



**Maailma
Terviseorganisatsioon**

Euroopa Regionaalbüroo

Võimalused Eesti tervisesüsteemi rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks: üks aasta hiljem

*Autorid: Sarah Thomson, Triin Habicht, Liis Rooväli,
Tamás Evetovits ja Jarno Habicht*

Märksõnad

RAHASTAMINE, TERVIS – trendid
TERVISEPOLIITIKA
JÄTKUSUUTLIKKUS
TERVISHOIUTEENUSTE PAKKUMINE – majandus
EESTI

© Maailma Terviseorganisatsioon 2011

Kõik õigused kaitstud. Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa Regionaalbüroo võtab vastu taotlusi oma trükiste osalise või täieliku reprodutseerimise või tõlkimise loa saamiseks.

Trükises kasutatud nimed ja materjali esitusviis ei väljenda Maailma Terviseorganisatsiooni seisukohti ühegi riigi, territooriumi, linna, piirkonna või selle asutuste õigusliku seisundi või riigipiiri või muude piiride kindlaksmääramise küsimustes. Punktiirjooned kaartidel tähistavad ligikaudseid piire, mille suhtes ei tarvitse veel olla täielikku kokkulepet.

Konkreetsete äriühingute või teatavate tootjate toodete mainimine ei tähenda, et Maailma Terviseorganisatsioon toetab või soovitab vastavaid tooteid, eelistades neid teistele samalaadsetele toodetele. Kaitstud kaubamärgid kirjutatakse suure algustähega, kui ei ole tegemist vea või ärajätmisega. Maailma Terviseorganisatsioon on rakendanud kõiki põhjendatud ettevaatusabinõusid, et kontrollida käesolevas trükises avaldatud informatsiooni. Avaldatud materjali levitatakse siiski ilma mingi selgesõnalise või enesestmõistetava garantiita. Materjali tõlgendamise ja kasutamise eest vastutab lugeja. Maailma Terviseorganisatsioon ei vastuta mingil juhul trükise kasutamisest tuleneva kahju eest. Autorite, toimetajate või ekspertide seisukohad ei pruugi alati väljendada Maailma Terviseorganisatsiooni otsuseid või ametlikku poliitikat.

Trükitud Eestis.



**Maailma
Terviseorganisatsioon**

Euroopa Regionaalbüroo

Võimalused Eesti tervisesüsteemi rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks: üks aasta hiljem

*Autorid: Sarah Thomson, Triin Habicht, Liis Rooväli,
Tamás Evetovits ja Jarno Habicht*

Sisukord

Autorid	6
Tänuavaldused	7
Kokkuvõte	9
Sissejuhatus	11
1. Avaliku sektori tulubaasilaiendamine	14
2. Finantskaitse tugevdamine	18
3. Tervisesüsteemi toimivuse parandamine vahendite otstarbeka jaotamise ja strateegilise ostmise abil	21
4. Tervisesüsteemi tugeva juhtimise säilitamine	24
Järeldused	26



Autorid

Sarah Thomson

LSE Health asedirektor ja Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskuse tervisepoliitika vanemteadur

Triin Habicht

Eesti Haigekassa tervishoiuosakonna juhataja

Liis Roováli

Eesti Sotsiaalministeeriumi terviseinfo ja analüüsi osakonna juhataja

Jarno Habicht

WHO esinduse juhi kohusetäitja Eestis ja WHO esindaja Moldova Vabariigis, WHO Euroopa Regionaalbüroo

Tamás Evetovits

Tervisesüsteemi rahastamise vanemspetsialist, WHO Euroopa Regionaalbüroo

Tänuavaldused

Autorid tänavad kõiki, kes aitasid koostada 2010. aastal avaldatud algset aruannet, 2011. aasta aprillis kursusel „Tervishoiu rahastamine pärast finantskriisi” osalenuid, Eesti Haigekassa juhatust, Heli Palustet ja Andres Vörku.

Lahtiütlus

Käesolevas aruandes ning selle autorite esitatud seisukohad ei kajasta tingimata Maailma Terviseorganisatsiooni, Eesti Vabariigi Sotsiaalministeeriumi või Eesti Haigekassa vaateid.

Kokkuvõte

2010. aasta aprillis avaldasime aruande, milles hinnati Eesti tervishoiu rahastamispoliitikat ning esitati ajavahemikuks 2010–2030 tervisesektori tulude ja kulude arenguproгноosid eri stsenaariumide kaudu, analüüsid demograafiliste, makromajanduslike ning tööturuga ja tervisesüsteemiga seotud tegurite mõju. Kõik stsenaariumid näitasid, et tervishoiukulud neelavad tulevikus järjest suurema osa riigi sissetulekute ning seejuures tervisesüsteemiga seotud tegurid – tehnoloogia areng ja muutused tervishoiuteenuste kasutamises – mõjutavad kulusid märksa rohkem kui demograafilised tegurid, nagu näiteks rahvastiku vananemine. Kui tervishoiuteenuste kasutamine suureneb samas tempos nagu viimase 5–10 aasta jooksul, on selle mõju kuludele suur. Lisaks sellele võib omaosaluse osatähtsus SKPst aastaks 2030 rohkem kui kahekordistuda, eeskätt suurema retseptiravimite tarbimise tõttu, mis mõjutab märkimisväärselt inimeste finantskaitset ja rahastamise õiglust.

2010. aasta aruandel oli kolm põhisõnumit:

- Tervisevaldkonna avaliku sektori tulubaasi tuleb laiendada, et tagada tervisesüsteemi suutlikkus tulla praegu ja pikemas perspektiivis toime oma eesmärkide täitmisega.
- Kulude kasvu ohjamiseks on vaja tõhustada tervisesüsteemi rahastamispoliitikat.
- Paralleelselt tuleb tegutseda mõlemal suunal: luua piisav tulubaas ning tegelda kulude juhtimisega.

Käesolevas lühikeses dokumendis käsitletakse peamiselt muutusi tervishoiu rahastamises alates 2009. aasta aprillist, mil alustasime algse aruande koostamist. Eesmärk ei ole hinnata 2010. aasta aruande mõju, vaid vaadata üle areng nendes valdkondades, mille puhul aruandes leiti, et need võivad märkimisväärselt mõjutada tervisesüsteemi rahalist jätkusuutlikkust. Selline läbivaatamine on eriti vajalik viimastel aastatel Eestis toimunud majanduslike ja poliitiliste muutuste tõttu: Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooni (OECD) liikmeks saamine, uue (kuid samas juba tuntud) valitsuse ametisse astumine ning kestvast majanduslangusest, kasvavast töötusest ja euroalaga ühinemisest tingitud eelarvesurve.

Finantskriisist ja euroala nõuetest tulenevad eelarvepiirangud on aidanud suurendada paljude 2010. aasta aprillis avaldatud aruande järel toimunud tervisesüsteemi muutuste poliitilist teostatavust. Eelkõige kehtib see otsuste puhul, mis käsitlesid tervishoiuteenuste hindade alandamist ja ravijärjekordade pikendamist aastatel 2010 ja 2011, et säilitada tervishoiuteenuste hea kättesaadavus tõsise majanduslanguse ajal. Tähelepanuväärne on ka see, et muutused saavutati ilma avalikkuse ja meditsiinitöötajate olulise vastuseisuta.

Sellel keerulisel perioodil tegid Eesti Vabariigi Sotsiaalministeerium (edaspidi „sotsiaalministeerium”) ja Eesti Haigekassa (edaspidi „haigekassa”) koostöös Ravimiameti ja Perearstide Seltsiga suuri jõupingutusi, et edendada ressursside tõhusamat kasutamist terve rea algatuste abil, näiteks laiendades hinnakokkuleppeid ja piirhindu kõikidele hüvitatavatele ravimitele, toetades toimeainepõhiste ravimite välja-

kirjutamist ja väljastamist, tõstes geneeriliste ravimite mainet avalikkuse ja meditsiinitöötajate silmis, laiendades perearsti koordinaatori rolli kroonilise haigusega patsientide puhul, võttes kasutusele uue DRG-süsteemi grupeerimisversiooni (ingl k *diagnosis related group*, DRG) päevaravi soodustamiseks ning julgustades jätkuvalt tervisetehnoloogiate hindamise, ravijuhiste ja kvaliteediindikaatorite kasutamist. Samal ajal tagati patsientidele finantskaitse, eelkõige seoses üldarstiabi ja retseptiravimitega.

Kõnealuseid jõupingutusi ei ole poliitiliselt toetatud kolmes valdkonnas, mis on üliolulised tervisesüsteemi pikaajalise rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks. Esiteks pidi haigekassa alandama tervishoiuteenuste hindasid ja pikendama ravijärjekordi, kuna valitsus keelas tal reservide kasutamise maksimaalses lubatud ulatuses. Lühiajalised kärped võivad omada pikaajalist ebasoodsat mõju tervishoiutöötajate soovile Eestis töötada. Kui haigekassa oleks saanud kasutada oma reserve piisavalt, ei oleks pidanud vähendama haigushüvitisi ja oleks olnud võimalik säilitada täiskasvanute hambaravihüvitisi. Selle asemel nihutati need kulud leibkondadele, riskides kahjustada finantskaitset, ja ei tõstetud 50%-lise soodustusega kulutõhusate retseptiravimite hüvitamise ülempiiri. Finantskaitse nõrgenemine toodi probleemina välja ka OECD 2011. aasta majandusülevaates Eesti kohta.

