



EESTI TERVISHOIU TULEVIK



**STSENAARIUMID
AASTANI 2035**



ARENGUSEIRE KESKUS
2020

EESTI TERVISHOIU TULEVIK

Stsenaariumid aastani 2035 Kokkuvõte

Autor: Arenguseire Keskus

Aruande koostaja: Magnus Piirits

Keeletoimetaja: Siiri Ombler

Kujundus: Eastwood Advertising, Eerik Vilkk

Trükkis on kokkuvõte Arenguseire Keskuse tuleviku tervishoiu uurimissuunas valminud uuringutest:

- „Eesti tervishoid tulevikus – võtmetrendid ja näiteriigid“,
- „Eesti tervishoiu tulevik – tervisekindlustuse kvantitatiivse mudeli tulemused ja metoodikaaruanne“,
- „Eesti tervishoiu tulevik – stsenaariumid aastani 2035“ ja
- „Tervishoiu rahastamise ebavõrdsus ja omaosaluse mõju vaesusele“.

Uuringus sisalduva teabe kasutamisel palume viidata allikale: Arenguseire Keskus, 2020. Eesti tervishoiu tulevik. Stsenaariumid aastani 2035. Kokkuvõte. Tallinn: Arenguseire Keskus.

ISBN ISBN 978-9916-9533-4-1 (trükkis)

ISBN ISBN 978-9916-9533-5-8 (pdf)

Uurimissuunas valminud töödega saab tutvuda Arenguseire Keskuse kodulehel → Uurimissuunad
→ Tuleviku tervishoid.

2020

Täname

Täname eksperte, kes uuringu valmimisele oma teadmisi jagades kaasa aitasid: Andres Võrk (Tartu Ülikool), Liis Rooväli (Tartu Ülikool), Madis Tiik (perearst ja ettevõtja), Ruth Ladva (perearst), Kaupo Koppel (mõttekoda Praxis), Gerli Paat-Ahi (mõttekoda Praxis), Merilen Laurimäe (mõttekoda Praxis), Kadri Arrak (mõttekoda Praxis), Ingel Kadarik (mõttekoda Praxis), Märt Masso (mõttekoda Praxis), Erik Terk (Tallinna Ülikool), Priit Kruus (Tallinna Tehnikaülikool).

Täname ka uurimissuuna juhtkomisjoni: Pille Banhard (Eesti Haigekassa), Maris Jesse (Sotsiaalministeerium), Riina Sikkut (Riigikogu), Aivar Kokk (Riigikogu), Hele Everaus (Riigikogu), Heleri Reinsalu (Riigikantselei), Urmas Espenberg (Riigikogu), Kaija Kasekamp (Sotsiaalministeerium), Anneli Kivitoa (Õiguskantsleri Kantselei), Veiko Tali (Rahandusministeerium), Liisi Uder (Õiguskantsleri Kantselei), Marge Reinap (WHO).

Sisukord

Eessõna	7
Kokkuvõte	8
1. Eesti tervishoid võrreldes teiste riikidega	12
2. Tuleviku tervishoidu mõjutavad suundumused.....	16
3. Mida saame õppida teistelt riikidelt?	20
4. Tervishoiu tulevikustsenaariumid	22
Stsenaarium: Tervishoiu unelm	26
Stsenaarium: Pragmaatiline maailm	30
Stsenaarium: Pool rehkendust	34
Stsenaarium: Endistviisi edasi	38
Stsenaariumide võrdlus.....	42
5. Võimalikud lahendused	44
Parem tervisekäitumine.....	45
Rahastusallikate muutmise võimalused	46

Eessõna

Euroopa Liidu uus rahastusperiood (2021–2027) koos koroonakriisi ületamiseks loodud erakorraliste fondidega nagu Taaste- ja Vastupidavusraha toob Eestile mitmeid miljardeid eurosid, mille parima kasutamise ettevalmistamiseks käib ametnikkonnas tihe mõttetöö. Tähelepanu keskpunktis on majanduskasvu uute allikate leidmine ja nende rakendamine.

Harva mõeldakse, et uus ja väga oluline majanduskasvu allikas saab olla Eesti inimeste parem tervis. Konsultatsioonifirma McKinsey hiljutise analüüsi kohaselt saaks Eesti SKP juurde tervelt kümnendiku, kui väheneks enneaegne suremus ja inimesed püsiks kauem tööturul. Hea tervis suurendab ka töövõimet ja tõstab tootlikkust – investeerides ühe euro tervisesse, annab see 2,4 eurot tagasi. See on majanduslik vaade, aga heaolu mõttes saaks inimene aastas juurde keskmiselt 28 tervena elatud päeva.

