



Arenguseire Keskus

EESTI TERVISHOID TULEVIKUS – VÕTMETRENDID JA NÄITERIIGID

2020

Eesti tervishoid tulevikus – võtmetrendid ja näiteriigid

Autorid:

Kaupo Koppel, Poliitikauuringute Keskus Praxis

Gerli Paat-Ahi, Poliitikauuringute Keskus Praxis

Märt Masso, Poliitikauuringute Keskus Praxis

Ingel Kadarik, Poliitikauuringute Keskus Praxis

Uuringus sisalduva teabe kasutamisel palume viidata allikale: Koppel, K., Paat-Ahi, G., Masso, M., Kadarik, I. 2020. Eesti tervishoid tulevikus – võtmetrendid ja näiteriigid. Poliitikauuringute Keskus Praxis. Uuring valmis Arenguseire Keskuse tellimusel. Uuringus sisalduva teabe kasutamisel palume viidata lisaks allikale ka tellijale.

Arenguseire Keskus on Riigikogu juures tegutsev mõttekoda, mille ülesandeks on ühiskonna pikaajaliste arengute analüüsimine, uute trendide ja arengusuundade avastamine ning arengustsenaariumide koostamine.

Sisukord

Töös kasutatavad lühendid.....	4
1. Eesti tervishoiusüsteemi kirjeldus	5
2. Tervishoiusüsteem ja sellega seotud võtmetegurid	8
3. Näiteriigid	19
3.1. Jaapan	19
3.1.1. Tervis Jaapanis	19
3.1.2. Rahastamine ja katvus	21
3.1.3. Tervishoiuteenused ja innovatsioon	22
3.2. Holland	24
3.2.1. Tervis Hollandis	24
3.2.2. Rahastamine ja katvus	25
3.2.3. Tervishoiuteenused ja innovatsioon	26
3.3. Suurbritannia	29
3.3.1. Tervis Suurbritannias	29
3.3.2. Rahastamine ja katvus	30
3.3.3. Tervishoiuteenused ja innovatsioon	31
Kasutatud kirjandus	35

Töös kasutatavad lühendid

ICER – *incremental cost-effectiveness ratio* ehk täiendkulu tõhususe määr. Leitav, kui uue sekkumise ja alternatiivse sekkumise kulude vahe jagatakse uue sekkumise ja alternatiivse sekkumise tulemuslikkuse vahega.

NHS – *National Health Service*. Suurbritannia riiklikult rahastatud tervishoiusüsteem.

NICE – *National Institute for Health and Clinical Excellence*. Suurbritannia tervishoiuorganisatsioon, mis on riigis kesksel kohal tervishoiuprioriteetide seadmisel ning uute tehnoloogiate valimisel ja riiklikul rahastamisel.

QALY – *quality-adjusted life year*. Tervisele kohandatud eluaasta. Kasutusel kulutõhususe hindamiseks.

SVH – südame ja veresoonekonna haigused.

TAI – Tervise Arengu Instituut.

TTH – tervishoiutehnoloogiate hindamine.

1. Eesti tervishoiusüsteemi kirjeldus

Eesti tervisesüsteem on üles ehitatud kohustuslikule solidaarsuse põhimõttest lähtuvale ravikindlustusele ja eraõiguslike teenuseosutajate pakutavate tervishoiuteenuste peaaegu üldisele kättesaadavusele. Tervisesüsteemi juhtimine ja järelevalve ning tervisepoliitika väljatöötamine on Sotsiaalministeeriumi ja selle allasutuste ülesanne. Tervishoiuteenuste rahastamine toimub peamiselt Eesti Haigekassa kaudu. Sotsiaalministeerium ja selle allasutused vastutavad riigieelarvest rahastatava rahvatervise- ning kiirabiteenuste haldamise eest. Kohalikel omavalitsustel on tervishoiuteenuste korraldamisel ja rahastamisel väike ning pigem vabatahtlik roll. Eestile on avaldatud rahvusvahelist tunnustust aktiivsete tervisereformide ja efektiivsuse suurendamise eest, kuid endiselt on probleemne tervishoiuteenuste kättesaadavus. Järjest enam on päevakorral tervisesüsteemi pikaajaline rahaline jätkusuutlikkus (1).

Eesti tervishoiusüsteemi peamised väljakutsed

Kuigi keskmine eluiga Eestis pikeneb, on tervena elatud aastate arv püsinud pikka aega samal tasemel. Teisisõnu, elatakse küll kauem, kuid haigena. Seejuures on oma tervist heaks hindavate inimeste osakaal Eestis üks Euroopa madalamaid ning suure ja väikese sissetulekuga inimeste hinnangutes valitsevad ühed Euroopa suurimad erinevused (2).

Eestis on oodatav eluiga pikenenud rohkem kui üheski teises EL-i riigis, ent samal ajal püsib suur sooline, sotsiaal-majanduslik ja piirkondlik ebavõrdsus.

Ligikaudu pooled surmadest on tingitud riskikäitumisest ja ebatervislikest eluviisidest, mis on rohkem kui Euroopas keskmiselt (3). Eriti märkimisväärselt on suurenenud nii laste kui ka täiskasvanute rasvumine. 2017. aastal oli Eesti EL-is kolmandal kohal rasvunud täiskasvanud inimeste osakaalu poolest rahvastikus (4). Endiselt on surma põhjustena levinud ka pahaloomulised kasvajad. Viimase kümne aastaga on Eestis sagenenud ka vaksineerimisest hoidumine, mis on suurim oht rahvatervisele kõikjal Euroopas (5,6).

Eesti tervishoiukulud on võrreldes teiste EL-i riikidega madalad – 1560 eurot inimese kohta aastas on ligikaudu pool EL-i keskmisest ja moodustab 6,4% SKP-st (7). Pikemas plaanis

on vaja oluliselt laiendada tervishoiusüsteemi rahastamist, et vähendada sõltuvust sotsiaalmaksust.

Eesti ravikindlustamata inimeste osakaal on üks EL-i suuremaid (8). Samuti on Eestis EL-i suurim rahuldamata vajadus arstiabi järele, mida põhjustavad peamiselt pikad ooteajad, mis on omakorda tingitud ravi vähesest koordineeritusest ja järjepidevusest. Märkimisväärne osa haiglaravist on välditav, kui suurendada perearstiabi ja haiglavälise abi rolli. Samuti tuleb elanikkonna vananedes tõhustada mittenakkuslike haigustega inimeste toetust ja ravi (9).

Üks Eesti tervisesüsteemi teravamaid probleeme on tervishoiutöötajate vähesus. Selle on tinginud tervishoiutöötajate keskmise vanuse tõus, kutsealane ränne ja ebapiisav koolitusmaht. Kõige suuremat muret tekitab perearstide ning õdede, samuti tervishoiu tugispetsialistide – nt abiõdede, toitumisspetsialistide ja dietoloogide puudus. Vaja oleks pika vaatega tervishoiusektori personalipoliitikat, mis võtaks arvesse regionaalseid vajadusi ning võimaldaks üle minna kitsalt haiguskeskselt suunitluselt patsiendi terviklikumale käsitlusele (10).

Tervishoiusüsteemi positiivsed arengud

Viimaste aastate jooksul on Eestis mitmed tervisenäitajad paranenud. Näiteks on oodatav eluiga pikenenud rohkem kui üheski teises EL-i riigis, suurenedes aastast 2000 seitsme eluaasta võrra. Samal ajal on peamiste surmapõhjuste ehk südame isheemiatõve ja insuldi suremuskordajad vähenenud enam kui 50%, samuti on 2005. aastaga võrreldes ligi kaks korda vähenenud uute HIV-nakkuste juhtumite arv (2).

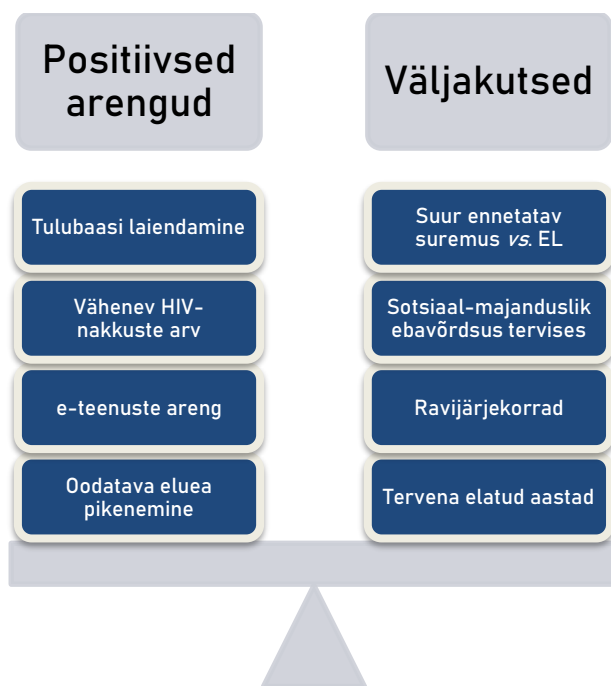
2018. aastal jõustus ravikindlustussüsteemi tulubaasi laiendamise reform, lisades rahastamise jätkusuutlikkuse parandamiseks eraldise pensionäride eest.

Seni on ravikindlustuse rahastamine tuginenud kitsale tulubaasile ehk üksnes palgapõhiste maksetele, mistõttu on süsteem olnud tundlik majanduslanguste ja rahvastiku vananemise suhtes. 2018. aastal viidi ellu viimaste aastate märkimisväärseim Eesti tervisesüsteemi puudutav otsus, kui laiendati ravikindlustuse tulubaasi kaasamaks raha ka sotsiaalmaksuväliselt (8). 2017. aastal rakendus ka täiskasvanute hambaravihüvitis, mille eesmärk oli muuta hambaravi kättesaadavamaks. Siiski hinnatakse, et hambaravi tegelik vajadus on endiselt suurem, kui rakendunud hüvitis võimaldab (9).

Eesti on eesrindlik e-tervise lahenduste ja teenuste pakkumisel, näiteks elektrooniline haiguslugu, digipildid, vastuvõtule registreerimise kesksüsteem, digireseptid ja e-konsultatsioonid (11). Neist viimased on hoogustunud ka COVID-19 kriisi valguses. Samal ajal näib, et digiareng on viimastel aastatel siiski aeglustunud ja oleks vaja läbi mõelda, kuidas andmeid paremini kasutada, et digilahendused toetaks teenuste paremat integreeritust, kliiniliste otsuste vastuvõtmist ja tulemuste mõõtmist.

Positiivset arengut ilmestavad ka hiljutised tervisekeskuste loomise, esmatasandil pakutavate teenuste laiendamise ning haiglate võrgustamise reformid, et parandada ravi koordineerimist ja integreeritust. Tervishoiusüsteemi säilenõtkuse suurendamiseks on vajalikud sihtotstarbelised investeeringud tervisetehnoloogia hindamisse, esmatasandi arstiabisse ning e-tervise lahendustesse.

Joonis 1. Tervishoiu positiivsed arengud ja väljakutsed



Allikas: Autorite koostatud

2. Tervishoiusüsteem ja sellega seotud võtmetegurid

Tervishoid on tegevuste kogum, mis hõlmab nii haiguste ennetust, ravi ja vaevuste leevendamist kui ka tervise säilitamist nii inimeste endi kui ka tervishoiutöötajate toel. Tervishoiusüsteemi arengut mõjutavad ühiskonnas toimuvad muutused. Elanikkond vananeb, kahaneb ja on liikuv. Terviseteadlikkuse, diagnostikavõimaluste ja üldise elatustaseme paranemise tõttu sageneb pöördumine tervishoiuteenuse osutajate poole, samuti kasvab elanike ootus kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavuse suhtes. Kõrgemaid nõudmisi seatakse nii kvaliteedile ja ohutusele kui ka personalile, samas on rahalised ressursid alati piiratud (12).

Riiklikud tervisestrateegiad ja rahvusvahelised tervisepoliitika dokumendid on seadnud üheks keskseks eesmärgiks tervena elatud aastate arvu kasvatamise.

Ka siinse ülevaate keskmes on võtmetegurite seos just tervena elatud aastatega.

