. aasta alguses. HIV/AIDSi epideemia sai alguse süstivate narkomaanide hulgas riigi kirdeosas, 2007. aastaks oli HIV-positiivsete inimeste üldarv 6364 ehk 0,47% elanikkonnast (Tervisekaitseinspeksioon, 2008). Tegelik HIVi-nakatunute arv võib olla isegi kõrgem. Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni HIVi ja AIDSi vastu võitlemise programmi (UNAIDS) hinnangul on HIVi-nakkuse juhtude arv koguni 10 000 (UNAIDS, 2008). Praeguseks on AIDSi diagnoositud kokku 191 isikul. Tuberkuloosi haigestumise sagedus vajab uuesti teravdatud tähelepanu (vaata joonis 1.3). Pärast madalaimat esinemissagedust 2006. aastal (25 juhtu 100 000 elaniku kohta), millele eelnes pidev langus alates kõrgeimalt näitajalt (43 juhtu 100 000 elaniku kohta) 2000. aastal, suurenes tuberkuloosi esinemissagedus taas 2007. aastal kuni 30 juhuni 100 000 elaniku kohta. Kokku 400 tuberkuloosipatsiendist olid 2007. aastal 48 HIV-positiivsed. Raskendav asjaolu on ravimresistentsete tuberkuloosijuhtude kõrge määr.

Tabelis 1.5 esitatud andmetest nähtub, et keskmine eeldatav eluiga sünnimomendil on meestel tõusnud ligikaudu 4,5 aastat, kuid vastav näitaja ei ühti eeldatava tervena elatud eluea näitajaga, mis on tõusnud vaid murdarvu võrra kahe aasta jooksul perioodil 1990–2004. Naiste puhul suurenes keskmine oodatav eluiga ligikaudu 2,2 aastat, mis on veidi väiksem kui eeldatava tervena elatud eluea tõus.

Eelmise sajandi lõpus oli Eesti üks Kesk- ja Ida-Euroopa riikidest, kus oli võimalik ravi tulemuslikkust hinnata. Tänu sellele on Eesti teadlased ja riigiasutused üsna edukalt osalenud Euroopa tasandil läbiviidud uurimis- ja tervisepoliitikaga seotud projektides (näiteks ELi raamprogrammid, EURO CARE). Alates 2000. aastate algusest on eri registrite ja andmebaaside sidumine olnud keerukam isikuand-

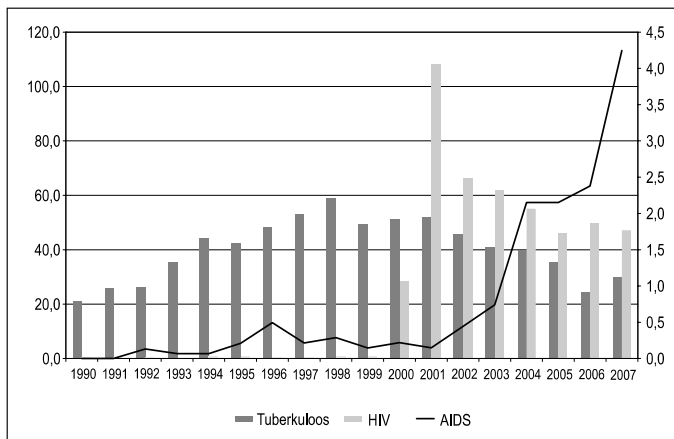
Tabel 1.4 Peamised surmapõhjused, 1996–2005

Näitajad	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
SSK, kõik surmapõhjused, kõik vanused, 100 000 elaniku kohta	1177,0	1145,3	1195,3	1126,1	1109,2	1116,1	1090,6	1066,2	1028,0	993,6
SSK, kõik surmapõhjused, vanus 0–64 aastat, 100 000 elaniku kohta, mehed	847,0	835,3	868,3	804,6	781,3	819,8	788,1	738,6	733,8	682,9
SSK, kõik surmapõhjused, vanus 0–64 aastat, 100 000 elaniku kohta, naised	280,5	281,9	290,1	279,3	271,3	275,9	249,9	249,2	228,5	223,5
SSK, südame-veresoonkonnahaigused, kõik vanused, 100 000 elaniku kohta	623,3	590,9	620,3	584,9	569,8	563,1	560,4	551,8	515,4	498,2
SSK, pahaloomulised kasvajaad, kõik vanused, 100 000 elaniku kohta	204,0	206,0	208,7	197,0	202,4	197,2	200,6	194,5	198,1	196,9
SSK, hingetoru/bronhi/kopsuvähk, kõik vanused, 100 000 elaniku kohta	41,1	44,1	43,0	39,3	40,8	40,3	40,4	41,1	38,0	36,6
SSK, liiklusõnnetused, kõik vanused, 100 000 elaniku kohta	19,1	24,2	24,5	19,9	17,8	17,1	18,0	13,6	14,3	14,6
SSK, nakkus- ja parasitahaigused, kõik vanused, 100 000 elaniku kohta	12,1	12,4	13,1	12,8	10,5	9,9	8,4	10,5	10,7	7,3
SSK, hingamiselundkonnahaigused, kõik vanused, 100 000 elaniku kohta	37,3	34,0	38,3	33,3	38,2	36,7	36,3	37,1	33,5	27,5
SSK, seedeelundite haigused, kõik vanused, 100 000 elaniku kohta	31,9	35,6	41,1	36,2	40,6	42,7	42,8	40,3	40,4	42,9
SSK, psüühikahäire, närvisüsteemi ja meeleelundite haigused, kõik vanused, 100 000 elaniku kohta	12,9	14,3	13,8	13,8	14,2	20,3	19,6	24,4	25,1	29,9
SSK, tuberkuloos, kõik vanused, 100 000 elaniku kohta	10,0	9,9	10,3	10,10	7,54	6,59	6,1	6,58	6,97	3,44

Allikas: WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2007.

Märkus: SSK: standarditud suremuskordaja.

Joonis 1.3 Tuberkuloosi, AIDSi ja HIVi juhtude arv 100 000 elaniku kohta, 1990–2007



Allikad: WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2007; Tervisekaitseinspeksioon, 2008.

Märkused: TB: tuberkuloos; HIV: inimese immuunpuudulikkuse viirus; AIDS: omandatud immuunpuudulikkuse sündroom.

Tabel 1.5 Keskmine eeldatav eluiga ja eeldatav tervena elatud eluiga, 1990–2004 (valitud aastad)

Aasta	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004
LE sünnimomendil, mehed	61,7	63,4	60,5	64,1	63,7	65,1	65,1	66,0
HALE sünnimomendil, mehed	56,8	59,9	57,3	59,2	58,7	60,2	58,8	58,9
LE sünnimomendil, naised	74,7	74,6	72,8	75,4	75,3	76,0	77,0	76,9
HALE sünnimomendil, naised	66,4	68,8	65,0	67,3	68,5	68,2	69,6	68,9

Allikas: Aru, 2006.

Märkused: LE: Keskmine eeldatav eluiga (*Life Expectancy*); HALE: eeldatav tervena elatud eluiga (*Health Adjusted life Expectancy*).

mete kaitset käsitlevate uute ja rangemate eeskirjade tõttu. See on mõjutanud andmete vahetamist (seeläbi ka andmete kättesaadavust) eri riigiasutuste ja uuringuprojektide vahel. Alates 2008. aastast haldab ametlikke registreid Tervise Arengu Instituut, kellel on andmehalduse õigus teaduslikel eesmärkidel. Suundumusi tervisenäitajates saab seega taas lihtsamini hinnata.

Laste ja noorukite tervisekäitumine

Alates aastatest 1993–1994 on Eesti osalenud Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa piirkonna² kooliealiste laste tervisekäitumise uuringus (ingl k *Health Behaviour of School-Aged Children, HBSC*), mille käigus uuritakse tervisekäitumist 11-, 13- ja 15-aastaste koolilaste hulgas (Allaste, 2008). Võrreldes eelmise HBSC uuringuga perioodil 2001–2002, näitasid 2005–2006 HBSC uuringu tulemused, et lapsed on oma eluga rohkem rahul, mis on seotud parema tervisliku seisundi, peresuhete ja rahuloluga koolitegevuste suhtes. Positiivsed märgid on värskete puu- ja köögiviljade suurem tarbimine, füüsilise aktiivsuse ja kondoomi kasutamise määra suurenemine. Kokku 9% lastest on ülekaalulised, kuid olukord ei ole halvenenud. Eesti lapsed suitsetavad esimest korda sigaretti ja on olnud alkoholihoobes juba 13-15-aasta vanuselt, mis on varem kui enamikus teistes riikides.

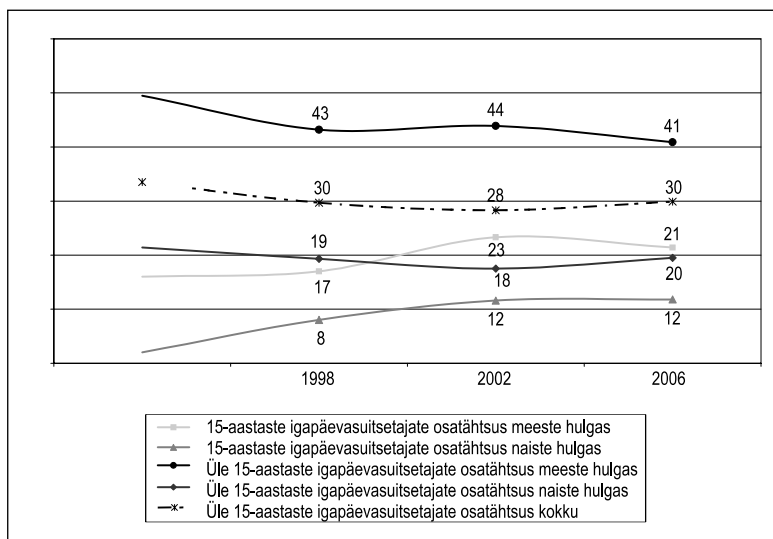
Kuigi igapäevane suitsetamine on vähenenud kogu elanikkonna hulgas, on see jäänud samaks noorte tüdrukute seas (vaata joonis 1.4). Muret tekitab ka näitaja, mille kohaselt on peaaegu iga kolmas poiss ja iga viies tüdruk 15-aastaselt suitsetanud kanepit. 2003. ja 2007. aasta Euroopa kooliõpilaste alkoholi ja narkootikumide kasutamise küsitlusuuringu (ingl k *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, ESPAD*) andmetel tarbivad Eesti koolilapsed vanuses 15–16 eluaastat rohkem kangeid alkohoolseid jooke ja rohkem ebaseaduslikke uimasteid (eriti inhalandid, *poppers* ja *ecstasy*), kuid suitsetavad veidi vähem kui 1995. ja 1999. aastal (Aasvee et al., 2007).

Täiskasvanute tervisekäitumine

Paljudes valdkondades on Eesti täiskasvanud elanikkonna käitumine muutunud palju tervislikumaks. Ligikaudu 30% Eesti elanikkonnast tegeleb kehaliste harjutustega sagedamini kui üks kord nädalas. 2006. aastal oli keskmine kehamassiindeks 25,2 ning ülekaaluliste inimeste osatähtsus Eestis oli keskmiselt 45,7% (50,6% meestest ja 41,2% naistest) (Tekkel ja Veideman, 2007). Kõige suuremateks muutusteks

² WHO Euroopa regiooni riikide kohta saab täpsemat teavet veebilehelt <http://www.who.int/about/regions/euro/en/index.html>.

Joonis 1.4 Igapäevasuitsetajate osatähtsus 15-aastaste ja vanemate hulgas, 1994–2006 (valitud aastad)



Allikas: Allaste, 2008; Maser, 2004; Tervise Arengu Instituut, 2005; Tekkel ja Veideman, 2007.

toitumisharjumustes on loomsete rasvade asendamine taimsetega toidu valmistamisel ja rasvade tarbimise üldine vähenemine. 1990. aastate alguses kasutas vaid 28% inimestest taimerasva peamise rasvainena toidu valmistamisel; 2000. aastaks oli nende osatähtsus suurenenud 86%ni. Värskeste puu- ja köögiviljade igapäevase tarbimise sagedus on samuti tõusnud alates 1990. aastate algusest. Neil juhtudel tuleneb muutus sellest, et taimeõli ja värsked puu- ja köögiviljad on olulisel määral paremini saadaval kogu aasta ringi.

Igapäevase suitsetamise levimus üle 15-aastaste elanike hulgas suurenes 27,5%lt 1990. aastal 33,5%le 1994. aastal, kuid on sellest ajast alates pidevalt langenud, jõudes 28,3%ni 2002. aastal (Tervise Arengu Instituut, 2005), enne kui hakkas pidevalt suurenema ning jõudis ligikaudu 30%ni 2006. aastal. Meeste hulgas on igapäevasuitsetajate hulk suurem (40,9% 2006. aastal); naiste hulgas saavutas igapäevane suitsetamine haripunkti 1994. aastal, mil see oli 21,4%, langes seejärel 17,5%ni 2002. aastal ja suurenes taas 19,5%ni 2006.

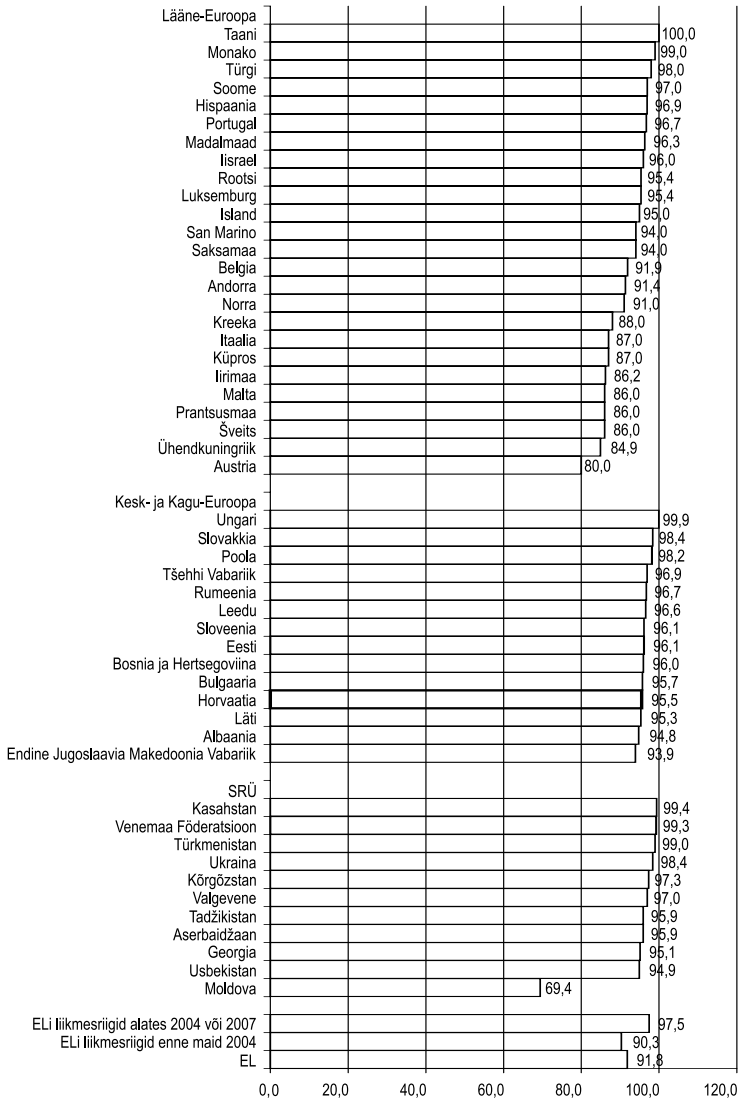
aastal (Tekkel ja Veideman, 2007). Suitsetamine põhjustab kuni 8,3% kogu haiguskoormusest Eestis, 12,5% meeste ja 3,5% naiste puhul. Suitsetamisest tingitud tervelt elatud eluaastate suurim kaotus meestel on põhjustatud vähktõvest (pooled juhtudest esinevad meestel vanuserühmas 15–44 eluaastat), naiste puhul on peamiseks põhjuseks südame-veresoonkonna haigused (Lai, Vals ja Kiivet, 2004).

Üheks rahvatervise probleemiks Eestis on ka suurenev alkoholi tarbimine. Tarbitud absoluutse alkoholi kogus inimese kohta üle 15-aastaste elanike hulgas on kahekordistunud alates 1997. aastast. 2004. aastal oli keskmine tarbitud alkoholi kogus Eestis 13,4 liitrit inimese kohta, samas kui EL 27 keskmine tarbimine 2003. aastal oli 9,1 liitrit inimese kohta (WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2007). Sarnaselt suitsetamisega põhjustab alkoholi tarbimine 6,7% kogu haiguskoormusest Eestis (12,0% meeste ja 1,0% naiste puhul). Suurem osa alkoholi tarbimisest põhjustatud haiguskoormusest esineb 45–64-aastaste meeste hulgas ja üks kolmandik tervelt elatud eluaastatest kaotatakse alkoholi tarbimisega seotud mittehaiguslikel põhjustel, nagu liiklusõnnetused ja vägivald (Lai, Vals ja Kiivet, 2004; Lai *et al.*, 2007).

Esimese elanikkonna tervise ebavõrdsusi käsitleva uuringu algatas Maailmapank 2002. aastal (Kunst *et al.*, 2002). Eri uuringute põhjal ilmnevad erinevused elanikkonnarühmade tervisekäitumises ja tervislikus seisundis (eristatud sissetuleku, haridustaseme, elukoha, rahvuse ja keele järgi). Kooskõlas teistes riikides tehtud uuringute tulemustega on parem tervislik seisund ja tervist soodustav käitumine omasem kõrgharidusega ja suurema sissetulekuga elanikele. 1990. aastatel suurenes suremuses ja tervisekäitumises täheldatav ebavõrdsus sotsiaalmajanduslike rühmade ning eri rahvustest ja eri keeli kõnelevate rühmade vahel. Näiteks venekeelse elanikkonna suremuskordajad olid kõrgemad peaaegu kõigi, kuid eelkõige alkoholimürgistusest ja mõrvadest tingitud surmapõhjuste puhul. Peamise erandina olid liiklusõnnetused suurema arvu surmade põhjus etniliste eestlaste hulgas.

2002. aastal oli linnades 96% kodudest ühendatud avalikku veevarustussüsteemi, maapiirkondades oli veevarustussüsteemi ühendatud kaks kolmandikku kodudest, mis teeb Eesti keskmiseks näitajaks 87% (WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2007). Kuigi joogivee kättesaadavus

Joonis 1.5 Immuniseerimisega hõlmatus tase leetrite vastu WHO Euroopa regioonis, 2006 (või viimasel aastal, mille kohta on andmed kättesaadavad)



Allikas: WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2007.

Märkused: EL: Euroopa Liit; SRÜ: Sõltumatute Riikide Ühendus.

oli hea, tekitas selle halb kvaliteet (enamikul juhtudest kõrge rauatase) probleeme peaaegu ühele viiendikule elanikest 2004. aastal (Tervise Arengu Instituut, 2005).

Vaktsineerituse tase Eestis on suhteliselt hea, kuna laste vaktsineeritus kõikide peamiste immuniseerimise kategooriate suhtes on üle 95%. Eriti kõrge on vaktsineerimisega hõlmatus easte leetrite vastu, 2006. aastal oli see veidi üle 96% (vaata joonis 1.5). Imikute vaktsineerimise programmi *Haemophilus influenzae* b-tüübi vastu alustati ametlikult alles 2003. aastal ning vaktsineerimisega hõlmatus on suurenenud 27%lt samal aastal 88%ni 2006. aastal (WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2007).

Pärast iseseisvuse saavutamist toimus Eestis märkimisväärne areng hammaste tervishoius, mida on 12-aastaste laste hulgas ka selgelt näha (vaata tabel 1.6). Arengu põhjuseks on peamiselt tervislikumad toitumisharjumused ja paranenud hambaravikvaliteet. Kahjuks puuduvad andmed selle suundumuse jätkumise kohta.

Tabel 1.6 DMFT 12 aasta vanustel lastel, 1990–2000 (valitud aastad)

Aasta	1990	1992	1997	2000
DMFT	4,1	4,1	2,7	2,4

Allikas: WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2007.

Märkus: DMFT: karioosete, eemaldatud ja plombeeritud hammaste summa (Decayed/Missing/Filled Teeth).

Enam ja lapse tervisenäitajad on viimase 10 aasta jooksul tunduvalt paranenud (vaata tabel 1.7). Laste suremus on pidevalt langenud ja emasuremuskordaja 2006. aastal (6,72) oli vaid veidi kõrgem 2005. aasta EL 27 keskmisest (6,01). Täiendatud ja kergesti kättesaadav tervisealane informatsioon on kindlasti etendanud tähtsat osa abortide, aga ka elussündide ja sugulisel teel levivate haiguste (nagu süüfilis ja gonorröa) esinemissageduse vähenemisel alla 20-aastaste naiste seas perioodil 1996–2006.

Tabel 1.7 Ema ja lapse tervisenäitajad, 1996–2006

Aasta	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Neonataalsed surmad											
1000 elussünni kohta	6,95	5,65	5,59	6,04	5,82	4,99	3,62	3,99	4,15	3,28	–
Postneonataalsed surmad											
1000 elussünni kohta	3,55	4,45	3,78	3,54	2,60	3,80	2,08	2,99	2,29	2,16	–
Perinataalsed surmad											
1000 sünni kohta	9,62	9,75	7,59	7,83	6,37	5,79	6,00	5,84	5,16	6,07	4,17
Emasurmad 100 000 elussünni kohta	0	15,90	16,44	16,10	45,92	7,92	7,69	30,68	28,59	13,94	6,72
Abordid 1000 elussünni kohta	1275,26	1321,06	1298,43	1167,24	975,36	922,74	833,71	815,05	720,48	670,31	631,44
Alla 20-aastase ema sünnid , % kõikidest elussündidest	12,97	12,03	11,15	10,70	10,03	9,73	8,76	8,42	8,05	7,78	7,46
Süüfilise esinemissagedus											
100 000 kohta	68,66	78,53	75,75	58,44	44,18	29,91	21,05	15,51	14,23	8,25	9,30
Gonorröa esinemissagedus											
100 000 kohta	172,15	140,69	113,77	83,31	63,31	48,24	39,52	39,3	35,2	21,4	20,84

Allikas: WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2007.

Märkus: „–“: andmed puuduvad.

2 Tervisesüsteemi ülesehitus

2.1 Ülevaade Eesti tervisesüsteemist

Eesti tervisesüsteem on üles ehitatud kohustuslikule solidaarsuse põhimõttest lähtuvale ravikindlustusele ja eraõiguslike teenuseosutajate poolt pakutavate teenuste üldisele kättesaadavusele. Tervisesüsteemi juhtimine ja järelevalve ning tervisepoliitika väljatöötamine on Sotsiaalministeeriumi ja selle hallatavate asutuste ülesanne. Tervishoiuteenuste rahastamine toimub peamiselt sõltumatu Eesti Haigekassa kaudu, kellel on olnud järjest juhtivam roll tervisesüsteemi uuendamisel. Sotsiaalministeerium ja selle ametid vastutavad rahvatervise-teenuste rahastamise ja juhtimise eest riigieelarvest makstava osa ulatuses. Kohalikel omavalitsustel on väike ja pigem vabatahtlik roll terviseteenuste organiseerimisel ja rahastamisel. Eesti tervisesüsteemi väljaarendamisel on suurt osa etendanud kutseorganisatsioonid ning järjest enam patsiendid ja nende esindusorganid, kelle mõjuvõim on viimastel aastatel suurenenud. Eestile on avaldatud rahvusvaheliselt tunnustust aktiivsete tervisereformide ja tõhususe suurendamise eest, kuid endiselt esinevad olulised probleemid terviseteenuste kättesaadavuse ja kvaliteedi osas ning endiselt on päevakorral ka patsientide ohutust ja nendele suurema vastutuse andmist puudutavad küsimused. Ülevaade Eesti tervisesüsteemist tervikuna on esitatud joonisel 2.1.

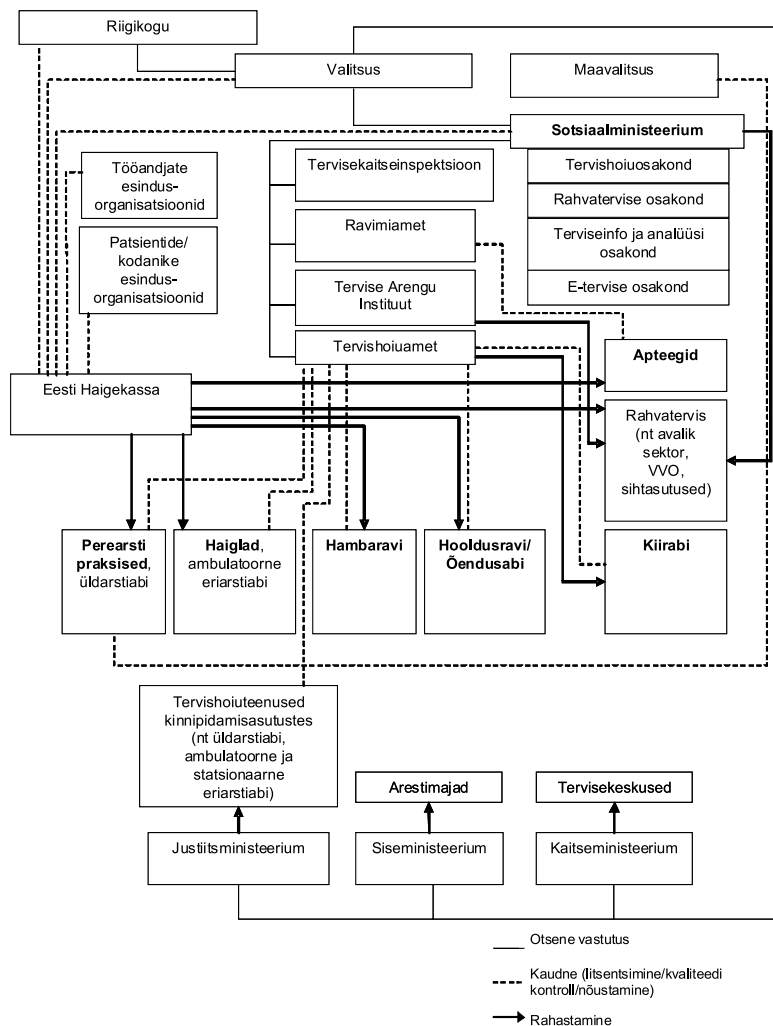
2.2 Ajalooline taust

Võõras ülemvõim Eestis algas Saksa ristisõdijate sissetungiga 13. sajandi algul. Alates 13. sajandist kuni 18. sajandini oli Eesti Taani ja Rootsi kuningriigi osa. Aastal 1721 jäi Rootsi kuningas sõjas Vene tsaariga Eesti territooriumist ilma. Ka Vene tsaaririigi koosseisu kuuluvana jäi Eestis sakslastest maaomanike tõttu püsima tugev saksa vaim ja mõju kuni 1918. aastani, mil Eesti sai Esimese maailmasõja tulemusi ära kasutades esimest korda iseseisvaks. Saksamaa ja NSV Liidu vahel 1939. aastal sõlmitud salaleping (Molotovi–Ribbentropi pakt), milles lepiti kokku jaotada Euroopa territoorium Saksamaa ja NSV Liidu vahel, jättis Eesti Nõukogude Liidu mõjualasse. NSV Liit okupeeris Eesti 1940. aastal pärast Teise maailmasõja puhkemist. Pikka aega kestnud Saksa ja Rootsi võimu all olek avaldas mõju Eesti poliitilise ja kultuurilise käitumise ning haldusstruktuuride ja tervisesüsteemi kujunemisele. Mõned neist struktuuridest ja tõekspidamistest säilitati märkamatult Nõukogude okupatsiooni ajal ning hiljem moodustasid need väärtusliku baasi sotsiaalkindlustuse süsteemi rajamiseks Eestis pärast iseseisvuse taastamist 1991. aastal. 20. sajandi jooksul toimus Eesti tervisesüsteemis mitmeid pöördelisi muutusi, mis peegeldasid muutusi riigi ajaloolises ja poliitilises olukorras. Selle aja saab jagada kolmeks perioodiks: periood enne 1940. aastat, ajavahemik 1940–1990 ja ajavahemik 1990–2007, mida kirjeldatakse järgnevatel lõikudes.

Enne 1940. aastat

Enne Nõukogude okupatsiooni 1940. aastal oli Eesti tervisesüsteem võrreldav teistes Lääne-Euroopa riikides toiminud tervisesüsteemidega. Ülikooliharidusega arstid ja maailmatasemel arstiteadus olid Eestis olemas alates Tartu Ülikooli rajamisest 1632. aastal. 20. sajandi alguseks oli välja töötatud tervisesüsteem, kuid sotsiaalkindlustussüsteem praegusel kujul puudus. Tervisesüsteem oli äärmiselt detsentraliseeritud, teenuste kujundamine ja juhtimine oli piirkondlik. Statsionaarset eriarstiabi osutavaid haiglaid oli kolme liiki: erahaiglad (osutasid suurema osa teenustest), mitu munitsipaalhaiglat vaestele inimestele ja mõned riigimandis olevad haiglad. Riigihaiglate omandis ja hallata olid emade ja laste kliinikud, tuberkuloosidispanserid,

Joonis 2.1 Tervisesüsteemi organisatsiooniline struktuur



Allikas: Autorid.

Märkused: VVO: valitsusvälised organisatsioonid.

sanatooriumid ja vaimuhaigete raviasutused. Suurema osa ambulatoorse ravi teenustest osutasid haigekassade ja koolide dispanserites töötavad eraarstid. Munitsipaalraste ülesandeks oli ravida vaeseid. Esimesed haigekassad Eestis rajati Venemaa õigusaktide alusel aastatel 1913–1914 suurte ettevõtete töötajate poolt. 1920. ja 1921. aastal haigekassade tegevus laienes, arstide arv suurenes ja rajati arstide kutseorganisatsioonid. Perioodil 1918–1940 tehti mitu katset luua uued tervisekindlustust käsitlevad õigusaktid, kuid need hajusid lõpututesse arutlustesse ja vaidlustesse tööandjate ja töötajate organisatsioonide vahel. Üldpõhimõtte kohaselt rajanes Eesti tervisekindlustuse süsteem Venemaa õigusaktidel (mõningate 1923., 1934. ja 1936. aastal tehtud muudatustega). Selle tulemusena oli tervisekindlustus korraldatud enamasti piirkondlikult ning hõlmas peamiselt töötajaid ja nende perekonnaliikmeid. 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 mõned kindlustust käsitlevad õigusaktid, mis hõlmasid riigiteenistujaid ja ülikoolide õpetajaid ning sõjaväelasi.

1940–1990

Eesti Vabariigi okupeerimine NSV Liidu poolt 1940. aastal katkestas tervisesüsteemi varasema arengu ja põhjustas nõukoguliku Semaško süsteemi kasutuselevõtmise, mille kohaselt tervishoidu rahastati riigieelarvest ja seda juhtis valitsus tsentraliseeritud planeerimise teel. Asetleidnud kiiretel muutustel olid pikaajalised tagajärjed. Näiteks lahkus Teise maailmasõja ajal Eestist suur hulk tervishoiutöötajad, mis mõjus rängalt tervishoiu tööjõustruktuurile. Selle mõju on tunda veel tänapäevalgi (vaata jaotis 5.2 „Inimressursid”). Peatähelepanu suunati koguselistele eesmärkidele ning selle tulemuseks oli ülemäära suur haiglavoodite arv. Nõukogude aja lõpuks kujunes NSV Liidu eri osade piirkondadeks jaotamise tulemusena välja kirurgiliste erialade liiga suur maht. See ülemaht oli osaliselt tingitud teenuste osutamisest väljaspool Eestit elavatele inimestele ja ka sellest, et Eestit peeti külma sõja perioodil strateegiliselt tähtsaks piirkonnaks. Nõukogude ajal ei olnud tervisesüsteemis erasektorit. Kõigil kodanikel oli näiliselt vaba juurdepääs palgaliste riigitöötajate poolt osutatud

tervishoiuteenustele. Meditsiinitöötajate tehniline ettevalmistus ning tervishoiuteenuste kvaliteet ja kättesaadavus oli hea, välja arvatud juurdepääs uutele ravimitele. Mitteametlik maksmine ei olnud Eestis nii levinud kui teistes endise NSV Liidu piirkondades, kuigi oli tava-pärane, et meditsiinipersonali tänati ravi lõppedes väikeste kingitus-tega, näiteks lillede, maiustuste, kohvi või konjakiga.

1990–2007

Pärast taasiseseisvumist 1991. aastal reformiti Eesti tervisesüsteemi rahastamine ja planeerimine taas peaaegu täielikult. 1990. aastate reformide eesmärk oli kehtestada rahastamine sotsiaalse ravikindlustuse kaudu ja soodustada detsentraliseerimist. Reformid tehti osaliselt selleks, et reageerida Eesti rahvastiku muutuvatele vajadustele ning osaliselt selleks, et riigi majanduslikku olukorda arvestades tagada rahanduslik jätkusuutlikkus. Mõni neist reformidest oli kavandatud juba enne iseseisvuse väljakuulutamist 1991. aasta augustis. Näiteks oli juba otsustatud, et järgmiseks aastaks seatakse sisse solidaarse ravikindlustuse süsteem. 1991. aasta ravikindlustuse seaduse ja 1994. aasta tervishoiukorralduse seadusega sätestati reformide õiguslik alus ning kuigi reformi käigus tehti mõningaid muudatusi, eelkõige vaadati uuesti läbi esialgselt kavandatud detsentraliseerimine ja retsentraliseeriti teatud ülesanded, ei ole nendes õigusaktides sätestatud esialgsed põhimõtted oluliselt muutunud. Paralleelselt selle arenguga võeti 1995. aastal vastu rahvatervise seadus, et kujundada vana NSV Liidu sanitaar-epidemioloogia teenuste võrgustik ümber kaasaegseks rahvaterviseteenuste süsteemiks.

Edasine areng selles vallas on toimunud siiski üsna hiljuti. Näiteks muutus aastal 2000 Eesti Haigekassa sõltumatuks avalik-õiguslikuks organisatsiooniks, 2001. aastal võttis Riigikogu vastu tervishoiuteenuste korraldamise seaduse uue versiooni ning 2002. aastal võeti vastu 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. Peale selle sätestati võlaõigusseaduse vastuvõtmisega (seadus jõustus 2002. aastal) uus õigussuhe patsientide ja teenuseosutajate vahel. Esimest korda määratleti see

suhe mõlema poole kohustusi sisaldava õiguslikult siduva lepinguna. Viimasel ajal on tervisealaseid probleeme käsitletud ka teistes sektorites ning rahvatervist käsitlevad sätted on integreeritud teiste sektorite mitmetesse õigusaktidesse. Toimunud muutustest tingituna on 1995. aastal vastuvõetud rahvatervise seadust muudetud igal aastal ning samuti kavandatakse uute õigusaktide koostamist selles valdkonnas.

Viimati asetleidnud muudatused on välja kasvanud ümberkujunduste esimeses ringis saadud kogemustest ja need on motiveeritud soovist hoida kontrolli all tervishoiukulude (sh ravimikulude) kasvu, rakendada detsentraliseeritud haiglate võrgu juhtimise strateegiaid, optimeerida tervishoiuteenuste kavandamist ja hinnakujundust ning muuta patsiendi ja arsti suhe kliendi ja teenindaja suhteks. Üks väljakutse, millega Eestis selle ülevaate koostamise ajal silmitsi seistakse, on kogu rahvastikku hõlmav ning kõiki tervisesüsteemide andmebaase üheks infosüsteemiks koondava e-tervise süsteemi kasutuselevõtmine. Samuti on viimastel aastatel eakate arvu suurenemine elavdanud arutelu ka selle üle, kuidas soodustada tervishoiu- ja sotsiaalkindlustuse süsteemide integratsiooni.

Selle perioodi tervisesüsteemide üksikasjalikum analüüs on esitatud 7. peatükis „Peamised reformid tervisesüsteemis”.

2.3 Ülevaade tervisesüsteemi struktuurist

Alates taasiseseisvumisest 1991. aastal on Eesti tervisesüsteemis toimunud kaks põhjalikku muutust: esiteks muutumine riigi kontrolli all olevast tsentraliseeritud süsteemist detsentraliseeritud süsteemiks; ja teiseks, muutumine riigieelarvest rahastatud süsteemist ravikindlustusmaksust rahastatavaks süsteemiks. Samal ajal on üha enam tähelepanu pälvinud üldarstiabi ja rahvatervis. Tervisesüsteemi ümberkorraldamine on toimunud mitmes etapis. 1990. aastate algul rakendus ravikindlustussüsteem, mis toimis Keskhaigekassa ja 22 piirkondliku haigekassa kaudu. 1994. aastal viidi tervishoiuteenuste planeerimise kohustus osaliselt 15 maavanema ja maakonnaarstide kaudu maakonna tasandile. Mõned paralleelselt eksisteerinud tervisesüsteemid, mis osutasid tervishoiuteenuseid politseile, raudteelastele ja muudele töötajatele, integreeriti riiklikku tervisesüsteemi 1990. aastate alguses.

Praegu kehtivad organisatsioonilised ja juhtimis põhimõtted määrati kindlaks perioodil 1999–2002 Riigikogu vastuvõetud seadustega, mille eesmärk oli retsentraliseerida mõned tervisesüsteemi funktsioonid (üksikasjalikum analüüs on esitatud allpool ja 7. peatükis „Peamised reformid tervisesüsteemis”). Peamised tervisesüsteemi funktsioonide planeerimise, haldamise, reguleerimise ja rahastamise eest vastutavad asutused on Sotsiaalministeerium, Tervishoiuamet, Raviamet, Tervisekaitseinspeksioon ja Eesti Haigekassa. Käesoleva osa alguses esitatakse lühikirjeldus järgmiste tervisesüsteemi sidusrühmade rollist: riik ja riigiasutused, Eesti Haigekassa, maa- ja linnavalitsused, tervishoiuteenuste osutajad ning erialade ja patsientide ühendused.

Riigi ja riigiasutuste ülesanded

Riigikogu roll on õigusaktide vastuvõtmine ja järelevalve valitsuse üle. Ühena alatistest komisjonidest tegeleb 1992. aastal loodud sotsiaalkomisjon ravikindlustuse, töösuhete ja tervishoiuga seotud seaduseelnõudega. Komisjoni esimees on Riigikogu liige ning ta kuulub ka Eesti Haigekassa nõukokku.

Täidesaatev võim on põhiseaduse ja Eesti Vabariigi seaduste alusel *Vabariigi valitsusel*. Valitsuse ülesandeks on riigi poliitika väljatöötamine ja rakendamine. Tervisesektoris etendab valitsus planeerivat ja reguleerivat rolli tervisega seotud määruste, sealhulgas tervishoiuteenuste hindade kehtestamise (vaata jaotis 3.6 „Tasustamisviisid”), ja haiglavõrgu haiglate arengukavade heakskiitmisel. Valitsusel lasub samuti kohustus nimetada Eesti Haigekassa nõukogu liikmed (vaata allpool), kelle hulgas on üks Sotsiaalministeeriumi esindaja, viis liiget kindlustatuid esindavatest ja viis liiget töandjate organisatsioonidest.

Sotsiaalministeeriumi ja selle allasutuste kaudu vastutab riik üldise tervise poliitika, sealhulgas rahvatervise strateegiate arendamise ja elluviimise ning tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse järelevalve eest. Ministeeriumi peamine ülesanne on tervise valdkonna õiguslik reguleerimine. Sotsiaalministeerium loodi 1993. aastal kolme eraldiseiva ministeeriumi (tervishoiu-, sotsiaalhoolekande- ja tööministeerium) ühendamisel. Sellest tulenevalt tegeleb ministeerium kolme peamise poliitikavaldkonnaga: tervis, sotsiaalteenused ja

tööhõive. Alates 1990. aastate keskpaigast on tervisepoliitika valdkondade jaotus eraldiseivateks osakondadeks mitmeid kordi muutunud ning alates 2008. aastast on tervisevaldkond jaotatud neljaks administratiivseks osakonnaks: tervishoiuosakond, mis vastutab tervishoiu, investeringute ja ravimipoliitika eest; rahvatervise osakond, mis vastutab rahvatervise poliitika, ennetusprogrammide ja tervisekaitsealaste õigusaktide eest; terviseinfo ja analüüsi osakond, mis vastutab tervisestatistika kogumise koordineerimise ja poliitikaanalüüside läbiviimise eest; ja e-tervise osakond, mis vastutab e-tervise projektide juhtimise, koordineerimise, planeerimise ja rakendamise eest.

Haldusvastutust kannab kantsler, kes on sotsiaalministrile alluv riigiametnik. Terviseala asekancler juhib tervisevaldkonda. Perioodil 2003–2007 löid koalitsioonivalitsused uue, otse sotsiaalministrile alluva poliitilise abiministri teenistuskoha. Teenistuskoha täitsid selle aja jooksul kaks isikut, kuid see ei andnud algselt ettenähtud lisaväärust läbipaistva ja tõhusa tervisepoliitika arengu seisukohalt ning ülevaate koostamise ajal ei ole sotsiaalminister poliitilist abiministrit enam ametisse nimetanud. 2008. aastal loodi teenistuskohaks poliitilisele nõunikule tervishoiu alal.

Tervise valdkonnas kuulub ministeeriumi peamiste ülesannete hulka tervisepoliitika väljatöötamine, elanikkonna terviseseisundi seire ja riikliku tervisesüsteemi korraldamine üld- ja eriarstiabi ning rahvatervise ulatuse kindlaksmääramise kaudu. Ministeeriumi peamiste tervisealaste ülesannete hulka kuuluvad:

- rahvatervise, tervishoiu, tervisekaitse ja töötervishoiuga seotud õigusaktide ettevalmistamine;
- tervisega seotud õigusaktide jõustamise järelevalve tagamine;
- tervishoiuteenuste osutamise standardeid käsitlevate õigusaktide väljatöötamine ja ettevalmistamine;
- rahvatervisestrateegiate väljatöötamine ja nende rakendamise kontrollimine;
- kindlustamata isikutele mõeldud tervishoiuteenuste planeerimine ja rahastamine.

Nelja tervisevaldkonna osakonna peamisi ülesandeid on kirjeldatud tabelis 2.1.

Tabel 2.1 Tervisega seotud osakondade peamised ülesanded

Nimetus	Ülesanded
Tervishoiuosakond	<p>Kujundada tervisepoliitikat ja korraldada selle rakendamine eesmärgiga tagada tervishoiuteenuste kättesaadavus, kvaliteet ja ohutus.</p> <p>Tagada elanikkonna teadlikkus ja rahulolu tervishoiuteenustega.</p> <p>Etendada juhtivat osa kõikides tervishoiu ja ravimipoliitika arengutes kõikides sektorites ja kogu tervisepoliitikas.</p> <p>Vastutada riiklikes terviseprogrammides kasutatavate ravimite hanke ja kohaletoimetamise eest (nt antiretroviroosravi, tuberkuloosivastane ravi, vaktsiinid).</p>
Rahvatervise osakond	<p>Kujundada tervisepoliitikat ja korraldada selle rakendamine eesmärgiga tagada tervise kaitse ja tervislik keskkond, edendada tervist, ennetada haigusi ja nendest tulenevaid kahjusid.</p> <p>Etendada juhtivat osa tervisepoliitika arengutes järgmistes valdkondades: keskkonnast tingitud terviseriskid (nt joogivee, toidu ja kemikaalide ohutus); nakkushaiguste tõrje, mittenaakkuslike haiguste ennetamine, laste ja noorukitega seotud terviseprobleemid.</p>
E-tervise osakond	<p>E-tervise projektide planeerimise ja rakendamise juhtimine ja koordineerimine.</p> <p>Tervise infosüsteemide haldamine ja arendamine, andmekogumite nomenklatuuri standardimine ja rakendamine, meditsiinidokumentide klassifitseerimine.</p>
Terviseinfo ja analüüsi osakond	<p>Luaa tingimused teadmispõhiste poliitiliste otsuste tegemiseks ministeeriumis, tagada tervisesüsteemide ja juba rakendatud või kavandatava poliitika mõju objektiivne hindamine.</p> <p>Tervisestatistika kogumise koordineerimine.</p> <p>Teha koostööd rahvusvaheliste parimate tavade kasutamiseks Eestis.</p> <p>Intellektuaalsete võimete arendamise ja efektiivse rakendamise toetamine.</p>

Allikas: Sotsiaalministeerium, 2008.

Sotsiaalministeeriumi alluvuses tegutseb neli tervise valdkonna allasutust. Ministeeriumi tervisevaldkond koordineerib Tervishoiuameti, Raviameti, Tervisekaitseinspeksiooni ja Tervise Arengu Instituudi tegevust, kuigi kõik need asutused vastutavad otse ministri ees. Minis-

teeriumi tervisevaldkonda kuuluvad ka töötervishoiualased küsimused.

Tervishoiuamet alustas tööd 2002. aastal. Selle peamiste ülesannete hulka kuuluvad tervishoiuteenuste osutajatele tegevuslubade väljandmine ja tervishoiutöötajate registreerimine, tervishoiuteenuste osutamise kvaliteedi kontrollimine (peamiselt patsientide kaebuste käsitlemise teel) ja kiirabiteenuste rahastamine ja organiseerimine. Amet vastutab ka adekvaatsete hügieeni- ja tervisekaitsestandardite tagamise eest, kuid teeb selles koostööd teiste asutustega, näiteks Tervisekaitseinspeksiooniga. Tervishoiuameti alla kuulub ka töötervishoiuosakond, mille eesmärgiks on luua ja rakendada töötervishoiu arengukavasid. Samuti koordineerib töötervishoiuosakond töötervishoiutöötajate registreerimist ja koolitust.

Ravimite registreerimise ja kvaliteedikontrolli ning ravimikaubanduse (sealhulgas import ja turustamine) eest vastutab *Ravimiamet*. Amet tagab ka doonorivere ja siirikkude ohutuse ning vastutab meditsiintehnoloogia autoriseerimise ja järelevalve eest (vaata jaotise 5.1 „Materiaalsed ressursid” alajaotis „Meditsiinivarustus, -seadmed ja abivahendid”).

Tervisekaitseinspeksioon on nõukogudeaegse sanitaarepidemioloogiasteenistuse õigusjärglane, inspeksioonil on viimasega palju sarnaseid jooni, eriti organisatsiooni ja peamiste vastutusvaldkondade osas. Tervisekaitseinspeksiooni moodustavad keskbüroo, neli piirkondlikku büroo, 11 maakonnabüroo, Eesti Sanitaarkarantiini Büroo ja neli laboratooriumit (füüsika-, keemia-, viroloogia- ja mikrobioloogia labor). Tervisekaitseinspeksioon jõustab tervisekaitsealaseid õigusakte ja vastutab nakkushaiguste järelevalve, riiklike ja piirkondlike epidemioloogiasteenuste ning riikliku immuniseerimisprogrammi rakendamise eest.

2003. aastal liideti kolm väiksemat rahvatervise tegelevat asutust ning loodi *Tervise Arengu Instituut*. Lühikese aja jooksul on Tervise Arengu Instituudist saanud rahvatervise valdkonna pädevuskeskus, mis vastutab rakendusliku teadustegevuse ja analüüsi eest rahvatervise, keskkonnatervise ja nakkushaiguste valdkonnas ning tegeleb ka elanikkonna terviseseisundi seire ja andmete esitamisega. Instituut

vastutab ka riiklike rahvaterviseprogrammide rakendamise ja kohalike rahvaterviseprogrammide toetamise eest. Lisaks sellele on asutusel koolituskeskus, mis pakub rahvaterviseprogrammide ja tervishoiukorraldusealaseid koolitusprogramme. Kuni 2007. aastani oli Tervise Arengu Instituudil eraldiseisvad teaduse ja arengu osakond ning koolitus- ja teabekeskus. Alates 2008. aastast koosneb teadusosakond eri meditsiinivaldkondade teadusüksustest, kuid teostab ka järelevalvet ja hindamist ning haldab meditsiiniregistreid. Kõik rahvaterviseprogrammid ja meetmed ning avalikkussuhted kuuluvad arenguosakonna haldusalasse.

2001. aastal omandas *Eesti Haigekassa* oma praeguse avalik-õigusliku juriidilise isiku staatuse, vahetades välja struktuuri, mis koosnes Keskhaigekassast 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 (vaata jaotise 2.5 „Patsiendi vastutuse suurendamine” alajaotis „Patsiendi osalemine/kaasatus”). Sotsiaalministeeriumi ja Eesti Haigekassa tegevuse kooskõla ning poliitilise vastutuse tagamiseks juhib nõukogu sotsiaalminister. Nõukogu kinnitab Eesti Haigekassa nelja-aastased arengukavad, aastaelarve, regulaarsed aruanded ja kriteeriumid, mille kohaselt valitakse tervishoiuteenuste osutajad, kellega lepingud sõlmitakse. Nõukogu esitab valitsusele ka oma ettepanekud tervishoiuteenuste hindade muutmise kohta. 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.

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 viis kinnipidamisasutust, milles pakutakse perearsti-, hambaravi- ja teatavate

eriarstide teenuseid (näiteks günekoloogi-, psühhiaatri-, radioloogi-teenuseid, nakkushaiguste ravi). Kahes kinnipidamisasutuses (Tallinnas ja Tartus) on statsionaarsed palatid psühhiaatriliste ja/või nakkushaiguste (peamiselt tuberkuloosi) raviks. Kui kinnipeetav vajab aga tervishoiuteenuseid, mida kinnipidamisasutuse tervisesüsteem ei osuta, korraldatakse ravi üldise tervisesüsteemi kaudu. Alates 2002. aastast on tehtud katseid välja arendada integreeritud tervisesüsteem, mis hõlmaks nii kinnipeetavad kui ka muu elanikkonna, kuid kinnipeetavate tervishoiuteenuste rahastamine oleks Justiitsministeeriumi ülesanne. Kõigile mõeldud rahvaterviseteenuseid kavandatakse ja osutatakse siiski ühtselt, kusjuures väga häid tulemusi on saadud tuberkuloosi ennetamisel, samas kui HIV/AIDSi valdkonnas läbiviidavad tegevused vajavad jätkuvalt tähelepanu.

Siseministeerium 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.

Kaitseministeerium haldab meditsiiniteenuste süsteemi, mis on mõeldud selle töötajate ambulatoorseks raviks sõjaväeteenistuse ajal. Statsionaarset ravi osutatakse tsiviilhaiglates. Sõjaväelased omavad kohustuslikku ravikindlustust (kohustusliku) sõjaväeteenistuse ajal, kuid kõik kulutused raviteenustele ja ravimitele kaetakse riigieelarvest.

Maavalitsuste ja kohalike omavalitsuste ülesanded

Eestis on kaks haldustasandit: riigi- ja munitsipaaltasand. Maavalitsus esindab riiki piirkondlikul tasandil, kuid ilma seadusandliku funktsioonita. Tervishoiu osas vastutavad maavanemad üldarstiabi eest, kuulutades välja konkursse perearsti ametikohtadele ning kinnitades nende ametissenimetamised. Maavanemad määravad samuti perearstide teeninduspiirkonnad ning korraldavad kontrolli perearstide tegevuse üle oma maakonnas. Käesoleva sajandi alguses vähendati maavanemate rolli tervishoiu organiseerimisel, kuid rahvatervise valdkonnas nende osa mõnel määral suureneb (vaata allpool).

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 nende juhtorganite liikmeid, etendavad kohalikud omavalitsused haiglate juhtimisstruktuuride kaudu jätkuvalt oma osa tervishoius. 2008. aastal vastuvõetud tervishoiuteenuste korraldamise seaduse muudatusega anti kohalikele omavalitsustele õigus rajada või (osaliselt) omada perearsti praksiseid. Muudatuse peamiseks eesmärgiks on tulla toime perearstide vähesusega, suurendades kohalike omavalitsuste poolseid finantseeringuid (mõned kohalikud omavalitsused toetavad praegu üldarstiabi osutajaid rahaliselt) ja lihtsustades perearstide värbamist. Siiski on veel liiga vara hinnata selle seadusemuudatuse rakendamise tulemusi. Lisaks muudele tegevustele toetavad paljud omavalitsused osaliselt madala sissetulekuga leibkondi ning eakaid ravimi- ja hooldusravikulude katmisel.

Tervishoiuteenuste osutajate ülesanded

Alates uue tervishoiuteenuste korraldamise seaduse vastuvõtmisest 2001. aasta mais (seadus jõustus alates 2002. aastast) on tervishoiuteenuste osutamine peaaegu täielikult detsentraliseeritud. Seadus reguleerib nelja 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 [TKS §-s 12 'füüsilisest

isikust ettevõtjad³ või (perearstide omandis olevate) äriühingute palgatöötajad. Perearstiabi osutavad äriühingud võivad pakkuda vaid üldarstiabi ja õendushooldusteenuseid. Otsest riigipoolset kontrolli tervishoiuteenuste suhtes rakendatakse vaid maavanemate kaudu, kes otsustavad perearsti teeninduspiirkondade üle oma piirkonnas, ja sotsiaalministri kaudu, kes otsustab riigieelarvest rahastatavate kiirabi-brigaadide arvu üle. Riigi mõju ilmneb kõige selgemalt eriarstiabi ja hooldusravi tegevuslubade andmisel, järelevalves ja rahastamisel avaliku sektori vahenditest.

Võrreldes organisatsioonidega, mida rahastatakse avaliku sektori vahenditest või mis on riigi vahetu järelevalve all, etendavad täielikult eraõiguslikel alustel tegutsevad ettevõtted suuremat osa ambulatoorsete eriarstiabi teenuste, näiteks günekoloogia, oftalmoloogia, uroloogia, pea- ja kaelakirurgia, psühhiaatria ning ortopeedia osutamisel. Nad tegutsevad siiski ka teistel erialadel, kus riigipoolne rahastamine on piiratud või see puudub, näiteks hambaravi ja plastiline kirurgia. Selles suhtes on piiratud rahastamine avaliku sektori vahenditest era-sektori tervishoiuteenuste turu arengu peamine motivaator. Üksikasjalikuma informatsiooni saamiseks vaata 6. peatükki „Teenuste osutamine”.

Rahvatervise valdkonnas on olukord märksa killustatum, elanikkonnale või konkreetsetele sihtrühmadele rahvatervise teenuseid osutavate organisatsioonide suhtes erinõudeid ei rakendata. Suurem osa organisatsioone tegutseb mittetulundusühingute või sihtasutustena ning nende tegevus on peamiselt projektipõhine. Kuigi mitmed organisatsioonid osutavad sarnaseid teenuseid sarnastele inimrühmadele (nt HIV/AIDSiga seotud teenused) on nendevaheline koostöö puudulik ja tegevuse koordineerituse tase madal. Seega on olemas potentsiaalne võimalus tihedamaks koostööks ja võib-olla isegi ühine-miseks, et suurendada rahaliste vahendite kogumise mahtu ja juhtida tulevikus suuremaid ning tähtsamaid projekte.

³ Tõlkija märkus.

Erialaliitude ja patsientide ühenduste ülesanded

Kõige väljapaistvam tervisevaldkonna kutseorganisatsioon Eestis on *Eesti Arstide Liit*, kes esindab umbes poolt kogu Eesti arstidest. Eesti Arstide Liit taastati 1988. aastal ning see on peamine tööandjate ja Sotsiaalministeeriumiga ametlikke läbirääkimisi pidav arstide ühendus. Minister on määratlenud 35 peamist arsti eriala. Kõikidel erialadel on omad erialaliidud ja kõik nad nimetavad ühe esindaja osalema ministeeriumiga peetavatel läbirääkimistel. Viimasel ajal on Eesti Arstide Liit omandanud rohkem ametiühingu rolli: koos Eesti Õdede Liiduga (vaata allpool) on Eesti Arstide Liit viimastel aastatel osalenud väga aktiivselt miinimumpalga üle peetud läbirääkimistel. Läbirääkimiste tulemusena on perioodil 2003–2006 tervishoiutöötajate miinimumpalgad peaaegu kahekordistunud.

Peale Eesti Arstide Liidu on üks võimsamaid ja avalikkusele silmapaistvamaid arstide ühendusi 1991. aastal asutatud *Eesti Perearstide Selts*. Selts on etendanud tähtsat osa peremeditsiini väljaarendamisel Eestis ja perearstiabi reformi elluviimisel alates 1997. aastast. Eesti Perearstide Selts ühendab suuremat osa rohkem kui 900 perearstist, mis moodustab ligikaudu 20% kõikidest Eestis töötavatest arstidest.

Eesti Õdede Liit esindab umbes poolt kõigist õdedest ja on viimaste aastate jooksul oma mõjuvõimu suurendanud. Näiteks on see ainus organisatsioon, kellel on õnnestunud korraldada streik. 2002. aastal tegid Eesti Õdede Liidu liikmed streigi, et võidelda Eesti Haiglate Liidu soovimatuse vastu pidada läbirääkimisi miinimumpalga üle. Koos Eesti Arstide Liidu ja teiste kutseorganisatsioonidega saavutasid nad õdede ja hooldajate miinimumpalkade kahekordse tõusu. Õdede Liit on samuti aktiivselt osalenud õenduslaste kutsestandardite ümberkujundamisel ja õdede koolituskavade uuendamisel. Käesoleval ajal eristatakse nelja peamist õenduse eriala ja 14 alameriala. Sarnaselt arstiteaduse erialadega on iga valdkond endale välja töötnud oma arengukava.

Haiglad on moodustanud *Eesti Haiglate Liidu*, millel 2007. aasta lõpuks oli 21 liiget. Enamik liikmetest on aktiivravihaiglad, kuid liiduga on ühinenud ka mõned hooldushaiglad, kuna hooldusravi osutavate organisatsioonide ühendust ei olnud enne 2005. aastat loodud. Minevikus ei ole Haiglate Liidu roll olnud täielikult üheselt määratle-

tav, kuna veel hiljuti juhtisid haiglaid arstid, kes samaaegselt kuulusid Eesti Arstide Liitu. Haiglate Liit on viimastel aastatel omandanud siiski haiglate esindamise rolli tööandjana ja peab läbirääkimisi kutseorganisatsioonidega miinimumpalkade üle. Haiglate Liit osaleb aktiivselt ka tervishoiualaste õigusaktide ja poliitika arendamise üle peetataval aruteludel. 2005. aastal moodustasid hooldushaiglad Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsiooni juurde eraldiseisva osakonna [Hooldusravi osutajate ühendus]. Assotsiatsioon on aktiivselt kaasatud hooldusravipoliitika arengu ja teenuste planeerimise üle peetavatesse arutlustesse.

Mitmed organisatsioonid on väitnud, et esindavad patsiente, kuid viimasel ajal on vanimat sellistest organisatsioonidest, *Eesti Patsientide Esindusühingut*, kõige rohkem tunnustatud. Eesti Patsientide Esindusühing on aktiivselt tegelnud vaimse tervise valdkonna poliitikaga, osalenud õigusaktide eelnõude väljatöötamises ning nendega seotud aruteludes. Esindusühing osaleb praegu enamikus ministeeriumi töörühmades, kus arutatakse uusi poliitikasuundi ja strateegiaid, näiteks on ta kaasatud uude riikliku e-tervise arendamise projekti. Sotsiaalministeerium on varem Eesti Patsientide Esindusühingut mõningal määral rahaliselt toetanud. Alates 2003. aastast jaotatakse aga patsientide esindamiseks mõeldud rahalised vahendid avaliku konkursi kaudu. Täiendavat toetust saadakse muudest allikatest projektipõhiselt. Moodustatud on ka spetsiifilisi haigusi põdevate või puudega inimesi esindavad patsientide rühmad, näiteks Eesti Diabeediliit, Sclerosis Multiplexi Ühing ja Eesti Südameliit.

Patsiendi/tarbija osalemine tervishoiualastes aruteludes on viimastel aastatel olulisemaks muutunud. Näiteks on Puuetega Inimeste Koda esindatud Eesti Haigekassa nõukogus. Ravimitööstusega seotud patsientide esindusorganisatsioon loodi ajal, mil toimus vaidlus piirhindade süsteemi kasutuselevõtmise üle seoses ravimikulude hüvitamisega. See on ainus kord, kui see organisatsioon avalikult aktiivselt tegutses.

Teadusasutused

Tartu Ülikoolil on märkimisväärne mõju tervisevaldkonnas, kuna tegemist on ainsa ülikoolitasemel meditsiinilist haridust pakkuva asutusega Eestis. Peale arsti-, farmaatsia- ja õekoolituse teeb Tartu Ülikool mitmesuguseid terviseuuringuid. Tervisepoliitika küsimuste osas on esile tõusnud TÜ tervishoiu instituut, kes toetab ja teostab rakendusüuringuid rahvatervise, tervishoiukorralduse ja tervishoiu-ökonomika valdkonnas. Viimastel aastatel on koostöö tervishoiu instituudi ja Eesti Haigekassa vahel suurenenud ning eeldatavalt suureneb see veelgi. Käesoleva ülevaate koostamise ajal on muu hulgas käimas mitmed ühisprojektid inimressursi arendamise ja epidemioloogia valdkonnas. Tallinna Ülikool ja Tallinna Tehnikaülikool on korraldanud uuringuid rahvatervise ja bioteaduste valdkonnas.

2001. aastal anti Eesti haridusministri otsusega Eesti Käitumis- ja Terviseteaduste Keskusele (interdistsiplinaarne üksus Tartu Ülikooli sotsiaalteaduskonna juures) Eesti teaduse tippkeskuse staatus. Keskuse peamine eesmärk on arendada valdkondadevahelist uurimistööd ja korraldada doktoriõpet käitumis- ja terviseteaduste valdkonnas (Eesti Käitumis- ja Terviseteaduste Keskus, 2008).

Samal aastal asutas valitsus sihtasutuse Eesti Geenivaramu ning tegi sellele ülesandeks juhtida Eesti Geenivaramu projekti eesmärgiga luua tervise-, sugupuu- ja geenianndmete kogu, mis katab suurt osa Eesti rahvastikust. Alates 2007. aastast on Eesti Geenivaramu projekti juhtimine Tartu Ülikooli ülesanne, siin säilitatakse ligikaudu 10 000 inimgeeniproovi, mida kasutatakse riiklikes ja rahvusvahelistes teaduslikes uurimisprojektides.

2000. aastal asutati sihtasutus Poliitikauuringute Keskus PRAXIS. Selle peamiseks poliitikauuringute valdkondadeks 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 mõned meditsiinivaldkonna ajakirjad, nende seas akadeemiline ajakiri *Eesti Arst*, mis on siiani ainus Eestis ilmuv eelretsenseeritud ajakiri. Hiljuti toimus vastutava väljaandja vahetus, Eesti Arstide Liidu vahetas välja eraettevõtte, mis võib ajakirja akadeemilisele iseloomule tulevikus mõju avaldada. Ajavahemik 1990. aastate keskpaigast kuni käesoleva ülevaate koostamiseni on olnud meditsiiniajakirjade jaoks väga viljakas. Ilmunud on mitmed erialaliitude toimetatud väljaanded, näiteks Eesti Perekarstide Seltsi ja Eesti Õdede Liidu toimetised, mille eesmärk on anda spetsialistidele informatsiooni nii arengutest arstipraktisises ja arstiteaduses kui ka tervisepoliitika küsimustes. Selliste väljaannete hulka kuuluvad näiteks ajakiri *Lege Artis* ja ajaleht *MeditSiiniuudised*. Ajaleht *Terviseleht* ja perioodiline väljaanne *Haigekassa Teataja* on mõeldud peamiselt patsientidele ja tarbijatele.

Tervisealase teabe jagamiseks on loodud tervishoiuportaalid meditsiinispetsialistidele ja patsientidele. Kuigi need veebilehed avasid foorumid aruteludeks huvigruppide vahel ning patsientide nõustamiseks, on oodata veel uuenduslikumaid arenguid, näiteks interaktiivseid veebipõhiseid lahendusi. Lõpetuseks võib öelda, et on ilmne, et meedia on tegelnud aktiivselt rahvatervisealase ja terviseiga laiemalt seotud informatsiooni jagamisega ning aitab sellega tõsta Eesti elanikkonna teadlikkuse taset.

2.4 Detsentraliseerimine ja tsentraliseerimine

1990. aastate algul asetleidnud reformid detsentraliseerisid tervisesüsteemi märkimisväärselt, eriti arvestades Eesti väikest rahvaarvu. 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.

Probleemid tekkisid seoses asjaoluga, et mõned ülesanded olid detsentraliseeritud sellisele tasemele, mistõttu oli võimatu tagada

tõhusat toimimist. Enamik omavalitsustest olid liiga väikesed ja neil puudusid piisavad rahalised võimalused oma uute ülesannete täitmiseks, kusjuures maakonna tasandil oldi raskustes nõuetekohaselt kvalifitseeritud töötajate leidmisel. Tegevuse puuduliku kooskõlastatuse tõttu loodi 1994. aastal Keskhaigekassa, mis allus Sotsiaalministeeriumile ja vastutas maakonna haigekassade tegevuse eest. 1990. aastate lõpupoole esines retsentraliseerimisel kolm põhilist suundumust. Esiteks kanti vastutus kogu tervishoiu planeerimise üle kindlalt tagasi riigi tasandile, Sotsiaalministeeriumi kontrolli alla. Maakonna- ja omavalitsuse vastutust tervishoiuteenuste planeerimise ja haldamise eest vähendati (vaata 3. peatükk „Rahastamine” ja 4. peatükk „Korraldamine ja planeerimine”).

Teiseks tsentraliseerisid organisatsioonid, näiteks Eesti Haigekassa ja Tervisekaitseinspeksioon, mis varem olid olemas igas maakonnas, oma teenistused selliselt, et need hõlmavad nüüd mitut maakonda. Nende 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 erastamise protsess 1998. aastal ja lõppes 2002. aastal. 2001. aastal saavutas Eesti Haigekassa oma praeguse seisundi iseseisva avalik-õigusliku organisatsioonina ega allu enam Sotsiaalministeeriumile.

Kuna viimased muutused on leidnud aset üsna hiljuti, ei ole veel möödunud piisavalt aega hinnangute andmiseks. Siiani süstemaatilisi probleeme ilmnenud ei ole. Selles suhtes tuleks märkida, et 1990. aastate lõpus toimunud reformid olid paremini ette valmistatud kui need, mis viidi ellu kümnendi algul. Näiteks enne haigekassale iseseisva avalik-õigusliku seisundi andmist uuriti sarnaste organisat-

sioonide kogemusi ning mõeldi põhjalikult läbi ja lülitati õigusaktidesse poliitilise ja avaliku aruandekohustuse mehhanismid. Samuti kehtestati mehhanismid, mis tagaksid Eesti Haigekassa tegevuste vastavuse riiklikule tervisepoliitika raamistikule. Sellest hoolimata on kahtlemata neid, kes eelistaksid, et Sotsiaalministeeriumil oleks suurem hierarhiline kontroll Eesti Haigekassa igapäevatoos tehtavate otsuste üle. Suuremad väljakutsed seisnevad selles, kuidas tagada riigi tervishoiupoliitika eesmärkide järgimist iseseisvate tervishoiuteenuste osutajate poolt ning kuidas luua praegu puuduvaid mehhanisme tervishoiuteenuste osutajate avaliku vastutuse suurendamiseks.

2.5 Patsiendi vastutuse suurendamine

Patsiendi andmed

Eesti on pälvunud laialdast tunnustust kui üks juhtivatest riikidest Ida-Euroopas e-tervise vallas. Tervishoiusektori infosüsteemid on märkimisväärselt arenenud, võimaldades protsessis osalejatel suhelda tõhusamalt, kuna suurem osa informatsioonist tervisesektoris liigub läbi elektrooniliste kanalite. E-tervise kontseptsioon rajaneb ideel, et kogu informatsioon patsiendi tervise kohta peab olema 1) keskselt hallatav ja 2) vastava taotluse korral patsientidele ja meditsiinitöötajatele kättesaadav. Patsiendil on õigus otsustada, kuidas riigorganid ja tervishoiuteenuste osutajad isikuandmeid (välja arvatud kriitilised andmed) käsitlevad. Vastavalt Eesti Haigekassa ja Sotsiaalministeeriumi poolt 2007. aastal läbiviidud uuringu tulemustele soovib vaid 12% patsientidest blokeerida juurdepääsu oma terviseandmetele privaatsusest tulenevatel põhjustel. E-tervise süsteem tagab senisest erineva infrastruktuuri ja infovahetuse alusel ühenduse loomise mitmete protsessis osalejate veebilehtede ja andmebaasidega (e-registreerimine tervishoiuteenuste osutajatele/patsientidele, e-retseptid arstidele, patsientidele, apteekidele, Eesti Haigekassale jt).

Praeguseni on ravikindlustusega seotud andmed kättesaadavad siiski pigem mitmest allikast kui üheainsa kanali kaudu. Eesti Haigekassa on loonud eri meetodid teabe edastamiseks, näiteks veebilehtede, kohalike klienditeenindusbüroode, telefoniteenuste, infovoldikute ning regulaarselt massimeedias avaldatavate reklaamide kaudu. Eesti

kodanikel on juurdepääs isiku ravikindlustusandmetele (näiteks andmetele kindlustuskaitse, saadud hüvitiste, ravimite tarbimise kohta) riigi poolt hallatava keskandmebaasi (X-Tee) kaudu, mille kasutamisel on privaatsuse tagamiseks vajalik ID-kaart ja salasõna. Lisaks avaldab Eesti Haigekassa oma kodulehel informatsiooni raviteenuste saamise õiguse ja hindade kohta, aruandeid tervishoiuteenuste ja hüvitiste kasutamise kohta ning lepinguliste tervishoiuteenuste osutajate nimekirjad. Patsiendile vajalik info erinevate terviseseisundite ja -probleemide kohta on samuti kättesaadavad, mis võib aidata patsientidel ja nende sugulastel selliseid terviseseisundeid ennetada ja nendega toime tulla. Informatsioon piiriülese arstiabi saamise õiguse ja eeskirjade kohta ELis on patsientidele avalikult kättesaadav Eesti Haigekassa kodulehel ja selleteemalistes publikatsioonides. Suurem osa Eesti Haigekassa andmetest on saadaval vene keeles ning üldinformatsioon Eesti tervisesüsteemi kohta on avaldatud ka inglise keeles.

Sotsiaalministeeriumil ja teistel riigiasutustel (sealhulgas Tervise Arengu Instituut, Tervisekaitseinspeksioon, Ravimiamet ja Tervishoiuamet) on oma kodulehed ja trükised, mis sisaldavad peamiselt kontaktandmeid ja informatsiooni asutuste ülesannete kohta ning pakuvad avalikkusele huvipakkuvaid teenuseid, aruandeid ja statistilisi andmeid. Tervishoiuteenuste osutajad ja teised tervishoiusektori organisatsioonid (näiteks ravimifirmad) on loonud enda veebilehed, millelt saab informatsiooni hüvitatavate teenuste, nende kättesaadavuse ja hindade kohta. Tervishoiuteenuste osutajad kannavad õiguslikku vastutust tervishoiuteenuseid käsitleva info kättesaadavuse eest. Ka internetis on mitmeid tervisealaseid veebilehti, millelt patsiendid võivad saada infot haiguste ja ravi kohta, samuti on laialdast kasutust leidnud portaalid, mille kaudu on võimalik ühendust võtta arstide ja teiste tervishoiutöötajatega.

Eesti Haigekassa ja mõned tervishoiuteenuste osutajad on uurinud patsiendi eelistusi infoallikate suhtes. Haigekassa aruande kohaselt on elanikkonna teadlikkus ravikindlustusalastes küsimustes suurenenud (näiteks teadmised kindlustusliikide ja ravikindlustushüvitiste kohta), vastav näitaja on tõusnud 60%lt 2003. aastal 71%le 2006. aastal, kuid samal ajal väidavad patsiendid, et nende teadmised oma

õigustest eriarstide vastuvõtule saamisest ja omaosalusest on väiksemad. Näiteks 2007. aastal teadis ainult 44% vastanutest, et psühhiaatri vastuvõtule minemiseks perearsti saatekirja ei ole vaja ning ülevaate koostamise ajal arvas 30% patsientidest ikka veel vääralt, et perearst võib kindlustatud isikutelt ambulatoorsete visiitide korral visiiditasu nõuda. Lisaks teavad vähesed õigusest ametlikult tervishoiuteenuste kohta (näiteks selle kättesaadavuse või kvaliteedi suhtes) kaebust esitada ja ainult 27% patsientidest informeeriksid Eesti Haigekassat või Tervishoiuametit võimalikest probleemidest, millega nad kokku puutuvad. Seda kirjeldab tõsiasi, et 2007. aastal kasutas tervishoiuteenuste osutajate kaebuste esitamise süsteeme vaid 20% patsientidest, sama näitaja 2006. aastal oli 26% (Faktum ja Ariko AS, 2007), mis võib viidata avalikkuse usalduse vähenemisele tervishoiuasutuste (juhtimise) suhtes.

Kuigi tervisesüsteemi regulatsioonide ja protseduuride kohta on olemas muljetavaldavalt suur hulk informatsiooni, on avalikku teavet tervisesüsteemi toimimise kohta vähe. Lähtuvalt seadusest viib Eesti Haigekassa läbi kliinilisi auditeid ja kontrollib meditsiinilisi tegevusi, kuid see info ei ole patsientidele kättesaadav. Tuleb teha rohkem jõupingutusi selleks, et anda patsientidele vajalikku teavet Eestis osutavate tervishoiuteenuste osutamise ja kvaliteedi kohta.

Patsiendi õigused

1994. aastal koostas Maailma Terviseorganisatsioon Euroopa patsientide õiguste harta (WHO, 2004), mis sellest ajast peale on arutelude ja õigusaktide eelnõude koostamise aluseks Eestis. Patsientide õiguste seaduseelnõu arutati Riigikogus 1996. ja 2002. aastal, kuid ühegi õigusakti koostamiseni need arutlused ei viinud. Sellest hoolimata on patsiendi õigused ja kohustused lülitatud 2001. aastal vastuvõetud võlaõigusseadusesse (jõustus 2002. aastal), kuna patsiendi ja arsti vahelist suhet nähakse lepingulise suhtena, milles mõlemal osapoolel on teatud õigused ja kohustused. Peale selle on Eesti kirjutanud alla ja ratifitseerinud inimõiguste ja biomeditsiini konventsiooni, mis jõustus 1. juunil 2002. aastal ning reguleerib muu hulgas geenitestidega seotud küsimusi. Patsiendi õiguste kaitse on

endiselt üsna keerukas, sest vaid vähestel Eesti juristidel on terviseõigusealane haridus ja kogemus.

2002. aastal jõustunud võlaõigusseaduses määratletakse patsiendi ja arsti vaheline lepinguline suhe ja selle tagajärjed ning seaduse kohaselt peab patsient osalema tema tervisega seotud otsuste tegemisel. Peale seaduse jõustumist võtsid kõik tervishoiuteenuste osutajad kasutusele patsiendi kirjaliku teadva nõusoleku vormi, mille patsient peab allkirjastama enne tervishoiuteenuse saamist. Arstide ülesanne on informeerida patsienti tema tervisega seotud küsimustest ja vajalikest tervishoiuteenustest. Võlaõigusseaduses öeldakse ka, et tervishoiuteenuse osutaja ei tohi lubada patsiendile, et tema seisund paraneb või operatsioon täielikult õnnestub. Patsiendil on õigus diagnoosi või ravivõimaluste kohta saada teisene arvamus, mille eest tasub Eesti Haigekassa.

Eesti Patsientide Esindusühing nõustab ja esindab patsiente, kellel on kaebusi seoses ravivigade või tervishoiuteenuste kvaliteediga. Eesti Patsientide Esindusühingu esindaja on ka ravikvaliteedi komisjoni liige, kes käsitleb suuremat osa kaebustest. Patsientide õiguste kaitse üldine tase Eestis on siiski üsna nõrk. See tuleneb nõukogude perioodil kehtinud tavast tervishoius, kus arsti arvamus oli kõige tähtsam fakt ja arstil oli määratletud õigus otsustada, mis on patsiendile parim.

Patsiendi valik

Eesti ravikindlustus tagab ulatusliku kaitse kindlustatud isikutele mitterahaliste ja rahaliste hüvitiste osas. Tervishoiuteenuste osutajate valik oli aastaid piiratud, kuna piirkondlikel haigekassadel (mis hiljem asendati piirkondlike osakondadega) olid lepingud sõlmitud peamiselt piirkondlike tervishoiuteenuste osutajatega, välja arvatud kõrgema taseme arstiabi puhul, mida osutati kahes Eesti regionaalhaiglas. Alates 2006. aastast võib patsient oma eelistustest lähtuvalt vabalt valida kõigi Eesti Haigekassaga lepingu sõlminud haiglate ja ambulatoorse arstiabi osutajate vahel. Peale patsiendi vabaduse teenusepakkuja valikul on tal ka arsti vaba valik. Sellist valikuvabadust võib piirata võimalus, et „eelistatumatel” arstidel on pikemad ootejärjekorrad.

Üldarstiabi tasandil on kõik Eesti kodanikud registreeritud enda valitud perearsti nimistusse. Ligikaudu 10% isikutest vahetab oma perearsti aasta jooksul. 40% nendest inimestest teevad seda elukohavahetuse tõttu, 28% perearstivahetustest on tingitud rahulolematusest perearstiga. Väärrib märkimist, et perearstid võivad keelduda isikute lisamisest nimistusse, kui nimistu on täis või kui isik ei ela selle perearsti teeninduspiirkonnas. 2007. aastal oli kokku 51% elanikkonnast rahul ravikindlustuse hüvitatavate tervishoiuteenuste valikuga (44% 2003. aastal), kusjuures 21% elanikkonnast väljendasid oma rahulolematust tervishoiuteenuste valiku suhtes (Faktum ja Ariko AS, 2007).

Patsiendid ja piiriülene tervishoid

Eestis kindlustatud isikutel on alati olnud õigus saada välismaal ravi, mille eest tasub riik ja mida reguleeritakse ravikindlustuse seadusega. Vältimatu abi, mida osutavad välismaal riiklikud tervishoiuteenuste osutajad, kaetakse vastavalt Euroopa Liidu Nõukogu määruse (EMÜ) nr 1408/71 sätetele või muul juhul erakindlustusfondi kaudu. Plaani- lise ravi puhul on vajalik Eesti Haigekassa eelnev luba (vaata jaotise 3.2 „Elanikkonna kindlustuskaitse ja kindlustuskaitse alused” alajaotis „Kindlustuskaitse välismaal”), mida võib anda, kui selline arstiabi ei ole Eestis kättesaadav; kui tervishoiuteenus on meditsiiniliselt põhjendatud; ning kui sellel on tõendatud meditsiiniline efektiivsus ning tervishoiuteenuse eesmärgi saavutamise tõenäosus on vähemalt 50%. Eesti Haigekassa katab vaid ravikulud, kõik teised kaasnevad kulud (näiteks transpordikulud, visiiditasud) peab katma patsient. Jesse ja Kruuda 2006. aasta uuringu tulemused näitasid, et otsus otsida ravi välismaalt sõltus peamiselt sellest, kas ravi kaetakse avaliku sektori rahast või mitte. Teisi piiriülese arstiabi aspekte (näiteks Eestist arstiabi otsivad välismaa patsiendid) oli raske hinnata, kuna need andmed ei ole teenuseosutajatelt kättesaadavad. Eesti spaad on teatanud, et 70% nende klientidest on pärit naaberriikidest, peamiselt Soomest ja Rootsist, kuid järjest rohkem on kliente ka Venemaalt ja Saksamaalt. Teistes tervishoiuvaldkondades, näiteks hambaravis, on olemas tõendid patsientide liikuvuse kohta. Suuremates linnades asuvate hamba- raviteenuste osutajate hinnangul on 10–30% nende patsientidest pärit välismaalt (Jesse ja Kruuda, 2006). Peamine takistus välismaalt pärit patsientide jaoks Eestist tervishoiuteenuste saamisel on informat-

sioonipuudus, kuna Eesti tervishoiuteenuste osutajad aktiivselt välisturget ei otsi.

