

Tervishoiu rahastamise efektiivsuse analüüs

Sisukord

LÜHIKOKKUVÕTE	2
Sissejuhatus	3
1.1. Tervisesüsteemi efektiivsuse mõiste	7
1.2. Ravikindlustuse efektiivsuse analüüsid	7
2. Eesti tervishoiusüsteemi efektiivsus ja selle arengusuunad	10
2.1. Patsientide juurdepääsuteede ja teenuste kvaliteedi parandamine	11
2.2. Perearstiabi	15
2.3. Eriarstiabi	16
2.4. Kättesaadavus	17
2.5. Tervisedendus ja ennetus	18
2.6. Tervishoiukulude omaosalus	19
2.6.1. Hambaravi	20
2.6.2. Ravimid	21
2.6.3. Meditsiiniseadmed	22
2.7. Õendusabi	23
2.8. Töövõimetushüvitised	23
2.10. E-tervise tooted	24
3. Tervishoiu administreerimises efektiivsuse suurendamine	27
4. Ravikindlustuse arengusuunad	29
Kokkuvõte ja järeldused	31
Tervishoiusüsteemi efektiivsus: mida oleme teinud?	31
Tervishoiusüsteemi efektiivsus: lähiplaani tegevused	33
Tervishoiusüsteemi efektiivsus: pikema plaani tegevused	34

LÜHIKOKKUVÕTE

Eesti tervishoiusüsteem on saanud palju rahvusvahelist tunnustust, sest meil on ühine riiklik ravikindlustus ehk solidaarne ravikindlustussüsteem, mis tagab, et ligipääs tervishoiule on sõltumatu sissetulekust. Eesti tervishoiusüsteem on suhteliselt madalate tervishoiukulude juures saavutanud häid tervisetulemeid, sest süsteemi rahastus on solidaarne ja olulises osas on arstiabi saamine olnud sõltumatu inimese sissetulekust.

Samas praegune tervishoiu rahastamismudel ei ole meil peamiselt elanikkonna vananemise ja majandusstruktuuris toimunud teiste muutuste (teenusmajandus, platvormitöö jne) tõttu jätkusuutlik. See tähendab, et me tarbime aina enam tervishoiuteenuseid. Meditsiini ja tehnoloogia arenedes muutuvad teenused küll efektiivsemaks, aga samas ka kallimaks. Elanikkonna vananedes väheneb tööealise elanikkonna osakaal ning süsteemi panustajaid ehk maksumaksjaid jääb järjest vähemaks, samuti väheneb traditsioonilises töölepingulises suhtes olevate töötajate osakaal.

Tervisekassa pikaajalised prognoosid näitavad, et olemasoleva rahastuse juures on tervishoiuvaldkonna rahalist puudujääki võimalik 1–2,5 aastat reservidest katta, aga kui me süsteemi ei muuda, siis edaspidi ei ole võimalik samal tasemel tervishoiuteenuste kättesaadavust tagada. Osaliselt aitab olukorda leevendada tervishoiusüsteemi tõhustamine, kuid Tervisekassa tulude ja kulude prognoositav vahe saab olema liiga suur, et katta seda pelgalt tervishoiusüsteemi efektiivsuse suurendamise teel.

Eeldusel, et Eesti tervisesüsteem püsib seniste ning pikema perspektiivi tegevuste toel efektiivne, saame juba tehtud või plaanitavate tegevuste abil suurendada tõhusust 21 miljonilt eurolt 2025. aastal, 55 miljoni euron 2040. aastal. Hoides inimestele nii tervishoiuteenuste kättesaadavuse taset kui lisades ka uusi teenuseid, suudame sisemiste tegevuste arvelt igal aastal tõhustada vahendite kasutust Tervisekassa kogu eelarvemahust 1% ulatuses.

Seda käsitlust toetab käesolev tervishoiu efektiivsuse analüüs, milles on välja toodud Tervisekassa olemasolevad ning pikema perioodi kavandatavad muudatused tervishoiusüsteemi efektiivsemaks muutmiseks.

Sissejuhatus

Käesolev raport on koostatud poliitikaanalüüsi „Tervishoiusüsteemi jätkusuutliku toimivuse tagamiseks 2024–2060 kuluvajaduse ja rahastamisvõimaluste detailanalüüs”¹ jätkuna.

Tervisekassa tehtud kuluproгноosid näitavad, et tulenevalt rahvastiku vananemisest ja tervishoiuteenuste kiiremast hinnakasvust suureneb Tervisekassa kulude osakaal SKP-st 5,7% 2025. aastal 5,9%ni 2030. aastal ja lausa 6,9%ni 2040. aastal. Tegelik vajadus avaliku sektori tervishoiukuludeks on suuremgi (ligikaudu 7,8% SKP-st 2040. aastal), kui täita rahvastiku tervise arengukavas toodud eesmärgid (vähendada inimeste omaosalust ja tagada ravikindlustus kõigile elanikele) ning arvestada, et ligi viiendik Eesti tervishoiuteenuste osutajate tehtud investeeringuid taristusse ja seadmetesse on seni tulnud Euroopa Liidu vahenditest. Suure tõenäosusega Euroopa Liidu vahendite võimalused tulevikus lõpevad. Kuna erakindlustus vastab harva talle seatud ootustele tõsta tervishoiusüsteemi efektiivsust ning säästa avaliku sektori raha, samas aga kasvab ebavõrdsus teenuste kättesaadavuses, on väga oluline analüüsida, milline on Tervisekassa kaudu korraldatava tervishoiusüsteemi efektiivsus ja teenuste kättesaadavus.

Analüüsi eesmärk on anda ülevaade tervisesüsteemi efektiivsuse komponentidest ja hinnata, millised tegevusi on efektiivsuse suurendamiseks Eesti tervisesüsteemis (v.a. tervishoiuteenuse osutajate endi poolt) tehtud selleks, et tõsta süsteemi tõhusust ning tuua välja edasised arenguvajadused.

Analüüs kaardistab Eesti tervishoiusüsteemi kohta varem teostatud analüüsid ning seal esile toodud suundumused.

Raporti koostamist koordineeris tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse töögrupp, kuhu kuulusid Sotsiaalministeeriumi, Rahandusministeeriumi, Tervise Arengu Instituudi ning Tervisekassa eksperdid. Samuti kaasati analüüsi koostamisse kõik Tervisekassa teenusejuhid, kes andsid käesoleva töö valmimisse omapoolse väärtusliku panuse.

Taust

Eesti tervishoiusüsteemi rahastus toetub solidaarse ravikindlustuse põhimõttele. See tähendab, et tervishoidu rahastatakse töötavate inimeste palgalt tasutavast sotsiaalmaksust ja kõigil ravikindlustatud elanikel on juurdepääs arstiabile.

Tervishoiusüsteemi juhtimine ja järelevalve ning tervisepoliitika väljatöötamine on Sotsiaalministeeriumi ja selle hallatavate asutuste ülesanne. Peamised tervisesüsteemi funktsioonide planeerimise, haldamise, reguleerimise ja rahastamise eest vastutavad asutused on Sotsiaalministeerium ja tema valitsemisala asutused nagu Raviamet ja Terviseamet ning avalik-õiguslik iseseisev asutus Tervisekassa. Avaliku sektori omandis olevad haiglad ja eraõiguslikud esmatasandi tervishoiuasutused ning mitmed valitsusvälised organisatsioonid ja erialaühingud on samuti tervishoiusüsteemi organisatsioonilise struktuuri osapooled.

Sotsiaalministeeriumi ja selle allasutuste kaudu vastutab riik üldise tervisepoliitika, sealhulgas rahvatervise strateegiate arendamise ja elluviimise ning tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse järelevalve eest. Ministeeriumi peamine ülesanne on tervise valdkonna õiguslik

¹ A.Vörk, M.Piirits, (2023) „Poliitikaanalüüs. Eesti tervishoiu rahastamise senised uuringud ja uuendatud stsenaariumid“

reguleerimine. Sotsiaalministeeriumi tervisevaldkond koordineerib Terviseameti, Raviameti ja Tervise Arengu Instituudi tegevust, kuigi kõik need asutused vastutavad otse terviseministri ees.

Terviseameti peamiste ülesannete hulka kuuluvad tervishoiuteenuste osutajatele tegevuslubade väljaandmine ja tervishoiutöötajate registreerimine ja tervishoiuteenuste osutamise kvaliteedi kontrollimine.

Raviamet vastutab selle eest, et Eestis kasutatavad ravimid oleksid toimivad, kvaliteetsed ja ohutud, neid kasutatakse otstarbekohaselt ning nende sisse/väljaveol ning turustamisel järgitakse kokkulepitud reegleid. Raviameti järelevalve all on Eestis tehtavad ravimite kliinilised uuringud ning inimeste ravis kasutatavad rakud, koed ja elundid.

Tervise Arengu Instituut vastutab rahvatervishoiu, keskkonnatervise ja nakkushaiguste valdkonnas rakendusliku teadustegevuse ja analüüsi eest, tegeleb elanikkonna tervises seisundi ja tervisemõjurite uurimise ja hindamisega, haldab seitset rahvastikupõhist meditsiiniregistrit ning koondab Eesti tervise- ja tervishoiustatistika nii riigisiselt kui rahvusvahelisel tasemel.

Tervisekassa peamine ülesanne on olla aktiivne teenuste ostja, kelle kohustuste hulka kuulub lepingute sõlmimine tervishoiuteenuste osutajatega, tervishoiuteenuste eest tasumine, ravimi- ja meditsiiniseadmete kulude hüvitamine ja ajutise töövõimetuse hüvitiste maksmine. Tervisekassa täidab seadusega talle pandud eesmärkide täitmiseks järgmisi ülesandeid: korraldab ravikindlustust, tervishoiuteenuste eest tasumist ning tervishoiuteenuste korraldamisega seotud teiste ülesannete täitmist, tagades Tervisekassa eelarve efektiivse ja otstarbeka kasutamise.

Lisaks on Rahandusministeeriumil tervise sektoris strateegiline ülesanne tervishoiu rahastamise juhtimisel riigieelarve kaudu.

Kaitseministeerium haldab meditsiiniteenuste süsteemi, mis on mõeldud kaitseväelaste ambulaatorseks raviks kaitseväge teenistuse ajal. Statsionaarset ravi osutatakse tsiviilhaiglates. Kaitseväelased on kaitseväge teenistuse ajal ravikindlustatud, kuid kõik kulutused raviteenustele ja ravimitele kaetakse riigieelarvest. Siseministeerium korraldab arestimajades tervisekontrolli inimestele, keda hoitakse pideva järelevalve all, kuid mitte vangistuses.

Eestis on tervishoiuteenuste osutamine peaaegu täielikult detsentraliseeritud. Tervishoiuteenuseid võivad osutada isikud ja 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 asutatud sihtasutused. Perearstiabi osutavad äriühingud võivad pakkuda vaid üldarstiabi- ja õendusabi teenuseid.

Peamised eeskirjad ja algatused tervishoiuga seotud kahjude ennetamiseks põhinevad tervishoiuteenuste korraldamise seadusel ja võlaõigusseadusel. Eesti tervishoiusüsteemis täna veel ravivigasid ei registreerita, kuid Tervisekassa teeb tervishoiuasutustes korrapäraseid kliinilisi auditeid tervishoiuteenuste kohta. Ravivigade puhul peab tervishoiuteenuse osutaja hüvitama patsiendile vastava tervishoiuteenuse osutamise käigus põhjustatud moraalse ja materiaalse kahju. Tervisekassa peab väga oluliseks tervikliku kvaliteedisüsteemi arendamist, toetamist ja rakendamist Eesti tervishoius, mis tähtsustab nii raviprotsessi tegevuste standardiseerimist kui ka ravitulemuste mõõtmist ja raviprotsessi terviklikku hindamist.

Efektiivne tervishoiusüsteem on süsteem, mis tagab kvaliteetse tervishoiuteenuse kättesaadavuse kõigile elanikele, samal ajal optimeerides ressursside kasutamist ja tagades kulutõhususe. Selline süsteem peaks olema hästi korraldatud ja juhitud, et tagada sujuv ja tõhus teenuste osutamine.

Efektiivse tervishoiusüsteemi põhitunnused on järgmised²:

Kättesaadavus: süsteem tagab võrdse juurdepääsu tervishoiuteenustele kõigile elanikele, olenemata nende sotsiaalmajanduslikust taustast või geograafilisest asukohast. See hõlmab nii füüsilist juurdepääsu tervishoiuasutustele kui ka rahalist juurdepääsu teenustele.

Kvaliteet: efektiivne tervishoiusüsteem tagab kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamise. See hõlmab pädevaid tervishoiutöötajaid, kaasaegseid meditsiiniseadmeid ja -tehnoloogiat ning kvaliteedikontrolli mehhanisme. Ravikvaliteedi mõiste lähtub WHO definitsioonist³.

Ennetus: tervishoiusüsteemis panustatakse ennetustegevustesse ja tervisedendusse, et pikendada tervena elatud aastaid, vähendada haigestumist, kujundada inimeste terviseteadlikkust ning suunata tervisekäitumist. Ennetustegevuse hulka kuulub näiteks tervisenõustamine, vaksineerimine, raseduse ja vastündinute jälgimine, samuti söeluuringud ning krooniliste haigete tervisekontrollid. Süsteemse ja eri valdkondade üleselt koordineeritud ennetustegevusega väldime tegevuste dubleerimist, vähendame koormust, ressursside vajadust ja vajadust ennetustegevuste järele.

Tõhusus: süsteem tagab ressursside tõhusa kasutamise, sealhulgas personali, vahendite ja infrastruktuuri. See võib hõlmata näiteks ooteaegade vähendamist, protsesside optimeerimist, ressursside jaotamist vastavalt vajadustele ning tõhusat andmete haldamist.

Koostöö: Tervishoiusüsteem toetab tõhusat koostööd erinevate tervishoiutöötajate, asutuste ja sektorite vahel. See hõlmab teabe jagamist, koordineerimist ja ühtset lähenemist patsiendi ravile.

Rahastamine: Efektiivne tervishoiusüsteem vajab jätkusuutlikku rahastamismudelit, mis tagab piisavad vahendid teenuste osutamiseks. See võib hõlmata riiklikku tervisekindlustust, maksude ja kindlustusmaksete süsteemi ning erasektori kaasamist.

Tervishoiu korraldus ja süsteemid võivad riigiti erineda, kuid ühine eesmärk on tagada kvaliteetne ja kättesaadav tervishoiuteenus kõigile elanikele.

Tervishoiusüsteemi efektiivsuse mõõtmine ja arendamine on oluline mitmel põhjusel:

1. Patsiendi rahulolu: Efektiivne tervishoiusüsteem tagab patsientidele teenuse parema kättesaadavuse, parema ravikvaliteedi ning patsiendikogemuse. Mõõdetav efektiivsus aitab tuvastada ja parandada teenuste osutamise kitsaskohti, mis omakorda suurendab patsientide rahulolu.
2. Ressursside optimeerimine: Efektiivne tervishoiusüsteem kasutab ressursse, nagu raha, personal ja infrastruktuur, optimaalselt. Mõõdetav efektiivsus aitab tuvastada ressursside raiskamise ja kulutõhususe probleeme ning võimaldab neid paremini suunata ja juhtida.
3. Kvaliteedi parandamine: Efektiivne tervishoiusüsteem tagab kvaliteetse teenuse osutamise. Mõõdetav efektiivsus võimaldab tuvastada kvaliteediprobleeme, näiteks patsiendiohutusega seotud riskid või ravivead, ning võimaldab neid parandada ja ennetada.
4. Tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkus: Efektiivne tervishoiusüsteem on jätkusuutlik, sest see suudab pakkuda vajalikke teenuseid piisavalt ressursside raiskamata. Mõõdetav efektiivsus aitab tuvastada ja korrigeerida jätkusuutlikkuse probleeme, nagu ebaefektiivne rahastamine või ressursside halb jaotamine.

² Allikas: https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

Allikas: <https://digitalhealth.folio3.com/blog/7-features-of-an-effective-healthcare-integration-system>

³ Allikas: https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

5. Poliitika ja juhtimise parendamine: Efektiivsuse mõõtmine ja arendamine aitab poliitikakujundajatel paremini mõista tervishoiusüsteemi toimimist ning teha tõenduspõhiseid otsuseid. See võib hõlmata ressursside jaotamise prioriteetide seadmist, tervishoiupoliitika kujundamist ja süsteemi paremat juhtimist.

Kokkuvõttes aitab tervishoiusüsteemi efektiivsuse mõõtmine ja arendamine tagada kvaliteetse ja kättesaadava tervishoiuteenuse patsientidele, optimeerida ressursse, tagada süsteemi jätkusuutlikkuse ning parandada poliitikat ja juhtimist. Seega on oluline tagada tervishoiusüsteemi pidev areng ja parendamine.

