

# Eesti patsiendi minevikuvõidud ja tulevikuvõimalused

Ain Aaviksoo, Raul Kiivet, Gerli Paat, Janek Saluse

Eesti Haigekassa 2008. tulud olid ligi 12,9 ning kulud 12,3 miljardit krooni pärast 75%-list kasvu eelneva kolme aasta jooksul. 2009.a-l on järsult vähendatud haigushüvitisi elanikele ning raviteenuste eelarvet on kärbitud. Tõsi, pärast teistkordset kärbet 2009.a on sellest järele jäänud 12,02 miljardit krooni, mis on ikkagi veel rohkem kui 2007.a., mil ravikindlustuse eelarve oli 11,2 miljardit krooni. Võrreldes 1990.a on tänaseks üles ehitatud kaasaegne tervishoiusüsteem, nii et kohati võime ennast täiesti sisukalt võrrelda meist jõukamate ja pikema arendusajaga riikidega.

2005. aastal hoiatas Praxis, et tervishoiu rahastamise ja ühiskonna ootuste vahel pakutavate hüvede osas valitsevad pikas perspektiivis suured käärid. Tänapäevaks on rahastamise pool veelgi mustemaks muutunud, nii et senisel viisil jätkamine muutub ilmvõimatuks varem, umbes 2011. aastal.

Eestis on tavaks rääkida arstide, õdede ja voodite arvust, e-tervisest ja lineaarkiirenditest, samal ajal kui inimeste omaosalus teenuste eest tasumisel on juba ligi 25%. Me teame, et haiglareformi lõpetamiseks on puudu umbes ühe Haigekassa aastaelarve jagu investeringuid, samal ajal kui hooldus- ja taastusraviteenuseid ei saa valdav osa nende vajajaist.

21. sajandi paradigma kohaselt on sisendite asemel oluline arutleda selle üle, millist teenust peaks iga Eesti elanik tervishoiusüsteemilt saama. Millised on ühiskonna ootused tervishoiusüsteemile Eestis aastal 2010 ja edaspidi (2020-2030) ning kas tänaseks ülesehitatud struktuuri ja selle poolt pakutavate teenustega saame siis hakkama? Mis on see, mille saavutamiseks Eesti elanikud peaksid tõenäoliselt rohkem rahaliselt panustama?

## Põhjäreldused

- ☛ Eesti elanike jaoks on kasvuaastail jõudsalt arenenud eeskätt aktiivravi
- ☛ Moodsa ja kalli tehnoloogia hulk ning selle kasutamine on kordades suurenenud
- ☛ Perearstisüsteemi arengul on oluline roll aktiivravi heade tulemuste võimaldamisel
- ☛ Areng on olnud ebahühtlane erialade ning raviliikide lõikes
- ☛ Alaarenenud on järel-, taastus- ja hooldusravi
- ☛ Patsientide omaosalus ja sissetulekust sõltuv ebavõrdsus on kasvanud
- ☛ Patsiendikeskseks lähenemiseks on vaja olulisi muutusi ravi korraldamises



PRAXISE  
mõttehommik



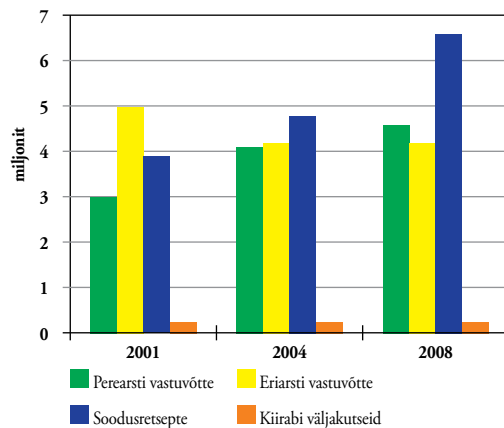
Ain Aaviksoo on Praxise tervisepoliitika programmi direktor ja juhatuse liige alates 2005. aastast. Tema peamised uurimissuunad on tervishoiusüsteemi toimimine ja e-tervis ning samuti halduspoliitika ja valitsemine. Ain on omandanud rahvatervise magistrikraadi USAs Harvardi Ülikoolis ning eelnevalt lõpetanud Tartu Ülikooli arstiteaduskonna üldarsti kutsega. Ain jätkab oma õpinguid Tallinna Tehnikaülikoolis tervishoiu informaatika doktorantuuris.

## Mis on majanduskasvust jõudnud patsiendini?

### Aktiivravi tempokas areng

Tervishoiusüsteemi suunatud raha massiivse kasvu juures on tarbija seisukohast kõige olulisem küsimus, kas ja kui palju on seejuures kasvanud osutatud teenuste ja selleni jõudnud inimeste hulk.