Teiseks ei ole valitsus siiani suutnud kasutada võimalust laiendada avaliku sektori tulubaasi. Algses aruandes näidati selgelt, kuidas tervisesüsteemi rahastamise jätkuv sõltuvus tööjõumaksude laekumistest ei genereeri tulevikus avaliku sektori jaoks piisavat tulu. Soovitasime kaht täiendavat meetet: sotsiaalmaksu kehtestamine muule kui palgasissetulekule (muutes selle sihtotstarbeliseks tulumaksuks) ja riigi poolt pensionäride eest makstav sotsiaalmaks. Hiljutine arutelu selles valdkonnas keskendus sotsiaalmaksu ülempiirile (mis pigem kahandab kui laiendab avaliku sektori tulubaasi), vabatahtliku ravikindlustuse rolli laiendamisele ja meditsiinisäästukontodele ning inimeste individuaalse vastutuse suundumisele oma tervise eest. Sellised meetmed võiksid rahuldada huvirühmi – eriti neid, kellel on konkreetsed ideoloogilised vaated –, kuid on ebatõenäoline, et need aitaksid tervisesüsteemil saavutada selliseid eesmärgi nagu tervise parandamine, finantskaitse tagamine ja ressursikasutuse tõhustamine.

Kolmandaks rõhutati algses aruandes, et on vaja rangemat ja strateegilisemat kontrolli tervise-sektori investeringute üle (eriti seoses haigla infrastruktuuri ja kallite meditsiiniseadmetega). OECD majandusülevaates käsitleti ka haiglate edasist ratsionaliseerimist kui suurema efektiivsuse tagamise peamist vahendit. Poliitilise tahte puudumine haiglavõrgu arengukava täieliku elluviimise poole püüdlisel suurendab tõenäoliselt survet tervishoiukuludele.

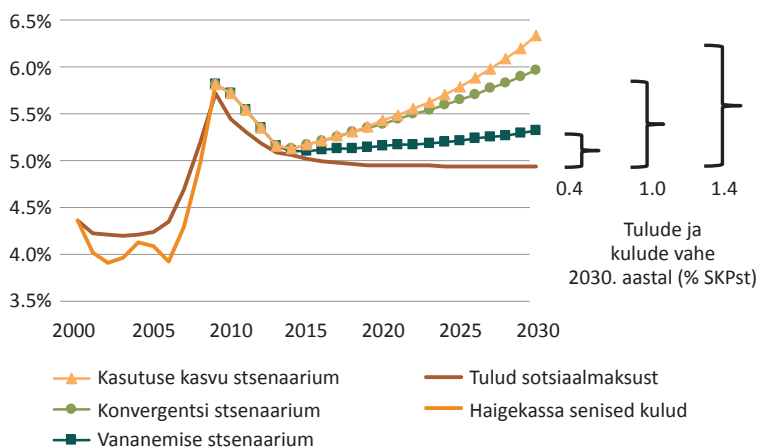
Majanduslangus on tõestanud, kuivõrd hästi on Eesti tervisesüsteem võimeline reageerima suhteliselt lühikesele kärpeperioodile (vähemalt paljude teiste riikidega võrreldes). Seda suuresti tänu haigekassa ja sotsiaalministeeriumi pragmaatilisele ja hoolikale tegevusele, milleks on eelkõige nende jõupingutused stiimulite korrastamisel ja finantskaitse säilitamisel olukorras, kus tuli oluliselt vähendada hindasid ja kindlustuskatet. Majanduslangus tõi esile veel kaks küsimust: a) tugevalt ainult tööjõumaksudest sõltuval tervishoiu rahastamisel on omad piirangud, kui majanduslikult aktiivsete inimeste arv võrreldes mitteaktiivsete inimestega väheneb, mis tõenäoliselt vähendab maksulaekumist, seab ohtu juurdepääsu tervishoiuteenustele ja kahandab tervishoiutöötajate hulka; ning b) muud kui sihtotstarbelised kulutused – nagu riigieelarve eraldised rahvatervisele – on tundlikud majanduskeskkonna muutuste suhtes.

Sissejuhatus

Miks on vaja veel üht aruannet?

2010. aasta aprillis avaldasime aruande, milles hinnati Eesti tervishoiu rahastamispoliitikat ning esitati tervisesektori tulude ja kulude arenguprognosisid ajavahemikuks 2010–2030.¹ Aruande prognoosides analüüsiti eri stsenaariumide kaudu demograafiliste, makromajanduslike ning tööturuga ja tervisesüsteemiga seotud tegurite mõju (joonis 1). Kõik stsenaariumid näitasid, et tervishoiukulud neelavad tulevikus järjest suurema osa riigi sissetulekutest, kuid tervisesüsteemiga seotud tegurid – tehnoloogia areng ja muutused tervishoiuteenuste kasutamises – mõjutavad kulusid märksa rohkem kui demograafilised tegurid, nagu näiteks rahvastiku vananemine. Kui tervishoiuteenuste kasutamine suureneb samas tempos nagu viimase 5–10 aasta jooksul, on selle mõju kuludele suur. Lisaks sellele võib omaosaluse osatähtsus SKPst aastaks 2030 rohkem kui kahekordistuda, eeskätt suurema retseptiravimite tarbimise tõttu, mis mõjutab märkimisväärselt inimeste finantskaitset ja rahastamise õiglust.

Joonis 1. Haigekassa tulude ja kulude arenguprognosisid protsendina SKPst, eri stsenaariumid, 2000–2030²



¹ Thomson, S., Vörk, A., Habicht, T., Roováli, L., Evetovits, T., Habicht, J. „Võimalused Eesti tervisesüsteemi rahalisel jätkusuutlikkuse tagamiseks” (2010) on aruanne, mille koostasid sotsiaalministeeriumi jaoks Eesti Haigekassa ja Maailma Terviseorganisatsioon. Kopenhaagen, WHO Euroopa Regionaalbüroo. Vt http://ee.euro.who.int/E93445_in_Estonian.pdf.

² Baasstsenaarium ehk rahvastiku vananemise stsenaarium näitab rahvaarvu ja rahvastiku struktuuri muutuste mõju tervishoiukuludele, eeldades et ravijahu keskmine maksumus muutub koos SKP kasvuga elaniku kohta. Kasutuse kasvu stsenaariumis eeldatakse, ravijahu keskmine maksumus muutub koos SKP kasvuga elaniku kohta ja tervishoiuteenuste kasutamine kajastab viimase 5–10 aasta suundumusi. Samuti eeldatakse, et sellistes valdkondades nagu näiteks hooldusravi esineb rahuldamata vajadusi, et tervishoiuteenuseid kasutatakse tänu diagnoosi ja ravi tehnilisele innovatsioonile rohkem ning et üldine suund on kulutõhusamate teenuste poole, näiteks päevaravi või üldarstiabi. Konvergenksi stsenaariumis lähtutakse eeldusest, et tervishoiukulud kasvavad tehnoloogia arengu tõttu kiiremini kui SKP elaniku kohta, et tervishoiusektoris kasvavad palgad kiiremini kui muudes sektorites ja et parem elukvaliteet ning soov arenenumatele naaberriikidele järele jõuda suurendab ootusi ning et tehakse poliitilisi otsuseid tervishoiusektori palkade ja hüvitiste kohta.

2010. aasta aruandel oli kolm põhisõnumit:

- Tervisevaldkonna avaliku sektori tulubaasi tuleb laiendada, et tagada tervisesüsteemi suutlikkus tulla praegu ja pikemas perspektiivis toime oma eesmärkide täitmisega.
- Kulude kasvu ohjamiseks on vaja tõhustada tervisesüsteemi rahastamispoliitikat.
- Paralleelselt tuleb tegutseda mõlemal suunal: luua piisav tulubaas ning tegelda kulude juhtimisega.

Käesolevas lühikeses dokumendis käsitletakse peamisi muutusi tervishoiu rahastamises alates 2009. aasta aprillist, mil alustasime algse aruande koostamist. Eesmärk ei ole hinnata 2010. aasta aruande mõju, vaid vaadata üle areng nendes valdkondades, mille puhul aruandes leiti, et need võivad märkimisväärselt mõjutada tervisesüsteemi rahalist jätkusuutlikkust. Selline läbivaatamine on vajalik Eestis viimastel aastatel toimunud majanduslike ja poliitiliste muutuste tõttu: Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooni (OECD) liikmeks saamine, uue (kuid samas juba tuntud) valitsuse ametisse astumine ning kestvast majanduslangusest, kasvavast töötusest ja euroalaga ühinemisest tingitud eelarvesurve.