Raporti koostamise eesmärk on anda ülevaade tervisesüsteemi efektiivsuse komponentidest ja anda hinnang, kuidas Eesti süsteem vastab sellele, millised tegevusi on tehtud, et tõsta süsteemi tõhusust ning tuua välja ettepanekud edasisteks arenguvajadusteks. Samuti on üheks eesmärgiks saada hinnang kui palju ja kuidas on võimalik tõhusust suurendada, et vähendada 2025. aastast alates tekkivat ja järjest kasvavat ravikindlustushüvitiste eelarve puudujääki. Oma analüüsis ei käsitle me kõiki tervishoiusüsteemidele iseloomulikke tõhustamise valdkondi vaid keskendume peamiselt nendele valdkondadele, mis on Tervisekassa poolt suunatud ja mõjutatavad.

1. Tervisesüsteemi efektiivsuse mõiste ja analüüsid

1.1. Tervisesüsteemi efektiivsuse mõiste

Tervishoius on efektiivsuse mõõtmine keeruline, sest inimeste jaoks pole oluline mitte osutatud teenused (tehtud tegevused), vaid tulemus – taastumine haigusest või vigastusest ning parem tervis, vähema valu ja ebamugavustundega igapäevaelus.

WHO on hinnanud, et 20–40% tervishoiusüsteemi kulutustest kogu maailmas raisatakse ebatõhususe tõttu.⁴ WHO on sõnastanud, et tõhusus viitab sellele, mil määral on süsteemi eesmärgid saavutatud, arvestades süsteemi investeeritud ressursse. Eristatakse kahte tüüpi efektiivsust, tehnilist ja allokativset efektiivsust. Allokativne (jaotuslik) ja tehniline tõhusus koos moodustavad süsteemi „üldise“ tõhususe. OECD on kirjeldanud, mis vahe on mõistetel: „tehniline tõhusus“ (teha vähemaga rohkem – ühiku maksumuse vähenemine tegevuse kohta ehk teha asju õigesti) ja „jaotuslik efektiivsus“ – õigete asjade õiges kohas tegemine ehk saavutada suurimat kasu tervisele minimaalsete kuludega.⁵

1.2. Ravikindlustuse efektiivsuse analüüsid

Ravikindlustuse efektiivsuse uuringute grupi moodustavad ravikindlustuse rahastamise efektiivsuse suurendamist käsitlevad tööd. Enamasti vaatavad nad Tervisekassa strateegilise ostmisega seonduvat, eesmärgiga selgitada välja parimad tervishoiu tasustamissüsteemi muudatused. Need tööd püüavad leida parimad viisid seniste makse- ja tasusüsteemide edasiarendamiseks, et veelgi efektiivsemalt kasutada Eesti tervisesüsteemile eraldatud rahalist ressursi. Samuti leida parimad võimalused administratiivse efektiivsuse suurendamiseks tulude kogumisel, koondamisel ning strateegilisel ostmisel.

Siia alla kuuluvad: Maailmapanga Grupi 2017. aasta Strateegilise ostmise uuring ning WHO 2023. aasta Strateegilise ostmise administreerimise uuring. Nende tööde peamiseks järelduseks on, et Eesti tervishoiusüsteemi rahastamine tugineb hästi toimivale süsteemile, kuid strateegilise ostmise parandamisel on oma roll ka efektiivsuse tõstmisel, muuhulgas esmatasandi tervishoiuteenuse kvaliteedi parendamisel, peamiste tervishoiuteenuste koordineerimisel ja teenuste osutamisel kõige sobivamas tervishoiuteenuse osutamise kohas. Strateegilise ostmise arendamine muudab tervishoiuteenuste planeerimise ning osutamise terviklikumaks ning integreeritumaks ehk ka efektiivsemaks.

World Bank Group, 2017 „Payment System review“⁶.

Andmed ja meetodika: Esmatasandi ja eriarstiabi tasustamissüsteemi analüüs, teiste riikide parimate praktikate analüüs.

Järeldused: Lühikeses plaanis tuleb arendada edasi perearstiabi kvaliteedisüsteemi (PKS) sh töötada välja indikaatorid, mis seovad ravijuhendid prioriteetsete haigusgruppidega, mis on kaasatud ravi juhtimise programmi (ECM) ning muuta senine sisendi- ja protsessipõhine hindamine vahetulemuse põhiseks hindamiseks (näiteks vererõhu tulemused, hemoglobiini sisaldus veres). Liikuda

⁴ WHO (2015), Improving Health System Efficiency , Reforms for improving the efficiency of health system: lessons from 10 country cases“ . Allikas: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/WHO_HIS_HGF_SR_15.1_eng.pdf

⁵ Murray, C. J. & Frenk, J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems.. *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (6), 717 - 731. World Health Organization.
Allikas: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/268164>

⁶ World Bank Group (2017), Toward Greater Integration of Care and Improved Efficiency“, A critical review of EHIF’s payment system.

„lävendipõhiselt“ lähenemisviisilt „kõik või mitte midagi“ lähenemisviisile. Tõsta boonustasu 4,5% 10%-le. Suurendada ravijuhiste järgimist. Suunata fookus ravilt tervisetulemitele.

Uuringus leiti, et 100% diagnoosipõhistele kompleksteenustele (DRG) üleminek suurendab ravi efektiivsust (lühem haiglasviibimise aeg), vähendab TTO-de halduskoormust ja kulusid.

Keskpikas plaanis tuleb kohandada perearstiabi rahastusmudel tervisekeskustele sobivaks ning luua rahastusviisid, mis motiveerivad perearste grupipraktisega/tervisekeskusega liitumiseks. Samuti töötada välja ning integreerida esmatasandi tasustamismudelisse riskipõhise ravijuhtimise programmi tegevused.

Uuringus leiti, et eriarstias tuleb üle vaadata ületöö piir, millest alates ületöö eest tasutakse. Kuna 30% piir võib soodustada teenuste pakkumist ka juhul kui seda ei ole tegelikult eriarstias hädavajalik pakkuda (näiteks astma süvenemise korral) või mida saab teha ka päevaravis (katarakti operatsioonid).

EMO rohelises kategoorias (roheline ehk IV triaazikategooria tähistab patsiente, kelle puhul on tegemist probleemidega, mis ei vaja kiiret erakorralist sekkumist ning aeg arstini on kuni 3 tundi) soovitakse tõsta visiiditasu ilma saatekirjata ambulatoorse eriarstiabi erialadel ning perearstide tööajal, et vähendada erakorralise meditsiini osakonda pöördumisi. Mitteeluohlike seisundite puhul tuleks suurendada omaosalust ainult siis, kui on korraldatud piisav tööpäevaväline esmatasandi arstiabi kättesaadavus.

Maailemapanga 2015. aasta uuring⁷ näitas kõrget vältitavate hospitaliseerimiste osakaalu (nt seisundite puhul, mida oleks võimalik ravida näiteks päevaravis või ambulatoorses eriarstias). Vältitavad hospitaliseerimised suurendavad kulusid ning pikendavad ooteaegu. 2017. aasta uuringus leiti, et vältitavate hospitaliseerimiste vähendamiseks tuleb Tervisekassa vähendada ostetavate teenuste ülempiiri (*reduce volume caps*), eriti teenuste puhul kus on kõrge vältitavate hospitaliseerimiste arv.

DRG diagnoosigruppide puhul, kus on välja töötatud ravijuhendid, peaks Tervisekassa DRG tariifid siduma ravijuhenditega. Ravijuhendid on dokumendid, millistes antakse tervishoiutöötajatele tõendusmateriale juhiseid haiguste diagnoosimise ja ravimise viiside kohta eesmärgiga tagada parim võimalik ravikvaliteet ning patsiendist lähtuv käsitlus tervishoiusüsteemis.

Pikas plaanis leiti, et Tervisekassa peab liikuma ravijuhupõhiselt tasustamiselt raviteekonnapõhisele lähenemisele. Seda eesmärgiga suurendada rahastamise efektiivsust ja arstiabi kvaliteedi paranemist, pannes teenuseosutajatele vastutuse erinevate teenuste osutamise ning koordineerimise eest, mis võivad hõlmata mitut tervishoiuasutust.

WHO 2023 „Reimagining governance for strategic purchasing: evidence from 10 countries in eastern Europe and Central Asia“

Andmed ja meetodika: WHO 2023. aasta Strateegilise ostmise administreerimise uuring⁸, mis annab ülevaate viimase 20–30 aasta jooksul Ida-Euroopa ja Kesk-Aasia riikides läbiviidud strateegilise ostmise reformidest tervishoius. Uuringus on kasutatud olemasolevat kirjandust kui ka intervjuusid erinevate riikide ekspertidega.

⁷ Maailemapanga Grupp (2015), Ravi terviklik käsitlus ja osapoolte koostöö Eesti tervishoiusüsteemis.

⁸ World Health Organization (2023), Reimagining governance for strategic purchasing: evidence from 10 countries in eastern Europe and central Asia.

Allikas: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/368501/9789289060127-eng.pdf?sequence=1>

Järeldused: Uuringu järeldused toetavad ja laiendavad WHO eelnevaid uuringuid ⁹, näidates, et strateegilise ostmise efektiivne administreerimine ja juhtimine nõuab järjepidevust ja stabiilsust. Samuti sidusaid otsustusstruktuure, mis seovad vastutuse ja õigused; selget õigusraamistikku; järelevalvet ja seiret; läbipaistvust ning teabe avalikustamist. Uuringus leiti, et huvirühmade kaasamisega ei kaasne alati strateegilise ostmise efektiivsust, kuid oluline on tagada, et erinevate osapoolte huvid oleks tasakaalustatud ning välditaks otsustusprotsessi juhtorganite huvide konflikti.

⁹ Barroy H, Blecher M, Lakin J, editors (2022). How to make budgets work for health? A practical guide to designing, managing and monitoring programme budgets in the health sector. Geneva: World Health Organization
Allikas: (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/356893>).

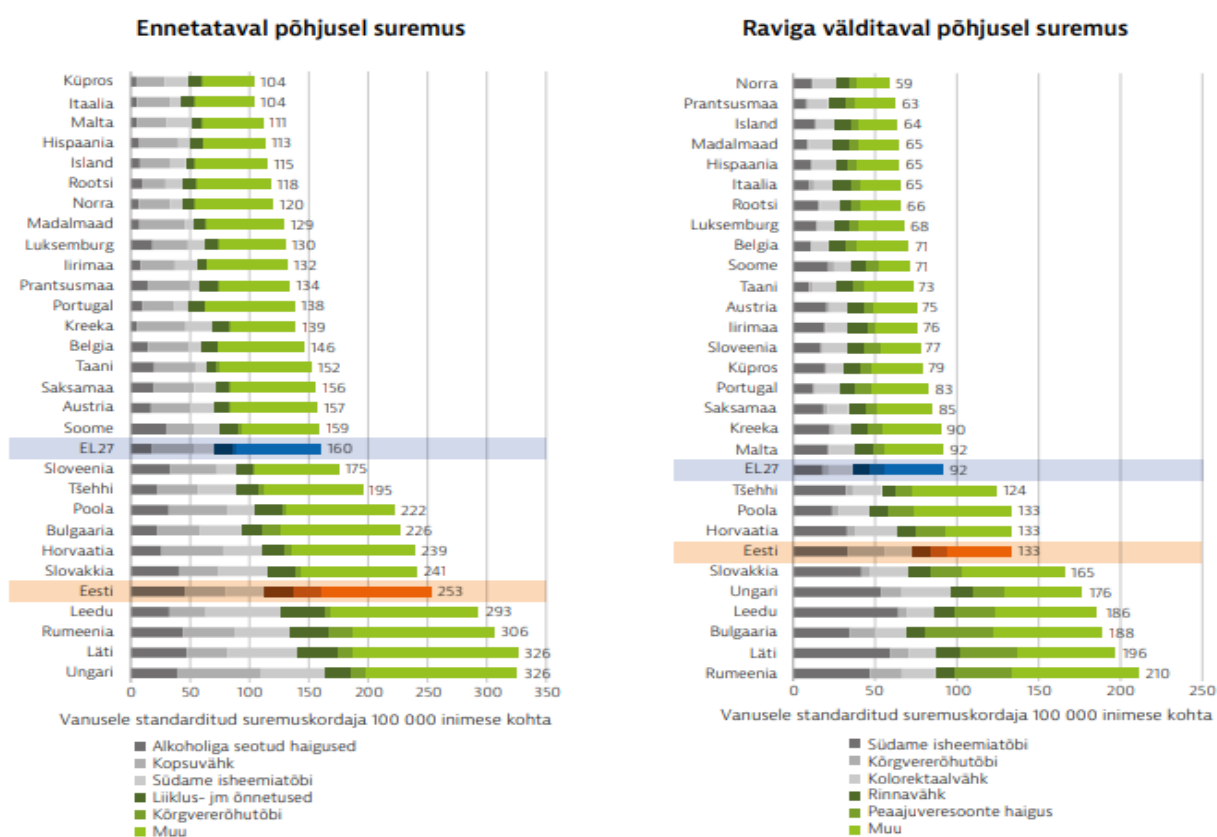
2. Eesti tervishoiusüsteemi efektiivsus ja selle arengusuunad

Eesti tervishoiusüsteemi on tunnustatud heade tulemuste saavutamise eest madalate kuludega.

Eesti tervishoiunäitajad on EL-i keskmistega sarnasel tasemel: oodatav eluiga sünnimomendil pikenes Eestis aastatel 2000–2022 enam kui 7,5 aasta võrra, kasvades 71,1 aastalt 78,1 aastale. Viimasel kahekümnel aastal on oodatav eluiga Eestis kasvanud kiiremini kui Euroopa Liidu riikides keskmiselt. Ehkki vahe Eesti meeste ja naiste oodatavas elueas on kahekümne aastaga (2002–2021) vähenenud 12 aastalt 9 eluaastale, on vahe Euroopa Liidu keskmisega (meeste ja naiste eluea vahe 6 aastat) endiselt suur. Meeste oodatav eluiga sünnimomendil oli 2022. aastal 73,6 ja naistel 82,3 aastat.¹⁰

Oodatava eluea kasv tuleneb osaliselt tõhusama tervishoiu ja rahvatervise poliitikaga ärahoitavaks peetavate surmade arvu vähenemisest. Ennetatav ning raviga välditav suremus vähenes Eestis 2011.–2018. aastal ligikaudu 20% (joonis 1)¹¹. Kõige sagedasemad ennetatava suremuse põhjused on aga endiselt alkoholiga seotud haigused, südame isheemiatõbi ja kopsuvähk. Neist põhjustest tingitud suur suremus on märk sellest, et riskikäitumist (nagu alkoholitarbimine, rasvumine ja suitsetamine) esineb Eesti elanike seas võrreldes enamiku teiste ELi riikidega võrdlemisi sageli.

Joonis 1. Ennetatava ja raviga välditava suremuse kordaja



Vaatamata tulemuste sarnasele tasemele¹² kulutab Eesti tervishoiule märksa vähem kui enamik teisi ELi riike – 1733 eurot inimese kohta (kohandatud ostujõu erinevuste alusel), mida on vähem kui ELi 2019.

¹⁰ Allikas: <https://andmed.stat.ee/et/stat>

¹¹ Riigi terviseprofiil 2021. Eesti. Allikas: https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_et_estonian.pdf

¹² OECD (2023) „Eesti tervisesüsteemi toimivuse hindamise raamistik“, lk 83-93

aasta keskmine 3523 eurot. Eesti kulutab tervishoiule¹³ 6,7% oma SKPst, mis jääb tublisti allapoole ELi keskmist 9,9%. Ligikaudu 74,5% tervishoiukuludest rahastatakse Eestis valitsuse ja kohustusliku ravikindlustuse kaudu ning 23,9% kuludest (peamiselt ravimite ja hambaraviga seotud kulud) kaetakse omaosalusega. See omaosalus tervishoiukulude katmisel on suurem kui ELi keskmine 15,4%.

Samas on tervishoiusüsteemid viimasel kümnendil seisnud silmitsi sarnaste ja pidevalt kasvavate ühiste probleemidega: elanikkonna vananemine, hulgihaigestumine kroonilistesse haigustesse, millega kaasneb suurem nõudlus tervishoiuteenuste järele ja kasvav maksusurve. Samuti on innovatiivsed tehnoloogiad ja ravimid üha kulukamad ning suurendavad koormust riigieelarvele.

OECD on oma baasstsenaariumis ennustanud, et lähiaastate tervishoiukulude osakaal SKPst jõuab 2030. aastaks 10,2%ni, võrreldes 2015. aasta 8,8%ga.¹⁴ Kulud kasvavad kõikjal kiiremini, kui rahvuslik kogutoodang. Seetõttu on tervishoiu kogukond üle ilma, sh Tervisekassa otsimas strateegiaid ja lahendusi tasakaalu saavutamiseks, teed enam patsiendikeskse ja tulemuslikuma tervishoiukorralduse suunas.

