

## ANALÜÜS JA ETTEPANEKUD TERVISESÜSTEEMI RAHASTAMISE JÄTKUSUUTLIKKUSE TAGAMISEKS

### Sissejuhatus

Eesti Keskerakonna, Sotsiaaldemokraatliku Erakonna ning Erakonna Isamaa ja Res Publica Liit vahel 23.11.2016 sõlmitud valitsuse moodustamise ja valitsusliidu tegevusprogrammi põhialuste kokkuleppes<sup>1</sup> lepitati kokku Vabariigi Valitsuse tegevusprogramm aastateks 2016–2019, mille punkti 11.10 kohaselt on võetud ülesandeks tagada Eesti inimestele arstiabi parem kättesaadavus ja tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkus ning selleks on kavas astuda samme Eesti Haigekassa toimimise tõhustamiseks ja tulude suurendamiseks muudest allikatest. Selle tegevuse raames esitab tervise- ja tööminister tervishoiu rahastamise jätkusuutlikkuse analüüsi ning ettepanekud süsteemi jätkusuutlikkuse tagamiseks. Lisaks kirjeldatakse ülevaاتlikult teemavaldkonnaga seotud probleeme ja tegevusi.

Tervishoiu lisarahastamise võimalusi arutati töörühmas, kus osalesid Sotsiaalministeerium (SoM), Rahandusministeerium (RaM) ja Eesti Haigekassa (EHK).<sup>2</sup> Memorandumi koostas SoM. Memorandumis kajastuvad ettepanekud järgmiste teemavaldkondade kohta:

- 1) tervisesüsteemi rahastamise allikad ja rahastamise jätkusuutlikkus;
- 2) kindlustuskaitse ulatus ja isikute omaosalus;
- 3) tervisesüsteemi toimivuse parandamine ja tõhususe suurendamine;
- 4) ravikindlustuse tulubaasi laiendamine.

Memorandumis on esitatud sellised teemavaldkonnad, kuna kõigil neil on tihe seos tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkusega. Esmalt kirjeldatakse rahastamise hetkeolukorda Eestis ning võrreldakse seda rahvusvahelises kontekstis analoogsete riikidega. Seejärel tuuakse varasematele uuringutele ja analüüsidele tuginedes välja ravikindlustuse eelarve pikaajaline prognoos aastani 2060. Memorandumis kajastatakse ka kindlustuskaitse ulatust ja omaosaluskoormust, kuna mõlemal on oluline mõju tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkusele. Seejärel on memorandumis kajastatud tervisesüsteemi toimivuse parandamise võimalusi ning esitatud ettepanekud tervishoiusüsteemi tõhususe suurendamiseks. Viimase teemavaldkonnana on lisatud ettepanekud ravikindlustuse tulubaasi laiendamiseks eesmärgiga tagada ravikindlustuse rahastamise jätkusuutlikkus.

RaM võttis osa töörühma tegevusest, mille raames arutati kõiki kirjeldatud teemavaldkondasid. Käesolevas memorandumis on esitatud SoMi ettepanekud ravikindlustuse tulubaasi laiendamiseks. Memorandumis ei kajastata kõiki RaMi ettepanekuid ravikindlustuse tulubaasi laiendamiseks.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Eesti Keskerakonna, Sotsiaaldemokraatliku Erakonna ning Erakonna Isamaa ja Res Publica Liit kokkulepe valitsuse moodustamise ja valitsusliidu tegevusprogrammi põhialuste kohta. Internetist leitav aadressil: [https://valitsus.ee/sites/default/files/content-editors/arengukavad/eesti\\_keskerakonna\\_sotsiaaldemokraatliku\\_erakonna\\_ning\\_isamaa\\_ja\\_res\\_publica\\_liidu\\_valitsusliidu\\_aluspohimotted\\_2016-2019.pdf](https://valitsus.ee/sites/default/files/content-editors/arengukavad/eesti_keskerakonna_sotsiaaldemokraatliku_erakonna_ning_isamaa_ja_res_publica_liidu_valitsusliidu_aluspohimotted_2016-2019.pdf)

<sup>2</sup> EHK – Tanel Ross, Kuldar Kuremaa, Pille Banhard; RaM – Siiri Tõniste, Sven Kirsipuu, Risto Kaarna, Anneli Ratnik; SoM – Maris Jesse, Triin Habicht, Kaija Lukka, Agris Koppel, Eleri Lapp

<sup>3</sup> Ei sisalda RaMi ettepanekut laiendada ravikindlustuse tulubaasi demograafial põhineva kompensatsiooni valemi alusel. Detailsemalt on ettepanekut kirjeldatud SoM-i 07.07.2016 memorandumis Vabariigi Valitsusele „Analüüs ja ettepanekud tervisesüsteemi rahastamise jätkusuutlikkuse tagamiseks“.

## 1. Tervisesüsteemi rahastamise jätkusuutlikkus

### 1.1. Tervisesüsteemi rahastamise allikad

Eesti tervisesüsteemi rahastamine toimub peamiselt avaliku sektori kuludest solidaarsuse põhimõttest lähtuva kohustusliku sotsiaalmaksu kaudu, mis laekub sihtotstarbelise ravikindlustusmaksuna ja moodustab peaaegu kaks kolmandikku tervishoiu kogukuludest. Ligi kümnendik vahenditest tuleb mujalt riigieelarvest ja pisut alla veerandi patsientide omaosalusena.

Rahvusvahelises võrdluses on Eestis avaliku sektori kulud tervishoiule suhtena sisemajanduse koguprodukti (SKP) võrreldes teiste Euroopa regiooni riikidega<sup>4</sup> võrdlemisi väikesed. Eestis oli avaliku sektori tervishoiukulude osakaal SKP-s 4,9% 2015. aastal<sup>5</sup>, seejuures oli OECD keskmine 6,5%<sup>6</sup>, Euroopa regiooni keskmine 5,8%<sup>7</sup> 2014. aastal ja EL-i keskmine 7,8%<sup>8</sup> 2015. aastal. Kui võrrelda avaliku sektori kulutusi tervishoiule osakaaluna SKP-s ja majanduse üldist taset ostujõule kohandatud SKP-na isiku kohta, kulutab Eesti avalik sektor tervishoiule osakaaluna SKP-s suhteliselt vähem kui sama arengutasemega riigid keskmiselt. Samuti on Eestile iseloomulik väike valitsussektori kulude osakaal riigi kogumajanduses, millest omakorda panustatakse tervishoiule teiste riikidega võrreldes suhteliselt vähe. Eestis on valitsussektori kulud tervikuna väga madalad (40,3% võrreldes EL-i keskmisega 47,2% 2015 aastal<sup>9</sup>). Tervisevaldkonna prioriteetsust valitsussektoris näitab tervishoiule tehtavate kulude osakaal valitsussektori kogukuludes, mis aastal 2015 jäi Eestis (13,7%)<sup>10</sup> samuti oluliselt alla OECD keskmise (15% aastal 2014) ja EL-i keskmise (15,2% aastal 2015). Samas on madalate avaliku sektori kuludega riike, kes panustavad tervishoiule oluliselt rohkem (USA 23%, Slovakkia 18% 2014 aasta andmetel)<sup>11</sup>. **Kokkuvõttes saab väita, et Eestis on kulutused tervishoiule keskmisest väiksemad ja niigi väheste valitsussektori kulude juures on tervishoiu prioriteetsus kogu valitsussektori kuludes võrreldes EL-i keskmisega samuti väiksem.**

Lisaks sellele, et kulutused tervishoiule on Eestis võrreldes EL-i keskmisega madalamad, on Eurostati 2014. aasta üle-euroopalise sissetulekute ja elamistingimuste uuringu andmetel Eestis ka katmata vajadus tervishoius võrreldes Euroopa riikidega üks kõrgemaid (vt joonis 1). Eestis jäi 2013. aastal 11,3%-l üle 16-aastasest elanikkonnast vajalik abi saamata, sest see oli kas liiga kallis, liiga kaugel või oli järjekord liiga pikk. Üle 65-aastaste hulgas oli see osakaal veelgi kõrgem – 16,1%. Eestit edestab selles edetabelis vaid Läti 12,5%-ga; EL keskmine on ligi kolm korda madalam olles 3,6%.

<sup>4</sup> WHO Euroopa regiooni riigid: <http://www.euro.who.int/en/countries>

<sup>5</sup> TAI andmebaas: <http://pxweb.tai.ee/PXWeb2015/index.html>

<sup>6</sup> OECD andmebaas: <http://stats.oecd.org/>

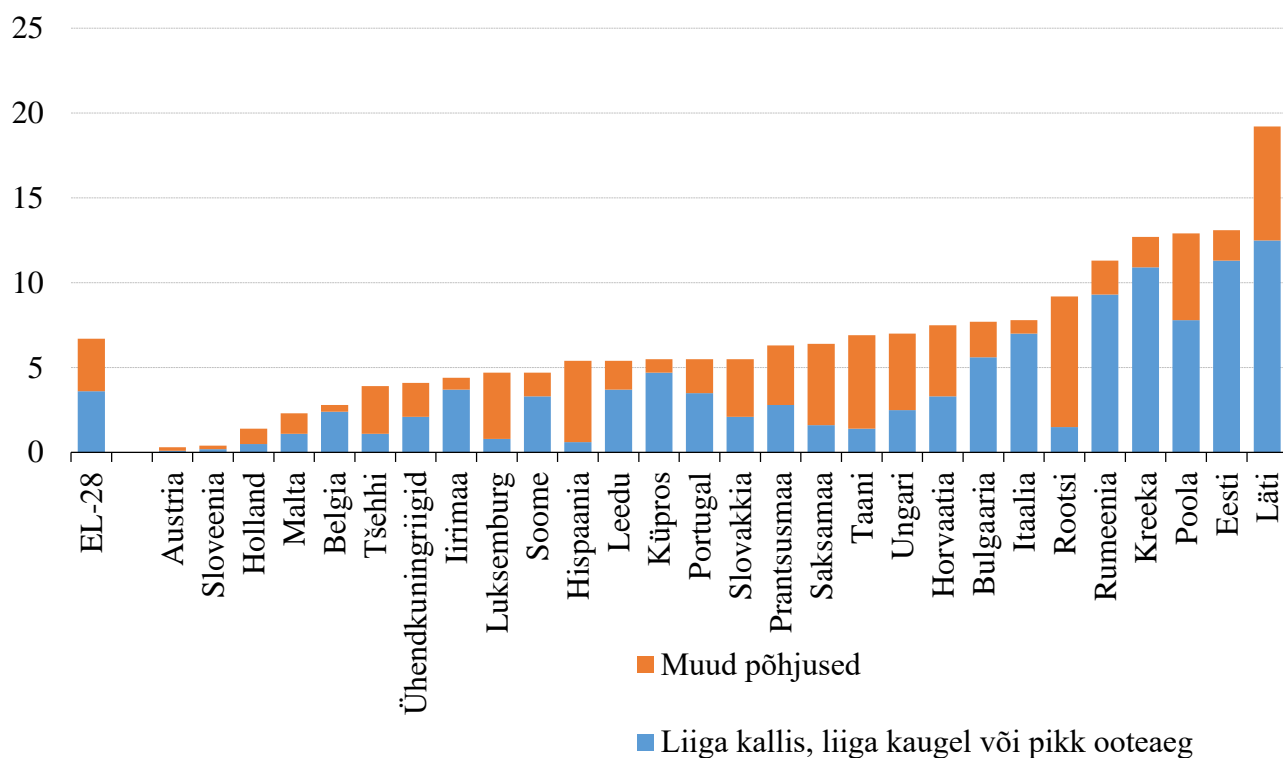
<sup>7</sup> WHO andmebaas: <http://data.euro.who.int/hfadb>

<sup>8</sup> Eurostati andmetel: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

<sup>9</sup> Eurostati andmetel: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

<sup>10</sup> Eurostati andmetel: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

<sup>11</sup> OECD andmebaas <http://stats.oecd.org/>



**Joonis 1.** Osakaal 16 aastastest ja vanematest isikutest, kellel oli 2014. aastal katmata ravivajadus  
Allikas: Eurostat (*online data code: hlth\_silc\_08*)

Lisaks viitab ka Sotsiaalministeeriumi ja Haigekassa tellitud iga-aastane uuring "Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile"<sup>12</sup>, et elanike hinnang eriarstiabi kättesaadavusele<sup>13</sup> on madal, olles aastal 2015 tasemel 43% (varem on hinnang eriarstiabi kättesaadavusega jäänud vahemikku 43–55%).