Majanduslangus, euro kasutuselevõtt ja uus valitsus

Viimasel kahel aastal on toimunud palju olulisi majanduslikke ja poliitilisi muutusi, mis on mõjutanud ka tervisepoliitikat. 2010. aastal täitis Eesti euroalaga ühinemise tingimused ning 2011. aasta jaanuaris võeti euro Eestis ametlikult kasutusele. Euroalaga ühinemiseks vajalike lähenemiskriteeriumide täitmiseks pidi majanduspoliitika keskenduma eelarvepuudujäägi, võlakooormuse, inflatsiooni ja intressimäärade vähendamisele. Samal ajal on Eesti pidanud toime tulema ka 2008. aastal alanud majanduslangusega. Kuigi Eesti majandusolukord ei ole olnud nii kriitiline kui teistes Balti riikides, on töötus 15–64-aastaste inimeste seas oluliselt tõusnud: 2007. aastal oli see näitaja 4,8%, 2009. aastal 14,1% ja 2010. aastal 17,3%.³

2011. aasta märtsis valiti Eestis uut Riigikogu. Nagu oligi oodata, kogus Reformierakond teistest erakondadest rohkem hääli ja moodustas enamusvalitsuse koos Isamaa ja Res Publica Liiduga (häältel koguarvult kolmas partei), säilitades senise olukorra. Tervis ei olnud valimiskampaania ajal oluline teema ja seda ei tõstetud valimisdebattides esile. Sellele vaatamata oli tervisevaldkond kõigi erakondade valimisplatvormides esindatud. Kõik erakonnad pidasid kõige üldisemaks strateegiliseks ohuks seda, et puudub tervishoiuinfrastruktuuri ja -töötajaid käsitlev järjekindel lähenemisviis.⁴ Erakondade lahkarmused tervisepoliitika puhul tähendavad üldjuhul eriarvamusi riigi rolli kohta. Uue valitsuse juhtiva erakonna valitsev seisukoht on, et majanduskasv kindlustab suuremad kulutused sotsiaalkindlustusele.

³ http://pub.stat.ee/px-web.2001/1_Databas/Social_life/09Labour_market/12Unemployed_persons/02Annual_statistics/02Annual_statistics.asp

⁴ „Valimislbaduste analüüs: selged valikud tervishoiupoliitikas“, Poliitikauuringute Keskuse Praxis väljaanne, nr 6, 2011, kättesaadav veebilehel http://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Valitsemine_ja_kodanike%20C3%BChiskond/OSL_valmisanaluesid/Valimislbadusteanalys_valitshoid.pdf

Aprillis valmis uuel valitsusel koalitsioonileping, mis sisaldas ka järgmisi tervisesüsteemi muutusi:

- *rahastamine ja omaosalus*: muuta haigekassa eelarvelisi kohustusi nii, et selle vahendeid kasutatakse peamiselt tervishoiuteenuste jaoks (mitte töövõimetusega seotud rahaliste hüvitiste jaoks); kehtestada uus kindlustusliik, mis hõlmaks tööõnnetusi ning ajutist või alalist töövõimetust; uurida võimalusi vabatahtliku tervisekindlustuse laiendamiseks;
- *töötajad*: koolitada rohkem uusi perearste ja anda toetusi, et julgustada värskest kvalifitseeritud arste tööle asumise üldhaiglates ning väikelinnades ja maapiirkondades;
- *tervise edendamine ja haiguste ennetamine*: luua perearstidele võimalused inimeste tervisekäitumise mõjutamiseks, suurendada tervisejälgimise programme ja söeluuringute kättesaadavust ja kasutamist ning vaadata üle riiklik alkoholi- ja tubakapoliitika;
- *ravimipoliitika*: vaadata üle omaosalus retseptiravimite puhul eesmärgiga vähendada patsientide omaosalust ning tugevdada riigi võimet pidada läbirääkimisi ravimite hinna kujundamisel;
- *tervishoiu kvaliteet*: luua perearstide kvaliteedi parandamisele suunatud lisatasusüsteem, mis võimaldaks perearstidel palgata lisaõde haiguste ennetamiseks ja krooniliste haigete jälgimiseks, suurendada teenuseosutajate vahelist konkurentsi ja rahaliste vahendite sidumist patsientidega, rajada võrgustikupõhine vähiravisüsteem ning parandada hooldusravi ja koduõendust;
- *patsientide kaasamine*: suurendada inimeste vastutust oma tervise eest ja võimaldada inimestel interneti teel tutvuda oma ravijuhuga maksumusega, mida on rahastanud haigekassa.

Aruande ülesehitus

Dokument on jagatud neljaks põhiosaks, võttes aluseks algses aruandes esitatud soovitud. Igas osas põhjendatakse antud soovitusi ning kommenteeritakse 2009. aasta aprillist toimunud muutusi ja arutelusid.

1. Avaliku sektori tulubaasi laiendamine

Põhisoovitused ja nende põhjendused

- 1.1 Praeguse süsteemi põhielemendid tuleks jätta samaks.
- 1.2 Avaliku sektori tulubaasi tuleks laiendada.
- 1.3 Pensionäride eest peaks ravikindlustusmaksu maksma riigieelarvest.
- 1.4 Õigluse huvides tuleks sotsiaalmaks kehtestada ka kapitaliinvesteeringutelt saadavatele dividendidele.
- 1.5 Põhimõtted, millega eraldatakse tulusid riigieelarvest ravikindlustuse eelarvesse, peavad olema stabiilsed ja läbipaistvad. Kui seda ei tehta täiendavate sihtotstarbeliste maksude (või maksuosade) abil, peab valitsus sätestama vahendite eraldamiseks selge valemi, mis vähendab kõikumisi aastate lõikes.

Eesti ühe haigekassa süsteem on alates oma asutamisest 1990. aastate alguses hästi toiminud ja taganud stabiilse tuluallika. Keskne tulude kogumine ja hinnakujundus tõhustavad ravikindlustusvahendite kasutust, samas kui kindlustuskaitse ulatus (kindlustusega hõlmatus, hüvitatavate teenuste valik ja omaosaluse rakendamise põhimõtted) tagab finantskaitse ja loob eeldused üldarstiabi ja eriarstiabi võrdseks kättesaadavuseks kõigile kindlustatutele. Rahvusvaheliselt on tunnustatud haigekassa pingutusi tervishoiuteenuste strateegilise ostmise arendamisel, tema tegevuse läbipaistvust ning madalaid tegevuskulusid. Kõik analüüsi kaasatud huvirühmade esindajad olid arvamusel, et süsteemi stabiilsus on saavutatud eeskätt tänu sihtotstarbelisele sotsiaalmaksule ja haigekassa alalhoidlikule eelarvepoliitikale. Eeliseks, mis tagab sotsiaalsektori läbipaistvuse ja selge vastutusala de jaotuse, on ka ravikindlustuse eraldatus muust sotsiaalkindlustusest (nt pensionid ja töötuskindlustus).

Neid saavutusi tunnustades töid algse aruande koostajad välja ka mõningad probleemsed valdkonnad:

- Tervishoiukulude osa avaliku sektori kogukuludest võrreldes Euroopa Liidu (EL) keskmisega on madalam ning aastatel 2000–2007 on see langenud. See näitaja on madal ka võrreldes SKPga, mille peamine põhjus on vähene avaliku sektori poolne rahastamine. Kaasatud huvirühmade esindajad olid üksmeelse, et avaliku sektori suhteliselt madalad tervishoiukulud on tervisesüsteemi kitsaskoht.
- Elanikkonna vananemise ja tööpuuduse suurenemise tulemusel väheneb nende haigekassa kindlustatute osatähtsus, kes ravikindlustusmaksu maksavad. Isegi keskmise palga tõusu korral kasvavad haigekassa tulud 2030. aastal tervishoiukuludest aeglasemalt (joonis 1). Peaaegu kõik huvirühmade esindajad leidsid, et avaliku sektori tulubaasi on vaja laiendada muude kui tööhõiveld põhinevate maksude kaudu (nt kapitali- ja tarbimismaksud).
- Mõned olid ka arvamusel, et süsteemi õiglust õõnestab see, et eakamatele inimestele on kindlustuskaitse tagatud, ilma et nad osaleksid ravikindlustuse kulude katmisel. Aruandes väljendati arusaamist sellest, et paljud eakad inimesed on oma tööelus ravikindlustussüsteemi juba panustanud või ei suudaks praegu seda rahaliselt teha, kuna riiklikud pensionid on väikesed. Ühtlasi märgiti, et investorid saavad vältida osaliselt sotsiaalmaksu, kui nad võtavad oma raha välja valdavalt dividendidena, samas aga on neile tagatud kindlustuskaitse.
- Mõned huvirühmad väljendasid muret selle pärast, et kui jäädakse lootma suuremate eraldistele riigieelarvest, võib see õõnestada tervishoiusektori rahastamise stabiilsust ja läbipaistvust.

Areng ja tulemused

Valitsus ei ole avaliku sektori tulubaasi laiendamiseks astunud ühtki sammu. Samal ajal on sotsiaalministeerium vähendanud tervishoiusektorile eraldatavat summat. Sellel on lühikeses perspektiivis mõned olulised tagajärjed.