Joonis 1. Ambulatoorse arstiabi trendid 2001-2008



Allikas: Tervise Arengu Instituut

Põhiline tervishoiureformide ja haigekassa rahastamisotsustega saavutatud muudatus Eestis on eriarstivisiitide osakaalu vähenemine ja asendumine perearsti visiitidega. Omakorda perearsti visiitide puhul on viimastel aastatel pidurdunud uute haigusjuhtudega seotud vastuvõtude arv, märkimisväärselt vähenenud koduvisiidid ning kasvanud on eeskätt profülaktilised ja pereõe iseiseisvad vastuvõttud.

**Perearstisüsteemi** jõuline käivitamine alates 1990.-date aastate lõpust on andnud igale Eesti elanikule "oma arsti" ning võimaldanud suhteliselt väikeste kuludega suurendada patsiendi kontaktide arvu tervishoiusüsteemiga, sealhulgas arendada haiguste ennetamisele suunatud tegevusi nn kvaliteedipõhise tulemustasuga rakendamisega alates 2006.a.

Tabel 1. Statsionaarse arstiabi trendid 2001-2008

Statsionaarne arstiabi	2001	2004	2008	2008/2001
Kokku haiglaravi saanud isikuid	207 500	206 000	215 000	104%
Isikuid statsionaaris	181 500	171 000	169 000	93%
Isikuid päevaravil	26 000	35 000	46 000	177%
Kokku operatsioone	98 000	109 000	147 000	150%
Operatsioone statsionaaris	89 000	91 000	99 000	111%
Operatsioone päevaravis	9 000	18 000	48 000	533%

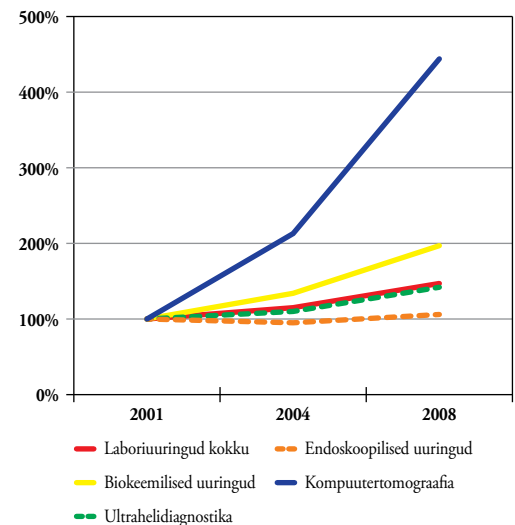
Allikas: Eesti Haigekassa, Tervise Arengu Instituut

**Haiglaravi episoodide** suhteline arv on viimase aastakümne jooksul samuti püsitud sisuliselt muutumatu, 2008.a oli Eesti haiglates kokku 1000 elaniku kohta 168 hospitaliseerimist. Seevastu haiglas toimuv on muutunud oluliselt intensiivsemaks. Ühelt poolt on haiglas veedetud aeg lühenenud 1,5 päeva ehk 20% ja teisalt on operatsioonide arv on kasvanud 50%, võrreldes 2001. aastaga.

Viimasel aastakümnel on veidi vähenenud statsionaarsel haiglaravil viibinud inimeste arv ja samas on jõudsalt suurenenud päevaravi saanud ja eriti päevaravi käigus opereeritud isikute arv.

**Uuringute** koguarv on alates 21. sajandi algusest suurenenud keskmiselt poole võrra. Samas on eeskätt kaasageste ja kallimate uuringuliikide (biokeemilised uuringud, kompuuter- ja magnetresonantsomograafia) kasutamine suurenenud mitmekordselt. Ühelt poolt võimaldab seda tehnoloogia areng, teisalt ka raviteenuste eest tasustamise mehhanismid.

Joonis 2. Teostatud uuringute trendid 2001-2008



Allikas: Tervise Arengu Instituut

**Ravimite** määramine arstide ja ostmine patsientide poolt on suurenenud kaks korda võrreldes 10 aasta taguse ajaga, seda ka retseptiravimite kasutamine koguseid arvestades. Samas on ravimikasutuse kasv väga ebahütlane erinevate diagnooside lõikes. Nii näiteks on 10 aastaga vererõhuravimite kasutamine kasvanud ligi 9 korda, samal ajal kui muude ravimite puhul on muutus kõigest 50%. Seetõttu võib kindlalt väita, et Eestis on valdkondi, kus ravimite kasutus on põhjendamatult väike. Näiteks opiaatide (valuvaigistite) kasutamine jääb pea 6-kordselt maha Põhjamaadest.

Raul Kiivet on alates 1996 aastast Tartu Ülikooli tervishoiukorralduse professor ning tervishoiu instituudi juhataja. Tema peamised uurimisvaldkonnad on arstiabi, ravimite ja terviseteenuste kasutamise ja tulemuslikkuse hindamine.