Kaebuste menetlemine (lepitusmenetlus, nõuded)

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus ja võlaõigusseadus reguleerivad ühiselt tervishoiuteenustega seotud kaebusi ja nõudeid ning muudavad tervishoiuteenuste osutajad vastutavaks ravivigade ja tervishoiuteenuste madala kvaliteedi eest. Tavaliselt lahendatakse enamik kaebustest 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 Tervishoiuametile. Tervishoiuamet juhib arstiabi kvaliteedi eksperdikomisjoni, kes 2007. aastal menetles 63 kaebust (vaata tabel 2.2). Vastavalt Sotsiaalministeeriumi määrusele on arstiabi kvaliteedi eksperdikomisjoni peamine ülesanne tegutseda patsientide sõltumatu nõustajana ja 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 Tervishoiuamet võib rakendada rahatrahvi või tunnistada kehtetuks asjaomase tervishoiuteenuse osutaja tegevusloa. Kahjuks ei ole kohtulike vaidluste kohta andmeid, mistõttu on raske hinnata ravivigade ja nõuetega seotud probleemi suurust Eestis.

Tabel 2.2 Arstiabi kvaliteedi eksperdikomisjonile esitatud ametlikud kaebused, 2004–2007

Aasta	2004	2005	2006	2007
Nõuded	73	60	78	63
Arstiabi kvaliteedikomisjoni kindlakstehtud ravivigade juhtumid	24	17	20	23

Allikas: Tervishoiuamet, 2008 (kohandatud).

Patsiendi ohutus ja kahjude hüvitamine

Peamised eeskirjad ja algatused tervishoiuga seotud kahjude ennetamiseks põhinevad tervishoiuteenuste korraldamise seadusel ja võlaõigusseadusel. Esimene neist nõuab tervishoiuteenuste osutajatelt teenuste kvaliteedi tagamist ning reguleerib tingimusi, mille kohaselt võib tegevusluba teenuseosutajalt tagasi võtta. Teisest lähtuvalt on patsient ja tervishoiuteenuste osutaja lepingulises suhtes, millel on kõik „tavalise” õigusteenuse osutamise tunnused ja tulemused. Ravivigade korral peab teenuseosutaja hüvitama patsiendile vastava tervishoiuteenuse osutamise käigus põhjustatud moraalse ja materiaalse kahju. Tervishoiuteenuse osutajatel ei ole kohustust omada tsiviilvastutuskindlustust, kuid suuremal osal haiglatest ja mõnel erialaühingul on selline Eesti suurte erakindlustusseltside poolt pakutav kindlustuskaitse olemas. Kahjuks ei ole andmeid selle kohta, kui palju hüvitisnõudeid on esitatud ning kui palju hüvitusi ja kompensatsioonimakseid on tsiviilvastutuskindlustuse alusel välja makstud. Lisaks on olemas kord ravimite kõrvaltoimete puhul aruandmise kohta otse Raviametile ning ravimiturg on Eestis rangelt reguleeritud. Retseptiravimite ja meditsiinitarvete otse tarbijale suunatud reklaam on keelatud. Meditsiinilisi vigu süstemaatiliselt ei registreerita, kuid Eesti Haigekassa viib läbi korrapäraseid kliinilisi auditeid tervishoiuteenuste kohta eri tervishoiuasutustes.

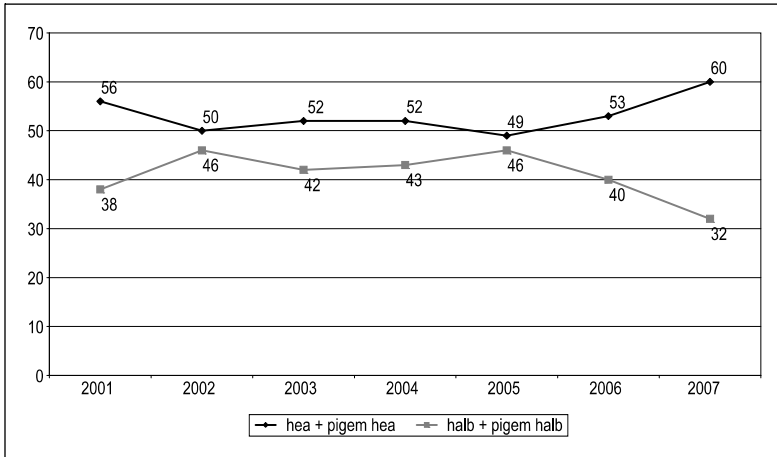
Vastavalt Eurobaromeetri küsitluse andmetele (TNS Opinion & Social network, 2006) liigitab peaaegu neli viiest ELi kodanikust (78%) meditsiini vigu tähtsate probleemide hulka oma riigis, vastav näitaja Eestis on 59% (35% ei pea seda probleemiks), Leedus võrdluseks 90%. Eestlased on üldiselt passiivsemad ravi kvaliteedi mõjutamisel, 71% eestlastest arvab, et pole tõenäoline, et haiglapatsient võiks mõjutada meditsiiniliste vigade vältimist (vastav EL 27 tase on 52%). Lisaks arvab ainult 21% eestlastest, et haiglapatsient saaks aktiivselt kaasa aidata meditsiiniliste vigade vältimisele, samas kui vastav EL 27 keskmine näitaja on 40%.

Patsiendi osalemine/kaasatus

Patsiendi osalemine on peamiselt seisnenud kindlustatud elanikkonnarühmade esindajate kaasatusel Eesti Haigekassa nõukogusse (eelnevalt haigekassade nõukogudesse). See võimaldab kindlustatud isikutel (s.o patsientidel) mõjutada tervishoiuteenuste rahastamisotsuseid. Ühtekokku 30% nõukogu kohtadest on täidetud kindlustatud isikute esindusorganisatsioonide poolt, sealhulgas on sellised organisatsioonid nagu Lastekaitse Liit, Teenistujate Ametiliitude Keskorganisatsioon, Eesti Ametiühingute Keskliit, Eesti Pensionäride Ühendus ja Eesti Puuetega Inimeste Koda. Eesti Haigekassa nõukogu ülesanne on kiita heaks Eesti Haigekassa pika- ja lühiajalised strateegiad ning ravikindlustuse aastaelarve. Eesti haiglatel on kahetasandiline juhtimisstruktuur, millesse kuulub juhatus ja nõukogu. Nõukogusse kuulub sageli kohalikke poliitikuid, keda võib pidada oma valijaskonna esindajateks. Näiteks on nõukogul volitus otsustada visiiditasu taseme (ja võimalike erandite) üle ning nõukogud peavad kiitma heaks haigla tegevusplaani ja aastaelarved, mis võivad kajastada erinevaid väärtusi, näiteks kuluefektiivsust ja tervishoiuteenuste kättesaadavust.

Alates 1996. aastast on Eesti Haigekassa (alates 2005. aastast koostöös Sotsiaalministeeriumiga) läbi viinud iga-aastaseid rahulolu-uuringuid patsientide seas seoses tervisesüsteemi eri aspektidega. Nende uuringute ulatus ja põhjalikkus on aja jooksul suurenenud ning juba on näha tervisesüsteemi muutumisega seotud suundumusi. Üldjoontes on elanikkonna rahulolu tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja kvaliteediga olnud mitme aasta lõikes suhteliselt kõrge (vaata joonis 2.2). Nende inimeste osatähtsus elanikkonnast, kes hindavad tervishoiuteenuste kättesaadavust „heaks” või „pigem heaks” on suurenenud 49%lt 2005. aastal 60%ni 2007. aastal, samas kui tervishoiuteenuste kättesaadavusega rahulolematute (hinnang „halb” või „pigem halb”) osa on langenud 32%ni. 2007. aastal olid patsientide arvates kolm kõige positiivsemat aspekti tervisesüsteemis perearstireform (mainis 17% elanikkonnast), tervishoiuteenuste kättesaadavus (15%) ja tervishoiuteenuste kvaliteet (10%). Kolme kõige negatiivsema aspektina nimetati pikki ooteaegu üldiselt (mainitud 22% juhtudest), ravijärjekordi eriarsti vastuvõtule (15%) ning tervishoiuteenuste üldist kättesaadavust (6%).

Joonis 2.2 Arvamus tervishoiuteenuste kättesaadavuse kohta (% vastanutest), 2001–2007



Allikas: Eesti Haigekassa ja Sotsiaalministeeriumi elanikkonna rahulolu uuringud, 2001–2007.

Vastavalt elanikkonna rahulolu uuringute tulemustele on eestlased kõige rohkem rahul perearstide ja hambaarstide osutatava arstiabi kvaliteediga ning kõige vähem rahul pereõdede ja hooldekodudega. See madal rahulolu määr võib aga olla seotud ka vähese teadlikkusega nende spetsialistide vastutusest ja pädevusest. Lisaks riiklikele patsiendi rahulolu uuringutele annavad Eurobaromeetri küsitlused võrdlusvõimaluse Euroopa riikide vahel. Nende andmete põhjal on EL 27 keskmisega võrreldes eestlased vähem rahul tervishoiuteenuste (haiglad, hambaravi, meditsiini- ja kirurgiaspetsialistid, perearstid ja hooldusravi) kvaliteedi, olemasolu ja kättesaadavusega, kuid võrreldes EL 12ga on tulemus keskmine (TNS Opinion & Social Network, 2007) (vaata tabel 2.3). Viimane Eurobaromeetri uuring on suunatud avalikkuse arvamuselisele hooldusravi osutamise ja vanurite hooldamise suhtes, mõlema osas on eestlaste rahulolu tase alla EL 27 keskmise. Hooldusravi puhul on peamised probleemid seotud selle vähese kättesaadavuse ja kvaliteediga, mis on tingitud peamiselt hooldusravi madalast riikliku rahastamise tasemest.

Tabel 2.3 Patsiendi või kodaniku rahulolu tervishoiu ja tervisesüsteemiga, 2007

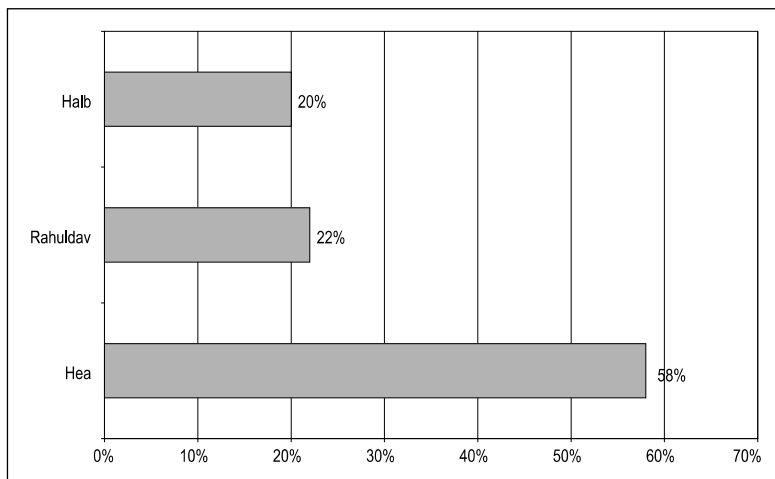
Rahulolu tase	Eesti (koht EL 27 seas)	EL 27
Haiglate kvaliteet „hea” (%)	67 (16)	71
Hambaravi kvaliteet „hea” (%)	78 (14)	74
Meditsiini- ja kirurgiaspetsialistide kvaliteet „väga hea” või „üsna hea” (%)	68 (19)	74
Perearstiteenuste kvaliteet „hea” (%)	78 (18)	84
Ülalpeetavatele isikutele kodus osutatavate raviteenuste kvaliteet „hea” (%)	25 (24)	42
Hooldekodude kvaliteet „hea” (%)	23 (22)	41
Hooldekodu teenuse kättesaadavus „lihtne” (%)	15 (25)	39

Allikas: TNS Opinion & Social Network, 2007.

Märkus: EL 27: kõik 27 EL liikmesriiki (seisuga 30. jaanuar 2007).

Füüsiline ligipääs tervishoiuteenustele

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. Uuringutest nähtub, et geograafiline juurdepääs ja transport tervishoiuasutustesse on „üsna hea” või „rahuldav”, kuid liikumine hoonete sees on keerulisem. Näiteks viimane uuring juurdepääsetavuse kohta perearstipraksistele näitab, et 58% inimestest hindab juurdepääsetavust heaks, kuid iga viies inimene ei ole rahul liikumisvõimalustega hoonetes (vaata joonis 2.3). See võib viidata raskustele, mida kogevad puudega inimesed ja vanurid tervishoiuteenuste ja arstide juurde pääsemisel, kui vastavates hoonetes puuduvad rambid või liftid, mis teeb liikumise eriti keeruliseks ratastooli kasutajatele.

Joonis 2.3 Vanurite ja erivajadustega inimeste ligipääs perearstipraksistele ja liikumistingimused hoones

Allikas: Dive Service Quality Development OÜ, 2007.

3 Rahastamine

Eesti tervisesüsteemi rahastatakse peamiselt avaliku sektori vahenditest, millest põhiosa tuleb sihtotstarbelisest ravikindlustusmaksust, mis moodustab üle 60% kogu tervisesüsteemi rahastamisest (üksik-asjalikumaid andmeid vaata tabelist 3.1). Ravikindlustussüsteemi korraldab Eesti Haigekassa, mis on avalik-õiguslik juriidiline isik. Piirkondliku tegevuse paremaks korraldamiseks on haigekassal neli piirkondlikku osakonda. Teisteks olulisteks avaliku sektori rahastajateks on Sotsiaalministeerium, kes vastutab kindlustamata isikute vältimatu abi ja kiirabi kulude katmise eest riigieelarve vahendite abil ja on suurim rahvaterviseprogrammide rahastaja. Kohalikel omavalitsustel puudub tervisesüsteemi rahastamisel selge roll ning seetõttu on nende panus sellesse väike ning sõltub iga kohaliku omavalituse otsustest. Erasektori kulud, mis on peamiselt omaosaluse vormis, moodustavad ligikaudu neljandiku tervishoiu kogukuludest. Finantsvoogudest Eesti tervishoiusüsteemis antakse üldine ülevaade joonisel 3.1.

3.1 Tervishoiukulud

Eesti tervisesüsteemi rahastatakse peamiselt avaliku sektori kaudu. Samas on avaliku sektori roll tervisesüsteemi rahastamisel aastate jooksul vähenenud peamiselt seetõttu, et omaosalus on suurenenud. Alates 1992. aastast on tervisesüsteemi põhiline rahastamisallikas sihtotstarbeline ravikindlustusmaks. Teised avaliku sektori rahastamisallikad on riigi- ja omavalitsuste eelarved, mis moodustavad vastavalt ligikaudu 9,3% ja 1,8% tervishoiu kogukuludest. Avaliku sektori osa

Tabel 3.1 Tervishoiu rahastamise peamised allikad Eestis (%), 1995–2006 (valitud aastad)

Rahastamisallikas	1995	2000	2005	2006
Avalik sektor	89,8	76,4	76,7	72,7
Maksud (riigi- ja kohalikud)	12,4	10,4	10,5	11,1
Ravikindlustus	77,4	66,0	66,2	61,6
Erasektor	7,5	23,3	23,0	26,7
Omaosalus	7,5	19,7	20,4	24,9
Eratervisekindlustus	0,0	1,0	0,3	0,7
Muu	0,0	2,6	2,3	0,6
Välisallikad	2,7	0,3	0,3	0,6

Allikas: Sotsiaalministeerium, 1999–2006.

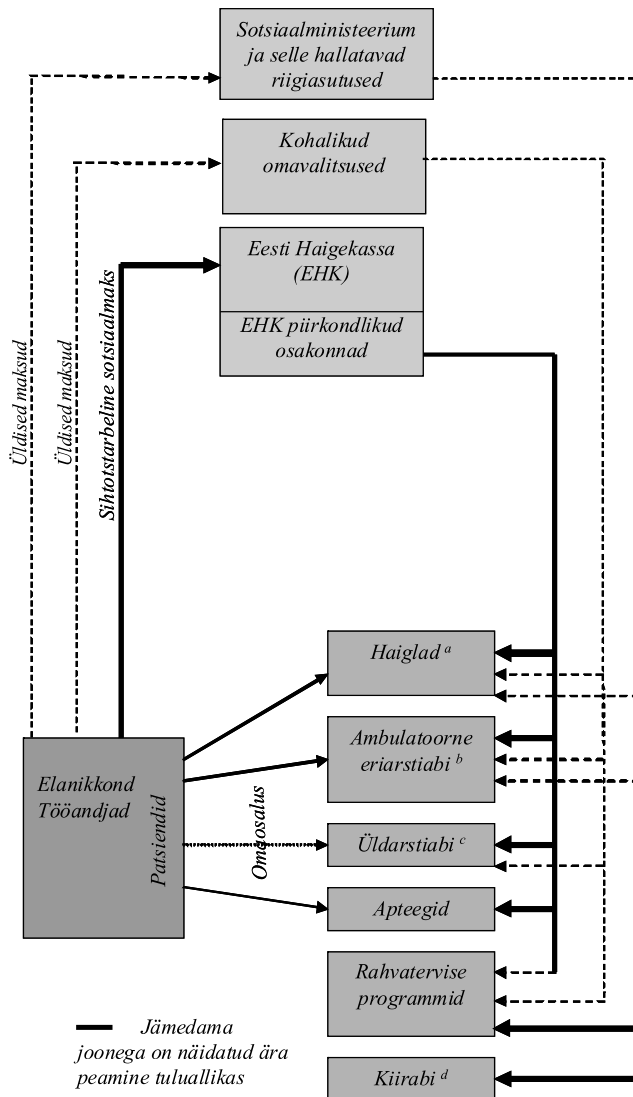
Märkus: Tõlkeversioonis on 2006. aasta tervishoiu kogukulude andmeid korrigeeritud vastavalt uuendustele seisuga 17.06.2008.

tervishoiukuludes on vähenenud 89,8%lt 1995. aastal 72,7%ni 2006. aastal (vaata tabel 3.1).

2006. aastal moodustasid eraallikad tervishoiu rahastamisel 26,7% tervishoiu kogukuludest, 1995. aastal oli see näitaja 7,5%. Võib eeldada, et tulevikus suurendab erasektori osatähtsust tervishoiu rahastamisel leibkondade reaalsete sissetulekute kasv ning suurenev valmisolek tervishoiuteenuste eest ise tasuda. Omaosaluse suhteliselt kiirem kasv on seletatav ka sellega, et avaliku sektori tervishoiukulud põhinevad enamjaolt ravikindlustusel, millel on fikseeritud tulubaas. Omaosalus moodustab 93% erasektori kuludest tervishoiule. Omaosalus on suurenenud jätkuvalt alates 1990. aastate keskpaigast ning hõlmab peamiselt kulutusi ravimitele ja hambaravile. Välisallikate osa Eesti tervishoiu rahastamisel on väga väike ning 2001. aastaks langes see peaaegu 0%ni tervishoiu kogukuludest.

Sotsiaalministeerium hakkas koguma süstemaatiliselt andmeid tervishoiukulude kohta 1999. aastal, võttes aluseks Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooni (OECD) riikliku tervishoiu arvepidamise metoodika. Uus metoodika erineb mõnevõrra vanast ning seetõttu tuleks andmeid perioodist enne 1999. aastat tõlgendada ettevaatusega, kuna need võivad erasektori kulusid kajastada ebatäielikult. Silmas tuleb pidada, et Rahandusministeerium kohandab SKT statistikat igal aastal ning kuna kohandamine mõjutab SKT ajaloolisi andmeid, võib

Joonis 3.1 Rahavood Eesti tervisesüsteemis



Allikas: Autorid.

Märkused: a) teenusepõhine tasu + voodipäevatasu + juhupõhine tasu; iga juhtumi puhul hüvitatakse 50% kuludest juhupõhiselt; piiratud mahuga lepingud; b) teenusepõhine tasu; piiratud mahuga lepingud; c) vanuserühmade lõikes diferentseeritud peараа + teenusepõhine tasu + baasraha + mõned täiendavad tasud; d) kokkulepitud eelarve iga teenuseosutaja kohta.

statistika tervishoiu kogukulude osatähtsuse kohta SKTst varieeruda vastavalt allikale.

Tabel 3.2 Tervishoiukulud perioodil 1995–2006 (valitud aastad)

Tervishoiu kogukulud	1995	2000	2005	2006
SKT keskmine aastane nominaalkasv (%)	–	16,8	16,8	18,1
Keskmine nominaalkasv tervishoiu kogukuludes (%)	–	4,0	12,9	20,5
Valitsemissektori kogukulude (%) SKTst	–	36,5	33,4	33,0
Valitsemissektori tervishoiukulude (%) valitsemissektori kogukuludest	–	11,0	11,4	11,3
Tervishoiu kogukulud inimese kohta eurodes PPP alusel	240	544	845	–
Tervishoiu kogukulude osatähtsus SKTst (%)	6,4	5,4	5,0	5,1
Avaliku sektori tervishoiukulud SKTst (%)	5,3	4,1	3,8	3,7
Erasektori tervishoiukulud SKTst (%)	0,7	1,3	1,2	1,4

Allikas: Sotsiaalministeerium, 1999–2006.

Märkused: SKT: sisemajanduse kogutoodang; „–“: andmed puuduvad; PPP: ostujõu pariteet.

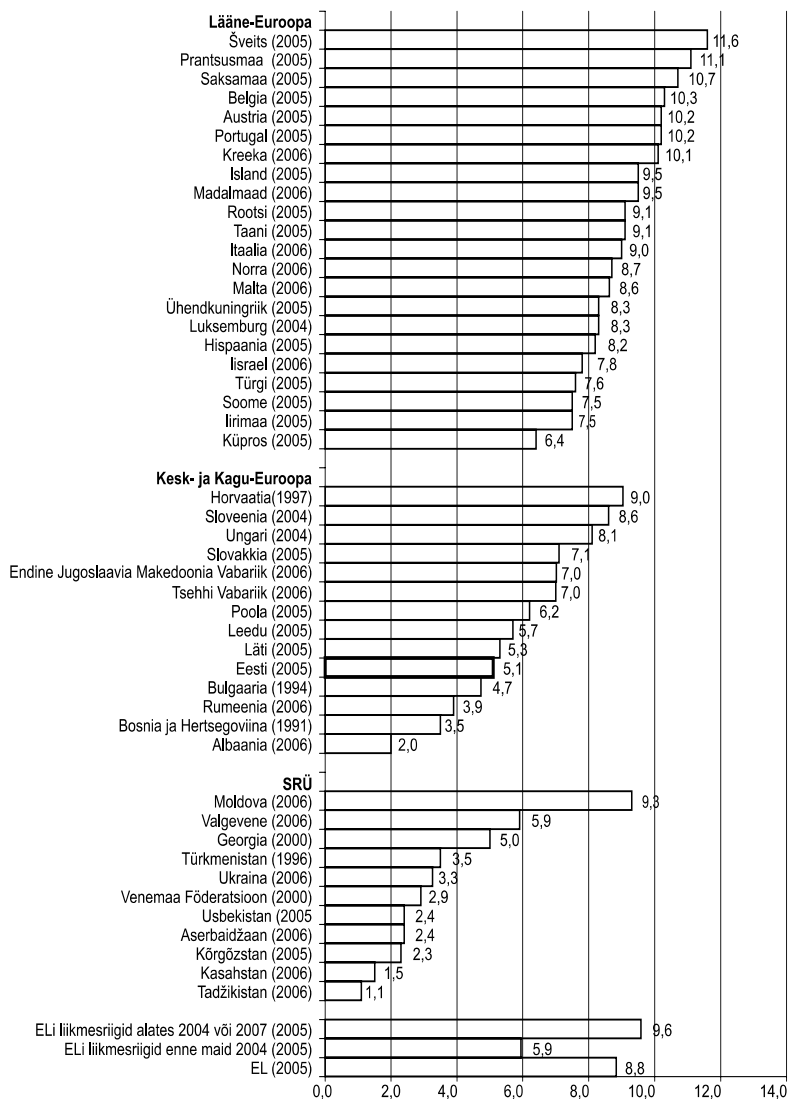
Tõlkeversioonis on 2006. aasta tervishoiu kogukulude andmeid korrigeeritud vastavalt uuendustele seisuga 17.06.2008.

Eesti tervishoiukulude tase on olnud võrdlemisi stabiilne ning mõningane kõikumine on ennekõike olnud tingitud üldisest majanduskeskkonnast. 1990. aastate lõpus oli tervishoiukulude osakaal SKTst mõnevõrra kõrgem (6,1% 1999. aastal) kui viimastel aastatel (5,1% 2006. aastal), kuigi viimastel aastatel on toimunud kiire tervishoiukulude kasv absoluutarvudes (vaata tabel 3.2).

Tervishoiukulude suhteliselt madal tase protsendina SKTst võrreldes ELi keskmise tasemega ja mõne teise Euroopa regiooni kuuluva riigiga (vaata joonis 3.2 ja joonis 3.3) on põhjustanud rahulolematust Eesti arstkonna hulgas. Eesti Arstide Liit üldkoosolekul 2007. aasta detsembris seati eesmärgiks saavutada Eesti tervishoiukulude taseme kasv 6,5%ni SKTst aastaks 2010. Samal ajal tuleb aga arvestada, et Eesti valitsus ei toeta tervishoiukulude taseme eesmärgistamist.

Kulud tervishoiule suurenesid samaväärselt majanduskasvuga kuni 1998. aastani. Tervishoiukulude kõrgseis oli 1999. aastal, mil

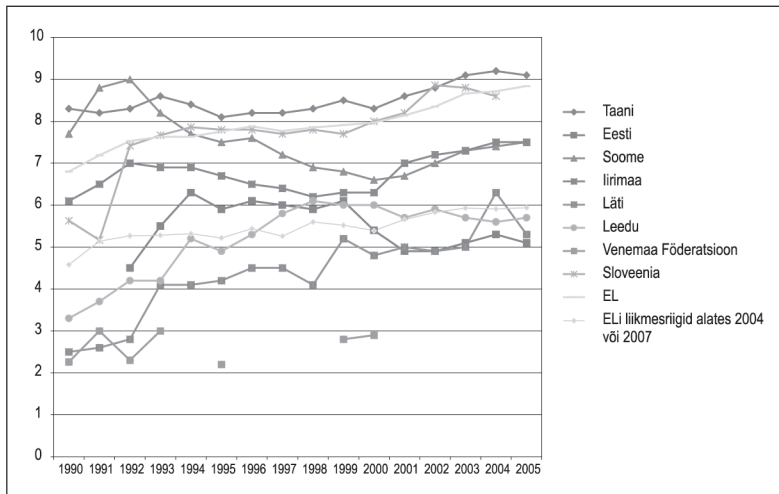
Joonis 3.2 Tervishoiu kogukulud, protsent SKTst WHO Euroopa regionis viimasel aastal, mille kohta on andmed kättesaadavad



Allikas: WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2007.

Märkused: EL: Euroopa Liit; SRÜ: Sõltumatute Riikide Ühendus; riigid, mille kohta andmed puudusid, on välja jäetud.

Joonis 3.3 Tervishoiukulude protsent SKTst Eestis ja valitud riikides, periood 1990 kuni viimane aasta, mille kohta on andmed kättesaadavad

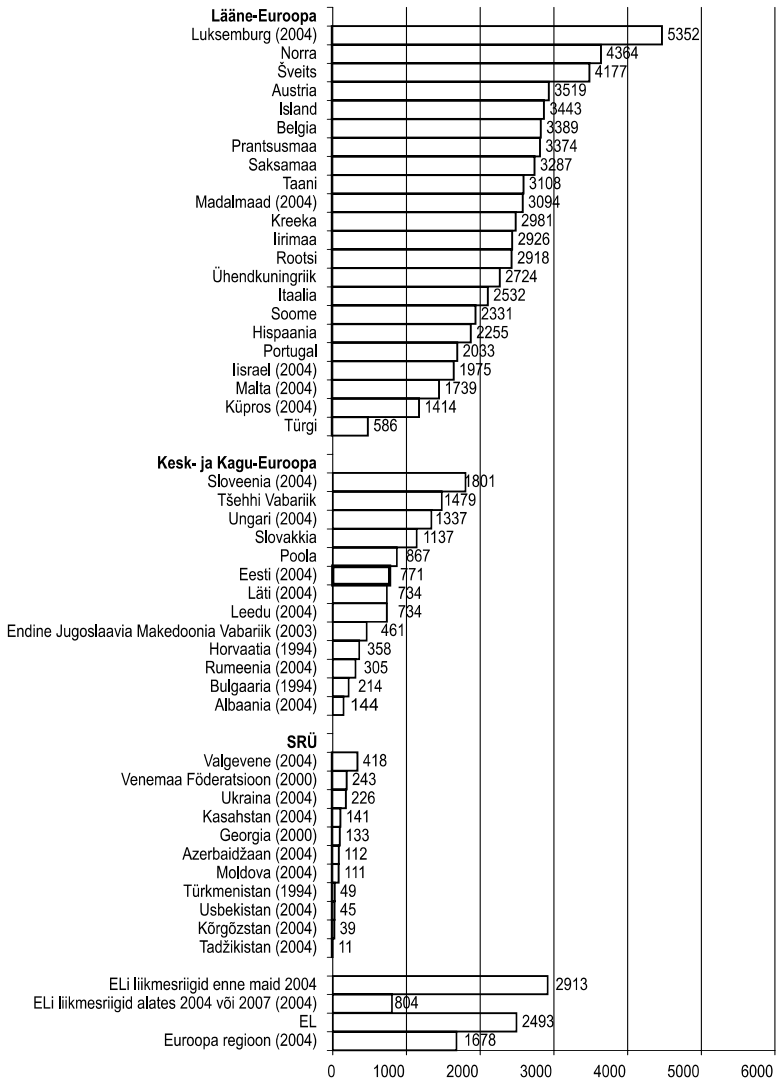


Allikas: WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2007.

Märkus: EL: Euroopa Liit.

tervishoiukulude osakaal SKTst oli 6,1%. Põhjastatud oli see üldisest majandustegevuse aeglustumisest, mille tõi kaasa majanduskriis Venemaa Föderatsioonis ja globaalne majandussurutus. Vaatamata sotsiaalmaksu alalaekumisest põhjustatud jooksva aasta eelarve puudujäägile 1999. aastal, oli haigekassal võimalik kasutada oma reserve puudujäägi katmiseks. Reservide kasutuselevõtt omakorda põhjustas tervishoiu kogukulude osakaalu kasvu SKTst üheks aastaks ning järgneval 2000. aastal langes see 5,5%ni. Järgnevate aastate langus tervishoiukuludes protsendina SKTst ja mõõdukas tõus absoluutarvudes oli tingitud kahest peamisest tegurist. Esiteks pidi haigekassa kasutama mingi osa tuludest uute reservide loomiseks (suurusjärgus 0,2% SKTst), mis omakorda vähendas jooksva aasta kulusid. Teiseks kasvasid riigieelarvest tervishoiule tehtavad kulud aeglasemalt kui riigieelarve kasv tervikuna. 1990. aastate lõpus ja 2000. alguses oli tervishoiukulude kasv võrdlemisi mõõdukas (näiteks 2000. aastal oli nominaalkasv ligikaudu 4% aastas). Alates 2002.

Joonis 3.4 Tervishoiu kogukulud USA dollarites ühe inimese kohta kohandatuna ostujõu pariteedile (PPP) WHO Euroopa regioonis 2005. aastal või viimasel aastal, mille kohta on andmed kättesaadavad



Allikas: WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2007.

Märkused: EL: Euroopa Liit; SRÜ: Sõltumatute Riikide Ühendus; riigid, mille kohta andmed puudusid on välja jäetud.

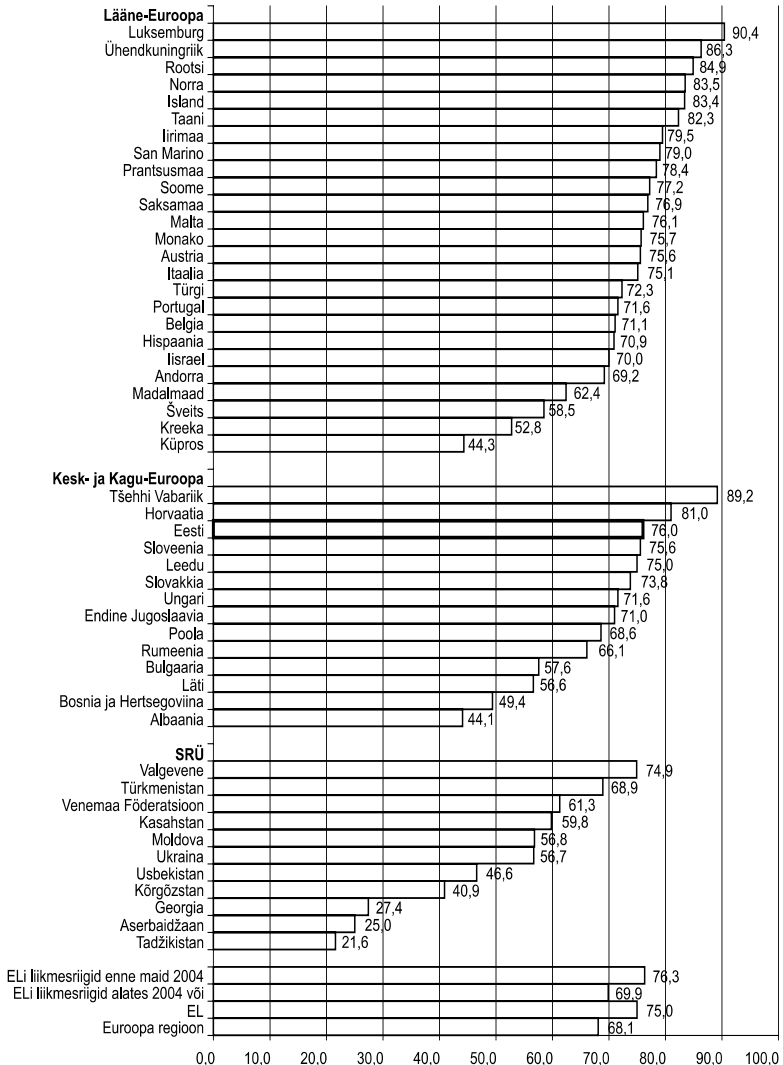
aastast on aastane nominaalkasv olnud palju kõrgem, 2006. aastal isegi 20,5%. See ei ole siiski toonud kaasa tervishoiukulude osatähtsuse suurenemist protsendina SKTst, kuna SKT nominaalväärtuse tõus on toimunud veelgi kiiremini tänu suurenevale eratarbimisele ja investeringutele.

Tervishoiukulud ühe inimese kohta kohandatuna ostujõu pariteedile (PPP) on suurenenud 409-lt USA dollarilt 1995. aastal 845 USA dollarini 2005. aastal. 2004. aastal olid kulud ühe inimese kohta veidi alla EL 12 keskmise (vaata joonis 3.4), kuid veidi kõrgemad kui teiste Balti riikide tase.

Avaliku sektori osatähtsus tervishoiu kogukuludest 1990. aastatel vähenes (vaata tabel 3.2). Kuigi 1990. aastate alguse kohta andmed puuduvad, oli avaliku sektori osa kogukuludest väga kõrge. Andmed tervishoiukulude kohta 1990. aastate keskel võivad viia valele järeldusele erakulude tasemest, kuid alates 1999. aastast kogutud andmed on usaldusväärsemad. 1999. aastal oli avaliku sektori osakaal tervishoiu kogukuludest 80,4%, mis on sellest ajast peale vähenenud, olles 2006. aastal 72,7%. Kuigi avaliku sektori osa tervishoiukuludest on aastate jooksul vähenenud, on avaliku sektori tervishoiukulude osa valitsemissektori kogukulutustest olnud stabiilne, 11,0% ja 11,3% vastavalt 2001. ja 2006. aastal. Tasakaal avaliku ja erasektori kulude vahel ei ole otseselt olnud poliitiliste arutelude objektiks. Siiski on mõistetud, et praegune avaliku- ja erasektori kulude vahekord on optimaalne ja erasektori kulude osatähtsuse kasvu tuleks suhtuda ettevaatusega. Rahvusvahelises võrdluses on Eesti avaliku sektori kulude osatähtsus tervishoiu kogukuludest peaaegu võrdne EL 15 keskmise tasemega. Kesk- ja Ida-Euroopa riikidest on avaliku sektori osa kõrgem vaid Tšehhis ja Horvaatias (vaata joonis 3.5).

Erakulude osatähtsus tervishoiu kogukuludest on kasvanud omaosaluse tõttu. 2006. aastal oli omaosaluse osatähtsus tervishoiu kogukuludest 24,9%, mis on kolm korda kõrgem võrreldes 1995. aastaga (7,5%). Omaosalus on olnud tervishoiu kogukulude kõige kiiremini kasvav komponent, mille kasv on põhiliselt olnud tingitud hambaravile ja ravimitele tehtavate kulutuste suurenemisest.

Joonis 3.5 Avaliku sektori tervishoiukulude osatähtsus protsendina tervishoiu kogukuludest, WHO hinnang, 2004



Allikas: WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2007

Märkused: EL: Euroopa Liit; SRÜ: Sõltumatute Riikide Ühendus; riigid, mille kohta andmed puudusid on välja jäetud.

3.2 Elanikkonna kindlustuskaitse ja kindlustuskaitse alused

Elanikkonna kindlustuskaitse

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 kaks kuni kuus maakonda. Haigekassa peamiste ülesannete hulka kuuluvad ravikindlustuse rahaliste vahendite juhtimine, teenuseosutajatega lepingute sõlmimine, tervishoiuteenuste ja ravimite eest maksmine ning teatud tüüpi haigus- ja sünnitushüvitiste väljamaksmine.

2006. aasta lõpus oli haigekassa kohustusliku ravikindlustusega hõlmatud 95,2% elanikkonnast (peaaegu 1,28 miljonit inimest). 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 (vaata 2. peatüki „Tervisesüsteemi ülesehitus” alajaotis „Riigi ja riigiasutuste ülesanded”). Alates 2002. aasta lõpust on mõnel eelnevalt kindlustuskaitseta rühmal olnud võimalus saada kindlustus vabatahtlikkuse alusel (vaata allpool).

Kohustusliku ravikindlustuskaitsega hõlmatud jagunevad nelja põhikategooriasse: need, kelle eest maksab sotsiaalmaksu tööandja; need, kelle eest maksab sotsiaalmaksu riik; need, kellel on seaduslik õigus kindlustuskaitsele ilma sotsiaalmaksu tasumata; ja need, kellel on kindlustus rahvusvaheliste lepingute alusel. Tabelis 3.3 kirjeldatakse neid rühmi ja esitatakse kindlustatute protsent iga rühma kohta.

Alates 2002. aasta lõpust on vabatahtlikku kindlustust laiendatud nendele isikutele, kes muul juhul jääksid kindlustamata. Vabatahtliku kindlustuskaitse taotlemise õigus laieneb Eesti elanikele, 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 taot-

lemisele eelnenud kahe aasta jooksul. Viimati nimetatud rühma kuuluvad üliõpilased, kelle õppeaeg on ületanud nominaalaaega, ning ajutiselt töötava isikud, kes ei ole end töötutena registreerinud. Vabatahtlikel liikmetel (232 inimest 2006. aastal) on õigus saada täpselt samasuguseid hüvitisi nagu saavad kohustusliku ravikindlustusega hõlmatud. Lepingu minimaalne kehtivusaeg on üks aasta ja kindlustuskaitse algab üks kuu pärast lepingu sõlmimist.

Inimesed kindlustatakse piirkondlikult selle alusel, kus nad elavad ja tervishoiuteenuseid kasutavad. Need, kes töö või muudel põhjustel ühest piirkonnast teise liiguvad, võivad ise valida piirkonna, kus end registreerida. Haigekassa soovib neil registreerida end piirkonnas, kus asub nende valitud perearst. Kuna neli piirkondlikku osakonda sõlmivad lepinguid väljaspool oma piirkonda asuvate tervishoiuteenuste osutajatega, ei pea kindlustatud isikud kasutama ainult oma piirkonnas asuvate teenuseosutajate teenuseid. Kõikidele kindlustatud inimestele väljastati varem magnetribaga plastkaart (enne 1998. aastat väljastati paberkaart), mille nad pidid esitama tervishoiuteenuse saamisel. Alates 1999. aastast on teenuseosutajad kohustatud kontrollima patsiendi kindlustuse kehtivust veebipõhise infosüsteemi kaudu, mis annab teenuseosutajale andmed kindlustuse kehtivuse ja perearsti kohta. Veebipõhine infosüsteem võimaldab kindlustatul kontrollida oma isikuandmeid (näiteks nime, aadressi, tööandjat, kindlustuse kehtivust ja perearsti) riigi elektrooniliste kanalite (e-riik) ja pankade internetikanalite kaudu. Ravikindlustuskaart asendati järk-järgult 2001. aastal kasutuselevõetud isikutunnistusega. Patsiendid võivad esitada teenuseosutajatele mis tahes dokumendi, millel on nende isikukood, näiteks juhiloa. Euroopa Liidus reisimiseks võivad isikud võtta endale Euroopa Liidu ravikindlustuskaardi.

Kuna ravikindlustuskaitse laieneb kõikidele lastele ja pensionäridele, kuuluvad kindlustamata elanikud tööealisse elanikkonda vanuses 20–60 eluaastat (vaata tabel 3.4). Kindlustuse puudumine on meeste seas keskmiselt kaks korda sagedasem kui naiste seas. Kindlustuskaitseta inimeste jaotumine erineb leibkondade kulukvintiilides, olles madalaimas kulukvintiilis olevate inimeste seas neli korda kõrgem võrreldes kõrgeima kulukvintiiliga. Kindlustuskaitse piirkondlik jaotus näitab, et kindlustamata inimeste osatähtsus on kõrgeim Ida-Virumaal, 6,4% võrreldes 2004. aasta riigi keskmisega 4,5% (Võrk, 2008).

Tabel 3.3 Eesti Haigekassa kindlustuskaitse kriteeriumid ja kindlustatute protsent eri rühmade lõikes, 2006

Rühm	Kindlustuskaitse alus	Kindlustatud isikute protsent
Kindlustatud, kelle eest maksab sotsiaalmaksu tööandja või kes maksavad seda ise	Tööandja või isiku enda poolt makstav sotsiaalmaks	50,91
Töötajad	13% palgast	47,56
Füüsilisest isikust ettevõtjad	13% sissetulekutest	2,98
Teised	13% palgast	0,34
Vabatahtlik liikmesus	13% eelmise aasta riigi keskmisest palgast	0,02
Kindlustatud, kelle eest maksab sotsiaalmaksu riik	Riigi poolt makstav sotsiaalmaks	2,52
Lapsehoolduspuhkusel isikud, kelle laps on alla 3-aastane; üks mittetöötav lapsevanem, kelle laps on alla 8-aastane; üks lapsevanem perekonnas, kus kolm last on alla 19-aastased	13% igal aastal määratletud summast	1,41
Registreeritud töötud	13% igal aastal määratletud summast (õigus kindlustusele 270 päeva)	0,53
Puudega inimeste hooldajad	13% igal aastal määratletud summast	0,34
Kohustuslikus ajateenistuses olevad isikud	13% igal aastal määratletud summast	0,15
Radioaktiivse saastatusega kokkupuutunud isikud (seotud peamiselt Tšernobõli katastroofiga)	13% igal aastal määratletud summast	0,02
Sotsiaaltoetusi saavad isikud	13% igal aastal määratletud summast	0,01
Diplomaatide ülalpeetavad abikaasad	13% igal aastal määratletud summast	0,07
Võrdsustatud isikud	Sotsiaalmaksu ei tasuta	46,30
Lapsed vanuses kuni 19 aastat	Elukoht	21,79
Pensionärid	Elukoht ja õigus saada riigipensioni	18,42
Puudega isikud, kellel on õigus saada eripensioni	Elukoht ja õigus saada puudega inimeste toetust	3,22
Õpilased	Õppimine (sotsiaalmaksu ei pea tasuma alla 24-aastased õpilased või õppekava nominaalkestuse jooksul)	2,77

Kindlustatud isikute mittetöötavad abikaasad	enne 2003. aastat kõik; alates 2003. aastast viis aastat enne pensioniiga	0,03 0,00
Mittetöötavad rasedad alates raseduse 12. nädalast	Elukoht	0,08
Isikud, kes on kindlustatud rahvusvaheliste lepingute alusel		0,28
Venemaa sõjaväepensionärid	Venemaa Föderatsioon tasub vastava vanuserühma kindlustatud isikute keskmiste kulude alusel	0,24
Muud lepingud (sh EL)	Sissemaksed puuduvad; kulud hüvitatakse või nende hüvitamisest loobutakse	0,04

Allikas: WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2007.

Märkused: EL: Euroopa Liit.

Tabel 3.4 Kindlustamata isikute protsent vanuserühmade lõikes, 2006

Vanuserühm	Kindlustamata isikute %
0–9	0,0
10–19	0,8
20–29	5,1
30–39	6,4
40–49	8,5
50–59	7,1
60–69	0,6
70+	0,0

Allikad: Statistikaamet, 2008; Eesti Haigekassa, 2007.

2007. aasta alguses võimule tulnud uus valitsus on koalitsioonileppes lubanud laiendada hüvitatavate tervishoiuteenuste kättesaadavust selliselt, et üldarstiabi osas oleks kindlustuskaitse ka praegu kindlustamata isikutel. Vaidlused sel teemal jätkuvad 2008. aastal, käsitledes rahastamise korralduse üksikasju nagu see, kas niisugune kindlustuskaitse peaks sisaldama ennetusteenuseid, ravimeid ja muid valikulisi haiglateenuseid.

Ravikindlustushüvitised

Eesti Haigekassa ravikindlustushüvitised võib jagada kahte rühma: rahalised hüvitised (20,3% ravikindlustushüvitiste eelarvest 2006. aastal) ja mitterahalised hüvitised (70,7% samal aastal). Rahaliste ja mitterahaliste hüvitiste jaotus on viimastel aastatel olnud üsna stabiilne.

Rahalised hüvitised

Rahaliste hüvitistena (vaata tabel 3.5) katab haigekassa tervisega seotud ajutise töövõimetuse ja täiskasvanute hambaravikulud ning võimaldab 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, kusjuures muud rahalised hüvitised on kättesaadavad kõigile haigekassa kindlustuskaitsega isikutele.

Mitterahalised hüvitised

Mitterahalised hüvitised hõlmavad haigusi ennetavaid tervishoiuteenused ja raviteenused, ravimeid ning meditsiiniseadmeid. Mitterahaliste 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 universaalset ja igakülget tervisekindlustust. Väheste hüvitiste paketiist välja arvatud teenuste hulka kuuluvad ilukirurgia, alternatiivmeditsiin ja optometriisti teenused. Hambaravi on peamine valdkond, kus kindlustuskaitse on aja jooksul järk-järgult vähenenud. 2002. aasta lõpus arvati täiskasvanute hambaravi mitterahaliste hüvitiste loetelust välja ja lisati rahaliste hüvitiste loetellu (vaata tabel 3.5). Alates 2003. aastast pakub haigekassa seevastu kindlustuskaitset hooldusravi ja õendusabi korral, laiendades sellega ravikindlustuse poolt hüvitatavate tervishoiuteenuste loetelu (vaata allpool).

Tabel 3.5 Eesti Haigekassa rahalised hüvitised, 2007

Liik	Kirjeldus	Hüvitise määr (summa protsentides või eurodes)
Ajutine töövõimetus ^a	Haigushüvitis ^b	80%: sotsiaalmaksuga maksustatavast eelmise aasta sissetulekust Haiglaravi ja ambulatoorne ravi kuni 182 päeva (240 päeva tuberkuloosi puhul) 80%: ajutine töökohustustest vabastamine (kuni 60 päeva) 80%: karantiin (kuni 7 päeva) 100%: kutsehaigus või tööõnnetus (kuni 128 päeva) 100%: vigastus kuriteo tõkestamisel, riigi või ühiskonna huvide kaitsel või inimelu päästmisel (kuni 182 päeva)
	Sünnitushüvitis	100%: rasedus- ja sünnituspuhkus (kuni 140 päeva või 154 päeva mitmikute sünnitamise või komplikatsioonidega sünnituse korral)
	Lapsendamishüvitis	100%: lapsendajapuhkus (70 päeva kui laps on noorem kui 10 aastat)
	Hooldushüvitis	80%: alla 12-aastase lapse põetamine haiglas (kuni 14 päeva) 80%: pereliikme põetamine kodus (kuni 7 päeva) 80%: alla 16-aastase puudega lapse või alla 3-aastase lapse hooldamine, kui hooldaja on haige või saab sünnitusabi (kuni 10 päeva) 100%: alla 12-aastase lapse põetamine (kuni 14 päeva)
Täiskasvanute hambaravi	Üle 19-aastased isikud	300 krooni (19,20 eurot) kalendriaastas
	Rasedad	450 krooni (28,80 eurot) kalendriaastas
	Alla 1-aastase lapse ema	450 krooni (28,80 eurot) kalendriaastas
	Suurenenud hambaravi-teenuse vajadusega isikud	450 krooni (28,80 eurot) kalendriaastas
	Hambaproteesid üle 63-aastastele isikutele ja vanaduspensioni saavatele isikutele	4000 krooni (255,50 eurot) kolme kalendriaasta jooksul

Täiendav ravimihüvitis	Ambulatoorse teenuse osutajate poolt määratud soodusnimekirjas olevad ravimid	50% summast vahemikus 6000–10 000 krooni (383,40–639,00 eurot) kalendriaastas 75% summast vahemikus 10 000–20 000 krooni (639,00–1278,00 eurot) kalendriaastas 0% summast üle 20 000 krooni (1278,00 euro)
------------------------	---	--

Allikas: Ravikindlustusseadus, 2002.

Märkused: ^a Eesti Haigekassa maksab nimetatud hüvitist alates teisest päevast pärast ajutise töövõimetuse algust. Hüvitis ühe kalendripäeva kohta arvutatakse isiku viimase täieliku kalendriaasta keskmise palga alusel (sel aastal makstud sotsiaalmaksu summa põhjal);

^b Võimalik kõige rohkem 250 päeva kalendriaastas. Töötavad isikud, kes on vanemad kui 65 aastat või kes saavad riiklikku töövõimetuspensionit, võivad saada nimetatud hüvist 60 päeva ulatuses ühe haigestumise kohta, kuid kokku mitte rohkem kui 90 päeva aastas.

Lisaks tervishoiuteenustele rahastab haigekassa 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 (rinnavähk, osteoporoos, fenüülketonuuria ja hüpotüreosis, emakakaelavähk ja vastsündinute kuulmishäired). Üha rohkem rahastatakse mitmeid ennetavaid tervishoiuteenuseid üld- ja eriarstiabi eelarvete kaudu, kuna tegu on ühe osaga ettenähtud vajalikust arstiabist.

1990. aastatel otsustas tervishoiuteenuste hüvitatavate tervishoiuteenuste nimekirja lisamise üle või nende sealt väljaarvamise üle Sotsiaalministeerium, võttes arvesse teenuseosutajate ja haigekassa esindajatest koosneva komisjoni hinnangut. Hinnangute andmisel lähtuti ravi tõhususe kriteeriumidest ja võimaluse korral hinnati uute raviviiside lisamist võrreldes juba rahastatavate raviviisidega. Näiteks hakati kunstlikku viljastamist hüvitama 1999. aastal, kuid kindlustus kattis vaid kolme kunstliku viljastamise protseduuri ning üksnes alla 35-aastaste naiste puhul.

Alates 2002. aastast on rakendunud selgemad põhimõtted ja kriteeriumid, mille alusel toimub uute teenuste lisamine ravikindlustuse poolt hüvitatavate tervishoiuteenuste loetellu ning patsientide oma-

osaluse määra kehtestamine. Haigekassa kui avalik-õigusliku juriidilise isiku moodustamisel jäi selle ülesandeks koostada koostöös teiste huvirühmadega hüvitatavate tervishoiuteenuste loetelu. Praegu koostab tervishoiuteenuste loetelu muutmise ettepaneku haigekassa, võttes arvesse loetelu muutmise ettepanekute menetlemisel saadud teavet ja eksperdihinnanguid. Lõpliku otsuse tervishoiuteenuste loetelu muudatusteks teeb valitsus, kelle ülesanne on tervishoiuteenuste loetelu kinnitada. Kuna tervishoiuteenuste loetelus on igal teenusel hind ning enne 2002. aastat nimetati hüvitatavate tervishoiuteenuste nimekirja „hinnakirjaks”, siis on ka praegu see termin paralleelselt „tervishoiuteenuste loeteluga” kasutusel, kuigi viimane neist on juriidiliselt täpne termin. Allpool kirjeldatud reeglitest lähtuvalt viib haigekassa juhatus läbi 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. Teenuseosutajate huvide paremaks esindamiseks asutas Sotsiaalministeerium 2005. aastal tervishoiuteenuste loetelu muudatusettepanekutele tervishoiupoliitilise hinnangu andmise komisjoni. Komisjoni ülesanne oli enne lõplikku otsust huvirühmadevaheliste läbirääkimiste pidamine. Komisjon koosnes Sotsiaalministeeriumi, Eesti Haigekassa, Eesti Haiglate Liidu, Tartu Ülikooli ja Eesti Arstide Liidu esindajatest. Komisjoni kooskäimine lõppes 2007. aastal, kuna toimus valitsuse ja sotsiaalministri vahetumine.

2002. aastal rakendunud ravikindlustuse seadusega sätestati teenuste tervishoiuteenuste loetellu lisamise või sealt väljaarvamise neli kriteeriumit: 1) tõendatud meditsiiniline efektiivsus, 2) kulutõhusus, 3) tervishoiuteenuse vajalikkus ja kooskõla riigi tervisepoliitikaga ning 4) vastavus ravikindlustuse rahalistele võimalustele. Kriteeriumide osatähtsust otsustusprotsessis ei ole määratletud, kuid praktikas on kõige tähtsamaks kujunenud vastavus rahalistele võimalustele.

Erialaühendused või tervishoiuteenuse osutajate ühendused, kes taotleavad uue teenuse loetellu lisamist või olemasoleva teenuse hinna muutmist, peavad esitama ettepaneku, mis sisaldab vajalikku informatsiooni kõigi nelja kriteeriumi kohta. Ettepanek peab sisaldama

ka üksikasjalikku teavet hindade arvutamisel aluseks olevate kulude kohta. Kui kulude kohta andmeid esitatud ei ole või kui teave kulude kohta ei ole korrektne, lepitakse lõplikus hinnas kokku pärast vajalike lisaandmete esitamist ning läbirääkimisi vastava erialaühendusega. Tervishoiuteenuse hind arvutatakse selliselt, et see katab kõik teenuse osutamisega seotud vajalikud kulud, välja arvatud teadustöö ja üliõpilaste koolitus, mis kaetakse eraldiseisvalt riigieelarvest.

Ettepanekuid hindavad eksperdid, kelle hulka kuuluvad vastava eriala spetsialistid, tervishoiuökonomistid, ministeeriumi ametnikud ja haigekassa töötajad. Iga osapool esitab kirjaliku arvamuse haigekassale, kes kogu protsessi haldab. Ettepaneku ja ettepaneku kohta antud eksperdihinnangute põhjal teeb haigekassa nõukogu Sotsiaalministeeriumile ettepaneku tervishoiuteenuste loetelu muutmiseks ning ministeerium esitab omakorda ettevalmistatud tervishoiuteenuste loetelu muutmise eelnõu valitsusele. Kõiki tervishoiuteenuste loetelu muutmise ettepanekuid menetletakse paralleelselt järgmise aasta ravikindlustuse eelarvega. Ühe aasta jooksul on tavapäraselt menetluses ligikaudu 100 tervishoiuteenuste loetelu muutmise ettepanekut.

Muudatused tervishoiuteenuste loetelus ei ole ainuke viis, kuidas ravikindlustuse prioriteete seada. Näiteks sisaldavad haigekassa ja teenuseosutajate vahelised ravi rahastamise lepingud kokkuleppeid mõningate osutatavate teenuste mahu ja maksumuse kohta, näiteks kohleaarimplantaadi paigaldamise puhul. Kallihinnaliste tervishoiuteenuste puhul jälgitakse nende teenuste kasutust täiendavalt lepingute sõlmimise kaudu ning vajadusel võib asjakohaseid piiranguid sätestada tervishoiuteenuste loetelus või teistes asjakohastes dokumentides. Haigekassa kasutab tervishoiuteenuste vajaduste hindamist, mida võetakse arvesse haigekassa neljale piirkondlikule osakonnale vahendite jaotamisel ning raviasutustega lepingute läbirääkimisel (üksikasjalikuma ülevaate saamiseks vaata jaotist 3.4 „Rahaliste vahendite puulimine”).

Mõne teenuse puhul, nt kunstlik viljastamine ja abort, rakendatakse omaosalust, mis on kehtestatud protsendina teenuse hinnast (vaata tabel 3.10). Omaosalus, kui see on mingile tervishoiuteenusele kehtestatud, rakendub kõigile lepingupartneritele sõltumata nende õiguslikust staatuses. 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 viisil oluliselt isiku olukorda;
- teenus on suunatud pigem elukvaliteedi parandamisele kui haiguse ravimisele või kergendamisele;
- patsiendid on üldjuhul valmis ise tervishoiuteenuse eest tasuma ning inimese otsus teenust tarbida sõltub eelkõige haigekassa poolt tervishoiuteenuse eest tasumise kohustuse ülevõtmisest või ülevõetava osa suurusest.

Prioriteetide seadmine toimub ühel või teisel moel ka teenuseosutajate tasandil. Kliiniliste ravijuhiste kasutuselevõtmine 1990. aastate lõpus soodustas seda üksikarsti tasandil. Prioriteetide seadmisel on kasutatud ka ravijärjekordi. 2001. aastal kehtestati sotsiaalministri määrusega ravijärjekordade maksimumpikkused eri raviteenustele. Järgmisel aastal tehtud muudatusega anti ravijärjekordadega seotud otsuste tegemine haigekassa nõukogu ülesandeks. Uute lahenduste arendamine ravijärjekordade seireks ja võtted ravijärjekordade lühendamiseks ning selle kaudu ravi kättesaadavuse parandamiseks on jätkuvalt oluline tegevussuund (rohkem teavet kliiniliste ravijuhiste ja ravijärjekordade kohta vaata 6. peatükist „Teenuste osutamine”).

Alates 1990. aastate keskpaigast on haigekassa rahastanud laste hambaravi ennetusprogramme, algselt vabatahtlikkuse alusel neile teenuse osutajatele, kes selleks soovi avaldasid ning hiljem juba täielikult haigekassa rahastatud hambaravi ennetusprogrammi alusel. Programm hõlmab suuhügieenialaste teadmiste jagamist koolides, hambaarsti konsultatsioone, fluoroterapiat ning vajadusel profülaktiliste kaitseainete kasutamist. 2002. aastal jõustunud ravikindlustuse seaduse alusel piiritleti täpselt hambaravi hüvitamist reguleerivad sätted eesmärgiga kehtestada selged ja läbipaistvad õigused lastele ja täiskasvanutele. Seadusega tagatakse tasuta hambaravi (sh ennetus- ja raviteenused) lastele ja kuni 19-aastastele noorukitele. Täiskasvanute hambaraviteenuseid ravikindlustus ei hüvita, kuid isikutel on

õigus saada vastavate kuludokumentide esitamisel piiratud mahus rahalist hüvitist. Haigekassa tasub siiski täiskasvanute vältimatu hambaravi kulud, näiteks abstsessi avamine või hambajuure ekstraktiooni peridontiidi või abstsessi korral. Täiskasvanud isikute vältimatu hambaravi osatähtsus hambaraviteenuste eelarvest on marginaalne (vähem kui 4% 2006. aastal).

2002. aastal rakendunud ravikindlustuse seaduse alusel muutus lastele tasuta hambaravi tagamine prioriteediks. Seaduse vastuvõtmisele eelnenud vaidlustes kaaluti täiskasvanute hambaravi hüvitamise puhul nelja võimalust: 1) peaaegu tasuta hambaravi kõikidele kindlustatud isikutele väikese omaosalusega; 2) piiratud mahus hambaraviteenuse osutajate valik, keda rahastatakse ainult haigekassaga sõlmitud lepingute alusel igas geograafilises piirkonnas, tagades sellega madala sissetulekuga isikutele hambaravi kättesaadavuse; 3) teenuseosutajate vaba valik ja teenuste eest ise tasumine, mida haigekassa kompenseerib tagantjärele piiratud mahus; ja 4) täiskasvanute hambaravi ravikindlustuse vahenditest ei rahastata. Valik langes kolmandale alternatiivile. Esimese alternatiivi puhul leiti, et riiklikest vahenditest seda rahastada ei suudeta, teised kaks võimalust olid aga poliitiliselt vastuvõetamatud. Enne 2002. aastat reguleeriti hambaravi hindu, kuid patsiendi omaosalust mitte ja nii tasusid patsiendid, sealhulgas lapsed, umbes poole hambaraviteenuste maksumusest. Praegu reguleerib valitsus tervishoiuteenuste loetelu kaudu laste, kuid mitte täiskasvanute hambaraviteenuste hindu. Täiskasvanute hambaraviteenuste hindade järelevalvega ei tegele hetkel ükski ametiasutus.

Välismaal osutatud raviteenuste hüvitamine

Ravi saamine ja hüvitamine välismaal on pärast Eesti ühinemist Euroopa Liiduga 2004. aasta mais muutunud palju kõneainet pakkuvaks teemaks. Vastavalt Euroopa Liidu Nõukogu määrusele (EMÜ) nr 1408/71 on haigekassa kohustatud katma teiste ELi liikmesriikide kodanike raviteenuste ja ravimite kulud (42% ELiga seotud kuludest 2007. aastal), kui vajadus ravi järele tekib Eestis viibimise ajal. Haigekassa omakorda saab tagantjärele taotleda kulude hüvitamist nende isikute kindlustajariigilt. Haigekassa on samuti kohustatud katma ravikulud ravikindlustust omavatele Eesti elanikele, kes vajavad ravi aju-

tise välismaal viibimise ajal (kasutades Euroopa ravikindlustuskaarti) või saavad eelneva nõusoleku alusel plaanilist arstiabi ELi vormi E112 alusel (58% ELiga seotud kuludest 2007. aastal) (vaata tabel 3.6).

Eesti ravikindlustatud isikute õigus, mis tuleneb Euroopa Liidu Nõukogu määrusest (EMÜ) nr 1408/71, saada välismaal plaanilist ravi, on rakendunud ravikindlustusseaduses. Üldjuhul hüvitatakse välismaal saadud plaanilist ravi vaid juhul, kui kindlustatud Eesti elanik on saanud selle kohta haigekassast eelneva loa. Ravikindlustusseaduses on määratletud loa andmise tingimused järgnevalt: 1) soovitatav ravi või selle alternatiiv ei ole Eestis kättesaadav; 2) teenus on meditsiiniliselt näidustatud; 3) teenusel on tõendatud meditsiiniline efektiivsus; ja 4) tervishoiuteenuse eesmärgi saavutamise keskmine tõenäosus on vähemalt 50% (Ravikindlustuse seadus 2002, vaata jaotis 10.2 „Peamised õigusaktid”). Kuna ravikindlustuse seadus ei näe ette transpordikulude hüvitamist, peab patsient katma kõik välismaale ja tagasi Eestisse sõitmisega seotud transpordikulud.

Tabel 3.6 ELiga ja välismaal plaaniliselt osutatud raviga seotud kulud tuhandetes Eesti kroonides, 2004–2007

	2004 (mai–dets)	2005	2006	2007 (jaan–sept)
ELiga seotud kulud	1 856	15 417	21 097	15 795
Välismaalastest patsientidele hüvitatud tervishoiuteenused ja ravimid	1 693	4 093	5 408	6 702
Välismaal saadud ravi hüvitamine (EHIC ja vorm E112)	163	11 324	15 689	9 093
Taotluse alusel välismaal (sh väljaspool ELi) osutatud plaanilise ravi hüvitamine	1 554	13 094	6 455	5 676

Allikas: Eesti Haigekassa, 2008.

Märkused: EL: Euroopa Liit; EHIC: Euroopa ravikindlustuskaart.

Ravikindlustuse seaduse alusel on koostatud välismaale plaanilisele ravile soovijate taotluste menetlemise kord. See kord on aastate jooksul muutunud nii, et suurem vastutus protsessi haldamisel ja tervishoiuteenuste osutajatega suhtlemisel on haigekassal, vähendades sellega bürokraatiat patsiendile (Jesse ja Kruuda, 2006).

Alates 2001. aastast koosneb välismaal plaanilise ravi saamiseks eelneva loa taotlemise protsess järgmistest etappidest:

1. Kindlustatud isik esitab haigekassale taotluse plaaniliseks raviks välismaal, märkides oma kontaktandmed ning Eesti eriarsti nime ja kontaktandmed.
2. Haigekassa võtab arstiga ühendust, küsib patsiendi haigusloo ülevaadet ja põhjendust välismaal ravimise vajalikkuse kohta.
3. Välismaal ravimise meditsiinilist põhjendatust hindab vastava eriala spetsialistidest koosnev konsiilium raviarsti esitatud meditsiiniliste dokumentide alusel. Erialaarstide konsiilium võib samuti paluda patsiendiga kohtumist.
4. Kui konsiilium on oma arvamuse ravi vajalikkuse kohta andnud, võtab haigekassa ühendust tervishoiuteenuste osutajatega välisriigis, paludes neil hinnata ravivõimalusi, ajaperioodi ja hinnangulist maksumust.
5. Põhjendatud taotluse korral väljastatakse välismaal paiknevale tervishoiuteenuse osutajale garantiikiri tasu maksmise kohustuse ülevõtmise kohta.
6. Teenuseosutajale tasutakse pärast ravi haigekassale saadetud arve alusel ning pärast seda, kui Eesti raviarst on saanud kokkuvõtte haigusloost, milles on kirjeldatud osutatud ravi ja soovitusi järelraviks.

Mõnel juhul on seda protseduuri rakendatud ka väliskonsultandi või arsti kutsumiseks Eestisse, et vajalikku ravi osutada siin, selle asemel et patsienti välismaale saata. Tervishoiuteenuste territoriaalsuse põhimõtte ei kehti rahaliste hüvitiste puhul. Alates 2003. aastast on selliseks tervishoiuteenuseks täiskasvanute hambaravi. Patsient tasub ise hambaraviteenuse maksumuse eest otse teenuseosutajale ning hiljem hüvitab haigekassa selle esitatud kuludokumentide alusel ettenähtud hüvitise piirmäära ulatuses. Haigekassa omalt poolt on kohustatud hüvitama need teenused olenemata teenuse osutamise asukohast, mis on kooskõlas Euroopa Kohtu otsusega Kohll-Decher'i kohtuasjas (Jesse ja Kruuda 2006). Välismaale plaanilisele ravile saamise taotluse menetlemise tähtaeg on üks kuu. 2002. aastast 2005. aasta juunini

langetati 41% otsustest ühe kuu jooksul, 14% otsustest langetati vähem kui kahe nädala jooksul (mõned isegi mõne päeva jooksul) ning 63% juhtudest tehti otsus kahe kuu jooksul (Jesse ja Kruuda 2006).

Eesti patsiente vastuvõtavad riigid ja tervishoiuteenuste osutajad on enamasti välja valitud patsientide raviarstide poolt, kellel on teiste riikide spetsialistidega varasemad kontaktid. Geograafilistel ja keelelistel ning tänu tihedatele kontaktidele kahe riigi arstkonna vahel, on suuremat osa Eesti patsientidest ravitud Soomes (46% kõigist alates 2004. aastast kuni 2007. aasta detsembrini väljaantud lubadest), sellele järgnes Saksamaa (12%), Rootsi (10%) ja Venemaa (10%) (Jesse ja Kruuda, 2006).

Patsientide arv, kes on saanud plaanilist ravi välismaal, on aastate jooksul olnud üsna väike. Taotluste ja ka lubade arv aga peaaegu kahekordistus pärast Eesti ühinemist Euroopa Liiduga 2004. aasta mais. Taotluste arv suureneb tulevikus arvatavalt veelgi (vaata tabel 3.7) ning suhteliselt kõrge on ka ravi saamiseks loa saanute osatähtsus (88% 2007. aastal ja 76% 2006. aastal).

Tabel 3.7 Plaaniliseks raviks välisriigis loa saanud isikute arv, 1998–2007

Aasta	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007 (jaan–nov)
Patsientide arv	12	18	20	13	19	16	27	54	59	73

Allikad: Jesse ja Kruuda, 2006; Eesti Haigekassa, 2008.

3.3 Tulude kogumine / rahastamisallikad

Kohustuslikud rahastamisallikad

Tervishoiu rahastamine toimub Eestis peamiselt Eesti Haigekassa kaudu. 2006. aastal moodustasid ravikindlustus, riigieelarve, omavalituste eelarved ja erasektori tervishoiu rahastamine vastavalt 61,6%, 9,3%, 1,8% ja 26,7% kogu tervishoiu rahastamisest (vaata

tabel 3.1). Välisallikate osatähtsus 2006. aastal oli 0,6%. Järgnevalt kirjeldatakse üksikasjalikumalt kõiki rahastamisallikaid.

Eesti Haigekassa

Ravikindlustuse tulude peamine allikas on tööandja makstav sotsiaalkindlustusmaks. See kindlustatute grupp, kelle eest maksab tööandja sotsiaalmaksu, moodustab ligi poole kõigist kindlustatutest (vaata tabel 3.3). Samas 46% kindlustatutest on n-ö võrdsustatud ning nende ravikulude katmine toimub teiste kindlustatute eest tasutava sotsiaalmaksu arvelt. Võrdsustatutel (sh lapsed, pensionärid, tövõimetus-pensionit saavad isikud ja õpilased) on õigus samadele hüvistele nagu kõigil teistel ravikindlustuskaitsega isikutel. Riik tasub sotsiaalmaksu üksnes väikese osa isikute eest (3%), kelle hulka kuuluvad sündituspuhkusel olevad alla 3-aastaste laste vanemad, töötutena registreeritud isikud (õigus kindlustusele kuni 9 kuud) ja puudega inimeste hooldajad.

Esimesel aastal pärast selle süsteemi kasutuselevõtmist (1999. aastal) oli riigi makstava sotsiaalmaksu suurus fikseeritud, 13% riiklikust miinimumpalgast (see lepitakse kokku tööandjate liitude ja ametiühingute vahel ning selle kinnitab valitsus), kuid järgmisel aastal seadust muudeti ning riigi makstava sotsiaalmaksu aluseks olnud riiklik miinimumpalk asendati iga-aastaselt kindlaksmääratava summaga. Tegelikult tähendas see, et riigi makstava sotsiaalmaksu tase inimese kohta jäi 1999. aasta tasemele. Praegune plaan näeb ette tagasipöördumist esialgse süsteemi juurde ning juba 2009. aastal võetakse riigi makstava sotsiaalmaksu arvutamisel aluseks riiklik miinimumpalk.

Töötajad ja füüsilisest isikust ettevõtjad maksavad sotsiaalmaksu sihtotstarbelise märgistatud maksuna, mida kogub Maksu- ja Tolliamet. Seda maksu nimetatakse sotsiaalmaksuks, mis 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. Valitsuse algse kava järgi oleks ravikindlustusmaksed tulnud jagada tööandjate ja töötajate vahel vahekorras 10% ja 3%, kuid seda kava ei rakendatud. Töötajate ja füüsilisest isikust ettevõtjate sotsiaalmaksu miinimummäära kehtestab valitsus lähtuvalt

riigi kindlustatud isikute eest tasutavast sotsiaalmaksumäärast. Varem kehtis füüsilisest isikust ettevõtjate puhul sotsiaalmaksu ülemmäär, kuid nüüd on see kaotatud. Maksu- ja Tolliamet kannab sotsiaalmaksu ravikindlustuse jaoks ettenähtud osa üle haigekassale. Vabatahtliku lepingu alusel kindlustatud isikud maksavad 13% eelmise aasta riigi keskmisest palgast, mille suuruse avaldab Eesti Statistikaamet. 2007. aastal moodustas see 13% peaaegu 1220 krooni (78 eurot) kuus.

Peamiselt üksnes töötava elanikkonna makstaval sotsiaalmaksul põhinev ravikindlustussüsteem olukorras, kus elanikkond vananeb ja tööealise elanikkonna osa väheneb, võib tekitada ebastabiilsust ning õõnestada süsteemi õiglust ja rahalist jätkusuutlikkust pikemas perspektiivis (Vörk *et al.*, 2005). Tõsiasi, et kõik 65-aastased ja vanemad isikud on sotsiaalmaksu maksmisest vabastatud (v.a nende palgana saadav sissetulek, kui nad töötavad), vaatamata nende tegelikule sissetulekule, ei pruugi olla õiglane. Tegemist on olulise küsimusega, mis on laiem kui üksnes tervishoiuvaldkond, kuna see mõjutab süsteemi poliitilist jätkusuutlikkust. Pikas perspektiivis võib arusaamine sellest, et vaid väike inimeste rühm maksab kõikide teiste eest, nõrgendada toetust riiklikule süsteemile (Couffinal ja Habicht, 2005).

Teised avaliku sektori osapooled (eeskätt Sotsiaalministeerium ja kohalikud omavalitsused) osalevad samuti tervishoiu rahastamises, kuid nende osa on palju väiksem kui haigekassal, kes 2006. aastal vastutas 85% avaliku sektori tervishoiu kulude eest. Tervishoiu rahastamine riigieelarvest ja kohalike omavalitsuste eelarvetest kokku on viimastel aastatel olnud suhteliselt stabiilne (10,9% 1999. aastal ja 11,1% 2006. aastal).

Riigieelarve

2004. aastal haldas Sotsiaalministeerium 94% riigieelarve tervishoiule eraldatud vahenditest. 2006. aastal moodustas suurima osa riigieelarvest tervishoiule eraldatud summadest kiirabi (23,3%), kindlustamata isikute ravi (12,6%), ravimid (13,6%) ning riiklikud rahvatervise programmid (11,1%) (vaata tabel 3.8).

Tabel 3.8 Riigieelarvest tehtud eraldised tervishoiule teenuseliikide lõikes (% kogusummast) 1999. ja 2006. aastal

Teenuseliik	1999	2006
Tervishoiuteenused	49,9	54,5
Vältimatu abi kindlustamata isikutele	14,6	12,6
Kiirabi	30,3	23,3
Ravimid	9,9	13,6
Kapitalikulud	18,6	5,6
Rahvatervise programmid	6,6	11,1
Halduskulud	15,0	15,2

Allikas: Sotsiaalministeerium, 1999–2006.

Kindlustamata isikute puhul kaetakse riigieelarvest vaid vältimatu arstiabi. Varem vastutasid maakonnad ja kohalikud omavalitsused kindlustamata isikute vältimatu arstiabi rahastamise korraldamise eest. Kuna puudusid Sotsiaalministeeriumi suunised ja elanike arv kohalikes omavalitsustes oli väga erinev, erines kindlustamata isikutele kättesaadav arstiabi riigis märkimisväärselt. Samuti määratlesid kohalikud omavalitsused vältimatu abi ulatust erinevalt. Alates 2003. aastast on Sotsiaalministeeriumi ja haigekassa vahel kokkulepe, et haigekassa kontrollib kindlustamata isikute vältimatu arstiabi hüvitamisnõuete põhjendatust eesmärgiga tagada erakorralise arstiabi võrdne kättesaadavus kogu riigis. Vaatamata sellele, et haigekassa ülesanne on kindlustamata isikute raviarvete haldamine, jätkab riik nende kulude hüvitamist. Ministeeriumi hinnangul suudab haigekassa kontrollida hüvitamisnõuete põhjendatust tõhusamalt kui kohalikud omavalitsused või maavalitsused. 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 nimistusesse, sh kindlustamata isikud). Lisaks võivad kindlustamata isikute tervishoiukulused hüvitada kohalikud omavalitsused, kuid siin on praktika väga erinev ning korraldus sõltub iga kohaliku omavalitsuste prioriteetidest ja otsustest.

Kiirabi korraldusega tegeleb Tervishoiuamet, Sotsiaalministeeriumi haldusalasse kuuluv asutus, mis tegeleb tervishoiuteenuse osutajatega.

Kiirabi rahastamise aluseks on kulumudel, mis põhineb õdede ja arstide arvul brigaadi kohta, kuid lõplik eraldatav summa määratakse kindlaks siiski eelarveläbirääkimiste teel. Riigieelarvest aastaks eraldatud summa jaotatakse ning määratakse eri teenuseosutajatele brigaadide arvu alusel. Üldiselt ei ole kiirabi rahastamine otseselt seotud tegelikult osutatud teenuste mahuga.

Riigieelarvest rahastatakse ka mingit 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 (Couffinhal ja Habicht, 2005). Viimastel aastatel on riigipoolne rahastamine suurenenud (vaata tabel 3.8), sest on kasvanud vajadus katta HIVi anti-retroviirusravi kulusid.

Lisaks eelnimetatule rahastatakse riigieelarvest terviseedendamise ja haiguste ennetamise alast tegevust (vaata jaotis 6.1 „Rahvatervis“). Viimastel aastatel on riigipoolne rahvaterviseprogrammide rahastamine suurenenud (6,6% 1999. aastal ja 11,1% 2006. aastal, mis absoluutarvudes tähendab neljakordset tõusu). See on seotud jätkuva rahvaterviseprogrammide, näiteks HIVi ja narkomaania ennetamise strateegiatega uuendamisega ja uute strateegiatega, näiteks südameveresoonehaiguste ennetamise strateegiatega rakendamisega. Alates 2001. aastast on tervishoiule eraldatud ka mingi osa hasartmängumaksust laekunud summadest. Lisaks rahastavad mitmed ministeeriumid mõningaid oma valdkonna spetsiifilisi tervisevaldkonnaga seotud tegevusi, nt Justiitsministeerium rahastab HIVi ennetustegevust kinnipidamisasutustes.

Enne 2003. aastat kaeti ehitiste kulumit riigieelarvest, kuid alates 2003. aastast on ehitiste kulum lisatud tervishoiuteenuste hindadesse ning seda rahastatakse haigekassa kaudu. Riigieelarvest rahastatakse täiendavalt mõningate haiglate investeeringuid, kuid neid toetusi ei eraldata süstemaatiliselt. Haiglate kapitaliinvesteeringute rahastamine suureneb tänu ELi struktuurifondide kaudu saadavatele täiendavatele rahalistele vahenditele. 2008. aastal muudeti ehitiste kulumi rahastamist uuesti ning praegu toimub rahastamine riigieelarvest. See otsus langetati eesmärgiga vähendada ravikindlustuse rahalist koormust,

mis peaks võimaldama suurendada raviteenuste kättesaadavust ja maksta tervishoiuteenuste eest kõrgemat hinda. Selleks et ehitiste kulum oleks endiselt teenuse hinna osa, toimub rahastamine haigekassa kaudu, kellele Sotsiaalministeerium hüvitab tagantjärele vastavad kulud.

Kohalikel omavalitsustel ei ole kindlaksmääratud selget vastutust tervishoiukulude katmisel, mistõttu erineb rahastamine omavalitsuseti märkimisväärselt. 2006. aastal jäi tervishoiukulude osa kohalike omavalitsuste eelarvest vahemikku 0%–11% (Statistikaamet, 2006). Kohalikud omavalitsused katavad peamiselt kindlustamata isikute tervishoiukulusid (peale valitsuse hüvitatava vältimatu abi ka mõned täiendavad raviteenused) ja pakuvad rahalist toetust isikutele juhul, kui tervishoiuteenuste eest makstav omaosalus on kõrge või kui vajalike tervishoiuteenuse saamisega kaasnevad olulised transpordikulud. Lisaks nimetatud teenustele rahastavad kohalikud omavalitsused tervise edendamise alast tegevust vastavalt kohalikele prioriteetidele. Kirjeldatud kulud võivad tervishoiu kogukulude arvestuses olla alahinnatud, kuna paljudel juhtudel on kohaliku tasandi tervise edendamise tegevus sektoritevaheline ega pruugi seetõttu kajastuda proportsionaalselt tervishoiu eelarves. Mõnel juhul katavad kohalikud omavalitsused oma piirkonna perearstidele teatavat tüüpi kulusid, kuid levinumad on siiski mitterahalised hüvitised, näiteks perearstipraksise ruumid ja varustus (Couffinhal ja Habicht, 2005).