- Kuna palgad on langenud ja tööpuudus kiiresti suurenenud, vähenesid 2010. aastal haigekassa tulud. Tulude vähenemine koos valitsuse piirangutega reservide kasutamisele on kaasa toonud tervishoiuteenuste hindade languse 6%. 2011. aastal on hinnad pisut tõusnud, kuid on endiselt 5% madalamad kui 2009. aastal (üldarstiabi teenuste puhul 3% madalamad). Alates 2012. aastast tõstetakse tervishoiuteenuste hinnad tagasi 2009. aasta tasemele.
- 2010. aastal langesid tervishoiutöötajate palgad 4%.⁵ Riigiteenistujate palgad langesid rohkem (nt sotsiaalministeeriumis langesid 17%).
- Hindade ja palkade languse tõttu on ravijärjekorrad pikenenud kahekordseks: ambulatoorse eriarstiabi puhul 45 päevani (varem 20) ja haiglaravi puhul 60 päevani (varem 30) (Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2010). **Seega on finantskriis tõstnud esile tervishoiusüsteemi tugevalt tööturupõhise rahastamise ohtlikkuse.**
- See, kui kergesti suutis valitsus teiste prioriteetide tõttu kärpida mittemärgistatud tervishoiukulutusi, näitab, kui tähtis on tagada stabiilne ja läbipaistev vahendite vool tervishoiusektorisse. Kärpeid on tehtud kahes valdkonnas, kus tervishoiukulutused ei ole sihtotstarbelised: avaliku sektori rahvatervise kulutused ja kapitaliinvesteeringute rahastamine.
- 2009. aastal eraldati riigieelarves rahvatervisele 18% vähem vahendeid kui 2008. aastal. 2010. aastal vähenes see näitaja veel 6% võrra.⁶ Kuigi 2011. aastal peaksid need eraldised tõusma, on nende tase endiselt 2008. aasta omast 6% madalam. Riigipoolsete kulutuste vähenemist korvati ELi struktuurifondidest saadud vahenditega, mille osatähtsus avaliku sektori kulutustest rahvatervisele kasvas 2008. aasta 0,5%-lt 2010. aastal 28%ni ja peaks prognooside kohaselt 2011. aastal tõusma veel kuni 39%ni.⁷ ELi vahendite osatähtsuse suurenemine ohustab süsteemi rahastamise jätkusuutlikkust, sest kui neid vahendeid enam ei ole (ametlikult 2013. aastast, kuid nad võivad otsa saada juba 2012. aastal), võib nende puudumise katmine riigieelarvest osutada keeruliseks.
- 2008. aastal vastu võetud seaduse⁸ kohaselt on valitsus kohustatud tervishoiusektori kapitalikulud rahastama ülekannetega haigekassale. 2008. aastal eraldas sotsiaalministeerium natuke vahendeid (mitte täissumma) ja hiljem mitte midagi, pannes sellega vastutuse kapitalikulude eest sisuliselt haigekassale. Alates 2010. aastast saab ehitiste puhul, millele ei ole veel abi antud ELi struktuurifondidest, taotleda riigilt remondiks vahendeid, mis laekuvad CO₂ kvootide müügist.⁹ Kuigi tervishoiurajatiste remondiks vajalik summa on suhteliselt väike (u 8 miljonit eurot), ei näi see poliitika olevat kooskõlas haiglainfrastruktuuri riikliku strateegiaga.
- **Finantskriis on samuti näidanud, et mõned tervishoiukulutuste valdkonnad reageerivad majanduslikele kõikumistele tundlikumalt.** Kulutused rahvatervisele ja kapitaliinvesteeringutele ei ole muudetud sihtotstarbelisteks ja seega ei ole need tagatud erinevalt haigekassas keskselt juhitud avalikest tuludest. Samuti ei saa nende puhul kasutada kogunenud reserve, nagu seda

⁵ Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2010.

⁶ Sotsiaalministeeriumi arvutused.

⁷ Sotsiaalministeeriumi arvutused.

⁸ <http://www.riigikogu.ee/?op=steno&stcommand=steno&date=1291637100>

⁹ <http://www.rkas.ee/teenused/co2/co2-koondnimekiri>

teeb haigekassa. Valitsuse otsust neis valdkondades kulutusi kärpida on leevendanud ELi vahendite olemasolu, kuid välisrahastamisele tuginev probleem ei lahenda ja see ei saa olla ka pikaajaline lahendus.

Arutelud

Kuigi paljud huvirühmad saavad tervishoiusüsteemi avaliku sektori tulubaasi laiendamise tähtsusest aru, ei ole selleks mitte midagi ette võetud ning seda ei mainita ka koalitsioonilepingus. Rahandusministeerium peab 2011. aasta sügisel avaldama sotsiaalkulutuste rahastamise jätkusuutlikkuse kohta uurimuse, kus arvatavasti soovitatakse alternatiivseid võimalusi tervishoiusektori rahastamiseks. Viimastel kuudel on arutusel olnud peamiselt kolm võimalust: sotsiaalmaksu ülempiiri seadmine, ravikindlustuse rahastamise lahutamine tööjõumaksudest ning riigile kohustuse panemine hakata tegema pensionäride eest sissemakseid haigekassasse. Kahe esimese võimalusega püütakse vähendada tööjõukuludisid, mis on valitsuse jaoks tähtis eesmärk.

Sotsiaalmaksule ülempiiri seadmist on majandusministeeriumi toel tugevalt propageerinud Tööandjate Keskliit. Uuenduse mõte on luua tööandjatele soodsad tingimused võtta tööle paremini tasustatud, uuendusmeelseid töötajaid. Uurimused peavad siiski selle eesmärgi saavutamist küsitavaks.¹⁰ Oma algses aruandes (lk 103–104) ei pooldanud me sotsiaalmaksule ülempiiri seadmist põhjendusega, et see pigem kitsendaks kui laiendaks avaliku sektori tulubaasi ning oleks regressiivne, võimaldades rikkamatel töötajatel maksta vaesematest proportsionaalselt vähem. Debatil tulemusel tehti koalitsioonilepingus ettepanek seada ülempiir ainult sotsiaalmaksu pensionidele määratud osale.

Sotsiaalmaksutulu ravikindlustuse osa lahutamine tööjõumaksudest oleks tervitatav, kui: a) sellega koos laiendatakse maksubaasi palgatulult igasugusele tulule, nii nagu algses aruandes soovitati kehtestada sotsiaalmaksu dividendidele, ning b) lahutatud maks jääks sihtotstarbeliseks, mis vähendaks muresid avaliku sektori tervishoiutulude stabiilsuse ja läbipaistvuse pärast. Prantsusmaal õnnestus 1990. aastate keskel edukalt muuta sihtotstarbeline tööjõumaks, mille tulust rahastati sotsiaalkindlustust, sihtotstarbeliseks tulumaksuks.¹¹ Erinevad maksumäärad aktiivsetele ja mitteaktiivsetele inimestele muutsid selle maksu ka progressiivsemaks.

Võimalust, et riik hakkab pensionäride eest ise haigekassasse sissemakseid tegema, arutati 2010. aastal Riigikogu sotsiaalkomisjoni koosolekul ja kahel Riigikogu istungil (2010. aasta detsembris ja 2011. aasta jaanuaris).¹² Ka see võimalus oleks teretulnud, kui: a) selle jaoks leitaks selge vahendite jaotamise valem, nagu näiteks kindel protsent keskmisest sissetulekust, ja b) see valem oleks antitsükliline, st liiguks jooksvale majandustsüklile vastupidises suunas. **2004. aastal läks Slovakkia üle süsteemilt, kus riigipoolsed sissemaksed mitteaktiivse elanikkonna eest olid arbitraarsed (põhinedes täielikult poliitilistel otsustel), sellisele süsteemile, kus sissemaksete suuruseks on osa üle-eelmise aasta keskmisest palgast. Leedus kehtib sarnane poliitika.**¹³ See tagab, et majandussurutise ajal on sissemaksed pigem suuremad kui vääksemad (eeldusel, et surutis ei kesta kaua). Selge ja antitsükliline vahendite jaotamise valem aitaks eelkõige majanduslike kõikumiste ajal leevendada muresid stabiilsuse ja läbipaistvuse pärast. See lahendus aitaks leevendada muret ebaõigluse pärast, mida tajutakse seetõttu, et

¹⁰ http://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Valitsemine_ja_kodanikeuiskond/Kodanike_ja_politiikakujundajate_dialog_VUF_praxis_nr5_veeb.pdf

¹¹ Sandier, S. et al. (2004). *Health care systems in transition: France*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

¹² Vt <http://www.riigikogu.ee/?op=steno&stcommand=steno&date=1291878300>; <http://www.riigikogu.ee/?op=steno&stcommand=steno&date=1296111900#pk7977>

¹³ Szalay, T. et al. (2011). *Health Systems in Transition: Slovakia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Leedu ravikindlustuse seaduse § 16.

pensionärid saavad tervishoiusüsteemist kõige rohkem kasu, kuid ise sellesse selle teenuste kasutamise ajal ei panusta.