Viimasel kümnel aastal on eeldatav eluiga Eestis kasvanud kiiremini kui EL-is keskmiselt. Samas on tervena elatud aastate arvu kasv pidurdunud ning erinevus meeste ja naiste vahel on suur – Eesti mees elab tervena¹ keskmiselt 53 ja naine 55 aastat ning esinevad suured regionaalsed erinevused (51, 13). Seega elavad Eesti inimesed küll kauem, kuid haiguste ja tervisest tulenevate piirangutega, mis mõjutab nii inimeste tööturul osalemist kui ka riigi tervishoiukulude kasvu. Tervena elatud aastad olid kuni 2008. aastani kasvutrendis, ent pöördusid seejärel langusesse (14). Ka Euroopaga võrreldes on tervena elatud aastate arv väike.

Tervena elatud aastate arv oleneb arvukatest erinevatest teguritest, milleks on nt ennetus, tervishoiuteenuste kättesaadavus, keskkond jms. See mõjutab omakorda tervisekindlustussüsteemi kaalutluskohi. Kauem tervena elamine võimaldab pikemat tööelu ning suuremat panust maksusüsteemi ja seeläbi tervishoiutuludesse ning vähem tervishoiukulusid ja vastupidi. Samuti on tervena elatud aastatega seotud teenusepaketi valik, mida tervisekindlustuse kaudu hüvitatakse – näiteks, kas keskendumine ennetusele

¹ Tervena elatud aastad põhinevad inimeste enesehinnangul ning ei ole otseselt seotud arstlike näitude või otsustega. Seega võib keskmine olla mõjutatud nii küsitluse toimumise ajast kui ka üldisest foonist ühiskonnas.

võiks pikemas perspektiivis tulusid suurendada ja kulusid vähendada läbi kauem tervena elatud aja? Seetõttu on ka riiklikud tervisestrateegiad ja rahvusvahelised tervisepoliitika dokumendid **seadnud üheks keskseks eesmärgiks tervena elatud aastate arvu kasvatamise** (2), mis võiks olla tervisekindlustussüsteemi efektiivsuse mõõtmise väljundiks.

Statistika näitab, et inimeste tervena elatud aastad ning heaolu ja aktiivne osalus ühiskondlikus elus on vähenenud. Samas suureneb tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi ning riigieelarve koormus, nagu suureneb ka terviseprobleemidest tingitud tööjõunappus ja hoolduskoormus (12). Samuti muutub ravi kättesaadavus inimeste jaoks iga aastaga piiratumaks, erinevus inimeste tervisenäitajate vahel on kohati väga suur ning nende käitumine tihti tervist kahjustav. Inimeste tervise parendamiseks ja tervena elatud aastate arvu suurendamiseks on palju võimalusi, sh saab seda mõjutada tervishoiusüsteemi täiustamise kaudu. Järgnev joonis iseloomustab kokkuvõtvalt erinevaid **võtmetegureid**, mille kaudu oleks võimalik tagada tervena elatud aastate arvu kasv ning kujundada tervisekindlustussüsteemi tulevikku. Rombikujulistes kastides on välja toodud need tegurid, mis mõjutavad tervisekindlustussüsteemi globaalsel või riiklikul tasandil, ent mida tervisekindlustussüsteem ise väga mõjutada ei saa. Välistes ovaalides on välja toodud tahud, mida saab seevastu muuta, korraldades ümber tervisekindlustussüsteemi.

Joonisel 2 on sisemistes kastides tegurid, mis küll ise mõjutavad tervisekindlustussüsteemi, aga mitte vastupidi.

Välimistes ovaalides on seevastu tahud, mida saab muuta tervisekindlustussüsteemi ümberkorraldamisega.

Joonis 2. Tervena elatud aastate mõjutegurid



Allikas: Autorite koostatud

Järgnevalt on esitatud ülevaade globaalsetest ja riiklikest **teguritest**, mis mõjutavad tervisekindlustussüsteemi. Joonisel on need tegurid toodud sisemistes rombides.

Maailma rahvastiku kasvamine ning Euroopas ja Eestis rahvastiku kahanemine ja vananemine (15,16)

Rahvastiku vananemine Eestis suurendab nõudlust erinevate tervishoiuteenuste järele (17) ning survestab tervishoiusüsteemi finantsilist jätkusuutlikkust (10). Seetõttu on tervisekindlustussüsteemi disainimisel tähtis tähelepanu pöörata kas kulukomponentide vähendamisele või tulude suurendamisele läbi alternatiivsete rahastusallikate. Samas võib tervena elatud aastate arvu suurenemise ning töötamise mitmekesisustumise koosmõjus vanemaalaste tööellu panustamine kasvada, mistõttu suurenevad omakorda tervishoiutulud.

Tehnoloogia ja ravimitööstuse üha kiirenev areng

Kiire areng personaalmehitsiinis, geenitehnoloogias ja biotehnoloogias võimaldab ennetada erinevaid haigusi, säilitada inimeste tervist ja pikendada eluiga (11). Tehisintellekti areng mõjutab juba praegu rakendatavaid ravitehnoloogiaid (17). Samuti võimaldavad IKT-vahendid tuua tervishoiu lähemale inimestele, kel on seni olnud keeruline teenustele ligi pääseda. Samas tuleb arvestada, et tehnoloogia on ka üks meditsiinikulude tõusu peamisi põhjuseid (investeering uutesse seadmetesse, teadmisesse ja teadlikkusse) (9). Arvestades

esialgsete investeeringute suurust, tuleb laiendada tervishoiurahastuse tulubaase, et avalikul sektoril oleks võimalik tehnoloogilisi arenguid või digitaristu loomist ka tulevikus finantseerida. Uute tehnoloogiate kaasamisega on läbivalt põimitud **eetilised küsimused**.

Ravimitele tehtavad kulutused moodustavad OECD riikides viiendiku kogu tervishoiukuludest, olles kululiikide suuruse poolest kolmandal kohal. Ravimite areng võimaldab aina enam pakkuda ravi seni ravimatuteks peetud haigustele ning harvikaigustele. Arvestades teaduse arengut, on paljude uute ravimite kättesaadavus kehv tulenevalt ravimite kõrgest hinnast. On pakutud mitmeid variante hindade alandamiseks, ent pigem näeb siiski pidevat ravimite hindade tõusu. Kuivõrd uued ravimid võivad osutada kulutõhusaks, on tervisekindlustussüsteemis tähtis üle vaadata ravimite hüvitamise praktika (18).

Kliimamuutused, keskkonnaseisundi halvenemine ja loodusvarade nappus

Kliimamuutused toovad kaasa äärmusliku ilma sagenemise ning võivad seega otseselt suurendada inimeste tervisevaevusi läbi kuumarabanduste või külmakahjustuste. Vee ja õhu kvaliteedi halvenemine mõjutab inimeste tervislikku seisundit ning suurendab terviseriske. Eesti kliimas näiteks astmat, nakkuste levikut või mürgistusi.

Keskkonnaseisundi halvenemine mõjutab ka toiduainetes sisalduvate kemikaalide hulka. Aastaks 2030 kasvab maailma veekasutus 40% ja toiduvajadus 35%, mis mõjutab toiduainetööstuse arengusuundi ning omab seetõttu otsest mõju inimeste tervisele. Aastal 2035 võib ligi pool maailma rahvastikust kannatada veepuuduse all, mis suurendab erinevate epideemiate levikut maailmas ning põhjustab rändekriise (19).

Millised on kolm võtmetrendi, mis mõjutavad Eesti tervisekindlustussüsteemi aastal 2035?

Vaata ka aruande lisa.

Mis on need arengud ja määramatused, mille suund mõjutab tervisekindlustuse lähitulevikku kõige enam?

1. Tervisekäitumine ja väärtushinnangute muutumine

Kas suureneb terviseteadlikkus, väheneb riskikäitumine ja paraneb epidemioloogiline pilt? Või jätkub senine trend ja lõhed käitumises suurenevad?

2. Majanduse käekäik ja tervishoiu rahastamine

Kuidas toimub majandus ja kui pikaajaline on kriis? Kas muutub tervishoiu rahastamismudel?

3. Tervisetehnoloogiad ja digitaristu areng

Kes veab tehnoloogia arengut ja kuidas toimib era- ja avaliku sektori koostöö? Kuidas suhestuvad uued tehnoloogiad ja andmekaitse?

Tööturu arengud, töövormide muutumine, elukestev õpe ning regionaalne areng

Traditsiooniline töö on jätkuvalt muutumas. Peamine tegur nende muutuste taga on tehnoloogia areng – mistõttu mõned töökohad kaovad, tekib uusi töökohti ning ka uusi töötamise vorme (nt platvormitöö), aga ka ränne, mis tuleneb vaba liikumise võimalustest, töö globaliseerumisest, uute töökohtade täitmise vajadusest või tarvidusest lihttööliste järele (20). Viimastel aastatel on töötegemise kohad ja viisid Eestis muutunud. Eesti sotsiaalkaitstesüsteem on välja töötatud, pidades silmas traditsioonilist töösuhet. Tänapäeval sõltub tervisekindlustusega kaetus töösuhete olemasolust ja selle stabiilsusest ning tervishoiutulud töötajate laekumisest. Katkendlik ja ebastabiilne töösuhe jätab osad inimesed kindlustuskaitsest ilma ning reguleerimata töövormide hoogustuv levik tähendab maksutulude vähenemist (21).

Elukestev õpe on oluline osa eelkõige töömaailma muutumise ja uute tehnoloogiate arengu kontekstis, mis on seatud oluliseks eesmärgiks nii Euroopa tasandil (22) kui ka Eestis (23). Eestis on elukestvas õppes osalevate inimeste arv viimase 10 aasta jooksul tõusnud kaks korda (10%-lt 20%-ni).² Kuivõrd elukestvas õppes osalemine suurendab inimeste võimalusi tööturul ja seeläbi töötajate laekumisest oleneva tervisekindlustussüsteemi tulusid, on oluline selle trendi jätkumine. Samas tõstatatakse küsimuse, kuidas tagada õppivate inimeste kindlustuskaitse ka väljaspool formaalharidussüsteemi ning kuidas garanteerida süsteemi jätkusuutlikkus, kui töötamise asemel ajutiselt õppes osalevate inimeste osakaal suureneb.

Eestis on hoogustunud linnastumine (24). Seeläbi on küsimärgi all tervishoiuteenuste kättesaadavus tömbepiirkondadest väljaspool elavatele inimestele. Haiglate sulgemine, perearstide ja apteekide nappus mõjutab tervishoiuteenuste kättesaadavust. Teenuste kättesaadavuse parandamiseks maapiirkondades tuleb kulusid laias laastus suurendada või ümber suunata. See võib juhtuda näiteks läbi transporditeenuse pakkumise patsiendile või uute tehnoloogiate kasutuselevõtu, mida on nähtud lahendusena ka uues rahvastikutervise arengukavas 2020–2030.

Ülemaailmsed kriisid ja nakkushaiguste levik

Ülemaailmseid kriise iseloomustab kiire levik ja väga suur mõju personaalsel ja riiklikul tasandil. Kriis põhjustab olukorra, kus tervishoiuteenuste kasutamine suureneb, kuid tervishoiutulud vähenevad, mistõttu kogu tervishoiusüsteem saab tugeva löögi. Seetõttu on tervisekindlustussüsteemi disainimisel tähtis arvestada potentsiaalsete kriisidega juba ennetavalt (25). Olulisel kohal on ka **rändekriis**, mis viimasel kümnendil hoogustus (26).

² Statistikaamet, tabel TT160.

Suurt osa pagulasi iseloomustab kehv tervislik seisund, mistõttu nad vajavad tervishoiusüsteemi tuge, samal ajal ise tervishoiusüsteemi tuludesse mitte panustades. Lisaks rahvusvahelise õiguse nõuetele on pagulastele tervishoiuteenuste tagamine pikas perspektiivis kasulik kogu ühiskonnale. Näiteks on leitud, et pagulaste ennetav ja pikaajaline ravi vähendab suures plaanis nende tervishoiukulusid (27); samuti tagab hea tervis selle, et ka pagulased saavad panustada ühiskonda ja suurendada seeläbi riigi ja tervisekindlustuse tulusid (28). Tõusev rändetrend mõjutab haiguste leviku ulatust ja kiirust, suurenenud on vaktsineerimisvastaste inimeste arv (29) ning lisanduvad senitundmatud haigused. Nakkushaiguste leviku kasv suurendab tervishoiukulusid ning vähendab aktiivsete inimeste arvu tööturul. COVID-19 tervise- ja majanduskriis iseloomustab hästi erinevate riikide üldist võimekust ja tervishoiusüsteemide suutlikkust tulla toime uute haiguste levimisega kaasnevate kriisidega. Tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse seisukohalt on oluline tagada vaktsineerimise kõrge tase ning piisavad tervishoiusüsteemi tulud.