Ravisüsteemi mõju rahvatervisele on tegelikult küllalt väike. Veebileht Determinantsofhealth.org toob esile, et meditsiin moodustab 11 protsenti rahvatervise lõpptulemusest, samas kui sotsiaalse keskkonna osakaal on 24 protsenti, füüsilise elukeskkonna osa 7 protsenti, geneetika ja pärilikkuse osa 22 protsenti ning tervisekäitumise ja elustiili osa 36 protsenti.

Tervishoiu tulevik on helge siis, kui inimesed võtavad rohkem vastutust oma tervise eest ja passiivsetest patsientidest saavad aktiivsed oma tervise hoidjad. See ei juhtu kahjuks iseenesest, vaid selleks tuleb luua nii motivatsioon kui ka võimalused.

Nende kaante vahelt leiame neli stsenaariumi Eesti tervishoiu tulevikust, mis on ehitatud kahele keskele sambale – võimalikud muudatused inimeste tervisekäitumises ning tehnoloogiline areng tervishoius. Lisaks oleme välja pakkunud, milline peaks olema Eesti tervisekindlustussüsteem, et tervisekäitumist parimal moel toetada ning tehnoloogilise arenguga paratamatult kaasnevat ebavõrdsust ära hoida. Ja kui tervet rehkendust ei jaksa teha, millised säästuvariandid võiksid sel juhul kaalumisele tulla?

Loodan, et käesolevast uuringust on abi vajalike otsuste langetamisel tervishoiu ja selle rahastamise valdkonnas.

Inspireerivat lugemist!

Tea Danilov
Arenguseire Keskuse juhataja





KOKKUVÕTE



Eesti inimesed elavad varasemast kauem, kuid terviseprobleemidega – eestlaste oodatav eluiga on Euroopas kõige enam kasvanud, mida ei saa aga öelda tervena elatud aastate arvu kohta.

Ennetuse roll peab tulevikus suurenema, sest **pooled surmad tulenevad inimeste tervisekäitumisest**. Potentsiaalne pikaajaline tulu tervisekahjude ennetamisest on kordades suurem kui haigekassa lisarahavajadus üldisele tervisekindlustusele üleminekuks või riigi finantseeritavate teenuste valiku laiendamiseks.

Kui üldine tervisekindlustus läheks praeguse kulutaseme juures maksma ligikaudu 79 miljonit eurot aastas, siis näiteks alkoholi tõttu kaotaminevaid eluaastaid 20% vähendades kasvaks inimeste heaolu ja riigi tulud aastas kokku 10 korda enam.

Vastutus tervise eest peab liikuma aina rohkem inimestele endile. Selleks tuleb neid võimendada – **parandada tervisekirjaoskust ja tervisealaste digirakenduste kasutamise oskust, võimaldada turvalist andme jagamist ning arendada andmepõhist ennetussüsteemi**.

Tervishoius tõuseb aina rohkem esile alarahastus, sest tasapisi **realiseeruvad pikaajalised trendid – vananev rahvastik ja töövormide muutumisega seotud maksutulude vähenemine**. Seega kasvavad kulud kiiremini kui tulud. Lisaks on probleeme sellega, et Eestis on märkimisväärne hulk ravikindlustamata inimesi, pikad ravijärjekorrad, inimese suur omaosalus ja õdede puudus.

Riigi tähtis roll on tagada **turvaline ja andmekaitsega kooskõlaline andmevahetus** meedikute ja patsientide, era- ja avaliku sektori, tervise- ja sotsiaalvaldkonna ja teiste oluliste osapoolte vahel ning uute tehnoloogiate kasutuselevõtuga seonduvate mõjude hindamine ja probleemide ennetamine. **Julgemalt on vaja liikuda üksikute raviteenuste rahastamiselt kogu ravitulemuse rahastamise suunas.**

Tuleviku tervise mõttes on parim stsenaarium see, kui inimesed oskavad ja soovivad tervislikumalt käituda, mida toetavad:

- üldine tervisekindlustus;
- riigi rahastatava teenusvaliku laiendamine;
- ennetuse ja ravi uued tehnoloogilised ja andmepõhised lahendused;
- inimeste motivatsiooni suurendamine oma tervise hoidmisel;
- üksikteenuste rahastamise asendamine diagnoosipõhise ravitulemuse rahastamisega.

