

Tervisesüsteemid muutustes

Autorid:

Maris Jesse
Jarno Habicht
Ain Aaviksoo
Agris Koppel
Alar Irs
Sarah Thomson

Toimetaja:

Sarah Thomson

Eesti

2005



Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskuse (*European Observatory on Health Systems and Policies*) partnerid on Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) Euroopa Regionaalbüroo, Belgia, Soome, Kreeka, Norra, Hispaania ja Rootsi valitsus, Euroopa Investeeringuspank, Avatud Ühiskonna Instituut, Maailmapank, Londoni Majandus- ja Poliitikateaduste Kool (*London School of Economics and Political Science*) ja Londoni Hügieeni- ja Troopilise Meditsiini Kool (*London School of Hygiene & Tropical Medicine*).

Märksõnad:

TERVISHOIUTEENUSTE OSUTAMINE
HINDAMISUURINGUD
RAHASTAMINE, TERVIS
TERVISHOIUREFORM
TERVISESÜSTEEMI KAVAD – korraldus ja haldamine
EESTI

© Maailma Terviseorganisatsioon 2005, Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskuse nimel

Kõik õigused on kaitstud. Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskus võtab vastu taotlusi oma trükiste osali-
se või täieliku reprodutseerimise või tõlkimise loa saamiseks.

Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskus palub trükiste taotlused saata:

- e-posti aadressil: publicationrequests@euro.who.int (trükiste eksemplarid)
permissions@euro.who.int (trükiste reprodutseerimisluba)
pubrights@euro.who.int (trükiste avaldamisluba)
- postiaadressil: Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Autorite või toimetajate seisukohad ei pruugi alati väljendada Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskuse
või ühegi selle partneri otsuseid või ametlikku poliitikat.

Käesolevas trükises kasutatud nimed ja materjali esitusviis ei väljenda Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika
Vaatluskeskuse ega ühegi selle partneri seisukohti ühegi riigi, territooriumi, linna, piirkonna või selle asutuste õigusliku
seisundi või riigipiiri või muude piiride kindlaksmääramise küsimustes. Tabelite päises kasutatud nimetus "riik või piirkond"
hõlmab riike, territooriume, linnu või piirkondi. Punktirjooned kaartidel tähistavad ligikaudseid piire, mille suhtes ei tarvitse
veel olla täielikku kokkulepet.

Konkreetsete äriühingute või teatavate tootjate toodete mainimine ei tähenda, et Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliiti-
ka Vaatluskeskus toetab või soovib kõnealuseid tooteid, eelistades neid muudele samalaadsetele toodetele, mida ei mainita.
Kaitstud kaubamärgid kirjutatakse suure algustähega, kui ei ole tegemist vea või ärajätmisega.

Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskus või selle partnerid ei anna garantiid inglise keelest tõlgitud teks-
ti kvaliteedile või õigsusele. Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskus ei taga, et käesolevas trükises sisalduv
teave on täielik ja täpne, ega vastuta trükise kasutamisel tuleneva kahju eest.

Soovitav osundus käesolevale väljaandele:

Jesse M, Habicht J, Aaviksoo A, Koppel A, Irs A, Thomson S. Tervisesüsteem muutustes:
Eestis. Tallinn, Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskuse nimel WHO Euroo-
pa Regionaalbüroo, 2005.

Raamat on tõlgitud originaalist:

Jesse M, Habicht J, Aaviksoo A, Koppel A, Irs A, Thomson S. Health care systems in tran-
sition: Estonia. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European
Observatory on Health Systems and Policies, 2004. ISSN 1020-9077, Vol. 6 No. 11.

Kirjastanud OÜ Lege Artis

Trükkinud Tallinna Raamatutrükikoja OÜ

Sisukord

Eessõna	v
Tänuavaldused	vii
Eessõna tõlgitud raamatule	ix
Sissejuhatus ja ajalooline taust	1
Sissejuhatav ülevaade	1
Ajalooline taust	10
Tervishoiusüsteemi organisatsiooniline struktuur ja juhtimine	13
Tervishoiusüsteemi organisatsiooniline struktuur	13
Planeerimine, reguleerimine ja juhtimine	24
Tervishoiusüsteemi detsentraliseerimine	28
Tervishoiu rahastamine ja kulutused	31
Peamine rahastamis- ja kindlustuskaitstesüsteem	31
Ravikindlustushüvitised ja prioriteetide seadmine	39
Täiendavad rahastamisallikad	51
Tervishoiukulud	60
Rahvatervise ja tervishoiu korraldus	71
Rahvatervis	71
Üldarstiabi	81
Eriarstiabi	85
Sotsiaalhoolekanne	97
Hooldusravi ja õendusabi	99
Psühhiaatriline abi	100
Hambaravi	104
Inimressursid	104
Ravimid	116
Tervishoiutehnoloogia hindamine	123
Rahaliste ressursside jaotamine	127
Ravikindlustuse eelarve kujundamine ja ressursside jaotamine	127
Ambulatoorse eriarstiabi- ja haiglaraviteenuste tasustamine	130
Tervishoiutöötajate tasustamine	138
Tervishoiureformid	143
Eesmärgid ja ülesanded	143
Reformide sisu ja õigusaktid	144
Reformide elluviimine	153
Järeldused	157
Lühendite loetelu	165
Kasulikud lingid	166
Viited	167

Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskus:

Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa Regionaalbüroo
(*WHO Regional Office for Europe*)

Belgia valitsus

Soome valitsus

Kreeka valitsus

Norra valitsus

Hispaania valitsus

Rootsi valitsus

Euroopa Investeerimispank

Avatud Ühiskonna Instituut

Maailmapank

Londoni Majandus- ja Poliitikateaduste Kool
(*London School of Economics and Political Science*)

Londoni Hügieeni- ja Troopilise Meditsiini Kool
(*London School of Hygiene & Tropical Medicine*)

Eessõna

Ülevaated “Tervisesüsteemid muutustes” on riigipõhised trükised, milles esitatakse tervise- ja tervishoiusüsteemide ja juba käivitatud või ettevalmistusjärgus reformialgatuste analüütiline kirjeldus. Need ülevaated moodustavad Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskuse tööst põhilise tähtsusega osa.

Ülevaadete eesmärk on anda asjakohast võrdlevat teavet poliitikutele ja analüütikutele, et abistada neid tervishoiusüsteemide väljatöötamisel Euroopas. Kõnealused ülevaated on nagu ehituskivid, mida saab kasutada:

- üksikasjalikuks tutvumiseks tervishoiuteenuste korralduse, rahastamise ja osutamise eri lähenemisviisidega;
- tervishoiureformialaste programmide kulgemise, sisu ja rakendamise kirjeldamiseks;
- sügavamalt analüüsi vajavate probleemide ja valdkondade esiletõstmiseks;
- abivahendina, mis võimaldab levitada tervishoiusüsteemidega seotud teavet ja vahetada reformistrateegiates omandatud kogemusi eri riikide poliitikakujundajate ja analüütikute vahel.

Ülevaadete “Tervisesüsteemid muutustes” koostajad on riigi eksperdid, kes teevad koostööd koostöövõrgustiku teadusdirektorite ja -töötajatega. Et luua võimalus riike omavahel võrrelda, võetakse üle-

vaadete koostamisel aluseks ühtne küsimustik, mida ajakohastatakse korrapäraselt. Küsimustikus esitatakse ülevaate koostamiseks vajalikud üksikasjalikud juhised ja konkreetset küsimused, mõisted ja näited. Juhised on koostatud paindlikult, et autorid saaksid neid kasutada oma riigi kontekstis.

Ülevaadete koostamisel tekib mitmeid metoodilisi probleeme. Paljudes riikides on suhteliselt vähe teavet tervishoiusüsteemi ja reformide mõju kohta. Ühtne andmeallikas puudub ning seetõttu on tervishoiuteenuste kvantitatiivsed andmed pärit mitmest eri allikast, nende hulgas on Maaailma Terviseorganisatsiooni Euroopa Regionaalbüroo andmekogu “Tervis kõigile” (edaspidi “HFA andmekogu”), Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooni (OECD) tervishoiuandmed ja Maailmapanga andmed. Andmete kogumise viisid ja mõisted võivad mõnikord varieeruda, kuid iga üksiku ülevaate puhul on kasutus järjepidev.

Tervisesüsteeme muutustes käsitlevad ülevaated on allikas, mis annab kirjeldavat teavet tervisesüsteemide kohta. Ülevaadete abil saab poliitikakujundajaid teavitada teiste riikide kogemustest, mis võivad olla kasutatavad nende oma riigi puhul. Neid saab kasutada ka tervishoiusüsteemide võrdlevaks analüüsimiseks vajaliku teabe saamisel. Käesolev ülevaadete sari ei ole ühekordne algatus: materjal ajakohastatakse korrapärase ajavahemike tagant. Märkusi ja ettepanekuid ülevaadete arendamise ja täiustamise kohta oodatakse aadressil info@obs.euro.who.int. Ülevaated, nende kokkuvõtted ja ülevaadetes kasutatud mõistete sõnastik on saadaval võrgustiku veebilehel www.observatory.dk.

Tänuavaldused

Eesti ülevaate “Tervisesüsteemid muutustes” autorid on Maris Jesse (tervisepoliitika ja tervishoiu rahastamise analüütik Poliitika-uuringute keskuses Praxis^a), Jarno Habicht (Maailma Terviseorganisatsiooni esindaja Eestis, Tartu Ülikooli doktorant), Ain Aaviksoo (Harvardi Ülikooli rahvatervise magistriõppe üliõpilane^b, endine Sotsiaalministeeriumi rahvatervise osakonna juhataja), Agris Koppel (Jõgeva Haigla tegevjuht^c, Tartu Ülikooli doktorant), Alar Irs (Eesti Raviameti osakonnajuhataja, Austraalia Newcastle’i Ülikooli külalislektor) ja Sarah Thomson (Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskus). Ülevaate toimetaja on Sara Thompson. Eesti ülevaate “Tervisesüsteemid muutustes” teadusdirektor on Elias Mossialos (Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskus).

Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskus tänab ülevaate retsense: Toomas Palu (Maailmapanga vanemspetsialist tervishoiu alal), Raul Kiiwetit (Tartu Ülikooli tervishoiukorralduse professor, arsti-teaduskonna prodekaan) ja Katrin Saluveret (Sotsiaalministeeriumi asekanstler^d).

Ülevaate autorid tänavad kõiki Sotsiaalministeeriumi ja Eesti Haigekassa töötajaid, kes abistasid teabega varustamisel ning osalesid avatud aruteludes Eesti tervishoiusüsteemi kavade ja praeguste poliitiliste valikute üle.

^a Väljaande ilmumise ajal Maailmapanga vanemspetsialist tervise valdkonnas.

^b Väljaande ilmumise ajal poliitikauuringute keskuse Praxis tervisepoliitika programmi juht.

^c Väljaande ilmumise ajal Lääne-Tallinna Keskhaigla tegevjuht.

^d Väljaande ilmumise ajal Euroopa Komisjoni ekspert.

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

Ülevaadete “Tervishoiusüsteemid muutustes” koostamisega tegeleva meeskonna juht on sekretariaadi juhataja Josep Figueras ning teadusdirektorid on Martin McKee, Elias Mossialos ja Richard Saltman. Tehnilist koordineerimist juhib Susanne Grosse-Tebbe. Elias Mossialos oli Eesti ülevaate “Tervishoiusüsteemid muutustes” teadusdirektor.

Väljaandmis- ja toimetamisprotsessi kooskõlastas Susanne Grosse-Tebbe, keda abistasid Shirley ja Johannes Fredriksen (vorming) ja Misha Hoekstra (toimetaja). “Tervishoiusüsteemid muutustes” Eesti ülevaate koostamisel osutas haldusabi Pieter Herroelen.

Erilist tänu avaldatakse Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa Regionaalbüroole andmekogude eest, mida kasutati tervishoiuteenustega seotud andmete saamiseks; Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsioonile Lääne-Euroopa tervishoiuteenuseid käsitlevate andmete eest ja Maailmapangale Kesk- ja Ida-Euroopa riikide tervishoiukulutusi käsitlevate andmete eest. Tänu avaldatakse ka riikide statistikaametitele, kes andmed esitasid.

Ülevaates “Tervisesüsteemid muutustes” kasutatakse andmeid ja informatsiooni, mis olid kättesaadavad 2004. aastal ning vaid üksikutes kohtades on toodud täpsustavaid märkuseid.

Eestikeelse versiooni väljaandmine on saanud võimalikuks tänu Sotsiaalministeeriumi ja Maailma Terviseorganisatsiooni rahalisele toetusele, mille raames tõlgiti, toimetati ja anti välja käesolev raamat. Seejuures avaldavad autorid oma tänu Eesti Õiguskeele keskusele ning Urve Kivilole ja Hille Saluäärele materjali tõlkimise eest. Lisaks tänatakse Lege Artist ja töötajaid raamatu eestikeelse versiooni toimetamise ning kirjastamise eest.

Eessõna tõlgitud raamatule

Lugupeetud lugeja

Käesolev trükis on kolmas Maailma Terviseorganisatsiooni algatatud “Tervisesüsteemid muutustes” sarjas ilmunud Eesti tervise- ja tervishoiusüsteemi ning toimunud reformide kirjeldus. Varasemad, vaid ingliskeelsed raamatud on ilmunud aastatel 1996 ja 2000. Tagamaks eri riikide tervisesüsteemide võrdlust, on nii Eestit kui teisi riike kirjeldavad raamatud kirjutatud sama küsimustiku alusel. Kõik need ülevaated on kirjutatud algselt ingliskeelsetena ja mõeldud eelkõige rahvusvahelisele lugejaskonnale, et saada ülevaade eri riikide tervisesüsteemidest. Samal ajal on raamatute eesmärk tuua iga riigi otsustajate ja spetsialistideni ülevaade sellest, mis toimub teistes riikides ja millised on valitsevad muutuste suunad eri piirkondades.

Käesolev, 2004. aasta ülevaade on esimene, millest ilmub eestikeelne tõlge, katmaks tühimikku eestikeelses tervisesüsteemi ja toimunud muutuste analüüsis. Et tegemist on siiski tõlkega ja mitte otse eesti keeles kohalikule lugejaskonnale kirjutatud raamatuga, siis autorid tunnistavad, et eestikeelne tekst võib olla paiguti kohmakas. Tõlkija ja autorid olid kohati ka hädas mõnede rahvusvaheliselt kasutatavate ingliskeelsete terminite tõlkega, mida Eesti-siseselt ei kasutata või mida kirjeldatakse eesti keeles ühe terminiga, kuid mille kohta ingliskeelses terminoloogias on kasutusel mitmed väljendid. Seetõttu loodame, et käesolev raamat

annab lisaks oma panuse ka kaasaegse tervisepoliitika ja -rahastamise sõnavara väljatöötamisse ning kasutuselevõtmisse.

Loodame, et raamat pakub huvitavat lugemist ja annab võimaluse saada ülevaade Eesti tervisesüsteemist, nagu see oli 2004. aastal, ning aitab mõista, kuidas me oma tänase korralduseni oleme jõudnud. Kindlasti ei pretendeeri raamat täielikule kirjeldusele ja igas valdkonnas on võimalik minna enam detailidesse nii üldisema kirjelduse kui edasise teaduskirjanduse osas, kus tervisesektoris on veel mitmed valdkonnad katmata. Samal ajal on tegemist esimese eestikeelse kirjeldusega, mis annab süstemaatilise ülevaate tervisesektorist ja viimaste aastate peamistest muutustest.

Autorid

Sissejuhatus ja ajalooline taust

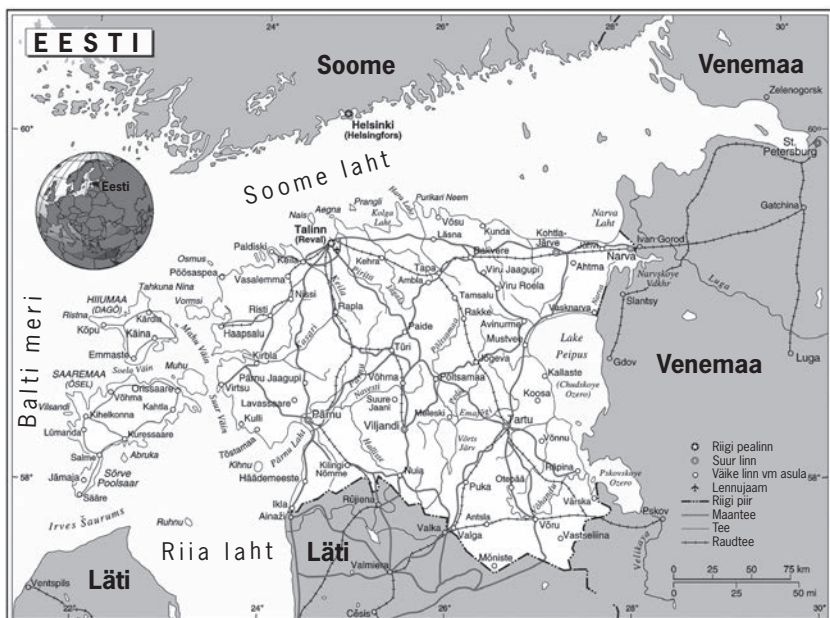
Sissejuhatav ülevaade

Geograafiline asukoht ja rahvas

Eesti on kolmest Läänemere idarannikul asuvast Balti riigist kõige väiksem. Eesti pindala on ligikaudu 45 215 km² ning ta piirneb idas Venemaaga ja lõunas Lätiga.

Eesti rahvaarv on 1 356 045 (seisuga 1. jaanuar 2003). Umbes kaks kolmandikku rahvastikust elab linnapiirkondades (69% 2000. aastal). Teise maailmasõja alguses alanud Nõukogude okupatsiooni tõttu elab Eestis suur vene vähemus (26%). Venekeelne elanikkond on koondunud Venemaa piiri ääres asuvasse Kirde-Eesti linnadesse. Teiste vähemusrühmade hulka kuuluvad ukrainlased (2%) ja valgevenelased (1%). Alates 1989. aastast on Eesti rahvaarv itta ja läände väljarände ning negatiivse loomuliku iibe tõttu vähenenud umbes 100 000 inimese võrra. Olenemata sellest, et sündimuse üldkordaja on pidevalt suurenenud alates 1998. aastast, mil see oli madalaim (8,8 elussündi 1000 elaniku kohta), ei piisa kasvust selleks, et rahvastiku iive oleks positiivne. Rahvastiku vanuseline struktuur on järgmine: 16,6% rahvastikust on 0–14aastased, 15,9% moodustavad 65aastased ja vanemad (2003). Vanusest tingitud ülalpeetavuse koefitsient on 48%.

Joonis 1. Eesti kaart



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

Tabel 1. Demograafilised näitajad 1970–2003

Näitaja	1970	1980	1990	2000	2002	2003
Rahvastik kokku, miljonit	1,365	1,477	1,569	1,370	1,358	1,356 ^a
Rahvastik, naised (% koguarvust)	54,3	53,7	53,0	53,4	53,5	53,9 ^a
Rahvastiku vanuserühm 0–14 (% koguarvust)	22,0	21,7	22,2	17,7	16,4	16,6 ^a
Rahvastiku vanuserühm 65aastased ja vanemad (% koguarvust)	11,7	12,5	11,6	14,7	15,0	15,9 ^a
Rahvastiku aastane iive (%)	1,1	0,6	6,2	-0,42	-0,44	–
Rahvastikutihedus (inimest km ² kohta)	–	–	–	32,4	32,1	30,0 ^a
Summaarne viljakuskordaja (sünde ühe naise kohta)	2,16	2,02	2,04	1,39 ^a	1,37 ^a	–
Sünnimuse üldkordaja (1000 elaniku kohta)	15,22	15,50	14,20	9,50	9,6 ^a	–
Suremuse üldkordaja (1000 elaniku kohta)	10,92	12,22	12,50	13,40	13,50 ^a	–
Vanusest tingitud ülalpeetavuse koefitsient (ülalpeetavate ja tööealise elanikkonna suhe)	0,50	0,52	0,51	0,46	0,45	–

Allikad: [1], välja arvatud ^a [2].

Poliitiline kontekst

Eesti on parlamentaarne vabariik, mis saavutas esmakordselt iseseisvuse 1918. aastal. 1940. aastal, kui algas Teine maailmasõda, okupeeris riigi Nõukogude Sotsialistlike Vabariikide Liit (NSVL). Iseseisvus taastati 20. augustil 1991. (Enama teabe saamiseks poliitilise arengu kohta vaata peatükki “Ajalooline taust”).

Parlament (Riigikogu) on ühekojaline ja sellel on 101 liiget. Parlament valitakse neljaks aastaks. Alates 1992. aastast, mil toimusid esimesed valimised iseseisvas Eestis, on kõik valitsused olnud koalitsioonivalitsused ning koosnenud kahest või kolmest poliitilisest erakonnast. Ükski koalitsioonidest ei ole võimul olnud täit valitsemistsükli, kuid nad on siiski olnud piisavalt stabiilsed, et käivitada ja ellu viia majandus- ja sotsiaalreformid.

Eesti poliitilised erakonnad kipuvad kalduma poliitilise spektri keskmesse või sellest paremale. Tänapäeval on valitsused olnud parempoolsed, kuigi viimastel aastatel on sotsiaaldemokraatlikud väärtused ja ideoloogia üha enam esile tõusnud. Viimased Riigikogu valimised toimusid märtsis 2003, mille tulemusena moodustati kolmeliikmeline paremsentristlik koalitsioon. Võimuletulekust peale on koalitsioon lubanud alandada järgmise kolme aasta jooksul proportsionaalse üksikisiku tulumaksu määra 26%lt 20%le ning muutama isiklikud kulutused tervise edendamiseks (nt treeningaali liikmemaks) maksuvabaks, et soodustada tervislikku eluviisi toetavat käitumist.

Teine poliitiline tasand Eestis koosneb 241 omavalitsusüksusest. Omavalitsusüksuste suurus ulatub sajast (100) kuni saja tuhande (100 000) inimeseni. Suurim omavalitsus on 400 000 elanikuga pealinn Tallinn. Kohalike omavalitsuste valimised toimuvad iga kolme aasta tagant. Omavalitsustel on iseseisev eelarve ja kohalike maksude kogumise õigus. Riik on õiguslikult kohustatud omavalitsustele üle kandma 11,4% selles konkreetses omavalitsusüksuses elavate inimeste üksikisiku tulumaksust.

Halduslikult jaguneb Eesti viieteistkümneks maakonnaks, millest enamiku elanike arv on vahemikus 40 000–50 000. Iga maakonda juhib maavanem ja maavalitsuse nime kandev haldusstruktuur. Nii maa-

vanem kui ka maavalitsuse töötajad on keskvalitsusele alluvad avalikud teenistujad. Paljud riigiasutused, nende hulgas ka need, mis tegelevad tervishoiu haldamise ja finantseerimisega, ei toimi siiski maakonna tasandil, vaid piirkondlike osakondade kaudu, mis hõlmavad kaks kuni neli maakonda.

1990. aastate alguses kirjutas Eesti alla peaaegu 30-le kõige tähtsamale ÜRO konventsioonile, mille hulgas oli kodaniku- ja poliitiliste õiguste konventsioon, lapse õiguste konventsioon ja konventsioon naiste diskrimineerimise kõigi vormide likvideerimise kohta. Eesti on alla kirjutanud Euroopa Nõukogu vähemusrahvuste kaitse raamkonventsioonile, Euroopa sotsiaalhartat parandatud ja täiendatud versioonile ja Euroopa Nõukogu inimõiguste ja biomeditsiini konventsioonile (konventsioon inimõiguste ja inimväärikuse kaitse kohta seoses bioloogia ja arstiteaduse rakendamisega).

Kõik järelevalvearuanded ja asjakohaste komiteede ettekanded konventsioonide ja harta täitmise kohta on kättesaadavad Välisministeeriumi ja Sotsiaalministeeriumi interneti kodulehekülgedel. Üldjuhul tunnustatakse kõnealustes ettekannetes Eesti jõupingutusi konventsioonidega ettenähtud kohustuste täitmisel. Peamine aruannetes esile tõstetud probleem on seotud kodakondsuseta isikute suure osakaaluga Eesti elanike hulgas. See elanikkonna osa koosneb endistest Nõukogude Liidu kodanikest, kes ei ole võtnud Eesti, Venemaa ega ühegi muu riigi kodakondsust.

Eesti on Transparency Internationali iga-aastase korrupsiooni käsitleva hinnangu kohaselt Kesk- ja Ida-Euroopa riikide hulgas heal kohal, olles vähem korrumppeerunud riikide hulgas Sloveenia järel teine. Transparency Internationali korrupsiooniindeksi järgi on Eesti 133 riigi hulgas 33. kohal, kusjuures Sloveenia on 29. kohal, ning Eesti olukord on parem Itaalia ja Kreeka näitajatest [3,4].

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

Majanduslik kontekst

Eesti alustas oluliste majandusreformidega 1990. aastate alguses ning 1993. aastaks õnnestus sisemajanduse kogutoodangu (SKT) langustendentsi vastupidiseks pöörata. Aastaks 2003 oli reaalne SKT ostujõu pariteedi järgi 10 000 Ameerika dollarit, mis moodustas 34% EL-15 keskmisest, kuid oli kõrgem kui muudes Balti riikides. (EL-15 viitab viieteistkümnele Euroopa Liidu liikmesriigile enne kümne uue liikmesriigi ühinemist mais 2004.) Inflatsioonimäär, mis 1992. aastal saavutas haripunkti üle 1000 protsendiga, langes 1997. aastaks 10%ni ja on viimastel aastatel olnud alla 5%.

Tabel 2. Makromajanduslikud näitajad 1994–2002

Näitaja	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
SKT									
USA dollarites ostujõu pariteedi alusel (miljonites)	9264	9738	10 320	11 932	12 437	12 587	14 080	15 515	16 642
elaniku kohta (püsivhindades)	45 012	47 782	50 393	55 959	59 126	59 179	63 779	68 197	72 596
USA dollarites elaniku kohta ostujõu pariteedi alusel	6330	6780	7290	8520	8970	9150	10 280	11 370	12 260
Osa SKTst (%)									
Tööstus	30,88	29,57	28,79	28,03	29,72	27,52	29,01	29,19	29,83
Põllumajandus	10,73	8,89	8,61	8,07	7,30	6,82	6,23	5,75	5,45
Teenused	58,38	61,54	62,60	63,89	62,98	65,65	64,76	65,06	64,71
Üldine eelarvetasakaal, sealhulgas toetused (% SKTst)	1,39	-0,57	-0,83	2,55	-5,75	-0,16	0,16	2,55	-
Tööjõud, kokku^a	-	-	-	-	658 700	643 800	645 200	642 100	632 000
Töötus, kokku (% tööjõust)	8	10	10	10	10	12	14	13,6	10,3 ^a
Ametlik vahetuskurss (krooni USA dollari kohta, perioodi keskmine)	12,99	11,46	12,03	13,88	14,07	14,68	16,97	17,48	16,61
Tegelik intressimäär (%)	-10,7	-9,4	-6,9	0,4	4,8	6,3	0,7	2,4	2,5
Sissetuleku ebavõrdsus (Gini koefitsient)^b	-	-	0,34	0,37	0,38	0,38	0,37	0,38	0,37

Allikad: [1], välja arvatud ^a [2], ^b [5].

Majandusreformid on tugevasti mõjutanud tööturgu. Töötuse määr saavutas kõrgpunkti 2000. aastal 13,6%ga, ning on sellest alates vähenenud, langedes 10,3%ni 2002. aastal. Töötutest 52% on pikaajalised töötud (inimesed, kes on olnud ilma tööta üle 12 kuu).

Euroopa Liit tunnustas 1997. aastal Eesti poliitilisi, haldus- ja majandusreforme ning kutsus Eestit alustama ühinemisläbirääkimisi kuue esimese laine riigi hulgas 1997. aastal ning saama Euroopa Liidu täisliikmeks mais 2004.

Tervisenäitajad

Muutused rahva tervise näitajates ei ole olnud nii positiivsed nagu majanduslikud tulemused. Need on siiski sarnased arengutendentsidega teistes Balti riikides. 1930. aastate lõpus oli eeldatav keskmine eluiga Eestis samasugune nagu Skandinaavia maades, kuid Teine maailmasõda ja Nõukogude okupatsioon põhjustasid eeldatava keskmise eluea languse ning seejärel seisaku. 1950. aastaks oli meeste eeldatav keskmine eluiga ikka veel madalam kui 1930. aastate lõpus. Ajavahemikul 1959–2000 pikenes meeste üldine keskmine eeldatav eluiga ainult umbes ühe aasta võrra ja naistel umbes nelja aasta võrra [6].

Enne iseseisvumist ja majandusreformide algust oli Eesti elanikkonna keskmine eeldatav eluiga kõrgeimal tasemel 1988. aastal (71,02 eluaastat) ning langes pärast seda 66,74 eluaastani 1994. aastal. Sellest ajast alates on see jälle tõusnud, jõudes 71,10 eluaastani 2002. aastal ning ületades lõpuks 1988. aasta iseseisvus- ja reformide-eelse kõrgtaseme (vt tabel 3). Naiste ja meeste eeldatava eluea arengutendentsid on märkimisväärselt erinevad. Naiste eeldatav eluiga ületas 1996. aastaks reformide-eelse kõrgtaseme ja tõusis 2002. aastal 77,00 eluaastani. See jääb praegu neli kuni viis aastat maha EL-15 ja Skandinaavia keskmistest näitajatest naiste kohta. Seevastu oli meeste eeldatav eluiga 2002. aastal 65 eluaastat ega ole siiani veel saavutanud 1988. aasta kõrgpunkti 66,52 eluaastat. See jääb praegu kümme aastat maha EL-15 ja Skandinaavia keskmistest näitajatest meeste kohta. Ilma vaegusteta (arvestatud sh invaliidsust) elatud elukestust näitava DALE-indeksi järgi oli eeldatava eluea pikkus 2002. aastal hinnanguliselt 64,1 eluaastat: meestel 59,2 ja naistel 69,0 eluaastat [7].

Tabel 3. Suremus ja tervishoiunäitajad 1970–2002

Näitaja	1970	1980	1990	2000	2002
Keskmine eeldatav eluiga sünnihetkel, kokku (aastad)	70,0	69,1	69,5	70,1	71,1 ^a
Keskmine eeldatav eluiga sünnihetkel, naised (aastad)	74,4	74,2	74,6	76,2	77,0 ^a
Keskmine eeldatav eluiga sünnihetkel, mehed (aastad)	65,7	64,2	64,6	65,2	65,0 ^a
Suremuskordaja, täisealised naised (1000 täisealise naise kohta)	104,1	109,6	106,1	114,0	–
Suremuskordaja, täisealised mehed (1000 täisealise mehe kohta)	250,9	291,0	285,8	316,0	–
Suremuskordaja, imikud (1000 elussünni kohta)	21	21	18	17	10
Suremuskordaja, alla 5 aasta vanused (1000 kohta)	26	24	17	12	12

Allikad: [1], välja arvatud ^a [2].

Peamiseks surmapõhjuseks Eestis on südame-veresoonkonna haigused, mis moodustavad 45,6% kõigist surmapõhjustest meeste hulgas ja 62,2% naiste hulgas (2000). Südame-veresoonkonna haigused on ka oluliselt enneaegse surma põhjuseks suremuskordajaga 411 meeste puhul ja 126 naiste puhul (100 000 elaniku kohta vanuserühmas 25–64 aastat). Need arvud on üle kahe korra suuremad EL-15 ja Skandinaavia maade keskmistest näitajatest 2002. aastal. Surmapõhjustest järgmisel kohal on surm vähktõve tõttu (10,5% meestel ja 17,1% naistel) ja surm muudest kui haigustest tingitud põhjustel (17,4% meestel).

Imikusuremus on viimastel aastatel pidevalt langenud. Maailmapanga andmetel on imikusuremus langenud 18,0 imikult 1990. aastal 10,0 imikuni 2002. aastal (vt tabel 3) [1], kusjuures siseriikliku statistika kohaselt on langus suurem, 14,8 imikult 1995. aastal 5,7 imikuni 2000. aastal (vt tabel 4). Näitaja 5,7 on EL-15 keskmisest kõrgem, kuid Kesksa Ida-Euroopa keskmisest näitajast madalam. Nagu teistes üleminekuriiikides, on sündivus järsult langenud, jõudes 8,8 sünnini 1000 elaniku kohta 1998. aastal. Alates 1998. aastast on sündivus jälle tõusnud, kuid ei küüni demograafide arvates elanikkonna taastetasemeni. Abortide kui kõigi endiste NSV Liidu vabariikide tavapärase sündivuse kontrolli meetodi sagedus on langenud peaaegu 1600 abordilt 1000 elussünni kohta 1980. aastal vähem kui 900 abordini 1000 elussünni kohta praegu, kuid see näitaja on siiski EL-15 keskmisest 3,5 korda kõrgem.

Tabel 4. Imikusuremuse kordajad 1995–2002

	1995	1998	1999	2000	2001	2002
Suremuskordaja, imikud (1000 elussünni kohta)	14,8	9,3	9,5	8,4	8,8	5,7

Allikas: [2].

HIV/AIDSi 2001. aastal vallandunud epideemia on saanud suuri- maks rahvatervise- ja tervishoiusüsteemi ees seisvaks probleemiks Ees- tis. HIV/AIDSi epideemia algas süstivate narkomaanide hulgas riigi kirdeosas ning 2003. aastaks oli HIV-positiivsete inimeste üldarv 3600, moodustades 0,26% elanikkonnast.

Elanikkonna tervise ebavõrdsusi käsitleva esimese uuringu alga- tas Maailmapank 2002. aastal [8]. Eesti Haigekassa on hinnanud ka tervishoiuteenuste kasutamise piirkondlikke erinevusi. Mõlema uuringu põhjal ilmnevad suured ja üha kasvavad erinevused elanikkonnarühmade tervisekäitumises ja tervislikus seisundis (eristatud sissetuleku, hari- dustaseme, elukoha ning rahvuse ja keele järgi). Kooskõlas muudes riikides tehtud uuringute tulemustega on parem tervislik seisund ja tervist soodustav käitumisviis omasem kõrghariduse ja suurema sissetulekuga inimestele. 1990. aastatel suurenes suremuses ja terviseiga seotud käi- tumises täheldatav ebavõrdsus sotsiaalmajanduslike rühmade ning eri rahvusest ja eri keeli rääkivate inimeste vahel. Näiteks venekeelse ela- nikkonna suremuskordajad olid suuremad peaaegu kõigi, aga eeskätt alkoholimürgistusest ja mõrvadest tingitud surmapõhjuste hulgas. Pea- mise erandina olid liiklusõnnetused suurema arvu surmade põhjuseks etniliste eestlaste hulgas. Täiendava teabe saamiseks tervisevaldkonna ebavõrdsuste kohta vaata peatükki “Rahvatervis”.

Eesti on üks vähestest Kesk- ja Ida-Euroopa riikidest, kus on võima- lik kommenteerida ravi tulemuslikkust. See on võimalik tänu kõrge kvaliteediga vähiregistrile, mis on osalenud sellistes rahvusvahelisel koostööl põhinevates uuringutes nagu Euroopa vähiregistrite uuring vähihaigete elulemuse ja ravi alal (European Cancer Registries Study

on Cancer Patients' Survival and Care, EUROCARE). Vähktõvediaagnoosiga patsientide 1990.–1994. aasta elulemusuuringu EUROCARE-3 põhjal selgub, et ravitulemused Eestis jäävad maha Lääne-Euroopa riikide ravitulemustest [9]. Näiteks Eestis oli aastatel 1990–1994 rinnavähi vanuse järgi standarditud viie aasta elulemuskordaja 61,9%, olles võrreldav elulemuskordajatega Poolas ja Sloveenias, kuid 22 uuringus osaleva Euroopa riigi ja piirkonna keskmine elulemuskordaja oli 76,1%. Kui kombineerida kõik vähipaikmed, siis Eesti vanuse järgi standarditud viie aasta elulemus oli meestel 26% ja naistel 38%, kusjuures Euroopa vastavad keskmised elulemuskordajad olid meestel 40% ja naistel 51% [9]. Tuleks märkida, et EUROCARE-3 uurimisperiood langes aastatele, mil Eesti majanduses toimusid olulised muudatused ning algas tervishoiusüsteemi ümberkujundamine. Sellest hoolimata on kõnealune uurimus väärtuslikuks aluseks, millest lähtuvalt saab hinnata 1990. aastate jooksul elluviidud tervishoiureformide mõju (vt osa “Tervishoiureformid”).

Paljudes valdkondades on Eesti elanikkonna käitumine muutunud tervislikumaks. Suurimad muudatused toitumisharjumustes hõlmavad toiduvalmistamisel loomsete rasvade asendamist taimsetega ning rasvade tarbimise langust üldiselt. Kui 1990. aastate alguses kasutas toidus peamise rasvana taimeõli ainult 28% inimestest, siis 2000. aastaks oli nende osakaal suurenenud 86%ni. 1990. aastate algusest on sagenenud ka värske puu- ja köögivilja igapäevane tarbimine. Neil juhtudel tuleneb muutus sellest, et taimeõlid ning värske puu- ja köögivilja on olulisel määral paremini saadaval kogu aasta ringi.

Igapäevase suitsetamise levimus vanemas kui 15aastaste vanuserühmas suurenes 28,2%lt 1990. aastal 35,8%ni 1994. aastal, kuid on sellest ajast pidevalt langenud, jõudes 28,9%ni 2002. aastal.[10] See vastab EL-15 keskmisele, kuid on suurem Skandinaavia keskmisest (22,23%). Igapäevaseid suitsetajaid on rohkem meeste hulgas (45% 2002. aastal); naiste hulgas saavutas igapäevane suitsetamine haripunkti 1994. aastal, mil see oli 23,5%, ning langes seejärel 17,9%ni 2002. aastal.

Ajalooline taust

Ajalooline ja poliitiline areng

Võõras ülemvõim Eestis algas Saksa ristsõdijate sissetungiga 13. sajandi hakul. 13. sajandist kuni 18. sajandini oli Eesti Taani ja Rootsi kuningriigi osa. 1721. aastal jäi Rootsi kuningas sõjas Vene tsaariga Eesti territooriumist ilma. Eestis jäi ka Vene tsaaririigi koosseisu kuuluvana sakslastest maaomanike tõttu püsima tugev saksa vaim ja mõju kuni 1918. aastani, mil Eesti sai Esimese maailmasõja tulemusi ära kasutades esimest korda iseseisvaks. Saksamaa-NSVLi salaleping 1939. aastal (Molotovi-Ribbentropi pakt), milles lepiti kokku jaotada Euroopa territoorium Saksamaa ja NSV Liidu vahel, jättis Eesti NSV Liidu alale. NSV Liit okupeeris Eesti 1940. aastal pärast Teise maailmasõja puhkemist. Pikka aega kestnud Saksa ja Rootsi võimu all olek avaldas mõju Eesti poliitilise ja kultuurilise käitumise ning haldusstruktuuride ja tervishoiusüsteemi kujunemisele.

Kahekümnenda sajandi jooksul toimus Eesti tervishoiusüsteemis mitu järsku muudatust, milles kajastus riigi ajaloolise ja poliitilise olukorra muutumine. Selle aja saab jaotada kolmeks perioodiks: 1940. aastale eelnev aeg, ajavahemik 1940–1990 ning ajavahemik 1990. aastast edasi.

Enne 1940. aastat

Enne Nõukogude okupatsiooni 1940. aastal oli tervishoiusüsteem Eestis võrreldav muude Lääne-Euroopa riikide tervishoiukorraldusega. Ülikooliharidusega arstid ja maailmatasemel arstiteadus on Eestis olemas alates 1632. aastast, mil asutati Tartu Ülikool, ning 20. sajandi alguseks oli tervishoiu alussüsteem paigas, kuigi sotsiaalkindlustussüsteemi kui sellist ei olnud. Tervishoiusüsteem oli äärmiselt detsentraliseeritud, teenuste kujundamine ja korraldus oli paikkondlik.

Statsionaarset arstiabi andvaid haiglaid oli kolme liiki: erahaiglad (suurem osa teenustest), mitu munitsipaalhaiglat vaestele ja mõned riigiomandis haiglad. Riigihaiqlate omanduses ja hallatavad olid emade ja laste kliinikud, tuberkuloosidisperserid, vaimuhaigete sanatooriumid ja

raviasutused. Suurema osa ambulatoorse ravi teenustest osutasid haigekassade dispanserites ja koolides töötavad eraarstid. Munitsipaalraste ülesanne oli ravida vaeseid. Haigekassade kindlustus hõlmas töötajad ja oli korraldatud piirkondlikul tasandil. 1920. ja 1921. aastal haigekassade tegevus laienes, arstide arv kasvas ning asutati arstide kutseliidud.

1940–1990

Eesti Vabariigi okupeerimine NSV Liidu poolt 1940. aastal katkestas tervishoiusüsteemi varasema arengutee ja sundis kasutusele võtma nõukoguliku Semaško süsteemi, mille kohaselt tervishoidu rahastati riieelarvest ning seda juhtis valitsus tsentraliseeritud planeerimise teel. Asetleidnud kiiretel muudatustel olid kaugeleulatuvad tagajärjed. Näiteks lahkus Teise maailmasõja ajal Eestist suur hulk tervishoiutöötajaid, mis mõjus rängalt tervishoiu tööjõustruktuurile. Selle mõju on tunda veel tänapäevalgi (vaata peatükki “Inimressursid”). Kogu tähelepanu suunamine normatiivsetele koguselistele eesmärkidele viis ülemäära suure haiglavoodite arvuni ning nõukogude aja lõpuks kujunes NSV Liidu eri osade piirkondadeks jaotamise tulemusena välja kirurgiliste erialade liiga suur maht. See ülemaht tekkis osaliselt seetõttu, et teenuseid osutati väljaspool Eestit asuvatele isikutele, kuid ka põhjusel, et Eestit peeti külma sõja perioodil strateegiliselt tähtsaks piirkonnaks.

Nõukogude ajal ei olnud tervishoiusüsteemis erasektorit. Kõigil kodanikel oli näiliselt vaba juurdepääs tervishoiuteenustele, mida osutasid palgalised riigitöötajad. Meditsiinitöötajate tehniline ettevalmistus ning tervishoiuteenuste kvaliteet ja kättesaadavus oli põhiliselt hea, välja arvatud juurdepääs uuematele ravimitele. Mitteametlik maksmine ei olnud Eestis nii laialt levinud kui endise NSV Liidu muudes osades, kuigi oli tavapärane, et ravi lõppedes tänati meditsiinitöötajaid väikeste kingitustega, näiteks lillede, maiustuste, kohvi ja konjakiga.

1990–2002

Pärast taasiseseisvumist 1991. aastal reformiti Eesti tervishoiusüsteemi rahastamine ja planeerimine uuesti peaaegu täielikult. 1990. aastate refor-

mide eesmärk oli sisse seada rahastamine sotsiaalse tervisekindlustuse kaudu ning soodustada detsentraliseerimist. Reformid algatati osaliselt selleks, et reageerida Eesti elanikkonna muutuvatele vajadustele, ja osaliselt selleks, et riigi majanduslikku seisundit arvestades tagada rahanduslik jätkusuutlikkus. Teatavaid reforme kavandati isegi enne iseseisvuse väljakuulutamist 1991. aasta augustis. Näiteks oli juba otsustatud, et järgmiseks aastaks seatakse sisse solidaarse ravikindlustuse süsteem.

1991. aasta ravikindlustuse seaduse ja 1994. aasta tervishoiukorralduse seadusega sätestati reformide õiguslik alus ning kuigi reformi käigus tehti teatavaid muudatusi (eelkõige vaadati uuesti läbi esialgselt kavandatud detsentraliseerimine ja retsentraliseeriti teatavad funktsioonid), ei ole kõnealustes õigusaktides sätestatud esialgsed põhimõtted oluliselt muutunud.

Viimasel ajal on reformid siiski edasi arenenud. Näiteks kujundati haigekassa 2000. aastal ümber avalik-õiguslikuks juriidiliseks isikuks, Riigikogu võttis 2001. aastal vastu tervishoiuteenuste korraldamise seaduse uue versiooni ning 2002. aastal võeti vastu uus ravikindlustuse seadus. Kõnealuste muudatuste tulemusena on kõigil tervishoiuteenuse osutajatel seaduslik õigus tegutseda eraõiguse alusel, olenemata sellest, et enamikul juhtudel on asutused ikkagi riigi või omavalitsuste omandis. Peale selle sätestati võlaõigusseaduse vastuvõtmisega 2002. aastal uus õigussuhe patsientide ja teenuseosutajate vahel. Esmakordselt määratleti see suhe mõlema poole kohustusi sisaldava õiguslikult siduva lepinguna. Ka 1995. aastal vastu võetud rahvatervise seadust on muudetud igal aastal ning Sotsiaalministeerium kavatseb selles valdkonnas koostada uued õigusaktid. Need hiljutised muudatused on välja kasvanud ümberkujunduste esimeses ringis saadud kogemustest ning motiiviks, mis neid tegema sunnib, on soov paremini reguleerida uusi ilminguid, nagu näiteks ravimikulude kasv, võtta kasutusele detsentraliseeritud haiglavõrgu haldamise strateegiad, optimeerida tervishoiuteenuste planeerimine ja hinnakujundus ning kujundada patsiendi ja arsti suhe ümber enam kliendi ja teenindaja suhteks.

Kõnealuse perioodi tervishoiureformide üksikasjalikum analüüs on esitatud osades “Tervishoiusüsteemi organisatsiooniline struktuur ja juhtimine” ning “Tervishoiureformid”.

Tervishoiusüsteemi organisatsiooniline struktuur ja juhtimine

Tervishoiusüsteemi organisatsiooniline struktuur

Alates iseseisvumisest 1991. aastal on Eesti tervishoiusüsteemis toimunud kaks põhimõttelist muutust: esiteks muutumine riigi kontrolli all olevast tsentraliseeritud süsteemist detsentraliseeritud süsteemiks; ja teiseks, riigieelarvest rahastatava süsteemi kujunemine ravikindlustusmaksetest rahastatavaks süsteemiks. Samaaegselt on üha enam tähelepanu saanud üldarstiabi ja rahvatervis.

Tervishoiusüsteemi ümberkorraldamine on toimunud mitmes etapis. 1990. aastate alguses rakendus ravikindlustussüsteem, mis toimis keskhaigekassa ja 22 piirkondliku haigekassa kaudu. 1994. aastal detsentraliseeriti tervishoiuteenuste planeerimise kohustus 15 maavanema ja maakonnaarstide kaudu maakonna tasandile. Praegu kehtivad organisatsioonilised ja juhtimispõhimõtted määrati kindlaks 1999. ja 2002. aastal Riigikogu vastuvõetud seadustega, mille eesmärk oli retsentraliseerida mõned tervishoiusüsteemi funktsioonid. Üksikasjalikum analüüs on esitatud allpool ja osas “Tervishoiureformid”.

Peamised planeerimise, haldamise, reguleerimise ja finantseerimise eest vastutavad asutused Eestis on Sotsiaalministeerium, Tervishoiuamet, Raviamet, Tervisekaitseinspeksioon ja Eesti Haigekassa.

Käesoleva peatüki alguses esitatakse lühikirjeldus järgmiste tervishoiusüsteemi sidusrühmade ülesannetest ja rollist: riik ja riigiasutused, Eesti Haigekassa, maakonna- ja linnavalitsused, tervishoiuteenuste osutajad ning erialaliidud ja patsientide ühendused. Seejärel käsitletakse olulisemaid organisatsioonilisi reforme.

Riigi ja riigiasutuste ülesanded

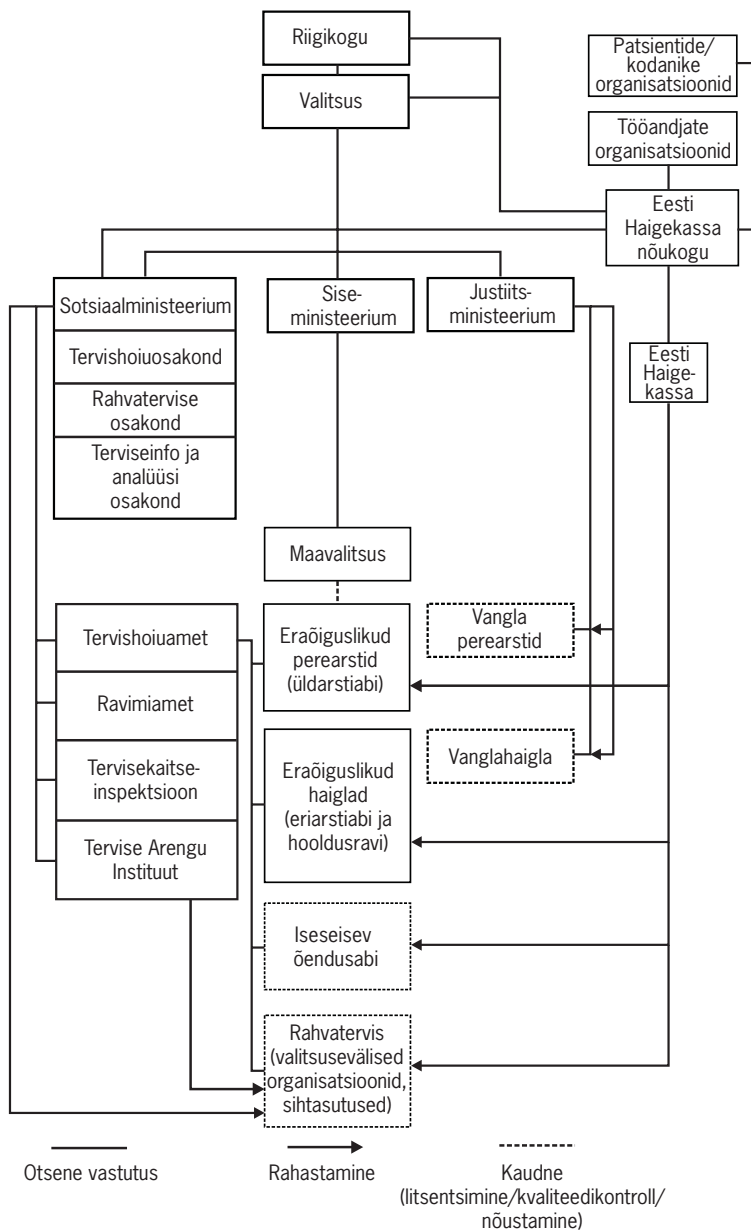
Riik vastutab Sotsiaalministeeriumi ja selle allasutuste kaudu riikliku tervishoiupoliitika arendamise ja elluviimise eest, mille hulka kuulub ka rahvatervise valdkonna poliitika ning tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse jälgimine. Riigi peamine ülesanne on reguleerimine.

Sotsiaalministeerium loodi 1993. aastal kolme eraldiseisva ministeeriumi (tervishoiu-, sotsiaalhoolekande- ja tööministeerium) ühendamise tulemusena. Sellest tulenevalt tegeleb ministeerium kolme suure poliitika- ja valdkonnaga: tervis, sotsiaalteenused ja tööhõive. Tervise valdkond on omakorda jaotatud kolmeks allvaldkonnaks: tervishoid, ravimid ja rahvatervis. Kümne aasta jooksul on kõnealuste poliitika- ja valdkondade liigendus eri osakondade vahel mitmeid kordi muutunud, kuid alates 2003. aasta lõpust jaotatakse tervise valdkond kolmeks osakonnaks: tervishoiu- osakond, mis vastutab tervishoiu-, investeerimis- ja ravimipoliitika eest; rahvatervise osakond, mis vastutab riikliku tervise- ja ravimipoliitika, ennetusprogrammide ja tervisekaitsealaste õigusaktide eest; terviseinfo ja analüüsi osakond.

Igapäevast haldusvastutust kannab kantsler, riigiametnik, kes allub sotsiaalministrile. Tervishoiuvaldkonda juhib asestantsler. 2003. aasta sügisel lõi koalitsioonivalitsus uue, poliitilise abiministri teenistuskoha. Abiministri nimetab ametisse sotsiaalminister ning abiministril on aruandekohustus ainult ministri ees. Käesoleval ajal vastutab abiminister tervishoiupoliitika eest koos tervishoiu aseantsleriga, kuid see võib tulevikus muutuda.

Tervise valdkonnas kuulub ministeeriumi peamiste kohustuste hulka tervise- ja ravimipoliitika väljatöötamine, elanikkonna tervise seire ning riikliku tervishoiusüsteemi korraldamine üld- ja eriarstiabi ning rahvatervise- ja ravimiteenuste ulatuse kindlaksmääramise teel.

Joonis 2. Tervishoiusüsteemi organisatsiooniline struktuur



Ministeeriumi peamised tervishoiualased ülesanded on järgmised:

- ette valmistada tervishoiu, tervisekaitse ja töötervishoiu alased õigusaktid;
- tagada järelevalve tervisega seotud õigusaktide jõustamise üle;
- välja töötada ja ette valmistada tervishoiuteenuste standardeid käsitlevad õigusaktid;
- välja töötada rahvaterviseprogrammid ja kontrollida nende rakendamist;
- planeerida ja rahastada tervishoiuteenuseid kindlustamata isikutele.

Ravimite valdkonnas laienesid ministeeriumi kohustused 2002. aastal seoses ravimipoliitikaosakonna loomisega. Kuid see osakond liideti aasta jooksul tervishoiuosakonnaga. Ministeeriumi peamised ravimipoliitikaalased ülesanded on järgmised:

- õigusaktide ettevalmistamine;
- piirhindade analüüsimine ja ettevalmistamine;
- läbirääkimiste pidamine ravimitootjatega hinnakokkulepete üle seoses Eesti Haigekassa kaudu hüvitatavate ravimitega ja
- apteekide ja hulgimüüjate juurdehindlusmäärade analüüsimine ja nendega seotud ettepanekute tegemine.

Ministeeriumi alluvuses tegutseb neli tervise valdkonna allasutust. Ministeeriumi tervise valdkonna alla kuulub Tervishoiuameti, Ravimiameti, Tervisekaitseinspeksiooni ja Tervise Arengu Instituudi tegevuse koordineerimine, kuigi kõik need asutused vastutavad otsest ainult ministri ees. Ministeeriumi tervise valdkonda kuuluvad ka töötervishoiuküsimused.

Tervishoiuamet alustas tööd 2002. aastal. Ameti peamiste ülesannete hulka kuulub tervishoiuteenuse osutajate litsentseerimine ja tervishoiutöötajate registreerimine, tervishoiuteenuste osutamise kvaliteedi kontrollimine (peamiselt patsientide kaebuste läbivaatamise teel) ning ambulatoorsete teenuste rahastamine ja korraldamine. Amet vastutab ka adekvaatsete hügieeni- ja tervisekaitsestandardite tagamise eest tervishoiuasutustes, kuid teeb selles osas koostööd muude asutustega, näiteks Tervisekaitseinspeksiooniga.

Ravimite registreerimise ja kvaliteedikontrolli ning ravimikaubanduse (k.a import ja turustamine) reguleerimise eest vastutab Ravimiamet. Kõnealune asutus tagab ka doonorivere ja siirikkude ohutuse. Ravimiametil on teatav vastutus meditsiintehnoloogia üle arvestuse pidamise eest.

Tervisekaitseinspeksioon on nõukogudeaegse sanitaar-epidemioloogiasteenistuse mantlipärija, millega tal on palju sarnaseid jooni, eelkõige organisatsiooni ja peamiste vastutusvaldkondade osas. Tervisekaitseinspeksioon jõustab tervisekaitset käsitlevad õigusaktid nelja piirkondliku ameti kaudu, mille kohalikud osakonnad on kõigis viieteistkümnes maakonnas. Inspeksioon vastutab ka nakkushaiguste järelevalve, riikliku ja kohaliku epidemioloogiasteenistuse ja riikliku immuniseerimisprogrammi rakendamise eest.