Eri huvirühmad, sealhulgas teenuseosutajad, haigekassa ja Sotsiaalministeeriumi ametnikud, on juhtinud tähelepanu vajadusele suurendada tervishoiu rahastamist üldistest maksutuludest, pidades silmas eelkõige ehitiste kulumi katmist, rahvaterviseprogramme ja kindlustamata isikutele esmatasandi arstiabi osutamist. Võimul olev valitsuskoalitsioon on esimene, kes on seadnud eesmärgiks tagada esmatasandi arstiabi kättesaadavuse kindlustamata elanikkonnarühmadele. Plaanide kohaselt peaks nimetatud eesmärk saavutatama 2009. aastal, kuid rahastamisskeemides ei ole veel kokku lepitud.

Vabatahtlik tervisekindlustus

Tervishoiu rahastamise eraallikatest moodustavad ametlik ja mitte-ametlik omaosalus, vabatahtlik tervisekindlustus ja mõned muud kulud. Viimastel aastatel on eraallikatest tervishoiu rahastamise osa suurenenud 19,6%lt 1999. aastal 26,7%-ni 2006. aastal. Suurema osa erarahastamisest (93% 2006. aastal) moodustab omaosalus. Vabatahtlik tervisekindlustus koosneb peamiselt reisitervisekindlustusest.

Enne 2001. aastat ei olnud vabatahtliku eratervisekindlustuse turg veel täielikult välja arenenud, peamiselt haigekassa laia hüvitisteringi ja pikkade ravijärjekordade puudumise tõttu. Lisaks ei saa loobuda haigekassa kindlustuskaitsest ning puuduvad maksusoodustused vabatahtlikule tervisekindlustusele. Tööandjate poolt töötajatele pakutav täiendav vabatahtlik tervisekindlustus, välja arvatud rahvusvahelise tööalase reisiga seotud kindlustus, kuulub maksustamisele erisoodustusmaksuga määras 33%. Sellel perioodil pakutav vabatahtlik tervisekindlustus koosnes peamiselt reisitervisekindlustusest ning mõni rahvusvaheline kindlustusselts pakkus oma töötajatele täiendavat vabatahtlikku tervisekindlustust, et anda neile võimalus eriarstiabi teenuste kiiremale kättesaadavusele.

2002. aasta lõpus hakkas haigekassa pakkuma vabatahtlikku kindlustust isikutele, kellel muul viisil ei olnud seaduslikku õigust haigekassa kindlustuskaitsele (näiteks haigekassa kindlustusega isikute mittetöötavad abikaasad). 2006. aasta lõpus oli ainult 232 vabatahtliku kindlustusega isikut (täpsemat teavet haigekassa vabatahtliku kindlustuskaitse kohta vaata eespool). Samal ajal sisenesid turule erakindlustusseltsid, mille eesmärk oli pakkuda alternatiivi vabatahtlikule tervisekindlustusele. 2008. aasta alguses tegutseb Eestis vaid üks eraõiguslik vabatahtliku tervisekindlustuse andja, kellel on ligikaudu 600 klienti. Kindlustusandja sõlmib lepingud tervishoiuteenuste pakujatega ja kasutab maksmise alusena haigekassa hüvitatavate tervishoiuteenuste loetelu. Kasutatavad tervishoiuteenuste hinnad on siiski 20% kõrgemad, millega tagatakse raviteenuse kiirem kättesaadavus. Nimetatud kindlustusseltsil on lepingud suurema osa aktiivravi haiglatega ja umbes pooltega riigi perearstidest. Selle erakindlustuse andja pakutav kindlustuskaitse ulatus on märkimisväärselt piiratum kui haigekassa pakutav vabatahtlik kindlustuskaitse. Esiteks on see kätte-

saadav ainult alla 65-aastastele isikutele ning hüvitistepaketid ei ole koostatud selliselt, et need vastaksid laste vajadustele, kuna kõik lapsed (elanikena) on juba ravikindlustusega hõlmatud. Teiseks pakuvad viis eri hüvitistepaketti tervise- ja hambaravikindlustuse kaitset kuni kindlaksmääratud maksimaalse hüvitise määraneni (vaata tabel 3.9).

Tabel 3.9 Vabatahtliku eratervisekindlustuse hüvitiste paketid, 2008

Pakett	Hõlmatud teenused	Hüvitatav piirsumma
Põhipakett	Üldarstiabi	15 000 krooni (1000 eurot)
Üldpakett	Üldarstiabi pluss ambulatoorne eriarstiabi	40 000 krooni (2500 eurot)
Haiglapakett	Kõik eespool nimetatud pluss statsionaarne arstiabi	70 000 krooni (4500 eurot)
Ekstrapakett	Kõik eespool nimetatud pluss prillid ja meditsiiniseadmed	160 000 krooni (10 250 eurot)
Hambaravipakett	Hambaravi	4000 krooni (250 eurot)

Allikas: Autorid.

Vabatahtlikku tervisekindlustust taotlev isik peab läbima arstliku läbi-vaatuse ning tal puudub õigus kindlustuskaitsele, kui ta on näiteks HIV-positiivne. 2008. aastal oli üldarstiabi paketi igakuine kindlustuspreemia 45-aastasele mehele ja naisele vastavalt 456 ja 466 krooni (29 eurot ja 30 eurot), ekstrapaketi (vaata tabel 3.9) puhul oli kindlustuspreemia summa vastavalt 1923 ja 2268 krooni (123 eurot ja 145 eurot). Võrdlusena maksab haigekassa vabatahtlik kindlustuskaitse 1220 krooni (78 eurot) kuus (13% 2006. aasta riigi keskmisest kuu-
palgast). Vabatahtliku erakindlustuse andja hüvitistepakette ei reguleerita. Lepingute juurde kuuluvad ooteajad (mille jooksul kindlustatul puudub hüvitise saamise õigus), mis ulatuvad ühest kuust enamiku lepingute puhul kuni viie kuuni hambaravis ning üheksa kuuni sünnituse puhul.

Alates 2007. aastast on Eesti turul kättesaadavad kindlustuskompanii British United Provident Association (BUPA) tervisekindlustuse tooted. BUPA Eestis tegutsemise esimestel kuudel on klientide arv olnud üsna väike (sõlmitud on vaid üksikud lepingud) ning seetõttu on raske hinnata nende turupotentsiaali tulevikus. BUPA toodete kõige olu-

lisem eelis eelnevalt kirjeldatud vabatahtliku tervisekindlustuse ees on rahvusvahelise kindlustuskaitse olemasolu, mis on vajalik sagedaste reisijate jaoks.

Vabatahtliku tervisekindlustuse potentsiaalne turg tulevikus on ravimite või hambaravikulude omaosaluse hüvitamine (täiendav vabatahtlik tervisekindlustus) või raviteenuse kiirema kättesaadavuse või mittemeditsiinilise teenuse kõrgema taseme (vabatahtlik lisatervisekindlustus) tagamine. Eesti elanikkonna suurenevad sissetulekud ja kasvavad ootused tervisesüsteemi suhtes toetavad vabatahtliku tervisekindlustuse arengut pikas perspektiivis. Arvestades kohustuslikku ravikindlustust, millest loobuda ei ole võimalik, ning kindlustamata isikute osa vähenemist, on asendaval vabatahtlikul tervisekindlustusel üsna väike roll ja see on suunatud peamiselt alalise elamisloata välismaalastele.

Viimastel aastatel on arutatud vabatahtliku tervisekindlustuse laiendamist, kuna vabatahtlikku tervisekindlustust peetakse üheks võimalikuks vahendiks, mille kaudu suurendada tervishoiusektori rahastamist. Vabatahtliku tervisekindlustuse arendamine on järgnevatel aastatel valitsuse üheks prioriteetseks valdkonnaks eesmärgiga edendada tervisekäitumist ja vähendada ravikulusid. Kõige enam arutlust leidnud vabatahtliku tervisekindlustuse rolli suurendamise viis on maksusoodustuse rakendamine vabatahtliku tervisekindlustuse preemiatele, mis muudaksid vabatahtliku tervisekindlustuse atraktiivsemaks üksikisikutest klientidele ja samuti tööandjatele, kes pakuksid kindlustust oma töötajatele. Arutatud on ka teist võimalust, meditsiini säästukonto kasutuselevõtmist, mille korral kindlustatu kogub osa ravikindlustele eraldatavast maksust (nt 2% 13%st) isiklikule säästukontole. Ülevaate koostamisel ajaks ei ole arutlused nende kahe võimaluse üle lõppenud ning kummagi variandi puhul puudub selge kontseptsioon.

Omaosalus

Omaosalus moodustub haigekassa hüvitatavate tervishoiuteenuste ja ravimitega seotud kohustuslike kulude jagamisest (vaata tabel 3.10); nende teenuste ja ravimite kulude katmisest, mis ei kuulu haigekassa hüvitatavate teenuste ja ravimite loetellu; ja mitteametlikest maksetest.

Alates 1990. aastate keskelt on omaosaluse osa tervishoiu kogukuludest pidevalt kasvanud. 2006. aastal moodustas omaosalus 24,9% tervishoiu kogukuludest, 2000. aastal oli see 19,7%.

1995. aastal võeti avaliku sektori haiglates ja tervisekeskustes kasutusele esmase ambulatoorse visiidi tasu 5 krooni (0,30 eurot). Poliitilise surve tõttu vabastati mõni kuu hiljem kõnealuse tasu maksmisest mitmed isikute rühmad nagu pensionärid, puudega inimesed ja lapsed. Erapakkujatel lubati kehtestada oma tasud (mida ei reguleeritud) isegi juhul, kui nendel on haigekassadega sõlmitud leping ja nende teenused hüvitas ravikindlustus. 1990. aastatel kasvas erateenuseosutajate osa ning sellega seoses suurenes ka omaosaluse osatähtsus. Paljud arstid asutasid oma erapraksised, eelkõige hambaravis ja muudel ambulatoorsetel erialadel. Tulenevalt teenuseosutajate rahulolematusest alarahastamisega tervishoius, kehtestati 2002. aastal jõustunud ravikindlustuse seadusega teenuseosutajatele õigus võtta teatud juhtudel inimestelt piiratud ulatuses täiendavaid tasusid. Ravikindlustuse seaduses on kehtestatud omaosaluse ülemmäär, mida seaduse kohaselt tuleb iga-aastaselt kohandada vastavalt inflatsioonile. Nimetatud kohandamist ei ole sellest ajast peale tehtud ning omaosaluse ülemmäärad on endiselt 2002. aasta tasemel.

Tabel 3.10 Kulude jagamine eri raviiliikide puhul, valitud aastad

	1995	2001/2002	2007
Üldarstiabi	Omaosalustas külastuse puhul (5 krooni / 0,30 eurot). Erandi moodustavad rühmad nagu pensionärid, puudega inimesed, lapsed.	Omaosalustas visiidi puhul 5 krooni (0,30 eurot). Erandi moodustavad elanikerühmad nagu pensionärid, puudega inimesed, lapsed.	Omaosalustas visiitidel puudub. Koduvisiidi tasu 50 krooni (3,20 eurot), alla 2-aastased lapsed ja rasedad alates 12. rasedusnädalast tasuta vabastatud.
Ambulatoorne eriarstiabi	Ambulatoorse eriarstiabi osutajad (ravikindlustuslepinguga (määrge oluline vaid 2007. aasta puhul))	Omaosalustas külastuse puhul (5 krooni / 0,30 eurot) riiklikus haiglas. Erandi moodustavad rühmad nagu pensionärid, puudega inimesed, lapsed. Eরাহাigla võtab patsientideilt tasu enda kehtestatud hinnakirja alusel.	Omaosalustas kuni 50 krooni (3,20 eurot), alla 2-aastased lapsed ja rasedad alates 12. rasedusnädalast tasuta vabastatud.
Ravikindlustuslepingut mitteomavad ambulatoorse arstiabi osutajad	Patsient maksab teenuseosutaja kehtestatud hinnakirja alusel.	Kõik patsiendid maksid teenuseosutaja kehtestatud hinnakirja alusel.	Kõik patsiendid maksavad teenuseosutaja kehtestatud hinnakirja alusel „mõistlikku“ hinda.
Hambaravi	Osaliselt katab ravikindlustus, erateenuseosutajad kehtestavad ise lisatasud.	Osaliselt katab ravikindlustus, erateenuseosutajad kehtestavad lisatasud	Laste puhul omaosalus puudub. Täiskasvanute hambaravi ravikindlustus ei hüvita (kasutusel rahaline hüvitis).

Stationsaarne arstiabi	Haiglaravi puhul omaosalus puudub. Teenuseosutajate kehtestatud omaosalustasu standardist parema majutuse eest haiglas.	Haiglaravi puhul omaosalus puudub. Teenuseosutajate kehtestatud omaosalustasu standardist parema majutuse eest haiglas.	Omaosalustasu kuni 25 krooni (1,60 eurot) päevas maksimaalselt 10 päeva eest. Lapsed, rasedad ja intensiivravi saavad patsiendid on tasust vabastatud.
Omaosalus protsendina mõne teenuse puhul (näiteks abort naise soovil)	Omaosalus protsendina mõne teenuse puhul (näiteks kunstlik viljastamine, taastusravi, abort naise soovil)	Omaosalus protsendina mõne teenuse puhul (näiteks kunstlik viljastamine, taastusravi, abort naise soovil)	Teenuseosutajate kehtestatud omaosalustasu standardist parema majutuse eest haiglas.
Omaosalus protsendina mõne teenuse puhul (näiteks kunstlik viljastamine, taastusravi, abort naise soovil)	Omaosalus protsendina mõne teenuse puhul (näiteks kunstlik viljastamine, taastusravi, abort naise soovil)	Omaosalus protsendina mõne teenuse puhul (näiteks kunstlik viljastamine, taastusravi, abort naise soovil)	Omaosalus protsendina mõne teenuse puhul (näiteks kunstlik viljastamine, taastusravi, abort naise soovil)
Ravimid (retseptiravimid ainult ambulatoorse ravi puhul, kuna stationsaarse ravi puhul katab ravimikulud haigekassa)	Retseptiravimid krooniliste ja raskete haiguste puhul (seisundi alusel ja teatavate elanikkonna rühmade, näiteks puudega inimesed, pensionärid, lapsed) omaosalustasu 5 krooni (0,30 eurot) pluss omaosalus protsendina 0% või 10% (1995. aasta mais suurendati omaosalustasu 10 kroonini (0,64 eurot) ja omaosalus protsendina jäi samaks)	Retseptiravimid krooniliste ja raskete haiguste puhul (seisundi alusel ja teatavate elanikkonna rühmade, näiteks puudega inimesed, pensionärid, lapsed) omaosalustasu 20 krooni (1,30 eurot) pluss omaosalus protsendina 0% või 10%.	Retseptiravimid krooniliste haiguste puhul: omaosalustasu 20 krooni (1,30 eurot) pluss omaosalus protsendina 0% või 25% ravimi hinnast (või 10% 4–16-aastastele, töövõimetuse või vanaduspensioni saavad isikud või vanemad kui 63-aastased isikud)
Muudel juhtudel retseptiravimite omaosalustasu 50 krooni (3,20 eurot) retsepti kohta pluss omaosalus protsendina 50% ravimi hinnast, ravikindlustus katab maksimaalselt 200 krooni (12 eurot).	Muudel juhtudel retseptiravimite omaosalustasu 50 krooni (3,20 eurot) retsepti kohta pluss omaosalus protsendina 50%, ravikindlustus katab maksimaalselt 200 krooni (12 eurot).	Muudel juhtudel retseptiravimite omaosalustasu 50 krooni (3,20 eurot) retsepti kohta pluss omaosalus protsendina 50%, ravikindlustus katab maksimaalselt 200 krooni (12 eurot).	Muudel juhtudel retseptiravimite omaosalustasu 50 krooni (3,20 eurot) retsepti kohta pluss omaosalus protsendina vähemalt 50% ravimi hinnast, ravikindlustus katab maksimaalselt 200 krooni (12 eurot).

maini, mil suurendati omaosalustasu
40 kroonini (2,56 eurot); ravikindlus-
tus katab maksimaalselt 200 krooni
(12 eurot)

Iga-aastane ambulatoorsete retsepti-
ravimite suure omaosaluse täiendav
hüvitamine: 50% ravimi (aastakulu-
dest vahemikus 6000–10 000 krooni
(383,00–639,00 eurot));
75% (summast vahemikus 10 000–
20 000 krooni (639,00–1278,00
eurot));
0% (summast üle 20 000 krooni
(1278,00 eurot)).

Allikas: Habicht *et al.*, 2006 (korrigeeritud).

Ambulatoorse arstiabi puhul kehtivad järgmised kulude jagamise nõuded. Perearstivisiidil omaosalust ei ole, v.a koduvisiit, mille puhul võib perearst võtta maksimaalset tasu 50 krooni (3,20 eurot). Ambulatoorse eriarstiabi osutajad, kellel on leping haigekassaga, võivad võtta tasu maksimaalselt 50 krooni (3,20 eurot), kuid mitte juhul, kui patsient on suunatud sama asutuse piires või teise sama eriala arsti vastuvõtule. Kuna muudetud ravikindlustuse seadus (2002) ei kehtestanud erandit seoses ambulatoorse eriarstiabi tasudega ühelegi rühma ega tervishoiuteenuse liigi suhtes, kehtestasid teenuseosutajad kiiresti tasud paljudele teenustele, muu hulgas erakorralise meditsiini osakonna vastuvõttudele, mis põhjustas üldsuse rahulolematuse. 2003. aasta oktoobris kehtestas äsja võimule tulnud valitsus muudatused, mille kohaselt vabastati visiiditasudest lapsed, rasedad ja vältimatu abi saajad, kes hospitaliseeritakse. Alates 2004. aasta augustist on alla 2-aastased lapsed ja rasedad alates 12. rasedusnädalast vabastatud omaosalusest perearsti koduvisiitide ja ambulatoorse eriarstiabi visiitide puhul.

Haiglad võivad võtta tasu maksimaalselt 25 krooni (1,60 eurot) voodipäeva kohta kuni 10 päeva eest ühe haigusjuhu kohta. Erandid on kehtestatud lastele, raseduse ja sünnitusega seotud haiglaravile ja ning intensiivravil olevatele patsientidele. Haiglad võivad kehtestada täiendavaid 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. Need tingimused kehtivad tervishoiuteenuste osutajate puhul, kellel on haigekassaga sõlmitud leping. Muudel juhtudel peavad teenuseosutajad patsiendiga hinna suhtes kokku leppima. Sellised hinnad peavad olema „mõistlikud”, kuid otseselt mingeid eeskirju nende hindade suhtes ei kehti.

Ambulatoorsetele retseptiravimitele rakendub omaosalus 50 krooni (3,20 eurot) ühe retsepti kohta, millele lisandub täiendavalt mingi osa ravimi hinnast. Üldine hüvitise määr on 50% ravimi hinnast (millest on lahutatud omaosalus 50 krooni) kuni 200 krooni (12,00 eurot) suuruse hüvitiseni ühe retsepti kohta. Valitsuse määruse alusel koostatakse loetelu krooniliste haiguste raviks vajalikest ravimitest, mille suhtes rakendatakse madalamat omaosalust 20 krooni (1,30 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 kuuluvad 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.

Haigekassa viib läbi iga-aastast elanikkonna rahulolu uuringut, mis sisaldab küsimusi kindlustatud inimeste teadlikkuse kohta nende õigustest ja kohustustest. Muu hulgas sisaldab see ka küsimusi omaosaluse kohta. Elanikkonna teadlikkus erinevatest ravikindlustuse aspektidest on alates 2004. aastast olnud sama. Teadlikkus on olnud mõnes valdkonnas madal, näiteks teadlikkus omaosalusest üldarstibis: 2007. aasta küsitluses teadis vaid 30% vastanutest, et perearstidel ei ole lubatud võtta täiendavat omaosalust (Faktum ja Ariko, 2007).

Omaosaluse struktuur erineb suuresti sissetuleku kvintiilides. Vae-seima kvintiili omaosalus on suuremalt jaolt seotud ravimikuludega (86%), samas rikkamates kvintiilides kulutatakse rohkem ambulatoorsele teenustele, sh hambaravile (vaata tabel 3.11). Perioodil 2000–2006 on ravimitele kulutatud osa leibkonna tervishoiukuludest kasvanud nii väiksema kui ka suurema sissetulekuga kvintiilis.

Tabel 3.11 Omaosalus kululiikide lõikes kvintiilides (%), 2006

Kulukvintiilid	Meditsiinitooted	Ravimid	Statsionaarne arstiabi	Ambulatoorne arstiabi
I (vaene)	7	86	2	5
II	11	71	1	16
III	15	59	1	25
IV	22	44	1	33
V (rikas)	21	37	6	37
Keskmine	17	52	3	28

Allikas: Võrk, 2008.

Omaosalussüsteem, mis kehtib alates ravikindlustuse seaduse jõustumisest 2002. aastal, on poliitilise kompromissi tulemus teenuseosutajatega, kellest paljud olid kaua kaevanud tervisesüsteemi alarahastamise üle. Suurem osa vaidlusi omaosaluse üle keerles argumentide ümber suurendada tulusid meditsiinitöötajate palkade tõstmiseks. Samuti esitati argumente omaosaluse kehtestamise poolt, et võidelda tervishoiuteenuste „ebavajaliku” tarbimise vastu.

Eesti Pearingstide Selts toetas tugevalt visiiditasu kehtestamist, et vähendada ebavajalike külastuste arvu. Valitsus suutis siiski säilitada ravikindlustuse seadusega sätestatud vaba juurdepääsu põhimõtte üldarstiabile ja kehtestas omaosaluse ainult perearstide koduviisidele. Voodipäevatasu sisseviimise üks eesmärk oli aga vähendada soovi hoida inimesi põhjuseta haiglas (nt nädalavahetusel) ning seeläbi lühendada haiglasoleku aega.

Sotsiaalministeerium ja haigekassa ei kogu andmeid teenuseosutajate tegelike kehtestatud täiendavate omaosalustasude kohta. Enamik teenuseosutajatest on kehtestanud tasud koduviiside puhul, kusjuures perearstid suuremates linnades on kehtestanud kõrgemad tasud kui perearstid väiksemates linnades ja maapiirkondades. Haigekassa tellitud uuring näitab, et omaosalus 25 krooni (1,60 eurot) oleks 38%le kindlustatud elanikkonnast takistuseks perearsti külastamisel. Uuringust selgus veel, et koduviisiditasu 50 krooni (3,20 eurot) oleks rahaliseks takistuseks 51%le kindlustatud inimestest ja tasu 25 krooni (1,60 eurot) oleks takistuseks 22%le kindlustatud inimestest. Seni ei ole veel analüüsitud omaosaluse mõju tervishoiuteenuste kasutamisele. Kõige viimase iga-aastase elanikkonna rahulolu uuringu andmetel selgub, et patsiendid peavad omaosalust kõige olulisemaks probleemiks, millega nad puutuvad kokku ambulatoorse eriarstiabi puhul.

Erakulude mõningane suurenemine on põhjustatud nn ravijärjekorras ette ostmisest. Ravijärjekordade tõttu otsustab mõni patsient saada kiiremlt ravi seda ise rahastades, see tähendab, et makstes kõik raviga seotud kulud. Alates 1999. aastast on ambulatoorsete vastuvõttude ooteajad pikenenud mõnes piirkonnas ja mõne eriarsti juurde (näiteks günekoloogi külastused Tallinnas). Plaanilise kirurgia ooteajad suuremates haiglates on samuti pikenenud rangema lepingute sõlmimise ja hüvitamise korra tõttu. Kolme viimase aasta jooksul on haigekassa

loobunud tasumast (v.a teatud tingimustel) haiglatele nende teenuste eest, mida on osutatud üle lepingus kokkulepitud mahu.

Hiljuti kehtestas valitsus korra, mis reguleerib nn etteostmist. Etteostmine on lubatud vaid juhul, kui ravijärjekord on tekkinud ebapiisavate rahaliste võimaluste tõttu, s.t kui teenuseosutaja on täitnud haigekassaga sõlmitud lepingus kokku lepitud teenuste mahu ning teenuse mitteosutamist ei saa põhjendada teenuseosutaja võimetusega seda pakkuda.

Mitteametlikud tasud ei ole Eestis kunagi tavapärased olnud ning neid esineb endiselt suhteliselt harva. 1998. aastal haigekassa tellitud uuring näitas, et 1% uurimuses osalenutest oli maksnud arstile „ümbrikutasu”. Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooni (OECD) rahastatud 2002. aasta uuring näitas, et alla 1% uuringus osalenutest oli maksnud „ümbrikutasu” ja üldjuhul patsiendi enda algatusel. Keskmine tasu suurus oli 1903 krooni (122 eurot) ja mediaan 250 krooni (16 eurot). Mitteametliku tasu maksmine on tõenäolisem vene keelt esimese keelena kõnelevad isikute ja nende isikute puhul, kes soovivad vältida perearsti suunamist. 49% vastanutest pidas arstile mitteametliku tasu maksmist korruptsiooniks (12% puudus selle kohta oma arvamus), 40% vastanutest oli valmis mitteametlikku tasu nõudnud arsti korrumpeerumisest teada andma (10% selle kohta omaarvamus puudus) (CIET International, 2002). Hilisemas, Eesti Konjunktuuriinstituudi 2004. aasta uuringus vastas 3,4% vastanutest, et tervishoiutöötaja on neilt küsinud teatud liiki lisatasu (see näitaja oli kõrgem, 3,6%, vaid liikluspolitsei puhul) (Josing, 2004). Üldiselt võib öelda, et kuigi mitteametlikud tasud tervishoiusektoris eksisteerivad, ei näi nende kasutamine olevat laialdane ega olulise tähtsusega. Selle põhjuseks võib olla ametliku omaosaluse kehtestamise 2002. aastal või üldine madal korruptsiooni- ja mitteametlike maksete esinemise tase Eestis.

Rahastamine välisallikatest

Välisallikatest rahastamine ei ole märkimisväärselt suur. 1998. aastal moodustas see 1% tervishoiu kogukuludest, kuid 2001. aastaks oli langenud peaaegu nullini. Viimastel aastatel on rahastamine välisallikatest siiski suurenenud, seda peamiselt tänu investeringutele

haiglate infrastruktuuri ELi struktuurifondidest, kuid ka muudel põhjustel (vaata allpool). Üldiselt on välisrahastamist kasutatud pigem investeeringuteks inimressurssidesse ja tehnoloogiasse kui tegevuskulude katteks. Näiteks on kahepoolsete programmide abil muretsatud haiglatele meditsiiniseadmeid. Mõni programm on suunatud kliinilistele probleemidele, organisatsioonilisele arendusele (sh terviseinfosüsteemid ja kvaliteedi tagamine) ning juhtimiskoolitusele.

Varem oli peamine välisrahastaja Maailmapank. Maailmapangalt 1992. aastal saadud esimese laenu tervishoiule ettenähtud osa suurus oli 3 miljonit USA dollarit, mida kasutati olulise tähtsusega ravimite ja kõrgtehnoloogiliste seadmete ostmiseks haiglatele. Jaapani impordi- ja ekspordipangalt saadud 4,5 miljoni USA dollari suurune laen kasutati samuti ravimite ja tervishoiutehnoloogia muretsemiseks. 1995. aastal saadi Maailmapangalt teine laen tervishoiureformide toetuseks. Kogu 18 miljoni USA dollari suurune summa investeeriti peamiselt Tartu Ülikooli arstiteaduskonna uue hoone ehitamisse ja seda täiendati kahe- ja mitmepoolsete doonorite poolt rahastatavate arendusprogrammide ja riigieelarvest eraldatud vahenditega Maailmapanga Eesti Terviseprojekti raames. 2000. aastal algasid uued läbirääkimised Maailmapangalt kolmanda laenu saamiseks haigla- ja hooldusravireformide toetuseks ning uue investeerimispoliitika süsteemi kasutuselevõtmiseks. Läbirääkimised lõpetati valitsuse vahetuse tõttu.

HIV/AIDSi puhangu tõttu süstivate narkomaanide hulgas taotles Eesti rahalist abi ülemaailmselt HIV/AIDSi, tuberkuloosi ja malaaria vastu võitlemise fondilt (ingl k *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, GFATM*). Saadi 10 miljoni USA dollari suurune toetus perioodiks 2003–2007, et tugevdada ennetus- ja teavitustööd riskirühmades ja noorte hulgas ning katta HIV-positiivsete ravimikulud. See toetus on oma olemuselt erand, sest tavapäraselt kasutatakse rahastamist välisallikatest pigem investeeringuteks kui tegevuskulude katmiseks.

Pärast Eesti ühinemist Euroopa Liiduga muutusid kättesaadavaks uued rahalised vahendid. Perioodiks 2004–2006 sai Eesti Euroopa Regioonarengu Fondilt (ERF) 24,8 miljonit eurot Eesti haiglavõrgu arendamiseks. Ettevalmistusprotsessi viibimise tõttu pikendati aga perioodi aastani 2008. Perioodiks 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 vastukaaluna lühiajalistele riiklikele arengukavadele, mis muudab otsustamisprotsessi keerukaks. Teised valdkonnad, mis saavad toetust ELi struktuurifondidest, on tervise edendamise spetsialistide tegevuse arendamine kohalikul tasandil ja e-tervisega seotud tegevused.

Oluline rahastamise välisallikas on ka Euroopa Majanduspiirkond (EMP) ja sellega seotud Norra finantsmehhanismid, mille üks prioriteete on tervishoid. Perioodil 2007–2009 saab Eesti toetusi tervisekaitsespetsialistide koolitamiseks, bioloogilise turvalisuse kolmanda tasandi laboratooriumi rajamiseks, Eesti peamise nakkuskeskuse renoveerimiseks ning haiguste seire ja monitooringusüsteemide arendamiseks.

3.4 Rahaliste vahendite puulimine

Joonisel 3.1 on esitatud skemaatiline ülevaade tervishoiu rahastamise korraldusest Eestis. Nagu eespool mainitud, on tervishoiuteenuste peamine ostja Eesti Haigekassa, kes ostab suurema osa kindlustatud isikutele (95% elanikkonnast) mõeldud raviteenustest, v.a kiirabi. Kiirabi rahastatakse otse riigieelarvest Sotsiaalministeeriumi haldusalas oleva Tervishoiuameti kaudu. Vältimatu arstiabi kindlustamata elanikele hüvitatakse riigieelarvest, kuid suurema efektiivsuse huvides ja arvestades asjaoluga, et kindlustamata ja kindlustatud isikute puhul rakendatakse samu tasustamise põhimõtteid, haldab seda süsteemi haigekassa.

Haigekassa rahalised vahendid kogutakse ja jagatakse ümber tsentraalselt, et tasakaalustada sissetulekute erinevusi eri piirkondades. Viimaste aastate peamine muudatus on seotud haigekassa eelarve kinnitamisega. Enne 2001. aastat kinnitas Riigikogu haigekassa eelarve samaaegselt riigieelarve kinnitamisega. Paindlikkuse eesmärgil ei olnud eelarve jaotus üksikasjalik ja Riigikogu kinnitas üldise eelarve, eraldised eri valdkondadele tegi haigekassa omal äranägemisel. Alates 2001. aastast, mil haigekassa sai avalik-õigusliku staatuse,

kinnitab eelarve nõukogu, mis koosneb riigi, tööandjate ja kindlustatute esindajatest. Uue süsteemi kohaselt on eelarve menetlemine palju üksikasjalikum ja läbipaistvam. Kui eelmise süsteemi puhul lisati eelarvele kõige rohkem kolmeleheküljeline seletuskiri, siis nüüd kaasneb eelarvega ligi 40 lehekülge selgitusi. Enne iga-aastast eelarvemenetlust kinnitab haigekassa nõukogu haigekassa tulude ja kulude planeerimise põhimõtted neljaks aastaks. Haigekassa eelarve sõltub tulust, mis saadakse sotsiaalmaksu ravikindlustusele märgistatud osast, mille kogub ja kannab haigekassale üle Maksu- ja Tolliamet.

Eesti Haigekassa seaduse kohaselt vastutab haigekassa täies ulatuses oma kohustuste eest ega saa olla pankrotivõlgnik. On kehtestatud kaks erandit. Esiteks, kui ravikindlustusmaksu laekumised on väiksemad, kui eelarves ette nähtud, siis vastutab riik haigekassa kohustuste täitmise eest. Teiseks, kui valitsus või Sotsiaalministeerium kehtestavad tervishoiuteenuste hinnad, mis ei võimalda haigekassal oma lepingulisi kohustusi täita või ravikindlustushüvitisi maksta, vastutab taas riik haigekassa kohustuste täitmise eest. Kirjeldatud piiratud vastutus loob potentsiaalse võimaluse teenuseosutajatele lisarahastamise saamiseks. Kui teenuseosutajad suruvad läbi tervishoiuteenuste hindade tõusu, peab riik võtma üle haigekassa kohustused juhul, kui ravikindlustuse eelarve on ebapiisav. Kõnealune olukord tekkis 2004. aastal, kuid oodatust kõrgemate sotsiaalmaksu laekumiste tõttu riik sekkuma ei pidanud (Habicht, 2008, veel avaldamata).

Haigekassa eelarve peab igal majandusaastal tulude ja kulude osas olema tasakaalus, mida Eestis võib pidada rahanduspoliitika heaks tavaks. Kuna haigekassa eelarve sõltub riigieelarvest, ei saa nõukogu haigekassa eelarvet kinnitada enne, kui riigieelarve on heakskiidu saanud. Enne haigekassa eelarve kinnitamist võivad igakuised kulutused moodustada kuni 1/12 osa eelmise majandusaasta eelarvest.

Haigekassal on likviidsuse tagamiseks kolm reservi. Kassatagavara (likviidsed vahendid) tagab igapäevaste rahavoogude sujuva juhtimise. Kassatagavara haldab riigikassa ja see koosneb finantsinstrumentidest nagu 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 suurus oli kuni 2004. aastani 8% haigekassa iga-aastasest eelarvest, kuid seda vähendati, et katta kasvanud tervishoiuteenuste hindu, mis tulenesid uuest meditsiinitöötajate palgakokkuleppes. ReserVKapitali võib kasutusele võtta vaid valitsuse korraldusega, mis tehakse Sotsiaalministri ettepanekul ja peale konsulteerimist haigekassa nõukoguga. Rahandusminister tegeleb reserVKapitali haldamisega, tagades selle 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 ja riskireservi võib kasutusele võtta haigekassa nõukogu otsusega.

Tabelis 3.12 on toodud haigekassa kulude jaotus 2001. ja 2008. aastal. Mingi osa ravikindlustuse eelarvest on nn avatud kohustused, näiteks ambulatoorsete retseptiravimite hüvitamine ning haigus- ja sünnitus hüvitiste väljamaksmine. Ülejäänud vahendid jaotatakse vastavalt haigekassa prioriteetidele. Tervishoiuteenuste kõige kiiremini suurenevate kuludega valdkonnad on hooldusravi ja üldarstiabi. Haigus hüvitised on samuti suurenenud seoses palkade kasvu ja tööhõive suurenemisega.

Haigekassa eelarve jaotatakse nelja piirkondliku osakonna vahel pearahapõhiselt, vastavalt kindlustatud inimeste arvule igas piirkonnas. Piirkondlike osakondade eelarved kinnitab haigekassa juhatus. Üldarstiabile eraldatud pearahapõhised eraldised korrigeeritakse vastavalt piirkonna vanusestruktuurile. Teiste tervishoiuteenuste puhul piirkondlikke pearahapõhiseid eraldisi ei korrigeerita. Piirkondadele jaotatava pearaaha kaalumist muude riskitegurite suhtes on arutatud kahel korral, 1994. ja 1998. aastal, kuid mõlemal korral jõuti otsusele, et lihtne pearahapõhine eelarve jaotamine on õiglasem kui tervishoiuteenuste kasutamise alusel korrigeeritud eraldis, mis oleks andnud suurema eelarve linnapiirkondadele, kus kasutatakse tervishoiuteenuseid rohkem, kuid inimeste tervises seisund on parem. Piirkondlikel osakondadel on mõningane paindlikkus vahendite jagamisel eriarstiabi, hooldusravi ja hambaravi vahel. Teenuseosutajate lepingute sõlmimist planeerivad ja korraldavad haigekassa piirkondlikud osakonnad.

Piirkondlikele osakondadele eraldatakse 98% haigekassa tervishoiuteenustele mõeldud rahalistest vahenditest. Ülejäänud osa kasutatakse keskselt üksikute väga kulukate või harva kasutatavate tervishoiuteenuste rahastamiseks, mida piirkondlike eelarvete kaudu rahastada oleks keerukas. Kõnealuste protseduuride hulka kuuluvad luuüdi siirdamine, peritoneaaldialüüs, teatud onkoloogia ja hematoloogia teenused. Ravimite ja ajutise töövõimetuse hüvitisi (haigekassa avatud kohustused) hallatakse keskselt. Haigekassa lepingute planeerimise protsessi kirjeldatakse täpsemalt jaotises 3.5 „Ostmine ja ostjapakkuja suhted”.

Tabel 3.12 Eesti Haigekassa kulud hüvitise liikide lõikes, 2001 ja 2008 (tuh krooni)

Kategooria	2001	2008	Kasv 2008/2001 (%)	% kogu kuludest 2008
Tervishoiuteenused				
kokku	2 823 684	8 747 631	210	65,3
Haiguste ennetamine	44 628	119 000	167	0,9
Üldarstiabi	335 824	1 086 608	224	8,1
Eriarstiabi	2 170 073	6 745 662	211	50,3
Hooldusravi	48 001	238 599	397	1,8
Hambaravi	225 158	557 762	148	4,2
Tervise edendus	12 958	14 000	8	0,1
Ravimid	666 123	1 330 500	100	9,9
Ajutise töövõimetuse hüvitis	744 831	2 511 874	237	18,7
Muud rahvusvaheliste lepingutega seotud hüvitised	6 621	26 565	301	0,2
Ravikindlustus-				
hüvitised kokku	4 254 217	12 630 570	197	94,2
Tegevuskulud	79 319	114 814	45	0,9
Eraldised reservi	230 761	657 675	185	4,9

Allikas: Eesti Haigekassa, 2008.

Riigieelarves seab Rahandusministeerium igale ministeeriumile eelarve piirmäärad õigusaktidest tulenevate kohustuste ja valitsuse prioriteetide põhjal. Riigieelarve tervisesektori osa koostab Sotsiaal-

ministeerium, kellele teevad eelarve kohta ettepanekuid tema haldusala riigieelarvelised organisatsioonid. Ministeerium vastutab tervishoiu, sotsiaalsektori ja töövaldkonna eest ning kõik kolm sektorit konkureerivad ministeeriumi eelarve vahenditele. Sotsiaalministeerium haldab ligikaudu 94% riigieelarvelistest tervishoiule määratud vahenditest. Nagu eespool mainitud, maksab Kaitseministeerium sõjaväelastele osutatava üldarstiabi eest ja Justiitsministeerium kinnipeetavatele osutatavate tervishoiuteenuste eest. Viimastel aastatel on riigieelarvest tehtud rahalised eraldised olnud stabiilsed.

Enne 2000. aastat vastutasid kapitaliinvesteeringute eest haiglate omanikud, tavaliselt riik või kohalikud omavalitsused. Kuna kapitaliinvesteeringud konkureerisid riigi ja omavalitsuste kõigi muude eelarveprioriteetidega, oli rahaliste vahendite saamine investeeringuteks keeruline. Ka lisaelarvetest eraldatud summadest ei piisanud ja see põhjustas investeerimisprojektidega viivitamist. Alarahastamise tõttu hakkas üha rohkem teenuseosutajaid võtma pangalaene renoveerimiskulude rahastamiseks, tehes laenumakseid haigekassalt saadud tuludest. Selle tulemusena kadus keskne kontroll kapitaliinvesteeringute üle.

Kuna haiglate kapitaliinvesteeringute ühtne süsteem puudus, siis koostati perioodil 2000–2001 haiglate investeerimispoliitika dokument. Selle aluspõhimõtted olid järgmised: eraõiguslikud tervishoiuasutused vastutavad ise oma investeeringute eest; haigekassa hinnakiri peaks sisaldama ehitiste kulumit; rakendada tuleks kapitalimaks, mis tasakaalustaks tervishoiuteenuste osutajate erinevad lähtepositsioonid; riiklike avaliku sektori haiglate investeerimisotsuseid tuleb hakata keskselt kontrollima. Valitsusevahetuse tõttu uut süsteemi täies ulatuses ei rakendatud. Ainsa meetmena viidi 2003. aasta juulis vastutus kapitaliinvesteeringute eest üle tervishoiuteenuse osutajatele ning lepiti kokku, et haigekassa hinnakiri sisaldab kõiki tervishoiuteenuste osutamise seotud kulusid, sh ehitiste kulumit. Tervishoiuteenuste hindades sisaldub ehitiste kulum, mille arvestamise aluseks on võetud ehitiste eeldatav ruutmeetri turuhind ja 36-aastane amortisatsiooniperiood. Alates 2008. aastast ei rahastata ehitiste kulumit riigieelarvest enam otsetoetustena tervishoiuteenuste osutajatele, vaid läbi haigekassa. Seega on ehitiste kulum endiselt osa tervishoiuteenuste hinda-

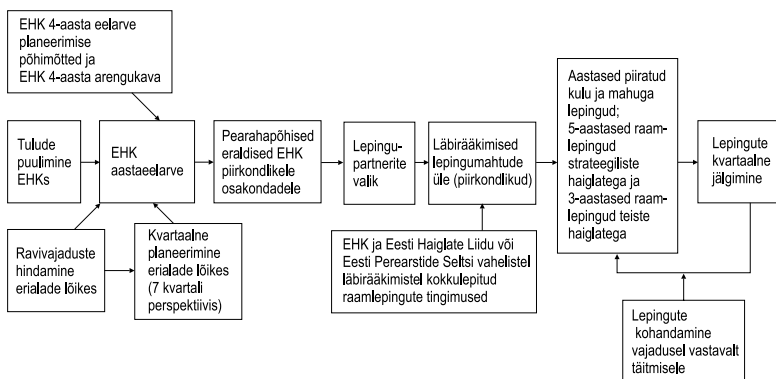
dest. Kapitaliinvesteeringute täiendav rahastamine toimub ELi struktuurifondide kaudu (vaata ka jaotise 3.3 „Tulude kogumine / rahastamisallikad” alajaotis „Rahastamine välisallikatest”) ja ühekordsete toetustena riigieelarvest mõnele haiglavõrgu arengukava haiglale.

3.5 Ostmine ja ostja-pakkuja suhted

Tervishoiuteenuste peamine ostja on Eesti Haigekassa. Haigekassa lepingute sõlmimise protsessi kirjeldatakse 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 lepingumahtude üldsummades. Praegu sisaldavad lepingud kokkuleppeid teenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse kohta ning üksikasjalikke kulu- ja mahupõhiseid rahalisi kohustusi (vaata allpool). Haiglavõrgu arengukava haiglatega sõlmitakse leping viieks aastaks. Rahaliste kohustuste üle peetakse läbirääkimisi siiski igal aastal.

Lepingute sõlmimisele eelnev ettevalmistusperiood algab vajaduste hindamisega. Alates 2001. aastast on haigekassa ostmisotsuste tegemisel järk-järgult kasutusele võtnud ravivajaduste hindamise. Käesoleva ülevaate koostamise ajaks põhineb vajaduste hindamine peamiselt tervishoiuteenuste kasutamise ja ravijärjekordade andmete analüüsil, kuid mõeldakse ka teistele meetoditele. Vajaduste hindamisel hinnatakse ravijuhtude arvu iga eriala kohta. Alates 2003. aastast on haigekassa pidanud läbirääkimisi erialaseltsidega, et saada nende hinnang elanikkonna ravivajadustele vastavate erialade puhul. Selline lähenemine tagab eriala kaasatuse planeerimisprotsessi. Läbirääkimiste tulemusi arvestatakse haigekassa eelarve koostamisel, lepingute sõlmimisel ning hüvitatavate tervishoiuteenuste loetelu ajakohastamisel. Eesmärk on erialade rolli suurendamine ostuotsuste tegemiseks vajalike pikaajaliste suundade ja prioriteetide seadmiseks. Ravivajaduste hindamisel saadud andmed võetakse arvesse lähtuvalt haigekassa prioriteetidest, mis on kirja pandud haigekassa arengukavas.

Joonis 3.6 Eesti Haigekassa lepingute sõlmimise protsess



Allikas: Autorid.

Märkus: EHK: Eesti Haigekassa.

Järgmine etapp lepingute sõlmimisel on teenuseosutajate valik. Lepingud sõlmitakse ainult nende teenuseosutajatega, kellel on Tervishoiuameti luba Eestis töötamiseks. Lepingupartnerid valib haigekassa (s.t haigekassa otsustab, milliste teenuseosutajatega lepingut sõlmida). Lepingupartnerite valiku eesmärk on tekitada piiratud ulatuses konkurentsi tervishoiuteenuste pakkumisel ja motiveerida teenuste kvaliteedi parandamist. Selle eesmärgiks on ka teenuste kättesaadavuse parandamine piirkondades, mida teenuseosutajad peavad vähem atraktiivseks. Haigekassa peab sõlmima lepingud kõigi haiglavõrgu arengukava haiglatega (19 aktiivravi haiglat). Peamise erandi moodustavad (era)hambaraviteenuse osutajad, kes süstemaatiliselt haigekassaga lepinguid ei sõlmi. Ligikaudu 20% arstiabi ostetakse valiku protsessi alusel, võttes arvesse mitmeid kriteeriume (nt teenuseosutaja geograafiline lähedus patsientidele, päevaravi osakaal, eelnevad kogemused), mille kinnitab haigekassa nõukogu.

Haigekassa kuulutab välja avaliku valiku ning kõik teenuseosutajad saavad esitada omapoolsed pakkumised. Neid pakkumisi hinnatakse vastavalt rangetele kriteeriumidele, mis jätavad suhteliselt vähe ruumi läbirääkimisteks haigekassa ja teenuseosutaja vahel. Selline praktika töö kaasa juhtumid, kus teenuseosutajad ei ole huvitatud haigekassa pakkumistel osalema (nt laste hambaravi). Seetõttu tuli haigekassal

eriala esindajatega arutada, kuidas tagada teenuste paremat kättesaadavust teatavates piirkondades.

Ravikindlustuse seadusega kehtestatakse lepingute üldine raamistik ning haigekassa nõukogu kinnitab lepingute üldpõhimõtted. Teenuseosutajatega sõlmimise lepingute üldtingimustes lepib haigekassa kokku teenuseosutajaid esindavate ühendustega, nagu Eesti Perearstide Selts ja Eesti Haiglate Liit. Haigekassa ja teenuseosutajate ühendused lepivad kokku lepingute üldtingimustes ning need kehtivad kõikidele teenuseosutajatele. Varem räägiti lepingutingimusi läbi üksikute teenuseosutajatega, mis muutis iga-aastase lepingute sõlmimise protsessi keerukamaks. Samuti tekkis olukordi, kus eri teenuseosutajatel olid erinevad lepingutingimused. Kuna lepingutingimustes lepitakse kokku teenuseosutajate ühendustega, on Eesti Haiglate Liit laienenud ning hõlmab kõiki arengukava haiglaid. Ebakõla tõttu Eesti Haiglate Liidus, mis tuleneb haiglate vastandlikest huvidest, on mõnikord raske jõuda ühisele kokkuleppele. Lisaks üldtingimustele on lepingu osaks rahalised lisad, mis lepatakse kokku iga teenuseosutajaga eraldi.

Haigekassa lepingud on väga põhjalikud ning nende täitmist kontrollib haigekassa ise. Lepingute tingimused hõlmavad ravi kättesaadavust, ravikvaliteeti, hüvitamistingimusi, andmete esitamise nõudeid ja osapoolte kohustusi tingimuste rikkumise korral. Ravi kättesaadavuse osas on teenuseosutaja kohustatud tagama tervishoiuteenuste kättesaadavuse kogu lepinguperioodi jooksul. Samuti kehtestatakse lepingus maksimaalsed ajad ravijärjekordadele: erakorralist arstiabi tuleb osutada koheselt, ambulatoorset eriarstiabi nelja nädala jooksul ja statsionaarset ravi kuue kuu jooksul. Haigekassa jälgib teenuseosutajate ravijärjekordi ning võtab vajadusel kasutusele ennetusabinõud, tehes näiteks ettepaneku rahaliste lisade muutmiseks, et tagada tervishoiuteenuste kättesaadavus.

Kui tervishoiuteenuste osutajad on välja valitud ja lepingu üldtingimustes tervishoiuteenuste osutajate ühendustega kokku lepitud, peetakse eriarstiabi osutajatega läbirääkimisi teenuste mahu ja keskmise ravijuhu maksumuse üle erialade lõikes. Seda tehakse vaid eriarstiabi puhul, kuna üldarstiabi lepingumahu osas läbirääkimisi ei toimu. Läbirääkimistel ei käsitleta tasustamisviise ja teenuste hindade

teemat, kuna see toimub teise korra alusel. Lepinguläbirääkimistel on oluline jõuda kokkuleppele ravijuhtude arvus, kuna see on eeltingimus, et haigekassa saaks täita oma eesmärgi tagada tervishoiuteenuste kättesaadavus vähemalt eelmise aasta tasemel. Kõnealuste läbirääkimiste tulemusena lepitakse kokku lepingumahud iga teenuseosutajaga.

Nagu eelnevalt mainitud, lepitakse rahalistes mahtudes kokku iga teenuseosutajaga eraldi. Rahalised mahud ja ravijuhtude arvud lepitakse kokku kvartalite kaupa statsionaarse, päevaravi ja ambulatoorse ravi ning erialade lõikes. Selline osadeks jagamine võimaldab haigekassal aktiivselt jälgida ja suunata teenuseosutajate käitumist. Lepingud lubavad ka teatavat rahalist paindlikkust. Esiteks on teenuseosutajatel lubatud erialade vahel ümber jagada kuni 5% lepingus ettenähtud summadest. Teiseks sisaldab iga leping reservi (tavaliselt 15% kogusummast), 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 täna haigekassa teatud tingimustel hüvitama 30% üle lepingumahu osutatud teenuste maksumusest.

Lepingute täitmist jälgitakse kvartalite kaupa juhtimisinfosüsteemi kaudu. Varem oli juhtumeid, kus mõne haigla lepingumahud täideti mitu kuud enne lepinguperioodi lõppu. Selle tulemusena tekkis olukord, kus mõned haiglad osutasid vaid erakorralist abi ja lükkasid edasi plaanilise arstiabi osutamise. Selliste olukordade vältimiseks pööravad haigekassa ja tervishoiuteenuse osutajad rohkem tähelepanu vajadustele vastavate lepingute kavandamisele ja ennetavale lepingute jälgimisele kvartalite kaupa.

Haigekassa on küll suurim tervishoiuteenuste ostja, kuid Tervishoiuamet vastutab kiirabi teenuste ostmise eest, rakendades mõnevõrra teistsugust ostmise protsessi. Kiirabi rahastamine toimub meditsiiniõdede ja arstide arvu alusel kiirabibrigaadi kohta, kuid lõplikud summad otsustatakse riigieelarve läbirääkimiste käigus. Aastaeelarve jaotatakse ja tehakse eraldised erinevatele tervishoiuteenuse osutajatele. Lepingus määratletakse asjaomaste osapoolte õigused ja kohustused, teenusestandardid ja eelarve täitmise aruannete esitamise kord.

Rahvaterviseteenuste peamine ostja on Tervise Arengu Instituut, kes vastutab kõikide riiklike rahvatervisealaste programmide ja strateegiatega elluviimise eest. Programmide kavandamise ja juhtimisega tegeleb Sotsiaalministeerium. Rahvaterviseprogrammidel ja -strateegiatel on nelja-aastased tegevuskavad, mille on kinnitanud valitsus või sotsiaalminister koos kavandatavate eelarveridade, tulemuslikkuse näitajate ja konkreetsete meetmetega. Enamik tegevuskavasid on ministeeriumidevahelised ja koondavad sellega seotud ministeeriumide tegevusi (nt südame- ja veresoonehaiguste ennetamise riiklik strateegia hõlmab Kultuuriministeeriumi, Põllumajandusministeeriumi ja Haridus- ja Teadusministeeriumi tegevusi). Nimetatud tegevuskavad võetakse aluseks riigieelarve üle peetavatel läbiarvustel, kus programmi eelarve kasvu tuleb selgelt põhjendada.

Pärast aastaelarve kinnitamist riigieelarve osana koostab Tervise Arengu Instituut igale programmile aastase tegevuskava. Instituut ei tee kõiki töid ise, vaid ostab sisse teenuseid valitsusvälistelt organisatsioonidelt (nt süstlavahetuse ja madala läve teenused), tervishoiuteenuste osutajatelt või eraettevõtetelt (nt riiklikud sotsiaalkampaaniad). Nagu kõik avaliku sektori asutused, peab ka Tervise Arengu Instituut järgima riigihangete seadust ning seetõttu peavad kõik lepingud, mille summa ületab 70 000 krooni (4475 eurot) olema sõlmitud täpselt vastavalt korrale. Rahvatervisealaste teenuste osutajate valik on väga piiratud. Mõningaid teenuseid (nt metadoonasendusravi) võivad osutada ainult tegevusluba omavad tervishoiuteenuste osutajad. Tervishoiuteenuse osutajad ei ole aga selliste teenuste osutamisest väga huvitatud teenuste madalate hindade ja raske sihtrühma tõttu, mille tulemusena teenuseosutajate konkurents tegelikult puudub. Seega on Tervise Arengu Instituudil teenuste kvaliteeti väga raske tõsta ning üks peamistest ülesannetest on teenuseosutajate konkurentsi soodustamine uutele teenuseosutajatele turu atraktiivsemaks muutmise teel.

3.6 Tasustamisviisid

Tervishoiuteenuste eest tasumine

Tasustamisviisid, haigekassa poolt hüvitatavate tervishoiuteenuste loetelu ja tervishoiuteenuste hinnad on reguleeritud valitsuse määru-sega ning neid ei kehtestata teenuseosutajatega peetavates lepingute läbirääkimistes. Tervishoiuteenuste loetelu haldamine on jäänud Eesti Haigekassa kohustuseks, kuigi ametlikud juhtimismehhanismid on muutunud (vaata allpool). Kõikide tervishoiuteenuste osutajate puhul kehtivad ühesugused hinnad ning ei toimu hindade kohandamist selliste tunnuste alusel, nagu näiteks õpetav haigla. Haigekassaga lepingu sõlminud teenuseosutajad võivad kehtestada piiratud ulatuses visiiditasu eriarsti ambulatoorsete külastuste eest ning voodipäevatasu piiratud arvu haiglapäevade ja haiglas standardist kõrgema kvalitee-diga majutuse eest. Teenuseosutajad, kellel haigekassa leping puudub, võivad kehtestada patsientidele „mõistlikud” tasud, mida otseselt ei reguleerita (2002. aastal jõustunud võlaõigusseadus (2001), vaata jaotis 10.2 „Peamised õigusaktid”).

1990. aastate algul koostas Sotsiaalministeeriumi tervishoiuteenuste ja -uuringute hinnakomisjon Saksa tervisesüsteemi eeskujul hüvitatavate tervishoiuteenuste hinnakirja. Nimetatud komisjoni kuulusid Eesti Arstide Liidu, haigekassade ning hiljem ka Haiglate Liidu esindajad. Esialgu loodi hinnakiri eesmärgiga maksta teenuse-osutajatele haiglaravi eest voodipäevade alusel, ambulatoorse abi eest vastuvõtutasudega ja mõne kõrge maksumusega teenuse eest teenuse-põhiselt. Tasud kohandati Eesti süsteemile, võttes aluseks kätte-saadavad kuluandmed ambulatoorsete vastuvõttude ja protseduuride kohta ning saadud proportsioone laiendati muudele teenustele. 1994. aastaks sai selgeks, et Saksa punktisüsteemi ei saa Eestis rakendada, kuna kuludes ja protseduuride valikus oli olulisi erinevusi. Süsteemi arendati edasi, muu hulgas lisati hinnakirja teised tervishoiuteenused, erinevad viisid haiglatele tasumiseks (voodipäeva-, vastuvõtu- ja teenusepõhine) ja kõikidele teenustele määrati täpsed hinnad.

2001. aastal lõpetas komisjon töö ning peaaegu samast ajast alates on teenuste tervishoiuteenuste loetellu kandmise või sealt välja-arvamise reeglid määratletud õigusaktidega. Alates 2002. aastast on

loetellu lisatavaid teenuseid hinnatud meditsiinilise efektiivsuse, kulu-
tõhususe ja täiendavate kulude põhjal. Enne 2001. aastat kinnitati
hinnakiri sotsiaalministri määrusega. Pärast 2001. aastat on hinnakirja
kinnitanud valitsus, et suurendada avalikku aruandluskohustust ja
muuta see teenuseosutajate mõjutuste suhtes vähem tundlikuks, kui
see oli siis, kui loetelu sai muuta sotsiaalministri otsusega. Teenuste
loetelu ja hindu ajakohastatakse vähemalt üks kord aastas.

Tervishoiuteenuste loetelus on kokku rohkem kui 2000 eri teenust ja
see hõlmab erinevaid tasustamismeetodeid. Eriarstiabi puhul kuuluvad
tasustamisviiside hulka eeskätt teenuse-, voodipäeva- ja diagnoosi-
põhine tasustamisviis (ingl k *diagnosis related groups, DRG*).
Ambulatoorse ravi puhul on peamine tasustamisviis teenusepõhine
tasu (laboratoorsed uuringud, radioloogia jt), statsionaarse arstiabi
puhul kasutatakse aga teenuse-, voodipäeva- ja diagnoosipõhise
tasustamisviisi kombinatsiooni (vaata tabel 3.13).

Tabel 3.13 Eri tasustamisviiside kulud raviliikide kaupa, 2005

Tasustamisviis	Ambulatoorne arstiabi (% kogukuludest)	Statsionaarne arstiabi (% kogukuludest)
Teenusepõhine tasu	83	24
Komplekshinnad	10	10
Voodipäevatasu	0	31
DRG	6	35

Allikas: Eesti Haigekassa, 2007.

Teenusepõhine tasu hõlmab voodipäevatasu ja tasu üksikute ravi-
protseduuride eest. Voodipäevatasu sisaldab patsiendi üldist läbi-
vaatust, diagnoosimist, ravi planeerimist, hooldust, toitlustamist,
lihtsamaid raviprotseduure, laboratoorseid uuringuid ja ravimeid.
Voodipäevatasu suurus sõltub meditsiinierialast ja patsiendi haiglas
viibimise ajast. Kui haiglas viibimine kestab rohkem kui vastava pro-
fiili järgne lubatud maksimaalne päevade arv, siis tasutakse järelravi
voodipäeva hinna alusel. Selline põhimõte on vähendanud keskmist
ravipäevade arvu, mis langes 11,4 päevalt 1994. aastal 6 päevani 2005.
aastal (aktiivravi puhul). Viimastel aastatel on keskmise ravipäevade

arvu kahanemine aeglustunud. Vastavalt haigekassa 2007. aasta aruandele pikenes haigekassa hüvitatava aktiivravi kestus 6,3 päevalt (2006. aastal esimesel poolel) 6,4 päevani (2007. esimesel poolel). 2008. aastaks prognoositakse taas keskmise ravipäevade arvu vähenemist seoses profiilipõhiste maksimaalsete voodipäevade arvu vähendamisega. Täiendavad protseduurid, näiteks operatsioonid ja laboratoorsed uuringud, tasutakse teenusepõhiselt.

1990. aastate lõpust on hakatud liikuma detailselt teenusepõhiselt tasustamissüsteemilt juhupõhisele, et vältida teenusepõhisest rahastamisest ajendatud vääri tegevusi, nagu üleravimine, kuid ka alaravimine ja valikuline lähenemine patsientidele. Komplekshinnad võeti kasutusele 1998. aastal mitme hästi piiritletud (peamiselt kirurgilise) protseduuri puhul, näiteks pimesooleoperatsioon, puusa- ja põlveliigese proteesimine ja normaalne sünnitus.

2001. aastal otsustas haigekassa võtta kasutusele DRG-põhise tasustamissüsteemi statsionaarsete ravijuhtude puhul ning uus süsteem rakendus 2004. aastal, kui haiglaraviteenuste eest tasumisel võeti kasutusele DRG süsteem. Tänu eelnevale teenusepõhisele tasustamisele ja hästi välja töötatud elektroonilistele andmeedastussüsteemidele, oli Eestis olemas suhteliselt selge ülevaade haiglate tegevusest. Seega oli uue süsteemi kasutuselevõtmise peamine rõhuasetus pigem raha efektiivne kasutus, pidades silmas haigekassa eelarve rangeid piiranguid. Kulude ohjamine oli eriti aktuaalne pärast seda, kui majanduskriis Venemaal hakkas mõjutama Eesti majandust 1999. aastal, põhjustades haigekassa eelarvereservide kasutuselevõtu. Järgnevate aastate jooksul kasvasid haigekassa eelarvetulud aeglaselt, samas kui kulud soodusravimite hüvitamisele kasvasid kiiremini kui üldine tulude kasv, põhjustades sellega tõsise surve haigekassa eelarvele. Seetõttu peeti DRG süsteemi peamiselt vahendiks teenuseosutajate tootlikkuse ja efektiivsuse suurendamisel. Juhupõhise tasustamissüsteemi kasutuselevõtmise põhjus oli ka viimaste aastate kiiresti kallinenud ravijuhu keskmine maksumus, mis ajavahemikul 2000. aasta jaanuar kuni 2002. aasta september kallines ligi 30%, kusjuures tervishoiuteenuste hinnatõusust oleks eeldanud vaid 13% ravijuhu keskmise maksumuse kallinemist.

2001. aastal alustas haigekassa tööd Põhjamaade DRG süsteemi (NordDRG) ülevõtmisega. Esmalt tehti kindlaks erinevused Eesti ja Skandinaavia maade protseduuri kodeeringute vahel, siis arutati välja DRG hinnad lähtuvalt Eestis kohalikest andmetest ja anti haiglatele tagasisidet nende enda tegevusest DRGde kaupa. DRG süsteemi kasutuselevõttu lihtsustas detailne ja kvaliteetne raviarvete informatsioon.

2003. aastal võeti raviarvete täitmisel kasutusele kõik DRGga seotud põhiklassifikaatorid ja alates 2004. aastast rakendatakse NordDRG süsteemi tasustamise meetodina. Raviarve eest tasumisel kasutatakse DRG süsteemi kombineerituna teenusepõhise tasustamisega arvutades ravijuhu maksumuse nii teenusepõhise kui ka DRG-põhise tasustamise korral ning mõlemale osale rakendatakse kokkulepitud koefitsiente. Uue süsteemi riskide minimeerimiseks kehtestati algselt DRG osatähtsuseks 10% (s.t 90% iga arve eest tasuti teenusepõhiselt).

2005. aastal tõsteti DRG osa 50%le ning seda taset on säilitatud. DRG erandite arvestamise süsteemi (printsiibid, mille alusel selekteeritakse ravijuhud, mis ei kuulu DRG-põhiselt tasustamisele) võib jagada kaheks. Esiteks teatud tunnustega juhte käsitletakse kui DRG erandeid ning need hüvitatakse täiel määral teenusepõhiselt. Teiseks hüvitatakse teenusepõhiselt need raviarved, mille maksumus on väga madal või väga kõrge võrreldes keskmise vastavasse DRGsse kuuluva ravijuhuga. Kõik statsionaarsed ravijuhud ja kirurgiliste protseduuridega seotud ambulatoorsed ravijuhud rühmituvad DRGdesse. Mõningate erialade puhul (nt psühhiaatria, taastusravi, hooldusravi ja järelravi) DRG-põhist tasustamist ei rakendata. Veel määratakse erandeid põhidiagnoosi alusel (nt keemiaravi) ja suunamise (näiteks edasisuunatud ravijuhu puhul tasutakse kõrgema taseme haiglale DRGde alusel ja madalama taseme haiglale teenusepõhiselt).

Haigekassa eesmärk on DRG osatähtsuse suurendamine, kuid konkreetselt eesmärgistatud osakaalu ei ole välja öeldud. DRG rakendamine täies mahus saab toimuda tulevikus, kui praeguses tervishoiuteenuste loetelus toodud tegevuste kodeerimine asendub alternatiivsete klassifikaatoritega. Lähiaastate suurimaks väljakutseks on leida mõistlik tasakaal DRG ja teiste tasustamisviiside vahel.

Üldiselt peaksid tervishoiuteenuste hinnad katma kõik teenuse osutamise seotud vajalikud kulud, välja arvatud teadus- ja koolitus-

tegevuse kulud, mida rahastatakse muudest allikatest. Tervishoiuteenuste loetelus kinnitatud hinnad on maksimumhinnad (n-ö piirhinnad) ning teenuseosutajad ja haigekassa võivad leppida kokku madalamates hindades. Tervishoiuteenuste loetelu (sh piirhindade) läbivaatamise võivad algatada teenuseosutajate ühendused, erialaseltsid või haigekassa. Uute teenuste lisamisel loetellu tuleb seda hinnata nelja kriteeriumi alusel: tõendatud meditsiiniline efektiivsus (hindab asjaomane erialaühendus), kulutõhusus (hindab tervishoiuökonomist), tervishoiuteenuse vajalikkus ja kooskõla riigi tervisepoliitikaga (hindab Sotsiaalministeerium) ning vastavus ravikindlustuse rahalistele võimalustele (hindab haigekassa). Tervishoiuteenuste loetelu vaadatakse läbi tavaliselt igal aastal.

2003. aastal alustas haigekassa tervishoiuteenuste hinnakujunduse projekti. Vajaduse tervishoiuteenuste hinnakujunduse laiaulatuslikuks ülevaatuseks tingis Eesti Arstide Liidu tugevnenud palganõudmised 2003. aastal. Selgus, et töötasu osa igas üksikus tervishoiuteenuse hinnas ei olnud selgelt määratletud. 2003. aasta juulis leppisid Eesti Haiglate Liidu juhatuse esimees ja haigekassa nõukogu esimees kokku, et haiglad hakkavad tegelema tervishoiuteenuste hinnakujundusmudeli väljatöötamisega ja esitavad haigekassale vajalikke kuluandmeid.

Projekti eesmärk oli muuta haigekassapoolne tervishoiuteenuste 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. Teine peamine eesmärk oli motiveerida teenuseosutajaid muutma oma kuluarvestussüsteemid paremini toimivateks ja suurendada teenuseosutajate huvi haiglasisesse kulude juhtimise vastu.

Lepiti kokku, et tervishoiuteenuste hinnakujunduse aluseks on tegevuspõhine kuluarvestusmetoodika (ingl k *activity-based costing, ABC*). 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 ressursside maksumused. Saadud andmeid kasutati sisendina iga tervishoiuteenuse hinna arvutamisel. Kuna erialade esindajad kalduvad oma tegevusi kirjeldades silmas pidama pigem ideaali, mitte keskmist ravitava, kontrolliti erialaesindajate esitatud teenusekirjelduste vastavust haiglatelt saadud tegelikele kuluandmetele ja teenusemahtudele. Selline tegevus aitas selgitada valdkonnad, mille puhul erialade esindajad olid oma teenuseid n-ö ülekirjeldanud. Lähtudes uutest tegevuspõhise metoodika alusel kujundatud hindadest koostati eelarvemõju prognoos, mis ületas ravikindlustuseelarve võimalusi.

Otsuse, milliste tervishoiuteenuste rahastamisel hakatakse rakendama uue metoodika järgseid hindu, tegi tervishoiuteenuste loetelule tervisepoliitilise hinnangu andmise komisjon, millesse kuulusid kõikide huvitatud osapoolte (tervishoiuteenuse osutajad, Eesti Arstide Liit, Sotsiaalministeerium, Eesti Haigekassa) esindajad. Tervishoiuteenuste hinnakujundust arendatakse jätkuvalt (2008. aastal on prioriteediks näiteks radioloogiauringute tegevuspõhiste hindade väljatöötamine) ning järk-järgult vähendatakse erinevust hindamis- mudeli alusel arvatud ja kehtivate hindade vahel.

Alates 2003. aasta juulist on haigekassa rakendatavate tervishoiuteenuste hindadele lisatud ehitiste kulum, et tagada infrastruktuuri arendamisel piirkondlik tasakaal ning seos osutatavate teenuste mahtudega. Ehitiste kulum lisati algselt ambulatoorsete eriarstivisiitide, operatsioonide, voodipäevatasudele ja komplekshindadele ning käesoleval hetkel sisaldub see peaaegu kõigis tervishoiuteenuste hindades (v.a ravimid ja meditsiiniseadmed). Ehitiste kulum on lisatud ka üldarstiabi- ja hooldusravi hindadele. Ehitiste kulumi arvestamisel on aluseks võetud teenuseosutajate optimaalne ruutmeetrite arv voodikoha jm ruumide kohta. Sellisel rahastamisviisil puudub otsene seos kapitaliinvesteeringute vajadusega. Alates 2008. aastast kaetakse ehitiste kulumiga seotud kulusid riigieelarvest haigekassa eelarvesse tehtava sihtotstarbelise eraldisena ning jagatakse teenuseosutajatele teenuste hindade raames (vaata jaotise 3.3 „Tulude kogumine / rahastamisallikad” alajaotis „Rahastamine välisallikatest”).

Perearstiabi eest tasumisel kombineerib haigekassa pearaha teiste tasustamisviisidega, mis kokku moodustavad praktilise eelarve (vaata

Tabel 3.14 Perearsti keskmise eelarve struktuur tasustamisviiside lõikes, 2006

Makseliik	2006 (% kogusummast)
Pearaha	73
Teenusepõhine tasu	15
Baasraha	10
Muud tasud	2

Allikas: Eesti Haigekassa, 2006.

Tabel 3.15 Perearstidele makstav tasu kroonides ja eurodes, 1999–2008 (valitud aastad)

Tasustamisviis	1999		2003		2008	
	EEK	€	EEK	€	EEK	€
Pearaha isiku kohta ühes kuus						
0–2-aastased	20,00	1,28	27,55	1,76	107,00	6,84
2–70-aastased	16,00	1,02	21,05	1,35	44,40	2,84
Üle 70-aastased	18,00	1,15	24,60	1,57	53,80	3,44
Teenusepõhine tasu (maksimaalne % pearahasummast)						
	18,0%		18,4%		27,0%	
Igakuine baasraha	5 000,00	319,60	5 290,00	338,10	11 955,00	763,90
Igakuised lisamaksud						
Töötamine 20–40 km kaugusel lähimast haiglast	700,00	44,70	700,00	44,70	1 400,00	89,46
Töötamine kaugemal kui 40 km lähimast haiglast	1 400,00	89,50	1 400,00	89,50	4 018,00	256,74
Perearsti diplomi tasu	1 000,00	63,90	1 000,00	63,90	–	–
Tulemustasu	–	–	–	–	4000,00	255,59

Allikas: Eesti Haigekassa, 2008.

Märkus: „–“: andmed puuduvad.

tabel 3.14). Prakssised saavad igakuiseid ettemakseid, mille suurus arvutatakse üle neli korda aastas, selleks et need kajastaksid võimalikke muutusi patsiendinimistutes (kuna patsiendid võivad perearsti vahetada).

Pearaha on Eestis kaalutud vastavalt patsientide vanusele ja arvestatakse kolme vanuserühma (alla 2-aastased, 2–69-aastased ja üle 70-aastased). Kui perearsti nimistus on vähem kui 1200 inimest (miinimumpraksise suurus), saab ta pearahapõhist tasu siiski 1200 inimese eest, et katta vajalikud kulud praksise pidamiseks. Pearahade suurused ja omavahelised proportsioonid on aja jooksul muutunud. Süsteemi esmakordsel rakendamisel 1998. aastal olid pearaha määrad kõigi vanuserühmade kohta võrdsed. Vanuserühmade pearahade erinevused sätestati 1999. aastal. 2003. aastal töötas haigekassa välja perearsti kulumudeli ning see suurendas pearaha erinevusi eri vanuserühmades ning pearaha määr alla kaheaastaste laste puhul suurenes rohkem kui 50%. Nimetatud tõus tuleneb sellest, et võrreldes ülejäänud vanuserühmadega kulub perearstil ja -õel väikelaste läbivaatusteks rohkem tööaega (muutused perearstide tasudes on toodud tabelis 3.15).

Perearstid võivad saada täiendavaid teenusepõhiseid tasusid uuringute ja protseduuride eest kuni 27% ulatuses pearahapõhise tasu eelarvest oma praksise kohta. Varem oli uuringufondi suuruseks 18% pearahapõhisest tasust, kuid arstide kvalifikatsiooni kasvu tõttu on see tõusnud. Protseuuride ja uuringute loetelu on aja jooksul täiendatud (et see sisaldaks rohkem teenuseid nagu laboratoorsed uuringud ja ultraheliuuringud), kuna perearstid on omandanud teadmisi ja oskusi selliste tervishoiuteenuste osutamiseks. Uuringufondi eesmärk on motiveerida perearste osutama rohkem teenuseid üldarstiabi tasemel. 2008. aastal tõuseb uuringufondi piirmäär ilmselt 32%ni nende arstide puhul, kes osalevad tulemustasusüsteemis (vaata allpool), et motiveerida rohkem perearste tulemustasusüsteemiga liituma.

Perearstipraksised saavad lisaks igakuist baasraha ruumide- ja transpordikulude katteks. Reformi algusaastail (1990. aastate lõpus) oli baasraha eesmärgiks toetada perearstireformi ja aidata perearstidel luua alus oma praksisele. Hiljem igakuine tasu säilitati ja nüüd on see mõeldud ennekõike püsikulude katmiseks. Täiendavalt on veel lisatasud neile perearstidele, kelle töökoht asub haiglast kaugemal kui 20 kilomeetrit. Varem oli ka lisatasu perearstidiplomiga arstidele, kuid alates 2007. aastast see tasu tühistati, kuna alates 2003. aastast on perearsti diplomi omamine haigekassaga lepingu sõlmimise eeltingimuseks.

2006. aasta jaanuaris rakendati perearstide tulemustasusüsteem. Selle algatuse peamine eesmärk oli suurendada ennetustegevuse kvaliteeti ja efektiivsust ning motiveerida perearste kroonilisi haigusi paremini jälgima. Tulemustasusüsteemi väljatöötamine oli haigekassa ja Eesti Perearstide Seltsi ühine algatus (Koppel ja Aaviksoo, 2007). Käesoleval ajal võivad perearstid valida, kas osaleda tulemustasusüsteemis või mitte. Esimene aasta (2007) on olnud julgustav, kuna süsteemis osales rohkem kui 60% perearstidest. Prioriteetsete valdkondade hulka kuuluvad vaksineerimised, verelipiidide ja glükoositaseme mõõtmine, mammograafia (45–59-aastastele naistele), II tüüpi diabeediga ja kõrgvererõhutõvega patsiendid. Lisaks arvestatakse teatud lihtsamate kirurgiliste protseduuride tegemist ja normaalse raseduse jälgimist. Perearstid peavad üks kord aastas saatma haigekassale elektroonilise aruande tulemuslikkuse näitajate kohta, mis sisaldavad andmeid krooniliste haigete ja neile teostatud protseduuride kohta. Haigekassa kontrollib aruannete vastavust oma raviarvete andmebaasiga. Maksimaalne tulemustasu määr ühes kuus on 4000 krooni (225 eurot).

Pearsti enda tasu ei sõltu ainult tema nimistu suurusest, vaid ka tegevusest, mistõttu ebavajalikud protseduurid vähendavad tema tulusid. Üldiselt on perearsti tasustamissüsteem loodud selliselt, et see motiveeriks perearste tegelema rohkem diagnostika ja raviga, tagaks ravi järjepidevuse ning kompenseeriks perearstidele väikelaste ja eakate inimeste jälgimise ning kaugemates piirkondades töötamisega seotud rahalised riskid.

Tervishoiutöötajate tasustamine

Nõukogude ajal töötasid tervishoiutöötajad riigiteenistujatena haiglates, mis olid riigi või omavalitsusüksuse omandis. Palgatasemed määrati kindlaks tsentraalselt. Alates 1990. aastatest on tervishoiutöötajate olukord tunduvalt muutunud, peamiselt seetõttu, et tervishoiualased õigusaktid tegid võimalikuks üksikisikust teenuseosutajal töötada eraõiguse alusel ning andsid teenuseosutajatele teistsugusest õiguslikust seisundist tulenevalt rohkem autonoomsust. Suurem autonoomia tähendab palgade määramise vabadust ja kuigi paljud asutused on siiani riigi või omavalitsusüksuse omandis, kehtestatakse palgatasemed tööandjate ja töötajate vaheliste läbirääkimiste teel.

Tervishoiutöötajate palku mõjutab igas asutuses mingil määral haigekassapoolne lepingumaht. Keskmiselt moodustavad palgad umbes 60% haigla kogukuludest. Kõigil tervishoiutöötajatel on sõlmitud lepingud haiglate või terviskeskustega, kuigi nimetatud 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.

Tervishoiutöötajad, kes tegelevad ambulatoorse ja statsionaarse raviga haiglates, on tavaliselt palgatöötajad. Võib eeldada, et viimastel aastatel toimunud haiglate ühinemiste käigus on mõnel kitsa eriala spetsialistil õnnestunud läbirääkimiste teel saavutada keskmisest kõrgem palgatase. Teistel tervishoiutöötajatel, sh proviisoritel, on töölepingu alusel määratud palgad, mis sõltuvad üksnes teenuseosutaja või apteegi eelarvest.

Tervishoiuteenuste osutajad on küll eraõiguslikud üksused, kuid Sotsiaalministeerium jälgib nende majandustegevust ja palgataset statistikaaruannete ja iga-aastaste palgauuringute kaudu. Andmed kajastavad peamiselt keskmisi põhipalku (vaata tabel 3.16).

Tabel 3.16 Tervishoiutöötajate keskmised tunnitasad ja kuupalgad kroonides (eurodes), 2002 ja 2007

	2002		Keskmine tunnitasu	2007	
	Keskmine tunnitasu	Keskmine kuupalk		Keskmine kuupalk	Kuupalga tõus 2007/2002 (%)
Arstid	60,7 (3,88)	10248 (654,79)	98,7 (6,31)	20 246 (1293,67)	(97,57)
Õed ja ämmaemandad	29,0 (1,85)	4860 (310,54)	48,3 (3,09)	9 178 (586,48)	(88,86)
Hooldajad	17,3 (1,11)	2981 (190,49)	28,0 (1,79)	5 480 (350,19)	(83,83)

Allikas: Sotsiaalministeerium, 2007.

4 Korraldamine ja planeerimine

Eestis tervisesüsteemi korraldamise ja planeerimisega tegelevad lisaks Sotsiaalministeeriumile ja Eesti Haigekassale ka teised avalik-õiguslikud asutused. Riik ja kohalikud omavalitsused mõjutavad nõukogudes osaledes haiglate juhtimist ning patsiendid on esindatud nii Sotsiaalministeeriumi töörühmades ja komisjonides kui ka Eesti Haigekassa nõukogus. Üldiselt põhineb tervisesüsteemi haldamine pigem õiguslikul reguleerimisel ja lepingulistel suhetel kui alluvussuhetel.