Stsenaarium „Endistviisi edasi“ on baasstsenaarium ehk olukord, kus tervisekindlustussüsteemis muutusi ei tehta ning haigekassale lisatulusid ei leita. Sel juhul jõuab haigekassa eelarve

2035. aastaks 900 miljoni euro suurusesse defitsiiti. Tervisekindlustuse katvus rahvastikus ei laiene ja täiendavaid riigi poolt kaetavaid teenuseid ei lisandu. **Rahvatervise olukord halveneb ning inimeste keskmine omaosalus kahekordistub.**

Stsenaariumid „Pragmaatiline maailm“ ja „Pool rehkendust“ pakuvad välja säästlikumaid võimalusi kindlustuskatte laiendamiseks ja kaetavate teenuste valiku avardamiseks, mis siiski suurendavad riigi kulusid baasstsenaariumiga võrreldes. **Rahvatervise olukorra keskmine paraneb, kuid tervisealane ebavõrdsus võib süveneda.** „Pragmaatilises maailmas“ juurutatakse kõrge omaosaluse katmiseks erakindlustus, mis suurendab inimeste motivatsiooni oma tervise hoidmisel, sest sellest sõltub kindlustusmakse.

Rahvatervise jaoks parima tulemuse annab stsenaarium „Tervishoiu unelm“, kus viiakse sisse üldine riiklik tervisekindlustus ning laiendatakse oluliselt kaetavate teenuste valikut. Sel juhul vajab tervishoiusüsteem baasstsenaariumiga võrreldes lisaraha veel ligikaudu 200 miljonit eurot aastas.

Tabel 1. Tervishoiuteenuste laiendamisega kaasnev kulu 2021. aasta hindades (miljonites eurodes)

Tervishoiuteenuste laiendamine	Riigi lisanduv kulu (miljonid eurod, 2021)
Üldine tervisekindlustus	79
Esmatasandi tervishoid kõigile	10
Soodusravimid kõigile	9
Täiskasvanute hambaravi	55
Geenikaart kõigile	55
Täielik DNA järjestus kõigile	250–500
Teadaolevad vaimse tervise teenused	8
Vaimse tervise otsesed ja kaudsed kulud	570

Tabel 2. Stsenaariumide kokkuvõte

 Endistviisi edasi (baasstsenaarium)	 Pool rehkendust	 Pragmaatiline maailm	 Tervishoiu unelm
Eriliselisem tervisekäitumine ¹ ja kitsas tehnoloogia ² ning praeguse kindlustussüsteemi jätkumine	Tervisepööre ³ ja kitsas tehnoloogia ning kõiki kattev esmatasandi tervishoid koos soodusravimitega	Tervisepööre ja lai tehnoloogia ⁴ ravis ning üldine tervisekindlustus koos eraõiguslikku omaosalust katva kindlustusega	Tervisepööre ja lai tehnoloogia ennetuses ja ravis ning üldine tervisekindlustus koos ulatusliku teenuste katvusega
Inimese omaosalus kasvab 342 eurolt 710 euroni 2019. aasta hindades	Inimese omaosalus püsib 342 eurot 2019. aasta hindades, aga puudujääk kaetakse maksurahaga	Tööelisel oleks erakindlustuse makse 570–820 eurot 2019. aasta hindades. Laste ja pensionearvest kindlustusmakset subsideerib riik	Inimese omaosalus väheneb 342 eurolt 250 euroni 2019. aasta hindades
2035. aastal ulatub defitsiit 900 miljoni euroni aastas	Haigekassa kuludele lisandub 19 miljonit eurot aastas 2021. aasta hindades	Haigekassa kuludele lisandub 79 miljonit eurot aastas 2021. aasta hindades	Haigekassa kuludele lisandub 142 miljonit eurot 2021. aasta hindades, millele ühekordse kuluna lisandub geenikaart (55 miljonit eurot)

¹ Keskmiselt jätkub senine käitumismuster ja tervisekäitumise erinevused suurenevad

² Tehnoloogiad on olemas, aga kõiki ühiskonnagruppe hõlmavaid lahendusi kasutusel ei ole

³ Inimesed võtavad suurema vastutuse oma tervise hoidmisel ning tervisekäitumine paraneb ja vahed vähenevad

⁴ Tervise digitehnoloogiad ja seadmed on enamikule inimestele kättesaadavad. Kaudselt saavad sellest abi kõik, näiteks ravimite koostoime andmebaas

Kust leida lisaressursse?