Mõned huvirühmad on väljendanud huvi vabatahtliku ravikindlustuse osatähtsuse suurendamise ning säästukontode kasutuselevõtmise vastu. Neid küsimusi ei ole struktuurselt arutatud ja kindlustusseltside huvi nende vastu on aja jooksul langenud.

Põhiprobleemid

Valitsus ei ole võtnud meetmeid tervishoiusüsteemi rahastamise jätkusuutlikkuse kindlustamiseks pikas perspektiivis ega ole ka lahendanud avaliku sektori tervishoiukulutuste stabiilsuse ja läbipaistvusega seotud probleeme. Majandussurutis, riigi tegevusetus avaliku sektori tulubaasi laiendamiseks ning haigekassa reservide kasutamisele pandud ranged piirangud on viinud avaliku sektori tervishoiukulutuste kärpimiseni ja eriarstiabi ravijärjekordade pikeneniseni. Avaliku sektori kulutuste vähenemist on osaliselt korvatud ELi vahenditega, kuid see on väga lühiajaline meede, mistõttu tekib küsimus, kuidas saada hakkama siis, kui praegune ELi rahastamisvoor 2013. aastal lõpeb.

2. Finantskaitse tugevdamine

Põhisoovitused ja nende põhjendused

- 2.1 Ratsionaalse ravimikasutuse riikliku poliitika tugevdamiseks tuleks luua selged stiimulid geneeriliste ravimite väljakirjutamise soodustamiseks ja näha apteekritele ette geneerilise asendamise kord.
- 2.2 Omaosaluspoliitika tuleks tervikuna üle vaadata, et seda lihtsustada, muuta see sihipärasemaks ning tugevdada nii otseseid kui ka kaudseid kaitsemehhanisme. Ratsionaalsema ravimikasutuse soodustamisega saavutatava säästu abil saaks kehtestada vaestele ja suurel hulgal teenuseid kasutavatele isikutele täiendavaid soodustusi.
- 2.3 Sotsiaalministeerium peaks jätkama finantskaitse jälgimist tervisesüsteemis ja tagama, et üldarstiabi jääks endiselt tasuta kättesaadavaks.
- 2.4 Valitsus peaks üle vaatama ravikindlustushüvitiste paketi ja kehtestama ajakava kindlustuskaitse laiendamiseks tõhusatele teenustele, nagu näiteks täiskasvanute hambaravi.

Praegune tervishoiu rahastamise poliitika tagab finantskaitse ning üldiselt õiglase tasuta üldarstiabi ja piiratud omaosalusega eriarstiabi kättesaadavuse. Sellele vaatamata toodi algses aruandes välja mitu probleemi.

- Finantskaitse ja õiglus tervishoiu rahastamisel on viimastel aastatel vähenenud kõigi sissetulekurühmade jaoks, eelkõige aga just vaesemate ja eakamate leibkondade puhul peamiselt omaosaluse kiire kasvu tõttu. See langus toodi samuti välja OECD 2011. aasta majandusülevaates Eesti kohta.¹⁴
- Esineb ka rahalisi takistusi ambulatoorsete retseptiravimite kättesaadavusel, hambaravile ja eriarsti vastuvõtule pääsemisel.
- Samuti on tõendeid selle kohta, et omaosalus ja ravimipoliitika ei ole aidanud kulusid kontrolli all hoida ning on suurendanud era- ja avalike vahendite kasutamise ebaefektiivsust.
- Ravimite käibemaksu tõus 5%-lt 9%-le 2009. aastal suurendas ravimite ja meditsiiniseadmete kulusid nii haigekassa kui ka patsientide jaoks.
- 2009. aastal tegi haigekassa retseptide väljakirjutamise järelkontrolli. 90 teenuseosutaja 800 väljakirjutatud retsepti põhjal leiti, et ligikaudu pooled kõikidest väljakirjutatud retseptidest ei olnud toimeainepõhised, olenemata sellest, et toimeaine väljakirjutamine on õigusaktide kohaselt kohustuslik.¹⁵

Areng ja tulemused

Ravimite ratsionaalne kasutamine. 2010. aastal toimus ravimipoliitikas mitu muutust, mille eesmärk oli tugevdada ravimite ratsionaalset kasutamist, ning selle tulemusel muutus märkimisväärselt suhtumine geneerilistesse ravimitesse (varem oli see alakäsitletud teema). Muutused andsid mõningaid positiivseid tulemusi.

¹⁴ http://www.oecd.org/document/42/0,3746,en_2649_34569_47468397_1_1_1_1,00.html

¹⁵ Kokkuvõte 2009. aasta ravikindlustushüvitiste kontrollidest: http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/juhuvalik_kodukale_2009.pdf

- 2010. aasta märtsis algatas sotsiaalministeerium ravimite väljakirjutamist käsitleva ministri määruse muutmise, et toetada ravimi toimeainepõhist väljakirjutamist ja väljastamist. Sellega ei muudetud ravimite väljakirjutamise eeskirju, kuid nõutakse, et apteegid tagaksid patsiendi jaoks väikseima omaosalusega ravimi ja märgiksid retseptile, kui patsient soodsamast ravimist keeldub.
- 2010. aasta aprillis muudeti ravikindlustuse seadust, et laiendada hinnakokkuleppe sõlmimist ja piirhindasid 50%-lise soodustusega ravimitele (mõned tõhusad ravimid ja paljud vähem kulu- tõhusad ravimid). Hinnakokkuleppeid kohaldati varem ainult ravimite suhtes, mis kuuluvad suurema soodustuse alla (100%, 90% ja 75%). Varem edutult välja pakutud muudatuse eesmärk on vähendada kõnealuste ravimite hinda haigekassa ja patsientide jaoks.
- 2010. aasta septembris algatas haigekassa koostöös sotsiaalministeeriumi, Raviameti ja Perekaride Seltsiga meedias geneeriliste ravimite reklaamikampaania. Kampaaniat toetasid aktiivselt perekarid ja vastuseisu on üles näidanud üksnes ravimitööstus.
- 2010. aasta alguses käivitasid haigekassa ja sotsiaalministeerium digiretseptide süsteemi, mis toimib praegu kõrvuti paberretseptidega. Uus süsteem muudab toimeainepõhiste ravimite väljakirjutamise lihtsamaks ja haigekassa kasutab süsteemi selleks, et töötada välja geneeriliste ravimite väljakirjutamisega seotud kvaliteediindikaatorid, mida saab rakendada siis, kui digiretsept on täielikult kasutusele võetud.
- Esialgne analüüs näitab, et esimest korda on patsiendi omaosalus ühe retsepti kohta vähenenud (andmed on olemas viimase viie aasta kohta). 2010. aastal oli see ühe retsepti kohta 0,32 euro-senti väiksem kui 2009. aastal.¹⁶ Ühtekokku on omaosalus retseptide kohta vähenenud alates 2009. aastast 4 miljoni euro võrra.

Omaosaluspoliitika. Kehtivaid omaosalustasusid ei ole tõstetud ja üldarstiabi jääb endiselt tasuta kättesaadavaks. Haigekassa hüvitiste määr on siiski veidi vähenenud:

- 2010. aasta jaanuaris kehtestati hooldusravile 15% omaosalus. See muutus võimaldas haigekassal enam rahastada haiglavälist hooldusravi (nt koduõenduse abil). 2010. aastal saadi nii 31 miljonit krooni kokkuhoidu (2 miljonit eurot).¹⁷ Algselt oli eesmärk (mis sisaldus 2015. aasta hooldusravi arengukavas) tõsta omaosaluse määra 30%-ni aastal 2014 ning jagada omaosaluskulud patsientide ja kohalike omavalitsuste vahel, kuid määra tõstmise mõte on jäetud praeguseks kõrvale.
- 2009. aasta juulis vähendas haigekassa ajutise töövõimetuse korral haigushüvitist 80%-lt 70%-ni palgast. Patsiendid ei saa enam haigushüvitist töövõimetuse teisel ja kolmandal päeval ning tööandjad hüvitavad nüüd neljanda kuni kaheksanda töövõimetuse päeva. Haigekassa makstav hüvitis on seega vähenenud: haigushüvitist ei maksta enam alates ajutise töövõimetuse teisest päevast, vaid alates üheksandast päevast. Selle muutuse tulemusel vähenesid haigekassa kulud 2010. aastal 8%. Pärast hüvitiste vähendamist on töövõimetuse juhtude arv vähenenud 29%.¹⁸
- 2009. aasta jaanuaris tühistas haigekassa täiskasvanute hambaravi iga-aastase rahalise hüvitise (hüvitis säilis pensionäridele, rasedatele ja alla üheaastaste lastega naistele). Selle hüvitise kärpimisega säästab haigekassa aastas 3,3 miljonit eurot.

¹⁶ 2009. aastal oli keskmine retseptiravimi hind 8,02 eurot. <http://www.haigekassa.ee/haigekassa/uudised?news=patsientide-omaosalus-soodusra>

¹⁷ Vt haigekassa nõukogu otsus tervishoiuteenuste loetelu muutmiseks: [http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/otsus%20nr_13%20TTL\(1\).doc](http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/otsus%20nr_13%20TTL(1).doc)

¹⁸ Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2009.