2003. aastal asutati kolme väiksema riikliku rahvatervisega tegeleva asutuse ühendamise teel Tervise Arengu Instituut. Uue instituudi eesmärk on saada rahvatervisega valdkonna pädevuskeskuseks, mis võtab vastutuse rakendusliku teadustegevuse ja analüüsi eest rahvatervisega, tervisele ohutu keskkonna ja nakkushaiguste valdkonnas, ning tegeleb rahvatervisega seire ja andmete esitamisega. Instituut vastutab ka riiklike rahvaterviseprogrammide rakendamise ja kohalike tervisekaitsemeetmete toetamise eest. Instituudil on koolituskeskus, mis pakub rahvatervisega ja tervishoiukorraldusealaseid koolitusprogramme.

1990. aastal integreeriti riiklikku tervishoiusüsteemi varasemad ametkondlikud paralleelsed tervishoiusüsteemid, mis osutasid arstiabi politseile, raudteelastele jne. Kinnipeetavate arstiabi eest vastutab siiski Justiitsministeerium. Alates 2002. aastast on tehtud katseid välja arendada integreeritud tervishoiusüsteem, mis hõlmaks nii kinnipeetavaid kui ka muu elanikkonna, kuid kinnipeetavate tervishoiuga seotud vajaduste rahastamine oleks ikkagi Justiitsministeeriumi ülesanne. Põhilisteks eesmärkideks on kehtestada kinnipeetavatele perearstisüsteem ning kasutada infotehnoloogiat teabevahetuseks vanglavälise tervishoiusüsteemiga. Kogu elanikkonnale mõeldud rahvaterviseteenused osutatakse tulemuslikult juba tuberkuloosiennetuse vallas.

Vabariigi valitsusel on planeeriv ja reguleeriv roll haiglavõrgu arengukava kinnitamisel, tervishoiuteenuste hindade kindlaksmääramisel

(valitsus peab heaks kiitma piirhinnad ja Eesti Haigekassa kaudu makstavate ravikindlustushüvitiste piirmäära) ning ulatuslikumate rahvatervisealaste küsimuste reguleerivate normide heakskiitmisel. Valitsusel on õigus määrata üks liige Eesti Haigekassa nõukogusse (vt allpool), kes töötab nõukogus koos ülejäänud nelja riigiesindajaga.

Eesti Haigekassa ülesanded

Eesti Haigekassa omandas praeguse avalik-õigusliku juriidilise isiku staatuse 2001. aastal, asendades keskhaigekassa ja 17 piirkondlikku haigekassat. Selle peamine roll on olla aktiivne tervishoiuteenuste ostja, mille kohustuste hulka kuulub:

- lepingute sõlmimine tervishoiuteenuse osutajatega
- tervishoiuteenuste eest tasumine
- ravimikulude hüvitamine
- ajutise töövõimetuse hüvitiste maksmine.

Eesti Haigekassat juhib 15 liikmest koosnev nõukogu, millesse kuulub viis riigi esindajat, viis tööandjate esindajat ja viis kindlustatud isikute esindajat. Nõukogu esimees on ametikoha järgi sotsiaalminister, et tagada Sotsiaalministeeriumi ja Eesti Haigekassa tegevuse kooskõla ja poliitiline aruandekohustus. Teised riigiesindajad on rahandusminister, riigikogu sotsiaalkomisjoni esimees, üks riigikogu poolt nimetatud riigikogu liige ning valitsuse poolt nimetatud Sotsiaalministeeriumi ametnik. Tööandjate ja kindlustatute ühendused nimetavad oma esindajate kandidaadid, kelle nimetab ametisse valitsus. Nõukogu kinnitab Eesti Haigekassa kolmeaastased arengukavad, aastaelarve, aruanded ja kriteeriumid, mille kohaselt valitakse tervishoiuteenuste osutajad, kellega lepingud sõlmitakse. Nõukogu esitab valitsusele oma seisukohad tervishoiuteenuste hindade kohta.

Haigekassa tegevust juhib Eesti Haigekassa juhatus, mille koosseisus võib olla kolm kuni seitse liiget. Elanikkonna vajaduste hindamise, lepingute sõlmimise, vajadusel raviarvete vahendamise ja igapäevaste kindlustatute kaebuste läbivaatamisega tegeleb Eesti Haigekassa neli piirkondlikku osakonda, millel on omakorda kitsama vastutusvaldkonnaga väiksemad bürood maakonna tasandil.

Maavalitsuste ja kohalike omavalitsuste ülesanded

Eestis on kaks haldustasandit: riigi- ja munitsipaaltasand. Maavalitsus esindab riiki piirkonniti, kuid ilma õigusvõimeta. Tervishoiu seisukohast vastutab maavanem üldarstiabi eest, kuulutab välja konkursi vabadele perearsti ametikohtadele ja kinnitab ametissenimetamised. Maavalitsus määrab kindlaks ka perearstide teeninduspiirkonnad oma maakonnas. Hiljuti vähendati maavanemate osa tervishoiu organiseerimisel (vt allpool).

Alates 2001. aastast ei ole kohalikel omavalitsustel enam juriidilist vastutust tervishoiu rahastamise või korraldamise eest. Enamik haiglaid on siiski kohalike omavalitsuste omandis kas osatühingute või kohalike omavalitsuste poolt hallatavate kasumit mittetaotlevate sihtasutuste kaudu. Need kasumit mittetaotlevad organisatsioonid tegutsevad eraõiguse alusel ning kuna nende asutajatel on juhtorganite liikmete ametisse nimetamise õigus, siis etendavad kohalikud omavalitsused haiglate juhtimisstruktuuride kaudu tervishoiu ikkagi oma osa. Mõned omavalitsused toetavad üldarstiabi osutajaid ka rahaliselt.

Tervishoiuteenuste osutajate ülesanded

Arstiabi on pärast uue tervishoiuteenuste korraldamise seaduse vastuvõtmist 2001. aasta mais (jõustus alates 2002. aastast) peaaegu täielikult detsentraliseeritud. Seadus määratleb neli tervishoiu liiki: esimese etapi ehk üldarstiabi, mida osutavad perearstid, kiirabi, eriarstiabi (s.o teise etapi ja kolmanda etapi arstiabi) ja õendusabi.

Tervishoiuteenuste osutajad on autonoomsed. Teenuseid võivad osutada ainult isikud või asutused, kes tegutsevad eraõiguslike juriidiliste isikutena: piiratud vastutusega äriühinguna, sihtasutusena või füüsilisest isikust ettevõtjana. Enamik haiglaid on kas piiratud vastutusega äriühingud või sihtasutused, mille asutajaks on riik, kohalik omavalitsus või muu avalik-õiguslik organisatsioon. Selles tähenduses on nad juhitud avalike struktuuride poolt, samal ajal kui nad tegutsevad kas kasumit taotleva (piiratud vastutusega äriühing) või kasumit mittetaotleva (sihtasutus) alusel. Suurem osa ambulatoorse arstiabi osutajatest on eraomandis.

Kõik perearstid on kas füüsilisest isikust ettevõtjad või äriühingute palgatöötajad. Nende äriühingute tegevus on piiratud ainult üldarstiabiteenuste osutamisega.

Ainsana avaldub riigi otsene kontroll maavanemate kaudu, kes otsustavad perearstide teeninduspiirkondade üle oma piirkonnas, ning Sotsiaalministeeriumi kaudu, kes määrab kindlaks kiirabibrigaadide arvu, mida rahastatakse riigieelarvest. Riigi mõju eriarstiabile ja sõltumatule õendusabile seisneb ainult standardite kehtestamises ja finantseerimises otsestest riiklikest vahenditest, nagu riigieelarve.

Võrreldes organisatsioonidega, mida rahastatakse riiklikest vahenditest või mis on riigi vahetu järelevalve all, on täiesti eraõiguslike üksuste osa ambulatoorse eriarstiabi teenuste (günekoloogia, oftalmoloogia, uroloogia, pea- ja kaelakirurgia, psühhiaatria, ortopeedia) osutamisel suurem. Eraõiguslikud üksused tegutsevad ka muudel erialadel, mida rahastatakse riiklikest vahenditest piiratud või üldse mitte, näiteks hambaravi ja plastiline kirurgia. Selles suhtes on piiratud rahastamine riiklikest vahenditest erasektori tervishoiuteenuste turu peamine tagantöukaja. Üksikasjalikuma teabe saamiseks vaata osa "Rahvatervise ja tervishoiukorraldus".

Erialaliitude ja patsientide ühenduste ülesanded

Kõige väljapaistvam tervishoiualane kutseühendus on Eesti Arstide Liit, kes esindab umbes poolt kogu Eesti arstidest. Eesti Arstide Liit taastati 1988. aastal ning see on peamine tööandjate ja Sotsiaalministeeriumiga ametlikke läbirääkimisi pidav arstide ühendus. Eriarstikoolituse kavandamisel ja teenuste osutamise standardimisel võetakse aluseks ministeeriumi määratletud kolmkümmend viis peamist arstiabi eriala. Kõigil nimetatud erialadel on olemas erialaseltsid, millest igaüks nimetab oma esindaja ministeeriumiga peetavatel läbirääkimistel.

Eesti Õdede Liit esindab ligikaudu poolt kõigist õdedest ning on mõne viimase aasta jooksul suurendanud oma mõjuvõimu. See on näiteks ainus organisatsioon, kes suutis korraldada streigi. 2002. aastal kasutasid Õdede Liidu liikmed streiki, et võidelda Haiglate Liidu soovimatuse vastu alustada läbirääkimisi miinimumpalga üle. Eesti Õdede Liit on

aktiivselt osalenud õenduslaste kutsenormide määratlemises ja õdede koolituskavade parandamises.

Haiglad on moodustanud Haiglate Liidu. Kuid selle liidu roll ei ole päris üheselt mõistetav, kuna viimase ajani juhtisid haiglaid arstid, kes kuuluvad Eesti Arstide Liitu.

On olnud mitu organisatsiooni, kes on väitnud, et esindavad patsiente, kuid viimasel ajal on Eesti Patsientide Esindusühing, nendest vanim, saavutanud kõige suurema tunnustatuse. Eesti Patsientide Esindusühing on aktiivselt tegelnud vaimse tervise valdkonna poliitikaga ning osalenud õigusaktide ettevalmistamises ja sellega seotud mõttevahetustes. Esindusühing osaleb käesoleval ajal suurema osa ministeeriumi töörühmade töös, kus arutatakse uusi poliitika- või strateegiaid, näiteks uues riikliku elektroonilise patsiendikaardi rakendamise projektis. Sotsiaalministeerium on Eesti Patsientide Esindusühingut tavaliselt teataval määral rahaliselt toetanud. Kuid alates 2003. aastast jaotatakse patsientide esindamiseks ettenähtud rahalised vahendid avaliku konkursi teel. Täiendav toetus tuleb teistest allikatest projektipõhiselt. On moodustatud ka spetsiifiliste haiguste või puudega inimesi esindavad patsientide rühmad, näiteks Eesti Diabeediliit, Sclerosis Multiplexi Ühing ja Eesti Südameliit.

Patsientide/klientide osalemine tervishoiualastes aruteludes on viimastel aastatel olulisemaks muutunud. Näiteks Puuetega Inimeste Koda on esindatud Eesti Haigekassa nõukogus. Ravimitootjatega seotud patsientide esindusorganisatsioon loodi siis, kui toimus vaidlus piirhindade süsteemi kasutuselevõtmise üle seoses ravimikulude hüvitamisega, ning see on ainus kord, mil organisatsioon avalikul tasandil aktiivselt tegutses.

Tervishoiusüsteemi organisatsiooniline reform

Nagu eespool märgitud, on Eesti tervishoiusüsteemis alates 1991. aastast tehtud olulisi muudatusi. Käesolevas peatükis iseloomustatakse lühidalt kahe lainena toimunud organisatsiooniliste ümberkorralduste kõige tähtsamaid aspekte: esimene laine oli 1990. aastate alguses ja teine algas 1999. aastal. Esimene reformide laine andis tervishoiusüsteemile radikaalselt uue suuna ning pani aluse praegu kehtivale organisatsioonilisele struk-

tuurile, kuid teine laine keskendus enam tervishoiuteenuste osutajatele ja sisaldas rohkem edasiviivaid arendusi eesmärgiga täpsustada ja tugevdada riiklikku reguleerimist, muuta selgemaks eri osapoolte ülesanded ja vastutus ning tugevdada riiklikku reguleerimis- ja ostusuutlikkust. (Vaata ka osa “Tervishoiureformid”).

Tervishoiusüsteemi praegusele korraldusele rajati õiguslik alus esimese laine ajal vastu võetud kahe järgmise seadusega: 1991. aasta ravikindlustuse seadus ja 1994. aasta tervishoiuteenuste korraldamise seadus. Kõnealuste seadustega kehtestati mitmetele piirkondlikele haigekassadele põhinev ning teenuste ostjateks ja osutajateks jaotatusele tuginev sotsiaalse ravikindlustuse süsteem. Tervishoiuteenuseid pakkuvad paralleelsüsteemid kaotati (välja arvatud üldarstiabi kaitsevæes ning üldarstiabi ja osaliselt ka eriarstiabi vanglates).

Kõige olulisem teise laine ajal toimunud reform hõlmas teatavate planeerimisfunktsioonide retsentraliseerimist 2000. aastal. Eriarstiabi planeerimine viidi tagasi riigi tasandile ning üldarstiabi planeerimine ja kontroll viidi munitsipaaltasandilt maakonna tasandile. Need ülesanded detsentraliseeriti esialgu omavalitsustele (1994. aasta tervishoiukorralduse seadusega), kuid omavalitsused ei suutnud nendega tõhusalt toime tulla oma väiksuse ja nõrga tulubaasi tõttu (vt allpool).

Edasine reform hõlmas tervishoiuteenuse osutajate õigusliku seisundi muutmist. 1994. aasta tervishoiukorralduse seadus ei sätestanud teenuseosutajate õigusliku staatuse eri võimalusi, millest tulenes teatav õigushüvede, vastutuse ja aruandekohustuse määramatus haiglate juhtimisel. Seaduse 2002. aastal jõustunud uue versiooniga täpsustati, et tervishoiuteenuste osutajad võivad olla eraõiguse alusel toimivad eraõiguslikud üksused, piiratud vastutusega osahingud või aktsiaseltsid (tulunduslikud), sihtasutused (mittetulunduslikud) või füüsilisest isikust ettevõtjad. Institutsioonide puhul on asutajad või omanikud avalik-õiguslikud isikud, seega võib strateegiat nimetada pigem korporatsioonide moodustamiseks kui erastamiseks. Selle strateegia eesmärk oli suurendada otsustamisõigust haigla juhtimistasandil ja selle kaudu luua tõhustavad stiimulid, samas säilitades avaliku sektori huvi esindatuse, sest riik ja omavalitsused nimetavad liikmeid haiglate nõukogudesse. Seadus ei reguleerinud aruandekohustust, välja arvatud tervishoiutee-

nuste riiklik litsentsimine. Teenuseosutajate litsentsimise tugevdamiseks asutati Sotsiaalministeeriumi haldusalas eraldi riigiasutusena Tervishoiuamet (vt eespool), mis võttis üle litsentsimise, millega varem tegeles ministeeriumi osakond.

Ka ravikindlustuse haldamine muutus 2001. aastal. Esialgse ravikindlustuse seadusega ei olnud selgesti määratletud keskhaigekassa ja piirkondlike haigekassade juriidiline staatus, mis tekitas juhtimisprobleeme. Valitsus arutas, kas määratleda haigekassad riigiasutuste, sihtasutuste või iseseisvate avalik-õiguslike juriidiliste isikutena ning otsustas viimase kasuks lootuses, et see stimuleerib haldussuutlikkust, läbipaistvust ja reageerimisvalmidust. Kaks esimest võimalust jäeti kõrvale põhjusel, et riigiasutusele seavad piiri organisatsiooni ja juhtimist käsitlevad põhikirjalised sätted, ning sihtasutus, mis asutatakse pigem valitsuse määruse kui Riigikogu seadusega, ei oleks piisavalt seaduse tasandil reguleeritud. Seevastu Riigikogu mandaadiga asutatud iseseisva avalik-õigusliku organi suhtes kehtiksid rangemad, õigusaktidel põhinevad kaitsemeetmed. 2001. aastal moodustati Keskhaigekassa ja 17 piirkondliku haigekassa asemel Eesti Haigekassa. Samal ajal ühendati maakonna tasandi 17 piirkondlikku haigekassat (asukohaga igas 15 maakonnas ja kahes linnas) Eesti Haigekassa seitsmeks piirkondlikuks osakonnaks, millest kaks aastat hiljem moodustati neli piirkondlikku osakonda. See organisatsiooniline muudatus tugevdas tunduvalt Eesti Haigekassa ostujõudu, kes alustas läbirääkimisi kolmanda etapi eriarstiabiteenuste osutajatega iga-aastaste lepingute sõlmimiseks riiklikul tasandil, milles osalesid kõik piirkondlike osakondade direktorid.

Vastusena kõnealustele reformidele suurenes teenuseosutajate poliitiline aktiivsus. Mitmed valiti 2003. aasta kevadel Riigikogu liikmeks, nende hulgas Eesti Arstide Liidu president. Poliitilise abiministri ametikoha loomist Sotsiaalministeeriumis samal aastal käsitleti samuti ministri reageerimisena survele, mida avaldasid tema enda erakonda kuuluvad teenuseosutajate esindajad, väites, et 1993. aasta ühendamise tulemusena loodud Sotsiaalministeeriumis jäävad tervishoiuküsimused tagaplaanile. Minister otsustas nimetada kõnealusele ametikohale arsti. Kuigi on veel vara hinnata selle ametissenimetamise mõju, näevad paljud tervishoiupoliitika ja finantseerimise aruteludes temas pigem teenuseosutajate huvide esindajat.

Rahvatervise valdkonnas näeb 1995. aasta rahvatervise seadus ette, et üldist vastutust tervisekaitse, tervise edendamise ja haiguste ennetamise eest kannab Sotsiaalministeerium, kuid seadus märgib ka maa-vaanemate ja omavalitsuste üldist kohustust tagada rahvaterviseteenuste kättesaadavus oma haldusüksuse elanikele. Ministeerium kavandab uue seaduse koostamist, mis peaks valmis olema 2006. aastaks ja mis püüdleks selgemini eri sidusrühmade vastutuse ning suunaks tervisekaitseinspeksiooni tähelepanu jõustamis- ja kontrollifunktsiooni täitmiselt rohkem ennetuse, seire ja järelevalve poole. 1990. aastate keskel alustati jõupingutusi nõukogude ajal loodud sanitaar-epidemioloogiasüsteemi ümberkorraldamiseks, ning ministeeriumil on kavas teha jätkuvalt pingutusi, et keskendada riiklik tervishoiusüsteem rahvatervisele ja haiguste ennetamisele.

Kuigi mõned poliitikud on tervishoiusüsteemi kritiseerinud, enamasti ambulatoorse ravi järjekordade tõttu ning üldisemalt seoses murega teenuseosutajate ja Eesti Haigekassa suure autonoomia pärast, ei ole esitatud konkreetseid plaane edaspidiste organisatsiooniliste muudatuste tegemiseks.

Planeerimine, reguleerimine ja juhtimine

Käesolevas peatükis analüüsitakse planeerimises ja reguleerimises viimase kümne aasta jooksul valitsenud lähenemisviise, mille tulemusena tekkis praegu kehtiv süsteem. Peatükis analüüsitakse ka mõningaid teenuste osutamise juhtimisega seotud aspekte.

Tervishoiureformide esimeses laines, mis toimus 1990. aastate alguses, delegeeris valitsus üld- ja eriarstiabi planeerimise ja juhtimise omavalitsustele ning võttis kasutusele rahastamissüsteemina ravikindlustuse, mis põhineb Eesti Haigekassa hüvitistel teenuste eest, mille osutajateks on Eesti Haigekassaga lepingu sõlminud teenuseosutajad. Nende reformide puhul oli esiplaanil seisukoht, et tervishoiuteenuste riiklikku planeerimist ei ole enam vaja; selle asemel arendavad teenusteosutajad ning maa- ja linnavalitsused välja patsientide nõudmistele ja eelistustele vastavad tervishoiuteenused. Sotsiaalministeerium säilitas oma

reguleeriva funktsiooni, andis välja litsentse tervishoiuasutustele ja eraõiguslikele teenuseosutajatele ning pidas arstide registrit. Esimene asutuste litsentsimise ring toimus aastatel 1994–1995, mille tulemusena rida väikesi haiglaid muudeti sotsiaalvaldkonna hooldekodudeks.

Kuid planeerimine omavalitsuste ja maakonna tasandil esialgsete kavade kohaselt siiski toimima ei hakanud, kusjuures suurelt osalt oli selle põhjuseks enamiku omavalitsuste väike elanike arv. Kohalikud huvid omavalitsuse tasemel kippusid keskenduma rohkem kohalike teenuseosutajate säilitamisele kui püüdele tõsta efektiivsust koostöö abil teiste omavalitsustega. Maakonna tasandi teenuste ja teenuseosutajate prioriteetide loomisel kujunes olukord selliseks, et otsuste tegijad olid pigem piirkondlikud haigekassad, mitte omavalitsused ise, kes ei suutnud mõjutada haigekassalepingute mahtu.

1990. aastate keskpaigaks hakati meditsiinilistel erialadel tunnistama, et tervishoiusüsteemi edasiseks arenguks on vaja üldist raamistikku. Mitmed erialaseltsid esitasid Sotsiaalministeeriumile oma arengukavad, soovides, et ministeerium võtaks need arvesse uue litsentsipoliitika väljatöötamisel ja erialakoolituse kavandamisel.

Vajadus uue, suuremate piirangutega litsentsipoliitika järele tekkis õigussüsteemi arengu tulemusena, mille tõttu 1990. aastate algusest pärinenud litsentsimise õiguslik alus oli hägustunud. Muudatused olid vajalikud ka selleks, et valmistuda ühinemiseks Euroopa Liiduga ning ühtlustada Euroopa Liidu tervishoiutöötajate vaba liikumist soodustavad eeskirjad. 2002. aastal jõustus uus tervishoiuteenuste korraldamise seadus, millega asutati teenuseosutajate litsentsimise ja tervishoiusüsteemi järelevalvega tegelev eraldi riigiasutus, Tervishoiuamet (vt eespool). Kõik arstid, hambaarstid, meditsiiniõed ja ämmaemandad peavad end kõnealuses ametis registreerima, enne kui tohivad osutada tervishoiuteenuseid. Maakonna tasandil vastutab üldarstiabi korraldamise järelevalve eest maavalitsus.

Tervishoiu riiklik planeerimine käivitati uuesti 1990. aastate lõpus, kui Sotsiaalministeerium tellis dokumendi “Eesti haiglate arengukava aastani 2015” (Hospital Master Plan 2015), et prognoosida tulevikus vajalikku haiglavõrku. Arengukava koostamiseks korraldatud rahvusvahelise pakkumise võitis Rootsi konsultatsioonifirma ning

kava avaldati aprillis 2000. Kavas toodi esile vajadus vähendada aktiivravi voodikohtade arvu kahe kolmandiku võrra ning koondada aktiivravi 15 suuremasse haiglasse, vähendades 2015. aastaks haiglate koguarvu ühinemiste ja muud tüüpi ümberkorralduste abil kolme neljandiku võrra (68 haigla asemel 15). Olenemata üldsuse negatiivsest suhtumisest, võttis ministeerium selle kava aluseks kohalike poliitikute ja teenuseosutajate ühendustega peetavatel nõupidamistel. Näiteks võimaldas see Sotsiaalministeeriumil ja Tallinna linnavalitsusel Tallinnas varem eraldi tegutsenud väiksemad eriarstiabihaiglad ja polikliinikud ümberstruktureerida neljaks haiglavõrgustikuks.

Erialaseltsidel paluti samuti kava hinnata ning koostada eraldi kavad oma eriala kohta. Pärast arvukaid nõupidamisi ja mõningaid kompromisse kiitis valitsus 2003. aasta aprillis heaks esialgse Eesti haiglate arengukava 2015 leebema versiooni. Selle versiooni kohaselt on 21 haiglat (mitte 15) seaduslik õigus sõlmida Eesti Haigekassaga pikaajalisi lepinguid ning saada riigi investeeringuid. Neliteist väikest maakonnahaiglat sai kinnituse, et neid ei kujundata ümber ambulatoorseteks keskusteks või hooldekodudeks. Kinnitatud kava koos erialaseltside hinnangute ja arengukavadega võeti arvesse nende kriteeriumide väljatöötamisel, mille järgi antakse haiglatele litsentse ja reguleeritakse teenuseliike, mida eri tasandi haiglad tohivad osutada.

Alates 2000. aastast on eriarstiabi üldise pikaajalise planeerimisega tegelnud Sotsiaalministeerium. Eesti Haigekassa kujundab ministeeriumi kavade alusel lühiajalisema lepingute sõlmimise poliitika. Prioriteetide määramine ja kavandamine keskendub tervishoiuteenuste mahule, eelisjärjekorras tahetakse parandada ambulatoorse ravi kättesaadavust (ajalises ja geograafilises mõttes) ning lühendada haiglaravi ooteaegu vastuvõetava määran.

Üldarstiabi planeerimise kohustust jagab Sotsiaalministeerium riigi ja maakonna tasandil. Ministeerium reguleerib perearstide üldarvu maakonnas elanikkonna arvu ja asustustiheduse põhjal. Maavanem kavandab maakonna jaotuse geograafilisteks piirkondadeks.

Inimressursside planeerimine on suhteliselt unarusse jäänud valdkond. 1990. aastate alguses vähendati meditsiinierialadele õppima asujate arvu, üritades sel viisil lahendada nõukogulikku arstide "ületootmise"

probleemi. Alates 1990. aastate keskelt on Sotsiaalministeerium püüdnud teha arsti- ja õenduskoolituse vastuvõtumäärade pikema aja analüüse. Praegu on see terav probleem ning hiljuti koostatud tööjõudu käsitlevates kavades arvestatakse eeldatavat tervishoiutöötajate liikumist Euroopa Liidus.

Üldiselt tulenes teatavate planeerimis- ja reguleerimisfunktsioonide retsentraliseerimise tendents osaliselt 1990. aastate kogemusest, mille põhjal selgus, et detsentraliseeritud kavandamine ei toonud kaasa tasa-kaalustatud arengut ega tervishoiuteenuste tõhusat ja kättesaadavat osutamist, kuigi paljudel juhtudel olid püüdlused paremini reageerida patsiendi vajadustele edukad. Seoses tervishoiu tarbeks suunatavate vahendite vähenemisega 1990. aastate lõpus oli Eesti Haigekassa sunnitud tervishoiuteenuseid ja teenuseosutajaid seadma pingeritta lepingute sõlmimise protsessi kaudu ning mõnikord soovutama teenuse lõpetamist. See seadis küsimuse alla Eesti Haigekassa sedalaadi otsuste õiguspärasuse ja etendas oma osa planeerimise tagasiviimisel riiklikule tasandile ning aruandekohustuse jaotamisel Eesti Haigekassa ja Sotsiaalministeeriumi vahel 2001. aastal.

Haiglate juhtimise autonoomia küsimus oli lahtine kuni uue tervishoiuteenuste korraldamise seaduse rakendamiseni 2002. aastal, millega määratleti selgelt haiglate ja muude tervishoiuasutuste õiguslik seisund. Õiguslike nõuete puudumise tõttu olid haiglad mõnes omavalitsusüksuses mittetulundusühingud, mõnes omavalitsusüksuses aktsiaseltsid ning mõnes munitsipaalasutused. Sotsiaalministeeriumi haldusalas olid mõned kolmanda etapi haiglad ja väike arv teise etapi haiglaid, mida omavalitsused keeldusid 1994. aastal enda omandisse võtmast. Need haiglad olid õigusliku määratluse kohaselt madalama astme riigiasutused hallatavate asutustena. Sellest tulenevalt olid haiglad juhtimise autonoomia ja aruandekohustuse mehhanismide poolest erinevad. Kuigi haiglatel, mis olid seisundilt riigi- või munitsipaalasutused, oli muudest haiglatest vähem juhtimisvabadust, ei olnud ei ministeerium ega omavalitsused tegelikult vahetult seotud nende juhtimisega ning aruandekohustus toimis halvasti. Uus seadus määratles selgelt kõik teenuseosutajad eraõiguse alusel toimivateks eraõiguslikeks üksusteks, milles avaliku sektori huve esindasid nõukogude koosseisus olevad üldsuse esindajad.

Tervishoiusüsteemi detsentraliseerimine

1990. aastate alguse reformid detsentraliseerisid tervishoiusüsteemi olulisel määral, eriti arvestades Eesti väikest rahvaarvu. Üldarstiabi ja teatava eriarstiabi planeerimine usaldati omavalitsustele. Tervishoiu planeerimise ja kontrolli hajutamine maakonna tasandil tõi kaasa tervishoiuspetsialisti ametikoha loomise maavalitsuste juures ning maakonna tervisekaitseteenistuste asutamise. Maakondade ja suurte linnade haigekassad olid 1992. aastal iseseisvad riigiasutused.

Kuid probleemid tekkisid seoses asjaoluga, et mõned funktsioonid olid detsentraliseeritud tasemeni, mis ei suutnud tagada tõhusat toimivust. Enamik omavalitsusüksustest olid liiga väikesed ning nendel ei olnud rahalisi vahendeid oma uute ülesannete täitmiseks, kusjuures maakonna tasandil oli ka raskusi leida vajaliku kvalifikatsiooniga personali. Kooskõlastatuse puudumise tõttu haigekassade vahel loodi 1994. aastal keskhaigekassa, mis allus Sotsiaalministeeriumile ning vastutas maakonna haigekassade tegevuse eest.

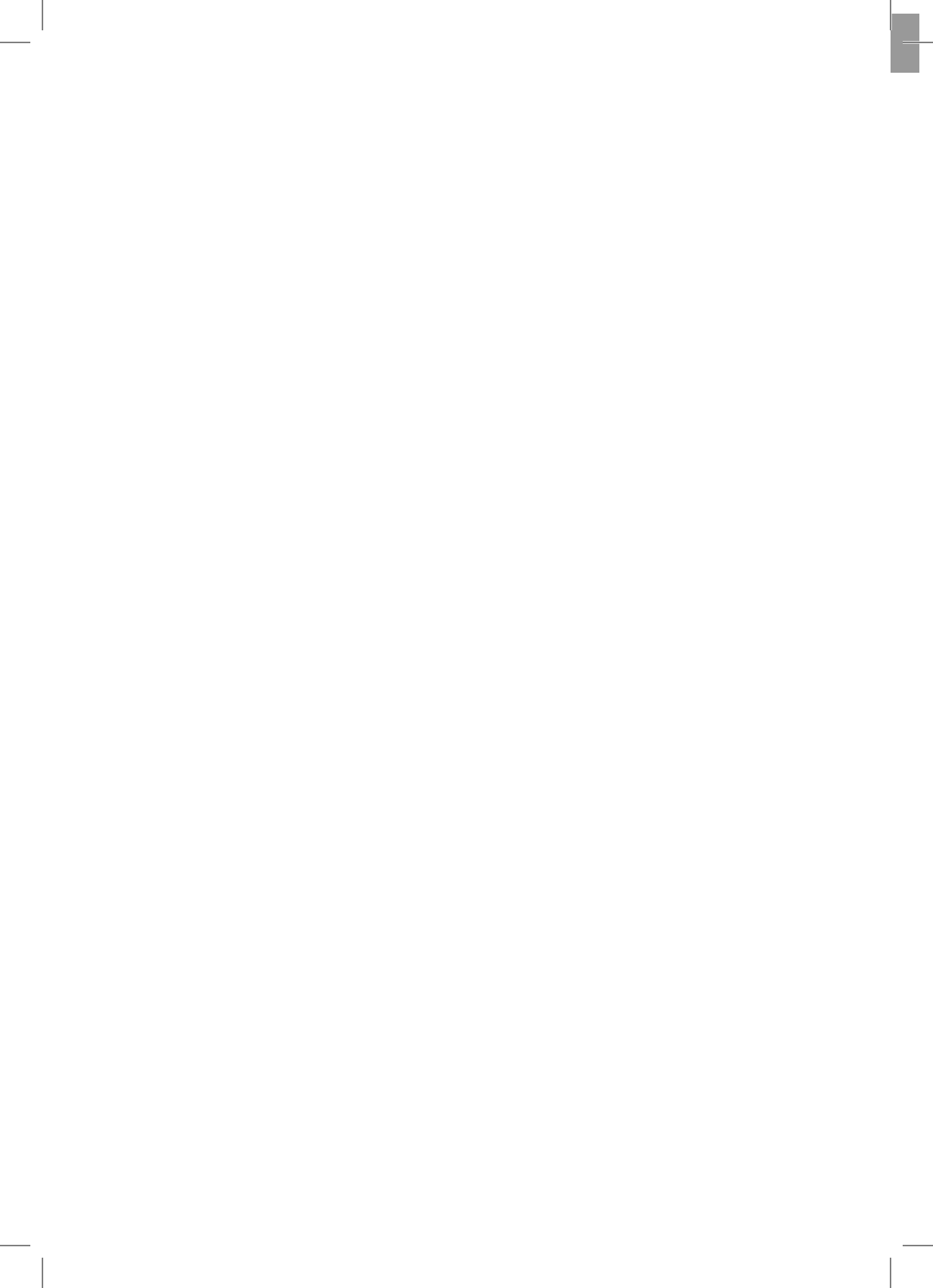
1990. aastate lõpupoole valitses detsentraliseerimises kolm põhilist suundumust. Esiteks viidi vastutus tervishoiu üldise planeerimise eest kindlalt tagasi riigi tasandile, Sotsiaalministeeriumi kontrolli alla. Maakonna- ja munitsipaaltasandi kohustusi seoses tervishoiuteenuste planeerimise ja haldamisega vähendati (vaata peatükki “Planeerimine, reguleerimine ja juhtimine” ja osa “Tervishoiu rahastamine ja kulutused”).

Teiseks tsentraliseerisid organisatsioonid, nagu Eesti Haigekassa ja Tervisekaitseinspeksioon, millel olid esindused igas maakonnas, oma kõnealused teenistused nii, et need hõlmavad nüüd mitut maakonda. Nende muudatuste eesmärk oli parandada kvalifitseeritud personali kasutamise efektiivsust ja hoida kokku halduskulusid. Eesti Haigekassa puhul on suurem tsentraliseeritus tugevdanud ostufunktsiooni, optimeerinud haigekassa haldussuutlikkust ning võimaldanud uutest piirkondlikes teenistustes tööle võtta täistööajaga ökonomistid ja juristid, mis varem ei olnud võimalik.

Kolmandaks on Eesti Haigekassa juhtidele ning teenuseosutajate juhtidele antud suuremad õigused ja kohustused. Tervishoiuteenuste osutajad on nüüd õigusliku seisundi poolest eraõiguse alusel tegutsevad

eraõiguslikud üksused, mis tähendab, et Sotsiaalministeerium ja omavalitsused on delegeerinud vahetu vastutuse teenuseosutaja tegevuse eest haiglanõukogule. Üldarstiabis algas erastamisprotsess 1998. aastal ja lõppes 2002. aastal. Eesti Haigekassale anti 2001. aastal praegune õiguslik seisund iseseisva avalik-õigusliku organisatsioonina, ning see ei allu enam otse Sotsiaalministeeriumile.

Kuna viimased muutused on toimunud üsna hiljuti, ei ole veel olnud piisavalt aega hinnangu andmiseks. Seni ei ole süsteemseid probleeme ilmnenud. Sellega seoses tuleks märkida, et 1990. aastate lõpus toimunud reformid olid hoolikamalt ette valmistatud kui need, mis viidi ellu kümnendi alguses. Näiteks enne Eesti Haigekassale iseseisva õigusliku seisundi andmist uuriti samalaadsete organisatsioonide kogemusi ning mõeldi põhjalikult läbi ja lülitati õigusaktidesse poliitilise ja avaliku aruandekohustuse mehhanismid. Panti paika ka mehhanismid, millega tagada, et Eesti Haigekassa tegevus järgiks riiklikku tervishoiupoliitikat. Sellest hoolimata on neid, kes kahtlemata eelistaksid, et Sotsiaalministeeriumil oleks suurem hierarhiline kontroll Eesti Haigekassa igapäevatöös tehtavate otsuste üle. Suurim väljakutse on tagada, et autonoomsed tervishoiuteenuste osutajad jälgiksid riigi tervise- ja tervishoiupoliitika eesmärke.



Tervishoiu rahastamine ja kulutused

Peamine rahastamis- ja kindlustuskaitseüsteem

Eesti tervishoidu finantseeritakse suures osas avalikust sektorist. Alates 1992. aastast on tervishoiu põhiliseks finantseerimisallikaks olnud töötasudelt makstavad sihtotstarbelised (märgistatud) maksud, mis katavad ligikaudu 66% tervishoiu kogukuludest viimase viie aasta jooksul. Tervishoiu muud avaliku sektori rahastamisallikad on riigieelarve ja omavalitsuste eelarved, mille osaks langeb vastavalt ligikaudu 8% ja 2% tervishoiu kogukuludest. Avaliku sektori osa tervishoiukuludes on vähenenud 80,7%lt 1998. aastal 76,3%ni 2002. aastal (vt tabel 5).

Tabel 5. Tervishoiu peamiste rahastamisallikate protsent, 1990–2002

Rahastamisallikas	1990	1999	2001	2002
Avalik sektor	100,00	76,9	77,8	76,3
Maksud (riigi- ja munitsipaalmaksud)	100,00	10,9	10,8	10,7
Sotsiaal- ja tervisekindlustus	0	66,0	67,0	65,6
Erasektor	0,0	19,6	22,2	23,7
Omaosalus	0,0	14,0	18,6	19,9
Eratervisekindlustus	0,0	0,8	1,1	1,0
Muu	0,0	4,8	2,5	2,8
Muu	0,0	3,5	0,0	0,0
Välisallikad	0,0	3,5	0,0	0,0

Allikad: [11, 12, 13].

2002. aastal katsid tervishoiu rahastamisel eraallikad 23,7% tervishoiu kogukuludest, kusjuures 1998. aastal oli see näitaja 13,2%. Arvatavasti on see näitaja 2003. aastal veelgi suurenenud pärast piiratud omaosaluse kehtestamist ambulatoorses ja statsionaarses ravis (vt allpool). Omaosalusmaksed (välja arvatud eratervisekindlustus) moodustavad 83,9% erakulutustest tervishoiule. Sellised maksed on alates 1990. aastate keskelt pidevalt kasvanud ning on seotud põhiliselt ravimi- ja hambaravikuludega. Eratervisekindlustus koosneb peamiselt reisikindlustusest.

Välisallikate osa tervishoiu rahastamisel Eestis on väiksem ning langes peaaegu 0%ni tervishoiu kogukulutustest aastal 2001. Kuid välis-toetuse määrad võivad eelolevatel aastatel jälle tõusta peamiselt seetõttu, et Eesti on Euroopa Liidu liige (vt allpool).

Käesolevas osas kirjeldatakse põhilist finantseerimis- ja kindlustuskaitse süsteemi, mis toimib Eesti Haigekassa kaudu: iseloomustatakse lühidalt kriteeriume, mis annavad õiguse Eesti Haigekassa kindlustuskaitsele, ning viisi, kuidas maksuamet töötasudelt makstavad sihtotstarbelised maksud kogub ja Eesti Haigekassa need ühendab. Peatükis "Täiendavad rahastamisallikad" käsitletakse muid rahastamisallikaid, nende hulgas riigieelarvet ja omavalitsuste eelarveid, omaosalusmaksed, vabatahtlikku tervisekindlustust ja rahastamist välisallikatest.

Tervisekindlustuse rahastamine ja kindlustuskaitse

Eesti Haigekassa on tervisekindlustuse eest vastutav avalik-õiguslik sõltumatu asutus. See toimib nelja piirkondliku osakonna kaudu, millest igaüks hõlmab kaks kuni kuus maakonda. Eesti Haigekassa peamised ülesanded on puulida (st ühte kokku koguda) rahalised vahendid, maksta tervishoiuteenuste eest (kaasa arvatud ravimid) ja maksta välja teatavad haigus- ja sünnitushüvitised.

2003. aasta lõpus oli Eesti Haigekassa ravikindlustus 94%l rahvastikust (1 272 051 inimest). Eesti Haigekassa kindlustuskaitse saamise õiguse aluseks on elukoht Eestis ja kuulumine seadusega määratletud konkreetsetesse rühmadesse kui võrdsustatud. Võimalust ravikindlustussüsteemist välja astuda ei ole. Ainus kindlustuskaitse alt välja jääv rühm on kinnipeetavad, kelle tervisekaitset korraldab

ja selle eest tasub Justiitsministeerium (vt osa “Tervishoiusüsteemi organisatsiooniline struktuur ja juhtimine”). Alates 2002. aasta lõpust on mõnel varem kindlustuskaitseta rühmal olnud võimalus saada kindlustus vabatahtlikkuse alusel (vt allpool).

Eesti Haigekassa kindlustatud isikud jaotatakse nelja põhikategooriasse: need, kes teevad ise oma osamaksed (läbi sotsiaalmaksu), need, kelle eest teeb osamaksed riik, need, kellel on seaduslik õigus kindlustusele ise osamakseid tegemata, ja need, kes on kindlustatud rahvusvaheliste lepingute alusel. Tabelis 6 kirjeldatakse kõnealuseid eri rühmi ning esitatakse kindlustatute protsent iga rühma kohta.

Töötajad ja füüsilisest isikust ettevõtjad teevad osamaksed Eesti Haigekassasse töötasudelt makstava sihtotstarbelise maksuna, mida kogub maksuamet. See on nn sotsiaalmaks, mis katab nii tervisekindlustuse kui ka pensionimaksed (vastavalt 13% ja 20% töötaja palgast ja füüsilisest isikust ettevõtja tuludest). Tegelikult teevad töötajate eest osamaksed tööandjad, seega ei maksa töövõtjad tervisekindlustuse eest otseselt. Valitsuse esialgse kava kohaselt oleks tervisekindlustusmaksed tulnud jagada töövõtjate ja töötajate vahel vahekorras 10% ja 3%, kuid seda kava ei ole ellu viidud. Valitsus on määranud töötajate ja füüsilisest isikust ettevõtjate sotsiaalmaksu alammäära riigi poolt kindlustatud isikute osamaksemäära põhjal. Varem kehtis füüsilisest isikust ettevõtjate puhul sotsiaalmaksu osamakse ülemmäär, kuid see on kaotatud. Maksuamet kannab sotsiaalmaksu tervisekindlustusele ettenähtud osa üle Eesti Haigekassale.

Konkreetsed rühmad kindlustatakse osamaksetega riigieelarvest, nende hulgas lapsehoolduspuhkusel isikud väikelastega (vt tabel 6), töötutena registreeritud isikud (seaduslik õigus kindlustusele kuni üheksa kuud) ja puuetega inimeste hooldajad. Riigi osamakse kõnealuste rühmade puhul määratakse kindlaks igal aastal siis, kui riigieelarve kinnitatakse (vt allpool). Kui seda meetodit 1999. aastal esmakordselt rakendati, oli riigi osamakse 13% riiklikust miinimumpalgast (summa, mille määravad kindlaks tööandjate liidud ja ametiühingud omavahelisel kokkuleppel ning mille kinnitab valitsus), kuid seadust muudeti järgmisel aastal ning riigi osamakse aluseks olnud riigi miinimumpalk asendati igal aastal kindlaksmääratava summaga. Praktikas on see tähendanud, et riigi osamakse ühe isiku kohta on jäänud 1999. aasta tasemele.

Tabel 6. Eesti Haigekassa kindlustuskaitse kriteeriumid ja kindlustusvõtjate protsent kindlustatute eri rühmades, 2003

Rühm	Osamakse/kindlustuskaitse alus	Kindlustatud isikute protsent
Kindlustatud isikud, kes maksavad sotsiaalmaksu ise või kelle eest maksab sotsiaalmaksu tööandja	Tööandja osamakse või isiku enda osamakse	45,90
Töötajad	Tööandjad maksavad 13% palgast	44,30
Füüsilisest isikust ettevõtjad	Füüsilisest isikust ettevõtjad maksavad 13% tuludest	1,60
Vabatahtlik liikmelisus	13% eelmise aasta riigi keskmisest palgast	0,02
Kindlustatud isikud, kelle eest maksab sotsiaalmaksu riik	Riigi osamakse	3,80
Lapsehoolduspuhkusel isikud, kelle laps on alla 3aastane; üks mittetöötav lapsevanem, kelle laps on alla 8aastane; üks lapsevanem perekonnast, kus kolm last on alla 19aastased	13% igal aastal määratletud summast	1,70
Registreeritud töötud	13% igal aastal määratletud summast (õigus kindlustusele 270 päeva)	1,20
Puuetega inimeste hooldajad	13% igal aastal määratletud summast	0,75
Kohustuslikus ajateenistuses olevad mehed	13% igal aastal määratletud summast	0,16
Radioaktiivse saastatusega kokkupuutunud isikud (peamiselt seoses Tšernobõli katastroofiga)	13% igal aastal määratletud summast	0,03
Osamakseid mittetegevad kindlustatud isikud	Osamakse puudub	49,60
Lapsed vanuses kuni 19 aastat	Elukoht	23,90
Pensionärid	Elukoht ja õigus saada riigipensioni	19,70
Puuetega isikud, kellel on õigus saada eripensioni	Elukoht ja õigus saada invaliidsuspensiooni	2,90
Õpilased	Õppimine (osamaksed ei pea tegema nooremad kui 24-aastased õpilased või õppekava nominaalkestuse jooksul)	2,80
Kindlustatud isikute mittetöötavad abikaasad	Enne 2003. aastat kõik; alates 2003. aastast viis aastat enne pensioniiga	0,06
Mittetöötavad rasedad naised alates raseduse 12. nädalast	Elukoht	0,05
Isikud, kes on kindlustatud rahvusvaheliste lepingute alusel		0,49
Venemaa sõjaväepensionärid	Osamaksed tasub Vene Föderatsioon vastava vanuserühma kindlustatud isikute keskmiste kulude alusel	0,30
Muud lepingud	Osamaksed puuduvad; kulud hüvitatakse või loobutakse hüvitamisest	0,19

Allikas: [14].

Muudel rühmadel, sealhulgas lastel, pensionäridel, töövõimetuspensioni saaval isikul ja üliõpilastel on seaduslik õigus kindlustusele ilma nende eneste või riigi osamakseta.

Alates 2002. aasta lõpust laiendati Eesti Haigekassa vabatahtlikku kindlustuskaitset nendele, kes võiksid muidu jääda kindlustuseta. Vabatahtliku kindlustuskaitse taotlemise õigus piirdub Eesti elanikega, kes saavad pensioni välismaalt (tavaliselt seetõttu, et nad on töötanud välismaal ja asunud taas Eestisse pensionieas) ning nende inimeste ja nende inimeste ülalpeetavate puhul, kellel ei ole praegu seaduslikku õigust liikmeks saada, kuid kes on olnud liikmed vähemalt 12 kuud vabatahtliku liikmelisuse taotlemisele eelnenud kahe aasta jooksul. Viimati nimetatud rühm hõlmab üliõpilased, kelle õppeaeg on ületanud nominaalkestuse, ning ajutiselt töötava isikud, kes ei ole end töötutena registreerinud. Vabatahtlikel liikmetel (212 inimest 2003. aastal) on õigus saada täpselt samasuguseid hüvitisi, nagu saavad sundkindlustatud isikud. Lepingu minimaalne kehtivusaeg on üks aasta, kindlustuskaitse algab üks kuu pärast lepingule allakirjutamist. Vabatahtlike liikmete osamakse moodustab 13% statistikaameti poolt avaldatud eelmise aasta riigi keskmisest palgast. 2003. aastal oli osamakse suurus umbes 720 krooni (46 eurot) kuus. Sellele rühmale pakub vabatahtlikku kindlustust ka erakindlustusandja, kuigi pakutavate hüvitiste tase on madalam (vt allpool).

Inimesed kindlustatakse piirkonniti selle põhjal, kus nad elavad ja tervishoiuteenuseid kasutavad.

Need, kes töö tõttu või muudel põhjustel liiguvad ühest piirkonnast teise, võivad valida piirkonna, kus end registreerida. Eesti Haigekassa soovitus on registreeruda piirkonnas, kus asub valitud perearst. Neli piirkondlikku osakonda sõlmivad lepinguid oma piirkonnast väljaspool asuvate teenuseosutajatega ning seega ei pea kindlustusvõtjad kasutama ainult oma piirkonna teenuseosutajaid.

Kõigile Eesti Haigekassa kindlustusvõtjatele anti varem magnetribaga plastkaart (enne 1998. aastat kasutati paberkaarte), mis tuli raviteenuse saamisel esitada. Alates 1999. aastast on teenuseosutajad kohustatud kontrollima patsiendi kaardi kehtivust infosüsteemi kaudu, mis võimaldab teenuseosutajal saada andmed ravikindlustuse kehtivuse ja perearsti kohta. Infosüsteem võimaldab kindlustatud isikul kontrollida

oma isikuandmeid (näiteks nimi, aadress, tööandja, kindlustuse kehtivus ja perearst) riigi elektrooniliste kanalite (e-riik) ja kommertspankade Interneti-kanalite kaudu. Tervisekindlustuse kaart asendati järk-järgult 2001. aastal kasutuselevõetud isikutunnistusega. Patsiendid võivad teenusteosutajatele esitada mis tahes kaardi, millel on nende isikukood, näiteks juhiloa. Euroopa Liidus reisimiseks võivad isikud saada Euroopa tervisekindlustuse kaardi. Kokkuvõttes pakub Eesti Haigekassa kindlustuskaitset umbes 94,3%le elanikkonnast. Kindlustuskaitse määrad on neljas piirkondlikus osakonnas erinevad, ulatudes 92,2%lt ühes piirkonnas kuni 96,4%ni Harjumaal ehk piirkonnas, kus asub Tallinn. Kindlustuskaitse eri tasemete põhjused on sotsiaal-majanduslikud, tulenedes näiteks kauaaegse töötusega seotud piirkondlikest erinevustest.

2002. aastal oli Eesti Haigekassa kindlustuskatteta inimeste hinnanguline arv umbes 77 000 (6% elanikkonnast). Enamik nendest on kas pikaajalised töötud või isikud, kes töötavad mitteametlikult ja seetõttu hoiduvad maksudest kõrvale. Tabeli 7 põhjal võib näha, et kõige tõenäolisemalt jäävad Eesti Haigekassa kindlustuskaitse alt välja tööealised mehed. Vältimatu arstiabi teenuste osutamist kindlustamata isikutele rahastatakse riigieelarvest (vt allpool). Valitsus on teinud alates 2002. aastast Eesti Haigekassale ülesandeks kontrollida nende kaebuste põhjendatust, mis on esitatud seoses vältimatu arstiabi osutamisega kindlustamata isikutele.

Tabel 7. Eesti Haigekassa kindlustatud isikute protsent rahvastiku koguarvust vanuserühmade järgi, 2002

Vanuserühm	Naised	Mehed	Kokku
0–19	99	98	99
20–44	93	83	88
45–64	95	89	93
65+	100	100	100
Kokku	97	91	94

Allikas: [14].

Eesti Haigekassa peamine tuluallikas on osamaksud, mis moodustavad 98–99% kogutulust. Intressitulu moodustab 0,15–0,7% viimastel aastatel, ülejäänud 0,3–0,8% tuleb muudest allikatest.

Tervisekindlustuse reformid ja väljakutsed

1992. aastal asutas valitsus haigekassad igasse 15 maakonda ja kuude linna ning ühe lisahaigekassa meremeestele (kokku 22 haigekassat). Selleks et suurendada siseriiklikku koostöölastamist, moodustas valitsus haigekassade liidu ning seejärel, 1994. aastal keskhaigekassa. Keskhaigekassa loodi eesmärgiga tugevdada keskseid funktsioone, planeerimist, tulude ümberjaotamist piirkondade vahel ja kontrolli rahaliste vahendite üle. Eialgu kontrollisid piirkondlikke haigekassasid maavolikogud (lakkasid olemast 1995. aastal) ja omavalitsused, kuid seejärel läksid need keskhaigekassa alluvusse. 1995. aastaks oli haigekassade arv langenud 22lt 17ni, et tugevdada kohalikku juhtimist. Eri piirkondlike haigekassade poolt kindlustatav elanikkond ei olnud arvuliselt võrdne, ulatudes 10 000st 400 000ni, enamikus haigekassades oli kindlustatute arv 30 000–40 000.

Edasine tsentraliseerimine toimus 2001. aastal, mil keskhaigekassa asendati Eesti Haigekassaga ning piirkondlikud haigekassad ühendati seitsmeks piirkondlikuks osakonnaks. Igasse maakonda jäi Eesti Haigekassa väike osakond, kuid vajaduste hindamine, lepingute sõlmimine ja teenuste eest tasumine toimus piirkondlikes osakondades. Kõnealuse reformi eesmärk oli laiendada piirkonna riskibaasi ja tugevdada Eesti Haigekassa teenuste ostmise funktsiooni. 2003. aastal ühendati seitse osakonda omakorda ning nendest moodustati neli piirkondlikku osakonda, millest igaüks hõlmas 200 000–500 000 kindlustatud isikut.

2001. aasta reform muutis ka haigekassade õiguslikku seisundit; üksikasjalikuma teabe saamiseks vaata osi “Tervishoiusüsteemi organisatsiooniline struktuur ja juhtimine” ning “Tervishoiureformid”.

Viimastel aastatel on ravikindlustussüsteemil olnud kaks suurt väljakutset. Esimene on seotud osamaksete kogumisega. Eialgu kogusid kõnealuseid osamakseid piirkondlikud haigekassad. Kogumise tugevdamiseks andis valitsus 1994. aastal tervisekindlustus- ja pensionimaksetele (vastavalt 13% ja 20% töötasust või tuludest) maksude staatuse ning ühendas need nn sotsiaalmaksuks (33% töötasust/tuludest). 1999. aastal viidi vastutus sotsiaalmaksu kogumise eest piirkondlikelt haigekassadelt ja pensionifondidelt üle maksuametile. Kuigi muudatus vähen-

das esialgu haigekassade tulusid, muutis see pikemas perspektiivis kogumise siiski tulemuslikumaks. Veelgi tähtsam on see, et muudatus andis haigekassadele (ja seejärel Eesti Haigekassale) võimaluse keskenduda ostufunktsiooni täitmisele ja kontrollida tervishoiuteenuste osutamist halduskulusid suurendamata.

Teine väljakutse seisneb selles, et Eesti Haigekassasse osamaksete tegijate ja mittetegijate suhtarv kahaneb. 1992. aastal oli Eesti Haigekassa kindlustuskaitsega hõlmatud 800 000 töötajat ja 600 000 mittetöötavat ülalpeetavat. 1997. aastaks osamakseid tegevate ja osamakseid mittegevate kindlustatute arv võrdsustus. Põhjuseks oli ühelt poolt rahvaarvu vähenemine ja teiselt poolt majanduse ümberstruktureerimine. See tendents on kestma jäänud. 2002. aastaks laekus süsteemi osamakseid töötajatelt või füüsilisest isikust ettevõtjatelt ainult 45% ulatuses kõigist kindlustatutest, 51% ei teinud üldse osamakseid ja 4% oli kindlustatud riigi poolt teostatud osamaksetega.