2.1. Patsientide juurdepääsuteede ja teenuste kvaliteedi parandamine

Integreeritud patsiendikäsitlus

Eriarstiabis on Tervisekassa alates 2023. aastast minemas üle väärtuspõhise tervishoiu mudelile, rakendades episoodipõhist rahastamist Eesti tervishoiusüsteemis. Episoodipõhise mudeli kohaselt makstakse teenuseosutajale patsiendi seisundi ravimise eest (kogu raviteekonna ulatuses) kogusummana, mitte iga üksiku ravi, testi või protseduuri eest eraldi. Episoodihinna sisse on arvatud raviteekonna vältel planeeritud aktiivravi ja/või järgsete kulutuste kogusumma (nn sihthind). Teenusepakkujad jagavad kõik kahjud või säästud, mis tulenevad selle sihthinna ja tegelike kulude erinevusest. Seda tehes premeeritakse teenuseosutajaid ravi koordineerimise, tüsistuste ja vigade ennetamise ning tarbetute või dubleerivate testide ja ravimeetodite vähendamise eest. Selliste parendustegevuste läbiviimiseks on raviteekondade põhine lähenemine sobilik teenuseosutajatele, et teha kokkulepped, mis on iga ravietapi sisu, mis on erinevate teenuste osutamise kriteeriumid, kuidas patsient liigub ravietappide ja spetsialistide vahel ning mis on iga osapoole roll. Nii toetab raviteekondade loomine koos episoodipõhise tasustamisega raviteenuste kvaliteedi parandamist ning tervishoiukulude ja ressursside optimeerimist.

Uuringute tulemused ja senised kogemused on näidanud, et episoodipõhine rahastamine aktiivraviepisoodide puhul toob kulusääste, ilma, et abi kvaliteet kannataks. Näitena säästis Medicare 12 500 episoodi puhul keskmiselt 319 dollarit episoodi kohta ning eriarstiabi kogukuludes oli episoodipõhist käsitlust rakendatud erialade puhul netosääst 1,72% ilma, et abi kvaliteet oleks sellega langenud (CMS 2015). Geisinger ProvenCare'i episoodipõhise rahastamise piloodi¹⁵ puhul täheldati 9-st kvaliteedinäidikust 8 puhul paranemist, sealhulgas vähenes veretoodete kasutus, rehospitalseerimine 10%, haiglaravil viibimise keskmine pikkus. OrthoChoice'i episoodipõhise

¹³ Riigi terviseprofiil 2021. Eesti. Allikas: https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_et_estonian.pdf

¹⁴ OECD (2019), "Projections of health expenditure", in Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.

¹⁵ Geisinger Health System (2010), About ProvenCare. www.geisinger.org/provencare/]

rahastamise puhul vähenesid ka episoodide keskmised kulud, kusjuures abi kvaliteet paranes (nt pärast puusa- ja põlveoperatsiooni vähenes tüsistuste arv, lühenesid ooteajad jne).¹⁶

Eestis läbiviidud insuldi juhtprojekti lõpparuande järgi¹⁷ on episoodipõhine rahastamine oma efektiivsust Eestis tõestanud. Sekkumiserühma patsientide tulemid olid keskmiselt sama head või paremad kui kontrollrühmas: aastane suremus oli ligi kaks korda väiksem (16% vs 30%); neuroloogi või sisehaiguste arsti vastuvõtul käis poole aasta möödumisel ligi kolm korda rohkem patsiente kui kontrollrühmas (30% vs 9%); statsionaarsele taastusravile jõudis poole rohkem kui kontrollrühmas (43% vs 29%) ning ambulatoorsele üle kahe korra enam kui kontrollrühmas (24% vs 10%). Ka taastusravi teenuste kasutamine nende patsientide hulgas, kes taastusravi said, oli sekkumiserühmas keskmiselt pool tundi kuni poolteist tundi mahukam kui kontrollrühmas. Teiste mõõdikute puhul statistiliselt olulist erinevust ei esinenud.

Kuigi projekt oli edukas, tõi see välja vajaduse jätkutegevusteks, mida toetasid nii insuldiprojekti juhtühm kui ka tervishoiuteenuste loetelu komisjon. Selleks, et võimaldada arendusprojekte piloteerinud haiglatel jätkata toimivate teenustega, tagab Tervisekassa rahastuse olulistele teenuste komponentidele ehk alates 1. aprillist 2023 on tervishoiuteenuste loetelus juhtprojektide peatükis koordinaatori teenus. Juhtprojektide peatükis võimaldame eriõe teenust kasutada ka insuldi raviteekonna puhul. Edaspidi on oluline teha kokkulepped ja luua standard, mis selgelt määrab teekonna ravietapid, otsustuskriteeriumid, patsiendi ülemineku kohad spetsialistide vahel ning osapoolte rollid. Samuti on vaja kokku leppida tervisetulemite andmete kogumise protsess ja selle tasustamismudel.

Lähiaastatel (2023.-2025. aasta perspektiivis), on kavandamisel rakendada uut standardit ning episoodipõhist tasustamismudelit endoproteesimise katseprojekti raames ning katsetada väärtuspõhisele süsteemile üleminekut ka vaimse tervise valdkonnas. Katseprojektide raames saame väärtuslikke teadmisi, kuidas üha enam ressursse süsteemi tasandil optimaalsemalt kasutada ning patsienti tema raviteekonna vältel toetada ja võimestada.

Eestis saab väärtuspõhise tervishoiu mudeli efektiivsuse rahalist mõju hinnata seejärel kui on loodud soovitud raviteekonnad sh standardid, mõõdikud jne ning seejärel rakendatud tasustamismeetodid. Lähtudes rahvusvaheliste uuringute järeldustest¹⁸ oleks mõju efektiivsusele üksnes insuldi raviteekonna rakendamisest vähemalt 443 tuhat eurot aastas.

Tervishoiuteenuste ravikvaliteedi parandamine ja patsiendihutus

Alates 2020. aasta maist saavad perearstid ja -õed kasutada kliiniliste otsuste tugisüsteemi, mis toob nende töölauale patsiendipõhised soovitused ning aitab teha otsuseid kiiremini ja kvaliteetsemalt. Kliinilise otsusetoe süsteem on Eestis esimene omataoline abivahend, kuna koondab kokku ja analüüsib inimese andmeid, näiteks viimase viie aasta diagnoosid, ravimid ja analüüsid, vererõhunäidud, elustiilinäitajad ja geneetilised riskiskoorid. Teenus katab Eestis 1,3 miljonit patsienti. Teenuse kasutajateks on 786 perearsti ja 1636 pereõde. Otsusetugi toetab 130 000 päringut päevas. Sarnase digiteenuse kasutuselevõtu vastu tunnevad huvi ka mitmed teised riigid.

¹⁶ Jacobs, J., Daniel, I., Baker, G., Brown, A. ja Wodchis, W. (2015). *Bundling care and payment: Evidence from early adopters*.

¹⁷ Tervisekassa (2023), „Insuldi juhtprojekt“, Lõpparuanne. Allikas: <https://www.tervisekassa.ee/insuldi-juhtprojekt>.

¹⁸ Jacobs, J., Daniel, I., Baker, G., Brown, A. ja Wodchis, W. (2015). *Bundling care and payment: Evidence from early adopters*.

Kui eelmainitud otsusetugi oli mõeldud perearstidele, siis 2023. aastal otsustati hankida eraldi lahendus ka eriarstidele. 2023. aastast lisanduv teabehalduse otsusetugi pakub Eesti arstidele ligipääsu kõige uuemale teaduskirjandusele ning võimaldab neil otsida ajakohast informatsiooni rahvusvaheliste ravijuhendite hulgast.

Otsusetoe lahendustel on potentsiaalselt väga suur mõju nii ravikvaliteedi parandamisele kui ka patsiendiohutuse tagamisele, mis on nende lahenduste kasutuselevõtmise peamine põhjus. Seda kinnitavad mitmed uuringud¹⁹, viidates selgele mõjule ravitulemustes. Näiteks on töövahendi toel vähenenud rehospitalseerimine, patsiendi ohutusega seotud juhtumid ja suremus. Lisaks on õigeaegsete ravile suunamiste ja välditavate uuringute ära jätmise arvelt paranenud ravikvaliteet.

Pikemas plaanis on vaja otsustustoe lahendusele juurde luua ka kogu tervisekeskust või haiglat hõlmav terviseandmete analüüsi moodul. Viimane võimaldab perearstil analüüsida kõigi tema nimistusse kuuluvate inimeste kliinilisi andmeid ning võimaldab tuvastada need abivajajad, kes saaksid arsti sekkumisest enim kasu. Teisisõnu saaksime aidata inimesi, kellel on kõige suurem vajadus tervishoiuteenuse järele.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et tervishoiu otsusetoe infosüsteem suurendab efektiivsust – parandades andmete taaskasutust ja koostalitlusvõimet, vähendades analüüsides ja uuringute dubleerimist ning muutes ravimite väljakirjutamise harjumusi. Süstemaatiline ülevaade 100 uuringu põhjal näitas, et kliiniliste otsuste tugisüsteemide kasutamine parandas arsti tööd 2/3 uuringutes, suurima mõjuga on meeldetuletavad ja ravimitega seotud lahendused. Uuringud on näidanud, et näiteks automaatse diagnoosivaate juurutamine hoiab kokku ligi 5 minutit arsti aega iga elektroonse anamneesi kohta.²⁰

Edukalt rakendatud Tervishoiu otsusetoe infosüsteem hoiab kokku tervishoiukulusid. Süstemaatiline ülevaade 28 uuringu põhjal leidis, et kliiniliste otsuste tugisüsteemide vähendab haigestumist ja hoiab kokku tervishoiuressursse. Soomes tehtud modelleeriv analüüs näitas, et otsusetoe raviskeemi hindamise mooduli riigipõhine kasutamine säästaks tööjõukuludelt 44 miljonit eurot aastas.²¹

Lisaks tõi Ameerika Ühendriikides tehtud uuring välja, et kliiniliste otsuste tugisüsteemi kasutamine vähendas diagnoosiks kuluvat aega 5,5 minutilt 1,7 minutini ning vähendas hiireklikke 57 võrra.²² Saksamaal tehtud diabeedi uuring tõi välja, et diabeedi ravimise kulud kasvasid 2000–2007 aasta jooksul 51,1%.²³ Tervishoiu otsusetugi võimaldab läbi varajase diagnoosimise ja juhiste haiguse avaldumist edasi lükata ning seda otsest kulu oluliselt vähendada. Eestis on 70 000 diabeedihaiget, mis viitab otsusetoe kasutuselevõtu efektiivsusele juba ainuüksi diabeedi ravimise kulude vähendamise läbi.

Selleks, et uurida Eestis kliiniliste tugisüsteemide kasutamise majanduslikku efektiivsust, on vaja esmalt otsusetugede süsteem täielikult välja arendada ja rakendada ning seejärel leida parim uurimismetoodika selle majandusliku efektiivsuse mõju hindamiseks.

Ravi järjepidevus

Maailmapanga 2015. aasta uuringu²⁴ põhjal järeldati, et meil on võimalik saavutada parem ravitulemus ja parem ressursikasutus, kui me juhime patsiendi raviteekondi paremini ning saavutame parema tervishoiuteenuste integreerituse. Ravi järjepidevuse ning integreerituse suurendamiseks oleme

¹⁹ Allikas: <https://healthit.ahrq.gov/sites/default/files/docs/page/09-0069-EF1.pdf>

²⁰ Allikas: <https://healthit.ahrq.gov/sites/default/files/docs/page/09-0069-EF1.pdf>

²¹ Allikas: <https://healthit.ahrq.gov/sites/default/files/docs/page/09-0069-EF1.pdf>

²² Allikas: <http://www.annfammed.org/content/9/5/398.full>

²³ Allikas: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21264804>

²⁴ Maailmapanga Grupp (2015), Ravi terviklik käsitus ja osapoolte koostöö Eesti tervishoiusüsteemis.

rakendanud raviteekondade käsitlemist (vt ptk „Integreeritud patsiendikäsitlus“) ning laiendamas riskipõhist ravijuhtimist (vt ptk 2.2. „Perearstiabi“).

Lisaks on kavandamisel palliatiivse ravi ja geriaatrilise raviprotsessi loomine. Vajadus palliatiivse ravi järele kasvab: elanikkond vananeb, kasvab multimorbiidsete eakate arv ning progresseeruvad haigused – nagu südamehaigused ja vähk – on kasvutrendis. Palliatiivse ravi teenus hõlmab nii meditsiiniliste, psühhosotsiaalsete ja vaimse tervise teenuste tuge kogu raviteekonna jooksul kõigil ravitasanditel. Ravi järjepidevuse loomine palliatiivses ning geriaatrilises ravis vähendab erakorralise meditsiini osakondade koormust ning vabastab statsionaarse eriarstiabi voodikohti: seda juhul kui abivajavad patsiendid ning nende lähedased saavad vajalikku abi ning nõustamist spetsialistide poolt. Efektivsust rahalises vaates saame hinnata seejärel kui on loodud soovitud patsiendi teekond raviprotsessis sh standardid, mõõdikud ning seejärel rakendatud tasustamismeetodid.

2.2. Perearstiabi

Elanike vananemisega sageneb ka krooniliste haiguste esinemine, mis toob kaasa suurema koormuse tervisesüsteemile. Selle muutusega paremaks toimetulekuks on vaja leida senisest teistsuguseid ja tõhusamaid meetodeid patsientidega tegelemiseks. Maailmapanga poolt aastatel 2014–2015 läbi viidud analüüsis²⁵ leiti, et suur osa eriarstiabis tehtud vastuvõttudest ning statsionaarsest aktiivravist on välditav, kui suunata ravi selleks paremini sobivale esmatasandile. Eesti tervishoiusüsteemis nähakse pereõde- või arsti patsiendi esmase kontaktina tervishoiusüsteemiga ning samuti eriarstiabisse edasisuunamise vajaduse üle otsustajana. Piiratud multiprofessionaalsus ja vähene ravi koordineerimine esmatasandil, aga ka esmatasandile mõeldud patsiendikäsitluse standardite puudumine on siinkohal väljakutseks. Võimestades perearste nende töös on võimalik vähendada kulukama eriarstiabi teenuse kasutust ning tagada olemasolevate ressursside optimaalsem kasutus.

Suurema vastutuse esmatasandile kandumise osas on tehtud edusamme, kuid vähem on pööratud tähelepanu ravikvaliteedile perearstide töös. Seda eriti keerukamate terviseseisunditega patsientide osas. Tervisekassa ja Eesti Perearstide Seltsi koostöös on loodud esmatasandi kvaliteedi parendamisele suunatud perearsti kvaliteedisüsteem (PKS), mille eduka täitmise eest on võimalik perearstil saada rahalist boonust. PKSi tulemuste analüüsid on paraku aga näidanud, et ravikvaliteedi parendamisele suunatud tegevusi ei ole lihtne laiema arstkonnan viia. Seega peamine küsimus on, kuidas julgustada perearste pakkuma järjepidevat ja kvaliteetset ravi kõrge riskiga patsientidele. Kõrge risk tähendab suurema tõenäosusega rohkem kulukamate tervishoiuteenuste tarbimist, samas kui asjakohase jälgimisega on võimalik ennetada hospitaliseerimisi, tervise halvenemist ja/või enneaegset surma. Mida keerukam terviseseisund, seda keerulisem on seda teha. Sarnaseid probleeme esineb ka mujal maailmas nagu ka esmatasandi tervishoiu reforme, mille eesmärk on suunata perearste tegelema kõrge riskiga patsientidega ning parandada nende ravi järjepidavust.²⁶

Eesti esmatasandi tervishoiu soovitakse laiemalt rakendada riskipõhist ravijuhtimist, mis keskendub peamiselt mitme kroonilise haiguse, eelkõige kõrgvererõhktõve, II tüüpi diabeedi ja hüperlipideemia patsientidele, kellel võib kaasuvana olla muid haiguseid või sotsiaalmajanduslikke probleeme. Seetõttu on Tervisekassa viinud koostöös Maailmapanga ja Harvardi Ülikooli ekspertidega läbi esmatasandi tervishoiu võimestamisele, sh kvaliteedi tõstmisele suunatud projekti, mille käigus piloteeriti Eestis aastatel 2016–2023 Tervisekassa, Maailmapanga ja Ariadne Labs'i koostöös riskipõhise ravijuhtimise põhimõtteid.