Poliitilised eelistused ja inimeste üldine terviseteadlikkus

Teadusavastused loovad järjest nüansirikkama pildi teguritest, mis meie füüsilist ja vaimset tervist mõjutavad. Nii oskame näha ohtusid seal, kus seda varem ei tajunud ning meil on kogunenud ka teadmisi ja vahendeid, et riske maandada või kahjusid leevendada.

Peamine tegur riigis, et uusi meetmeid kehtestada või süsteeme arendada, on poliitiline valik. Olenevalt poliitilistest vaadetest võivad ootused süsteemi universaalsuse, eraisikute panuse või paindlikkuse suhtes olla erinevad. Samuti on erinevaid valikukohti rahastusallikate leidmisel (nt tööjõumaksude, kapitalimaksude või tarbimismaksude osakaal).

Järgnevalt on välja toodud need tegurid, mis on tervishoiusüsteemi muutustega mõjutatavad ja millega saab otseselt või kaudsemalt mõjutada ka tervena elatud aastate arvu. Välja on jäetud mitmed sotsiaalmajanduslikud ja haridusega seotud tegurid, millel on küll mõju tervishoiusüsteemile, kuid siinse uuringu kontekstis on seda keeruline mõõta ning seetõttu ka hinnanguid anda.

Tervise väärtustamine, tervisekäitumise muutmine.

Ennetuse ja ravi tasakaalu parendamine

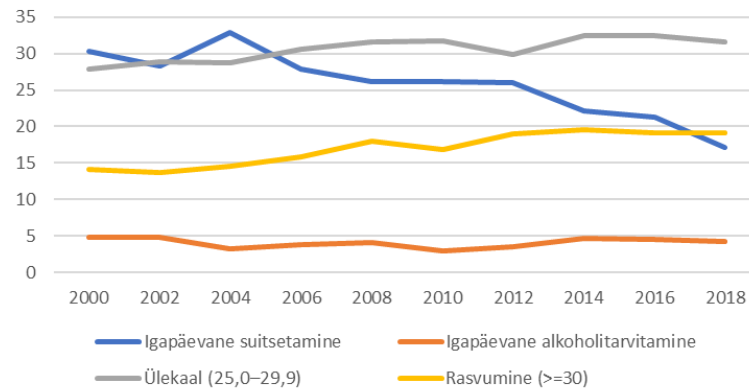
Tervistkahjustava käitumise vähendamisel on keskne roll inimeste väärtushinnangutel.

Väärtushinnangute ja seniste käitumismustrite muutumine aitab pikemas perspektiivis vähendada erisuguse sotsiaal-majandusliku taustaga inimeste tervisenäitajate erinevust.

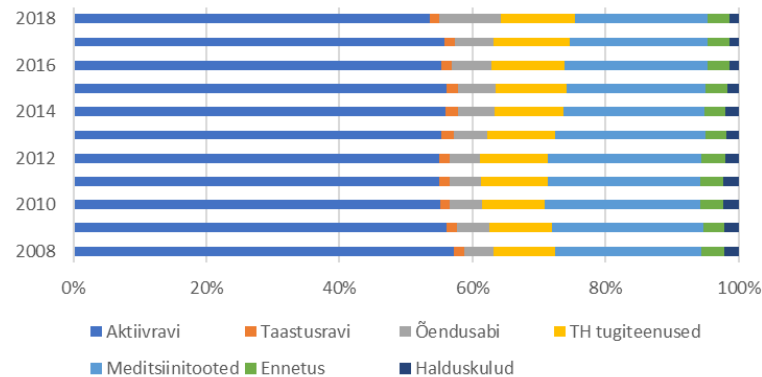
Terviseteadlikkuse kasv toob kaasa tagajärgedega tegelemise vajaduse vähenemise inimeste endi kasutusele võetud ennetusmeetmete läbi.

Piiratud ressursid tervishoius nõuavad tähelepanelikkust kulude jaotamisel. Juba tekkinud terviseprobleemide ravi on kallim kui ennetus. Tervishoiusüsteemile tekib kulusid ka ravikindlustuseta inimeste pöördumisega erakorralise meditsiini osakonda.

Tervisekäitumine (osakaal, %)



Tervishoiukulud teenuste lõikes (osakaal)



Tervise ja tervisekäitumise väärtustamise mõju on tervisekindlustussüsteemile väga suur, kuna vähene terviseteadlikkus põhjustab palju erinevaid kroonilisi pikaajalisi haigusi.

Väärtushinnangute muutumise mõju tervisekäitumisele on suur, kuid see on väga pikaajaline protsess ja muutub tihti põlvkondade vahetudes.

Tervisekindlustussüsteemi disainimisel on vaja kaaluda nii ennetusele ja ravile tehtavate kulutuste osakaalu kui ka teenusepakettide valikut ja uute teenuste kulude katmist.

Tervena elatud aastate kontekstis peab rõhk olema haiguste tekke ennetusel.

Teenuste (sh vaimse tervise) ja ravimite kättesaadavuse suurendamine

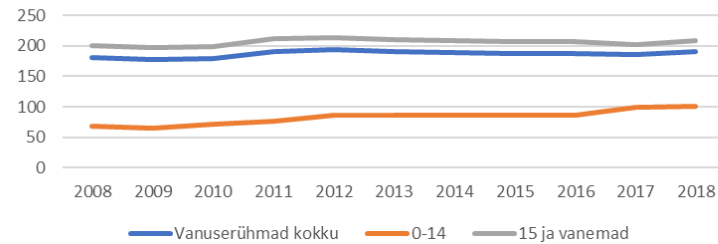
Järjest rohkem on levinud vaimse tervise probleemid, mis toovad kaasa haiguse tõttu kaduma läinud töötunnid, produktiivsuse kao ja varajase pensionile jäämise.

Euroopa Liidu riikides on ligi 10% inimestest mingil ajal olnud depressioonis. 15% inimestest on otsinud abi seoses psühholoogiliste või emotsionaalsete probleemidega.

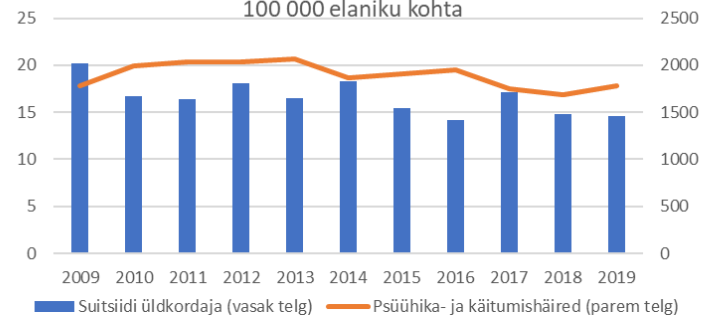
Eestis puuduvad usaldusväärsed hinnangud selles osas, kui võrd on vaimse tervise ravivajadus kaetud. Rahvusvaheliste hinnangute järgi võib arvata, et vähemalt iga teine ravivajaja jääb abita.

Peale ravimite hindade ja omaosaluse määrab ravimite kättesaadavuse ka apteekide geograafiline paiknemine. Kui linnades on apteekide kättesaadavus suhteliselt hea, siis maapiirkondades on see oluliselt kehvem.

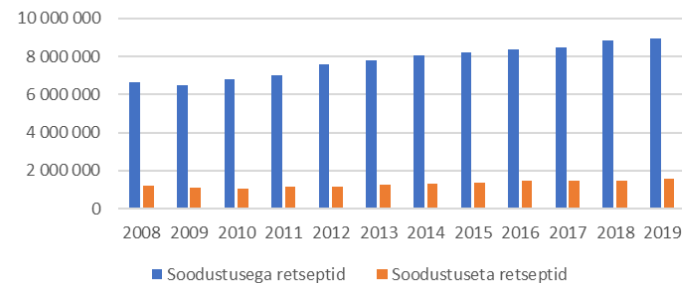
Psühhiaatri vastuvõetud 1000 elaniku kohta



Suitsiidi ning psüühika- ja käitumishäirete esinemine 100 000 elaniku kohta



Üldapteekides käideldud retseptid



Vaimse tervise teenustega vähese kaetuse mõju on suur, kuna hiline sekkumine toob hiljem kaasa suuremad kulud.

Vaimse tervise probleemide vähendamiseks on vaja suurendada tervishoiu rahastust ja spetsialistide koolitusmahtu. Samal ajal tuleb leida uusi võimalusi vaimse tervise probleemidega tegelemiseks, sh kaasata tervisekindlustuspaketti uusi teenuseid.

Apteegiteenuse kättesaamatus võib tähendada seda, et patsient ei osta ravimit välja ning ravi puudumine viib terviseprobleemi süvenemiseni. Nii võivad tekkida kulutused mujal süsteemis.

Ravimite kättesaadavus mõjutab tervise kulgu ja selle läbi ka tervena elatud aastate arvu.

Ravikindlustusega kaetus ja omaosalus

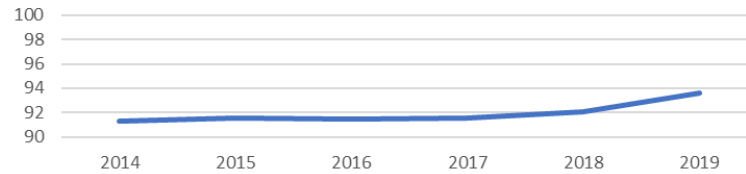
Eesti kuulub riikide hulka, kus kõik elanikud ei ole ravikindlustusega kaetud.

Suurima omaosaluse moodustasid kulud hambaravile (31%) ja ravimitele (retseptiravimid 20% ja käsimüügiravimid 15%).

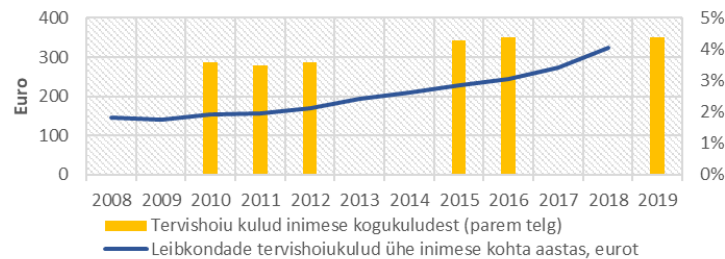
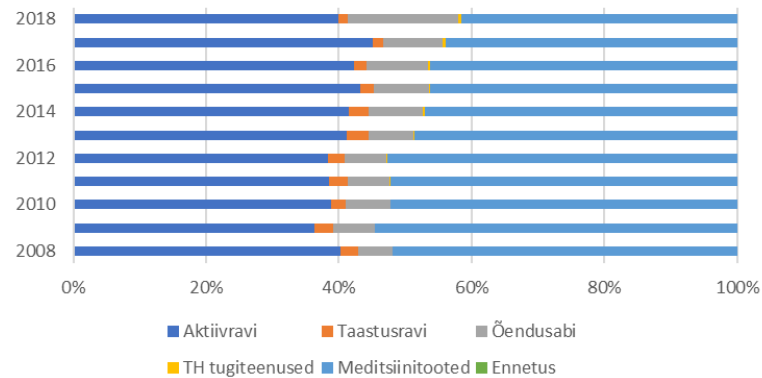
Statistika alahindab kulutusi, mida inimesed teevad vaimse tervise raviks. Levinud on mitmed rahastamisskeemid, mida ametlikult ei loeta vaimse tervise puhul tervishoiuteenusteks. Eriti puuduvad need vaimse tervise esma- ja kogukonnatasandi teenused.

Osadel kohalikel omavalitsustel on oma teraapiafondid, mis Haigekassa statistikas ei kajastu.

Ravikindlustatute osakaal, %



Leibkondade kulud teenuste rahastamisel



Ravikindlustamata inimeste arvu suurenemise mõju süsteemile on väga suur, kuna toob kaasa haiguste süvenemise ja erakorralise meditsiini vajaduse suurenemise.

Ravikindlustuse olemasolu mõjutab tugevalt tervena elatud aastaid. See aitab ennetada tõsisemaid haigusi ning varakult sekkuda.