4.1 Korraldamine

Eesti Vabariigi põhiseaduse §28 kohaselt on inimestel õigus tervise kaitsele ja sotsiaalkaitsele. Põhiseaduslikku õigust defineeritakse täiendavalt teistes tervishoiualastes seadustes ja määrustes. Riigi tasandil vastutab Sotsiaalministeerium tervise-, sotsiaal- ja tööpoliitika eest. Eesti tervisesüsteem koosneb peamiselt avalik-õiguslikest asutustest (sealhulgas Eesti Haigekassa) ning eraõiguslikest tervishoiuteenuste osutajatest. Eestis põhineb tervishoiuteenuste osutamine eelkõige lepingutel ning seda reguleerivad tervishoiualased määrused, äriseadustik ja muud riiklikud õigusaktid. Eesti tervisesüsteemi raamistik on sätestatud neljas suuremas õigusaktis: ravikindlustuse seaduses (esmane jõustumine 1992), tervishoiuteenuste korraldamise seaduses (esmane jõustumine 1994), rahvatervise seaduses (1995) ja võlaõigusseaduses (2001). Nende seaduste vastuvõtmisest alates pole olulisi makrotasandi muudatusi toimunud.

Tervisesüsteemi korraldamise ja järelevalve eest vastutab Sotsiaalministeerium. Tervishoiualaste seaduste jõustamine toimub valitsuse ja ministri määruste abil. Sotsiaalministeerium rakendab ka laiemaid

tervishoiuprogramme (strateegiaid), mis tuleb välja töötada vastavalt Rahandusministeeriumi suunistele ning mille rahastamiseks riigieelarvest on vaja valitsuse heakskiitu (Rahandusministeerium, 2006; Eesti Vabariigi Valitsus, 2005). Selliste uute strateegiatega parimad näited tervishoiu valdkonnas on riiklik HIV/AIDSi strateegia aastateks 2006–2015 ja südame-veresoonkonna haiguste ennetamise riiklik strateegia aastateks 2005–2020. Need strateegiad kiidab heaks valitsus, millest nähtub, et juhtimise ja rahastamise eest vastutatakse kõrgeimal tasemel.

Rahvatervise valdkonnas on valitsuse ülesanne välja töötada ja kiita heaks tervise edendamise ja haiguste ennetamise programme. Viimaste aastate jooksul on koostatud riiklik tervisepoliitika dokument, mille eeldatavaks tulemuseks on aastateks 2008–2020 välja töötatud rahvastiku tervise arengukava vastuvõtmine aastal 2008. See dokument järgib „tervis kõigile” põhimõtteid ning paneb aluse kõikidele programmidele ja tegevustele, mille eesmärk on parandada elanikkonna tervislikku seisundit Eestis. Sotsiaalministeeriumi juhtimisel on mitmed rahvusvahelised ja riiklikud eksperdigrupid alates 1990. aastate keskpaigast valmistanud ette mitmeid tervisepoliitikat käsitlevaid dokumente. Eesti haiglavõrgu arengukavas on näiteks loetletud haiglad, kes tegutsevad avalikes huvides ning kellel on seetõttu õigus riigi abile. Oluline tervisepoliitikat käsitlev dokument on ka Eesti hooldusravi arengukava aastani 2015 ning uus esmatasandi tervishoiu arengukava, millega kujundatakse õendushooldusasutuste ja esmatasandi tervishoiu infrastruktuur ning mis on aluseks ELi vahendite paigutamisele.

Riigi tasand

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 rahvatervise teenuste õiguslikku reguleerimist ja järelevalvet. Ministeerium tegeleb ka kindlustamata isikutele kiirabiteenuse ja vältimatu abi teenuste osutamise korraldamise ja rahastamisega.

- Justiitsministeerium vastutab vanglates ja Siseministeerium teistes kinnipidamisasutustes pakutavate tervishoiuteenuste eest.
- Kaitseministeerium korraldab ja maksab sõjaväepersonali üldarstiabi teenuste eest.
- Rahandusministeerium vastutab riigieelarve ning tervishoiu-
alaste kulutuste järelevalve ja juhtimise eest.

Mõnel teisel ministeeriumil (Põllumajandusministeerium ja Keskkonnaministeerium) on täita vähem tähtis roll rahvatervise programme teatud osade rakendamisel.

Kesktaandil tegelevad teatud tervishoiuteenuste korraldamisega jätkuvalt maakonnad. Maavalitsused vastutavad esmatasandi arstiabi korraldamise ja järelevalve eest. Eesti kohalikel omavalitsustel puudub formaalne vastutus tervise valdkonnas, kuid nad osalevad tervishoiuteenuste osutamise korraldamises haiglate, haiglavälise arstiabi asutuste ja perearstipraksiste omanikena (viimati mainitud ülesanne alates 2008. aastast). Nende roll tervishoiuteenuste rahastamisel on vähenenud, nagu on näha tervishoiu kogukulude näitajatest, kuid see võib riigi ja kohalike omavalitsuste vahelise õendushoolduse kaasfinantseerimise heakskiitmise korral taas suurenedada.

Tervisealane seadusandlus

Allpool kirjeldatakse tervisealaseid õigusakte alates taasiseseisvumisest ning tabelis 4.1 esitatakse skemaatiline ülevaade kõige olulisematest tervisealastest õigusaktidest.

1991–1999

Selle perioodi alguses võttis Riigikogu vastu tervisesüsteemi teatud valdkondi reguleerivad õigusaktid. Perioodi lõpupoole vaadati läbi peamised õigusaktid osaliselt selleks, et kõrvaldada puudujääke ja edendada edasisi poliitilisi eesmärke nagu efektiivsuse tõstmine, osaliselt aga selleks, et arvesse võtta ELiga ühinemise nõudeid ja õigussüsteemi muudatusi. Mõnel juhul oli muudatuste ulatuslikkust ja õigussüsteemi muutumist arvestades lihtsam koostada uus seadus,

kui olemasolevat muuta. Kõnealusel perioodil võeti vastu esmatähtsaid tervisesüsteemi korraldamise seadusi, kuid ka spetsiifilisemaid seadusi, nagu näiteks psühhiaatrilise abi seadus ning kunstliku viljastamise ja embrüokaitse seadus.

2000–2003

Eesti Haigekassa seaduse (2000) kohaselt asutati Eesti Haigekassa, mis on sõltumatu avalik-õiguslik organisatsioon, mida juhib riigi, tööandjate ja töötajate esindajatest koosnev nõukogu. Nõukogu tugedab ravikindlustussüsteemi strateegilise ostmise rolli, tagab organisatsioonilist tõhusust ning kannab avalikku vastutust haigekassa tegevuse eest. Eesti Haigekassa seaduses ja valitsuse heaks kiidetud Eesti Haigekassa põhikirjas määratletakse üksikasjalikult haigekassa tegevuse põhimõtted ja vastutusala.

Tervishoiuteenuste korraldamise seadusega (2001) sätestati järgmised muudatused: planeerimise retsentraliseerimine riigi tasandile, arstide ja tervishoiuteenuse osutajate uute tegevusloa nõuete kehtestamine, teenuseosutajate õigusliku seisundi määratlemine eraõiguslike asutustena ning eri rahastamisallikate finantseerimiskohustuste täpne määratlemine. Kindlustamata isikute kiirabiteenuste eest maksmine toimub näiteks riigieelarvest, mida haldab Sotsiaalministeerium, kuid kinnipeetavate tervishoiuteenuste ning kohtumediitsiini ja -ekspertiisi rahastamise eest vastutab Justiitsministeerium. Omavalitsustele konkreetseid rahastamiskohustusi ei pandud.

Võlaõigusseaduse (2001) koostas Justiitsministeerium ning selle eesmärk on reguleerida eri sektorite kõiki lepingulisi suhteid, kaasa arvatud kindlustusandja ja kindlustatu suhted eraravikindlustuse valdkonnas ning patsiendi ja tervishoiuteenuse osutaja suhted tervishoiuteenuste osutamisel. Tervishoiuteenuste osutamise lepinguid ja kokkuleppeid käsitlev peatükk reguleerib patsiendi ja teenuseosutaja vahelisi suhteid, kehtestab nõuded seoses patsiendi teavitamise ja patsiendi ravieelse teadva nõusolekuga, privaatsuse ja teenuseosutaja vastutusega ravivigade korral. Seadusega sätestatakse samuti, et juhul, kui tervishoiuteenuste eest ei tasu kolmas pool või kohustuslik ravikindlustus, peab patsient maksuma kehtestatud, kokkulepitud või tavalise tasu, selle puudumisel aga mõistliku tasu. Seaduse kõnealune

Tabel 4.1 Ülevaade kõige olulisematest tervishoiualastest õigusaktidest, 1991–2005

Õigusakt	Ettevalmistamise aeg	Riigikogu heakskiit	Rakendamine	Praegune staatus
Ravikindlustuse seadus	1989–1991	juuni 1991	aprill 1992	Muudetud 1994 ja 1998; asendatud 2002. aasta ravikindlustuse seadusega
Tervishoiukorralduse seadus	1993–1994	märts 1994	aprill 1994	Asendatud 2002. aasta tervishoiuteenuste korraldamise seadusega
Rahvatervise seadus	1993–1995	juuni 1995	juuli 1995	Kehtiv, mitmete hilisemate muudatustega seoses ELiga ühinemisega
Ravimiseadus	1993–1995	detsember 1995	1996	Asendatud 2004. aasta ravimiseadusega
Psühhiaatrilise abi seadus		veebruari 1995	märts 1997	Kehtiv, hilisemate muudatustega
Kunstliku viljastamise ja embrüokaitse seadus		juuni 1997	juuli 1997	Kehtiv, hilisemate muudatustega
Raseduse katkestamise ja steriliseerimise seadus		november 1998	1999	Kehtiv
Töötervishoiu ja tööohutuse seadus		juuni 1999	juuli 1999	Kehtiv, hilisemate muudatustega
Eesti Haigekassa seadus	1999–2000	juuni 2000	jaanuar 2001 (rakendatud osaliselt oktoobris 2000)	Kehtiv, hilisemate muudatustega
Tubakaseadus	1990. aastate keskel, Riigikogule esitatud oktoobris 1999	juuni 2000	jaanuar 2001	Kehtiv; muudatustega eelnõu esitatud Riigikogule 2004. aastal
Tervishoiuteenuste korraldamise seadus	1999–2001	mai 2001	jaanuar 2002	Kehtiv; asendab 1994. aasta tervishoiukorralduse seadust

Võlaõigus-seadus		september 2001	juuli 2002	Kehtiv
Ravikindlustuse seadus	1999–2001	juuni 2002	oktoober 2002	Kehtiv; asendab 1992. aasta ravikindlustuse seadust
Nakkushaiguste ennetamise ja tõrje seadus	1997–2002	veebruari 2003	november 2003	Kehtiv
Ravimiseadus	2002–2004	detsember 2004	märts 2005	Kehtiv; asendab 1995. ravimiseadust
Vereseadus	2003–2005	veebruari 2005	mai 2005	Kehtiv
WHO põhikiri kõigi muudatustega	2004	jaanuar 2005	veebruari 2005	Kehtiv
WHO tubaka tarbimise leviku vähendamise raamkonventsioon		mai 2005	juuni 2005	Kehtiv

Allikas: Jesse *et al.*, 2004 (kohandatud).

Märkus: EL: Euroopa Liit.

peatükk sisaldab praegu ainsat olemasolevat üldist eeskirja, millega reguleeritakse patsientide õigusi lisaks käesolevas peatükis mainitud muudes õigusaktides sätestatud õigustele. Kuna seadus tugineb Saksamaa õigusaktidele ning koostajate hulgast jäi välja Sotsiaalministeerium, siis on mõned seaduse osad ebaselged. Ravikindlustust käsitlevas peatükis sätestatakse miinimumnõuded seoses eri liiki ravikindlustuse ooteaegade, kindlustusmaksete muutmise tingimustega jne. Kõnealuses peatükis sisalduvat eeskirja ei ole püütud kohandada Eesti praegusele olukorrale, mistõttu peatüki mõni osa ei ole asjakohane (näiteks on ülearune pärast pensionile jäämist jätkuva ravikindlustuse ning laste ravikindlustuse reguleerimine, sest nii pensionäride kui ka laste ravikindlustuse katab Eesti Haigekassa).

Ravikindlustuse seaduse (2002) eesmärk on täpsemalt reguleerida kõiki ravikindlustussüsteemi aspekte, sealhulgas kindlustustingimusi, hüvitisi, hüvitatavate tervishoiuteenuste ja ravimite loetelusid ja hüvitamise määrasid, kindlustatute omaosaluse ülemmäärasid ning Eesti Haigekassa ja teenuseosutajate vahelisi lepingulisi suhteid.

Nakkushaiguste ennetamise ja tõrje seadus (2003) võeti pärast viie aasta pikkust ettevalmistamist vastu 2003. aastal. Seadus reguleerib nakkushaiguste tõrje ja kontrolli korraldamist ja nakatunud isikutele arstiabi andmise korda ning sätestab riigi ja kohalike omavalitsuste, juriidiliste ja füüsiliste isikute, sealhulgas tervishoiuteenuste osutajate kohustused. Seadus hõlmab kõiki nakkushaiguste leviku tõkestamise tavapäraseid abinõusid immuniseerimisest haiglanakkuse tõrjeni ning laboriuuringute tegemise lubadest kuni tahtest olenematu ravini raskete nakkushaiguste korral. Viimasel juhul sätestab seadus tingimused raviks halduskohtu loal, kui isik keeldub ravist. Seadus määratleb rasked nakkushaigused, nagu katk, koolera, kollapalavik, viiruslikud hemorraagilised haigused ja tuberkuloos. Haiglanakkuste korral määratleb seadus tervishoiuteenuste osutajatele ettenähtud seire- ja tõrjenõuded ning asjaomaste asutuste teavitamise nõude nakkuse korral.

2004–2008

Sellel ajavahemikul pole seadusandlus olnud kuigi aktiivne, sest enamik organisatsioonilisi muutusi toimusid eelneva nelja aasta jooksul. Kuna (esialgne) kõiki ravimituru aspekte reguleeriv 1995. aasta ravimiseadus oli iganenud, kiitis Riigikogu pärast pikki arutelusid 2004. aasta detsembris heaks uuendatud ravimiseaduse. Lisaks sellele võeti 2005. aastal vastu uus vereseadus, millega reguleeritakse verepreparaatide valmistamist ja ohutusnõudeid. Hetkel puudub poliitiline tahe olemasoleva süsteemi märkimisväärseks muutmiseks ning suuremate reformide kavandamiseks. Kuigi rahvatervise seadus on iganenud, tuleb enne selle seaduse muutmist 2008. aastal vastu võtta uus rahvatervise strateegia.

Ravikindlustuse reguleerimine ja haldamine

Riigikogu võttis esimese ravikindlustuse seaduse vastu 1991. aastal ning seadus jõustus 1992. aastal. Seaduses sätestati diferentseeritud ravikindlustusmaksu määrad: sihtotstarbeline maksumäär 13% tööandja palgafondilt. Talupidajatele ja füüsilisest isikust ettevõtjatele kehtisid vastavalt 1,6% ja 5,7% maksumäär, mis lähtus nende toodangust saadavast tulust. Lisaks sellele oli kohalikel omavalitsustel õigus tõsta maksumäära kuni 3% võrra, kui leiti, et töötingimused

võivad tervist ohustada. Ajavahemikul 1992–1993 oli Eestis 22 sõltumatut kohalikku haigekassat, igas 15 maakonnas, kuues linnas ning üks meremeeste haigekassa. Haigekassa töö korraldati rangelt piirkondlikul printsiibil, neil oli sõltumatu finantsjuhtimine ning nad vastutasid diferentseeritud ravikindlustusmaksu kogumise eest. Eri piirkondlike haigekassade poolt kindlustatav elanikkond ei olnud arvuliselt võrdne, ulatudes 10 000 elanikust 400 000 elanikuni, kusjuures enamikus haigekassades oli kindlustatute arv 30 000 kuni 40 000. 1994. aastal loodi ebatõhusaks osutunud Ravikindlustuse Assotsiatsiooni baasil Keskhaigekassa, eesmärgiga tugevdada keskseid funktsioone, planeerimist, tulude ümberjaotamist ja kontrolli rahaliste vahendite üle. Kehtestati kohaldatav sotsiaalmaksumäär (13% palgaeraldistest ravikindlustusele ja 20% pensionikindlustusele). Keskhaigekassa tööd juhtis Eesti Ravikindlustusnõukogu, mis koosnes 15 liikmest: viis riigiasutuste esindajat, viis tööandjate organisatsioonide esindajat ja viis kindlustatud isikute ühenduste esindajat. 1999. aastal võttis Eesti Maksu- ja Tolliamet täielikult üle vastutuse sotsiaalmaksu kogumise eest.

2000. aasta Eesti Haigekassa seaduse kohaselt on Eesti Haigekassa ühtne, iseseisev avalik-õiguslik organisatsioon, mis vastutab tervishoiuteenuste ostmise ja maksmise eest. Esialgu oli haigekassa jaotatud seitsmeks piirkondlikuks ja keskosakonnaks, kuid pärast 2004. aastal toimunud ümberkorraldusi jäi järele ainult neli piirkondlikku osakonda ja keskosakonnad. Praeguse korralduse alusel hõlmab iga piirkondlik osakond 200 000–500 000 kindlustatud isikut. Kõnealune protsess kajastab tendentsi ka teiste avalik-õiguslike organisatsioonide juhtimisorganite tsentraliseerimise suunas (näiteks kahanes nii politsei- ja prefektuuride kui ka maakohtute arv 2004. ja 2006. aastal vastavalt 17-lt 4-le). Praegu on piirkondlikel osakondadel eeskätt nõuandev roll: nõustatakse piirkonna teenuseosutajaid ning aidatakse kodanikel teenuseosutajaid valida, kuna alates 2006. aastast saab tervishoiuteenuste osutajat Eestis vabalt valida. Eesti Haigekassa juhtorgan on 15-liikmeline nõukogu, mille esimees on sotsiaalminister. Nõukogu valib viieks aastaks juhatuse, kes vastutab Eesti Haigekassa igapäevase juhtimise eest.

Eesti Haigekassa vastutab kindlustatud isikutele osutatud ennetavate tervishoiuteenuste ja raviteenuste kulude katmise eest. Haigekassa rahastab ka ravimite ja meditsiiniseadmete ostmist ning maksab näiteks hüvitist ajutise töövõimetuse korral. Juhul kui teatud tervishoiuteenus pole Eestis kättesaadav, siis korraldab Eesti Haigekassa piiriülese tervishoiuteenuse ostmise ja kasutamise. Välismaal viibimise ajal tervishoiuteenuste tagamiseks väljastab Eesti Haigekassa Euroopa ravikindlustuskaardi ning hüvitab Eesti kodanikele teistes ELi liikmesriikides osutatud tervishoiuteenuste kulud (vaata jaotis 3.2 „Elanikkonna kindlustuskaitse ja kindlustuskaitse alused”).

Tervisekindlustust pakkuvad kindlustusettevõtted peavad järgima erakindlustusele kohaldatavaid õigusakte ning tervishoiualast järelevalvet nende üle ei teostata (täiendav teave vabatahtliku ravikindlustuse kohta on esitatud jaotise 3.3 „Tulude kogumine / rahastamisallikad”, alajaotises „Vabatahtlik ravikindlustus”).

Tervishoiuteenuse osutajate tegevuse reguleerimine ja haldamine

1990. aastatel kuulus tervishoiutöötajate ja teenuseosutajate litsentseerimine ja tervisesüsteemi järelevalve Sotsiaalministeeriumi pädevusse. Pärast uude õigusruumi üleminekut tekkis ilmne vajadus selgemate tegevusloa nõuete järele. Muudatused olid vajalikud ka selleks, et valmistuda ühinemiseks Euroopa Liiduga ning ühtlustada tervishoiutöötajate vaba liikumist soodustavad eeskirjad (Jesse *et al.*, 2004). 2002. aastal jõustus uus tervishoiuteenuste korraldamise seadus, millega asutati teenuseosutajatele tegevuslubade andmisega ja tervisesüsteemi järelevalvega tegelev eraldiseisev riigiasutus, Tervishoiuamet. Kõik arstid, hambaarstid, õed ja ämmaemandid peavad end Tervishoiuametis registreerima, enne kui tohivad osutada tervishoiuteenuseid. Olenemata Eesti Haigekassa lepingu olemasolust peab tervishoiuteenuste osutajal olema ka litsents ehk tegevusluba. Maakonna tasandil vastutab esmatasandi arstiabi andmise ja järelevalve eest maavanem.

Tervishoiutöötajad

2001. aasta lõpus oli Eestis 33 tunnustatud arstieriala ja 2 tunnustatud hambaravieriala, kusjuures varem oli erialasid kokku 42. Perearstiabi sai erialana tunnustuse esmakordselt 1993. aastal. Eriarsti kvalifikatsiooni saamiseks tuleb läbida kolme kuni viie aasta pikkune residentuuriprogramm. Osana tervishoiureformist on tulnud igal erialal koostada arengukava, milles muu hulgas määratletakse selle eriala residentuuriprogrammi sisu. Arsti kandmisel Tervishoiuametis peetavasse riiklikku arstide registrisse kohandatakse kogu arsti eelnevalt omandatud või rahvusvaheline erialane ettevalmistus vastavaks ühele ametlikest erialadest. Erialasisene edasine spetsialiseerumine on lubatud juhul, kui arst on eelnevalt spetsialiseerunud ühele põhierialadest, kuid seda ei tunnustata ametlikult ning sellist koolitust ei reguleerita õiguslikult ega rahastata riiklikest vahenditest.

Tervishoiuteenuste osutajad

1990. aastate alguses tekkis väikesel arvul tulunduslikke tervishoiuteenuste osutajaid. Suurem osa neist organisatsioonidest olid Sotsiaalministeeriumi (kuna kõik kolmanda ja mõned teise taseme haiglad olid riigi allasutused) või kohalike omavalitsuste (statsionaarse teise tasandi arstiabi ning suurem osa ambulatoorsest eri- ja üldarstiabist) vahetu järelevalve all. Õigusnormide puudumisel asutasid mõned omavalitsused haiglad mittetulundusühingutena, mõned aktsiaseltside ja üksikud munitsipaalasutustena. Sellest tulenevalt erinesid haiglad oma juhtimise autonoomsuse ja aruandekohustuse poolest. Kuigi riigi või munitsipaalasutuse staatuses haiglatel oli teistest haiglatest vähem juhtimisvabadust, ei olnud Sotsiaalministeerium ega omavalitsused juhtimisse otseselt kaasatud ning haiglate aruandekohustuse tase oli madal.

2002. aastal jõustus uus tervishoiuteenuste korraldamise seadus, milles kõiki teenusepakkujaid määratletakse selgelt eraõiguse alusel toimivate eraõiguslike üksustena, milles avaliku sektori huve esindavad nõukogudesse kuuluvad üldsuse esindajad. Perearstipraksised on kas äriühingud või eraettevõtted, mille omanikuks on perearst(id) või kohalikud omavalitsused. Haiglateenuste osutajate võimalik õiguslik vorm on (tulunduslik) aktsiaselts või (mittetulunduslik)

sihtasutus. Sarnaselt teistele autoritele näitab Tsolova *et al.* (2007), et uued korraldus- ja juhtimisvormid suurendasid haiglate juhtimise autonoomsust ning tõid kaasa haiglateenuste suurema kulutõhususe. Erinevalt teistest tervishoiuteenuste osutajatest võivad kiirabi- ja muude terviseteenuste osutajad omandada teistsuguse õigusliku vormi, kuid tervishoiuteenuse osutamiseks peab MTÜ ikkagi looma äriühingu.

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

- (avalik-õiguslikele ja/või eraõiguslikele) tervishoiuasutustele ja kõigile tervishoiuteenuste osutajatele, välja arvatud perearstipraksistele, tegevusloa väljastamine;
- arstide, hambaarstide, õdede ja seotud erialade (nt ämmaemanda) registreerimine;
- asutuste ja tervishoiutöötajate tegevuslubade uuendamine iga viie aasta järel (tervishoiutöötajate registreerimine on tähtajatu);
- meditsiiniseadmete ja ravimite registreerimine – Eestis toodetud ja müüdnud meditsiiniseadmete ja ravimite puhul on vajalik Ravimiameti heakskiit ning litsentsi peavad Ravimiametilt hankima ka apteegid;
- ohutustunnistus (kiirgus-, tule-, keskkonna- ja tööohutus) – meditsiiniseadmete või teiste tervishoiuseadmete ohutustunnistused peab heaks kiitma Ravimiamet või Tervisekaitseinspeksioon või mõni teine pädev asutus;
- vabatahtlikud asutusevälised kvaliteedi hindamise ja parendamise programmid, mis on kooskõlas kohustusliku kontrolli nõuetega.

Ostmisprotsessi reguleerimine ja haldamine

Kõik Eesti tervishoiuturul osalejad on kas avalik-õiguslikud või era-õiguslikud organisatsioonid. Tervishoiuteenuse ostjateks on peamiselt avalik-õiguslikud organisatsioonid, nagu näiteks Eesti Haigekassa, Tervishoiuamet ja Tervise Arengu Instituut, kes kõik ostavad mitmesuguseid tervishoiuteenuseid (Eesti Haigekassa kui tervishoiuteenuste ostja ning Tervishoiuameti kui kiirabiteenuste rahastaja rolli kirjeldatakse üksikasjalikult jaotises 3.5 „Ostmine ja ostja-pakkuja suhted”; rahvatervisealaste teenuste ostmist Tervise Arengu Instituudi poolt kirjeldatakse 3. peatükis „Rahastamine” ja 6. peatükis „Teenuste osutamise”). Ostmisprotsessi aluseks on lepingud, mis varieeruvad lähtuvalt ostjate ja pakkujate teenuste iseloomust ja ulatusest. Eesti Haigekassa lepingud on kujunenud enam kui kümne aasta pikkusest võrdsetel alustel toimivast suhtest teenusepakkujatega. Tervishoiuamet on avalik-õiguslik kiirabiteenuse ostja ning tagab piisava teenusega kaetuse riiklikul tasandil. Lepingu sisu hõlmab nii osapoolte õigusi ja kohustusi, teenuste standardit kui ka nõudeid finantsaruandlusele.

Eesti Haigekassa ja haiglateenuste pakkujate vaheliste lepingute kestus on erinev, sõltudes avalikest huvidest. Eesti haiglavõrgu arengukavas 2015 (*Hospital Master Plan 2015*) loetletud haiglad saavad viieaastase lepingu, kõik teised kolmeaastase lepingu. Need lepingud ei sisalda kõigi tulevaste aastate teenuste mahtu ja kulusid, vaid nendega määratakse üksnes teenuste tüübid nimetatud perioodiks. Selline mehhanism on vajalik, kuna Eesti Haigekassa eelarve kinnitatakse igaks aastaks, vastavalt riigieelarve eeskirjadele. Nagu varem kirjeldatud, osutavad haiglavõrgu arengukava haiglad enamiku statsionaarsetest ja ambulatoorsetest teenustest (ligikaudu 80%). Seega ostetakse vaid 20% teenustest teiste teenuseosutajatega läbirääkimise või lepingupartnerite valiku teel. Lepingut saab muuta üksnes teatud eritingimustel.

Ostmisprotsess hõlmab pidevat lepinguliste mahtude ja kulude jälgimist. Peale selle oodatakse teenuseosutajalt lepinguliste kohustuste täitmise aktiivset jälgimist, kuna kokku lepitud kulude ületamise korral kohaldatakse teenuseosutajatele teatud piiranguid. Üldise reegli kohaselt ei ole Eesti Haigekassal kohustust lepingus määratletud eel-

arvet ületavaid kulusid hüvitada, eriti juhul, kui pole saavutatud lepingus sätestatud minimaalset ravijuhtude arvu ei statsionaarsete ega ambulatoorsete teenuste osas (vaata jaotis 3.5 „Ostmise ja ostjapakkuja suhted”).

Tervishoiuteenuste kvaliteedi reguleerimine

Tervishoiu kvaliteet tuli Eestis arutusele alles pärast nõukogude korra alt vabanemist. Tsentraliseeritud planeerimise teel juhitudas Semaško süsteemis ei pakkunud kvaliteediküsimused tervishoiuteenuste osutajatele olulist huvi. Euroopas tõstatati selliseid küsimusi osaliselt patsiendi kasvava tähtsuse ja hästiarenenud patsiendiõiguste tõttu (Kaarna *et al.*, 2005). Selle tulemusena on tervishoiutöötajate õppekavadesse lisatud kvaliteediküsimused ning toimunud on mitmesugused muutused tervisesüsteemides. Alates 1995. aastast on koostöös rahvusvaheliste ekspertide ja organisatsioonidega (näiteks Maailmapank ja Hollandi Tervishoiu Edendamise Instituut (ingl k *Dutch Institute for Healthcare Improvement*)) koostatud mitmeid tervishoiu kvaliteeti käsitlevaid poliitikadokumente. Uus tervishoiuteenuste korraldamise seadus, mis sätestab 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 mitmeid muutusi (vaata tabel 4.2). Tervishoiutöötajad ei pea läbima ametlikku akrediteerimisprotsessi, vaid peavad ennast enne tervishoiuteenuse osutamist registreerima Tervishoiuameti riiklikus registris. Registreeritud tervishoiuteenuse osutajad peavad täitma ametlikke nõudeid (näiteks haiglatele esitatavad miinimumnõuded) ning neil tuleb iga viie aasta järel oma tegevusluba Tervishoiuametis uuendada. Pärast registreerimist on kõik tervishoiutöötajad ja tervishoiuteenuste osutajad Tervishoiuameti järelevalve all. Nõuded kehtestatakse Sotsiaalministeeriumi määruste alusel (tervishoiuteenuste kvaliteeti ja kättesaadavust käsitlevad määrused, nõuded perearstipraksistele) ning nende täitmist kontrollivad avalik-õiguslikud asutused. Näiteks jälgib Eesti Haigekassa

Tabel 4.2. Kvaliteedi arendamine Eesti tervisesüsteemis alates 1990. aastate algusest

Tegevus	Periood	Peamine eesmärk või põhjendus
Kliinilise praktika ja diagnostika-kesksete juhiste kehtestamine; arstide ja õdede perioodiline sertifitseerimine riigi tasandil; tervishoiuteenuste kvaliteedi hindamine (nt suremus, operatsioonijärgsete tüsistuste ja suremuse esinemissagedus, erinevused esialgse ja lõpliku diagnoosi vahel ning erinevused kliinilise diagnoosi ja lahkamistulemuste vahel)	Kuni 1990. aastateni	Meditsiiniliste protseduuride kvaliteedi tagamine, mis keskendus eelkõige sisendile.
Ravikindlustussüsteemi kehtestamine	Alates 1992	Tervisesüsteemi rahastamispoliitika muutmise; vajadusel põhineva planeerimise ja lepingute rakendamise; ning tulemuspõhiste tasustamismeetodite kasutuselevõtt. See on aidanud arendada kvaliteedi parendamise vahendeid nagu kliinilised ravijuhendid, auditid ja usaldusarstide süsteem.
Teenuseosutajate võrgustiku reformimine	Alates 1992	Teenuse ostja ja teenuseosutaja vaheline lõhe, erinevas õiguslikus vormis tegutsevad teenuseosutajad (range riikliku järelevalve kaotamine), keda liitsentsib Sotsiaalministeerium. Ümberkorraldused, mille tulemuseks on liigse mahu vähendamine, on muutnud kättesaadavaks vahendid kvaliteedi parendamiseks teenusepakkuja tasandil.
Kvaliteedikontrolli mehhanismide rakendamine ravimitele ja meditsiintehnikale	Alates 1993	Kvaliteedistandardite kehtestamine ning ravimiohutuse tagamine kohustusliku registreerimise kaudu.
Eesti Tervishoiuprojekt	1995–1998	Eesti tervishoiu kvaliteedipoliitika raamdokumendi väljatöötamine.
Mitmesuguste õigusaktide kavandamine patsientide õiguste kaitsmiseks	Alates 1995	Patsiendi õiguste seadusandlik reguleerimine järgmistes valdkondades: kliinilised uuringud, psühhiaatria, reproduktiivtervis ja <i>in vitro</i> viljastamine, siirdamine, nakkushaigused ja patsiendi-teenuseosutaja suhte reguleerimine.

Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse vastuvõtmine	2001	Ühtlustatud struktuurse kvaliteedi nõuete kehtestamine tervishoiuteenuste osutajate ruumide ja seadmete suhtes; tervishoiutöötajatele ja tervishoiuteenuse osutajatele tegevuslubade väljastamine (alates 2002. aastast Tervishoiuameti pädevuses). Loodeti, et tervishoiuteenuse osutajad rakendavad järgmise kolme aasta jooksul ühtlustatud kvaliteedistandardid.
--	------	--

Allikas: Pölluste *et al.*, 2006 (kohandatud).

regulaarselt järjekordade pikkust tervishoiuasutustes ning teostab teenuste osutamise ja kliinilise praktika auditeid.

Lisaks kvaliteedinõuete rakendamisele tervishoiuteenuste osutamise seadusandlike aktide kaudu viiakse ellu ka kvaliteediprojekte. Kuna Eesti Haigekassa toetas ravijuhendite kasutuselevõtmist 1990. aastatel, siis leppisid Eesti Haigekassa esindajad ja eriarstid kokku, et kliinilise ravijuhendi väljatöötamist hakkab koordineerima Eesti Haigekassa. Sellest lähtuvalt moodustas Eesti Haigekassa 2003. aastal Ravijuhiste Nõukoja, mille peamiseks ülesandeks on edendada kliiniliste ravijuhendite väljatöötamist ja tunnustamist. Käesoleva ülevaate koostamise ajaks on valminud 26 ametlikult tunnustatud kliinilist ravijuhendit (ja vastuvõtmist ootab veel 10) ning lisaks on erialaorganisatsioonid koostanud veel üle 50 ravijuhendi (Eesti Haigekassa poolt kinnitamata). Ametlikult tunnustatud ja tunnustamata ravijuhendite oluliseks erinevuseks on esimeste puhul kokku lepitud ravi- ja diagnostikakulud, mille katab Eesti Haigekassa. Kuna Eesti Haigekassa on rahvusvahelise ravijuhendite koostamise organisatsioonide katusühenduse (*Guidelines International Network*) liige, on Eesti tervishoiutöötajatel juurdepääs enamikule rahvusvaheliselt tunnustatud kliinilistest ravijuhenditest.

Lisaks sellele võttis Eesti Haigekassa 2006. aastal kasutusele uue perearstide kvaliteedipõhise tulemustasusüsteemi, et suurendada perearstide ja -õdede aktiivsemat rolli tervisliku seisundi jälgimisel ja krooniliste haiguste kontrollimisel. Uus süsteem asendab varasema motivatsioonisüsteemi, mille alusel perearstidele hüvitati nende erialase väljaõppe ja diplomi saamisega seotud kulud. Peale selle viiakse

Eestis ellu ka rahvusvahelise kvaliteedi tagamise projekte, näiteks osalevad haiglad WHO poolt välja töötatud haiglate tegevuse hindamise meetodika rakendamises (ingl k *Performance Assessment Tool for Hospitals, PATH*) (Groene ja Habicht 2005; Koppel ja Aaviksoo 2007b).

4.2 Planeerimine ja terviseinfo haldamine

1990. aastate algul detsentraliseeriti esmatasandi ja teise etapi arstiabi planeerimine ja haldamine kohalike omavalitsuste tasandile. Alates 1992. aastast hakkasid ka haigekassad hinna-mahu lepingute alusel tegutsevate teenuseosutajate kulusid hüvitama, seda tegevust on alates 1990. aastate keskpaigast pidevalt arendatud. Omavalitsuste ja maa-konna tasandil toimunud planeerimine ei toiminud siiski nii, nagu see oli algselt ette nähtud, ja selle põhjuseks oli väike elanike arv paljudes omavalitsustes. Seetõttu taaskäivitati 1990. aastate lõpus riiklik terviseplaneerimine.

2000. aastal avaldas Sotsiaalministeerium Rootsi spetsialistide abiga koostatud Eesti haiglavõrgu arengukava aastani 2015 (*Hospital Master Plan 2015*). Selle eesmärgiks oli prognoosida tulevikus Eestis vajalikku haiglavõrku (Hellers *et al.*, 2000). Kavas näidati vajadust vähendada aktiivravi voodikohtade arvu kahe kolmandiku võrra ja koondada aktiivravi osutamine 15 suuremasse haiglasse. Edasistes soovitusetes oli välja toodud haiglate koguarvu vähendamine ühine-miste ja muud laadi ümberstruktureerimise abil kolme neljandiku võrra (68 haigla asemel 13) aastaks 2015. Hoolimata üldsuse negatiivsest vastukajast on Sotsiaalministeerium võtnud haiglate arvu vähendamise kava poliitikute ja teenuseosutajatega peetavate edasiste arutluste aluseks. Kava võimaldas näiteks Sotsiaalministeeriumil ja Tallinna linnavalitsusel eelnevalt eraldiseisvalt tegutsenud väiksemad haiglad ja polikliinikud struktureerida ümber neljaks haiglaks.

Erialaseltsidel paluti samuti kava hinnata ning töötada välja eraldi kavad oma eriala kohta. Pärast mitmeid konsultatsioone ja mõningaid kompromisse kiitis valitsus 2003. aasta aprillis heaks esialgse haiglavõrgu arengukava leebema versiooni (Eesti Vabariigi Valitsus, 2003). Vastuvõetud Eesti haiglavõrgu arengukava järgi on 19 haiglal (mitte

13-l) õigus sõlmida Eesti Haigekassaga pikaajalised lepingud ning saada riiklikke investeeringuid. Samas said 14 väikest maakonna-haiglat kinnituse, et neid ei kujundata lähemas tulevikus ümber tervise-keskusteks või hooldushaiglateks. Arengukava, erialaseltside hinnangud ja erialade arengukavad võeti arvesse nende kriteeriumide väljatöötamisel, mille alusel antakse välja haiglate tegevuslube ning reguleeritakse teenuseid, mida eri tasandite haiglad tohivad osutada.

Kinnitatud arengukava ei hõlma täiel määral hooldusravi ja taastus-raviteenuste planeerimist. Nende valdkondade jaoks töötati välja eraldi kavad. Eesti hooldusravivõrgu arengukava aastani 2015 järgi vajab Eesti 2015. aastaks üle 2100 õendushoolduse voodikoha. Samuti tuleks luua ambulatoorsete teenuste nagu koduse õendusabi ja päevase õendusabi üksused. 2003. aastast kuulub Eesti Haigekassa tervishoiu-teenuste loetellu ka koduõenduse teenus, millele Tervishoiuamet väljastab eraldi tegevusloa.

Eesti haiglavõrgu arengukavas on ette nähtud ka muude tervise-poliitika dokumentide loomine riigi ja kohalikul tasandil. Näiteks on igas maakonnas koostatud maakonna hooldusravi arengukava, kuid suuremad omavalitsused on töötanud välja ka oma tervishoiu arengu-kavad. Tallinnal on näiteks oma arengukava alates 2007. aastast. See hõlmab eri valdkondi alates rahvatervisest kuni haiglateenusteni.

Suundumus planeerimine ja reguleerivad ülesanded osaliselt retsent-raliseerida sai teatava tõuke 1990. aastate kogemusest, mis näitas, et detsentraliseeritud planeerimine ei toonud kaasa tasakaalustatud arengut ega tõhusaid ja kättesaadavaid tervishoiuteenuseid, kuigi paljudel juhtudel olid püüdlused reageerida paremini patsiendi vajadustele edukamad. Kui 1990. aastate lõpus tervishoiule eralda-tavad vahendid vähenesid, oli Eesti Haigekassa sunnitud lepinguid sõlmides seadma tervishoiuteenused ja teenuseosutajad pingeritta. Mõnikord soovitas haigekassa ka teenuse osutamise lõpetamist. Selline tegevus seadis küsimuse alla Eesti Haigekassa selliste otsuste tegemise õiguspärasuse ning etendas oma osa planeerimise tagasi-viimisel riigi tasandile ja aruandekohustuse jagamisel Eesti Haige-kassa ning Sotsiaalministeeriumi vahel 2001. aastal.

Inimressursside planeerimine on olnud suhteliselt unarusse jäänud valdkond. 1990. aastate alguses meditsiinierialadele õppima asujate arvu vähendati, püüdes seeläbi lahendada nõukogulikku arstide nn ületootmise probleemi. Alates 1990. aastate keskelt on Sotsiaalministeerium püüdnud teha pikemaajalisi analüüse meditsiini- ja õenduskoostamise erialade vastuvõtumäärade kohta. Selle ülevaate koostamise ajal on nimetatud teema teravalt päevakorras, viimati koostatud tööjõudu käsitlevad kavad arvestavad tööjõu liikuvuse kohta tehtud prognoose, tööjõu vananemist ja suurimat negatiivset faktorit – väljaspool tervishoiusektorit töötavaid kvalifitseeritud tervishoiutöötajad (vaata ka jaotis 5.2 „Inimressursid”).

Üldarstiabi planeerimise kohustust jagab Sotsiaalministeerium riigi ja maakonna tasandil. Ministeerium reguleerib perearstide üldarvu maakonnas lähtuvalt elanike arvust ja asustustihedusest. Maavanem kavandab maakonna jaotamise geograafilisteks piirkondadeks ning vastutab perearstipraksiste kättesaadavuse eest piirkonnas. Alates 2000. aastast on eriarstiabi pikaajalise planeerimisega tegelnud Sotsiaalministeerium. Eesti Haigekassa kujundab ministeeriumi kavade põhjal lühiajalisema lepingute sõlmimise poliitika. Prioriteetide kehtestamine ja planeerimine keskendub tervishoiuteenuste mahule, esmajärjekorras soovitakse parandada ambulatoorse ravi kättesaadavust (nii ajalises kui ka geograafilises mõttes) ning lühendada statsionaarse ravi ooteaegu vastuvõetavale/kokkulepitud tasemele.

Kiirabiteenust osutavate üksuste töötajate arvu planeerib Tervishoiuamet. Peamine ülesanne on säilitada kiirabiüksuste praegune arv ning kõrged meditsiinilised standardid, et tagada Eesti elanikele kiire ja kvaliteetne kiirabiteenus.

Tervisetehnoloogiate hindamine

Eestil puudub tervisetehnoloogiate hindamise süstemaatiline kava peamiselt poliitikakujundajate huvi ja koolitatud spetsialistide puudumise tõttu. Peamised tegevussuunad selles valdkonnas on uute hüvitavate tervishoiuteenuste loetellu lisatavate teenuste hindamine ning meditsiinivahendite ohutuse tagamine. Mõlemat tehakse riigi tasandil; tervisetehnoloogiate hindamise rakendamise kohta organisatsiooni

tasandil tõendatud andmed puuduvad. Haiglad teevad küll asutusesiseseid kuluanalüüse kõrge maksumusega tehnoloogiate (näiteks magnetresonantstomograafi (MRT) või kompuutertomograafi (KT)) ostmisel.

1995. aastal loodi meditsiinitehnoloogia komisjon, kes koordineeris ja nõustas kõrgtehnoloogiliste meditsiiniseadmete hankeid ja kasutamist. Sellesse komisjoni kuulusid Sotsiaalministeeriumi, Eesti Haigekassa (sel ajal Keskaigekassa), Eesti Arstide Liidu ja Eesti Haiglate Liidu esindaja. Kõikide vahendite ostmisel, mille hind ulatus üle teatud piirmäära, tuli ostu rahastamiseks ravikindlustuse kaudu saada sellele meditsiinitehnoloogia komisjoni heakskiit. Tegelikult osteti seadmeid ka ilma heakskiidu saamiseta. Puudus igasugune praktiline moodus, kuidas ravikindlustussüsteemi maksimisest keeldumist jõustada.

1999. aastal asutati Ravimiameti juurde meditsiiniseadmete osakond, mille ülesanne oli tegelda Eesti turule tulevate meditsiiniseadmetega. Uus ravimiseadus jõustus 2004. aasta lõpus ning see reguleerib meditsiiniseadmete tootmist, turustamist ja reklaami. See annab raamistiku ka turujärelevalvele ja reguleerib turuosaliste vastutust. Seetõttu ei hinda Ravimiamet teenuseid ega rakenda määrusi, vaid pigem tagab meditsiiniseadmete kvaliteedikontrolli, kui et tegeleb tervisetehnoloogiate hindamisega.

2003. aastal meditsiinitehnoloogia komisjon restruktureeriti ning nimetati ümber haigla funktsionaalse arengukava hindamise komisjoniks (Sotsiaalministri määrus, 2003). Selle muudatuse tulemusena on komisjoni eesmärgid muutunud kitsamaks. Komisjoni kuuluvad Sotsiaalministeeriumi, Eesti Haigekassa, Tervishoiuameti, Tervisekaitseinspeksiooni ja meditsiinitöötajate esindajad. Praegu on komisjoni ülesandeks meditsiinitehnoloogia ja kõrge maksumusega seadmete reguleerimine vastavalt Eesti haiglavõrgu arengukavas määratletud vajadustele. Tehnoloogiahange taotlusi hinnatakse mitme kriteeriumi alusel, näiteks vajadus seadme järele, tegelik patsientide rühm, võimalik jätkusuutlikkus. 2002. aasta lõpus kehtestati uued reeglid selle kohta, kuidas tuleks uued protseduurid, raviviisid jm Eesti Haigekassa hüvitatavate tervishoiuteenuste loetellu lülitada. Uute teenuste hindamine toimub majandusliku hinnangu andmise

kaudu ning pidades silmas nii ühiskonna ja patsiendi seisukohti kui ka kulutõhususe kriteeriumit. See, kuidas tehnoloogiate hindamisel arvestada tulemustega teistest riikidest, on tõsine ülesanne Eesti teadusringkondadele ja riigiametnikele. Samuti on vaja välja töötada tõendus põhiste teadusuuringute kohandamise ja rakendamise viisid Eestis.

Teabesüsteemid

Informatsiooni peamiste tegevuste ja teenuste kohta kogub Eesti Haigekassa, Sotsiaalministeerium tegeleb tervishoiuteenuste osutamise seirega aastate kaupa. Need organisatsioonid analüüsivad saadud andmeid, mida kasutatakse organisatsioonisiseste otsuste tegemisel ja poliitika kujundamisel. Peale selle jälgib Eesti Haigekassa korrapäraselt ravijärjekordade andmeid. Sotsiaalministeerium ja Eesti Haigekassa teevad igal aastal elanikkonna rahulolu uuringu, mille tulemused tehakse avalikkusele kättesaadavaks. Eesti Haigekassa kasutab andmeid tervishoiuteenuste osutajate tegevuse kohta tervishoiuteenuste planeerimiseks ja ostmiseks, aga ka lepinguliste tervishoiuteenuste osutajate ravijärjekordade regulaarseks jälgimiseks ning võimalike lepingumuudatuste tegemiseks, kui ilmneb vajadus lisaresursside järele eesmärgiga lühendada ravijärjekordi.

Kõik tervishoiuteenuste osutajad peavad esitama iga-aastased andmed vastavalt riiklikele standarditele. Andmed nakkushaiguste kohta kogub Tervisekaitseinspeksioon, kes vastutab nakkushaiguste ja teiste terviseriskide seire ja järelevalve eest. Eri andmebaasid on olemas sündide ja abortide, pahaloomuliste kasvujate, insuldi- ja infarktijuhtumite registreerimiseks. Ravimite kõrvalmõjude esinemisest tuleb teatada Raviametile. Teenuseosutajad peavad andma Tervishoiuametile teada muutustest nende tervishoiutöötajate koosseisus vähemalt üks kord kuus.

Isikuandmete kaitse seadus reguleerib isikute terviseandmete kogumist ja haldamist tervishoiuasutustes. Eeskirjad on ranged ja kõikide terviseteabesüsteemide turvalisuse tase peab olema kõrgeim. Nende eeskirjade täitmise järelevalvet teostab Eesti Andmekaitse Inspeksioon. Peatselt võetakse Eestis kasutusele e-tervise süsteem, mis katab

kogu elanikkonda ja kõiki tervishoiuteenuse osutajaid. Peamine eesmärk on luua keskne andmebaas ning võtta kasutusele terviseinformatsiooni algoritmid, mis võimaldavad eri asutustel koguda, jälgida ja kasutada isikute terviseandmeid diagnoosimise ja ravi eesmärgil. Andmeid võib seejärel kasutada haigestumuse ja suremuse riiklikuks statistikaks, aga ka tervisesüsteemide toimimise hindamiseks. Isikuandmete kaitse seadus seab tingimuseks isiku õiguse nõuda isikuandmete töötlemise lõpetamist, isikuandmete parandamist, sulgemist või kustutamist.

Teadus- ja arendustegevus

Teadlastele ja Eesti ülikoolide juures tegutsevatele uuringurühmadele on eraldatud teadusuuringutele suunatud riiklike vahendeid Haridus- ja Teadusministeeriumi kaudu baasfinantseerimise ja sihtfinantseerimise teel, kuid samuti Eesti Teadusfondi grantide kaudu. Ainult üks ülikool Eestis tegeleb meditsiinialase haridus- ja teadustegevusega. Rahvatervisealase uurimistööga tegeleb ka Tervise Arengu Instituudi teadus- ja arendustegevuse osakond, mille ülesandeks on terviseuuringute (näiteks tervisekäitumise uuringu) arendamine ja läbiviimine ning riigi rahvaterviseprogrammide seire ja planeerimine.

Eesti teadustöötajatel on tihedad sidemed mitme rahvusvahelise uurimisvõrgustikuga, mille kaudu nad osalevad tervisealases teadustegevuses, mis ulatub rahvatervisest meditsiinigeneetikani. Eesti tervishoiuspetsialistid on osalenud endise NSV Liidu riikide tervisesüsteemide hindamisel ja valitsuste nõustamisel, et aidata kaasa nende tervisesüsteemide väljaarendamisele.

5 Materiaalsed ja inimressursid

5.1 Materiaalsed ressursid

Kõik haiglad tegutsevad eraõiguse alusel äriühingutena (aktsiaselts) või sihtasutustena ja neil peab olema Tervishoiuameti tegevusluba tervishoiuteenuse osutamiseks. Tegevusluba on nõutav kiirabiks, eriarstiabiks ja õendusabi iseseisvaks osutamiseks. Tervishoiuamet väljastab viieaastase kehtivusega tegevuslube haiglate miinimum-standardite alusel.

Infrastruktuur

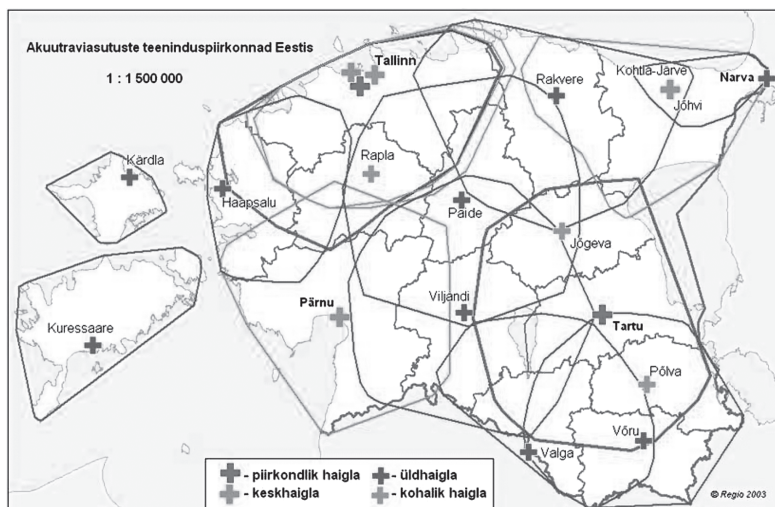
2000. aastal valmis Sotsiaalministeeriumi tellitud Eesti haiglavõrgu arengukava aastani 2015 (*Hospital Master Plan 2015*), milles kirjeldati Eesti haiglavõrku 1999. aasta seisuga ja anti soovitusel haiglavõrgu arendamiseks 2015. aastani. Kavas märgiti, et Eesti geograafiliselt detsentraliseeritud haiglate süsteemi tulemuseks on ülemäärane võimsus. Haiglavõrgu arengukava eesmärk on tervishoiuteenuse osutamise jätkusuutlikkuse ning osutatava teenuse kvaliteedi ja kättesaadavuse tagamine. 1991. aastal oli Eestis ligikaudu 120 haiglat umbes 18 000 voodikohaga. Sellest ajast saadik on haiglate ja voodikohtade arv märkimisväärselt vähenenud. 1995. aastaks oli alles 83 haiglat 12 000 voodikohaga ja 2001. aastaks ainult 67 haiglat 9100 voodikohaga. 2002. aastal liideti paljud haiglad ja 2003. aasta alguseks oli haiglate arv langenud 50ni. Eesti haiglavõrgu arengukava aastani 2015 soovitas 2015. aastaks aktiivravi haiglate ja voodikohtade arvu vähendada 13 haiglani ja kahe voodikohani 1000 elaniku kohta; neid soovitusi ei ole siiski praktikasse rakendatud. Eesti haiglavõrgu

arengukava aastani 2015 vaadati läbi 2003. aastal ja kiideti heaks selle uuendatud versioon – „Haiglavõrgu arengukava”.

Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse järgi jagunevad haiglad piirkondlikeks haiglateks, keskhaiglateks, üldhaiglateks, erihaiglateks, taastusravihaiglateks ja hooldushaiglateks. 2004. aastal võeti vastu seaduse muudatus, millega lisati nimekirja veel üks haiglatüüp, kohalik haigla (Sotsiaalministeerium, 2006). Piirkondlikud, kesk-, üld- ja kohalikud haiglad on aktiivravihaiglad, mis osutavad tervishoiuteenust ägeda haigestumise puhul, mis nõuab kiiret meditsiinilist sekkumist. Haiglate hierarhias on hooldushaiglad kõige madalamal astmel ja piirkondlikud haiglad kõige kõrgemal. Mida kõrgem on haigla hierarhiaredelil, seda mitmekülgsemat ja spetsiifilisemat teenust see osutab. Iga aktiivravihaigla teenindab teatud piirkonda või regiooni (vaata joonis 5.1). Haiglavõrgu planeerimise aluseks on teeninduspiirkondade määratlemine kriteeriumide alusel, milleks on teenindatava piirkonna suurus ja eriarstiabi kättesaadavus elanikkonnale ühe tunni jooksul või 70 km kaugusel. Eriarstiabi teenuse võrdse kättesaadavuse tagamiseks näeb haiglavõrgu arengukava ette 19 aktiivravihaigla olemasolu. See haiglavõrgu arengukava haiglate nimekiri hõlmab 12 üld- ja kohalikku haiglat, neli keskhaiglat ja kolm piirkondlikku haiglat.

Alates 2004. aastast on hooldushaiglate arv hakanud taas tõusma (18-lt 20-le) koos kohalike haiglate (5-lt 6-le) ja erihaiglate arvuga (6-lt 7-le). 2006. aasta lõpus oli Eestis 55 haiglat: 20 hooldushaiglat, 12 üldhaiglat, seitse erihaiglat, kuus kohalikku haiglat, neli keskhaiglat, kolm taastusravihaiglat ja kolm piirkondlikku haiglat. Nende haiglate statsionaarsete voodikohtade arv on 7588. Ajavahemikul 2000–2006 vähenes haiglate voodikohtade arv 20% võrra 9828 voodikohalt 7588 voodikohani ja voodiprofiilid on märkimisväärselt muutunud (vaata tabel 5.1). 2006. aastal moodustasid aktiivravi voodikohad 69,7% statsionaarsete haiglate voodikohtade koguarvust. Kõigist voodikohtadest on hooldusravi voodikohtade arv kasvanud ja psühhiaatria voodikohtade protsent vähenenud. Vaadeldud ajavahemikul moodustasid tuberkuloosihaigete voodikohad 3,2–3,6% voodikohtade koguarvust. Ajavahemikul 2001–2006 on statsionaarse haiglaravi kasutamine vähenenud, samas kui ambulatoorse ravi kasutamine on

Joonis 5.1 Ülevaade piirkondadest, mida teenindavad haiglavõrgu arengukava haiglad



Allikas: Bakler, 2003.

tõusnud 5,4% võrra (vaata tabel 5.1). Kaks kolmest piirkondlikust haiglast (teise ja kõrgema etapi arstiabi) teenindavad piirkonda, kus on ligikaudu 500 000 elanikku. Üks neist, Tartu Ülikooli Kliinikum, katab kõik põhilised eriarstiteenused Lõuna-Eestis. Kuid Põhja-Eesti Regionaalhaigla Tallinnas ei kata kõiki eriarstiteenuseid, kuna neid on ajalooliselt osutanud kaks linna keskhaiaglat. Põhja-Eesti Regionaalhaigla ja Tartu Ülikooli Kliinikum on Eesti suurimad haiglad. Kolmas piirkondlik haigla, Tallinna Lastehaigla, osutab kõrgeima etapi arstiabi Põhja- ja Lääne-Eestis elavatele lastele. Lõuna-Eesti lapsed saavad kõrgeima saadaoleva tasemega raviteenust Tartu Ülikooli Kliinikumi Lastekliinikus.

Neli keskhaiaglat osutavad osaliselt kõrgema etapi, kuid peamiselt teise etapi arstiabi. Igaüks teenindab ligikaudu 200 000 elanikuga piirkonda. Kaks neist asuvad Tallinnas: Lääne-Tallinna Keskhaigla ja Ida-Tallinna Keskhaigla. Need osutavad eriarstiabi peamiselt Tallinna ja Harju maakonna elanikele. Pärnu Haigla (asub Pärnus) katab peamiselt Pärnu maakonda ja Ida-Viru Keskhaigla teeninduspiirkond on

Ida-Viru maakond. Lõuna-Eestis elavad inimesed saavad eriarstiabi keskhaigla tasemel Tartu Ülikooli Kliinikumis, mis osutab ka piirkondliku haigla teenuseid selle piirkonna elanikele.

Kohalikud ja üldhaiglad on aktiivravihaiglad, mis asuvad inimestele kõige lähemal. Need on enamasti 50–200 voodikohaga väiksed haiglad, kus ravitakse kergemaid haigusjuhte. Igas Eesti maakonnas on vähemalt üks kohalik või üldhaigla. Eranditeks on Tartu, Pärnu ja Harju maakond, kus haiglavõrgu arengukava järgi ei ole eraldi üldhaiglat, vaid neid teenuseid osutab selle asemel kesk- või piirkondlik haigla. Kohalik haigla on vajalik keskustes, mis asuvad kaugemal kui 70 km üld-, kesk- või piirkondlikust haiglast, või maakonna-keskustes.

Enamik haiglaid kuulub kohalikule omavalitsusele, kuigi piirkondlikud haiglad loodi algselt riigi poolt. Lisaks eespool nimetatud aktiivravihaiglatele on Eestis seitse erihaiglat. Need on enamasti 20–30 voodikohaga väiksed (peamiselt era)haiglad, mis pakuvad tervishoiuteenust ühes või kahes valdkonnas. Eestis on erihaiglaid, mis osutavad statsionaarset eriarstiabi ortopeedia, veresoontekirurgia, plastilise kirurgia, psühhiaatria, sünnitusabi ja nina-kurgu-kõrva-haiguste alal.

Taastusravi on oluline aktiivravi osa, mis on suunatud häirunud funktsioonide taastamisele, säilitamisele või puudega kohanemisele. Taastusravikeskused asuvad piirkondlikes ja keskhaiglates. Statsionaarset taastusraviteenust osutatakse ka mõnes üldhaiglas. Lisaks sellele on Eestis neli spetsialiseerunud taastusravihaiglat.

Hooldushaiglas osutatakse tervishoiuteenust inimestele, kes vajavad oma seisundile vastavat pikaajalist hooldust ja ravi. Eestis on 20 hooldushaiglat, mis asuvad maakonnakeskustes ja suuremates linnades. Voodikohtade arv nendes haiglates peaks tulevikus oluliselt suurenema, et kompenseerida Eesti rahvastiku vananemisest tulenevat kasvavat nõudlust.

2006. aastal hospitaliseeriti 252 930 patsienti; see on arv, mis on püsinud alates 2003. aastast suhteliselt stabiilsena. Haiglate voodihõive ei ole ajavahemikus 2003–2006 oluliselt muutunud, jäädes keskmiselt 72–73% vahele. 2006. aastal suurenes voodikäive 4% võrra

Tabel 5.1 Haiglate näitajad, 1993–2006 (valitud aastad)

	1993	1998	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Haigla voodikohtade struktuur, %, 2000-2006¹									
Aktiivravi voodid	–	–	77,3	76,5	74,2	74,2	73,2	69,7	69,7
Psühhiaatria	–	–	11,0	10,2	10,7	9,9	9,0	9,8	9,8
Tuberkuloos	–	–	3,2	3,4	3,5	3,7	3,8	3,7	3,6
Hooldusravi	–	–	8,4	9,8	11,6	12,2	13,9	16,8	17,0
Haigla voodikohtade üldised näitajad 1993–2006¹									
Haigla voodikohtade arv	14 377	10 509	–	–	–	8017	–	–	7588
- 1000 elaniku kohta	9,73	7,62	–	–	–	5,93	–	–	5,65
Aktiivravi voodikohti	11 281	8098	–	–	–	5950	–	–	5287
- 1000 elaniku kohta	7,55	5,84	–	–	–	4,40	–	–	3,94
Psühhiaatria voodikohti	2107	1235	–	–	–	793	–	–	743
- 1000 elaniku kohta	1,41	0,89	–	–	–	0,59	–	–	0,55
Hospitaliseerimisi 1000 elaniku kohta	192,1	204,1	–	–	–	192,5	–	–	188,26
Keskmine haiglas viibimise aeg	15,4	10,3	–	–	–	8,2	–	–	7,8
Voodikäive	19,9	26,8	–	–	–	31,3	–	–	34,6
Voodihõive (%)	74,2	74,6	–	–	–	70,1	–	–	74,1
Ravijuhtude arv 1000 ravikindlustatu kohta eriarstiabis²									
Ambulatoorne ravi	–	–	–	1897	1879	1844	1845	1917	2000
Päevaravi	–	–	–	–	–	–	26	30	35
Statsionaarne ravi	–	–	–	210	200	202	197	190	195

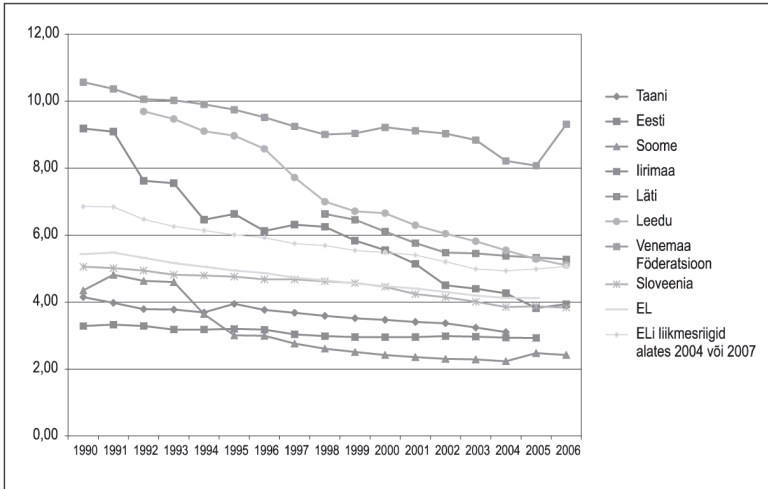
Allikad: Sotsiaalministeerium¹ 2006; Eesti Haigekassa² 2007.

Märkused: „–“: andmed puuduvad.

võrreldes 2005. aastaga. 2006. aastal oli keskmine haiglas viibimise aeg natuke alla kaheksa päeva (vaata tabel 5.1).

Joonis 5.2 näitab, et aktiivravi voodikohtade arv on Eestis alates 1990. aastatel pidevalt kahanenud. Aktiivravi voodikohtade arv 1000 elaniku kohta on Eestis ligikaudu sarnane ELi keskmisega, kuid tunduvalt väiksem EL 12 keskmisest ja madalam kui teistes Balti riikides.

Joonis 5.2 Aktiivravi voodikohtade arv akuutsetele haigetele 1000 elaniku kohta Eestis ja valitud riikides, 1990–2006 (või viimasel aastal, mille kohta on andmed kättesaadavad)



Allikas: WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2007.

Märkused: EL: Euroopa Liit.

Infrastruktuur ja investeeringud

Ehitise kulum haiglate olemasoleva infrastruktuuri renoveerimiseks finantseeritakse riigieelarvest Eesti Haigekassa tervishoiuteenuse hindade kaudu ja kapitaliinvesteeringutena ELi struktuurifondidest. Ehitise kulum on olnud Eesti jaoks probleemne valdkond. Enne 2000. aastat oli ehitise kulum rahastamine haigla omanike ülesanne – tavaliselt oli selleks riik või omavalitsus. Alates 2003. aastast on ehitise kulum lisatud hindadele, mida makstakse tervishoiuteenuse osutajatele haigekassa poolt. Kuid ehitise kulum summasid jaotatakse nüüd tegevuse alusel ilma, et sellel oleks selget seost kapitaliinvesteeringute vajadusega (Tsolova *et al.*, 2007). Kuigi meditsiin üldiselt on alates 1990ndate algusest teinud läbi märgatavad muutused, ei jõua Eesti haiglahooneid nende muutustega sammu pidada. Enamik haiglaid ehitati rohkem kui 25 aastat tagasi, kui sotsiaal- ja meditsiini-teenuseid organiseeriti teistmoodi ja ehitusstandard oli madal.

Maakonnakeskuste suured haiglad, mis ehitati nõukogude ajal, ei vasta enam kaasaegsetele standarditele ja tegelikele vajadustele. Enamik haiglahooneid on tehniliselt aegunud või isegi sobimatud haiglateenuse osutamiseks ja ravikindlustuse eelarve ei suuda katta kõiki haiglavõrgule vajalikke investeeringuid.

Sotsiaalministeeriumi arvates on vajaminev investeering ligikaudu 13 miljardit krooni (880 miljonit eurot). ELi ja Eesti valitsus on haiglavõrgu arengukavale tuginedes püstitanud ühised eesmärgid, mida tahetakse saavutada ELi struktuurifondide abiga. Eesmärgid ja vastavad meetmed sisalduvad ELi struktuurifondide rakendamise riiklikus arengukavas. EL toetas Eesti haiglahoonete renoveerimist Euroopa Regionaalarengufondi kaudu kokku umbes 389 miljonit krooni (25 miljoni euroga) ajavahemikul 2004–2006. Aastateks 2007–2013 on haiglatesse planeeritud investeerida ligikaudu 2,2 miljardit krooni (140 miljonit eurot). Iga haigla investeeringuvajadus täpsustatakse haigla funktsionaalses arengukavas. Haiglate puhul, millel on kinnitatud funktsionaalne arengukava, on aluseks selles toodud hinnanguline maksumus. Kesk- ja piirkondlikud haiglad vajavad investeeringuid olemasoleva infrastruktuuri optimeerimiseks ja statsionaarse eriarstiabi koondamiseks ühte tegevuskohta. Üld- ja kohalikud haiglad vajavad investeeringuid olemasolevate hoonete renoveerimiseks seoses struktuursete ja funktsionaalsete ümberkorraldustega. Hooldushaiglad vajavad investeeringuid hooldusteenuste osutamiseks vajaliku infrastruktuuri väljaarendamiseks ja kohandamiseks. Struktuurifondide vahendite kasutamiseks koostatakse investeeringute kava, mille kinnitab Vabariigi Valitsus.

Meditsiinivarustus, -seadmed ja abivahendid

Meditsiiniseadmeid käsitlevate EÜ direktiivide nõuded võeti siseriiklikku õigusse üle 2004. aasta detsembris ravimiseaduse vastuvõtmisega. Eestis on meditsiiniseadmete osas pädev asutus Raviamet. 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 põhitoime isikule ei ole farmakoloogiline, immunoloogiline või ainevahetuslik, kuid mida kasutatakse:

- haiguste diagnoosimiseks, ärahoidmiseks, jälgimiseks, raviks või leevendamiseks;
- vigastuse või puude diagnoosimiseks, jälgimiseks, raviks, leevendamiseks või kompenseerimiseks;
- kehaehituse või füsioloogilise protsessi uurimiseks või muutmiseks või kehaosa asendamiseks;
- raseduse vältimiseks.

Meditsiiniline abiseade on seade, mis eraldi kasutades ei ole meditsiiniseade, kuid mille tootja on spetsiaalselt ette näinud kasutamiseks koos meditsiiniseadmega, et see töötaks otstarbekohaselt.

Meditsiiniseadmed kuuluvad hüvitiste paketti, kuid need hüvitatakse 90% ulatuses ja iga-aastase maksimaalse hüvitamise ülemmääraga. Eestil ei ole süstemaatilist tervishoiutehnoloogia hindamise programmi (vaata jaotise 4.2 „Planeerimine ja terviseinfo haldamine” alajaotis „Tervishoiutehnoloogia hindamine”). Peamine tegevus selles valdkonnas on käesoleval ajal uute hüvitiste paketti lisatavate teenuste hindamine. 1999. aastal loodi Ravimiameti meditsiiniseadmete osakond, mis tegeleb Eesti turule jõudvate meditsiiniseadmetega, tagades nende meditsiiniseadmete kvaliteedikontrolli. Osakond ei hinda niivõrd teenuseid ega sätesta eeskirju meditsiiniseadmetele, kuivõrd registreerib tooteid ja hindab nende vastavust eeskirjadele. Meditsiinitehnoloogia soetamiseks ei ole ühtset korda, samuti puudub kallihinnalise aparatuuri andmebaas. Haiglad teevad ise otsuse meditsiiniaparatuuri soetamise vajaduse kohta. Haiglate juhatuse kasvava surve ja teenuseosutajate vahel tugevneva konkurentsi tõttu on kõrge motivatsioon soetada kallist tehnoloogiat, kuid puudub kulutustele vastava tulu hinnang. Viimastel aastatel on haiglad investeerinud nii kallihinnalisse aparatuuri kui ka IT tehnoloogia arendamisse. Meditsiiniseadmete ostuks on võimalik taotleda ressursse ka Euroopa Regionaalarengu Fondist.

Infotehnoloogia

Eurostati andmed (Eurostat, 2007b) näitavad, et Eestis on võrdlemisi kõrge internetiühenduse tase (53% kodumajapidamistest). See tase vastab ligikaudu EL 27 keskmisele (54%) ja on kõrgem kui EL 12 keskmine. Eesti on astunud märkimisväärseid samme üleminekul IT-põhisele ühiskonnale ning riigil on hästi arenenud kommunikatsioonivõrk ja hea juurdepääs internetile. Avalikus sektoris on palju näiteid IT-lahenduste kasutamisest: teenusepõhine lähenemine infosüsteemidele, turvalised keskkonnad andmevahetuseks ja kodanikuportaal (www.eesti.ee), milles kodanikud, ettevõtted ja ametnikud saavad riigiasutustega suhelda ja pääsevad ligi nende teenustele. Era-sektoris on IT-lahendused kõige ilmsemad internetipanganduses ja mobiiltelefonirakendustes. Ligikaudu 80%l Eesti elanikkonnast on ID-kaart, mis võimaldab nii kodaniku autentimist riigi elektroonilises keskkonnas kui ka digitaalse allkirja andmist. Jõustunud on seadused, mis tunnistavad digitaalse ja käekirjalise allkirja võrdseks ja panevad avaliku sektori asutustele kohustuse aktsepteerida digitaalselt allkirjastatud dokumente. Täpsem teave selle kohta on jaotise 2.5 „Patsiendi vastutuse suurendamine” alajaotises „Patsiendi andmed” ja jaotise 4.2 „Planeerimine ja terviseinfo haldamine” alajaotises „Infosüsteemid”.

Eesti tervishoiu maastik on infotehnoloogilisest vaatevinklist küllaltki kirju ja ebaühtlane. Enamikul tervishoiuteenuse osutajatest on olemas toimiv infosüsteem. Samas ei suuda tehnoloogiliste ja õiguslike takistuste tõttu eri tervishoiuteenuse osutajate infosüsteemid omavahel informatsiooni vahetada. Riiklik tervise infosüsteem asubki lahendamata nimetatud probleemi, luues keskse struktuuri meditsiini-informatsiooni vahetamiseks. Sotsiaalministeerium toetab struktuuri-fondide meetme 4.5 „Infoühiskonna arendamine” raames toetust neljale e-tervise projektile: „Digitaalne terviselugu”, „Digipildid”, „Digitaalne ravijärjekordade registratuur” ja „Digiresept”. E-tervise projektide kogumaksumusest (ligikaudu 2,2 miljonit eurot) rahastab 75% EL ja 25% Eesti riik. Nimetatud nelja projekti taotlustes kirjeldatud eesmärkide saavutamise tulemusel luuakse ühtne riiklik tsentraliseeritud tervise infosüsteem, mis on ühendatud teiste riiklike infosüsteemide ja registritega ning kasutab oma infotehnoloogilises

lahenduses ära juba olemasolevaid riiklikke infotehnoloogilisi lahendusi.

Digitaalse terviseloo infosüsteem (edaspidi digilugu) on inimese tähtsamaid isikuandmeid, kõiki haiguslugusid, visiite ja muid tervist puudutavaid andmeid koondav andmekogu, mis hõlmab kogu riiki ja ühendab tervishoiuteenuse osutajate olemasolevad IT-süsteemid. Digitaalses terviseloos olevaid andmeid on võimalik kasutada inimese ravimiseks ja tema tervisliku seisundi hindamiseks, ravikvaliteedi hindamiseks ja riikliku statistika tegemiseks. Infosüsteemis osaleb raviasutus või muu juriidiline isik, kes on sõlminud osalemislepingu Eesti E-tervise Sihtasutusega ning omab õigust digiloo andmete kasutamiseks ja terviseinfo vahetamiseks digiloo süsteemi kaudu. Digitaalne terviselugu pakub osalejatele autoriseeritud juurdepääsu inimese terviseandmetele ja loob võimaluse meditsiinidokumentide digitaalseks edastamiseks tervishoiuasutuste vahel. Inimesed saavad oma terviseandmeid vaadata patsiendi portaali kaudu elektrooniliste ID-kaartide abil alati ja kõigist arvutitest, mis on internetiga ühendatud.

Eesti kolm suuremat tervishoiuteenuseosutajat – Tartu Ülikooli Kliinikum, Põhja-Eesti Regionaalhaigla ja Ida-Tallinna Keskhaigla – on teinud suuri jõupingutusi, et töötada välja digipiltide projekti, ning saavad juba kasutada digitaalsete piltide arhiveerimise süsteemi. Digipildi projekti eesmärk on luua tehniline platvorm, mis võimaldab kõigil Eesti tervishoiuteenuse osutajatel ning perearstidel ühineda ühtse infosüsteemiga ja digipiltide andmebaasiga, kaasa arvatud suuremahuliste meditsiiniuuringute tulemuste edastamine. Digipiltide projekti raames ühendatakse need hetkel eraldiseisvad süsteemid ja luuakse liidestus digitaalse tervisele. Selle tulemusel muutub võimalikuks jälgida haiguse arengut aastate jooksul ja kaasata välisexperte keerulistele probleemidele hinnangu andmiseks.

Tänaseks probleemiks on pikad ravijärjekorrad ning vajadus helistada või külastada mitme tervishoiuasutuse registratuuri. Kuna ooteaeg on sageli mitu kuud, jätab umbes 25% patsientidest vastuvõtule tulemata, sest probleem on juba kas taandunud või ollakse unustanud, et kunagi üldse aeg broneeriti. Projekti käigus loodav tsentraalselt hallatav digiregistratuuri süsteem liidestab juba olemasolevad tervishoiu-

teenuse osutajate registratuuri infosüsteemid. See võimaldab patsiendil ja perearstil vaadata eriarstide vastuvõtuaegasid ning vastuvõtuaegu registreerida või tühistada üheainsa veebiportaali kaudu. Broneerimise aluseks on saatekirja olemasolu, mistõttu tulevikus ei saa inimesed registreeruda sama eriala arsti vastuvõtule mitmes asutuses, mis on tänaste pikkade järjekordade üks põhjusi. Projekti käigus ei ole kavas välja vahetada juba olemasolevaid kohapealseid registratuuri-süsteeme tervishoiuteenuse osutajate juures. Olemasolevate süsteemide asendamise asemel toimub ühtsete standardite välja töötamine, millele tuginedes olemasolevad süsteemid liidestatakse keskse veebiportaaliga. Digiregistratuur toimib paralleelselt, s.t ei asenda olemasolevat patsientide registreerimise süsteemi, kus patsiendid saavad vastuvõtuaegu kinni panna kas telefoni teel või kohale tulles.

Digiretsepti projekti koordineerib Eesti Haigekassa. Eestis kirjutatakse igal aastal välja ligikaudu 8 miljonit retsepti, mis nüüd „digitaliseeritakse”. Projekti käigus luuakse keskne süsteem, mis salvestab sissetulevad retseptid ja väljastab taotluse alusel konkreetsele patsiendi retseptid apteegi infosüsteemi. Süsteem vabastab patsiendi vajadusest retsepti kaasas kanda ja selle kaotamise riskist. Kui süsteem rakendatakse, on Tervishoiuametil, Ravimiametil, Eesti Haigekassal ja Sotsiaalministeeriumil võimalik saada kiiret ja täpset tagasisidet retseptide väljastamise kohta ning retsepti väljastaja infosüsteem saab automaatse kinnituse haigekassa infosüsteemilt kohaldatava ravimisoodustuse kohta (kui see olemas on).

Tervise infosüsteemi raames luuakse ka õigusruum, mis määratleb süsteemi kasutajate õigused ja kohustused ning, tuginedes bio- ja meditsiinieetikute eksperdi hinnangule, lahendab ka projektidega seotud eetilised küsimused. Süsteem planeeritakse kasutusele võtta 2008. aasta augustis, kui e-tervise kontseptuaalne faas on lõpule jõudnud. Digitaalse tervise loo ja digipiltide projektide juhtimine on usaldatud Eesti E-tervise Sihtasutusele, mis loodi 2005. aastal Sotsiaalministeeriumi poolt.

5.2 Inimressursid

Valdav osa Eestis töötavaid arste ja hambaarste on lõpetanud Tartu Ülikooli arstiteaduskonna. Kuni 1970ndate keskpaigani tuli arstina praktiseerima hakkamiseks õppida kuus aastat. Alates 1970. aastast on üha enam hakatud rõhku panema diplomijärgsele õppele. Esiteks viidi põhiõppesse sisse üheaastane interniope, millele võis järgneda kuni üheaastane spetsialiseerunud praktika. Ajavahemikus 1991–1996 pikendati üldist diplomijärgset arstiõpingut kahe aastani ja ainult vähesed arstid said eriarstipraktikat. Enamik töötavaid arste osales regulaarselt meditsiinialase täiendõppe lühikursustel. Praktiline kogemus saadi töötades ja mitte süstemaatilise koolituse näol. Sellist olukorda hakati pidama äärmiselt ebarahuldavaks. Nimetusega „residentuur” hakati eriarstikoolitust Eestis tähistama 1990ndate alguses. Enne seda olid kasutusel mõisted „kliiniline ordinatuur” ja „eriinternatuur” ning eriarstiõpe toimus suuremates raviasutustes, kes ka eriarstiõppes olijatele palka maksid. Ülikooliseadus ja Tartu Ülikooli seadus võeti vastu 1995. aastal ja nendes sätestati, et eriarsti kutse saamiseks tuleb läbida arstiõppele järgnev kahe- kuni viieaastane residentuur ja vastava kutse annab Tartu Ülikool.

Tervishoiupersonal

1990. aastate hakul tervishoiureformide alguses arvati, et arste on Eestis liiga palju. Samal ajal ei jätkunud ega jätku praegugi õenduspersonal. 1990ndatel aastatel ei toimunud süsteemset õdede ja ämmaemandate arvu planeerimist ja nende koolitustellimus ei olnud koordineeritud. Aastatel 1991–2000 vähenes arstide arv 24% võrra, langedes 5500-lt 4190-le, samuti vähenes õdede arv 14% võrra, langedes 9900-lt 8500-le. Samal ajal kasvas aga hambaarstide arv 40% võrra 780-lt pea 1100-le. Arstide ja õdede suhtarv rahvastiku kohta on rahvaarvu samaaegse vähenemise tõttu enam-vähem säilinud (veidi üle 3 arsti ja 6,5 õde 1000 elaniku kohta), seevastu kasvas hambaarstide suhtarv ligi kaks korda. Ajavahemikul 2000–2006 on tervishoiutöötajate arv natuke tõusnud (vaata tabel 5.2).