Elanikkonna tunnetatav arstiabi kättesaadavuse vähenemine võib olla osaliselt seotud EHK piiratud eelarvega, mis on alates 2013. aastast olnud püsivalt negatiivne. Eelarvestatust suuremate ravimihüvitiste ja töövõimetushüvitiste kulude ning eriarstiabi kasutuse tõttu suurenes 2016. aastal jooksva aasta eelarve miinus veelgi. Selle katmiseks võeti kasutusele jaotamata tuleml, mis vähenes 2016. aasta lõpuks 25 miljoni euro võrra. Lisanduvalt tehti kanded kohustusliku reservkapitali ja riskireservi suurenemisse vastavalt 3,6 ja 1,2 miljoni euro ulatuses. Seega kokku oli eelarveaasta tulemi miinus 30 miljonit eurot. See on märk, et **juba praegu on ravikindlustussüsteemi eelarve struktuurses puudujäägis, mistõttu on vaja süsteemi pikaajalise jätkusuutlikkuse tagamiseks muuta ravikindlustuse rahastamise põhimõtteid.**

Praegune Eesti tervishoiu rahastus sõltub peamiselt tööhõivel põhinevast rahastamisest, mis toob kaasa raskusi piisava tulubaasi tagamisel tulevikus. Ravikindlustussüsteem sõltub sotsiaalmaksu laekumisest, mida omakorda mõjutavad tööealise elanikkonna arv, hõive ja palkade tase. Tööealise elanikkonna vähenemine vähendab ravikindlustuse tulusid. Samas kulude poolt mõjutavad rahvastiku vananemine ning nõudluse ja teenuste hindade muutus. **Seega on pikaajalise jätkusuutlikkuse tagamisel äärmiselt oluline vähendada tervishoiu rahastamise süsteemi tulubaasi sõltumist vaid tööhõivel põhinevate maksude laekumisest. Juba 2005. aastal WHO**

<sup>12</sup> Internetist leitav aadressil:

[http://www.haigekassa.ee/sites/default/files/uuringud\\_aruanded/kuvandiuring/arstiabi\\_uuringu\\_aruanne\\_2015\\_tsemor.pdf](http://www.haigekassa.ee/sites/default/files/uuringud_aruanded/kuvandiuring/arstiabi_uuringu_aruanne_2015_tsemor.pdf)

<sup>13</sup> Viimase 12 kuu jooksul eriarsti külastanud vastajatest pääses 2014. aasta uuringu andmetel kuni nädala jooksul vastuvõtule 25% ning kuni kuu jooksul 53%. Üle ühe kuu pidi ootama 43%.

**tehtud Eesti tervishoiu rahastamise süsteemi hinnangus<sup>14</sup> juhiti tähelepanu, et Eesti ravikindlustus on erandlik, tuginedes peamiselt tööjõumaksudele.**

## **2. Kindlustuskaitse ulatus ja omaosalus**

### **2.1. Kindlustuskaitse ulatus**

Eesti riik tagab kõigile isikutele tervishoiuteenuste kättesaadavuse vähemalt vältimatu abi<sup>15</sup> vajaduse korral. Oluline on aga tagada kõigile ühetaoline, eelkõige inimese vajadustest sõltuv tervishoiuteenuste kättesaadavus. Lisaks võib üksnes vältimatu abi osutamine olla süsteemile kui tervikule kallim. Varasemad uuringud<sup>16</sup> on välja toonud, et kindlustuskaitse laiendamine on majanduslikult mõistlik, kuna enamasti tegeletakse tervishoiusüsteemis kindlustuseta isikutega siis, kui nende ravi on juba väga kulukas. Eestis on ravikindlustuskaitseta 6,1% elanikkonnast (2016. aasta lõpu seisuga), peamiselt noored tööealised isikud, kellest suurema osa moodustavad mehed. Enamikul neil isikutel on mingil kujul sissetulek või nad on ülalpeetavad, kuid olemasolevatele andmetele tuginedes ei ole võimalik anda usaldusväärset hinnangut, kas neil oleks võimalik kehtiva regulatsiooni kohaselt kindlustuskaitset saada.

SoM tehtud sotsiaalmaksu ja sellega seotud sotsiaalsete garantiide paindlikkuse analüüsist selgus, et Eestis on ligikaudu 92 000 inimest (2015. aasta andmetel), kellel ei ole aasta jooksul püsivat ravikindlustusega kaetust. Lisaks tegeleb SoM pidevalt eri huvirühmade (nt loomeinimesed) puhul üldise poliitika sees võimaluste otsimisega tagada neile kindlustuskaitse. Eestis on ravikindlustuse seaduse kohaselt 57 kindlustuskaitse alust, neist 11 puhul on kindlustuskaitse saajate arv 2015. aasta alguse seisuga olnud alla 100 isiku. Kindlustuskaitse üldine laiendamine aitaks süsteemi lihtsustada, suurendada arusaadavust ning pikemas vaates oleks ka ühiskonnale tervikuna säästvam.

**SoM-i eestvedamisel tehakse analüüs, mille käigus selgitatakse isikupõhiste andmetele tuginedes välja Eestis elavate ravikindlustamata ja ebaregulaarselt ravikindlustusega kaetud isikute arv ning kindlustuse puudumise/olemasolu põhjused, kirjeldatakse võimalusi laiendada kindlustuskaitset võimalikult paljudele inimestele ja tagada selle püsivus ning hinnatakse nende võimaluste teostatavust ja rakendamist Eestis, sealhulgas rahalisi mõjusid maksulaekumisele ja ravikindlustuse eelarvele. Analüüsi lõplikud tulemused ja ettepanekud esitatakse Vabariigi Valitsusele 2018. aasta kevadel.**

### **2.2. Isikute omaosalus**

Eestis on patsientide omaosaluse määr tervishoiu kulutuste katmiseks lähenemas 25%-le (2015. aastal 22,7%<sup>17</sup>), mis on rahvastiku tervise arengukavas seatud maksimumina, mida ei tohi ületada. WHO hinnangul tuleb hinnata omaosaluspoliitika toimivust, kui see moodustab enam kui 15% tervishoiu kogukuludest, et vältida olukord, kus see põhjustab inimestele suurt rahalist

---

<sup>14</sup> Couffinhal A., Habicht, T. (2005) Health system financing in Estonia: situation and challenges in 2005. Maailma Terviseorganisatsioon. Internetist leitav aadressil: <http://ee.euro.who.int/CaseStudyfinalEstonia2005.pdf>

<sup>15</sup> Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 5 kohaselt on vältimatu abi tervishoiuteenus, mida tervishoiutöötaja osutab olukorras, kus abi edasilükkamine või selle andmata jätmine võib põhjustada abivajaja surma või püsiva tervisekahjustuse.

<sup>16</sup> Thomson, S., Vörk, A., Habicht, T., Rooväli, L., Evetovits, T., Habicht, J. (2010). Võimalused Eesti tervisesüsteemi rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks. Maailma Terviseorganisatsioon. Internetist leitav aadressil: [https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/aruanne\\_EST\\_2010color.pdf](https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/aruanne_EST_2010color.pdf)

<sup>17</sup> Tervishoiu kogukulud 2014, Tervise Arengu Instituut

koormust või osutub rahaliseks piiranguks inimesele vajamineva abi saamisel.<sup>18</sup> See tähendab, et Eestis tuleks omaosalust lähiaastatel pigem vähendada ning leida võimalusi omaosaluskoormuse ümberjaotamiseks, et kaitsta haavatavamaid elanikerühmi suurte kulude eest. WHO poolt 2014. aastal tehtud põhjalik omaosaluse analüüs<sup>19</sup> tõi järeldustena välja, et madalama sissetulekuga leibkonnad kulutavad osakaaluna leibkonna kulutustest ravimitele suhteliselt rohkem kui jõukamad leibkonnad, kes omakorda kulutavad enam hambaravile. Mida jõukam on leibkond, seda enam kulutatakse ambulatoorsele eriarstiabile ja meditsiinitarvikutele ning vähem ravimitele. Võib eeldada, et madalama sissetulekuga isikutel on hambaravi puhul tegu katmata vajadusega, mis seetõttu omaosalusena ei saagi väljenduda.

Eestis on leibkondade omaosaluskoormus võrreldes teiste EL-i riikidega pigem suurem (EL-i keskmine 16,7%, 2014. aastal<sup>20</sup>). WHO on soovitanud Eestil kaaluda võimalusi omaosaluskoormuse vähendamiseks, et vajalikud teenused ja ravimid oleksid kõigile isikutele kättesaadavad. Selleks, et omaosaluskoormust vähendada, võeti vastu otsus rakendada alates 2017. aasta teisest poolaastast täiendavat täiskasvanute hambaravi hüvitist, mida rahastatakse riigieelarvest. Lisaks on Vabariigi Valitsuse tegevusprogrammi põhialuste kokkuleppes ettepanek hüvitada suurenenud ravivajadustega inimestele ravimitele tehtud kulutused suuremas määras ja selleks on planeeritud täiendavalt vahendeid riigieelarves 3 miljoni euro ulatuses. Vastavad ettepanekud esitab SoM Vabariigi Valitsusele otsustamiseks 2017. aasta kevadel.

**2017. aastal analüüsitakse SoM-i eestvedamisel isikupõhiselt omaosaluskoormust ravikindlustussüsteemis ja selle võimalikku seost katmata ravivajadusega. Lisaks analüüsitakse võimalusi omaosaluskoormuse vähendamiseks ja ümberjaotamiseks, et suurendada eelkõige haavatavamate elanikerühmade kaitset katastroofiliste kulude eest nii, et seejuures oleksid vajalikud teenused ja ravimid kõigile kättesaadavad.**

---

<sup>18</sup> Evetovits T., Thomson S. (2015). Monitoring financial protection. WHO, OECD meeting of the Joint Network on Fiscal Sustainability of Health Systems 4–5 February 2016

<sup>19</sup> Võrk, A., Saluse, J., Reinap, M., Habicht, T. (2014). Out-of-pocket payments and health care utilization in Estonia, 2000–2012. WHO Regional Office for Europe. Internetist leitav aadressil: <http://ee.euro.who.int/Out-of-pocket-payments-and-health-care-utilization-in-Estonia.2000-2012-Eng.pdf>

<sup>20</sup> WHO andmebaas <http://data.euro.who.int/hfad/>

### 3. Tervisesüsteemi toimivus ja tõhusus

Käesolevas peatükis kirjeldatakse Eesti tervishoiusüsteemi toimivuse olulisemaid probleemkohti ning tuuakse välja võimalused süsteemi tõhususe parendamiseks. Esmalt on kirjeldatud SoM-i ettepanekud, millised valdkonnad vajavad kõige enam täiendavaid vahendeid ja kuidas oleks võimalik täiendavate investeringutega enim toetada ravi järjepidevuse, kvaliteedi ja kättesaadavuse paranemist. Seejärel kirjeldatakse SoM-i ettepanekuid praeguse tervishoiukorralduse muudatusteks, mis samuti aitavad saavutada soovitud eesmärki olemasolevate vahendite tõhusama kasutuse kaudu, vähendades rahastamise fragmenteeritust.