Tabel 2. Ravimite kasutamine (päevadoosides 1000 elaniku kohta) Eestis võrreldes 5 Põhjamaa keskmisega

	1995		2007	
	Eesti	Põhjamaad	Eesti	Põhjamaad
Kokku retseptiravimeid	249	562	591	1 132
sh vererõhuravimid	28	155	242	319
ülejäänud retseptiravimid	221	407	349	813
sh opiaadid (valuvaigistid)	0,5	11,8	2,1	18,6

Allikas: Ravimiamet

## Võrdlus naabermaadega

Eestis on võrreldes Soome ja Rootsi tervishoiukulud ühe elaniku kohta viis korda väiksemad, kuid omaosalus raviteenuste eest tasumisel on suurem kui Põhjamaades.

Võrreldes jõukate naaberriikidega Põhjalas külastavad Eesti patsiendid sagedamini arste ambulatoorselt (aasta jooksul 6,2 visiiti elaniku kohta Eestis vs 2,8 Rootsis ja 4,3 Soomes), kuid haiglas viibivad sama palju. Seega on Eesti arstide töökoormus ambulatoorses ravis oluliselt suurem kui Põhjamaades.

Tabel 3. Raha ja voodikohti Eesti ja lähinaabrite võrdluses 2006.a

	Soome	Rootsi	Läti	Eesti
Tervishoiukulud 1 elaniku kohta (euro)	2,586	3,179	454	503
Omaosaluse % tervishoiukuludest	24%	18%	41%	27%
Aktiivravi voodeid 1000 elaniku kohta	3	2,9	7,2	3,9
Järelravi voodikohti 1000 elaniku kohta	3,9	3,2	0,3	0,9

Allikas: NOMESCO

Tabel 4. Kirurgilised lõikused 1000 elaniku kohta Eestis ja naaberriikides

	Soome	Rootsi	Taani	Eesti
Apendektoomia	134	119	105	169
Koletsiüstektomia	159	132	124	213
Hüsterektomia	143	97	112	160
Diskioperatsioonid	61	28	47	74
Katarakti operatsioonid	722	625	474	570
Koronaaride šunteerimine	66	99	45	55
Perkutaanne koronaroplastika (PTCA)	153	195	174	80
	Soome	Rootsi	Läti	Eesti
Haiglaravi episoodide 1 elaniku kohta	0.19	0.15	0.22	0.18
Arstivisiite 1 elaniku kohta	4.3	2.8	5.2	6.2

Allikas: NOMESCO

Aktiivravi võimalusi e. voodikohti on Eestis Põhjamaadega võrreldes sama palju, seevastu järelravi füüsilise võimekus on 1/4 Põhjamaade tasemest ja hooldusravi võimalusi ei saa üldse võrrelda. Arste 1000 elaniku kohta on Eestis sama palju kui Põhjamaades, kuid õdesid ainult 2/3 ja hoolduspersonali 1/3 Põhjamaade tasemest.

Nn traditsiooniliste operatsioonide (näiteks pimesoole või sapipõie eemaldamine) teostamise sagedus on Eestis veidi suurem kui Põhjamaades. Samas keerukate kõrgtehnoloogiliste operatsioonide puhul (näiteks ortopeedia ja kardiokirurgia) jääme maha eeskätt vaid väga eakate inimeste hulgas, silmakäe operatsioonide suhteliselt sageduselt ei eksisteeri enam sisuliselt üldse erinevust.

## Millest Eesti patsient ilma jääb?

**Alaarenenud valdkonnad** eksisteerivad Eesti tervishoius jätkuvalt ka teenusvaldkondades lisaks ravimikasutuse erinevustele, seda vaatamata väga kiirele rahastamise kasvule 2004-2008.a.

Näiteks tuvastas Riigikontrolli audit 2006.a, et üksnes 19% taastusravi vajajatest on seda saanud ning vaid pooled neist õigeaegselt, kusjuures nii Eesti Haigekassa kui ka teenuse osutajad nõustusid, et taastusravi vajadus on oluliselt suurem kui võimalused Eesti tervishoiu kõige jõukamatel aastatel. Rahuldumata vajadust kinnitab ka 3 korda kiirem omaosaluse kasv taastusravis võrreldes muude raviliikidega.

**Hooldusteenustest** on rahastamisega kaetud hooldushaigla osas 21% ja koduhoolduse teenuste puhul 15% vajadusest, selgus hiljuti Sotsiaalministeeriumi tellimisel PricewaterhouseCoopersi poolt läbi viidud uuringust. Sama uuringu põhjal ning Eesti Demograafia Instituudi andmetele tuginedes vajaks 37,8% üle 65-aastastest elanikest kõrvalist abi, nendest nn formaalset hooldust umbes 25%, samal ajal kui realselt suudetakse seda pakkuda vaid 5,6%-le.