Alates 1990. aastate lõpust on valitsus üritanud seda probleemi lahendada sel viisil, et on üle vaadanud kindlustuskaitse saamise õiguse kriteeriumid, teinud osamaksed rühmade eest, kellel oli varem õigus kindlustusele osamakseid tegemata, ning piiranud teatavate tööelalistest isikutest koosnevate rühmade õigust osamakseteta kindlustusele. Näiteks 1999. aastal võttis riik osamaksete tegemise vastutuse selliste rühmade eest, nagu lapsehoolduspuhkusel isikud ja töövõimetuspensioniga isikud. Muudetud ravikindlustuse seadusega, mis jõustus oktoobris 2002, piirati Eesti Haigekassa osamakseteta kindlustuskaitse õigust, jättes välja sellise rühma nagu kindlustatud isikute mittetöötavad abikaasad (välja arvatud abikaasad, kellel on pensioniea alguseni vähem kui viis aastat). Selle reformi eesmärk oli peale ravikindlustuses osalejate baasi laiendamise ka ära hoida süsteemi kuritarvitamist. Oli tõendeid, et mõned tegelikult töötavad isikud, kes oleksid pidanud ise tasuma oma osamaksed, kasutasid abikaasale ettenähtud Eesti Haigekassa kindlustuskaitse õigust maksudest kõrvalehoidumiseks. Õppurite õigust Eesti Haigekassa kindlustuskaitsele osamakset tegemata piirati õppeaja nominaalkestusega. Samal ajal laiendati nende isikute rühma, kelle eest teeb osamakseid riik, et lülitada sellesse alla 8aastaste laste üks mittetöötav vanem ning üks lapsevanem perekonnast, kus on kolm alla 19aastast last.

Kuigi 2002. aastal tehtud muudatused suurendasid osamaksete tegijate osa, püsib olukord, et iga kindlustatu kohta, kes ei pea osamakset tegema, tuleb vähem kui üks osamakse tegija. See vähendab solidaarsustunnet tervisekindlustussüsteemis ja mõned osamaksete tegijaid kaebavad, et nad panustavad rohkem, kui vastu saavad. Sotsiaalmaksu määra tõstmist ei ole tõsiselt kaalutud ning üldiselt on tervisekindlustuse, maksumise ja eraallikatest pärinevate kulutuste dünaamika tekitanud vähe poliitilist mõttevahetust, olenemata sellest, et Eesti Haigekassa ja teenuseosutajad on pidevalt tähelepanu juhtinud üldiste maksude osa vähene-misele tervishoiusüsteemi rahastamisel (vt allpool). Mõned poliitikud on soovitanud võtta Singapuri isiklike tervishoiu kogumiskontode (*medical savings account*) eeskujul kasutusele üksikisiku kogumiskontod, kuid konkreetseid ettepanekuid ei ole tehtud. Lähemas tulevikus ei ole oodata olulisi muudatusi.

Ravikindlustushüvitised ja prioriteetide seadmine

Ravikindlustushüvitised

Eesti Haigekassa ravikindlustushüvitised võib jagada kahte rühma: rahalised hüvitised (18,5% kulutustest ravikindlustushüvitistele) ja mitte-rahalised hüvitised (81,5%). Esimese rühma puhul (vt tabel 8) hüvitab Eesti Haigekassa tervisest tuleneva ajutise töövõimetuse, täisealiste hambaravikulud, soodusnimekirjas olevate retseptiravimite täiendavad hüvitamiskulud (kui kumulatiivsed omaosaluskulud on suured) ja tervishoiuteenuste kättesaadavusega seotud sõidukulud (alates 2005. aastast). Ajutise töövõimetusega seotud hüvitist makstakse ajutise haigestumise korral ainult töötavatele isikutele eelmise aasta sissetuleku põhjal, kusjuures muud rahalised hüvitised on kättesaadavad kõigile Eesti Haigekassa kindlustuskaitsega isikutele. Hüvitiste teine rühm hõlmab ennetavad tervishoiuteenused ja raviteenused, ravimid ja meditsiiniseadmed, mille puhul võib kohaldada kulude jagamist (vt allpool).

Üldiselt on Eesti Haigekassa erinevate ravikindlustushüvitiste ulatus väga lai, mis on suuresti tingitud asjaolust, et enne tervisekindlustussüsteemi kasutuselevõtmist rahastas ravikindlustust riik, pakkudes universaalset, üldist tervisekindlustust. Väheste väljaarvatud teenuste hulka kuuluvad kosmeetilise kirurgia, alternatiivravi- ja optikuteenused. Kuid peamine valdkond, milles kindlustuskaitse on järk-järgult vähenenud, on hambaravi. 2002. aasta lõpus jäeti täisealiste hambaravi mitterahaliste hüvitiste loetelust välja ning arvati rahaliste hüvitiste loetelusse (vt tabel 8). Seevastu pakub Eesti Haigekassa alates 2003. aastast kindlustuskaitset hooldusabi, õendusabi ja teatava koduhoolduse korral, laiendades sellega hüvitatavate tervishoiuteenuste loetelu.

Teatavate Eesti Haigekassa mitterahaliste hüvitiste suhtes kohaldatakse kulude jagamist 2002. aasta ravikindlustuse seaduse muudetud versiooniga ettenähtud korras. Tulenevalt teenuseosutajate kaebustest alarahastamisega seoses (vt allpool) antakse nendele uue seaduse kohaselt õigus eri hüvitiste puhul kasutusele võtta piiratud omaosalus, mis kujutab endast kindlaksmääratud makset teenuse kohta (omaosalus kindla määraga, *co-payment*). Teatavate teenuste, näiteks *in vitro* viljastamise ja abordi puhul kehtib kohustusliku omaosaluse nõue, mille on valitsus kinnitanud kindlaksmääratud osana teenustasust (omaosalus protsendina, *co-insurance*) (vt tabel 9). Kulude jagamist käsitlevaid eeskirju kohaldatakse kõigi Eesti Haigekassaga lepingu sõlminud teenuseosutajate suhtes, olenemata nende õiguslikust seisundist. Seaduses märgitakse, et protsendina omaosaluse määr ei tohi olla üle 50% tervishoiuteenuse piirhinnast. Seadusega sätestatakse järgmised kriteeriumid omaosaluse määramiseks tervishoiuteenuste ja muude hüvitiste puhul.

- Teenuse eesmärk on saavutatav muul, odavamal viisil, mille puhul ei ole risk ega muu patsiendile avaldub kahjulik toime oluliselt suurem.
- Teenuse eesmärk on rohkem suunatud elukvaliteedi parandamisele kui haiguse ravimisele või leevendamisele.
- Patsiendid on üldjuhul valmis teenuse eest ise tasuma ning kindlustatud isiku otsus sõlmida teenuste saamise leping sõltub esmajoones sellest, kas Eesti Haigekassa võtab endale kohustuse teenuse eest maksta, või sellest, kui suures ulatuses maksekohustus võetakse.

Tabel 8. Eesti Haigekassa rahalised hüvitised 2003. aastal

Liik	Kirjeldus	Hüvitise määär (summa protsentides või eurodes)
Ajutine töövõimetus ^a	Haigushüvitis ^b	80% sotsiaalmaksuga maksustatavast eelmise aasta sissetulekust Haiglaravi ja ambulatoorne ravi kuni 182 päeva (240 päeva tuberkuloosi puhul) 80%: ajutine töökohustustest vabastamine (kuni 60 päeva) 80%: karantiin (kuni 7 päeva) 100%: kutsehaigus või tööõnnetused (kuni 182 päeva) 100%: vigastus kuriteo tõkestamisel, riigi või ühiskonna huvide kaitsel või inimelu päästmisel (kuni 182 päeva)
	Sünnitushüvitis	100%: rasedus- ja sünnituspuhkus (kuni 140 päeva või 154 päeva kaksikute sünnitamise või komplikatsioonidega sünnituste puhul)
	Lapsendamishüvitis	100%: lapsendajapuhkus (70 päeva alla 10aastase lapse puhul)
	Hooldushüvitis	80%: alla 12aastase lapse põetamine haiglas (kuni 14 päeva) 80%: pereliikme põetamine kodus (kuni 7 päeva) 80%: alla 16aastase puudega lapse või alla 3aastase lapse hooldamine, kui hooldaja on haige või saab sünnitusabi (kuni kümme päeva) 100%: alla 12aastase lapse põetamine (kuni 14 päeva)
Täiskasvanute hambaravi	Üle 19aastased isikud	9,80 eurot (150 krooni) kalendriaastas
	Rasedad	28,80 eurot (450 krooni) kalendriaastas
	Alla 1-aastase lapse ema	19,20 eurot (300 krooni) kalendriaastas
	Suurenenud hambaraviteenuse vajadusega isikud	19,20 eurot (300 krooni) kalendriaastas
	Hambaproteesid üle 63aastastele isikutele ja vanaduspensioni saavatele isikutele	127,80 eurot (2000 krooni) kolme aasta jooksul
Täiendav ravimihüvitis	Ambulatoorse teenuse osutajate poolt määratud soodusnimekirjas olevad ravimid	50% summast vahemikus 384,40–639,00 eurot (6000–10 000 krooni) kalendriaastas 75% summast vahemikus 639,040–1278,00 eurot (10 000–20 000 krooni) kalendriaastas 0% summast üle 1278,00 euro (20 000 krooni) kalendriaastas
Sõidukuluhüvitis	Tervishoiuteenuste kättesaamiseks tehtud kulutused	Plaanitud rakendada alates 2005. aastast

Allikas: [15].

Märkused: ^a Eesti Haigekassa maksab kõnealust hüvitist alates teisest päevast pärast ajutise töövõimetus tekkimist. Hüvitis ühe kalendripäeva kohta arvutatakse asjaomase isiku viimase täieliku kalendriaasta keskmise palga alusel (kõnealusel aastal makstud sotsiaalmaksu summa põhjal).
^b Võimalik kõige rohkem 250 päeva ulatuses kalendriaastas. Töötavad isikud või üle 65 aasta vanused isikud või isikud, kes saavad riikliku töövõimetuspensioni, võivad kõnealust hüvitist saada 60 päeva ulatuses ühe haigestumise kohta, kuid kokku mitte üle 90 päeva aastas.

Retseptiravimite ja meditsiiniseadmete hüvitamine

Esimene põhiline raviminimekiri töötati välja 1992. aastal ning seda kasutati esialgu juhisenä muudest riikidest annetuse nä saadud ravimite puhul. Hiljem kasutasid seda haiglad oma ravimiformularide väljatöötamisel. Seda kasutati ka ravimite soodusnimekirja koostamisel, mida Eesti Haigekassa kasutab hüvitiste maksmisel. Viimastel aastatel on ravimihüvitiste määratlemisega seotud peamiste muudatuste hulgas ka selgete suuniste väljatöötamine, milles käsitletakse ravimite lisamist soodusnimekirja, piirhindade kehtestamist ja geneeriliste ravimite suuremat toetamist.

1993. aastal võeti kasutusele apteekidest ostetud retseptiravimite hüvitamise süsteem. Üksikisikud tasusid igalt ostult kohustusliku, kindla määraga omaosaluse. Süsteem oli suhteliselt lihtne, see toetus retseptiravimite hüvitamise kolmele eri tasemele olenevalt haigusest ning võimaldas rakendada kõrgemaid hüvitamise määrasid laste, puuetega inimeste ja pensionäride puhul. Lühidalt öeldes hüvitati kõik retseptiravimid, mille puhul patsiendi kindla määraga omaosalus ületas 2,60 eurot (40 krooni), 50% ulatuses, kuid mitte üle 12,00 euro (200 krooni) suuruses summas. Raskemate krooniliste haiguste ravimiseks kasutatavate, raviminimekirja kantud ravimite puhul oli omaosalus väiksem (60 eurot ehk 10 krooni) ning nende puhul oli hüvitise määr kas 90% või 100%. Kõnealused nimekirjad koostati WHO põhiravimite kontseptsiooni alusel ning eelisseisundi said ainult need ravimid, mille tõhusus haiguse ravimisel oli tõestatud. Süsteemil oli siiski üks nõrkus, nimelt ei tehtud vahet originaal- ja geneeriliste toodete vahel. Isegi siis, kui saadaval oli mitu geneerilist ravimit, hüvitati originaalravimi hind, kui retseptiga oli määratud originaalravim.

Kuna ravimikulud suurenesid tervishoiule tehtavatest üldkulutustest palju kiiremini, kavandati ja viidi 2001. ja 2002. aastal ellu hüvitamissüsteemi reform. Uue süsteemi õiguslikuks aluseks on 2002. aasta ravikindlustuse seadus. Kõik haiglaravis kasutatavad ravimid on tasuta. Käsimeügist ostetud ravimeid, vitamiini- ja mineraaliasendajaid, taimseid ravimeid jne ei hüvitata. Enamik ambulatoorsetest retseptiravimitest on soodusnimekirjas ning nendega seoses kehtib seaduslik õigus saada Eesti Haigekassalt osalist hüvitist.

Tabel 9. Eesti Haigekassa ja Eesti Haigekassa lepinguliste teenuseosutajate hüvitistega seotud kulude jagamine, 2004

Teenuse liik	Tasud	Tasudest vabastamine
Üldarstiabi/perearstid	<p>Visiit – tasuta</p> <p>Koduvisiit – visiiditasu kuni 3,20 eurot (50 krooni)</p> <p>Juhilubadega jms seotud töendid ja dokumendid – mõistlik lisatasu</p>	<p>Alla 2aastased lapsed ja rasedad alates 12. rasedusnädalast</p> <p>Retseptid, haiguslehed, puude või meditsiinilise abi töendamiseks vajalikud dokumendid</p>
Ambulatoorsed retseptiravimid	<p>Ravimihüvitus – kindla määraga omaosalus 3,20 eurot (50 krooni) ühe retsepti kohta, millele lisandub vähemalt 50% ravimi hinnast (omaosalus maha arvatud); Eesti Haigekassa hüvitise suurus on kuni 12,00 eurot (200 krooni) ühe retsepti kohta</p> <p>Krooniliste haiguste puhul kasutatavad ravimid – kindla määraga omaosalus 1,30 eurot (20 krooni), millele lisandub protsendina omaosalus 0 või 25% ravimi hinnast (miinus eelnev omaosalus) (või 10% isikute puhul, kes on 4–16aastased, saavad töövõimetus- või vanaduspensioni või kes on vanemad kui 63 aastat).</p> <p>Ravimid alla 4aastaste laste ravimiseks – kindla määraga omaosalus 1,30 eurot</p>	<p>Ambulatoorses ravis kasutatavatele retseptiravimitele tehtud iga-aastaste kulutustega seoses kehtib seaduslik õigus saada Eesti Haigekassalt täiendavat ravimihüvitist (vt tabel 8)</p>
Ambulatoorne eriarstiabi	<p>Kindla määraga omaosalus kuni 3,20 eurot (50 krooni)</p>	<p>Alla 2aastased lapsed ja rasedad alates 12. rasedusnädalast</p>
Haiglaravi	<p>Kindla määraga omaosalus kuni 1,60 eurot (25 krooni) päevas kõige rohkem 10 päeva ühe haigestumise kohta</p> <p>Kindla määraga omaosalus, mille määravad teenuseosutajad standardist kõrgema majutamise eest (erapalat, televiisor jne)</p> <p>Protsendina omaosalus eriteenuste puhul vastavalt hinnakirjale</p> <ul style="list-style-type: none"> • raseduse katkestamine patsiendi soovil: 30% • taastusravi (päevas): 20% • meditsiiniseadmed: 10% • <i>in vitro</i> viljastamine: 0–30% 	<p>Lapsed, rasedad, patsiendid intensiivraviüksustes</p> <p>Protsendina omaosalus ei tohiks olla üle 50% nimekirja kantud hindadest</p>

Allikad: [16, 17].

Ambulatoorse raviga seoses määratud retseptiravimite suhtes kohaldatakse nüüd kindla määraga omaosalust 3,20 eurot (50 krooni) ühe retsepti kohta, millele liidetakse teatav osa ravimi hinnast. Üldine hüvitise määr on 50% ravimi hinnast (lahutatakse kindla määraga omaosalus) kuni 12,00 euro (200 krooni) suuruse maksimaalse hüvitiseni retsepti kohta. Valitsuse määruse alusel koostatakse loetelu ravimitest, mille suhtes kehtib väiksem omaosalus suurusega 1,30 eurot (20 krooni) ning mida saab hüvitada 75% või 100% ulatuses. Hüvitise määr on 90% kohaldatakse 75% kategooriasse kuuluvate ravimite suhtes, mis määratakse isikutele, kes on 4–16aastased, kes saavad töövõimetus- või vanaduspensioni või kes on vanemad kui 63 aastat. Juhul kui kõrgema hüvitisemääraga kategooriasse kantud ravimeid kasutatakse muude kui määruses nimetatud haiguste ravimiseks, kohaldatakse üldist hüvitise määr on 50%. Alates 2004. aasta augustist kehtestati alla 4aastaste laste puhul uuesti ravimite täieliku hüvitamise (100%) nõue. Tabelis 8 esitatakse täiendava ravimihüvitise määr patsientidele, kelle kulutused retseptiravimitele on 383,40–1278,00 eurot aastas.

Teatavate haigustega seotud meditsiiniseadmed lülitatakse hüvitatavate tervishoiuteenuste loetellu, kuid nende suhtes kohaldatakse 90% hüvitise määr on ja maksimaalse hüvitise aastast ülemmäär on.

Kulude jaotamine ambulatoorse arstiabi puhul

1995. aastal kehtestati riigihaiqlates ja tervisekeskustes esmase ambulatoorse külastuse tasu 0,30 eurot (5 krooni), kuid mõni kuu hiljem vabastati poliitilise surve tõttu kõnealusel tasust suured rühmad, nagu pensionärid, puuetega inimesed ja lapsed. Sõltumatutel eriarstidel lubati igasuguse reguleerimiseta kehtestada oma tasud, isegi juhul, kui nendel oli haigekassaga sõlmitud leping ja nad said hüvitist. 1990. aastatel kasvas erateenuseosutajate osakaal ja vastavalt sellele ka omaosalusmaksete osa. Paljud arstid asutasid erapraksise, eelkõige hambaravis ja muudel ambulatoorsetel erialadel. Samal ajal kasutasid mõned avalik-õiguslikud asutused ära asjaolu, et tervishoiuasutuste õiguslik seisund tegutseda eraõiguse alusel sihtasutuste ja piiratud vastutusega äriühingutena oli õigusaktidega määratlemata ning kasutasid

erateenuseosutajatele antud õigust kehtestada ambulatoorse arstiabi eest oma tasud. Mõnes haiglas kehtestati tasud ainult eriteenuste, näiteks üksikpalati kasutamise eest.

Alates 2002. aastast kehtivad ambulatoorse arstiabi seotud kulude jagamisel järgmised nõuded: külastuse puhul perearsti juurde omaosalust ei ole, kuigi perearstid võivad määrata maksimaalse tasu 3,20 eurot (50 krooni) koduvisiidi eest, mida Eestis tavapäraselt ka tehakse. Ambulatoorse eriarstiabi osutajad, kellel on leping Eesti Haigekassaga, võivad võtta tasu maksimaalselt 3,20 eurot (50 krooni), kuid mitte juhul, kui patsient on suunatud sama asutuse sees või teise sama eriala arsti juurde. Kuna muudetud 2002. aasta ravikindlustusseadus ei kehtestanud ambulatoorse eriarstiabi tasudega seotud erandit ühegi rühma ega teenuseliigi suhtes, kehtestasid teenuseosutajad kiiresti tasud suurele hulgale teenustele, sealhulgas erakorralise abi osakonna vastuvõttudele, mis kutsus esile üldsuse rahulolematuse. 2003. aasta oktoobris kehtestas äsjavalitud valitsus muudatused, mille kohaselt vabastati tasudest lapsed, rasedad ja erakorralise abi teenused. Alates 2004. aasta augustist on alla 2aastased lapsed ja rasedad alates 12. raseduskuust vabastatud omaosalusest üldarstiabi hulka kuuluvate koduvisiitide ja ambulatoorse eriarstiabi korral.

Kulude jaotamine haiglaravi puhul

Haiglad võivad kehtestada tasu maksimaalselt 1,60 eurot (25 krooni) päevas kuni 10 päeva osas ühe haigestumise kohta. Erandid tehakse laste, rasedusega seotud haiglaravi ja sünnituse ning intensiivravi olevate patsientidega seoses. Haiglad võivad tasusid kehtestada ka tavapärasest parema majutuse eest. Kõigile patsientidele tuleb siiski pakkuda standardmajutust ning juhul, kui see ei ole võimalik, ei tohi standardeid ületava majutuse eest kehtestada lisatasu. Need tingimused kehtivad teenuseosutajate suhtes, kellel on lepingud Eesti Haigekassaga. Muudel juhtudel peavad teenuseosutajad patsiendiga hinna suhtes kokku leppima. Kõnealused hinnad peaksid olema "mõistlikud", kuid neid ei reguleerita hinnalagede abil

Hambaravi hüvitamine

Alates 1990. aastate keskelt on Eesti Haigekassa rahastanud laste hamba- haiguste ennetusprogramme, esmalt vabatahtlikult osaleda soovivatele teenuseosutajatele, kuid seejärel Eesti Haigekassa poolt täielikult rahastatava riikliku programmi alusel. Programm hõlmab suuhügieeni alaseid teadmisi koolides, hambaravikonsultatsioone üksikisikutele, fluoriiditeraapia ja kaitseainete kasutamist, kui see on näidustatud. 2002. aastal lülitati hambaravi hüvitamist käsitlevad uued eeskirjad muudetud ravikindlustuse seadusesse, silmas pidades selgete ja läbipaistvate õiguste kehtestamist lastele ja täisealistele. Eesti Haigekassa tagab praegu tasuta hambaravi lastele ja kuni 19aastastele täisealistele, kaasa arvatud ennetus- ja raviteenused. Täisealiste hambaravi eest tuleb maksta omaosaluse kaudu, kuid selle suhtes kohaldatakse Eesti Haigekassa osalist hüvitamist (vt tabel 8). Teatavate rühmade puhul on hüvitise määär kõrgem (vt tabel 8). Seadus muutis lastele tasuta hambaravi tagamise prioriteediks. Seadusele eelnenud läbirääkimistel arutati nelja võimalust täisealiste hambaravi hüvitamiseks:

1. peaaegu tasuta hambaravi kõigile kindlustatutele väikese seaduses ettenähtud omaosalusega;
2. pakkumiskonkurss piiratud arvule hambaarstidele igas geograafilises piirkonnas, keda rahastatakse üksnes Eesti Haigekassaga sõlmitud lepingute alusel, tagades sellega juurdepääsu väikese sissetulekuga rühmadele;
3. teenuseosutaja vaba valimine koos omaosalusmaksetega, mille Eesti Haigekassa vastavalt hüvitise piirmäärale osaliselt hüvitab;
4. täisealiste hambaravi riiklikult ei rahastata.

Lõpuks valiti kolmas võimalus; esimese puhul otsustati, et avalikest vahenditest ei suuda seda rahastada, ning ülejäänud kaks olid poliitiliselt vastuvõetamatud.

Enne 2002. aastat reguleeriti hambaravihindu, kuid patsientide omaosalust ei reguleeritud, ning seega maksid peaaegu poolte hambaraviteenuste eest patsiendid, lapsed kaasa arvatud. Avaliku arvamuse küsitluse põhjal käis 1999. aastal hambaarsti vastuvõtul 51% 15–74aastastest, kusjuures see näitaja langes 2001. aastal 42%ni ja

2002. aastal 31%ni [18]. Uute hüvitamiseeskirjade kehtestamisest alates suurenes ajavahemikul 2002–2003 mõnevõrra hambaarsti vastuvõtul käinud laste arv. Muudatus ei toonud kaasa hambaarsti vastuvõtul käinud patsientide arvu edasist langust, mis püsis ligikaudu 2002. aasta tasemel. Ainult veidi üle poole 2002. aastal hambaarsti juures käinud patsientidest taotles Eesti Haigekassalt hüvitist, võib-olla oli põhjuseks hüvitise saamise õigust käsitleva teabe puudumine või arvatavad sekeldused, mis kaasnevad suhteliselt väikese summa tagasimaksmisega. Praegu reguleerib valitsus laste, kuid mitte täisealiste hambaravihindu. Täisealiste hambaravihindade järelevalve eest vastutavat organit ei ole.

Välismaal saadud ravi hüvitamine

Ravi välismaal, mille osa üldises tervishoiueelarves on väike, kattis tavapäraselt Eesti Haigekassa kas teatavate riikidega (Soome, Rootsi, Läti ja Leedu) sõlmitud kahepoolsete kokkulepete alusel või Eesti Haigekassa eelneval nõusolekul, kui tegemist oli haruldaste haigustega ja/või kui ravi ei olnud Eestis kättesaadav (keskmiselt umbes 20 juhtu aastas). Kahepoolsete kokkulepete süsteem on muutunud pärast Eesti ühinemist Euroopa Liiduga.

Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu koostamine ja prioriteetide seadmine

1990. aastatel otsustas teenuste tervishoiuteenuste loetellu lisamise ja sellest väljaarvamise üle Sotsiaalministeerium pärast hinnangu saamist ministeeriumi komisjonilt, mis koosnes teenuseosutajate ja haigekassa esindajatest. Hindamise aluseks olid ravi tõhususe kriteeriumid, kusjuures võimaluse korral hinnati uute raviviiside lisamist võrreldes juba olemasolevate teenustega. Haigekassad hakkasid näiteks *in vitro* viljastamist hüvitama 1999. aastal, kuid kindlustus hõlmas ainult kolm *in vitro* viljastamise protseduuri ning seda üksnes alla 35aastaste naiste puhul.

Alates 2002. aastast kohaldati selgemad ja täpsemad eeskirjad ravikindlustusest hüvitatavate tervishoiuteenuste loetellu uute teenuste

lisamiseks ning asjakohase kulude jagamise taseme kindlaksmääramiseks. (Üksikasjalikum teave kulude jagamise kohta on esitatud eespool.) Eesti Haigekassale kui sõltumatule avalik-õiguslikule asutusele tehti selle süsteemi loomisel peamiseks ülesandeks koostada koostöö teiste sidusrühmadega hüvitatavate tervishoiuteenuste loetelu. Loetelu koostatakse Eesti Haigekassa ja Sotsiaalministeeriumi kokkuleppel ning lõpliku otsuse teeb Vabariigi Valitsus, kes kinnitab hinnakirja. Samas kinnitatakse igale loetelu nimetusele hind ja seetõttu kasutatakse mõisteid “hinnakiri” (*price list*) ja “hüviste pakett” (*benefit package*) Eesti tervisekindlustuse süsteemis läbisegi. Allpool kirjeldatud reeglite põhjal käivitab Eesti Haigekassa juhatus ulatusliku teenuste hindamise, esitab seejärel lisamise/väljaarvamise ettepanekud Eesti Haigekassa nõukogule täiendavaks hindamiseks ja Sotsiaalministeeriumile edasi saatmiseks. Ministeerium saadab need valitsusele kinnitamiseks (tavaliselt kord aastas). Teenuseosutajate surve tõttu arutab valitsus uue komisjonisüsteemi kasutuselevõtmist, et saavutada sidusrühmade vahel suuremat konsensust ning pidada läbirääkimisi enne lõplikku otsustamist ja hindade kehtestamist.

2002. aasta ravikindlustuse seadusega sätestatakse teenuste tervishoiuteenuste loetellu lisamise ja sealt välja arvamise järgmised neli kriteeriumit: meditsiiniline efektiivsus, kuluefektiivsus, tervishoiuteenuse vajalikkus ühiskonnale ja kooskõla riigi tervisepoliitikaga ning vastavus ravikindlustuse rahalistele võimalustele. Kriteeriume ei ole selgesti kaalutud, kuid tegelikkuses on kõige tähtsamaks kujunenud rahaliste võimaluste aspekt.

Eriarstide ühendused või teenuseosutajad, kes taotleavad uue teenuse lisamist või olemasoleva teenuse hinna muutmist, peavad koos taotlusega esitama dokumendid kõigi nelja kriteeriumi kohta. Taotlusi hindavad eriarstid, tervishoiuökonomistid, ministeeriumi ametnikud ja Eesti Haigekassa töötajad, kusjuures iga osapool esitab kirjaliku arvamuse Eesti Haigekassale, kes menetlust haldab. Eeldatakse, et taotlus sisaldab ka üksikasjalikku finantsteavet hinna arvutamise aluseks olevate kulude kohta (kriteeriumide alusel, mis on kehtestatud valitsuse määrusega, milles määratletakse kõigi nelja kriteeriumi puhul nõutavad andmed). Kui andmeid kulutuste kohta ei esitata või kui hind tundub erapoolik,

lepitakse lõplikus hinnas kokku taotleja ja/või asjaomase eriala esindajate vaheliste läbirääkimiste tulemusena. Hind peaks katma kõik teenuse osutamiseks vajalikud kulutused, välja arvatud uurimistöo ja spetsialistide erialane koolitus residentuuriprogrammide järgi, mis kaetakse riigieelarvest.

Taotluse, täiendava dokumentatsiooni ja hinna põhjal esitab Eesti Haigekassa nõukogu soovitus Sotsiaalministeeriumile, kes omakorda esitab soovitusel valitsusele. Kõiki soovitusi arutatakse aasta jooksul ning käsitletakse järgmise aasta tervishoiueelarve arutamise ajal ja samal ajal. 2002. ja 2003. aastal käsitleti kõnealuste uute eeskirjade kohaselt rohkem kui sadat uute teenuste lisamise ja loetelus juba sisalduvate teenuste hinna tõusuga seotud taotlust. Kõik teenused, mis olid loetelus enne uute eeskirjade jõustumist 2002. aastal, kiideti heaks ilma vastava hinnanguta.

Viimastel aastatel on hakatud arutama hüviste paketi ja hinnakirja eraldamise üle, toetudes asjaolule, et hinnakiri ei ole parim teenuste eelisjärjekorda seadmise mehhanism ega ka sobiv alus tervishoiuteenuste loetelu koostamisel, kui tegeldakse muude perspektiivsete tasustamisviiside, näiteks diagnoosipõhistel kompleksteenustel (DRGd) põhinevate tasustamisviiside väljatöötamisega (vt osa "Rahaliste ressursside jaotamine").

Peale muudatuste tervishoiuteenuste loetelus võib eelkõige haigekassa kasutada prioriteetide seadmiseks ka muid viise. Näiteks sisaldavad Eesti Haigekassa ja teenuseosutajate lepingud eraldi lisalepinguid teatavate osutatavate teenuste mahu ja hinna kohta. Suurte kulutustega seotud sekkumiste kasutamist kontrollitakse samuti lepingute sõlmimise abil ning teatavatel juhtudel võib konkreetsed piirangud sätestada hinnakirjas või asjaomastes dokumentides. Eesti Haigekassa võttis hiljuti kasutusele tervishoiuteenuste vajaduste hindamise, et jaotada vastavalt vahendeid neljale piirkondlikule osakonnale ja pidada läbirääkimisi lepingute üle, mis võimaldab prioriteetide seadmist ravi ja hüvitiste eri liikide vahel, st kas eelistada üld- või eriarstiabi, rahalisi või mitterahalisi hüvitisi jne (üksikasjalikumate andmete saamiseks selle protsessi kohta vaata osa "Rahaliste ressursside jaotamine"). Teenuste ülemäärast kasutamist (näiteks elektrofüsioteraapia taastusravis), mis oli endises NSV

Liidus tavapärane, reguleeriti teenuseosutaja maksemehhanismidesse inkorporeeritud soodustuste abil.

Sellest hoolimata jätkub kaudne prioriteetide seadmine teenuseosutajate tasandil. Kliiniliste suuniste kasutuselevõtmine 1990. aastate lõpus võimaldas seda üksikarstide tasandil (kliiniliste juhiste kohta täiendava teabe saamiseks vaata osa "Rahvatervise ja tervishoiukorraldus"). Tervishoiuteenuste prioriteetide seadmisel on kasutatud ka keskselt koordineeritud (tsentraalseid) ravijärjekordi. 2001. aastal kehtestati Sotsiaalministeeriumi määrusega eri raviliikide ravijärjekorrad. Järgmisel aastal suunati ravijärjekordadega seotud otsuste tegemine Eesti Haigekassa nõukogule. Üksikasjaliku teabe saamiseks ravijärjekordade kohta valdkondade kaupa vaata osa "Rahvatervise ja tervishoiukorraldus". Eri viiside väljatöötamine ravijärjekordade mõõtmiseks ning algatused, mille eesmärgiks on järjekordade lühendamine ja ravi kättesaadavuse suurendamine, on kasvav tegevusvaldkond. Riigikontroll hindas 2003. aastal samuti ravijärjekordade mõõtmise viise ning rõhutas, et teenuseosutajad peaksid järjekorra reguleerimisse tõsisemalt suhtuma, võtma kõigi raviliikide puhul kasutusele asjakohased ja tsentraliseeritud mõõtmismehhanismid ning tagama, et teave järjekordade kohta oleks üldsusele kättesaadav.

Avalikud mõttevahetused prioriteetide seadmise ümber ilmusid esmakordselt juhtivatesse ajalehtedesse 2002. aastal. Ajalehtedes tõsteti esile leukeemiaravimite ja kohleaarimplantatsioonide kõrge maksumus. Eesti Haigekassa korraldas 2002. aasta aprillis uuringu eesmärgiga välja selgitada, kuidas tuleks avaliku arvamuse kohaselt jaotada täiendavad vahendid; uuring oli osa katsest kaasata üldsus otsuste tegemisse, mille alusel määratakse kindlaks prioriteetsed tervishoiuteenused. Inimestel paluti eraldada rahalisi vahendeid eri valikute tarbeks, näiteks kohleaarimplantatsioon, tasuta hambaravi kõigile, tasuta hambaravi eakatele, tasuta hambaravi ainult lastele, lühemad liigeseproteeside ooteajad, arstide suuremad palgad jne. Kõiki valikuid kirjeldati lühidalt ning esitati nendega seotud kulud. Tulemuste põhjal selgus, et suur osa vastajatest eelistas eraldada vahendid valikutele, mida oli suhteliselt odav teostada, näiteks tasuta hambaravi lastele, taastusraviteenused ja glaukoomioperatsioonide lühemad ooteajad. Valikuid, mis hõlmasid

poole või enam eelarvest, eelistati vähem. Elanikkonna eri rühmad olid eri arvamusel, mida tuleks eelisseisundisse seada. Näiteks pöörasid kõrgema haridustasemega inimesed rohkem tähelepanu tervishoiutöötajate palgatasemetele, kuid madalama haridustasemega vastajad eelistasid tasuta hambaravi kõigile või vähemalt pensionäridele. Vastused erinesid ka vanuserühmade kaupa, nooremad inimesed soovisid rohkem toetada veredoonorite HIV-teste ja tasuta hambaravi lastele. Vanemad inimesed oleksid rohkem toetanud tasuta hambaravi pensionäridele ning lühemaid ooteaegu glaukoomi- ja liigeseasendusoperatsioonidele. Uuringuga selgitati samuti välja, kes peaks avaliku arvamuse kohaselt tegema hüvitatavate tervishoiuteenustega seotud otsused. Enamik vastanutest arvas, et Sotsiaalministeerium, seejärel Eesti Haigekassa ja valitsus. Nooremad inimesed eelistasid Eesti Haigekassat ja avalikku otsuste tegemist. Vanemad inimesed eelistasid Sotsiaalministeeriumi. Kuigi selle uurimusega ei saadud piisavalt andmeid otsuste tegemise kohta uurimuses osalenud valimi väiksuse tõttu, oli see siiski õnnestunud katse ärgitada avalikku mõttevahetust prioriteetide seadmise küsimuses. Pärast seda ei ole samalaadseid arutelusid toimunud ning näib, et avaliku sektori huvi küsimuse vastu on vähenenud.

Täiendavad rahastamisallikad

2002. aastal moodustasid riigieelarve, omavalitsuste eelarved ja erarahastamisallikad vastavalt 8,1%, 2,5% ja 23,7% tervishoiu kogurahastamisest (vt tabel 5). Välisallikad tervishoiu rahastamises 2002. aastal ei osalenud. Käesolevas peatükis käsitletakse täiendavatest rahastamisallikatest kõiki allikaid järgemööda.

Rahastamine riigieelarvest ja omavalitsuse eelarvest

Viimastel aastatel on riigieelarve ja omavalitsuste eelarvete osa tervishoiu rahastamisel vähenenud, mis on viinud riiklike kulutuste osa üldise vähenemiseni tervishoiu kogukulutustes (80,7%lt 1998. aastal 76,3%ni 2002. aastal). Rahastamine riigieelarvest ja omavalitsuste eelarvest ei ole

Tabel 10. Riigieelarvest tervishoiule eraldatavad vahendid teenuseliigi kaupa (% kogusummast) 2002. aastal

Teenuse liik	%
Kiirabiteenused	30
Haldus	21
Vältimatu arstiabi kindlustamata isikutele	16
Ravimid ja tervisehooldusvahendid	11
Kapitalimahutus	11
Ennetusprogrammid	7
Muud tervishoiuteenused	4

Allikas: [5].

vähenenud valitsuse vastutuse või funktsioonide muutumise tõttu, vaid sellepärast, et assigneeringud tervishoiule ei ole kasvanud sama kiiresti, nagu on suurenenud üldine eelarve.

Enamik riiklikust tervishoiueelarvest kulub kiirabi poolt osutatud teenustele ja halduskuludele (välja arvatud Eesti Haigekassa halduskulud). Kiirabiteenuseid rahastab tervishoiuamet, kes sõlmib lepingud ambulatoorsete teenuste osutajatega. Kindlustamata isikutele rahastatakse riigieelarvest ainult vältimatut arstiabi. Esialgu vastutasid maakonnad või omavalitsused vältimatu arstiabi rahastamise ja muude arstiaabiliikide korraldamise eest kindlustamata isikutele. Kuna suunised Sotsiaalministeeriumilt puudusid ning omavalitsused olid elanikkonna suuruse poolest väga erinevad, oli arstiabi kättesaadavus kindlustamata isikutele kogu riigi ulatuses küllaltki erinev; omavalitsused määratlesid vältimatu arstiabi ulatust erinevalt ja suhteliselt üldiselt. Mõnes piirkonnas ei pannud maavalitsused seda vastutust omavalitsustele. Alates 2002. aastast nõudis minister, et Eesti Haigekassa kontrolliks kindlustamata isikute vältimatu arstiabi hüvitamisnõuete põhjendatust, eesmärgiga tagada kõikjal riigis võrdne juurdepääs erakorralisele arstiabile, kuigi riik jätkab kõnealuse arstiabi rahastamist. Ministri arvates suudab Eesti Haigekassa kontrollida teenuseosutajatelt saadud hüvitamisnõuete põhjendatust halduslikult tõhusamalt kui omavalitsused või maavalitsused. Praegu saavad ühesuguseid vältimatu arstiabi teenuseid vajavad inimesed ühesuguseid teenuseid ning elukohast tingitud erinevust ei ole.

Mitmed osalised, nende hulgas teenuseosutajad, Eesti Haigekassa ja Sotsiaalministeeriumi ametnikud, on kutsunud üles suurendama üldisest maksutulust tulenevat osa tervishoiu rahastamises, eelkõige silmas pidades kapitalimahutust ja esmaabiteenuste osutamist kindlustamata isikutele. Mõned poliitilised erakonnad, kes on enne valimisi toetanud valitsusepoolse rahastamise suurendamist, ei ole võimul olles midagi ette võtnud.

2002. aastal omavalitsuste eelarvest tervishoiule eraldatavad vahendid kulutati esmajoonel kapitalikulude katteks (56,6% omavalitsuse eelarvest tervishoiule eraldatavast kogusummast). Neid vahendeid kasutati ka tervishoiuteenuste (19,8%) ja halduskulude (20,6%) eest tasumiseks.

Rahastamine välisallikatest

Välisallikatest rahastamine ei ole märkimisväärselt suur. 1998. aastal moodustas see 1% tervishoiu kogukulutustest ning jõudis 2001. aastaks peaaegu nullini. On oodata, et rahastamine välisallikatest siiski suureneb 2004. aastal peamiselt kavandatud investeringute tõttu haiglate infrastruktuuri Euroopa Liidu struktuurifondidest, aga ka muudest allikatest (vt allpool).

Rahastamist välisallikatest on üldiselt kasutatud pigem investeerimiseks inimressurssidesse ja tehnoloogiasse kui tegevuskulude katteks. Näiteks on kahepoolsete programmide abil muretsenud haiglatele meditsiiniseadmeid. Mõned programmid on suunatud kliinilistele probleemidele, organisatsioonilisele arendustööle (sealhulgas terviseteadesüsteemid ja kvaliteedi tagamine) ning juhtimiskoolitusele.

Varem oli peamiseks väliseks rahastamisallikaks Maailmapank. Maailmapangalt 1992. aastal saadud esimese laenu tervishoiule ettenähtud osa oli 3 miljonit USA dollarit, mida kasutati esmatähtsate ravimite ja kõrgtehnoloogilise aparatuuri ostmiseks haiglatele. Jaapani impordi- ja ekspordipangalt saadud 4,5 miljoni USA dollari suurune laen kasutati samuti ravimite ja tervishoiutehnoloogia muretsemiseks. Teine laen Maailmapangalt saadi 1995. aastal tervishoiureformide toetuseks. Kogu 18 miljoni USA dollari suurune summa investeeriti peamiselt Tartu Ülikooli arstiteaduskonna uue hoone ehitamisse ning seda täiendati

doonorite poolt rahastatavate kahe- ja mitmepoolsete arendusprogrammide ja riigieelarvest eraldatud vahenditega Maailmapanga Eesti tervishoiuprojekti raames (täiendava teabe saamiseks vaata osa “Tervishoiureformid”).

2000. aastal algasid uued läbirääkimised Maailmapangalt kolmanda laenu saamiseks haigla- ja hooldusravireformide toetuseks ning uue kapitalimahutuste süsteemi kasutusele võtmiseks. Kuid läbirääkimised lõpetati valitsuse vahetumise tõttu. Uus valitsus taotles haiglatega seotud investeringute rahastamist Euroopa Regionaalarengu Fondilt ning Eesti loodab ajavahemikul 2004–2006 saada 388,67 miljonit krooni (umbes 25 miljonit eurot) viie haiglaga (piirkondlikud keskused) seotud investeringuteks.

HIV/AIDSi puhangu tõttu süstivate narkomaanide hulgas taotles Eesti finantsabi ülemaailmselt HIV/AIDSi, tuberkuloosi ja malaaria vastu võitlemise fondilt. On heaks kiidetud 10 miljoni USA dollari suurune toetus ennetus- ja koolitustöö tugevdamiseks riskirühmades ja noorte hulgas ning HIV-positiivsete isikute ravimikulude katmiseks. Kõnealust toetust käsitatakse erandina üldisest poliitikast, mille kohaselt rahastamist välisallikatest kasutatakse pigem investeerimiseks kui tegevuskulude katmiseks.

Erakulutused

Tervishoiu rahastamise eraallikateks on ametlikud ja mitteametlikud omaosalusmaksed, vabatahtlik tervisekindlustus ja teatavad muud kulutused. Viimastel aastatel on eraallikatest rahastamise osa tervishoiu kogukulutustes kasvanud 13,2%lt 1998. aastal 22,2%ni 2001. aastal. Tõenäoliselt on see veelgi suurenenud pärast piiratud omaosaluse ulatuslikku kehtestamist ambulatoorses ja haiglaravis 2003. aastal. Eratervisekindlustus koosneb peamiselt reisiravimisekindlustusest.

Omaosalus

Omaosalus (*out-of-pocket payments*) koosneb Eesti Haigekassa hüvitistega seotud kohustuslikust kulude jagamisest, otsemaksetest nendele

Tabel 11. Omaosalusmaksete osa tervishoiu kogukulutustes Eestis teenuse liigi kaupa, 2001–2002

Teenuse liik	2001	2002
Ravimid	53,6	50,6
Hambaravi	25,0	24,1
Muud ravimikulud	8,0	7,7
Taastusravi	3,1	8,0
Ambulatoorne arstiabi	4,2	5,2
Haiglaravi	2,3	0,8
Muud	3,8	3,6
Kokku	100,0	100,0

Allikad: [5, 13].

teenuseosutajatele, kelle teenused ei kuulu Eesti Haigekassa hüvitatavate tervishoiuteenuste loetelusse, ja mitteametlikest maksetest. Alates 1990. aastate keskelt on omaosalusmaksete osa tervishoiu kogukulutustes pidevalt suurenenud enamjaolt tänu erasektori kasvule. 2001. aastal moodustasid need 19% tervishoiu kogukulutustest ning kulutati peamiselt ravimitele ja hambaravile (vt tabel 11).

Ülevaate saamiseks Eesti Haigekassa hüvitistega seotud kulude jagamisest vaata peatükki “Ravikindlustushüvitised ja prioriteetide seadmine” ning tabelit 9. Kulude jaotamise süsteem, mis kehtib 2002. aasta ravikindlustuse seaduse jõustumisest alates, on tulemuseks poliitilisele kokkuleppele teenuseosutajatega, kellest paljud kaebasid juba ammu tervishoiusüsteemi vaegrahastamise üle. Avalik arvamustevahetus keeles enamjaolt argumentide ümber suurendada tulusid tervishoiutöötajate palkade tõstmiseks. Esitati ka argumente tasude kehtestamise poolt vastukaaluks tervishoiuteenuste “ebavajalikule” kasutamisele. Eesti Perearstide Selts toetas näiteks jõuliselt arsti vastuvõtul makstavat omaosalust, et vähendada selliste külastuste arvu, mida nad nimetasid ebavajalikeks. Kuid valitsus suutis säilitada ravikindlustuse seadusega sätestatud vaba juurdepääsu põhimõtte üldarstiabile, ning kehtestas omaosaluse üksnes koduvisiitide suhtes. Voodipäevatasu sisseseadmine kavandati selleks, et avaldada vastutoimet teatavale motivatsioonile, mis tekkis haiglatel, kui hüvitamine toimus päevatasu alusel. Nii piirati

teenuseosutaja motivatsiooni hoida inimesi nädalavahetusel põhjusest haiglas ja suurendati nende motivatsiooni haiglasoleku aega lühendada.

Sotsiaalministeerium ega Eesti Haigekassa ei kogu siseriiklikke andmeid teenuseosutajate kehtestatud tegelike summade kohta. Näib, et enamik teenuseosutajaid on siiski kehtestanud tasud, kusjuures suuremates linnades töötavad perearstid peavad õigeks kehtestada maksimaalsed tasud ning perearstid väiksemates linnades ja maapiirkondades võtavad väiksemat tasu. Eesti Haigekassa tellitud uurimuse põhjal leiti, et tasu 1,60 eurot (25 krooni) oleks 38%le kindlustatud elanikkonnast rahaliseks takistuseks perearsti poole pöördumisel. Uurimuse põhjal selgus veel, et koduvisiiditasu 3,20 eurot (50 krooni) oleks rahaliseks takistuseks 51%le ning tasu 1,60 eurot (25 krooni) oleks takistuseks 22%le kindlustatud inimestest. Seni ei ole veel ametlikult analüüsitud kulude jagamise mõju kasutusele. Kõige hilisema iga-aastase arstiabiga rahulolu uuringu (tellijal on Eesti Haigekassa ning elluviija mainekas turu-uuringutega tegelev äriühing) andmetest selgub, et patsiendid peavad tasude määra ja ravimitega seotud omaosalust teiseks kõige olulisemaks probleemide põhjuseks, millega nad ambulatoorse eriarstiabi taotlemisel kokku puutuvad.

Teatav erakulutuste tõus Eestis tuleneb nn “ette ostmisest”. Ravijärjekordade tõttu otsustavad mõned patsiendid saada ravi ise rahastades, mis tähendab, et nad peavad kinni maksma kõik kõnealuse raviga seotud kulud. Alates 1999. aastast on ambulatoorsete külastuste ooteajad pikenenud mõnes piirkonnas ja mõne eriarsti juurde (näiteks günekoloogilised visiidid Tallinnas) (vt allpool). Plaanilise kirurgia ooteajad suuremates haiglates on samuti kasvanud rangema lepingute sõlmimise ja hüvitamise korra tõttu; kolme järjestikuse aasta jooksul keeldus Eesti Haigekassa maksmast kõnealustele haiglatele hüvitisi lepinguga ettenähtud mahtu ületavate teenuste eest. (Lisateabe saamiseks ooteaegade kohta vaata peatükki “Ravi kättesaadavus ja kvaliteet“.)

Hiljaaegu kehtestas valitsus “etteostmist” käsitlevad eeskirjad, et piirata patsientide võimalusi teenust ise rahastades kiiremini ravile pääseda: see on lubatud ainult juhul, kui tsentraalne ravijärjekord tekib rahaliste vahendite puudumise tõttu, st kui teenuseosutaja on ammendanud Eesti Haigekassaga sõlmitud lepingus ettenähtud teenuste mahu; järjekorra

tekkimist ei saa õigustada teenuseosutaja võimsuse puudumisega, ning järjekord on lubamatu juhul, kui selle tõttu viibib isiku ravi, mida Eesti Haigekassa oleks rahastanud. Arstiabiga rahulolu iga-aastase uuringu andmete põhjal selgub, et 4% 2003. aastal ambulatoorset eriarstiabi taotlenud isikutest kaalus maksmise võimalust või maksis selleks, et järjekorras ette pääseda. Samalaadsed andmed haiglaravi kohta puuduvad.

Mitteametlik maksmine ei ole Eestis üldlevinud ja seda esineb endistviisi suhteliselt harva. Haigekassa 1998. aastal tellitud representatiivse uuringu põhjal tõdeti, et 1% uuringuga hõlmatud isikutest maksis arstile lisatasu sularahas. Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsiooni (OECD) rahastatud 2002. aasta uuring näitas, et alla 1% tervishoiuteenuse kasutajatest oli maksnud mitteametlikku tasu, kusjuures põhiliselt patsiendi enda algatusel. Maksete keskväärtus oli 122 eurot (1903 krooni) ja mediaan 16 eurot (250 krooni). Need, kelle puhul oli mitteametlik tasu tõenäolisem, olid vene keelt esimese keelena kõnelevad isikud ja isikud, kes soovisid vältida edasisuunamise printsiibil toimivat perearstisüsteemi. 49% kõigist vastanutest pidasid arstile mitteametlikku tasumist korrupsiooniks (12% ei olnud selle kohta oma arvamust), kusjuures 40% oli valmis mitteametlikku tasu nõudnud arsti korrumpeerumisest teatama (10% puudus oma arvamus) [19].

Vabatahtlik tervisekindlustus

2002. aasta lõpus hakkasid Eesti Haigekassa ja erakindlustusandja pakkuma vabatahtlikku kindlustust isikutele, kellel muul viisil ei olnud seaduslikku õigust Eesti Haigekassa kindlustuskaitsele (näiteks Eesti Haigekassa kindlustusega isikute mittetöötavad abikaasad). Täpsemat teavet Eesti Haigekassa vabatahtliku kindlustuskaitse kohta vaata eespool. Asendav vabatahtlik tervisekindlustus, mida pakub erakindlustusandja, on märkimisväärselt piiratum kui Eesti Haigekassa pakutav vabatahtlik kindlustuskaitse. Esmalt on see kättesaadav ainult isikutele vanuses 3–60 aastat ning 3–18aastased lapsed saavad olla kindlustatud ainult juhul, kui nende vanematel on samuti kindlustuskaitse. Teiseks pakub viis eri hüvitistepaketti tervise- ja hambaravikindlustuse liike kuni kindlaksmääratud maksimaalse hüvitise määrani (vt tabel 12). Lisaks 212-le Eesti Haigekassa vabatahtliku kindlustuskaitsega isikule

Tabel 12. Vabatahtliku erakindlustuse andja pakutavad hüvitistepaketid, 2003

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

Allikas: [20].

(vt eespool) oli 2003. aasta lõpuks ligikaudu 200 erakindlustusandjalt saadud erakindlustusega isikut, peamiselt välismaalased, kes parajasti taotlesid elamisluba Eestis.

Võrreldes Eesti Haigekassa vabatahtliku tervisekindlustusega on erakindlustusandja kõigi vanuserühmade riskiga seotud kindlustusmaksed Eesti Haigekassa universaalmääradest (13% eelmise aasta riigi keskmisest palgast) madalamad ainult põhipaketis (vt tabel 12). Üldpaketi kohaselt peavad üle 50 aasta vanused isikud maksma kõrgema tariifi järgi, kui nad maksaksid Eesti Haigekassa kindlustuse puhul. Haigla- ja ekstrapakettides on erakindlustusandja kõigi vanuserühmade määrad Eesti Haigekassa määradest kõrgemad.

Vabatahtliku erakindlustuse andja pakutavaid hüvitistepakette ei reguleerita. Põhipaketi üldarstiabiteenuste kindlustuskaitse on samalaadne Eesti Haigekassa üldarstiabiteenuste kindlustuskaitsega, välja arvatud gripi- ja entsefaliidivastane vaktsineerimine. Üld- ja haiglapaketid pakuvad plaanilises kirurgias Eesti Haigekassa lepingulistele teenuseosutajatele ooteaegadest lühemat ooteaega, kuigi ooteaegade eiramist ("etteostmist") reguleerivad uued eeskirjad peaksid selle erinevuse kaotama (vt eespool). Kommertskindlustuskaitset välistavate asjaolude loetelu on siiski pikk: varem tekkinud seisundite ravi, kõik ambulatoorse raviga seotud ravimid, kõigi sugulisel teel levivate haiguste ravi, sealhulgas HIV/AIDS, *in vitro* viljastamine, elundite siirdamine, hemodialüüs neerupuudulikkuse korral, psühhiaatriline abi ja veel mõned teenused. Lepingute juurde kuuluvad ooteajad (ooteajal puudub kindlustatud

nõude esitamise õigus), ulatudes ühest kuust enamiku lepingute puhul kuni üheteistkümneme kuuni hambaravis ning kuni ühe aastani sünnituste puhul.* Kõnealuseid maksimaalseid ooteaegu reguleeritakse võlaõigusseadusega (vt osa “Tervishoiureformid”).

Enne 2002. aastat ei olnud vabatahtliku kommertstervisekindlustuse turg veel lõplikult välja kujunenud, põhjuseks oli suurel määral Eesti Haigekassa lai hüvitistering ning olulise pikkusega ravijärjekordade puudumine. Peale selle ei ole Eesti Haigekassa kindlustuskaitsest lubatud loobuda ning vabatahtliku tervisekindlustuse võtjad ei saa maksusoodustusi. Tegelikult maksustatakse tööandjate poolt töötajatele pakutav täiendav vabatahtlik tervisekindlustus, välja arvatud rahvusvaheliste ärireisidega seotud kindlustus, erisoodustuselt makstava 33% maksuga. Vabatahtlik tervisekindlustus, mis siis oli kättesaadav, koosnes peamiselt raviotstarbelisest reisikindlustusest; ka mõned välismaised kindlustusseltsid pakkusid oma töötajatele täiendavat vabatahtlikku tervisekindlustust, et anda neile võimalus eriarstiabi teenused kiiremini kätte saada.

Aeg-ajalt on väidetud, et vabatahtlikku tervisekindlustust tuleks laiendada tervishoiu suurema rahastamise eesmärgil, kuid kunagi ei ole tekkinud tõsist mõttevahetust vabatahtliku tervisekindlustuse rolli üle, puudunud on ka poliitiline toetus maksusoodustuste sisseseadmisele vabatahtliku tervisekindlustuse valdkonnas. Vastupidi, erisoodustumaks tööandja poolt makstavalt vabatahtlikult tervisekindlustuselt on sundinud tööandjaid hoiduma vabatahtliku tervisekindlustuse pakkumisest oma töötajatele. Kommertskindlustusandjad ei ole aktiivselt arendanud vabatahtliku tervisekindlustuse tooteid osaliselt turu piiratud, osaliselt meditsiinilise kindlustuse keerukuse tõttu. Praeguseks ei ole nad teinud ka aktiivset lobitööd valitsuses maksusoodustuste sisseseadmiseks. Praegu ei kavandata vabatahtliku tervisekindlustuse osa suurendamist tervishoiu rahastamisel, kuigi Eesti Haigekassa poolt hambaravi hüvitamisega seotud muudatused võivad soodustada vabatahtliku hambaravi-kindlustuse turu arengut.