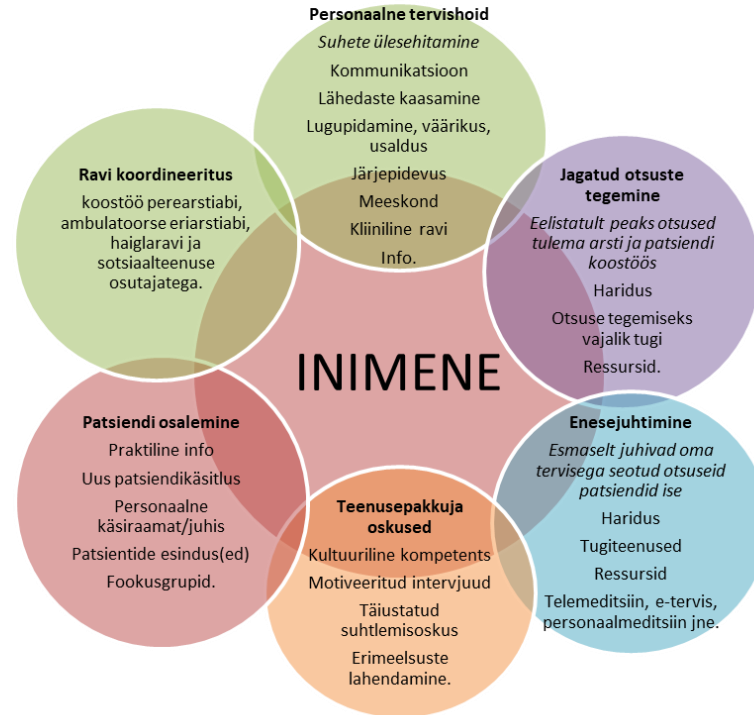
Omaosaluse suurenemise mõju tähelepanuväärne, kuna rahapuudusel lükkub ravi edasi ja tervislik seisund halveneb.

Teenuste integreerimine ja inimkeskuse suurendamine

Tervishoiu, sotsiaalvaldkonna ning laste ja noorte puhul ka hariduse tugiteenused vajavad omavahelist integreerimist.

Tervishoiusüsteemi eri tasandite (eriarstiabi, esmatasandi arstiabi, EMO, õendusteenused) omavahelise koostöö tõhustamine aitab parandada nii arstiabi kvaliteeti kui ka kättesaadavuse kiirust

Inimkeskne tervishoid on lai mõiste, mis hõlmab patsiendikesksust, perekesksust, kliendikesksust, tervet inimest, individuaalsust, personaalmeditsiini, ravi koordineeritust ning inimese ja lähedaste kaasamist.



RTA 2020–2030 üheks põhimõtteks on **inimkesksus** ehk mõtte- ja tegutsemisviisi muutmine suunas, kus teenuseid või tooteid kasutavad inimesed on võrdsed partnerid ning arvestatakse nende vajadustega. Inimest nähakse kui indiviidi ja temaga tehakse koostööd sobivate lahenduste väljatöötamiseks nii tervise säilitamisel, parandamisel kui ka haigustega toimetulekul.

Teenuste integreerimise mõju tervena elatud aastatele ja ravikindlustussüsteemile on suur, kuna inimene võib langeda kahe süsteemi vahele ja vajalikust abist ilma jääda

Inimkeskse lähenemise mõju on suur, kuna tagab parema ravitulemuse

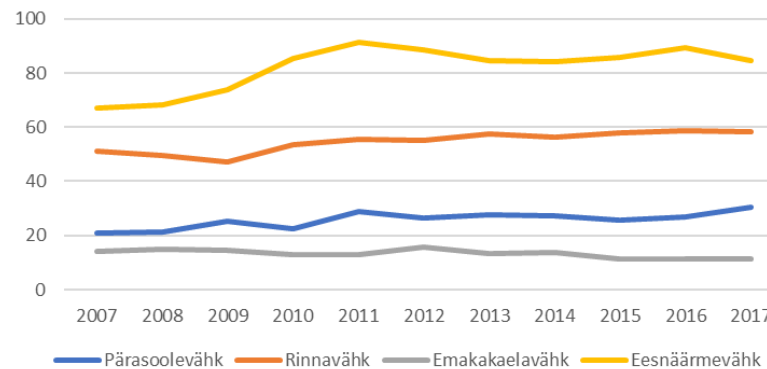
Personaalmehitsiin ja innovaatiliste lahenduste arendamine. Tervishoiuvõrgustiku korraldamine

Tervishoiutaristu võrgustiku korraldamine: pädevuskeskuste moodustumine haiglate võrgustumise näol ja tervisekeskuste loomine.

Geeniproovide laialdane kogumine ning saadud teabe sidumine teistest andmekogudest pärineva infoga võimaldab tulevikus terviseriske tulemuslikumalt ennetada ja inimest täpsemalt ravida.

Eestis on praeguseks loodud ka unikaalne keskne e-tervise õiguslik, organisatoorne ja infotehnoloogiline taristu.

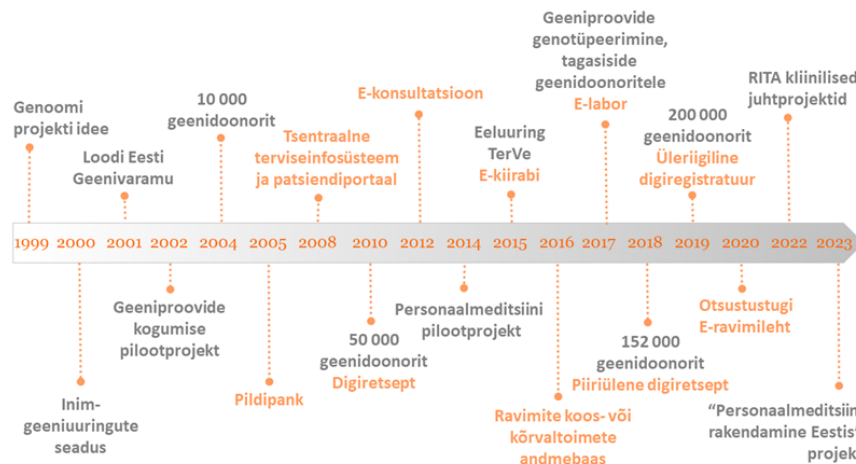
Ennetatavatesse pahaloomulistesse kasvajatesse haigestumuse kordajad 100 000 elaniku kohta



Taristu korraldamine mõjutab üldist TH tugiteenuste kvaliteeti ja kättesaadavust. Esimene paraneb, kättesaadavus pigem mitte.

Personaalmehitsiini areng mõjutab tervena elatud aastaid palju, kuna sellega saab eelkõige ennetada raskete haiguste avaldumist, nt kasvajak.

Innovaatiliste lahendustega on võimalik jälgida ka pidevalt paremini patsientide seisundit (nt vererõhku ja veresuhkrut) ning ennetada tüsistuste teket ja seeläbi suurendada tervena elatud aastate arvu.



Allikas: Tervise Arengu Instituut

3. Näiteriigid

Milliseid olulisemaid muudatusi on arenenud riigid viimastel aastatel tervisekindlustussüsteemis teinud? Millised muudatused oleksid rakendatavad ka Eestis? Millised on riigi pakutavad teenused? Kuidas on tervisekindlustussüsteemid rahastatud?

Siinses peatükis esitatakse kokkuvõtte kolme valitud riigi tervisekindlustussüsteemist. Valikus on kesksel kohal kvaliteet ja innovatsioon. Teisisõnu, riigi tervishoiusüsteem peab olema mitmete tervishoidu ning rahva tervist iseloomustavate mõõdikute järgi kõrgel tasemel, ent samal ajal on tähtis ka uuenduslikkus. Millised on need muudatused, mis riigi tervishoiusüsteemis viimastel aastatel tehtud? Mille poolest on just selle riigi tervishoiusüsteem unikaalne? Missugused oleksid selliste muudatuste rakendamise võimalused, riskid ja teostatavus Eestis?

Kriteeriumitele vastavate näiteriikidena tehakse sissevaade Jaapani, Hollandi ja Suurbritannia tervishoiusüsteemidesse. Iga riigi kohta antakse ülevaade nii peamistest rahvatervise näitajatest, tervishoiusüsteemi rahastamisest ning süsteemi katvusest kui ka riigi eripäradest ning innovatsioonist riigi tervishoiusüsteemis.

3.1. Jaapan

3.1.1. Tervis Jaapanis

Jaapani inimeste tervis ja tervisekäitumine on teiste OECD riikide võrdluses silmatorkavalt hea. Jaapanlaste oodatav eluiga on maailmas jätkuvalt kõrgeim (84,6 aastat) ning nende rasvumise, alkoholi ja tubaka tarvitamise määr on OECD riikide madalaimate seas. Teisalt puudutab Jaapani inimesi ja ühiskonda rahvastiku vananemine. Prognooside järgi on aastaks 2025 30% elanikkonnast vanem kui 65 eluaastat ning sellega kaasneb krooniliste pikaajaliste haiguste levik ja haiguskoormus. Rahvastikuprotsessidest tulenevalt on Jaapan teenäitajaks, kuidas

Jaapanlaste oodatav eluiga on nii sünnihetkel kui ka pensionile minnes maailma kõrgeim ning elanikkonna tervisekäitumine teiste riikidega võrreldes eeskujuks.

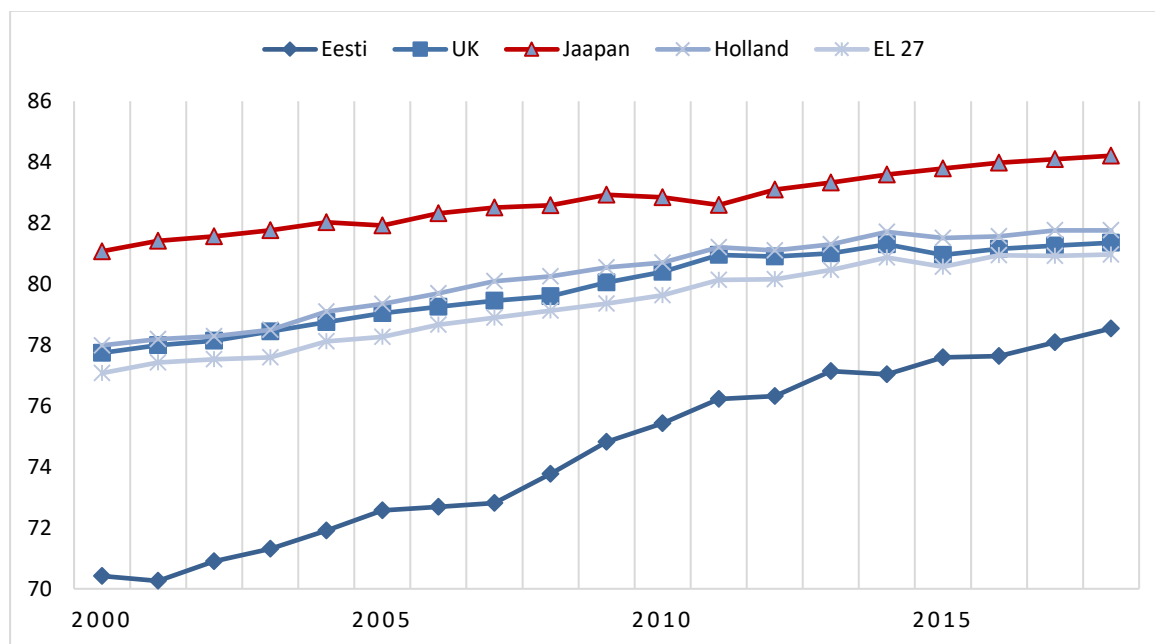
Samas on tegemist eaka elanikkonnaga, mis seab tervishoiusüsteemile juba praegu suure koormuse.

elukeskkonda ja elanikkonna tervisekäitumist selliselt mõjutada, et pikk elutee oleks tervislik ja aktiivne. **Jaapani tervisepoliitika rõhutab tõdemust, et tervist mõjutavaid sotsiaal-majanduslikke tegureid tuleb vaadata terviklikult. See muudab poliitika kujundamise ja rakendamise keerukaks, sest selleks, et tervislikku elustiili kujundada, on vaja mõjutada keerukat tegurite süsteemi (30).**

Jaapani eripära on ka suuremad rahvatervise riskid seoses looduskatastroofidega, sealhulgas maavärinate, üleujutuste või tsunamidega. Need looduslikud riskid on põimunud rahvastiku vananemise riskiga, sest eakad on sageli nimetatud riskidest ulatuslikumalt ohustatud. See

on ajendanud Jaapani tervishoiusüsteemi pöörama olulist tähelepanu sellele, kuidas ennetada ja ületada rahvaterviseiga seotud hädaolukordi. Erinevate institutsioonide, asutuste ja huvirühmade plaanitud koostööd ning koordineeritud käitumist peetakse oluliseks, et ennetada rahvatervise riske (31).