Uuringu andmetest järeldus, et vaadeldaval perioodil (2020-2023) oli patsiendi ja perarsti või – õe vaheline kontakt sagedasem ning patsiendi ravisooatumus paranes 30%, sagedamini kirjutati patsientidele raviks statiine (kui oli asjakohane) ja analüüsiti kolesterooli taset. Haiglasse sattumise järel oli tõenäolisem, et edasine kontakt perearstiga järelraviks ja nõustamiseks toimus 30 päeva jooksul pärast haiglast välja kirjutamist (20% tõenäolisem võrreldes kontrollgrupiga). Eriarsti vastuvõttude ja välditavate hospitaliseerimiste arv vähenes, eelkõige rehospitaalseerimised. Analüüsi tulemused viitavad ka, et tulemused on tõenäoliselt paremad multidistsiplinaarses meeskonnas, kuhu on kaasatud sotsiaaltöötaja.

Tuginedes Maailmapanga ja Tervisekassa koostöös läbiviidud uuringu tulemusele, on Tervisekassa alates 2023. aasta juuli kuust lisanud riskipõhise ravijuhtimise käsitluse tervishoiuteenuste loetelusse, millega oleme teenust laiendamas kõikidele perearstidele. Riskipõhise ravijuhtimise käsitluse

²⁵ Maailmapanga Grupp (2015), Ravi terviklik käsitlus ja osapoolte koostöö Eesti tervishoiusüsteemis.

²⁶ Sarnak, D.O., Ryan, J. How High-Need Patients Experience the Health Care System in Nine Countries. 2016.

tulemusena väljenduv välditavate rehospitalseerimiste mõju tervishoiuteenuste eelarvele on pikemas plaanis, prognoositavalt aastal 2040, kui teenusega on hõlmatud pea kogu riskipatsientide kohord (II tüüpi diabeedi, kõrgvererõhktõve diagnoosiga patsiendid), ligikaudu 7,8 miljonit eurot.

Lisaks on Tervisekassa loonud perearstiarstide töö efektiivsemaks muutmiseks terviskeskustele ja üksikpraksistele võimaluse kliinilise assistendi palkamiseks. Viimane võimaldab vabastada õdede ja arstide ressursi administratiivtööst. Pikemas plaanis on kavas turvaliste perearstikeskuste-patsientide vaheliste suhtlusplatvormide rahastamine ja populariseerimine: retseptide, töövõimetuslehtede ja tõendite saamiseks teadete edastamine digilahenduse kaudu hoiab ära visiite ja telefonikõnesid, milleks muidu kulub õdede tööaeg; valideeritud, turvaliste suhtlusplatvormide kasutusel väheneb andmevargusest tingitud rahaline kulu; kui patsiendi pöördumiste sisu on ära kirjeldatud, on võimalik kiirema tervisemurega patsientidega tegeleda esmajärjekorras ehk patsientidega vajaliku eeltöö saab enne vastuvõttu ära teha ja seeläbi tõhusamalt vastuvõtu aega kasutada.

Tervisekassa lisab perearsti nõuandeliinile täiendavaid teenuseid, et muuta nõuandeliini tööd efektiivsemaks ja kättesaadavamaks üha suuremale arvule elanikkonnale. 2022. aasta algusest saavad inimesed, kellel on tavatelefonikõne vahendusel suhtlemine raskendatud (näiteks vaegkuuljad ja kõnepuudega inimesed) suhelda veebivestluse abil. 2022. aastal toimus kokku 130 veebivestlust. Lähiajal on plaanis lisada veebivestluste võimalus kõikidele patsientidele, et võimaldada rohkemate patsientide samaaegset teenindamist.

2.3. Eriarstiabi

Eriarstiabi teenustes tõhusama vahendite kasutuse toob erinevate tasustamismudelite edasiarendamine.

Maailmapanga uuringus²⁷ leiti, et diagnoosipõhiste kompleksteenuste ehk DRG rahastamismudeli muutmine (100% DRG-le üleminek) suurendab ravi efektiivsust (lühem haiglas viibimise aeg) ning vähendab tervishoiuteenuste osutajate halduskoormust ja kulusid. Praegune süsteem DRG rahastamine 30/70 osakaaludega on püsinud aastast 2009. Senine eesmärk, et 30% teenusepõhine (*fee-for-service*) tasu raviarve kuludest on hinnatud teenuseosutaja riski katvaks ja motiveerib tervishoiuteenuste osutajaid kulude kokkuhoiule ehk optimaalsele ravitegevusele, ei ole aastate jooksul täidetud. Seega tuleks DRG süsteemi toimimist optimeerida. Selleks on vajalik läbi viia mudeli muutuste mõjuanalüüs sh erandite analüüs. Päevakirurgias on suurema DRG põhise rahastamismeetodi osakaalu kasutamine nii kliiniliselt kui ka kulude osas põhjendatud, sest tegemist on suhteliselt standardsete kirurgiliste sekkumistega või protseduuridega, mille rakendamist on spetsialistid hinnanud ohutuks ja efektiivseks. Muudatuse eesmärk on päevakirurgia raviepisoodi eest tasumise ühtlustamine läbi sarnase ravikäsitluse. Seeläbi suureneb nii patsientide kui asutuste võrdne kohtlemine. Arvestades eriarstiabi teenuste rahalist mahtu, siis ka 1% sääst antud muudatusest tähendab ligi 3 miljonit eurot, mida on võimalik kokku hoida või teenuste kättesaadavuse parandamiseks suunata.

Teise lähiajal rakendatava tasustamismeetodi muudatuse puhul on eesmärk tagada üldhaiglate rahastamise jätkusuutlikkus. 2024. aastal algab haiglavõrgu arengukava haiglate jaoks uus

²⁷ World Bank Group (2017), Toward Greater Integration of Care and Improved Efficiency, A critical review of EHIF's payment system.

lepinguperiood. Uues ravi rahastamise lepingus luuakse üldhaiglatele ja kohalikule haiglale võimalus valida, kas minna üle alternatiivsele rahastusele 2024–2028 aastaks.

Läbi loodava rahastusmudeli (nn 50:50 mudel) toetatakse üldhaiglate jätkusuutlikkust ja tagatakse osutatavate teenuste miinimumpakett lähtuvalt haigla liikide nõuetest. Sellega suurenevad üldhaiglate võimalused ressursi paindlikumaks ja efektiivsemaks kasutuseks, samas kui Tervisekassal säilib võimalus kontrollida osutatud tervishoiuteenuste põhjendatust ja kvaliteeti.

Uus rahastusmudel toetab ja pakub lisaväärtust eeskätt väiksematele üldhaiglatele, mis teenindavad vananeva ja kahaneva elanikkonnaga maakondi.

2.4. Kättesaadavus

Tervishoid on läbimas tehnoloogilist murrangut. Inimeste ootused tervisesüsteemile ja vajadused teenuste järele kasvavad pidevalt. Tehnoloogia pakub võimalusi tervishoidu parandada – muuta pakutavaid teenuseid kättesaadavamaks, efektiivsemaks ja kvaliteetsemaks.

Inimestele õigeaegse ja kvaliteetse abi ja nõuannete pakkumisel on väga oluline perearstide koostöö eriarstidega. Koostöö tõhustamise eesmärgil loodi 2013. aastal perearstidele võimalus tervise infosüsteemi kaudu konsulteerida eriarstidega oma patsiendi diagnoosi täpsustamiseks ning ravi määramiseks. E-konsultatsioon parandab perearstilt eriarstile liikuva info kvaliteeti ning säästab ka patsientide aega, sest enam ei pea alati ise eriarsti poole pöörduma – eriarstiga konsulteerib perearst elektroonselt ning kogu ravi toimub perearsti koordineerimisel. Samas kui e-konsultatsiooni käigus otsustab eriarst, et patsient vajab siiski eriarsti abi või täiendavaid uuringuid, on konsulteerinud eriarstil võimalik patsient vastuvõtule kutsuda.

2022. aastal laekus perearstidelt tervise infosüsteemi üle 61 450 digisaatekirja e-konsultatsioonile, kokku 425 asutusest. Teenust osutati 2,5 miljoni euro eest. Kõige rohkem küsisid perearstid konsultatsiooni Tartu Ülikooli Kliinikumi (16 919 korda), Ida-Tallinna Keskhaigla (14 814 korda) ja Põhja-Eesti Regionaalhaigla (14 632 korda) eriarstidelt. Võrreldes 2021. aastaga kasvas e-konsultatsioonide arv 22%.

Oleme e-konsultatsioonide võimalusi laiendanud ka eriarst-eriarst konsultatsioonideks. Samuti on lubatud eriarsti videovastuvõttude ka e-konsultatsiooni kaudu suunamisel. 2022. aasta seisuga toimib e-konsultatsiooni teenus perearstiasis juba 33 erialal.

Erialade vahelist e-konsultatsiooni digisaatekirja teisele eriarstile saadeti 2022. aastal 2228 korral. Kõige rohkem küsiti nõu neurokirurgidelt (15%), neuroloogidelt (14%) ja ortopeedidelt (11%). Kõige rohkem küsiti konsultatsiooni Tartu Ülikooli Kliinikumilt (1055 korda), Ida-Tallinna Keskhaiglalt (451 korda) ja Lääne-Tallinna Keskhaiglalt (324 korda).

E-konsultatsiooni laiendamine toimub järjepidevalt. Pikemas vaates kavandame e-konsultatsiooni laiendada ravimiskeemi määramiseks, muutmiseks ja analüüsiks koostoimete ja kõrvaltoimete hindamiseks nt bensodiasepiiniid jt z-ravimid; polüfarmakoterapia patsientide puhul e-konsultatsioon proviisoritega; osalise töövõimetusele määramiseks. Samuti on pikemas plaanis kavas rakendada e-konsultatsiooni öde-öde vahendusel koolitervishoius, eriarstiasis, õendusasias, radioloogias ja mäluhäirete teekonnal.

Alates 2024. aasta jaanuarist muutub e-konsultatsioon erialapõhisest teenusepõhiseks, mis suurendab kitsa spetsialiseerumisega eriarstide kättesaadavust ning lühendab patsiendi teekonda (õige) spetsialistini jõudmisel. Selle muudatusega saab perearst otsustada, millise spetsialisti juurde patsient

suunata (näitena, et jääb ära teekond kirurg – onkokiirurg, kui patsiendi seisund vajab tegelikult onkokiirurgi tähelepanu).

Muudatus mõjutab 2024. aastal kõiki tervishoiuteenuse osutajaid, kes teevad e-konsultatsioone ja alates 2025. aastast õendusabiasutusi, töotervishoiuasutusi jt.

Lisaks on Eestis üha laialdasem kaugteenuste kasutuselevõtt. 2018. aastal Euroopa Komisjoni poolt tellitud üleeuroopaline telemeditsiini alane turu-uuringust selgus, et telemeditsiini lahendused on 73,3% juhtudest kuluefektiivsed ning 21,3% juhtudest võrdväärased senise praktikaga, 5,6% juhtude puhul leiti, et alternatiivid senisele praktikale on kallimad. Lisaks toodi välja, et mida suurem on kaugteenuste turuosa, seda enam vähenevad kulud patsiendi raviteekonnaval, transpordi teekonna pikkus, konsultatsioonile kuluv aeg, suremus ja tõusevad patsiendi kvaliteetselt elatud eluaastad. Uuringus toodi välja, et tervishoiuteenuse osutaja jaoks on kaugteenustest võit üsna tagasihoidlik, kuid patsientide jaoks on kasu oluliselt suurem. Siiski möönsid autorid, et tugeva tõendus põhise saavutamiseks kaugvastuvõttude mõju osas, oleks vajadus suurema empiirilise tõenduse järele, mida aga praeguses praktikas napib telemeditsiini lahenduste vähesel kasutatavusel tõttu²⁸. Igal juhul pakuvad kaugteenused tervishoiusüsteemile võimalust suurendada patsiendimugavust ja -rahulolu, lahendada logistilisi väljakutseid maapiirkondade teenindamisel ning tõsta süsteemi kuluefektiivsust tervikuna.

Tervisekassa alustas kaugteenuste arendamisega 2020. aasta alguses. Kaugvastuvõtt video, veebi- ja telefonikontaktina rakendati Tervisekassa eelarvest rahastatuna ajutiselt 2020. aasta kevadel COVID-19 puhangu ajal ning teenust hakati püsivalt rahastama 2020. aasta septembris. Kaugteraapiad (psühhoterapia, füsioterapia, logopeedia, tegevusteraapia) lisandusid tervishoiuteenuste loetellu 2021. aasta alguses.

E-konsultatsiooni ja kaugvastuvõttude rakendamine vähendab välditavate visiitide arvu, mis omakorda tagab parema juurdepääsu (rohkem vabu aegu) patsientidele, kelle meditsiiniline näidustus on tõsisem ja hilisem ravi algus toob endaga kaasa olulise ravi kallinemise ja väiksema ravi efektiivsuse.

2022. aastal lahendati patsiendi mure e-konsultatsiooni teel 36% (22 307 perearst-eriarst konsultatsiooni) juhtudest, ilma et patsient oleks pidanud ootama eraldi lisaks eriarsti vastuvõttu. Mõju e-konsultatsiooni ja kaugvastuvõtu kasutuselevõttust on 2022. aasta juhtude põhjal hinnatuna tervishoiukulude kokkuhoiule ca 2 miljonit eurot.

2.5. Tervisedendus ja ennetus

Praegu suudab Eesti tervishoid pakkuda maailmatasemel ravi. Selle jätkusuutlikkuse tagamiseks tuleb aga panustada oluliselt rohkem tervise edendamisse ning haiguste ennetusse. Tervisedenduses on vaja tagada järjepidev tegevus tervist mõjutavate teguritega koostöös teiste sektoritega. Liikuda edasi erinevate tervisedenduse projektidega, teavitada elanikkonda sihitud ning avalike meediakanalite kaudu vähi sõeluuringutest ja jagada infot, mis parandab inimeste terviseteadlikkust. Vähi sõeluuringutest teavitamiseks on Tervisekassa kaasanud apteegivõrku, töotervishoiu- ja haridusasutusi, samuti teeme tihedat koostööd sõeluuringuid pakkuvate tervishoiuasutustega. Selleks,

²⁸ Euroopa Komisjon, PwC. (2018). Market Study on Telemedicine. Allikas: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/2018_provision_marketstudy_telemedicine_en.pdf

et jõuda iga inimeseni Eestis, teeme koostööd valdkonnaga seotud asutuste ning ekspertidega, samuti kaasame süsteemi maakondlikke tervisedendajaid ja elustiilinõustajad.

Väga oluline muudatus on see, et alates 2021. aastast on sõeluuringud laienenud kindlustamata inimestele ja emakakaelavähi sõeluuringu teenust on asunud pakkuma perearstikeskused. Selle muudatuse mõjuna suureneb tervisevõrdsus ja pikas vaates avaldab õigeaegselt avastatud ravivajadus positiivset mõju ravikindlustushüvitiste eelarve kulude kokkuhoiule ja inimeste tervena elatud aastatele ning elulemusele.

Lisaks on 2021. aasta oktoobrist ravisutustel võimalik emakakaelavähi ennetuse teenuse lepinguga liituda hankevabalt, mis võimaldab rohkematel ravisutustel osutada ennetusteenuseid. Muudatuste mõjul on naiste osalemine sõeluuringus märksa aktiivsem kui varasematel aastatel. Samuti alustati 2021. aastal Tervisekassa ja Tervise Arengu Instituudi koostöös HPV ehk inimese papilloomi-viiruse kodutestimise projektiga, millises pakutakse kodutestimist nendele naistele, kes pole sõeluuringu kutsele reageerinud. Naised saavad tellida kodutesti endale koju ja lisaks pakutakse koduteste apteekides. Kui 2022. aastal viidi apteekide kaudu pakutava kodutestimise katseprojekt läbi Ida-Viru maakonnas, siis 2023. aastal laiendatakse veelgi apteekide ringi ja Ida-Viru maakonnale lisanduvad Võru-, Viljandi-, Valga- ja Põlvamaa apteegid. Projekti eesmärk on tõsta sõeluuringuga hõlmatud isikute arvu.

Alates 2022. aastast rahastab Tervisekassa kopsuvähi sõeluuringu piirkondlikku katseprojekti ja koordineerib tegevusi üleriigilise sõeluuringu programmi jätkumiseks. Katseprojekt hõlmab Tartu linna ja maakonna perearstide patsiente ning projekti veab Tartu Ülikool koos Tartu Ülikooli Kliinikumiga. Katseprojekti käigus on 2023. aasta 31.märtsi seisuga avastatud 28 kopsuvähki, üle 3300 kaasuva leiu, sh 36 muu kasvaja kahtlust.