* 2003. aasta seisuga. 2005. aastal 9 kuud.

Muud erakulutused

Muud erakulutused (vt tabel 5) koosnevad tööandja makstavatest tervisekontrollitasudest töötervishoius, kuid need on peamiselt (95%) väliskülaste ja -tööandjate tehtud kulutused ravimitele.

Tervishoiukulud

Sotsiaalministeerium hakkas 1999. aastal OECD metoodika kohaselt peetava tervishoiukulutuste riikliku arvestuse alusel süsteemselt koguma andmeid tervishoiukulutuste kohta. Uus metoodika on eelnevatel aastatel kasutatust mõnevõrra erinev ning enne 1999. aastat kogutud andmeid tuleks tõlgendada ettevaatlikult, sest need ei tarvitse erakulutusi vajalikul määral kajastada.

1990. aastatel suurenesid tervishoiu kogukulutused 4,5%lt sisemajanduse kogutoodangust (SKT) 1992. aastal 6,0%ni 1990. aastate keskel, langedes seejärel 5,5%ni 2000. aastal. Valitsus ei sea tervishoiukulutuste sihtmärke osana SKTst, kuigi Eesti Arstide Liit on teinud ettepaneku seada eesmärgiks 7,0–8,0% SKTst. Tervishoiukulud ühe elaniku kohta (ostujõu pariteedi järgi) on tõusnud 209 USA dollarilt 1993. aastal 559 USA dollarini 2001. aastal. 2001. aasta näitaja on keskmine Kesk- ja Ida-Euroopa riikides ja kõrgeim Balti riikide hulgas. Kuid see moodustab ikkagi ühe neljandiku EL-15 keskmisest (keskmine näitaja 15 riigi kohta, kes ühinesid Euroopa Liiduga enne 1. mai 2004. aasta laienemist).

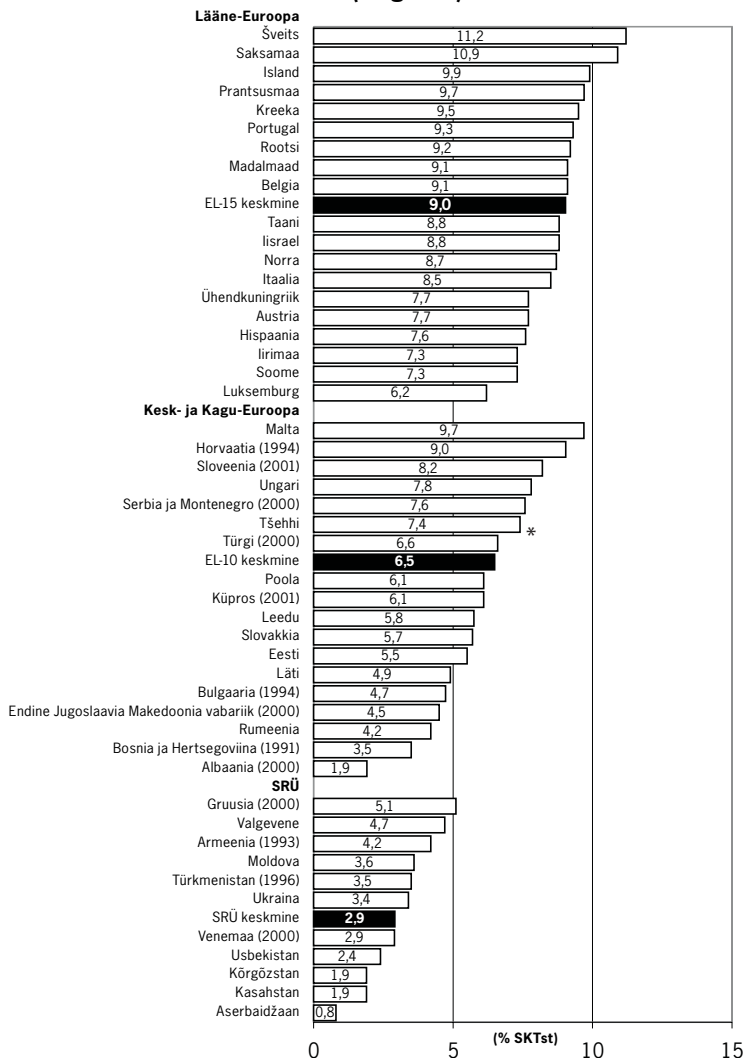
Tervishoiukulutuste taseme Eestis määrab peamiselt palkade tase, mis on Eesti Haigekassa tulude aluseks, ning ravimitele ja hambaravile tehtavate erakulutuste suurenemine. Tervishoiukulud suurenesid käsikäes majanduskasvuga kuni 1998. aastani. Osana SKTst olid tervishoiukulud

Tabel 13. Tervishoiukulutuste arengutendentsid, 1992–2001

Tervishoiu kogukulutused	1992	1995	1997	1999	2001	2002
Osa SKTs (%)	4,5	5,9	6,0	6,5	5,5	5,5
Avaliku sektori osa kogukulutustes (%)	–	–	87,0	80,4	77,7	76,3

Allikas: [21].

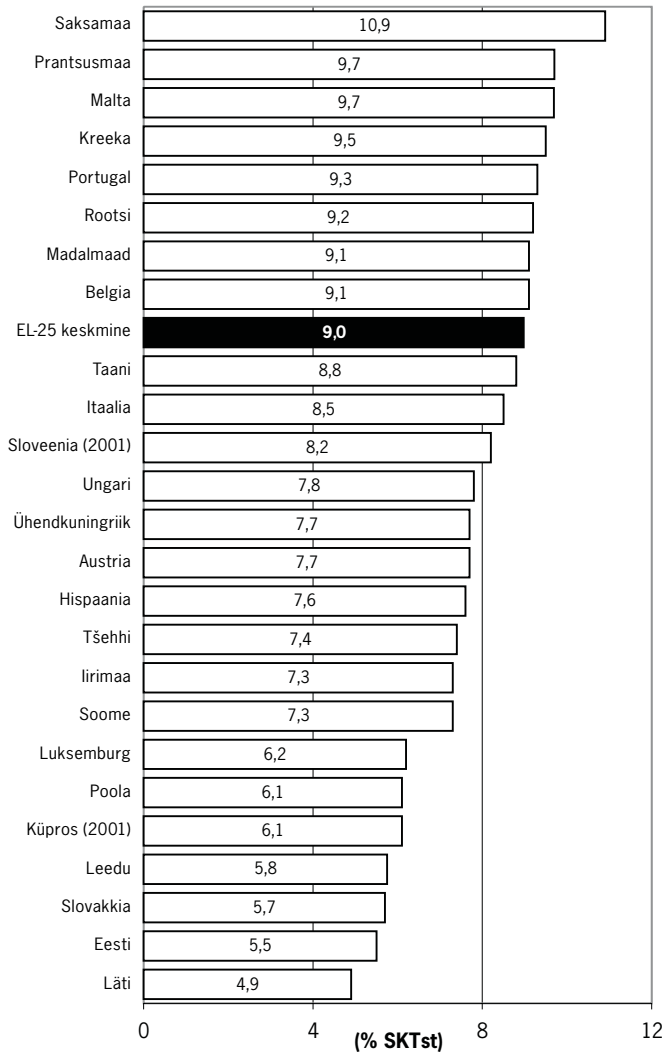
Joonis 3a. Tervishoiu kogukulutuste protsent SKTst WHO Euroopa piirkonnas 2002. aastal või viimasel aastal, mille kohta on andmed kättesaadavad (sulgudes)



Allikas: WHO Euroopa Regionaalbüroo HFA andmekogu, juuni 2004.

Märkus: SRÜ: Sõltumatute Riikide Ühendus; EL: Euroopa Liit; EL-10 keskmine: uued liikmesriigid pärast 1. maid 2004; EL-15 keskmine: liikmesriigid enne 1. maid 2004. Ei sisalda riike, mille kohta andmed puuduvad.

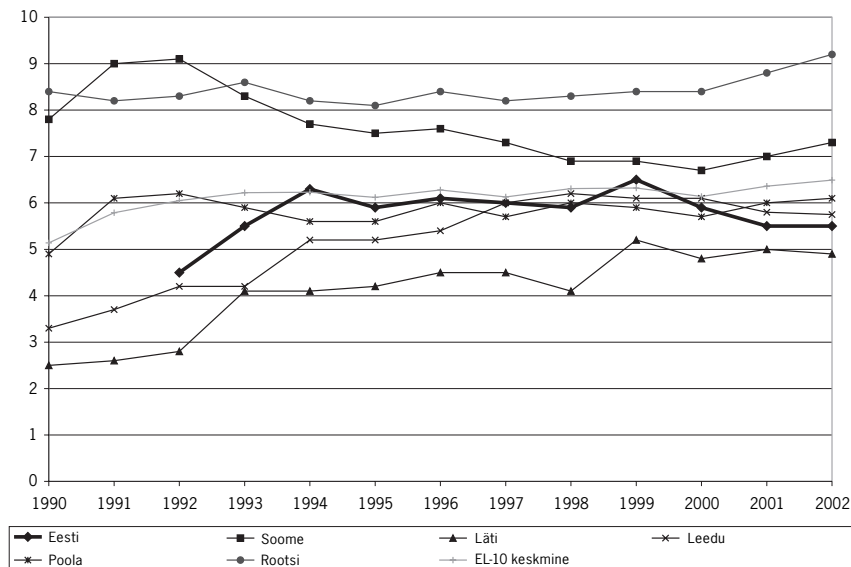
Joonis 3b. Tervishoiu kogukulutuste protsent SKTst Euroopa Liidus 2002. aastal või viimasel aastal, mille kohta on andmed kättesaadavad (sulgudes)



Allikas: WHO Euroopa Regionaalbüroo HFA andmekogu, juuni 2004.

Märkus: EL: Euroopa Liit; EL-25 keskmine: kõik liikmesriigid. Ei sisalda riike, mille kohta andmed puuduvad.

Joonis 4. Tervishoiu kogukulutuste arengutendentsid protsendina SKTst Eestis ja valimisse kuuluvates Euroopa riikides, 1990–2002

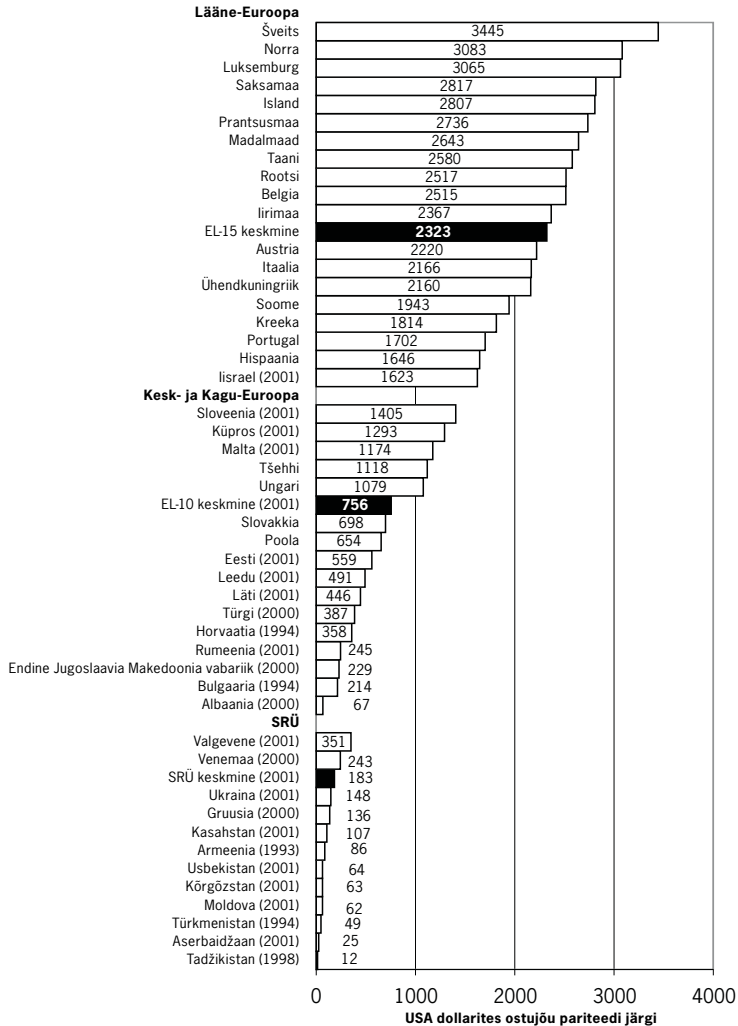


Allikas: [21].

kõrgpunktis 1999. aastal majandusarengu aeglustumise tingimustes, mille kutsus esile majanduskriis Venemaal ja ülemaailmne majanduslik surutis. Hoolimata sotsiaalmaksutulude alalaekumisest 1999. aastal, suutis haigekassa teenuseosutajatele maksta oma reservidest, mis tähendas tervishoiukulutuste osa suurenemist SKT. Sellele järgneva tervishoiukulutuste languse 5,5%ni SKTst põhjustas kaks tegurit: esiteks pidi Eesti Haigekassa kasutama teatavat osa oma tuludest uute varude tekitamiseks (0,2% SKTst); teiseks ei ole riigieelarvest tehtavad kulutused tervishoiule olnud kooskõlas üldise maksutulude suurenemisega.

Eeldati, et tervishoiukulutuste osa SKTs suureneb alates 2003. aastast, kui kehtestati Eesti Haigekassa hüvitistega seotud kohustuslik kulude jagamise nõue. 2003. aasta lõpuks oli Eesti Haigekassa täitnud ka oma reservivajadused, mis võimaldas haigekassal kasutada rohkem raha tervishoiuteenuste osutamisele. Peale selle loodab Eesti saada märkimisväärse summa rahalisi vahendeid Euroopa Regionaalarengu Fondist.

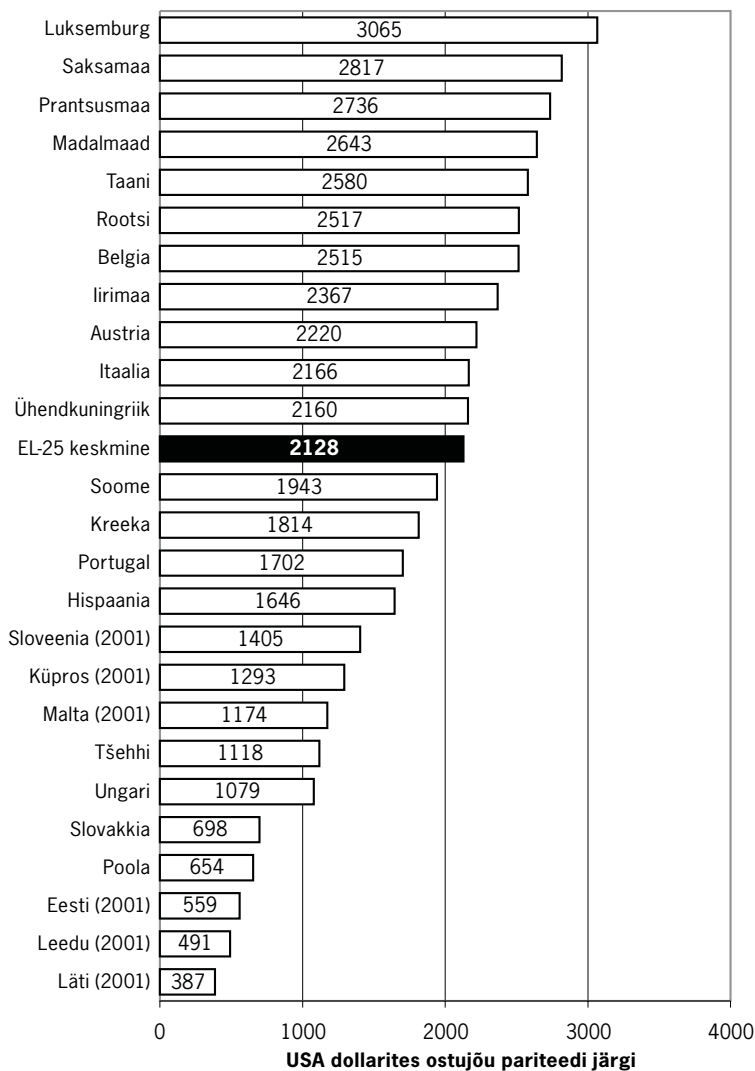
Joonis 5a. USA dollarites väljendatud tervishoiukulud ühe elaniku kohta ostujõu pariteedi järgi WHO Euroopa piirkonnas 2002. aastal või viimasel aastal, mille kohta on andmed kättesaadavad (sulgudes)



Allikas: WHO Euroopa Regionaalbüroo HFA andmekogu, juuni 2004.

Märkus: SRÜ: Sõltumatute Riikide Ühendus; EL: Euroopa Liit; EL-10 keskmine: pärast 1. maid 2004 ühinenud uued liikmesriigid; EL-15 keskmine: liikmesriigid enne 1. maid 2004; EL-25 keskmine: kõik liikmesriigid. Ei sisalda riike, mille kohta andmed puuduvad.

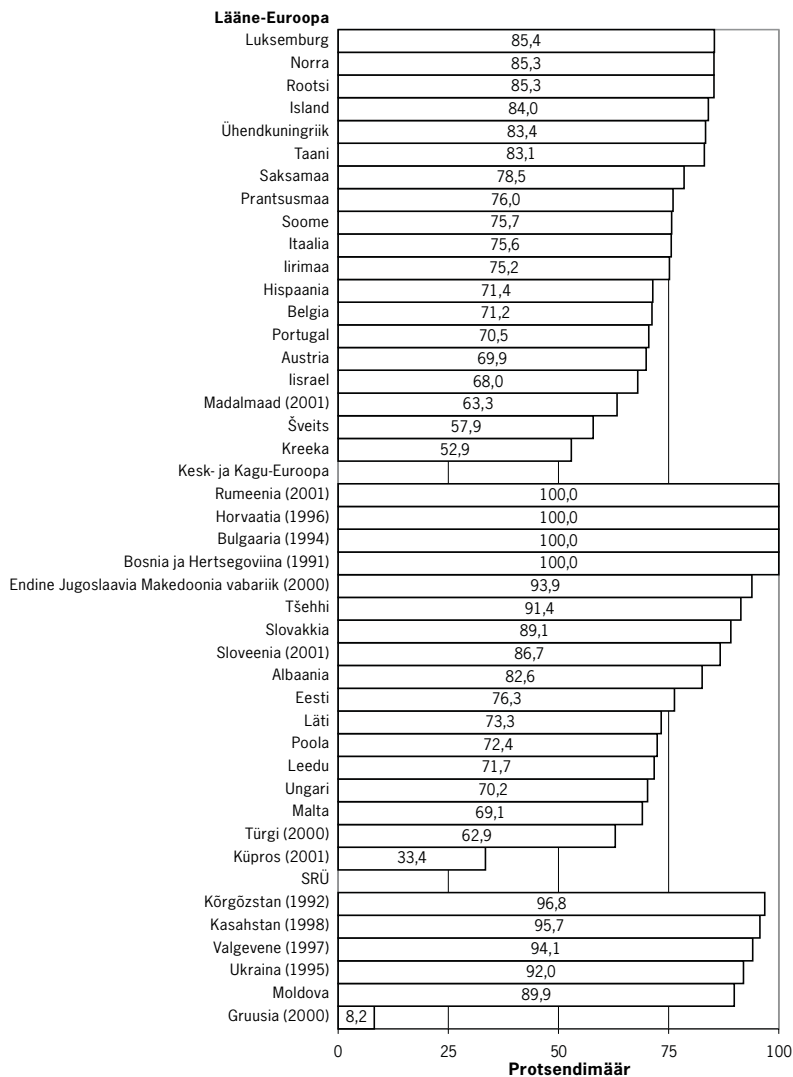
Joonis 5b. USA dollarites väljendatud tervishoiukulud ühe elaniku kohta ostujõu pariteedi järgi Euroopa Liidus 2002. aastal või viimasel aastal, mille kohta on andmed kättesaadavad (sulgudes)



Allikas: WHO Regionaalbüroo HFA andmekogu, juuni 2004.

Märkus: EL: Euroopa Liit; EL-25 keskmine: kõik liikmesriigid.

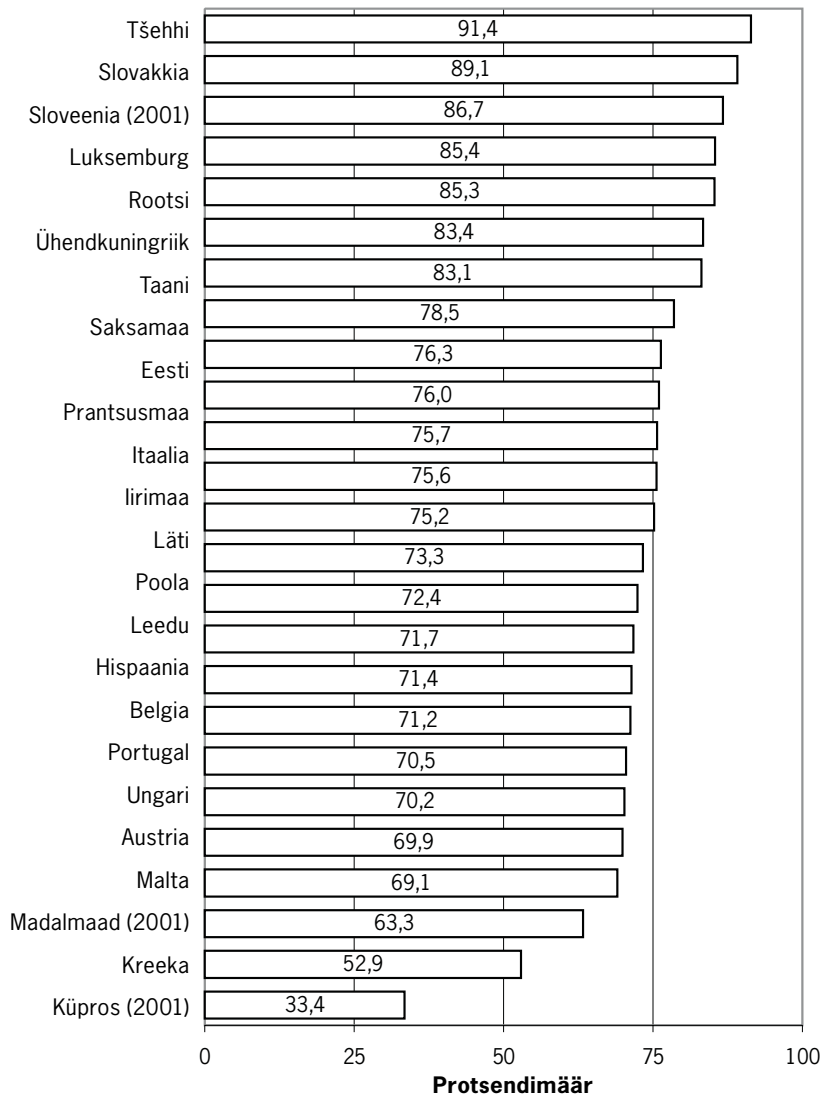
Joonis 6a. Tervishoiukulud avaliku sektori allikatest tervishoiu kogukulutuste osana WHO Euroopa piirkonna riikides 2002. aastal või viimasel aastal, mille kohta on andmed kättesaadavad (sulgudes)



Allikas: WHO Regionaalbüroo HFA andmekogu, juuni 2004.

Märkus: SRÜ: Sõltumatute Riikide Ühendus; ei sisalda riike, mille kohta andmed puuduvad.

Joonis 6b. Tervishoiukulud avaliku sektori allikatest tervishoiu kogukulutuste osana Euroopa Liidus 2002. aastal või viimasel aastal, mille kohta on andmed kättesaadavad (sulgudes)



Allikas: WHO Regionaalbüroo HFA andmekogu, juuni 2004.

Märkus: EL: Euroopa Liit; EL-25 keskmine: kõik liikmesriigid.

Selle tulemusena on tervishoiukulud tegelikult suurenenud. Kuid juunis 2004 täpsustatud arvutuse tõttu korrigeeriti SKT prognoosi ülespoole, mis võib tulude suurenemisest olenemata näidata, et tervishoiukulutuste osa SKTs on statistiliselt väiksem kui 2003. ja 2004. aastal. Pärast SKT viimaste aastate väärtuste korrigeerimist vastab tervishoiukulutuste osa tabelis 14 esitatule.

Avaliku sektori osa tervishoiu kogukulutustes langes 1990. aastatel (vt tabel 13). Kuigi andmed 1990. aastate alguse kohta puuduvad, oli avaliku sektori osa kogukulutustes suur. 1990. aastate keskel kogutud andmed avaliku sektori kulutuste kohta võivad väljendada tervishoiu erakulutuste tegelikust väiksemat taset, kuid andmed alates 1999. aastast on usaldusväärsemad. Avaliku ja erasektori kulude tasakaalu ei ole poliitilisel tasemel arutatud ega selle kohta otsuseid tehtud. Erakulutused on proportsionaalselt kasvanud peamiselt kulutuste suurenemise tõttu hambaravile ja ravimitele, mida Eesti Haigekassa hüvitab ainult osaliselt, ning Eesti Haigekassa mitterahaliste hüvitistega seotud kulude jagamise nõude kehtestamise tõttu. Mõne lähema aasta jooksul võib erakulutuste tase võrreldes riigikuludega siiski langeda, kuna investeringud Euroopa Liidu struktuurifondidest suurendavad järsult riiklike kulutuste osa. Eesti Haigekassa tulude tõus peaks samuti olema piiratud omaosalusmaksete tõusust suurem. Samal ajal mõjutavad erakulutuste määrasid peamiselt ravimite ja hambaravi hinnad, kusjuures ravimite hinnad on järsult tõusnud (vt allpool ja peatükki “Ravimid”).

Rahvusvahelisel tasandil läheneb Eesti riiklike kulutuste osa tervishoiu kogukulutustes Kesk- ja Ida-Euroopa riikide mediaanile. Tšehhis, Sloveenias ja Slovakkias on avaliku sektori osa tervishoiu kogukulutustes kõrgem, kuid Lätis, Leedus ja Ungaris on see madalam.

Haiglaravile tehtud kulutuste osa tervishoiu kogukuludest on võrreldes teiste Euroopa riikidega madalam. Selle põhjuseks on peaauglikult

Tabel 14. Tervishoiukulutuste protsent ülespoole korrigeeritud SKTs

Tervishoiu kogukulutused	1999	2000	2001	2002	2003
Osa SKTs (%)	6,1	5,5	5,1	5,1	5,3 ^a

Allikas: [22].

Märkus: ^a Hinnangväärtus.

Tabel 15. Kulutuste protsent tervishoiu kogukulutustes kategooriate kaupa, 1996–2002

Kategooria	1996	1998	2000	2001	2002
Avaliku sektori osa	88,0	86,0	76,0	77,7	76,3
Haiglaravi	–	–	36,2	29,4	30,5
Ravimid	17,0	18,7	22,3	25,2	26,3
Investeeringud	4,1	3,2	2,1	1,3	2,3

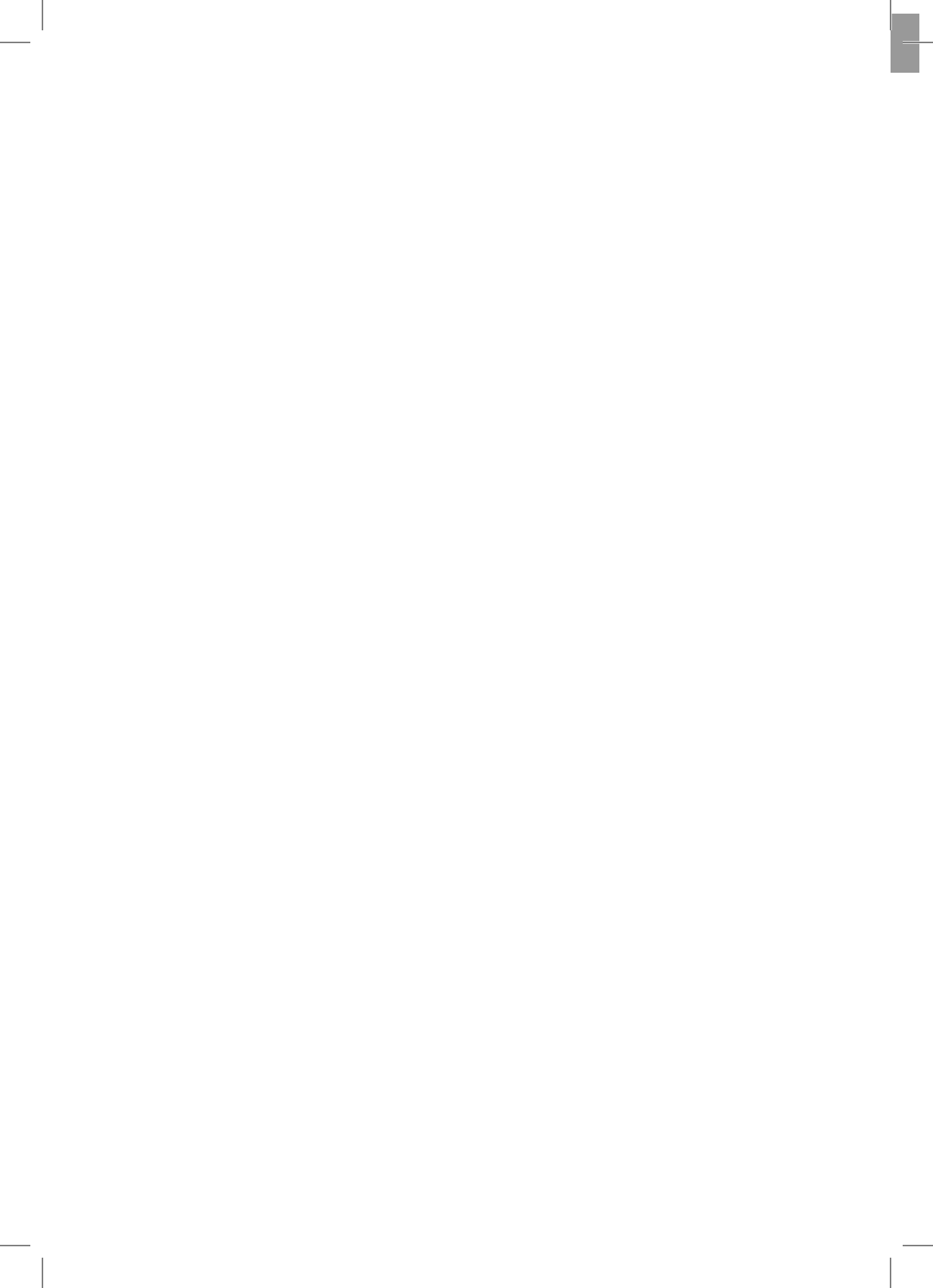
Allikad: [13, 23].

haiglaravi valdkonnas vastuvõetud range kulude ohjamise poliitika, näiteks piiratud mahuga ja eelarvega lepingud Eesti Haigekassaga, voodikohtade vähendamine ja keskmise haiglasviibimise aja lühendamine, väikeste hooldusraviasutuste osaline üleminek sotsiaalhoolekande valdkonda 1990. aastate alguses jne. Kulude ohjamise surve haiglaravis tulenes Eesti Haigekassa kasvavatest kulutustest kahes valdkonnas, kus ei saa sõlmida kindlaksmääratud mahu ja eelarvega lepinguid (ravimija haigushüvitised), ning sellest, et tervishoiuteenustele kättesaadavuse tagamiseks eelistati vahendite eraldamisel pigem üldarstiabi (perearstiabi) ja ambulatoorset eriarstiabi kui haiglaravi.

Avaliku ja erasektori kulutused ravimitele on väga kiiresti kasvanud osaliselt parema juurdepääsu tõttu ravimitele, mis enne 1990. aastat ei olnud Eestis kättesaadavad, osalistelt uute ravimite kasutuselevõtu tõttu ning osaliselt sellepärast, et puudus geneerilisi ravimeid toetav poliitika. Ravimikulutused ei tarvitse tulevikus nii kiiresti kasvada, sest nüüd on kasutusele võetud geneeriliste ravimite piirhinnad (vt peatükki “Ravimid”).

2002. aastal langes hambaravi arvele 8,5% tervishoiu kogukulutustest, sellest 56% pärines avaliku sektori allikatest [5]. 2001. aastal moodustasid erakulutused umbes poole hambaravi kogukulutustest.

Investeeringud infrastruktuuri oli 1990. aastatel Eestis vähene, kuigi on võimalik, et olemasolevad andmed ei kajasta investeeringute koguhulka, sest välja jäävad üha suureneva arvu erateenuseosutajate teatavad investeeringud. Kapitaliinvesteeringuid hakati poliitiliselt kontrollima 1990. aastate lõpupoole ning eeldatakse, et need kasvavad alates 2004. aastast (vt osa “Rahaliste ressursside jaotamine”).



Rahvatervise ja tervishoiu korraldus

Rahvatervis

1995. aasta rahvatervise seadusega kujundati ümber nõukogudeaegne sanitaar-epidemioloogiline tervisesüsteem ning loodi Eestis praegu kehtiv rahvaterviseteenuste rahastamise ja osutamise raamistik. Alates 2000. aastast on rahva tervise kaitse tähtsus olulisel määral suurenenud tänu ühinemisprotsessile Euroopa Liiduga, eelkõige tervisekaitse ja tervishoiu valdkonnas.

Rahvatervise süsteem

Riigi tasand

Rahvatervise valdkonnas on peamised osapooled riigi tasandi Sotsiaalministeerium, Tervisekaitseinspeksioon, Tervise Arengu Instituut, Eesti Haigekassa, Tööinspeksioon ja Tervishoiu Keskus.

Sotsiaalministeeriumis tegeleb rahvaterviseküsimustega kaks osakonda: rahvatervise osakond ja töökeskkonna osakond. 2001. aastal ühendati rahvatervise osakond ja tervisekaitseosakond ning moodustati üks rahvatervise osakond, mis vastutab nüüd tervise eest üldiselt, kuid mille kohustuste hulka kuuluvad peale rahvatervise valdkonna poliitika planeerimise, tervise edendamise ja haiguste ennetamise ka tervisele ohutu

keskkonna tagamine ja nakkushaiguste tõrje. Töökeskkonna osakond koos muude organitega tegeleb töötervishoiuküsimustega. Ministeeriumi praeguste ümberkorralduste tulemusena võib rahvatervise osakond võtta mürgiste kemikaalide järelevalve vastutuse, mis oli varem jagatud töökeskkonna osakonna ja Keskkonnaministeeriumi vahel.

Tervise Arengu Instituut asutati mais 2003 järgmise kolme väiksema valitsusasutuse ühendamise teel: Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut (asutatud 1973), Eesti Tervisekasvatuse Keskus (asutatud 1994) ning Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskus (asutatud 1997). Uue instituudi eesmärk on olla riiklik rahvatervise pädevuskeskus, mis vastutab rahvatervise alase rakendusliku uurimistöö ja teabe analüüsimise eest (kaasa arvatud sellised valdkonnad nagu keskkonnatervis, nakkushaiguste tõrje ja tervisedendus, tervishoiupoliitika, juhtimine, rahastamine ja informaatika), rahvatervise valdkonna seire ja aruandlus, riiklike tervishoiuprogrammide koordineerimine ning rahvatervise ja tervishoiu alane juhtimiskoolitus. Instituudi eelkäija Eesti Tervisekasvatuse Keskus seadis ametisse maakondade tervisedenduse spetsialistid, pannes nii hea aluse rahvatervise korraldustööle kogukonna tasemel. Kõnealune süsteem koostöös traditsiooniliselt tugeva valdkondadevahelise koostööga on aluseks rahvaterviseprogrammide kooskõlastamisel.

Riiklikke rahvaterviseprogramme rahastatakse riigieelarvest ning nende elluvijateks on eri valitsusasutused. Valitsus on kehtestanud programmid järgmises neljas rahvatervise põhilise tähtsusega valdkonnas: HIV/AIDSi riiklik ennetusprogramm 2002–2006, tuberkuloositõrje riiklik programm 2004–2007, alkoholismi ja narkomaania ennetamise riiklik programm 1997–2007 ning laste ja noorukite riiklik terviseprogramm 2000–2005. Rahvatervise teadus- ja arendustegevuse riiklik sihtprogramm 1999–2009 on viies valitsuse poolt heaks kiidetud ja finantseeritud programm rahvatervise teadustöö toetuseks. Kõigi nende programmide üle teostab järelevalvet rahvatervise osakond Sotsiaalministeeriumis, kuid nende elluvijateks on olnud madalama tasandi asutused, nüüd Tervise Arengu Instituut. Ministeeriumi ülesannete hulgas on strateegia kavandamine ja iga-aastase tegevuskava kinnitamine.*

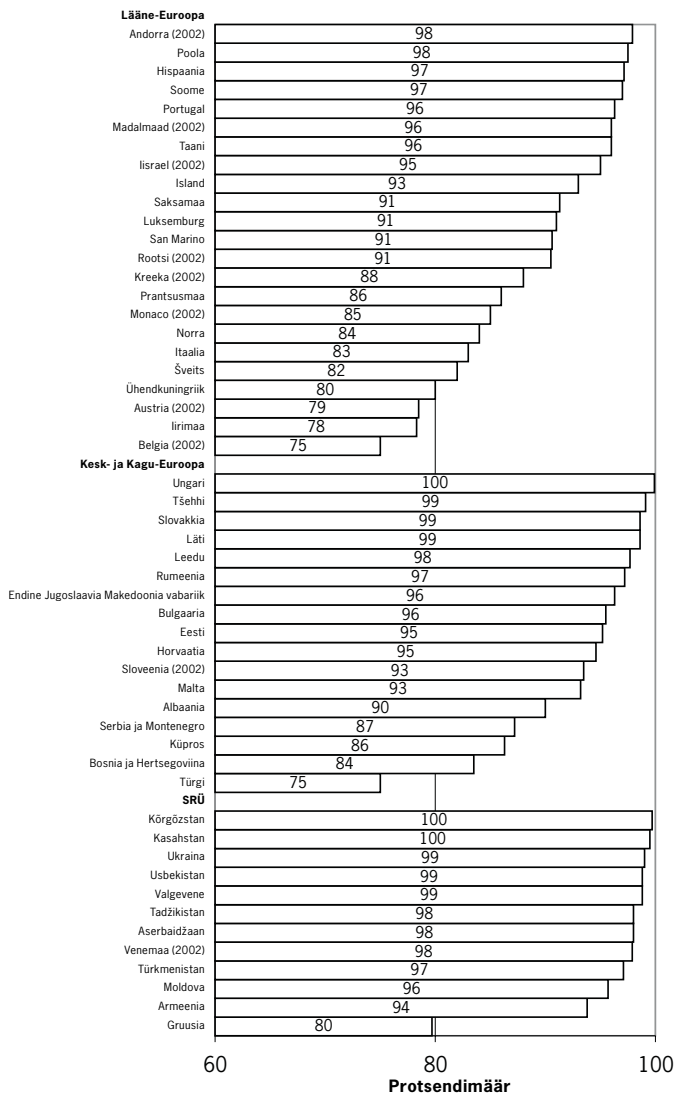
* Lisandunud 2005. aastal kinnitatud riiklikuks programmiks on “Südame- ja veresoonkonnahaiguste ennetamise riiklik strateegia 2005–2020”.

Riikliku immuniseerimise programmi koostab Sotsiaalministeerium ja rakendab tervisekaitseinspeksioon. Immuniseerimise eest vastutavad perearstid, kuigi sellega on lubatud tegeleda ka kooliarstidel. Rahvatervise alaste ülesannete jaotamise üle toimub pidev mõttevahetus perearstide ja kooliarstide vahel, kuid seni ei ole immuniseerimisega seotud vastutuse nihkumine kooliarstidelt perearstidele immuniseerimise katvust negatiivselt mõjutanud. Näiteks on leetritevastase immuniseerimisega hõlmatus viimaste aastate jooksul WHO-le esitatud andmete kohaselt suurenenud, tõustes 74%lt 1994. aastal 88%le 1998. aastal. Aastal 2003 on see näitaja juba 95% (vt joonised 7a ja 7b).

Kõnealuste riiklike programmide puhul eeldatakse tihedat koostööd kohalike asutuste ja inimestega, eelkõige maavalitsuse juures asuvate teenistuste kaudu. Partnerministeeriumid on programmikomiteede liikmeina samuti meetmete kavandamise ja rakendamise seotud. Nende positsioon on mõnikord jäänud siiski nõrgaks, sest poliitilist vastutust kannab tavaliselt ainult Sotsiaalministeerium. Valitsuseväliste organisatsioonide kaasamine on praegu lahendamist ootav väljakutse; praegused kogemused sisaldavad nii vastastikku kasulikku partnerlust kui täielikke ebaõnnestumisi.

Riigieelarvest täielikult rahastatavate riiklike programmide kõrval eraldatakse 2004. aastal umbes 2% Eesti Haigekassa eelarvest ehk 4,1 miljonit eurot (64 miljonit krooni) riiklikuks haiguste ennetamisega seotud tegevuseks. Kõnealuste rahaliste vahendite abil kaetakse ennetusteenused, näiteks vererõhutõusu, kõrgeenenud kolesteroolitaseme, emakakaela- ja rinnavähi ning luude hõrenemisega seotud sõeluuringud; tervisenõustamine noortele; pereplaneerimine; koolitervise alased algatused; B-hepatiidi vastane täiendav vaksineerimine 12- ja 13-aastastele; ning osa looteuuringuid. Viimased kaks täiendavad Sotsiaalministeeriumi määratletud ja riigieelarvest rahastatud tavamenetlusi. Eesti Haigekassa rahalistest vahenditest rahastatakse ka sihtasutuse Eesti Vähifond järgmised kaks sõeluuringute programmi: rinnavähk 45–59 aasta vanustel naistel (alates 2002. aastast) ja emakakaelavähk 30–40 aasta vanustel naistel (alates 2003. aastast). Muud sõeluuringud on oportunistlikud või korraldatud vabatahtlikkuse alusel, mida tehakse tasuta ja reklaamitakse massiteabevahendite kaudu ning tervishoiuasutustes. Kuid ükski nendest teenustest ei ole kättesaadav kindlustamata isikutele. Kõigi sõeluuringu-

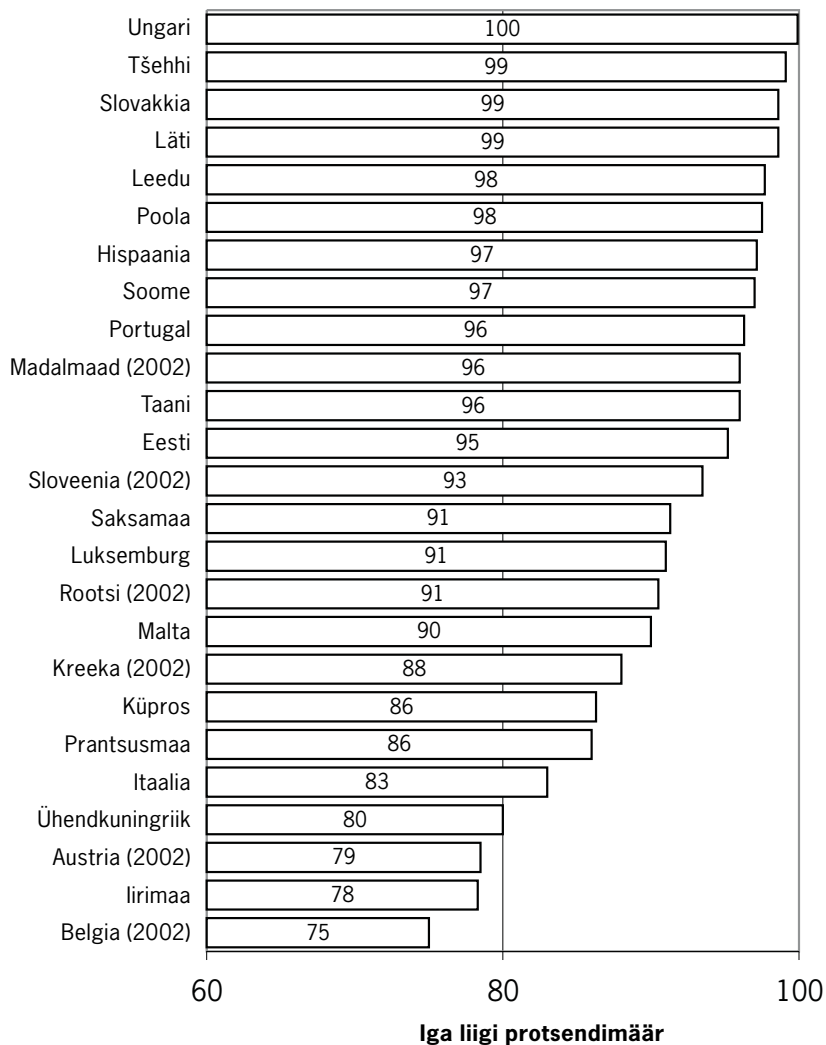
Joonis 7a. Leetritevastase immuniseerimisega hõlmatud WHO Euroopa piirkonnas 2003. aastal või viimasel aastal, mille kohta on andmed kättesaadavad (sulgudes)



Allikas: WHO Regionaalbüroo HFA andmekogu, juuni 2004.

Märkus: SRÜ: Sõltumatute Riikide Ühendus; ei sisalda riike, mille kohta andmed puuduvad.

Joonis 7b. Leetritevastase immuniseerimisega hõlmatud Euroopa Liidus 2003. aastal või viimasel aastal, mille kohta on andmed kättesaadavad (sulgudes)



Allikas: WHO Regionaalbüroo HFA andmekogu, juuni 2004.

Märkus: Ei sisalda riike, mille kohta andmed puuduvad.

guprogrammide üle teostab järelevalvet Eesti Haigekassa. Näitajad ja võrdleva hindamise kriteeriumid lepatakse kokku teenuse osutamise eest vastutava organisatsiooniga.

Peale selle toetatakse tervist edendavat tegevust iga-aastase assignee-ringuga ligikaudu 900 000 eurot (14 miljonit krooni) Eesti Haigekassa eelarvest. Igal aastal hindab projektitaotlusi Eesti Haigekassa tervise edendamise komisjon. Eesti Haigekassa rahastamisvõimalus on avatud kõigile ning taotlemisega seotud üksikasjad avaldatakse ajalehtedes. Euroopa Liidu nõuete kohaselt peetakse rahvaterviseprojekte nüüd tavalisteks teenusteks ning nendega seoses korraldatakse alates 2005. aastast avalikke pakkumisi. Selletõttu jääb enamik väiksemaid kogukonnapõhiseid meetmeid tõenäoliselt rahastamata kuni uue rahastamismehhanismi väljatöötamiseni. Kuna Eesti Haigekassa rahvatervisele suunatud tegevus ei ole kohustuslik, kasvab üha surve vähendada rahvatervisele ettenähtud rahalisi vahendeid, et kasutada neid raviteenuste rahastamiseks. Eesti Haigekassa kogueelarve on igal aastal kasvanud 5–6% võrra, kuid tervise edendamiseks ettenähtud eelarve ei ole suurenenud alates 2001. aastast.

Tervisekaitseinspeksioon on nõukogudeaegse sanitaar-epidemioloogiateenistuse ametijärglane, ning tal on sellega palju sarnaseid jooni, eelkõige organisatsiooni ja peamiste vastutusvaldkondade osas. Tervisekaitseinspeksioon vastutab tervisekaitset käsitlevate õigusaktide kontrollimise ja jõustamise eest nelja piirkondliku osakonna ja igas 15 maakonnas asuva kohaliku teenistuse kaudu. Kuid inspeksiooni vastutusalas on nüüd ka järelevalve ja kontroll nakkushaiguste, riikliku ja kohaliku epidemioloogiateenistuse, riikliku immuniseerimisprogrammi, tervisliku elukeskkonna riikliku programmi ja tervisliku elukeskkonna arendamise teabesüsteemi üle.

Pärast töötervishoiu ja tööohutuse seaduse vastuvõtmist 1999. aastal asutati Töötervishoiu Keskus Sotsiaalministeeriumi allasutusena. Esialgu täitis see teaduslikuma suunitlusega ülesandeid, nagu näiteks rakenduslik uurimistöö ja spetsialistide erialane ettevalmistus, eelkõige asjaolu tõttu, et ministeerium oli reformide käigus ühendanud Töötervishoiu Instituudi ja Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi (praegu Tervise Arengu Instituut). Kuid ministeerium nõudis jätkuvalt, et keskus tegeleks rohkem organisatsiooniliste kui uurimuslike ülesannetega.

Seaduses 2003. aastal tehtud muudatusega määratletakse keskuse praegusteks ülesanneteks töötervishoiu organiseerimine ja kooskõlastamine kogu riigi tasandil, riiklike programmide rakendamine, andmete kogumine, riigi töötervishoiu olukorra hindamine, eksperdiabi andmine, töötervishoiuteenuste osutajate registreerimine ja tööalase koolituse korraldamine. Seadusesse tehti muudatus selleks, et viia töötervishoid kõigisse tööturu valdkondadesse, kaasa arvatud avalik teenistus, tööga hõivatud kinnipeetavad ning sõjaväelased ja muude erijõudude liikmed. Valitsus ja Riigikogu on pidanud läbirääkimisi tööõnnetuskindlustuse seaduse üle alates 1990. aastate algusest, kuid uue kohustuslikult kindlaksmääratud osamakse kehtestamiseks ei ole olnud piisavalt poliitilist tahet. 2004. aasta maiks ühtlustati töötervishoidu käsitlevad õigusaktid Euroopa Liidu nõuetega.

Tööinspeksioon on tööohutuse ja töösuhete eest vastutav riigiasutus. Tööinspeksioonil on õigus viia läbi uurimistoiminguid, määrata trahve ja alustada kriminaalmenetlust. Tööinspeksioon registreerib ka tööõnnetusi, kiidab heaks äriühingute olulise mahuga ümberkorraldusi ja lahendab töövaidlusi.

Maakonnatasand

Maakonnatasandi rahvatervise teenuseid on korraldanud kolm asutust: maavalitsuses asuv maakonnaarst ning tervisekaitseinspeksiooni ja tööinspeksiooni maakonnatasandi üksused. Nende teenistuste ülesandeks on rakendada emaorganisatsioonide sätestatud suunised ja programmid riiklikul tasemel ning tagada, et teised institutsioonid täidaksid rahvatervist käsitlevaid määrusi (esmajoones tervisekaitse alaseid õigusakte).

Maakonnaarstil, kes on olnud maavanema palgatud riigiteenistuja, oli innovatiivne osa Eesti tervisesüsteemis, ta vastutas tervise edendamise, ennetus- ja ravitegevuse kooskõlastamise ja integreerimise eest. 1994. aasta tervishoiuteenuste korraldamise seaduse ja 1995. aasta rahvatervise seadusega pandi maakonnaarstile vastutus järgmiste rahvatervisealaste toimingute eest: elanikkonna tervise seire (keskkonnast tulenevad ohud, nakkushaiguste ja mittenakkuslike haigustega seotud suremus ja haigestumus); elanikkonna tervishoiuvajaduste kindlakstegemine;

tervisliku elukeskkonna korraldamine, töötervishoid, ennetavad ja tervist edendavad meetmed. Maakonnaarst vastutas ka tervishoiuteenuste planeerimise, juhtimise ja hindamise eest. Kuid 2001. aasta tervishoiuteenuste korraldamise seadusega maakonnaarsti ametikoht kaotati. Maavalitsuse ainsad tervishoiuga seotud kohustused on praegu perearstide ametissenimetamine (vt eespool) ja mõned üsna ebamääraselt määratletud rahvatervisealased ülesanded.

Rahvatervisesüsteemi põhiprobleem seisneb selles, et hoolimata jõupingutustest soodustada horisontaalkoostööd maakonnatasandi institutsioonide vahel (maakonnaarstid, tervisekaitseinspektsiooni ja tööinspektsiooni maakonnatasandi üksused), esindavad need institutsioonid ikkagi eraldiseisvaid vertikaalsüsteeme, mille vahel puudub piisav teabevahetus, planeerimine ja koostöö. Rahvatervise valdkonna reformi järgmise etapi proovikiviks on integreerida riiklik tervise edendamise võrgustik ja hästi korraldatud tervisekaitsesüsteem; samal ajal kui tervisekaitsesüsteemis on säilinud palju endise sanitaarepidemioloogiasteenistuse positiivseid jooni. Edu võti peitub uues rahvatervise raamseaduses, mille ettevalmistamist kavatakse alustada 2005. aastal.

Omavalitsuse tasand

Suurema osa rahvatervise alase tegevuse juhtimine peaks toimuma omavalitsuse tasandil. Palju aastaid tegeles selle tööga linna- või vallaarst, kelle roll oli samasugune nagu maakonnaarstil, ainult töö toimus omavalitsuse tasandil. Linna- või vallaarstid olid riigiteenistujad, kelle võttis tööle kohalik omavalitsus, kuid paljud töötasid osalise tööajaga ka oma kutsealal. Linna- või vallaarstide kohustused olid vastavalt omavalitsusüksuse suurusele erinevad. Suurtes linnades oli nende roll peamiselt administratiivne ning kattus mõnikord maakonnaarsti omaga, kuid väikelinnades oli nende osa rahvaterviseteenuste osutamisel vahetu. Alates 2002. aastast ei ole linna- ja vallaarstide ülesanded enam õiguslikult määratletud. Omavalitsuse ainus õiguslik vastutus seisneb koolitervishoiuteenusteks vajalike ruumide ja vahendite tagamises. Suuremates linnades on linnaarstid tegevust jätkanud ja täidavad praegu olulist osa rahvatervise korraldamisel ja edendamisel. Samal ajal ei tee väiksemad ja vaesemad omavalitsused ametlikult mitte mingisugust

rahvatervise alast tööd, seega on seal ainsad rahvatervise eest hea seisjad kodanikud, perearstid ja koolide meditsiiniõed.

Kooliarstidel ja meditsiiniõdedel oli nõukogude ajal ja 1990. aastate alguses märkimisväärne osa laste vaktsineerituse kõrge taseme ning regulaarse tervisekontrolli kindlustamisel. Nende palgad makstakse Eesti Haigekassa eelarvest (haiguste ennetamine) ning ruumid ja seadmed, mida nad kasutavad teenuste osutamiseks, mureseb omavalitsus. Kooli tervishoiuteenused on üks selline valdkond, kus eriväljaõppe saanud meditsiiniõel võib olla oma praksis. Reformide tulemusena ei ole koolitervishoiuteenused enam selgesti määratletud ega piisavalt rahastatud. Suurte linnade koolides või koolides, mis kuuluvad WHO tervist edendavate koolide võrgustikku, on tervishoiuspetsialistide roll siiani tähtis, kuid enamikus koolides on see marginaalne. Poliitiline toetus koolide terviseteenuste osutamisele ilmselt kasvab kõigest olenemata. Eesti Haigekassa rahastamine kahekordistus 2004. aasta jaanuaris ning Sotsiaalministeerium tegeleb asjakohase koolitervise teenuseid käsitleva poliitilise dokumendi koostamisega, mis loodetavasti kiidetakse heaks aasta lõpus.

Muud rahvatervise valdkonna küsimused

Nagu sissejuhatavas ülevaates märgitud, tõsteti Maailmapanga 2002. aasta uurimuses esile tervisealase ebavõrdsuse temaatika, mis köitis meedia tähelepanu 2003. aastal. Kõik uued riiklikud terviseprogrammid ja Sotsiaalministeeriumi missioonikirjeldus rõhutavad õigluse põhimõtet, kuid tänini ei ole võetud ega kavandatud konkreetseid meetmeid tervisealase ebavõrdsuste vähendamiseks.