#### 3.1. Tervishoiusüsteemi väljakutsed

Eesti on viimase paarikümne aastaga üles ehitanud tugeva tervisesüsteemi institutsionaalse raamistiku, mille osadeks on toimiv esmatasand, tugev haiglavõrk, kompetentsed tervishoiutöötajad ja stabiilne rahastusmudel. Tervishoiusüsteemide lähituleviku suurim väljakutse on vananev rahvastik ja sellest tulenevalt ka krooniliste haigustega inimeste suurenev hulk. Keskmine oodatav eluiga kasvab. Tänapäeva teadus on võimeline pakkuma uusi ja tõhusamaid ravimeetodeid, mis loob eeldused, et ühe või mitme kroonilise haigusega inimesel on oluliselt suurem tõenäosus elada kvaliteetset ja pikemat elu kui aastakümned tagasi. Seda kõike vaid juhul, kui tervisesüsteem on suuteline kiiresti kohanema muutuvate vajadustega: kasvav õendusabi ja taastusravi vajadus; multiprobleemsed patsiendid, kes vajavad erialaspetsialiste koondavate meeskondade põhiskäsitlust ja suurenev vajadus lihtsalt ligipääsetavate teenuste järele. Tervishoiuteenuse osutajatele on vaja luua motivatsioonid, mis lähtuksid inimesekesksusest ning toetaksid patsiendi integreeritud käsitlust eriarstias, esmatasandil ja ka järelravis ning sotsiaalsüsteemis. Teenuste integreerimine aitab kaasa sellele, et tervishoiuteenuseid osutatakse õiges kohas ehk seal, kus on teatud teenust kõige optimaalsem osutada ning kus see vastab kõige paremini patsiendi vajadustele. Kui praegune süsteem on jätkuvalt pigem haiglaravi- ja eriarstias keskne, siis paremini integreeritud tervishoiuteenused koos motiveeriva rahastusmudeli, vajalike organisatoorse ümberkorralduste, koolituse, e-tervise teenuste ja kvaliteedisüsteemiga tagavad selle, et patsient on saanud abi parimal võimalikul viisil. Puudulik koordineerimine võib seotud olla mitme olulise probleemiga, nagu tervishoiutöötajate ülemäärane töökoormus, ebapiisav kommunikatsioon, koordineerimatus, tänane teenuste tasustamise meetod, ajakohaste ravijuhendite puudulikkus jpm.

Selleks, et saada hinnang Eesti tervisesüsteemile ja vastata küsimusele, kas Eesti tervishoiukorraldus ja strateegilise ostmise mudel arvestab muutunud vajadustega või on tarvilikud uuendused, tellis EHK Maailmapangalt uuringu<sup>21</sup>. Uuringu üks peamisi järeldusi oli, et Eesti tervishoid on endiselt haiglaravikeskne. Analüüsis hinnati välditavaid hospitaliseerimisi (OECD definitsiooni alusel peetakse välditavaks hospitaliseerimiseks juhte, mida oleks saanud piisava ambulatoorse raviga ennetada) astma, kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse, suhkurtõve, südamepuudulikkuse ja kõrgvererõhutõve korral. Kõigi nende haigusseisundite puhul oli 2015. aastal hospitaliseerimisi kokku ligi 69 tuhat korda, millest üle 16% (s.o ca 12 tuhat) oleks olnud tõhusama ambulatoorse raviga ennetatavad.

Teine järeldus oli, et patsiendikäsitlus on liialt eriarstikeskne. Uuringus hinnati näiteks välditavate eriarstivisiitide osakaalu kõrgvererõhutõve ja suhkurtõvega (diabeediga) seotud diagnooside korral. Kaasatud eksperdid jagasid nimetatud haigusrühma diagnoosid tuisistunuteks ja mittetuisistunuteks (viimasel juhul peaks patsient olema perearsti jälgimisel) ning tehti analüüs, milles vaadeldi

<sup>21</sup> Maailmapank (2015). Ravi terviklik käsitlus ja osapoolte koostöö Eesti tervishoiusüsteemis. Internetist leitav aadressil: [https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/Maailmapanga-uuring/veeb\\_est\\_summary\\_report\\_hk\\_2015\\_mai.pdf](https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/Maailmapanga-uuring/veeb_est_summary_report_hk_2015_mai.pdf)

olemasolevat praktikat võrdluses Eesti ravijuhendite soovitustega. 2015. aasta andmete alusel osutus kõrgvererõhutõve puhul 69% ja suhkurtõve puhul 18% eriarstivisiitidest välditavaks. Numbritesse panduna külastas 65 tuhat patsienti kõrgvererõhutõve tõttu aasta jooksul eriarsti ja 45 tuhat neist visiitidest olid välditavad. Kõrgvererõhutõve puhul tehti üle 80% välditavatest visiitidest kardioloogi ning suhkurtõve puhul üle 90% endokrinoloogi juurde.

Lisaks kasutati integreerituse hindamiseks mõõdikuna ebapiisavat jätkuravi ja haiglast väljakirjutamisel sobivate ravimite ebapiisavat väljakirjutamist. Need indikaatorid peegeldavad aktiivravi järgset tervishoiuteenuste koordineerimise puudulikkust. 2015. aasta andmetele tuginedes käis vaid 39% uuritud haigusseisunditega (äge südamelihase infarkt, insult, südamepuudulikkus, puusamurd, koletsüstektoomia) patsientidest järelvisiidil perearsti või eriarsti juures 30 päeva jooksul pärast haiglast väljakirjutamist. Pikendades ajaperioodi 90 päevani, paranes näitaja vaid 50%-le. Suurele osale ägeda haigusseisundi või operatsiooni tõttu hospitaliseeritud patsientidele ei osutata haiglast väljakirjutamise järel piisava aja jooksul jätkuravi. Samuti toodi uuringus välja, et patsiendile ei määratud haiglaravilt väljakirjutamise järgselt vastavalt ravijuhenditele vajalikke ravimeid. Eelkõige krooniliste haiguste puhul on sobivate ravimite väljakirjutamine ja järjepidev tarvitamine olulised haiguste kontrolli all hoidmiseks ja tüsistuste ennetamiseks.

**Maailmapanga uuringu järelduste kohaselt vajab ülevaatamist praegune rahastusmudel, mis ei anna piisavalt tuge integreeritud patsiendikäsitluseks. Samuti on senisest rohkem vaja pöörata tähelepanu patsiendikäsitluse (sh ravijuhendid ja patsiendi käsitlusjuhendid) standardite väljatöötamisele, nende järgimise toetamisele ja tulemuste hindamisele.**

### **3.2. Ettepanekud süsteemi tõhususe parandamiseks**

**Selleks, et tervishoiuteenused oleksid paremini koordineeritud ja integreeritud, tuleb tervishoiusüsteemi korraldust muuta.** Muudatuste juhtimine ja ellu viimine vajab täiendavaid investeeringuid. Rahvusvaheliselt on tervishoiusüsteemide ümberkorraldamisel kasutatud motivatsioonimehhanismina täiendavaid investeeringuid 3–5% ulatuses kogu tervishoiuteenuste eelarvest, mis moodustab 2017. aasta eelarve põhjal ligikaudu 40 miljonit eurot. Need vahendid on vajalikud, et minna üle sisendipõhiselt rahastamisviisilt patsiendi vaates tulemuspõhiseks, sh katsetada uusi rahastusmudeleid ning motiveerida ka süsteemis juba oleva raha paremat kasutamist ja patsiendi jaoks paremat tulemust.

Maailmapanga uuringu üks olulisemaid järeldusi oli, et kõigi süsteemi osapoolte jõupingutused peaksid suuresti keskenduma esmatasandi suutlikkuse tugevdamisele tervishoiusüsteemis. Eesti esmatasandi tervishoius vajab tugevdamist taristu, vajalik on multiprofessionaalsete meeskondade loomine, grupipraksistesse koondumise soodustamine, teenusevaliku laiendamine, rahastusmudeli muutmine paindlikumaks ja täiendõppe kvaliteedi parandamine. Perearstide rolli laiendamine kogukonna tervisealgatustesse ja sotsiaalteenuste korraldusse võib parandada ennetavate teenuste ja patsiendikäsitluste üldist kvaliteeti.

**Esmatasandi tugevdamine on üks tervisevaldkonna prioriteete.** Planeeritud esmatasandi tervisekeskuste infrastruktuuri investeeringutega laiendatakse esmatasandi põhiteenuste valikut, mille tulemusena lisanduvad perearsti ja -õe teenustele ämmaemanda, koduõe ja füsioterapeudi osutatavad teenused, ning motiveeritakse perearste koonduma suurematesse meeskondadesse. Tänapäevase esmatasandi infrastruktuuri peale ei ole võimalik planeerida esmatasandi teenuste laiendamist ja sellest tulenevalt on planeeritav uus infrastruktuur oluline samm esmatasandi arendamisel. Samal ajal investeeringutega töötatakse välja esmatasandi tervisekeskuste rahastusmudel, mis omakorda soodustab esmatasandi rolli suurenemist ja tugeva esmatasandi

organisatsiooni arengut. See on vajalik, et esmatasand saaks võtta suurema rolli ennetavate tervishoiuteenuste osutamisel, mis on süsteemile kui tervikule odavam, võrreldes näiteks statsionaarse raviga, mis tegeleb eelkõige tagajärgedega. Selleks, et esmatasand saaks seda rolli kanda, on oluline nii esmatasandile tekkiva uue infrastruktuuri kui ka seal osutatavate teenuste täiendav rahastamine. EHK on ära hinnanud täiendavad kulud perearstide baasrahaga ehk eelkõige infrastruktuuri laienemisega seonduvalt. Kui kõik perearstid koonduksid tervisekeskustesse ja nende ruumid vastaksid uutele nõuetele, vajaks esmatasand lisavahendeid ligikaudu 22 miljoni euro ulatuses<sup>22</sup>.

**Inimesekeskse tervishoiusüsteemi alustalaks on kvalifitseeritud tervishoiutöötajad ja seetõttu on see prioriteetne valdkond.** Rahvusvaheline võrdlus näitab, et Eestis on arste mõnevõrra vähem kui EL-is keskmiselt (2014. aastal – Eesti 3,3 ja EL 3,5 arsti 1000 elaniku kohta) ja viimastel aastatel selles olulisi muutusi toimunud ei ole. Samas, Eesti arstikond on vanuseliselt struktuurilt vanem kui Soomes. Kui Eestis ligi pooled arstid (2014. aastal 46%) on 55-aastased või vanemad, siis Soomes on 26% arstidest 55-aastased või vanemad.<sup>23</sup> Lähitulevikus on prognooside kohaselt kõige suurem probleem perearstidega, kuna perearstide arv kahaneb. Perearsti keskmine vanus Eestis oli 2016. aastal 56 eluaastat. Terviseameti prognoosi kohaselt lahkub järgneva 15 aasta jooksul aastas keskmiselt 26 praegu töötavat perearsti. Samal ajal alustab aastas tööd keskmiselt 16 nimistuga perearsti. Selleks, et tagada perearstiabi teenuste kättesaadavus, oleks Eestis vaja igal aastal koolitada vähemalt 50 perearsti. Seega on residentuurikohtade planeerimisel oluline suurendada ennekõike perearsti residentuurikohtade riiklikku tellimust.

SA Kutsekoda tehtud tööjõuvajaduse seire- ja prognoosisüsteemi OSKA uuring „Tulevikuvaade tööjõu ja oskuste vajadusele tervishoiusüsteemis“<sup>24</sup> otsis lahendust probleemile, kuidas vastata tervishoiuvaldkonna tööjõu ja oskuste vajadusele lähema 10–15 aasta jooksul ning kuidas tuleks selleks muuta koolituspakkumist. Uuringu raames analüüsiti valdkonna võimalikke arengusuundi, hinnati, milline on põhikutsealade tööjõuvajadus nimetatud perspektiivis ning kuidas peab muutuma õppe sisu, tagamaks, et tööjõu oskused vastaksid tööturu vajadustele. Üks olulisemaid ettepanekuid analüüsi esialgses versioonis oli, et Eestis on vajalik õdede arvu kasv. Õdede arv 1000 elaniku kohta Eestis on 2014. aasta andmetel (5,7 õde 1000 elaniku kohta) 32% väiksem kui EL-i riikides keskmiselt (8,4 õde 1000 elaniku kohta). Soomega võrreldes on meil 60% ja Leedu võrreldes 25% ning Lätiga võrreldes 16% õdesid vähem. Võrdluseks võib tuua, et Soome tasemeni jõudmiseks (14,1 õde 1000 elaniku kohta)<sup>25</sup> peab töötavate õdede arv suurenema kaks korda. Nii Tartu kui Tallinna tervishoiu kõrgkool on andnud hinnangu, et suudaksid lisanduvate vahendite korral täiendavalt koolitada 125 õde aastas. See tähendaks, et 2018–2021 koolitatakse igal aastal täiendavalt 250 õde, millega kaasneks iga-aastane täiendav koolituskulu 6 miljonit eurot. Lisanduvate kulude juures tuleb arvestada nimetatud õdede tööjõuturule jõudmisega ning võttes aluseks, et õeõpe kestab keskmiselt 3,5 aastat, alustaksid täiendavalt väljakoolitatud õed tööd alates aastast 2021. Ravikindlustuse eelarves eeldaks iga 250 täiendava õe rahastamine tervishoiuteenuste kaudu lisakulu püsivalt vähemalt 4 miljoni euro ulatuses (arvesse tuleb võtta prognoositav palga kasv aastaks 2021). Õdede arvu taseme viimine OSKA raporti soovitudele vastavaks – 11 000-ni – tähendaks aga iga-aastast õdede täiendavat palgakulu ligikaudu 60 miljonit eurot praeguse palgataseme juures. Täiendava palgakulu arvestamisel tuleb arvesse võtta, et tööjõukulu moodustab tervishoiuteenuse osutamise hinnast ca 50–60%. Seega kaasneb õdede tööle asumisega ka muu

<sup>22</sup> Arvestuse aluseks on uus tervisekeskuste baasraha, mille raames kaetakse esmatasandil täiendavalt nii uute ruumide, juhtimise kui ka täiendavad IT kulud.