Sarnast puudujääki hooldusravis kinnitab ka rahvusvaheline võrdlus, mille kohaselt pakutakse Eestis tegelikult vajadusest 4-5 korda vähem hooldusteenuseid. Väljakutse suuruselt Eesti jaoks annab aimu hinnanguline vajadus investeerida vähemalt neli korda rohkem hooldusteenuste arendamisse, Põhjamaade tasemeni jõudmiseks isegi üle 10 korra enam tänasega võrreldes.

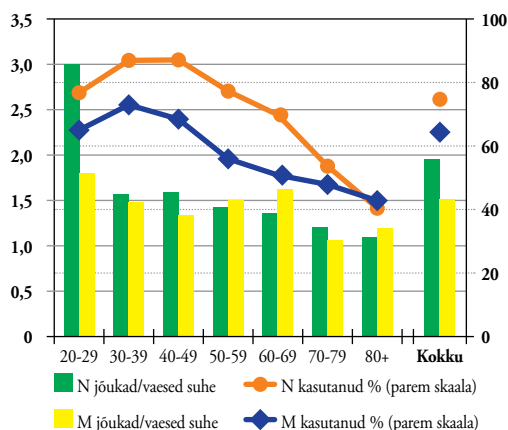


Gerli Paat töötab Praxise tervisepoliitika programmi analüütiku ja projektijuhina alates 2007. aastast. Tema peamised uurimisvaldkonnad on esmasandi tervishoid, tervishoiu kättesaadavus ja kvaliteet ning muud tervishoiu küsimused. Gerli on omandanud magistrikraadi Tartu Ülikoolis rahvatervise erialal, spetsialiseerumisega epidemioloogiale ja biostatistikale ning jätkab rahvatervise doktorantuuris.



Janek Saluse töötab Praxise tervisepoliitika programmi analüütiku ja projektijuhina alates 2008. aastast. Tema peamised uurimisteemad käsitlevad tervishoiu majanduslike aspekte. Janek on omandanud bakalaureusekraadi ja magistrikraadi majandusteaduses Tartu Ülikoolis spetsialiseerumisega modelleerimisele ja majanduspoliitikale ning jätkab ka samas doktoritöödes.

Joonis 3. Hambaravi kasutamine viimase 3 aasta jooksul, sõltuvus sissetulekust



Allikas: Eesti Terviseuuring 2006

**Hambaravi** kasutajate hulk hakkas vähenema alates 2000.a, mil järk-järgult vähendati täiskasvanute hambaraviteenuste hüvitamist, kuni üldine majandusliku elujärje paranemine alates 2004.a lõi paremaid võimalusi oma tervise eest hoolitsemiseks. Siiski, 2006.a läbi viidud Terviseuuringu andmetel jõuavad allpool vaesuspiiri elavad naised 2 ning mehed 1,5 korda harvemini hambaraviteenusteni võrreldes jõukamate sookaaslastega. Veelgi alarmeerivam on et kolme aasta kestel ei olnud hambaarsti juures kordagi käinud 25% naistest ning 35% meestest.

### Kvaliteedist teame vähe

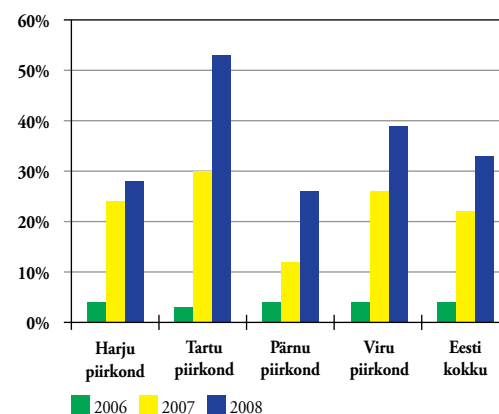
Kvaliteedi mõistet kasutatakse tervishoiuteenuste puhul sageli, kuid Eestis seisab sellega tõsine tegelemine alles ees.

Põhiline puudus seisneb teadmiste puudumises, milline on ravikvaliteet Eestis ja kas see on võrreldav naabermaadega. Olemas on järelevalveorganid – Tervishoiuamet, Eesti Haigekassa ja maavanemad –, kelle töö tulemuslikkuse kohta on Riigikontroll 2007.a järeldanud muuhulgas, et “järelevalvel ei ole praegu selget eesmärki, mistõttu puudub selgus, kas [...] sel on oluline mõju tervishoiuteenuse kvaliteedi paranemisele” ning seda, et “järelevalve ei hinda [...] piisavalt raviteenuse sisulist kvaliteeti”.

Kvaliteedi argumendile toetudes on ohtralt kasvatatud nii radioloogilise kui laboratoorse diagnoosimise võimekust, lisandunud on võimalused teha säästvaid (endoskoopilisi) operatsioone. Samas ei saa kogu seda tegevust ilmingimata edukaks pidada, ilma et tegeldaks senisest oluliselt rohkem tervishoiuteenuste väljundite ehk tulemuste analüüsiga praeguse sisendi ehk ressursipõhise arutelu asemel. Viimane väide põhineb nii rahvusvahelisel empiirilisel kogemusel kui ka Riigikontrolli seisukohal.