Sotsiaalkaitsesüsteemi juhib Sotsiaalministeerium ja seda rakendavad omavalitsused. Viimase aja tegevussuundade kohaselt suurendatakse omavalitsuste osa ja vastutust kõnealuses valdkonnas, kuid rakendamist takistab väiksemate omavalitsuste madal haldussuutlikkus ja vajadus riigi maksutulud omavalitsustele ümber jaotada. Varem suutsid ainult tugeva tulubaasiga suuremad linnad investeerida sotsiaalmajadesse või muudesse meetmetesse, mille konkreetne eesmärk on vaesuse vähendamine. Valitsus on siiski tunnistanud, et toimetulekutoetusest (rahaline

hüvitis, kui sissetulek ühe pereliikme kohta langeb alla teatava taseme) ei piisa minimaalsete elamiskulude katmiseks ja kavatses toimetuleku- toetust 2005. aastal suurendada. Teine oluline edasimineku on vanema- toetuste kehtestamine alates 2004. aasta jaanuarist vastsündinu emale või isale täispalga ulatuses, mida makstakse lapse esimese eluaasta jooksul. Lapsevanematel tekib seaduslik õigus sellele hüvitisele niipea, kui Eesti Haigekassa rahastatava sünnitushüvitise aeg lõpeb (vaata peatükki “Ravi- kindlustushüvitised ja prioriteetide seadmine”). Kahjuks on tõenäoline, et kõnealuse toetusega, mis on kaasa toonud avaliku sektori kulude suure kasvu, toetatakse teistest juba niigi paremal elujärjel olevaid inimesi.

Otseselt mitte tervisesektori asutused võtavad samuti juhtrolli tea- tud tervist puudutavates valdkondades, nagu näiteks toidu- ja keskkon- naohutuse valdkonnas. Põllumajandusministeerium koos Veterinaar- ja Toiduametiga on juhtivad asutused kõigi oluliste õigusaktide ja riikli- ke programmide osas, mis käsitlevad toiduaineid, sealhulgas alkoholi. Toiduohutuse järelevalve eest jaguneb vastutus mitme eri valitsusasutuse vahel; tervisekaitseinspeksioon vastutab toiduohutuse kontrollimise eest jaemüügikauplustes, Keskkonnaministeerium ja keskkonnainspeksioon vastutavad keskkonnaalaste õigusaktide, saastetaseme jälgimise ja riikli- ke keskkonnaprogrammide, seal hulgas veevarustuse ja kanalisatsiooni paremaks muutmise eest. 2002. aastal jõi umbes 40% elanikkonnast vett, mille kvaliteet oli kehv kõrge rauasisalduse tõttu. Kuna toiduohu- tus ja keskkonnakaitse on Euroopa Liidu *acquis communautaire*'is tähtsal kohal, on Eesti ühinemisprotsess Euroopa Liiduga ning Euroopa Liidu liikmeskonda kuulumine toonud suured investeeringud kõnealustesse valdkondadesse, kuid see lükkas päevakorras tagaplaanile teisi, rahvater- vist mõjutavaid valdkondi.

Suuri jõupingutusi on tehtud ja rahalisi vahendeid kasutatud liiklus- ohutuse parandamiseks. Riigi jõupingutusi arendab ja juhib Majandus- ja Kommunikatsiooniministeeriumi alluvuses olev Maanteeamet. 2003. aasta alguses võttis Riigikogu vastu riikliku liiklusohutuse programmi 2003–2015, mille eesmärk on vähendada liiklusõnnetuste ja surmajuh- tude arvu kümne aasta jooksul poole võrra ning saavutada tase, et liik- lusõnnetustest tingitud surmajuhtude arv oleks alla 100 aastas. Program- mi maksumus on umbes 3,70 eurot inimese kohta aastas ning selle abil

loodetakse 12 aasta jooksul päästa 1000 inimest. Põhimeetmete hulgas on avalikkusele suunatud koolitus- ja teadlikkuse tõstmise kampaaniaid, millele lisandub rangem kontroll liikluseeskirjade rikkumiste, näiteks joobes juhtimise ja kiiruse ületamise üle.

2000. aasta tubakaseaduse ja selle muudatustega nähti ette ranged tubakatarbimise piirangud, näiteks töökohtades. Eesti ühines 2004. aasta alguses WHO tubakatoodete tarbimise piiramist käsitleva raamkonventsiooniga ning nüüd valmistab Sotsiaalministeerium ette uusi õigusakte, mis sisaldavad rangemaid reguleerivaid meetmeid ning tubakatoodete reklaamimise täielikku keelustamist.

Üldarstiabi

Nõukogude ajal anti üldarstiabi peamiselt polikliinikutes ja ambulatooriumides, mis olid munitsipaalomandis. Iga meditsiinikooli lõpetanu võis töötada tervishoiuasutuses ilma täiendus- või erikoolitusega ning üldarstiabi arstide ja meditsiiniõdede keskmine töötasu oli eriarstide omaga võrreldes madal. Pediaatrid töötasid üldarstiabi andes samuti spetsiaalsetes lastepolikliinikutes. Oli tavapärane, et patsiendid läksid polikliinikutest ja ambulatooriumidest mööda otse eriarsti juurde. Sellest tulenevalt kannatasid vanas süsteemis üldarstiabi andjad motivatsioonipuuduse all, üld- ja eriarstiabi oli halvasti kooskõlastatud ning ravi ei olnud piisavalt järjepidev.

Üldarstiabi reform 1990. aastatel

Üldarstiabi reform algas 1991. aastal eesmärgiga sisse seada perearstiabi kui meditsiinieriala. 1993. aastal nimetati perearstiabi meditsiinierialaks ning seati sisse uus, residentuuri kolmeaastane koolitusprogramm peremeditsiini erialal. Osa ambulatoorse ravi eriarste, peamiselt polikliinikutes töötavad sise- ja lastearstid, koolitati ümber perearstideks. Kuid arstidel puudusid stiimulid ning seetõttu hakkasid perearstiabiga tegelema vähesed. Koolituse kohta üksikasjalikuma teabe saamiseks vaata peatükki “Inimressursid”.

1997. aastal kehtestas valitsus uue süsteemi, mille kohaselt pidid inimesed end konkreetse perearsti juures registreerima. Seejärel, 1998. aastal kehtestati perearstide uus õiguslik seisund (iseseisev lepingupartner) koos uue makseskeemiga, mis koosnes pearahast, teenustasudest, baasrahast ja täiendavatest tasudest. Uue süsteemiga kavatsetakse toetada perearstide edasisuunavat rolli ja tagada ravi järjepidevus.

Kuigi üldarstiabi reformi vajadust tunnistati juba 1980. aastate lõpus, enne taasiseseisvumist, ei kulgenud reformiprotsess nii lodusalt, nagu oli loodetud. Reformid käivitati eriliste raskusteta enamikus piirkondades, välja arvatud Tallinnas ja riigi kirdeosas. Tallinnas leidis lõplik ümberkujunemine aset siis, kui väheste allesjäänud jaoskonnapediaatrite patsiendid anti üle perearstidele. Kuid kirdepiirkonna omavalitsused ei ilmutanud vähimatki huvi selle vastu, et võimaldada oma töötajatel töötada iseseisvate lepingupartneritena, ning suurtes polikliinikutes töötasid patsiendinimistuteta palgalised jaoskonnaarstid edasi kuni 2002. aastani.

Spetsialistide perearstideks ümberkoolitamise esialgu aeglast protsessi kiirendas perearstide eritasu kehtestamine 1998. aastal ning asjaolu, et Eesti Haigekassa poolt hakkasid täiendavat rahalist hüvitist saama diplomeeritud perearstid. 2001. aasta lõpuks oli 557 perearstil perearstidiplom ning 2003. aastaks oli perearstide arv nii piisav, et kattis enamiku elanikkonna vajadusest.

Vana süsteem, mille järgi esmatasandi arstiabi andsid nii üldarstidest kui ka spetsialistidest meditsiinitöötajad, on nüüd asendatud uuega, milles üldarstiabi ja ambulatoorne eriarstiabi on teineteisest selgesti eraldatud ning on olemas selgesõnaline perearstide töökirjeldus. Mõlemal arstiabi liigil on oma õiguslik seisund ja mõnel juhul ka eraldi füüsiline asukoht.

Kehtiv üldarstiabisüsteem

2002. aasta alguses jõustunud tervishoiuteenuste korraldamise seadusega sätestatakse perearstiabi reguleeriv raamistik.

Üldarstiabi on inimese esmane kokkupuutepunkt tervishoiusüsteemiga. Seda arstiabi osutavad perearstid, kellel on leping Eesti Haigekassaga. Perearstid võivad töötada ka lepinguta, kuid samal ajal täiesti iseseis-

valt (eraldiseisvalt) ei ole neil eriti mõtet töötada, sest enamik patsiente pääseb kiiresti Eesti Haigekassa lepinguga perearstide juurde ning vähesed patsientidest on valmis või võimelised üldarstiabi eest maksma.

Igal perearstil on registreeritud patsientide nimekiri. Kõnealustes nimekirjades peab olema vähemalt 1200, kuid mitte üle 2000 patsiendi (välja arvatud erijuhtudel teatavates maapiirkondades või saartel). Keskmises patsiendinimistus on 1600 patsienti. Patsiendid võivad igal ajal perearsti vahetada, kui nad leiavad uue perearsti, kes nad oma nimistusse kannab. Eesti Haigekassa 2002. aasta arstiabiga rahulolu uuringust selgub, et kolme aasta jooksul vahetab perearsti 14% elanikkonnast. Enamik vahetamisi (35%) toimus inimeste liikumise tõttu teise piirkonda, kuid ühe viiendiku vahetustest põhjustas rahulolematuse eelmise perearstiga.

Perearstid töötavad tavaliselt renditud tööruumides (mõnikord hoonetes, mis kunagi olid polikliinikud), kuid mõned arstid on võtnud ka laene uute hoonete ehitamiseks.

Perearstide põhilised teenused on diagnoosimine, üldhaiguste ravi, nõustamine tervisega seotud küsimustes, tervise edendamine ja haiguste ennetamine. Perearstid kontrollivad pääsu suurema osa eriarstiabi juurde. Patsiendid vajavad perearsti suunamiskirja enamiku eriarstide juurde ja haiglaravile pääsemiseks, kui tegemist ei ole erakorralise abiga. Patsiendid pääsevad ilma perearsti suunamiseta siiski järgmiste eriarstide juurde: oftalmoloogid, dermatoveneroloogid, günekoloogid, psühhiaatrid, stomatoloogid ning traumade korral traumatoloogid ja kirurgid. Esialgu kohtas eriarstide juurde suunamise nõue küllaltki suurt vastuseisu nii eriarstide kui ka patsientide hulgas. Olukord muutus, kui eriarstid hakkasid mõistma perearsti rolli ning pärast seda, kui valitsus kehtestas määrused, milles käsitletakse eriarsti poole pöördumisi ilma perearsti suunamiskirjata. Patsiendid peavad nüüd tasuma teenuste eest iga perearsti suunamiskirjata tehtud külastuse eest eriarsti juurde.

Iga perearstiga koos peab töötama vähemalt üks pereõde koolituse saanud meditsiiniõde, kuigi väljaõppinud pereõdesid ei jätku. Seadusega on sätestatud ka tegevusega seotud miinimumnõuded perearstipraksisele (nt ruumide suurus jne), mille üle teostab järelevalvet Tervishoiuamet ning teatavatel juhtudel Eesti Haigekassa ja maavalitsused.

2003. aasta seisuga oli igal perearstil Eesti Haigekassaga sõlmitud leping või patsiendinimistu. Põhilepingu sisu määratakse kindlaks Eesti Haigekassa ja Eesti Perearstide Seltsi vahelise kokkuleppega. Enne kalendriaasta algust sõlmivad Eesti Haigekassa piirkondlikud osakonnad iga perearstiga eraldi või perearstide rühmaga (nn grupipraksis) lepingud. Lepingu finantsosa vaadatakse üle kaks korda aastas patsiendinimistutes tehtud muudatuste põhjal.

Perearstiabi lähtuv üldarstiabi mudel toetub perearstide töö kombineeritud tasustamise viisile: selle aluseks on igakuine baastasu, igakuine registreeritud patsientide pearaha, tasu teenuste eest ja lisamaksud, mille arvutamisel võetakse arvesse kaugus lähimast haiglast jne. Selle maksesüsteemi eesmärgiks on tekitada perearstidele stiimulid tegeleda rohkem diagnoosimise ja raviga ning samas hüvitada finantsriskid, mis on seotud eakate patsientide hoolduse ja kõrvalistes piirkondades töötamisega. Üksikasjalikuma teabe saamiseks perearstide töö tasustamise kohta vaata osa "Rahaliste ressursside jaotamine".

Üldarstiabi kättesaadavust ja kvaliteeti kontrollivad Sotsiaalministeerium ja Eesti Haigekassa. Perearstidel peab olema vähemalt 20 vastuvõtutundi nädalas ning arstiabiasutus peaks olema avatud vähemalt kaheksa tundi ööpäevas. Üldarstiabi puhul peaksid ägedate tervisehäiretega patsiendid saama perearsti juurde samal päeval; krooniliste tervisehäiretega patsientidel on õigus saada oma perearsti vastuvõtule kolme päeva jooksul. Eesti Haigekassa korraldab igas kvartalis telefoniküsitluse juhuvalikusse valitud perearstide hulgas, mis hõlmab ühe kolmandiku iga nelja piirkonna perearstidest. 2002. aasta tulemuste põhjal selgub, et kõik ägedate tervisehäiretega patsiendid saavad oma perearsti vastuvõtule samal päeval ning 97% krooniliste haigustega patsientidest saab oma perearsti juurde kolme päeva jooksul. Viimati nimetatud rühmast 27% saab perearsti juurde samal päeval, 34% järgmisel päeval ja 39% kolmandal päeval. Piirkonniti ja olenevalt perearsti nimistu suurusest esineb väikesi erinevusi. Väikeste nimistutega perearstide (alla 1200 patsiendi) juures saavad samal päeval oma perearsti vastuvõtule pooled kroonilise haigestumisega patsiendid, kuid suurte nimistute korral (üle 2000 patsiendi) saab samal päeval vastuvõtule ainult üks viiendik. Pikemaid ooteaegu täheldati mõne nädala jooksul varakevadel ja hilissügisel.

Alates 1999. aastast on Eesti Haigekassa korrapäraselt tellinud arstabiga rahulolu uuringuid ja avaldanud nende tulemused oma kodulehel. 2003. aasta novembris toimunud uuringu kohaselt tundis oma perearsti nimepidi 90% väljaspool Tallinna elavatest patsientidest ja 83% Tallinnas elavatest patsientidest, mis tõendab, et juurdepääs perearstidele on olemas ja nende osutatav arstiabi on järjepidev [24]. Üldiselt on 88% oma perearsti külastanud patsientidest teenindusega rahul ning rahulolevate patsientide osa on suurenenud 6% võrra alates 1999. aastast ning 9% võrra pärast 2001. aastat. Kuid elanikkond ei ole edasisuunamissüsteemi veel täielikult omaks võtnud, sest ainult 41% patsientidest eelistab eriarsti juurde pääsemist perearsti suunamisel, 37% patsientidest soovib pääseda eriarstide juurde otse (selliste patsientide arv on siiski vähenenud 6% võrra) ning 21% eelistab leida eriarsti ise. Perearstiabi kättesaadavus on hea, kus rohkem kui 80% patsientidel on võimalus pääseda oma perearsti juurde samal päeval ja samas ainult 7% patsientide ooteaeg on pikem kui viis päeva. Ajavahemikuga 2001–2002 võrreldes on esimesel haigestumispäeval perearsti juurde pääsenud patsientide arv vähenenud, kuid samal ajal on vähenenud ka enam kui viis päeva oodanud patsientide arv.

Eriarstiabi

Viimase kümne aasta jooksul on eriarstiabi osutamine Eestis põhjalikult ümber korraldatud, seejuures on väga spetsiifilised teenused retsentraliseeritud ja ambulatoorse eriarstiabi teenused on detsentraliseeritud. Uus tervishoiuteenuste korraldamise seadus jõustus 2002. aastal. Kõnealuse seadusega reguleeritakse kogu eriarstiabi osutamist (üksikasjalikuma teabe saamiseks vaata osa “Tervishoiusüsteemi organisatsiooniline struktuur ja juhtimine”), mis jaguneb järgmiseks kaheks tasandiks: ambulatoorne eriarstiabi ja haiglaravi. Kõigil eriarstiabi andjatel peab olema Tervishoiuametilt saadud tegevusluba. Mõlema tasandi eriarstiabi arutatakse allpool eraldi.

Ambulatoorne eriarstiabi

Ambulatoorset eriarstiabi osutavad polikliinikud, tervisekeskused, haiglate ambulatoorse ravi osakonnad ja praktiseerivad sõltumatud eriarstid. 2002. aastal oli Eestis 190 tervisekeskust ja 50 haiglate ambulatoorse ravi osakonda. Mõned sõltumatud eriarstid, esmajoones hambaarstid, günekoloogid, uroloogid, oftalmoloogid ning kõrva-, nina- ja kurguarstid tegelevad erapraksisega, kuid suurem osa ülejäänud eriarstidest töötab haiglate ambulatoorse ravi osakondades. Nii avaliku kui erasektori eriarstid võivad sõlmida ja omada lepinguid Eesti Haigekassaga. Üksikasjaliku teabe saamiseks kõnealuste tervishoiutöötajate tasustamise kohta vaata peatükki “Tervishoiutöötajate tasustamine”.

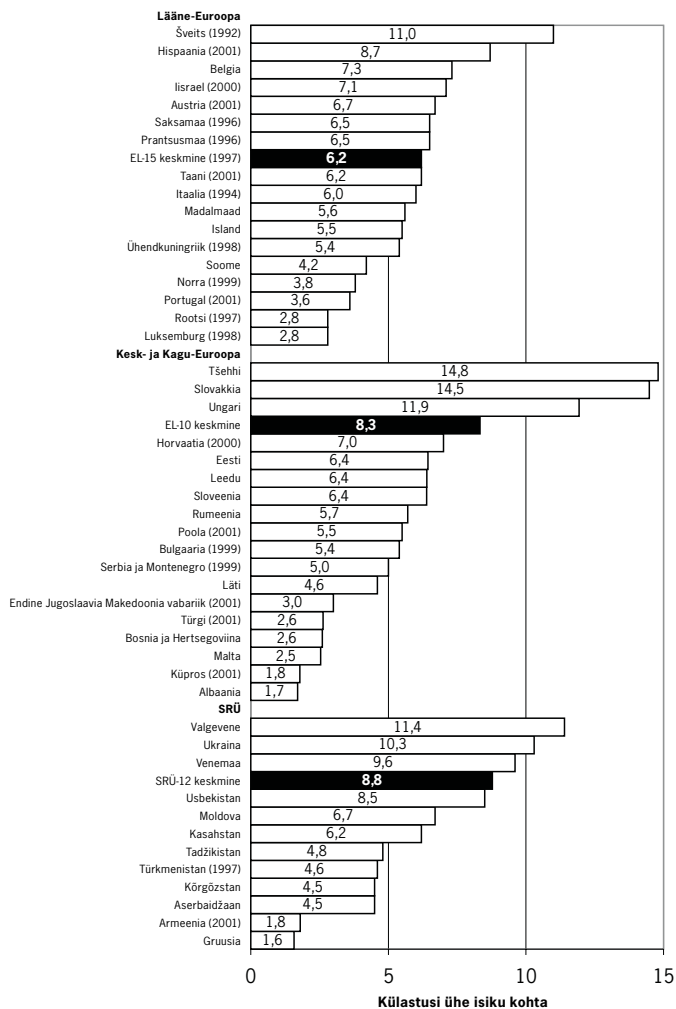
Haiglaravi

Kõik haiglad on eraõiguse alusel tegutsevad aktsiaseltsid või osaühingud või mittetulunduslikud sihtasutused ning nendel peab olema teenuste osutamiseks Tervishoiuametilt saadud litsents. Tervishoiuamet annab välja litsentse kehtivusajaga viis aastat haiglate suhtes kehtestatud miinimumnõuete alusel.

Aktiivraviga tegelevad järgmist liiki haiglad.

- Kaks regionaalhaiglat (nn teise ja kolmanda etapi arstiabi), millest kumbki teenindab umbes 500 000 elanikuga piirkonda. Üks nendest, Tartu Ülikooli Kliinikum, osutab kõiki eriarstiabiteenuseid Lõuna-Eestis. Põhja-Eesti Regionaalhaigla Tallinnas ei osuta teenuseid kõigil erialadel, sest need on tavakohaselt jaotunud linna kahe keskhaiгла vahel.
- Iga haigla neljast keskhaiглаst teenindab umbes 200 000 elanikuga piirkonda ja osutab peamiselt nn teise ja kolmanda etapi arstiabi. Kaks nendest paikneb Tallinnas; ülejäänud kaks asuvad riigi kirde- ja kaguosas.
- Üldhaiglad või kohalikud haiglad on peaaegu igas ülejäänud maakonnas. Need on elanike arvust olenevalt kas üldhaiglad, mis pakuvad statsionaarse, kirurgilise, pediaatrilise ravi ja sünnitusabi teenuseid, või ainult sisehaiguste raviga seotud teenuseid pakuvad kohalikud haiglad.

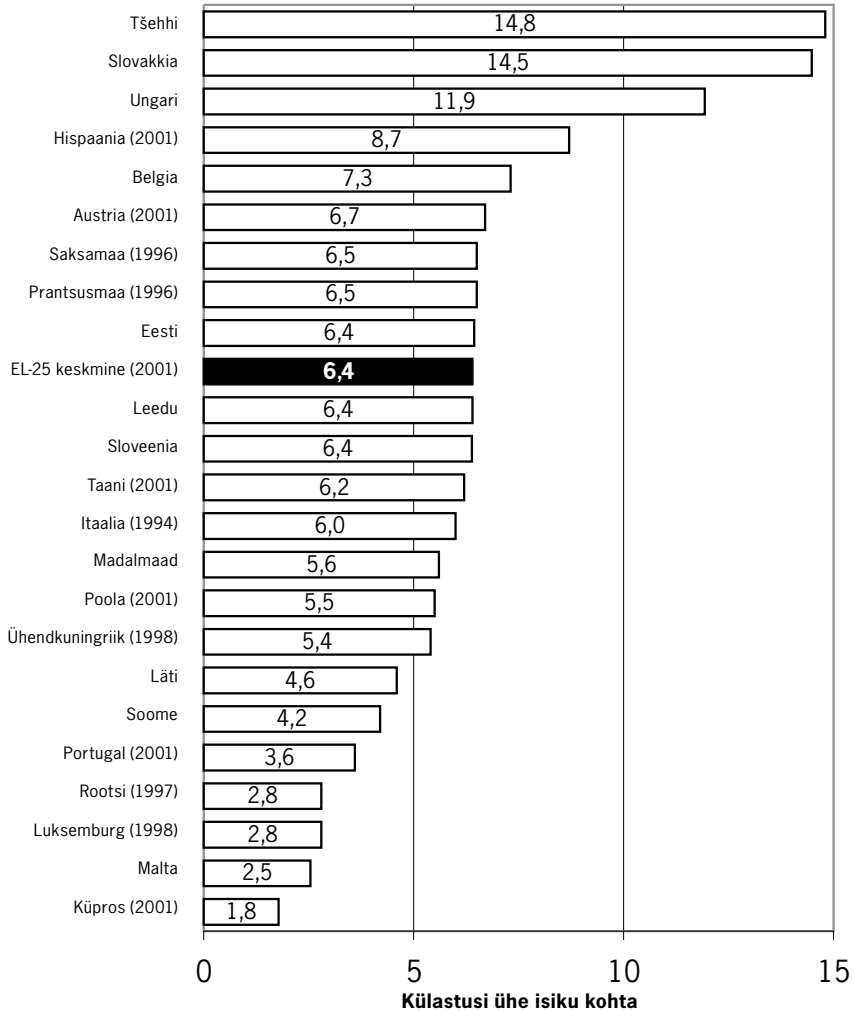
Joonis 8a. Ambulaatorsete vastuvõttude ühe isiku kohta WHO Euroopa piirkonnas 2002. aastal või viimasel aastal, mille kohta on andmed kättesaadavad (sulgudes)



Allikas: WHO Regionaalbüroo HFA andmekogu, juuni 2004.

Märkus: SRÜ: Sõltumatute Riikide Ühendus; EL: Euroopa Liit; EL-10 keskmine: pärast 1. maid 2004 ühinenud uued liikmesriigid; EL-15 keskmine: liikmesriigid enne 1. maid 2004; ei sisalda riike, mille kohta andmed puuduvad. Ambulaatorsete vastuvõttude hulka on arvatud külastused eriarstide juurde. Perekäsitlused moodustavad veidi alla poole kõigist ambulaatorsetest vastuvõttudest.

Joonis 8b. Ambulatoorsed vastuvõttud ühe isiku kohta Euroopa Liidus 2002. aastal või viimasel aastal, mille kohta on andmed kättesaadavad (sulgudes)



Allikas: WHO Regionaalbüroo HFA andmekogu, juuni 2004.

Märkus: EL: Euroopa Liit; EL-25 keskmine: kõik liikmesriigid. Ei sisalda riike, mille kohta andmed puuduvad.

Peale nende on mõned spetsiifilist arstiabi pakkuvad haiglad. Haiglavõrgustik on kavandatud teatavate kriteeriumide kohaselt, seal hulgas võttes arvesse elanike arvu ja elanike elukoha kaugust raviasutusest.

Enamik haiglaid on omavalitsuse omandis, kuid regionaalhaiglad on riigi asutatud. Samal ajal eksisteerivad ka erahaiglad, kuid need osutavad ainult eriteenuseid, näiteks günekoloogilist, kardioloogilist ja sünnitusabi, välja avatud üks haigla, mis osutab sisehaiguste ja üldkirurgilise raviga seotud teenuseid.

Haiglatel on küllaltki suur autonoomia renoveerimise, töölevõtmise, personali palkade ja finantseerimisasutustelt laenude võtmise üle otsustamisel. Kõnealusel otsused teeb haigla juhtkond (juhatus) ja nõukogu. Haiglad võivad tulu saada ruumide üürimisest eraettevõtetele, näiteks pankadele ja kauplustele haigla eesruumides. Vastutust maksekohustuste täitmatajätmise korral reguleeritakse äriõiguse üldeeskirjade ja sihtasutuste seadusega. Mõnel väiksemal haiglal on olnud raskusi renoveerimise või meditsiiniseadmetega seotud kulutuste hüvitamisega, kuid seni ei ole olnud ühtegi pankrotti ning olukorda monitorib Sotsiaalministeerium.

2002. aastal prognoositi Sotsiaalministeeriumi tellitud Eesti haiglate arengukava 2015 kohaselt haiglateenuste mahtu tulevikus (vaata peatükki "Planeerimine, reguleerimine ja juhtimine"). Kõnealusel arengukavas märgiti, et Eesti geograafiliselt detsentraliseeritud haiglasüsteemil on ülemäärane võimsus. Eestis oli 1991. aastal umbes 120 haiglat 18 000 voodikohaga. Sellest ajast alates on haiglate ja voodikohtade arv väga järsult vähenenud. 1995. aastaks oli alles 83 haiglat 12 000 voodikohaga ning 2001. aastaks oli jäänud 67 haiglat 9100 voodikohaga. 2002. aastal paljud haiglad ühendati ning 2003. aasta alguseks oli haiglaid ainult 40. Haiglate arengukava 2015 soovitusel tuleb aktiivravahaiglate ja -voodite arvu veelgi vähendada kuni 21 aktiivravahaiglani ja kahe aktiivravivoodini 1000 elaniku kohta.

Voodikohtade arv 1000 elaniku kohta on langenud 9,62 voodilt 1980. aastal 4,50 voodini 2002. aastal (vaata tabel 16). Alates litsentsisüsteemi kehtestamisest on haiglate ja aktiivravivoodite arv pidevalt langenud peamiselt sellepärast, et paljud valdavalt hooldusravi paku-

vad väikehaiglad jäid aktiivravihaigla seisundist ilma ning muudeti hooldekodudeks. See väikehaiglate hooldekodudeks muutmise suundumus kestab ka praegusel ajal (vt allpool). Muudest haiglatest on tehtud ambulatoorset arstiabi andvad üldarstiabikeskused. Viimastel aastatel on aktiivravivoodite arv vähenenud haiglate ühendamise tõttu.

Tabel 16. Haiglaraviteenuste kasutamine ja osutamine aktiivravihaiglates Eestis, 1980–2002

Näitaja	1980	1985	1990	1992	1994	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Voodikohad (1000 elaniku kohta)	9,62	9,74	9,19	7,62	6,46	6,12	6,31	6,25	5,84	5,55	5,14	5,40
Vastuvõetud (100 elaniku kohta)	18,5	19,9	17,5	17,1	17,0	17,3	18,7	18,7	19,2	18,7	17,9	17,2
Keskmine haiglasviibimise aeg (päevad)	–	15,0	14,3	13,1	11,4	9,6	9,2	8,8	8,0	7,3	6,9	6,9
Voodikohtade hõivatust (%)	84,3	94,3	74,2	74,2	76,6	71,9	71,6	74,6	69,3	66,1	62,3	64,6

Allikas: [23].

Tabeli 16 põhjal ilmneb, et aktiivraviteenuste osutamine on aja jooksul paranenud. Voodikohtade arv on vähenenud, kuid vastuvõttude arv 100 elaniku kohta on jäänud endiseks ning keskmine haiglasviibimise aeg on lühenenud kuue päeva võrra alates 1992. aastast. Haiglad on seadnud eesmärgiks suurendada voodikohtade hõivatust 80%ni ja lühendada keskmist haiglasviibimise aega 4,5 päevani.

Ravi kättesaadavus ja kvaliteet

Otsustamine ambulatoorse eriarstiabi kättesaadavuse ja haiglaravi ravi-järjekordade pikkuse üle, mis esmakordselt toimus 2001. aastal, delegeriti 2002. aastal Eesti Haigekassa nõukogule ja eesmärkide seadmine toimub igal aastal. 2002. aastal olid eriarstiabi maksimaalsed ravijärjekorrad: neli nädalat ambulatoorse eriarstiabi puhul (üks nädal erakorralise abi korral); üks nädal kiireloomulise haiglaravi korral ja kuus kuud haiglaravi korral, mis ei ole kiireloomuline. Mõnel juhul on

Tabel 17a. Haiglaraviteenuste kasutamine ja osutamine aktiivravihaiglates WHO Euroopa piirkonnas 2002. aastal või viimasel aastal, mille kohta on andmed kättesaadavad

	Voodikohtade arv 1000 elaniku kohta	Vastuvõtte arv 100 elaniku kohta	Keskmine haiglasviibimise aeg päevades	Voodikohtade hõivatus (%)
Lääne-Euroopa				
Andorra	2,8	10,1	6,7 ^c	70,0 ^c
Austria	6,1	28,6	6,0	76,4
Belgia	5,8 ^a	16,9 ^c	8,0 ^c	79,9 ^d
Taani	3,4	17,8 ^a	3,8 ^a	83,5 ^b
EL-15 keskmine	4,1	18,1 ^c	7,1 ^c	77,9 ^d
Soome	2,3	19,9	4,4	74,0 ^g
Prantsusmaa	4,0	20,4 ^c	5,5 ^c	77,4 ^c
Saksamaa	6,3 ^a	20,5 ^a	9,3 ^a	80,1 ^a
Kreeka	4,0 ^b	15,2 ^d	–	–
Island	3,7 ^f	15,3 ^d	5,7 ^d	–
Iirimaa	3,0	14,1	6,5	84,4
Israael	2,2	17,6	4,1	94,0
Itaalia	4,0	15,7 ^a	6,9 ^a	76,0 ^a
Luksemburg	5,6	18,4 ^h	7,7 ^d	74,3 ^h
Monaco	15,5 ^g	–	–	–
Madalmaad	3,1 ^a	8,8 ^a	7,4 ^a	58,4 ^a
Norra	3,1 ^a	16,0 ^a	5,8 ^a	87,2 ^a
Portugal	3,3 ^d	11,9 ^d	7,3 ^d	75,5 ^d
Hispaania	3,0 ^e	11,5 ^d	7,5 ^d	76,1 ^d
Rootsi	2,3	15,1	6,4	77,5 ^f
Šveits	4,0	16,3 ^d	9,2	84,6
Ühendkuningriik	2,4	21,4 ^f	5,0 ^f	80,8 ^d
Kesk- ja Kagu-Euroopa				
Albaania	2,8	–	–	–
Bosnia ja Hertsegoviina	3,3 ^d	7,2 ^d	9,8 ^d	62,6 ^c
Bulgaaria	7,6	14,8 ^f	10,7 ^f	64,1 ^f
Horvaatia	3,7	13,8	8,7	89,6
Küpros	4,1 ^a	8,1 ^a	5,5 ^a	80,1 ^a
Tšehhi	6,3	19,7	8,5	72,1
Eesti	4,5	17,2	6,9	64,6
EL-10 keskmine	6,0	20,1	7,7	72,6
Ungari	5,9	22,9	6,9	77,8
Läti	5,5	18,0	–	–
Leedu	6,0	21,7	8,2	73,8
Malta	3,5	11,0	4,3	83,0
Slovakkia	6,7	18,1	8,8	66,2
Sloveenia	4,1	15,7	6,6	69,0
Endine Jugoslaavia Makedoonia vabariik	3,4 ^a	8,2 ^a	8,0 ^a	53,7 ^a
Türgi	2,1	7,7	5,4	53,7
SRÜ				
Armeenia	3,8	5,9	8,9	31,6 ^a
Aserbaidžaan	7,7	4,7	15,3	25,6
Valgevene	–	–	–	88,7 ^h
SRÜ-12 keskmine	8,2	19,7	12,7	85,4
Gruusia	3,6	4,4	7,4	82,0 ^f
Kasahstan	5,1	15,5	10,9	98,5
Kõrgõzstan	4,3	12,2	10,3	86,8
Moldova	4,7	13,1	9,7	75,1
Venemaa	9,5	22,2	13,5	86,1
Tadžikistan	5,7	9,1	12,0	55,1
Türkmenistan	6,0 ^e	12,4	11,1 ^e	72,1 ^e
Ukraina	7,2	19,2 ^e	12,3	89,2
Usbekistan	–	–	–	84,5

Allikas: WHO Regionaalbüroo HFA andmekogu, juuni 2004.

Märkused: ^a 2001; ^b 2000; ^c 1999; ^d 1998; ^e 1997; ^f 1996; ^g 1995; ^h 1994; SRÜ: Sõltumatute Riikide Ühendus; EL: Euroopa Liit; EL-10 keskmine: pärast 1. maid 2004 ühinenud uued liikmesriigid; EL-15 keskmine: liikmesriigid enne 1. maid 2004. Ei sisalda riike, mille kohta andmed puuduvad.

maksimaalsed järjekorrad pikemad, näiteks glaukoomioperatsioonide ja suurte liigesesiseste proteeside paigaldamise järjekord on kolm aastat, kombineeritud otolarüngoloogilise kirurgia järjekord on üks aasta ning südamekirurgia järjekord on kaheksa kuud.

Tabel 17b. Haiglaraviteenuste kasutamine ja osutamine aktiivravahaiglates Euroopa Liidus 2002. aastal või viimasel aastal, mille kohta on andmed kättesaadavad

	Voodikohtade arv 1000 elaniku kohta	Vastuvõttude arv 100 elaniku kohta	Keskmine haiglasviibimise aeg päevades	Voodikohtade hõivatus (%)
Austria	6,1	28,6	6,0	76,4
Belgia	5,8 ^a	16,9 ^c	8,0 ^c	79,9 ^d
Küpros	4,1 ^a	8,1 ^a	5,5 ^a	80,1 ^a
Tšehhi	6,3	19,7	8,5	72,1
Taani	3,4	17,8 ^a	3,8 ^a	83,5 ^b
Eesti	4,5	17,2	6,9	64,6
EL-25 keskmine	4,2	18,1 ^a	7,0 ^a	77,1 ^a
Soome	2,3	19,9	14,4	74,0 ^g
Prantsusmaa	4,0	20,4 ^c	5,5 ^c	77,4 ^c
Saksamaa	6,3 ^a	20,5 ^a	9,3 ^a	80,1 ^a
Kreeka	4,0 ^b	15,2 ^d	–	–
Ungari	5,9	22,9	6,9	77,8
Iirimaa	3,0	14,1	6,5	84,4
Itaalia	4,0	15,7 ^a	6,9 ^a	76,0 ^a
Läti	5,5	18,0	–	–
Leedu	6,0	21,7	8,2	73,8
Luksemburg	5,6	18,4 ^h	7,7 ^d	74,3 ^h
Malta	3,5	11,0	4,3	83,0
Madalmaad	3,1 ^a	8,8 ^a	7,4 ^a	58,4 ^a
Portugal	3,3 ^d	11,9 ^d	7,3 ^d	75,5 ^d
Slovakkia	6,7	18,1	8,8	66,2
Sloveenia	4,1	15,7	6,6	69,0
Hispaania	3,0 ^e	11,5 ^d	7,5 ^d	76,1 ^d
Rootsi	2,3	15,1	6,4	77,5 ^f
Ühendkuningriik	2,4	21,4 ^f	5,0 ^f	80,8 ^d

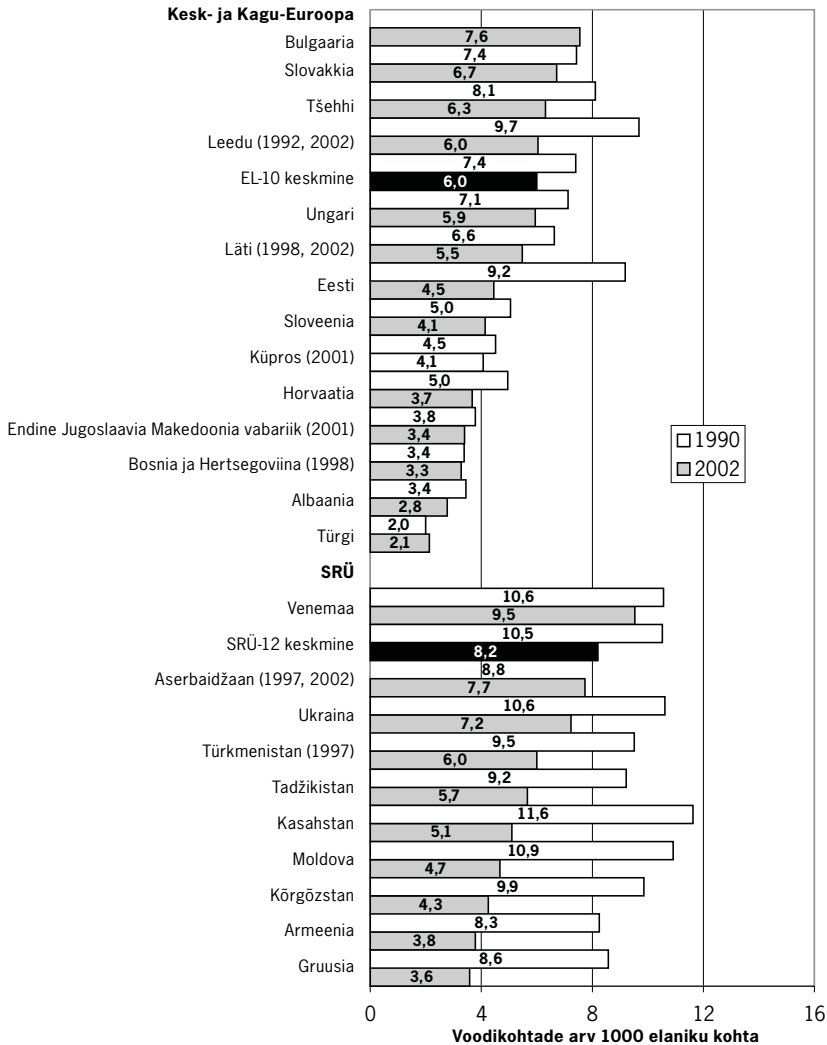
Allikas: WHO Regionaalbüroo HFA andmekogu, juuni 2004.

Märkused: ^a 2001; ^b 2000; ^c 1999; ^d 1998; ^e 1997; ^f 1996; ^g 1995; ^h 1994; EL: Euroopa Liit; EL-25 keskmine: kõik liikmesriigid. Ei sisalda riike, mille kohta andmed puuduvad.

Andmed ravijärjekordade kohta, mis on liigendatud eriala (mitte raviprotseduuri) ning 2004. aasta juulist alates ka järjekorras olemise põhjuse järgi, kogutakse teenuseosutaja (nt haigla) tasandil igas kvartalis ning seiret selle üle teostavad Eesti Haigekassa piirkondlikud osakonnad. Eraldi meetmeid rakendatakse nende patsientide abistamiseks, kes on järjekorras olnud tagatud tähtajast kauem. Näiteks 2002. aasta lõpus eraldati täiendavaid rahalisi vahendeid Haigekassa poolt keskselt jälgitavate ravijärjekordade lühendamiseks probleemsetes valdkondades. Ka kõik Eesti Haigekassa piirkondlikud osakonnad kasutavad teenuseosutajatega sõlmitavate lepingute kavandamisel erialade kaupa liigendatud järjekordadega seotud teavet. Viimase kahe aasta jooksul ei ole järjekorrad pikenenud ning 2004. aasta alguses otsustas Eesti Haigekassa nõukogu lühendada ambulatoorse arstiabi ravi ooteaega kolme nädalani.

Uuringud haiglate andmete põhjal näitavad, et rahalised piirangud ei ole keskselt jälgitavate (tsentraalsete) järjekordade pikkuse peamiseks põhjuseks. Teenuseosutajatelt saadud kvartali seireandmete kohaselt pidi 2004. aasta juulis 38% tsentraalsetes ravijärjekordades olevatest isikutest ootama nõustamist või protseduuri järjekorra maksimumpikkusest kauem (ambulatoorse eriarstiabi konsultatsioonide ja protseduuride järjekord on kolm nädalat, päevakirurgia ning haiglaravi järjekord on kuus kuud); ainult 3% viivitustest oli tingitud rahalistest piirangutest. Eesti Haigekassa 2003. aasta poolaastaruandes märgitakse, et rahaliste vahendite piiratuse tõttu peab keskmiselt 4% kindlustatud isikutest ootama ambulatoorset arstiabi ja 1% haiglaravi maksimaalsest ooteajast kauem. Muudeks pikemate ooteaegade põhjusteks on teenuseosutaja suutlikkuse puudumine, töötajate vähesus puhkuste ajal, patsiendi soov minna teatava konkreetse arsti juurde või patsiendi soovil hilisemale kuupäevale määratud arstivastuvõtt plaanilises kirurgias [25]. Selliste operatsioonide puhul nagu liigesproteeside ja silmakaeoperatsioonid, peetakse järjekordi tsentraalselt, mis võimaldab luua patsientide pingerea vastavalt vajadusele ja haiguse raskusastmele. Kriteeriumid, mille kohaselt hinnatakse vajadust saada ravi eelisjärjekorras, on füüsilise vaeguse aste (visuaalne aktiivsus ja funktsionaalne liikuvus), valu ja töövõime, vajadus hooldada ülalpeetavaid ja võimelisus iseseisvalt elada. Suurema ravivajadusega isikud saavad ravi eelisjärjekorras. Tsentraalsete järjekordade andmeid ajakohastatakse regulaarselt, mis

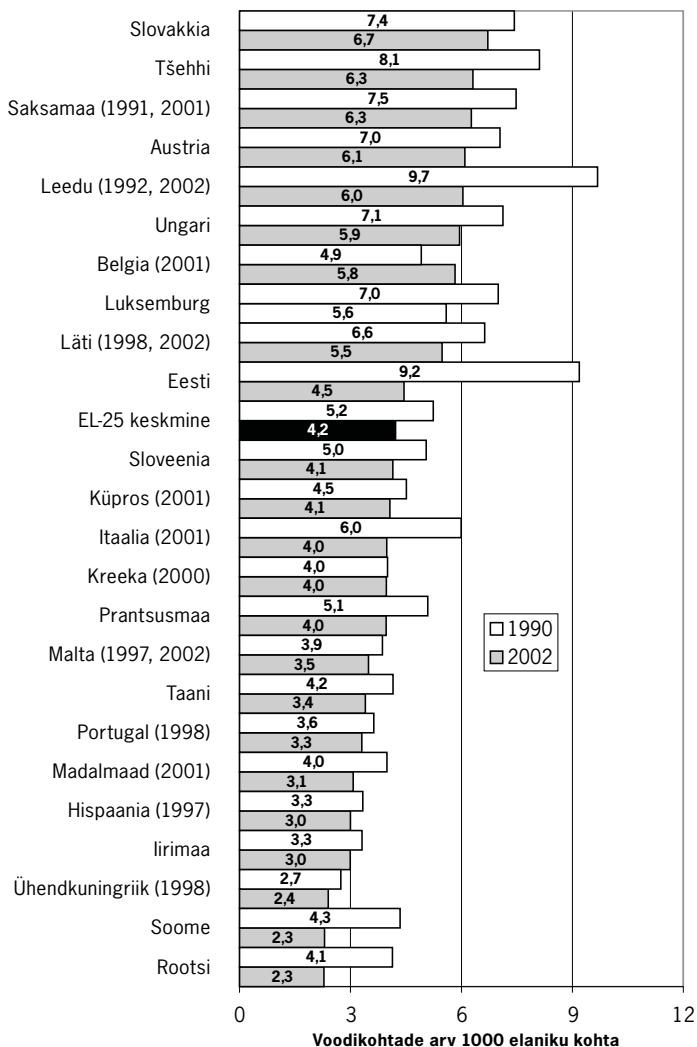
Joonis 9a. Voodikohtade arv 1000 elaniku kohta aktiivravihaiglates Kesk- ja Kagu-Euroopas ning SRÜ riikides 1990. ja 2002. aastal või viimasel aastal, mille kohta on andmed kättesaadavad (sulgudes)



Allikas: WHO Regionaalbüroo HFA andmekogu, juuni 2004.

Märkus: SRÜ: Sõltumatute Riikide Ühendus; EL: Euroopa Liit; EL-10 keskmine: pärast 1. maid 2004 ühinenud uued liikmesriigid; ei sisalda riike, mille kohta andmed puuduvad.

Joonis 9b. Voodikohtade arv 1000 elaniku kohta aktiivravihaiglates Euroopa Liidus 1990. ja 2002. aastal või viimasel aastal, mille kohta on andmed kättesaadavad (sulgudes)



Allikas: WHO Regionaalbüroo HFA andmekogu, juuni 2004.

Märkus: EL: Euroopa Liit; EL-25 keskmine: kõik liikmesriigid; ei sisalda riike, mille kohta andmed puuduvad.

võimaldab patsientidel liikuda järjekorras võrreldes teiste patsientidega olenevalt ravivajadusest. Kavas on kasutusele võtta samasugune vajaduste hindamise viis kohleaarimplantatsiooni puhul. Kuigi kõnealune vajaduste hindamine hõlmab ainult teatavate operatsioonide tsentraalses järjekorras olevaid patsiente, on siiski tõendeid, mis viitavad sellele, et üldjuhul on suurema ravivajadusega isikute ooteajad lühemad, mis kinnitab kaudset prioriteetide seadmist teenuseosutajate tasandil.

Kliinilised ravijuhendid võeti Eestis kasutusele 1990. aastate lõpus ja nende peamine eesmärk oli parandada arstiabi kvaliteeti. Koostatud on veidi alla saja juhendi nii üldarstiabi kui ka eriarstiabi (kardioloogia, oftalmoloogia, günekoloogia, pediaatria) alal. Ravijuhendite ettevalmistamine ja arutamine toimub tavaliselt kutseühendustes, enamasti suudavad mitmesugused üld- (näiteks üldarstiabi, õenduse ja ambulatoorse arstiabi organisatsioonid) ja erialaorganisatsioonid suuniste arutamisel omavahel vaid vähestes küsimustes kokku leppida. Enamikus ravijuhendites kirjeldatakse pigem parimat tava, kui antakse selgeid juhiseid igapäevaseks tegevuseks. Eesti Haigekassa soodustab ravijuhendite väljatöötamist ja rakendamist ning on kasutusele võtnud kliinilise ravijuhendite tunnustamise protseduuri, mis sisaldab terviseökonomilist analüüsi ja rahaliste vahendite olemasolu hindamist. Seda viimast praegu arendatakse ning seetõttu on uuemad ravijuhendid veel vähe kasutusel. Kliinilistel auditeerimistel kontrollib Eesti Haigekassa ka olemasolevate kliiniliste ravijuhendite omaksvõtmist ja kasutamist.

2004. aasta lõpuks peaksid kõik haiglad olema kehtestanud kvaliteedikontrollisüsteemi. Eesti Haigekassa on koostöös haiglatega välja töötanud tegevusnäitajate süsteemi, mida mõõdetakse kord aastas, kuid see süsteem ei ole veel juurdunud ja rutiinselt kasutusel.

2003. aastal Eesti Haigekassa tellimusel tehtud patsiendiuringu andmetel on arstiabi kättesaadavus patsientidele probleemiks, ainult 52% kogu elanikkonnast peab kättesaadavust heaks või küllaltki heaks [24]. Üldine rahulolu tervishoiu kvaliteediga langes 56%ni, seega 9% võrra alates 2001. aastast, kui 65% kogu elanikkonnast pidas Eesti tervishoiu kvaliteeti rahuldavaks. Samal ajal oli aasta jooksul tegelikult tervishoiuteenuseid kasutanud isikutest 84% rahul haiglaravi kvaliteediga ja 91% oli rahul ambulatoorse eriarstiabiga. Asjaolu, et elanikkonna

üldine arvamus erineb isikliku kogemusega inimeste omast, võib pida massiteabevahendite teeneks, sest tavapäraselt tuuakse esile pigem probleemsed ja negatiivsed juhud, jättes tähelepanuta need, mille puhul patsiendid on ravi kulgemise ja tulemustega rahul.

Mõnes piirkonnas pidasid patsiendid kättesaadavust kvaliteedist olulisemaks, kuid suuremates linnades hinnati kättesaadavust ja kvaliteeti võrdväärselt tähtsateks. Üle 65% arsti juurde pääseda soovinud isikutest ütlesid, et neil oli probleeme ambulatoorse eriarstiabi kättesaadavusega, kuid ainult 36% oli oodanud üle ühe nädala ambulatoorse eriarsti juurde saamist.

Hambaraviga oli 2003. aastal rahul 96%, võrreldes 92%ga aastal 2002, kuigi 1999. aastal oli vähemalt korra hambaarsti juures käinud ainult 49% ning 2003. aastal ainult 32% küsitletutest. Hambaarstikülastusi on rohkem nooremates vanusrühmades, st 25–34aastaste hulgas, ning väiksemates linnades elavate inimeste seas. Hambaarsti külastatavuse madala taseme põhjuseks on hambaravi kõrge maksumus patsientide jaoks.

Sotsiaalhoolekanne

Iseseisev Eesti sai päranduseks institutsioonilise sotsiaalhoolekande süsteemi. Kuigi tervishoid ja sotsiaalhoolekanne olid teoreetiliselt rangelt eraldatud, viibis tegelikult palju krooniliste haigustega inimesi hooldekodudes ning paljusid sotsiaalselt ebasoodsas olukorras inimesi hoiti pikka aega haiglates. Füüsilist ja vaimset puuet peeti tabuteemaks ning enamik puudega inimesi pandi hooldeasutustesse isegi siis, kui nad mõõdukalt abistatutena oleksid võinud elada kogukonnas.

Kui tervishoiusüsteem pärast taasiseseisvumist ümber korraldati, töötati välja ka uus sotsiaalteenuste kontseptsioon, mille eesmärk oli vähendada hooldeasutuste osakaalu ja need ümber struktureerida ning välja kujundada avatud ehk kogukonnale rajatud hooldus. 1995. aasta sotsiaalhoolekande seadusega määratleti sotsiaalhoolekande eesmärk, mis seisneb abi osutamises üksikisikutele või peredele, et nii ametliku kui mitteametliku sotsiaalhoolekande abil ära hoida raskused või neid

vähendada, ning abistada erivajadustega üksikisikuid sotsiaalkindlustuse ja sotsiaalhoolekande saamisel ning aidata neil kohaneda eluga kogukonnas. Seadusega sätestati ka rahaliste hüvitiste süsteem eri sotsiaalsetele rühmadele nagu puuetega inimesed ja igapäevastes toimingutes abi vajavad isikud, et hoogustada asjakohaste sotsiaalteenuste arengut. Rahalised hüvitised hõlmavad toimetulekutoetusi, hooldajatoetusi jne, mis makstakse otse teenuse kasutajale, kes seejärel leiab endale abistaja või muu teenuseosutaja. Selle kontseptsiooni põhjal siiski ei õnnestunud luua uusi sotsiaalteenuseid, sest enamik inimesi kasutab kõnealust rahalist toetust pigem igapäevasteks vajadusteks kui abi ostmiseks.

Sotsiaalhoolekanne jaguneb eri vormideks nii hooldamise kui ka finantseerimise osas. Põhivorm koosneb üldteenustest sotsiaaltoetust vajavate üksikisikute abistamiseks. See on omavalitsuste ülesanne, kuid rahastamine toimub riigieelarvest ülekantavatest summadest. Enamikku kõnealustest teenustest osutatakse endiselt sotsiaalhoolekandeaasutust es, kuigi mõned omavalitsused on loonud ka kogukondliku hoolduse süsteemid, näiteks päevakodud vanemaealistele, toitlustamisteenused (“supiköögid”) ja muud igapäevatoiminguid toetavad teenused. Riik vastutab teenuste osutamise eest vaimse tervise probleemide või vaimse puudega inimestele, need rahastatakse riigieelarvest ning nende tsentraalse juhtimise ja rahastamisega tegeleb Sotsiaalministeerium.

Täisealiste sotsiaalhoolekandeaasutuste arv on kasvanud 82 asutuselt 1995. aastal 117 asutuseni 2001. aastal. Üldist sotsiaalhoolekannet pakkuvate asutuste arv on suurenenud 68 asutuselt 97 asutuseni. Omavalitsused on loonud mitmeid väikesi hooldekodusid, kus elutingimused on paremad kui vanemates ja suuremates asutustes. 1995. aastal elas üldhoolekandeaasutustes umbes 2400 inimest, 2002. aastal tõusis see arv üle 3500. Erihoolekandeaasutustes elavate inimeste arv vähenes 2635 inimeselt 1999. aastal 2457 inimeseni 2002. aastal. 2001. aastal oli 35 eriasutust lastele (peamiselt orbudele), kus elas 1800 last.

Veel üheks tähtsaks edusammuks sotsiaalhoolekande alal on tugikeskuste loomine, mis annavad tööalast koolitust ja abi puuetega inimestele. Loodud on spetsiaalsed taastusravikeskused inimestele, kes vajavad kutsekoolitust ja -nõustamist (13 keskust 2002. aastal), vanemaealistele ja dementsetele inimestele on asutatud päevakodud (85 päevakodu 2002.

aastal). Enamikku kõnealustest asutustest rahastavad ja hoiavad toimimas kohalikud omavalitsused.

2001. aastal kulutati sotsiaalhüvitistele ja -teenustele 68 miljonit eurot (1069 miljonit krooni), s.o 1,1% sisemajanduse kogutoodangust (SKT). Umbes 23% sellest kulutati sotsiaalteenustele, ülejäänud läks rahalisteks hüvitisteks.