<sup>23</sup> Health at a Glance: Europe 2016. Internetist leitav aadressil: [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016\\_9789264265592-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016_9789264265592-en)

<sup>24</sup> Esialgsed tulemused, analüüs on veel avaldamata

<sup>25</sup> Health at a Glance: Europe 2016. Internetist leitav aadressil: [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016\\_9789264265592-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016_9789264265592-en)



täiendav teenuse osutamise kaasnep kulu. Selle katmine on eeldus õendustegevuse rolli suurendamiseks, mis omakorda võimaldab õdedel vastavalt nende pädevusele üle võtta seni arstide poolt täidetud ülesandeid ja täiendavat aega patsientidega tegelemiseks (ennetus, ravi koordineerimine jm).

Lisaks tervishoiutöötajate olemasolule on **tervisesüsteemi toimivuse oluline tegur infrastruktuur**, kus teenuseid osutatakse. Tervishoiu infrastruktuur on tihedalt seotud tervishoiuressursside kasutamise tõhususega. Tervishoiuteenuste kvaliteetseks osutamiseks peavad olema tagatud selleks kohased ruumid. Samas võib infrastruktuuri mitteoptimaalne kasutamine kaasa tuua ebaefektiivsust, kui süsteemis ei ole motivatsiooni pinnakasutust optimeerida ning tervishoiuteenuse osutajatel teha omavahel koostööd.

Vastavalt tervishoiuteenuste korraldamise seadusele (§ 52 lg 1 p 10) rahastatakse riigieelarvest tervishoiuteenuse osutajate ehitiste kulumit. Nimetatud muudatus jõustus 2008. aastal ja see oli ka ainus aasta, kui riik on tervishoiuteenuse osutajate kapitalikuludid kompenseerinud. Majanduslangusest alates on seadusest tulenev kohustus olnud riigi poolt täitmata. Kapitalikulude kompenseerimata jätmist on põhjendatud ka Euroopa Liidu Regionaalarengu Fondi (ERF) investeeringutega tervishoidu, sh õendusabi, haiglate ja perearstiabi infrastruktuuri toetustega. Seni on ERF vahendid peamine allikas tervishoiu infrastruktuuri investeeringuteks. Samas infrastruktuuri stabiilse rahastuse tagamiseks on Eestis vaja leida infrastruktuuri rahastamise mudel, mis suudab tagada tervishoiu infrastruktuuri jätkusuutlikkuse ERF vahendite puudumisel. Regionaalhaiglatele on eraldatud perioodidel 2004–2006, 2007–2014 ja 2014–2020 kokku summas 187 miljoni euro ulatuses infrastruktuuri investeeringuid. Õendushooldus ERF meetme raames rahastati perioodil 2007–2013 28 miljoni euro ulatuses haiglate õendushooldus korpuste ehitamist või renoveerimist. ERF-ist on esmatasandile planeeritud 86 miljonit eurot tervisekeskuste ehitamiseks ja renoveerimiseks. Seega kokku on ERF meetme raames alates 2004. aastast eraldatud haiglate ja esmatasandi tervisekeskuste ning õendushoolduskeskuste renoveerimiseks ja ehitamiseks ligikaudu 300 miljonit eurot. Lisaks on riik täiendavalt panustanud omapoolsete investeeringutega haiglate võrgustumiseks. 2014. aastal eraldati võrgustumise toetamise eesmärgil aastatel 2014–2016 3,66 miljonit eurot. Riik on toetanud ka erinevate haiglate uute korpuste välja ehitamist, mis on riikliku tähtsusega, nagu Narva haigla erakorralise meditsiini osakond.

EHK on kehtiva hinnakujundusmetoodika kohaselt hinnanud, et eriarstiabis moodustab pindade kulum praegu ligikaudu 2% eriarstiabi kogukulust. Koos perearstiabi kuludega on tervishoiuteenuse osutajate hinnanguline aastane kapitalikulu 15,2 miljonit eurot. Samas ei kajastu hindades sisalduvas kapitalikuludis kogu tervisesüsteemi infrastruktuuri investeeringute vajadus. Pigem on tegemist praegusel meetodikal põhineval hinnangul eriarstiabi pindade amortisatsioonikulude kohta.

Infrastruktuuri investeeringute planeerimisel tuleb arvestada tervishoiupoliitika arengusuundadega ja muudatustega tervishoiuteenuse osutamise korralduses – üha enam tervishoiuteenuseid on võimalik osutada väljaspool haiglat ja kodu lähedal. Uued investeeringud peavad seda arengusuunda toetama. Samuti on vaja hinnata, millisel moel on otstarbekas hüvitada kapitalikuludid ravikindlustuse rahastuse kaudu, et oleks motivatsioon pinnakasutust optimeerida ning parandada tervishoiuteenuse osutajate vahelist koostööd. Arvestada tuleb, et tervishoiu suuremahuliste infrastruktuuri investeeringute rahastamine riigieelarvest võimaldab jätta tervishoiupoliitika kujundajale rolli motiveerida teenuseosutajaid minema kaasa struktuursete muudatustega süsteemi korralduses ja siduda investeeringud juba konkreetsete tervishoiuteenuse osutajatele seatud tulemusnäitajatega. Tervishoiuteenuste hindade kaudu kapitalikuludid rahastades jääb struktuursete muudatuste vastutus teenuseosutaja tasandile ning sõltub teenuseosutaja enda suutlikkusest ja tahtest infrastruktuuri optimeerida või asendada see uue ja kvaliteetsemaga.

**Kokkuvõttes sõltub tervisesüsteemi jätkusuutlikkus tervishoiukorraldusest tervikuna. Oluline on saavutada inimese jaoks parem tulemus ja parem tervis. Seda on võimalik saavutada, suurendades süsteemi tõhusust ja tulemuslikkust inimese jaoks. Samas on vajalik silmas pidada optimaalset tervishoiuteenuse osutamise korraldust ja töötada välja seda toetav rahastusmudel. Integreeritus nii tervisesüsteemi sees kui ka sotsiaalsüsteemiga on oluline, et tulla paremini toime vananeva elanikkonna vajadustega ning vastata elanikkonna ootustele, osutades just nende jaoks parimat teenust. Lisaks on oluline optimaalse tervise- ja sotsiaalsüsteemi korralduse kaudu ohjata mõlema sektori kulude kasvu.**

Tabelisse 1 on koondatud võimalike tervishoiusüsteemile lisanduvate kulude esmane loetelu. Tabelis on kirjeldatud võimalik iga-aastast lisakulu. Samuti on tabelis välja toodud EHK hinnatud katmata nõudluse prognoositav kulu. Nõudlust hinnatakse vaid EHK rahastatavate tervishoiuteenuste osas (ehk teenused, mis on EHK tervishoiuteenuste loetelus) ning ravijärjekordade analüüsimisel on aluseks võetud EHK-le tervishoiuteenuse osutajate poolt esitatud ravijärjekordade info. Seega tuleb arvestada, et katmata nõudluse hindamisel võtab EHK aluseks mineviku teenusekasutuse ja puudub info, kui palju jäävad teenused kasutamata erinevate barjääride (omaosalus, ooteajad, kindlustusstaatuse jms) tõttu. Tabelis on välja toodud ka 2. peatükis käsitletud kindlustuskaitse laiendamise ja omaosaluskoormuse vähendamise kulu. Tabelis ei kajastu kõik süsteemi võimalikud lisakulud, vaid pigem illustreerib tänase süsteemi katmata vajadusi olulistest valdkondades.

**Tabel 1.** Näide lisakuludest tervishoiusüsteemis

		<b>Lisanduv kulu milj eur igal aastal</b>
Õdede arvu kasv 11 tuhandeni	Õdede koolituskulud täiendavalt igal aastal, kui koolitatakse lisanduvalt 250 õde	<b>6</b>
	Lisanduvate õdede palgakulu	<b>60</b>
Esmatasandi tervisekeskustesse koondumine	Perearsti baasraha lisanduv kulu eeldusel, et kõik perearstid hakkavad tööle uutele nõuetele vastavates ruumides ning neid tasustatakse vastavalt uuele baasrahale	<b>22</b>
Tervishoiuteenuse osutajate kapitalikulu	Tervishoiuteenuse osutajate kapitalikulu	<b>15</b>
Ravi järjepidevus	Uute tervishoiu rahastamismudelite katsetamine ja teenuseosutajate motiveerimine juba olemasoleva rahastuse paremaks kasutamiseks	<b>40</b>
EHK nõudlus	2017. aasta hinnatud nõudluse ja eelarve vahe	<b>67</b>
Omaosalus	Omaosaluskoormuse vähendamine 15% tervishoiu kogukuludest. Kui 2018. aastast hakkab omaosaluskoormus vähenema 1% aastas, siis see eeldab igal aastal täiendavalt kulusid tervishoiule 15–20 miljoni euro ulatuses ning aastaks 2025 oleks lisanduvad kulud valitsussektorile 100–140 mln eurot.	<b>20</b>
Kindlustuskaitse laiendamine	Kindlustuse laiendamine kogu elanikkonnale (Praxise pikaajaline ravikindlustuse kulude-tulude prognoos)	<b>58</b>

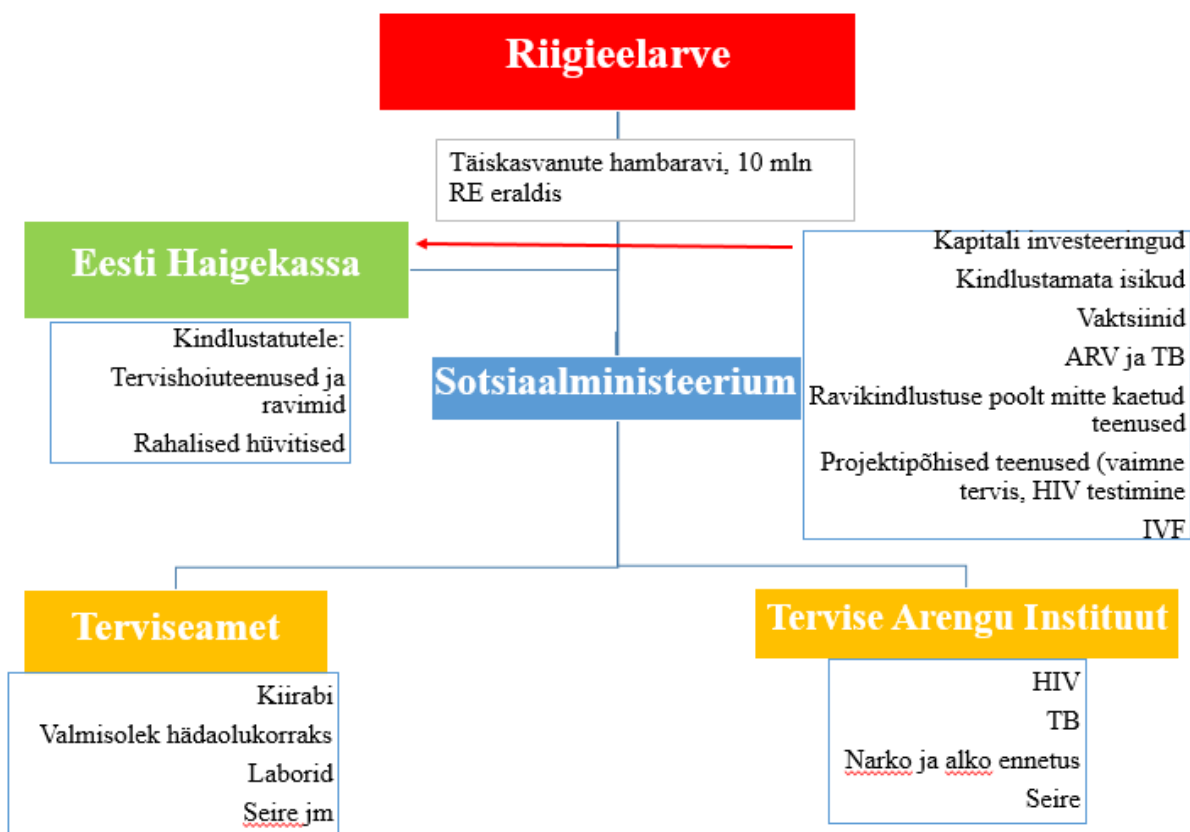
Allikas: Sotsiaalministeeriumi koostatud