Laste ja noorte tervisedenduseks ja ennetuseks arendatakse järjepidevalt koolitervishoiuteenust: alates 2022. aasta juulist saavad vastava koolituse läbinud kooliõed osutada tubaka- või nikotiinitoodetest loobumise nõustamise teenust. 2023. aasta jaanuarist alates saavad vastava koolituse läbinud kooliõed pakkuda alkoholitarvitamise häire ennetuse ja nõustamise teenust. Eesmärk on, et alates 2023/2024. õppeaastast saaks kooliõde osutada vaimse tervise õe poolt juhendatud psühholoogilist abi.

Alates 2022/2023. õppeaastast hakkas kehtima kooliõdedele kvaliteedisüsteem. Selle raames luuakse kooliõdedele võimalus saada ülevaade tervishoiuteenuse osutajate poolt osutatud pearahasisestest tegevustest, milline on aluseks kooliõdede kvaliteedisüsteemi raames ennetustegevuste hõlmatuse leidmiseks.

2.6. Tervishoiukulude omaosalus

Leibkondade omaosaluse osakaalu tervishoiukuludest on Eestis jälgitud aastaid, oleme võrrelnud end teiste riikidega ja näinud, et meie inimeste omaosalus on tunduvalt kõrgem. 2021. aastal oli Eestis inimeste omaosalus tervishoiuteenuste eest tasumisel 23,9%, samal ajal Euroopa Liidus keskmiselt 15,4%.

Sotsiaalministeerium koostöös Tervisekassaga analüüsis²⁹ isikupõhiselt ravikindlustatute omaosalust ja omaosaluskoormust ning selle seost leibkonna sissetulekuga aastatel 2016–2019. Analüüsist selgus, et keskmine omaosaluskoormus kasvas nelja aastaga 331 eurolt 357 eurole ühe tervishoiuteenust kasutanud isiku kohta. Samas oli inimesi, kelle aasta keskmine omaosaluskoormus oli üle 1000 euro ja üksikutel juhtudel ulatus 11 korda suuremate summadeni.

WHO soovib hinnata omaosaluspoliitika toimivust, kui inimeste omaosalus moodustab enam kui 15% tervishoiukuludest, sest see ei tohiks põhjustada inimestele suurt rahalist koormust või olla piirang, mille tõttu ei saa vajalikku abi. Omaosaluse vähendamisel on mitmeid positiivseid mõjusid tervishoiusüsteemi tõhususele: madalamad kulud muudavad ravi kättesaadavamaks ehk tõenäolisemalt pöörduvad inimesed õigeaegselt arsti juurde, mis toob kaasa paremad tervisetulemid ning tagab ühtlasi, läbi madalamate kulutuste jms, tervishoiu üldise tõhususe.

Sellest lähtuvalt on rahvastiku tervise arengukavas 2020–2030 inimkeskse tervishoiu programmis seatud eesmärk vähendada leibkonna omaosalust tervishoiukuludes aastaks 2030 vähemalt 15%-ni. Seatud eesmärgi saavutamiseks tuleb vähendada nii rahalisi kui mitterahalisi takistusi, sealhulgas välja töötada ja rakendada meetmeid omaosaluse ümberjaotamiseks.

Selleks oleme kaalumas erinevaid meetmeid, et pikemas vaates hüvitisi paremini sihitada ja töötada välja kontseptsioon personaalse ja vajaduspõhiste hüvitamispõhimõtete rakendamiseks. Seda tulenevalt inimeste omaosaluskoormusest tervishoius tervikuna silmas pidades, et suurima osa omaosalusest moodustavad kulutused hambaravile ja ravimitele.

2.6.1. Hambaravi

Suurima keskmise summa omaosalusest kulutavad elanikud hambaravile. Hambaravis on inimeste endi kulud suured: Riigikontrolli 2021. aasta auditi andmetel ligi kolm korda suuremad kui tervishoius üldiselt. Inimesel, kes on suure ravivajadusega ja peab arsti külastama korduvalt, ulatub koguomaosalus 70–85%-ni³⁰.

Eesti on püüdnud vähendada tervishoiukulude katmisel omaosalust, kohandades hambaravi hüvitiste määrasid. Pakett hõlmab elementaarseid hambaraviteenuseid kõigile täiskasvanutele. Sellega on ette nähtud 50% suurune omaosalus teenuste eest tasumisel ja kehtestatud hüvitise ülempiiriks 40 eurot aastas. Samuti mitterahaline proteesihüvitis 260 eurot kolmeks aastaks, mida saavad kasutada pensionärid, osalise või puuduva töövõimega inimesed ning üle 63-aastased inimesed. Lisaks on teatavate suuremate vajadustega elanikkonnarühmade puhul ette nähtud 15% suurune omaosalus ja kehtestatud hüvitise ülempiiriks 85 eurot aastas.

Riigikontrolli 2021. aasta audit²³ tõi välja, et kui hüvitatavate teenuste valikus oleks suurem rõhk ennetusel, aitaks see haigusi vältida või neid varakult avastada, vähendades sellega pikemas plaanis koormust tervishoiuteenuste rahastamisele. Sellest lähtuvalt on Tervisekassa pööranud suuremat tähelepanu ennetusele. Laste hambaravis on ellu kutsutud üleriigiline Suukooli projekt, mis tegeleb laste ja noorte suu- ja hambahaiguste ennetusega. Projekti eesmärgiks on tõsta teadlikkust suutervisest, et Eestis kasvaksid tervete hammastega lapsed. Suukool ei ole mõeldud ainult lastele,

²⁹ Sotsiaalministeerium (2021), „Kas Eesti elanikud saavad endale tervishoiuteenuseid lubada, arvestades nende sissetulekut ja omaosaluskoormust?“, K.Esnar, E.Lapp. Allikas: <https://www.sm.ee/>

³⁰ Riigikontroll (2021), Täiskasvanute hambaravihüvitis. <https://www.riigikontroll.ee/>

sealt leiavad vajalikku infot suutervise hoidmiseks ka täiskasvanud. Lisaks ennetustegevustele jätkuvad ka pereõdedele ja kooliõdedele suunatud tervisedenduse projektid, millega toetatakse ennetustegevust.

Laste hambaravis on lähiajal plaanis üle-eestiline veelgi efektiivsem ennetustegevus sh mobiilse hambaraviteenuse rakendamine ja Suukooli juhendatud hambapesu lasteaedades. Kuigi Tervisekassa raviarvete analüüs on näidanud, et varasem arsti poole pöördumine ja regulaarsem arsti külastus ei too kaasa ravikulude langust hilisemas elus, vähendab see harva esinevate ja raskete hambahaiguste teket (juureravi või jäävhamba eelmaldamise vajadust). Seda juhul kui laps jõuab hambaarsti juurde vähemalt enne 9-eluaastat. Seega ennetustegevuse suurendamisega saame lähiajal laste hambaravi hõlmatus suurendada ning seeläbi pikemas plaanis raskete hambahaiguste teket ennetades, ravikulusid vähendada.

Ennetustegevustena on pikemas plaanis hambaravimeeskonda kliinilise psühholoogi kaasamine. Seda selleks, et leevendada lapse ja lapsevanema ning täiskasvanute hambaravihirmu. Hambaravihirm ja sellest tingitud ravi edasilükkamine puudutab ca 6% lastest ja 16% laste vanematest³¹.

Nii laste, kui ka täiskasvanute hambaravis on pikemas plaanis kavas hambaravi spetsialistide teenuse kujundamine, mis hõlmab endast suuhügieeni assistentide, õdede või suuhügienistide arvu suurendamist (koolitama hakkamist ja tervishoiutöötajana tunnustamist). Hetkel on nii nõustamis- kui ka raviteenuse osutajaks hambaarst ja see suurendab teenuse maksumust. Hambaravi spetsialistide teenuse rakendamine aitab muuta hambaravi süsteemi efektiivsemaks: kallimale hambaravi arsti teenusele pöördujate arv väheneb, kuna inimesed suunatakse esmalt suuhügieeni (hambaravi spetsialisti) teenusele.

Pikemas vaates on Tervisekassa eesmärk väärtuspõhisele hambaravile üleminek. Väärtuspõhine hambaravi keskendub patsiendi vajadustele, ootustele ja tulemustele, mitte ainult protseduuridele ja kuludele. Väärtuspõhise hambaravi eesmärk on parandada patsiendi suutervist ja elukvaliteeti, kasutades tõenduspõhiseid ja kvaliteetseid teenuseid, mis on kohandatud iga patsiendi individuaalsele olukorrale.

2.6.2. Ravimid

Sotsiaalministeeriumi ja Tervisekassaga analüüsist³² järeldus, et hambaravile lisaks moodustavad suurima osa omaosalusest kulutused ravimitele. Vaadeldaval perioodil (aastatel 2016-2019) suurenes kõige enam ravimitele kulutatud summa – käsimüügi- ja retseptiravimitel kokku nelja aasta jooksul ligi 10 euro võrra.

Omaosaluse vähendamiseks tasub Tervisekassa teatud ulatuses retseptiravimite eest, mille tõhusust on eelnevalt põhjalikult hinnatud ning mis sellest tulenevalt on otsustatud kanda soodusravimite nimekirja. Nendele ravimitele kehtib 50, 75, 90 või 100% soodusmäär. Kõrgem soodusmäär on raskete ja krooniliste haiguste raviks vajalikel peamistel ravimitel ning suuremad soodustused kehtivad ka teatud elanikkonnagruppidele (vanadus- ja töövõimetuspensionärid).

³¹ Olak J, Saag M, Honkala S, Nömmela R, Runnel R, Honkala E, Karjalainen S. Children's dental fear in relation to dental health and parental dental fear. Stomatologija. 2013;15(1):26-31. PMID: 23732827.

³² Sotsiaalministeerium (2021), „Kas Eesti elanikud saavad endale tervishoiuteenuseid lubada, arvestades nende sissetulekut ja oosaluskoormust?“, K.Esnar, E.Lapp. Allikas: <https://www.sm.ee/>

Soodusravimite loetelu täiendamise taotlusi esitatakse Tervisekassale keskmiselt 30 tk aastas ning haiglaravil kasutatavate ravimite lisamise taotlusi ca 50 tk aastas. Taotluste rahaline maht on 30–40 miljonit eurot aastas. Loetelu menetlemise käigus hinnatakse ravimite tõhusust ning hinnaläbirääkimiste tulemusena väheneb ravimi hind reeglina ca 30%. Arvestades praegust kompenseeritavate ravimite eelarve mahtu tähendab see, et põhjaliku menetlustöö tulemusena on Tervisekassa aastane kulu kompenseeritavatele ravimitele 50–60 miljonit väiksem võrreldes algsete taotlustega.

Viimasel kolmel aastal on Tervisekassa teinud haiglaravimite ühishankeid nelja suurema haiglaga: Põhja-Eesti Regionaalhaiglaga, Tartu Ülikooli Kliinikumiga, Ida-Tallinna Keskhaiglaga ja Pärnu Haiglaga, väikeses mahus on lisandunud Lääne-Tallinna Keskhaigla ja Tallinna Lastehaigla. Hangete tulemusena on ravimitele saavutatud uued soodsamad hinnad, mis omakorda kajastuvad ka tervishoiuteenuste loetelus (haiglaravimite teenused). Ühishangete tulemusena on saavutatud aastane kokkuhoid ca 5 miljonit eurot. Hanketegevust on võimalik laiendada, hetkel on hankes 5 suuremahulisemat toimeainet.

Nakkushaiguste kontrolli all hoidmiseks rahastab ja hangib Tervisekassa ravimeid (HIV-i ravimid ja immuunpreparaadid, COVID-19 ravimid, tuberkuloosiravimid), vaktsiine ja immuunglobuliine. Lisaks korraldab ja rahastab Tervisekassa antidootide riigihankeid, millega tagatakse enamlevinud mürgistusjuhtumite ravi erakorralise meditsiini osakondades.

2.6.3. Meditsiiniseadmed

Tervisekassa hüvitab oma kindlustatutele kodus iseseisvalt kasutatavaid meditsiiniseadmeid, mille abil saab ravida haigusi ja vigastusi või mille kasutamine hoiab ära haiguse süvenemise.

Hüvitatavate seadmete hulka kuuluvad näiteks diabeetikutele veresuhkru mõõtmiseks ja selle taseme korrigeerimiseks vajalikud tarvikud (glükomeetri testribad, lantsetid, insuliiniõelad), stoomide hooldusvahendid, ortoosid, põiekateetrid ja haavasidemed. Samuti unehäirete ravi seadmed ja maskid ning kompressioontooted.

Meditsiiniseadmete valdkonnas on Tervisekassa rakendanud ortooside valdkonnas piirhinnasüsteemi ning Tervisekassa ja Sotsiaalkindlustusameti (SKA) poolt rahastatavad tootegrupid on jagatud selliselt, et välistada kahe organisatsiooni poolt topeltrahastuse võimalus. Ortoosid jagati kitsamateks, sarnaste omadustega ja sarnase kasutajate sihtgrupiga piirhinnarühmadeks, et elavdada konkurentsi ning vähendada põhjendamatuid kulusid Tervisekassale (piirhind kujuneb odavuselt teise toote põhjal). Muudatuse tulemusel vähenes keskmise masstoodangu ortoosi kulu Tervisekassale 19%, kokkuhoid 2021. a andmetele tuginedes on 0,25 miljonit eurot aastas.

Teise muudatusega muutus abivahendite ja meditsiiniseadmete rahastus patsientidele, arstidele ja ettevõtetele senisest selgemaks, sest Tervisekassa ja SKA vahel kattuvad tooted hüvitatakse kõigile abivajajatele vaid ühe asutuse poolt. Lisaks ei sõltu Tervisekassa rahastus puude või vähenenud töövõime olemasolust, vaid hüvitamise eelduseks on tõendus põhine vajadus, seega on meditsiiniseadmed abivajajatele senisest kättesaadavamad.

Meditsiiniseadmete loetelu muudetakse alates 2023. aastast vähemalt kaks korda aastas. Muudatuse mõjul jõuavad kaasaegsed, efektiivsed ja mõistliku hinnaga meditsiiniseadmed patsientideni kiiremini. Samuti võimaldab muudatus hakata hüvitama täiesti uusi tootegruppe senisest kiiremini ehk võimaldab vähendada katmata ravivajadust.

2.7. Õendusabi

Euroopa Liidu riikide rahvastik vananeb ja pikeneb keskmine eluiga. Eestis on 65-aastaste ja vanemate inimeste osakaal suurenenud 266 200 inimeselt ehk 15%-lt (2000. aastal) 270 640 inimeseni ehk 20%-ni (2021). 2050. aastaks on neid juba 306 746 ehk 24% rahvastikust.³³ Rahvastiku vananemine Eestis suurendab nõudlust erinevate tervishoiu- ja sotsiaalteenuste järele ning survestab tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesüsteemi finantsilist jätkusuutlikkust. Kasvab vajadus sobivas mahus õendusabi järele.

Õendusabi kättesaadavuse laiendamiseks oleme Tervisekassas loonud ja loomas üha uusi võimalusi: õendusabi teenused on elanikkonnale järjest kättesaadavamad, kuna õed teevad rohkem iseseisvaid vastuvõtte, laienenud on koduõenduse teenuse pakkumine ning õendusabi osutamine esmatasandi tervisekeskustes. Lisandunud on õendusteenus üldhooldekodudes ning alates 2020. aastast rahastatakse statsionaarse õendusabi teenuse raames ka hosiipitsravi. Inimeste hooldamisega tegelevad nii tervishoiu- kui ka hoolekandesüsteem. Tervisekassa rahastab õendusabina teenust, mida pakuvad erinevad tervishoiuteenuse osutajad.

Õendusabi arengus on lähiaastate märksõna kvalitatiivne kasv. Koostöös Tervisekassa ja Sotsiaalministeeriumiga on väljatöötamisel hooldus- ja õendusabi vajaduse hindamise ühtsed põhimõtted ja juhendid. Jätkuvalt on õendusabi arendamisel prioriteet koduõendusteenuse kättesaadavuse parandamine, vähendades seeläbi statsionaarse õendusabi koormust.

Lähiajal on kavas vähendada eriõdede rakendamise kaudu arstide töökoormust, suurendada ravi kättesaadavust, lähtuda raviteekondades patsiendikesksusest ja kasutada olemasolevaid inimressursse tõhusamalt. Selleks on oluline selgitada välja eriõde pädevuse laiendamisega seotud kliinilised tegevused ning teha vajalikud töökorralduslikud muudatused. Samuti kontrollida ja testida tervishoiuasutuste poolt välja töötatud valdkonnapõhiseid eriõde erialade teenuste kirjeldusi ja õendustegevuste loetelu ning jälgida nende tegevuste läbiviimist eripädevusega õdede poolt iseseisvatel ambulatoorsetel vastuvõttudel.