Hooldusravi ja õendusabi

Krooniliste haigustega inimeste hooldusraviga tegelevad peamiselt väikehaiglad. Paljud hooldekodudes elavad inimesed vajavad siiski ka õendusabi, kuid osutatava abi suuruse määravad omavalitsuste eelarvete piiratud mahud. Sellest tulenevalt ei ole põetusravi ja õendusabi vajava sotsiaalhoolekande vahel selget piiri ning rahuldamatat jäävad nii tervishoiu- kui sotsiaalhoolekannesektori vajadused. Peale selle maksab Eesti Haigekassa küll tavapärasest pikemate haiglasviibimiste eest, olgugi et haiglaavi pikema kestuse põhjus on pigem sotsiaalne kui meditsiiniline.

2001. aastal koostas Sotsiaalministeerium hooldusravi arengukava 2015, et kindlaks määrata haiglate arengukava 2015 eesmärkidele vastavad hooldusravi ja õendusabi eesmärgid. Arengukavas soovitatud peamiste muudatuste kohaselt tuleb (peamiselt omavalitsuse omandis olevad) väikehaiglad muuta hooldushaiglateks ning välja arendada institutsioonivälised õendusabiteenused, mis hõlmavad nii kodupõetuse kui ka päevapõetuse tervishoiuasutustes.

Arengukavas nähakse ette, et hooldusravi voodikohtade vajadus on minimaalselt 10 voodit 1000 elaniku kohta vanuses üle 65 aasta, see tähendab kokku umbes 2100 voodit. 2001. aastal oli olemas 26 väikehaiglat, igäihes vähem kui 50 voodit. Esimese sammuna tuleb muuta vähemalt 30% kõnealustest vooditest hooldusravivooditeks, kuid nende voodite arv on ikkagi olulisel määral vajatavast väiksem. Üheks õendusabi järele tekkinud vajaduse rahuldamise võimaluseks on institutsioonivälised teenused. Eesti Haigekassa on tunnistanud õendusabi otsustavat tähtsust aktiivravi suurima tõhususe saavutamisel ning on alates 2003. aastast katnud kodupõetuse kulud.

Kavandatud muudatuste rahastamine on olnud raske ning eeskirjad ei ole veel täielikult paigas. Kuid õendusabi rahastamise reguleerimist on alustatud ning samal ajal rakendatakse süsteemi, millega saab mõõta vanemaealiste vajadusi tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande valdkonnas. Eesti Haigekassa on kasutusele võtnud süsteemi, mis võimaldab hinnata, kui võrd on vanemaealised õigustatud saama tervishoiu-, põetus- ja sotsiaalhoolekannet, mis aitab eraldada rahalisi vahendeid pigem vajaduse kui tervisliku või sotsiaalse seisundi järgi.

Psühhiaatriline abi

Nõukogude ajal oli psühhiaatriline abi nagu sotsiaalabigi institutsiooni-põhine. Pärast taasiseseisvumist on toimunud suured muutused (vt tabel 18).

Tabel 18. Psühhiaatrilise abi teenuste areng, 1975–2000

	1975	1985	1990	1995	2000
Psühhiaatriavoodite arv	1955	2340	2450	1150	1033
Ambulatoorsete külastuste arv	48 764	63 798	56 669	69 227	94 228
Esmaste psühhooside arv	535	336	191	478	506
Haiglaravijuhtude protsent (%)	38	35	33	29	27
Haiglaravi keskmine pikkus	96	88	79	78	24
Psühhiaatriliste ametikohtade arv	122	170	192	160	171
Ambulatoorse ravi teenuseid osutavate psühhiaatrite arv	48	58	67	54	79
Sundhospitaliseerimiste arv	–	–	–	224 ^a	484

Allikad: [26, 27].

Märkus: ^a 1997.

1990. aastatel langes psühhiaatriavoodite arv 155,1 voodikohalt 74,8 voodikohani 100 000 elaniku kohta, haiglaravi keskmine pikkus vähenes 96 päevalt 24 päevani ning ambulatoorsete külastuste arv suurenes 36 vastuvõtult 68 vastuvõtuni 1000 elaniku kohta. 2002. aastaks oli ambulatoorsete külastuste arv tõusnud 153 vastuvõtuni 1000 elaniku kohta. See tulemus saavutati ilma riikliku psühhiaatriaalse eriprogrammi toe-

ta, peamiselt rahaliste stiimulite abil, mis Eesti Haigekassa tekitas haigla aktiivravipäevade ja ostetud teenuste koguse eest makstava hüvitise määra vähendamise arvel (vaata peatükki “Ambulatoorse eriarstiabi- ja haiglaraviteenuste tasustamine”). Samal ajal on eriarstid teinud jõupingutusi oma praktilise moderniseerimiseks.

Viimasel ajal on liikumine institutsioonipõhise abi vähendamise suunas aeglustunud, sest ambulatoorse ravi võrgustik ei suuda veel pakkuda piisavalt alternatiive. Eesti Haigekassa poolt hüvitatavate ravimite loetelus on näiteks ainult üks kaasaegne antipsühhootiline ravim, ning seegi alles alates 2001. aastast, kuigi uued ravimid loodetakse kättesaadavaks teha 2004. aastal. Üha suurenev probleem on inimressursside puudumine. Psühhiaatrite (174 psühhiaatrit 2002. aastal) ja psühhiaatriaõdede (113 õde 2002. aastal) arv on juba praegu ebapiisav ning tervishoiutöötajate madalad töötasud koos üha kasvava survega, mis tuleneb teiste Euroopa Liidu liikmesriikide vajadusest kvalifitseeritud personali järele, ei tööta tulevikus midagi head.

1997. aasta psühhiaatrilise abi seadus määratleb psühhiaatrilise abi ja sundravi protseduurid ning tingimused. Seadust kohaldatakse kõigi psühhiaatriliste juhtude suhtes ning see toetub põhiliselt Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni 1991. aastal avaldatud põhimõtetele seoses psüühiliste tervisehäiretega inimeste õiguste kaitsega. Patsiendid ja patsiente esindavad ühendused on väitnud, et Eesti on vaimuhaiguste all kannatavate inimeste õiguste kaitse valdkonnas Lääne-Euroopa riikidest maha jäänud, kuid mahajäämus on suurel määral tingitud puudujääkidest hariduses ja ebapiisavast teabevahetusest eri kutsealarühmade (näiteks kohtunike) vahel ning patsientide ja nende esindajate vahel. On tõestatud, et psühhiaatrilise abi teenused on riigis äärmiselt ebaühtlaselt jaotunud. Teenuste pakkumine on koondunud suurematesse linnadesse ja on hõredam peamiselt venekeelse elanikkonnaga piirkondades.

Valitsus kiitis 2003. aastal heaks vaimse tervise poliitika alusdokumendi [28]. See dokument on valitsuseväliste organisatsioonide poolt juhitud märkimisväärse valdkondadevahelise töö tulemus, mille koostamisega on aasta jooksul tegelenud peaaegu 1000 inimest. Ekspertid ja patsiendid osalesid dokumendi eelnõu koostamisel ja arutamisel elektronposti teel, mis osutus tulemuslikuks ja tõhusaks töömeetodiks. Pärast

valitsuse esialgset toetust psühhiaatrilise abi probleemidele hoog siiski rauges, sest valitsus vahetus pärast Riigikogu valimisi ning esialgne riiklikule rahastamisele tuginev kooskõlastatud tegevuse kava jäi valitsuse prioriteetide loetelust välja. Sotsiaalministeerium koostab praegu riikliku poliitikat käsitlevat dokumenti, kuid selles ei käsitleta rahaliste vahendite eraldamist.

Hiljutiste andmete põhjal selgub, et psühhiaatrilise abi arvele langeb umbes 4% (7,73 miljonit eurot) Eesti Haigekassa poolt hüvitatavatest tervishoiu kogukuludest [29]. Umbes veerand kõnealustest rahalistest vahenditest kulub ambulatoorsele ravile, kusjuures suurimad kulud on seotud neurootiliste, stressist tingitud ja somatoformsete tervisehäiretega [“Rahvusvahelise haiguste ja nendega seotud terviseprobleemide statistilise klassifikatsiooni” kümnnenda väljaande kategooria F4 (RHK-10)]. Kategooria F4 tervisehäired moodustavad ligikaudu veerandi ambulatoorse arstiabi kogukuludest, nendele järgnevad meeleoluhäired (F3) ja skisofreenia, skisotüüpsed ja luululised häired (F2). Suurimad haiglaravikulud seostuvad diagnostilise kategooriaga F2 (41%), järgneb kategooria F3 (17%) ja kategooria F1 (15%). Üldarstiabi osa meeleoluhäirete ja rahunõuetundite korral on ilmne, sest 47% kõigist antidepressantidest määravad perearstid, kusjuures perearstide arvele langeb ainult 7,4% psühhiaatrilise abi kogukuludest. Hooldusravi ehk õendusabi valdkond üldiselt kasvab, 2002. aastal moodustasid hoolduskulud umbes 2% psühhiaatrilise abi kogukuludest, mis vastab kõnealusele kuluosale tervishoiu üldeelarves.

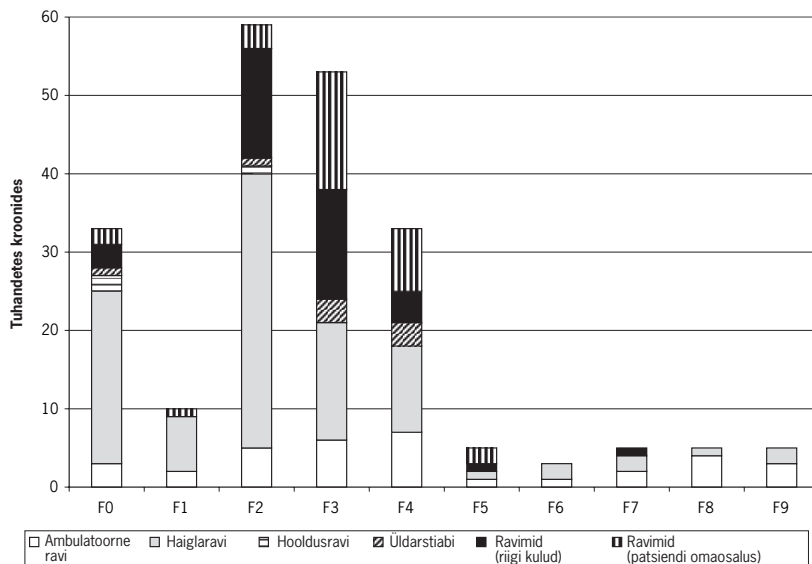
Vaimse tervise häirete ravimiseks kasutatud ravimite kulud moodustavad 4% Eesti Haigekassa ravimihüvitiste kogusummast. Enamik kõnealustest ravimitest määratakse skisofreenia, skisotüüpsete ja luululiste ning meeleoluhäirete raviks. Kuigi Eesti Haigekassa hüvitised seoses vaimuhaiguste ravimiseks kasutatavate ravimitega on märkimisväärselt suurenenud, teevad patsiendid ikkagi olulisi osamakseid kulude jagamise kaudu; vaimuhaiguste raviks kasutatud ravimite hüvitamise kuludest langeb patsientide arvele umbes 48%, kusjuures hüvitatavate antipsühhootiliste ravimite osas on need kulud koguni 68%. Sellest tulenevalt

võib öelda, et seda liiki psühhiaatrilise abi kättesaadavus sõltub suurel määral maksevõimest.

Psühhiaatrilises abis, mida Eesti Haigekassa hüvitab, kaldutakse eelistama biomeditsiinilist lähenemisviisi, seega on sellised teenused nagu psühhoterapia tavaliselt kättesaadavad eraviisiliselt ning nende eest tasutakse ise. Sama tuleb öelda narko- ja alkoholisõltuvuse kohta, erandiks on vältimatu võõrutusravi, kõik muu sedalaadi ravi tuleb rahastada ise. Kuna narkomaanide arv on kasvanud, on riik üritanud kättesaadavaks teha välisabist ja annetustest rahastatavaid teenuseid, kuid nendest rahalistest vahenditest on jätkunud ainult üksikute voodikohtade rahastamiseks. Omavalitsuste tasandil narkomaania ravimise süsteemi ei ole.

Joonisel 10 esitatakse psühhiaatrilise abi kulude üldine jaotumine eri diagnostiliste rühmade järgi.

Joonis 10. Psühhiaatrilise abi kulude jaotumine RHK-10 kategooriate järgi, 2002



Allikas: [29].

Hambaravi

Enamik hambaarste on eraarstid, välja arvatud mõned riiklikud hambaarstid Tartu Ülikooli kliinikumis ja omavalitsuse omandisse kuuluvas hambapolikliinikus Tallinnas. 1990. aastatel avasid hambaarstid kiiresti erapraksiseid ning riigiteenistuses olevate hambaarstide osakaal langes väga hoogsalt. Hambaarstide geograafiline jaotumine riigis on ebaühtlane. 2000. aastal oli hambaarstide ja elanikkonna vaheline suhe keskmiselt 1 : 1100, kuid Kirde-Eestis oli see 1 : 3030.

Eestil ei ole hambaravi käsitlevat riiklikku poliitikadokumenti ega strateegiat. Hambaarstid koostasid 2000. aastal hambaravi arengukava, mis oli laadilt samasugune nagu muude erialade arengukavad (vaata peatükki “Planeerimine, reguleerimine ja juhtimine”). Kavas hinnatakse ka teataval määral hambaravi ja hambaravispetsialistide vajadust kuni aastani 2015.

Kvaliteedikontroll on jäetud kutseühenduste ülesandeks ning selle sisuks on peamiselt täiendõpe. Eesti Haigekassa algatas 2003. aastal meditsiiniauditi ja rahastas seda, et kontrollida meditsiinidokumentide põhjal laste ja noorukite hambaravi ja võrdlevaid hambaravikulusid [30]. Auditi otsuse kohaselt on laste hambaravikvaliteet üldiselt rahuldav.

Inimressursid

Inimressursid ja koolitus

Inimressursid on üks Eesti tervishoiusüsteemi nendest aspektidest, millele on planeerimisel kõige vähem tähelepanu pööratud ning tervishoiutöötajate arv ja kvaliteet on muutunud võtmeküsimuseks. Pärast taasiseseisvumist sai tervishoiurajatiste ja inimressursside alarahastamisest peamine kulude kokkuhoiu allikas, mille tulemuseks olid väikesed palgad ja kehv töömoraal arstide ja meditsiiniõdede hulgas. Viimastel aastatel on väljavaated seoses arstide ja õdede vaba liikumisega Euroopa Liidus seadnud tervishoiusüsteemi selle osa veelgi suurema surve alla.

Kui tervishoiureformid 1990. aastate hakul algasid, valitses arvamus, et arstide arv ületab nõudluse, eriti teatavatel erialadel. Samal ajal ei jätkunud ega jätku praegugi põetuspõhise personalini ning eriarstiteabeteenused on kogu riigis ebaühtlaselt jaotunud. Ajavahemikul 1991–2000 vähenes arstide arv 24% võrra, langedes 5500 arstilt 4190 arstini, ning õdede arv vähenes 14% võrra, langedes 9900 õelt 8500 õeni [31]. Kuigi arstide ja õdede arv langes pidevalt ka pärast 1998. aastat, jäi suhe 1000 elaniku kohta enam-vähem samaks, sest samal ajal vähenes ka rahvaarv (vt tabel 19). Arvestades arstide praegust vanuselist jaotust on 2010. aastaks oodata edasist langust 12% ehk umbes 500 arsti võrra [32]. Hambaarstide arv on alates 1990. aastast kasvanud 40% võrra, farmatseutide arv ei ole eriti muutunud.

Tabel 19. Tervishoiupersonal Eestis 1000 elaniku kohta, 1970–2002

	1970	1980	1990	1995	1996	1997	1998	2000	2002
Tegevarstid	2,37	2,93	3,50	3,09	3,03	2,99	2,97	3,22	3,09
Tegevhambaarstid	0,33	0,40	0,48	0,58	0,63	0,66	0,68	0,74	0,79
Diplomeeritud meditsiiniõed	4,22	4,40	5,58	6,52	6,29	6,30	6,25	6,34	6,40
Ämmaemandad	0,48	0,48	0,62	0,46	0,44	0,39	0,37	–	–
Tegevfarmatseudid	0,44	0,48	0,59	0,49	0,49	0,52	0,53	–	–

Allikad: [23, 31].

Tartu Ülikooli arstiteaduskond on ainus akadeemiline meditsiiniõppeasutus Eestis. Kõnealune teaduskond vastutab meditsiinilise kõrghariduse (arstiteadus, farmaatsia ja hambaravi), diplomijärgse spetsialiseerumise ning magistri- ja doktoriõppe eest (kõik valdkonnad, sh rahvatervis). Eesti kolm meditsiiniõppekooli (Tallinnas, Tartus ja Kohtla-Järvel) on tunnustatud õdedele ja ämmaemandatele põhi- ja tasemeõpet pakkuvate kutsekõrgkoolidena. Need koolid pakuvad ka tervisekaitseprogramme ning koolitavad muid madalama ja kesktaseme tervishoiutöötajaid.

Vastuvõtukvoodid riiklikult rahastatavatele arstiteaduskonna erialade diplomioõppe ja diplomijärgse õppe kohtadele kehtestab Haridus- ja Teadusministeerium arstiteaduskonna ettepanekute põhjal ja kokkuleppel Sotsiaalministeeriumi ja kutseliitidega. Kuid Tartu Ülikoolil ja arsti-

teaduskonnal on õigus arstiõppesse täiendavalt vastu võtta üliõpilasi, kes tasuvad oma hariduse eest ise. Kõnealustel üliõpilastel on õigus jätkata õpinguid riiklikult rahastatavatel kohtadel, mis nende õpingute ajal vabanevad. Tartu Ülikool on seda võimalust kasutanud 10% ulatuses vastu võetud üliõpilaste koguarvust ning on vastu võtnud ka kuni 20 üliõpilast (20%) teistest riikidest (peamiselt Soomest). Tartu Ülikool kehtestab pärast läbirääkimisi kutseliitudega eri spetsialistide koolitusprogrammide kvoodid valitsuse poolt kindlaksmääratud üldkvoodi alusel.

Praeguse ajani ei ole veel koostatud pikaajalist riiklikku tervishoiuvaldkonna tööjõu kava, mis määraks kindlaks riigi vajaduse mitmesuguste tervishoiuspetsialistide järele, kuid tehtud on mitu alusuuringut ja samal ajal on mitmed lisauuringud veel käigus.

Arstid

Alates 1997. aastast on arstiõpe toimunud Euroopa Liidu miinimumnõuete kohaselt ning 2002. aastal hindas Euroopa Komisjon olemasolevad koolitusprogrammid ja kiitis need heaks. Diplomiõpe kestab kuus aastat, millest kuus kuud hõlmab kliiniline praktika. Lõpueksamite sooritamine annab meditsiiniüliõpilastele arstikutse ja õiguse töötada üldarstina (mitte perearstina), kuid mitte sõltumatu teenuseosutajana. Üldarstid tohivad töötada ainult eriarsti (sh perearsti) juhendamisel.

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

Kõik residentuuriprogrammid toimivad Tartu Ülikooli arstiteaduskonna egiidi all. Nõukogude ajal ning kuni 2002. aastani kasutati ülikooli lõpetanute kutsealase kvalifikatsioonitaseme tagamiseks kolmest kategooriast koosnevat kohustuslikku akrediteerimissüsteemi. Iga kategooria andis arstile õiguse saada vastava taseme palka ning seejärel töötada erapraksises. Sotsiaalministeeriumi eksperdikomisjonid töötasid välja iga kategooria ning eriala akrediteerimiskriteeriumid, sealhulgas täiendõppenõuded. Kutseliidud vastutasid selle eest, et menetlus kordus iga arsti puhul iga viie aasta tagant.

Akrediteerimissüsteem kaotati 2002. aastal kooskõlas Euroopa Liidu direktiividega, kuid paljude kutseliitude tahte vastaselt. Praegu on tööalane koolitus reguleerimata, kuigi Sotsiaalministeerium ja kutseliidud üritavad välja arendada asjakohast vabatahtlikku tööalase koolituse süsteemi ning ekspertide järelevalve all ja juhtimisel toimivat kutsealast kvaliteedikontrolli. See on osutunud oodatust raskemaks, sest eri kutseliitude suutlikkus on oluliselt erinev, mõned nendest on väga väikesed (näiteks pulmonoloogide liit, nefrooloogide liit). Iga kutseliit peab Sotsiaalministeeriumiga kahepoolseid läbirääkimisi. Peale selle näib, et üksikarste esindav ja rohkem ametiühinguna toimiv Eesti Arstide Liit ei ole eriti aldis võtma endale katusorgani rolli. Selles mõttes on meditsiinide ja hambaarstide olukord soodsam ning nende tööalast enesetäiendamist juhitakse paremini.

Spetsialistide tööalane enesetäiendamine tugineb väga suurel määral Tartu Ülikooli akadeemilistele osakondadele (allüksused ja kliinikud). Sellega seostub siiski kaks probleemi. Esiteks on 45 professorikohast täidetud ainult 22, sest vajaliku akadeemilise taustaga silmapaistvaid eriarste on liiga vähe. Kliinilistel erialadel on arst-õppejõudude värbamine raske, sest töö haiglas on atraktiivsem kui akadeemilised ametikohad. Teiseks on selline nõuetekohaste oskuste ja kogemustega inimeste väheus mõnel juhul viinud olukorrani, et üks ja sama isik peab vastutama haiglas oma eriala haldusasjade, oma teaduskonna teadushuvide ja kutseala üldise arengu eest Eestis. On ilmne, et kõnealuseid eri ülesandeid on raske täita võrdväärselt kõrge motivatsiooni ja keskendumisega ning teha seejuures mõistlikke kompromisse mõnikord lahknEVates huvides.

Ajavahemikul 1991–2000 langes arstide arv 24% võrra [31], kuigi nende kontsentratsioon (veidi üle 3 arsti 1000 elaniku kohta) on rahvaarvu samaaegse vähenemise tõttu enam-vähem säilinud. Arstide arvu vähenemise põhjustajaks on mitmed tegurid. Esiteks langes rahvaarv esimesel kümnel aastal pärast taasiseseisvumist 7%, seda peamiselt tagasirände tõttu endisesse Nõukogude Liitu. Teiseks on suur arv ülikooli arstiteaduskonna lõpetanud ja noorarste lahkunud kliinilisest meditsiinist ja asunud tööle paremini tasustatavatel töökohtadel uutes tervishoiuvaldkondades, näiteks tervishoiukorralduses, farmaatsiavaldkonnas või ka väljaspool tervishoiusektorit. 1990. aastate alguses ja keskel olid mõned aastad, mil meditsiinierialale jäi tööle alla 40% arstiteaduskonna lõpetajatest. Kolmandaks toetasid arstid ise suurel määral valitsuse ametlikku poliitikat vähendada vastuvõttu arstiteaduskonda, sest pakkumist peeti nõudlust ületavaks. Haridus- ja Teadusministeerium vähendas vastuvõetavate üliõpilaste arvu, mis 1980. aastal oli 200 üliõpilast aastas, 70 üliõpilaseni 1995. aastal. Viimase kolme aasta jooksul on kõnealune arv uuesti suurendatud 100 üliõpilaseni aastas.

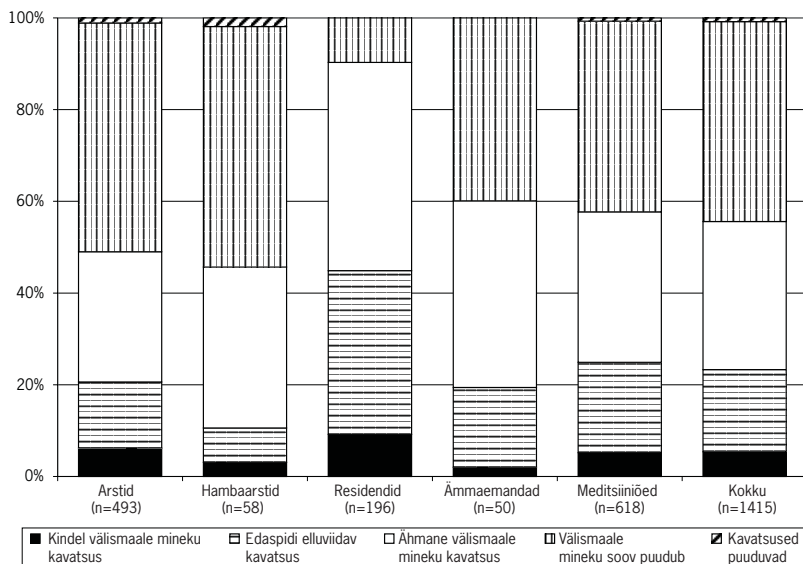
Sotsiaalministeeriumi arvestuste kohaselt on järgmise 10–15 aasta optimaalne määr 3 arsti 1000 elaniku kohta, ning ministeerium kavatseb endiselt rahastada meditsiinierialal 100–110 uue üliõpilase ning 90–100 uue residentide vastuvõttu igal aastal. Kuid kõnealuses kavas ei võeta arvesse arstide arvu vähenemist pensionilemineku või välismaale tööle siirdumise tõttu.

Arvestades arstide praegust vanuselist jaotumist, on 2010. aastaks oodata arstide arvu edasist vähenemist 12% võrra (umbes 500 arsti) [32]. Arstide keskmine vanus on $47,2 \pm 11,5$ (hambaarstidel $44,7 \pm 12,9$). 41% tegevarstidest ja 35% tegevhambaarstidest on 50aastased või vanemad, 34,7% arstidest ja 28,5% hambaarstidest on 50–60 aastat vanad ning 6,3% arstidest ja 6,8% hambaarstidest on vanemad kui 65 aastat.

Selleks et prognoosida tervishoiutöötajate liikumist Euroopa Liidus, uuriti 2003. aastal usaldusväärseid valimeid, mis koosnesid Eesti arstidest, residentuuriprogrammi raames töötavatest arstidest, viimase kursuse arstiteaduskonna üliõpilastest, hambaarstidest, meditsiiniõdedest ja ämmaemandatest, ning sooviti teada nende võimalikke ümberasumisplaane ja -põhjust. Tulemuste põhjal selgub, et umbes pool (56%) Eesti

tervishoiutöötajaist sooviks töötada välismaal kas alaliselt või ajutiselt, ning ligikaudu 5%l (umbes 700–800 tervishoiutöötajat) on kindel kavatsus seda teha (vt joonis 11). Uurijate arvamuse kohaselt väljendab viimati nimetatud näitaja kõige tõenäolisemalt emigreerumise ulatust, millega Eesti tervishoiusektor peab mõne järgmise aasta jooksul toime tulema. Kuid tõdemus, et pooled tervishoiuvaldkonna töötajad soovivad töötada välismaal, on hoiatav signaal. Skandinaaviamaade (esmajoones Soome oma geograafilise ja keelelise läheduse tõttu) tervishoiuasutuste aktiivne värbamispoliitika, mille raames antakse teavet ning kaetakse sõidu- ja keeleõppekulud, võib tugevasti suurendada Eestist lahkuvate tervishoiutöötajate arvu. Kuna paljud noored arstid oskavad inglise keelt, on ka Ühendkuningriik ja Iirimaa eelistatud sihtriigid. Tähtsaim põhjus, mille tervishoiutöötajad oma välismaal töötamise kava põhjenduseks esile toovad, on suuremad palgad, kuid nooremate tervishoiutöötajate hulgas on olulisel kohal ka soov omandada kogemusi muudes riikides.

Joonis 11. Välismaal töötada soovivate tervishoiutöötajate protsent, arvutatuna lahkumiskavatsuste konkreetsuse alusel, 2003



Allikas: [33].

Eesti arstide jaotumises erialade ja ravitasandite vahel on viimastel aastatel toimunud suured muudatused. Esiteks läheneb edukalt lõpule üldarstiabi reform. Selles reformis oli kesksel kohal perearstide koolitamine ja perearstiabi kehtestamine. Arstide ümberõpe perearstideks algas 1991. aastal, valdkond kuulutati ametlikuks erialaks 1993. aastal ning residentuuriprogramm avati 1995. aastal. Umbes pool ümberõppekursustel osalenud arstidest olid varem töötanud valla tervisekeskustes spetsialiseerumiseta (üld)arstidena, ülejäänud olid enamjaolt polikliinikutes töötavad sise- või lastearstid.

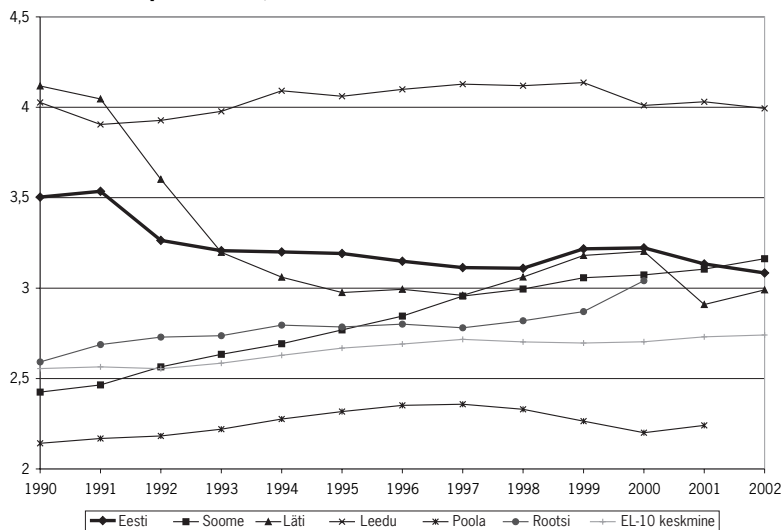
Maavanemate esitatud andmete kohaselt on perearsti patsiendinimistute üldarv 807. Septembris 2003. aastal oli Eestis 868 kutsetunnistusega perearsti, kellest 34 oli õppinud residentuuriprogrammi järgi ning 834 oli lõpetanud kaheaastase ümberõppekursuse. Praegu on residentuuris 54 perearstiabi resident. Nendest 15 lõpetab 2004. aastal ning residentuuriõpet alustab 25 uut resident. 2003. aasta lõpuks, aasta kavandatust varem, olid lepingud sõlmitud kõigi perearstidega, kellel olid patsiendinimistud. See selgitab suurel määral ka olukorda, miks üldarstiabis töötanud pediaatrite ja sisearstide arv järsult langes, nemad olid ümberõppe saanud perearstide suurim allikas.

Praeguseks on kvalifitseeritud perearste juba rohkem kui saadaolevaid töökohti. Eesti Perearstide Seltsi hinnangu kohaselt on kahel kolmandikul 34st residentuuri lõpetanust oma patsiendinimistu ja leping Eesti Haigekassaga. Aga see tähendab, et üks kolmandik prima perearstiabi koolituse saanud noortest arstidest töötab abiarstidena üldarstiabi esialgsete patsiendinimekirjade valdajate juures. Praeguse poliitika kohaselt saab patsiendinimistut hallata ainult üks arst ning see tähendab, et noored perearstiresidentuuri lõpetanud arstid peavad võib-olla töötama teise perearsti assistentidena 15–20 aastat, enne kui saavad õiguse oma patsiendinimistule. On antud subjektiivseid hinnanguid, mille järgi on tarvis veel 100 perearsti, kes asendaksid olemasolevaid perearste puhkuste ja tööalaste koolituste ajal, kuigi ametlikult ei ole rohkem perearste vaja. Perearstiabi kiiresti tekkinud populaarsus võib hajuda ja osa noori perearste võib minna Soome või Rootsi, kus on suur vajadus selle ala eriarstide järele.

1977. ja 1998. aastal uuriti perearstiabi ümberõppeprogrammide alusel koolitatud arstide töötingimusi ja tööga rahulolu. Tulemuste põhjal selgus, et perearstide motivatsioon oli märkimisväärselt kõrgem kui rajooniarstidel (spetsialiseerumisetä üldarstid, kes töötasid polikliinikutes nõukogude ajast alates), selle põhjuseks oli peaaesjalikult suurenenud vastutus ja autonoomia, parem sissetulek, paranenud töötingimused ja suurem rahuldus tööst [34]. Samal ajal oli üle 50% patsientidest rahul peaaegu kõigi perearstiteenuste aspektidega, kuigi rahulolu oli tunduvalt suurem nendes kohtades, kus reformi korraldati hoolikamalt ning kus patsientidel oli rohkem teavet ja nad said oma perearsti ise valida [35, 36].

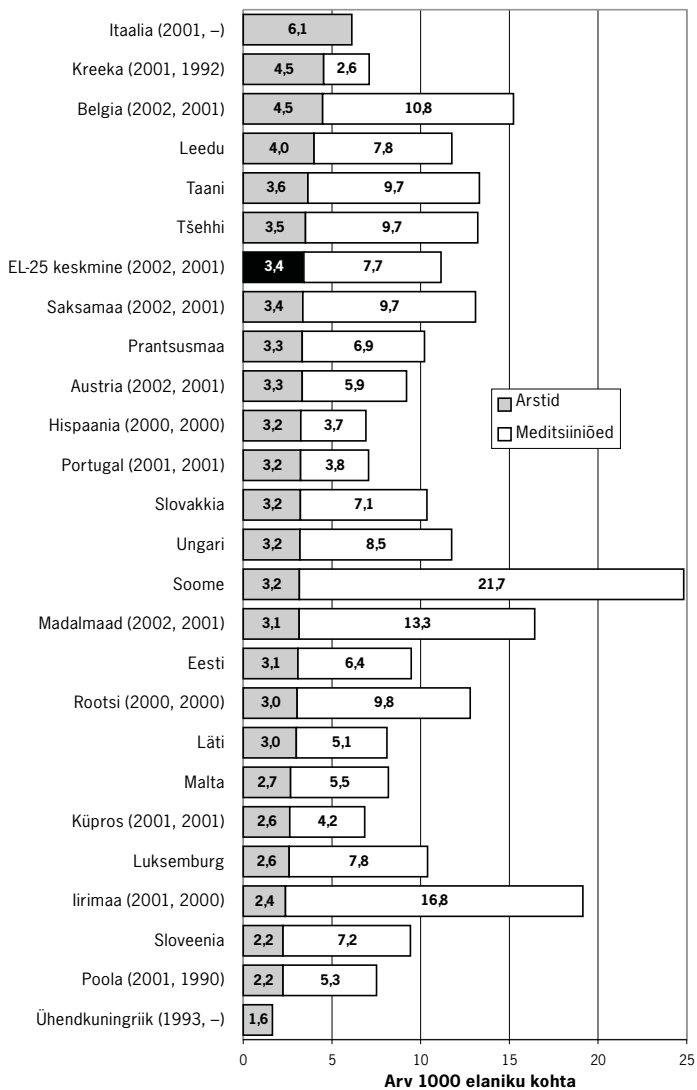
Teiseks oluliseks meditsiinilise tööjõuga seotud muudatuseks on see, et eriarstiabi ei anta enam ainult ambulatoorsel, vaid nii ambulatoorsel kui ka haigla tasandil (haiglad ja haiglate ambulatoorse ravi osakonnad). Ajavahemikul 1996–2002 suurenes haiglates töötavate arstide protsent 41%lt 50%ni, see tähendab 1800 arstilt 2100 arstini. Selle tõusu põhjuseks on haiglareformid Tallinnas, kus polikliinikud ühendati haiglatega, mis tähendab, et kogu personal loeti haiglatöötajateks.

Joonis 12. Arstide arv 1000 elaniku kohta Eestis ja valimisse kuuluvates Euroopa riikides, 1990–2002



Allikas: [21].

Joonis 13. Arstide ja meditsiiniõdede arv 1000 elaniku kohta Euroopa Liidus 2002. aastal või viimasel aastal, mille kohta on andmed kättesaadavad (sulgudes)



Allikas: WHO Regionaalbüroo HFA andmekogu, juuni 2004.

Märkus: EL: Euroopa Liit; EL 25-keskmine: kõik liikmesriigid.

Haiglareformidel on tõenäoliselt suur mõju inimressursside arengutendentsidele tulevikus. Praegu on reformid arstidele kasulikud, sest on toimunud arstide märgatav ümberjaotumine haiglate vahel. Tulevikus, kui haiglate arv on langenud kolmeteistkümneni, ei tarvitse arstidel enam olla nii tugevat positsiooni läbirääkimistel haigla juhtkonnaga. Praegu töötab sihtasutustes, kuhu kuuluvad riigi kaks kõige suuremat haiglat, sihtasutuses Tartu Ülikooli Kliinikum ja sihtasutuses Põhja-Eesti Regionaalhaigla, juba üle ühe kolmandiku kõigist haiglaarstidest ning 44% kõigist statsionaarse raviga tegelevatest arstidest [37–39].

Õenduspersonal

1990. aastal oli Eestis 9900 meditsiiniõde, 1994. aastal oli meditsiiniõdesid 8500. Õenduspersonali, kaasa arvatud ämmaemandad ja velskrid, koguarv 1998. aastal oli 10 400. Praegu kehtivas tervishoiusüsteemis ei ole ametlikult velskri ametikohta; velskreid käsitatakse olemasolevas tervishoiusüsteemis sisuliselt meditsiiniõdedena. Kõige suurem puudus meditsiiniõdedest on eriarstiabis, näiteks ei jätku operatsiooniõdesid. Õdede vähesuse põhjusteks on väike töötasu, tööga seotud stressi kõrge tase, vähene tööga rahulolu ja madal kutsealane seisund.

Ühe arsti kohta on umbes kaks kvalifitseeritud meditsiiniõde. Viiskümmend seitse protsenti meditsiiniõdedest töötab haiglates. Meditsiiniõdede ja arstide madal suhtarv pärineb nõukogude ajast ega ole pärast iseseisvumist muutunud. Praegust meditsiiniõdede ja arstide suhtarvu peetakse liiga väikeseks ning ametlikult on püstitatud eesmärk saavutada suhe 4 : 1.

Meditsiiniõdede kutseliidud tegelevad eri põetuserialade standardimisega. Üheks oluliseks edasiminekukuks 2003. aastal oli Haridus- ja Teadusministeeriumi heakskiit nende standarditele. Kõnealused standardid ja pädevusnõuded vastavad mujal Euroopa Liidus kehtivatele samalaadsetele nõuetele, võimaldades seega põetusspetsialistide vaba liikumist Euroopa Liidus.

Meditsiinikoolid ja nende õppekavad on välja töötatud vastavalt kõrgemate kutseõppeasutuste ja bakalaureusekraadi standarditele. Peale õenduse põhiõppe pakuvad Eesti meditsiinikoolid ka kutsekõrgharidust

ämmaemandatele, optometristidele, farmatseutidele, keskastme tervisekaitsepetsialistidele, radioloogiatehnikutele, füsioterapeutidele, hambatehnikutele ja laboritehnikutele, ning kutseõpet hooldusravispetsialistidele. Kõnealune kutseõpe kestab tavaliselt kolm ja pool aastat (neli ja pool aastat ämmaemandatele). Meditsiiniõdede kutseõpet pakutakse eesti ja vene keeles.

Sotsiaalministeerium tunnistab, et üha suurenev puudus meditsiiniõdedest ähvardab takistada haiglareformide edasist rakendamist, mis näevad ette hooldus- ja õendusabi mahu olulist suurendamist. Sotsiaalministeerium tegi 2004. aastal Haridus- ja Teadusministeeriumile ettepaneku seoses 500 üldmeditsiiniõe, 200 eriarstiabi meditsiiniõe ja 40 ämmaemanda kutseõppe rahastamisega. Ettepaneku aluseks on eesmärk õpetada 2015. aastaks välja 7000 uut meditsiiniõde, et täita sihteesmärk 10 meditsiiniõe 1000 elaniku kohta. Lisaväljaõpet on vaja asjaolu tõttu, et 28% õdedest on 50aastased või vanemad.

Kuigi on olemas poliitiline tahe suurendada kutsekoolituse saanud meditsiiniõdede arvu, näib, et puudub koolitusvõimsus, mille peamiseks põhjuseks on õppejõudude nappus. 1991. aastal võeti Tartu Ülikooli meditsiiniteaduskonna õppekavasse õendusteaduse magistrikursus teatava töökogemusega meditsiiniõdedele. 1998. aastaks oli kõnealuse kursuse lõpetanud 52 inimest. 2004. aastal eeldatakse, et kursus annab nelikümmend uut magistritasemel lõpetajat. Neid lõpetanud peetakse üld- ja eriarstiabi meditsiiniõdede täiendkoolituse peamiseks ressursiks.

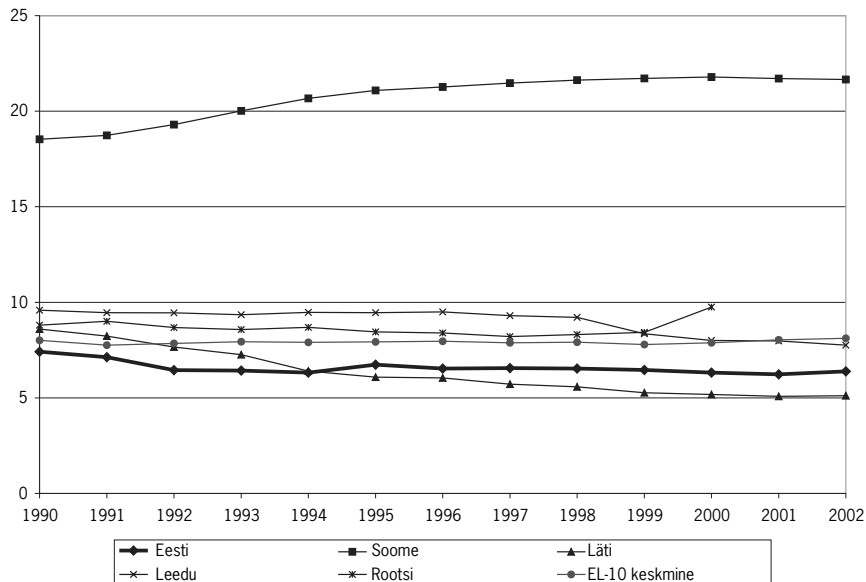
Teatavaid jõupingutusi on tehtud selleks, et parandada meditsiiniõdede staatust nende vastutuse suurendamise ja täiendõppe korraldamise kaudu. Uue tervishoiuteenuste korraldamise seadusega antakse õendusabile täpselt määratletud õiguslik seisund võrdsetel alustel üldarstiabi, eriarstiabi ja kiirabiga. Haiglates tunnustavad nii arstid kui ka patsiendid üha rohkem meditsiiniõdede ja õendusabi osa.

Eesti haiglates on püütud selliseid vastutusalasid nagu tervishoiuteenuste osutamine lahutada juhtimisest ning määrata peaarstide kõrval ametisse haiglajuhid. Juhtimisoskuste puudumist tervishoiuvaldkonnas ning vajadust parandada tervishoiuasutuste haldamist on tunnustatud ja neid probleeme on püütud teatava eduga lahendada. Parimaks näiteks on Tervise Arengu Instituudi (endine Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse

Keskus) tööalase koolituse kursused (rahastatuna doonorite poolt), mis on alates 2002. aastast pakkunud 100tunnist kursust keskastme tervishoiujuhtidele.

Kuid tervishoiuvaldkonna tippjuhtidel ei ole Eestis piisavalt kutsealase arengu võimalusi. Ainsaks kraadiõpet pakkuvaks allikaks on rahvatervise eriala kaheaastased magistrikursused ja doktoriõppeprogrammid Tartu Ülikoolis. Kahjuks pakutakse paljudele noortele keskastme ametikohti enne, kui nad on oma õpingud lõpetanud. Väga vähesed on saanud teaduskraadi välismaa ülikoolides ning enamik nendest, kes on selle saanud, töötavad avaliku sektori ametikohtadel. Põhjus, miks tervishoiusektori tippjuhtidel puudub diplomijärgne kvalifikatsioon tervishoiukorralduse alal, võib seisneda ka politiseeritud töölevärbamise süsteemis.

Joonis 14. Meditsiiniõdede arv 1000 elaniku kohta Eestis ja valimisse kuuluvates Euroopa riikides, 1990–2002



Allikas: [21].

Muud personaliküsimused

Nõukogude ajal ei koolitatud Eestis rahvatervise valdkonna spetsialiste. Alates 2002. aastast on meditsiinikoolid pakkunud diplomiõpet keskastme tervisekaitsespetsialistidele, ning Tartu Ülikool on korraldanud keskastme spetsialistidele rakenduslikku kaheaastast lühikursust rahvatervise magistriprogrammide (MPH) alusel, spetsialiseerumisega peamiselt tervisekaitsele. Rahvatervise magistriprogrammid võivad aidata lahendada probleeme seoses inimeste puudumisega, kellel oleksid nüüdisaegsed rahvatervisealased teadmised. On tehtud ka teatavaid rahvusvahelisi jõupingutusi, et suurendada rahvatervisespetsialistide ja tervishoiujuhtide kutsealast pädevust Eestis. Ajavahemikul 1998–2003 pakuti mitut lühikursust nüüdisaegse rahvatervise alal Balti riikides, Rootsis ja Venemaal projekti BRIMHEALTH (Baltic Rim Partnership for Public Health) raames, mida koordineeris Rootsi rahvatervisekool (Nordic School of Public Health) ja mille eesmärk oli rahvatervise valdkonna õppejõudude ja tervishoiuametnike koolitamine. Osa võttis vähemalt 40 eestlast, kuid projekti lõppedes aastal 2003, oli Eestist saanud rahvatervise magistrikraadi kolm osavõtjat. 2003. aastal käivitati veel ühe algatusena Läänemere riikide rahvatervisealase koolituse võrgustik (Baltic Sea Public Health Training Network). Võrgustiku sekretariaat asub Eestis ning esimene kursus algas 2004. aastal.

Ravimid

Ravimisektor kujundati ümber 1990. aastatel. Reformi eesmärgid olid järgmised: luua ravimeid reguleerivad asutused, kehtestada õiguslik raamistik, panna paika ravimite hüvitamise süsteem ja erastada farmaatsiateenused. Üldjoontes on need eesmärgid saavutatud. Ravimiturul on saadaval tõendatud kvaliteedi, ohutuse ja meditsiinilise efektiivsusega ravimid ning patsientide juurdepääsu retseptiravimitele hõlbustab ravimikulude hüvitamise süsteem. Eesti farmaatsiasektor on väga sarnane farmaatsiasektoritega Euroopa Liidu muudes liikmesriikides.

Reguleerimine

Ravimite kvaliteeti, ohutust ja meditsiinilist efektiivsust käsitlevad õigusaktid ja valitsuse kontroll farmaatsiaalase tegevuse üle tuginevad 1995. aasta ravimiseadusele ning arvukatele valitsuse ja ministeeriumi määrustele, millega sätestatakse üksikasjalikud eeskirjad ja suunised. Inimestel ja veterinaarias kasutatavaid ravimeid käsitlevad õigusaktid on ühtlustatud Euroopa Liidu direktiividega.

Ravimiamet vastutab täielikult kogu farmaatsiaalase tegevuse, kaasa arvatud veterinaarravimitega seotud tegevuse kontrollimise eest. Ravimiamet on alates 2000. aastast korraldanud ka meditsiiniseadmete kontrollimist ja nimetatud valdkonna koordineerimist. Kogu farmaatsiaalne tegevus, sealhulgas tootmine, hulgi- ja jaekaubandus, import/eksport ning haiglaapteekide tegevus, toimub Sotsiaalministeeriumi tegevuslubade büroo litsentside alusel. Farmaatsiateenuseid kontrollib Ravimiamet ning hea tootmistava (GMP) standardi täitmine on ravimite valmistamisel kohustuslik. Ravimiamet annab välja ka turustamisloa farmaatsiatoote tõendatud kvaliteedi, ohutuse ja meditsiinilise efektiivsuse alusel; kinnitab kliiniliste uuringute tulemused; reguleerib ravimite reklaamimist ja müügiendust ning vastutab ravimiohutuse järelevalve eest.

Turustatistika

Hulgi- ja jaemüügiandmetel põhineva ravimistatistika jaoks kogub andmeid Ravimiameti ravimistatistika büroo. Mahuandmete analüüsimisel kasutatakse Maailma Terviseorganisatsiooni poolt heaks kiidetud ACT/DDD meetodikat (anatomilis-terapeutiline keemiline kood / defineeritud päevadoos). Ravimiameti veebilehel esitatakse kokkuvõtvad aastaaruanded (ravimi defineeritud päevadooside arv 1000 inimese kohta ööpäevas).

Tabelites 20–23 esitatakse ravimite turustatistika põhiandmed. Kohaliku toodangu arvele jääb ligikaudu 7% ravimite turuväärtusest. 2002. aastal oli Eestis kaheksa tegevusloaga (peamiselt geneeriliste toodete) tootjat. Kõik ravimitootjad ja hulgimüüjad Eestis on eraäriühingud. On olemas 38 hulgimüügiiloaga ettevõtjat, kuid 90% läbimüügist langeb

Tabel 20. Ravimite hulgemüügikäive, 1999–2003

	1999	2000	Muutus	2001	Muutus	2002	Muutus	2003	Muutus
Käive hulgihindades (miljonit krooni)	888	1126	+26,8%	1296	+15,1	1473	+13,7	1595	+8,28
Käive hulgihindades (miljonit eurot)	56,7	71,9	+26,8%	82,8	+15,1	94,1	+13,7	101,9	+8,28

Allikas: [37].

Tabel 21. Kuue peamise hulgemüüja turuosa (%), 2000–2003

Hulgemüüja	2000	2001	2002	2003
Magnum Medical AS	38,0	43,3	48,0	48,0
Tamro Eesti AS	33,0	31,8	30,9	30,0
TopMed AS	7,9	7,1	4,7	4,4
Oriola AS	4,5	3,6	3,4	5,0
Pharmac MS AS	3,9	3,8	3,2	3,2
Armila Eesti OÜ	3,6	2,9	2,5	3,1

Allikas: [37].

kuue suurema hulgemüüja arvele. Kõnealustel hulgemüüjatel on eeskujulikud rajatised, arvutipõhised logistikasüsteemid ja hästitoimivad jaotusvõrgud.

Ravimite jaemüük on lubatud ainult apteekides. 2003. aastal oli Eestis 310 põhi- ja 158 haruapteeki. Jaemüügiapteekide arv on viimase viie aasta jooksul olnud stabiilne. Apteekide arvu suurenemist võib täheldada suuremates linnades, kusjuures mõned maa-apteegid on tegevuse lõpetanud. Viimasel ajal on välja kujunenud jaemüügiketid. Näiteks üks apteegikett on tihedasti seotud suurima hulgemüüjaga ja hõlmab ligi 40% kõigist apteekidest. Seaduslikult ei saa hulgemüügiettevõtteid olla apteekide otsesed omanikud ning kasutusel on keerulised omandiõiguseskeemid. 29 haiglaapteeki varustavad ravimitega ainult haiglaid ega tohi ravimeid müüa üldsusele.

Rahas väljendatuna on ravimite müük viimastel aastatel suurenenud 15–20% võrra. Ravimite, sealhulgas retseptiravimite, käsimüügiravimite

Tabel 22. Kümne peamise ravimitootja hulgemüügikäive tuhandetes kroonides, 2002–2003

Tootja	2002	2003
Astra	74 392	97 403
Glaxo Wellcome	73 882	83 756
Nycomed	72 719	82 081
MSD	88 239	70 153
Roche	50 125	66 480
BMS	53 824	56 889
Aventis	– ^a	56 020
Berlin Chemie	48 618	55 843
Pfizer	69 939	50 580
Pharmacia & Upjohn	46 176	49 576

Allikas: [37].

Märkus: ^a Ühinenud 2002. aastal

Tabel 23. Ravimimüük jaemüügiapteekides, miljonites eurodes ja kroonides, 1996–2001

	1997	Muutus	1998	Muutus	1999	Muutus	2000	Muutus	2001	Muutus
Inimtervishoius kasutatavad ravimid (miljonites eurodes)	39	+36%	52	+30%	61	+17%	73	+20%	86	+17%
Inimtervishoius kasutatavad ravimid (miljonites kroonides)	628	+36%	817	+30%	954	+17%	1147	+20%	1345	+17%
Retseptiravimid	391	+48%	515	+32%	615	+19%	762	+24%	950	+25%
Hüvitatavad ravimid	310	+61%	427	+38%	527	+23%	649	+23%	912	+41%
Eesti Haigekassa osa	230	+61%	316	+37%	366	+16%	438	+20%	621	+42%
Patsiendi osa	80	+63%	111	+39%	161	+45%	211	+31%	291	+38%
Käsimüügiravimid	237	+20%	302	+27%	339	+12%	385	+14%	395	+3%
Veterinaarias kasutatavad ravimid	5	0%	6	+20%	5	-17%	6	+20%	7	+17%
Kõik ravimid	633	+36%	823	+30%	958	+16%	1153	+20%	1352	+17%

Allikas: [37].

ja haiglaravis kasutatavate ravimite tarbimine 2001. aastal oli hinnanguliselt 70,30 eurot (1100 krooni) ühe inimese kohta aastas. Mahu osas (dooside arv ühe inimese kohta) peaks Eestis 2001. aastal tarbitud

retseptiravimite hinnanguline kogus moodustama ligikaudu 25–30% Skandinaavia maades tarbitud kogusest.

Tootjatel on õigus kehtestada oma hinnad ravimitele, mida ei hüvitata. Hulgimüüjad ja apteegid kasutavad regressiivse juurdehindlusega (kasumimarginaal) süsteemi, määrates maksimaalsed hinnalisandid nii hüvitatavatele kui ka mittehüvitatavatele ravimitele, sealhulgas käsimüügiravimitele (vt tabel 24).

Tabel 24. Ravimite juurdehindluse piirmäärad kroonides ja eurodes (hulgi- ja jaemüük), 2002

Liik	Ühe pakendi ostuhind (kroonides)	Ühe pakendi ostuhind (eurodes)	Juurdehindluse piirmäär (%)	Fikseeritud juurdehindlus (kroonides)	Fikseeritud juurdehindlus (eurodes)
Hulgimüük	<24,00	<1,59	20	0,0	0,00
	25,01–45,00	160–2,80	15	0,0	0,00
	45,01–100,00	2,81–6,30	10	0,0	0,00
	100,01–200,00	6,31–12,80	5	0,0	0,00
	200,00	>12,80	3	0,0	0,00
Jaemüük	<9,99	<0,62	0	6,0	0,38
	10,01–20,00	0,64–1,27	40	6,0	0,38
	20,01–30,00	1,28–1,91	35	0,0	0,00
	30,01–40,00	1,92–2,55	30	0,0	0,00
	40,01–50,00	2,56–3,19	25	0,0	0,00
	50,01–100,00	3,20–6,30	20	0,0	0,00
	100,01–700,00	6,31–44,70	15	0,0	0,00
	>700,00	>44,70	0	80,0	5,10

Allikas: [37].