Tabel 5.2 Tervishoiupersonal Eestis 1000 elaniku kohta, 1998–2006

	Koguarv 1000 elaniku kohta									
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
1. Arstid	3,06	3,11	3,10	3,04	3,15	3,17	3,20	3,19	3,27	
– kirurgilised erialad	0,87	0,85	0,83	0,85	0,91	0,91	0,92	0,92	0,92	
– terapeutilised erialad	1,27	1,27	1,28	1,32	1,42	1,50	1,48	1,51	1,54	
– psühhiaatria	0,11	0,12	0,12	0,12	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	
– kliinilis-konsultatiivsed erialad	0,27	0,28	0,26	0,26	0,26	0,27	0,27	0,26	0,26	
– perearstid ja üldarstid tervishoiuasutustes	0,75	0,87	0,92	0,89	0,95	0,95	1,00	1,00	1,05	
2. Hambaarstid	0,74	0,76	0,76	0,82	0,79	0,83	0,87	0,89	0,89	
3. Õed ja ämmaemandad	6,49	6,41	6,23	6,17	6,43	6,52	6,44	6,58	6,56	
– õed	6,10	6,00	5,86	5,84	6,12	6,23	6,14	6,26	6,23	
– ämmaemandad	0,39	0,40	0,37	0,33	0,31	0,30	0,30	0,32	0,33	
4. Proviisorid	0,47	0,52	0,60	0,59	0,56	0,57	0,63	0,63	0,65	
5. Farmatseudid	–	–	–	–	–	0,41	0,44	0,44	0,43	
6. Hooldajad	0,50	0,42	0,63	0,64	0,50	0,62	0,56	0,51	0,64	

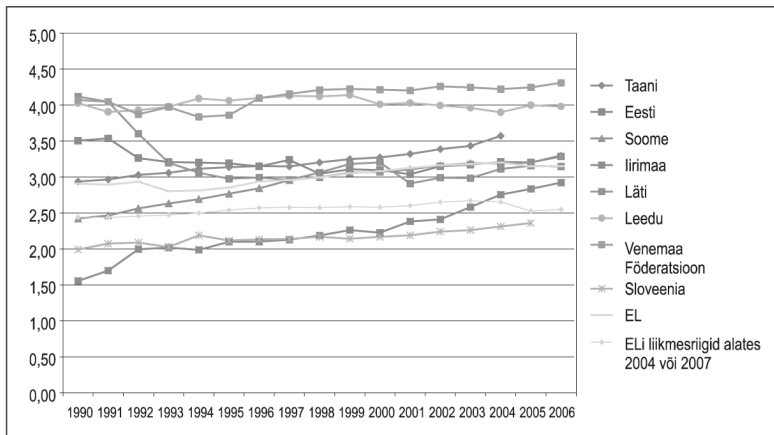
Allikas: Sotsiaalministeerium, 2006.

Märkused: „–“: andmed puuduvad.

Võrreldes naaberriikide Soome ja Lätiga on Eestis umbes sama arv arste 1000 elaniku kohta, mis on sarnane ELi keskmisega ja natuke kõrgem kui Irimaal (riik, mida Eesti poliitikakujundajad sageli majandusliku ja sotsiaalse mudelina kasutavad). Kui Eestis ja Lätis on arstide arv pärast nõukogude aja lõppu langenud, säilitavad Venemaa Föderatsioon ja Leedu endiselt kõrge taseme sarnaselt 1990. aastaga (vaata joonis 5.3).

Õdede arv on Eestis (2006. aastal 6,55) 1000 elaniku kohta alla EL 27 keskmise (7,42 samal aastal), kuid kõrgem kui EL 12 keskmine (2006. aastal 5,57) (vaata joonis 5.4).

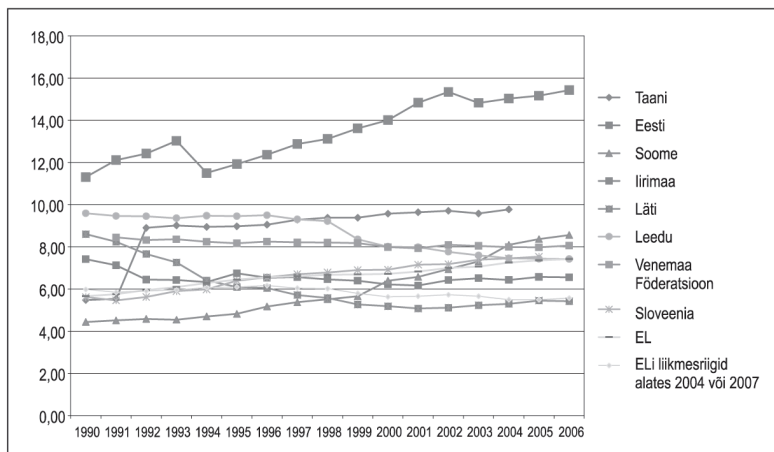
Joonis 5.3 Arstide arv 1000 elaniku kohta Eestis ja valitud riikides, 1990–2006 (või viimasel aastal, mille kohta on andmed kättesaadavad)



Allikas: WHO Euroopa Regionaalbüro, 2007.

Märkused: EL: Euroopa Liit.

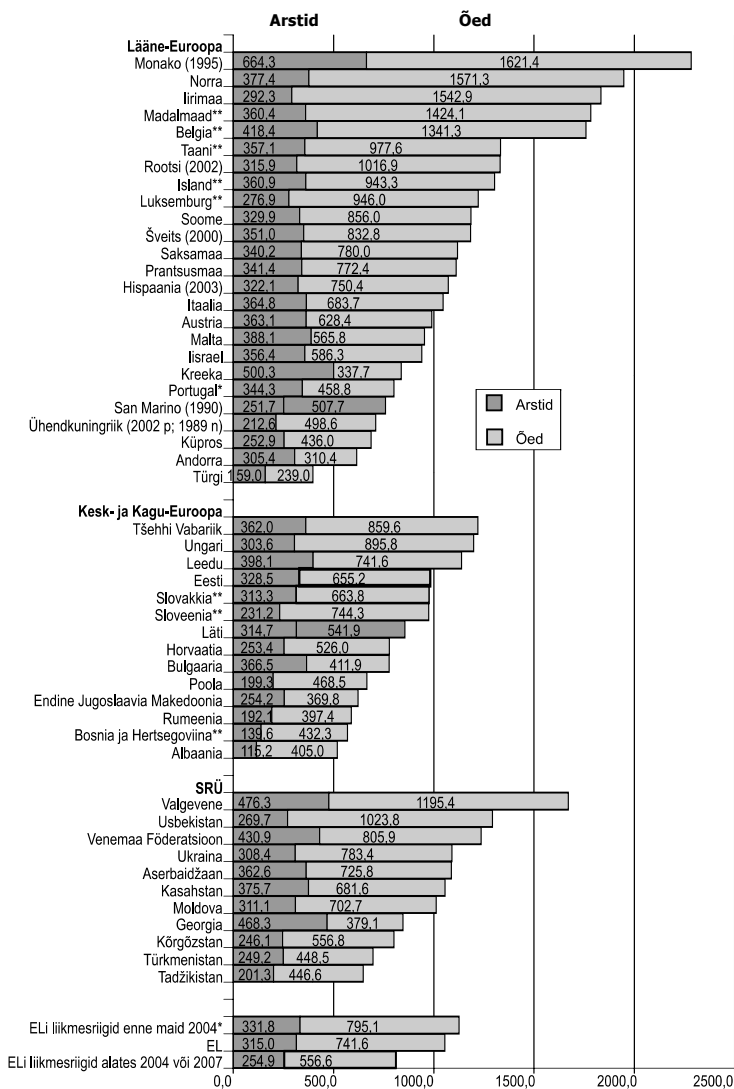
Joonis 5.4 Õdede arv 1000 elaniku kohta Eestis ja valitud riikides, 1990–2006 (või viimasel aastal, mille kohta on andmed kättesaadavad)



Allikas: WHO Euroopa Regionaalbüro, 2007.

Märkused: EL: Euroopa Liit.

**Joonis 5.5 Arstide ja õdede arv 100 000 elaniku kohta
WHO Euroopa regioonis, 2006 (või viimasel aastal,
mille kohta on andmed kättesaadavad)**



Allikas: WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2007.

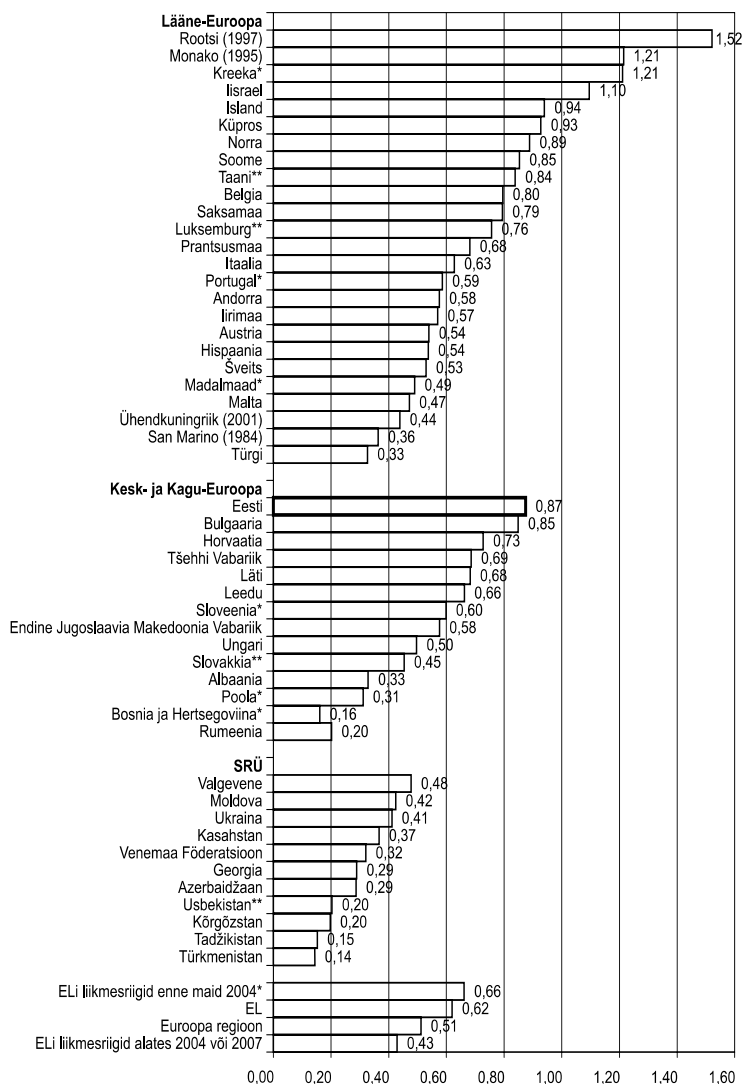
Märkused: * 2005. a andmed, ** 2004. a andmed; EL: Euroopa Liit; SRÜ: Sõltumatute Riikide Ühendus.

Arstide ja õdede suhe Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) Euroopa regioonis on toodud joonisel 5.5 (siin kujutatud 100 000 elaniku kohta). Arstide suhtarvult on Eesti arstide arv ELi keskmise tasemel, kuid õdede arv on väiksem ELi keskmisest.

Arstide (absoluut)arvu vähenemise põhjuseks võib olla mitu tegurit. Esiteks vähenes rahvaarv 7% võrra esimese kümne iseseisvusaasta jooksul, peamiselt remigratsiooni tõttu endisesse Nõukogude Liitu. Teiseks languse põhjuseks oli suure hulga arstiteaduskonna lõpetanute ja noorarstide kliinilisest meditsiinist lahkumine seetõttu, et asuti tööle paremini tasustatud töökohtadel uutes tervishoiuvaldkondades, nagu tervishoiukorraldus ja ravimfirmad, või hoopis väljaspool tervishoiusektorit. 1990. aastate esimeses pooles jäi mõnel aastal kliinilisse meditsiini tööle alla 40% arstiteaduskonna lõpetajatest. 1990. aastatel toetasid arstid ka ise valitsuse ametlikku poliitikat arstiteaduskonda vastuvõtu vähendamisel, sest pakkumist peeti nõudlust ületavaks. Haridusministeerium vähendas vastuvõetavate tudengite arvu 200-lt 1980ndatel 70-le 1995. aastal. Alates 2004. aastast on iga-aastast vastuvõetavate üliõpilaste arvu suurendatud 140-le. Aastatel 2000–2006 on tervishoiutöötajate suhtarv arv pisut kasvanud, mis on tingitud nii koolitustellimuse suurendamisest kui ka rahvaarvu vähenemisest.

Ühe arsti kohta töötab Eestis umbes kaks kvalifitseeritud õde. Praegust õdede ja arstide suhtarvu peetakse liiga väikseks ning eesmärk on saavutada suhe 3:1. Sotsiaalministeerium peab järgneva 10–15 aasta jooksul optimaalseks suhtarvuks kolm arsti ja kaheksa õde 1000 elaniku kohta. Sellest tulenevalt on ministeeriumi prioriteediks esitada iga-aastane koolitustellimus 140 uue arstiüliõpilase, 120 uue residentide ja 300 uue õde vastuvõtuks. Selleks et suurendada töötavate õdede arvu eesmärgini kaheksa õde 1000 elaniku kohta aastaks 2015, tuleks igal aastal koolitada 600 uut õde. Käesoleva eesmärgi saavutamist pärsvad rahaliste vahendite ja inimressursi puudujääk nii õppejõudude kui ka tudengite näol. Praeguse õdede arvu taseme säilitamiseks peaks igal aastal kõrgkooli lõpetama 300–320 õde. Seetõttu on oluline vähendada õdede väljalangevust koolist või erialaselt töölt mitmesuguste poliitiliste vahenditega, sealhulgas kõrgema palga ja paremate töötingimuste loomisega.

Joonis 5.6 Hambaarstide arv 1000 elaniku kohta WHO Euroopa regioonis, 2006 (või viimasel aastal, mille kohta on andmed kättesaadavad)



Allikas: WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2007.

Märkused: * 2005. a andmed, ** 2004. a andmed; EL: Euroopa Liit; SRÜ: Sõltumatute Riikide Ühendus.

Probleemiks on kujunenud, et Tervishoiuametis registreeritud arstidest ei tööta tervishoiusüsteemis ligi 14% (sisaldab välisriiki tööle lahkunuid, mittetöötavaid pensionäre ja neid, kes ei osuta tervishoiuteenust) ning registreeritud õdedest 21%. Arstide ja õdede töötamine väljaspool tervishoiusüsteemi (ravimfirmades, ilu- ja isikuteeninduses) avaldas aastatel 2004–2007 Eesti tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkusele enam mõju kui tervishoiutöötajate migratsioon, mis hõlmab 4% arstidest ja 2% õdedest (Tervishoiuamet, 2008; Sotsiaalministeerium, 2008a).

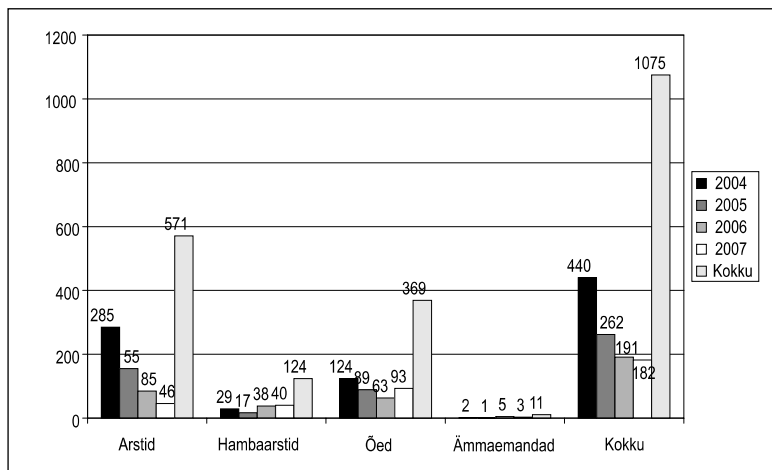
Eestis tegutsevate hambaarstide arv 1000 elaniku kohta (0,87 2006. aastal) on üle EL 15 ja EL 27 keskmiste ja kõrgeim Kesk- ja Kagu-Euroopa riikide hulgas (vaata joonis 5.6).

Eestis hakati migratsioonistatistikat koguma 2004. aasta mais. Informatsiooni Eesti arstide, hambaarstide ja õenduslatöötajate soovi kohta suunduda tööle teise Euroopa Liidu liikmesriiki saadakse Tervishoiuameti poolt väljastatud tervishoiutöötajate vaba liikumist võimaldavate tõendite põhjal (vaata joonis 5.7). Tõend kehtib kolm kuud alates väljaandmisest. Vastavalt direktiivile 2005/36/EÜ võimaldavad väljastatud tõendid tervishoiutöötajatel alustada tunnustamisprotseduuri mõnes teises liikmesriigis. Kuid need andmed võivad olla eksitavaid ja anda olukorrast vaid osalise pildi, sest Tervishoiuametil ei ole täpset tagasisidet selle kohta, kas tervishoiutöötajad on ka tegelikult teise liikmesriiki tööle asunud (Tervishoiuamet, 2008).

Alates Eesti liitumisest Euroopa Liiduga on Tervishoiuamet väljastanud aastatel 2004–2007 tervishoiutöötajatele 1075 tõendit (571 arstidele, 124 hambaarstidele, 369 õdedele ja 11 ämmaemandatele). Reaalselt lahkub välismaale umbes 52% tõendi võtnud arstidest ja 56% õdedest. Lahkujate hulgas on ka neid arste, kes töötavad nädalalõppudel Soomes, aga argipäeviti osutavad tervishoiuteenust Eestis.

Reaalselt emigreerunud tervishoiutöötajate arv ajavahemikus 2004–2007 on ligikaudu 3,3% tervishoiutöötajate koguarvust. Vaadeldes inimressursside liikumist tervishoiusektoris nelja aasta vältel võib öelda, et Euroopa Liiduga liitumise hetkel (2004) oli migratsiooni soov kõige suurem arstidel, neile järgnesid õed. Soov välismaale tööle minna on viimase kolme aasta jooksul järjest vähenenud. Kõige suurem soov välismaale minna on noorematel tervishoiutöötajatel vanuses 20–29, neile järgnevad 30–39-aastased tervishoiutöötajad

Joonis 5.7 Tervishoiutöötajatele välismaal töötamiseks väljastatud tunnistuste arv, 2004–2007



Allikas: Tervishoiuamet, 2008.

(Tervishoiuamet, 2008). See võib olla seotud asjaoluga, et nooremad inimesed on väiksema tõenäosusega jõudnud luua perekonna, kes võiks piirata välisriiki tööle suundumist (Kallaste, Võrk ja Priinits, 2004). Mõned üle 30-aastased tervishoiutöötajad suunduvad välismaale professionaalse arengu eesmärgil. Analüüsidest välismaale tööle suundumiseks väljastatud tõendite sihtriike selgub, et kõige rohkem soovitakse tööle minna Soome, Inglismaale, Rootsi, Saksamaale ja Norrassa. Vaadeldes tõendi võtnud arstide erialasid selgub, et umbes 63% välismaale tööle suundumiseks sertifikaadi vormistanutest on värskest ülikooli lõpetanud üldarstid, kellele järgnevad perearstid, günekoloogid ja anestezioloogid (Tervishoiuamet, 2008).

Kolme teguri koosmõju (tervishoiusektorist väljalangemine, migratsioon ja pensionile jäämine) vähendavad paratamatult lähitulevikus arstide ja õdede arvu Eestis, kuna selle tulemusena on uute tervishoiutöötajate arvu kasv olnud alla asendustaseme. 2006. aastal lõpetas meditsiiniõpingud ainult 90 uut arsti, samas kui nende koguarv, kes tahtsid töötada välismaal või väljaspool tervishoiusektorit, oli vastavalt 85 ja 603. Tulenevalt sellest, et koolitustellimus on väga aeglase

toimega poliitikainstrument (arstide puhul 10 aastat), siis ei ole lühiajaliselt võimalik vältida tööjõu vähenemist, mis on tingitud tervishoiutöötajate välismaale tööle minemisest ja väljaspool tervishoiusektorit töötamisest.

Samasugune suundumus on nähtav õdede hulgas. 2006. aastal liitusid tervishoiusektoriga 175 uut õde, samas kui nende õdede arv, kes soovisid töötada välismaal ja väljaspool tervishoiusektorit, ulatus vastavalt 63 ja 1725-ni.

Tervishoiuameti andmetel jätkavad 79% 65-aastastest arstidest ja 59% õdedest töötamist. See aitab leevendada vananemise, ebapiisava arvu lõpetajate ja migratsiooni põhjustatud tervishoiutöötajate arvu vähenemise negatiivset mõju (Tervishoiuamet, 2008). Sotsiaalministeerium rahastab koolitusprogrammide kaudu kasvavat arvu arste ja õdesid.

Tervishoiupersonali planeerimine

2002. aastal loodi Sotsiaalministeeriumi algatusel tervisevaldkonna töötajate koolitusala nõuandev komisjon, mille tegevuse eesmärk on parandada tervishoiupersonali planeerimist ja koostööd. Komisjoni kuulub 20 liiget eri huvigruppidest: Sotsiaalministeeriumi, Haridus- ja Teadusministeeriumi, meditsiiniõppeasutuste ja erialaühenduste ning arsti- ja hambaarsti erialade kutsekomisjonide esindajad. Nõuandva komisjoni põhiülesandeks on teha ettepanekuid Haridus- ja Teadusministeeriumile tervisevaldkonna töötajate iga-aastase riikliku koolitustellimuse kohta (Sotsiaalministeerium, 2008a). 2005. aastal töötati Sotsiaalministeeriumis välja tervishoiutöötajate koolitustellimuse prognoosi mudel eesmärgiga parandada personali planeerimist tervishoiusüsteemis ja selgitada välja iga-aastane riikliku koolitustellimuse vajadus. Mudel võtab arvesse tervishoiutöötajate vanuseprofili, migratsiooni, olemasolevat haiglavõrku ja kavandatud tervishoiuteenuste osutamise mahtu aastaks 2015.

Tervishoiupersonali planeerimise lähtepunktid on järgmised:

- tervishoiutöötajate koolitustellimuse prognoosi mudel;
- õppeasutuste koolitusvõimalused;

- kõrgkoolide eelnevate aastate vastuvõtukonkursside andmed (kas oli piisavalt kandideerijaid);
- tervisevaldkonna töötajate koolituskomisjoni soovitusel Haridus- ja Teadusministeeriumile, misjärel Haridus- ja Teadusministeerium kehtestab vastuvõtukvoodid riiklikult rahastatavatele õppekohtadele ülikooli arstiteaduskonnas ja tervishoiu kõrgkoolides;
- tööandjate vajadused.

Kindlustamaks arstide riikliku koolitustellimuse stabiilsust, mis tagaks tervishoiuteenuste osutamise senisel tasemel hoidmise, allkirjastasid 3. veebruaril 2006 Eesti Vabariigi Sotsiaalministeerium, Tartu Ülikooli arstiteaduskond ning Eesti Arstide Liit konsensusdokumendi riikliku tellimuse kohta arstiteaduskonna arstiüliõpilaste vastuvõtmisel aastateks 2006–2010. Konsensusdokumendi koostamisel võeti arvesse tervishoiutöötajate koolitustellimuse prognoosi mudelit ja tervishoiutöötajate migratsioonianäitajaid.

Samas tuleb tervishoiuvaldkonna töötajate koolitustellimuse prognoosimisel arvestada asjaoluga, et koolitustellimuse suurendamist takistab lisaks rahalise ressurside nappusele ka koolide võimsus (õpperuumid, -vahendid, õppejõud) ning võimalike õpilaskandidaatide puudus. Lähiaastatel väheneb keskkooli lõpetajate arv 60% võrra, mis võib mõjutada nii arstiõppe kui ka teiste tervishoiuvaldkonna töötajate õppekohtade täituvust. Samas ei pea ülikool ega meditsiinikoolid otstarbekaks arsti- ja õeõppes madalamate võimetega kandidaatide vastuvõtmist, mis ei tagaks piisaval hulgal lõpetajaid ning võib halvendada tervishoiuteenuste kvaliteeti.

Tervishoiutöötajate koolitus

Tartu Ülikooli arstiteaduskond on Eestis ainuke akadeemiline meditsiiniõppeasutus, kus on võimalik õppida järgmistel õppekavadel: arstiteadus, hambaarstiteadus ja proviisoriõpe ning eriarstiõpe ehk residentuur. Arstiteaduskond vastutab ka magistri- ja doktoriõppe eest kõikidel meditsiinerialadel, sealhulgas õendus ja rahvatervishoid. Vastuvõtukvoodid riiklikult rahastatavatele arstiteaduskonna põhiõppe, magistri ja doktoriõppe kohtadele kehtestab Haridus- ja Teadus-

ministeerium Sotsiaalministeeriumi koolituskomisjoni ja arstiteaduskonna ettepanekute põhjal ning kokkuleppel erialaühendustega. Tartu Ülikoolil ja arstiteaduskonnal on õigus arstiteaduskonna põhiõppe erialadele täiendavalt vastu võtta üliõpilasi, kes tasuvad oma hariduse eest ise. Neil üliõpilastel on õigus jätkata õpinguid riiklikult rahastataval kohtadel, mis nende õpingute ajal vabanevad. Tartu Ülikool on seda võimalust kasutanud 10% ulatuses vastuvõetud üliõpilaste koguarvust ning on vastu võtnud ka üliõpilasi teistest riikidest (peamiselt Soomest).

Residentuur on Eestis täielikult riigi rahastatav ning kulud kaetakse riigieelarvest Sotsiaalministeeriumi kaudu. Riikliku residentuuri-tellimuse esitamisel lähtub Sotsiaalministeerium tervishoiuteenuste osutajate, arstide ja hambaarstide erialakomisjonide ning ülikooli ettepanekutest, samuti riigieelarves residentuurikuludeks ettenähtud vahenditest. Residentuuri ja õppetööd korraldab Tartu Ülikool. Arst-residendid on töövõtjad, kes sõlmivad tähtajalise töölepingu residentuuri baasasutustega lähtudes residentuuriprogrammis ettenähtud praktilise väljaõppe kestusest (Ülikooliseadus 1995, parandatud 2004. aastal, vaata jaotis 10.2 „Peamised õigusaktid”).

Arstiteaduskonnas on kuueaastane õpe arstiteaduse ja viieaastane õpe hambaarstiteaduse ning proviisori erialadel. Alates 1997. aastast on need õppekavad kooskõlas Euroopa Liidu koolituse miinimumnõuetega. Koolitusprogrammid said 2002. aastal Euroopa Komisjoni heakskiidu. Arsti- ja hambaarsti põhiõppe lõpetanutel on võimalik spetsialiseeruda eriarstiks soovitud erialal residentuuris või jätkata õpinguid doktorantuuris teadusliku kraadi saamiseks ülikooli nõukogu kehtestatud korras (Ülikooliseadus 1995, muudetud 2004. aastal, vaata jaotis 10.2 „Peamised õigusaktid”).

Residentuuri kestus on sõltuvalt erialast kolm kuni viis aastat. Eriarsti kutset on võimalik omandada 33 arsti ja kahel hambaarsti erialal. Alates 1995. aastast on eriarstiõppe kooskõlas Euroopa Liidu eriarstiõppe koolituse miinimumnõuetega. Õpe residentuuris lõpeb eksamiga, mille sooritanud isikule väljastab Tartu Ülikool tunnistuse, mis tõendab eriarsti kutsekvalifikatsiooni vastaval arsti või hambaarsti erialal.

Alates 1997. aastast on proviisori õppekava kooskõlas Euroopa Liidu koolituse miinimumnõuetega. Proviisoriõppe nominaalkestus on viis aastat, mis koosneb nelja ja poole aastasest teoreetilisest ja praktilisest õppest ning kuuekuulisest praktikast. Proviisoriõpe toimub ülikoolis, kusjuures proviisoriõppe praktiline osa võib toimuda ülikooli järelevalve all väljaspool ülikooli. Praktika toimub jaemüügiapteegis või haiglas kõnealuse haigla farmaatsiaosakonna järelevalve all. Proviisoriõpe lõpeb lõpueksami sooritamise või lõputöö kaitsmisega ning selle lõpetanutel on samuti võimalik jätkata õpinguid doktorantuuris. Proviisoriõppe lõpetanud isikul on õigus osutada apteegiteenust Ravimiseaduses kehtestatud tingimustel ja korras. (Ülikooliseadus 1995, muudetud 2004. aastal, vaata jaotis 10.2 „Peamised õigusaktid”).

Eestis on kaks rakenduskõrgkooli, kus on võimalik läbida õe ja ämmaemanda põhikoolitust (Tartu ja Tallinna Tervishoiu Kõrgkool). Põhikoolituse järel on võimalik neis koolides spetsialiseeruda neljal õenduse erialal:

- esmatasandi õendus;
- kliiniline õendus;
- intensiivravi õendus;
- vaimse tervise õendus.

Õe põhikoolitus kestab kolm ja pool aastat ning ämmemanda koolitus neli ja pool aastat. Spetsialiseerumine õde-spetsialistiks kestab ühe õppeaasta. Alates 1996. aastast on õe ja ämmaemanda õppekavad vastavuses Euroopa Liidu õe ja ämmaemanda koolituse miinimumnõuetega. Koolitus koosneb teoreetilisest ja praktilisest õppest ning toimub rakenduskõrgkoolis, kusjuures õe- ja ämmaemanda õppe kliiniline osa võib toimuda rakenduskõrgkooli järelevalve all väljaspool rakenduskõrgkooli. Õe ja ämmaemanda õppe lõpetanutel on võimalik jätkata õpinguid Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas magistrikraadi saamiseks (Ülikooliseadus 1995, muudetud 2004. aastal, vaata jaotis 10.2 „Peamised õigusaktid”). Magistrikraadiga õdesid peetakse õdede täiendkoolituse eestvedamise ja läbiviimise peamiseks ressursiks. Aastatel 1997–2008 on õendusteaduse osakonnas kaitstud 20

magistrikraadi. Lisaks õe ja ämmaemanda kutsele on tervishoiu kõrgkoolides võimalik omandada rakenduskõrgharidust ka optometri, farmatseudi, tervisekaitse spetsialisti, tervise edendaja, radioloogia-tehniku, füsioterapeudi, bioanalüütiku, hambatehniku ja tegevusterapeudi kutsealal ning kutseharidust hooldustöötajana.

2001. aastal vastu võetud tervishoiuteenuste korraldamise seaduses sätestati esimest korda õendusalane regulatsioon. Sotsiaalministri määruse alusel kehtestati 16 eriala, kuid puudus ühtne spetsialiseerumise süsteem. Koolitus varieerus erialadel kahest kaheksa kuuni. Alates 2006. aastast vähendas Sotsiaalministeerium õe erialade arvu. Euroopa Liidu struktuurfondi kaasabil töötasid tervishoiukõrgkoolid koostöös ministeeriumiga välja uued õppekavad. Nüüd kehtestatud neli õenduse eriala, mille hulka kuuluvad terviseõde, kliiniline õde, intensiivraviõde ja vaimse tervise õde (Ülikooliseadus 1995, muudetud 2004. aastal, vaata jaotis 10.2 „Peamised õigusaktid”).

Tartu Ülikoolis on võimalik omandada ka magistrikraad rahvatervises. Alates 2000. aastast on toimunud vastuvõtt rahvatervise magistriõppesse järgmistel õppesuundadel: tervishoiu juhtimine, tervisekaitse ja tervise edendus. 2008. õppeaastal avatakse epidemioloogia õppesuund. Rahvatervise magistrikraadini on jõudnud 60 magistranti.

Vastuvõtt määratakse kindlaks haridustaseme alusel, näiteks sobivad inimesed, kellel on bakalaureusekraad või sellega võrdne haridustase meditsiinis, bioloogias, terviseteadustes, sotsiaalteadustes või majanduses. Olgugi et tervishoiutöötajate planeerimine tervishoiusektori jaoks on viimastel aastatel edenunud, ei ole Eestil piisavalt terviseökonomiste, rahvatervise spetsialiste ja terviseinformaatikaspetsialiste ning puudub selge kontseptsioon, kui palju rahvatervise spetsialiste vajatakse. Siiski tehakse praegu esimesi samme rahvatervise spetsialistide planeerimise parandamiseks ja alates 2008. aastast on see saanud tervisevaldkonna koolituskomisjoni ülesandeks.

Registreerimine

Eestis on tervishoiuteenuse ja apteegiteenuse osutamise eelduseks tegevusluba ja registreering tervishoiutöötajana või proviisori ja farmatseudina. Tervishoiutöötajateks on arst, hambaarst, õde ja ämma-

emand, kui nad on registreeritud Tervishoiuametis. Tervishoiuteenuse osutamine toimub tegevusluba omava füüsilisest isikust ettevõtjana või äriühingu kaudu. Isikud, kes soovivad end registreerida tervishoiutöötajana ja taotleda tervishoiuteenuse osutamiseks tegevusluba, peavad eelnevalt omama arsti, hambaarsti, õe või ämmaemanda kutset. Tervishoiuamet on Sotsiaalministeeriumi haldusalas tegutsev valitsusasutus, mille ülesanneteks on registreerida tervishoiutöötajaid, proviisoreid ja farmatseute ning väljastada tervishoiuteenuse osutajatele tegevuslubasid. Samuti väljastab Tervishoiuamet tervishoiutöötajate vaba liikumist võimaldavaid sertifikaate tervishoiutöötajatele, kes soovivad suunduda tööle teise Euroopa Liidu liikmesriiki.

Tervishoiuameti registreerimiskorda reguleerivad tervishoiuteenuste korraldamise seadus, ravimiseadus ja sotsiaalministri määrused. Registreerimine on ühekordne toiming ning taotluse esitamise lõiv oli 2008. aastal 1000 krooni (64 eurot). Registreerimist taotlev isik esitab Tervishoiuametile registreerimistaotluse ja kvalifikatsiooni tõendava dokumendi ära kirja. Tervishoiuamet kontrollib kvalifikatsiooni tõendavas dokumendis esitatud andmete õigsust ja teeb registreerimisotsuse ühe kuu jooksul. ELi liikmesriikide kodanikele on tervishoiutöötajate registreerimistingimused samad, mis Eesti kodanikele (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus 2001 ja ravimiseadus 2004, vaata jaotis 10.2 „Peamised õigusaktid”).

ELi-väliste riikide kodanikud peavad ootama registreerimist ligikaudu kaks kuud alates vajalike dokumentide esitamisest. Arstide, hambaarstide, õdede, ämmaemandate ja proviisorite puhul, kes on oma kvalifikatsiooni omandanud väljaspool Euroopa Liitu, kestab registreerimisemenetlus kaks kuud. Registreerimismenetluse käigus hinnatakse nende õppekavade vastavust Eestis nõutavale kvalifikatsioonile ja seejärel tehakse registreerimisotsus. Kvalifikatsiooni hindamisel nähakse teatud juhtudel ette sobivustesti sooritamist, eriti juhul, kui muust välisriigist tulnud arsti õppekava ei vasta Eestis õppekavale kehtestatud nõuetele või taotlejal puudub eelnevalt nõutav töökogemus.

Pärast registreerimist on kõigil võrdsed töö- ja karjäärivõimalused tööturul. Ka palgatingimused ja koolituse võimalused on välisriigist tulnud inimestel samad, mis Eesti tervishoiutöötajatel. Alates 2001.

aastast on tervishoiutöötajate pädevuse hindamine Eestis vabatahtlik, kuid tervishoiuteenuse osutajal on kohustus tagada tervishoiutöötajate arendamiseks ja pädevuse tõstmiseks tervishoiutöötajate iga-aastane täiendkoolitus vähemalt 60 tunni ulatuses. Tippjuhid ja tervishoiu-spetsialistid, kes töötavad struktuuriüksuste juhatajatena, peavad lisaks erialasele koolitusele regulaarselt osalema juhtimiskoolitustel vähemalt 40 tunni ulatuses aastas. (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus 2001, vaata jaotis 10.2 „Peamised õigusaktid”).

Arstide ja õdede karjääriteed

Pärast põhiõppe lõpetamist on arstidel järgmised karjääri jätkamise võimalused:

- töötada nn üldarstina tervishoiuteenuse osutaja vastutusel, kuid mitte iseseisva teenuseosutajana;
- jätkata õpinguid residentuuris;
- jätkata õpinguid doktorantuuris vastavalt ülikooli nõukogu poolt sätestatud korrale;
- töötada avalikus sektoris või farmaatsiasektoris (Sotsiaalministeeriumis, Eesti Haigekassas või ravimfirmades).

Pärast põhiõppe lõpetamist on õdedel ja ämmaemandatel järgmised karjääri jätkamise võimalused:

- töötada õe või ämmaemandana koos tervishoiuteenuse osutajaga või osutada iseseisvaid õendusteenuseid;
- spetsialiseeruda neljal õendusabierialal
- jätkata õpinguid magistrantuuris;
- töötada avalikus sektoris või farmaatsiasektoris (Sotsiaalministeeriumis, Eesti Haigekassas või ravimfirmades).

Tervishoiuteenuse osutajad on vabad kehtestama oma asustusesisesed edutamise ja karjääri võimalused.

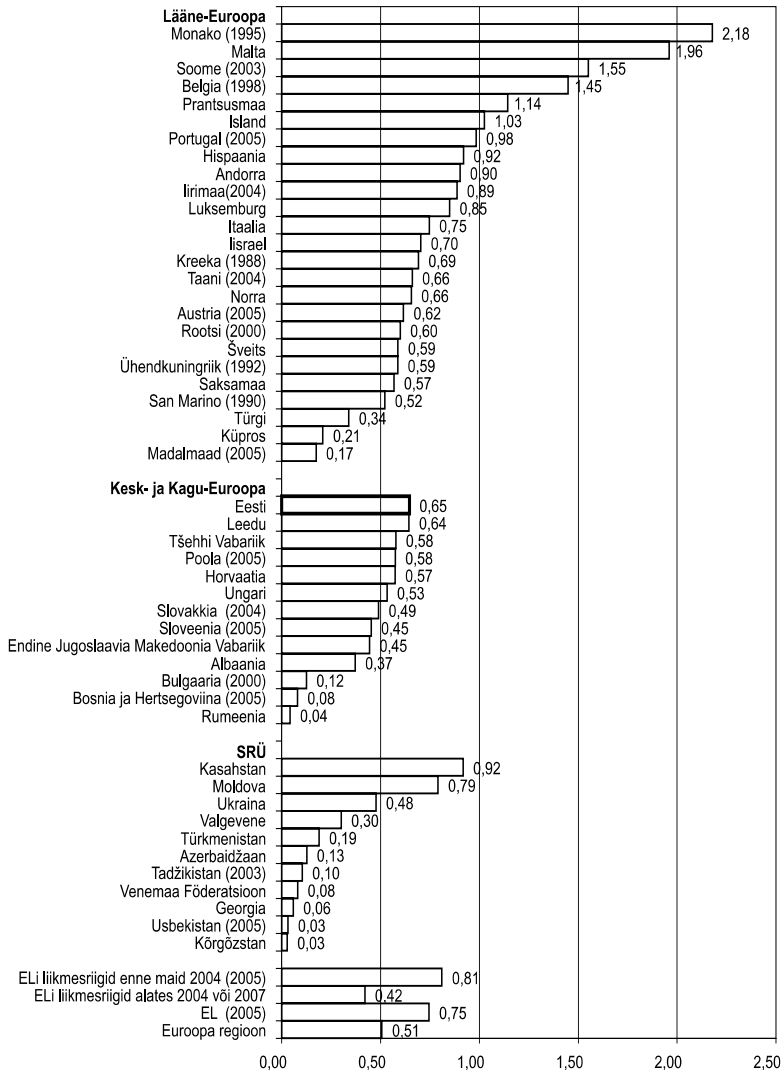
Proviisorid

2006. aastal oli Eestis 562 apteeki ning neis töötas 876 proviisorit ja 580 farmatseuti (Ravimiamet 2007). Proviisorite arv 1000 elaniku kohta (0,65) jäi Eestis 2006. aastal EL 15 keskmise (0,81) ja EL 12 keskmise (0,42) vahele ning oli kõrgeim Kesk- ja Kagu-Euroopa riikide seas (vt joonis 5.8).

Apteekide tegevust reguleerib ravimiseadus ning Vabariigi Valitsuse ja sotsiaalministri määrused. Enamik avalikke apteeke on eraomandis; ainult kaks apteeki on hetkel riigi omandis. Kui apteegi omanik on juriidiline isik, ei ole kehtivaid piiranguid omatavate apteekide arvu osas. Ligikaudu 80% apteekidest kuuluvad Eestis nelja või viide apteegiketti ja iga keti apteegid tegutsevad ühe juriidilise isiku all. Hulгимүүija ise ei saa tegutseda apteegina, kuid tema tütarrevõtte saab. Näiteks ei saa hulгимүүija olla apteegi tegevusloa hoidja, kuid võib omada apteegi aktsiaid ja avada teisi tütarrevõtteid, mis tegutsevad farmaatsia valdkonnas ja millel on apteegi tegevusluba. Eestis antakse apteegi tegevusluba apteegi omanikele, mitte proviisoritele isiklikult. Seetõttu on praktiliselt võimatu teada, kes aktsionärid on (aktsionärid võib registreerida ka välismaal). Tegelikuses on üle 80% apteeke hulгимүүigifirmade mõju all nagu Magnum Medical AS ja Tamro Eesti.

Enne 2006. aastat ei põhinenud uute apteekide avamine geodemograafilistel kriteeriumidel. Alates 2006. aasta jaanuarist jõustus piirang, mis sätestas, et linnapiirkondades ei saa apteekidele ja haruapteekidele enam uusi tegevuslube väljastada. Enamgi veel, apteegid ei saa muuta oma asukohta seal, kus teenindatakse vähem kui 3000 elanikku ühe apteegi struktuuriüksuse kohta. Piirangut ei kohaldata, kui uus asukoht on 500 m raadiuses vanast asukohast (Ravimiseadus 2004, vaata jaotis 10.2 „Peamised õigusaktid”). Maapiirkondades ei või uut apteeki või haruapteeki avada 1 km raadiuses olemasolevast apteegi struktuuriüksusest. Kui elanike arv kasvab või kui kohalik omavalitsus on esitanud Ravimiametile hästi põhjendatud kirjaliku taotluse uue apteegiüksuse avamiseks, teatatakse sellest Ravimiameti kodulehel. Kui esitatakse rohkem kui üks avaldus, eelistatakse isikut, kes soovib avada jaemүүigiapteegi. Juhul kui jaemүүigiapteegi avamiseks esitatakse rohkem kui üks avaldus, tõmmatakse osalejate

Joonis 5.8 Proviisorite arv 1000 elaniku kohta Eestis ja WHO Euroopa regioonis, 2006 (või viimasel aastal, mille kohta on andmed kättesaadavad)



Allikas: WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2007.

Märkused: EL: Euroopa Liit; SRÜ: Sõltumatute Riikide Ühendus; riigid, mille kohta andmed puudusid on välja jäetud.

vahel loosi. Loosi tulemused teatatakse Raviameti kodulehel kolme tööpäeva jooksul. Isik, kellele on antud õigus apteegiüksuse avamiseks, peab esitama tegevusloa taotluse 180 päeva jooksul (Ravimiseadus 2004, vaata jaotis 10.2 „Peamised õigusaktid”).

Farmaatsiaorganisatsioonid toimivad Eestis vabatahtlikkuse alusel. Seetõttu ei ole kohustuslik kuuluda ühte alltoodud suurematest organisatsioonidest:

- Eesti Apteekrite Liit, mis hõlmab ligikaudu 350 proviisorit (44% kõigist proviisoritest 2006. aastal);
- peamiselt ärile orienteeritud Eesti Apteekide Liit, mis esindab apteeke, mida juhib hulgimüüja AS Magnum Medicali apteegikett Apotheke;
- Eesti Haiglaapteekrite Selts, mis ühendab haiglaapteekides töötavaid proviisoreid ja farmatseute (üle 100 liikme).

Lisaks on paar väiksemat eriorganisatsiooni: Eesti Akadeemiline Farmaatsiaühing (akadeemilised proviisorid) ja Farmatseutide Liit (Pudersell *et al.*, 2007).

6 Teenuste osutamine

6.1 Rahvatervis

Nagu tervishoiusektoris üldiselt, toimusid reformide perioodil olulised muudatused ka rahvatervise valdkonnas. Nõukogude ajal oli rahvatervisesüsteem tsentraliseeritud ning rahvatervise teenuseid osutati ühtse institutsioonilise struktuuri (nn SANEPID) kaudu. Rahvatervise teenuste põhirõhk oli regulatsioonil ja kontrollil. Rahvatervise reformid algasid rahvatervise seaduse vastuvõtmisega 1995. aastal. Nimeetatud seadus on aluseks praegu kehtivale õiguslikule raamistikule, millest lähtuvalt toimub rahvatervise teenuste rahastamine ja osutamine; seaduses rõhutatakse sektorite- ja valdkondadevaheliste võrgustike olulisust. Alates 2000. aastast on seoses ELiga ühinemise eelsete protsessidega rahvatervise roll suurenenud, seda eelkõige tervise kaitse ja töötervishoiu valdkonnas. Täitmaks ELi tingimusi, viidi Eestis rahvatervise sektoris läbi ümberkorraldused, mis olid seotud rahvatervise sektori organisatoorse ja juriidilise pädevusega, adekvaatsete ja asjakohaste oskustega ning sobivate protseduuride ja poliitikaga.

Rahvatervise valitsemise struktuuri ümberkorraldamise tulemusena tekkis mitu rahvatervise valdkonna eest vastutavat institutsiooni. Peamised osapooled rahvatervise valdkonnas riigi tasandil on Sotsiaalministeerium (rahvatervise osakond), Tervisekaitseinspeksioon, Tervise Arengu Instituut, Eesti Haigekassa, Tööinspeksioon, Keskkonnainspeksioon, Tervishoiuamet ja Keskkonnaministeerium. Maakonna tasandil koordineerib rahvatervisealast tegevust tervise edenduse spetsialist, kes tegeleb terviseküsimumste ja rahvatervise programmidega, ning Tervisekaitseinspeksiooni ja Tööinspeksiooni

maakondlikud osakonnad. Need asutused rakendavad oma töös riigi tasandil kehtestatud juhiseid ja programme ning tagavad, et teised asutused järgiksid neid. Omavalitsuse tasandil kontrollivad kohalikud omavalitsused tervisekaitsealastest õigusaktidest kinnipidamist ja nende rakendamist oma piirkonnas ning koordineerivad tervise edendamise ja haiguste ennetamisega seotud tegevust.

Eri asutuste ülesandeid ja vastutusi reguleeriv õiguslik raamistik on küll seaduses määratletud, kuid ülesannete ja vastutuste defineerimine ei ole täiesti selge. Seepärast on eri tasandite asutuste vaheline suhtlemine valdkond, mis vajab tähelepanu ja selgitamist. Vajalik on parem koostöö informatsiooni jagamisel ja ühtlustamisel kõikidel institutsioonilistel tasanditel; samuti tuleb suurendada omavalitsuste vastutust. Nende rolli rahvatervise teenuste rakendamisel, sealhulgas tervise edendamisel ja haiguste ennetamisel, tuleks laiendada. Puudub süstemaatiline lähenemine rahvatervisealaste toimingute arendamiseks. Kui vertikaalseid tegevusi ja vastutust on palju, siis horisontaalne koostöö ja koordineerimine on suhteliselt nõrk. Seda tunnistatakse ka uues rahvastiku tervise arengukavas aastateks 2009–2020, mis on alus rahvatervise edasisele arengule. Lisaks vajatakse investeringuid infrastruktuuri, infosüsteemidesse ja inimressursi arendamisse, et luua paremat vertikaal- ja horisontaalkoostööd tervishoiu, rahvatervise ja sotsiaalsektorite vahel ning töötada välja teenuste standardeid ja kirjeldusi. Eeldatavalt võimaldaksid nimetatud arengud integreeritud teenuste osutamist, mis peaks omakorda parandama tervisesüsteemi efektiivsust ja tulemuslikkust.

Nakkushaiguste tõrje

Nakkushaiguste järelevalve ja kontrolli eest Eestis vastutab Tervisekaitseinspeksioon ning seda reguleerib rahvatervise seadus (1995, muudetud viimati 2007), nakkushaiguste ennetamise ja tõrje seadus ning muud valitsuse ja Sotsiaalministeeriumi määrused. Alates 2005. aasta maist vastab nakkushaiguste tõrje süsteem ELi direktiividele ja määrustele. Perearstidele, eriarstidele ja mikrobioloogilisi, virooloogilisi, parasitoloogilisi ja seroloogilisi analüüse tegevatele laboratooriumidele on nakkushaigustest teavitamise süsteem kohustuslik. Süsteem nõuab Tervisekaitseinspeksiooni regionaalsete talituste maakondlike

osakondade teavitamist 62 nakkushaiguse ja 88 etioloogilise ohuteguri korral, mis kuuluvad kohustusliku teavitamise nõude alla. Süsteemisene teavitamine toimub peamiselt paberkanalil (kasutatakse tüüpvormi); teavitamist telefoni ja e-posti teel kasutatakse raskete nakkushaiguste diagnoosimise või nende kahtluste korral. Teatised koguvad kokku Tervisekaitseinspektiooni regionaalsete talituste maakondlikud osakonnad, need koondatakse ja saadetakse seejärel regionaalsetesse talitustesse. Lõpuks koondatakse andmed riiklikul tasandil Tervisekaitseinspektiooni keskasutuses. Kuigi nakkushaiguste järelevalve süsteem Eestis on laiaulatuslik ja toimib korralikult, vajab arendamist nakkushaiguste elektrooniline register.

Eestis on välja töötatud üleriigiline teavitamise süsteem nakkushaiguste puhangute kohta. Igast nakkushaiguse puhangust teavitamine on kohustuslik. Süsteem hõlmab perekonnasiseseid, üldisi ja rahvusvahelisi nakkushaiguste puhanguid ning kogub üksikandmed kõigi haiguspuhangu jooksul täheldatud haigusjuhtude kohta. Tervisekaitseinspektioon (või Veterinaar- ja Toiduamet, VTA) koostab epidemioloogiliste juhtude uuringuprotokollid nakkushaiguse puhangu viivitamatuks uurimiseks (sealhulgas toidust tuleneva haiguse uurimise VTAs) ning kohustusliku uurimisaruande haiguspuhangu kohta. Keskkonnaministeerium koostab ettepanekud teatavate erakorraliste olukordade ja õnnetusjuhtumite riskianalüüside kohta; tegevuskava erakorraliste olukordade (sealhulgas näiteks radiatsiooni) puhuks on ministeeriumis arendamisel. Mürgistusteabekeskus, mida arendatakse Kemikaalide Teabekeskuses, juba haldab andmebaasi, milles sisaldub informatsioon esmaabi ja ravi kohta kõikide erijuhtude korral (kui vastav kemikaal/hüve/toode on andmebaasis olemas).

Tervisekaitseinspektiooni maakondlikud talitused vastutavad nakkushaiguste puhangute avastamise ja uurimise eest. Igas talituses on määratud haiguspuhangu uurimismeeskond, mis koosneb epidemioloogidest ja keskkonnatervise ala inspektoritest. Uurimismenetlused sisaldavad epidemioloogilist uurimist, laboratoorset diagnostikat ja vajadusel õiguslikke meetmeid. Toidust tuleneva haiguse puhangu korral teeb Tervisekaitseinspektiooni uurimiserühm koostööd Veterinaar- ja Toiduameti kohaliku talituse toiduohutuse valdkonna spetsialistidega vastavalt heakskiidetud kahepoolsetele toidust

tulenevate haiguste uurimise juhistele. Veterinaar- ja Toiduamet ning Tervisekaitseinspeksioon jagavad zoonooside seire andmeid kohalikul tasandil igakuiselt. Ägedate haiguspuhangute korral võetakse ühendust kohe, et tegutseda vastavalt juhistele, mis on välja töötatud ägedate haiguspuhangute korral tegutsemisteks.

Õhu, vee ja toidu kvaliteet

Õhusaaste seire toimub vastavalt välisõhu kaitse seadusele, mis vastab kõikides asjaomastes ELi direktiivides kehtestatud nõuetele. Seaduse peamine eesmärk on säilitada välisõhu kvaliteet piirkondades, kus see on kõrge, ja parandada seda piirkondades, kus välisõhu kvaliteet ei vasta nõuetele.

Veega varustamist, selle kasutamist, kvaliteeti ja saneerimist reguleerivad rahvatervise seadus, veeseadus ning ühisveevärgi ja -kanalisatsiooni seadus. Vee üle järelevalve teostamine on jagatud Keskkonnaministeeriumi (Keskkonnainspeksiooni kaudu) ja Sotsiaalministeeriumi (Tervisekaitseinspeksiooni kaudu) vahel. Keskkonnaministeerium vastutab nii põhja- kui ka pinnavee kvaliteedi tagamise ja selle säilitamise eest. Rahva tervise kaitse ja selles valdkonnas rakendatavate meetmete eest vastutab Tervisekaitseinspeksioon. 2002. aastal jõi peaaegu 40% kogu rahvastikust kõrgeast raudsaldusest tingitud madala kvaliteediga joogivett. Kuna toiduohutus ja keskkonnatervise küsimused on ELi õigustiku olulised osad, on Eesti ühinemine ELiga ja ELi liikmestaatus toonud endaga kaasa suured investeeringud kõnealustesse valdkondadesse. Samas on see lükanud päevakorras tagaplaanile teised rahva tervist mõjutavad valdkonnad (vaata jaotis 1.4 „Tervisenäitajad”).

Toiduohutusega seotud tegevust reguleerib toiduseadus. Riski hindamiseks kasutatakse mitmesuguseid seireprogramme ja laboratoorseid analüüse, mille läbiviimiseks kasutatakse eri ressursse nagu andmed, uuringud ja hinnangud. Seireprogrammid viiakse läbi regulaarselt. Laboratoorseid analüüse teevad ainult volitatud ametlikud laboratooriumid. Väljapoole tervisevaldkonda jäävad sektorid juhivad tegevust toiduohutuse ja keskkonnaohutuse alal. Põllumajandusministeerium koos Veterinaar- ja Toiduametiga on peamine toidu, sealhulgas alkoholiiga seotud kõige olulisemate õigusaktide ja riiklike programmide

eest vastutav ametkond. Alates 2007. aastast on vastutus toiduohutuse järelevalve eest nihkunud Sotsiaalministeeriumilt Põllumajandusministeeriumile. Kuigi eri asutuste ja ametivõimude tegevus ja vastutus on seadusega reguleeritud, on arenguruumi sektoritevahelise koostöö parandamiseks.

Töötervishoid ja vigastuste vältimine

1999. aastal jõustus töötervishoiu ja tööohutuse seadus. Selle seaduse kohaselt on kõik tööandjad kohustatud tagama töökeskkonna ohutuse. Uue töötervishoiu arengukava 2008–2012 esimese eelnõu töötas välja töötervishoiuspetsialistidest koosnev tööühm 2006. aastal; arengukava loodetakse lõplikult valmis saada 2008. aasta lõpuks. Arengukavas rõhutatakse töötervishoiuteenuste kvaliteeti ja arendamist, tehakse kindlaks töötervishoius esinevad probleemid ning esitatakse võimalikud lahendused. Töötuskindlustusmaksu rakendamisest (tööandja maksukoormus ei tõusnud sellega seoses) saadud kogemustele tuginedes on arutluse all tööõnnetuse ja kutsehaiguse kindlustuse rakendamine.

Töötervishoidu hinnatakse ja analüüsitakse töötingimuste, tööga seotud tervisliku seisundi ja töötervise kohta kogutud tervisestatistika põhjal. Tööandjad vastutavad ametiga kaasnevate ohtude hindamise ja sellest riskihinnangust lähtuvalt oma töötajate tervisekontrolli tagamise eest. Tööinspeksioon vastutab olemasolevate sanitaar- ja ohutuseeskirjade tööandjatepoolse täitmise järelevalve eest. Kuigi töötervishoiualaste õigusaktide, määruste ja head tegutsemistava koondav süsteem on suhteliselt hästi rakendatud, on selles valdkonnas endiselt nõrku kohti. Eriti tööõnnetuste registreerimine on ebapiisav, mis on peamiselt tingitud süsteemi võimekuse piiratusest. Töö- ja töökeskkonna tervishoid on valdkond, mis annab märkimisväärse võimaluse näiteks tervise edendamise ja haiguste ennetamise parandamiseks väljaspool tervishoiuasutusi, tööandjate kohustuste selgitamise, tööohutuse hindamise ja tagamise kaudu.

Tervise edendamine

Haiguste ennetamise ja tervise edendamise valdkond on viimastel aastatel olnud kõrgendatud tähelepanu all, seetõttu on nii rahvastiku kui ka üksikisiku tasandil rakendatud strateegiate arendamisel tehtud märkimisväärsed edusamme. 1995. aastal Sotsiaalministeeriumi kehtestatud riiklike ja kogukondlike tervise edendamise projektide raames süstematiseeriti tervise edendamisega seotud tegevus. Alguses rahastati tervise edendamisega seotud tegevust peamiselt Eesti Haigekassa eelarvest, mis on rahvusvahelist praktikat arvestades üsna ainulaadne. See tagas tervise edendamise stabiilse rahastamise 1990. aastatel, kui riigieelarvest rahastamine oli ebapiisav ja omavalitsuste roll tervist edendavas tegevuses ei olnud selge. Tervise edendamisega seotud tegevuste üheaegset rahastamist Eesti Haigekassa ja riigi poolt on aastaid jätkuvalt rakendatud. Eesti Haigekassa rahastatud tervise edendamise tegevus oli suunatud peamiselt mittenakkuslike haigustega seotud riskifaktoritele. Ajavahemikul 1995–2004 esitati 3500 projekti-taotlust ning Eesti Haigekassa rahastas neist rohkem kui 1822. Tulenevalt vajadusest ühtlustada õigusaktid ELi direktiividega (sealhulgas riigihangetealaste eeskirjadega) muutus alates 2005. aastast nõudlusel põhinev süsteem ülalt-alla-süsteemiks, mis võimaldab suuremat võrdsust eri elanikkonnarühmade seas rakendatavate meetmete osas (näiteks eesti- ja venekeelse tegevuse võrdne jaotuvus, tegevus kõikides maakondades). Perioodil 1995–1998 algatas Sotsiaalministeerium mitu riiklikku programmi. Riigi tasandil kinnitas programmid valitsus ning neid rahastati riigieelarvest. Kui riiklikud programmid käivitati, vähenes vastavalt Eesti Haigekassa poolse rahastamise osakaal nendes rahvatervise valdkondades.

Aastate jooksul on riiklikud rahvaterviseprogrammid laienenud riiklikeks rahvatervise valdkonna strateegiateks, mille kvaliteeti ja vastutust on parandatud. Uued strateegiad töötatakse tavaliselt välja lähtuvalt valitsuse selgest kohustusest, kuna see garanteerib strateegiate rahastamise. Strateegiate juurde kuuluvad nelja-aastased valitsuse poolt heakskiidetud tegevuskavad koos vastava eelarvega, tulemuslikkuse näitajad ja meetmed konkreetsete tervishoiualaste probleemidega tegelemiseks. Praegu on strateegiatega hõlmatud viis peamist rahvatervise valdkonda: südame- ja veresoonehaiguste ennetamise riiklik strateegia aastateks 2005–2020; riiklik HIVi ja AIDSi strateegia

aastateks 2006–2015; riiklik vähistrateegia 2007–2015; tuberkuloositõrje riiklik programm aastateks 2008–2012; ja narkomaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012. Rahvatervise teadus- ja arendustegevuse riiklik sihtprogramm aastateks 1999–2009 on kuues valitsuse heakskiidetud ja rahastatud programm rahvatervise teadustöö toetuseks. Kõikide nimetatud strateegiatega teeb järelevalvet Sotsiaalministeeriumi rahvatervise osakond. Riiklike strateegiatega puhul nähakse ette tihe koostöö kohaliku tasandi asutuste ja inimestega peamiselt maavalitsuste juures asuvate teenistuste kaudu. Partnerministeeriumid on programmikomiteede liikmetena samuti tegevuste kavandamise ja rakendamisega seotud. Nende positsioon on mõnikord küll nõrgaks jäänud, kuna poliitilist vastutust kannab tavaliselt ainult Sotsiaalministeerium. Olemasolevad rahvatervise valdkonna strateegiad vajavad laienemiseks jätkusuutlikku rahastamist ja institutsioonilist suutlikkust. Rahvatervise strateegiatega tõhususe suurendamiseks tuleks eelkõige kaasata kohalikke kogukondi, tugevdada kodanikuühiskonna organisatsioone ja arendada inimressursi suutlikkust (Atun *et al.*, 2005).

Alates 2005. aastast viiakse Eesti Haigekassa poolt rahastatavad tervise edendamise projektid läbi riiklike rahvatervise valdkonna strateegiatega raames, kehtestatud on selged eesmärgid ja näitajad ning süsteem strateegia tulemuste mõõtmiseks. Praegu kuuluvad Eesti Haigekassa rahastatavate projektide hulka tegevus ja kampaaniad, mis toetavad tervise edendamist eri keskkondades, nagu koolieelsetes lasteasutustes, koolides, haiglates, perearstikabinetis, töökohtadel ja kohalikes omavalitsustes. Sellise toetuse hulka kuulub ka meedia kaudu saadav teave, lisakoolitus, reklaammaterjalid, järelevalve, nõustamine ja konverentside korraldamine. Üks kolmandik Eesti Haigekassa tervise edenduse eelarvest investeeritakse kogukonnaarengusse, peamiselt (alkoholismiga seotud) õnnetusjuhtumite ennetamiseks.

Haiguste ennetamine

Otse riigieelarvest rahastatavate riiklike rahvatervisestrategiega kõrval eraldatakse osa Eesti Haigekassa eelarvest haiguste ennetamisega seotud tegevuseks. Enamik projektidest kuulub üld- või

eriarstiabi teenuste hulka. Haiguste ennetamise projektid hõlmavad ennetustegevust, nagu näiteks noorte tervisealane nõustamine; emakaela- ja rinnavähi avastamine (vaata allpool) ning osteoporoosi varajane avastamine; fenüülketonuuria, hüpotüreooosi ja vastsündinute kuulmise sõeluuringud; südamehaiguse ennetamine; pärilike haiguste sünnieelne diagnostika; koolitervishoiuteenused. Kindlustamata inimesi need projektid siiski ei hõlma.

Enne haiguste ennetamise projekti suhtes kokku leppimist viiakse koostöös erialaühendustega läbi tõenduspõhisuse ja kuluefektiivsuse analüüs. Enne ennetusprogrammi alustamist peab olema kirjeldatud vastav sekkumine konkreetse haiguse suhtes. Mõni laste terviskontrolli teenus on osa perearsti tulemustasu süsteemist, kuhu kuuluvad vaksineerimisega hõlmatus kriteeriumid ja teatud vanuserühmade tervisekontroll (1-, 3-, 12-kuused ning 2- ja 7-aastased). Tulemustasu süsteemi eesmärk on motiveerida perearste tegelema haiguste ennetusega (vaata ka jaotis 6.2 „Üldarstiabi”).

Rinna- ja emakaelavähi sõeluuringuid rahastab Eesti Haigekassa ja tegevust koordineerib SA Vähi Sõeluuringud. Rinnavähi sõeluuring hõlmab naisi vanuses 50–65 eluaastat (alates 2002. aastast) ja emakaelavähi sõeluuring naisi vanuses 35–59 eluaastat (alates 2003. aastast). Muud sõeluuringud viiakse läbi tervisesüsteemi raames. Rinnavähi sõeluuringu hindamisest on ilmnenu selle positiivne mõju rahva tervisele. Perioodil 2002–2006 on projekt saavutanud küllaltki kõrge sihtrühma hõlmatus (55% 2006. aastal). See hõlmatus osakaal näitab kasvutrendi ja rinnavähi varajase avastamise protsent on kõrge (76%). Lähtuvalt rinnavähi sõeluuringute ja diagnoosimise puhul rakendatavatest rahvusvahelistest juhistest, peaks sõeluuringu käigus rinnavähi avastamise määr olema vähemalt viis rinnavähi juhtu 1000 sõeluuringus osalenud naise kohta. Eestis läbiviidud rinnavähi sõeluuringu tulemused vastavad nendele eesmärkidele; samas ei ole selgelt määratletav, kas sõeluuringu tulemusel avastatud vähijuhud on lisaks iga-aastaselt avastatud juhtudele (umbes 550 juhtu aastas) või on tegemist juhtudega, mis avastati enne sõeluuringuid (Aaviksoo, Lai ja Vaask, 2007).

Riikliku immuniseerimiskava kehtestab Sotsiaalministeerium, rakendab Tervisekaitseinspeksioon ja seda rahastavad Eesti Haigekassa

ja Tervisekaitseinspeksioon: Eesti Haigekassa maksab arstidele vaksineerimise eest ning Tervisekaitseinspeksioon vaktsiinide eest. Immuniseerimise eest vastutavad perearstid, kuigi ka kooliarstidel on lubatud seda teenust osutada, mistõttu on suurem osa kooliealist elanikkonda immuniseeritud kooliarstide poolt. Vaksineerimisega seotud ülesannete jaotamise üle on toimunud diskussioone pere- ja kooliarstide vahel, kuid siiani ei ole vastutuse nihkumine perearstidelt kooliarstidele vaksineerimisega hõlmatust negatiivselt mõjutanud. Hõlmatus Eestis on üsna hea, laste hõlmatus kõikide oluliste immuniseerimiskategooriate suhtes on üle 95%. Imikute vaksineerimist bakteri *Haemophilus influenzae* b-tüübi vastu alustati ametlikult 2003. aastal ning sellest alates on hõlmatus suurenenud 27%lt 88%ni 2006. aastal (WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2007) (vaata ka jaotis 1.4 „Tervisenäitajad”).

Erasektori ja valitsusväliste organisatsioonide roll rahvatervises

Rahvatervise teenuseosutajate ring on väga piiratud. Tervise Arengu Instituut, kes vastutab kõikide riiklike rahvatervise strateegiade elluviimise eest, ei tee kõiki töid ise, vaid annab mõne tegevuse edasi mittetulundusühingutele (MTÜ), tervishoiuteenuste osutajatele ja eraettevõtetele. Erasektor on küll seotud rahvatervisealase tegevusega (näiteks HIVi-ennetus), kuid investeeringud on seotud konkreetsete rahvatervise valdkondadega. Eraettevõtete jaoks on see pigem presitiivne tegevus kui kohustus. Käesoleva ülevaate koostamise ajaks ei ole suuniseid selle kohta, kuidas toimida eraettevõtete suhtes, kellega koostöö puhul võivad tekkida eetilised küsimused, seda näiteks ravimi-, tubaka- või alkoholitööstuse ettevõtte puhul. Seepärast oleks oluliseks sammuks töötada välja suunised erasektoriga tehtava koostöö kohta rahvatervise valdkonnas.

Tervise Arengu Instituudil on viieaastane koostöökogemus MTÜdega rahvatervise teenuste ostmisel (näiteks süstlavahetusprogrammid, ebaseadusliku uimasti- ja alkoholitarbimise ning suitsetamise ennetusprogrammid, seksuaaltervis, noorte nõustamine jne). MTÜde roll rahvatervisetevõtmiste parandamisel on olnud üldiselt positiivne. Osapoolte piiratud arvu tõttu konkurents rahvatervise teenuste osutamisel

peaaegu puudub. Käesoleva ülevaate koostamise ajaks saadud kogemuste põhjal ei ole enamiku MTÜde tegevus väga efektiivne inim- ja rahaliste ressursside vähesuse tõttu, mis näitab vajadust suurendada rahvatervise teenuste osutamise seotud MTÜde arvu. Lisaks puudub selge kvaliteedikontrollisüsteem MTÜde poolt osutatavate teenuste kohta. Rahastamismehhanism teenuste ostmiseks ja suunised nende teenuste kvaliteedi tagamiseks vajavad samuti väljatöötamist.

Kõikides rahvatervise seotud valdkondades on viimastel aastatel tehtud küll edusamme, kuid olulised lüngad on siiski jäänud. Rahvatervise teenuste hindamine Eestis on toonud välja mitmed nõrgad kohad rahvatervise juhtimisel ja järelevalves. Üks peamisi probleeme rahvatervises, nagu ka paljudes teistes tervishoiuvaldkondades, on inimressursi puudus. Rahvatervise spetsialistide süstemaatilise baas- ja jätkuõppe puudumine takistab efektiivsema rahvatervise süsteemi väljaarendamist. Rahvatervise õiguslikus raamistikus, rahvatervise seaduses, on mitmeid lünki ning võimalusi finantseerimisstruktuuride ja teenuseosutamise paremaks määratlemiseks ja nende stabiilsuse parandamiseks. Rahvatervise valdkonnas on mitmeid tegevusi, kuid need ei ole selgelt koondatud üldisesse raamistikku, mis määratleks kohustused ning püstitaks eesmärgid. Jätkusuutlikkuse tagamiseks vajatakse ühtsemat rahastamissüsteemi riigi ja kohalikul tasandil.

6.2 Üldarstiabi

Enne iseseisvuse saavutamist 1991. aastal põhines Eesti tervisesüsteem nõukogulikul Semaško süsteemil, mida iseloomustas eriarstiabi osutatavate asutuste lai võrgustik ja üldarstiabi ebaühtlane tase, kus toimis täiskasvanute, laste ja naiste polikliinikute kolmeks jaotatud süsteem. Perearsti eriala ei eksisteerinud. Polikliinikutes töötasid sisehaiguste arstid, pediatrid, günekoloogid ja teiste alamerialade spetsialistid. Üldarstiabi osutavad arstid tegutsesid pigem eriarstile konsultatsioonile suunajatena kui väravavahtidena. Inimestel oli 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 ning selles oli ülemäära palju eriarstiabi struktuure, et olla rahaliselt jätkusuutlik (Atun *et al.*, 2006).

Perearstiabi reform 1990. aastatel

Perearstiabi reform algas 1991. aastal eesmärgiga arendada välja perearstikeskne üldarstiabisüsteem ja kehtestada perearstiabi kui eriala. 1992. aastal alustati perearstiks ümberõppe kursusi Tartu Ülikoolis. Võeti kasutusele kolmeaastane residentuuriprogramm uutele lõpetajatele ja täiendõpe üldarstiabi erialal töötavatele arstidele. 1993. aastal nimetati perearstiabi meditsiinierialaks ning seati sisse uus kolmeaastase kestusega residentuuriprogramm peremeditsiini alal. Alates 2003. aastast kasutatakse perearstide koolitamiseks ainult kolmeaastast residentuuriprogrammi. Osa eriarste, peamiselt polikliinikutes töötavad sisehaiguste arstid, pediatrid ja günekoloogid, koolitati ümber perearstideks. Kuna arstidel puudusid stiimulid perearstina tegutseda, hakkasid sel erialal töötama vaid vähesed (üksikasjalikuma teabe saamiseks koolituse kohta vaata jaotis 5.2 „Inimressursid”).

1997. aastal muudeti õigusakte ja sätestati kohustus end konkreetse perearsti juures registreerida (loodi nimistud). Samal aastal sõlmis Eesti Haigekassa perearstidega lepingu üldarstiabi teenuste osutamiseks. Kuni 1998. aastani osutati teenuseid polikliinikutes ja ambulatooriumides, mis olid omavalitsuste omandis ja mida rahastati Eesti Haigekassa lepingute kaudu teenuspõhise tasustamisviisi alusel. 1998. aastal kehtestati perearstide uus õiguslik seisund (neist said iseseisvad lepingupartnerid) ja uus tasustamissüsteem, mis koosnes pearahast, teenuspõhisest tasust ja lisatasudest. Uue süsteemiga sooviti toetada perearstide rolli värvavahina ja tagada ravi järjepidevus. Kuigi vajadust perearsti reformi järgi tunnistati juba 1980. aastate lõpus, veel enne iseseisvuse saavutamist, ei kulgenud reformiprotsess nii sujuvalt, nagu oli loodetud. Reformid käivitati eriliste raskusteta enamikus piirkondades, välja arvatud Tallinnas ja Kirde-Eestis. Tallinnas leidis lõplik ümberkujundamine aset alles siis, kui vähesete allesjäänud jaoskonnapediatrite patsiendid anti üle perearstidele. Kirde-Eestis asuvad omavalitsused ei ilmutanud aga vähimatki huvi selle vastu, et võimaldada oma töötajatel tegutseda iseseisvate lepingupartneritena

ja nii töötasid suurtes polikliinikutes nimistuteta palgalised jaoskonnarstid edasi kuni 2002. aastani.

1998. aastal, kui üks kolmandik kõikidest üldarstiabi osutatavatest arstidest olid nõutava ümberkoolituse läbinud, kiirendas Eesti Haigekassa spetsialistide perearstideks ümberkoolitamise esialgselt aeglast protsessi diplomeeritud perearstidele mõeldud lisatasu kehtestamisega. 2001. aasta lõpuks oli 557 perearstil perearstidiplom ja 2003. aastaks oli perearstide arv ligikaudu 800, mis oli piisav, et katta enamik elanikkonda.

2002. aastal jõustunud tervishoiuteenuste korraldamise seadusega kehtestati üldarstiabi ja peremeditsiini reguleeriv raamistik, mille kohaselt üldarstiabi on esmane kokkupuutepunkt tervisesüsteemiga ja seda osutavad iseseisvad perearstid nimistu alusel. Igal perearstil on teeninduspiirkond (kohaliku omavalitsuse piirkond), mille kehtestab maavanem. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus ja Sotsiaalministeeriumi vastavad määrused määratlevad perearsti tööjuhendi ja nõuded perearsti töökohale. Seaduses sätestatakse perearstid kui Eesti Haigekassaga lepingu sõlminud iseseisvad arstid. Tervishoiuteenuste korraldamise seadusega kehtestati perearstina tegutsemise õiguslik vorm. Kõnealuse seaduse kohaselt on perearstid eraomanikud ja võivad tegutseda füüsilisest isikust ettevõtjana või asutada üldarstiabi osutava äriühingu. Üldarstiabi osutav äriühing võib ühineda ainult teise üldarstiabi osutava äriühinguga, kuid ei või olla eriarstiabi osutavate ettevõtete osanik ega aktsionär. Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse 2007. aasta muudatuse (jõustus 2008. aastal) kohaselt võib kohalik omavalitsusüksus tegutseda üldarstiabi osutava ettevõtte osaniku või aktsionärina. Kõnealuse seaduse tähenduses on perearsti tegevusalaks üldarstiabi, iseseisvalt osutatav õendusabi, sotsiaalteenuste osutamine ning tervishoiualane õppe- ja teadustöö. Õendusabi lisati tegevusalade nimekirja alates 2008. aasta jaanuarist eesmärgiga laiendada perearsti meeskonna poolt osutatavate teenuste valikut.

Enamikul nimistuga perearstidest on Eesti Haigekassa leping. Kuigi perearstidel lubatakse töötada ilma lepinguta, on täielikult erapraksises töötamiseks vähe põhjuseid, kuna enamik patsiente pääseb kiiresti Eesti Haigekassaga lepingu sõlminud perearstide juurde ja vähesed

patsiendid on valmis või võimelised üldarstiabi eest maksma. Ajavahe-
mikul 1998–2002 tõusis soolopraksiste arv 2000. aastal 87%ni, kuid
vähenes 72%ni 2002. aastal (Atun, 2004). 2007. aastaks oli iseseisvate
praksiste arv langenud veelgi, moodustades 61% kõikidest praksistest
(Eesti Haigekassa, 2008). Perearstipraksiste ühinemine grupipraxis-
teks on kooskõlas teistes arenenud riikides toimuvaga, kus perearstiabi
tegevusulatus ja teenuste skaala ulatub kaugemale eriarstide konsultat-
sioonile suunaja rollist selleks, et juhtida patsiendi ravi järjest suure-
mas mahus (Atun, 2004).

Perearsti nimistu piirsuurus on kehtestatud sotsiaalministri määrusega
ning see ei tohi olla üle 2000 ega alla 1200 isiku. Kui 2000 isiku piir
on ületatud, võib kohalik omavalitsus jagada praksise kahte nimis-
tusse. Siiski on olemas ka nimistuid, kus on rohkem kui 2000 isikut
(peamiselt ajaloolistel põhjustel) ning vähem kui 1200 isikut (teata-
vatel juhtudel, näiteks mõnes maapiirkonnas või saarel), mille Eesti
Haigekassa ja kohalik omavalitsus on heaks kiitnud. Käesoleva üle-
vaate koostamise ajaks on keskmises nimistus ligikaudu 1800 isikut
(Eesti Haigekassa, 2008). Patsientidel on igal ajal õigus perearsti vahe-
tada pärast uuele perearstile kirjaliku taotluse esitamist. Kirjalik aval-
dus on vajalik ka juhul, kui patsient soovib nimistust lahkuda. Perearst
võib keelduda isiku registreerimisest esiteks juhul, kui nimistusse
kantud isikute arv ületab 2000 piiri, ja teiseks juhul, kui patsiendi
elukoht ei asu tema teeninduspiirkonnas.

Uut isikut võib registreerida, kui nimistus on juba taotleja perekonna-
liige, näiteks, kui ema registreerib oma vastsündinud lapse. Läbiviidud
uurimuse tulemuste kohaselt on 72% perekonnaliikmetest registreer-
itud ühe ja sama perearsti juures (Dive Service Quality Development
AS, 2007). Vastavalt Eesti Haigekassa 2007. aasta elanikkonna rahul-
olu uuringule teadis 95% elanikkonnast oma perearsti nime. Uuringust
nähtub veel, et 95% elanikkonnast on teadlikud oma õigusest vahetada
perearsti. Ajavaheajal 2005–2007 on oma perearsti vahetanud ainult
11% isikutest, mis näitab langust võrreldes ajavahemikuga 2003–
2005. Enamik perearstivahetustest (40%) oli tingitud kolimisest teise
piirkonda, kuid 28% puhul oli põhjuseks rahulolematuse eelmise pere-
arstiga (OÜ Faktum ja Ariko, 2007). Kõigist perearstidest 77% asub
linnades ja 23% maapiirkondades.

Perearstid täidavad Eestis nn väravavahi 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. Patsiendid pääsevad oma perearsti suunamiseta järgmistele eriarstide vastuvõtule: oftalmoloogid, dermatoveneroloogid, günekoloogid, psühhiaatrid, stomatoloogid, pulmonoloogid (tuberkuloosi korral) ja traumade korral kõikide vajalike eriarstide juurde. Ehkki krooniliste haigustega patsientidel on juurdepääs eriarstidele ilma suunamiseta, näitab üldarstiabi efektiivsuse analüüs nihet eriarstiabilt üldarstiabile. Kroonilisi haigusi ravitakse järjest enam perearstide juures, mis on suurendanud üldarstiabi konsultatsioonide arvu ning vähendanud suunamisi ja haiglaravile minemist. Krooniliste haiguste ravi perearstide juures on paranenud. Sellest annavad tunnistust muutuv ravimite väljakirjutamise praktika, mis viitab parimate ravitavade, aga ka uute ja kulutõhusate ravimite suuremale kasutuselevõtule; keerukamad ravimiskeemid ja samaegne madala või küsitava toimega ravimite määramine on vähenenud (Atun *et al.*, 2008).

Algselt põhjustas eriarstide juurde suunamise nõue küllaltki suurt vastuseisu nii eriarstide kui ka patsientide hulgas. Kui valitsus kehtestas määrused, millega kehtestati eriarsti poole pöördumisel saatekirja nõue, olukord muutus ja eriarstide arusaam perearsti rollist on hakanud paranema. Patsiendid peavad nüüd tasuma iga perearsti saatekirjata tehtud külastuse (sh teenuse) eest eriarsti juurde (välja arvatud eelnevalt mainitud eriarstide puhul).