Tervishoiusüsteemi tulude suurendamise peamised võimalused on:

- omaosaluse kasv;
- erakindlustus;
- sotsiaalmaksu tõstmine või maksubaasi laiendamine;
- täiendavad eraldised riigieelarvest muude maksutulude arvelt.

Tervishoiu rahastamine tuludega seotud maksudest tähendab, et süsteemi rahastavad enim jõukamad inimesed. Tervishoiu rahastamine tarbimisega seotud maksudest või omaosalusest tähendab, et süsteemi rahastavad enim madalama sissetulekuga inimesed.

Inimeste heaolu suurendab ja aitab ohjata ka tervishoiusüsteemi kulusid:

- parem tervisekäitumine;
- raviga välditava suremuse vähendamine.



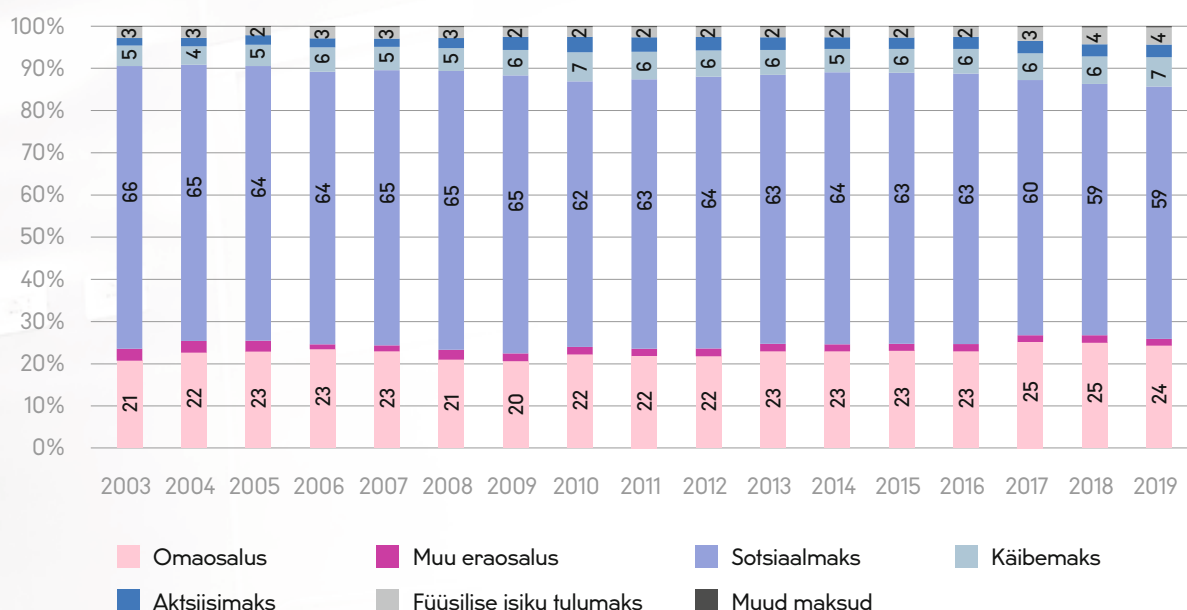
1. EESTI TERVISHOID VÕRRELDDES TEISTE RIIKIDEGA



Eesti tervisesüsteem on üles ehitatud kohustuslikule solidaarsuse põhimõttest lähtuval ravi-kindlustusele ja eraõiguslike teenuseosutajate pakutavate tervishoiuteenuste peaaegu üldisele kättesaadavusele. Tervishoiuteenuseid rahastatakse peamiselt Eesti Haigekassa kaudu.

Eesti tervishoiu rahastamine oli 2018. aastal 6,7% SKP-st. Avaliku sektori osa oli 73,7% ja

inimeste omaosalus 24,5% ning väike osa oli vabatahtlikul kindlustusel ja teistel vahenditel (1,8%). Avaliku sektori rahast 64,4% tuli haigekassast, 6% keskvalitsuse eelarvest ja 3,3% kohalike omavalitsuste eelarvest. Haigekassa omakorda saab enamiku oma rahast sotsiaalmaksu ravi-kindlustuse osast (92,5%), ülejäänud on otsesiirde keskvalitsuse eelarvest.



Joonis 1. Tervishoiu rahastamise jaotus 2003–2019

Allikas: Võrk ja Piirits 2020

Eesti tervishoiukulud on ühed

Euroopa madalaimad.