Joonis 1. Keskmine oodatav eluiga näiteriikides



Allikas: Maailmapank, 2018

3.1.2. Rahastamine ja katvus

2018. aastal moodustavad Jaapani tervishoiukulutused 10,9% SKP-st. Inimese kohta on kulutused tervishoiule suuremad kui OECD riikides keskmiselt. Rahvastiku vananemise tõttu on Jaapani tervishoiukulutused kasvanud kiiremini kui teistes OECD riikides ning prognooside järgi suurenevad kulutused aastaks 2030 12,1%-ni SKP-st. Väljakutseks on see, kuidas tagada tervishoiusüsteemi finantsiline jätkusuutlikkus olukorras, kus nõudlus tervishoiuteenuste järele suureneb. Finantsilist jätkusuutlikkust mõjutavad haiglaravi ning märkimisväärne ravimite tarbimine – OECD riikide seas on Jaapani kulutused ravimitele ühed suurimad. See on ajendanud otsima võimalusi, kuidas suurendada esmatasandi tervishoiu rolli, hinnata retseptiravimite väljakirjutamist ja laiendada koopiaravimite kasutamist.

Ehkki Jaapani tervishoius on omaosaluse määr kohati kõrge, on leibkondade kuistele kulutustele määratud lagi, mille ületamisel katab kulud kindlustussüsteem.

Tervishoiukulutusi rahastatakse kindlustusest (84%). Samas on kindlustussüsteem olnud jooksvas defitsiidis, mida on omakorda kaetud riigi üldistest tuludest. Seegi on ajendanud Jaapani valitsust otsima võimalusi reformimaks tervishoiusüsteemi, et vähendada kulusid ja muuta kulutusi efektiivsemaks (32).

Jaapani tervishoiusüsteem on universaalse katvusega – residendid on kohustuslikult kindlustatud suure arvu kindlustajate poolt. Samas on patsientide omaosalus küllalt kõrge, ulatudes mõnes löikes kuni 30%-ni. Omaosalus ise sõltub omakorda vanusest ning on näiteks kuni 6-aastaste laste puhul 10% sissetulekust ja madala sissetulekuga eakatel 20%. Seejuures on leibkonna kuistele kulutustele määratud lagi, mille ületamisel kannab kulud kindlustus. Sellest tulenevalt on hinnatud, et kuigi süsteem on universaalne, maksavad madalama sissetulekuga ja ajutiselt hõivatud inimesed suurema osa oma sissetulekutest ära (32). Kindlustusega liitumine käib läbi tööandjate või osade hõivevormide ja mõnede inimeste puhul (näiteks tudengite) läbi kohaliku omavalitsuse teenuse.

3.1.3. Tervishoiuteenused ja innovatsioon

Jaapani tervishoiuteenuste osutamine on detsentraliseeritud. Keskvalitsus töötab välja tervisepoliitika, kuid selle elluviimine on kohalike omavalitsuste ja asutuste pärusmaa. Siinjuures tõdetakse, et keskvalitsuse koordineerimise saaks edendada läbi andmepõhise juhtimise, et hinnata tulemuslikkust, jagada parimat praktikat ja edendada koostööd.

Detsentraliseeritud ja paljude tervishoiuteenuste osutajatega süsteemis on patsientidel vabadus valida tervishoiuteenuse osutajate vahel. Tervishoiuteenuse osutajad on nii keskvalitsuse, kohalike omavalitsuste (20% voodikohtadest) kui ka eraõiguslikud asutused. Tervishoiuteenuse osutajad peavad tegutsema tulutaotluseta ning tervishoiuteenuste ja ravimite hinnad on keskvalitsuse poolt reguleeritud (33).

Jaapani tervishoiusüsteemi iseloomustab ka suur voodikohtade arv inimese kohta (kolm korda suurem kui OECD keskmine) ning suurem haiglaravi päevade arv (pigem kaks korda suurem kui OECD keskmine). Sellest tulenevalt on Jaapani tervishoiusüsteemi kapitalikulud ühed suuremad OECD riikide tervishoiusüsteemide seas. See on omakorda ajendanud otsima võimalusi, kuidas suurendada patsientide koduhooldusteenuste ja esmatasandi tervishoiuteenuste rolli.

Jaapani tervishoiusüsteemi kvaliteeti hinnatakse kõrgelt. Heal tasemel on paljud tervishoiusüsteemi efektiivsusnäitajad, näiteks insuldisuremus ja vähihaigete kõrge elulemus. Tervishoiusüsteemi üheks eripäraks on ka

Jaapanis on tervishoid tihedalt põimitud teiste poliitikatega. Kuivõrd on see teostatav Eestis?

Tervist mõjutavaid sotsiaalmajanduslikke tegureid vaadatakse terviklikult.

Ka paljude teiste valdkondade poliitikate kujundamisel arvestatakse nende mõjuga tervisele.

Võimalus: Tervis muutub Eestis esmatähtsaks teemaks. Kaasneb positiivne mõju nii rahvatervise näitajatele kui ka üldisele terviseteadlikkusele, mis mõjutab omakorda positiivselt majandust.

Väljakutse: Ei piisa vaid terviseinimestest. Muutus oleks valdkondadeüleline ja nõuaks laiemat paradigma muutust nii ühiskonnas kui ka poliitikakujundajatelt.

Teostatavus: Lahtine. Terviseteadmise jõudmine parema integreerituseni teiste valdkondadega vajab üheaegselt nii esialgset terviseteadlikkuse ja nõudlikkuse kasvu rahvas seas kui ka poliitikakujundajate konsensuslikku valmisolekut seda süsteemselt ellu viia.

laialdased ja mahukad sõeluuringud ning tervisekontrollid terviseprobleemide ennetamiseks või haigestumise varajaseks avastamiseks. Samas pole lõplikke tõendeid, kuivõrd need meetmed aitavad parandada rahva tervise näitajaid või vähendada terviseprobleemidega seotud kulusid. Seda enam, et tõdetakse, et testid sageli dubleerivad üksteist, mis suurendab kokkupuudet riskidega (näiteks kiirgus), rohkendavad ülediagnoosimist ning pole alati tõendus põhisel praktiliselt põhinevad (näiteks osad vähi sõeluuringud). Sellest tulenevalt

Kas Jaapani tehnoloogiline innovatsioon on võimalik Eestis?

Tehisintellekti, sensorite ning tarkade proteeside kasutamine, virtuaalsed konsultatsioonid.

Võimalus: Tehnoloogiline innovatsioon aitab otseselt kaasa hoolduskoormuse vähenemisele ja terviseteenuste kättesaadavusele.

Väljakutse: Rahastamine ja andmekaitse – e-teenuste ja targa tehnoloogia laiem kasutuselevõtt on väga kulukas ning eeldab senisest tihedamat koostööd avaliku ja erasektori vahel. Uute tehnoloogiate kasutuselevõttu takistavad küllaltki ranged andmekaitset puudutavad piirangud.

Teostatavus: Nii ja naa. Ehkki virtuaalsed konsultatsioonid ja dermatoskoopia on Eestis järjest enam levimas, kannatab laiem tervisetehnoloogiate ja digitaristu arendus rahalise puuduse käes, vajades tihedamat sidet riigi ja eraettevõtete vahel.

Jaapanit iseloomustab tehnoloogiline innovatsioon tervishoius. Näiteks on patsientidega suhtluses kasutusel tehisintellekt ning järjest enam on levimas elektrooniliselt tarkade proteeside kasutamine.

soovitatakse keskenduda väiksemale arvule testidele, mis kataks riskirühmad (34).

Tervishoiuteenuste kättesaadavust mõjutavad ootejärjekorrad. Samas hinnatakse tervishoiuteenuste kvaliteeti kõrgelt. Seonduvalt ulatusliku tervisekontrolli ja tervise seiramisega on Jaapanis laialdaselt kasutusel kompuutertomograafia ja magnetresonantsuuringud. Varase ja tõhusa diagnoosimise kõrval tõstatatakse küsimus kulukate seadmete efektiivsema kasutamise vajadusest.

Elanikkonna vananemine suurendab väljakutseid nii tervishoiuteenuste kui ka pikaajalise hoolduse teenuste osutamisel. Üle viimaste aastate on sihiks olnud pikaajalise hoolduse voodikohtade arvu vähendamine ning koduhoolduse määra suurendamine (OECD andmetel on nüüd voodikohtade arv väiksem (34 kohta 1000 elaniku kohta) kui OECD riikides keskmiselt (47 kohta 1000 elaniku kohta)). Vananemise kõrval on seda ajendanud ka hooldustöötajate puudus või suur

personali voolavus (35). Üldiselt aga tõdetakse, et pikaajaline hooldus on Jaapanis kõrge kvaliteediga ja tõhus.

Jaapanile iseloomulikult on tervishoiusüsteemi arendamiseks ja parendamiseks lahenduste otsimisel suunaks tehnoloogiline innovatsioon, mis hõlmab näiteks tehisintellekti rakendamist patsientidega suhtlemisel, isejuhtivate ratastoolide kasutamist, sensorite appivõtmist, mis toetab eakate igapäevategevustega toimetulekut ja samas vajadusel abi küsimist, elektrooniliste tarkade proteeside ja ortooside kasutamist funktsionaalsete võimete parendamiseks, virtuaalsete konsultatsioonide ja tervishoiuteenuste pakkumist jne. Pürgitakse edasi ka suurandmete laialdasema kasutamise poole, milles Jaapan pole seni väga eesrindlik olnud. Sealhulgas on sihiks juurutada elektrooniline patsiendikaart ning kasutada tervishoiusüsteemis tekkivaid andmeid tulemuslikumaks ja tõhusamaks tervishoiuteenuste kohaldamiseks, näiteks kiirem kulude hüvitamine kindlustussüsteemis (36).

3.2. Holland

3.2.1. Tervis Hollandis

Hollandis on oodatav eluiga sünnihetkel pikem kui EL-is keskmiselt (81,8 aastat 2017. aastal vs. EL-i keskmine 80,9 aastat); seejuures on meeste oodatav eluiga ligi kaks aastat pikem ja naistel ühe kuu võrra lühem kui EL-is keskmiselt. Kuigi 36% surmadest on seotud tervisekäitumisega, on hollandlaste tervisekäitumine EL-i keskmisega võrreldes parem, seda nii suitsetajate osakaalu, alkoholi tarbimise kui ka ülekaalulisuse osas. Samuti on vanemaealistel vähem kroonilisi haigusi ja igapäevatoimetusi piiravaid terviseprobleeme (37). Hollandit iseloomustab vananev ja vähenev rahvastik, suur asustustihedus ning linnastumine. Samuti on murekohaks õhusaaste, mis hinnanguliselt vähendab inimeste eluiga 13 kuu võrra. Peamine haiguskoormus tuleneb vaimse tervise, südame ja veresoonekonna haigustest ning kasvajatest.

3.2.2. Rahastamine ja katvus

Hollandi tervisekindlustussüsteem põhineb kohustuslikul reguleeritud erakindlustusel. Süsteem on suures osas sarnaselt Eestiga rahastatud osamakseliste kindlustusmaksetena. Märkimisväärse erinevusena tuleb kõikidel Hollandi täiskasvanutel (sh pensionäridel) osta kohustuslik kindlustuspakett erakindlustusandjalt, millele lisandub fikseeritud omaosaluse summa. Täiendavalt kogutakse inimeste sissetulekutelt (sh pensionilt) tervisekindlustusmaksu (5–7%), mis jagatakse kindlustusandjate vahel, arvestades kindlustatavate terviseriske. Võimalik on osta juurde vabatahtlik erakindlustus. Riik panustab üldisest maksutulust laste ravikindlustusmaksete ning tervise edendamise ja ennetustegevuste (sh vaktsineerimine) rahastamise näol (38). Rahvastiku vananemise ja tervishoiu rahastamise tõttu sissetulekuga seotud maksudest on Hollandis sarnaselt Eestiga aina enam muretsetud tulevikus kasvavate kulude ning samal ajal vähenevate tulude pärast. Seejuures katavad vaid sissetulekuga seotud maksed umbes poole tervishoiukuludest (39), mis tähendab, et Eestiga võrreldes on Hollandi süsteem vähem sõltuv töötamisega seotud tuludest.