**Perearstiabis** on kvaliteedi arendamises jõutud kõige kaugemale, kus alates 2006.a osaline tasustamine toimub kokkulepitud kvaliteedikriteeriume järgides ning selle tulemuslikkust on võimalik realselt mõõta. 2008.a suutis kolmandik Eesti perearstidest saavutada kokku lepitud kvaliteedieesmärgid.

Joonis 4. Tulemustasu eesmärgid saavutanud perearstide osakaal

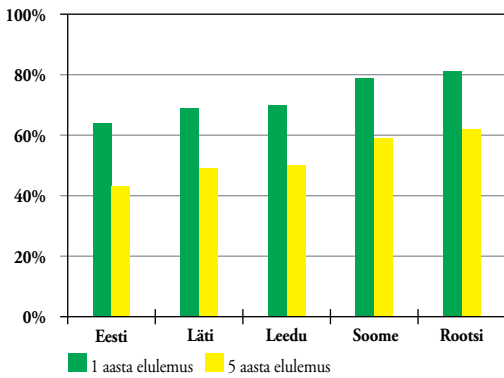


Allikas: Eesti Haigekassa

**Kogu rahvastiku tasemel** kaudse hinnangu tervishoiuteenuste kvaliteedile võib anda tervishoiuteenustega otseselt mõjutatavat suuremat analüüsis. Rahvusvahelises võrdluses oli nn raviga ärahoitav suurem Eestis sajandi alguses umbes kolmandiku võrra suurem võrreldes Põhjamaadega ning esmased andmed viitavad 21. sajandil eeskätt südamehaigustest tingitud suremuse vähenemisele Eestis.

Ravikvaliteedi kohta puudub oluline info, mis pakuks patsiendile või üldse kellelegi sisukat võrdlusvõimalust.

## Joonis 5. Kõigi vähiliikide elulemus



Allikas: Wilking & Jönsson 2009

**Vähi** puhul on kaasaegsel tervishoiuteenusel oluline võime inimeste eluiga pikendada, kusjuures edukas ravitulemus algab tõhusast sõeluuringu programmist. Täna on Eesti patsientidel oluliselt väiksem tõenäosus elada haiguse avastamise järgselt sama kaua kui Põhjamaade patsiendid. Samas on nii suure üldistuse põhjal väga keeruline hinnata, kas puudujäägid kvaliteedis on ennetuse, arstiabi osutamise või süsteemi korraldamise tasemel.

Kokkuvõttes võib öelda, et me ei tea täna veel ravikvaliteedist midagi olulist, mis pakuks patsiendile või tervishoiuteenuse pakkujatele vajalikku informatsiooni.

## Võimalused arenevad ebaühtlaselt

### Järjekorrad pole veel väga pikad ...

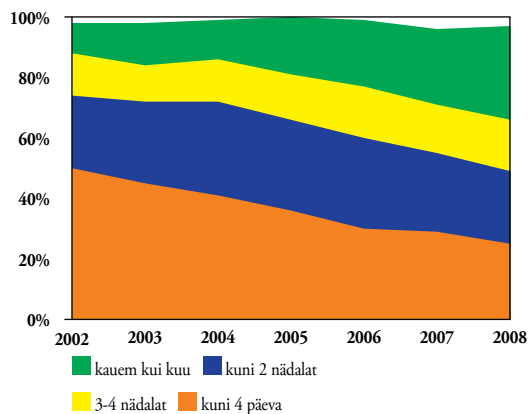
Lisaks üldarvule huvitab patsienti ka see, kui kiirelt ja hõlpsalt ta tervishoiuteenuse kätte saab.

Esmalt tuleb tunnistada, et asjakohast tervikpilti ravijärjekordadest avalikult kättesaadavate andmete põhjal on väga raske saada.

**Eesti elanike endi hinnangul** Sotsiaalministeeriumi ja Haigekassa poolt läbi viidud küsitluse põhjal on arstiabi kättesaadavusega pigem või väga rahul 53% Eesti elanikest, kusjuures see arvamus pole viimastel aastatel oluliselt muutunud. Siiski – kiire kasvu aastate rahulolu pidevale kasvule tõi 2008.a elanike hinnangus tagasilöögi, kuigi peale retooriliste hirmujuttude kärpeohust ei olnud objektiivselt veel teenuste mahtusid piiratud.

**Eesti Haigekassa** taktika on seni suunatud peamiselt ülipikkade järjekordade (liigeste endoproteesimised, katarakti operatsioonid) vähendamisele. Samal ajal on haigekassa enda poolt läbi viidava uuringu andmetel vaikselt kuid pidevalt suurenenud eriarstile jõudmise aeg: samal päeval pääsenute osakaal on 2008. aastaks langenud 15% võrra ehk 2,4 korda võrreldes 2002. aastaga. Samas on 3 korda suurenenud nende inimeste hulk, kes peavad ootama eriarsti juurde saamist rohkem kui kuu, vastavalt 31% 2008. a ning 10% 2002. aastal.