**Tervishoidu on lisaraha tarvis eri valdkondades, kuid kõige olulisem on suunata lisaraha süsteemi eesmärgistatult. Seega tuleks lisarahasüsteem siduda konkreetsete väljunditega, mis on olulised patsiendi vaates ning parandaks tervishoiuteenuste kättesaadavust, järjepidevust,**

kvaliteeti ja integreeritust. Lisaraha on oluline eeldus, et Eesti tervishoiusüsteem saaks neid eesmärke saavutada. Samaaegselt on aga tarvilik teha tervishoiu rahastamises ja korralduses põhimõttelisi muudatusi, et süsteemi suunatav lisaraha annaks võimalikult hea tulemuse ning süsteem tervikuna oleks pikaajaliselt jätkusuutlik.

### 3.3. Ettepanekud olemasolevate tervishoiukulude konsolideerimiseks

Eelnevalt kirjeldati võimalikke ettepanekuid tervishoiusüsteemi parandamiseks lisanduvate vahendite arvelt. Samas on teada, et ka juba olemasolevate vahendite tõhusam kasutamine aitaks kaasa teenuste järjepidevuse ja koordineerituse parandamisele. Seega käesolevas peatükis esitab SoM ettepanekud olemasoleva rahastuse ja sellest tuleneva korraldusliku fragmenteerituse vähendamiseks. Esimeses peatükis kirjeldati tervishoiu rahastamise allikaid. Valdav osa (86%) tervishoiu avaliku sektori kuludest rahastatakse EHK kaudu, täiendavalt rahastatakse osasid teenuseid riigieelarvest SoM-i haldusala kaudu (vt joonis 2).



**Joonis 2.** Tervishoiu rahastamine haldusala asutuste vaates Eestis 2017. aastal  
Allikas: Sotsiaalministeeriumi koostatud

Kui ravikindlustuse tulubaasi kujunemise põhimõtted on selged ja prognoositavad, siis SoM-i eelarvest rahastatavate tervishoiuteenuste eelarve kujuneb riigieelarve läbirääkimiste protsessis. SoM-i haldusalas olevad tervisedenduse ja haiguste ennetuse tegevused, kiirabi, hädaolukorraks valmisoleku jt kulud peavad konkureerima nii ministeeriumi kui ka kogu riigieelarve tasandil.

Alates 2017. aastast eraldati riigieelarvest ravikindlustusele 10 miljonit eurot. Lisaks tasutakse alates 2017. aasta II poolaastast riigieelarvest täiskasvanute hambaravihüvitis 6 miljoni euro ulatuses ning

2018. aastast 12 miljoni euro ulatuses. Riigieelarvest eraldatakse ravikindlustusele ka kehavälise viljastamise (IVF) kulude katmiseks 1,6 miljonit eurot. Nii hambaravi kui viljatusravi puhul ei soosi riigieelarveline eraldis nende vahendite paindlikku ja tõhusat kasutamist, sh tuleb kulude prognoositust suuremaks kujunemisel riigieelarvest vahendeid juurde taotleda lisataotlusena. Samuti ei ole võimalik ravikindlustusel selle eelarverea ülejäägi puhul vahendeid mujale suunata, näiteks hambaravi puhul laste hambaravisse. Rahvusvahelises praktikas ei soosita samuti sihtmärgistatud eraldisi, kuna see piirab vahendite paindlikku ja tõhusaimat kasutust. Seega võib tervisesüsteemi eri allikatest rahastamise tõttu tekkida ebaefektiivsus ja kannatada patsientide jaoks parima tulemuse saavutamine.

Tervishoiusüsteemi eri osapooled keskenduvad praegu ennekõike enda korraldatavatele ja rahastatavatele teenustele, pöörates seejuures vähem tähelepanu patsiendi ja tervisesüsteemi tervikvaatele. Tervisesüsteemi rahastamise fragmenteerituse vähendamiseks ja tõhususe suurendamiseks kaardistas SoM riigieelarvest rahastatavad tervishoiuteenused, mille üleviimine koos tulubaasiga EHK-sse võib suurendada süsteemi tõhusust ja teenuste integreeritust. Selliste teenuste kogumaht 2017. aasta riigieelarves on üle 80 miljoni euro. Lisaks on lähiaastatel kavas suunata ravikindlustusse täiendavaid vahendeid, näiteks täiendav ravimihüvitis (planeeritud rahastada alates 2018. aastast 3 miljoni euro ulatuses). Ettepanekut toetab ka juba 2010. aasta WHO aruanne<sup>26</sup>, mis rõhutas, et vajalik on minna programmpõhiselt vertikaalselt rahastamissüsteemilt üle kliendile suunatud lähenemisviisile, mis keskendub koordineeritud sekkumistele. Seetõttu peab vältima tervisesüsteemi rahastamise edasist killustamist, mis tekitab ebaefektiivsust ja loob vastuolulisi stiimuleid. Alljärgnevalt on kirjeldatud kõigi nimetatud teenuste rahastamise kohustuse üleviimise riske ja eeliseid.

Praegu on riigieelarvest rahastatud HIV/AIDSi ravikonsiiliumi töö 11 tuhande euro ulatuses. Sisuliselt on aga tegemist osaga tervishoiuteenusest ja konsiiliumi puhul võib olla vajalik kaasata erialaeksperte, keda praegu rahastatakse ravikindlustuse vahenditest. Seega ei pruugi konsiilium alati olla sihipäraselt eristatav eri erialade vahel toimuvast koostööst. Ka praegu rahastab EHK erinevaid konsiiliumeid.

Riigieelarvest rahastatakse 18 tuhande euro ulatuses meremeestele ööpäevaringse eesti- ja ingliskeelse meditsiinilise kaugkonsultatsiooni võimaluse tagamist. Sisuliselt on tegemist kaugteenusega, mida saab osutada vaid tervishoiuteenuse osutaja. Olulist riski teenuse hankija kohustuse üleandmisel ravikindlustusele ei ole, kui see on kohustusena selgelt kirjeldatud.

Analoogne olukord on antidootide ehk vastumürkidega, mida rahastatakse riigieelarvest ja mida haldab Terviseamet. Samas on tegemist ühe osaga tervishoiuteenusest ja seda on võimalik rahastada haiglate valmisolekutasude raames. Antidootide kogukulu riigieelarves on 135 tuhat eurot. Lisaks võib muudatus vähendada halduskoormust, kuna SoM täidab seda ülesannet suuremate halduskuludega.

Riigieelarve kaudu on rahastatud 10 tuhande euro ulatuses sügava vaimupuudega täiskasvanute hambaraviteenuse osutamine üldanesteesias. Sisuliselt on taas tegemist tervishoiuteenusega, olles osa kogu hambaraviteenuste paketist. Vastavate partnerite otsimine ning hanke ja lepingu sõlmimise protsessi üleviimine ravikindlustusse ei too kaasa märkimisväärset riski, vaid pigem annaks

---

<sup>26</sup> Thomson, S., Vörk, A., Habicht, T., Rooväli, L., Evetovits, T., Habicht, J. (2010). Võimalused Eesti tervisesüsteemi rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks. Maailma Terviseorganisatsioon. Internetist leitav aadressil:

[https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/aruanne\\_EST\\_2010color.pdf](https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/aruanne_EST_2010color.pdf)

Thomson, S., Vörk, A., Habicht, T., Rooväli, L., Evetovits, T., Habicht, J. (2011). Võimalused Eesti tervisesüsteemi rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks: üks aasta hiljem. Maailma Terviseorganisatsioon. Internetist leitav aadressil:

[https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/WHO\\_analuus\\_EST.pdf](https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/WHO_analuus_EST.pdf)

võimaluse neid vahendeid paindlikumalt ja võimalikult eesmärgipäraselt kasutada. Analoogselt antidootidega võib muudatus vähendada ka halduskoormust, kuna SoM täidab seda ülesannet suuremate halduskuludega.

Perearstiabi asendussüsteemi rahastatakse riigieelarvest Terviseameti kaudu 223 tuhande euro ulatuses. Perearstide inkubatsiooniprogrammi rakendamiseks on esitatud lisataotlus 254 tuhande euro ulatuses 2018. aastal.<sup>27</sup> Perearstiabi korraldus on praegu küll Terviseameti vastutusvaldkond, kuid Terviseametil ei ole võimalust suunata vastavalt vajadusele teenuse rahastamist. Viimastel aastatel on perearstide asendusvajadus ja samuti asenduskulud üha kasvanud. Selleks, et lahendada personali jätkusuutlikkuse küsimus perearstiabis, on vajalik aga kompleksne lähenemine, sh rahastajapoolne toetus süsteemi jätkusuutlikkuse tagamiseks. Praegu võib rahastaja võtta vastu otsuseid, mis ei soosi väheasustatud piirkondades teenuse kättesaadavuse tagamist ning teenuse korraldajal ei pruugi olla võimalusi selle mõjutamiseks. Nimetatud kohustuse üleviimine ravikindlustusse suurendab EHK motivatsiooni panustada esmatasandi tervishoiuteenuste kättesaadavuse parandamisse.

Samuti on võimalik viia üle riikliku siirdamisasutuse rahastamise kohustus. Praegu osutab hanke alusel teenust Tartu Ülikooli Kliinikum. Sisuliselt oleks aga võimalik seaduse tasemel nimetada riiklik siirdamisasutus, mis on kohustatud vastavaid ülesandeid konkursivabalt täitma. Muudatust on võimalik rakendada alates 2020. aastast, kuna senikaua kehtib neljaks aastaks sõlmitud leping Tartu Ülikooli Kliinikumiga.

Ennetustegevuste olulise osa moodustavad nakkushaiguste leviku tõkestamine vaktsineerimiste abil ning HIVi ja tuberkuloosi ravi tagamine. Immuunpreparaatide, HIVi ja tuberkuloosi ravimite soetamise kulud kaetakse riigieelarvest. 2017. aasta eelarves on vastav kulu kokku üle 14 miljoni euro. 2018. aastaks on kavas esitada lisataotlus 7 miljoni euro ulatuses HIVi tegevuskava elluviimiseks, sealhulgas täiendav rahastus HIVi ja narkomaania raviks ning ennetustegevusteks. Nimetatud teenuseid on seni rahastatud riigieelarvest, kuna need teenused peavad olema kättesaadavad kõigile, nii kindlustatud kui kindlustamata isikutele. Samas osutavad neid teenuseid siiski tervishoiuteenuse osutajad. Riikliku immuniseerimiskava kehtestab SoM ja immuunpreparaatide kulu on olnud seni kaetud riigieelarvest. Samas, kui viia kulude kohustus ravikindlustuse eelarvesse, oleks ravikindlustusel oluliselt suurem võimalus tervishoiuteenuse rahastamise abil motiveerida vaktsineerimistega hõlmatus paranemist. Riiklikku vaktsineerimiskavva lisanduvate vaktsineerimiste korral tuleb rakendada samu põhimõtteid nagu muude tervishoiuteenuste lisandumisel ja võttes arvesse lisanduvate vaktsiinide tõhusust, kulutõhusust ja rahalisi võimalusi. Sama olukord kehtib ka HIVi ja tuberkuloosi ravimite tagamisel. Seega, vaktsineerimise ja ravimite kättesaadavuse kasvades suureneksid küll nende kulud, kuid potentsiaalne kokkuhoid tekiks tervishoiuteenuste vajaduse vähenemise kaudu. Samuti motiveeriks kohustuse viimine ravikindlustusele ravikindlustust aktiivsemalt tegelema HIVi ja tuberkuloosi levikuga tehes tihedat koostööd teenuseosutajatega (nt perearstide ja erakorralise meditsiini osakondade (EMO) motiveerimine täiendavaks testimiseks). Vaktsiinide, HIVi ja tuberkuloosi preparaate tagamise kohustuste üleviimiseks tuleb EHK-le anda ambulatoorsete ravimite hankeõigused, mis eeldab vastavate muudatuste tegemist õigusruumis.