Arutelud

2010. aastal pakkusid perearstid välja valdkonnad, mille puhul nad võiksid kehtestada omaosaluse patsientide jaoks, kaasa arvatud visiiditasu (50 krooni), ja ennetava ülevaatuse jaoks, et vähendada ebavajalike visiitide arvu ja olla võrdväärsed eriarstidega. Sotsiaalministeerium on nõus lisama mõned teenused nn negatiivsesse loetellu, mis tähendab, et patsiendid peavad nende eest tasuma täismahus. Sellised teenused hõlmavad spordiklubidega seotud ülevaatusi, ilukirurgia eelkonsultatsioone, reisi-vaktsineerimist jne.

Sotsiaalministeerium on teinud ettepaneku tühistada 200-kroonise ülempiiri haigekassa hüvitise piirmääralt 50% soodustusega retseptiravimite puhul (alates 2012. aasta jaanuarist), et pakkuda patsientidele suuremat finantskaitset. Seda kõike ei ole ellu viidud haigekassa eelarveliste piirangute tõttu, kuid hea oleks üle vaadata nii see küsimus kui ka retseptiravimite omaosalusega seotud soodustused üldisemalt. Geneeriliste ravimite suurenenud kasutamine võimaldab suurendada finantskaitset ilma lisakulutusteta.

Põhiprobleemid

Geneeriliste ravimite väljakirjutamise ja väljastamise soodustamist käsitlev uus poliitika ning ulatuslikum hinnakontroll on olnud tulemuslikud: soodsamaid ravimeid kasutatakse rohkem, patsientide finantskaitse on parem ning avalikkus ja meditsiinitöötajad mõistavad ja aktsepteerivad ratsionaalset ravimikasutust paremini. Praegu veel siiski puudub geneerilisi ravimeid klassifitseeriv riiklik register. Kuigi klassifitseerimine nõuab tehnilisi lahendusi, muudab registri puudumine geneeriliste ravimite väljakirjutamise ja väljastamise jälgimise raskeks.

Kindlustuskaitse ulatuse vähendamist hooldusravi, täiskasvanute hambaravi ja töövõimetusega seotud hüvitiste puhul tuleb hoolikalt jälgida, et teha kindlaks, kuidas see mõjutab finantskaitset, teenuste kättesaadavust ja tervisetulemusi.

3. Tervisesüsteemi toimivuse parandamine vahendite otstarbeka jaotamise ja strateegilise ostmise abil

Põhisoovitused ja nende põhjendused

- 3.1 Sotsiaalministeerium peaks jätkama haiglate ülevõimsuse vähendamist, viies ellu haiglavõrgu arengukava ning töötades välja tugevama strateegia, mis juhiks haiglavõrku tehtavaid investeeringuid ja selle arengut – vaja on strateegiat, mis toetaks pigem tervisesüsteemi kui üksikute haiglate eesmärke.
- 3.2 Sotsiaalministeerium ja haigekassa peaksid rohkem kontrollima kallitesse meditsiiniseadmetesse tehtavaid investeeringuid.
- 3.3 Arvestades, et Eestis on oodatav keskmine eluiga (eriti meeste puhul) lühike, ning teades tervisluku vananemise olulisust ja terviseinvesteeringute positiivset majanduslikku mõju, peaks sotsiaalministeerium tegema tihedat koostööd teiste ministeeriumidega, et tagada piisavad investeeringud rahvatervise programmidesse ja haiguste ennetamisse. Terviseetemate arvestamine kõigis poliitikavaldkondades aitaks ohjata ka kroonilistest haigustest tingitud kulude kasvu.
- 3.4 Sotsiaalministeerium peaks koostöös haigekassaga suurendama esmatasandi osa tervisesüsteemis. Näiteks tuleks tugevdada perearstide kui koordineerija rolli, et nemad juhiks patsiendi liikumist läbi kogu tervisesüsteemi. Parandada tuleks esmatasandi strateegilist juhtimist ja aruandekohustust ning laiendada üldarstiabi tasuta kättesaadavust kogu elanikkonnale (mitte ainult ravikindlustusega isikutele).
- 3.5 Sotsiaalministeerium ja haigekassa peaksid tegema ka koostööd ratsionaalse ravimikasutuse olemasolevate strateegiatega rakendamisel ning uute strateegiatega, näiteks arstidele ja apteekritele mõeldud rahaliste ja muude stiimulite väljatöötamisel.
- 3.6 Haigekassa peaks rakendama teenuseosutajate tasustamismeetodeid, mis soodustavad üleminekut haiglaravilt ambulatoorsele ja päevaravile.
- 3.7 Haigekassa peaks rahastamisotsuste tegemisel tuginema teenuste osutamise tulemuslikkuse võrdlevale hindamisele ja kulutõhususele, kasutades näiteks tervisetehnoloogiate hindamist.

Eesti tervisesüsteem toimib üldjoontes hästi ning haigekassat on rahvusvaheliselt tunnustatud. Sellest hoolimata märgiti algses aruandes, et süsteemi sees on efektiivsuse suurendamiseks mitmeid võimalusi. See aitab kaasa paremate tulemuste saavutamisele, kuid ei ole tulude-kulude vahe katmiseks piisav. Efektiivsuse suurendamisest arusaadavalt rääkides on võimalik veenda patsiente, avalikkust ja poliitikutid selles, et süsteemis kasutatakse vahendeid vastutustundlikult.

Areng ja tulemused

Haiglate ülevõimsuse lahendamise strateegia väljatöötamine. Valitsuse strateegia kapitalikulude katmisel või kallitesse meditsiiniseadmetesse investeerimisel muutunud ei ole.

- Sotsiaalministeeriumi juhtimisel toimunud haiglavõrgu arengukava läbivaatamine lõppes 2009. aasta detsembris. Kuigi selle käigus määrati kindlaks uued haiglavõrgu arendamise põhimõtted, ei näi neil suurt mõju olevat.¹⁹

¹⁹ Habicht, J., van Ginneken, E. (2010). Estonia's health system in 2010: improving performance while recovering from a financial crisis. *Eurohealth*, 16(2):29–32.

- Siiani pole olnud piisavalt poliitilist tahet üldhaiglate ümberliigitamiseks kohalikeks, nagu on ette nähtud haiglavõrgu arengukavas (valitsuse 14. augusti 2009. aasta otsus).

Piisavate investeringute tagamine rahvatervisesse ja haiguste ennetamiseks. Rahvaterviseprogrammide riigipoolne rahastamine on alates 2008. aastast vähenenud.

- Seda on valdavalt korvatud ELi vahenditega. Kuigi see annab võimaluse prioriteetide seadmiseks avaliku sektori tervishoiu rahastamisel tulevikus, on see ühtlasi problemaatiline, nagu osutatud eespool. Haiguste ennetamiseks ja tervise edendamiseks eraldatud osa haigekassa eelarves ei ole vähenenud.
- Alkoholi- ja tubakaaktsiisi on alates 2008. aasta algusest tõstetud neli korda, millele lisandub veel üks tõus 2012. aasta jaanuaris. Tervise Arengu Instituut käivitas 2010. aastal mitu ELi vahenditega rahastatud kampaaniat alkoholi liigtarvitamise ennetamiseks. Käibemaksu- ja aktsiisitõusude mõju tervishoiule ei ole põhjalikult analüüsitud, kuid esialgsed uurimistulemused näitavad, et õlle kättesaadavus vähenes esimest korda 2008. aastal ja et alkoholi tarbimine on alates 2007. aastast langenud.²⁰

Esmatasandi osa suurendamine tervisesüsteemis. Toimunud on mitu muutust, teised on kaalumisel.

- 2010. aastal muudeti tervishoiuteenuste korraldamise seadust, et anda õdedele ja ämmaemandatele suurem roll. Alates 2010. aasta septembrist osutavad koolides kõiki tervishoiuteenuseid õed. Õdedele on samuti antud piiratud õigus ravimeid välja kirjutada.
- Perekarstide Selts andis 2010. aastal välja kvaliteedikäsiraamatu perekarstidele.
- 2011. aastal oli perekarstide osutatavate tervishoiuteenuste puhul piirhinna vähenemine väiksem, et säilitada üldarstiabi kättesaadavust.
- Sotsiaalministeeriumis on arutusel ravikindlustuse seaduse muudatuse eelnõu, mis piirab otsest juurdepääsu eriarstide juurde ning nõuab eriarsti juurde suunamist ka krooniliste haiguste korral. Perekarstid toetavad seda muudatust, kuid tuberkuloosiarstidelt on selle kohta tulnud mõneti negatiivset tagasisidet.
- Terviseametis on arutusel perekarstide juhtimise tsentraliseerimine (praegu maakonnatasandi kohaliku omavalitsuse vastutusalas).
- Riigikontroll esitas 2011. aastal aruande perekarstiteenuste korraldamise kohta,²¹ märkides selles, et on tähtis tagada üldarstiabi tasuta kättesaadavus, ning juhtides tähelepanu sellele, et perekarstiteenuste kättesaadavus on viimastel aastatel vähenenud. Samuti leiti aruandes, et perekarstid suunavad patsiente eriarstide juurde liiga tihti, millega kaasnevad suured lisakulud tervishoiusüsteemile. Üldarstiabi parandamiseks on vaja meetmeid mitmel rindel.