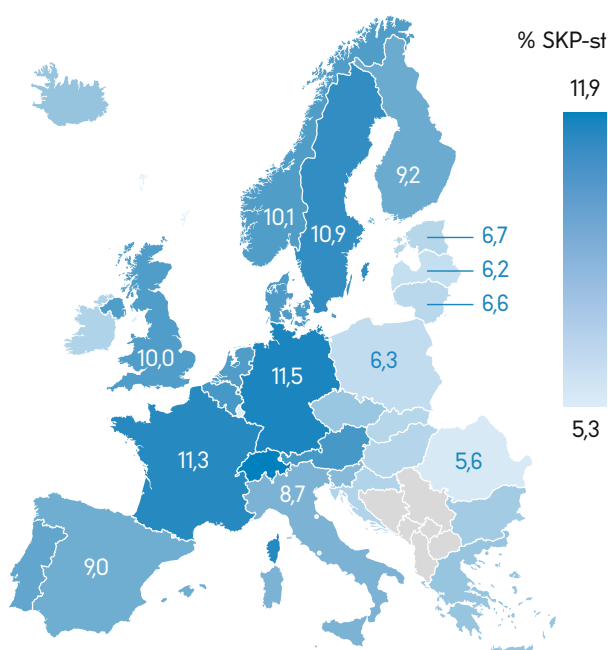
Madalamate kuludega eristub Ida-Euroopa.

Joonis 2.

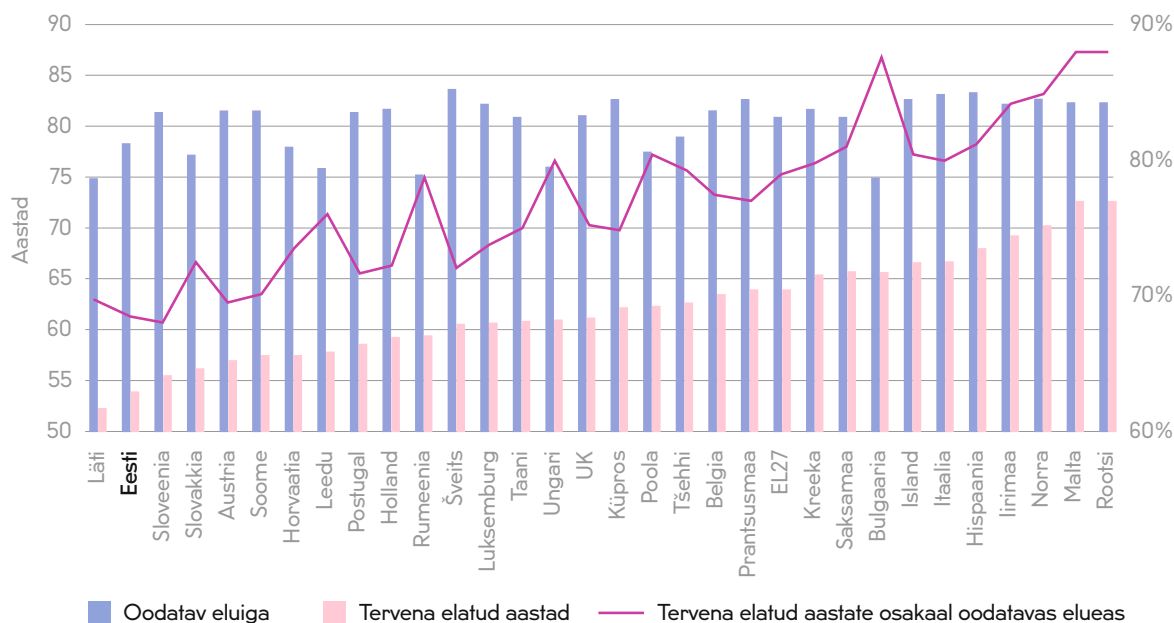
Tervishoiukulud protsendina SKP-st 2018. aastal

* Soome ja Malta 2017. aasta andmed

Allikas: Eurostat



Eesti inimeste oodatav eluiga on viimase 20 aasta jooksul kasvanud rohkem kui kaheksa aastat.