Alustatud on 3N tõenduspõhise dokumenteerimissüsteemi väljatöötamisega. Pikemas plaanis on eesmärk, et Eesti õendusteenuse dokumenteerimise regulatsioonid vastavad 3N terviksüsteemile ja õenduspraktikas kasutatakse 3N elektroonilist terviksüsteemi inimese tervise toetamiseks kogu elukaare vältel. Selle tulemusena saame tulevikus mõõta ja analüüsida õdede töö osa tervishoiuteenuse osutamisel ja hinnata õendusteenuse kvaliteeti (hetkel puuduvad selleks standarditud klassifikatsioonid).

2.8. Töövõimetushüvitised

Eesti ravikindlustuse eelarvest moodustab olulise osa (10% Tervisekassa tervishoiukulude rahalisest mahust) töövõimetushüvitiste maksmine. Ajutise töövõimetuse hüvitis on rahaline kompensatsioon, mida makstakse töövõimetuslehe alusel töötavale ravikindlustatud inimesele, kellel jääb ajutise töövabastuse tõttu saamata sotsiaalmaksuga maksustatud tulu. Tervisekassa poolt makstava hüvitise suurus sõltub töövõimetuslehe liigist (haigus- või hooldusleht) ja töövõimetuse põhjusest ning inimese

³³ <https://www.stat.ee/et/avasta-statistikat/valdkonnad/rahvastik/rahvastikuprognosis>

eelmise aasta sotsiaalmaksuga maksustava tulu suurusest. 2022. aastal maksis Tervisekassa töövõimetushüvitist 207 miljoni euro eest 319 tuhandele hüvitise saajale.

Töövõimetushüvitiste osas on lähiajal plaanis pikaajalise haigusega inimeste töövõimetuse ennetusega seotud muudatus, kus haiguslehe ajal tekib kohandatud tingimustes töötamise võimalus. Töövõimetuse ennetuseks kavandatakse muudatuse tulemusel, kui seadus jõustub aprillist 2024, on Tervisekassa kulud 2024. aastal ca 3 miljonit eurot väiksemad. Aastatel 2025–2029 on Tervisekassa kulude kokkuhoid sõltuvalt aastast vahemikus 6–7 miljonit eurot. Kokku on 2024–2029 perioodi kulude kokkuhoid Tervisekassa eelarvele prognoositavalt ca 34 miljonit eurot.

Pikemas plaanis on kavas rakendada muudatused, mis võimalike hüvitise kulusid vähendavad. Üks idee on lõpetada isikutele töövõimetushüvitise maksmine ravikindlustuse lõppemisel (kahe kuu möödumisel töötamise registrisse kantud töötamise lõppemise päevast), mille võimalik mõju aastaks on ca 3 miljonit eurot. Teise mõttena kaalume hüvitistele maksimaalse päevamäära kehtestamist, mille võimalik kokkuhoid oleneb sellest, kui kõrge maksimummäär kinnitada.

Samuti on kavandamisel meetmed järelevalve tõhustamiseks töövõimetuslehtede väljastamise põhjendatuse kontrollimisel (nt isiku korduvad pikad juhtumid, mille vahele jääb lühike töötamise või puhkuse periood).

2.9. E-tervise tooted

Digilahenduste eesmärk tervishoius on tõhusus, kvaliteet, teenuse kättesaadavus ja koostöövõimekus. Digilahendused võimaldavad muuta juhtimist tõhusamaks ja paindlikumaks nii tervise juhtimises, tervise organisatsioonide juhtimises kui ka tervishoiu poliitika juhtimises.

Tervishoiusüsteemi digitaliseerimine on toimunud Eestis viimase 20 aasta jooksul üheaegselt nii teadlikult ja riigi poolt initsieerituna (E-tervise Projekt; Eesti e-tervise strateegia; Tervisekassa initsieeritud digiteenused; uuringud nagu Telemeditsiini laialdasem rakendamine Eestis) kui ka nõ taustal – ettevõtted, haiglad, kliinikud on juurutanud, välja töötanud ja lokaliseerinud erinevaid infosüsteeme ning rakendusi. Riigi poolt initsieerituna on välja töötamisel alljärgnevad uued digilahendused:

Tervisejuhtimise töölaud

Tervisejuhtimise töölaud on keskne tööplatvorm tervishoiutöötajatele ja seotud spetsialistidele, mis täidab eelkõige viit eesmärki:

- annab ühtse struktureeritud ülevaate patsiendi terviseandmetest;
- pakub keskselt patsiendi käsitlemiseks vajalikke või seda toetavaid teenuseid ja digilahendusi;
- on töötajate jaoks üle-Eestiline koostöö ja terviseandmete jagamise platvorm;
- võimaldab andmesisestust vastavalt upTIS nõuetele;
- tagab infovahetuse patsiendiga, kes saab Terviseportaali kaudu oma tervisega seotud infot sisestada.

See on igapäevase töövahendina ettenähtud kõigile terviseandmeid vajavatele spetsialistidele, kel puudub oma infosüsteem või kelle kasutusel olev infosüsteem ei võimalda upTIS põhimõtete järgi töötamist.

Lahendusega on võimalik säästa spetsialistide aega tervise infosüsteemi dokumentidest vajaliku info otsimise, uute raskesti rakendatavate dokumentide tootmise ja üldise infopuuduse kõrvaldamise

arvelt. Lahendus aitab tagada patsientide raviteekonna järjepidevust, vähendab ravi katkemisi, üle- ja alaravimist, üleliigseid suunamisi ja ravimite määramisel tekkivaid vigu. Töölaua uute teenuste abil on võimalik inimest rohkem oma terviseteele kaasa tuua, jagades vastutust ja avatumalt inimese enda terviseandmeid.

Tervisejuhtimise töölaual on oluline mõju tervishoiutöötajate töökorraldusele. Teatud juhtudel võib tervishoiutöötajatel terviseandmete dokumenteerimisele kuluda kuni 39% tööajast³⁴ ning seetõttu võimaldab tervisejuhtimise töölaua kasutamine tervishoiutöötajatel rohkem oma tööajast panustada ravitööle kui selle dokumenteerimisele. Piiratud tööjõuressursi tingimustes tähendab see patsientide raviteenuste kättesaadavuse paranemist ning suurenenud rahulolu.

Tervisekassa partnerportaal

Partnerportaal on ideaalis tulevikus üks keskne koht, kus Tervisekassa lepingupartner saab teha kõiki Tervisekassaga seotud endale vajalikke toiminguid ehk keskne kontaktpunkt, mille kaudu andmeid esitada ja pärida ning suhelda. Tervisekassa töötajale on partnerportaalis eraldi haldusliides, läbi mille on võimalik partneritelt kogutavate andmete ja partnerile kuvatavate andmete vaatamine, kustutamine ja lisamine juhul, kui Tervisekassa teiste sisemiste infosüsteemidega liidestusi pole või need ei toimi. Portaali esmase kasutuselevõttuga väheneb taotluste vigade arv ning Tervisekassa töötajate aja kokkuhoid, sest ühest kohast on tagatud terviklik vaade lepingupartneri profiilist (partneriga seotud andmed sh nõuded, lepingud, avaldused, telefoninumbrid, töötajad jm).

Terviseportaali

Terviseportaali kaudu pannakse inimese heaks tööle erinevad tarkvaraarendused, et suurendada inimese rolli ja vastutust tervisesüsteemis. Vastutust saab kasutaja (patsient) raviprotsessis võtta aga vaid siis, kui tal on selleks olemas piisavalt infot, ta on teadlik oma haiguse olemusest ja prognoosist ning on motiveeritud olema aktiivne osapool, mitte passiivne teenuse tarbija. Lisaks annab kättesaadav teave inimesele võimaluse enda kohta esitatud andmete õigsust jälgida. On oluline, et inimene saaks terviseportaali kaudu tervise ja raviga seotud meeldetuletusi; lisada ning täiendada lisaks tervisedeklaratsioonile ja tahteavaldustele enda ja lähedase terviseandmeid, täita vastuvõtule eelnevaid terviseseisundi hindamise küsimustikke, sisestada ja vajaduse korral edastada raviarstile kodus mõõdetud vererõhu ja veresuhkru väärtusi, täita toidumispäevikut. Samuti on oluline, et terviseportaal annaks personaalse ja tervikliku ülevaate raviplaanis nii inimese füüsilisest kui ka vaimsest tervisest ja sotsiaalsest olukorrast, lähtudes tema enda sõnastatud tervise eesmärkidest.

Digiregistratuur

Üleriigiline digiregistratuur on eriarsti vastuvõtuaegade broneerimise lahendus veebilehel www.digiregistratuur.ee, hiljemalt 2024. aasta alguses viiakse digiregistratuur üle Terviseportaali ning saab inimesele üheks tervikuks. Inimene saab broneerida, tühistada ja muuta arsti, õe jt tervishoiu töötavate spetsialistide esmaseid vastuvõtuaegu kõikides selle lahendusega liidestunud tervishoiuasutustes. Teenusega on võimalik liituda kõigil teenuseosutajatel, sh eraraviasutusel. Digiregistratuuris saab lisaks Tervisekassa tasutud vastuvõtu aegadele broneerida aegu ka tasulistele teenustele. Lahenduses kehtib reegel, et Tervisekassa poolt tasutud nii saatekirjaga kui ka saatekirjata teenustele saab broneerida vaid ühe vastuvõtuaega, see tähendab, et ei broneerita mitut vastuvõtu aega kinni ning teised abivajajad saavad samuti aegu broneerida

³⁴ Sinsky C, Colligan L, Li L, Prgomet M, Reynolds S et al. Allocation of Physician Time in Ambulatory Practice: A Time and Motion Study in 4 Specialties. *Annals of Internal Medicine* 2016.

E-kiirabi

eKiirabi on kiirabide jaoks arendatud digitaalne töövahend, mille ülesanne on tagada brigaadi juht-meedikule saada operatiivselt patsiendi terviseinfot ning dokumenteerida oma tegevusi väljakutse lahendamisel. Muuhulgas võimaldab lahendus saada infot allergiate, varasemate ravimite ja uuringute osas, samal ajal pakkudes võimalusi dokumenteerida kiirabi poolt tehtud tegevusi ning manustatud ravimeid. eKiirabis sisestatud andmed on aga oluline informatsioon järgmistele tervisesüsteemi osadele ning sellele on ka oluline mõju inimese ravi tulemuslikkusele.

Täna kasutuses olev eKiirabi hakati arendama 2006 aastal ning võeti täielikult kasutusele 2016 aastal. Seega on olemasolev lahendus täna nii moraalselt, kui ka tehniliselt vananemas. eKiirabi uuendamisega soovime viia digilahenduse uuele kvaliteeditasemele. Projekti käigus parandame nii lahenduse tehnilist kvaliteeti kui ka kasutusmugavust, et anda meedikutele rohkem aega keskenduda patsiendile ja vähem tehnoloogiale.

Lisaks soovime juurde tuua uusi võimekusi, mis aitaksid parandada nii informatsiooni liikumist ja kiirabi teenuse kvaliteeti ja efektiivsust. Planeerimisel on näiteks kiirabide otsusetugi, mis aitaks toetada nii uusi kui olemasolevaid kiirabi meedikuid olulisel hetkel või tagada meedikute kompetents harva esinevate juhtumite korral. Telemeditsiiniline konsultatsioon võimaldab kõrgema kompetentsi viia igasse kiirabibrigaadi, ilma, et neid oleks vaja mehitada arstidega. Telemeditsiini kasutamine annab võimaluse ka adresseerida kiirabiarstide puudust süsteemis.

3. Tervishoiu administreerimises efektiivsuse suurendamine

Üldiselt eeldatakse, et tulude ja ostmisprotsessi koondamine (nt Eesti puhul Tervisekassasse) toob kaasa administreerimise efektiivsuse kasvu. Lisaks sellele aga oleme pidanud Tervisekassas väga oluliseks rakendada ja luua erinevaid innovaatilisi lahendusi selleks, et teha tõhusamalt tööd ning ka vähemate inimestega suuremat mõju saavutada (näiteks uute valdkondade lisandumisega Tervisekassa organisatsiooni ei kaasne tingimata uute töökohtade loomist jms).

Tervisekassa organisatsioonis on lühiplaanis rakendamisel erinevate andmetel tuginevate, korduvate dokumentide koostamise automatiseerimine. Automatiseerides kvartalse, poolaasta ja aasta finantsaruande dokumendi, TTL dokumendi ja metoodika määruse, vähendame oluliselt inimtekkelisi vigu ja hoiame kokku tööaega. Tervisekassa spetsialistid tuginevad igapäevatöös andmetele. Lihtsamate andmevajaduste tarbeks loome töölaudu, mis võimaldab spetsialistil töötada ilma kõrvalise isiku abita ja võimaldab kokku hoida korduvatele päringute tegemisele kuluvat aega. Praeguseks on enamus andmevajadusi asendatud töölaudadega. Töölaudade kaasajastamine ja väljavahetamine on pidev töö.

Oleme loomas töövahendit kõikidele tervishoiuvaldkonna spetsialistidele, mis võimaldaks saada kiirelt ülevaate inimese terviseandmetest struktureeritud kujul ning neid selliselt ka kasutada. Lühiplaanis koondame ühte kohta kokku kõikvõimalikud patsiendikäsitluseks vajalikud e-teenused ja tulevikus liidestame ka tervishoiuteenuse osutamist toetavad digilahendused kolmandatelt osapooltelt. Tegemist on tervise infosüsteemi andmetel põhineva koostööplatvormiga. Platvorm on põimitud inimestele suunatud Terviseportaaliga, mis koos moodustavad ka infovahetusahela spetsialisti ja patsiendi vahel.

Ravimitootjatega sõlmitakse hinnakokkulepete lepinguid. Automatiseerides lepingutingimuste sisestuse, jälgimisreeglite arvutused, retseptide järgimise, kokkuarveldused ja tagasimaksete summad, ning edastades need sobival kujul raamatupidamisse, võimaldab oluliselt vähendada inimtekkelisi vigu ja hoida kokku töö aega.

Koostöös tervisevaldkonna osapoolte ja OECD tervisesüsteemi ekspertidega töötati välja Eesti tervisesüsteemi hindamise (HSPA, *Health System Performance Assessment*) raamistik. Tervisesüsteemi asutakse hindama 212 indikaatoriga, mis on jaotatud 18 komponendi ja 64 alakomponendi vahel ning hõlmavad Eesti tervisesüsteemi eri tahke. See peaks andma meile edaspidi süstematiseeritud, tervikliku ja järjepideva ülevaate kõikidest olulistest tervisesüsteemi komponentidest. HSPA raamistik seob omavahel tervishoiuteenuste erinevaid osad nagu esmasand, haiglad, hoolekande, vaimse tervise suhestades need süsteemi tasandiga. Mis omakorda väljendub rahvastiku paremas tervises ning efektiivsemas tervishoiukorralduses.

Järelevalve tegevused on täna enamuses automatiseerimata tegevused, mis seab piirangu andmete töötlemisele nii mahu kui kiiruse osas. See omakorda tähendab, et on suur vahe Tervisekassa tehtud nõuete ja eeldatavate nõuete vahel, mida me suudaksime automaatika abil teha. Selle protsessi tõhustamiseks tegeleme järelevalve infosüsteemi arendamisega, et tõhustada menetlemise mahtu ja seeläbi suurendada menetletud nõuete arvu. Näitena, et 2022. aastal esitati Tervisekassa poolt raviasutustele 593 nõuet summas 406 tuhat eurot ja 4 leppetrahvi summas 18 tuhat eurot. Lisaks raviarvete sisulisele kontrollile teostatakse ka pidevat kontrolli ravikindlustuse seaduses sätestatud muudel alustel: kokku oli 2022. aastal muudel alustel esitatud 1532 nõuet summas 1 miljon eurot. Pikemas plaanis soovime luua IT lahenduse, kus kõik nõuded asuvad ühel töölaual. Menetlejad näevad nii tervikpilti kui ka enda oma menetluses olevate asjade menetluskäiku. Samuti luuakse eraldi vaade

kohtusse esitatud nõuetest ja nende seisust ning peale kohtumenetlust täitemenetluse seisu jälgimise võimalus.

Raviarvete vaiete edastamise turvalisuse tõstmiseks ning nende käsitlemisele kuluva ajakulu vähendamiseks on täiustatud infotehnoloogilist platvormi. Alates käesolevast aastast saabuvad Patsiendiportaalist raviarvete vained läbi dokumendihaldussüsteemi, kus toimub automaatne registreerimine, suunamise käivitamine, inimesele automaatteate edastamine.