### Joonis 6. Aeg, mis kulub eriarstile pääsemiseks



Allikas: Eesti Haigekassa, Sotsiaalministeerium

Seega on ootejärjekordade puhul lahendatud kõige suurema ja märgatavama probleemiga järjekordasid, samal ajal eelarvepiirangute tõttu suur osa vähem prioriteetsete teenuste vajajaid tajub seetõttu kättesaadavuse halvenemist eriarstiabile jõudmisel. Patsiendi seisukohast ei ole tähtis, kas põhjuseks on haigekassa rahapuudus või teenuseosutajate käitumine – nähtus eksisteerib ja vajab reageerimist.

### Kasvav omaosalus

Inimeste endi vahetu rahaline panustamine tervishoiuteenuste kasutamisel (omaosalus) on 21. sajandil märkimisväärselt kasvanud Eestis.

Omaosaluse kasv on suhteliselt suurem koorem väiksema sissetulekuga inimeste jaoks. Elanike endi poolt otse teenuse kasutamise kohas makstud raha moodustab Eesti kõikidest tervishoiukulutustest orienteeruvalt veerandi, kusjuures avaliku sektori panuse kasv jõukail aastail pole seda suhet muutnud.

Veelgi olulisem on selle individuaalse rahalise koormuse järjest ebaühtlasem jaotus. Kui 2000.a

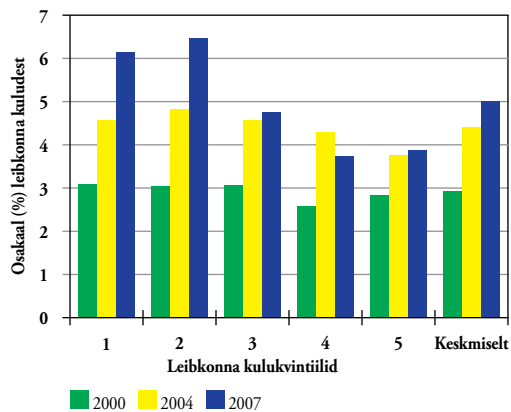
Lisaks üldarvule huvitab patsienti ka see, kui kiirelt ja hõlpsalt ta tervishoiuteenuse kätte saab.

Inimeste endi vahetu rahaline panustamine tervishoiuteenuste kasutamisel on 21. sajandil märkimisväärselt kasvanud Eestis.



moodustas omaosalus võrdse osa elanike kulutustest (keskmiselt 2,92%), siis 2007. aastaks kulutasid vaesemad leibkonnad juba kaks korda rohkem (6,14% sissetulekust), kuid jõukam viiendik vaid kolmandiku võrra enam (3,88% sissetulekust).

Joonis 7. Omaosaluse osakaal kogu leibkonna kulutustest kulukvintilide lõikes



Allikas: Võrk jt 2009

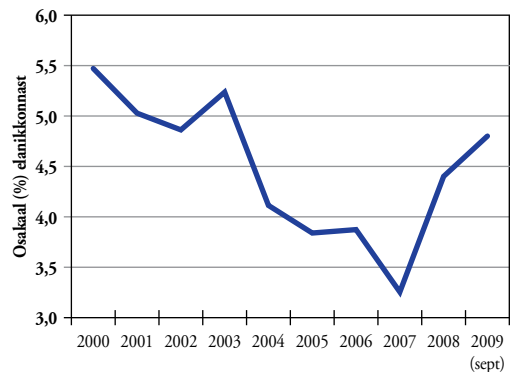
**Eesti elanike kulutused tervishoiule** on kasvanud samas tempos tervishoiu üldise rahastamise kasvuga. Samal ajal on näha, et eelpool kirjeldatud alaarenenud valdkondades (näiteks taastusravis) on omaosaluse kasv kolm korda kiirem kui tervishoius tervikuna. See viitab selgelt ohule, et süsteemi tasakaalustamata arendamise tulemuseks on vähemalt osade elanike jaoks tervishoiuteenuse kättesaamatuks muutumine.

Eelnevat kinnitab üsna selgelt hambaraviteenuste ning ravimikulutuste kasutuse sõltuvus inimeste sissetulekust. Nende puhul on tegemist kõige suuremate omaosaluse kuluallikatega. Seega, muidu väga helde ravikindlustuse katte juures on patsientide omaosalus soodusravimite kogukuludes neljakordistunud ja kasvanud 2008.a.ks 38%-ni soodusravimi hinnast. Soodusravimi ostul maksis 2008.a patsient keskmiselt 120.- kr ja seega määrab patsiendi maksevõime üha enam, kas ta saab tarvitada retseptiravimit.