---

<sup>27</sup> Asendussüsteemiga paralleelselt või teatud juhtudel selle asemel võib rakendada väljatöötamisel olevat perearstide inkubatsiooniprogrammi. „Inkubatsiooni“ katseprojekti eesmärk on kokku viia nimistust loobumist plaaniv perearst ja peremeditsiini residentuuris õppiv arst-resident või perearst, kes antud teeninduspiirkonnas soovib nimistut, et jätkuks üldarstiabi kvaliteetne osutamine patsientidele pensionile siirduva perearsti teeninduspiirkonnas.

Suurima osa riigieelarvest rahastatavatest tervishoiuteenustest moodustab kiirabiteenus, mille kogumaht 2017. aasta riigieelarves on ligi 41 miljonit eurot. Alates 2018. aastast on kavas taotleda lisanduvaid vahendeid kiirabile 2,3 miljonit eurot seoses kiirabi tehnika kallinemisega. Kiirabi korraldab ja rahastab Terviseamet ning teenust osutavad enamasti haiglad. Samas on kiirabiteenus väga tihedalt seotud haiglates ravikindlustuse rahastatud EMO teenusega ja esmatasandi arstiabiiga. Eri allikatest rahastamine võib vähendada ressurside optimaalset käsitlust ning silmas tuleb pidada, et nii kiirabi kui EMO kasutavad tihtipeale sama personali. Eri osapooled on tõstatanud ka teenuse integreerituse probleemi, kuna infovahetus haiglate, perearstide ja kiirabi vahel on puudulik. Rahastamine eri allikatest ei soosi parima teenuse osutamist patsiendi jaoks, kuna igal teenuseosutajal on oma lepingu piires selgelt kirjeldatud vastutuse piirid. Vajalik oleks aga rahastamise kaudu motiveerida teenuste osutamist ja arendamist kõige optimaalsemalt, ühe näitena teatud juhtudel asendada kallis kiirabiteenus koduõendusteenusega, mis vastab paremini eaka multiprobleemse patsiendi vajadustele. 2011. aasta andmete kohaselt moodustasid A ja B prioriteediga<sup>28</sup> kutsungid kokku 41% kogu kiirabi kutsungitest. Samas puudub hetkel terviklik ülevaade kiirabi osutatud teenustest vastavalt elanikkonna vanusstruktuurile, mistõttu ei ole võimalik mõõta kiirabi tegevuse väljundit. Praegu peab kiirabi väljakutsele reageerima ja selgitama välja teenusevajaduse ning arvestades kiirabi kallist ressursi, on see väga kulukas. Vajalik on läbi viia multiprobleemse eaka teenusekasutuse analüüs ja hinnata, milline on selle sihtrühma tegelik teenusevajadus ning milliseid muudatusi on sellest johtuvalt vajalik teha teenuseosutajate töökorralduses ning kuidas seda saab soodustada ühiste eesmärkide seadmise ja rahastamisega. Kõige olulisem riskikoht kiirabiteenuse rahastamise üleviimisel ravikindlustusse on jätkuvalt kindlustuskaitseta isikutele teenuse tagamine. Kiirabi on Eestis varem olnud rahastatud EHK kaudu, kuid teenus otsustati üle viia Terviseameti vastutusvaldkonda, mille üheks argumendiks oli, et see peab olema kättesaadav ka kindlustamata isikutele. Ettepanek on alates 2018. aastast viia formaalselt kiirabi rahastamise lepingute haldamine EHK kohustuseks. Riik jääks panustama kindlustamata isikute eest, sh ligikaudu 10% ulatuses kiirabiteenuste kogumahust ehk 4 miljoni euro ulatuses 2018. aastal. Alates aastast 2019 algab kiirabi uus konkursiperiood ja selleks ajaks on võimalik EHK-l üle võtta kiirabi teenuse rahastamise korraldamine ning muuta kiirabi rahastamise metoodikat, et see oleks paremini seostatav teiste tervishoiuteenustega. Terviseametile jääb järelevalve ja teatud korralduslik funktsioon nagu ka täna teiste tervishoiuteenuste puhul. Kiirabi korralduse, järelevalve ja rahastamise lahutamine võimaldab Terviseametil keskenduda oma põhifunktsioonile. Samas jääb kindlasti oluliseks ka korraldaja ja järelevalve ning rahastaja igapäevane tihed koostöö. Lisaks peavad muudatuse jõustumiseks alates 2019. aastast rakenduma ettepanekud kindlustuskaitse põhimõtete muutumiseks.

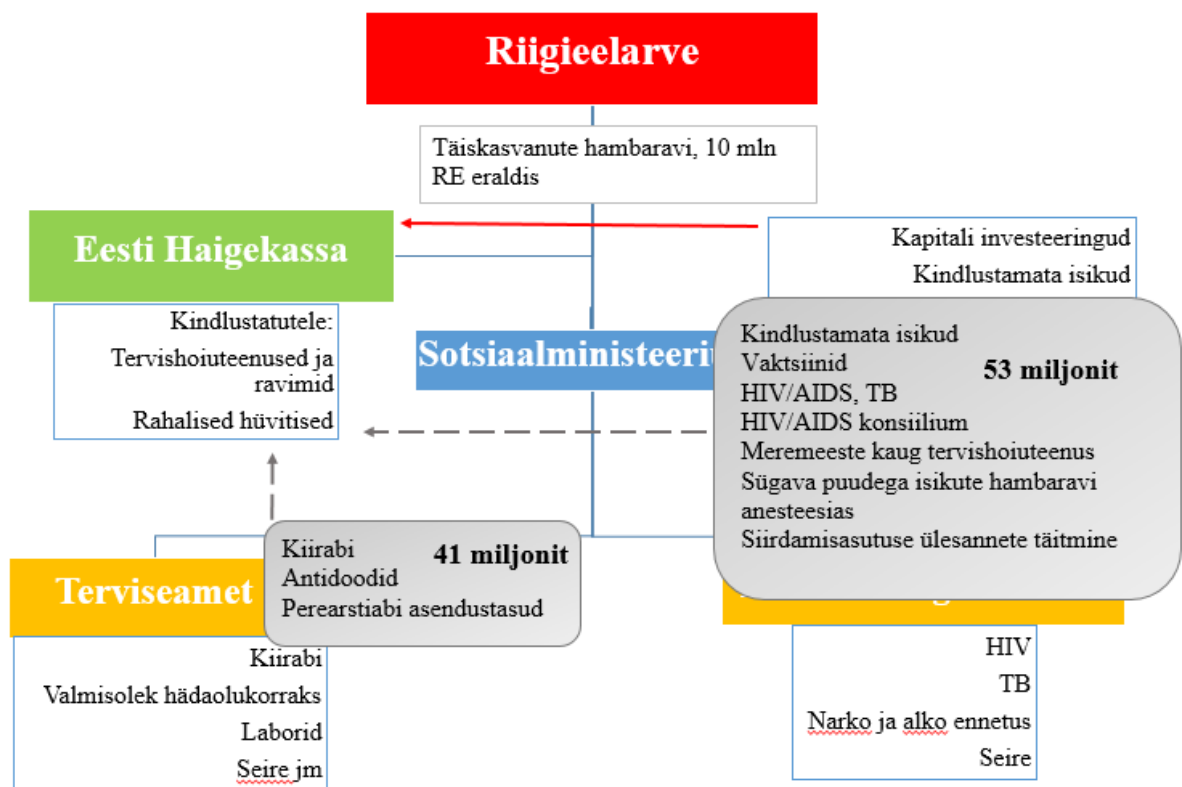
Ettepanek on viia alates 2019. aastast ka ravikindlustamata isikute kulud riigieelarvest EHK eelarvesse. 2017. aastal on riigieelarvesse planeeritud kulusid 8,3 miljoni euro ulatuses. Kindlustuskaitse laiendamise vajadust ja võimalusi kirjeldati detailsemalt eelnevas peatükis. Varasemad uuringud on välja toonud, et kindlustuskaitse laiendamine on lisaks eetilistele kaalutlustele ka majanduslikult mõistlik, kuna enamasti tegeletakse tervishoiusüsteemis selliste isikutega siis, kui nende ravi on juba väga kulukas. Seega tekiks ravikindlustusel kulude üleviimisega täiendav motivatsioon osutada teenust kõigile isikutele ja seda optimaalsemail tasandil. Kindlustamata isikute eest arveldab raviasutustega juba praegu EHK, kuid kulud kaetakse riigieelarvest. Seega on ettepanek viia vahendid ravikindlustamata isikute teenuste katmiseks alates 2019. aastast EHK-sse ning tekitada esimese etapina nii-öelda kahetasandiline kindlustus. Kõigile

---

<sup>28</sup> A(alfa)-prioriteediga väljakutsega on tegemist juhul, kui abivajaja seisund ei ole erakorraline, ta seisund on stabiilne ning puudub oht abivajaja elule. Abivajajal soovitatakse võimalusel pöörduda perearsti poole. B(bravo)-prioriteediga väljakutsega on tegemist juhul, kui abivajaja seisund ei ole erakorraline ning puudub oht abivajaja elule või meditsiiniateade pärineb isikult, kes ei oska anda abivajaja seisundi kohta mingit teavet.

oleks tagatud EHK poolt rahastatud vältimatu abi, kiirabi ja muud kindlustamata isikutele seni riigi poolt tagatud tervishoiuteenused (HIV/AIDS, tuberkuloos). Kindlustatud isikutele oleks endiselt tagatud see teenuste pakett, mis praegu kättesaadav. Järgmise etapina on võimalik kaaluda kindlustuskaitse laiendamist kogu elanikkonnale, mille kulud on ligikaudu 58 miljonit eurot, kuid see summa täpsustub teostatava analüüsi käigus (vt peatükk 2.1).

Kokkuvõtvalt on joonisel 3 välja toodud täiendavalt riigieelarvest ravikindlustuse eelarvesse suunatavad vahendid.



**Joonis 3.** Tervishoiu rahastamise konsolideerimine aastatel 2018–2020  
Allikas: Sotsiaalministeeriumi koostatud

Nagu eelnevalt kirjeldatud, on SoM-i ettepanek teha muudatused järk-järgult aastatel 2018–2020 (vt tabel 2). Tabel koondab 2017. aasta eelarvet, mille põhineb 2018–2020 kulude prognoos. Prognoosi on lisatud alates 2017. aastast 10 miljoni euro ulatuses eraldi riigieelarvest ravikindlustusele, 2018. aastasse planeeritud täiendav ravimihüvitis ning 2018. aastast 12 miljonit eurot hambaravi rahastamiseks.