Tervishoiukulutuste osas on Holland olnud üks esimesi Euroopas, kuid viimastel aastatel on tema koht edetabelis langenud – 2017. aastal panustas Holland tervishoiukuludesse 10,1% SKP-st, millega ta paiknes Euroopas viiendal kohal. Kulutuste kasvu on aidanud piirata kulutuste suurenemise taseme kindlaksmääramine huvirühmade koostöös ning ravimite ja teenusepakettide reguleeritud hinnad. Omaosaluse osakaal tervisekulutustes on üsna madal (2017. aastal 11,1% kogukulutustest vs. EL keskmine 15,8%) (37).

Kuna kindlustuspaketi ostmine on igale elanikule kohustuslik ja kindlustusandjatel on kohustus vastu võtta kõik soovijad, on selle tulemusena 99,9% elanikest

Kuivõrd on Hollandi tervishoiu rahastamise süsteem rakendatav Eestis?

Kohustuslik reguleeritud erakindlustus, erarahastusel põhinev pikaajaline hooldus, kohalikest maksudest rahastatav sotsiaalhoolekanne.

Võimalus: Mitmekülgne tervishoiu rahastamine ja konkurents võiks tagada süsteemi rahalise jätkusuutlikkuse.

Väljakutse: Eesti turu väiksus. Erakindlustuse efektiivseks toimimiseks riiklikult keskse süsteemina peaks rahvaarv olema suurusjärgus Baltimaad + Soome.

Teostatavus: Praktikas ei ole peamiselt erakindlustusel põhinev rahastamismudel Eestis rakendatav. Pikemas perspektiivis saaks selline lahendus toimida piiriülese ravikindlustuse näol.

kindlustusega kaetud (37). Kindlustamata või hilinevad maksetega isikute kindlustusmaksed peetakse sissetulekute arvelt kinni (40). 2016. aastal oli 277 000 inimest ehk ligikaudu 1,6% kindlustusvõtjatest maksetega hilinevad (39).

Lisaks kohustuslikule tervisekindlustusele on vabatahtliku erakindlustusega liitunud koguni 84% hollandlastest.

Kohustusliku tervisekindlustuse baaspaketi sisu ja hinna määrab valitsus ning kindlustusandjatel puudub õigus siduda individuaalseid hindu inimese vanuse, tervisliku seisundi või muude näitajatega. Baaspaketis sisaldub perearstiabi (sh töövälisel ajal), eriarstiabi, rasedus- ja sünnitusabi, kiirabiteenus, ravimid ja abivahendid, toitumisenõustamine, koduõendusteenus, vaimse tervise abi, osa erinevaid teraapiaid, hambaravi lastele (38).

Muude teenuste (nt hambaravi, alternatiivmeditsiin, prillid) puhul saab tasuda otse teenuseosutajale või kasutada vabatahtliku erakindlustuse võimalust, mida on teinud enamik hollandlasi (2018. aastal 83,7%) (37).

3.2.3. Tervishoiuteenused ja innovatsioon

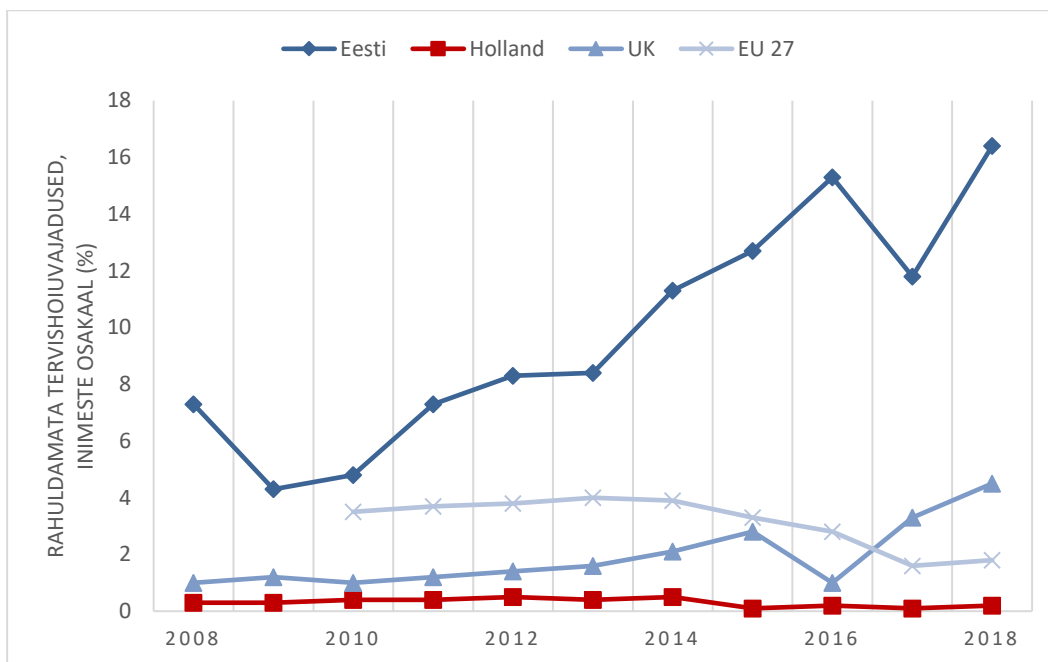
Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisel mängivad rolli kõik turupooled, mis kokkuvõttes muudab süsteemi ka patsiendikeskseks, mis on saanud oluliseks prioriteediks poliitikas. Patsientidel on võimalus nii kindlustusandjat kui ka teenuseosutajat valida ja vahetada, ent seda võimalust kasutab siiski pigem väike osa inimesi. Lisaks peavad patsiendid olema esindatud kindlustusandjate ja teenuseosutajate otsuste juures läbi rahuloluküsitluste või patsientide esinduskogude, millest viimased pole end küll efektiivsena tõestanud (38, 40). Tegelikult pööratakse kvaliteedile hindade ja mahtudega võrreldes oluliselt vähem tähelepanu. Üks põhjus selleks on kvaliteediindikaatorite puudumine, mille väljatöötamine on üheks peamiseks poliitikaeesmärgiks (37).

Hollandis on Euroopa Liidu madalaim täitmata ravivajadus ning 93% esmatasandi haigusjuhtudest lahendatakse esmatasandil.

Sarnaselt Eestiga on Hollandis n-ö väravavahisüsteem ehk eriarstiabi saamiseks on vajalik perearsti saatekiri. Haiglaväliste kontaktide arv on üsna suur, haiglaravi vajavate inimeste arv väike ja esmatasandi tervishoidu hinnatakse seeläbi tugevaks (37). 93% kõikidest esmatasandil

alguse saanud haigusjuhtudest lahendatakse esmatasandil. Samas on hoolimata mitmetest meetmetest tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamisel endiselt püsivaid erinevusi eri ühiskonnagruppide tervisetulemustes, mis sõltub suuresti näiteks haridustasemest. Samuti pole eesmärgiks seatud maksimaalsed ooteajad alati saavutatud ning leidub inimesi, kellele ravikulud käivad üle jõu (39). **Sellest hoolimata on Hollandis EL-i kõige madalam täitmata ravivajaduse näitaja (37).**

Joonis 2. Täitmata ravivajadusega inimeste osakaal



Allikas: Eurostat 2018

Tervisekindlustust pakuvad MTÜ-dest kindlustusandjad.

Riigi osaks on süsteemi osaline rahastamine ning hindade ja teenusepakettide fikseerimine.

Hollandi tervishoiusüsteem on suunatud deinstitutionaliseerimisele, esmatasandi arstiabi tugevdamisele ja patsiendikesksusele. Mure pidevalt kasvavate tervishoiukulude, vananeva ühiskonna ning krooniliste haiguste leviku tõusu pärast tipnes 2006. aastal läbi viidud laiaulatusliku reformiga. Selle tulemusena on Hollandis toimiv, reguleeritud konkurentsil põhinev erakindlustuse ja erateenuse osutajate süsteem, kus valitsuse kontrolliv ja keskne roll on asendunud pigem järelevalvaja ning juhendaja rolliga; põhifookus on

nihkunud teenuse osutamiselt ja võimaldamiselt patsientidele ning nõudlusele (40).

Tervisekindlustust pakuvad mittetulundusühingutest kindlustusandjad, kelle roll on tagada ka teenuste ja ravi mõistlik hind, kättesaadavus ja kvaliteet patsientide jaoks läbi teenuseosutajatest lepingupartnerite valiku (38). Avaliku sektori roll on lisaks süsteemi osalisele rahastamisele jälgida turu ja konkurentsi toimimist ning fikseerida hinnad ja teenusepakettide sisu, tagades ligipääsu informatsioonile. Täiendavalt on süsteemis mitmeid järelevalve-, nõuandvaid ja teadusasutusi, kes toetavad valitsust ja teisi osapooli otsuste tegemisel ja turu toimimise jälgimisel (40).

Hollandis on arste võrdväärselt EL-i keskmisega (3,6 arsti 1000 elaniku kohta 2017. a) ning õdesid rohkem kui EL-is keskmiselt (10,9 1000 elaniku kohta). Tööjõupuudust on siiski näha hambaravis, esmatasandi ravis ja õenduses, mille leevendamiseks võeti 2018. aastal vastu tegevuskava tervishoiutöötajate koolitamiseks, töötingimuste parandamiseks ja bürokraatia vähendamiseks. Haiglavoodite arv ja haiglaravi juhtumite arv, samuti keskmine haiglas viibimise aeg on alla EL-i keskmist. Eesmärgiks on võetud kalli haiglaravi osakaalu veelgi vähendada läbi esmatasandi ravi ja kodupõhiste teenuste osakaalu suurendamise (37).

Oluline viimase aja innovatsioon Hollandis on „oskuste segunemine“ (*skill mix innovation*), mis on seotud inimkeskse lähenemisega, mis panustab deinstitutionaliseerimisse ning esmatasandi tervishoiu tugevdamisse. Selle raames on üks

Kas ka Eestis on võimalik Hollandi oskuste segunemise innovatsioon?

Iseseisvalt praktiseerivad õed, kellel on õigus kirjutada välja ravimeid ja viia läbi madala riskiga kirurgilisi protseduure.

Vaimse tervise õed

Deinstitutionaliseerimine

Võimalus: Esmatasandi tugevdamine vähendab EMO ja eriarstide koormust.

Väljakutse: Õdede puudus. Juba praegu lõpetab Eestis aastas meditsiinikooli ligikaudu 450 õde, ent vaja oleks 700–800.

Teostatavus: Praktikas Eestis sarnane süsteem juba toimib. Õdedel on esmatasandi tervisekeskustes omaette vastuvõtuajad, õigus kirjutada kordusretsepte ja viia läbi madala riskiga kirurgilisi protseduure. Hollandiga võrreldes on vähem vaimse tervise õdesid, kuigi ka neid koolitatakse järjest enam välja.

Hollandi viimase aja innovatsioon on suunatud esmatasandi tervishoiu tugevdamisele.

Üheks selliseks uuenduseks on iseseisvalt praktiseerivad õed, kellel on õigus välja kirjutada ravimeid ja viia läbi madala riskiga kirurgilisi protseduure.

uuendusi näiteks iseseisvalt praktiseerivad õed, kel on muuhulgas õigus välja kirjutada enamikku ravimitest ning viia läbi madala riskiga kirurgilisi protseduure. Seoses vaimse tervise abi reformiga 2014. aastal, millega see valdkond viidi eriarsttitasandilt suuremas jaos üle esmatasandile, said süsteemi oluliseks osaks vaimse tervise õed, keda 2019. aastaks oli 88,1% esmatasandi keskustes (37).

Kuigi Hollandit on hinnatud kõrgelt tervise digitaliseerimise vallas, on e-tervise arengud riigis toppama jäänud. 2014. aastal seati ambitsioonikad eesmärgid e-tervise ja telemeditsiini osas. Kuigi need ei

ole päriselt täitunud, leidub erinevaid algatusi ja projekte (näiteks laiaulatuslikud e-teenused vaimse tervise valdkonnas). Ehkki enamik teenuseosutajaid kasutab elektroonilisi infosüsteeme, puudub ühtne automaatne andmevahetussüsteem ning patsientide portaal (37,40).

3.3. Suurbritannia

3.3.1. Tervis Suurbritannias

Suurbritannia³ elanikkonna keskmine eluiga on kõrge ja elanike üldine tervislik seisund hea. Need keskmised arvud varjavad siiski suuri erinevusi tervises sotsiaal-majandusliku staatuse pinnalt. Kõige jõukamate ja enim puudustkannatavate eeldatava eluea vahe on meeste puhul 9 aastat ja naiste puhul 7 aastat. Oodatava eluea pikenemine on alates 2011. aastast aeglustunud, seda peamiselt vanemaealiste suremuse näitajate paranemise aeglustumise tõttu.