Ravimikulud ja hüvitamine

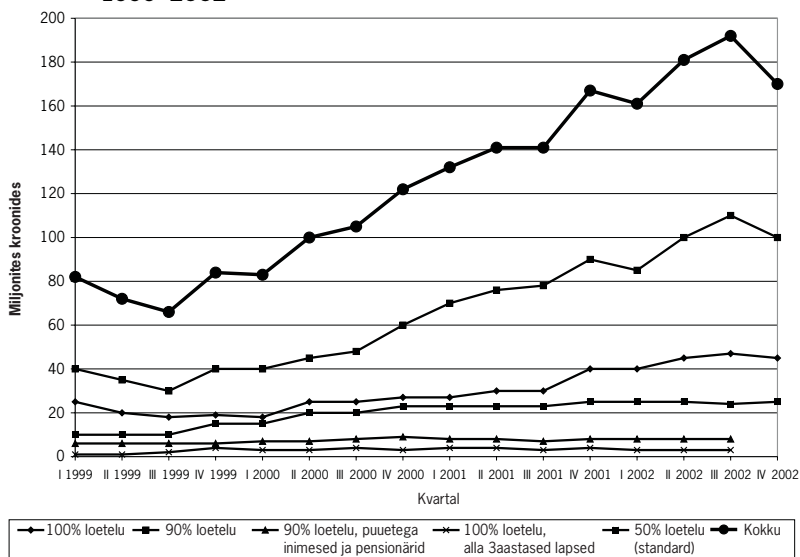
Alates 2002. aastast tuleb koos tootjate taotlustega Eesti Haigekassa hüvitise saamiseks esitada ametlik farmakoökonomiline analüüs vastavalt Balti riikide juhisele ravimite farmakoökonomiliseks hindamiseks, mis on kättesaadav Eesti Haigekassa veebilehel. Taotlus koos

Tabel 25. Eesti Haigekassa ravimikulude protsent Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste kuludes ja aastases kogutulust, 1992–2004

Aasta	% tervishoiuteenuste kuludest	% aastases kogutulust (%)
1992	2	1
1993	8	5
1994	10	6
1995	8	5
1996	8	6
1997	12	8
1998	14	10
1999	13	10
2000	17	11
2001	24	15
2002	26	15
2003	19	12
2004	19	13

Allikad: [30, 38].

Joonis 15. Eesti Haigekassa ravimikulud kvartalis (miljonites kroonides), 1999–2002



Allikad: [30, 38].

kliiniliste ja farmakoloogilis-majanduslike andmetega tuleb esitada Sotsiaalministeeriumile. Ravimiamet hindab seejärel kliinilisi andmeid ja Eesti Haigekassa annab hinnangu majandusandmetele. Mõlemad esitavad kirjaliku ettekande ministeeriumi komisjonile, kes annab ministrile soovitusi hüvitamisega seotud otsuste tegemisel. Pärast komiteelt positiivse arvamuse saamist määratakse kindlaks hind tootja ja ministeeriumi ravimipoliitikaosakonna vaheliste läbirääkimiste teel.

Kui geneeriline toode on kättesaadav, siis arvutatakse toimeaine(te)-põhine piirhind odavuselt teise ja kolmanda toote keskmisena; alates 2005. aasta jaanuarist hakatakse piirhinda arvutama odavuselt teise toote hinna põhjal. 75%, 90% ja 100% suuruse hüvitatava osa arvutamisel võetakse aluseks piirhind, kui tegelik hind on kõrgem. Erandid piirhinnast on võimalikud, kui teatava koostisega ravimi (näiteks toimeainet modifitseeritult vabastavad ravimvormid vahetult vabastava asemel) suurem raviväärtus on tõendatud.

Ravimitega seotud teave ja ravimite ratsionaalne kasutamine

Ravimite määrajatele või tarbijatele suunatud teavet ravimite kohta kontrollib Ravimiamet turustamislubade väljaandmise kaudu ning riigikeelsed tootekirjeldused avaldatakse kokkuvõtvas aastaväljaandes "Pharmaca Estica" ning Ravimiameti veebilehel. Ravimi reklaam peab vastama heakskiidetud tootekirjeldusele.

1995. aastal avaldati laadilt Briti riiklikele ravimiformularidele vastav riiklike ravimiformularide esimene väljaanne arstidele. See käsiraamat soodustab kindlaksmääratud efektiivsuse ning hea kulude ja tulude suhtega toodete kasutamist. Ravimiamet levitab suurema osa arstide hulgas ja kõigis apteekides kaks korda kuus ilmuvat tasuta väljaannet Ravimiinfo Bülletään. Bülletään ei sõltu ravimitööstusest ning selle koostajateks on Tartu Ülikooli meditsiiniteaduskonna eriarstid, kes ärilist eesmärki taotlemata avaldavad kasutusoleva ravi alternatiivsete meetodite retsensioone ja võrdlusi ning uute ravivahendite hinnanguid.

Viimastel aastatel on nii üldarstiabis kui ka eriarstiabis välja töötatud ja ellu rakendatud mitmed ravisuunised. Tunnistatakse, et selles vald-

konnas on vaja veel palju ära teha, seni on ravimite ja uute seadmete kasutamise riiklikus poliitikas piiratud teabe jagamise ja suuniste koostamisega.

Hiljutisele seadusandlikule ettepanekule seoses ravimite kohustusliku geneerilise asendamisega apteegi tasandil olid vastu nii arstid kui ka farmatseudid ning see lükati lõpuks tagasi, sest arstid kartsid kaotada oma otsusetegemise õigust ja farmatseudid pelgasid suuremat vastutust. Määrust rakendatakse alates 2004. aasta oktoobrist leebemas vormis, mille kohaselt arstidelt nõutakse üldjuhul ravimi väljakirjutamist toimeaine järgi, kuid on lubatud välja kirjutada ka marginimetuse järgi, kui arst märgib haiguslukku või ambulatoorsesse kaarti (patsiendikaarti) selle kohta kirjaliku põhjenduse.

Võimalikud muudatused tulevikus

Farmaatsiatoodete reguleerimise süsteem on saavutanud stabiilsuse ning selles valdkonnas ei ole olulisi reforme oodata. Jaotussüsteemi mõjutab hulgimüügiettevõtetega tihedasti seotud apteegikettide kasv. Seda ilmingut ei ole tervitanud ei farmatseudid ega patsiendid ning tulekul on ketide maksimaalset turuosa piiravad seadusandlikud ettepanekud. Hüvitamissüsteemi seisukohast on reformide esimesed tulemused olnud vastuolulised, teataval määral langes ravimikulude kasvutempo, kuid vähenes ka retseptiravimite väljaostmiste arv. Pikaajalise toime selgumiseni on võimalik süsteemi veelgi lihvida, näiteks kasutusele võtta konkreetsete ravimirühmade terapeutilised rühmapõhised piirhinnad ning kehtestada ravimite kohustusliku geneerilise ravimiga asendamise nõue, et kaitsta patsiente üliaktiivse tootemargiturundusega seotud majanduslike tagajärgede eest.

Tervishoiutehnoloogia hindamine

Eestil ei ole tervishoiutehnoloogia hindamise süstemaatilist programmi. Peamised toimingud selles valdkonnas on haigekassa poolt hüvitatavate tervishoiuteenuste loetellu lisatavate uute teenuste hindamine, vajaduse

hindamine kõrge maksumusega tehnoloogiate järele ning meditsiiniseadmete ohutuse tagamine.

Esimene katse tegelda tervishoiutehnoloogia hindamise küsimustega oli meditsiinitehnoloogia komisjoni moodustamine 1995. aasta veebruaris, mille ülesandeks oli kooskõlastada ja nõustada kõrgtehnoloogiliste meditsiiniseadmete hankeid ja kasutamist. Komisjoni koosseisus olid Sotsiaalministeeriumi, Eesti Haigekassa (endine keskhaigekassa), Eesti Arstide Liidu ja Haiglate Liidu esindajad. Kõik seadmete ostud maksumusega üle teatava piirsumma pidid selleks, et olla tervisekindlustuse kaudu rahastatavad, saama komisjoni heakskiidu. Tegelikult osteti seadmeid ka ilma heakskiiduta. Puudus igasugune praktiline viis, kuidas tervisekindlustussüsteemi maksimisest keeldumist jõustada.

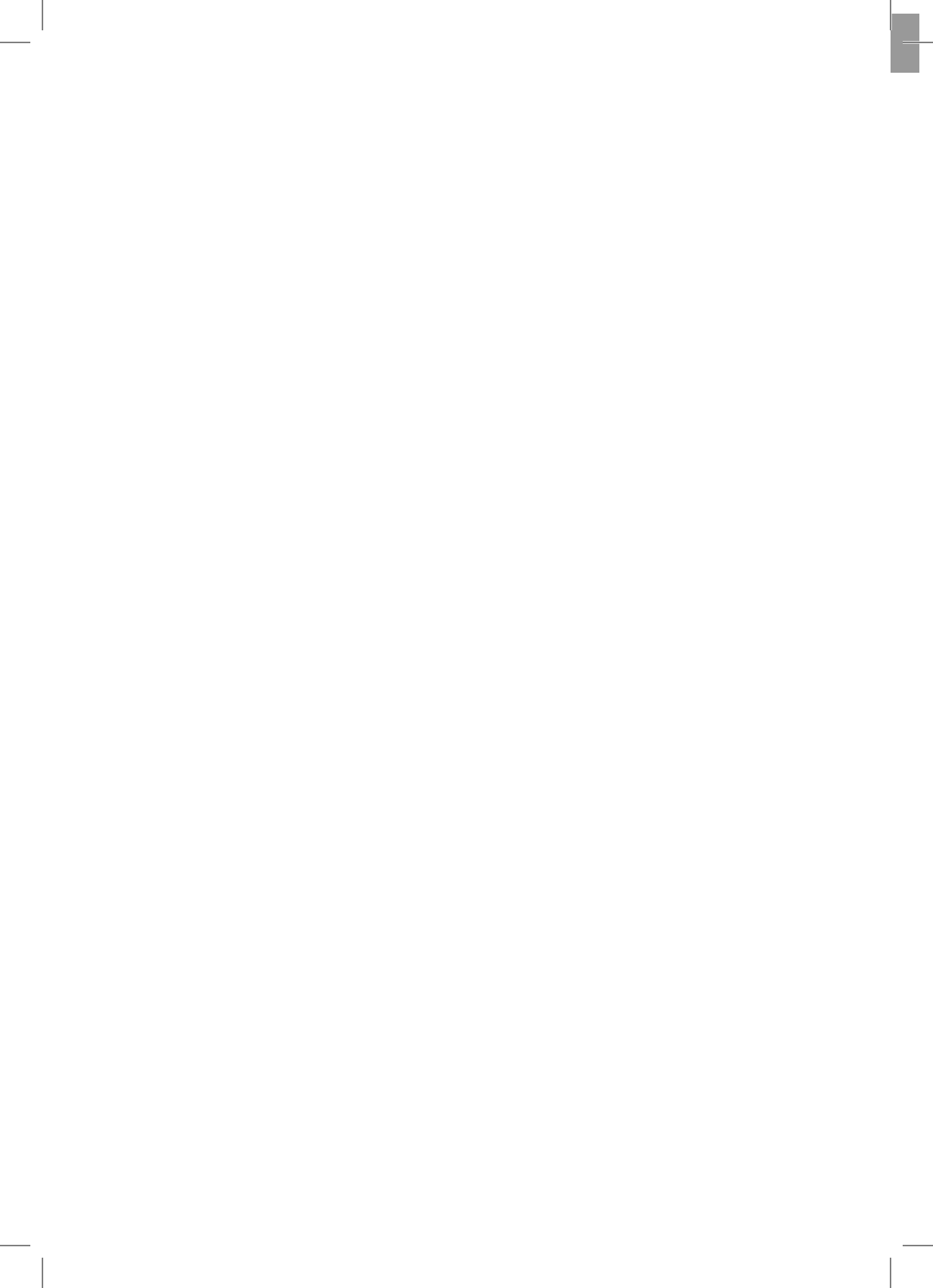
1999. aastal asutati Ravimiameti juurde meditsiiniseadmete osakond, mille ülesanne oli tegelda Eesti turule tulevate meditsiiniseadmetega. Samas nimetatud osakond ei hinda teenuseid ega kehtesta meditsiiniseadmeid käsitlevaid määrusi, vaid registreerib tooted ja hindab nende nõuetekohasust. Seega tagab kõnealune osakond pigem meditsiiniseadmete kvaliteedikontrolli, kui tegeleb tervishoiutehnoloogia hindamisega.

Meditsiinitehnoloogia komisjoni tegevus korraldati 2001. aastal ümber ning selle koosseisu arvati Sotsiaalministeeriumi, Eesti Haigekassa, meditsiinierialade ja Ravimiameti meditsiiniseadmete osakonna esindajad. Komisjon vastutab nüüd nii meditsiinitehnoloogia kui ka kõrge maksumusega seadmete reguleerimise eest. Tehnoloogiahange teotluste hindamiseks on mitu kriteeriumi, näiteks vajadus seadme järele, tegelik patsientide rühm, optimaalsus ja säästvus.

Üha kasvav surve teenuseosutajate juhatustelt ning suurenev teenuseosutajate vaheline konkurents stimuleerivad jõuliselt kõrge maksumusega tehnoloogia kasutuselevõtmist, kusjuures puudub kulutustele vastava tulu hindamine. Üks võimalus kõnealusest probleemist jagu saada on omaosalusenõue ning piiratud mahuga lepingute sõlmimine kindlustusandja ja teenuseosutaja vahel, millega kogu tegevust piiratakse üldiselt. Puuduseks on asjaolu, et omavalitsused võivad ikkagi katta teatavad tehnoloogiakulud, mis tekitab liigpakkumise. Püsib vajadus välja arendada selge riiklik meditsiiniseadmete valdkonna poliitika ning koostada kõrgtehnoloogilise aparatuuri kasutamise riiklik kava, et tagada tasuvus.

Värskeimate ideede kohaselt tuleks riikliku plaani alusel koostada seadmete loetelu ning enne ostu taotleda meditsiinitehnoloogia komisjoni toetust, minnes nii kulude piiramise süsteemilt üle konkreetsete positiivsete loetelude koostamisele.

2002. aasta lõpus kehtestati uued reeglid, kuidas tuleks uued menetlused, raviviisid jne Eesti Haigekassa hüvitatavate tervishoiuteenuste loetellu lülitada. Üksikasjalikuma teabe saamiseks kõnealuse protsessi kohta vaata jaotist “Ravikindlustushüvitised ja prioriteetide seadmine”. Põhiprobleem selles valdkonnas on väljaõpetatud inimressursside ja uurimisasutuste puudumine. Teadusringkondadele ja riigiteenistujatele on edasiseks väljakutseks, kuidas tehnoloogia hindamisel arvestada tulemustega teistest riikidest. Seejuures on vaja välja töötada tõenduspõhiste uuringute kohandamise ja rakendamise viisid.



Rahaliste ressursside jaotamine

Ravikindlustuse eelarve kujundamine ja ressursside jaotamine

Suurem osa tervishoiu rahalistest vahenditest, umbes 70% tervishoiu kogukulutustest, liigub läbi Eesti Haigekassa. Riigieelarvest rahastatakse ligikaudu 8% tervishoiukulutustest ja seda peamiselt Sotsiaalministeeriumi kaudu.

Viimaste aastate peamine muudatus on seotud Eesti Haigekassa eelarve assigneeringutega. Enne 2001. aastat kinnitas Riigikogu Eesti Haigekassa eelarve samaaegselt riigieelarve kinnitamisega. Paindlikkuse eesmärgil ei olnud eelarvelised assigneeringud üksikasjalikud, Riigikogu kiitis heaks üldeelarve, kuid eraldised eri sektoritele tehti Eesti Haigekassa poolt. Alates 2001. aastast, mil Eesti Haigekassa sai autonoomseks, kinnitab eelarve haigekassa nõukogu, mille moodustavad riigi, tööandjate ja töötajate esindajad. Uue süsteemi kohaselt on eelarvemenetlus palju üksikasjalikum ja läbipaistvam; näiteks, varasema, riigieelarvele lisatud maksimaalselt kolme lehekülje pikkuse eelarve seletuskirja asemel esitatakse nüüd koos eelarvega 40 lehekülge selgitusi.

Eesti Haigekassa eelarve aluseks on alati olnud tulude prognoos, mis kujunevad sotsiaalmaksu ravikindlustuse osast, mille kogujaks on maksuamet ning mis kantakse üle Eesti Haigekassa arvele. Tabelis 26 esitatakse Eesti Haigekassa eelarveliste vahendite jaotus erinevate kulu-

liikide lõikes. Osa eelarvekulutustest on õigusaktidega ettenähtud piiramata mahuga ehk nn avatud kohustused, näiteks ambulatoorses ravis kasutatavate ravimite hüvitamine ning haigus- ja sünnitushüvitiste väljamaksed. Ülejäänud vahendid jaotatakse vastavalt Eesti Haigekassa poolt kindlaksmääratud prioriteetidele. Ajavahemikul 1998–2002 kasvasid üldarstiabile suunatud ressursid kiiremini kui eriarstiabile (sealhulgas haiglaravis) suunatud ressursid.

Tabel 26. Eesti Haigekassa kulude jaotumine kategooria järgi, 2003

Kategooria	Kulud (tuhandetes eurodes)	Kulud (% eelarvest)
Tervishoiuteenused	233 234	64,13
Eriarstiabi	178 620	49,12
Üldarstiabi	29 060	7,99
Hambaravi	14 902	4,10
Pikaajaline ravi	4795	1,32
Taastusravi	2946	0,81
Haiguste ennetamine	2911	0,80
Rahalised haigushüvitised	59 050	16,24
Ravimid	43 783	12,04
Kohustuslikud reservid	19 897	5,47
Administratiivkulud	5536	1,52
Meditsiiniseadmed	1193	0,33
Tervise edendamine	882	0,24
Erakorraline arstiabi välismaal (kahepoolsed kokkulepped)	91	0,03
KOKKU	363 666	100,00

Allikas: [30].

Eesti Haigekassa rahalised vahendid jaotatakse nelja piirkondliku osakonna vahel pearahapõhiselt, st vastavalt kindlustatud inimeste arvule igas piirkonnas. Piirkondlike osakondade eelarved kinnitab Eesti Haigekassa juhatus. Üldarstiabi eelarvet korrigeeritakse ehk kaalutakse vastavalt piirkonna vanusestruktuurile. Muude tervishoiuteenuste piirkondlikke eelarveid ei korrigeerita. Pearaha kaalumist muude risikitegurite

suhtes on arutatud 1994. ja 1998. aastal. Mõlemal korral otsustati, et lihtne pearahapõhine eelarve jaotamine piirkondadesse on õiglasem kui kasutuse põhjal korrigeeritud pearahapõhine eraldis, mis oleks andnud suurema eelarve linnapiirkondadele, kus tervishoiuteenuseid kasutatakse läheduse tõttu sagedamini, kuid inimeste tervislik seisund on uuringute andmete alusel parem. Piirkondlikud osakonnad saavad vahendeid eriarstiabi, hooldusravi ja hambaravi vahel küllaltki paindlikult jaotada. Teenuseosutajatega lepingute sõlmimist planeerivad piirkondlikul tasandil Eesti Haigekassa piirkondlikud osakonnad.

Riigieelarve osas näeb Rahandusministeerium iga ministeeriumi jaoks ette eelarve piirmäärad õigusaktidest tulenevate kohustuste ja valitsuse prioriteetide põhjal. Riigieelarve tervisesektori osa koostab Sotsiaalministeerium, püüdes arvestada ettepanekuid täielikult või osaliselt riigieelarvest rahastatavatelt organisatsioonidelt. Ministeerium vastutab tervishoiu, sotsiaalkindlustuse ja tööhõive eest ning kõik sektorid konkureerivad rahaliste vahenditega.

Sotsiaalministeeriumi poolt tuleb umbes 93% riigieelarvelistest vahenditest tervishoiule. Kaitseministeerium maksab sõjaväelastele osutatava üldarstiabi eest ning Justiitsministeerium tasub kinnipeetavate tervishoiukulud. Rahalised eraldised, mis tulevad riigieelarvest, on viimastel aastatel olnud stabiilsed. Sotsiaalministeerium rahastas 2003. aastal riigieelarvest tervishoiule eraldatud vahenditest järgmisi teenuseid:

- kiirabiteenused
- vältimatu arstiabi kindlustamata inimestele
- riiklikud haiguste ennetamise programmid
- administratiivkulud (kõik halduskulud, välja arvatud Eesti Haigekassa halduskulud)
- mõned tervishoiu arendusprogrammid.

Kapitaliinvesteeringud on Eestis olnud probleemne valdkond. Enne 2000. aastat vastutasid nende kulude eest haiglaomanikud, see tähendab tavaliselt riik või omavalitsused. Kuna kapitalimahutused on konkureerinud riigi ja omavalitsuste kõigi muude eelarvetaotlustega, on juurdepääs rahalistele vahenditele olnud küllaltki raske. Ka lisaelarvetest eraldatud summadest ei ole piisanud ning see on põhjustanud investeerimisprojek-

tidega viivitamist. Eelarvevahenditele juurdepääsu probleemide tõttu hakkas üha suurem arv teenuseosutajaid võtma pangalaene renoveerimiskulude rahastamiseks, tehes tagasimakseid Eesti Haigekassalt saadud sisetulekutest. See kahjustas tsentraalset kontrolli kapitalimahutuste üle.

Valitsus tunnistas, et süsteemne lähenemine investeringutele puudub, ning 2000. ja 2001. aasta jooksul töötati välja uus kapitalimahutuste süsteem. Süsteemi aluspõhimõtted olid järgmised:

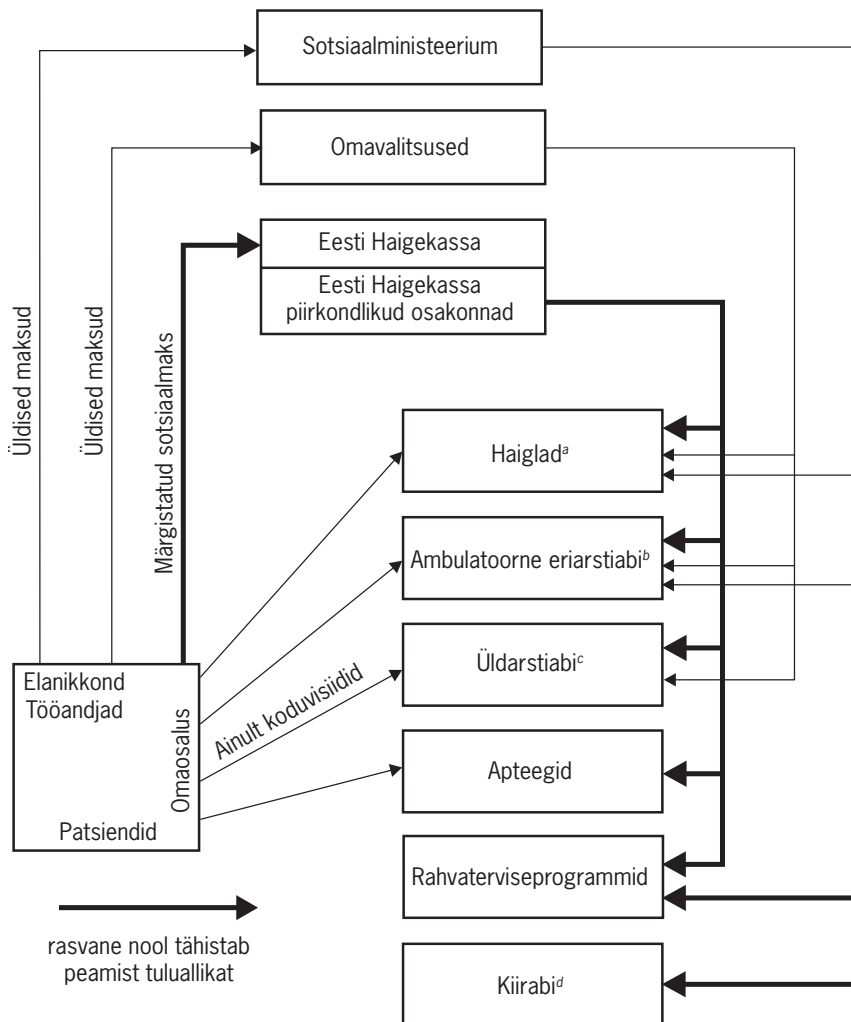
- tervishoiuasutused vastutavad oma investeringute eest ise
- Eesti Haigekassa hinnakiri peaks sisaldama kapitalikuluid
- kapitalimaks peaks tasakaalustama teenuseosutajate erinevad lähte-positioonid
- avaliku sektoriga seotud haiglate investeerimisotsuseid on vaja hakata tsentraalselt kontrollima

Valitsuse vahetumise tõttu ei rakendatud uut süsteemi täielikult. Ainsa meetmena viidi kapitalimahutustega seotud vastutus 2003. aasta juulis üle teenuseosutajatele ning sätestati, et Eesti Haigekassa hinnakiri peab katma kõik tervishoiuteenuste osutamisega seotud kulud, sealhulgas investeringute kulud. Samal ajal suurendas Eesti Haigekassa eriarstiabisse suunatavaid vahendeid 8–9% võrra, mis suurendas hüvitatavaid teenusehindu hinnakirjas: keskmiselt 22% suurenes voodipäeva hind, 2% operatsioonide, 12% visiitide ja 5% juhupõhiste teenuste hinnad. Päärarsti baastasuga seotud vahendeid suurendati 21% võrra.

Ambulatoorse eriarstiabi- ja haiglaraviteenuste tasustamine

Tasu ambulatoorse eriarstiabi- ja haiglaraviteenuste osutajatele makstakse Eesti Haigekassaga sõlmitud lepingute alusel, mis planeeritakse iga eriala ravijuhtude arvu ja keskmise maksumuse põhjal. Alates 2001. aastast on Eesti Haigekassa proovinud kasutada teenuseosutajate konkurentsile põhinevat pakkumismenetlust teatavatel ambulatoorse ravi erialadel, nagu kardioloogia, günekoloogia ja hambaravi. Teenuste eest tasustamine teostatakse hinnakirjas kindlaksmääratud teenusehindade alusel, mis

Joonis 16. Finantsvoo skeem, 2004



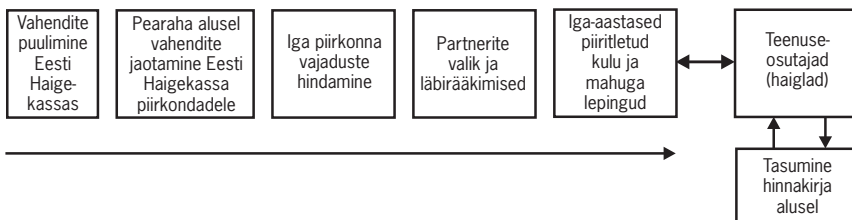
Märkused: ^a teenustasud + päevatasud + teatavad juhu põhised tasud; 2004. aasta aprillist alates hüvitatakse iga juhu maksumusest 10% diagnoosipõhiste piirhindade (DRGde) alusel; lepingud on piiratud mahuga; ^b teenusepõhine; piiratud mahuga lepingud; ^c kaalutud patsiendipõhised + teeneusepõhised + kindlaksmääratud lisatasud; ^d kindlaksmääratud tasu teenuseosutaja kohta.

on ühesugused kõigile ambulatoorse eriarstiabi ja haiglaraviteenuste osutajatele (vt allpool). Kõigi teenuseosutajate suhtes kehtivad ühesugused hinnad; korrigeerimist selliste tunnuste alusel, nagu näiteks haigla õppeasutuse staatus, ei toimu. Lisaks võivad Eesti Haigekassaga lepingu sõlminud teenuseosutajad kehtestada patsientidele visiiditasu ambulatoorsete külastuste eest eriarsti juurde ning voodipäevatasu piiratud arvu haiglapäevade ja standardist kõrgema kvaliteediga majutuse eest haiglas (vt allpool). Kõnealused patsienditasud määratletakse ja piiratakse õigusaktidega. Eesti Haigekassa lepinguta teenuseosutajad võivad kehtestada patsientidele “mõistlikud” tasud. Üksikasjaliku teabe saamiseks patsienditasude kohta vaata peatükki “Ravikindlustushüvitised ja prioriteetide seadmine”.

Lepingute sõlmimine

Eesti Haigekassa peab iga aasta alguses haiglatega läbirääkimisi piiritletud kulu ja mahuga lepingute üle. Lepingutega nähakse ette igal erialal ostetavate teenuste valik ja maht, kaasa arvatud lepingu ülemmäära kogusumma. Mõnel juhul saab lepingumahtu aasta jooksul läbirääkimiste teel muuta. Joonisel 17 esitatakse lepingute sõlmimise menetlus ja seosed maksemehhanismidega.

Joonis 17. Lepingute sõlmimine Eesti Haigekassaga



Kõigi teenuseosutajatega sõlmitavate lepingute standardtingimustes lepitakse kokku Haiglate Liiduga, mis esindab haiglaid ja seejuures 2015 aastani koostatud arengukavas nimetatud haiglaid (vt peatükki “Planeerimine, reguleerimine ja juhtimine”). Alates 2003. aastast koosta-

takse pikaajalistele investeeringutele ja Eesti Haigekassa pikaajalistele lepingutele õigust omavate haiglate loetelu kokkuleppel valitsusega. 2003. aastast alates lepatakse kokku ka viie aasta standardtingimused, kuigi lepingutega määratakse rahalised üksikasjad kindlaks üheks aastaks. Strateegilise ostmise eesmärk on korraldada ümber tervishoiuteenuste pakkumine statsionaarsete aktiivravivoodite arvu vähendamise ja hooldusraviasutuste väljaarendamise teel (vt osa “Rahvatervise ja tervishoiukorraldus”).

1990. aastate keskpaigani planeeriti lepingud peamiselt tavapärasel teenuse kasutamise skeemidel. Sellest ajast alates on üha rohkem arvesse võetud elanikkonna tervisevajaduse hinnanguid. Vajaduste analüüs sisaldab lisateavet ravijärjekordade, kättesaadavuse, kohalike vajaduste kohta [8]. Vajaduste analüüs hõlmab kõik raviliigid, võimaldades vahendite prioritseerimist eri liiki hüvitiste ja sektorite vahel. Nelja piirkondliku osakonna vahelise riski korrigeerimisel kasutatakse mitme muutujaga maatriksit (sealhulgas Eesti Haigekassa tasutavate muude hüvitiste hindamine); selle puhul ei pea paika 1990. aastate lõpuperioodil välja arvatud võrdsete vajaduste eeldus (vt eespool). Vajaduste analüüsimise tulemused seatakse vastavusse ravijuhtudega ning need võetakse arvesse teenuseosutajatega sõlmitavates lepingutes; see võimaldab luua selge seose vajaduse hindamise ja strateegilise teenuste ostmise vahel.

Teenuseosutajate vahelise konkurentsi elemendid võeti kasutusele 2003. aastal. Iga teenuseosutaja teeb omapoolse pakkumise rahaliste vahendite saamiseks 2002. aasta ravikindlustuse seadusega sätestatud kriteeriumide kohaselt. Selle protsessi eesmärk on võimaldada kindlustatud inimestel vabamalt valida teenuseosutajat. Ainus piirang seisneb selles, et lepingutes oleks vaja õigesti prognoosida teiste piirkondade kindlustatud isikute arvu, kellele kavatakse nende lepingute alusel teenuseid pakkuda. Lepingute üle peetavate läbirääkimiste ajal kasutatakse varasemaid teenuste kasutamist kajastavaid ja vajaduste hindamisel saadud andmeid selleks, et hinnata patsientide võimalikku liikumist, kusjuures lõplikud arvud kinnitatakse eelarveaasta lõpus. Teenuseosutajad võivad kokku leppida ka hinnakirjas kehtestatud hindadest madalamates hindades, millega nad teenuseid osutavad, tekitades sellega teatava hinnakonkurentsi. Lepingute sõlmimise üle peetavate läbirääkimiste järel kinnitab lepingud Eesti Haigekassa juhatus.

Alates 2003. aasta juulist on Eesti Haigekassa poolt teenuseosutajatele makstavatele hindadele lisatud kapitalikulud, et tagada piirkondlik järjepidevus ja õiglus infrastruktuuri arendamisel (vt eespool). Kapitalikulud on lisatud hinnakirja kantud ambulatoorsete eriarstiviisiitide, operatsioonide, voodipäevatasudele ja komplekshindadele. Kapitalikulud on lisatud ka üldarstiabi- ja hooldusravihindadele. Juurdehindluse arvutamisel on aluseks võetud teenuseosutaja optimaalne suutlikkus voodikoha kohta (sisaldab ühe voodikoha standardile vastava arvu ruutmeetreid, mille järgi määratakse optimaalne voodikohtade määr). Kapitalikuluga seotud rahaliste vahendite jaotamine toimub praegu tegevusepõhiselt ning selge side investeerimisvajadustega puudub. Praegu kavandatakse täiendavat kapitalimahutust haiglasektoris. Üksikasjade kohta vaata peatükki “Täiendavad rahastamisallikad”.

Haiglad esitavad raviarved Eesti Haigekassale. Raviarved sisaldavad diagnooside ja osutatud teenustega seotud andmeid (hinnakirja põhjal), mis on analüüsimisel ja planeerimisel väärtuslik teabeallikas. Rahalised ülekanded tehakse pärast iga raviarve kontrollimist ja tavaliselt tehakse ühe kuu jooksul pärast arve kättesaamist.

Kasutusele on võetud lepingu järelevalvesüsteem, et kontrollida ja jälgida haiglate finantstulemusi. Süsteemi eesmärk on haiglate tulemuslikkust hinnates tugevdada aktiivset ostutegevust tagamaks, et haiglad täidavad oma lepingulisi kohustusi. Igal kuul kasutatakse esitatud raviarvete põhjal saadud teavet iga teenuseosutaja kohta selleks, et jälgida teenuste üle- ja alapakkumist ning pidada läbirääkimisi eri haiglate ja erialade tasandil.

Hinnakiri ja tasumine teenuseosutajale

Üheksakümnendate aastate alguses koostas Sotsiaalministeeriumi tervishoiuteenuste ja uuringute hinnakomisjon Saksa tervishoiusüsteemi eeskujul tervishoiuteenuste eest tasumise Eestile kohandatud hinnakirja. Komisjoni kuulusid Eesti Arstide Liidu, haigekassade ja hiljem ka Haiglate Liidu esindajad. Esialgu oli planeeritud hinnakirja järgi maksta teenuseosutajatele haiglapäevade eest päevatasupõhiselt, ambulatoorse visiiditasu alusel ja teatavate kõrge maksumusega teenuste korral

protseduuripõhiselt. Maksed kohandati Eesti süsteemile, võttes aluseks ambulatoorsete külastuste ja teatavate protseduuride parimad kättesaadavad kuluandmed ning laiendati neid proportsionaalselt muudele teenustele. 1994. aastaks sai selgeks, et vastavat Saksa punktisüsteemi ei saa Eestis täielikult rakendada, sest kuludes ja protseduurides oli olulisi erinevusi. Seejärel arendustöö jätkus, mille käigus hinnakirja lisati teenuseid, haiglatele tasumisel võeti kasutusele eri meetodeid (voodipäeva-, visiidi- ja protseduuripõhine) ning kõigile teenustele määrati täpsed hinnad.

2001. aastal lõpetas komisjon töö Sotsiaalministeeriumi juures ja hinnakirja koostamise juhtimise kohustused kanti üle Eesti Haigekassale. Teenuste hinnakirja kandmise ja hinnakirjast väljaarvamise reeglid on õigusaktidega määratletud ning alates 2002. aastast on püütud teenuseid hinnata meditsiinilise efektiivsuse, kulu-efektiivsuse ja prognoositavate kulude põhjal (vt osa "Ravikindlustushüvitised ja prioriteetide seadmine").

Enne 2001. aastat kinnitati hinnakiri sotsiaalministri määrusega. Pärast 2001. aastat on hinnakirja kinnitanud valitsus, et suurendada läbipaistvust, aruandekohustust ja muuta hinnakiri teenuseosutaja mõju suhtes vähem tundlikuks, võrreldes olukorraga, kus hinnakirja saab muuta ainult sotsiaalministri otsustega.

Hinnakirjas on kokku umbes 1800 eri teenusenimetust. Mõned hinnad on määratud teenusepõhiselt, teised on komplekshinnad kogu raviprotsessi eest. Eraldi lisanduvat preemiate maksmise süsteemi ei ole. Teenuste ja hindade loetelu ajakohastatakse vähemalt kord aastas.

Teenusepõhine tasu hõlmab voodipäevatasu ja tasu üksikute protseduuride või uuringute eest. Voodipäevatasusse kuuluvad üldine läbivaatus, seisundi diagnoosimine ja ravi planeerimine, põetus, toitlustamine, lihtsad raviprotseduurid, laboratoorsed uuringud ja ravimid. See on erinev olenevalt erialast ja haiglasviibimise ajast. Kui haiglas viibimine (n-õ teenuse osutamine) kestab kindlaksmääratud ajast kauem, hüvitatakse lisapäevad madalama määra alusel (pikaajalise ravi voodipäeva hind). Selline motivatsioonisüsteemi kasutamine lühendas keskmist haiglasviibimise aega, mis langes 14,2 päevalt 1994. aastal 8,4 päevale 2002. aastal (kõik voodikohad). Mõnel erialal lühenes keskmine haiglasviibimise aeg isegi rohkem; reumatoloogias näiteks 17,4 päevalt 1994.

aastal 6,8 päevani 2002. aastal. Lisaprotseduuride, sealhulgas operatsioonide ja laboratoorsete uuringute eest tasutakse iga üksiku teenuse kaupa.

1990. aastate lõpupoole liiguti üksikasjalikult teenusepõhiselt maksesüsteemilt juhupõhisele maksesüsteemile, et pöörata tähelepanu osale eelneva tasustamise süsteemiga seotud probleemidele, mis olid tekkinud varasema patsientide üleravimise, kuid ka alaravimise ja valikulise lähenemise tõttu. Komplekshinnad võeti kasutusele 1998. aastal mitmete täpselt määratletud kirurgilise diagnoosiga protseduuride puhul, nagu näiteks pimesooleoperatsioon, puusa- ja põlveliigese proteesimine ja normaalne sünnitus. Eestis väljatöötatud komplekshindadest kehtib hetkel 49 komplekshinda, ehkki komplekshindadele vastav haiglaravi koguhüvitise protsent on ikkagi madal võrreldes protsendiga päevatasupõhiste ja üksikteenusepõhiste maksete puhul, nagu on esitatud tabelis 27 (2001. a seisuga). Eri makseviiside kombineerimine ei tekita olulist riskide jaotust teenuse osutajate ja ostja vahel. Selleks et tagada rahaliste riskide jaotumine, võetakse alates 2004. aastast samm-sammult kasutusele diagnoosipõhine (DRG) tasustamise süsteem.

Peamised makseviisid ambulatoorses eriarstiabis on visiidipõhine tasu (hõlmab sellised toimingud nagu anamneesi võtmine, diagnoosimine, nõustamine, süstimised ja teatavad laboriuuringud) ja teenusepõhine tasu (laboriuuringud, radioloogia jne) (vt tabel 27).

Tabel 27. Hinnakirjapõhised kulutused seoses eri raviliikidega, 2001

Tasustamisviis	Hinnakirjanimetused (2002. aasta lõpp)	Ambulatoorne eriarstiravi (% kogusummast või eurodes)	Haiglaravi (% kogusummast või eurodes)	Kokku kogu eriarstiabi (% kogusummast või eurodes)
Teenusepõhine	1520	52%	38%	42%
Komplekshinnad	49	9%	14%	13%
Voodipäevad	44	0%	48%	34%
Vastuvõtupõhine	16	39%	0%	11%
Kokku	1629	36 631 827	97 465 255	134 097 081

Allikas: [41].

2003. aastal on hinnakirja kantud hinnad maksimaalsete hüvitismääradega, mis võimaldab Eesti Haigekassal ja teenuseosutajatel pidada lepingutega seotud läbirääkimisi madalamate hindade osas. Hinnakiri sisaldab ka patsiendi osa kulude jagamises, seega ei tohi teenuseosutajad võtta patsientidelt tasu teenuste eest, mida Eesti Haigekassa täielikult hüvitab. Patsientide omaosalus on lubatud eriprotseduuride puhul, nagu näiteks meditsiinilise näidustusega abort (maksumäär 30%), *in vitro* viljastamine (30%) ja taastusravi voodipäevad teatavate haiguste korral (20%).

Uus ajajärk teenusepakkujale tasumisel algas 2004. aastal, kui haiglaraviteenuste eest tasumisel võeti kasutusele diagnoosipõhine tasustamise süsteem (DRG süsteem). Süsteem on täiesti uus ega tugine varem kasutatud komplekshindade süsteemile. Eesti Haigekassa alustas 2001. aastal tööd Põhjamaade DRG süsteemi (NordDRG) kohandamisega. Eeltöö käigus tehti kindlaks erinevused Eesti ja Skandinaavia maade haiglate tegevusvaldkondade vahel, arutati välja hinnad tasustamiseks Eestis lähtuvalt kohalikest andmetest ning anti haiglatele tagasisidet NordDRG gruppide alusel. DRG süsteemi kasutamist hõlbustavad kõrgel tasemel üksikasjalikud diagnostilised andmed, mis on Eesti Haigekassa käsutuses toimiva raviarvete süsteemi kaudu (vt eespool). 2003. aastal rakendati kõik põhiklassifikaatorid ning administratiivselt seisukohalt on NordDRG süsteem alates 2004. aastast täielikult toimimisvalmis.

Peale selle, et DRG süsteemi kasutatakse maksemehhanismina, võeti see kasutusele ka kui klassifitseerimissüsteem, mis võimaldab saada ülevaate haigla tegevusest, võrrelda omavahel teenuseosutajaid ja rahaliste vahendite jaotamist, et tõsta jõudlust pigem ravijuhtude kui üksikprotseduuride arvel. Hüvitamisel kasutatakse DRG süsteemi kombineerituna muude, juba olemasolevate tasustamise viisidega; ravijuhu hind arvutatakse eelnevalt kasutusel olnud hinnakirja ning NordDRG gruppide põhjal ning hüvitatakse proportsionaalselt. 2004. aastal võetakse hüvitiste arvestamisel 10% ulatuses aluseks NordDRG grupid ja 90% ulatuses hinnakiri ning 2005. aastal hakatakse NordDRG gruppe arvestama 30–50% ulatuses ja hinnakirja 50–70% ulatuses. Järkjärguline rakendamine võimaldab analüüsida kliinilises praktikas toimunud muutusi ja jälgida kvaliteeti. See võimaldab ühtlasi paindlikkust tasustamisel erialati, esmajoones psühhiaatrias ja onkoloogias, kus DRGde abil ei suu-

deta veel kliinilisi ja kulurühmi ühtlaselt klassifitseerida. Kuidas tasakaalustada uus maksemehhanism olemasolevatega, jääb lähimate aastate suurimaks väljakutseks.

Käesolevas peatükis on kirjeldatud tasude maksmist ambulatoorse eriarstiabi- ja haiglaraviteenuste osutajatele. Arstide ja teiste spetsialistide palgad on mõlemal juhul teenuseid osutavate asutuste juhtimisstruktuuride määrata (vt allpool).

Tervishoiutöötajate tasustamine

Nõukogude ajal olid tervishoiutöötajad riigiametnikena palgatöötajad haiglates, mis olid riigi või omavalitsusüksuse omandis. Palgatasemed määrati kindlaks tsentraalselt. Alates 1990. aastate algusest on tervishoiutöötajate olukord tunduvalt muutunud peamiselt seetõttu, et esimest korda lubasid tervishoiualased õigusaktid üksikisikust teenuseosutajal töötada eraõiguse alusel ning andsid teenuseosutajatele rohkem autonoomsust juhtimisotsustes. Suurema autonoomiaga kaasneb palkade määramise vabadus ja kuigi paljud asutused on siiani riigi või omavalitsuste kontrollitavad, määratakse palgatasemed kindlaks tööandjate ja töötajate vaheliste läbirääkimiste teel.

Tervishoiutöötajate palgad on kaudselt mõjutatud Eesti Haigekassa poolt teenuseosutajalt tellitud minimaalsest ravijuhtude arvust. Keskmiselt moodustavad palgad umbes 60% haigla kogukuludest.

Kõigil tervishoiutöötajatel ja teenuseosutajatel on nüüd töölepingud haiglatega või tervisekeskustega, samal ajal kui lepingute aluseks on mõnikord konkreetsete tervishoiutöötajate gruppide üldised palgakokkulepped. Eesti Arstide Liit ja Eesti Õdede Liit peavad läbirääkimisi oma vastavate erialade tunnitasu miinimummäärade üle Haiglate Liiduga. Aeg-ajalt osalevad kõnealustes läbirääkimistes ka Sotsiaalministeerium ja Eesti Haigekassa.

Eesti Haigekassa lepinguga perearstide ja -õdede tasustamisel üldarstiabis (perearstiabis) kombineeritakse pearahapõhine tasu kolme ülejäänud tasustamise liigiga, ning sellest moodustub iga praktilise eelarve

(vt tabel 28). Pearahapõhine tasu kaalutakse vastavalt patsiendiniimistu ealisele struktuurile, ettenähtud on eri summad alla kaheaastastele lastele, vanuserühmale 2–70 aastat ning üle 70aastastele ja vanematele. Teenusepõhisest tasust tulenev sissetulek tohib olla maksimaalselt 18,4% pearahapõhisest tasust. Teenusepõhise tasu alusel hüvitatavad protseduurid määratakse kindlaks Eesti Haigekassa ja Eesti Perearstide Seltsi kokkuleppel ja kantakse hinnakirja. Kõnealuste protseduuride loetelu on aja jooksul muutunud vastavalt sellele, kuidas perearstide kogemused on suurenenud. On olemas ka igakuine baastasu perearstipraksise investeerimiskulude katteks, ning lisamaksed hüvitisteks perearstidele, kelle töökoht on haiglast kaugemal, tasudeks perearstidiplomiga arstidele ning täiendõppe tagamiseks. Perearsti sissetulek sõltub peale patsiendiniimistu pikkuse ka töö tulemuslikkusest ning igale ebavajalikule analüüsile või protseduurile kulutatud summa vähendab arsti sissetulekut. Perearstide tasusüsteem on üldiselt kavandatud nii, et tekiksid stiimulid, mis motiveeriksid perearste tegelema rohkem diagnostikateenuste ja raviga, kindlustaksid järjepideva ravi ning hüvitaksid perearstidele eakate inimeste hooldamise ja kaugemates piirkondades töötamisega seotud finantsriskid.

Tabel 28. Perearstidele makstav tasu kroonides ja eurodes, 1998–2003

Tasustamisviisid	1999–2000		2001		2002		2003	
	EEK	€	EEK	€	EEK	€	EEK	€
Pearaha isiku kohta kuus								
0–2aastased	20,00	1,28	20,80	1,33	23,90	1,53	27,55	1,76
2–70aastased	16,00	1,02	16,60	1,06	19,10	1,22	21,05	1,35
üle 70aastased	18,00	1,15	18,70	1,20	21,50	1,37	24,60	1,57
Teenusepõhine tasu (maksimaalne protsent pearahasummast)								
	18,0%	18,0%	18,0%	18,0%	18,4%	18,4%	18,4%	18,4%
Igakuine baastasu	5000,00	319,60	5000,00	319,60	5290,00	338,10	5290,00	338,10
Igakuised lisamaksed								
Töötamine 20–40 km kaugusel maakonnahaiglast	700,00	44,70	700,00	44,70	700,00	44,70	700,00	44,70
Töötamine kaugemal kui 40 km maakonnahaiglast	1400,00	89,50	1400,00	89,50	1400,00	89,50	1400,00	89,50
Perearstidiplom	1000,00	63,90	1000,00	63,90	1000,00	63,90	1000,00	63,90

Allikas: [41].

Ambulatoorset eriarstiabi osutavad polikliinikud ja tervisekeskused, haiglate ambulatoorse ravi osakonnad ja iseseisvalt praktiseerivad eriarstid. Eesti Haigekassa lepinguga iseseisvatele eriarstidele makstakse teenusepõhiselt lepingus kindlaksmääratud maksimaalse summa piires. Mõned sõltumatud eriarstid, eelkõige hambaarstid, günekoloogid, uroloogid, oftalmoloogid ning kõrva-, nina- ja kurguarstid, peavad erapraksist. Erapraksisega eriarstidel võivad olla lepingud Eesti Haigekassaga ning sellisel juhul tasutakse teenuste eest vastavalt Eesti Haigekassa teenuste loetelule ning üldise visiidi- ja voodipäevatasu regulatsioonide alusel. Enne 2002. aasta oktoobrit oli neil lubatud kehtestada patsientidele ise visiiditasu määr (vt peatükki “Täiendavad rahastamisallikad”).

Tervishoiutöötajad, kes tegelevad ambulatoorse ja statsionaarse raviga haiglates, on tavaliselt palgatöötajad. Oletatakse, et viimaste aastate jooksul toimunud haiglate ühendamise käigus on mõne kitsa eriala spetsialistidel õnnestunud läbirääkimiste teel saavutada kõrgemad palgatasemed.

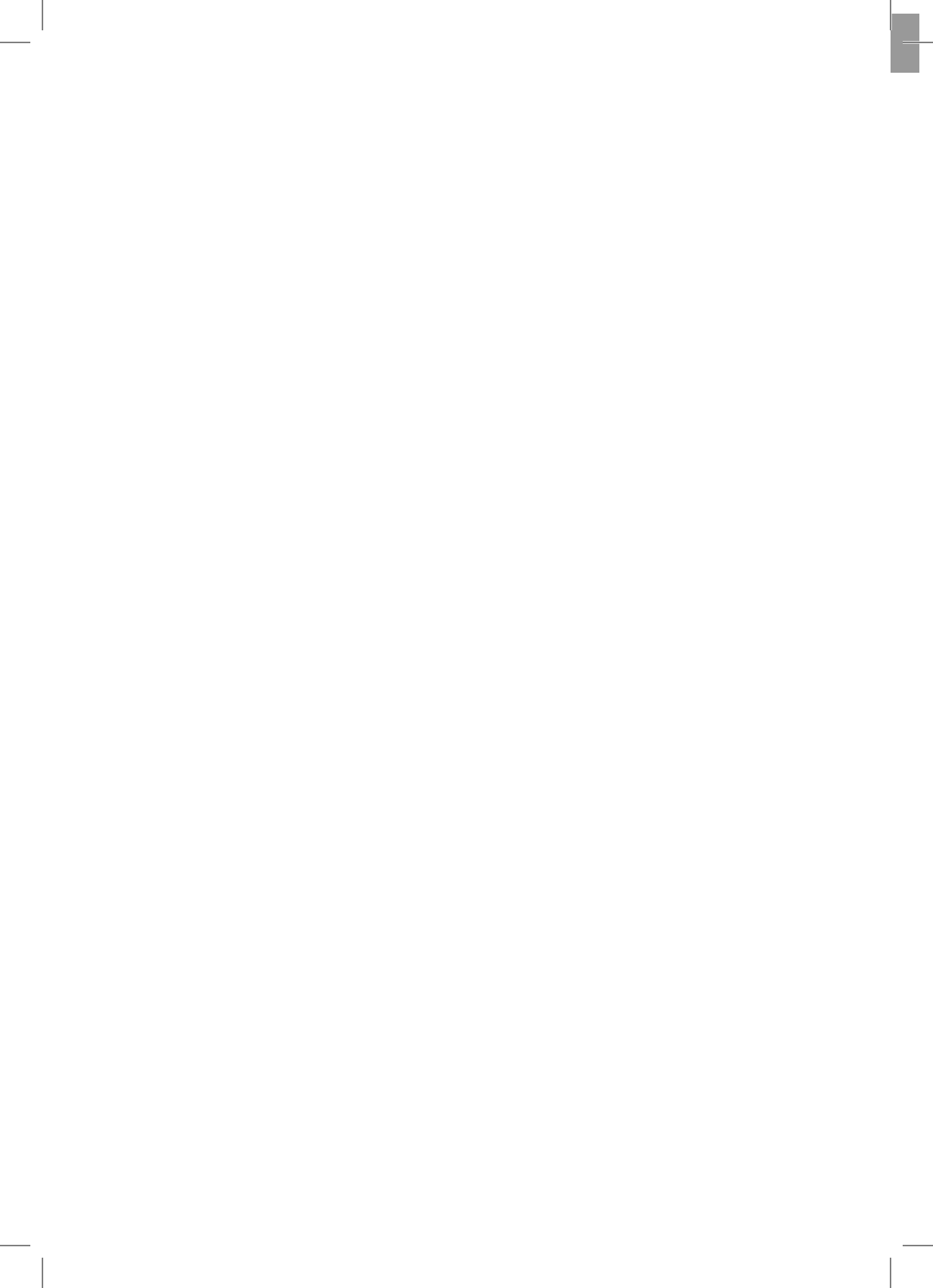
Muudel tervishoiutöötajatel, nende hulgas farmatseutidel, on tavapärased ehk lepingulised palgad, mis olenevad üksnes teenuseosutaja või apteegi eelarvest.

Tabel 29. Haiglaarstide keskmised tunnitasad ja kuupalgad (eurodes), 2002–2004

Haigla liik	Keskmine tunnitasu			Keskmine kuupalk		
	31. mai 2002	31. märts 2003	31. märts 2004	31. mai 2002	31. märts 2003	31. märts 2004
Piirkondlikud haiglad	4,93	5,55	5,69	785,15	890,23	903,65
Keskhaiglad	3,55	4,25	5,17	574,57	693,95	841,40
Erihaiglad	3,30	3,84	5,38	522,48	604,35	887,48
Üldhaiglad	3,26	3,66	4,22	530,21	595,27	689,22
Taastusravihaiglad	3,11	4,31	3,96	522,03	690,25	640,20
Pikaravihaiglad (enne 2003, aastat)	2,35	2,15	–	392,80	355,67	–
Hooldushaiglad (alates 2003, aastast)	–	–	3,10	–	–	503,82
Päevakeskused	–	–	3,29	–	–	543,95
Kokku/kaalutud keskmine palk	3,80	4,49	5,07	624,80	726,29	818,07

Allikas: [42].

Tervishoiuteenuste osutajad on küll eraõiguslikud üksused, kuid Sotsiaalministeerium jälgib nende majanduslikku seisundit ja üldisi palgatasemeid statistikaaruannete ja iga-aastaste palgauuringute kaudu. Siinjuures ei saa kindel olla teenuseosutajate huvis ministeeriumile kõiki andmeid esitada. Peale selle kajastavad need andmed peamiselt keskmisi põhipalku (vt tabel 29). Lisamaksed jäetakse välja ning mõne piirkondliku haigla personal võib tegelikult teenida keskmisest põhipalgast kaks või kolm korda rohkem.



Tervishoiureformid

Eesmärgid ja ülesanded

Eesti tervisesüsteemis on alates iseseisvumisest 1991. aastal toimunud suured muudatused. Reformid toimusid kahe lainena: esimene ehk “suure paugu” reformide laine tõi kaasa järsud muudatused 1990. aastate alguses, teine laine 1990. aastate lõpus oli oma iseloomult enam olemasoleva süsteemi järkjärguline edasiarendus.

Esimese laine reformid keskendusid tervishoiusüsteemi rahastamise parandamisele ja süsteemi patsiendikesksuse suurendamisele. Valitsus kehtestas tervishoiu rahastamise süsteemi kindlaksmääratud osamaksete kaudu tervisekindlustusse, mida kogusid haigekassad. Teenuse ostja ja osutaja rollid lahutati ning seati sisse haigekassade ja teenuseosutajate vaheliste lepingute süsteem, mis tugines teenusepõhisele hüvitamisele. Tervishoiuasutused said suurema autonoomia juhtimisotsuste, sealhulgas palgatasemete ja investeringutega seotud otsuste tegemisel. Tegelikult korraldati nende reformide tulemusena täielikult ümber nõukogude ajal kehtinud Semaško tervishoiusüsteem.

Teise laine reformid olid peamiselt suunatud efektiivsuse suurendamisele ning avaliku huvi kaitsmisele tervishoiuteenuste osutajate ja ravikindlustussüsteemi täpsema ja läbipaistvama reguleerimise teel. Üldarstiabi- ja haiglareformide eesmärk oli suurendada efektiivsust ja aruandekohustust teenuste osutamisel, kehtestati teenuseosutajate selge

õiguslik seisund, mis sundis teenuseosutajad jagama teatavat finantsriski ja tagama ravikvaliteeti. Samal ajal üritas valitsus tugevdada oma planeerimis- ja reguleerimissuutlikkust ning tugevdada Eesti Haigekassa ostujõudu. Teine laine tõi kaasa ka ümberkujundused ravimite hüvitamise süsteemis, eesmärgiga võtta kasutusele piirhindade süsteem ja suurendada selle abil ravimikulutuste efektiivsust.