Haiglaravilt ambulatoorsele ja päevaravile ülemineku stimuleerimine. Haigekassa analüüsid näitavad, et minevikus oli päevaravi puhul paljudel juhtudel tegelikult tegemist ambulatoorse päevakirurgiaga (kestusega alla nelja tunni), mistõttu haigekassa on haiglatele üle maksnud.

²⁰ Lai, T. ja Habicht, J. (2011). Decline in alcohol consumption in Estonia: combined effects of strengthened alcohol policy and economic downturn. *Alcohol and Alcoholism* 46(2): 200-203.

²¹ Vt <http://www.riigikontroll.ee/Suhtedavalikkusega/Pressiteated/tabid/168/ItemId/596/View/Docs/amid/557/language/et-EE/Default.aspx>

- Haigekassa on keskendunud ambulatoorse, päeva- ja haiglaravi suhteliste mahtude muutmisele ning peab oma eelarves ja lepingutes eesmärgiks päevaravi. Haiglad on väljendanud sellele siiski mõningast vastuseisu.
- 2011. aastal kasutusele võetud uus DRG-süsteemi grupeerimisversioon eristab ühepäevaseid ja pikemaajalisi haigusjuhtusid, et soodustada päevaravi arendamist. See võimaldab päevaravi tegelikku sisu paremini analüüsida.

Tõendus põhise meditsiini edendamine. Haigekassa on Eestis pidevalt edendanud ja toetanud tervise-tehnoloogiate hindamist, et arendada välja ühine arusaam vajadusest tõendusmaterjalide järele otsuste tegemisel ja kliinilises praktikas.

- 2010. aastal hakkas Tartu Ülikooli tervishoiu instituut tegema tervishoiutehnoloogiate hindamisi.
- 2010. aastal alustas haigekassa ravijuhiste väljatöötamise süsteemi uuendamist, et muuta juhised tõendus põhiseks. Eesmärk on kaasata rohkem ülikooli arstiteaduskonda, suurendada arstide hulgas teadlikkust tõendus põhisest meditsiinist, julgustada arste olema tõendusallikate suhtes kriitilisemad, kohandada ravijuhised Eesti oludele vastavaks, kindlustada ravijuhiste levitamine ja rakendamine ning nende täitmise jälgimine.
- 2008. aasta seadusemuudatus jõustus 2010. aastal. Selle tulemusel on meditsiiniseadmete hindamine enne nende esitamist hüvitamiseks läbipaistvam (sarnane tervishoiuteenuste ja ravimite puhul kasutatava protsessiga).

Põhiprobleemid

Asjaolu, et riigil ei ole jätkuvalt tugevat strateegiat haiglainfrastruktuuri ja kallitesse meditsiini-seadmetesse tehtavate investeeringute jaoks, on keskpikas ja pikas perspektiivis suureks ohuks tervishoiusüsteemi rahastamise jätkusuutlikkusele. Riigikontrolli 2010. aasta aruandes haiglavõrgu arengukava kohta kritiseeriti valitsust selle pärast, et see ei ole välja töötanud selget strateegiat haiglasektori jaoks. Ka OECD 2011. aasta majandusülevaade peab haiglasektori edasist ratsionaliseerimist esmatähtsaks ülesandeks. Sellele vaatamata ei ole koalitsioonilepingus sõnagagi mainitud tervishoiusek-toris tehtavate investeeringute strateegia väljatöötamise kavasad. Muret valmistab ka välisrahastamise suurem osatähtsus tervishoiuinvesteeringutes. ELi vahendid ei ole kindlasti pikaajaline rahastamisalli-kas ning riigipoolse rahastamise viimine surutise-eelsele tasemele võib olla keeruline.

Positiivseks võib pidada meetmeid üldarstiabi tugevdamise ning pere- ja eriarstide teenuste tõhu-se parandamiseks. Kui see suudetakse rahaliselt hästi läbi mõelda, võib perearsti suunamise nõude laiendamine kroonilistele haigetele olla suur saavutus, mis viib eriarstiabi tarbetu kasutamise vähene-miseni ning patsientide ravi parema koordineerimiseni. Kuid nagu on öeldud ka Riigikontrolli hiljutises perearstiabi käsitlevas aruandes, ei piisa ravimudelite tõeliseks muutumiseks ainult sellest, kui mõeldakse, kuidas tasustada teenuste osutajaid. Positiivne on ka haigekassa uue DRG grupeerimis-versiooni kasutuselevõtmine päevaravis.

Haigekassa on finantskriisi tõttu olnud sunnitud vähendama tervishoiuteenuste hindu ning pikendama ravijärgjekordi, kuid samas on see toimunud ilma üldsuse ja meditsiinitöötajate suurema vastuseisuta. Kui aga haiglad on pikemat aega sunnitud tegutsema väiksemate hüvitistega, võib see piirata ressursi-de piisavust ning mured tööjõu, eriti õdede võimaliku puuduse pärast tervishoiusektoris on tõsised.

4. Tervisesüsteemi tugeva juhtimise säilitamine

Põhisoovitused ja nende põhjendused

- 4.1 Haigekassa peaks jätkama ja tõhustama teenuseosutajate tegevuse jälgimist ja hindamist eriti kliiniliste tulemusnäitajate osas. Investeeringud e-tervise süsteemi võivad kaasa aidata kliinilise kvaliteedi tõstmisele, sest sellega paraneb infovahetus ning väheneb analüüside ja uuringute dubleerimine.
- 4.2 Sotsiaalministeerium peaks haigekassa kõrval võtma juhtiva rolli kogu tervisesüsteemi strateegilise suuna näitamisel, tagades tervisesüsteemi piisava rahastamise (eelkõige nende valdkondade osas, nagu kiirabi ja rahvaterviseprogrammid, mida rahastatakse riigieelarvest), toetades teisi institutsioone nende ülesannete täitmisel ning edendades aruandekohustust ja terviseetamadega arvestamist kõigis teistes poliitikavaldkondades.
- 4.3 Võttes arvesse Tallinna hartas „Tervisesüsteemid tervise ja jõukuse heaks” kokkulepitud suunda, peaks sotsiaalministeerium tegema tihedamat koostööd rahandusministeeriumiga, et rõhutada tervisesüsteemi tehtavate investeeringute positiivset mõju majandusele, ning tagama selleks piisavad vahendid.
- 4.4 Eesti ühe haigekassa süsteem toimib hästi ja seda ei tohiks nõrgestada või asendada mõne konkurentsipõhise mudeliga. Valitsus peaks püüdma kõigiti vältida tervishoiu rahastamise edasist killustumist, mis tekitab ebaefektiivsust ja loob vastuolulisi stiimuleid. Killustatuse esinemisel – näiteks rahvaterviseprogrammide ja kiirabi rahastamisel – peaks sotsiaalministeerium võtma juhtiva rolli, et tagada tõhus koordineerimine.

Areng ja tulemused

Teenuseosutajate tegevuse jälgimise ja hindamise tõhustamine kogu tervisesüsteemis. Haigekassa toetab jätkuvalt kvaliteedinäitajate väljatöötamist e-tervise süsteemi abil.

- Uus digiresepti süsteem võimaldab lisada perearstide kvaliteeditasu süsteemi ravimitega seotud indikaatoreid. E-tervise süsteemi kasutamine haiglasektoris ei ole olnud väga aktiivne. Näiteks muudaks digiregistratuur ravijärjekorra andmed läbipaistvamaks ja annaks informatsiooni perearstide poolt väljastatud saatekirjade kohta, kuid haiglad ei ole selles osas ühel meelel. Selleks et e-tervise andmeid saaks kasutada kliiniliste otsuste tegemisel, tuleks suuremat tähelepanu pöörata andmekvaliteedile.
- Sotsiaalministeerium töötab välja vähivahendite süsteemi kvaliteedistrateegiat. Esialgu keskenduti kahele riiklikule vähikeskusele, kuid haiglate vastuseisu tõttu püüab sotsiaalministeerium täiendada seda lähenemisviisi, toetades võrgustikupõhise ravi väljaarendamist.

Strateegilise suuna näitamine kogu tervisesüsteemile ja terviseetamadega arvestamise edendamine kõigis teistes poliitikavaldkondades. Haigekassa ja sotsiaalministeerium teevad selles valdkonnas jätkuvalt edusamme.

- Rahvatervise küsimusi arutati 2010. aastal kuuel avalikul sotsiaalkomisjoni arutelul, mis lõppesid kahe Riigikogu eristungiga, millel käsitleti rahvatervist ja tervishoidu kui riikliku olulisusega küsimusi (2010. aasta detsembris ja 2011. aasta jaanuaris).²² Nende arutelude tulemusel otsustati laiendada rahvatervise arengukava (2009–2020) juhtkomiteed (kes kiidab heaks rahvatervise tegevuskavad ja aruanded), et kaasata kõik Riigikokku kuuluvad erakonnad.