³ Siin ja edaspidi on Suurbritanniaks nimetatud Suurbritannia ja Põhja-Iiri Ühendkuningriiki.

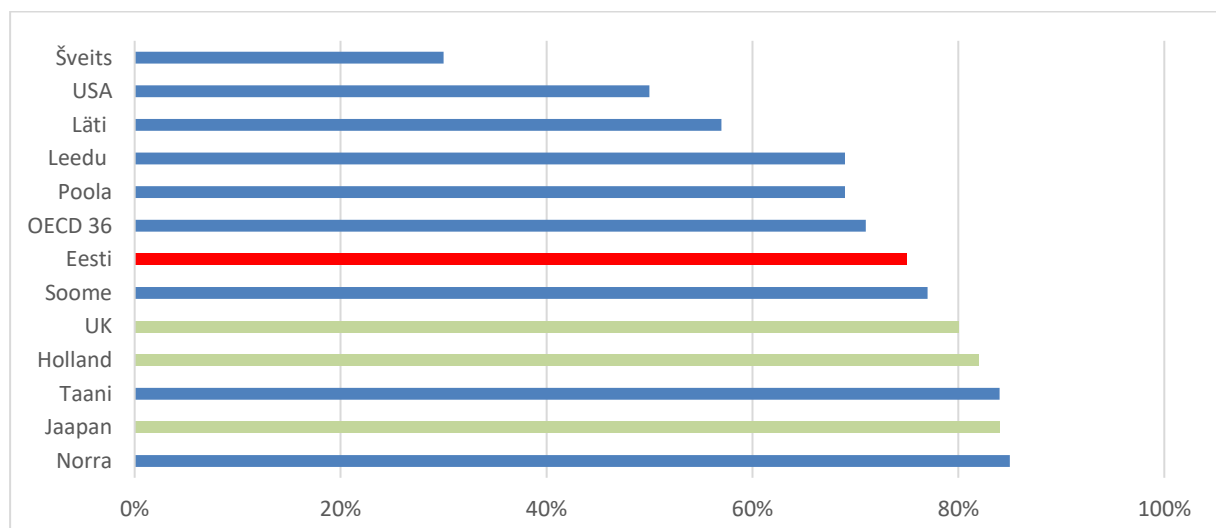
Ehkki käitumuslikele riskifaktoritele omistatavate surmade osakaal on EL-i keskmisest madalam, võib üle kolmandiku kõigist surmadest olla põhjustatud suitsetamisest, ebatervislikust toitumisest, alkoholi tarbimisest ja vähesest füüsilisest aktiivsusest. Suurbritannia kulutab ennetavatele teenustele märkimisväärselt rohkem kui teised riigid, kuid ennetatava suremuse vähendamisel on alates 2011. aastast tehtud vähe edusamme (41).

3.3.2. Rahastamine ja katvus

Suurbritannias moodustavad kulud tervishoiule 9,6% SKP-st, mis on võrreldavad EL-i keskmisega, kuid väiksemad kui sarnaselt jõukates riikides. Tervisesüsteemi rahastatakse üldistest maksudest ja rahaline kaitse on hea. Suurbritannia neljas piirkonnas toimivad eraldi NHS-süsteemid (*National Health Service*) pakuvad universaalset juurdepääsu tervisteenuste pakatile, kus teenuste kasutamine on tasuta. Alates 2008. aastast ei ole eelarved järginud kasvavat nõudlust teenuste järele, mis on suurendanud ooteaegu ja tervishoiuteenuste osutajate puudujääki.

2017. aastal tuli 78,8% tervishoiukuludest riiklikest allikatest, mis on sarnaselt teiste näiteriikidega üks kõrgemaid näitajaid OECD-s.

Joonis 3. Riiklike tervishoiukulutuste osakaal kõikides tervishoiukuludes



Allikas: OECD Health Statistics 2019

Vabatahtlikul tervisekindlustusel on süsteemis marginaalne, täiendav roll (3,1% kõigist tervishoiukuludest), ja ka omaosalus on enamiku EL-i riikidega võrreldes madalam (16%). Kuna enamik NHS-i teenuseid on residentidele tasuta, on Suurbritannias finantskaitse tugevam kui paljudes teistes EL-i riikides. Fikseeritud tasusid rakendatakse hambaravi ja retseptiravimite suhtes (ainult Inglismaal), kuigi paljud rühmad (näiteks lapsed, rasedad, madala sissetulekuga inimesed jpt) on sellest vabastatud. Ambulatoorsete retseptiravimite eest tasumisel oli omaosaluse määr 2015. aastal umbes 10 Inglise naela retseptiühiku kohta, NHS-i haiglates välja kirjutatud ravimid on tasuta. NHS-i hambaraviteenuste eest tasutakse omaosalusena kuni 233 Inglise naela ravikuuri kohta. Kõik tasud on kehtestatud riiklikul tasandil (42).

3.3.3. Tervishoiuteenused ja innovatsioon

Kuna poliitikakujundajad on püüdnud rahuldada kasvavaid vajadusi tervishoiuteenuste järele piiratud ressursse kasutades, on tervisesüsteem olnud poliitiliste uuenduste koht. Tööjõupoliitika uuendused on keskendunud tõhusamale meeskonnatööle ja ülesannete jagamisele nii esmatasandi kui ka eriarstiabis. Järjest enam on kaasaegsetele kommunikatsioonitehnoloogiatele tuginevate kaugkonsultatsioonide kasutamine muutunud nii esmase kui ka ambulatoorse ravi reformi eesmärgiks. Kuigi need uuendused võivad parandada juurdepääsetavust ja integratsiooni, pole veel selge, kas nad hõlmavad kulusid automaatselt (43).

Tervishoiu prioriteetide seadmisel ja uute tehnoloogiate valimisel ning riiklikul rahastamisel on tähtsal kohal NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*). NICE on välja töötanud poliitika, mis ühendab nii protseduurilised kui ka sisulised kriteeriumid ühes terviklikus tervisetehnoloogiate hindamise (HTA) tervisemajanduslikus ja eetilises raamistikus (44).

NICE raamistik rõhutab õiglase ja kaalutletud prioriteetide seadmise protsessi olulisust, sätestades samas sisulised terviseiga seotud majanduslikud ja eetilised kriteeriumid, mis piiravad tingimusi, mille korral NICE komiteed võivad soovitada tehnoloogiaid NHS-i rahastamiseks (45,46). Need kriteeriumid hindavad tehnoloogiaid peamiselt nende kulutasuvuse osas, võrreldes olemasoleva praktikaga. **Täpsemalt juhindutakse otsuseid tehes tehnoloogia täiendkulu tõhususe määra (ICER)⁴ arvutamisel sellest, kui suur on tehnoloogia pakutav finantskulu ühe täiendava kvaliteediga kohandatud eluaasta kohta (QALY)⁵, võrreldes praegu kasutatava sekkumisega (47).**

Kui tehnoloogiline innovatsioon lisab olulist laadi tõestatavaid ja eristatavaid eeliseid, võib tugineda tehnoloogia „uuenduslikkusele“, et toetada selle rahastamist ka kõrge kulutasuvuse korral.

Viimastel aastatel on see tekitanud probleeme, kui märksõna 'innovatsioon' abil toetatakse järjest enam tavapärasest kulutõhususe lävendit ületavaid tehnoloogiaid.

Suurbritannia tervishoiusüsteemis põhineb uute tehnoloogiate kasutuselevõtt kulutasuvusel.

Määravaks saab, kui suur on uue tehnoloogia finantskulu ühe täiendava kvaliteediga kohandatud eluaasta kohta.

NICE seab rahastatava tehnoloogia jaoks kulutasuvuse künniseks 20 000–30 000 naela iga QALY kohta. Selle künnise eesmärk on kajastada programmide alternatiivkulu, kui otsustatakse need uue tehnoloogiaga asendada. Arvatakse, et tehnoloogiad, mille tõhususe väärtus on väiksem kui 20 000 naela ühe täiendava kvaliteediga kohandatud eluaasta kohta, toovad tervisele suuremat kasu kui sekkumised, mille nad välja tõrjuksid, ning neid soovitatakse rahastada üksnes kulutasuvuse põhjal. Lävendi piirides ja väljaspool neid võimaldab NICE raamistik mõnede tehnoloogiate rahastamist õigustada ka muudel teguritel, sealhulgas väärtuspõhistel kaalutlustel või niinimetatud sotsiaalsetel väärtustel, isegi kui see vähendab kokkuvõttes kogu tervist, mida olemasoleva eelarvega oleks võimalik saavutada (48). Näiteks puuetega inimeste vajadustega tegelemine, tervist

⁴ Uue sekkumise ja alternatiivse sekkumise kulude vahe jagatud uue sekkumise ja alternatiivse sekkumise tulemuslikkuse vahega.

⁵ Haiguskoormuse mõõdik, mis näitab, kui terve on inimene ühe aasta jooksul, võrreldes hea tervise standardiga.

puudutava ebavõrdsuse vähendamine ja elukestva ravi pakkumine elu lõpul on kõik NICE poolt selgesõnaliselt tunnustatud sotsiaalsed väärtused (49).

Tehnoloogia „uuenduslik olemus“ on üks sotsiaalsetest väärtustest, mida NICE soovib oma tervishoiukomisjonidel arvestada tavapärasest kulutasuvuse künnist ületavate tehnoloogiate hindamisel. Vastavalt kehtivale poliitikale, „kui uuendus lisab olulist laadi tõestatavaid ja eristatavaid eeliseid, mis ei pruugi olla piisavalt kaasatud võrdlusjuhtumi QALY meetmes“, võib tugineda tehnoloogia „uuenduslikkusele“, et toetada selle rahastamist juhtudel, kui ICER-i väärtus on suurem kui 20 000 naela iga QALY kohta. Tihti rõhutakse sellele, et uudsus on vahend tervise või tervisealase õigluse edendamiseks, mitte eesmärk omaette. Seetõttu on mõned väitnud, et tehnoloogia uuenduslik olemus ei ole iseseisev sotsiaalne väärtus ega, teisiti öeldes, iseenesest väärtus. Pigem tuleneb selle väärtus muudest sotsiaalsetest väärtustest, näiteks raskete haiguste tähtsuse järjekorda seadmisel, või innovatiivsete tehnoloogiatega kaasneva tervisealase kasu väärtusest (50).

Viimastel aastatel on tekitanud probleeme see, kui innovatsiooni abil toetatakse tehnoloogiaid, mis ületavad NICE tavapärasest kulutõhususe läve. Kui tehnoloogia uuenduslikul olemusel pole iseseisvat väärtust ning NICE tervisealane majanduslik ja eetiline raamistik juba hõlmab selle aluseks olevaid väärtusi (nimelt tervise või tervisealase võrdsuse edendamist), kajastaks tehnoloogiate rahastamine tavapärasel tasuvuse piiril nende täielikku väärtust. Uuendusele osutamine, et toetada künnist ületavate tehnoloogiate rahastamist, oleks seetõttu petlik põhjendus piiratud ressursside kulutamisele viletsa kulutasuvusega tehnoloogiatele. See ei tähendaks ainult seda, et paremat tervist oleks võimalik saavutada siis, kui olemasolevad vahendid kulutatakse kulutõhusamatele sekkumistele. See tähendaks ka seda, et NHS-i patsientide puhul on õigustatud kaebus, et mõned patsiendirühmad, kelle ravi klassifitseeritakse uuenduslikuks,

Kas Suurbritannia kulutasuvuse meetod on rakendatav Eestis?

Enne iga uue tehnoloogia kasutuselevõttu leitakse, kui suur on uue tehnoloogia finantskulu ühe täiendava kvaliteediga kohandatud eluaasta kohta.

Võimalus: Selline hindamisraamistik pakub objektiivse aluse olemasolevate ja uute tehnoloogiate võrdlemiseks.

Väljakutse: Raamistiku selgus ja mõistetavus. Muuhulgas üheselt määratleda, kui võrd tuleb lähtuda vaid kulutõhususest vs. näiteks väärtuspõhistest argumentidest; või kas piirmäärat saab diferentseerida sõltuvalt teenusest.

Teostatavus: Lihtsasti teostatav ja rakendatav. Lähedast hindamist (TTH) kasutatakse juba Tartu Ülikoolis uute ravimite ja seadmete puhul.

saavad rohkem ressursse, kui neil selleks õigus. Teisisõnu, kui innovatsiooni käsitletakse võltsilt kui iseseisvat sotsiaalset väärtust, piiraks see NICE eesmärki edendada tervist ja tervisega seotud õiglust (47).