Perearstide koolitus ja Eesti Haigekassa leping laiendas üldarstiabis osutatavate teenuste valikut oluliselt. 1990. aastate lõpus kasutusele võetud tõendus põhised suunised ka üldarstiabis ravitavate ägedate tervisehäirete ja krooniliste tervisehäirete ravimiseks julgustasid perearste tegelema nende haigustega ja vähendama suunamisi eriarstide juurde. Need muutused on omanud positiivset mõju teenuste kvaliteedile (Atun, 2004). Kõik perearstid peavad töötama koos vähemalt ühe pereõega, seda vaatamata koolitatud pereõdede vähesusele. Selle nõude täitmist motiveerib alates 2008. aastast Eesti Haigekassa poolt pearahale rakendatav koefitsient 0,8, mida arvestatakse perearstidele, kes töötavad ilma pereõeta. Määrustega kehtestatakse ka praksise

miinimumstandardid (ruumide, sisseseade ja aparatuuri osas) ning järelevalvet nende täitmise üle teostab Tervishoiuamet ning mõnel juhul Eesti Haigekassa ja maavalitsused.

Esmatasandil osutatavate teenuste ulatus ja funktsioonid on kehtestatud määrusega (Sotsiaalministeerium, 2001). Perearstide ja -õdede seadusega kehtestatud töövaldkonnad on kirjeldatud vastavalt kastis 6.1 ja kastis 6.2.

Kast 6.1 Perearsti töövaldkonnad

- Tervise edendamine ja haiguste ennetamine, mis hõlmab tervise riskitegurite hindamist, arstlikku läbivaatust, individuaalset tervisekasvatust, meditsiinilist nõustamist, immuniseerimist ja sõeluuringuid.
- Haiguste diagnoosimine ja haigete ravimine.
- Aktiiv- ja hooldusravile suunamine koostöös eriarstidega, õdedega, ämmaemandatega, sotsiaaltöötajatega ja kohalike omavalitsustega.
- Tervishoiuteenuste osutamist tõendavate ja perearsti nimistut puudutavate dokumentide vormistamine.
- Tervishoiustatistika ning tervishoiualase majandustegevuse aruannete koostamine ja nende esitamine maavanemale.
- Asjaajamise korraldamine seadusega sätestatud korras.

Määruses on üksikasjalikult sätestatud uuringud ja protseduurid, mida perearstid Eesti Haigekassaga sõlmitud lepingust lähtuvalt osutama või tegema peaksid. Nimetatud määrused määratlevad teenused, mis kaetakse pearaha arvelt, ja ka need, mille eest makstakse teenusepõhised lisaks pearahale. 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 järgi.

Kast 6.2 Pereõe töövaldkonnad

- Terve imiku/lapse füüsilise ja psüühilise arengu jälgimine; perioodiliste läbivaatuste teostamine.
- Vanemate ja perekonna nõustamine lapse hügieeni, hoolduse, kehalise aktiivsuse, haiguse ennetamise ja toitumise osas.
- Patsientide nõustamine pereplaneerimise ja seksuaaltervise küsimustes.
- Normaalse raseduse jälgimine, raseda naise nõustamine toitumise ja kehaliste harjutuste suhtes, tulevase ema ja isa ettevalmistamine sünnituseks, emaduseks ja isaduseks.
- Eakate tervise jälgimine ja õpetamine oma tervise ja ealiste probleemidega toimetulekuks.
- Vaktsiinide tellimine, hävitamine, arvestuse ja immuniseerimise ajakava pidamine ning immuniseerimine.
- Õendusabi vajaduste kindlakstegemine ja õendusabiplaani koostamine, õendusabiteenuste osutamine nii ambulatoorselt kui ka patsiendi kodus.
- Jäätmekäitlus.

Nagu eelnevalt märgitud, on suuremal osal arstidest Eesti Haigekassa leping. Lepingu tüüptingimustes lepivad kokku Eesti Haigekassa ja Eesti Perekarstide Selts. Enne kalendriaasta algust sõlmivad Eesti Haigekassa piirkondlikud osakonnad perekarstidega lepingud. Lepingu rahalised tingimused vaadatakse üle neli korda aastas perekarstide nimistutes toimunud muudatuste alusel.

Perekarstiabist lähtuvat üldarstiabi mudelit toetab perekarstide kombineeritud tasustamissüsteem, mille aluseks on igakuine baasraha, peара, uuringufondi tasu ja lisatasu lähtuvalt kaugusest lähimast haiglast, tulemustest jm. Tasustamissüsteemi eesmärk on luua perekarstidele stiimulid tegelda rohkem diagnoosimise ja raviga ning kompenseerida finantsriskid, mis on seotud eakate patsientide raviga ja töötamisega kaugemates maapiirkondades. Täpsema teabe saamiseks perekarstide tasustamise kohta vaata jaotist 3.6 „Tasustamisviisid”.

Üldarstiabi kättesaadavust ja kvaliteeti jälgivad Sotsiaalministeerium ja Eesti Haigekassa. Perearstidel peab olema vähemalt 20 vastuvõtu-tundi nädalas, kusjuures vähemalt üks vastuvõtt nädalas toimub õhtu-sel ajal. Vastuvõtuajad peavad olema igal tööpäeval ajavahemikus 08.00–18.00 ning perearsti tegevuskoht peab olema avatud tööpäeviti vähemalt kaheksa tundi. Pereõe iseseisev vastuvõtuaeg peab olema vähemalt kümme tundi nädalas (Sotsiaalministeerium, 2001). Tulenevalt Eesti Haigekassa ja perearsti vahel sõlmitavast lepingust peavad ägeda haigusega patsiendid saama perearsti juurde samal päeval; kroonilise haigusega patsiendid kolme tööpäeva jooksul. Teenuseosutajatelt kogutud andmete põhjal pääsesid 2007. aastal ägeda haigu-sega patsientidest perearsti vastuvõtule samal päeval 77%. Kroonilise haigusega patsientidest said perearsti vastuvõtule kehtestatud kolme-päevase aja jooksul 99%. Suurte nimistute korral (üle 2000 isiku) peavad patsiendid ootama perearsti vastuvõtule saamist üle kolme päeva (Eesti Haigekassa, 2007). Üks selle probleemi põhjustest on kvalifitseeritud perearstide ja -õdede vähesus, mis takistab uute pere-arstipraksiste loomist ja töö efektiivsemat korraldamist.

Viimati läbiviidud iga-aastase elanikkonna rahulolu uuringu kohaselt (OÜ Faktum ja Ariko, 2007) pääses kahe päeva jooksul oma perearsti vastuvõtule 75% neist patsientidest, kes olid külastanud oma perearsti viimase 12 kuu jooksul ning 41% pääsesid vastuvõtule samal päeval. Perearstiabi kättesaadavus on siiski veidi langenud, 2005. aastal sai 50% patsientidest vastuvõtuaja oma perearsti juurde samaks päevaks. 2007. aastal oli 42% vastanutest üldarstiabi süsteemiga „väga rahul” ning 50% „rahul”; 2006. aastal olid need näitajad vastavalt 38% ja 55%.

Üldarstiabi kättesaadavuse parandamiseks on sisse seatud perearsti nõuandetelefon kõikidele abivajajatele. 2003. aasta sügisel viidi Eestis läbi uuring elanikkonna seas, et selgitada välja eeldatav vajadus selle teenuse järele. Võimalust konsulteerida perearstiga 24 tundi ööpäevas pidas tähtsaks 69% inimestest (vanuses 15–74 eluaastat) ning 89% vastanutest väitsid, et nad kasutaksid nõuandetelefoni, kui see võima-lus oleks olemas (Koppel, Aaviksoo ja Paat, 2007). 2005. aasta augus-tis algatas Eesti Haigekassa sellise teenuse eesmärgiga pakkuda elanikele juurdepääsu üldarstiabi konsultatsioonile 24 tundi ööpäevas,

7 päeva nädalas ja 365 päeva aastas. Perearsti nõuandetelefon parandab üldarstiabi kättesaadavust väljaspool tööaega ja maapiirkondade elanikele. Teenusest on saanud tervisesüsteemi lahutamatu osa ning see on kättesaadav kõigile olenemata ravikindlustuse olemasolust või elukohast. Perearsti nõuandetelefoni teenuse rahalist mõju tervisesüsteemile oleks vaja hinnata. Käesoleva ülevaate koostamise ajal maksab iga telefonikõne Eesti Haigekassale keskmiselt 45 krooni (2,86 eurot), kusjuures perearsti vastuvõtt (ilma analüüside või uurin-guteta) maksab keskmiselt 100 krooni (6,39 eurot). Siiski on vajalik välja selgitada perearsti nõuandetelefoni võimalik mõju kiirabiteenuste mahule ning haiglate erakorralise meditsiini osakondade vastuvõttude arvule (Koppel, Aaviksoo ja Paat, 2007). Vastuvõetud kõnede arv on võrreldes teenuse käivitamisega 2005. aastal suurenenud keskmiselt 380 kõnelt 24 tunni jooksul (Eesti Haigekassa, 2006) keskmiselt 423 kõnele 24 tunni jooksul 2007. aastal (Eesti Haigekassa, 2008, ilmumas). Teenus on esimesed viis minutit kasutajale tasuta. 2006. aastal uuris Eesti Haigekassa elanikkonna teadlikkust kõnealuse teenuse olemasolust. Uuringu tulemuste kohaselt suurenes teenust kasutanud inimeste osatähtsus 7%lt 2005. aastal 10%ni 2006. aastal. Seejuures 74% oli teenusest teadlik ja teadis ka telefoninumbrit. Samas oli teenusest teadlik vaid 59% eesti keelt mittekõnelevast elanikkonnast (Koppel, Aaviksoo ja Paat, 2007).

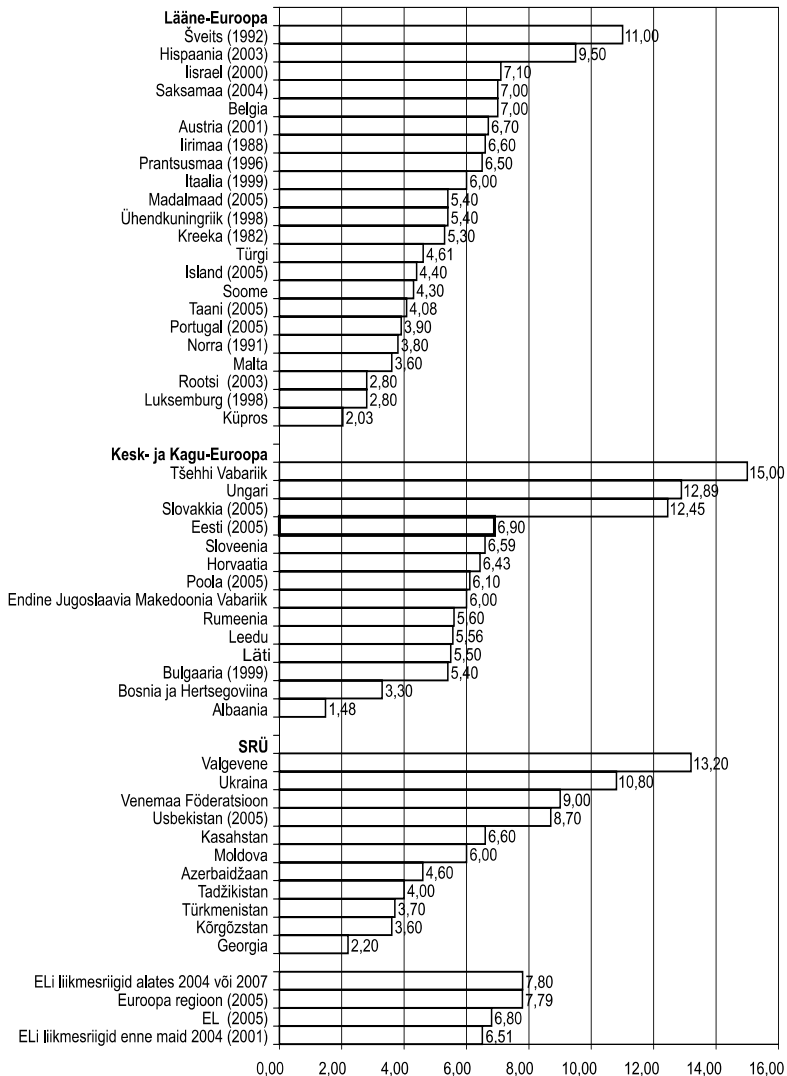
Alates 1990. aastate keskepaigast on Eesti Haigekassa ja Eesti Perearstide Seltsi koostöös kasutusele võetud kliinilised ravijuhendid, et parandada osutatava arstiabi kvaliteeti ja järjepidevust. Ravijuhendid hõlmavad peamisi perearstide poolt ravitavaid haigusi, nende koostamisele on tavaliselt eelnenud üksikasjalikud arutelud eriala spetsialistidega ning need põhinevad headel tavadel. Võttes arvesse piiratud ressursse võib ravijuhendite järgimine olla suuresti erinev (Atun, 2004). Alates 2006. aastast võttis Eesti Haigekassa koostöös Eesti Perearstide Seltsi juhatausega kasutusele perearstide tulemustasu süsteemi (Eesti Haigekassa, 2006). Käesoleva ülevaate koostamise ajaks on tulemustasu esmatähtsateks valdkondadeks vaksineerimine, sõeluuringud ja krooniliste haiguste jälgimine. Oodatav tulemus on ennetava tegevuse kvaliteedi ja efektiivsuse parandamine ning krooniliste haiguste parem jälgimine. Eesmärk on parandada perearstide motivatsiooni ning saavutada paremaid tulemusi (Koppel ja Aaviksoo,

2007c). Pärast üheaastast rakendamist näitavad tulemused, et tulemustasu süsteemi kasutuselevõtt on olnud laialdane ning sellega on seotud keskmiselt 63% kõikidest perearsti praksistest; piirkonniti praksiste liitumine tulemustasu süsteemiga siiski erineb (45%st kuni 75%ni).

Võrreldes aastaid 2006 ja 2005, võib märgata perearsti vastuvõttude arvu väikest tõusu (4%) ja pereõdede individuaalsete vastuvõttude olulist suurenemist (32%). Tulemustest nähtub, et perearstipraksised, kes osalevad tulemustasu süsteemis, on saavutanud suurema hõlmatuse teatud valdkondades, nagu imikute vaksineerimine (Eesti keskmine 78%; tulemustasu süsteemis osalejatel 80%; mitteosalejatel 74%), diabeediga (33% tulemustasu süsteemis osalejatel; 22% mitteosalejatel) ja kõrgvererõhu tõvega (29% osalejatel; 19% mitteosalejatel) patsientide jälgimine. Eesti Haigekassa on seadnud eesmärgiks arendada tihedas koostöös erialaühendustega edasi süsteemi, mis toetub tõenduspõhistel protsessidel ning mis on mõistetavad kõikidele sidusrühmadele. 2005. aastal oli Eestis kokku ligikaudu 8 miljonit ambulatoorset vastuvõttu, neist perearstide vastuvõtud moodustasid 57%, mis on samal tasemel EL 15 vastava keskmise näitajaga (vaata joonis 6.1).

Perearsti reform on olnud Eestis edukas: riik võttis efektiivselt kasutusele perearstiabil põhineva üldarstiabi süsteemi, mis katab kogu riiki. Lahendust vajavaid probleeme siiski on. Esiteks vajab üldarstiabi infrastruktuur kapitaliinvesteeringuid selleks, et viia perearstikeskused tasemele, mis võimaldaks neil osutada laiendatud esmatasandi tervishoiuteenuseid. See peaks aitama kaasa teatud teenuste liikumisel eriarstiabist üldarstiabisse. Teiseks suurendab maa, hoonete ja rendi kõrge hind (eriti Tallinnas) finantsriski, takistades perearsti residentuuri läbinutel oma praksise avamist ja muutes arstide jaoks raskeks vajalike tööruumide olemasolu. Kolmandaks tekitab motivatsiooni puudus raskusi perearstide tööleasumisel maapiirkondadesse (Atun, 2004). Suurim väljakutse ja peamine probleem on aga inimressursi puudus. Eelkõige on puudus pereõdedest (vaata jaotis 5.2 „Inimressursid”).

Joonis 6.1 Ambulatoorsed vastuvõetud ühe isiku kohta WHO Euroopa regioonis, 2006 (või viimasel aastal, mille kohta on andmed kättesaadavad (sulgudes))



Allikas: WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2007.

Märkused: EL: Euroopa Liit; SRÜ: Sõltumatute Riikide Ühendus; riigid, mille kohta andmed kättesaadavad ei olnud, on välja jäetud.

6.3 Eriarstiabi

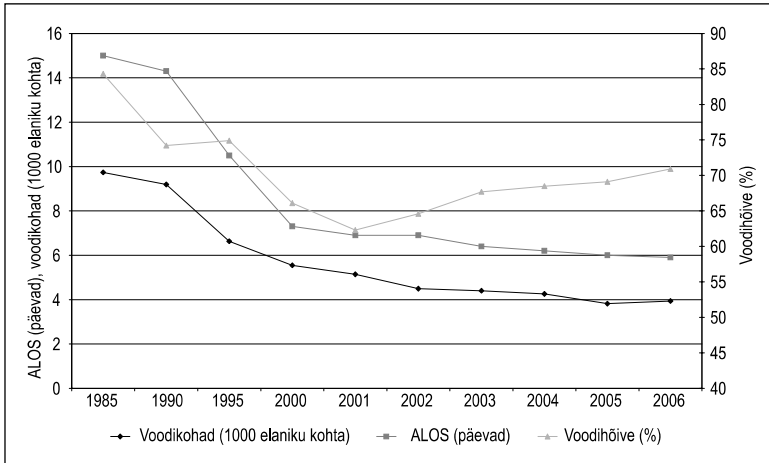
Enne 1990. aastaid iseloomustas Eesti tervisesüsteemi eriarstiabi teenuseid osutavate raviasutuste ulatuslik võrgustik. Süsteem oli kesken-
dunud ravimisele, mida toetas lai haiglavõrk. Kõik haiglad olid riigi
või kohalike omavalitsuste omandis ning tervishoiutöötajad olid
avaliku sektori palgatöötajad, kelle palgatasemed kehtestati tsentraal-
selt. Alates 1990. aastate algusest on eriarstiabi osutamine Eestis
põhjalikult ümber korraldatud, väga spetsiifilised teenused on retsent-
raliseeritud ja ambulatoorse eriarstiabi teenused on detsentraliseeritud.
1992. aastal, pärast ravikindlustussüsteemi rakendamist ning auto-
noomsete teenusteosutajate tekkimist, lakkasid tervishoiutöötajad
olemast avalikud teenustujad, kaotasid oma riigiteenistuja staatuse
ning hakkasid töötama eraõiguslike töösuhete alusel.

Haiglavõrgu ümberkorraldamise vajaduse tingis aktiivravihaiglate
voodikohtade liiga suur arv, madal voodihõive, päevaraviteenuste
madal osakaal, liiga kõrge keskmine haiglas viibimine (ingl k *average
length of stay, ALOS*) aktiivravi korral ning mõne eriala puhul liiga
väike teeninduspiirkond erialase kompetentsi säilitamiseks. Haigla-
võrgu arengukavas aastani 2015 (*Hospital Master Plan 2015*) (vaata
jaotis 5.1 „Materiaalsed ressursid”) loetletud kolm eesmärki olid järg-
mised: tagada kvaliteetse arstiabi kättesaadavus, optimeerida kulutu-
sed haiglavõrgu rajamiseks ja toimimiseks, tagada haiglavõrgu jätku-
suutlikkus. Nimetatud eesmärkide saavutamise hindamiseks püstitati
järgmised mõõdetavad näitajad:

- vähendada keskmist haiglas viibimist (ALOS) aktiivravi korral 6,7 päevalt 2001. aastal 4,6 päevani 2015. aastal;
- vähendada aktiivravi voodite arvu 6500-lt 2001. aastal 3200-ni 2015. aastal;
- suurendada voodihõivet aktiivravis 67%lt 2001. aastal 83%ni 2015. aastal.

Aktiivravi kasutamine aktiivravihaiglates on aja jooksul paranenud
(vaata joonis 6.2). Voodite arv 1000 elaniku kohta ja keskmine haiglas
viibimise (ALOS) on vähenenud vastavalt 5,8 voodi ja 9,1 päeva
võrra alates 1985. aastast. Voodihõive langes pidevalt kuni 2001.
aastani, mil see tõusis taas peamiselt haiglate liitmise tõttu.

Joonis 6.2 Haiglaraviteenuste kasutamine aktiivravihaiglates Eestis, 1985–2006 (valitud aastad)



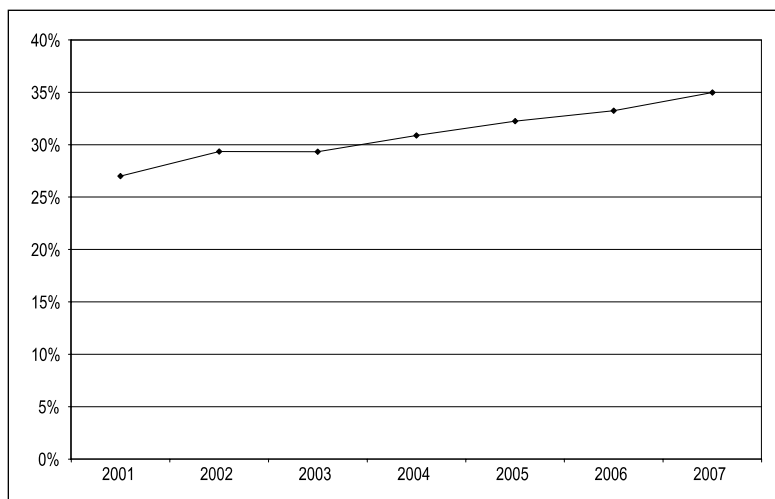
Allikas: WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2007.

Märkused: ALOS: keskmine haiglas viibimise kestus.

Voodihõive näitab siiski, et aktiivravihaiglate võrgustik on ikka veel ebaefektiivne. Seega võib kahelda püstitatud eesmärgi (83%) saavutamises, kuigi suundumus on viimastel aastatel olnud positiivne. Aktiivravivoodite arvu vähendamine on olnud seotud haiglate tegevuslubade väljastamise süsteemi kehtestamisega. Nimetatud süsteemi tulemusena on väikesed haiglad, mis siiani osutasid peamiselt hooldusravi, kaotanud tegevusloa aktiivravi osutamiseks ning need on muudetud hooldekodudeks. Teised haiglad on muudetud ambulatoorse ravi keskusteks, mis osutavad eriarstiabi teenuseid.

Haiglareformi üks eesmärgi on olnud ambulatoorse eriarstiabi osatähtsuse suurendamine võrreldes statsionaarsega. Kuigi aja jooksul võib teatavat muutust täheldada, on protsess olnud üsna aeglane. Vastavalt Eesti Haigekassa andmetele on ajavahemikul 2001–2007 tehtud kulutused ambulatoorsele ravile osatähtsusega eriarstiabi kogukuludest märgatavalt suurenenud, 27%lt 2001. aastal 35%ni 2007. aastal (vaata joonis 6.3).

Joonis 6.3 Kulud ambulatoorsele eriarstiabile osatähtsusena (%) eriarstiabi kogukuludest, 2001–2007



Allikas: Eesti Haigekassa, 2008.

Märkus: Esitatud on andmed ainult Eesti Haigekassa rahastatavate teenuste kohta.

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 (või nende poolt asutatud). Mõned eraomandis olevad haiglad osutavad teenuseid üksikul kitsamal erialal nagu näiteks günekoloogia ja sünnitusabi, hooldusravi, üldkirurgia, ortopeedia ja plastiline kirurgia. Paljudel juhtudel on haiglal mitu omanikku, näiteks võib haigla olla mitme omavalitsuse või riigi ja omavalitsuse omandis. Kui teorias võiks mitu omanikku ja sellest tulenev laiem tulubaas haiglale kasulik olla, siis analüüs on näidanud, et tegelikkuses võib see vähendada omanike motivatsiooni vastutada haigla tegevuse eest. See on väljendunud omanike madalamas valmisolekus investeerida haiglasse ja/või on täheldatud raskusi jõuda eri omanike vahel kokkuleppele investeeringute osas. Mitme omanikuga haiglate jaoks võib see samuti vähendada võimalust panna omanikud otseselt ja avalikult haigla tegevuse eest vastutama (Habicht *et al.*, 2006). Alates 2002. aastast on (avaliku sektori või era-) haiglad

Eestis koondunud ning mitu haiglat on ühinenud suuremateks haiglateks. Kõik haiglad peavad tegutsema eraõiguse alusel aktsiaseltsi või sihtasutustena.

Aeg-ajalt on arutluse all olnud küsimus, kas eraõiguslik seisund on avaliku sektori haiglatele sobiv. Peamised probleemid on seotud küsimusega, kas aktsiaselts on kohane õiguslik vorm ning seetõttu võeti Sotsiaalministeeriumis arutlusele ettepanek lubada avaliku sektori haiglatel tegutseda ainult sihtasutustena. Aktsiaseltsid tegutsevad äriseadustiku alusel, mis on tõstatanud küsimuse, kas nende haiglate peamine eesmärk on kasumi suurendamine või töötamine avalikes huvides. Uuringus, mille käigus intervjueriti haiglate juhte ja nõukogu liikmeid eraõigusliku seisundi küsimuses, ei näinud haiglate juhid selles ohtu avalikele huvidele. Kuna enamik haiglaid on avaliku sektori omandis, arvati, et avaliku sektori poolse järelevalve teostamiseks on piisavalt võimalusi (Habicht *et al.*, 2006). Sihtasutus ja aktsiaselts ei erine üksteisest oluliselt ning vastasseis haigla seisundile aktsiaseltsina on vaid emotsionaalne (s.t arvamus, et haiglad ei tohiks olla äriettevõtted). Mõlemad õiguslikud seisundid võimaldavad saavutada ka neid eesmärke, mis ei ole seotud kasumi maksimeerimisega, kuna viimane sõltub rohkem omanike tahtest kui haigla õiguslikust seisundist. Üks aktsiaseltsiga seotud potentsiaalne oht seisneb võimaluses, et omanikud otsustavad võtta kasumi pigem välja, selle asemel et investeerida see uuesti haigla arendamisse. Kuna haiglad on avaliku sektori omandis, on see oht peamiselt teoreetiline ning seda saaks takistada, lisades haigla põhikirjale vastava sätte, mille kohaselt dividende välja võtta ei ole lubatud (Habicht *et al.*, 2006).

Nagu eelnevalt mainitud, on Eesti haiglavõrk avaliku sektori omandis, kuid on kasutusele võetud juhtimisvõtted, mida käesoleva ülevaate koostamise ajaks on rakendatud eelkõige erasektoris. See on loonud raamistiku, milles haiglaid juhitakse kui võrgustikke või integreeritud teenuseosutajaid ja tõelisi majandusüksusi, mille juhtidele on pandud vastutus tagada kinnipidamine heast kliinilisest tavast ja tõhus majandustegevus. Kirjeldatud kontseptsiooni täiendav kasu seisneb haiglate juhtimise sõltumatuses poliitilisest mõjust (Fidler *et al.*, 2007). Ajavahemikul 1999–2001 ühendati 41 linnapiirkonna haiglat ja ambulatoorse teenuse osutajat kuueks haiglaks. Selle protsessi käi-

gus loodi juhatused ja nõukogud, kellele anti tegevusvastutus liitunud haiglate piires. Uued haiglate juhtkonnad pidid ootuste kohaselt kasutama ära mastaabisäästu ja vabastama haiglad senistest püsikuludest, struktureerides ümber hooned ja voodifondi. Neli uut haiglat suutsid struktureerida ümber oma teenused ja sulgesid seitse üksikut asutust. Haldusotsuste tegemise ülekandumine avalikult valitud ametnikelt korporatiivsele juhtimisele on võimaldanud olulisi teenuste ümberstruktureerimisi ja efektiivsuse kasvu (Fidler *et al.*, 2007).

Haiglate juhtimine Eestis on läbipaistev. Valitsemisstruktuuris jõuti kokkuleppele 2001. aastal ning sellest alates kasutatakse kahetasandilist juhtimismudelit (juhatus ja nõukogu). Siiski ei ole haiglate nõukogude rolli rakendatud täies ulatuses. Nõukogu liikmed nimetatakse ametisse haigla omanike või asutajate poolt. Nõukogu liikmete valik põhineb pigem ühiskondlikul seisundil (näiteks linnavolikogu liige) kui pädevusel. Selle tulemusena puudub nõukogu liikmetel sageli suurte organisatsioonide juhtimise kogemus. Haiglate valitsemist on viimastel aastatel iseloomustanud selle politiseerimine. Ühest küljest peetakse seda demokraatlikus ühiskonnas vältimatuks, kuid teisest küljest kujutab see ohtu haigla tegevusele, kuna mõjutab haiglate juhatuste valimist ning tekitab ebastabiilsust kogu organisatsioonis. Oluks saada parandada vaid nõukogu liikmetele süstemaatilist koolitust pakkudes, mida praegu ei tehta (Habicht *et al.*, 2006).

Kõikidel tervishoiuteenuse osutajatel ja tervishoiutöötajatel on individuaalsed lepingud vastavalt Eesti Haigekassa või oma tööandjaga. Eesti Haigekassa ja haiglate vaheline suhe põhineb pigem lepingutel kui otsesel omandilisel kuuluvusel. Haiglate ambulatoorsetes ja statsionaarsetes osakondades töötaval personalil on lepingud haiglaga ja seega on nad palgatöötajad.

Ambulatoorse eriarstiabi osutajad võivad olla äriühingud või füüsilisest isikust ettevõtjad. Ambulatoorset eriarstiabi osutatakse tervisekeskustes, haiglate ambulatoorsetes osakondades ja iseseisvates eriarstipraksistes. Nii avaliku sektori kui ka eraõiguslikel teenuseosutajatel võivad olla lepingud Eesti Haigekassaga. 2007. aastal oli ligikaudu 180 erineval ambulatoorse eriarstiabi teenuste osutajal Eesti Haigekassaga leping. Mõned eriarstid (eelkõige günekoloogid, silmaarstid, kõrva-nina-kurguarstid, ortopeedid jt) tegutsevad ilma Eesti

Haigekassa lepinguta ning patsiendid maksavad nende eriarstide osutatud teenuste eest ise täismahus. Eriarstide ambulatoorsele vastuvõtule plaanilise patsiendina pääsemiseks vajatakse üldjuhul perearsti saatekirja. Mõned patsiendid saavad aga eriarsti ambulatoorsele vastuvõtule otse, ilma perearsti suunamiseta (vaata jaotis 6.2 „Üldarstiabi”).

Eesti Haigekassa ei pea sõlmima lepingut tervishoiuteenuste rahastamiseks kõikide tervishoiuteenuste osutajatega ning 2003. aastal hakati lepingupartnereid valima: Eesti Haigekassa kuulutab välja avaliku valiku ning kõik teenuseosutajad võivad esitada oma taotlused. Teenuseosutajate valiku kriteeriumid on heaks kiitnud Eesti Haigekassa nõukogu. Lepingupartnerite valiku peamine eesmärk on motiveerida tervishoiuteenuste kvaliteedi parandamist, soodustada mõõduka konkurentsi tekkimist tervishoiuteenuste turul ning parandada teenuseid ostes ambulatoorsete teenuste kättesaadavust piirkondades, mida teenuseosutajad peavad vähem atraktiivseteks. Eesti Haigekassa sõlmib siiski lepingu kõigi haiglavõrgu arengukava haiglatega, kes osutavad ambulatoorset eriarstiabi. Ligikaudu 20% ambulatoorse eriarstiabi teenustest ostetakse lepingupartnerite valikut kasutades. Kui teenuseosutajad on valitud, toimuvad edasised läbirääkimised valitud teenuseosutajatega lepingumahtude kindlaksmääramise üle. Valitud teenuseosutajatega sõlmitakse kolmeaastased lepingud, lepingute rahalised lisad vaadatakse aga üle igal aastal (vaata ka jaotis 3.5 „Ostmine ja ostja-pakkuja suhted”).

Tervishoiuteenuste kättesaadavust reguleerib Sotsiaalministeerium, kehtestades selleks nõuded tervishoiuteenuste geograafilisele kättesaadavusele. Geograafiline kättesaadavus kehtestati haiglavõrgu arengukavas aastani 2015, mille järgi peab haigla asuma 70 km või 60minutilise autosõidutee kaugusel (Hellers *et al.*, 2000). Haiglavõrgu arengukavas loetletud haiglate puhul on see nõue täidetud, kuna enamik inimesi elab 19 aktiivravihaigla teeninduspiirkonnas. Sotsiaalministri määrusega täpsustatakse erialad, mille teenuseid haiglad peavad osutama; nende hulka kuuluvad näiteks üldkirurgia, sisehaigused, pediaatria, sünnitusabi ja günekoloogia.

Nõudmised tervishoiuteenuste kättesaadavusele määratletakse ka ravijärjekorra maksimumpikkusega. Otsustamine ambulatoorse eriarstiabi ja haiglaravi järjekordade pikkuse üle, mida esmakordselt tehti 2001.

aastal, delegeeriti 2002. aastal Eesti Haigekassa nõukogule ning vastavad otsused vaadatakse üle igal aastal. 2008. aastal olid eriarstiabi ravijärjekorra maksimumpikkused järgmised: neli nädalat ambulatoorse eriarstiabi puhul ja kaheksa kuud haiglaravi ning päevakirurgilise ravi puhul. Teatavatel juhtudel on määratletud ravijärjekorra maksimumpikkused, näiteks poolteist aastat katarakti operatsiooni, kaks ja pool aastat suurte liigeste endoproteeside paigaldamiseks, kaks aastat 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. Andmed ravijärjekordade kohta erialati (mitte protseduuride lõikes) ning alates 2004. aastast ka järjekorra põhjuste lõikes, kogutakse teenuseosutajatelt kvartaalselt (haiglavõrgu arengukava haiglatelt igakuiselt) ning neid andmeid jälgivad Eesti Haigekassa piirkondlikud osakonnad. Järjekordade haldamise abil püütakse tagada teenuste kättesaadavus kindlustatud isikutele, kes on ravijärjekorras kehtestatud eesmärgist kauem. 2006. aasta lõpus ja 2007. aastal eraldati näiteks lisavahendid ravijärjekordade lühendamiseks probleemsetes valdkondades ja erialadel. Õiged ravijärjekordade andmed tagavad lepingud, mis vastavad kindlustatud isikute vajadustele. 2007. aastal oli 99,7% patsientidest juurdepääs ambulatoorsele eriarstiabile ning peaaegu 100% haiglaravile ravijärjekorra maksimumpikkuste piires (Eesti Haigekassa, 2008, ilmumas).

Ravijärjekordade nõuetekohane haldamine on toonud kaasa olukorra, kus 2007. aastal ei olnud raha enam ravijärjekordade peamiseks põhjuseks. Peamine põhjus, miks patsiendid pidid ravi saamist ootama kauem kui ravijärjekorra maksimumpikkus, oli tervishoiuteenuste osutajate võimsuse piiratus. Peamiselt arstide piiratud arvust tingituna olid suuremad probleemid ambulatoorse eriarstiabi kättesaadavusega oftalmoloogia, günekoloogia erialadel ning haiglaravi ning päevakirurgia puhul otorinolarüngoloogia erialal. Selliste teenuste puhul nagu liigeste endoproteesimine, katarakti operatsioonid ja sisekõrva implantaadi paigaldamine jälgitakse ravijärjekordi (vastandatuna ooteaegadele) tsentraalselt, et toetada patsientide pääsu ravile vastavalt ravivajadusele. Andmeid ravijärjekordade kohta uuendatakse sageli,

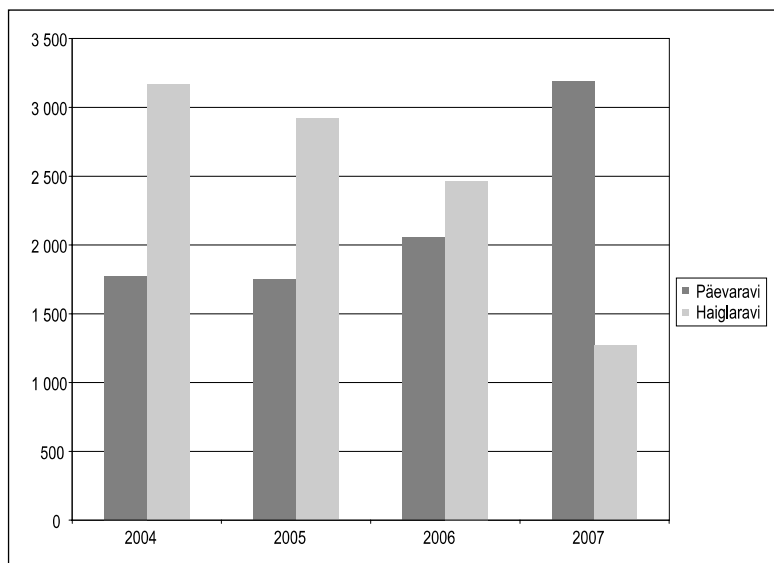
et võimaldada patsiendil liikuda ühest järjekorrast teise vastavalt vajadusele ravi järele. Esmajärjekorras osutatava ravi vajaduse hindamise kriteeriumid on liigeste endoproteesi puhul füüsiline häire (funktsionaalse liikumise häire), valu ja võime töötada, ülalpeetavate eest hoolitseda ja võime iseseisvalt elada. Neid, kelle ravivajaduse tase on kõrgem, ravitakse kõigepealt. Sarnaseid ravivajaduse hindamise kriteeriumeid kasutatakse ka sisekõrva implantaadi ja katarakti operatsiooni puhul (sealhulgas arvestatakse nägemishäiret vajaduse hindamise kriteeriumina). Kuigi selliselt hinnatakse ravijärjekorras olevate patsientide ravivajadust vaid mõne teenuse puhul, on tõendatud, et suurema ravivajadusega patsientidel on üldiselt lühemad ooteajad, mis kinnitavad teenuseosutaja tasandil toimivat patsientide valikut. Teatud tingimustel, mille hulka kuuluvad ravijärjekorra maksimumpikkust ületavad ooteajad, hüvitab Eesti Haigekassa välisriigis osutatud teenused (üksikasjalikuma informatsiooni saamiseks vaata jaotist 3.2 „Elanikkonna kindlustuskaitse ja kindlustuskaitse alused”).

Päevaravi

Päevaravi tähendab, et patsiendid tulevad haiglasse või päevaraviosakonda protseduuridele ning lähevad samal päeval koju. Päevaravina käsitletakse Eestis plaanilist ravi, mille puhul tuleb haiglas või päevaraviosakonnas viibida vähemalt kuus tundi. Ravi teostatakse samal päeval, vajadust patsiendi ööbimiseks haiglas ei ole. Päevaravi osutavad haiglad ja ambulatoorse arstiabi osutajad, kellel on vastav Tervishoiuameti poolt väljastatud päevaravi osutamise tegevusluba. Päevaravi katab laia valiku kirurgilisi protseduure (päevakirurgia), alates lokaalanesteesia all teostatavatest väiksematest operatsioonidest kuni üldnarkoosis teostatavate suurte operatsioonideni. Sagedamini päevakirurgias teostatavate raviprotseduuride hulka kuuluvad meditsiiniline abort, adenoidektoomia, healoomuliste kasvaja kirurgiline eemaldamine, artroskoopia, tonsillektoomia ja katarakti eemaldamine. Lisaks eelnevale hõlmab päevaravi ka osa mittekirurgilisi protseduure, näiteks hemodialüüs, keemiaravi ja erinevad diagnostilised protseduurid. Päevaravi rahastab peamiselt Eesti Haigekassa lepingute alusel (vaata jaotis 3.5 „Ostmine ja ostja-pakkuja suhted”). Mõnes vald-

konnas (näiteks katarakti eemaldamine, artroskoopia), kus teenuseosutajad on asutanud erapraksised, maksavad patsiendid ise oma ravi eest täishinna. Kirurgilise tehnika ja tervishoiutehnoloogia areng on toonud kaasa protseduuride laia valiku, mis sobivad kasutamiseks päevakirurgias. Päevaravile ja -kirurgiale hakati suuremat tähelepanu pöörama 2002. aastal, mil päevaravi hakati rahastama ambulatoorsest ja haiglaravist eraldi. 2004. aastal võttis Eesti Haigekassa kasutusele strateegilise tervishoiuteenuste ostmise, eesmärgiga suurendada efektiivsust. Päevaravi teenuste maht määratleti tervishoiuteenuste osutajatega sõlmitud lepingu(te) rahalistes lisades. Alates 2004. aastast on ravijuhtude arv päevaravis suurenenud keskmiselt 17% aastas. Ravijuhtude koguarv päevaravis perioodil 2004–2007 tõusis 60% (Eesti Haigekassa, 2005; Eesti Haigekassa, 2006).

Joonis. 6.4 Adenoidektoomiate arv päevaravis ja haiglaravis, 2004–2007



Allikas: Eesti Haigekassa, 2008.

Joonisel 6.4 on näha adenoidektoomia protseduuride liikumine haiglaravi tingimustest päevaravi tingimustesse. Nelja aasta jooksul, ajavahemikul 2004–2007, suurenes päevaravis teostatud adenoid-ektoomiate arv 80% võrra, samal perioodil langes haiglaravis adenoid-ektoomiate arv 60% võrra.

6.4 Kiirabiteenused

Eestis defineeritakse kiirabi kui ambulatoorset tervishoiuteenust elu-ohtrliku haigestumise, vigastuse või mürgistuse esmaseks diagnoosimiseks ja raviks ning vajaduse korral abivajaja transpordiks haiglasse. Kiirabi korraldus Eestis pärines nõukogude süsteemist, mis pööras suur tähelepanu kiirabibrigaadi poolt osutatavale haiglaeelsele abile. Selline süsteem, mis oli tavapärane ka teistes Ida-Euroopa riikides, hõlmas kombineeritud mudelit, milles kiirabil oli kahene roll: diagnoosida ja osutada kohapealset ravi ning transportida patsient haiglasse. Sellest ajast on kiirabiteenuses toimunud mitmeid muudatusi nii rahastamisskeemide kui ka teenuste osas. Alates 1990. aastate algusest kuni 1996. aastani rahastasid kiirabiteenuseid piirkondlikud haigekassad, millele lisandusid teatavad eraldised riigieelarvest. Isikute kindlustuskaitse andis õiguse nendele teenustele, mille eest maksti otse teenuseosutajale. 1997. aastal tsentraliseeriti rahastamine Keskhaigekassasse ning piirkondlikud erinevused teenuse rahastamisel kadusid, kuid kaetus teenustega oli endiselt seotud kindlustuskaitse olemasoluga. Lisaks muutusid stiimulid teenuste osutamisel, kuna iga väljakutsete eest maksmine sõltus kas arsti või spetsialiseerunud õe poolt juhitud kiirabibrigaadi valmisolekust.

Alates 1998. aastast rahastatakse kiirabiteenuseid riigieelarvest. See tagab kõikidele isikutele (nii Eesti kodanike kui ka ajutistelt Eestis viibivate isikute) õiguse saada kiirabi. 2002. aastal nihkus vastutus kiirabiteenuste rahastamise ja kontrolli eest Sotsiaalministeeriumilt Tervishoiuametile, jäädes Sotsiaalministeeriumi järelevalve alla. Erakorraline meditsiin on Eestis iseseisev meditsiinieriala alates 2000. aastast. Erakorralise meditsiini arsti kvalifikatsiooni omandamiseks peab residentuuri vastuvõetud isik läbima nelja-aastase residentuuri-programmi. 1998. aastal loodi Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas esi-

mene erakorralise meditsiini residentuuriprogramm. Lisaks on Eestis kehtestatud erialase täiendõppe süsteem (vaata jaotis 5.2 „Inimressursid”).

Kiirabi arengukava esimene eelnõu töötati välja 1999. aastal, sellele järgnes 2006. aastal teine eelnõu. Mõlemad eelnõud koostati koostöös Sotsiaalministeeriumi, Tervishoiuameti (teise eelnõu puhul) ja kiirabi-teenuste spetsialistidega. Menetlusprobleemide tõttu ei kiitnud Sotsiaalministeerium kumbagi eelnõu heaks. Eelnõud on siiski laialdaselt kasutatud kiirabi-teenuste süsteemi arendamisel. Viimasel aastatel on Tervishoiuameti töötatud välja kiirabi-teenuste aruandlussüsteem. Alates 2006. aastast on andmete kogumist ja süsteemi analüüsimist kasutatud statistilistel eesmärkidel, kuid statistiliste andmete ja analüüside puudumise tõttu enne 2006. aastat ei ole tehtud ühtegi analüüsi, mis annaks kiirabi-teenustest põhjaliku ülevaate.

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus (jõustus 2002. aastal) kehtestas kiirabi-teenuste õigusliku raamistiku. Kiirabi-riigigaadi pidajal peab olema Tervishoiuameti antud tegevusluba ning see võib olla äriühing, riigi või kohaliku omavalitsuse päästeasutus. Kiirabi-riigigaadi pidaval juriidilisel isikul ei või olla teist tegevusala peale kiirabi osutamise. Haiglatele nimetatud piirang ei kehti; 50% kõikidest kiirabi-riigigaadidest on haiglate omandis, ülejäänuid peavad teised õiguslikud omanikud. Valitsus kehtestab kiirabi, haiglate, pääste-teenistuse ja politsei-asutuste koostöö korra; Sotsiaalministeerium kehtestab riigieelarvest rahastatavate kiirabi-riigigaadide arvu. Kiirabi-teenuseid osutavad 90 kiirabi-riigigaadi ning neid rahastatakse riigieelarvest Sotsiaalministeeriumi kaudu. Tervishoiuamet vastutab kiirabi-teenuste ostmise ja korraldamise eest ning sõlmib teenuseosutajatega lepingud. Kiirabi rahastamise aluseks on õdede ja arstide arv ühe kiirabi-riigigaadi kohta, kuid lõplikud summad otsustatakse (riigi)eelarve läbirääkimiste käigus (vaata 3. peatükk „Rahastamine”).

Kiirabi-riigigaadi 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. Kiirabi-teenuste kättesaadavust reguleerib Sotsiaalministeerium. Vastavalt määrustele vajatakse ühte kiirabi-riigigaadi 10 000–15 000 elaniku kohta. Kiirabi-riigigaadi osutab kiirabi häirekes-

kusest saadud väljasõidukorralduse alusel. Halduslikult kuuluvad kõik häirekeskused Päästeteenistuse struktuuri, mis on iseseisev valitsusasutus Siseministeeriumi haldusalas. Häirekeskuste üks ülesanne on seada kõned pingeritta vastavalt täpsetele juhenditele. Ühtlustatud juhendid selles valdkonnas aga puuduvad ning seetõttu erineb kõnede pingeritta seadmine eri kõnekeskustes.

2007. aasta lõpus oli Eestis 90 kiirabibrigaadi, nendes töötas kokku 1336 inimest. 29 kiirabibrigaadi juhtis erakorralise meditsiini või intensiivravi erialaarst ning 61 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. Nädalalõppudel on kiirabiteenuste osutajate töökoormus ligikaudu 10% kõrgem kui tööpäevadel (Tervishoiuamet, 2008).

Kiirabiteenused on Eestis mõningal määral killustunud, kuna tegutseb palju teenuseosutajaid ja omanikke, mis põhjustab dubleerimist, kulude suurenemist ja piirkonniti tulemuste erinevusi. Teenuste kasutamine on mõnel juhul ebavajalik, seda eriti maapiirkondades. Umbes veerandi kõnede puhul ei ole kiirabi vajalik. Kõned, mille puhul kohest sekkumist vaja ei ole, moodustavad umbes 70% kiirabikõnedest. Selgelt kiirabi mittevajavate kõnede osakaal on 27%, millest vähemalt 10% peaksid kuuluma perearsti teenuste hulka ning 6% moodustab patsiendi haiglasse või haiglast tagasi transportimine. Umbes pool (41%) kiirabibrigaadidest on mehitatud arstidega, kuigi tööga tuleksid enamikul juhtudel toime ka õed. Kõik kiirabibrigaadid on 24 tundi valvel, vaatamata tõsiasjale, et öösiti on kõnede arv 50% võrra väiksem (Riigikontroll, 2004).

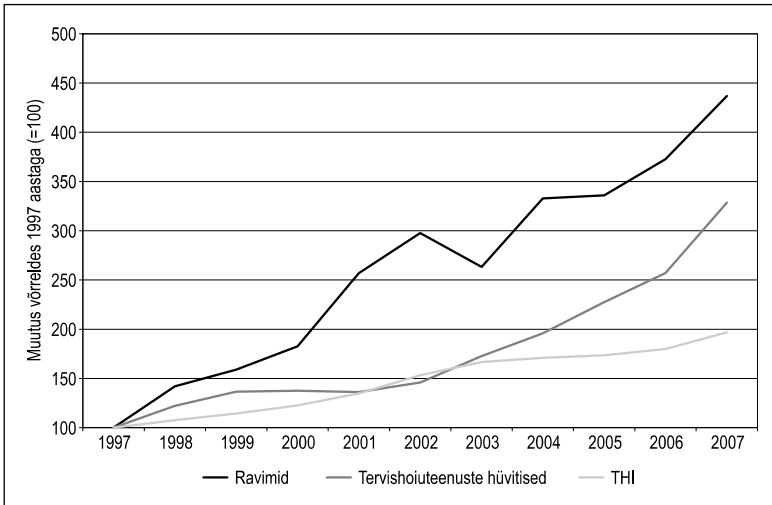
Kiirabi põhiprobleem tulevikus on teenuste korralduse optimeerimine selleks, et siduda paremini üldarstiabi, haiglad ja kiirabiteenused. Seetõttu on teabe- ja sidesüsteemide arendamine, logistikaskeemide perioodiline läbivaatamine, kiirabibrigaadide arvu ja suuruse reguleerimine ning ühtlustatud suuniste väljatöötamine ja kohandamine kiir-

abikõnede käsitlemiseks häirekeskuste poolt need valdkonnad, mille edasine arendamine suurendaks Eesti kiirabi teenuste tulemuslikkust ja tõhusust.

6.5 Ravimid

Ravimisektor kujundati Eestis ümber 1990. aastatel, eesmärgiga luua ravimite valdkonda reguleerivad ametiasutused, kehtestada õiguslik raamistik, võtta kasutusele ravimite hüvitamise süsteem ning erastada farmaatsiateenused. Kõik need eesmärgid saavutati suhteliselt lühikese ajavahemiku jooksul ning piiratud inimressursiga. 1990. aastatel algatati riigi tasandil ravimite kasutamise jälgimine ATC/DDD metoodika (anatomilis-terapeutiline keemiline kood / defineeritud päevadoos) alusel ning samuti käivitati Ravimiinfo Bülletään ja patsiendi infolehti avaldav kokkuvõttev aastaväljaanne *Pharmaca Estica*. Kõiki Eesti turule toodavaid ravimeid hõlmav ravimiseadus koostati ajavahemikul 1993–1994 ning esitati seejärel valitsusele ja parlamendile. Ravimiseadus võeti muudetul kujul vastu aga alles 1995. aasta detsembris. Vahepealsel ajal reguleeriti ravimiturgu sotsiaalministri määrustega. Alates 1993. aastast võeti kasutusele ravimikulude hüvitamise süsteem, mis nägi ette patsientide kohustuslikku omaosalust apteekidest ostetavate ravimite puhul. Hüvitamise kategooria, ja sellest johtuvalt ka omaosaluse määr, kehtestatakse vastavalt haiguse raskusele, ravimi efektiivsusele ja patsiendi sotsiaalsele seisundile (võimele maksta). Kui efektiivsete ravimite puudus oli kuni 1992. aastani peamiseks probleemiks, siis alates 1990. aastate lõpust on suurim probleem ravimihindade tõus. Ravimikulud suurenesid Eesti Haigekassa eelarve teistest kuludest (tervishoiuteenuste hüvitised) kiiremini ning ületasid tarbijahinnaindeksi (THI) tervishoiusektoris oluliselt (vaata joonis 6.5). Vaatamata kulude ohjamise meetmete rakendamisele paralleelselt uue ravikindlustuse seadusega (2002), on ravimikulud suurenenud igal aastal, välja arvatud aastal 2003.

Joonis 6.5 Ravimikulude, tervishoiuteenuste hüvitiste ja THI muutused tervishoius, 1997–2007



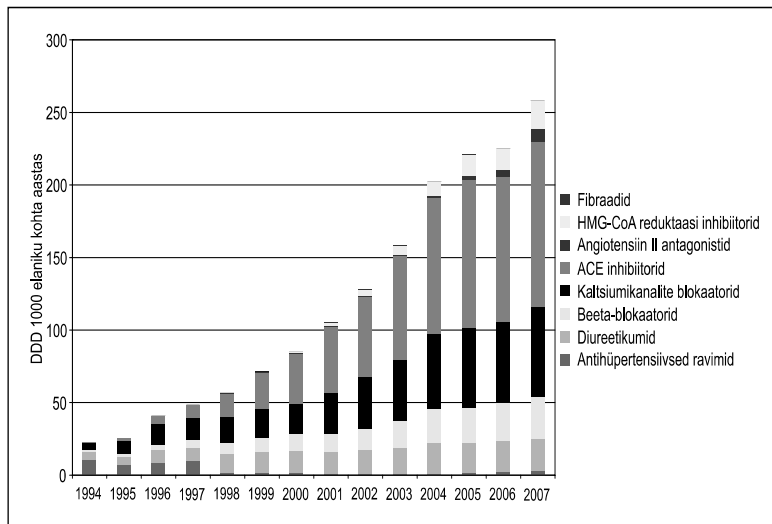
Allikas: Statistikaamet, 2008; Ravimiamet, 2007; Eesti Haigekassa, 2007.

Märkus: THI: tarbijahinnaindeks.

Ravimikulude tõus on tingitud kolmest peamisest asjaolust. Esiteks on Eestis kasutatavate ravimite kogused suurenenud; teiseks on vanemad ravimid asendatud efektiivsemate ja kallimate ravimitega; ja kolmandaks on kasutusele võetud uued ravimid haiguste ravimiseks, milleks eelnevalt ravi puudus või ei olnud olemasolevad ravimid Eestis kättesaadavad. Kaks viimast kvalitatiivset muudatust ravimite valikus (see tähendab ravimite asendamine või uuemate ravimite lisandumine) võimaldasid retsepte väljakirjutavatel arstidel kasutada efektiivseid ja ohutumaid ravimeid kui varem. Joonisel 6.6 kirjeldatakse ravimite kasutamist südame-veresoonkonnahaiguste ravis perioodil 1994–2007.

Seoses ravimikulude suurenemisega tekkis vajadus rakendada meetmeid kulude ohjamiseks. 2002. aastal võeti kasutusele hüvitatavate ravimite loetelu (positiivne nimekiri), milles kõik esialgse müügiloaga ravimid hüvitas Eesti Haigekassa. Seega peab patsient maksma täishinda ravimite eest, mida ei ole hüvitatavate ravimite loetelus. 2002.

Joonis 6.6 Muutus südame-veresoonkonnahaiguste ravimisel kasutatavates ravimites, 1994–2007



Allikas: Ravimiamet, 2007.

Märkus: DDD: defineeritud päevadoos.

aastal toimus ravimite hinnakujunemisprotsessis põhjalik muudatus, mis oli seotud juurdehindlussüsteemiga. See nägi ette juurdehindluste diferentseerimise odavama hinnaklassi ravimite puhul eesmärgiga muuta odavamate ravimite müük kasumlikumaks (Pudersell *et al.*, 2007). 2003. aastal võeti kasutusele ravimi piirhinna ja hinnakokkulepete süsteem. Sellest ajast alates on Eesti Haigekassa hüvitanud ainult piirhindadega ravimid või ravimid, mille suhtes on hinnakokkulepe, kuni 100% või 75% (või 90%) ulatuses; ülejäänud osa peab patsient apteegis ise maksma. Rakendatud meetmetel on olnud mitmesugused mõjud ravimite pakkumisele. Ühest küljest saavutati rahaliste vahendite kasutamise ajutine ohjamine ning täheldada võis ravimite tarbimise suurenemist. Teisest küljest on aga patsiendi omaosalus järjest tõusnud, millel võib olla negatiivne mõju kroonilisi haigusi põdevatele madala sissetulekuga elanikkonnarühmadele.

Ravimisektori tegevus on reguleeritud ravimiseaduse ja ravikindlustuse seadusega. Peamised huvigrupid ravimisektoris on Sotsiaalminis-

teerium, Ravimiamet ja Eesti Haigekassa. Alates 2002. aasta augustist, pärast uue ravikindlustuse seaduse rakendamist, loodi Sotsiaalministeeriumi ravimipoliitika osakond. Sotsiaalministeerium vastutab strateegilise planeerimise eest ravimite vallas ning hinnakujundamise ja hüvitamise otsuste eest, samas kui Ravimiamet vastutab kogu farmaatsiaalase tegevuse (näiteks müügilubade, ravimpreparaatide klassifitseerimise, ravimiohutuse järelevalve), sealhulgas meditsiiniseadmete ja veterinaartoodete kontrollimise eest. Ravimiamet tegutseb ka järelevalveorganina farmaatsiavaldkonnas ning nõustab Sotsiaalministeeriumi ravimite hüvitamise osas. Eesti Haigekassa vastutab ravimite hüvitamise eest ja tegutseb Sotsiaalministeeriumi nõuandva organina ravimite hüvitamise protsessis.

Ravimite jaemüük on lubatud ainult eraõiguse alusel tegutsevates apteekides, muud ravimite jaotusviisid (näiteks arsti kaudu, haigla apteekide kaudu, ravimite postimüük, veebiapteegid) ei ole lubatud. Peetud on arutelusid selle üle, kas lubada haiglatel ravimeid müüa apteekidena, kuid siiani ei ole ravimite jaotusmehhanismid muutunud. 80% apteekidest kuuluvad apteegikettidesse. Haiglaapteegid varustavad ravimitega vaid haiglaid. Tootjad jaotavad ravimeid tavaliselt suurte hulgimüüjate kaudu, kuid mõned neist on loonud oma hulgimüügikoha eraldiseisva ettevõttena tütarfirmast või tootmisettevõttest. Mõnel juhul jaotavad tootjad ravimeid otse apteekidele. Enamik apteek on eraomandis, vaid vähesed neist on avaliku sektori omandis. Kui apteegi omanik on juriidiline isik, puuduvad kehtivad piirangud omandis olevate apteekide arvu suhtes. Apteekide arv on aastate jooksul suurenenud (vaata jaotis 5.2 „Inimressursid”).

Ravimite hulgimüügitegevuse osas eksisteerib Eestis mitmekanaline süsteem. 2006. aastal oli 45 hulgimüüjal tegevusluba inimravimite müümiseks ning 28 neist müüsid ravimeid tava- ja haiglaapteekidele ning teistele asutustele (Ravimiamet, 2007). Hulgimüüjad on koondunud Eesti Ravimihulgimüüjate Liitu. Selle liidu kaudu soovivad hulgimüüjad mõjutada Eesti poliitikakujundajaid, tehes eeskätt ettepanekuid asjaomaste õigusaktide muutmiseks. Enamik hulgimüüjaid on välisriikide ettevõtete omandis ning kuus peamist hulgimüütjat katavad üle 90% ravimite turust (vaata tabel 6.1).

Tabel 6.1 Kuue peamise hulгимüüja turuosa (%), 2000–2007

Hulгимüüja	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Tamro Eesti OÜ	33,0	31,8	30,9	30,1	29,9	30,5	30,2	31,0
Magnum Medical OÜ	38,0	43,3	48,0	47,8	42,4	25,9	26,7	27,2
Apteekide Koostöö Hulгимüük OÜ						15,0	12,9	12,4
OÜ Nordic Pharma (Armila Eesti OÜ)	3,6	2,9	2,5	3,1	4,7	10,0	11,6	11,0
AS Oriola	4,5	3,6	3,4	5,0	5,8	6,0	6,7	6,3
AS TopMed	7,9	7,1	4,7	44,4	4,6	4,9	4,4	3,9

Allikas: Ravimiamet, 2007.

Alates 2003. aastast iseloomustab ravimite hüvitamise süsteemi piirhinnasüsteem, mis tähendab, et ravimid jagatakse rühmadesse, millele määratakse maksimaalne (hüvitatav) hind. Kõik ambulatoorselt kasutatavad ravimid kuuluvad hüvitamise süsteemi, kuid enamik käsimüügiravimeid, haiglaravis kasutatavad ravimid ning teatavad elustiili ravimid on hüvitatavate ravimite loetelust välja jäetud (näiteks erektsioonihäirete ja ülekaalu vastased ravimid ning ka nikotiini- ja alkoholi asendusravi). Hüvitatavate ravimite loetellu lisatud käsimüügiravimid on raskete haigustega lastele mõeldud tooted, rauda ja kaltsiumit sisaldavad ravimid ning mõned rinnapiimaasendajad allergilistele ja enneaegsetele lastele ja fenüülketonuuriaga patsientidele. Piirhinnasüsteem põhineb piirhindade kehtestamisel, milles ravimid jaotatakse rühmadesse eri toimeainete (ATC-5 klassifikatsioon), ravimite manustamise viisi ja ravimvormide alusel. Süsteemi kasutamise kahe esimese aasta jooksul võeti keskmise päevase annuse piirhinnaks odavuselt teise ja kolmanda toote keskmise päevase annuse hind. Seda piirhinda kasutati seejärel paki hinna arvutamisel vastavalt keskmise päevase annuse (ADD) arvule paki kohta. Alates 2005. aasta jaanuarist arvutatakse piirhind odavuselt teise toote hinna põhjal (Pudersell *et al.*, 2007). Nende ravimite hinnad, mida piirhinnasüsteem ei hõlma, kinnitatakse hinnakokkulepetega, mis sõlmitakse sotsiaalministri ja tootja (või müügiloo omaniku) vahelise halduslepinguga. Hinnakokkuleppe protsess algab tootja ettepanekuga Sotsiaalministeeriumile. Peale esitatava hinna ja ravimite koguse, peavad taotluses olema märgitud ka ravimi hinnad võrdlusriikides (näiteks tootja koduriik, Läti, Leedu ja Ungari) ning väljapakutud hinna ja

koguse põhjendus. Vajadusel küsib ministeerium Eesti Haigekassalt eksperdihinnangut ning pärast hinnangu saamist ning edukaid läbimisi sõlmitakse hinnakokkulepe ning avaldatakse andmed hulgi-müüja kohta ja jaehinnad.

Hüvitamise süsteem on Eestis nn haigusespetsiifiline. Kaks diagnoosirühma on klassifitseeritud haiguse raskuse järgi. Ravimid, mis on arvatud kõige raskemate haiguste loetellu, hüvitatakse täies mahus (100%) ning vähem raskemate (peamiselt krooniliste) haiguste ravimid hüvitatakse 75% ulatuses. Viimasel juhul kehtib teatud sotsiaalsete rühmade (alla 16-aastased lapsed, puudega inimesed ja pensionärid) puhul hüvitismäär 90%. Alla nelja-aastaste laste puhul on kõikide hüvitatavate ravimite loetelusse kantud ravimite puhul hüvitismäär 100%. Teised ravimid hüvitatavate ravimite loetelus kuuluvad hüvitamisele 50% ulatuses. 100% ja/või 75% (või 90%) hüvitismääraga ravimeid ei ole võimalik hüvitada ilma kehtestatud piirhinna või kehtiva hinnakokkuleppeta. Lisaks võivad patsiendid erandkorras taotleda individuaalset 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 müügiloo alusel.

Alates 2003. aasta jaanuarist võeti kasutusele uut tüüpi hüvitis – täiendav ravimihüvitis. See arvutatakse isiku poolt retseptiravimitele ühes kalendriaastas tehtud kulutuste alusel. Rahalise hüvitise eesmärk on pakkuda isikutele, kes kulutavad Eesti Haigekassa ravimite loetelus olevate ravimite ostmiseks rohkem kui 6000 krooni (383 eurot) kalendriaastas, Eesti Haigekassa poolt täiendavat hüvitist. Maksimalne täiendav hüvitis inimese kohta ühes kalendriaastas on 20 000 krooni (1278 eurot) ning selle abil saab hüvitada ravimikulud eelkõige nende inimestel, kes oma ravis kasutavad väga kalleid ravimeid või kes kannatavad krooniliste haiguste all ning peavad ravimeid kasutama pika perioodi jooksul.

2002. aasta ravikindlustuse seaduse kohaselt ei või kulutused ambulatoorses ravis kasutatavate ravimite hüvitamiseks ületada 20% Eesti Haigekassa tervishoiuteenuse hüvitise kulude eelarvest. Statsionaarses ravis kasutatavad ravimid moodustavad osa Eesti Haigekassa makstavatest tervishoiuteenuste hindadest, seega kajastuvad need tervis-

hoiuteenuste piirhindades. Mõnel juhul (tuberkuloos, HIVi-ravi ja vaktsiinid) rahastatakse ravimeid Sotsiaalministeeriumi eelarvest. Teatavad ravimid (näiteks kemoteraapia ravimid) sisalduvad tervishoiuteenuste loetelus eraldiseisvate tervishoiuteenustena ning Eesti Haigekassa tasub need teenusepõhiselt. Kulutused sellistele ravimite on aasta-aastalt suurenenud (Eesti Haigekassa, 2007). Alates 2006. aastast kehtestati täiendav hüvitissüsteem *in vitro* viljastamises kasutatavate ravimite jaoks. Seda süsteemi rahastatakse riigieelarvest Eesti Haigekassa kaudu. Erakulutused ravimitele koosnevad peamiselt kaasmaksetest ja kaaskindlustusest osana ravimite loetelus sisalduvate retseptiravimite ning loetelus mittesisalduvate ravimite ostmiseks tehtud kulutustest. Eesti arstidel ei ole ravimieelarvet.

Kuigi geneeriliste ravimite kasutamine Eestis ei ole seadusega otseselt reguleeritud (näiteks kohustuslik geneeriline asendamine), on võetud kasutusele teatavad meetmed, mille eesmärgiks on motiveerida arste ja patsiente kasutama rohkem geneerilisi ravimeid kui originaalravimeid. Arste julgustatakse kirjutama ravimeid välja eelkõige nende rahvusvaheliste mittekaubanduslike nimetuste (ingl k *International Nonproprietary Name, INN*) järgi. Originaalravimit välja kirjutades peab arst märkima selle patsiendi tervisekaarti ja märkima retseptile märke „mitte asendada”. Kui ravim oli kirjutatud välja INN-i nime all ning puudub igasugune meditsiiniline põhjendus teatava originaalravimi kasutamiseks, peab apteeker pakkuma patsiendile vastavaid geneerilisi ravimeid. Patsiendiga arutledes valitakse kõige sobivam ravim. Piirhinnasüsteem toetab samuti geneeriliste ravimite kasutamist. Geneerilisi ravimeid nähakse eelkõige vahendina, et saavutada ravimite suurem valik ja ravimikulude vähendamine. Seetõttu kasutatakse geneerilisi ravimeid ambulatoorses arstiabis kulude ohjamise eesmärgil. Geneeriliste ravimite kasutamise kohta haiglaravis andmed puuduvad (Pudersell *et al.*, 2007).

Ravimite reklaamimist reguleerib ravimiseadus, mis on viidud kooskõlla vastavate ELi direktiividega. Ravimiamet on pädev riigiasutus, kes teostab järelevalvet ravimite reklaamimise üle. Ravimi reklaam enne müügiloo saamist on keelatud. Patsiendi infolehed, ravimi omaduste kokkuvõtted ja artiklid olulistes meditsiini- või farmaatsia-ajakirjades oma muutmata kujul jäävad väljapoole kõnealuse seaduse

reguleerimisala. Teaduslikke üksikasjalikke selgitusi võivad anda ainult tervishoiutöötajad (s.t arstid, proviisorid ja farmatseudid). Müügiloa omanikel on keelatud anda kingitusi tervishoiutöötajatele väärtusega üle 100 krooni (6,39 eurot). Kõrgema rahalise väärtusega tegevused on lubatud ainult teaduskonverentsidel osalemise toetamise kaudu. Selline toetus võib hõlmata ainult tervishoiutöötajaid.

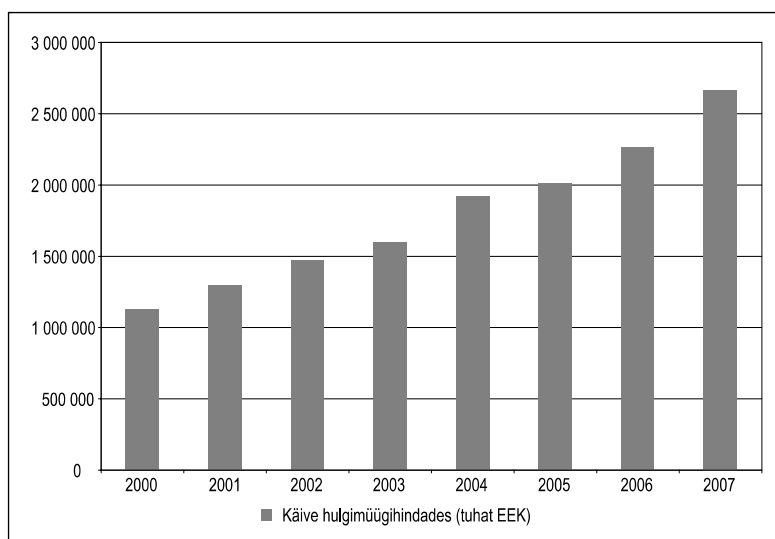
Patendikaitset reguleerivad õigusaktid Eestis on ühtlustatud vastavalt Euroopa patendi-konventsioonile ning sellega on tagatud turukaitse ravimi esmasele registreerimisele 20 aastaks. ELi õigusaktide kohaselt on seda perioodi võimalik viie aasta võrra pikendada täiendava kaitse tunnistuse alusel. Hiljuti vastuvõetud ELi õigusakt kohustab vastavaid ameteid kaitsma perioodiks 8+2+1 aastat. See annab patenteeritud ravimitele lisakaitseperioodi. Kaheksa aasta pärast võib Raviamet alustada geneeriliste ravimite taotluste menetlemist vastavalt ELi direktiivide nn Bolari sättele⁴, ning nende jaemüügiga võib hakata tegelema pärast kümneaastase kaitseperioodi lõppu. Ametid võivad anda andmekaitsele lisa-aasta (ning seeläbi viivitada geneeriliste ravimite sisenemist turule) täiendavate uudsete näidustuste puhul (näiteks pediaatrilised näidustused). Käesoleva ülevaate koostamise ajaks ühtegi selget sätet, mis käsitleks paralleelset importimist ja patenteeritud toodete eelistatavat kasutamist, riigi õigusaktidesse lisatud ei ole. Eesti patendiseaduses on märked, mis käsitlevad kohustuslikku litsentsimist vastavalt intellektuaalomandi õiguse kaubandus-aspektide lepingule (Pudersell *et al.*, 2007).

Kogemuste vahetamiseks ja võrdluste tegemiseks paremate võimaluste saamiseks kasutatakse Maailma Terviseorganisatsiooni soovitatavat ravimite ATC-klassifikatsiooni (anatoomilis-terapeutiline keemiline kood) ja DDD-metoodikat. DDD on ravimi defineeritud päevadoos täiskasvanul, mida kasutatakse peamise näidustuse puhul. See on tehniline mõõtühik ning ei vasta alati tegelikult kasutatavale kliinilisele doosile. Kõik hulгимүүjad esitavad Raviametile oma kvartaalsed ravimimüügi andmed. Andmete statistilist analüüsi on tehtud regulaarselt alates 1994. aastast ning see avaldatakse Ravimi-

⁴ Tegemist on alates 1984 geneerilistele ravimitele USAs rakendatud loaga hakata ravimit katsetama juba enne patentravimi kaitse tähtaja möödumist.

ameti veebilehel. Ravimite tarbimist arvutatakse ravimi defineeritud päevadooside arvuna 1000 elaniku kohta aastas, pakendite arvuna ja vastavalt kulutatud rahale. Müügiaruannete esitamine on seadusega hulgimüüjatele kohustuslikuks tehtud. 2007. aastal ulatus Eestis ravimimüük hulgihindades 2,665 miljardit krooni (170 miljoni euron), mis on 18% kõrgem võrreldes 2006. aastaga. Alates 2000. aastast on ravimite hulgiühikäive tõusnud 137% võrra (vaata joonis 6.7).

Joonis 6.7 Käive hulgiühikhindades, 2000–2007



Allikas: Raviamet, 2007.

Nõukogude perioodil oli Eestis üks ravimitootmisettevõtte (Tallinna Farmaatsiatehas), kes tootis erinevaid geneerilisi ravimeid, sealhulgas süstelahuseid ja salve. 1992. aastal püstitati Eestis uued tootmisüksused, millest kaks rajati Taani kapitali ja üks Rootsi abi toel. 2002. aastal töötas Eestis kaheksa litsentsitud (peamiselt geneeriliste ravimite) tootjat (Jesse *et al.*, 2004). 2007. aastal tegutsevad siinsel turul peale Tallinna Farmaatsiatehase (mis 2000. aastate alguses ühines Läti ettevõttega Grindex), mõned geneeriliste ravimite tootjad, kes peamiselt tegelevad ravimite pakendamisega (näiteks Nycomed SEFA

AS). Enamik neist on pärit välisriikidest. Seega on farmaatsiatööstus riigis väike ning toodab ainult Eesti turule. Kohalike tootjate osakaal rahvusvaheliste farmaatsiakompaniide suhtes on väga madal. Kuigi otseselt uuringutega tegelev tööstus puudub, tegutsevad Eestis peamiselt rahvusvaheliste innovatiivse farmaatsiatööstuse tütarettevõtted, kes on moodustanud huvigrupi Rahvusvaheline Ravimitootjate Liit Eestis. Samuti on Eestis rajatud teatavate välisriikide geneeriliste toodete tööstuste esindused, kellel on oma ühing Eesti Geneeriliste Ravimite Liit. Eestis ei ole ühtegi ravimite toormaterjalide tootjat (Pudersell *et al.*, 2007).

Kuigi Eesti ravimisektori ümberkorraldamine on suuremas osas lõppenud ja käesoleva ülevaate koostamise ajaks sarnaneb Eesti ravimisektor vägagi ELi liikmesriikide omadega, tuleb süsteemi pidevalt arendada, et rahuldada muutuvaid vajadusi ja lahendada tekkivaid probleeme. Üks tulevikus planeeritav muudatus on seotud e-retseptide arendamise ja kasutuselevõtmisega, mis hõlmab ravimite digitaalsete retseptide ja jaemüügi varustamissüsteemi. See reform viiakse läbi tihedas koostöös teiste suuremate projektidega (täpsema teabe saamiseks vaata jaotise 5.1 „Materiaalsed ressursid” alajaotist „Infotehnoloogia”).

Kuna kulutused ravimitele suurenevad kiiremini kui majanduskasv ja teised tervishoiukomponendid (vaata joonis 6.5), on kulude ohjamine teiseks peamiseks lahendust vajavaks ülesandeks Eestis. Kuigi kasutusele on võetud piirhindade kehtestamine ja hinnakokkulepped, on kulude ohjamise meetmete rakendamine olnud veel piiratud. Tõsiasi, et patsiendi omaosalus suureneb, võib viidata raskustele ravimite kättesaadavuses, seda eriti madalama sissetulekuga elanikkonnarühmadel. Nende probleemide lahendamiseks on vaja arendada edasi ravimite hüvitamise süsteemi. Kehtestatavad muudatused hüvitamise süsteemis peaksid aitama kaasa kulude ning patsiendi omaosaluse vähendamisele ning muutma hüvitamise süsteemi lihtsamaks ja tagama hinnakontrolli kõikide hüvitatavate ravimite üle. Hüvitamise süsteemis läbiviidavate muudatuste eesmärk peaks olema teatavate isikute (näiteks krooniliste tervisehäiretega inimesed, madala sissetulekuga inimesed) kaitsmine kõrge finantsriski ja ravimitele juurdepääsu raskenemise eest. Lisaks on võimalik parandada ravimite

ratsionaalset kasutamist. Selles osas arutletakse mitme strateegia üle, sealhulgas pakkumisega seotud meetmete kasutuselevõtt (näiteks retseptiravimite eelarve, aktiivne tagasiside arstidele), ratsionaalse ravimite määramise julgustamine (näiteks odavamad geneerilised ravimid kallite originaalravimite asemel), koolitusprogrammide rakendamine ja patsientide ravimite ratsionaalse kasutamise edendamine.

6.6 Taastusravi

Eestis peetakse taastusravi eriarstiabi lahutamatuks osaks, mis on suunatud funktsioonihäirete taastamiseks, taastatud funktsioonide säilitamiseks või puudega kohanemiseks. Taastusravi osutavad Tervishoiuametilt tegevusloa saanud tervishoiuteenuste osutajad. Statsionaarset või ambulatoorset taastusravi osutavad taastusraviosakonnad asuvad eri haiglates. Lisaks on Eestis mitmeid taastusravi osutavaid spaasid, mille teenuste eest maksab patsient ise ning Eesti Haigekassa või Sotsiaalkindlustusamet neid teenuseid ei hüvita.

2006. aastal võeti kasutusele uus taastusravi kontseptsioon. Peamine muudatus oli seotud liikumisega protseduuripõhiselt lähenemiselt meeskonnapõhisele lähenemisele. Taastusravi meeskond koosneb eri spetsialistidest, sealhulgas füsiatria ja taastusravi arstist, füsioterapeudist ja sotsiaaltöötajast, aga ka tegevusterapeudist, logopeedist, psühholoogist, taastusraviõdest ja muudest spetsialistidest. Vaatamata kõigele on taastusravi teenuste kättesaadavus piiratud spetsialistide vähesuse tõttu. Kuna kvalifitseeritud spetsialiste (sh füsioterapeute ja tegevusterapeute) on vähe, võiks ainult taastusravi eelarve suuremine olukorda parandada vaid vähesel määral. 2006. aastal tegutses Eestis ainult 25% taastusravi arengukavas aastaks 2015 ettenähtud füsioterapeutidest ja 22% tegevusterapeutidest (Riigikontroll, 2006). Kuna taastusravi kättesaadavus on geograafiliselt ebahühtlane ning erineb piirkonniti oluliselt, on vaja suurendada taastusraviteenuste kättesaadavust maapiirkondades ja julgustada teenuseosutajaid osutama teenuseid patsientidele 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; see oleks ka kulutõhusam kui statsionaarne ravi.

Sotsiaalkindlustusameti poolt rahastatavate taastusraviteenuste hulka kuuluvad puudega inimestele mõeldud sotsiaalteenused, mille eesmärk on parandada nende toimetulekut ja võimaldada neil töötada iseseisvalt. Seda teenust osutatakse vaid isikutele, kelle puude raskusastme on kinnitanud Sotsiaalkindlustusamet. Puude raskusastme määramise ajal või selle järel koostatakse rehabilitatsiooniplaan. Rehabilitatsiooniplaani koostamine eeldab koostööd spetsialisti ja patsiendi vahel, nagu eespool kirjeldatud. Rehabilitatsiooniplaanis nimetatud teenuseid osutavad Sotsiaalkindlustusametiga lepingud sõlminud taastusravi osutajad. Mis puutub Eesti Haigekassa poolsesse taastusravi rahastamisse, siis taastusravi arst määrab vajaliku ravi ning protseduurid teostatakse füsioterapeudi ja teis(t)e spetsialisti(de) poolt vastavalt patsiendi olukorrale ja üldisest seisundist tulenevatele vajadustele. Füsioterapeut lülitati olulise liikmena taastusravi meeskonda 2002. aastal ning käesoleva ülevaate koostamise ajaks töötavad füsioterapeudid peamiselt haiglates. Edaspidise arengu osas tuleks ambulatoorset ravi osutavate füsioterapeutide ja teiste spetsialistide arvu suurendada, et parandada teenuste osutamist maapiirkondades.