²² Vt <http://www.riigikogu.ee/?op=steno&stcommand=steno&date=1291878300>; <http://www.riigikogu.ee/?op=steno&stcommand=steno&date=1296111900#pk7977>

- Tervise Arengu Instituut ja sotsiaalministeerium on algatanud aktiivse arutelu selle üle, kui tähtis on tervislik toitumine ja alkoholi liigtarvitamisega võitlemine rahvatervise parandamisel, kaasa arvatud arutelu turustamise mõju ja teiste sektorite poliitika üle.
- Tervise edendamine (HIV, riskikäitumine jne) lisatakse 2011. aasta sügisel ka koolide õppekavasse.

Tervisesüsteemi tehtavate investeeringute positiivse majandusliku mõju rõhutamine. Selles valdkonnas võiks veel palju ära teha. Tervise valdkonnas on peamine probleem piisavate rahaliste vahendite ja töötajate tagamine.

- 2009. aastal kasvas taotluste arv välismaal töötamiseks vajalike dokumentide väljavõtmiseks 35%²³ ning on näha, et värskest arstieriala lõpetanud lahkuvad kodumaalt, mistõttu tervishoiutöötajate väljaränne on muutunud põhiprobleemiks.
- See suundumus võib olla tingitud palgakärbetest, kuna 2010. aastal tervishoiutöötajate palgad vähenesid (arstidel 4%, õdedel 2% ja hooldajatel 1%).²⁴ Samal ajavahemikul vähenesid palgad kõikides majandussektorites 5%.²⁵

Tervisesüsteemi rahastamise edasise killustumise vältimine. Nii ELi vahendite kui ka CO₂ kvootide müügist laekuvate vahendite suurem kasutamine võis killustatust veelgi süvendada. CO₂ kvootide müügist laekuvate vahendite kasutamine hoonete renoveerimiseks ei tundu samuti kokku sobivat haiglainfrastruktuuri riikliku strateegiaga. Sotsiaalministeerium peaks püüdma tagada, et uued rahastamisallikad koordineeritakse ja viiakse kooskõlla kehtivate prioriteetidega.

Põhiprobleemid

Positiivne on jätkuv keskendumine ravi kvaliteedi indikaatoritele ning Riigikogus peetav arutelu rahvatervise ja tervishoiu üle. Oleks siiski hea ergutada jätkuvat avalikku arutelu tervishoiusektoris tehtavate strateegiliste investeeringute majandusliku väärtuse üle, kaasa arvatud selle üle, kui oluline on leida mooduseid piisava arvu kutseoskustega meditsiinitöötajate tagamiseks. **Poliitikutel peaksid mõistma, et tervishoiuteenuste hindade piisivad kärped võivad ressursside piisavust negatiivselt mõjutada ja kahanenud töötajaskonna asendamine võib olla tõsine probleem.** Mõistlik oleks ka pöörata tähelepanu tervishoiusektori jaoks ettenähtud rahastamisvoogude edasise killustatuse vältimisele.

²³ 2009. aastal esitati 254 taotlust, 2008. aastal 188; <http://www.terviseamet.ee/tervishoid/tervishoiutootaja-registreerimine/aruanalus.html>

²⁴ Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2010.

²⁵ Tervishoiutöötajate keskmiste palkade andmed on kättesaadavad veebilehel http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/Database_en/HCresources/06PersonnelWages/06PersonnelWages.asp; http://www.tai.ee/failid/Tunnipalk_2010_esitus.pdf

Järeldused

Finantskriisist ja euroala nõuetest tulenevad eelarvepiirangud on aidanud suurendada paljude 2010. aasta aprillis avaldatud aruande järel toimunud tervisesüsteemi muutuste poliitilist teostatavust. Eelkõige kehtib see otsuste puhul, mis käsitlesid tervishoiuteenuste hindade alandamist ja ravijärjekordade pikendamist aastatel 2010 ja 2011, et säilitada tervishoiuteenuste hea kättesaadavus tõsise majanduslanguse ajal. Tähelepanuväärne on ka see, et muutused saavutati ilma avalikkuse ja meditsiinitöötajate olulise vastuseisuta.

Sellel keerulisel perioodil tegid sotsiaalministeerium ja haigekassa koostöös Ravimiameti ja Perearstide Seltsiga suuri jõupingutusi, et edendada ressursside tõhusamat kasutamist terve rea algatuse abil, näiteks laiendades hinnakokkuleppeid ja piirhindu kõikidele hüvitatavatele ravimitele, toetades toimeainepõhiste ravimite väljakirjutamist ja väljastamist, tõstes geneeriliste ravimite mainet avalikkuse ja meditsiinitöötajate silmis, laiendades perearsti koordinaatori rolli kroonilise haigusega patsientide puhul, võttes kasutusele uue DRG grupeerimisversiooni päevaravi soodustamiseks ning julgustades jätkuvalt tervisetehnoloogiate hindamise, ravijuhiste ja kvaliteediindikaatorite kasutamist. Samal ajal püüdsid nad tagada patsientidele finantskaitse, eelkõige seoses üldarstiabi ja retseptiravimitega.

Kõnealuseid jõupingutusi ei ole poliitilise juhtimisega toetatud kolmes valdkonnas, mis on ülilülised tervisesüsteemi pikaajalise rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks. Esiteks pidi haigekassa alandama tervishoiuteenuste hindasid ja pikendama ravijärjekordi, kuna valitsus keelas tal reservide kasutamise maksimaalses lubatud määras. Lühiajalised kärped võivad omada pikaajalist ebasoodsat mõju töötajate kättesaadavusele. Kui haigekassa oleks saanud kasutada oma reserve, oleks ta seda riski vältinud ning säilitanud haigushüvitised ja täiskasvanute ennetava hambaravi hüvitamise. Selle asemel oli ta sunnitud need kulud nihutama leibkondadele, riskides kahjustada finantskaitset, ja ei suutnud tõsta 50%-lise soodustusega kulutõhusate retseptiravimite hüvitamise ülempiiri.

Teiseks ei ole valitsus siiani suutnud ära kasutada võimalust laiendada avaliku sektori tulubaasi. Algses aruandes näidati selgelt, kuidas tervisesüsteemi rahastamise jätkuv sõltuvus tööjõumaksude laekumistest ei genereeri tulevikus tervisesüsteemi jaoks piisavat tulu. Soovitasime kaht täiendavat meetet: sotsiaalmaksu kehtestamine muule kui palgasissetulekule (muutes selle sihtotstarbeliseks tulumaksuks) ja valitsuse poolt pensionäride eest tehtavad sissemaksud ravikindlustussüsteemi. Hiljutine arutelu selles valdkonnas keskendus sotsiaalmaksu ülempiirile (mis pigem kahandab kui laiendab avaliku sektori tulubaasi), vabatahtliku ravikindlustuse osa laiendamisele ja meditsiinisäätukontode loomisele ning inimeste individuaalse vastutuse suurendamisele oma tervise eest. Sellised meetmed võiksid rahuldada huvirühmi – eriti neid, kellel on konkreetsed ideoloogilised vaated –, kuid on ebatõenäoline, et need aitaksid tervisesüsteemil saavutada selliseid eesmarke nagu tervise parandamine, finantskaitse tagamine ja ressursikasutuse tõhustamine.

Kolmandaks rõhutati algses aruandes, et on vaja rangemat ja strateegilisemat kontrolli tervisesektori investeeringute üle (eriti seoses haiglainfrastruktuuri ja kallite meditsiiniseadmetega). OECD 2011. aasta majandusülevaates käsitleti ka haiglale edasist ratsionaliseerimist kui suurema efektiivsuse tagamise peamist vahendit. Poliitilise tahte puudumine haiglavõrgu arengukava täieliku elluviimise poole püüdlemisel suurendab tõenäoliselt survet tervishoiukuludele.

Majanduslangus on tõestanud, kuivõrd hästi on Eesti tervisesüsteem võimeline reageerima suhteliselt lühikesele kärpeperioodile (vähemalt paljude teiste riikidega võrreldes). Seda suuresti tänu haigekassa ja sotsiaalministeeriumi pragmaatilisele ja hoolikale tegevusele, milleks on eelkõige nende jõupingutused stiimulite korrastamisel ja finantskaitse säilitamisel olukorras, kus tuli oluliselt vähendada hindasid

ja kindlustuskatet. Majanduslangus tõi esile veel kaks küsimust: a) tugevalt ainult tööjõumaksudest sõltuval tervishoiu rahastamisel on omad piirangud, kui majanduslikult aktiivsete inimeste arv võrreldes mitteaktiivsete inimestega väheneb, mis tõenäoliselt vähendab ravikindlustuse laekumisi, seab ohtu juurdepääsu tervishoiuteenustele ja kahandab tervishoiutöötajate hulka; ning b) muud kui sihtotstarbelised kulutused – nagu riigieelarve eraldised rahvatervisele – on tundlikud majanduskeskkonna muutuste suhtes.