Kasutatud kirjandus

1. Habicht T, Reinap M, Kasekamp K, Sikkut R, Aaben L, van Ginneken E. Estonia: Health System Review. *Health Syst Transit*. 2018 Mar;20(1):1–189.
2. Aaben L, Paat-Ahi G, Nurm Ü-K, Veldre V, Kallavus K. Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 vahehindamine. Uuringu koondraport. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis; 2016.
3. Sotsiaalministeerium. Sotsiaalministeeriumi valitsemisala arengukava aastateks 2013–2016. 2013.
4. Sotsiaalministeerium. Toitumise ja liikumise roheline raamat. 2016.
5. Paat-Ahi G, Aaben L, Nurm Ü-K. Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 vahehindamine Vähi valdkonna aruanne [Internet]. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis; 2017. Available from: http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2016/05/RTA-vahk-raport_Praxis-2017.pdf
6. Aaben L, Kallavus K, Nurm Ü-K. Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 vahehindamine Välisõhu kvaliteedi valdkonna aruanne [Internet]. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis; 2017. Available from: http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2016/05/RTA-valisohk-raport_Praxis-2017.pdf
7. TAI. Tervishoiukulud 2018 [Internet]. Tervise Arengu Instituut; 2019. Available from: <https://www.tai.ee/et/terviseandmed/tervisestatistika-ja-uuringute-andmebaas/uuendused/4602-tervishoiukulud-2018>
8. Koppel K, Piirits M, Masso M, Aaben L, Vainre M, Paat G, *et al.* Health insurance for some or health coverage for all — how to fill the gaps in the Estonian health insurance system? [Ravikindlustus valitutele või ravikaitse kõigile — kuidas täita lüngad Eesti ravikindlustuses?]. 2018.
9. Vörk A, Habicht T. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Estonia. World Health Organization; 2018.
10. Mets U, Veldre V. Tulevikuvaade tööjõu- ja oskuste vajadusele: TERVISHOID. Tööjõuvajaduse seire- ja prognoosisüsteem OSKA; 2017.
11. Kruus P. Developing an Evaluation Framework for the Country-wide Electronic Prescribing System in Estonia. Tallinna Tehnikaülikool; 2013.
12. Sotsiaalministeerium. „Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030“ eelnõu. 2019.

13. TAI. Tervena elatud aastaid tuleb tasapisi juurde. 2018; Available from: <https://tai.ee/et/instituut/pressile/uudised/4377-tervena-elatud-aastaid-tuleb-tasapisi-juurde>
14. Statistikaamet. Elame järjest kauem, aga tervena elatud aastad lühenevad. 4. september 2019 – pressiteade nr 105. 2019.
15. Noorkõiv R, Loodla K. Rahvastiku võimalikud arengutrendid 2012–2030. Geomedia; 2012.
16. Statistikaamet. Eesti rahvastikuprognosis 2040: neli positiivset stsenaariumi [Internet]. 2015. Available from: <https://blog.stat.ee/tag/rahvastikuprognosis/>
17. Sotsiaalministeerium. Personaalmehitsiini juhtprojektuur [Internet]. 2015. Available from: <https://www.sm.ee/et/personaalmehitsiini-juhtprojekti-eeluuring>
18. Kruus P, Sikkut R, Aaviksoo A. Uute ravimite soodusnimekirja lisamise protsess ravimi- ja tervishoiupoliitika kontekstis [Internet]. 2012 [cited 2013 Oct 9]. Available from: <http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/5394>
19. Riigikantselei. Euroopa Liidu võimalused ja ohud: Maailm ja Euroopa Liit aastal 2035. 2018.
20. Arenguseire Keskus. Tööturg 2035. Tööturu tulevikusuunad ja -stsenaariumid. Tallinn: Arenguseire Keskus; 2018.
21. Erikson M, Rosin A. Tuleviku töötajaja õiguslik staatus. Tallinn: Arenguseire Keskus; 2018.
22. Euroopa Komisjon. Euroopa sotsiaalõiguste samba 20 põhimõtet Euroopa sotsiaalõiguste sammas annab kodanikele uued ja tõhusamad õigused. [Internet]. Available from: https://ec.europa.eu/commission/priorities/deeper-and-fairer-economic-and-monetary-union/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles_et
23. HTM. Eesti elukestva õppe strateegia 2020. Haridus- ja Teadusministeerium; 2014.
24. Siseministeerium. Eesti Regionaalarengu strateegia 2014–2020. 2014.
25. Thomson S, Figueras J, Evetovits T. Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy. World Health Organization; 2015.
26. OECD. International Migration Outlook 2018 [Internet]. 2018. 408 p. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/migr_outlook-2018-en
27. FRA. Cost of exclusion from healthcare – The case of migrants in an irregular situation. [Internet]. 2015. Available from: <http://fra.europa.eu/en/publication/2015/cost-exclusionhealthcare-case-migrants-irregular-situation>
28. Hagen-Zanker J. Migration and the 2030 Agenda for Sustainable Development. 2017.
29. Maimets M. Vaktsineerimata jätmise on hoolimatu käitumine. 2017.
30. OECD. OECD Reviews of Public Health: Japan [Internet]. 2019. 208 p. Available from: <https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/9789264311602-en>

31. Health Japan 21 (the second term) [Internet]. 2020. Available from: <https://www.nibiohn.go.jp/eiken/kenkounippon21/en/>
32. Kido K, Tsukamoto K. Japan's health care system faces a perfect storm. *Int J Health Plann Manage.* 2020. Jan 1; 35(1):e 210–7.
33. Zhang X, Oyama T. Investigating the health care delivery system in Japan and reviewing the local public hospital reform [Internet]. *Risk Management and Healthcare Policy.* 2016 [cited 2020 May 22]. Available from: <https://www.dovepress.com/investigating-the-health-care-delivery-system-in-japan-and-reviewing-t-peer-reviewed-article-RMHP>
34. KPMG. Close-up 2: Transformation to 21st century health care: Four key trends. 2019. Available from: <https://home.kpmg/jp/en/home/insights/2019/08/healthcare-sector.html>
35. OECD. Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly [Internet]. 2020. 187 p. Available from: <https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/92c0ef68-en>
36. EU Gateway | Business Avenues. HEALTHCARE & MEDICAL TECHNOLOGIES IN JAPAN: TRENDS AND OPPORTUNITIES. 2019.
37. OECD. The Netherlands: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU [Internet]. Brussels: OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies. 2019. Available from: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_nl_english.pdf
38. Ministry of Health, Welfare and Sport. Healthcare in the Netherlands [Internet]. 2018. Available from: <https://www.government.nl/binaries/government/documents/leaflets/2016/02/09/healthcare-in-the-netherlands/healthcare-in-the-netherlands-2018.pdf>
39. Anderson K. ESPN Thematic Report on Inequalities in access to healthcare: the Netherlands [Internet]. Brussels: European Commission. 2018. Available from: <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=20376&langId=en>
40. Kroneman M, Boerma W, van der Berg M, Groenewegen P, de Jong J, van Ginneken E. The Netherlands: health system review. *Health Syst Transit* 2016. 2016. 18(2): 1–239.
41. OECD. United Kingdom: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels 2019.
42. Department of Health. Guidance on Implementing the Overseas Visitors Hospital Charging Regulations. 2015.
43. Cylus J, Richardson E, Findlay L, Longley M, O'Neill C, Steel D. United Kingdom: Health System Review. *Health Syst Transit.* 2015 Nov 1; 17: 1–126.
44. NICE. Social value judgements: Principles for the development of NICE guidance. 2. London. 2008.

45. Rid A, Littlejohns P, Wilson J, Rumbold B, Kieslich K, Weale A. The importance of being NICE. *J R Soc Med*. 2015 Oct; 108(10): 385–9.
46. Rumbold B, Weale A, Rid A, Wilson J, Littlejohns P. Public Reasoning and Health-Care Priority Setting: The Case of NICE. *Kennedy Inst Ethics J*. 2017. 27(1): 107–34.
47. Charlton V, Rid A. Innovation as a value in healthcare priority-setting: the UK experience. *Soc Justice Res*. 2019. 32(2): 208–38.
48. Rawlins M, Barnett D, Stevens A. Pharmacoeconomics: NICE’s approach to decision-making. *Br J Clin Pharmacol*. 2010 Sep; 70(3): 346–9.
49. NICE. How to use NICE products [Internet]. 2018. Available from: www.nice.org.uk/Media/Default/About/what-we-do/our-programmes/using-nice-products.pdf.
50. Bryan S, Lee H, Mitton C. ‘Innovation’ in health care coverage decisions: All talk and no substance? *J Health Serv Res Policy*. 2012 Sep 13; 18(1): 57–60.
51. Eurostat. Healthy life years by sex (from 2004 onwards). https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_HLYE__custom_125085/default/table?lang=en

Jooniste tegemiseks kasutatud allikad

- Aaben, L., Paat-Ahi, G., Nurm Ü.-K., Kallavus, K. (2017). Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 vahehindamine. Südame- ja veresoonkonnahaiguste valdkonna aruanne. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis.
- Barbato, A., Vallarino, M., Rapisarda, F., Lora, A., & Caldas de Almeida, J. M. (2016). [Access to Mental Health Care in Europe – Scientific Paper \(EU Compass for Action on Mental Health and Well-Being\)](#).
- Bogdanov, H., ja Pertel, T. (2012). [Vaimse tervise teenuste kaardistamine ja vajaduste analüüs](#). Tervise Arengu Instituut.
- Boxing Future Health. A journey into the future of healthcare in the year of 2050. Danish Design Centre.
- ECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019). [Eesti: riigi terviseprofiil 2019](#), State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- Eesti tervishoiu arengusuunad (2020).
- Epp Kallaste, Jano Järve, Marko Sõmer, Ailen Lang (2019). Inimkeskse tervishoiu seiremetoodika väljatöötamine. CENTAR.
- Euroopa Komisjon (2014). Vaimse tervise edendamine töökohal, tervikkäsitluse rakendamise juhend.
- Euroopa Tööohutuse ja Töötervishoiu Agentuur (2012). Vaimse tervise edendamine töökohal. Hea tava aruande kokkuvõte.
- Habicht T, Reinap M, Kasekamp K, Sikkut R, Laura Aaben L, van Ginneken, Eesti: Tervisesüsteemi ülevaade. Tervisesüsteemid muutustes (2018). 20(1): 1–193.
- Health at a Glance: Europe 2018. Kättesaadav: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur2018-en#page29.
- Kohn, R., Saxena, S., Levay, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. Bulletin of the World Health Organization.
- Koppel, K., Piirits, M., Masso, M., Aaben, L., Vainre, M., Paat-Ahi, G., Jüristo, T., Saluse, J., & Veldre, V. (2018). [Ravikindlustus valitutele või ravikaitse kõigile—Kuidas täita lüngad Eesti ravikindlustuses?](#) Mõttekoda Praxis.

- Kruus, P., Paat-Ahi, G. (2013). Kaasaegse apteegiteenuse roll esmatasandi tervishoiu osana Eesti tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse tagamisel. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis.
- McDaid, David (2018). “Using economic evidence to help make the case for investing in health promotion and disease prevention”. LSE Research Online Documents on Economics 90268, London School of Economics and Political Science, LSE Library.
- Paat-Ahi, G., Nurm, Ü-K., Aaben, L. (2017). Rahvastiku Tervise Arengukava 2009–2020 vahehindamine. Arstiabi kvaliteedi ja kättesaadavuse valdkonna aruanne. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis.
- Ravimipoliitika alused. 2013. Sotsiaalministeerium
- Sotsiaalministeerium (2019). Töökeskkonna vaimse tervise analüüs
- Sotsiaalministeerium (2019). Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030.
- Starfield B. Is Patient-Centered Care the Same As Person-Focused Care? Perm J. (2011). 15(2): 63–69.
- Zsuzsanna Jakab ja Agis D. Tsouros. Tervis 2020 – tervise ja arengu saavutamine tänapäeva Euroopas.
- Tervise Arengu Instituut. Tervisestatistika.
- Tervise tulemusvaldkonna tervishoiusüsteemi programm. RTA 2020–2030. Sotsiaalministeerium.
- Vaimse Tervise Roheline Raamat. (Ilmumisel). Sotsiaalministeerium

Arenguseire Keskus

Lossi plats 1a, 15165 Tallinn

arenguseire@riigikogu.ee

riigikogu.ee/arenguseire