Selleks, et tuvastada raviarvetel kõrvalekalded/loogikavead/õigusaktidele mittevastavused, mida ei ole tuvastatud automaatkontrolliga ning mille arvetel esitamisega võib olla tekitatud Tervisekassale rahalist kahju, kasutame lisaks standardpäringutele masinõpet. Kui standardpäring on kindlate kriteeriumite alusel tagasiulatuvalt teostatav andmekogu päring, mida tehakse kindla regulaarsusega (kasutusel on neliteist regulaarselt tehtavat erinevat teemat standardpäringut, millele lisanduvad erinevatest analüütika osakonna analüüsides tuvastatud teemad), siis masinõpe võimaldab eelnevatele kontrolli tulemustele tuginedes tekitada mudeli, mis tuletab sissetulevate raviarvete pealt osutatud teenused, mis võivad samuti olla valesti arvele kantud (nt dubleerivad teenused, uuringud jne). Erisuste tuvastamise käigus tuvastatakse asutused ja teenused, kus on ilmnenud etteantud piiridest kõrvalekalded, mida asutakse täpsemalt uurima. Standardpäringutega (sh masinõppest tulnud päringud) kontrolliti 2022. aastal 28 209 arvet, millest põhjendamatuks osutus 490 raviasutuse 5 311 arvet summas üle 6 miljoni euro. Seejuures juurutasime 2022. aastal praktika, kus raviasutusele antakse võimalus krediteerida ebaõigesti esitatud jooksva aasta arved, mille kaudu raviasutus saab kasutada seda vabanenud raha patsientidele teenuste osutamiseks.

Lähiplaanis tugevdame raviarvete automaatkontrolle masin:masin liideste abil – nt epikriiside ja raviarvete võrdlemine. Juba selle aasta lõpuks peaks valmima esimene piloot – COVID vaktsineerimisega raviarvete kontroll ehk süsteem ei võta raviarvet vastu, kui Tervise Infosüsteemis puudub vaktsineerimise teatis.

4. Ravikindlustuse arengusuunad

Kindlustuskaitse laiendamine ja tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamine

1990. aastatel tervisekindlustussüsteemi luues lähtus Eesti tollel hetkel parimast teadmisest ja rahvusvahelisest praktikast. Samas on paljud meiega sarnaselt alustanud riigid mõistnud klassikalise tööhõive maksukoormusel põhineva süsteemi nõrku külgi. Seega on paljud riigid teinud ulatuslikke reforme, et laiendada maksubaasi ning ühtlasi ka tervisekindlustust kogu elanikkonnale ehk minna üle üldise tervisekindlustuse mudelile, kus ligipääs tervishoiuteenustele on tagatud kogu elanikkonnale.

WHO³⁵ on välja toonud, et kindlustuskaitse laiendamine on vajalik, kuna esmalt mõjutab kindlustuskaitse puudumine just eelkõige niigi kehvemal elujärgel olevat elanikkonnarühmi ja süvendab tervise ebavõrdsust, mis on Eestis niigi suur.³⁶ Eriti oluline on ravikindlustuse tagamine epideemia olukorras. Vastasel juhul jõuavad kindlustamata isikud tervishoiusüsteemi alles siis, kui nende ravi osutub juba väga kulukaks või on inimesed levitanud ulatuslikult ohtlikku haigust.

Riigikontroll jõudis erakorralise meditsiini auditis³⁷ järeldusele, et kindlustamata inimesed jõuavad tervishoiuteenuste ligipääsu piiratud tõttu EMOSse kehvema terviseseisundiga, mistõttu on nende ravi kulukam kui kindlustatud isikutel. Tervisekassa andmetel oli 2017. aastal ravikindlustamata isikute keskmine EMO ambulatoorse raviarve maksumus ca 27% ning EMOST hospitaliseeritud patsientide statsionaarse raviarve keskmine maksumus oli ca 33% suurem kui ravikindlustatud isikutel. Audit ei käsitlenud sel hetkel epideemia olukorda, kuid kindlustuse puudumise tõttu ravi edasilükkamine, perearsti poole viirushaiguse testimiseks pöördumata jätmise ja seetõttu võimaliku viiruse levikule kaasaaitamine võib riigi majandusele kaasa tuua veelgi ulatuslikumad mõjud. Seetõttu otsustasid paljud riigid võimaldada COVID-19 testimist ning nakatumise korral ka ravi eest tasumist kogu elanikkonnale sõltumata ravikindlustuse olemasolust.³⁸

Eestis on praeguseks ravikindlustamata isikutele kättesaadavad kiirabiteenused, HIVi, tuberkuloosi ja COVID-19 haigusega seotud teenused ning sõltuvusraviteenused. Samas, kuna kõikide teenuste kasutamise kohta kogutavad andmed ei ole isikupõhised, ei ole võimalik anda hinnangut, kui paljud neid teenuseid kasutanud isikutest on kindlustamata. Kindlustamata isikutele ei hüvitata soodusravimeid, õendusabi ega seda osa eriarstiabist ja üldarstiabist, mis ei kuulu vältimatu abi alla.

Tervisekassa tasus 2022. aastal 49 485 mittekindlustatud inimese vältimatut abi³⁹ eest 11,9 miljonit eurot. Arstlike erialade puhul moodustasid suurema kulu sisehaigused 3,4 miljoni (29%), kirurgia 2,6 miljoni (22%) ja psühhiaatria 1,6 miljoni euroga (13%). Perearstiabi raviarveid oli 47 985 summas 1,95 miljonit eurot. Seega pöörduvad mittekindlustatud isikud ravi vajamise korral eelkõige erakorralise meditsiini osakonda (EMO).

³⁵ Thomson, S., Vörk, A., Habicht, T., Rooväli, L., Evetovits, T., Habicht, J. (2010). Võimalused Eesti tervisesüsteemi rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks. Maailma Terviseorganisatsioon

³⁶ OECD (2019). Eesti: riigi terviseprofiil 2019. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/1efa7683-et>.

³⁷ Erakorraline meditsiin. Kas erakorralise meditsiini osakonnas ravitakse neid patsiente, kelle tervislik seisund vajab vältimatut abi? (2018). Riigikontroll

³⁸ Covid-19 Health System Response Monitor. (2020). *How are countries removing financial barriers to accessing health services in the context of Covid-19?*

³⁹ Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 5 sätestab, et vältimatu abi TTKS-i tähenduses on tervishoiuteenus, mida tervishoiutöötaja osutab olukorras, kus abi edasilükkamine või selle andmata jätmise võib põhjustada abivajaja surma või püsiva tervisekahjustuse.

Võttes arvesse teiste riikide kogemust ja varasemaid uuringuid ning arvestades Eesti tervishoiusüsteemi praegust korraldust, analüüsiti 2021. aastal Sotsiaalministeeriumi eestvedamisel kahte võimalust tervisekindlustuse laiendamiseks kogu elanikkonnale:

1) tagada tervisekindlustus kõigile Eesti residentidele (inimestele, kelle elukoht rahvastikuregistri andmetel on Eesti ja kes on viibinud riigis alaliselt üle 183 päeva);

2) tagada tervisekindlustus Eesti residentidele, kes tasuvad Eestis tulumaksu (nt töölepingu, rendileping olemasolu), sh Eesti maksuresidendid ja kindlustatutega võrdustatud inimesed (nt lapsed, õppivad noored, pensionärid ehk need residendid, kelle eest riik maksab hüvitist/toetust).

Hinnanguliselt oleks lisakulu tervishoiusüsteemile, sõltuvalt sellest, millisest andmekogust võtta aluseks Eesti alaliste elanike arv, vahemikus 20–100 miljonit eurot. Lisakulu maht oleneb sellest, kas teenusepaketti on hõlmatud vaid esmatasandi teenused või on see laiendatud kõigile Tervisekassa poolt rahastatud teenustele.

Kuigi kindlustuskaitse laiendamine Eestis toob eeldatavalt tervishoiusüsteemile lisakulu tuuakse universaalse ravikindlustuse (UHC) toetuseks tavaliselt neli peamist argumenti.⁴⁰ Neist neljas ja viimane argument on oma olemuselt majanduslik: UHC parandab tervisega seotud turutõrkeid, näiteks neid, mis on seotud haiguste ennetamisega. Hea tervis võib edendada majanduslikku heaolu mitte ainult tervete inimeste hulgas, vaid ka makromajanduslikul tasemel.⁴¹ Neid majandusargumente toetavad tõendid selle kohta, et ressursside eraldamine tervishoiule on seotud kõrge investeringutasuvusega, konkureerides või isegi ületades teiste kõrge tulususega investeringuid nagu näiteks alg- ja keskharidusse investeerimine.⁴²

⁴⁰ [The promise and peril of universal health care - PMC \(nih.gov\)](#)

⁴¹ Bloom D. E., Canning D., The health and wealth of nations. *Science* 287, 1207–1209 (2000). doi: 10.1126/science.287.5456.1207

⁴² Bloom D. E., Canning D., Sevilla J. P., The effect of health on economic growth: A production function approach. *World Dev.* 32, 1–13 (2004). doi: 10.1016/j.worlddev.2003.07.002; Fogel R. W., in *Handbook of Population and Family Economics*, Rosenzweig M., Stark O., Eds. (Elsevier, 1997), vol. 1, part A, pp. 433–481.

Kokkuvõte ja järeldused

Jätkusuutliku tervishoiusüsteemi üheks tähtsamaks eelduseks on tervishoiusüsteemi efektiivsus: efektiivsuse suurendamine tervishoius vähendab survet tervishoiukulude kiirele kasvule. Kui me kasutame oma piiratud tervishoiuressurssi efektiivselt, õiglaselt ning säästvalt, suurendame samas ka kättesaadavust ning tõhusust: tulemuseks keskmise oodatava eluea ning tervena elada jäänud aastate kasv ja ebavõrdsuse vähendamine tervishoius.

Täna suudab Eesti tervishoid pakkuda maailmatasemel ravi. Selle jätkusuutlikkuse tagamiseks tuleb riigina panustada oluliselt rohkem tervise edendamisse, haiguste ennetusse ning ravi järjepidevusse: erinevatesse tervise- ja raviteekondadesse. Tervisekassa ülesanne on koostöös Sotsiaalministeeriumi ja tervishoiu osapooltega tagada, et Eesti inimestele on vajalik abi tervisemure korral olemas kodule lähedal praegu ja tulevikus. Selleks on vaja täiustada lähiaastatel tervishoiu rahastussüsteemi põhimõtteid, jättes alles solidaarsuse printsiibi.

Tervishoiusüsteemi efektiivsus: mida oleme teinud?

*Eesti tervishoiusüsteemi efektiivsuse suurendamiseks **oleme tänaseks rakendanud** mitmeid olulisi arendusi:*

Patsientide juurdepääsuteede ja teenuste kvaliteedi parandamine:

Eriarstiabis on Tervisekassa minemas üle väärtuspõhise tervishoiu mudelile, rakendades episoodipõhist rahastamist Eesti tervishoiusüsteemis. Episoodipõhise mudeli kohaselt makstakse teenuseosutajale patsiendi seisundi ravimise eest (kogu raviteekonna ulatuses) kogusummana, mitte iga üksiku ravi, analüüsi või protseduuri eest eraldi. Teiste riikide kogemus kinnitab, et enne kui süsteem tööle hakkab ja osapooltele kasu toob, tuleb investeerida süsteemi raha ning võib-olla inimesi motiveerida veel ka lisarahaga.

Tervishoiuteenuste ravikvaliteedi parandamise ja patsiendiohutuse valdkonnas on Tervisekassa rakendanud kliiniliste otsuste tugisüsteemi, mis toob nende töölauale patsiendipõhised soovitusel ning aitab teha otsuseid kiiremini ja kvaliteetsemalt. Kliinilise otsusetoe süsteem on Eestis esimene omataoline abivahend, kuna koondab kokku ja analüüsib inimese andmeid, näiteks viimase viie aasta diagnoosid, ravimid ja analüüsid, vererõhunäidud, elustiilinäitajad ja geneetilised riskiskoorid. Selleks, et uurida Eestis kliiniliste tugisüsteemide kasutamise majanduslikku efektiivsust, on vaja esmalt otsustustugede süsteem täielikult välja arendada ja rakendada ning seejärel leida parim uurimismetoodika selle majandusliku efektiivsuse mõju hindamiseks.

Perearstiabis oleme toonud Eesti esmatasandi tervishoidu riskipõhise ravi juhtimise, et aidata senisest enam riskipatsiente, kellel on enamasti mitu kroonilist haigust, muud kaasuvad probleemid, kõrge tervise halvenemise risk ja kes kasutavad tervishoiuteenuseid väga palju. Tänu katseprojektile on krooniliselt haigete ravikorraldus muutunud patsiendikesksemaks ehk patsient on rohkem kaasatud raviprotsessi ja võtab ka ise vastutuse oma tervise eest. Oluline on rõhutada, et tänu paremale jälgimisele vähenes muude tegurite seas ka riskipatsientide seas hospitaliseerimine: mõju tervishoiukuludele (võttes aluseks 2022. aasta andmed) on 0,3 miljonit eurot.

Lisaks on Tervisekassa loonud perearstiarstide töö efektiivsemaks muutmiseks terviskeskustele ja üksikpraksistele võimaluse kliinilise assistendi palkamiseks, mis võimaldab vabastada ödede ja arstide ressurssi administratiivtööst. Samuti lisab Tervisekassa perearsti nõuandeliinile täiendavaid teenuseid, et muuta nõuandeliini tööd efektiivsemaks ning samas kättesaadavamaks üha suuremale arvule patsientidest.

Kättesaadavuse parandamiseks oleme laiendanud e-konsultatsioonide võimalusi ning loonud tingimused kaugvastuvõttudeks. E-konsultatsioon parandab perearstilt eriarstile ning eriarstilt-eriarstile liikuva info kvaliteeti ning säästab ka patsientide aega, sest enam ei pea alati ise eriarsti poole pöörduma – eriarstiga konsulteerib perearst elektroonselt ning kogu ravi toimub perearsti koordineerimisel.

Tervisedenduse ja ennetusvaldkonnas oleme alates 2021. aastast laiendanud sõeluuringuid ka kindlustamata inimestele ja emakakaelavähi sõeluuringu teenust on asunud pakkuma ka perearstikeskused. Alates 2022. aastast rahastab Tervisekassa kopsuvähi sõeluuringu piirkondlikku katseprojekti ja koordineerib tegevusi üleriigilise sõeluuringu programmi jõudmiseks. Alates 2022/2023. õppeaastast hakkas kehtima kooliõdedele kvaliteedisüsteem.

Hambaravi valdkonnas vähendas Eesti pärast 2008. aasta finantskriisi kulude kärpimiseks riiklikke kulutusi täiskasvanute hambaravi katmiseks, kuid 2017. aastal kehtestas valitsus uue hambaravihüvitiste paketi, mida 2019. aastal laiendati. Pakett hõlmab elementaarseid hambaraviteenuseid kõigile täiskasvanutele. Laste hambahaiguste ennetuse ja raviteenuste kättesaadavuse ühtlustamiseks ja parandamiseks oleme lihtsustanud laste hambaravi lepingu sõlmimist, et suurendada piirkondlikku kaetust.

Õendusabi valdkonnas on teenused elanikkonnale järjest kättesaadavamad, kuna õed teevad rohkem iseseisvaid vastuvõtte, laienenud on koduõendusabi teenuse pakkumine ning õendusabi osutamine esmatasandi tervisekeskustes. Lisandunud on õendusteenus üldhooldekodudes ning alates 2020. aastast rahastatakse statsionaarse õendusabi teenuse raames ka hosiipiravi. Alustatud on 3N tõenduspõhise dokumenteerimissüsteemi väljatöötamisega.

Ravimite valdkonnas oleme tõhustanud kompenseeritavate ravimite menetlustegevusi, mille tulemusena on Tervisekassa aastane kulu kompenseeritavatele ravimitele 50–60 miljonit väiksem võrreldes algsete taotlustega. Tervisekassa on teinud 3 aastat haiglaravimite ühishankeid nelja suurema haiglas, mille tulemusena on ravimitele saavutatud uued soodsamad hinnad. Ühishangete tulemusena on saavutatud aastane kokkuhoid ca 5 miljonit eurot.

Meditsiiniseadmete valdkonnas on viimaste aastate suuremateks õnnestumisteks piirhinnasüsteemi rakendamine ortooside valdkonnas ning Tervisekassa ja SKA rahastusel kattuvate tootegruppide jagamine organisatsioonide vahel. Muudatuse tulemusel vähenes keskmise masstoodangu ortoosi kulu Tervisekassale 19%, kokkuhoid 2021. a statistikale tuginedes on 0,25 miljonit eurot aastas. Teise muudatusega muutus abivahendite ja meditsiiniseadmete rahastus patsientidele, arstidele ja ettevõtetele senisest selgemaks, sest Tervisekassa ja SKA vahel kattuvad tooted hüvitatakse kõigile abivajajatele vaid ühe asutuse poolt.