**Inimese elukoht** mõjutab Eestis samuti märgatavalt arstiabi kättesaadavust. Ambulatoorse teenuste suhtarv elaniku kohta, mis vaikselt kuid järjekindlalt on kasvanud, erineb piirkonniti kuni 40%. 2008.a tehti Tervise Arengu Instituudi andmetel Tallinnas 7,1 ning Raplamaal ja Hiiumaal 5,0 visiiti aastas elaniku kohta. Eesti keskmist (6,5) ületas see ainult Harju-, ja Tartumaal. Varasemalt (Kunst jt 2002) on kirjeldatud ka haiglaravi sageduse kuni 2-kordset erinevust maakondade vahel.

Ravikindlustuse olemasolu on tähtsaim tegur Eestis tervishoiuteenusteni jõudmisel. Arvestades Eesti tervishoiu finantseerimise ja korralduse põhimõtteid, on vähemalt seni üldine majandusolukord oluliseks mõjuriks, kas inimestel on võimalus saada meditsiiniabi või mitte. Vahepeal paranenud kindlustamata inimeste hulk on 2009.a lõpuks jõudnud taas 5% piirimaile, mis tähendab, et üle 60 000 inimese ei saa kasutada teenuseid võrdväärselt teiste Eesti elanikega.

Joonis 8. Ravikindlustuseta isikud



Allikas: Eesti Haigekassa

## Kuidas jõuda kõigi elanike tervishoiusüsteemi Eestis?

### Patsiendikeskne tervishoid vajab defineerimist

Rootsis asuv *Health Consumer Powerhouse* (HCP) hindab Eesti tervishoiusüsteemi patsiendikesksust keskpäraselt heaks – 2009.a läbi viidud uuringu tulemusel sai Eesti 33 Euroopa riigi hulgas 18. tulemuse. Meil on seni esile tõstetud uuringu järel dust Eestis pakutava tulemuse ning tervishoiu kasutada oleva raha parimast suhest, samal ajal kui viimase aasta “langemine” edetabelis viitab eeskätt teiste riikide kiirele edenemisele ja Eesti arengukiiruse pidurdumisele.

Tegemist on ühe tõlgendusvõimalusega patsiendikesksest tervishoiust, kuid oluline sõnum on vahest see, et kõikides Euroopa riikides survestatakse tervishoiusüsteeme suurema läbipaistvuse ning patsientide kaasotsustuse õiguse suunas.

Küsimused, kui palju lisaraha on vaja ning kas see peaks tulema avalikust või erasektorist, on teisejärgulised, kuniks siht on hägune.

Igal juhul peaks kokkulepe Eestile sobiliku lahenduse osas vastama muuhulgas järgmistele küsimustele:

- Millist teenustevalikut soovime lisaks tänastele võimalustele või siis osaliselt nende asemel?
- Milline on õiglane tervishoiuteenuste vajaduste kaetus solidaarses Eesti tervishoiusüsteemis?
- Milliseid pingutusi on kindlasti vaja teha, selleks et vähendada abivajajate sissetulekust tulenevaid põhjendamata takistusi raviteenustele ligipääsul?

### Süsteemsed hoovad muudatuste esilekutsumiseks

Üks on selge - ei teoreetiline ega praktiline teadmine toeta seisukohta, et samamoodi asju edasi tehes võiks Eestis suurem raha anda oluliselt teistsuguse tulemuse võrreldes tänasega. Oluline ongi tõdemus, et väga kuluefektiivne ja aktiivravis head teenust pakkuv tervishoiusüsteem, mille üle täna uhkust tunneme, vajab täiendavat strateegilist sihiseadet, selleks et uus arengufaas võiks alata. Seega on küsimused, kui palju lisaraha on vaja ning kas see peaks tulema avalikust või erasektorist teisejärgulised. „Õige“ vastuse saab anda alles tulemuseesmärkide kokkuleppimise järgselt.

**Patsientide kaasamine** teenuse osutamise üle otsustamisel on mõõdapääsmatu patsiendikeskse tervishoiusüsteemi saavutamiseks. Selleks tuleb varustada elanikud maksimaalselt neile sobivas vormis teabega koos oskuste ja toega selle info sobilikuks kasutamiseks. Nende tingimuste täitmisel on asjakohane kaaluda ka erinevaid rahalisi motivatsioonimehhanisme, kusjuures positiivsed stiimulid töötavad senise kogemuse põhjal paremini.

**Tervishoiuteenuse osutajate vastutuse suurendamine** võiks olla üks viis, kuidas vähendada süsteemi ühe osapoolega, haigekassaga, seotud pingeid Eesti tervishoius. Ühelt poolt tähendaks see võimu ja informatsiooni osalist jagamist näiteks patsientide ja arstidega, kuid samal ajal võimaldaks delegerida edasi ka ühiselt kasutada olevate ressursside tõhusa kasutamise vastutust. Heaks näiteks sellesuunalise arengu võimalikkusest on perearstide tulemustasu.