**Tabel 2.** Riigieelarvest rahastatavad kulud ja tervishoiukulude konsolideerimise etapid

	Riigi- eelarve 2017	Alates 2018 lisanduvad	Alates 2019 lisanduvad	Alates 2020 lisanduvad
<b>RIIGIEELARVEST HAIGEKASSASSE</b>				
<b>I etapp 2018</b>				
Eraldis riigieelarvest haigekassale	10,00	<b>10,00</b>	10,00	10,00
Täiendav ravimihüvitis	0,00	<b>3,00</b>	3,00	3,00
Hambaravi toetus	6,00	<b>12,00</b>	12,00	12,00
Sügava vaimupuudega täiskasvanute üldanesteesias hambaravi	0,01	<b>0,01</b>	0,01	0,01
Kiirabiteenus	40,66	<b>36,60</b>	41,00	41,00
Viljatusravi	1,62	<b>1,62</b>	1,62	1,62
HIVi ja AIDSi ravikonsiiliumi töö	0,01	<b>0,01</b>	0,01	0,01
Meremeeste ööpäevaringse eesti- ja ingliskeelse meditsiiniline kaugkonsultatsioon laeval	0,02	<b>0,02</b>	0,02	0,02
Perearstide asendustasud	0,22	<b>0,22</b>	0,22	0,22
<b>II etapp 2019</b>				
HIV/AIDS ravimid	10,43		<b>13,00</b>	13,00
Immuunpreparaadid	3,17		<b>3,17</b>	3,17
Ravikindlustamata isikute vältimatu abi	8,26		<b>9,00</b>	9,00
Tuberkuloosiravimid	0,57		<b>0,57</b>	0,57
Antidoodid	0,14		<b>0,14</b>	0,14
<b>III etapp 2020</b>				
Riikliku siirdamisasutuse ülesannete täitmine	0,21			<b>0,21</b>
<b>Lisanduvad kokku (mln eur)</b>	<b>81*</b>	<b>63</b>	<b>94</b>	<b>94</b>

\*vastavalt 2017. aasta eelarvele

Allikas: Sotsiaalministeeriumi koostatud

**Lisaks EHK-le vastavate kohustuste täitmiseks riigieelarveliste vahendite eraldamisele toob kirjeldatud tervishoiu rahastamise konsolideerimine kaasa ka vajaduse üle vaadata EHK roll ning ülesanded tervishoiu rahastamisel ja arendamisel. Rahastatavate teenuste laienemine suurendab vastustust teenuseid osutada mitte ainult kindlustatutele, vaid kogu elanikkonnale vajalike teenuste rahastamise eest ning tervisesüsteemi kui terviku toimivuse, tõhususe ja tulemuslikkuse eest. Muudatus eeldab EHK organisatsioonilise toimimise üle vaatamist, toetamaks enam teenuste sisulist arendamist ning tervishoiuteenuste järjepidevuse, integreerituse, kvaliteedi ja kättesaadavuse parandamist. Kui kõik lisanduvad vahendid suunata kirjeldatud teenuse osutamiseks ilma töökorraldust muutmata, ei pruugi realiseeruda teenuste osutamise sisuline arendamine EHK ja teenuseosutaja tasemel ning inimese jaoks tulemus ei parane ja süsteem ei muutu tõhusamaks. Samuti on aja jooksul selgunud vajadus luua suurem selgus EHK juhtimisorganite töös ühelt poolt tervishoiu osapoolte paremaks ja süsteemsemaks kaasamiseks tervisesüsteemi toimivust ning osapooli mõjutavatesse aruteludesse ja konsultatsioonidesse ning teiselt poolt tagada huvide konflikte välistavad otsustusprotsessid EHK juhtimisorganites.**

#### 4. Ravikindlustuse tulubaasi laiendamine

Eelmises alapunktis kirjeldati vajadust ravikindlustuse tulubaasi laiendamiseks. EHK tulude ja kulude vahel tekib süvenev puudujääk ka ilma poliitikamuudatusteta, st praeguse rahastamise ja kulustruktuuri tingimustes. Tulubaasi laiendamise ettepanekute väljatöötamiseks analüüsis töörühm, millised on võimalikud mehhanismid ravikindlustusse lisavahendite eraldamiseks, sh demograafiast tuleneva puudujäägi katmine kompensatsioonivalemit kasutades, riigieelarveline eraldis võrdsustatud isikute eest ning töövõimetushüvitiste väljaviimine ravikindlustuse eelarvest. SoM ei esita Vabariigi Valitsusele ettepanekut demograafiast tuleneva puudujäägi katmiseks RaM-i väljatöötatud kompensatsioonivalemit kasutades. Kompensatsioonivalemi eesmärk oli kirjeldada



demograafiast tulenevat lisanduvat kulu teenuse osutamiseks, kuid see ei arvestanud tervishoiusüsteemi struktuurse muutuse vajalikkust seoses vananeva elanikkonnaga, mida on kirjeldatud käesoleva memorandumi kolmandas peatükis.

#### 4.1. Riigieelarveline eraldis vanaduspensionäride eest

SoM-i hinnangul on parim viis ravikindlustuse tulubaasi laiendamiseks riigieelarveline eraldis vanaduspensionäride eest, kes täna on ravikindlustuse mõttes võrdsustatud isikud. Praegu põhineb Eesti solidaarne ravikindlustussüsteem sellel, et töötava inimese palgalt läheb 13% ravikindlustuse eelarvesse. Kui laiendada ravikindlustuse tulubaasi pensionäride eest makstava eraldisega, siis muudab see ravikindlustuse tulubaasi vähem sõltuvaks tööealise elanikkonna panusest. Sarnane süsteem on kasutusel ka Leedus, kus riik kindlustab üle poole elanikkonnast (Eesti mõistes võrdsustatud isikud).<sup>29</sup> Pensionäride eest panustamist on Eestile alates 2005. aastast<sup>30</sup> korduvalt soovitanud WHO, rõhutades laiema tulubaasi olulisust nii rahalise jätkusuutlikkuse kui ka poliitilise jätkusuutlikkuse tagamisel. Aastal 2010 tehtud põhjalikus uuringus küsitleti peamisi huvirühmi, kes valdavalt leidsid, et pensionäride eest ravikindlustussüsteemi täiendav panustamine on vajalik.<sup>31</sup> Pensionäride eest panustamine arvestaks demograafiliste muutuste mõju, sest pensionäride arvu suurenedes suureneks ka vastav eraldis ravikindlustuse eelarvesse. Pensionäride eest täiendavate vahendite suunamine ravikindlustusse on õigustatud ka sellest vaatenurgast, et see elanike rühm on suurimate vajadustega ja nende tervishoiukulud moodustavad suure osa ravikindlustuse eelarvest. Laiem tulubaas võiks suurendada ka tööealise elanikkonna rahulolu ravikindlustussüsteemiga, kuna süsteemi ülalpidamine ei oleks enam vaid nende panusest sõltuv. Lisaks oleks pikemas perspektiivis ravikindlustuse tulubaas vastavuses vananeva elanikkonna kasvavate kuludega ning tulubaasi tekkimise alused fikseeritud ja tulubaas paremini prognoositav kui ilma selge aluseta riigieelarveline eraldis. Lisaks ei ole pensionid otseselt seotud majanduse tsüklilisusega, mis tagab suurema stabiilsuse.

Nii pensionäride arvu, keskmist pensionit kui ka töötavate pensionäride osakaalu arvesse võttes on tabelis 3 esitatud prognoos ravikindlustuse eelarvesse vahendite suunamiseks. Üks võimalus on suurendada pensionäride eest panustamise osakaalu etappidena, kuni vanaduspensionäri keskmiselt vanaduspensionilt oleks riigieelarveline eraldis ravikindlustusele 13%. Käesoleva memorandumi puhul oleme arvestuse aluseks võtnud RaM-i vanaduspensionäride arvu prognoosi, keskmise esimese ja teise samba pensioni prognoosi aastateks 2016–2060. Töötavate vanaduspensionäride osakaalu (20%) määramisel on võetud aluseks Sotsiaalkindlustusameti ja Eesti tööjõu uuringu andmed.

---

<sup>29</sup> Murauskienė L, Janoniene R, Veniute M, van Ginneken E, Karanikolos M. Lithuania: health system review. *Health Systems in Transition*, 2013; 15(2): 1–150

<sup>30</sup> Couffinal A., Habicht, T. (2005) Health system financing in Estonia: situation and challenges in 2005. Maailma Terviseorganisatsioon. Internetist leitav aadressil: <http://ee.euro.who.int/CaseStudyfinalEstonia2005.pdf>

<sup>31</sup> Thomson, S., Vörk, A., Habicht, T., Roováli, L., Evetovits, T., Habicht, J. (2010). Võimalused Eesti tervisesüsteemi rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks. Maailma Terviseorganisatsioon. Internetist leitav aadressil: [https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/aruanne\\_EST\\_2010color.pdf](https://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/aruanne_EST_2010color.pdf)

**Tabel 3.** Pensionäride eest panustamise prognoos aastateks 2018–2025

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
<b>VANADUSPENSIONÄRIDE</b>								
<b>EEST PANUSTAMINE</b>								
Vanaduspensionäride arv	299 745	299 426	298 707	298 966	299 254	299 434	299 397	298 463
Sotsiaalmaksu mittetasuvate vanaduspensionäride arv	239 796	239 541	238 966	239 173	239 403	239 547	239 518	238 770
Keskmine prognoositav vanaduspension kuus	408	431	454	477	495	511	527	545
Vanaduspensioniprognositav kulu sotsiaalmaksu mittetasuvate vanaduspensionäride eest aastas kokku (mln eur)	1 175	1 239	1 302	1 370	1 422	1 468	1 513	1 562
<i>Ravikindlustuse lisakulude osakaal sotsiaalmaksu mittetasuvate vanaduspensionäride vanaduspensioniprognositavast kulust 13,0%</i>	<i>152,7</i>	<i>161,1</i>	<i>169,2</i>	<i>178,1</i>	<i>184,8</i>	<i>190,8</i>	<i>196,7</i>	<i>203,0</i>

Allikas: Sotsiaalministeeriumi arvutused

Tabelis 3 on kirjeldatud, et kui suunata 13% ravikindlustuse eelarvesse nende vanaduspensionäride eest, kes ei tööta, eeldaks see riigieelarvest tervishoiule täiendava 150 miljoni euro suurust lisakulu aastal 2018.

Ettepanek on lisaks siduda ravikindlustuse tulubaasi laiendamine riigieelarveliste kulude üleviimisega ravikindlustuse eelarvesse. Eelmises peatükis kirjeldati võimalikke kulusid, mis võiksid olemasoleva süsteemi tõhustamise eesmärgil liikuda riigieelarvest ravikindlustuse eelarvesse. Tabelis 4 on kirjeldatud ravikindlustusse suunatavate kulude prognoosi ning riigieelarvest mittetöötavate vanaduspensionäride eest keskmiselt pensionilt panustamist. Süsteemi tõhustamise eesmärgil vajalik ülalkirjeldatud kohustuste üleviimine ravikindlustuse eelarvesse võimaldab rakendada pensionäride eest panustamise valemil ravikindlustuse tulubaasi laiendamiseks etapiliselt.