E-tervise projektidena on Tervisekassa algatanud Tervisejuhtimise töölaua, Tervisekassa partnerportaali, Terviseportaali, Digiregistratuuri ning e-kiirabi lahenduste arendustegevused. Eesmärgiks on saavutada andmete taaskasutusest tulenev ressursisääst (tervishoiutöötajate ja teenuste kasutajate ajakulu, korduvad või ebatõhusad toimingud) samaaegselt suurenenud tulemuslikkusega (paranenud ravikvaliteet, tõusnud elukvaliteet).

Tervishoiu administreerimises efektiivsuse suurendamiseks oleme raviarvete vaiete edastamise turvalisuse tõstmiseks ning nende käsitlemisele kuluva ajakulu vähendamiseks täiustanud infotehnoloogilist platvormi. Samuti oleme loomas IT töölauda, kus kõik nõuded asuvad ühel töölaual.

Vaktsiinikindlustuse süsteemi efektiivsemaks muutmiseks on tehtud ettepanekud seadusemuudatusteks vaktsiinikindlustuse rakendamise lihtsustamiseks. Samuti oleme rakendanud

uuendusi infosüsteemides, mille tulemusena on muutunud taotluste edastamine erinevate organisatsioonide vahel kiiremaks. Tervishoiu administreerimises rakendatavate muudatuste mõjuks hindame aastas 0,5% Tervisekassa tegevuskuludest ehk ligi 200 tuhat eurot aastas.

Sotsiaalministeeriumis tervisevaldkonna partnerite ning OECD tervisesüsteemi ekspertidega koostöö on välja töötatud Eesti tervisesüsteemi hindamise HSPA raamistik. See peaks andma meile edaspidi süstematiseeritud, tervikliku ja järjepideva ülevaate kõikidest olulistest tervisesüsteemi komponentidest.

Tervishoiusüsteemi efektiivsus: lähiplaani tegevused

Patsientide juurdepääsuteede ja teenuste kvaliteedi parandamise valdkonnas on järgnevatel aastatel kavas rakendada uut standardit ning episoodipõhist tasustamismudelit endoproteesimise katseprojekti raames ning katsetada väärtuspõhisele süsteemile üleminekut ka vaimse tervise valdkonnas. Katseprojektide annavad väärtuslikke teadmisi, kuidas üha enam ressursse süsteemitasandil optimaalsemalt kasutada ning patsienti tema raviteekonna vältel toetada ja võimestada.

Perearstiabis on perearsti nõuandtelefonid arendustes lähiajal plaanis lisada veebivestluste võimalus kõikidele patsientidele, et võimaldada rohkemate patsientide samaaegset teenindamist.

Eriarstiabis on lähiaja eesmärgiks üldhaiglate rahastamise jätkusuutlikkus. 2024. aastal algab haiglavõrgu arengukava haiglate jaoks uus lepinguperiood. Läbi loodava rahastusmudeli (nn 50:50 mudel) toetatakse üldhaiglate jätkusuutlikkust ja tagatakse osutatavate teenuste miinimumpakett lähtuvalt haigla liikide nõuetest. Uuele rahastusmudel toetab ja pakub lisaväärtus eeskätt väiksematele üldhaiglatele, mis teenindavad vananeva ja kahaneva elanikkonnaga maakondi.

Kättesaadavus. Alates 2024. aasta 1. jaanuarist muutub e-konsultatsioon erialapõhisest teenusepõhiseks, mis suurendab kitsa spetsialiseerumisega eriarstide kättesaadavust ning lühendab patsiendi teekonda (õige) spetsialistini jõudmisel. Muudatus mõjutab 2024. aastal kõiki tervishoiuteenuse osutajaid, kes teevad e-konsultatsioone.

Hambaravis on lähiajal plaanis laste hambaravis üle-eestiline efektiivsem ennetustegevus sh mobiilse hambaraviteenuse rakendamine ja Suukooli juhendatud hambapesu lasteaedades. Ennetustegevuse suurendamisega saame lähiajal laste hambaravi hõlmatus suurendada ning seeläbi pikemas plaanis raskete hambahaiguste teket ennetades ravikuludid vähendada.

Õendusabis on oluline selgitada välja eriõe pädevuse laiendamisega seotud kliinilised tegevused ning teha vajalikud töökorralduslikud muudatused. Samuti kontrollida ja testida tervishoiuasutuste poolt välja töötatud valdkonnapõhiseid eriõe erialade teenuste kirjeldusi ja õendustegevuste loetelu ning jälgida nende tegevuste läbiviimist eripädevusega õdede poolt iseseisvatel ambulatoorsetel vastuvõttudel.

Töövõimetushüvitiste osas on lähiajal plaanis pikaajalise haigusega inimeste töövõimetuse ennetusega seotud muudatus, kus haiguslehe ajal tekib kohandatud tingimustes töötamise võimalus. Töövõimetuse ennetuseks kavandatavate muudatuse tulemusel, kui seadus jõustub aprillist 2024, on kulude kokkuhoid 2024–2029 perioodil prognoositavalt ca 34 miljonit eurot.

Tervishoiu administreerimises efektiivsuse suurendamiseks koondame ühte kohta kokku patsiendikäsitluseks vajalikud e-teenused ja tulevikus liidestame ka tervishoiuteenuse osutamist toetavad digilahendused kolmandatelt osapooltelt. Samuti tugevdame raviarvete automaatkontrolle, esmalt vaksineerimisteatiste vastu.

Tervishoiusüsteemi efektiivsus: pikema plaani tegevused:

Patsientide juurdepääsuteede ja teenuste kvaliteedi parandamise valdkonnas

Jätkame väärtuspõhise tervishoiu mudelile üleminekut, rakendades episoodipõhist rahastamist Eesti tervishoiusüsteemis sh luuakse soovitud raviteekonnad sh standardid, mõõdikud jne.

Perearstiabis laiendatakse pikemas plaanis kavas turvaliste perearstikeskuste-patsientide vaheliste suhtlusplatvormide rahastamine ja populariseerimine eesmärgiga kasutada tõhusamalt visiidiaega.

Eriarstiabis erinevate tasustamismudelite edasiarendamine. Tervisekassa analüüsib DRG põhise statsionaarse ravi rahastamise osakaalu muutmist. Arvestades eriarstiabi teenuste rahalist mahtu, siis ka 1% sääst antud muudatusest tähendab ligi 3 miljonit eurot, mida on võimalik kokku hoida või teenuste kättesaadavuse parandamiseks suunata.

Tervishoiusüsteemi omaosaluskoormuse vähendamiseks oleme kaalumas erinevaid meetmeid, et pikemas vaates hüvitisi paremini sihitada ja töötada välja kontseptsioon personaalse ja vajaduspõhiste hüvitamisepõhimõtete rakendamiseks. Seda tulenevalt inimeste omaosaluskoormust tervishoius tervikuna silmas pidades.

Hambaravis on kavas analüüsida väärtuspõhisele hambaravile üleminekut. Väärtuspõhise hambaravi eesmärk on parandada patsiendi suutervist ja elukvaliteeti, kasutades tõenduspõhiseid ja kvaliteetseid teenuseid, mis on kohandatud iga patsiendi individuaalsele olukorrale.

Samuti on pikemas plaanis kavas hambaravimeeskonda kliinilise psühholoogi kaasamine. Seda selleks, et leevendada lapse ja lapsevanema ning täiskasvanute hambaravihirmu ja sellest tingitud õigeaegse ravi viibimist ning suuõõne haigusseisundite tüsistumist. Nii laste, kui ka täiskasvanute hambaravis on pikemas plaanis kavas hambaravi keskastmespetsialistide teenuse kujundamine, mis hõlmab endast suuhügieeni assistentide, õdede või suuhügienistide arvu suurendamist (koolitama hakkamist ja tervishoiutöötajana tunnustamist).

Välditavate visiitide (nt ortodontias, laste hambaravi) vähendamiseks on pikemas plaanis võtta laialt kasutusse üleriigiline digiregistratuur, Ajaleidja hambaravis ning saatekirjade nõude suurendamine eriala sees. See vähendaks patsientide poolt tehtavate topeltbroneeringute arvu, korrastuvad ja lühenevad järjekorrad.

Töövõimetushüvitiste valdkonnas on kavas rakendada muudatused, mis võimalike hüvitise kulusid vähendavad. Üks idee on lõpetada töövõimetushüvitise maksmine ravikindlustuse garantiiaja lõppemisel (2 kuud peale töösuhte lõppemist), mille võimalik mõju aastas on **ca 3 miljonit eurot**. Teise mõttena kaalume hüvitistele maksimaalse päevamäära kehtestamist, mille võimalik kokkuhoid oleneb sellest, kui kõrge maksimummäär kinnitada.

Tervishoiu administreerimises efektiivsuse suurendamiseks on Tervisekassal kavas järelevalve tegevuste tõhustamine. Kui täna on järelevalve tegevused enamuses automatiseerimata, mis seab piirangu andmete töötlemisele nii mahu kui kiiruse osas, siis pikemas plaanis on kavas on järelevalve IT lahendus, kus kõik nõuded asuvad ühel töölaual. Seeläbi soovime tõhustada menetlemise mahtu ja seeläbi suurendada menetletud nõuete arvu.

Järeldused:

Eeldusel, et Eesti tervisesüsteem püsib seniste ning pikema perspektiivi tegevuste toel efektiivne, saame Tervisekassa tegevuste toel suurendada tõhusust 21 miljonilt eurolt 2025. aastal, 55 miljoni euroni 2040. aastal. Hoides inimestele nii tervishoiuteenuste kättesaadavuse taset kui lisades ka uusi teenuseid, suudame sisemiste tegevuste arvelt igal aastal tõhustada vahendite kasutust Tervisekassa kogu eelarvemahust 1% ulatuses.

Samas tuleb arvestada, et täna algatatud muudatuste ja arendustegevuste täpsem mõju selgub pärast seda, kui muudatused on tervikuna välja töötatud ja mingi aja rakenduda jõudnud. Käesoleva analüüsi käigus on hinnatud muudatuste mõju pikas vaates süsteemi tõhususele nende tegevuste korral, mille kohta on olemas tõenduspõhised andmed varasemate uuringute kohta. Näiteks riskipatsientide käsitlemise osas näitas Maailmapanga uuringu tulemus, et riskipatsientidest käis haiglaravil 12,0% ja kontrollgrupi riskipatsientidest 13,8% (erinevus 1,3% võtab arvesse ka perearsti mõju ehk programmi mõjul on 1,3 protsendipunkti vähem riskipatsientide hospitaliseerimisi). Arvestades keskmist ravijuhu maksumust, hoiame välditavate hospitaliseerimiste näol raviraha kokku 2025. aastal 3,2 miljonit eurot ning 2040. aastal juba ligi 8 miljonit eurot – sõltuvalt sellest, kui kiiresti on võimalik rakendada projekti kõikidele perearsti nimistutele ning patsientidele. Sarnaselt oleme alltoodud Tabelis 1 arvutanud välja käesoleva efektiivsuse analüüsi punktis 2 kirjeldatud lühema ja pikema plaani tegevuste osas, arvestades tulevikus üldist elukalliduse kasvu ning keskmise palga muutust.

Tabel 1 juures tuleb kindlasti arvestada seda, et antud prognoosi puhul on tegemist ligikaudse või eeldatava efektiivsusega. Teenuste või toodete rakendumise järgselt efektiivsuse prognoos kindlasti täpsustub ning tõhusus kasvab ajas vastavalt rakendatavatele meetmetele.

Tervisekassal on kavas järgnevatel aastatel efektiivsuse meetmeid järjepidevalt monitoorida ning leida uusi viise tõhususe kasvatamiseks.

Tabel. 1 Hinnang tervishoiu efektiivsuse meetmetele 2025–2040 (tuhandetes eurodes).

Proгноос (tuh EUR)	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2035	2040
Eelarvepositsioon**	-147 100	-194 600	-251 600	-283 400	-303 700	-332 600	-700 900	-1 241 800
Tervisekassa reservid***	481 300	286 700	35 100					
EFEKTIIVSUS (tuh eurot)	21 164	22 048	30 333	31 472	32 651	37 634	46 276	55 455
EFEKTIIVSUS, %	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Täiendava rahastuse vajadus	-125 936	-172 552	-221 267	-251 928	-271 049	-294 966	-654 624	-1 186 345
<i>Patsientide juurdepääsuteede ja teenuste kvaliteedi parandamine</i>								
insuldi raviteekond	443	457	471	485	500	515	599	695
endoproteesimise raviteekond			361	372	383	395	458	531
vaimse tervise raviteekond			265	273	281	290	337	390
<i>Ravikvaliteedi parandamine ja patsiendihutus</i>								
kliiniliste otsuste tugisüsteem	*	*	*	*	*	*	*	*
<i>Perearstiabi</i>								
riskipõhine ravijuhtimine	3 168	3 294	3 416	3 542	3 672	4 568	6 557	7 827
õdede ja arstide ressursi vabastamine administratiivtööst (kliiniline assistent, tõendite edastamise digilahendused)	*	*	*	*	*	*	*	*
perearstiabi nõuandetelefoni täiendavad teenused	*	*	*	*	*	*	*	*
<i>Eriarstiabi (v.a. raviteekonnad)</i>								
DRG-põhine rahastamismudel	3 000	3 158	3 255	3 354	3 456	3 561	4 134	4 793
üldhaiglate tasustamismudel	*	*	*	*	*	*	*	*
<i>Kättesaadavus</i>								
e-konsultatsioon ja kaugteenused	2 000	2 080	2 157	2 237	2 319	2 404	2 876	3 432

Proгноос (tuh EUR)	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2035	2040
<i>Tervisedendus ja ennetus</i>								
sõeluuringud	*	*	*	*	*	*	*	*
koolitervishoiuteenus (ennetamine, vaimne tervis, kvaliteedisüsteem)	*	*	*	*	*	*	*	*
<i>Tervishoiukulude omaosalus: hambaravi</i>								
ennetus	*	*	*	*	*	*	*	*
hambaravi keskastmespetsialisti teenus						3 000	3 590	4 285
hambaravis e-lahenduste kasutuselevõtt						*	*	*
väärtuspõhisele hambaravile üleminek						*	*	*
<i>Tervishoiukulude omaosalus: ravimid</i>								
soodusravimite menetlemine****	50 000	51 865	53 800	55 807	57 889	60 048	72 114	86 604
haiglaravimite ühishanked	5 000	5 187	5 380	5 581	5 789	6 005	7 211	8 659
<i>Tervishoiukulude omaosalus: meditsiiniseadmed</i>								
piirhinna rakendamine	250	255	260	265	270	275	305	336
abivahendite ja meditsiiniseadmete rahastuse muudatus	*	*	*	*	*	*	*	*
<i>Õendusabi</i>								
koduõendusteenuste suurendamine			*	*	*	*	*	*
eriõe pädevuse laiendamine			*	*	*	*	*	*
3N dokumenteerimissüsteem			*	*	*	*	*	*
<i>Töövõimetushüvitised</i>								
pikaajalise töövõimetusega inimeste töövõimetuse ennetus	6 000	6 270	6 528	6 796	7 075	7 364	8 988	10 937
kindlustuskaitse piir			3 600	3 748	3 902	4 062	4 958	6 034
hüvitise ülempiir			3 250	3 384	3 523	3 667	4 475	5 446

Prognoos (tuh EUR)	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2035	2040
<i>E-tervise tooted</i>								
Tervisejuhtimise töölaud	*	*	*	*	*	*	*	*
Tervisekassa partnerportaal	*	*	*	*	*	*	*	*
Terviseportaal	*	*	*	*	*	*	*	*
Digiregistratuur	*	*	*	*	*	*	*	*
E-kiirabi	*	*	*	*	*	*	*	*
<i>Tervishoiu administreerimine</i>								
Järelevalve tegevused	1 110	1 145	1 180	1 216	1 253	1 291	1 499	1 738
Tervisekassa administreerimise halduskulude vähendamine seoses uute IT lahenduste kasutuselevõtuga	193	202	210	219	228	237	289	352
<i>Tervishoiukulude omaosalus</i>								
Hüvitiste parem sihitamine ja kontseptsioon personaalse omaosaluskoormuse rakendamiseks		*	*	*	*	*	*	*

**rahalist mõju saab hinnata meetme (täielikul) rakendumisel või on hindamiseks vaja tellida uuring.*

***eelarvepositsioon on Tervisekassa 2024-2027 riigieelarves kinnitatud kulude ja tulude vahe ning alates 2028. prognoositud puudujääk.*

****Tervisekassa reservidest on arvutuslikult puudujääki võimalik katta kuni 2027. aasta lõpuni eeldusel, et muudetakse reservide kasutuselevõtmise põhimõtteid*

*****soodusravimite menetlemise mõju efektiivsuse arvutustes ei kajastu: on juba arvestatud tervishoiukuludesse.*