6.7 Hooldusravi (õendushooldus)

2001. aastal koostas Sotsiaalministeerium hooldusravi arengukava aastani 2015, et määrata kindlaks haiglavõrgu arengukava eesmärkidele vastavad hooldusravi eesmärgid. Arengukavas soovitatud peamiste muudatuste kohaselt tuleb (peamiselt omavalitsuse omandis olevad) väikehaiglad muuta hooldushaiglateks ning välja arendada ambulatoorsed hooldusravi teenused, mis hõlmavad nii kodust kui ka päevast õendusabi. Arengukavas nähakse ette, et hooldusravi voodikohtade vajadus on minimaalselt 10 voodit 1000 sihtrühma kuuluva üle 65-aastase elaniku kohta, see tähendab kokku umbes 2100 voodit. Aktiivravi voodikohtade arvu vähenemisega ei ole aga kaasnenud

hooldusravi teenuste mahu olulist suurenemist. Kuigi koduse õendusabi ja päevase õendusabi teenuste maht on aasta-aastalt suurenenud, ei ole neid teenuseid vajalikus ulatuses arendatud. See tähendab, et paljudele hooldusravi vajavatele isikutele ei ole nende vajadustele kohandatud teenused kättesaadavad. Hooldusravi osutatakse tavaliselt vanematele inimestele, kellel on mitmed kroonilised haigused, kes vajavad abi raviprotseduuridel ja kes ei tule toime igapäevase tegevusega; ning täiskasvanutele, kellel on mitu tervisehäiret ja kes ei tule osaliselt toime igapäevase tegevusega, näiteks geriaatrilised patsiendid. Sellise hoolduse kvaliteet on sageli ebapiisav ning ei vasta kaasaja nõuetele ja ootustele. Asjaomased tööruumid ei vasta vajadustele, puudu on koolitatud personali (õed, hooldajad) ja teenuseid ei rahastata piisavalt. Paljud hooldushaiglad ja hoolekandeesutused seisavad silmitsi terava ruumpuudusega ning nende vastavus standardtingimustele on suhteliselt madal. Lisaks on ikka veel puudus hooldusravi voodikohtadest. Edasiste arengute osas on vaja sobivaid vahendeid, et toetada uute teenuseosutamise mudelite välja arendamist. Euroopa Regionaalarengu Fondist perioodiks 2007–2013 saadud 27,5 miljoni euro suurune rahaline toetus peaks hõlbustama hooldusravi osutamise võimaluste arendamist ja parandama teenuste kvaliteeti.

Tervisesüsteemis tehtud ümberkorraldused on tihedalt seotud sotsiaalhoolekande süsteemiga. Tervise- ja sotsiaalhoolekande süsteem on teineteisest suhteliselt eraldiseisvad, mis toob kaasa probleemid inimeste liikumisel eri süsteemide vahel (Sotsiaalministeerium, 2005). Hooldusravi teenuste kättesaadavus ja kvaliteet on piiratud, kuna sotsiaalhoolekande- ja tervisesüsteemi rahastatakse eri allikatest, esimest riigieelarvest ja teist Eesti Haigekassa kaudu. Paljud hoolekandeesutuse elanikud vajaksid samuti hooldusravi, kuid osutatavate teenuste mahtu piiravad omavalitsuste eelarvete võimalused. Kuna sotsiaalhoolekande ja hooldusravi sihtrühm suuresti kattub, oleks vaja teenuste integreerimist ja paremat koordineerimist, et reageerida efektiivsemalt eakate ja krooniliste haigustega inimeste vajadustele. Interdistsiplinaarsed tööühmad töötavad välja strateegiad integreeritud hooldusravi teenuste optimeerimiseks Eestis, kuid käesoleva ülevaate koostamise ajaks ei ole need veel ellu viidud. Strateegiate edukaks rakendamiseks on vajalik konsensus eri sektorite vahel ja riigipoolne õiguslik toetus. Muudatusi on vaja teha nii rahastamise korras Eesti

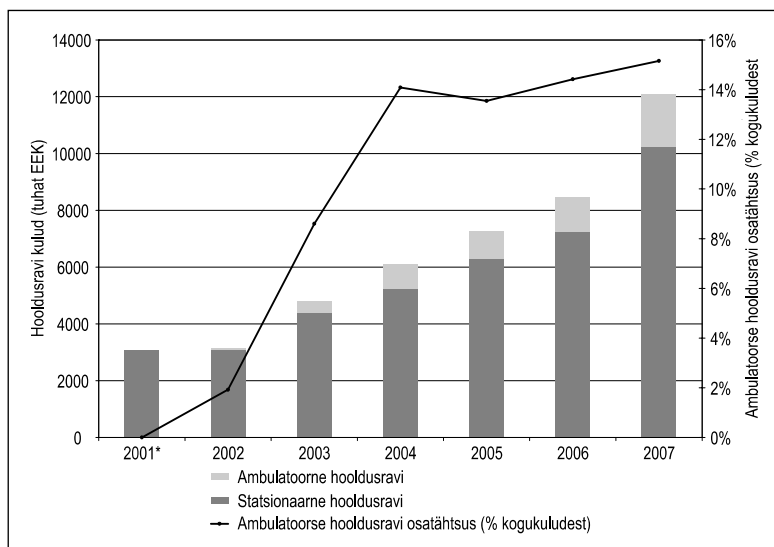
Haigekassa, omavalitsuste ja inimeste rahaliste vahendite kombineerimise kaudu kui ka teenuste korraldamise abil (miinimumnõuete kirjeldamine ning hooldusravi ja sotsiaalhoolekande kvaliteedinõuded). Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse muudatus 2007. aastal (jõustus 2008) andis perearstile võimaluse iseseisva õendusabi teenuste osutamist korraldada. See peaks tooma koduõenduse teenuse patsiendile lähemale, millest oli juttu eespool.

Hooldusravile esitatavad kvaliteedinõuded võimaldavad ravi korraldajatel ja selle osutajatel kasutada teenuse osutamisel standarditud põhimõtteid, hoida hooldusravi teenuste kvaliteeti kõrgena (või vajadusel seda parandada) ning optimeerida ressursside kasutamist. Hooldusravi kvaliteet erineb eri hooldusraviasutustes oluliselt. Puudub ühine arusaam kvaliteedinõuetest ning teenuse kvaliteedi hindamine on sageli keerukas.

Eesti Haigekassa roll hooldusravi rahastamisel on oluline. See lähtub põhimõttest, mille kohaselt tuleb kindlustatud isikule osutada just tema vajadustele vastavaid teenuseid, sealhulgas arvestades teenuste piirkondlikku kättesaadavust ja Eesti Haigekassa vahendite vajadustele vastavat kasutamist. Alates 2001. aastast hüvitab Eesti Haigekassa hooldusravi kulud eraldi eriarstiabi kuludest. Käesoleva ülevaate koostamise ajaks on Eesti Haigekassa poolt rahastatavad hooldusravi teenused jagatud järgnevalt: koduõendus, geriaatriline hindamine, vähihaigete kodune toetusravi ja statsionaarne hooldusravi. Koduõendus kui iseseisev õendushoolduse teenus sisaldub Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelus alates 2003. aastast. Seda vajavad kõige rohkem patsiendid, kes ise liikuda ei suuda või kellel on liikumine piiratud. Koduõendus ei vaja spetsiaalseid tehnoloogilisi vahendeid ning seega saab sellist teenust osutada kodus keskkonnas. 2004. aastal lisati tervishoiuteenuste loetellu geriaatrilise hindamise teenus. Geriaatrilise hindamise eesmärgiks on hinnata inimese vajadusi ja osutada talle vajalikke hooldusteenuseid. See põhineb tervishoiuteenuste, õendusabi ja riigi sotsiaalhoolekande süsteemi ühisel hindamis-süsteemil. Tavaliselt toimub vajaduste esmane hindamine haiglate geriaatriaosakondades, kuid seda on võimalik teostada ka isiku elukohas. Geriaatrilise hindamise arendamiseks on vaja suurendada teenuseosutajate (s.t koolitatud ja oskustega spetsialistide) arvu.

Kodust õendusteenust osutatakse ka vähihaigetele patsientidele (vähihaigete kodune toetusravi), sageli haiguse lõppjärgus. Statsionaarse hooldusravi all mõeldakse 24-tunnist pikaajalist õendusabi, mida osutavad peamiselt õed, sotsiaaltöötajad ja arstid. Statsionaarse hooldusravi sihtrühma kuuluvad peamiselt krooniliste haigustega patsiendid, kes vajavad perioodilist meditsiinilist järelevalvet ja ravi kohandamist. Teenust osutatakse ka haiguse lõppjärgus olevatele patsientidele; patsientidele, kes vajavad täiendavat järelravi, taastusravi ja hooldusravi; ning eakatele patsientidele, kes vajavad tervise seisundi kontrolli, ravi ja nõustamist.

Joonis 6.8 Hooldusravi kulud, 2001–2007



Allikad: Eesti Haigekassa, 2002; Eesti Haigekassa, 2004; Eesti Haigekassa, 2006; Eesti Haigekassa, 2007.

Märkus: * Kulude erineva struktuuri tõttu 2001. aastal näidatakse kõik tehtud kulud stationsaarse hooldusravi all.

Kulutused hooldusravile on aastate jooksul kasvanud (vaata joonis 6.8), mis tuleneb peamiselt püüdlustest pakkuda patsientidele nende kodudes parema tasemega teenuseid ning uute hooldusravi teenuste

lisamisest tervishoiuteenuste loetellu (2003. aastal koduõenduse ja 2004. aastal geriaatrilise hindamise teenus). Ambulatoorse hooldusravi teenuste (koduõendus, vähihaigete kodune toetusravi ja geriaatriline hindamine) kulude osatähtsus on tõusnud, samas kui statsionaarsete kulude osakaal on langenud.

6.8 Psühhiaatriline abi

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

Psühhiaatrilist abi reguleerivad Eestis paljud seadused ja määrused. Ravikindlustuse seaduse ja tervishoiuteenuste korraldamise seaduse kõrval reguleerib psühhiaatrilise ravi korraldamist ka psühhiaatrilise abi seadus (viimati muudetud 2006), 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 juhtude 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 sotsiaalhoolekande teenuseid vajavate inimeste arvule ning nende eraldiste määramisel võetakse arvesse ka vastavates maakondades osutatavate teenuste ulatust. Kohalikud omavalitsused peavad tagama vajalike sotsiaalteenuste kättesaadavuse psüühikahäiretega inimestele. Psühhiaatrilist abi osutavad peamiselt psühhiaatrid, psüh-

hiaatriaõded ja psühholoogid. Psühhiaatrilise abi saamiseks võib patsient minna otse eriarsti ambulatoorsele vastuvõtule ilma perearsti suunamiseta. Siiski on psüühikahäiretega seotud teenuste osutamine perearstide poolt viimaste aastatega suurenenud (Atun *et al.*, 2008, ilmumas).

Psühhiaatrilist ravi käsitletakse Eestis eriarstiabi osana ning see hõlmab diagnoosimist, ravi, taastusravi ja psüühikahäirete ennetamist. Seda osutatakse ambulatoorse ravina juhul, kui patsiendi diagnoosimiseks või ravimiseks ei ole vajalik patsiendi pidev jälgimine või patsiendi vaimne seisund võimaldab ambulatoorset ravi. Haiglaravi kasutatakse peamiselt haiguse lühiajaliste ägenemiste korral või mitmesuguste keeruliste diagnostika ja raviga seotud probleemide lahendamiseks. Haiglaravi vajatakse juhul, kui on vajadus patsienti teatud ajaperioodi jooksul pidevalt jälgida või kui patsient kujutab ohtu endale või teistele, olenevalt tema vaimsest seisundist, ja/või ta ei ole võimeline ilma meditsiinilise abita toime tulema. Psühhiaatrilist ravi osutatakse vabatahtlikkuse alusel. Inimese tahtest olenematu ravi psüühikahäirega inimesele on lubatud vaid juhul, kui on täidetud kõik alljärgnevad 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;
- muu psühhiaatriline abi ei ole küllaldane.

Tahtest olenematut ravi võib kohaldada ainult kohtu määruse alusel vastavalt karistusseadustikule. Tahtest olenematu psühhiaatrilise ravi osutamiseks psühhiaatriaiglates hospitaliseeritakse isik vastavasse psühhiaatrilise ravi palatisse ning peetakse seal järelevalve all.

2003. aastal kinnitas valitsus Eesti vaimse tervise poliitika alusdokumendi. See dokument on valitsusväliste organisatsioonide poolt juhitud valdkondadevahelise töö tulemus ja selle koostamisega tegeles aasta jooksul peaaegu 1000 inimest. Pärast valitsuse teatavat esialgset toetust vaimse tervise probleemidele algne tegevusplaan riigilt rahastamist siiski ei saanud ning kava jäi valitsuse prioriteetide hulgast välja.

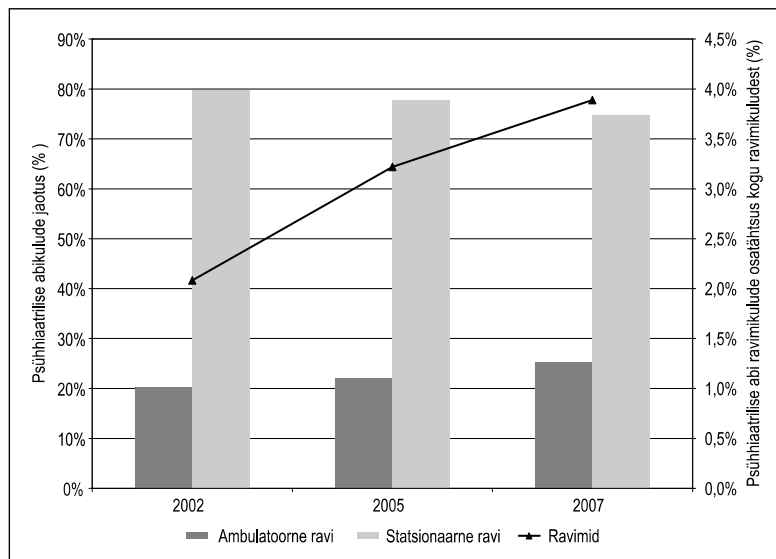
Eestis on mõned vaimsete häiretega inimeste jaoks moodustatud mittetulundusühingud. Tugirühmade ülesandeks on parandada vaimse puudega inimeste positsiooni ühiskonnas. Eesti Patsientide Esindusühingu tegevus on suunatud vaimse tervise probleemidega patsientidele, kuid ühing nõustab ka teiste tervise- ja sotsiaalhoolekandeteenuste kasutajaid. Eesti Psüühikahäiretega Inimeste Toetajate Ühendus kaitseb psüühikahäiretega isikute ja nende pereliikmete õigusi, parandades sellega psüühikahäiretega isikute iseseisvust ja tõstes nende elukvaliteeti. Nendel organisatsioonidel on siiani olnud siiski vaid vähene mõju vaimse tervise poliitika kujundamisel (Sarjas, 2005).

Kuigi psühhiaatrite arv on tõusnud 174-lt 2002. aastal 181-le 2006. aastal ja tervishoiuteenuste osutajate juures töötavate psühhiaatriaõdede arv on tõusnud 113-lt 190-le 2006. aastal, on inimressursi puudus psühhiaatrilise abi valdkonnas kasvav probleem. Lähtuvalt optimaalse töökoormuse standarditest ja tervishoiutöötajate koolituse prognoosimudelist, on psühhiaatrite optimaalne arv 2015. aastal 260 (Sotsiaalministeerium, 2008a). Õenduserialade arengukavade kohaselt on psühhiaatriaõdede vajalik arv 2015. aastal 540 (Sotsiaalministeerium, 2002). 1990. aastatel langes psühhiaatriavoodite arv 155,1 voodikohalt 74,8 voodikohani 100 000 elaniku kohta ning haiglaravi keskmine pikkus vähenes 96 päevalt 24 päevani. 2006. aastal oli psühhiaatriavoodite arv 55,3 voodikohta 100 000 elaniku kohta ning see arv on jäänud siiani stabiilseks. Laste psühhiaatriavoodite arv moodustab ligikaudu 6% psühhiaatriavoodite koguarvust ning aktiivravivoodite arv psühhiaatrias 11%. Psühhiaatriavoodite osatähtsus kõikidest haiglavooditest on viimastel aastatel veidi langenud, 2006. aastal oli see ligikaudu 10% (Sotsiaalministeerium, 2008a).

Uute diagnoositud vaimse tervise häirete juhtude arv on kahekordistunud võrreldes 1990. aastate lõpuga, samas kui haiglaravile suunamine on tõusnud oluliselt vähem. See võib olla tingitud tervishoiuteenuste paremast kättesaadavusest, vähenenud eelarvamustest vaimse tervise häirete suhtes ning perearstide aktiivsuse suurenemisest psüühikahäirete ravis. Üldarstiabi vastuvõttude arv suurenes 2006. aastal 2001. aasta tasemega võrreldes kahekordseks. Samal ajal osutab suundumus ravimite määramisel kvaliteedi tõusule ja nihet parima praktika

kasuks. Ilmne on uue põlvkonna selektiivse serotoniini tagasihaarde inhibiitorite (ingl k *Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, SSRI*) kasutamine bensodiazepiinide ja tritsükliliste antidepressantide asemel (Atun *et al.*, 2008, ilmumas).

Joonis 6.9 Psühhiaatrilise abi kulude jaotumine: psüühikahäirete ravimikulud osatähtsusega (%) ravimite kogukulust



Allikas: Eesti Haigekassa, 2007.

Psühhiaatrilise abi kulud moodustavad osa eriarstiabi kuludest Eesti Haigekassa eelarves. Viimastel aastatel on kulutused psühhiaatrilisele abile olnud stabiilselt ligikaudu 4% kõikidest Eesti Haigekassa poolt hüvitatavatest eriarstiabi kuludest. 2007. aastal ulatusid psühhiaatrilise abi kogukulud 15,9 miljoni euronni (Eesti Haigekassa, 2008, ilmumas). Ambulatoorse psühhiaatrilise abi kulude osakaal on suurenenud igal aastal (vaata joonis 6.9). 2002. aastal kulutati 20% psühhiaatrilisele abile määratud summast ambulatoorses ravis, samal ajal kui 2007. aastal oli sama näitaja tõusnud 25%ni. Psüühikahäirete ambulatoorses ravis kasutatavate ravimite kulud on liikunud samas suunas; osatähtsus

ravimite kogukuludest on tõusnud, kahekordistudes 4%ni viie aasta jooksul.

Enamik psühhiaatrilise abiga seotud kulutusi (peaaegu 99%) on tehtud psüühika- ja käitumishäirete ravimisel (diagnoosirühmad F00–F99 rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni 10. versiooni järgi). Ambulaatorse ravi kulude osatähtsus F2 (skisofreenia, skisotüüpne häire ja paranoidne häire) puhul on oluliselt kõrgem võrreldes ülejäänud haigusterühmadega, moodustades ligikaudu ühe kolmandiku psühhiaatrilise abi kogukuludest 2007. aastal.

6.9 Hambaravi

Alates 1991. aastast kuulus hambaravi Eestis Eesti Haigekassa poolt rahastatavate tervishoiuteenuste hulka. Kõik hambaraviteenused olid kõikidele kindlustatud isikutele tasuta. 1990. aastate lõpus tõid piirangud Eesti Haigekassa eelarves endaga kaasa ressurside killustumise eri teenuseosutajate vahel, lepingumahtude minimaalse taseme ja pikad ravijärjekorrad. Selline olukord andis erateenuseosutajatele võimaluse hindu tõsta, kuna õiguslik raamistik neil seda teha ei keelanud. Kõik nimetud arengud – pikad ooteajad, killustunud ressursid ja suurenev omaosalus – tõid kaasa hambaraviteenuste vähese kasutamise. 1999. aastal oli hambaarsti külastanud 52% Eesti elanikest; 2001. aastal langes see näitaja 42%ni (EMOR, 2001). Selle tulemusena oli 2002. aastal uue ravikindlustuse seaduse elluviimisel Eesti ühiskond valmis aktsepteerima täiskasvanute hambaravi väljajätmist teenustepaketist, et kindlustada laste hambaravi rahastamine. Uus hüvitamise süsteem tagab alla 19-aastaste isikute tasuta hambaravi (sealhulgas ortodontia teatavate diagnooside korral) vastavalt tervishoiuteenuste loetelule (põhjalikuma teabe saamiseks vaata 3. peatükk „Rahastamine”).

Eesti Haigekassa katab täiskasvanute vältimatut hambaravi, kui hambaravi teenust osutavad Eesti Haigekassa lepingupartnerid. Abstsessi avamine ja hamba ekstraktsioon kuuluvad Eesti Haigekassa poolt rahastatavate teenuste hulka vältimatut hambaravi puhul.

Kui täiskasvanute hambaravi hüvitatavate teenuste loetelust 2003. aastal välja arvati, asendati see kindlaksmääratud ülempiiriga rahalise hüvitisega, et hüvitada kaudselt iga-aastase ennetava kontrolli kulud. Patsient maksab teenuseosutajale teenuse eest otse ning saab hüvitise hiljem, pärast avalduse esitamist Eesti Haigekassale. Kõrgemad hüvitismäärad on kehtestatud rasedatele, alla üheaastaste laste emadele ning isikutele, kellel on teatud tervislikust seisundist tulenev kõrgendatud vajadus hambaravi järele. 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. Alates uue hüvitamise süsteemi kasutuselevõtmisest 2003. aastal, on hambaravi ja hambaproteeside hüvitamist taotlenud ja selleks õigust omavate isikute osatähtsus olnud suhteliselt madal. Aastate jooksul on inimeste teadlikkus oma õigustest hüvitiste saamiseks paranenud ning hüvitiste kasutamine on veidi tõusnud (vaata tabel 6.2). Hüvitiste kasutamise on siiski suhteliselt madal ning selle madala määra põhjuste väljaselgitamine seisab veel ees.

Tabel 6.2 Hambaravi ja hambaproteeside hüvitamise taotlejad osatähtsusega (%) kõigist selleks õigust omavatest isikutest, 2003–2006

Hüvitised	2003	2004	2005	2006
Hambaravi hüvitised	17%	18%	24%	21%
Hambaproteeside hüvitised	10%	10%	11%	11%

Allikad: Eesti Haigekassa, 2006; Eesti Haigekassa, 2007.

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. Hambaravi osutamiseks vajalikud ruumid ja aparatuur peavad vastama Sotsiaalministeeriumi poolt kehtestatud nõuetele. 1990. aastatel avasid hambaarstid kiiresti erapraksiseid ja riiklike hambaarstide osatähtsus langes järsult. Käesoleva ülevaate koostamise ajaks osutavad hamba-

raviteenust mõningad avaliku sektori haiglad ning eraõiguslikud teenuseosutajad. Mõnes maapiirkonnas on muutunud järjest raskemaks lastele tasuta hambaravi tagamine, kuna teenuseosutajate huvi Eesti Haigekassa lepingu alusel lastele hambaravi osutada on suhteliselt madal. Selle peamiste põhjuste hulka kuulub ka täiendav bürokraatia, mis hambaravi osutajatele esitatavate tingimustega kaasneb. Teenuseosutajad peavad täitma teatavaid nõudeid, mis on seotud IT lahendustega andmete vahetamiseks Eesti Haigekassaga, aga ka vajadusega lepinguid sõlmida ja jälgida. Hambaravi kiiresti tõusvad hinnad ja suurenev vajadus täiskasvanute hambaravi järele, mis on hambaarstidele kasulik, on vähendanud nende huvi Eesti Haigekassa lepingut taotleda (Koppel ja Aaviksoo, 2007a) (vaata 3. peatükk „Rahastamine”).

Hambaraviteenuste kvaliteedi ja teenuseosutajate järelevalve on jäetud peamiselt erialaühenduse ja Tervishoiuameti ülesandeks. 2003. ja 2004. aastal algatas ja rahastas Eesti Haigekassa hambaravi meditsiinilise auditi ning võrdles laste ja täiskasvanute hambaravi hindu tervisekaartide põhjal. Auditi tulemuste põhjal võis järeldada, et laste hambaravi kvaliteet oli üldiselt rahuldav. 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 ning vajadusel silandi kasutamist. Käesoleva ülevaate koostamise ajaks oli nende programmide sihtrühm lapsed vanuses 6–12 aastat ja 2005. aastal oli kõnealuste ennetusprogrammidega kaetud ligikaudu 50% (Eesti Haigekassa, 2006).

Eesti Haigekassa poolt rahastatavate hambaraviteenuste hinnad kehtestatakse samasuguse protseduuri alusel nagu kõikide teiste tervishoiuteenuste puhul. Hambaraviteenuste hinnad on kõikide Eesti Haigekassa lepingupartnerite ühesugused. Enne 2002. aastat hambaraviteenuste hindu reguleeriti, kuid patsientide omaosalust mitte, nii maksid patsiendid umbes poole hambaravist, sealhulgas laste hambaravist. Käesoleva ülevaate koostamise ajal reguleerib valitsus laste hambaravi hindade kujundamist. Täiskasvanute hambaravi hinnad ei ole reguleeritud, puudub pädev asutus, kes vastutaks hindade jälgi-

mise eest (vaata 3. peatükk „Rahastamine”). Edasiste arengute osas on laste hambaravi kättesaadavuse tagamine jätkuv lahendamist vajav probleem. Elanikkonna suurenev võimalus hambaraviteenuste kasutamiseks ja järjest suurenev välisriikide kodanike arv, kes Eestis hambaraviteenuseid kasutada soovivad (Jesse ja Kruuda, 2006), suurendab nõudlust hambaraviteenuste järele ja võib seega mõjutada negatiivselt hambaraviteenuste osutajate huvi Eesti Haigekassaga laste hambaravi lepinguid sõlmida.

7 Peamised reformid tervisesüsteemis

Alates taasiseseisvumisest 1991. aastal on Eestis toimunud mitu ulatuslikku reformi, nagu ravikindlustuse loomine ja kindlustuskaitse tagamine, teenuste (nii rahvatervise- kui ka tervishoiuteenused) kättesaadavuse laiendamine, patsientide ootustele vastavuse suurendamine ja muutused ka paljudes teistes tervisesüsteemi osades. Kronoloogiliselt võib Eesti tervisesüsteemis toimunud reformid jagada neljaks osaks: 1990. aastate algus, 1990. aastate keskpaik, 1990. aastate lõpp / 21. sajandi algus ning lõpuks käesoleva raamatu koostamise ajaks väljakujunenud süsteem.

Esimesed kaks perioodi andsid tervisesüsteemile radikaalselt uue suuna ning panid aluse organisatsioonidele ja struktuurile (sealhulgas Sotsiaalministeerium, Haigekassa ja Ravimiamet) ning löid õigusraamistiku tervishoiuteenuste rahastamiseks ja teenuste osutamiseks. Neid muutusi iseloomustab suhteliselt lühike ettevalmistusaeg ja lühikesed rakendamise tähtajad. Reforme, nagu näiteks ravikindlustussüsteemi loomine, ei valmistatud ette iga viimase üksikasjani, vaid jäeti märkimisväärselt ruumi selle viimistlemiseks ja piirkondlikeks uuendusteks rakendamise käigus. Kuna riik on väike, ei tekkinud juhitamatut kaost, nagu oleks võinud arvata; pigem pakkus see võimalust õppida parimatest kogemustest, mis tulid kasuks 1994. aastast alates ühtse korra välja töötamisel.

Kolmas periood keskendus pigem järkjärgulisele arengule, mille eesmärgiks oli õigusraamistiku täpsustamine ja tugevdamine, strateegiliste eesmärkide seadmine, eri osapoolte kohustuste ja vastutuse selgitamine ning uute töömeetodite leidmine. Eelmiste perioodidega võrreldes planeeriti reforme üksikasjalikumalt. Muutuste üldine ees-

märk oli süsteemi efektiivsuse ja läbipaistvuse suurendamine, mis kulmineerus 2001. ja 2002. aastal mitme seaduse ajakohastamisega (sealhulgas tervishoiu rahastamine ja ravikindlustus, teenuse osutamine, ravimid, eri osapoolte kohustused), mis on tänaseni tervisesüsteemi edasise arendamise aluseks.

Käesoleva materjali koostamise ajani kestev neljas periood tegeleb tervisesüsteemi igapäevaste pisiparandustega, mille jooksul suuremaid põhimõttelisi muudatusi ei ole tehtud. Nimetatud perioodile on iseloomulik tervisesüsteemi hindamine eri aspektidest ning edasise strateegia kujundamine. Tervisesüsteemi eesmärgid on jätkuvalt efektiivsuse ja jätkusuutlikkuse suurendamine. Kuid edasise arengu vältel on suurema tähelepanu osaliseks saanud ka teised eesmärgid, nagu tervishoiuteenuste kättesaadavus, vastavus ootustele, kvaliteet ning vastutus ja aruandekohustus. Järgnevates lõikudes kirjeldatakse tervisesüsteemi reforme ning nende võimalikku mõju alates 1990. aastate algusest, kusjuures põhirõhk on viimastel aastatel toimunud muutustel ja võimalikel järgmistel sammudel.

7.1 1990. aastate algus – ravikindlustuse loomine jätkusuutliku tervishoiu rahastamise tagamiseks

1980. aastatel, kui Eesti kuulus veel Nõukogude Liitu, hõlmasid tervishoiuteenused praktiliselt kõiki. Varieerus aga teenuste kättesaadavus ja sisu eri rahvastikurühmadele. Lisaks olid tervishoiuteenused enam arenenud mõnes valdkonnas, nagu näiteks emadele ja lastele suunatud teenused, kuid teistes valdkondades oli kaasaegse tehnoloogia või ravimeetodite kasutamine Lääne-Euroopa riikidest maha jäänud.

Esimene tervishoiureform tervishoiu rahastamise valdkonnas algas juba enne Eesti taasiseseisvumist. Eesmärk oli luua ravikindlustussüsteem, millega oleks tagatud tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkus. Tsentraliseeritud, riigieelarvest rahastatud Semaško mudelist sai detsentraliseeritud sotsiaalse kohustusliku ravikindlustuse mudel. Selle eesmärk oli kindlustada sihtotstarbeliste maksude kaudu tervishoiule eraldatud rahalised vahendid ning parandada süsteemi efektiivsust ja vastavust ootustele. Ettevalmistused algasid 1980. aastate

lõpus, kui oli oodata muudatusi ning tekkis võimalus luua toimiv tervisesüsteem. Riigikogu kiitis esimese ravikindlustuse seaduse heaks 1991. aastal, enne Eesti ametlikku iseseisvumist.

Taasasutatud Eesti Arstide Liidul (EAL), mis esindab enamikku arstidest, oli märkimisväärne roll ravikindlustusreformi edukas algatamises ja rakendamises. Samuti oli arstidel oluline roll pakkuda olulist tuge reformi ühtseks elluviimiseks. EALi juhid ja arstid nägid kindlustussüsteemis võimalust tagada uues majanduskeskkonnas arstiabi rahastamise jätkusuutlikkus. Peale selle jätsid mõned EALi kuuluvatest arstidest kliinilise töö ning siirdusid poliitikasse, kuigi see ei tähenda, nagu oleks tervishoiupoliitikat mõjutanud vaid teenuseosutajate huvid. Teiseks tähtsaks eduteguriks oli erakondade konsensus ja pühendumine süsteemi reformimiseks aastail 1993–1995, poliitilise stabiilsuse perioodil.

Ravikindlustussüsteem tugines 22 piirkondlikule haigekassale, kes omavahel ei konkureerinud. See oli osa tervisesüsteemi detsentraliseerimise plaanist. Haigekassade tööd korraldasid maa- või linnavalitsused, kellel oli õigus nii haigekassa põhikirja kui ka ravikindlustushüvitiste arvutamise eeskirjade kinnitamiseks. Sotsiaalministeerium täitis järelevalvefunktsiooni ravikindlustussüsteemi üle. Mõne aja möödudes moodustas valitsus siseriikliku kooskõlastamise suurendamiseks haigekassade liidu.

Bismarcki tüüpi ravikindlustussüsteemi kehtestamise üheks põhjuseks oli tervishoius kindla tulubaasi tagamine. Teiseks oluliseks põhjuseks oli ravikindlustuse sidumine tööturuga, et ergutada inimeste osalemist ametlikul tööjõuturul. Seetõttu võeti kasutusele ravikindlustumaks, mis moodustab 13% töötaja palgast ning mille tasub täies ulatuses tööandja. Esialgu kehtestati eri laadi ettevõtjatele teistsugused maksumäärad. Praeguseni kehtib maksumäär 13% palgast, kuid ühtlustamise ja seadusemuudatuste tõttu on teistsugused ettevõtjad (näiteks füüsilisest isikust ettevõtjana tegutsevad talunikud) reorganiseeritud ning käesoleva ülevaate koostamise ajani kohaldatakse kõigile ühesugust maksumäära. Esialgu oli ravikindlustumaks ka eraldiseisev maks. Alates 1994. aastast liideti see sotsiaalmaksuga (üksikasjalikuma teabe saamiseks vaata 2. peatükki „Tervisesüsteemi ülesehitus”).

Ravikindlustuse varajases staadiumis kogusid ravikindlustusmaksu piirkondlikud haigekassad ning puudus kesksesse ühisfondi puulimine või piirkondlikele riskidele kaalumine. Seega oli puudust kannatavatel piirkondadel (maakondadel) madalam sissetulek, mis piiras arstiabi kättesaadavust seal kindlustatud isikutele. Peagi mõisteti piirkondliku korralduse selget puudust, mis nõudis administratiivseid muudatusi. Kehtestatud ravikindlustussüsteem oli kohustuslik ning sellest ei saanud loobuda, kuid samal ajal inimestel oli õigus osta täiendavat erakindlustust riigieelarvest katmata kulutuste hüvitamiseks. Esimestel aastatel oli ravikindlustusega hõlmatus universaalne, kuna enamikul elanikkonnast oli õigus ravikindlustustele.

Ostja ja teenuseosutaja rollide lahutamises nähti vahendit, kuidas teenuseosutajate võrgustikku koomale tõmmata. Haigekassad sõlmisid teenuseosutajatega lepingu, millega tagati vajalik abi oma piirkonna kindlustatutele. Teenuseosutajatele tasuti vastavalt Tervishoiuministeeriumi (hilisema Sotsiaalministeeriumi) poolt kinnitatud hinnakirjale. Hinnakiri põhines Saksa tervisesüsteemi hinnakirjal, kuid tasud eri teenuste eest kohandati kohalikele kuludele.

Nõukogude ajal tervishoiuteenuste eest tasumisel omaosalus praktiliselt puudus. Alguses ei võetud ametlikke patsiendi omaosaluse tasusid kasutusele mitmel põhjusel, sealhulgas elanikkonna madala ostujõu tõttu. Esimesed muutused selles valdkonnas toimusid 1993. aastal, kui võeti kasutusele retseptiravimite hüvitamise süsteem, mis põhines hüvitatavate ravimite positiivse loetelu põhimõttel ja kulude jagamisel. Kindla määraga omaosalus oli 5 krooni (0,30 eurot) ühe loetelusse kantud ravimi retsepti kohta, kui tegemist oli 100% hüvitatava määraga (määratletakse haigusrühmade ja raviminimetuste alusel). Lisaks eelnevalt nimetatud tingimustele laienes sarnane süsteem sellistele elanikkonnarühmadele nagu puudega inimesed, alla 3-aastased lapsed ja üle 70-aastased vanurid. Samalaadsed kindla määraga omaosalusmaksed võeti kasutusele 90% hüvitatavate ravimite puhul ning pisut kõrgema kindla määraga omaosalusmaksed 50% omaosalusmääraga ravimite puhul. Sellise süsteemi abil hoiti 1990. aastate alguses erasektori kulutused (sh patsiendi omaosalus) madalal ning tagati ravimite hea kättesaadavus.

Esimene reformide laine pani aluse toimivale tervisesüsteemile, luues

jätkusuutliku ja töötava tervishoiu rahastamise süsteemi, mis oli vältimatuks eeltingimuseks hilisemate reformide teostamisel. Ravikindlustussüsteem oli eluliselt tähtis laiema ja sügavama kindlustuskatte tagamiseks pärast nõukogude süsteemi kokkuvarisemist ning see toetas üldise sotsiaalkindlustussüsteemi loomist 1990. aastate alguses. Oluliseks muutuseks kindlustuskatte laiendamisel oli uue retseptiravimite hüvitamise süsteemi kasutuselevõtmine, mis tagas uusimate ravimite kättesaadavuse piiratud omaosalusega. Teiseks oluliseks muutuseks oli ostja ja teenuseosutaja rollide lahutamine, et luua läbipaistev lepingute süsteem ressursside efektiivsemaks kasutamiseks.

Kuigi esialgseid reforme võib pidada üsna edukateks, esines veel mitmeid süsteemi ohustavaid tegureid, nagu näiteks ravikindlustussüsteemis töötava personali kogemuste ja kohaliku koolituse puudumisest tulenev madal väljaõppe tase. Kuid ravikindlustussüsteem viidi ellu teiste oluliste sotsiaalsete, majanduslike ja poliitiliste muutuste kontekstis, sealhulgas äsja iseseisvunud riigi ülesehitamine ning demokraatia ja turumajanduse kehtestamine. Sellest tulenevalt oli kogu riik, mitte ainult uus ravikindlustussüsteem ja selles töötavad ametnikud, kaasatud omamoodi „töö käigus“ väljaõppe programmi. Paljud piirkondlikud haigekassad võtsid tööle direktorid väljastpoolt tervishoiusektorit. Võib väita, et see tõi omakorda tervishoiu rahastamise efektiivsust, jätkusuutlikkust ja uusi juhtimisstiile eelistava mõtteviisi kiiremini, kui seda oleks suudetud teha piirkonnas olemasolevaid meditsiiniharidusega tervishoiujuhte tervishoiuökonomika ja juhtimise alal ümber õpetades.

Sotsiaalministeerium loodi 1993. aasta alguses sotsiaal-, töö- ja tervishoiuministeeriumi ühendamiseks. Sellest tulenevalt tekkisid nii väljakutsed kui ka võimalused, näiteks võimaldas see kiiret arengut mitte üksnes tervishoiu, vaid ka rahvatervise valdkonnas, mille jaoks loodi eraldi osakond. Ravimisektori reguleerimiseks loodi 1993. aastal Sotsiaalministeeriumi allasutusena Ravimiamet (vaata 2. peatükk „Tervisesüsteemi ülesehitus“). Alates 1991. aastast Eesti Ravimikeskus ja hiljem loodud Ravimiamet loodi toodete ja apteekide registreerimise, litsentsimise ning muude ravimituruga seotud küsimuste koordineerimiseks ja kontrollimiseks. Arvukate ja mitmekesiste huvide tõttu võeti pärast kaks aastat kestnud arutelusid 1995. aasta lõpus vastu esimene ravimeid reguleeriv seadus.

7.2 1990. aastate keskpäik – pakkujate võrgustiku detsentraliseerimine modernse ja kvaliteetse arstiabi ning rahvatervise teenuste kättesaadavuse tagamiseks

Teenuseosutajate võrgustiku ümberkorraldamine tähistas reformide teise perioodi algust. Pärast ostja ja teenuseosutaja rolli lahutamist said tervishoiuteenuste pakkujad suurema autonoomia kui see oli olnud Semaško süsteemi ajal. Loodud paindlikkus võimaldas kasutada vajalikke stiimuleid teenuseosutajate võrgustiku ümberkorraldamiseks, et süsteem vastaks ootustele ja oleks efektiivne. Kui 1994. aastal jõustus esimene tervishoiuteenuste korraldamise seadus, siis delegeriti tervishoiu planeerimise funktsioon keskvalitsuse osatähtsuse hajutamiseks suurel määral omavalitsustele (vaata 4. peatükk „Korraldamine ja planeerimine”). 1990. aastate alguses tühistati tervishoiuteenuseid pakkuvad paralleelsüsteemid (välja arvatud üldarstiabi kaitseväes ning üldarstiabi ja osaliselt ka eriarstiabi vanglates). 1991. aastal loodi teenuseosutajate litsentsimise süsteem, mis oli haiglavõrgu mahu vähendamise oluliseks eeltingimuseks, et tagada ressursside efektiivsem kasutus ning kvaliteedi areng. 1994. aastal viidi läbi põhjalik haiglate ülevaatus ja nõuetele mittevastavad teenuseosutajad suleti. Samal perioodil anti haiglatele kõik tööandja õigused, sealhulgas personali värbamise ja vallandamise õigused. Kõik meditsiinitöötajad kaotasid oma avaliku teenistuja staatuse ning hakkasid 1992. aastast tööle eraõiguslikult reguleeritud töösuhete alusel. Samas ei olnud haiglaid puudutavad õigusaktid sätestanud järelevalvet ega ka aruandekohustust.

Perearstiabi reform algas paralleelselt haiglasektori ümberkorraldamisega. Perearstiabi reformi esimese sammuna seati ainsas arstiõpet pakkuv asutus ülikoolis – Tartu Ülikoolis – sisse perearstiabi kui meditsiinieriala (1993. aastal) ning hakati koolitama perearste ka residentuuris. Lisaks alustati 1991. aastal arstide ümberkoolitamist perearstideks. Tervishoiuteenuste korraldamise seaduses sätestatud perearstiabi põhiraamistikku püüti laiendada 1994. aastal selleks ettevalmistatud esmatasandi arstiabi seadusega, kuid viimane jäi vaid seaduseelnõuks ning reform aeglustus, kuna puudusid vajalikud stiimulid. Esmatasandi arstiabile anti selgem siht sotsiaalministri 1997. aasta määrus-

sega. Samal ajal muudeti kõigile ravikindlustuse olemasolust olenevate kättesaadavaks ka kiirabiteenused, tagades kogu elanikkonna juurdepääs riigieelarvest rahastatud kiirabiteenustele (erinevalt varasemast killustatud süsteemist, kus teenuseid rahastas kas haigekassa või riik). Peale selle paranes pidevalt teenuste kvaliteet, vaatamata personali väiksemale hulgale. Need saavutused aitasid kaasa tervise-sektori üldisele arengule.

Ravikindlustussüsteemis toimusid ka administratiivsed muudatused. Esimeste aastate kogemus näitas, et täielikult detsentraliseeritud ja koordineerimata haigekassade süsteem oli liiga killustunud. Puudus võimalus ressursse kesksesse fondidesse koondada ja riske maandada, mis aitas kaasa süvenevale ebavõrdsusele piirkondade vahel. Selleks et tegevdada keskseid funktsioone nagu planeerimine, tulude ümberjaotamine piirkondade vahel ning rahaliste vahendite juhtimine, loodi 1994. aastal Kesksaigekassa, millele allutati piirkondlikud haigekassad. Ravikindlusele kogutud tulu koondati kesksesse fondi ning jaotati elanikkonna arvu alusel piirkondadele. Piirkondlike haigekassade arv taandati 17ni, et tõsta ressursside kasutamise efektiivsust.

Paralleelselt Kesksaigekassa loomisega moodustati ravikindlustusnõukogu. Ravikindlustusnõukogu koosnes 15 liikmest, kelle nimetasid nõukogus esindatud organisatsioonid kolmeks aastaks. Ravikindlustusnõukogu täitis eeskätt nõuandvat rolli ning selle peamiseks ülesanneteks olid riigi ravikindlustuse eelarve kinnitamine ja ravi-teenuste hinnakirja kehtestamine. Ravikindlustusnõukogu moodustamisega ühel ajal muutusid piirkondlike ravikindlustusnõukogude ülesanded ning nad hakkasid täitma piirkondlike haigekassade juures nõuandja rolli (enne 1994. aastat oli neil täielik otsustusõigus). Vaatamata nõuandvale rollile oli neil märkimisväärne mõju lepingute sõlmimisele. Ravikindlustusnõukogu⁵ eksisteeris kuni 2001. aastani, kui võeti kasutusele uus ravikindlustuse korraldamise mudel koos oma nõukoguga, kus on esindatud riigi, kindlustatute ning tööandjate esindajad.

⁵ Üks Sotsiaalministeeriumi esindaja, üks Sotsiaalkindlustusameti esindaja, üks maakonnaarst, üks kohaliku omavalitsuse arst, üks tervishoiuteenuse osutaja esindaja, viis tööandjate liitude esindajat ning viis kindlustatud isikute liitude esindajat.

1990. aastate keskpaigas muutusid tingimused ravikindlustusega kaetuses: määratleti täpsemalt võrdsustatud elanikkonna rühmad, kellel oli kindlustus ilma ravikindlustusmaksu tasumata. Selle tulemusel jäi teatud osa tööealisest elanikkonnast kindlustamata. Muutuse ajendiks oli luua selged stiimulid ametlikul tööturul osalemiseks ning vähendada ümbrikupalga osatähtsust, mis oli tõsiseks mureks jätkuva erastamisprotsessi ning teiste suuremate majanduskeskkonna ümberkorralduste tõttu.

Ravikindlustusseaduse teine oluline muudatus oli see, et piirkondlike haigekassade otsustusõigust rahaliste vahendite kasutamisel piirati olemasolevate ressursidega. Varasematel aastatel, kui raha oli olemasolevate teenustega võrreldes suhteliselt palju, ei olnud nimetatud säte niivõrd oluline. Kuigi teenuseosutajate suutlikkus osutada piisavas mahu teenuseid oli sel perioodil problemaatiline, kardeti, et ravikindlustussüsteem ei suuda teenuseosutaja mahu suurenemise korral kõigi kulude katmisega toime tulla. Piirkondlike haigekassade juhid on seda põhimõtet järginud kesonhaigekassa järelevalve all, mis tagab tulude ja kulude tasakaalu. Vaid ühel korral, 1999. aastal, ületasid tegevuskulud saadud tulu ning puudujääk kaeti keskreservist. Tasakaalustatud eelarve põhimõtet järgiti peamiselt lähtuvalt kesonhaigekassa soovist näidata oma sõltumatust riigieelarest ning tõestada oma suutlikkust tervishoiusektoris autonoomselt tegutseda. Alates 1990. algusest oli Eesti üldine eelarvepoliitika jätkuvalt toetanud kõigi sektorite tasakaalustatud eelarvet. See on seotud rangete eeskirjadega ning üldise konservatiivse rahanduspoliitikaga, mis ei kiida heaks avaliku sektori puudujääki.

1995. aastal kehtestati patsiendi kindla määraga omaosalus üldarsti ja eriarsti visiititasudele; varem anti abi patsiendipoolse omaosaluseta. Fikseeritud omaosalus oli madal (5 krooni, 0,30 eurot) ning paljud elanikkonna rühmad olid sellest vabastatud. Kindla määraga omaosalus võeti kasutusele eelkõige selleks, et suurendada tervishoiust saadavaid tulusid ning suurendada efektiivsust tervishoiuteenuste kasutamisel, kaotades ebavajalikud visiidid. Kuid see otsus oli poliitiliselt tundlik, sest inimesed olid harjunud tasuta arstiabiga ja nii nende tahe kui ka suutlikkus arstiabi eest maksta oli piiratud. Nõukogude ajal levinud mitteametliku tasu vähendamise argumenti

poliitilistes aruteludes otsesõnu ei kasutatud. Pärast 1995. aastat suurenes elanikkonna omaosalus nii ravimikuludes omaosaluse protsendi tõstmisega kui ka teatavate Eesti Haigekassa kaetud tervishoiuteenustele kuludele ülemise piiri seadmisega. Omaosaluse osatähtsus ravimite puhul suurenes 1990. aastate keskel tagasihoidlikult, kuid kiirenes 1990. aastate lõpus ja käesoleval sajandil.

1995. aastal vastu võetud rahvatervise seaduses sätestatakse, et üldist vastutust tervisekaitse, tervise edendamise ja haiguste ennetamise eest kannab Sotsiaalministeerium, kuid seadus näeb ette ka maavanemate ja kohalike omavalitsuste üldise kohustuse tagada rahvatervisteenuste kättesaadavus oma piirkonna elanikele. 1995. aastast kehtivat seadust on uuendatud järk-järgult, et see vastaks vajadustele. Tervisekaitseinspeksiooni strateegiline fookus on nihkunud seaduse rakendamisel ja kontrollilt nakkushaiguste ja keskkonnategurite ennetuse, monitooringu, seire ja järelevalve suunas. Lisaks tehti 1990. aastate keskel jõupingutusi nõukogude ajal loodud sanitaar-epidemioloogiasüsteemi ümberkorraldamiseks ning selle rahvatervisele ja haiguste ennetamisele keskendamiseks.

Rahvatervise infrastruktuuri arendati edasi 1990. aastate keskel, kui tervise edenduse spetsialistid hakkasid tööle piirkondlikul tasandil. Tegevust toetas Eesti Haigekassa. Kuigi esimene rahvatervise riiklik programm oli olemas juba alates 1992. aastast (HIV/AIDSi ennetuse programm), algatati pärast õigusliku aluse loomist 1995. aastal ka täiendavaid programme mitmes valdkonnas (nagu näiteks laste ja noorte tervis; HIV/AIDSi ennetamine; alkoholi- ja narkootikumide tarvitamise ennetamine; tuberkuloosi ennetamine). Alates 1995. aastast hoogustus selline tegevus Eesti Haigekassa rahalisel toetusel, mis võimaldas mitmesuguste haiguste ennetustegevuste käivitamist, millele hiljem järgnesid tervise edenduse projektid.

Reformide loomise ja rakendamisega seotud probleemideks 1990. aastate keskel oli pigem ühise nägemuse ja poliitilise tahte puudumine, kui puudulik infrastruktuur või administratiivsed oskused. Näitena reformi eduks vajalikest tingimustest võib tuua perearstiabi rahastamis- ja reguleerimisskeemi kehtestamise 1997. aastal. Kuigi reform käivitati ministri määrustega, pidasid reformi vajalikuks sellised tähtsad sidusrühmad nagu Sotsiaalministeeriumi juhtivad isikud, Eesti Haigekassa,

maakonnaarstid, äsjakoolitatud perearstid ja Tartu Ülikooli arsti-teaduskond. Nende rühmade ühiste jõupingutuste tulemusena toimus reformi ettevalmistamine ja teostamine vaid üheksa kuu jooksul.

Rahvusvahelistel organisatsioonid ja kahepoolset finantstoetustel põhinevad projektid on täitnud olulist rolli tervisesüsteemi muutmisel. Eesti kogemuse põhjal võib öelda, et viljakas ja vastastikku kasulik koostöö rahvusvaheliste organisatsioonide ja ekspertidega saab tekkida üksnes siis, kui riigil on oma nägemus reformidest ja valmisolek nende elluviimiseks. Ainult siis on võimalik rahvusvahelist kogemust ja teadmisi tõhusalt kasutada. Alates 1990. aastate algusest on Eesti olnud avatud arvukatele ekspertidele ja mitmesugustele toetusvormidele (näiteks kahepoolne tugi ja regionaalsed koostööprojektid). Muu hulgas on tõhusa koostöö heaks näiteks WHO Euroopa regionaalbüroo toetus perearstiabi reformide üksikasjade väljatöötamisel, rahvatervise reformimisel ning rahvusvahelise võrdluse võimaldamisel.

1995.–1999. aasta Maailmapanga Eesti tervishoiuprojekti osa üldiste tervisesüsteemi reformide toetamisel on olnud oluline kolmel viisil. Esiteks ühendas projekt tervisesektori reformide ühtsesse raamistikku juba olemasolevad algatused ja tegevused, nagu ravikindlustuse loomine ja perearstide ümberõpe. See raamistik andis ülevaate ja võimaldas jälgida mitmeid reformikavasid ning luua tervisesüsteemi reformi jaoks eesmärgile suunatud juhtimis- ja vastutusstruktuuri Sotsiaalministeeriumis ning teistes reformi kavandamise ja rakendamise seotud asutustes. Teiseks aitas Maailmapanga laen tagada valitsuse tähelepanu ja toetuse tervisesüsteemi reformile ajal, mil poliitiline tahe reforme jätkata ei olnud eriti tugev. Kolmandaks aitas reformi üldraamistik kooskõlastada tegevust teiste doonoritega ja projektidega.

7.3 1990. aastate lõpp ja 21. sajandi algus – retsentraliseerimine tervisesüsteemis ja rollide selgitamine

1990. aastate alguses detsentraliseeriti tervisesüsteem munitsipaal- ja maakonnatasandile. Rakendatud reformide nõrkusteks oli spetsialistide vähenemine koolitus, puudulik aruandluskord ja suuniste puudus jätkusuutliku strateegia loomiseks. Ravikindlustussüsteemis oli 1994. aastal keskhaigekassa loomisega juba toimunud teatud retsentraliseerimine. Kuid oli ilmne, et tervishoiuteenuse osutajate võrgustiku ümberkujundamine vajab koordineerimist, kuna teenuseosutajatega seotud ülesannete planeerimine kohalike omavalitsuste tasandil ei andnud soovitud tulemusi. Kohalike teenuseosutajate huvide kaitsmine oli sageli tähtsam kogu süsteemi efektiivsusest ja vastutusest ning omavalitsustel kui haldusüksustel puudus vajalik tulubaas ja kompetents. Selleks ajaks oli selge, et mõni funktsioon tuleb retsentraliseerida ning kehtestada teenuseosutajate õiguslik staatus. Sotsiaalministeerium pidi võtma juhtrolli eriarstiabi teenuseosutajate planeerimisel ja esmatasandi planeerimine tsentraliseeriti kohalike omavalitsustelt maakonna tasandile (ning mõnes valdkonnas ka kesktasandile).

Kolmanda reformiperioodi oluline verstapost oli Eesti haiglavõrgu arengukava aastani 2015 (*Hospital Master Plan 2015*) koostamine. See oli vajalik, et anda selged eesmärgid haiglasectori reformi jätkamiseks, kuid tuleb märkida, et põhimõttelised muutused haiglate ümberkujundamisel olid arengukava vormistamise ajaks juba alanud.

1998. aastani osutati esmatasandi arstiabi peamiselt polikliinikutes, mis olid munitsipaalomandis ning üksikutes eraasutustes. 1998. aastal retsentraliseeriti osa esmatasandi arstiabi funktsioone omavalitsuse tasandilt maakonnatasandile. Perearstiabi reformide läbiviimiseks kehtestas Sotsiaalministeerium 1997. aastal uue perearstiabi määruse ja rahastamisskeemi, mille eesmärk oli tagada 2003. aastaks ühtne perearstiabi kogu elanikkonnale. Esmatasandi arstiabi kättesaadavust on peetud eriarstiabi tsentraliseerimise ja haiglavõrgu vähendamise oluliseks eeltingimuseks. Kõik, nii kindlustatud kui ka kindlustamata Eestis elavad isikud peavad ennast kandma konkreetse perearsti nimis-

tusse. Perearstide jaoks võeti kasutusele kombineeritud tasustamisviisid. Selleks et tõsta arstide motivatsiooni ümberõppeks ning tunnistusega perearstideks saamiseks, pakuti neile stiimuliks ligikaudu 1000 krooni (64 eurot) kuus.

Administratiivseid muudatusi oli juba toimunud ka ravikindlustussüsteemis. 1999. aastal pandi sotsiaalmaksu kogumise kohustus maksuametile, mis kannab ravikindlustuseks ettenähtud osa üle haigekassale. See andis haigekassale võimaluse keskenduda puulimisele ja ostmisfunktsiooni täitmisele. Aastate jooksul on ka maksude laekumine paranenud.

Alates 1990. aastate algusest toimunud Eesti õigussüsteemi arendamise käigus muutus haigekassade õiguslik staatus häguseks: ühed omadused olid sarnased riiklikele sõltumatutele juriidiliste isikutele ning teised Sotsiaalministeeriumi allasutustele. Eesti Haigekassa kui iseseisva avalik-õigusliku ning seitsme piirkondliku osakonnaga juriidilise isiku moodustamisega 2001. aastal muutis selgemaks nii kesk- ja piirkondlike osakondade roll, Eesti Haigekassa seos Sotsiaalministeeriumiga kui ka haigekassa nõukogu roll. 2002. aasta ravikindlustuse seadus reguleeris täpsemalt kõiki ravikindlustussüsteemi aspekte, sealhulgas kindlustustingimusi, hüvitisi, hüvitatavate tervishoiuteenuste ja ravimite loetelusid koos hüvitamise määradega, kindlustatute maksimaalseid omaosaluse määrasid ning Eesti Haigekassa ja teenuseosutajate vahelisi lepingulisi suhteid. 2003. aastal ühendati tsentraliseerimisprotsessi loomuliku osana seitse piirkondlikku osakonda neljaks osakonnaks, millest igaüks hõlmas 200 000–500 000 kindlustatud isikut.

Samal ajal määratleti täpsemalt teenuseosutajate õiguslik staatus, millega selgitati ka suhteid ostja ja teenuseosutaja vahel. Alates 2002. aastast tegutsevad kõik haiglad eraõiguse alusel kas aktsiaseltside või sihtasutustena. See tervishoiuteenuste korraldamise seaduses sätestatud nõue ei toonud küll olulist muutust võrreldes varasema suunaga, vaid oli pigem tegelikul olukorral põhinev hilinenud õigusakt. Haiglad on olnud oma tegevuses autonoomsed 1990. aastate algusest, neil on täielik juhtimise ja otsustamise õigus personaliküsimustes, seadmete ostmisel ja rahaliste kohustuste võtmisel ning tegelikult ka täielik vastutus kasumi ja kahjumi eest. Nõue haiglate

määratlemiseks aktsiaseltsi või sihtasutusena sätestas haiglajuhtide õiguste ja kohustuste selge seadusandliku raamistiku. Eesti haiglasektoris on valdavalt avaliku sektori haiglad. Enamik haiglaid kuulub riigile (asutaja on riik), kohalikele omavalitsustele või avalik-õiguslikele juriidilistele isikutele (näiteks Tartu Ülikool). Paljudel juhtudel on haiglal mitu omanikku, näiteks on mitmel kohalikul omavalitsusel ühine haigla või on haigla omanikuks nii riik kui ka omavalitsus. Mitu omanikku võib teoreetiliselt haiglale kasulik olla, kuna see laiendab haigla tulubaasi, kuid analüüs on näidanud, et tegelikkuses võib see vähendada omanike motivatsiooni vastutada haigla tegevuse eest (Fidler *et al.*, 2007).

Kui esimese reformidelaine algatajateks olid arstid, siis 1990. aastate keskpaigas ja lõpus efektiivsuse suurendamise ja avalike huvide kaitsmiseks tehtud jõupingutuste eestvedajaks oli Sotsiaalministeerium. Teenuseosutajate mõju reformide sihtidele vähenes tõenäoliselt ka seetõttu, et alates 1993. aastast lakkas olemast eraldi tervishoiuministeerium. Uueks suunaks oli 2003. aastal moodustatud abiministri ametikoht, mille kaudu poliitiline arstide esindaja täitis lisaks oma juhtrolli ministeeriumis. Alates 2007. aastast ei ole määratud ühtegi abiministrit, kuid sellele vaatamata on tervishoiusektor tugevdanud oma esindatust asjaoluga, et kantsleri ametikohal oli arst, ning suurenenud on tervisesektori taustaga nõunike arv.

Tuleb märkida, et põhilised tervishoiureformi suunavad õigusaktid pärast 1992. aastat on vastu võetud ja rakendatud perioodil, kui sotsiaalminister ei olnud arstiharidusega. Eesti Arstide Liit, Eesti Haiglate Liit ja Eesti Perearstide Selts on osalenud reformide ettevalmistamisega seotud läbirääkimistel ministeeriumi partneritena, kuid ministeerium on reformi ettevalmistamisse kaasanud ka muid sidusrühmi ja huvigruppe, määrates nende esindajad töörühmadesse või kaasates nad konsultatsioonidesse eelnõu koostamise ajal.

Haigekassa roll tervisesüsteemi reforme käsitlevate ettepanekute tegemisel ja reformide ettevalmistamisel suurenes alates 1990. aastate keskpaigast. Tõenäoliselt tundis ravikindlustussüsteem kõige teravamalt igapäevast survet säilitada tervishoiuteenuste kättesaadavus piiratud vahendite tingimustes ning samal ajal üritada tasakaalustada suurenevat nõudlust uute tervishoiuteenuste ja ravimite järele ning

samal ajal toime tulla nõudmisega tõsta tervishoiutöötajate palku. See sundis Eesti Haigekassat tegema ettepanekuid teenuseosutajate tasustamisega seotud reformideks ja töötama nende ettevalmistamisega, kaasa arvatud diagnoosipõhise tasustamise (DRGd) rakendamise või tasustamisviise esmatasandil, et toetada üldist tervishoiu arengut. Samal ajal pakuti ka organisatoorseid muudatusi, et suurendada haigekassa võimet ja jõudu teenuseid osta.

Tervisesektori reformide kolmanda laine iseloomulikuks jooneks on olnud tervishoiu rahastamist, tervishoiuteenuse osutajaid ja ravimeid reguleeriva üldise raamistiku ümberkorraldamine. Ajavahemikul 1997–1999 kehtestati mitu täiendavat seadust (vaata jaotis 4.1 „Korraldamine”), millega reguleeriti selliseid valdkondi nagu psühhiaatriline abi, kunstlik viljastamine ja embrüokaitse, raseduse katkestamine ja steriliseerimine, ning tervishoid ja tööohutus. Nagu varem mainitud, kehtestati haigekassa seadus ja ravikindlustuse seadus käesoleva sajandi alguses ning tervishoiuteenuste korraldamise seadus võeti samuti vastu selleks, et teenuseosutajate rolli ja kohustusi täpsemalt määratleda. Kolmnurga ostja-teenuseosutaja-patsient kolmas tugisammas kehtestati 2002. aastal jõustunud võlaõigusseadusega, mille eesmärk on reguleerida kõigi sektorite, sealhulgas tervisesektori lepingulisi suhteid.

Ravikindlustusega hõlmatus muutus, kui muudeti ravikindlustuse omamise kriteeriume: mõni elanikkonnarühm jäi kindlustuseta. Kuna samal ajal on tööhõive suurenenud, pole kindlustamata elanikkonna osa siiski kasvanud. Kolmandat perioodi iseloomustab ka elanikkonna omaosaluse kasvav osatähtsus ravimite eest tasumisel, mis tuleneb avalike vahendite kulude ohjamiseks kasutatud meetmetest. Lisaks sellele on omaosalus kasvanud täiskasvanute hambaravis, mis jäeti välja ravikindlustuse hüvitistepaketist ning asendati madala iga-aastase rahalise hüvitisega (et katta kaudselt iga-aastase ennetava visiidi kulud). Lisaks kehtestati patsiendi omaosaluse ülempiir eriarsti visiitidele ja haiglapäevadele, samal ajal on perearstivisiidid kindlustatud isikutele tasuta. Ravikindlustuseta isikud peavad tasuma kõik kulud oma taskust, välja arvatud vältimatu abi kulud.

Alates 1990. aastate keskpaigast on Euroopa Liiduga ühinemise protsess mõjutanud poliitilisi ja arenguprioriteete nii tervishoius kui ka kõigis muudes sektorites. Õigusaktide ja protseduuride ühtlustamine Euroopa Liidu õigusaktide ja reeglitega sai esmatahtsaks kogu seadusandluses, juhtides aina enam tähelepanu rahvatervisele ja töötervishoiule ning tööohutuse teemadele. Samal ajal kulges tervisesüsteemi areng riiklikult määratud rada pidi.

7.4 Praegused muutused, tulevikusuunad ja väljakutsed

Põhilised muudatused toimiva tervisesüsteemi ülesehitamiseks Eestis toimusid reformi varajases staadiumis 1990. aastate alguses. Järgnevatel aastatel toimunud korralduslikud muutused olid mõeldud rahvatervise, esmatasandi arstiabi ja haiglasektori reformide toetamiseks ning Eesti Haigekassa teenusteostja rolli tugevdamiseks. Käesoleva ülevaate koostamise ajaks on tähelepanu nihkunud tervisesüsteemi kui terviku toimivuse mõõtmisele ja selle parendamisele.

Üheks jätkuvaks aruteluteemaks on tervishoiule tehtud kulutuste madal tase SKT suhtes, kuigi kiire majanduskasvu tõttu on rahalise vahendite hulk ajavahemikul 2003–2007 oluliselt suurenenud. Pike-mas perspektiivis on küsimus tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkuses, kuna vananeva elanikkonna eest hoolitsemine ja krooniliste haiguste leviku suurenemine neelab rohkem tervishoiuressursse. Avalikest vahenditest rahastamise parandamise üks võimalus on ravikindlustuse tulubaasi laiendamine (lisaks palgale ka muude tulude maksustamine). Teine võimalus on veenda kohalikke omavalitsusi omapoolset rahastamist suurendama, lisades nende kohustuste hulka näiteks tervishoiuteenuste osutamise kindlustamata isikutele. Neid ja teisi võimalusi on viimastel aastatel mitmel korral arutatud, kuid otsuseid pole seni tehtud, sest alternatiivid nõuavad selget poliitilist vastutust ja märkimisväärset vahendite ümberjaotamist. 2006. aastal otsustati suurendada riigi osalusmäära kindla rühma eest tasumisel, mis suurendab eelarvet vähem kui 2% võrra ning avaldab mõju vaid 4% kindlustatud isikute osas. Samal ajal on oluline, et täiendavaid vahendeid otsides tuleb vältida ravikindlustuse ja tervishoiu rahastamise killustamist.

Veel üks arutlusel olev teema puudutab eraallikatest täiendavate vahendite leidmist kas erakindlustusele soodsamate tingimuste andmisega või inimeste omaosaluse tõstmisega. Omaosaluse suurendamise põhjuseks on püüd ohjata kulusid avalikest vahenditest makrotasandil ja ka ratsionaliseerida tervishoiuteenuste ja ravimite kasutamist. Seega tuleks hinnata kasvava omaosaluse mõju erinevatele sotsiaalsetele rahvastikurühmadele, eriti arvestades viimaste uuringute tulemusi, mis näitavad, et juba praegu on ravimite kättesaadavus piiratud.

2003. aasta reformide tulemusi iseloomustab hüvitatavate ravimite positiivne loetelu, piirhinnasüsteemi kasutuselevõtt ning hinnakokkulepete tegemine retseptiravimitele. See on ravimite kasutamist mõjutanud mitmel viisil. Ühest küljest on avalike vahendite kulusid ohjatud ning lisaks on täheldatud suurema valiku ravimite olemasolu. Kuid teisest küljest on järk-järgult kasvanud patsiendi omaosalus, mis tõstatab küsimusi, kuidas reformiga edasi minna. Kaaluda võiks suunatud erandite kehtestamist, eriti krooniliste haigustega inimeste puhul. Peale selle on arutatud pakkujaid mõjutavaid meetmeid, nagu väljakirjutatavatele ravimite eelarve kasutuselevõtt, tagasiside retsepte väljastavatele arstidele ning koolitusprogrammid ratsionaalsest ravimikasutusest ja väljakirjutamisest. Sellele vaatamata on kulutused ravimitele igal aastal kasvanud, kuna puudub kindel soov kulusid ohjata.

Kõrge omaosalus avaldab suurt mõju kindlustamata isikutele. Käesoleva ülevaate koostamise ajaks on tööelise elanikkonna kindlustustingimused selgelt seotud tööturupoliitikaga. Ravikindlustuses nähakse motivatsioonivahendit töö hankimiseks ametlikul tööturul, kus palgast peetakse kinni kehtestatud maksud. 2007. aastal kehtestatud muudatused annavad lisaks stiimuleid aktiivselt tööturul osalejatele. Selle seose muutmine lähitulevikus on ebatõenäoline, mis takistab liikumist kogu elanikkonnale tagatud kindlustuskaitse suunas. Sellele vaatamata peetakse 2008. aastal kõnelusi esmatasandi arstiabi teenuste pakkumist praegu kindlustamata isikutele, kuid kaalumisel on mitmeid võimalusi selle eesmärgi realiseerimiseks.

Tervisesüsteemi rahastatakse avalikest vahenditest ja viimastel aastatel on suurenenud olemasolevate ressursside hulk. Viimased arengud

hõlmavad teatud teenuste sihtfinantseerimist lähtuvalt valitsuse poliitikast (nt kunstliku viljastamise toetamine) või investeeringud infrastruktuuri parandamiseks (haiglavõrgu kapitalikulutuste katmine ELi struktuurifondidest). Lisaks on rohkem avalikke vahendeid suunatud rahvatervise programmide rakendamisse (näiteks Eesti HIV/AIDS ennetamise strateegia kiiresti kasvav eelarve) või uute initsiatiivide loomiseks (näiteks südame- ja veresoonehaiguste riiklik ennetamise strateegia 2005. aastal ning vähistrateegia 2007. aastal). Need rahvatervisega seotud vahendid, millest enamikku viib ellu 2003. aastal loodud Tervise Arengu Instituut, on suurendanud nii üksikisikule kui ka kogu elanikkonnale suunatud rahvatervise teenuste hulka. Nende strateegiate vastuvõtmisest alates on kasvanud üldine terviseteadlikkus ning samal ajal ka maakonna- ja kohaliku omavalitsuse tasandil töötavate rahvatervise spetsialistide arv. Kuid juba on tekkinud ka uued väljakutsed, nagu näiteks rahvatervise spetsialistide ja teenuseosutajate (sh mittetulundusühingute) vähesus, madal aruandekohustuse tase ning vajadus parema koordineerimise järele tervise sektori ja teiste sektorite, näiteks sotsiaalteenuste vahel.

Viimastel aastatel on Sotsiaalministeerium eelistanud üldpoliitilistele avaldustele pigem selgete volituste ja rahaliste raamidega strateegiate ja programmide arendamist kitsamates tervishoiu- või rahvatervise valdkondades, konsultatsiooniprotsessi avardamist, suuremat läbi-paistvust ja aruandlust. Strateegiate loomise ettevalmistusprotsess põhineb taustakirjeldustel ja teistel dokumentidel ning konsultatsioonidel, kusjuures paljud rahvatervise strateegiad kasutavad sektoritevahelist lähenemist. Viimastel aastatel on selle tulemuseks olnud mitme strateegia koostamine, sealhulgas südame- ja veresoonehaiguste ennetamise strateegia 2005. aastal (ja hilisem uuendamine), HIV ennetamise strateegia 2006. aastal, vähi ennetamise strateegia 2007. aastal ning TB ennetusprogrammi uuendamine 2008. aastal. Kõigil nimetatud strateegiatel on pikaajaline visioon ja eesmärgid, nelja-aastane tegevusraamistik ja üheaastased tegevuskavad, kusjuures viimased kaks vaadatakse läbi igal aastal. See protsess on kooskõlas valitsuse üldise strateegilise planeerimisega ja tagab tervisevaldkonna strateegiate sihispärase elluviimise.

Rahvatervise valdkonnas võib alates 1990. aastatest suuremaid saavutusi märgata sellistes valdkondades nagu tubakatarbimise piiramine. Eesti ühines WHO tubaka tarbimise leviku vähendamise raamkonventsiooniga ning uuendas siseriiklikke õigusakte ja ühtlustas neid ELi õigusaktidega. Näiteks kehtestati 2007. aasta juunis avalikes kohtades suitsetamise keeld. Tõhusate meetmete kehtestamine alkoholi müügi ja reklaami kontrollimiseks viimastel aastatel on ebaõnnestunud ja põhjustanud olukorra, kus suurenenud alkoholitarbimine on muutunud üheks riigi peamistest terviseriskidest. Peale selle kujutab 21. sajandi algusest HIV/AIDSi epideemia väljakutset kogu tervisesüsteemile nii ennetustegevuses kui ka ravis (üksikasjalikuma teabe saamiseks vaata jaotist 1.4 „Tervisenäitajad”).

Tervishoiuteenuste ostmise ja tasustamisviiside valdkonnas on läbi viidud mitmeid reforme. Alates 2006. aastast on haiglatega sõlmitud lepingute ülempiir avatud, kuid teenuste mahu ületamisel lepatakse kokku madalam ravijuhu hind (erinevalt varem kasutatud piiritletud lepingutest). Lisaks loob 2004. aastal kasutusele võetud DRG-põhine tasustamissüsteem eeldatavasti haiglatele täiendava stiimuli. Haiguste ennetamise ja krooniliste haiguste ravikorralduse juhtimise parandamiseks rakendati perearstiabis 2006. aastast tulemustasu süsteem ning 2008. aastast on kavandatud sellele lisada stiimul töölase enesetäiendamise parandamiseks. Eelmistel aastatel on jätkunud arutelud, kuidas motiveerida edasist kvaliteedi parendamist haiglates (õppides ka viimastest arengutest esmatasandi arstiabis). Hinnakujunduse osas on paranenud tervishoiuteenuste loetelu koostamise läbipaistvus ning tegevuspõhine kuluarvestus. Viimast valmistati ette alates 2003. aastast ja on rakendatud tervishoiuteenuste loetelu koostamiseks alates 2006. aastast.

Teenuste kättesaadavuse osas on peamiseks väljakutseks vajadus kogu süsteemi optimeerida. Praeguse süsteemi tugevus seisneb perearstiabikeskses esmatasandi arstiabis. See sisaldab endas laia teenustevalikut, kus omaosalus puudub ning kus on lühikesed ooteajad. Seda täiendab kiirabiteenuste osutamine väljaspool tööaega, mis nüüd moodustab veerandi kõigist visiitidest. Kiirabiteenuse liigset kasutamist võib käsitleda nõrkusena teenuste pakkumise süsteemis, kuna paljud „visiidid” osutuvad perearsti poolt ravitavateks või on lihtsalt olulised

transpordiks. Selle olukorra muutmine oli 2005. aasta lõpus avatud ööpäev ringi töötava perearsti-infotelefoni loomise üks põhjuseid. Infotelefon kogus kiiresti populaarsust ning selle tulemusena täheldati kiirabiteenuse kasutamise vähenemist.

Üheks väljakutseks on teenuste pakkumise muutmine patsiendikesksemaks ning esmatasandi arstiabi koordineeriva rolli suurendamine koos täiendavate õendus- ja rehabilitatsiooniteenuste väljatöötamisega. Praegused reformid toetavad esmatasandi arstiabi teenuste ulatuse laiendamist, loodud on võimalused osutada iseseisvaid õendus-teenuseid ja antud stiimuleid esmatasandile. Edasine esmatasandi laienemine võimaldaks ressursside tõhusamat kasutamist ning tagaks tervishoiuteenuste parema kvaliteedi ja kättesaadavuse. Teiseks väljakutseks on arstiabi pakkumise järjepidevus: ambulatoorse ravi ja kõrge kvaliteediga haiglateenuste toomine patsientidele lähemale ilma pikkade järjekordadeta. Kõik see sõltub tervishoiutöötajate, eriti õdede olemasolust, kes on mitme aasta vältel siirdunud kas naaberriikidesse või eelistanud tööd väljaspool tervishoiusektorit.

Euroopa Liiduga ühinemise käigus viidi tervishoiutöötajate koolitus vastavusse ELi õigusaktidega. Sellest ajast alates on tervishoiutöötajate vananemisest ja migratsioonist tekkinud puudusega toimetulekuks kokku lepitud suuremas koolidesse sisseastujate arvus. Lisaks on toimunud olulisi muudatusi tervishoiutöötajaid koolitavate õppeasutuste infrastruktuuris ning õdede, ämmaemandate ja teiste spetsialistide õppekavades. Kuigi need muutused on suurendanud tervishoiutöötajate arvu ja parandanud kvaliteeti, on tervishoiuasutustes töötavatest spetsialistidest jätkuvalt puudus. Sellest lähtuvalt on peetud kõrgetasemelisi palgaläbirääkimisi, eesmärgiga vähendada arstide ja õdede siirdumist teistesse riikidesse, piirata personali ära-voolu tervisesektorist ning parandada töötajate üldist motivatsiooni. See on viimastel aastatel viinud tervishoiutöötajate töötasu märkimisväärse kasvuni, näiteks teenivad arstid keskmiselt nüüd kuni kahekordse riigi keskmise palga (vaata jaotis 5.2 „Inimressursid”).

Haiglate omandivormi ja juhtimisstruktuuri alused pandi paika 2001. aastal ning sellest alates on kasutusel kahetasandiline juhtimismudel, mis koosneb juhatausest ja nõukogust. Viimasel ajal on rohkem arut-

letud vajaduse üle parandada kehtivas süsteemis vastutust, aruandluskohustust, läbipaistvust ja üldist head valitsemistava. Üheks heaks näiteks selles valdkonnas alates 2006. aastast on nõue haiglate eelarve avalikustamiseks ja aastaaruannete avaldamine. Kuid see valdkond vajab siiski suuremat tähelepanu seoses nõukogu ja juhatuse kompetentsi ja kogemustega. Lisaks on võimalik suurendada haiglasectori tulemuslikkust, parandades juhatuse ja nõukogu vahelist suhtlemist ning määratledes selgesõnaliselt nende ülesanded. Esmatasandi arstiabis püüti 2007. aasta muudatustega laiendada omandiõigusi ka kohalikele omavalitsustele, suurendades nii avalike sektori rolli. Käesoleva ülevaate koostamise ajal on siiski veel vara sellest tulenevaid muutusi hinnata.

Õigusakte on viimastel aastatel uuendatud (näiteks ravimiseadus ning nakkushaiguste ennetamise ja tõrje seadus). Võrreldes sajandi alguses läbiviiduga on need olnud väikesed muutused. Lisaks on paljud seadused viidud vastavusse Euroopa Liidu õigusaktidega. Mõned muutused on toimunud ka seoses Sotsiaalministeeriumi struktuuri ja ministeeriumi allasutustega. Esiteks moodustati 2003. aastal kolme institutsiooni liitmisel Tervise Arengu Instituut, mis koordineerib mitmeid rahvatervise tegevusi. Teiseks loodi 2002. aastal teenuseosutajatele ja tervishoiutöötajatele tegevuslubade andmiseks Tervishoiuamet. Need muutused toovad välja viimastel aastatel esinenud suundumuse, kus Sotsiaalministeeriumi volitusi delegeeritakse selle allasutustele ning samaaegselt vähendatakse asutuste arvu (vaata 2. peatükk „Tervisesüsteemi ülesehitus”).

Viimastel aastatel on tervisesektoris vastutuse ja läbipaistvuse suurendamiseks kasutatud eesmärkide seadmist ja aruandlust. Eesmärkide seadmine ja tegevuse tulemuslikkuse mõõtmine on rakendatud mitme strateegia ja programmi puhul (näiteks HIV/AIDSi ennetamise strateegia ja selle iga-aastane aruandlus). Sarnast suundumust on täheldatud mitme organisatsiooni juures, näiteks on avalikkusele kättesaadavad Eesti Haigekassa üksikasjalikud aastaaruanded. Lisaks sellele on nii avalikud kui ka rahvusvahelised organisatsioonid viimastel aastatel hinnanud tervisesüsteemi (ja selle eri komponentide) toimivust. Siiski on väljakutseks see, kuidas muuta seire- ja hindamistulemused efektiivseteks tegevusteks, millega tervisesüsteemi tulemuslikkust parandada.

Valitsuse esimene ametlikult kinnitatud riiklik tervishoiupoliitika dokument pärineb 1995. aasta märtsist. Selles kirjeldatakse riigi peamisi tervishoiuprobleeme, kuid ei seata konkreetseid eesmärke probleemide lahendamiseks. Sellegipoolest on nii dokumendi toon kui ka eesmärk üsna inspireeriv. Aastatel 1997–2006 töötasid Sotsiaalministeeriumi ametnikud, sidusrühmad ja partnerid välja mitmeid tervisepoliitika dokumente, kuid ükski neist ei avaldanud mõju valitsuse tasandil toimuvale arutelule. Osaliselt on selle põhjuseks muutused valitsuses ja uute võimukandjate soov algatada oma uue poliitika väljatöötamist. Samas olid paljud koostatud dokumendid selge visiooniga ning mõjutasid oluliste reformide algatamist, asutuste tegevuskavasid ning uue seaduste väljatöötamist. Seetõttu võib tervisepoliitika arengut vaadelda olulise protsessina, mis oli osaks poliitiliste küsimuste arutelule. Samas tuleb märkida, et need dokumendid valmistati sageli ette väikese rühma ekspertide poolt. See muutus 2006. aastal, kui valitsus kinnitas poliitilise alusdokumendi („Investeering tervisesse”) ning andis Sotsiaalministeeriumile volitused riikliku tervisepoliitika koostamiseks aastateks 2008–2020. Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 põhineb paljudel konsultatsioonidel ja mitmesugustel rahvusvahelistel kokkulepetel ning selles sätestatakse Eesti tervisesüsteemi visioon (sealhulgas rahvatervis ja tervishoid, kuid ka teised teemad, näiteks keskkond). 2008. aasta alguses oli nimetatud protsess poolel teel ning dokumendi osas ei olnud veel poliitilist konsensust saavutanud.⁶ Tervisepoliitika dokumendi mõju tulevastele reformidele ja rahvastiku tervise paranemisele on veel vara hinnata.