**Tabel 4.** Tervishoiu tulude kasv

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
<b>Riigieelarvest EHK-le lisanduvad kokku (mln eur)</b>	<b>63</b>	<b>94</b>	<b>94</b>	<b>94</b>	<b>94</b>	<b>94</b>	<b>94</b>	<b>94</b>
<i>I ettepanek: Riigieelarvest mittetöötavate vanaduspensionäride eest panustamine 13% keskmiselt vanaduspensionilt</i>								
Etapiline								
7,00%	82							
11,00%		136						
13,00%			169	178	185	191	197	203
<b>Tervishoidu lisanduvad tulud vanaduspensionäride eest panustades miinus EHK-le lisanduvad kulud</b>	<b>19</b>	<b>42</b>	<b>75</b>	<b>84</b>	<b>91</b>	<b>97</b>	<b>103</b>	<b>109</b>
<i>II ettepanek: Sünnitushüvitiste kulude välja viimine ravikindlustuse eelarvest</i>								
<b>Sünnitushüvitiste prognoos*</b>	<b>52</b>	<b>55</b>	<b>57</b>	<b>61</b>	<b>64</b>	<b>67</b>	<b>71</b>	<b>75</b>
<b>Tervishoiu tulude kasv kokku</b>	<b>71</b>	<b>97</b>	<b>132</b>	<b>145</b>	<b>155</b>	<b>164</b>	<b>174</b>	<b>184</b>

\*Arvestades keskmise palga kasvu prognoosi

Allikas: Sotsiaalministeeriumi arvutused

Tabelis 4 on välja toodud, et esimese etapina panustataks aastast 2018 riigieelarvest mittetöötavate vanaduspensionäride eest 7% ulatuses keskmiselt pensionilt, aastast 2019 oleks vastav näitaja 11% ja aastast 2020 13% ulatuses. Arvestades seejuures tervishoiukulude konsolideerimist ja EHK-le lisanduvaid kohustusi ja nendega kaasnevaid tulusid riigieelarvest, mida käsitleti eelmises peatükis, laekuks etapilisel üleminekul 2018. aastal täiendavaid riigieelarvelisi vahendeid tervishoidu 19 miljoni euro ulatuses, 2019. aastal täiendavalt 24 miljoni euro ulatuses ja 2020. aastal 32 miljoni euro ulatuses. Aastal 2025 laekuks sellise valemi rakendamisel ravikindlustusele täiendavaid vahendeid võrreldes praeguse kogu tervisevaldkonna rahastamisega 109 miljonit eurot. Tabelisse 4 on lisatud ka sünnitushüvitiste prognoos aastateks 2018–2025 ning järgnevas alapeatükis on esitatud lisaettepanek sünnitushüvitiste kulude väljaviimiseks ravikindlustuse eelarvest. Sellisel juhul lisanduks aastal 2025 tervisevaldkonda täiendavaid vahendeid kogusummas ligikaudu 185 miljonit eurot (prognoositavalt 11% ravikindlustuse kogukuludest)<sup>32</sup>.

#### 4.2. Töövõimetushüvitiste väljaviimine ravikindlustuse eelarvest

SoM-i analüüsis 07.07.2016 memorandumis Vabariigi Valitsusele „Analüüs ja ettepanekud tervisesüsteemi rahastamise jätkusuutlikkuse tagamiseks“<sup>33</sup> ühe võimaliku poliitikastenaariumina mõju ravikindlustuse eelarvele, kui töövõimetushüvitiste kulud eelarvest välja viia ning jätta tulubaas samaks. Poliitikastenaariumi koostamisel lähtuti töövõimereformi ühest esialgsest ettepanekust viia töövõimetushüvitiste (sh nii haigus-, sünnitus- kui ka hooldushüvitiste) kulud ravikindlustuse eelarvest välja. Selline muudatus parandaks EHK eelarvepositsiooni ja kui seda oleks rakendatud aastast 2016, tähendanuks see aastast EHK 118 miljoni euro suurust säästu (15% kogu kuludest). Töövõimetushüvitiste kulude väljaviimine ravikindlustuse eelarvest tekitaks ravikindlustuse eelarvele puhvri, mis kataks demograafiamuudatuste mõju järgnevas 20 aastaks. Samas tuleb arvestada, et töövõimetushüvitiste kulude väljaviimine ravikindlustuse eelarvest lükkab jätkusuutlikkuse küsimuse lahendamist vaid edasi. Seega, pikas perspektiivis ei ole üksnes töövõimetushüvitiste kulude ravikindlustuse eelarvest väljaviimine ravikindlustuse pikaajalise jätkusuutlikkuse tagamiseks optimaalne meede, sest see ei muuda ravikindlustuse tulubaasi, mis jääb endiselt sõltuma tööealisest elanikkonnast. Kombineerides töövõimetushüvitise välja viimist ravikindlustuse eelarvest vanaduspensionäride eest panustamisega see risk väheneks.

Peretoetuste ja teenuste rohelises raamatus analüüsiti sünnitushüvitiste ja lapsendamishüvitiste muutmise võimalusi ja vastavad muudatusettepanekud esitati Vabariigi Valitsusele 2017. aasta veebruaris. Üks muudatusettepanek sisaldab sünnitushüvitiste ja lapsendamishüvitiste väljaviimist ravikindlustuse eelarvest ja nende rahastamist Riigieelarvest. Käesoleva analüüsi raames on samuti üks ettepanek viia välja sünnitushüvitiste ja lapsendamishüvitiste kulud ravikindlustuse eelarvest ning leida sünnitushüvitiste ja lapsendamishüvitiste rahastamiseks riigieelarvest täiendavad vahendid. Sellisel juhul jääks ravikindlustuse tulubaas muutmata ning tervishoiuteenuste rahastamiseks tekiks ligikaudu 52 miljoni euro ulatuses lisavahendeid (aastal 2016 olid sünnitushüvitiste ja lapsendamishüvitiste kulud ligikaudu 47 miljonit ning arvestades keskmise palga kasvu, on eeldatav sünnitushüvitiste kulu aastal 2018 52 miljonit eurot).

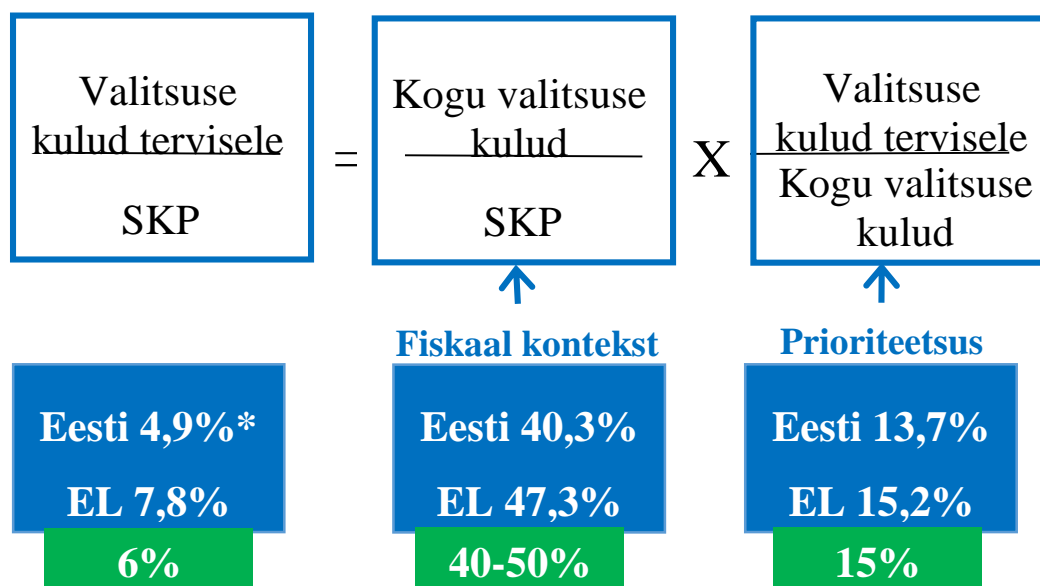
**Kokkuvõtvalt on SoM hinnanud, et tervishoidu on minimaalselt tarvis suunata lisavahendeid 200 miljoni euro ulatuses, mis oleks piisav, et liikuda tervishoius samasugusele rahastustasemele nagu EL-is ja OECD-s keskmiselt. Parim viis rahastuse suurendamiseks ja rahastamise jätkusuutlikkuse tagamiseks on luua riigieelarveline eraldi mittetöötavate**

<sup>32</sup> Eeldades, et ravikindlustuse kulud kasvavad SKP-ga samas tempos aastani 2025.

<sup>33</sup> Internetist leitav aadressil: [http://sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/tervishoiu\\_rahastamise\\_jatkusuutlikkus.pdf](http://sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/tervishoiu_rahastamise_jatkusuutlikkus.pdf)

vanaduspensionäride arvelt 13% ulatuses keskmiselt vanaduspensionilt. Selle eesmärgini võib liikuda aastatel 2018–2020 etapiliselt ning sealhulgas tuleb arvestada tervishoiukulude konsolideerimisega ja ravikindlustusele uute kohustuste lisamisel tekkivate täiendavate kuludega. Nii pensionäride eest panustamine kui ka sünditushüvitiste ja lapsendamishüvitiste kulude väljaviimine ravikindlustuse eelarvest on oluliseks eelduseks tulude poolel ravikindlustussüsteemi pikaajalise jätkusuutlikkuse tagamisel. Samas arvestades käesoleva memorandumi teises ja kolmandas peatükis kirjeldatud muudatusettepanekuid kindlustuskaitse ulatuse laiendamiseks ja elanikkonna omaosaluskoormuse langetamiseks, tuleks täiendavalt kaaluda ka haigushüvitiste välja viimist EHK eelarvest.

Täiendavad vahendid tervishoidu annavad olulise tõuke, et liikuda tervishoius sellisele rahastustasemele, mis vastaks EL-i ja OECD keskmistele tervishoiukulutustele. Eestile on iseloomulik väike valitsussektori osakaal riigi kogumajanduses (40,3% SKP-st võrreldes EL keskmisega 47,3%), millest omakorda panustatakse tervishoiule teiste riikidega võrreldes suhteliselt vähe. Esimeses peatükis kirjeldasime, et Eesti valitsussektori panus tervisevaldkonnale moodustab valitsuse kogukuludest 13,7%, mis on tunduvalt väiksem kui EL-is keskmiselt (15,2%). See näitaja peegeldab tervisevaldkonna prioriteetsust valitsussektoris. WHO soovitude kohaselt võiks Eesti suurendada avaliku sektori panust tervisele vähemalt 15%-ni<sup>34</sup> (vt joonis 4).



**Joonis 4.** Arvutuskäik valitsussektori tervishoiukulude leidmisel, näitajad ja soovituslikud tasemed.

\* TAI andmetel

Allikas: WHO notes on the Memorandum to the Cabinet of Ministers on the Analysis of additional funding for health and proposals for ensuring sustainability of health insurance in Estonia 28 March, 2016. Eurostat, 2015 andmed, TAI andmed

Arvestades riigieelarve piiratud vahendeid, teeb SoM ettepaneku liikuda eelnimetatud suunas etapiliselt, jõudes eesmärgi täitmiseni hiljemalt aastaks 2025. Tabelis on 5 on kirjeldatud valitsussektori tervishoiukulude osakaalu kasv valitsussektori kogukuludest ning SKP-st aastani 2025 eeldades, et tervishoiu sektorisse lisandub tabeli 4 kirjeldatud tulud 185 miljoni euro ulatuses.

<sup>34</sup> WHO notes on the Memorandum to the Cabinet of Ministers on the Analysis of additional funding for health and proposals for ensuring sustainability of health insurance in Estonia 28 March, 2016. Internetist leitav aadressil: [http://sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/who\\_ettepanekud.pdf](http://sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/who_ettepanekud.pdf)

**Tabel 5.** Valitsussektori tervishoiukulud valitsussektori kogukuludest ning osakaaluna SKP-s

	2015	2016*	2017*	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valitsuse tervishoiu kulude % SKP-st	4,9%	4,9%	4,9%	5,3%	5,4%	5,5%	5,5%	5,5%	5,5%	5,5%	5,5%
Valitsuse tervishoiu kulude % kogu tervishoiu kuludest	13,7%	13,7%*	13,7%*	14,4%	14,6%	14,9%	15,0%	15,0%	15,0%	15,0%	15,1%

\* Eeldusel, et nii 2016 kui ka 2017 kulude osakaal ei muutu

Allikas: Sotsiaalministeeriumi prognoos

Tabelist 5 on näha, et tulude suurenedes 185 miljoni euro võrra oleks valitsussektori tervishoiukulude osakaal SKP-st vaid 5,5%, mis on endiselt üks madalamaid Euroopas. Valitsussektori kulutused tervisele osakaaluna valitsussektori kogukuludest tõuseks 185 miljoni euro lisandudes 15,1%-ni. Prognoosi eeldus on, et kõik kulud kasvavad SKP-ga samas tempos<sup>35</sup>.

#### **KOOSTAJA:**

Analüüsi koostasid tervisesüsteemi arendamise osakonna peaspetsialist Eleri Lapp (626 9137, eleri.lapp@sm.ee), nõunik Kaija Lukka (626 9157, kaija.lukka@sm.ee) ja tervisesüsteemi arendamise osakonna nõunik Triin Habicht (triin.habicht@sm.ee).

<sup>35</sup> Avaliku sektori tervishoiukulud koos kapitalikuludega tervishoiule olid aastal 2015 1 116 miljon eurot ning arvestuse aluseks on, et need tõuseks aastaks 2025 2 000 miljoni euro tasemele.