Reformide sisu ja õigusaktid

Käesolevas peatükis iseloomustatakse lühidalt esimese ja teise laine põhilisi reforme. Tabelis 30 esitatakse ülevaade ajavahemikul 1991–2003 vastuvõetud kõige olulisematest õigusaktidest.

Tabel 30. Ülevaade kõige olulisematest tervishoiualastest õigusaktidest, 1991–2003

Õigusakt	Ettevalmistamise aeg ^a	Riigikogu heakskiit	Rakendamine	Praegune staatus
Ravikindlustuse seadus	1989–1991	Juuni 1991	Aprill 1992	Muudetud 1994. ja 1998. aastal; asendatud 2002. aasta ravikindlustuse seadusega
Tervishoiuteenuste korraldamise seadus	1993–1994	Märts 1994	Aprill 1994	Asendatud 2002. aasta tervishoiuteenuste korraldamise seadusega
Rahvatervise seadus	1993–1995	Juuni 1995	Juuli 1995	Kehtiv; korduvad hilisemad muudatused Eesti ühinemise tõttu Euroopa Liiduga
Ravimiseadus	1993–1995	Detsember 1995	1996	Kehtiv, mitmete muudatustega; muudatustega eelnõu esitatud Riigikogule 2004. aastal
Psühhiaatrilise abi seadus		Veebruar 1997	Märts 1997	Kehtiv, mitmete hilisemate muudatustega
Kunstliku viljastamise ja embrüokaitse seadus		Juuni 1997	Juuli 1997	Kehtiv, hilisemate muudatustega
Raseduse katkestamise ja steriliseerimise seadus		November 1998	1999	Kehtiv
Töötervishoiu ja tööohutuse seadus		Juuni 1999	Juuli 1999	Kehtiv, hilisemate muudatustega
Eesti Haigekassa seadus	1999–2000	Aprill 2000	Jaanuar 2001	Kehtiv

Õigusakt	Ettevalmistamise aeg ^a	Riigikogu heakskiit	Rakendamine	Praegune staatus
Tubakaseadus	1990. aastate keskel, Riigikogule esitatud oktoobris 1999	Juuni 2000	Jaanuar 2001	Kehtiv; muudatustega eelnõu esitatud Riigikogule 2004. aastal
Tervishoiuteenuste korraldamise seadus	1999–2001	Mai 2001	Jaanuar 2002	Kehtiv; asendab 1994. aasta tervishoiuteenuste korraldamise seadust
Võlaõigusseadus		September 2001	Juuli 2002	Kehtiv
Elundite ja kudede siirdamise seadus		Jaanuar 2002	Juuni 2002	Kehtiv
Ravikindlustuse seadus	2000–2002	Juuni 2002	Oktoober 2002	Kehtiv, asendab 1992. aasta ravikindlustuse seadust
Nakkushaiguste ennetamise ja tõrje seadus	1998–2003	Veebruar 2003	November 2003	Kehtiv
Esmatasandi arstiabi seaduse eelnõu	1993–1995 (Riigikogule esitamata)	–	–	Põhielemendid sisaldusid ministeeriumi 1997. aasta esimese etapi arstiabi käsitlevas määruses; praegu reguleeritakse tervishoiuteenuste korraldamise seadusega
Patsiendi õiguste kaitse seadus	1993–2004	–	–	Eelnõu kujul; patsiendi ja teenuseosutaja vaheliste suhete reguleerimine on lisatud 2001. aasta võlaõigusseadusesse

^a Sisaldab menetlusaega Riigikogus

Reformide esimene laine (1989–1995): ravikindlustussüsteemi ümberkujundamine, tervishoiu planeerimise detsentraliseerimine ja ravimituru reguleerimine

Selles peatükis kirjeldatakse seadusandlikke reforme, milles sisaldasid ja mille abil rakendati uue tervishoiusüsteemi põhimõtted 1990. aastate alguses.

1991. aasta ravikindlustuse seadus

Selle seadusega asendati nõukogude tervishoiusüsteem kohustusliku üldise ravikindlustuse süsteemiga, mida haldasid piirkondlikud mittekonkureerivad haigekassad. Selle seaduse esimene eelnõu koostati 1989. aastal ja kiideti Riigikogus heaks enne poliitilise iseseisvuse saavutamist Eestis. 1994. aastal seadust muudeti, kuid 1991. aastal sätestatud põhimõtted on säilinud, nagu on alles ka esialgne osamaksu suurus 13% palgast või sissetulekutest. Seaduses 1994. aasta kevadel tehtud peamised muudatused hõlmasid järgmist: asutati keskhaigekassa kui ravikindlustuse süsteemi keskne planeerimisasutus ning piirkondlike haigekassade tegevuse kooskõlastaja ja kontrollija; võeti kasutusele rahaliste vahendite piirkondade vaheline pearahapõhine ümberjaotussüsteem, mis võimaldas ravikindlustussüsteemil toimida õiglasemalt kogu riigi territooriumil. 1998. aasta muudatustega pandi sotsiaalmaksu kogumise kohustus maksuametile; kohustus jõustus alates 1999. aastast.

1994. aasta tervishoiuteenuste korraldamise seadus

Selle seadusega reguleeriti eri haldustasandite kohustusi, mistõttu detsentraliseeriti esmatasandi ja teise etapi eriarstiabi planeerimine ja korraldus omavalitsustasandile ning algatati tervishoiuasutuste riigiomandist munitsipaalomandisse üleviimise protsess. Seadusega sätestati riigi ja omavalitsuste tervishoiuasutuste ülalpidamiskulude ja investeeringute rahastamisega seotud vastutus. Maakonnas loodi maakonnaarsti ametikoht järelevalve teostamiseks teenuseosutajate üle. Kuid seadus jäi pealiskaudseks, selle alusel sätestatud planeerimissüsteem oli liiga hajus ning reguleerimis- ja litsentseerimissüsteemi täpsus jättis soovida.

1994–1997: üldarstiabi reguleerimine

Kuna tervishoiuteenuste korraldamise seadus oli iseloomult rohkem raamakt, tegid perearstid katset saavutada esimese etapi arstiabi üksikasjalikum reguleerimine ning koostasid ajavahemikul 1994–1995 perearstiabi seaduse eelnõu. Hiljem laiendati seda eelnõu tervele esimese etapi arstiabi valdkonnale ja nimetati vastavalt ümber. Muudetud eelnõu sätestas mitmesuguste esimese etapi arstiabi osutamise rühmade finants-

ja organisatsioonilised kohustused, funktsioonid ja õigused. Kõnealune seaduseelnõu jäi Riigikogule esitamata ning esimese etapi arstiabi reformi käivitas lõpuks sotsiaalministri 1997. aasta aprillis antud määrus. Reformidest sai seadus alles 2002. aastal pärast tervishoiuteenuste korraldamise seaduse vastuvõtmist.

1995. aasta rahvatervise seadus

Rahvatervisesüsteemi ümberkorraldamine algas rahvatervise seaduse vastuvõtmisega. Selle seadusega kehtestati rahvatervisevõrgustiku staatus, struktuur, funktsioonid ja rahastamine Eestis. Seadust on muudetud mitu korda, et täita Euroopa Liiduga ühinemise nõuded. Vaata ka peatükke “Tervishoiusüsteemi organisatsiooniline reform” ja “Rahvatervis”.

1995. aasta ravimiseadus

Areneva ravimituru reguleerimine võeti ette väga kiiresti. Ajavahemikul 1993–1994 koostati ravimeid käsitlev seaduseelnõu ning esitati valitsusele ja Riigikogule. See kiideti heaks alles 1995. aasta detsembris, seega võttis heakskiidu saamine palju rohkem aega kui muude esimese laine reformidega seotud eelnõude puhul. Selle põhjuseks olid eri huvirühmade konfliktsete huvid. Enne seaduse vastuvõtmist reguleeriti ravimiturгу ministri määrustega.

1993–2004: patsiendi õiguste kaitse seaduse eelnõu

Patsiendi õiguste kaitse seaduse esimene eelnõu koostati 1993. aastal, esitati valitsusele 1994. aastal ning saadeti seejärel Riigikogule. Kuid selle vastuvõtmise Riigikogus blokeeris tervishoiutöötajate lobitöö, mille eesmärk oli nõuda tervishoiutöötajate kaitse seaduse samaaegset ettevalmistamist ja vastuvõtmist. Sotsiaalministeerium on seejärel aastate pikkuses koostöös patsientide ühenduste esindajate ja tervishoiutöötajate liitudega koostanud mitu eelnõud. Mõned nendest eelnõudest jõudsid Riigikogu ette, kuid ühtki ei ole heaks kiidetud.

Alates 2002. aastast on patsiendi ja arsti suhteid reguleeritud kõiki majanduses esinevaid lepingulisi suhteid reguleeriva üldise võlaõigus-

seaduse eri peatükis. Praegu on Sotsiaalministeeriumi ametnikud väljendanud seisukohta, mille kohaselt järgitakse võlaõigusseaduse praegu kehtivaid eeskirju ning otsustatakse seejärel, kas konkreetset patsientide õigusi reguleerivat seadust on vaja.

Reformide teine laine (1996–2004): eri sektorite reguleerimine, planeerimise retsentraliseerimine, teenuste kättesaadavuse parandamine, finantskohustuste määratlemine, reguleerimistegevuse ja ostuvõime tugevdamine ning teenuseosutajate autonoomsuse legaliseerimine

Selle ajavahemiku alguses võttis Riigikogu vastu konkreetsemaid tervishoiuvaldkondi reguleerivad õigusaktid. Kõnealuse ajavahemiku lõpu- poole vaadati läbi olemasolevad põhilised õigusaktid osalt eesmärgiga kõrvaldada nende puudused, osalt selleks, et edasi arendada poliitilisi eesmärke, nagu näiteks efektiivsust, ning osaliselt Euroopa Liiduga ühinemisest tulenevate nõuete ja õigussüsteemis tehtud muudatuste tõttu. Mõnel juhul oli kergem koostada uued seadused, kui muuta olemasolevaid, sest oli vaja teha täiendavaid muudatusi ning võtta arvesse õigussüsteemis tehtud muudatused.

1997. aasta psühhiaatrilise abi seadus

Kõnealuse seadusega määratletakse psühhiaatrilise abi ja sundravi protseduurid ja tingimused. Seadust kohaldatakse kõigi psühhiaatriliste juhtude suhtes ning see toetub põhiliselt Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni 1991. aastal avaldatud põhimõtetele seoses psüühiliste tervisehäiretega inimeste õiguste kaitsega. Vaata ka peatükki “Psühhiaatriline abi”.

1997. aasta kunstliku viljastamise ja embrüokaitse seadus

Kõnealune seadus reguleerib ulatuslikult munaraku- ja seemnerakudoonorluse meditsiinilisi ja õiguslikke aspekte, sätestab doonorluse vaba- tahtlikkuse, doonoritele esitatavad nõuded ja nende õigused ning regu-

leerib küsimusi, mis on seotud doonorlusteabe ja doonori munarakkudest süündinud laste põlvnemisega. Seadus määratleb kunstliku viljastamise, selle näidustused ja vastunäidustused ning kunstliku viljastamise teel saadud inimembrüote õigusliku seisundi.

1998. aasta raseduse katkestamise ja steriliseerimise seadus

Kõnealune seadus reguleerib küsimusi, mis on seotud raseduse katkestamise ja steriliseerimisega, sealhulgas nõustamise ja kirjaliku nõusoleku andmise kohustusega. Seaduse kohaselt tohib raseduse tavapäraselt katkestada, kui see ei ole kestnud kauem kui 11 nädalat. Kuni 21 nädalat kestnud raseduse tohib katkestada ainult teatavatel erandjuhtudel, kui: rasedus ohustab raseda tervist; raseda haigus või tervisega seotud probleem takistab lapse kasvatamist; sündival lapsel võib olla raske vaimne või kehaline tervisekahjustus; rase on alla 15aastane või üle 45aastane. Erandjuhtudest esimesel kolmel juhul on nõutav vähemalt kolme arsti üksmeelne otsus. Seadus sätestab samuti, et arsti ei saa kohustada rasedust katkestama.

1999. aasta töötervishoiu ja tööohutuse seadus

Kõnealune seadus sätestab töötervishoiu ja tööohutuse nõuded, töandja ja töötaja kohustused tervisele ohutu töökeskkonna loomisel, töötervishoiu ja tööohutuse korralduse ettevõtte ja riigi tasandil. Seadus sätestab vaidluste lahendamise korra ning vastutuse nõuete täitmata jätmise eest.

2000. aasta Eesti Haigekassa seadus

Kõnealuse seaduse kohaselt asutati Eesti Haigekassa, mis on sõltumatu avalik-õiguslik organisatsioon, mida juhib riigi, töandjate ja töötajate esindajatest koosnev nõukogu. Vastav struktuur on loodud et tugevdada ravikindlustussüsteemi ostujõudu, organisatsioonilist tõhusust ja aruandekohustust. Seaduse ja Eesti Haigekassa seaduse alusel koostatud ja valitsuse poolt heaks kiidetud põhikirjas nähakse ette Eesti Haigekassa tegevust ja aruandekohustuse põhisuundi käsitlevad üksikasjalikud eeskirjad. Vaata ka peatükki “Tervishoiusüsteemi organisatsiooniline reform”.

2001. aasta tervishoiuteenuste korraldamise seadus

Kõige olulisemad kõnealuse seadusega sätestatud muudatused on järgmised: planeerimise retsentraliseerimine riiklikule tasandile, arstide ja institutsiooniliste teenuseosutajate uue litsentsisüsteemi kehtestamine, teenuseosutajate õigusliku seisundi määratlemine eraõiguslike üksustena ning eri rahastamisallikate finantseerimiskohustuste täpne määratlemine. Kindlustamata isikute kiirabiteenuste eest maksmine toimub näiteks riigieelarvest, mida haldab Sotsiaalministeerium, kuid kinnipeetavate tervishoiuteenuste ning kohtumediitsiini ja -ekspertiisi rahastamise eest vastutab Justiitsministeerium. Omavalitsustele ei pandud konkreetseid rahastamiskohustusi. Täiendava teabe saamiseks vaata peatükki “Tervishoiusüsteemi organisatsiooniline reform”.

2001. aasta võlaõigusseadus

Kõnealuse seaduse koostas Justiitsministeerium ning selle eesmärk on reguleerida eri sektorite kõiki lepingulisi suhteid, kaasa arvatud kindlustusandja ja kindlustatu suhted eratervisekindlustuse valdkonnas ning patsiendi ja tervishoiuteenuse osutaja suhted tervishoiuteenuste osutamisel.

Tervishoiuteenuste osutamise lepinguid ja kokkuleppeid käsitlev peatükk reguleerib patsiendi ja teenuseosutaja vahelisi suhteid, kehtestab nõuded seoses patsiendi teavitamise ja patsiendi ravieelse nõusolekuga, privaatsuse ja teenuseosutaja vastutusega ravivigade korral. Seadusega sätestatakse samuti, et juhul kui tervishoiuteenuste eest ei tasu kolmas pool või vabatahtlik tervisekindlustus, peab patsient maksma kehtestatud, kokkulepitud või tavalise tasu, selle puudumisel aga mõistliku tasu. Seaduse kõnealune peatükk sisaldab praegu ainsat olemasolevat üldist eeskirja, millega reguleeritakse patsientide õigusi lisaks käesolevas peatükis mainitud muudes õigusaktides sätestatud õigustele. Seaduse mõned osad on ebaselged, sest see tugineb liialt otseselt Saksamaa õigusaktidele ning koostajate hulgast jäi välja Sotsiaalministeerium.

Ravikindlustust käsitlevas peatükis sätestatakse miinimumnõuded seoses eri liiki tervisekindlustuse ooteaegade, kindlustusmaksete muutmise tingimustega jne. Kõnealuses peatükis ei püüta aga eriti kohandada

eeskirja Eesti praegusele olukorrale, seetõttu ei ole peatüki mõned osad vahetult asjakohased, näiteks on ülearune pärast pensionilejäämist jätkuva tervisekindlustuse ning laste tervisekindlustuse reguleerimine, sest nii pensionäride kui ka laste tervisekindlustuse katab Eesti Haigekassa.

2002. aasta ravikindlustuse seadus

Kõnealuse seaduse eesmärk on täpsemalt reguleerida kõiki ravikindlustussüsteemi aspekte, sealhulgas kindlustustingimusi, hüvitisi, hüvitatavate tervishoiuteenuste ja ravimite loetelusid ja hüvitamise määrasid, kindlustatute oma makstavate visiidi- ja voodipäevatasude ülemmäärasid ning Eesti Haigekassa ja teenuseosutajate vahelisi lepingulisi suhteid.

2003. aasta nakkushaiguste ennetamise ja tõrje seadus

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

2004: muudatustega ravimiseaduse eelnõu

See oluline eelnõu on ikka veel Riigikogus. 1995. aasta ravimiseaduse muudetud versioon, millega reguleeriti ravimituru kõiki aspekte, esitati Riigikogule 2004. aasta aprillis pärast kolm või neli aastat kestnud ettevalmistusi ja konsultatsioone eri sidusrühmadega. Oodata on tuliseid läbirääkimisi selle üle, kas apteegikettidel peaks olema tegevusluba Eestis,

kas apteegi omamise õigust tuleks piirata ainult kutseliste farmatseutidega, kuid ka juurdehindluspoliitika ja käsimüügiravimite apteegivälise müügiga seotud küsimustes.

2004: muud eelnõud

Käesoleval ajal suhtuvad Sotsiaalministeeriumi ametnikud seadusandlikesse algatustesse küllaltki konservatiivselt, keskendudes enamjaolt kitsaste, kuid ikka veel ebapiisavalt reguleeritud küsimuste reguleerimisele, nagu on näiteks meditsiiniseadmeid või vereteenistust käsitlevad eelnõud, mis on Riigikogus olnud alates 2004. aasta kevadest, ning olemasolevate põhiliste määruste viimistlemisele. Poliitilisel tasandil ei ole tehtud ettepanekuid praeguse süsteemi või praeguste reformide oluliseks muutmiseks.

1995–2004: “Tervis kõigile” raampoliitika

Valitsuse ainus riiklik tervisepoliitikadokument pärineb 1995. aasta märtsist. Selles kirjeldatakse riigi olulisemaid tervishoiuprobleeme, kuid ei seata eesmärke nende lahendamiseks. Sotsiaalministeeriumi ametnikud on ajavahemikul 1997–2003 välja töötanud mitu põhjalikku tervisepoliitilist dokumenti, kuid ükski nendest ei ole jõudnud aruteluni valitsuse tasandil, osaliselt muudatuste tõttu valitsuses ja seetõttu, et uued tegijad on soovinud alustada oma poliitiliste seisukohtade arendamist.

Viimastel aastatel ei ole Sotsiaalministeeriumi poliitiline juhtkond üldist tervisepoliitika raamdokumenti vajalikuks pidanud, eelistades pigem töötada konkreetsete kavade ja programmidega kitsamates valdkondades, nagu näiteks HIV/AIDSi või südame-veresoonkonnahaiguste leviku tõkestamine, kui arutada üldises tervisepoliitilises dokumendis kogu tervisepoliitikat hõlmavaid probleeme ja seada eesmärke. 2004. aastal seadis Sotsiaalministeerium mõned tervishoiusüsteemi strateegilised eesmärgid, näiteks suurendada tervist soodustavat käitumist ja vähendada krooniliste ja nakkushaiguste esinemist (vt “Järeldused”) [43].

Need üldised eesmärgid esitatakse 14 lühema tähtajaga “strateegilise eesmärgi” kaudu.

Valitsus on heaks kiitnud mõned kitsamat valdkonda käsitlevad tervishoiupoliitilised dokumendid. Näiteks Eesti tervishoiukvaliteeti käsitlevas poliitilises dokumendis (1997) määratleti tervishoiukvaliteet ja meetmed, mida kõik huvirühmad peaksid kvaliteedi tõstmiseks ette võtma. Valitsus arutas 2003. aastal vaimse tervise poliitika raamdokumenti ja kiitis selle heaks, kuid konkreetse tegevuskava väljatöötamine on juba oluliselt viivitunud.

Reformide elluviimine

Paljudele eespool kirjeldatud reformidele on olnud iseloomulik suhteliselt lühike ettevalmistusaeg ja lühikesed rakendamise tähtajad, eeskätt kehtib see esimese laine reformide suhtes. Reforme, nagu näiteks ravikindlustussüsteemi reform, ei valmistatud ette viimase üksikasjani, vaid jäeti piisavalt ruumi selle viimistlemiseks ja piirkondlikeks uuendusteks reformi rakendamisel. Kuna riik on väike, ei tekkinud juhimatut kaost; pigem pakkus see võimalusi õppida parimatest kogemustest, kui pärast 1994. aastat hakati välja töötama ühtset riiklikku korda. Hilisemad reformid, nagu üldarstiabi- ja haiglareform, kavandati tsentraalselt ja üksikasjalikumalt.

Aastate jooksul on põhiliste sidusrühmade huvid reformi käigus muutunud. Esimese reformidelaine (näiteks ravikindlustuse rajamise) kohta võib ütelda, et algatajateks olid tervishoiutöötajad. Arstid taasasutatud Eesti Arstide Liidust jätsid kliinilise töö ja siirdusid poliitikasse. See ei tähenda siiski, et tervishoiupoliitikas juhinduti teenuseosutajate huvidest. Jõupingutused parandada efektiivsust ja kaitsta riigi huve olid esiplaanil 1990. aastate keskpaigas ja lõpus, mil tervishoiureformide juhtimine tehti ülesandeks Sotsiaalministeeriumile. Teenuseosutajate mõju reformikavale vähenes tõenäoliselt ka seetõttu, et alates 1993. aastast lakkas olemast eraldi tervishoiuministeerium. Tuleb märkida, et põhilised tervishoiureformi käsitlevad õigusaktid pärast 1992. aastat on vastu võetud ja rakendatud aegadel, mil sotsiaalminister ei olnud arstiharidusega.

Eesti Arstide Liit ja Haiglate Liit on osalenud reformide ettevalmistamisega seotud läbirääkimistel ministeeriumi partneritena, kuid minis-

teerium on reformi ettevalmistamisse kaasanud ka muid sidusrühmi ja huvigruppe, määrates nende esindajad töörühmadesse või lülitades nad konsultatsioonidesse eelnõu koostamise ajal.

Haigekassa osa tervishoiureformide alaste ettepanekute tegemisel ja reformide ettevalmistamisel suurenes alates 1990. aastate keskelt. Tõenäoliselt tundis ravikindlustussüsteem kõige teravamalt igapäevast survet säilitada tervishoiuteenuste kättesaadavus piiratud vahendite tingimustes ning samal ajal üritada tasakaalustada suurenevat nõudlust uute tervishoiuteenuste ja ravimite järele ning nõudmisi tõsta teenuseosutajate palku. See sundis Eesti Haigekassat tegema ettepanekuid seoses mitme teenuseosutajate tasusid käsitleva reformi ja nende ettevalmistamisega, kaasa arvatud diagnoosipõhise tasustamise (DRGd) kasutusele võtmine, aga ka ettepanekuid seoses haigekassa ostujõudu tugevdavate korralduslike strateegiatega.

Rahvusvahelistel organisatsioonidel on samuti olnud oma osa tervishoiureformides. Eesti kogemuse põhjal võib öelda, et viljakas ja vastastikku rahuldust pakkuv koostöö rahvusvaheliste organisatsioonide ja ekspertidega võib tekkida üksnes siis, kui riigis on oma nägemus reformidest ja valmisolek neid ellu viia. Ainult siis on võimalik rahvusvahelisi teadmisi ja kogemusi tulemuslikult kasutada. Tõhusa koostöö heaks näiteks on Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa Regionaalbüroo toetus üldarstiabi reformide üksikasjade väljatöötamisel ja rahvusvahelise võrdluse võimaldamisel pärast seda, kui sotsiaalminister oli välja andnud määruse perearstiabi rakendamiseks.

1995.–1999. aasta Maailmapanga Eesti tervishoiuprojekti osa üldiste tervishoiureformide toetamisel on olnud oluline kolmel viisil. Esiteks ühendas projekt tervishoiusektori reformide üldisesse raamistikku juba olemasolevad algatused ja tegevused, nagu ravikindlustuse sisseseadmine ja perearstide ümberõpe. Kõnealune raamistik aitas teostada järelevalvet mitmesuguste reformikavade üle ning luua tervishoiureformi jaoks eesmärgile suunatud juhtimis- ja vastutusstruktuur Sotsiaalministeeriumis ning muudes reformi kavandamise ja rakendamisega seotud asutustes. Teiseks aitas Maailmapanga laen säilitada valitsuse seotud tervishoiureformiga ajal, mil poliitiline tahe reforme jätkata ei olnud eriti tugev. Kolmandaks aitas reformi üldraamistik kooskõlastada ka teiste doonorite ja projektidega seotud tegevust.

Alates 1990. aastate keskelt mõjutas Euroopa Liiduga ühinemise protsess poliitilisi ja arenguprioriteete nii tervishoius kui ka kõigis muudes sektorites. Õigusaktide ja menetluste ühtlustamine Euroopa Liidu õigusaktide ja menetlustega sai esmatähtsaks kogu õiguslikus arengus, juhtides tähelepanu rahvatervisele ja töötervishoiule ning tööohutusküsimustele.

Nagu eelmistes peatükkides kirjeldatud, oli Eesti üpris edukas peamiste kavandatud reformide rakendamisel. Teostusjärgus esines muidugi probleeme, aga need ei olnud nii suured, et reformiprotsess peatuks või aeglustuks olulisel määral.

Reformide esimeses laines oleks reformide edukat elluviimist võinud ohustada ravikindlustussüsteemi personali madal erialane väljaõppetase. Kuid ravikindlustussüsteem viidi ellu koos muude oluliste sotsiaalsete, majanduslike ja poliitiliste muudatustega, sealhulgas äsja taas iseseisvuse saavutanud riigi ülesehitamise ning demokraatia ja turumajanduse kehtestamisega. Sellest tulenevalt oli kogu riik, mitte üksnes ravikindlustussüsteem, omamoodi “väljaõppel kohapeal”. Tegelikult võtsid paljud piirkondlikud haigekassad tööle direktorid väljastpoolt tervishoiusektorit, ning võiks väita, et tervishoiu rahalisi vahendeid haldavate uute institutsioonide loomisega õnnestus tervishoiusektorisse tuua efektiivsust, jätkusuutlikkust ja uusi juhtimisstiile eelistav mõtteviis kiiremini, kui seda oleks suudetud teha piirkonna olemasolevaid meditsiiniharedusega tervishoiujuhte majandamise ja juhtimise alal ümber õpetades.

Reformide arengu ja teostamisega seotud probleemide põhjustajaks 1990. aastate keskel, teise laine ajal oli pigem ühise nägemuse ja poliitilise tahte puudumine kui sellised tegurid nagu puudulik infrastruktuur või ebarahuldavad haldamisoskused. Reformi edukuseks vajalike tingimuste heaks näiteks on 1997. aasta perearstipraksise reform. Kuigi reform käivitati ministri ühe määrusega, mis on õigusliku alusena küsitav, pidasid reformi vajalikuks sellised tähtsad sidusrühmad nagu Sotsiaalministeeriumi juhtivad isikud, Eesti Haigekassa, maakonnaarstid, äsjakoolitatud perearstid ja Tartu Ülikooli arstiteaduskond. Kõnealuste rühmade ühiste jõupingutuste tulemusena sai reformi ettevalmistamine ja teostamine toimuda üheksa kuuga.



Järeldused

Tervishoiusüsteemi hindamine

Käesolevas peatükis püütakse tervishoiusüsteemi hinnata süsteemile seatud eesmärkide ja eri hindamiskriteeriumide alusel.

Tervishoiusüsteemi eesmärgid

Eesti tervishoiusüsteemi ja 1990. aastate reformide eesmärke ei ole alati selgesõnaliselt välja öeldud. 1990. aastate alguse reformide laiem eesmärk oli tagada tervishoiu rahastamine ja tugevdada seda kindlaksmääratud tulubaasi abil, tõsta ravi kvaliteeti (osaliselt jõuda järele ja võtta kasutusele Lääne-Euroopas kasutatav tehnoloogia), ning pakkuda patsientidele rohkem valikuvabadust. Vahendite vähesuse tõttu sai 1990. aastate lõpupoole elluviidud reformide üldeesmärgiks tervishoiusüsteemi tõhususe suurendamine. See oli haiglareformi, teenuseosutajate tasustamise ja ravimite hüvitamisega seotud ümberkujunduste põhieesmärk.

Praeguses riiklikus tervishoiupoliitikas puuduvad tervishoiusüsteemi eesmärgid, kuid need sisalduvad missioonikirjeldustes ja sidusrühmade, nagu Sotsiaalministeerium ja Eesti Haigekassa, eesmärkides. Ministeerium on määratlenud oma üldised tervishoiualased eesmärgid põhimääruses: tagada stabiilne ja usaldusväärne sotsiaalseid riske hõlmav ning

adekvaatset sissetulekut pakkuv sotsiaalkindlustussüsteem; tagada inimeste pikaajaline töövõime ja tööhõive; tagada hea tervisekultuur ning tervist toetav elukeskkond; tagada tervishoiuteenuste ja ravimite kättesaadavus [43].

Kõnealused üldeesmärgid on täpsustatud 14 lühemaajalise strateegilise eesmärgi kaudu, näiteks tervist soodustava käitumise arendamine ja krooniliste haiguste tekke vähendamine, spordi ja kehakultuuriga tegelevate inimeste osakaalu suurendamine 31%ni, südame-veresoonkonna haigustega seotud suremuse vähendamine ning igapäevase suitsetamise vähendamine meeste hulgas 43%ni (45%lt 2002. aastal). On olemas ka nakkushaiguste esinemise ja levimusega seotud konkreetsed eesmärgid. Tervishoiusüsteemi eesmärgid ja meetmed on vähem spetsiifilised, need hõlmavad tervishoiuteenuste paremat kättesaadavust ja kvaliteeti ning paremat juurdepääsu ravimitele. Kõnealuste eesmärkide edukuse määramise kriteeriumiks on saavutada patsientide rahulolu tervishoiuteenustele juurdepääsu (54%) ja tervishoiu kvaliteediga (67%) ning suurendada geneeriliste ravimite osakaalu 35%ni Eesti Haigekassa poolt rahastatavate ravimite arvust.

Ravikindlustuse põhimõtted ja eesmärgid sätestatakse õigusaktidega. Need hõlmavad solidaarsust ja patsientide piiratud omaosalust tervishoiukulude katmisel, tervishoiuteenuste vajadusepõhise osutamise põhimõtet, võrdset juurdepääsu arstiabile, olenemata elukohast, ning rahaliste vahendite tõhusust ja otstarbekat kasutamist. Eesti Haigekassa määrab oma eesmärgid kolmeaastases arengukavas, mille kiidab heaks Eesti Haigekassa nõukogu. Eesti Haigekassa eesmärgid hõlmavad kättesaadavuse suurendamist ja kvaliteedi tõstmist (näiteks ravijuhendite abil), organisatsioonilist arengut ja klienditeenindust.

Tervishoiukulude jaotumine ja hüvitised kogu elanikkonnale

Suurem osa tervishoiu rahastamisest toimub avaliku sektori allikatest, umbes kolm neljandikku tervishoiu kogukuludest. Suurem osa nendest riigituludest saadakse tööealiselt elanikkonnalt ja tööandjatelt, nende töötasudelt makstavate sihtotstarbeliste maksude kaudu, mis moodus-

tavad 13% palgast ja mille arvele langeb kaks kolmandikku tervishoiu kogukuludest. Vanemal põlvkonnal on samuti oma osa riiklikes kulutustes käibemaksu ja maamaksu kaudu. Kuigi uuringuid eesmärgiga hinnata tervishoiusüsteemi kulude üldist jaotumist elanikkonna rühmade vahel ei ole tehtud, võib tervishoiusüsteemi proportsionaalse palgamaksu abil rahastamise põhjal arvata, et jaotumine vastab horisontaalse ja vertikaalse õigluse põhimõttele. Proportsionaalne töötasult makstav sihtotstarbeline maks tagab tervishoiuvahendite ümberjaotamise suurema sissetulekuga rühmadelt madalama sissetulekuga rühmadele ning hea tervisega isikutelt nõrga tervisega isikutele. Märkimisväärne vahendite ümberjaotamine toimub ka ravikindlustussüsteemis. 2002. aastal kulutati 51% Eesti Haigekassa kogutulust laste, pensionäride ja muude kindlustatutega võrdsustatud rühmade arstiabile.

Tervishoiusüsteem ei kindlusta siiski samal tasemel juurdepääsu kogu elanikkonnale. Kindlustatute (umbes 94% elanikkonnast) ja kindlustamata isikute õigused on erinevad. Kindlustatud isikutel on õigus saada ühesuguseid tervishoiuteenuseid vaid väheste erinevustega, mis tulenevad elueast ja efektiivsuskriteeriumidest, näiteks on täisealiste ja laste hambaravi hüvitamise määrad erinevad ning *in vitro* viljastamise suhtes kohaldatakse vanusepiiranguid. Kindlustamata isikutele tagatakse tasuta juurdepääs ainult riigi poolt rahastatavale vältimatule arstiabile. Muude tervishoiuteenuste eest peavad nad tasuma omavahenditest, kuigi mõned omavalitsused rahastavad tervishoiuteenuseid piiratud ulatuses.

Vahendite pearahapõhine jaotamine piirkondlikesse eelarvetesse ja lepingute sõlmimise süsteem, mis toimib põhimõttel, et raha järgneb patsiendile, peaks teoreetiliselt tagama tervishoiuteenuste võrdse kättesaadavuse eri piirkondades elavatele rühmadele. Hüvitiste tegelikku jaotumist piirkondade ja erineva sissetulekuga rühmade vahel on uuritud 1994., 1999. ja 2000. aasta andmete põhjal [8]. Uurimuse põhjal selgub, et Tallinnas elavate inimestega võrreldes pidasid 25–74aastased maa- piirkondades elavad inimesed 1999. aastal arstiga nõu rohkem telefoni teel ja külastasid rohkem perearste kui eriarste ja hambaarste. Haiglaravi sagedus oli ühesugune kõigi rühmade puhul. Tuleks siiski märkida, et üldarstiabi reformimise varases järgus 1999. aastal pääsesid Tallinna elanikud otse eriarstide juurde, kusjuures muude piirkondade elanike suhtes

kehtis edasisuunamise süsteem. Üldarstiabireformide lõpuleviimine peaks vähendama erisusi seoses külastustega perearstide ja eriarstide juurde. Tallinnas ja Tartu Ülikooli Kliinikumis on kasvanud ka ambulatoorse eriarstiabi järjekorrad. See tähendab, et teistes linnades on parem pääs teatavat liiki eriarstide juurde. Uurides teenuste kasutamist sissetulekurühmade kaupa, täheldati ainult väikesi erisusi seoses külastustega perearstide juurde, kusjuures kõigist vanuserühmadest ja kõigist piirkondadest said eelmisel aastal haiglaravi need, kes kuulusid väiksema sissetulekuga rühmadesse. Need erisused on püsunud stabiilsetena alates 1994. aastast. Suurt ebavõrdsust täheldati külastuste arvus eriarstide ja hambaarstide juurde, suurima sissetulekuga rühmas oli eriarsti- või hambaarstikülastusi peaaegu kaks korda rohkem kui madalaima sissetulekuga rühmas. Kõnealuste näitajate aja jooksul avalduvate usaldusväärsete arengutendentside andmed ei ole kättesaadavad.

2002. ja 2003. aastal kehtestatud omaosalus võib olla suurendanud lõhet eriarstikülastuste vahel. Seda on raske hinnata, sest edasisuunamise süsteemi kehtestanud üldarstiabi reformid on lõppenud ja eriarstiabi järjekorrad Tallinnas ja Tartus on kasvanud. Muudatused täisealiste hambaravi hüvitamises on tõenäoliselt süvendanud hambaravi kättesaadavuses 1999. aastal valitsenud ebavõrdsust.

Tervishoiuressursside jaotamise efektiivsus

Üldarstiabiteenused on riigis üleriigiliselt samalaadselt kättesaadavad, rahalised stiimulid toimivad, soodustades perearstide tööleasumist maapiirkondadesse. Nõukogudepärandi toel jaotuvad ka eriarstiabiteenused kõikidesse piirkondadesse, kuigi mõned maakonnahaiglad on liiga suured, et need kohandada nüüdisaegsemale tervishoiuteenuste osutamise süsteemile, mille keskmes on ambulatoorne arstiabi.

Rahaliste ressursside jaotamine on püsunud viimase nelja aasta jooksul stabiilsena. Kõik peamised kuluvaldkonnad, see tähendab ennetus, üldarstiabi, eriarstiabi ja hambaravi Eesti Haigekassa eelarves on suurenenud 43–49% võrra, kusjuures hooldusravi osa on suurenenud 99% võrra. Haiglaravikulud on moodustanud 30–36% tervishoiu kogukuludest [21]. Haiglaravikulude suhteliselt väike osa kogukuludest koos

suurema rõhuasetusega ambulatoorsele arstiabile on kaasa aidanud ravimikulutuste suurenemisele, mis kasvasid Eesti Haigekassa eelarves 2%lt 1992. aastal 19%ni 2003. aastal.

Tervishoiuteenuste osutamise tehniline efektiivsus

Arstiabikulude suuruse määrab tulu, mis saadakse sihtotstarbelistest maksudest töötasudelt ning riigieelarvest igal aastal eraldatavatest vahenditest, sundides tegema jõupingutusi arstiabi andmise efektiivsuse tõstmiseks. Keskmised haiglasviibimise ajad on lühenenud Eesti Haigekassa lepingute sõlmimise ja maksepoliitika tugeva mõju tõttu. Eesti Haigekassa on arendanud lepingute planeerimise süsteemi, et seada sihteesmärgiks kasutada suuremal määral ära ambulatoorset arstiabi ja päevakirurgiat. Haiglate ühendamise ja võrgustikuks suuremates linnades 2001. aastal loodeti tõsta efektiivsust ja esimesed andmed lubavad oletada, et reform täitis selles osas oma eesmärgi [44]. Ravimite hüvitamine oli ebaefektiivne kuni 2002. aastani, kui tehti seadusesse muudatus, mille kohaselt lubati hüvitamise aluseks võtta geneeriliste ravimite hind. Selle tulemusena langesid Eesti Haigekassa ravimikulud järgmisel aastal 13% võrra.

Teenuse eest tasujate ja teenuseosutajate aruandekohustus

Eesti Haigekassa tellitavas iga-aastasest uuringus “Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile” uuritakse elanikkonna arvamust arstiabi kvaliteedi ja kättesaadavuse kohta ning rahulolu perearstide, eriarstide, hambaarstide ja haiglatega. Uuringute tulemused on Eesti Haigekassa veebilehel. 2003. aasta uuringust selgub, et ainult 52% vastanutest pidas arstiabi kättesaadavust heaks või väga heaks, 56% hindas arstiabi kvaliteedi heaks või väga heaks [24]. Samas oli nende rahulolu, kes ise kõnealusel aastal olid tegelikult arsti juures käinud, siiski kõrge: üle 85% vastanutest hindas kontakti arstidega täiesti või peamiselt rahuldavaks. Nii Eesti Haigekassa kui Sotsiaalministeerium on seadnud eesmärgiks tõsta üldist arstiabi kvaliteedi ja kättesaadavusega rahulolu taset.

Eesti Haigekassale avalik-õigusliku organisatsiooni staatuse andmine ning eraõigusliku staatuse andmine teenuseosutajatele sisaldab teatavat aruandekohustusega seotud riski, mis esmajoones seisneb kõnealuste autonoomsete institutsioonide valmisolekus lähtuda riikliku tervishoiupoliitika eesmärkidest. Õigusakti koostamisel, millega anti Eesti Haigekassale sõltumatu asutuse staatus, pöörati suurt tähelepanu poliitikajärgimise ja aruandekohustuse kindlustamisele. Sotsiaalminister on automaatselt Eesti Haigekassa nõukogu esimees ning Eesti Haigekassa suhtes kehtivad ranged nõuded teha teave oma tegevuse kohta üldsusele kättesaadavaks. Sama ei saa siiski öelda aruandekohustuse täitmise kohta avaliku sektori haiglates.

Praegu ei ole ühtki uuringut, kui suures ulatuses peetakse kinni patsiendiõigustest.

Tervishoiusüsteemi osa tervise parandamisel

1990. aastate alguses toimunud poliitilised ja majandusreformid, elustiili muutumine ja muutused tervishoiusüsteemis on mõjutanud elanikkonna tervislikku seisundit. Poliitilised ja majanduslikud muudatused on suurendanud terviseiga seotud ebavõrdsust. Tervise- ja tervishoiusüsteemi näitajad on Eestis siiski paremad kui muudes endise NSV Liidu piirkondades. Naiste eeldatav keskmine eluiga saavutas 1996. aastaks reformieelse kõrgeima taseme, meeste eeldatav eluiga jõuab tõenäoliselt reformieelse kõrgeima tasemeni 2004.–2005. aastal, kusjuures eeldatav eluiga paljudes endistes NSV Liidu riikides püsib tublisti alla 1980. aastate lõpu taset ning on mõnel juhul isegi jätkuvalt langev. Teadlased on uurinud elustiili muutusi [45]; vaata ka peatükki “Sissejuhatav ülevaade”.

Muudatused tervishoiusüsteemis on aidanud parandada elanikkonna tervislikku seisundit suurel määral sellega, et paranenud on ravimite kättesaadavus. Näiteks on rasedumisvastaste vahendite parema kättesaadavuse ja noorukite nõustamisteenuse tõttu abortide arv kõigi naiste hulgas langenud 69% ning alla 20aastaste naiste hulgas 50%; vaimsete tervisehäirete ravimiseks kasutatavate ravimite parem kättesaadavus on suurendanud ambulatoorse ravi võimalust; ning 700% tõus kaasaegsete

haavandtõvevastaste ravimite kasutuselevõtus ajavahemikul 1993–1995 langetas haavandtõveoperatsioonide arvu kahe aasta jooksul 33% [46]. Südame-veresoonkonna haigustega seotud ravimikulude mitmekordsele tõusule vaatamata ei ole aga selles valdkonnas kahjuks toimunud vastavat langust ei haigestumuses ega suremuses. Tervishoid on oluliselt mõjutanud ka elukvaliteeti, näiteks glaukoomikirurgia ja liigesesisesed proteesid. Tervishoiusüsteem pakub 2004. aastal laiemat teenustevalikut kui 1990. aastate alguses.

Järeldused

Tervishoiusüsteem on 1990. aastatel olnud rahaliselt jätkusuutlik, kuigi tervishoiukulutuste osa sisemajanduse kogutoodangus (SKT) on tagasihoidlik, umbes 5,5% viimastel aastatel. Erakulutuste osa on aja jooksul suurenenud ja moodustab nüüd veidi alla veerandi tervishoiu kogukulutustest.

Avaliku sektori eelarvepiirangud on motiveerinud reformide abil suurendama tervishoiuteenuste osutamise efektiivsust, sealhulgas tugevdama üldarstiabi, kasutusele võtma edasisuunamise süsteemi ja muutma teenuseosutajate tasustamise viise, ning samal ajal säilitanud teenuste kättesaadavuse ja kvaliteedi. Loodetavasti on haiglasüsteemis uute makseviiside kasutuselevõtmine, juhtide suurem autonoomia ning ühinemised suuremates linnades suurendanud haiglaraviteenuste osutamise efektiivsust.

1990. aastate alguses ei pööratud vajalikul määral tähelepanu teenuste osutamise ja tööjõu riiklikule planeerimisele ning tervishoiusüsteem ei olnud valmis toime tulema detsentraliseerimise ulatusega, mis tervishoiureformide varases järgus aset leidis. 1990. aastate lõpupoole suutis Sotsiaalministeerium uuesti taastada oma osa tervishoiuteenuste osutamise riikliku raamistiku loomisel.

On jäänud arvukalt väljakutseid. Nende hulgas on poliitika kujundamine eri valdkondades, et vähendada ebavõrdsusi tervislikus seisundis ja tervist soodustavas käitumises; saavutada kontroll HIV epideemia üle ning reageerida selle tagajärgedele; parandada

autonoomsete haiglate reguleerimist, et tagada aruandekohustus; ning suurendada tervishoiukulutuste osa SKTs. Viimati nimetatud ülesanne on eriti oluline, kui arvesse võtta patsientide ootuste suurenemist ning survet tõsta teenuseosutajate palku, sest solidaarsuse ja õigluse säilitamine eeldab, et suuremad kulutused peavad tulema riiklikest tuluallikatest.

Lühendite loetelu

Lühend	Mõiste
ATC/DDD	anatomilis-terapeutiline keemiline kood / defineeritud päevadoos
DALE	vaevustele kohandatud eeldatav eluiga
DRG	diagnoosipõhine kompleksteenus
EEK	Eesti kroonid
EL	Euroopa Liit
EL-15	Euroopa Liidu 15 liikmesriiki enne 10 uue liikmesriigi ühinemist 2004. aastal
GATS	teenuskaubanduse üldleping
SKT	sisemajanduse kogutoodang
GMP	hea tootmistava
OECD	Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsioon
PPP	ostujõu pariteet
NSVL	Nõukogude Sotsialistlike Vabariikide Liit
US\$	USA dollarid
WHO	Maailma Terviseorganisatsioon

Kasulikud lingid

Eesti Haigekassa	http://www.haigekassa.ee
Eesti Arstide Liit	http://www.arstideliit.ee
Eesti Perearstide Selts	http://www.meremed.mp.cut.ee/eps
Välisministeerium	http://www.vm.ee
Haridus- ja Teadusministeerium	http://www.hm.ee
Sotsiaalministeerium	http://www.sm.ee
Ravimiamet	http://www.sam.ee
Eesti Statistikaamet	http://www.stat.ee
Tartu Ülikool	http://www.ut.ee

Viited

1. World development indicators. Washington, DC, World Bank, 2004 (<http://www.devdata.worldbank.org/dataonline>, accessed 15 July 2004).
2. Statistikaamet: 2004 (<http://www.stat.ee>, vaadatud 15. juulil 2004).
3. Global corruption report 2003. Berlin, Transparency International, 2003.
4. Global corruption report 2002. Berlin, Transparency International, 2002 (<http://www.transparency.org>, accessed 15 June 2004).
5. Tervishoiu kogukulude aruanne 2003. Tallinn, Sotsiaalministeerium, 2003.
6. Leinsalu M. Troubled transitions: social variation and long-term trends in health and mortality in Estonia. Stockholm, Centre for Health Equity Studies (CHESS), 2004 (Health Equity Studies № 2).
7. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva, World Health Organization, 2002.
8. Kunst A et al. Social inequalities in health in Estonia. Tallinn, Ministry of Social Affairs, 2002 (<http://www.sm.ee>, accessed 15 July 2004).
9. Sant M et al. EURO CARE 3: survival of cancer patients diagnosed 1990–94 – results and commentary. *Annals of Oncology*, 2003, 14 (Suppl. 5): 61–118.

10. Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring: uuringud 1998, 2000, 2002. Tallinn, Eesti Tervisekasvatuse Keskus, 2002.
11. Tervishoiu kogukulude aruanne 1999 Tallinn, Sotsiaalministeerium, 1999.
12. Tervishoiu kogukulude aruanne 2001 Tallinn, Sotsiaalministeerium, 2001.
13. Tervishoiu kogukulude aruanne 2002 Tallinn, Sotsiaalministeerium, 2002.
14. Kindlustatute üldandmed [avaldamata]. Tallinn, Eesti Haigekassa, 2004.
15. Andmed rahaliste hüvitiste kohta [avaldamata]. Tallinn, Eesti Haigekassa, 2003.
16. Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu Tallinn, Vabariigi Valitsus 2004.
17. Ravikindlustuse seadus Tallinn, Riigikogu, 2002.
18. EHK/Emor. Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2001 Tallinn, Eesti Haigekassa 2001 (<http://www.haigekassa.ee/haigekassa/uuringud>, vaadatud 15. jaanuaril 2004).
19. Curbing system leakages: the health sector and licensing in Estonia. Tallinn, Community Information, Empowerment and Transparency (CIET) International, 2002.
20. Ravikindlustuse lisakindlustuse üldtingimused. Tallinn, BICO Kindlustus, 2003.
21. European health for all database (HFA-DB) [internetis olev andmebaas]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, accessed 15 July 2004).
22. Tervishoiu kogukulude aruanne 2004. Tallinn, Sotsiaalministeerium, 2004.

23. European health for all database (HFA-DB) [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, accessed 15 July 2003).
24. EHK/EMOR. Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2001 Tallinn, Eesti Haigekassa 2003 (http://www.haigekassa.ee/files/est_haigekassa_uuringud, vaadatud 15. jaanuaril 2004).
25. Pressiteade ravijärjekordadest. Tallinn, Eesti Haigekassa. 2004 (<http://www.haigekassa.ee>).
26. Psühhiaatria arengukava Tallinn, Eesti Psühhiaatria Selts, 2001.
27. Lehtmets A. [Mitteavaldatud andmed.] Mental Health Finance Reform Initiative, Tallinn, 10–11 April 2003.
28. Vaimse tervise poliitika alusdokument. Tallinn, Vabariigi Valitsus, 2003.
29. Habicht T, Thetloff M. Vaimse tervise rahastamine Eestis. Tallinn, PRAXIS Poliitikauuringute keskus, 2003.
30. Eesti Haigekassa aastaaruanded 1997–2003. Tallinn, EHK www.haigekassa.ee
31. Sotsiaalsektor arvudes. Tallinn, Sotsiaalministeerium, 2003.
32. Tervishoiutöötajate täiend- ja ümberõpe. Tallinn, Sotsiaalministeerium, 2002.
33. Kallaste E, Võrk A, Priinits M. Migration intentions of health professionals: the case of Estonia. Tallinn, PRAXIS Center for Policy Studies, 2004 (available in Estonian at <http://www.praxis.ee>).
34. Kalda R. Structure and outcome of family practice quality in the changing health care system of Estonia [dissertation]. Tartu, University of Tartu, 2001.
35. Kalda R, Põlluste K, Lember M. Patient satisfaction with care is associated with personal choice of physician. *Health Policy*, 2003, 64 (1): 55–62.

36. Põlluste K, Kalda R, Lember M. Primary health care system in transition: the patient's experience. *International Journal for Quality in Health Care* 2000, 12 (6): 503–509.
37. Ravimiameti kodulehekül, Tallinn, 2004 (<http://www.sam.ee>, vaadatud 15. juulil 2004).
38. Eesti Haigekassa kodulehekül, Tallinn, 2004 (<http://www.haigekassa.ee>, vaadatud 15. juulil 2004).
39. Haigla tervishoiutöötajate tunnipalga analüüs. Tallinn, Sotsiaalministeerium, 2004 (<http://www.sm.ee>, vaadatud 15. juulil 2004).
40. Sotsiaalministeeriumi põhimäärus. Tallinn, Sotsiaalministeerium, 2004.
41. Jesse M. Presentation of preliminary results from an evaluation. First Joint ECA-MENA Health Conference, Kemer, Turkey, 27–30 September 2004.
42. Kiivet R, Harro J, eds. Health in Estonia 1991–2000. Tallinn, Paar OÜ, 2002.
43. Kiivet RA et al. Ulcer surgery in Estonia, a consequence of drug delay? *Lancet*, 1998, 351 (9096): 146.

Ülevaated “Tervisesüsteemid muutustes”

Iga riigi kohta koostatud ülevaates “Tervisesüsteemid muutustes” esitatakse kõigi juba käivitatud või ettevalmistusjärgus tervishoiusüsteemide ja reformialgatuste analüütiline kirjeldus. Ülevaadete eesmärk on esitada asjakohane võrdlev teave, mis abistaks poliitikuid ja analüütikuid tervishoiusüsteemide ja reformide väljatöötamisel Euroopa regioonis ja väljaspool. Kõnealuseid ülevaateid saab kasutada, et:

- üksikasjalikult tutvuda tervishoiuteenuste rahastamise, korraldamise ja osutamise eri lähenemisviisidega;
- täpselt kirjeldada tervishoiureformiprogrammide protsessi, sisu ja rakendamist;
- esile tõsta ühiseid probleeme ja valdkondi, mis vajavad sügavamat analüüsimist;
- tekitada vahend tervishoiusüsteemidega seotud teabe levitamiseks ja reformistrateegiade alaste kogemuste vahetamiseks poliitikute ja analüütikute vahel Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa piirkonnas.

Kuidas saada ülevaadet “Tervisesüsteemid muutustes”?

Riikide ülevaated “Tervisesüsteemid muutustes” on saadaval pdf-formaadis veebiaadressil www.observatory.dk, kus saate ühineda ka meie postiloendiga, mille kaudu saadetakse igakuist teavet Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskuse toimingute kohta, mille väljundiks on uued ülevaated tervishoiusüsteemidest, raamatud meie kaasväljaannete seeriastest koostöös kirjastustega Open University Press (inglise keeles) ja Ves Mir (vene keeles), poliitika lühiteated, teabeleht EuroObserver ja ajakiri EuroHealth. Kui soovite tellida ülevaate “Tervisesüsteemid muutustes” eksemplari pakendajal, kirjutage järgmisel aadressil:

info@obs.euro.who.int

või helistage telefonil (+45) 3917 1717.



Praeguseks on avaldatud järgmiste riikide “Tervisesüsteemid muutustes”:

Albaania (1999, 2002^{a,g})
 Andorra (2004)
 Armeenia (1996, 2001^g)
 Aserbaidžaan (1996, 2004)
 Austraalia (2002)
 Austria (2001^e)
 Belgia (2000)
 Bosnia ja Hertsegoviina (2002^g)
 Bulgaaria (1999, 2003^b)
 Eesti (1996, 2000, 2004)
 Endine Jugoslaavia Makedoonia vabariik (2000)
 Gruusia (2002^{d,g})
 Hispaania (1996, 2000^h)
 Horvaatia (1999)
 Iisrael (2003)
 Island (2003)
 Itaalia (2001)
 Kanada (1996)
 Kasahstan (1999^g)
 Kreeka (1996)
 Kõrgõzstan (1996, 2000^g)
 Küpros (2004)
 Leedu (1996, 2000)
 Luksemburg (1999)
 Läti (1996, 2001)
 Madalmaad (2004)
 Malta (1999)
 Moldova (1996, 2002^g)
 Norra (2000)
 Poola (1999)
 Portugal (1999, 2004)
 Prantsusmaa (2004^c)
 Rootsi (1996, 2001)
 Rumeenia (1996, 2000^f)
 Saksamaa (2000^e, 2004^e)
 Slovakkia (1996, 2000, 2004)
 Sloveenia (1996, 2002)
 Soome (1996, 2002)
 Suurbritannia ja Põhja-Iirimaa (1999^g)
 Šveits (2000)
 Taani (2001)
 Tadžikistan (1996, 2000)
 Tšehhi (1996, 2000)
 Türgi (1996, 2002^{g,h})
 Türkmenistan (1996, 2000)
 Ukraina (2004^g)
 Ungari (1999, 2004)
 Usbekistan (2001^g)
 Uus Meremaa (2002)
 Valgevene (1997)
 Venemaa (1998, 2003^g)

Märksõna

Kõik ülevaated on saadaval inglise keeles.
 Soovi korral on need saadaval ka järgmistes
 keeltes:

- ^a albaania
- ^b bulgaaria
- ^c prantsuse
- ^d gruusia
- ^e saksa
- ^f rumeenia
- ^g vene
- ^h hispaania
- ⁱ türgi