⁶ Vabariigi Valitsus kinnitas arengukava 17. juuli 2008. a korraldusega nr 325.

8 Hinnang tervisesüsteemile

Käesolevas peatükis püütakse hinnata, kui edukalt on Eesti tervisesüsteem saavutanud talle seatud eesmärgid. Siinkohal ei ole siiski eesmärgiks üle korrata kõiki eelnevates peatükkides kirjeldatud üksikasju, mis on vajalikud vastava valdkonna toimuvuse hindamiseks. Eesti tervisesüsteemi toimivus ning selle hindamine on olnud oluliseks teemaks alates 2000. aastate algusest ning nii kohalikud uurijad kui ka rahvusvahelised organisatsioonid on avaldanud arvukalt sellekohaseid aruandeid (näiteks tervishoiu rahastamine, perearstiabi ja esmatasandi tervishoid, haiglasektor, rahvatervise teenused, kvaliteet tervisesüsteemis, inimressursid). Nendes aruannetes hinnatakse süsteemi tulemuslikkuse hetketaset ning tehakse ettepanekud edasisteks võimalusteks olukorra parandamiseks, mille kokkuvõte on toodud vastavates peatükkides.

8.1 Püstitatud eesmärgid tervisesüsteemis

Eesti tervisesüsteemi ja 1990. aastatel toimunud reformide eesmärgid ei ole alati selgelt sõnastatud. 1990. aastate alguse reformide laiem eesmärk oli tagada tervishoiu stabiilne rahastamine märgistatud tulu baasi abil, tõsta ravi kvaliteeti (sh jõuda järele Lääne-Euroopas kasutatavale tehnoloogiale ja ravimitele) ning pakkuda tervisesüsteemis patsientidele suuremat valikuvabadust. Piiratud vahendite tõttu sai 1990. aastate lõpupoole ellu viidud reformide laiemaks eesmärgiks tervisesüsteemi efektiivsuse suurendamine. See oli ka põhjuseks perearstikeskuse esmatasandi loomisele, haiglasektori ümberkujundamisele ning uute teenuseosutajate tasustamisviiside rakendamisele ja soodus-

ravimite hüvitamise korra reformimisele (vaata 7. peatükk „Peamised reformid tervisesüsteemis”).

Viimastel aastatel on valitsus kinnitanud mitu kõrgetasemelist strateegiadokumenti, milles seatakse tervisesektorile mitmeid eesmärke. Esiteks sätestatakse 2007. aasta märtsis pärast korraldusi Riigikogu valimisi võimule tulnud valitsuse tegevusprogrammis (s.t koalitsioonileppes), et valitsuse põhieesmärk on saavutada Eesti rahvastiku positiivne iive sündimuse kasvu, keskmise eluea pikendamise ja elukvaliteedi tõstmise teel. Koalitsioonivalitsus on määranud ka mitu valdkonda muutusteks. Lisaks koalitsioonileppele sätestatakse selged tervisealased eesmärgid (nagu eeldatav tervelt elatud eluiga, finantskaitse ja ravikindlustusega kaetus, pikaajaline rahastamise jätkusuutlikkus, ootustele vastavus ja rahulolu ning konkreetsed haiguskesksed eesmärgid) Lissaboni strateegia rakendamiseks koostatud Eesti majanduskasvu ja tööhõive tegevuskavas, riiklikus struktuuri vahendite kasutamise strateegias ja nelja-aastases riigieelarvestrateegias.

Käesoleva ülevaate koostamise ajal 2008. aastal valmistas Sotsiaalministeerium ette rahvastiku tervise arengukava aastateks 2009–2020, millest peaks saama tervisesüsteemi katusstrateegia ja poliitika. Selle eesmärk on suunata tervisesüsteemi edasist arengut rahvatervise ja tervishoiu integreerituma toimimise kaudu ning ühtlasi soodustada printsiibi „tervis kõigis poliitikavaldkondades” elluviimist. Lisaks on konkreetsetes tervisevaldkonna strateegiates, nagu näiteks riiklik HIV/AIDSi strateegia aastateks 2006–2015 ja südame- ja veresoonehaiguste ennetamise riiklik strateegia 2005–2020, välja toodud mõeldavad eesmärgid. Need tervisevaldkonna strateegiad näevad ühe osana kohustust mõõta tulemusi ning anda sellest huvigruppidele ning seotud osapooltele aru, et seeläbi suurendada läbipaistvust.

Tervisevaldkonna eesmärgid kajastuvad kesksete asutuste, s.o Sotsiaalministeeriumi ja Eesti Haigekassa missioonis ja arengukavades. Ministeeriumi missioon on tulenevalt tema vastutusvaldkonnast väga lai: ministeeriumi ülesandeks on seatud Eesti riigis sellise elukeskkonna kujundamine, kus inimestel on võrdsed võimalused inimväärseks eluks (Sotsiaalministeerium, 2008b). See hõlmab ka mitmeid tervishoiualaseid eesmärke, nagu näiteks oodatava kesk-

mise eluea tõstmine (samuti meeste ja naiste oodatava keskmise eluea vahe vähendamine), kvaliteetsete eluaastate (kvaliteedile kohandatud eluaastad, QALY) suurendamine, HIVi nakatumise vähendamine, elanikkonna rahulolu tagamine tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kättesaadavusega. Need eesmärgid tuleks saavutada 2011. aastaks ning et neid ellu viia, on välja töötatud mitmeid meetmeid (Sotsiaalministeerium, 2007).

Ravikindlustuse põhimõtted ja eesmärgid sätestatakse õigusaktidega. Need hõlmavad solidaarsust ja patsientide piiratud omaosalust tervishoiukulude katmisel, tervishoiuteenuste vajadustele vastavat osutamist, võrdset tervishoiuteenuste kättesaadavust sõltumata inimese elukohast ning rahaliste vahendite efektiivset ja eesmärgipärast kasutamist. Nende eesmärkide saavutamiseks on Eesti Haigekassa nõukogu poolt kinnitatud nelja-aastases arengukavas välja toodud konkreetsed arendustegevused, mille hulka kuuluvad kättesaadavuse ja kvaliteedi tagamine (näiteks kliiniliste ravijuhendite ja lepinguprotsessi arendamise abil), organisatsiooni arendamine ja kliendi-teenindus (Habicht, 2008).

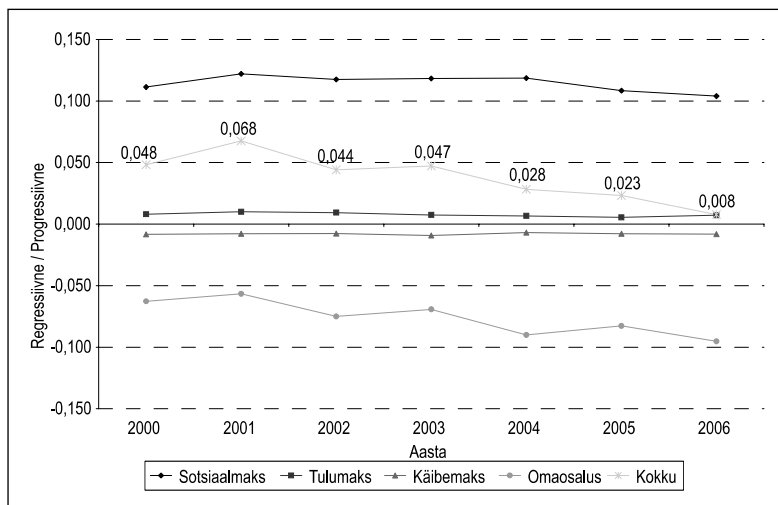
On üsna ilmne, et eri dokumentide eesmärkides esineb mõningaid vasturääkivusi. Siiski kasutatakse neid tervisevaldkonnas suunanäitajatena, mille täitmise eest kõik osapooled vastutavad ning aru annavad. Lisaks tuleb märkida, et kui eelmise sajandil piirdusid tervist ja tervishoidu puudutavad eesmärgid valdkonnasiseste dokumentidega, siis käesoleval sajandil on need välja toodud mitmetes valdkonnaülestes ning teiste valdkondade strateegiadokumentides ning arengukavades.

8.2 Tervisesüsteemi kulude ja hüvitiste jaotus elanikkonnas (õiglus tervishoiu rahastamises ning teenuste ja ressursside jaotus rahvastikus)

Tervishoidu rahastatakse põhiliselt avaliku sektori vahendite kaudu: riik katab ligikaudu kolm neljandikku tervishoiu kogukuludest. Avaliku sektori vahendid tervishoiu rahastamiseks on valdavalt pärit ravikindlustusest (ligi kaks kolmandikku tervishoiu kogukuludest), mille tulud moodustuvad peamiselt töötasudelt makstavatest sihtotstarbelistest maksudest (13% palgast; vaata täpsemalt 3. peatükk „Rahastamine”). Vanem põlvkond annab samuti oma kaudse panuse riigieelarvesse, mille tulud moodustuvad muu hulgas käibemaksust ja maamaksust. Siiski on tänane tervishoiu rahastamise korraldus, võttes arvesse (kuni 2008. aastani küll positiivset) tööturu olukorda ja elanikkonna vananemisest tingitud võimalikke tagasilööke, tekitanud küsimusi süsteemi pikaajalise jätkusuutlikkuse kohta ning on mõistetud vajadust tulevikus mitmekesistada tervishoiu rahastamise tulubaasi (Couffinhal ja Habicht, 2005; Vörk *et al.*, 2005).

Tõsiasi, et tervisesüsteemi rahastatakse peamiselt palgalt arvestatud märgistatud maksudest, annab alust arvata, et see üldjoontes aitab tagada rahastamissüsteemi õiglust. Töötasul põhinev maks tagab tervishoiuresursside ümberjaotamise suurema sissetulekuga rühmadelt madalama sissetulekuga rühmadele ning tervematelt haigematele. Samuti toimub märkimisväärne ressursside ümberjaotamine ravikindlustussüsteemi sees, kuna ravikindlustusmaksu tasuvad kindlustatud isikud (54% kõigist kindlustatutest) katavad laste, pensionäride ja teiste võrdsustatud rühmade tervishoiu kulud. Läbi aja on omaosaluse osakaal tervishoiu rahastamisel kasvanud. Hiljutised analüüsid tervishoiu rahastamise progressiivsusest näitavad, et sotsiaalmaks, mis on peamine rahastamisallikas, on võrreldes regressiivsete rahastamisallikatega nagu omaosalus (teine suurim rahastamisallikas) suhteliselt progressiivne. Tervikuna on tervishoiu rahastamine mõningal määral progressiivne, mis tähendab, et suurema sissetulekuga pered panustavad tervishoiu rahastamisse suhteliselt rohkem. Siiski on progressiivsus aastatel 2000–2006 vähenenud ning seda peamiselt omaosaluse, mis oma olemuselt on regressiivne, osatähtsuse kasvu tõttu (vaata joonis 8.1).

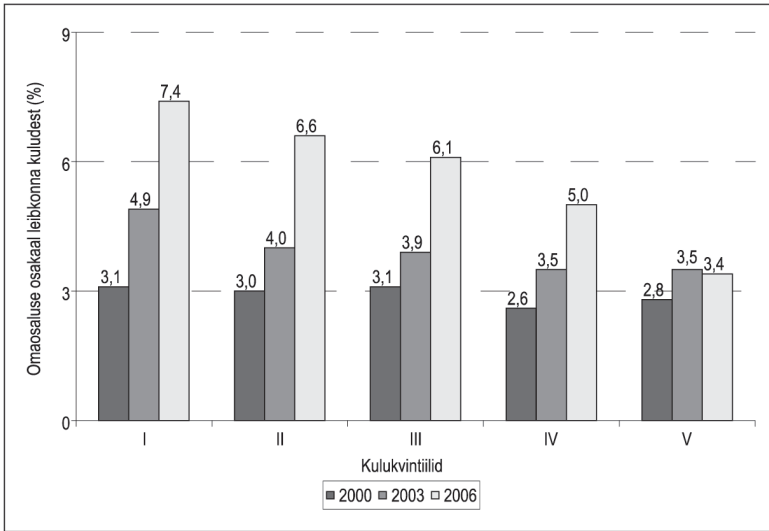
Joonis 8.1 Tervishoiu rahastamise progressiivsus Eestis: Kakwani progressiivsusindeksid kaalutuna Eesti tervishoiu rahastamiskomponentidega, 2000–2006



Allikas: Võrk, 2008.

Kasvava omaosaluse mõju (peamiselt retseptiravimite ja täiskasvanute hambaraviteenuste tõttu) tulemuseks on nende leibkondade osakaalu suurenemine, kelle kulud tervishoiule on suuremad kui nende maksevõime. Näiteks selgub viimastest uuringutest, et 2000. ja 2006. aastal kulutas vastavalt 15% ja 27% leibkondades pärast toidukulude katmist rohkem kui 10% järelejäänud vahenditest tervishoiule. Ligikaudu 2–4% leibkondade puhul ületavad kulutused tervishoiule nende maksevõime kriitilise piiri (leibkonna potentsiaalne elamiskulusid ületav kulu); seda peetakse katastroofiliseks kuluks, mis ohustab nende jaoks tervishoiuteenuste kättesaadavust. Omaosaluse keskmine osakaal leibkonna kogukuludest on kasvanud 3%lt 2000. aastal ligikaudu 6%le 2006. aastal ning selle koormus langeb järjest enam madalama sissetulekuga leibkondadele (üksikasjalikuma ülevaate saamiseks vaata joonis 8.2 ja 3. peatükk „Rahastamine”). Suhteliselt kõrgete kulude risk kasvab ennekõike madala sissetulekuga leibkondades (eriti kõige madalam kvintiil), kuhu enamasti kuuluvad 65-aastased ja vanemad või puudega või kroonilisi haigusi põdevad isikud.

Joonis 8.2 Omaosaluse osakaal leibkonna kulukvintiliide lõikes aastail 2000, 2003 ja 2006



Allikas: Vörk, 2008

Tervisesüsteem ei taga kogu elanikkonnale võrdset teenuste kättesaadavust. Erinevused on kindlustatud isikute – ligikaudu 95% elanikkonnast – ja kindlustamata isikute õigustes. Kõigil kindlustatud isikutel on ühetaoline õigus saada tervishoiuteenuseid, välja arvatud mõned erandid, nagu näiteks täiskasvanute ja laste hambaravi. Kindlustamata isikutele on tagatud riigi poolt rahastatuna ainult vältimatu abi kättesaadavus. Lisaks on teatud rahvatervise programmide (nagu HIV/AIDSi või tuberkuloosi ennetamine) raames mõni eriarstiabi tasuta kättesaadav ka kindlustamata elanikkonnale. Teiste tervishoiuteenuste eest tuleb neil üldjuhul tasuda ise, kuigi osa omavalitsusi rahastab täiendavalt kindlustamata inimeste tervishoiuteenuseid (see praktika on piirkonniti erinev).

Ravikindlustuse eelarve suunamine piirkondadesse vastavalt elanike arvule ning lepingute planeerimise põhimõte, et raha liigub koos patsiendiga, peaks teoreetiliselt tagama eri piirkondades elavatele inimestele teenuste võrdse kättesaadavuse. Eri aastatel on uuritud,

milline on tegelikult teenuste kättesaadavus eri piirkondade tulurühmades. 1999. aasta uuringu tulemustest selgub, et võrreldes Tallinnas elavate inimestega konsulteerisid maapiirkonnas elavad inimesed vanuses 25–74 aastiga rohkem telefoni teel ning külastasid perearsti, kuid pöördusid vähem eriarstide ja hambaarstide poole (Kunst *et al.*, 2002). Haiglas viibimise sagedus oli sarnane kõigis rühmades. Samas esines teenuste kasutamises erinevusi ka sissetulekust ja haridustasemest lähtuvalt (Habicht ja Kunst, 2005). Viimastel aastatel on hakatud rohkem tähelepanu pöörama piirkondlikele erinevustele eriarstiabi kättesaadavuses, kuid see valdkond vajaks täiendavaid uuringuid. Esmatasandi reformide kohta tehtud uuringud on näidanud kasvavat perearstiabi kasutamist (Atun *et al.*, 2006), kuid viimastel aastatel tekitab aina rohkem muret tervishoiuteenuste kvaliteet ja kättesaadavus (eriti maapiirkondades). Haiglaravi kättesaadavus (mõõdetuna teenuste kasutuse abil) on olnud aastate jooksul stabiilne, kuigi samal ajal on toimunud suured ümberkorraldused (vt 6. peatükk „Teenuste osutamine”). Üldsuse jaoks on peamine probleem ravi-järjekorrad ja ambulatoorse eriarstiabi kättesaadavus. Tervishoiuteenuste kasutamine on kasvanud, kui mõõta seda vastuvõttude arvuna kindlustatu kohta: perearstiabis 2003. aastal 3,1 ning 2006. aastal 3,8, ambulatoorses eriarstiabis samal perioodil 1,8 kuni 2,0 ning retseptiravimite osas 2003. aastal 3,2 ning 2006. aastal 4,2. Seevastu on haiglasviibimiste arv kindlustatu kohta pisut vähenenud (samal perioodil 0,20 kuni 0,19).

8.3 Ressursside jaotamise efektiivsus tervisesüsteemis

Perearstiabi 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 kliendile. Ennetuse ja edendamisega seotud tegevuste tõhustamiseks on perearstide rahastamiseks kasutusele võetud tulemustasu süsteem ning rakendatakse mitmeid sõeluuringute programme (vaata 3. peatükk „Rahastamine”). 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 ning soodustada kaasaegse ambulatoorse eriarstiabi arengut.

Rahaliste vahendite jaotus on püsinud stabiilsena alates 2004. aastast. Kõik peamised kuluvaldkonnad – ennetus, üldarstiabi, eriarstiabi ja hambaravi – on pidevalt kasvanud (vaata 3. peatükk „Rahastamine”). Samal ajal on muutunud eriarstiabi teenuste osutamine efektiivsemaks (näiteks kasvas 2006. aastal päevakirurgia kasutamine eelmise aastaga võrreldes 20%). Peamiseks väljakutseks on siiski arstide ja teiste spetsialistide vähesus teatud valdkondades, mis ohustab teenuste osutamist kõigil ravi tasanditel.

2008. aastal eraldatakse ambulatoorsele eriarstiabile ligikaudu üks kolmandik ning haiglaravile kaks kolmandikku eriarstiabi jaoks ettenähtud vahenditest (vaata 3. peatükk „Rahastamine”). Suhteliselt madal haiglaravi osakaal kogukuludest koos ambulatoorse ravi soodustamisega, on omakorda soodustanud ravimikulude kasvu (täpsema ülevaate saamiseks vaata jaotist 6.5 „Ravimid”). Rahvatervise teenuste rahastamine on alates 2006. aastast märkimisväärselt suurenenud tänu riigieelarve eraldistele programmide eelarvetesse ja eri osapoolte tegevustele (sh Eesti Haigekassa ja erasektor). Siiski on veel vara hinnata, milline on nende täiendavate vahendite mõju.

8.4 Tehniline efektiivsus tervisesüsteemis

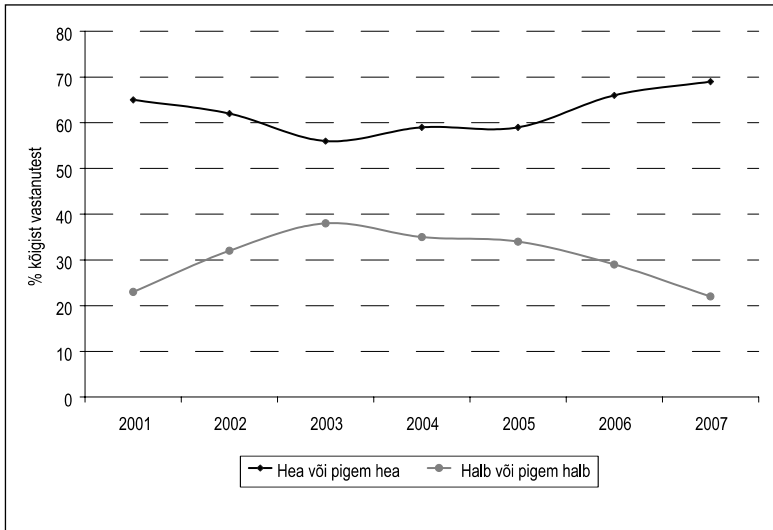
Tervishoiukulude suuruse määrab suurel määral tulu, mis saadakse sihtotstarbelisest märgistatud maksust ning riigieelarvest igal aastal eraldatavatest vahenditest. See sunnib suurendama tervishoiuteenuste osutamise efektiivsust. Eesti haiglavõrgu arengukava (vaata 6. peatükk „Teenuste osutamine”) rakendamine ning Eesti Haigekassa lepingute sõlmimise ja tasustamise süsteem on avaldanud tugevat mõju keskmise haiglas viibimise kestuse 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 selles suhtes olnud edukas (Fidler *et al.*, 2007). Ravimite hüvitamine oli suhteliselt ebaefektiivne kuni 2002.

aastani, kui võeti vastu seadusemuudatused, mille kohaselt lubati hüvitamise aluseks võtta geneeriliste ravimite hind, mille tulemusena langetasid haigekassa ravimikulud järgmisel aastal 13% võrra. See nihe on aga kaasa toonud pigem omaosaluse kasvu ning kogu ravimitele tehtavate kulude ohjamist ei ole saavutatud (vaata 6. peatükk „Teenuste osutamine”). 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). Illustreeriva näitena paigutab 2008. aastal *Health Consumer Powerhouse*’i uurimus Eesti tervisesüsteemi kulutõhususe kategoorias esikohale, kuid teiste kategooriate osas vastavad Eesti tulemused ELi riikide keskmisele tasemele (Health Consumer Powerhouse, 2008).

8.5 Kvaliteet tervisesüsteemis

Tervishoiu kvaliteedi tagamisega seotud tegevusi reguleerivad mitmed õigusaktid, mis määratlevad näiteks tegevuslubade andmise (tervishoiutöötajad ja teenuseosutajad), miinimumnõuded teenuste osutamiseks, ravimite müügilubade andmise, elanikkonna rahulolu uurin-gute läbiviimise, kaebuste menetlemise protseduuri jne (Põlluste *et al.*, 2006). Nende tegevustega on seotud mitmed asutused, sealhulgas Sotsiaalministeerium, Tervishoiuamet, Eesti Haigekassa ning samuti erialaühendused ja tervishoiuteenuse osutajad (vaata 4. peatükk „Korraldamine ja planeerimine”). 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. Viimase uuringu andmed on saadaval haigekassa veebilehel. Tulemuste kohaselt on alates 2003. aastast elanikkonna rahulolu teenuste kvaliteediga pidevalt kasvanud (vaata joonis 8.3). Nii haigekassa kui ka Sotsiaalministeerium on seadnud eesmärgiks parandada elanikkonna rahulolu tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kättesaadavusega. Lisaks sellele on mitmeid algatusi teenuseosutajate (näiteks patsiendi rahulolu küsimustikud haiglates), millest saadakse muu hulgas teavet kvaliteedi arendamise mõjudest. Kuigi kvaliteedile pööratakse üha suuremat tähelepanu, ei ole ülevaade sellest kindlasti veel piisav.

Joonis 8.3 Elanikkonna arvamus tervishoiuteenuste kvaliteedi kohta, 2001–2007



Allikas: Kohandatud EHK ja Sotsiaalministeeriumi elanikkonna rahulolu uuringutest, 2001–2007.

Haigekassale avalik-õigusliku ning teenuseosutajatele eraõigusliku (kuigi avalikus omandis) staatuse andmine tõi kaasa mõningase riski seoses aruandekohustusega, et need autonoomsed asutused ikka tegutsesid kooskõlas riikliku tervispoliitika eesmärkidega. Haigekassale avalik-õigusliku staatuse andnud õigusakti ettevalmistamise käigus pöörati hoolikalt tähelepanu avaliku aruandekohustuse tagamisele. Näiteks on sotsiaalminister ametikohajärgselt haigekassa nõukogu esimees ning haigekassale kehtivad ranged nõudmised tema tegevust puudutava teabe avalikustamiseks (muu hulgas aastaaruannete kaudu). Kahjuks ei saa sama öelda avaliku sektori omandis olevate haiglate aruandlussüsteemi kohta, mille tõhustamiseks on tehtud alles esimesi samme.

Käesoleva ülevaate kirjutamise ajal puuduvad põhjalikud uuringud, kui hästi on tagatud patsientide õiguste kaitse, kuid avalikkus on seda teemat üha enam arutanud (vaata jaotis 2.5 „Patsiendi vastutuse suurendamine”). Samal ajal on viimaste küsitluste kohaselt kasvanud

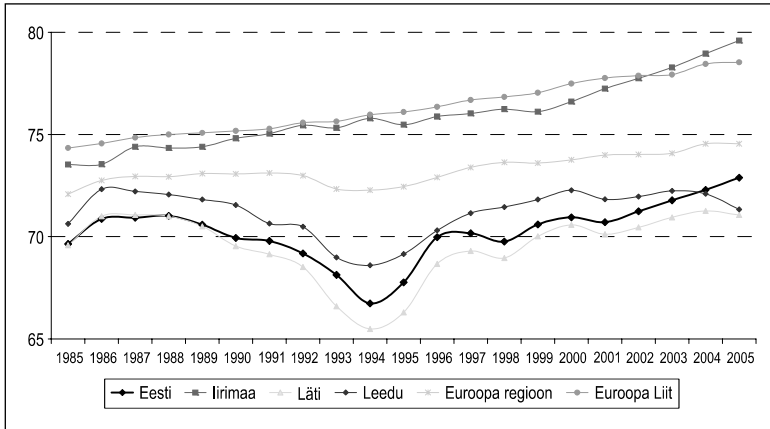
kindlustatud isikute teadlikkus oma õigustest ja kohustustest. Aastail 2003–2007 tõusis teadlikkus oma õigustest 61%lt 70%le (Faktum ja Ariko AS, 2007). Elanikkonna teadlikkus kõigub valdkonniti, näiteks võrreldes teadmistega eriarstiabi ja tervishoiuteenuste kättesaavusest olid teadmised paremad üldarstiabi ja ravikindlustuse kohta.

8.6 Tervisesüsteemi roll tervise parandamisel

1990. aastate alguses toimunud poliitilised ja majandusreformid, muutused inimeste elustiilis ja ümberkorraldused tervisesüsteemis on kõik avaldanud mõju elanikkonna praegusele tervislikule seisundile. Ühest küljest on poliitilised ja majanduslikud muutused aidanud kaasa majandusliku olukorra paranemisele ning heaolu tõusule, kuid teisest küljest on need suurendanud terviseiga seotud ebavõrdsust. Ent mitmete tervise- ja tervisesüsteemi näitajate kohaselt toimib Eesti süsteem praegu siiski paremini kui paljud teised Ida-Euroopa riigid ning mõned ELi liikmesriigid. 2005. aastal elavad eestlased kauem kui kunagi varem ning eeldatav keskmine eluiga on aastate jooksul stabiilselt kasvanud (vaata joonis 8.4). Sellega koos paranevad ka mitmed teised terviseiga seotud näitajad, nagu näiteks laste suremus, ning rahvatervise näitajad, nagu näiteks toitumisharjumused ja füüsiline aktiivsus (nii noorte kui ka täiskasvanute hulgas) (vaata jaotis 1.4 „Tervisenäitajad”). Enamik praegusest välditavast haiguskoormusest on koondunud tööelisele elanikkonnale ning seda põhjustavad mitmesugused riskitegurid nagu suitsetamine ja alkoholarbimine. Ka tulevikus jääb väljakutseks, kuidas rakendada elanikkonna tervise parandamisele suunatud rahvatervise meetmeid nii tervisesüsteemi sees kui ka sellest väljaspool (Lai *et al.*, 2007).

Rahvusvaheline suremustrendide võrdlus ravitavate ja ennetatavate surmapõhjuste osas on Euroopa lõikes väga erinev (Newey *et al.*, 2004). Eeldatav eluiga kasvab enamikus ELi riikides, ning kuigi tervisesüsteemi panus on riigiti ning põhjusesti erinev, on see ometi kõigi riikide puhul olemas. Eesti puhul on 1990–1991 ning 2000–2002 näitajaid võrreldes selge, et tervisesüsteem on aastatega aidanud kaasa eeldatava eluea piknemisele tänu ravitavate ja ennetatavate surmapõhjuste koormuse vähendamisele.

Joonis 8.4 Eeldatav eluiga sünnihetkel Eestis ja valitud riikides, 1985–2005



Allikas: WHO Euroopa Regionaalbüroo, 2007.

Tervisesüsteemi muutused (sh esmatasandi arstiabi ja ravimite parem kättesaadavus) on elanikkonna tervisliku seisundi paranemisele mitmel viisil kaasa aidanud. Näiteks on rasestumisvastaste vahendite parem kättesaadavus ja noortele nõustamisteenuste osutamine viinud abortide arvu vähenemiseni 1000 elussünni kohta 1527-lt 1993. aastal 631-le 2006. aastal; haavandtõvevastased ravimid on aidanud kaasa kaasaegse ravipraktika levikule ning vähendanud kirurgiliste sekumiste arvu; vaimse tervise häirete ravimiseks kasutatud ravimite parem kättesaadavus on võimaldanud ambulatoorse ravi osatähtsuse tõusu. Siiski ei ole kogu tervishoiukulutuste kasv ja ravimite kättesaadavus andnud loodetud tulemusi rahvatervise osas. Tervishoid on avaldanud ka olulist mõju elanikkonna elukvaliteedile, näiteks kaeoperatsioonide ja endoproteeside abil. 2008. aastal pakub tervisesüsteem teenustevalikut, mis on laiem kui 1990. aastate alguses ning eelduste kohaselt tulevikus laieneb valik veelgi.

9 Järeldused

Alates taasiseseisvumisest on Eesti jõuliselt ja suhteliselt edukalt korraldanud ümber oma majandust ja sotsiaalvaldkondi. Kui laiaulatuslikud seadusandlikud muudatused leidsid aset 1990. aastate alguses ja käesoleva sajandi alguses, siis viimastel aastatel on tähelepanu nihkunud väiksematele muudatustele. Praegu kehtiv süsteem rajaneb solidaarsuse põhimõtetest lähtuval tervishoiu rahastamisel; nüüdisaegsel teenuseosutajate võrgustikul, mis põhineb perearsti ümber koondunud esmatasandi arstiabil; nüüdisaegsetel haiglateenustel ning suuremat tähelepanu pööratakse rahvatervisele ja e-tervise lahendustele. Muudatused on kaasa toonud naiste (78,1 aastat 2005. aastal) ja meeste (67,3 aastat 2005. aastal) keskmise eeldatava eluea pideva kasvu alates 1999. aastast ning jätkuvalt suurenenud elanikkonna rahulolu tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja kvaliteediga. Alates 1990. aastate lõpust on sündimus tõusnud, kuid see on siiski jäänud madalamale tasemele kui suremus. Teisteks positiivseteks suundumusteks on tubakatoodete tarbimise vähenemine täiskasvanute seas, kõrge nakkushaigustevastase vaktsineerimisega hõlmatus ning nakkushaigustes nakatumise langus. Peamised tervisesüsteemi väljakutsed vajavad jätkuvalt Eesti poliitikakujundajate tähelepanu.

Elanikkonna seas esineb ebavõrdsust tervisenäitajate ja tervisekäitumise osas. Peamine haiguskoormusega seotud probleem on välistest põhjustest tingitud enneaegne suremus ja elustiiliga seotud riskitegurid. Peamised tervise riskitegurid on tubakatoodete tarbimine, vähene füüsiline aktiivsus, alkoholi tarbimine ja ülekaalulisus. Kõige tõsisem probleem Eesti tervisesüsteemis on HIVi nakatumise kõrge tase, mis saavutas haripunkti 2001 aastal. Viimati nimetatu ning teised tervise-

riskid on tihedalt seotud nii noorukite kui ka täiskasvanute käitumismudelitega. Loetletud rahvatervise valdkonna väljakutsetega tegelemiseks on välja töötatud mitmeid strateegiaid. Järgnevad aastad näitavad, kas nende abil on saavutatud mõõdetavat edu.

Eesti tervisesüsteemi rahastatakse peamiselt avaliku sektori poolt solidaarsuspõhimõttest lähtuva kohustusliku sihtotstarbelise ravikindlustusmaksu kaudu, mis moodustab peaaegu kaks kolmandikku tervishoiu kogukuludest. Erasektori kulud (enamikus patsientide omaosalus) moodustavad ligikaudu veerandi kõikidest tervishoiukuludest ja see näitaja on tõusujoonel. Sellest tulenevalt on tervishoiu rahastamine viimastel aastatel muutunud regressiivsemaks. Tulevikus võib suurenev omaosalus takistada madala sissetulekuga elanikkonnarühmadel ravi kättesaadavust.

Kohustusliku ravikindlustusmaksu laekumine on seotud tööhõivega, kuid maksu mittemaksvad isikud (nagu lapsed ja pensionärid) moodustavad peaaegu poole kindlustatud elanikkonnast. Pikemas perspektiivis võib see kujutada ohtu tervisesüsteemi rahalisele jätkusuutlikkusele, kuna kitsas tulubaas on seotud peamiselt palkadega ja elanikkond vananeb kiiresti. Olukorda võib raskendada võimalik majanduslangus. Viimastel aastatel on rakendatud meetmeid, et suurendada elanikkonna hõlmatust kindlustuskaitsega ning laiendada tulubaasi, kuid nende meetmete mõju on olnud vähene. See probleem on eriti oluline, arvestades patsientide suurenevaid ootusi ja survet ning tervishoiuteenuste kasvavaid kulusid ja osutatavate teenuste mahte. Kui solidaarsus- ja võrdsuspriinipi soovitakse säilitada, tuleb leida täiendavad rahalised vahendid avaliku sektori tuluallikatest. Kuigi tervishoiule ja rahvatervise programmidele on eraldatud endisest rohkem rahalisi vahendeid, tuleks rahastamisallikate killustatuse võimalikku mõju hoolikalt hinnata ning võimalusel vältida.

Nõukogude perioodi pärandina jäi Eestisse suur, ebaefektiivne ja halvasti varustatud haiglavõrk. 1990. aastatel läbiviidud struktuursete ja juhtimisalaste reformide käigus vähendati haiglate (ja haiglavoodite) arvu ning korraldati ümber teenuseosutajate võrk. Reformide eesmärk on ajakohastada haiglavõrk ja võimaldada kõrgekvaliteediliste teenuste osutamist, tagades samas tervishoiuteenuste vajaliku kättesaadavuse. Teenuseosutajate võrgu kaasajastamine jätkub ning

seada protsessi toetatakse mitmesuguste vahenditega, sealhulgas toetusega ELi struktuurifondidest. Kaasaegne, tsentraliseeritud kõrgtehnoloogiline aktiivravi suurendab vajadust pöörata rohkem tähelepanu ambulatoorse ravi piirkondlikule kättesaadavusele ja patsiendile lähedal asuvate ambulaatorsete teenuste arendamisele.

Veel üks Eesti tervisesektori väljakutse on inimressursi puudus. Ehkki liitumine ELiga 2004. aastal tõi kaasa arstide ja õdede ajutise väljarände naabruses asuvasse ELi riikidesse, on peamine probleem seotud kvalifitseeritud spetsialistide hoidmisega tervisesektoris (sageli valitakse paremini tasustatud töökoht väljaspool tervisevaldkonda) ning praeguse tööjõu vananemine. Seetõttu on pööratud suurt tähelepanu pikaajalisele personali planeerimisele õdede ja arstide koolitustellimuse suurendamiseks.

Elanikkond tunneb üha suurenevat muret ravijärjekordade piknemise pärast ambulatoorses eriarstiabis ning tervishoiuteenuste üldise kättesaadavuse pärast. Rakendatud on mitmesuguseid algatusi, näiteks 2005. aastast käivitati ööpäev ringi töötav perearsti nõuandetelefon, laiendatud on teenuste valikut ning kasutusele on võetud rahalisi stiimuleid kvaliteedi parandamiseks. Suuremat rõhku pannakse kvaliteetsele arstiabile, mida võib täheldada eri algatustes, näiteks tervishoiutöötajate vabatahtlik akrediteerimine erialaühenduste poolt, kvaliteedikäsiraamatute kasutuselevõtmine haiglates ja kliiniliste ravijuhendite väljatöötamine. Samas on vähem tähelepanu pööratud patsiendile mõeldud juhistele. Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja kvaliteedi vallas on jätkuvalt arendamist vajav krooniliste haiguste tõendus põhise ja järjepideva ravi korraldus. Ka mitmed muud teemad vajavad edasist tähelepanu, eriti patsiendi vastutuse suurendamine, eneseabi, koduhooldus ja pikaajalised hooldusraviteenused.

Samuti jäävad väljakutseteks teisedki olulised teemad, sealhulgas teenuseosutajate tegevuse parem reguleerimine, millega oleks võimalik tõhustada nende tegevuse läbipaistvust ning kooskõla avalike huvidega. Eesti tervishoiuteenuse osutajate toimivuse parandamiseks tuleb eelolevatel aastatel pöörata tähelepanu rohkem juhtimise tõhustamisele, teadvustades eri osapoolte rolli ning rakendades parimaid tavasid.

10 Lisad

10.1 Kasutatud kirjandus

Aasvee K, Poolakese A, Minossenko A, *et al.* (2007). *Kooliõpilaste Tervisekäitumise Uuring 2005/2006, Tabelid*. Tallinn, Tervise Arengu Instituut (http://www2.tai.ee/uuringud/HBSC_tabeliraamat_tryk.pdf, vaadatud 27. märtsil 2008).

Aaviksoo A, Lai T, Vaask S (2007). Rinnavähi sõeluuringu programmi hindamise tulemused. *Eesti Arst*, 86(11):791–796.

Allaste AA (toim) (2008). *Koolinoored ja uimastid. 15–16-aastaste õpilaste legaalsete ja illegaalsete narkootikumide tarvitamine Eestis*. Tallinn, koostatud Tallinna Ülikooli ja Tervise Arengu Instituudi nimel (http://www.terviseinfo.ee/web/failid/narko_2_.pdf, vaadatud 27. märtsil 2008).

Aru J (2006). *Tervelt elatud eluaastate trendid 1990–2004*. Tallinn, Sotsiaalministeeriumi poolt tellitud aruanne ([http://www.sm.ee/est/HtmlPages/HALE1990-2004tekst-est/\\$file/HALE%201990-2004%20tekst-est.doc](http://www.sm.ee/est/HtmlPages/HALE1990-2004tekst-est/$file/HALE%201990-2004%20tekst-est.doc), vaadatud 18. jaanuaril 2008).

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/EstoniaWHO/EvaluationRAtunFinalReport271204.pdf>, vaadatud 7. märtsil 2008).

Atun R, Habicht J, Habicht T, *et al.* (2008). *Primary health care and management of selected chronic conditions 2001–2005*. Tallinn, Prepared on behalf of Estonian Health Insurance Fund (ilmumas).

Atun R, Ohov E, Habicht J (2005). *Estonian health system: analysis of the strengths, weaknesses, opportunities and threats*. Tallinn, Report prepared by WHO Regional Office for Europe and Ministry of Social Affairs (<http://ee.euro.who.int/SWOT%20Analysis%20of%20the%20Estonian%20Health%20System%20Jan06.pdf>, vaadatud 2. märtsil 2007).

Atun R, Menabde N, Saluvere K, *et al.* (2006). Introducing a complex health innovation – primary health care reforms in Estonia (multi-methods evaluation). *Health Policy*, 79(2006):79–91.

Bakler T (2003). „Hospital Master Plan’ist” haiglavõrgu arengukavani. *Eesti Arst*, Tervisefoorumi eriväljaanne 2003:23–27 (<http://www.eestiartst.ee/ajakirjad/lisad/pdf/bakler.pdf>, vaadatud 23. aprillil 2008).

CIET International (2002). *Curbing system leakages: the health sector and licensing in Estonia*. Tallinn, Community Information, Empowerment and Transparency International.

Couffinal A, Habicht T (2005). *Health system financing in Estonia: situation and challenges in 2005*. Copenhagen, Health Systems Financing Programme of the WHO Regional Office for Europe (<http://ee.euro.who.int/CaseStudyfinalEstonia2005.pdf>, vaadatud 20. detsembril 2007).

Dive Service Quality Development Ltd (2007). Haigekassa perearstikeskuste uuring. Tallinn, Eesti Haigekassa tellimusel Dive Service Quality Development OÜ, (http://www.haigekassa.ee/files/est_haigekassa_uuringud/Dive_Haigekassa_Perearstikeskuste%20uuring_2007.pdf, vaadatud 1. märtsil 2008).

EKTTK koduleht (2008). Tartu, Eesti Käitumis- ja Terviseteaduste Keskus (<http://www.ekttk.ut.ee/>, vaadatud 11. märtsil 2008).

EGV koduleht (2008). Tartu, Eesti Geenivaramu, Tartu Ülikool (<http://www.geenivaramu.ee/>, vaadatud 12. märtsil 2008).

Eesti Haigekassa (2002). *Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2002*. Tallinn, Eesti Haigekassa (http://www.haigekassa.ee/files/est_haigekassa_aruanded_2002/majandusaruanne2002.pdf, vaadatud 3. märtsil 2008).

Eesti Haigekassa (2004). *Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2004*. Tallinn, Eesti Haigekassa (http://veeb.haigekassa.ee/files/est_haigekassa_aruanded_2004/majandusaasta2004.pdf, vaadatud 3. märtsil 2008).

Eesti Haigekassa (2005). *Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2005*. Tallinn, Eesti Haigekassa (http://www.haigekassa.ee/files/est_haigekassa_aruanded/aruanne2005.pdf, vaadatud 3. märtsil 2008).

Eesti Haigekassa (2006). *Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2006*. Tallinn, Eesti Haigekassa (http://www.haigekassa.ee/files/est_haigekassa_aruanded_2006/EHK_Majandusaasta%20aruanne_2006.pdf, vaadatud 10. jaanuaril 2008).

Eesti Haigekassa (2007). *Eesti Haigekassa 2007. aasta I poolaasta aruanne*. Tallinn, Eesti Haigekassa (http://www.haigekassa.ee/files/est_haigekassa_aruanded_2007/2007_I_poolaasta_aruanne2.pdf, vaadatud 25. jaanuaril 2008).

Eesti Haigekassa (2008). *Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2007*. Tallinn, Eesti Haigekassa (http://www.haigekassa.ee/files/est_haigekassa_aruanded/EHK_majandusaasta_aruanne_2007.pdf, vaadatud 29. jaanuaril 2009).

EAL (2007). *Eesti riik ei taga kodanikele põhiseaduslikku õigust tervise kaitsele*. (EAL Üldkogu avalik pöördumine 1. detsembrist) Tallinn, Eesti Arstide Liit (<http://www.arstideliit.ee/et/uudised/uudis.html?id=135>, vaadatud 10. veebruaril 2008).

EMOR (2001). Elanike ootused arstiabi suhtes. Tallinn, EMOR, Eesti Haigekassa nimel (<http://www.haigekassa.ee/haigekassa/uuringud/>, vaadatud 8. jaanuaril 2008).

EMOR (2002). Elanike ootused arstiabi suhtes. Tallinn, EMOR, Eesti Haigekassa nimel (<http://www.haigekassa.ee/haigekassa/uuringud/>, vaadatud 8. jaanuaril 2008).

Eurostat (2007a). *GDP per inhabitant in the Member States ranged from 37% to 280% of the EU27 average in 2006*. Brussels, Eurostat Press Office (<http://ec.europa.eu/eurostat>, vaadatud 17. märtsil 2008).

Eurostat (2007b). *More than 40% of households have broadband internet access*. Brussels, Eurostat Press Office. Eurostat News Release, 167/2007, 3 December 2007. (<http://ec.europa.eu/eurostat>, vaadatud 17. märtsil 2008).

Eurostat (2008) [internetis asuv andmebaas]. Eurostat online database. Brussels, Statistical Office of the European Communities (<http://ec.europa.eu/eurostat>, vaadatud 17. märtsil 2008).

OÜ Faktum ja Ariko (2007). Patsientide hinnangud tervisele ja arstiabile. Tallinn, OÜ Faktum & Ariko Eesti Haigekassa ja Sotsiaalministeeriumi nimel (<http://www.haigekassa.ee/haigekassa/uringud/>, vaadatud 8. jaanuaril 2008).

Fidler AR, Haslinger R, Hofmarcher M, *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.

Eesti Vabariigi Valitsus (2003). 2. aprilli 2003 a määrus nr 105, Haiglavõrgu arengukava. Tallinn, Eesti Vabariigi Valitsus (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=560288>, vaadatud 18. märtsil 2008).

Eesti Vabariigi Valitsus (2005). 13. detsembri 2005. a määrus nr 302. Strateegiliste arengukavade liigid ning nende koostamise, täiendamise, elluviimise, hindamise ja aruandluse kord. Tallinn, Eesti Vabariigi Valitsus (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=968099>, vaadatud 18. jaanuaril 2008).

Groene O, Habicht J (eds) (2005). *Report on WHO Mission to ESTONIA: Hospital performance assessment, 19–21 October 2005*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://ee.euro.who.int/EST%20Report%20performance%202005%20hospitals.pdf>, vaadatud 4. veebruaril 2007).

Habicht J, Kunst AE (2005). Social inequalities in health care services utilization after eight years of health care reforms: a cross-sectional study of Estonia, 1999. *Social Science and Medicine*, 60(4):777–787.

Habicht J, Xu K, Couffinhal A, *et al.* (2006). Detecting changes in financial protection: Creating evidence for policy in Estonia. *Health Policy and Planning*, 21:421–431.

Habicht T (2008). Governing a single-payer mandatory health insurance system: the case of Estonia. In: Savedoff, WD Gottret, P eds. *Governing mandatory health insurance: learning from experience*. Washington, DC, World Bank.

Hämmäl J (2007). *Eurobarometer 68: Public opinion in the European Union, Autumn 2007. National Report: Estonia*. Tallinn, Report produced for the European Commission's Representation/Delegation in Estonia (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb68/eb68_ee_nat.pdf, vaadatud 1. veebruaril 2008).

Tervishoiuameti koduleht (2008). Kodulehel esitatud statistika põhinäitajad. Tallinn, Tervishoiuamet (<http://www.tervishoiuamet.ee>, vaadatud 31. jaanuaril 2008).

Health Consumer Powerhouse (2008). *Euro-Canada health consumer Index*. Brussels, Health Consumer Powerhouse AB & Frontier Centre for Public Policy (http://www.healthpowerhouse.com/files/ECHCI_2008_Full_Report_final.pdf, vaadatud 12. märtsil 2008).

Tervisekaitseinspektsooni koduleht (2008). Kodulehel esitatud statistika põhinäitajad. Tallinn, Tervisekaitseinspektsoon. (<http://www.tervisekaitse.ee>, vaadatud 20. märtsil 2008).

Hellers G, Lundegårdh G, Nyberg S, *et al.* (2000). *Estonian Hospital Master Plan 2015*. Tallinn, Prepared by SC Scandinavian Care Consultants AB and SWECO International AB on behalf of Ministry of Social Affairs.

Jesse M, Kruuda R (2006). Cross-border care in the north: Estonia, Finland and Latvia. In: Rosenmöller M, McKee M, Baeten R eds. (2006). *Patient mobility in the European Union: learning from experience*. Copenhagen, World Health Organization on behalf of the Europe 4 Patients project and the European Observatory on Health Systems and Policies: 23–38 (http://www.iese.edu/en/files/6_22160.pdf, vaadatud 18. jaanuaril 2008).

Jesse M, Habicht J, Aaviksoo A, et al. (2004). Health care systems in transition: Estonia. *Health Systems in Transition*, 6(11):1–139 (<http://www.euro.who.int/countryinformation/CtryInfoRes?COUNTRY=EST&CtryInputSubmit=>, vaadatud 16. jaanuaril 2008).

Josing M (2004). *Korruptsiooni ja varimajanduse levik*. Tallinn, Eesti Konjunktuuriinstituut.

Kaarna M, Kalda R, Karu K, et al. (2005). *Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamine Eestis*. Tallinn, Aruande koostas Eesti Tervishoiujuhtide Kolleegium Sotsiaalministeeriumi ja Maailma Terviseorganisatsiooni jaoks (http://ee.euro.who.int/tervishoiu_kvaliteet_24veebr2005.pdf, vaadatud 20. detsembril 2007)

Kallaste E, Võrk A, Priinits M (2004). *Migration intentions of health professionals: the case of Estonia*. Cluj Napoca, Public Policy Centre (<http://www.cenpo.ro/files/11%20Migration.pdf>, vaadatud 19. veebruaril 2008).

Kaufmann D, Kraay A, Mastruzzi M (2007). *Governance Matters VI: Governance Indicators for 1996–2006* (Policy Research Working Paper No. 4280). Washington, DC, World Bank. (<http://ssrn.com/abstract=999979>, vaadatud 20. märtsil 2008).

Koppel A, Aaviksoo A (2007a). *Changes in benefit basket – dental care in Estonia*. Berlin, Health Policy Monitor (April) (http://www.hpm.org/en/Surveys/PRAXIS/09/Changes_in_benefit_basket_-_dental_care_in_Estonia.html, vaadatud 10. jaanuaril 2008).

Koppel A, Aaviksoo A (2007b). *Performance assessment tool for Estonian hospitals*. Berlin, Health Policy Monitor December (<http://www.hpm.org/survey/ee/a10/2>, vaadatud 4. veebruaril 2008).

Koppel A, Aaviksoo A (2007c). *Performance payment for family doctors*. Berlin, Health Policy Monitor (April) (<http://www.hpm.org/survey/ee/a9/1>, vaadatud 10. jaanuaril 2008).

Koppel A, Aaviksoo A, Paat G (2007). *Family doctor hotline – follow up*. Berlin, Health Policy Monitor December (<http://www.hpm.org/survey/ee/a10/4>, vaadatud 2. märtsil 2008).

Kunst AE, Leinsalu M, Habicht J, *et al.* (2002). *Social inequalities in health in Estonia*. Tallinn, Ministry of Social Affairs (<http://www.sm.ee>, vaadatud 29. jaanuaril 2008).

Lai T, Vals K, Kiivet R (2004). Haiguskoormuse tõttu kaotatud eluaastad Eestis: seosed riskifaktoritega ja riskide vähendamise kultuuri tõi. Tallinn, Sotsiaalministeerium ([http://www.sm.ee/est/HtmlPages/RiskiKoormus2004/\\$file/RiskiKoormus2004.pdf](http://www.sm.ee/est/HtmlPages/RiskiKoormus2004/$file/RiskiKoormus2004.pdf), vaadatud 29. jaanuaril 2008).

Lai T, Baburin A, Vals K, *et al.* (2005). Suremusest ja haigestumusest põhjustatud tervisekadu Eestis. *Eesti Arst*, 84(7):466–472 (http://www.taavilai.net/bod/Lai_EA_072005.pdf, vaadatud 18. jaanuaril 2008).

Lai T, Habicht J, Reinap M, *et al.* (2007). Costs, health effects and cost-effectiveness of alcohol and tobacco control strategies in Estonia. *Health Policy*, 84(1):75–88.

Leinsalu M (2004). *Troubled transitions: social variation and long-term trends in health and mortality in Estonia*. Stockholm, Centre for Health Equity Studies (CHESS) (Health Equity Studies No. 2).

Maser M (2004). Kooliõpilaste Tervisekäitumise Uuring 2001/2002. Tallinn, Tervise Arengu Instituut (HBSC uuring).

Rahandusministeerium (2006). *Strateegilise planeerimise käsiraamat*. Tallinn, Rahandusministeerium (http://www.fin.ee/failid/SP_kasiraamat_2006_030206.doc, vaadatud 31. jaanuaril 2008).

Sotsiaalministeerium (1999–2006). *Tervishoiukulud 1999–2006*. Tallinn, Sotsiaalministeerium (<http://www.sm.ee>, vaadatud 17. jaanuaril 2008).

Sotsiaalministeerium (2001). 29. novembri 2001. a määrus nr 117 (muudetud 2002, 2003 ja 2004). *Perearsti Tööjuhend*. Tallinn, Sotsiaalministeerium (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=788142>, vaadatud 18. jaanuaril 2008).

Sotsiaalministeerium (2002). 16. juuli 2002. a määrus nr 99. *Õendusabi erialade arengukavad*. Tallinn, Sotsiaalministeerium.

Sotsiaalministeerium (2003). 28. mai 2003. a määrus nr 173 (muudetud 2006 ja 2007). Strateegiliste arengukavade liigid ning nende koostamise, täiendamise, elluviimise, hindamise ja aruandluse kord. Tallinn: Sotsiaalministeerium (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=968099>, vaadatud 18. jaanuaril 2008).

Ministry of Social Affairs (2005). *Health and long-term care in Estonia*. (National report, April). Tallinn, Ministry of Social Affairs. National report, April. ([http://www.sm.ee/est/HtmlPages/LTC.doc/\\$file/PDFonline.pdf](http://www.sm.ee/est/HtmlPages/LTC.doc/$file/PDFonline.pdf), vaadatud 20. märtsil 2008).

Sotsiaalministeerium (2006). Sotsiaalsektor arvudes 2005. Tallinn, Sotsiaalministeerium (<http://www.sm.ee>, vaadatud 3. veebruaril 2008).

Sotsiaalministeerium (2007). Haiglate tervishoiutöötajate tunnipalga uuring. Tallinn, Sotsiaalministeerium (<http://www.sm.ee>, vaadatud 10. jaanuaril 2008).

Sotsiaalministeerium (2008a) Health care statistics 1998–2006. Tallinn, Ministry of Social Affairs (<http://www.sm.ee>, vaadatud 15. jaanuaril 2008).

Sotsiaalministeerium (2008b). *Sotsiaalministeeriumi arengukava 2008–2011*. Tallinn, Sotsiaalministeerium (<http://www.sm.ee>, vaadatud 12. märtsil 2008).

Riigikontroll (2004). *Esmase erakorralise arstiabi korraldus*. (Riigikontrolli aruanne nr. 2-5/04/104, 14. september 2004) Tallinn, Riigikontroll (http://www.riigikontroll.ee/upload/failid/ka_7049_kiirabi_14.09.2004_lopp.pdf, vaadatud 4. märtsil 2008).

Riigikontroll (2006). *Taastusravi korralduse tõhusus*. (Riigikontrolli aruanne nr. OSIII-2-6/06/91 7. november 2006) Tallinn, Riigikontroll (http://www.riigikontroll.ee/upload/failid/ka_30010_taastusravi_upirso_07.11.2006_lopp.pdf, vaadatud 22. mail 2008).

Newey C, Nolte E, McKee M, *et al.* (2004). *Avoidable mortality in the enlarged European Union*. Paris, Institut des Sciences de la Santé (http://www.euractiv.com/28/images/ISS%20Avoidable%20Mortality%20final%20%20Nov%2004_tcm28-132956.pdf, vaadatud 25. märtsil 2008).

TAI (2005). *Eesti täiskasvanud rahvastiku Tervisekäitumise uuring, 2004*. Tallinn, Tervise Arengu Instituut (http://www.tai.ee/failid/TKU2004_kogumik.pdf, vaadatud 21. jaanuaril 2008).

Põlluste K, Habicht J, Kalda R, *et al.* (2006). Quality improvement in the Estonian health system – assessment of progress using an international tool. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(6):403–413.

Pudersell K, Vetka A, Rootslane L, *et al.* (2007). *Pharmaceutical pricing and reimbursement information: Estonia, Pharma profile 2007*. Commissioned by European Commission, Health and Consumer Protection Directorate-General and Austrian Ministry of Health, Family and Youth (http://ppri.oebig.at/Downloads/Results/Estonia_PPRI_2007.pdf, vaadatud 18. märtsil 2008).

Ravimiameti koduleht (2007). Ravimiamet. Tallinn, Ravimiamet (<http://www.ravimiamet.ee>, vaadatud 21. märtsil 2008).

Sarjas A (2005). *An overview of the system of mental health services in Estonia*. Tallinn, Prepared by Healthcare Association in collaboration with Ministry of Social Affairs in Estonia and World Health Organization (http://ee.euro.who.int/mental_health_system.pdf, vaadatud 20. detsembril 2007).

Statistikaamet (2008) [internetis asuv andmebaas]. Eesti statistika andmebaas. Tallinn, Statistikaamet (<http://www.stat.ee>, vaadatud jaanuar-aprill 2008).

Suhrcke M, Võrk A, Mazzuco S (2006). *Tervise mõju majandusele Eestis: lõpparuanne*. Tallinn, Maailma Terviseorganisatsioon Euroopa Regionaalbüroo, Sotsiaalministeerium ja Poliitikauuringute Keskus PRAXIS (http://ee.euro.who.int/economy_health_2006.pdf, vaadatud 12. detsembril 2007).

Tekkel M, Veideman T (2007). Eesti täiskasvanud rahvastiku Tervisekäitumise uuring, 2006. Tallinn, Tervise Arengu Instituut (http://www.tai.ee/failid/TKU2004_kogumik.pdf, 21. märts 2008).

Vabariigi Valimiskomisjoni koduleht (2007). Teave poliitiliste erakondade kohta. Tallinn, Vabariigi Valimiskomisjon (<http://www.vvk.ee/>, vaadatud 21. veebruaril 2008).

TNS EMOR (2003). Elanike rahulolu arstiabiga. Tallinn, TNS EMOR Eesti Haigekassa nimel Fund (<http://www.haigekassa.ee/haigekassa/uringud/>, vaadatud 8. jaanuaril 2008).

TNS Opinion & Social network (2006). *Medical errors. Special Eurobarometer 241/ Wave 64.1 & 64.3*. Brussels, Survey requested by Directorate-General SANCO and coordinated by Directorate-General Press and Communication (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_241_en.pdf, vaadatud 1. veebruaril 2008).

TNS Opinion & Social Network (2007). *Health and long-term care in the European Union. Special Eurobarometer 283/ Wave 67.3*. Brussels, Survey requested by Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities and coordinated by Directorate-General for Communication (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf, vaadatud 1. veebruaril 2008).

Transparency International (2006). *Global corruption report 2006*. Berlin, Transparency International (<http://www.transparency.org/publications/gcr>, vaadatud 18. jaanuaril 2008).

Tsolova S, Balabanova D, Reinap M, *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://lgi.osi.hu/publications/2007/369/Final_comparative_report_14_august2007ENG.pdf, vaadatud 18. jaanuaril 2008).

UNAIDS (2008). *Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections – 2006: Estonia*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (<http://www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/estonia.asp>, vaadatud 21. märtsil 2008).

United Nations Cartographic Section (2004). *Estonia: Map No.3781 Rev. 1, January 2004*. New York, NY, Cartographic Section of Department of Peacekeeping Operations of United Nations (<http://www.un.org/Depts/Cartographic/map/profile/estonia.pdf>, vaadatud 4. jaanuaril 2008).

Võrk A (2008). *Household catastrophic expenditures on health care and distribution of taxation burden to households in Estonia 2000–2006*. Tallinn, Technical report to World Health Organization.

Võrk A, Jesse M, Roostalu I, *et al.* (2005). Eesti tervisesüsteemi rahastamise finantsjätkusuutlikkus. Tallinn, Poliitikauuringute Keskus PRAXIS (<http://www.praxis.ee/data/PRAXIS2>, vaadatud 10. veebruaril 2008).

WHO (1994). *The Declaration of Patients' Rights in Europe*. Amsterdam, European Consultation on the Rights of Patients Amsterdam, 28–30 March, under the auspices of the WHO Regional Office for Europe (http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf, vaadatud 23. märtsil 2008).

WHO Regional Office for Europe (2007). European Health for All database (HFA-DB) [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/hfad>, accessed March 2008) (November update).

World Bank (2008) [online database]. World development indicators. Washington, DC, World Bank Group (<http://ddp-ext.worldbank.org/ext/DDPQQ/member.do?method=getMembers&userid=1&queryId=135>, vaadatud jaanuar–aprill 2008).

10.2 Peamised õigusaktid

Eesti Haigekassa seadus (2000). Tallinn, Riigikogu (RT I 2000, 57, 374). Jõustunud 1. oktoobril 2002, muudetud 2002, 2003, 2004, 2006 ja 2007 (<http://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=833252>, vaadatud 10. jaanuaril 2008).

Isikuandmete kaitse seadus (2007). Tallinn, Riigikogu (RT I 2003, 26, 158). Jõustunud 1. oktoobril 2003, muudetud 2004 ja 2007 (<http://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=748829>, vaadatud 31. jaanuaril 2008).

Kunstliku viljastamise ja embrüokaitse seadus (1997). Tallinn, Riigikogu (RT I 1997, 51, 824). Jõustunud 17. juulil 1997, muudetud 2003 ja 2006 (<http://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=1048155>, vaadatud 27. märtsil 2008).

Maailma Terviseorganisatsiooni põhikiri ja selle parandused (2005). Tallinn, Riigikogu (RT II, 2005, 4, 11). Jõustunud 20. veebruaril 2005. (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=846869>, vaadatud 30. jaanuaril 2009)

Maailma Terviseorganisatsiooni tubaka tarbimise leviku vähendamise raamkonventsioon (2005). Tallinn, Riigikogu (RT II, 31.05.2005, 15, 46). Jõustunud 10. juunil 2005. (<http://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=903138>, vaadatud 30. jaanuaril 2009)

Nakkushaiguste ennetamise ja tõrje seadus (2003). Tallinn, Riigikogu (RT I I 2003, 26, 160). Jõustunud 1. november 2003, muudetud 2006 (<http://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12769931>, vaadatud 27. märtsil 2008).

Patendiseadus (1994). Tallinn, Riigikogu (RT I I 1994, 25, 406; terviktekst RT I 1998, 74, 1227). Jõustunud 23. mail 1994, muudetud 1996, 1998, 1999 ja 2001–2007 (<http://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=924149>, vaadatud 31. jaanuaril 2008).

Psühhiaatrilise abi seadus (1997). Tallinn, Riigikogu (RT I I 1997, 16, 260). Jõustunud 16. märtsil 1997, muudetud 1999, 2001, 2002, 2005 ja 2006 (<http://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=992425>, vaadatud 27. märtsil 2008).

Rahvatervise seadus (1995). Tallinn, Riigikogu (RT I I 1995, 57, 978). Jõustunud 21. juulil 1995, korduvalt muudetud, viimati 2007 (<http://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=832080>, vaadatud 27. märtsil 2008).

Raseduse katkestamise ja steriliseerimise seadus (1998). Tallinn, Riigikogu (RT I 1998, 107, 1766). Jõustunud 21. detsembril 1998, muudetud 2005 ja 2007 (<http://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=925400>, vaadatud 27. märtsil 2008).

Ravikindlustuse seadus (2002). Tallinn, Riigikogu (RT I I 2002, 62, 377). Jõustunud 1. oktoobril 2002, muudetud igal aastal, viimati 2007 (<http://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=833234>, vaadatud 25. jaanuaril 2008).

Ravimiseadus (2004). Tallinn, Riigikogu (RT2 I 2004, 2, 4). Jõustunud 1. märtsil 2005, muudetud 2005 ja 2006 (<http://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=693588>, vaadatud 31. jaanuaril 2008).

Tartu Ülikooli seadus (1995). Tallinn, Riigikogu (RT1 I 1995, 23, 333). Jõustunud 21. märtsil 1995, muudetud 1996, 1998, 1999). (<http://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=13000458>, vaadatud 30. jaanuaril 2009)

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus (2001). Tallinn, Riigikogu (RT1 I 2001, 50, 284). Jõustunud 1. jaanuaril 2002, muudetud igal aastal, viimati 2007 (<http://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=965572>, vaadatud 31. jaanuaril 2008).

Toiduseadus (1999). Tallinn, Riigikogu (RT2 I 1999, 30, 415; terviktekst RT I 2002, 13, 81). Jõustunud 1. jaanuaril 2000, muudetud 1999, 2001, 2002, 2004 ja 2006–2008 (<http://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=750600>, vaadatud 11. märtsil 2008).

Tubakaseadus (2005). Tallinn, Riigikogu (RT2 I 2005, 29, 210). Jõustunud 5. juunil 2005, muudetud 2006 (<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=728954>, vaadatud 27. märtsil 2008).

Töötervishoiu ja tööohutuse seadus (1999). Tallinn, Riigikogu (RT1 I 1999, 60, 616). Jõustunud 26. juulil 1999, muudetud igal aastal, viimati 2007 (<http://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=262686>, vaadatud 27. märtsil 2008).

Töötuskindlustuse seadus (2001). Tallinn, Riigikogu (RT I 2001, 59, 359). Jõustunud 1. jaanuaril 2002, muudetud 2002, 2003, 2005–2007 (<http://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=1047736>, vaadatud 25. märtsil 2008).

Veeseadus (1994). Tallinn, Riigikogu (RT1 I 1996, 40, 655; terviktekst RT I 1998, 13, 241). Jõustunud 16. juunil 1994, muudetud 1996–2007 (<http://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=752866>, vaadatud 11. märtsil 2008).

Vereseadus (2005). Tallinn, Riigikogu (RT2 I, 2005, 13, 63). Jõustunud 1. mail 2005, muudetud 2006 ja 2007 (<http://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12911576>, vaadatud 27. märtsil 2008).

Võlaõigusseadus (2001). Tallinn, Riigikogu (RT1 I 2001, 81, 487). Jõustunud 1. juulil 2002, muudetud 2002, 2003, 2004, 2005 ja 2007 (<http://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=961235>, vaadatud 10. jaanuaril 2008).

Välisõhu kaitse seadus (2004). Tallinn, Riigikogu (RT2 I 2004, 43, 298). Jõustunud 30. septembril 2004, muudetud 2005 ja 2007 (<http://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=874386>, vaadatud 11. märtsil 2008).

Ühisveevärgi- ja kanalisatsiooni seadus (1999). Tallinn, Riigikogu (RT1 I 1999, 25, 363). Jõustunud 21. märtsil 1999, muudetud 2000–2003 ja 2005 (<http://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=918139>, vaadatud 11. märtsil 2008).

Ülikooliseadus (1995). Tallinn, Riigikogu (RT I 1995, 12, 119; terviktekst RT I 2003, 33, 206). Jõustunud 18. veebruaril 1995, muudetud 1996–2006 (<http://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=13153093>, vaadatud 30. jaanuaril 2009)

10.3 Kasulikud viited

Eestis

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Põllumajandusministeerium: <http://www.agri.ee>
Kohalike omavalitsuste portaal: <http://portaal.ell.ee>
Vabariigi Valimiskomisjon: <http://www.vvk.ee>
Kodakondsus- ja Migratsiooniamet: <http://www.mig.ee>
Andmekaitse Inspeksioon: <http://www.dp.gov.ee>
Eesti E-tervise Sihtasutus: <http://www.e-tervis.ee>
Eesti Haigekassa: <http://www.haigekassa.ee>
Maksu- ja Tolliamet: <http://www.emta.ee>
Tervishoiuamet: <http://www.tervishoiuamet.ee>
Tervisekaitseinspeksioon: <http://www.tervisekaitse.ee>
Tööinspeksioon: <http://www.ti.ee>
Tervise Arengu Instituut: <http://www.tai.ee>
Sotsiaalkindlustusamet: <http://www.ensib.ee>
Ravimiamet: <http://www.ravimiamet.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>
Eesti Käitumis- ja Terviseteaduste Keskus: <http://www.ektk.ut.ee>
Eesti Geenivaramu: <http://www.geenivaramu.ee>
Poliitikauuringute Keskus PRAXIS: <http://www.praxis.ee>
Tallinna Tehnikaülikool: <http://www.ttu.ee>

Tallinna Ülikool: <http://www.tlu.ee>

Tartu Ülikool: <http://www.ut.ee>

Rahvusvahelised

European cancer registries study on cancer patients' survival and care - EURO CARE-3: <http://www.eurocare.it>

European Community Health Indicators: http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_en.htm

Global Fund: <http://www.theglobalfund.org>

International Compendium of Health Indicators: <http://www.healthindicators.org/ICHI/general/startmenu.aspx>

International Network Health Policy & Reform - Health Policy Monitor: <http://www.hpm.org/en/index.html>

Millennium Development Goal Indicators [online database]: <http://mdgs.un.org>

Statistical Office of the European Communities (Eurostat): <http://ec.europa.eu/eurostat>

Transparency International: <http://www.transparency.org>

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS: <http://www.unaids.org/en>

United Nations Population Information Network – A guide to population information on United Nations system web sites: <http://www.un.org/popin/index.html>

US Census Bureau International Database: <http://www.census.gov/ipc/www/idb/country/enportal.html>

WHO Regional Office for Europe European Health for All database (HFA-DB): <http://www.euro.who.int/hfadb>

WHO Regional Office for Europe Tobacco Control Database: <http://data.euro.who.int/tobacco>

World Bank: <http://www.worldbank.org>

10.4 Ülevaate „Tervisesüsteemid muutustes” metoodika ja koostamine

Ülevaated „Tervisesüsteemid muutustes” koostavad riigi eksperdid, kes teevad koostööd Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskuse (edaspidi „vaatluskeskus”) 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/observatory/Hits/20020525_1.

Ülevaadete koostamiseks kasutavad autorid mitmesuguseid andmeallikaid, siseriiklikku statistikat, riiklikke ja piirkondlikke poliitika-dokumente ja avaldatud kirjutisi. Vajadusel kasutatakse rahvusvahelisi andmeallikaid, nagu näiteks Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooni (OECD) ja Maailmapanga andmebaasid. OECD tervise-statistika sisaldab rohkem kui 1200 näitajat 30 OECD riigi kohta. Andmed saadakse riikliku statistikaameti 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 jaanuari väljaandest arvestab HFA andmebaas uut alajaotust laienenud Euroopa Liidu (EL) 27 liikmesriigi jaoks. Ülevaate „Tervisesüsteemid muutustes” autoreid julgustatakse andmeid üksikasjalikult analüü-

sima, eriti juhul, kui esineb probleeme seoses andmete erinevustega eri andmebaaside vahel.

Tavaliselt koosneb ülevaade „Tervisesüsteemid muutustes” kümnest peatükist:

- 1. Sissejuhatus:** visandab tervisesüsteemi üldise konteksti, sealhulgas geograafiline asukoht ja rahvastik, majanduslik ja poliitiline kontekst ning rahvastiku tervis.
- 2. Tervisesüsteemi ülesehitus:** annab ülevaate sellest, kuidas riigi tervisesüsteem on korraldatud, toob välja peamised osapooled ja nende volitused otsuste tegemisel; arutleb tervisesüsteemi ajaloolise tausta üle ning kirjeldab patsiendi rolli teabe, õiguste, valikuvõimaluste, kaebuste menetlemise, ohutuse ja kaasatuse valdkonnas.
- 3. Rahastamine:** annab informatsiooni tervisesüsteemi kuludest ja eri rahastamisallikatest ning kindlustuskaitse ulatusest, hüvitiste kättesaadavusest, ressursside jaotusest ja strateegilise ostmise protsessist ning tervishoiuteenuse osutajate tasustamisest.
- 4. Korraldamine ja planeerimine:** vaatlleb tervisepoliitika arendamise ning eesmärkide ja prioriteetide kehtestamise protsessi, käsitleb asutuste omavaheliste suhetega seotud küsimusi, pöörates eriti tähelepanu nende rollile valdkonna reguleerimisel ning sellele, mis aspektid reguleerimise alla kuuluvad; ning kirjeldab tervishoiutehnoloogiate hindamise protsessi, teadus- ja arendustegevust.
- 5. Materiaalsed- ja inimressursid:** käsitleb infrastruktuuri ning investeringute planeerimist; infotehnoloogiliste (IT) süsteemide rolli ja arengut; inimressursi osa tervisesüsteemis, muu hulgas teavet planeerimise, koolituse, registreerimise ja karjäärivõimaluste kohta.
- 6. Teenuste osutamine:** keskendub teenuste korraldamisele ja osutamisele ning patsientide liikumisele tervisesüsteemis, käsitledes rahvatervist, üld- ja eriarstiabi, kiirabi, päevaravi,

taastusravi, ravimeid, hooldusravi, psühhiaatrilist abi ja hambaravi.

7. **Peamised reformid tervisesüsteemis:** annab ülevaate reformidest, muutustest, strateegiatest ja organisatsioonilistest muudatustest, millel on olnud oluline mõju tervisesüsteemile.
8. **Hinnang tervisesüsteemile:** annab hinnangu tervisesüsteemi eesmärkide saavutamisele, kulude ja hüvitiste jaotumisele elanikkonnas (õiglus tervishoiu rahastamises ning teenuste ja ressursside jaotus rahvastikus), ressursside jaotamise otstarbekusele ja tervisesüsteemi tehnilisele efektiivsusele, tervishoiuteenuste kvaliteedile ja tervisesüsteemi rollile tervise parandamisel.
9. **Järeldused:** toob välja tervisesüsteemide muutmisest saadud kogemused; esitab kokkuvõtvalt lahendust vajavad probleemid ning tulevikuväljavaated.
10. **Lisad:** koondab kasutatud kirjanduse, kasulike viidete ja õigusaktide loetelud.

Ülevaate „Tervisesüsteemid muutustes” koostamine on kompleksne protsess, mis hõlmab:

- aruannete kirjutamist ja toimetamist, sageli mitmes variandis;
- rahvusvaheliste või riiklike ekspertide ja riigi terviseministeriumi poolt läbiviidavaid välishindamisi – autorid peavad terviseministri kommentaare arvestama, kuid ei pea neid lõplikku versiooni tingimata lisama;
- toimetaja ja rahvusvahelise multidistsiplinaarse toimetuse poolt läbiviidavat välishindamist;
- ülevaate lõpetamist, sealhulgas korrektuur ja trükkimine;
- levitamist (paberkandjal, elektrooniline avaldamine, tõlked ja müügitegevus).

Toimetaja on autoritele toeks kogu koostamisprotsessi vältel ning tihedas koostöös autoritega tagab protsessi kõikide etappide läbimise võimalikult efektiivselt.

10.5 Autoritest

Agris Koppel töötab tervisepoliitika ja -süsteemi eksperdina Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) Euroopa Regionaalbüroo Eesti esinduses. Ta on töötanud Sotsiaalministeeriumis ja Eesti Haigekassas ning juhatause esimehena kahes Eesti haiglas. Enne tööle asumist WHO Eesti esindusse, töötas ta tervisepoliitika analüütikuna Poliitika-uuringute Keskuses PRAXIS. Ta on omandanud arstikutse (MD) Tartu Ülikoolis.

Kristiina Kahur töötab tervishoiuökonomika peaspetsialistina Eesti Haigekassa tervishoiuökonomika osakonnas. Ta on töötanud Eesti Haigekassas alates 1998. aastast, esmalt usaldusarstina Eesti Haigekassa piirkondlikus osakonnas. Ta on omandanud arstikutse (MD) ja rahvatervise kutsemagistri kraadi (MPH) Tartu Ülikoolis.

Triin Habicht on Eesti Haigekassa tervishoiuökonomika osakonna juhataja. Ta on varem töötanud Sotsiaalministeeriumis rahvatervise valdkonnas. Ta omab magistrikraadi (MA) ning on Tartu Ülikooli majandusteaduskonna doktorant.

Pille Saar töötab peaspetsialistina Sotsiaalministeeriumi tervishoiu-osakonnas alates 2001. aastast. Ta vastutab kutsekvalifikatsioonide tunnustamise eest ja inimressursside planeerimise eest tervishoiu-valdkonnas. Ta on omandanud õendusosalase bakalaureusekraadi Tartu Ülikoolis.

Jarno Habicht on Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) Euroopa Regionaalbüroo Eesti esinduse juht. Alates 2003. aasta algusest on ta koordineerinud WHO tegevusi Eestis ning osalenud mitmetes tervisesüsteemi algatustes ja muutuste hindamisel Eestis ja teistes piirkonna riikides. Ta on omandanud arstikutse (MD) ning on rahvatervise doktorant Tartu Ülikoolis.

Ewout van Ginneken on Berliini Tehnikaülikooli tervishoiu-korralduse ja Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskuse Berliini osakonna teadustöötaja. 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 poliitika-kujundajaid 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 Maaailma Terviseorganisatsiooni Euroopa regioonis.

Kuidas saada ülevaadet „Tervisesüsteemid muutustes”

Kõik ülevaated „Tervisesüsteemid muutustes” on saadaval pdf-formaadis veebiaadressil www.euro.who.int/observatory, 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, teabeleht EuroObserver ja ajakiri Eurohealth. Kui soovite tellida ülevaate „Tervisesüsteemid muutustes” eksemplari paberkanalil, kirjutage palun aadressil: info@obs.euro.who.int

Euroopa
Tervisesüsteemide ja
poliitika Vaatluskeskuse
väljaanded on saadaval
veebilehel
[www.euro.who.int/
observatory](http://www.euro.who.int/observatory)

Praeguseks on avaldatud järgmiste riikide „Tervisesüsteemid muutustes“:

Albaania (1999, 2002^{a,g})
Andorra (2004)
Armeenia (2001^g, 2006)
Austraalia (2002^g, 2006)
Austria (2001^e, 2006^e)
Aserbaidžaan (2004^g)
Belgia (2000, 2007)^g
Bosnia ja Hertsegoviina (2002^g)
Bulgaaria (1999, 2003^b, 2007)^g
Kanada (2005)
Horvaatia (1999, 2007)
Küpros (2004)
Tšehhi Vabariik (2000, 2005^g)
Taani (2001, 2007)
Eesti (2000, 2004^{e,d})
Soome (2002)
Prantsusmaa (2004^{c,g})
Georgia (2002^{d,g})
Saksamaa (2000^e, 2004^{e,g})
Ungari (1999, 2004)
Island (2003)
Iisrael (2003)
Itaalia (2001)
Kasahstan (1999^g)
Kõrgõstan (2000^g, 2005^g)
Läti (2001)
Leedu (2000)
Luksemburg (1999)
Malta (1999)
Mongoolia (2007)
Taani (2004^z)
Uus-Meremaa (2001)
Norra (2000, 2006)
Poola (1999, 2005)
Portugal (1999, 2004, 2007)
Moldova (2002^z)
Rumeenia (2000^z)
Venemaa Föderatsioon (2003^g)
Slovakkia (2000, 2004)

Sloveenia (2002)
Hispaania (2000^h)
Rootsi (2001, 2005)
Šveits (2000)
Tadžikistan (2000)
Endine Jugoslaavia Makedoonia Vabariik (2000)
Türgi (2002^{g,i})
Türkmenistan (2000)
Ukraina (2004^z)
Suurbritannia ja Põhja-Iirimaa (1999^g)
Usbekistan (2001^g, 2007)

Selgitus

Kõik ülevaated on saadaval inglise keeles. Soovi korral on need saadaval ka järgmistes keeltes:

^a albaania
^b bulgaaria
^c prantsuse
^d georgia
^e saksa
^f rumeenia
^g vene
^h hispaania
ⁱ türgi
^j eesti



Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskuse (*European Observatory on Health Systems and Policies*) partnerid on Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) Euroopa Regionaalbüroo, Belgia, Soome, Kreeka, Norra, Sloveenia, Hispaania ja Rootsi valitsus, Veneto maakond Itaalias, Euroopa Investeeringuspank, Avatud Ühiskonna Instituut, Maailmapank, 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)

Ülevaadet „Tervisesüsteemid muutustes“ on süvaanalüüsid tervisesüsteemist ja –poliitikast, mille koostamise ja uuendamise aluseks on ühtne raamisitik, et võimaldada riikidevahelist võrdlust. Ülevaadet pakuvad nii fakte, statistikat kui ka analüüsi ning ülevaadet reformiplaanidest.

ISSN 1736-8448
ISBN 9949-13-195-2