**Süsteemisisene konkurents** raviraha ehk patsientide pärast ei ole patsientide huvides, kuna põlistab tänase ravi killustatud osutamise. Selle tulemusena mõne teenuseliigi mahu suurendamine on võimalik justkui pelgalt ülejäänud teenuste arvel, kusjuures vastutust ülejäänud teenuste vajaduse eest ei võta ükski teenuseosutaja ega arstieriala, vaid seda kannab ainult tehniline otsusetegija.

Kokkuvõttes on ilmselt vaja suurendada rahastamist, kuid eelnevalt tuleb läbi mõelda ka ravigakorduse muutus. Eesmärgiks peaks olema rahastaja kõrval süsteemi teiste osapoolte - teenuseosutajate ja patsientide - vastutuse ja otsustusvõimaluste suurendamine kogu süsteemi eesmärkide saavutamisel ning jätkusuutlikkuse tagamisel. Lisaks tahtejõule vajab selline lähene mine oluliselt laialdasemat IKT kasutuselevõttu ja süsteemi läbipaistvuse suurendamist nii vertikaal- kui horisontaalsuunas.

## Metoodika ja andmete allikad

Käesolevas poliitikaanalüüsis kirjeldati, millised muutused on toimunud Eesti arstiabi viimasel aastakümnel – kuidas on toimunud ressursside ja võimaluste kasv ning milliseid teenuseid on eesti elanikud kasutada saanud. Selleks kasutati tavapäraseid avalikult kättesaadavaid meditsiinistatistika ning uuringute andmeid, mis kirjeldavad protsessi ja arstiabiga seonduvaid erinevaid tegevusi eeskätt patsiendi vaatevinklist. Arstiabi kasutamise eesmärk ja tulemus – oodatav muutus tervises – on oluliselt keerulisem ja mahukam teema ning on siinsest analüüsist teadlikult kõrvale jäetud. Niisamuti ei keskendutud rahastamisele, mille kohta on varem avaldatud ja lähiajal avaldamisele tulevaid uuringuid. Võrdlusandmed Eesti naaberriikidega pärinevad väljaandest Nordic/Baltic Health Statistics 2006, välja antud 2009.a suvel Põhjamaade Meditsiinistatistika komitee poolt ([www.nom-nos.dk](http://www.nom-nos.dk)), kuhu Eesti andmed on kogunud ja esitanud Tervise Arengu Instituut.

*Autorid tänavad Andres Vörku, Jarno Habichtit ja Merle Merilaini väärtusliku abi ja tagasiside eest analüüsi ettevalmistamisel.*

Süsteemisisene konkurents ei ole patsientide huvides, kuna põlistab tänase ravi killustatud osutamise.

## Täiendavat lugemist

- Võrk, A jt. *Income-related inequality in health care financing and utilization in Estonia 2000–2007*. WHO (2009)
- Health Consumer Powerhouse (2009). *Euro Health Consumer Index 2009*.
- Eesti Koostöökoogu (2009). *Eesti inimarengu aruanne 2008*.
- Riigikontroll (2007). *Riigi järelevalve tervishoiuteenuste osutajate üle*
- Riigikontroll (2006). *Taastusravi korralduse tõhusus*.
- Võrk A jt. *Eesti tervishoiu rahastamissüsteemi jätkusuutlikkuse analüüs*. Poliitikauuringute Keskus PRAXIS (2005)



Poliitikaanalüüs on Poliitikauuringute Keskuse Praxis väljaannete sari, mille eesmärgiks on analüüsida Eesti sotsiaal-, majandus- ja avaliku sektori poliitikaid, juhtida tähelepanu alternatiivsetele valikutele ning innustada avalikku arutelu. Väljaannetes avaldatud seisukohad kajastavad autorite isiklike vaateid. Väljaannete autoriõigus kuulub Poliitikauuringute Keskusele Praxis. Poliitikaanalüüsis sisalduva teabe kasutamisel palume korrektselt allikale viidata.



Praxise mõttehommik on poliitikakujundajatele ja kodanikuühendustele suunatud poliitikaseminaride sari, mille eesmärgiks on innustada argumentidele tuginevat diskussiooni. Praxise mõttehommiku raames toimuvate seminaride fookuses on erinevad poliitikavaldkonnad, mis on valitud vastavalt Praxises läbi viidavatele analüüsidele ja ühiskonnas aktuaalsetele teemadele nii Vabariigi Valitsuse tegevusprogrammis kui 2011. aasta Riigikogu valimiste eel. Jälgi diskussiooni ja osale mottehommik.praxis.ee.



Poliitikaanalüüsi valmimist toetas Vabaühenduste fond, mida rahastavad Norra, Island ja Liechtenstein Avatud Eesti Fondi vahendusel.