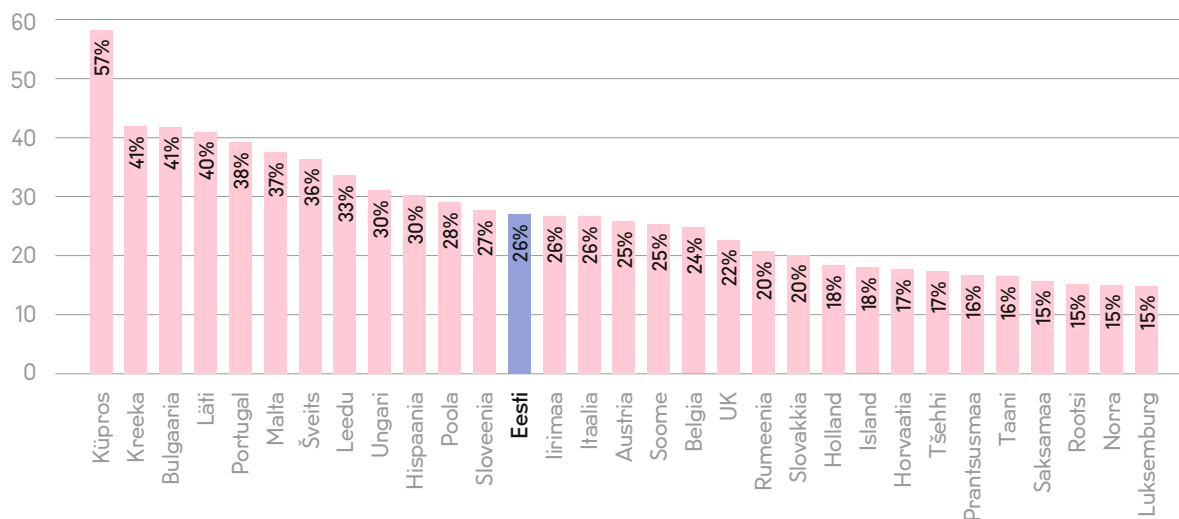
Joonis 3. Oodatav eluiga ja tervena elatud aastad sünnihetkel 2018. aastal

* Islandi tervena elatud aastad 2016. aasta andmetel

Allikas: Eurostat

Eesti omaosaluse ja vabatahtliku kindlustuse osakaal tervishoiukuludes on Euroopas keskmiste seas.

Omaosaluse osakaal on jõudnud rahvastiku tervise arengukavas seatud maksimaalse piirini (25%).

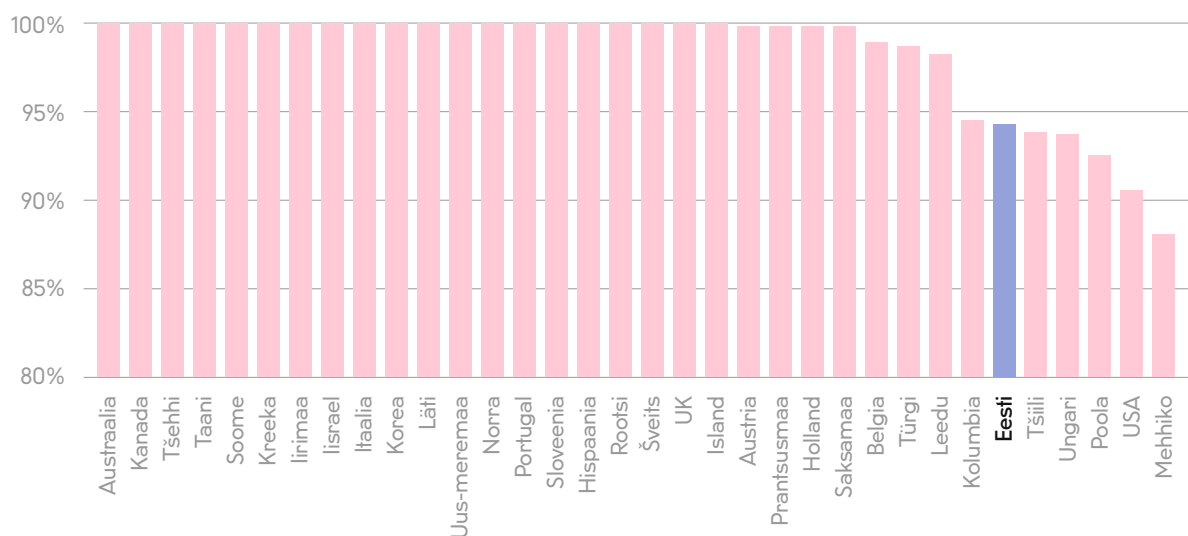


Joonis 4. Leibkondade omaosalus ja vabatahtliku kindlustuse osakaal tervishoiukuludes 2018. aastal

* Soome ja Malta 2017. aasta andmed

Allikas: Eurostat

Eesti on OECD riikide seas üks suurima ravikindlustamata inimeste osakaaluga riik (6%).

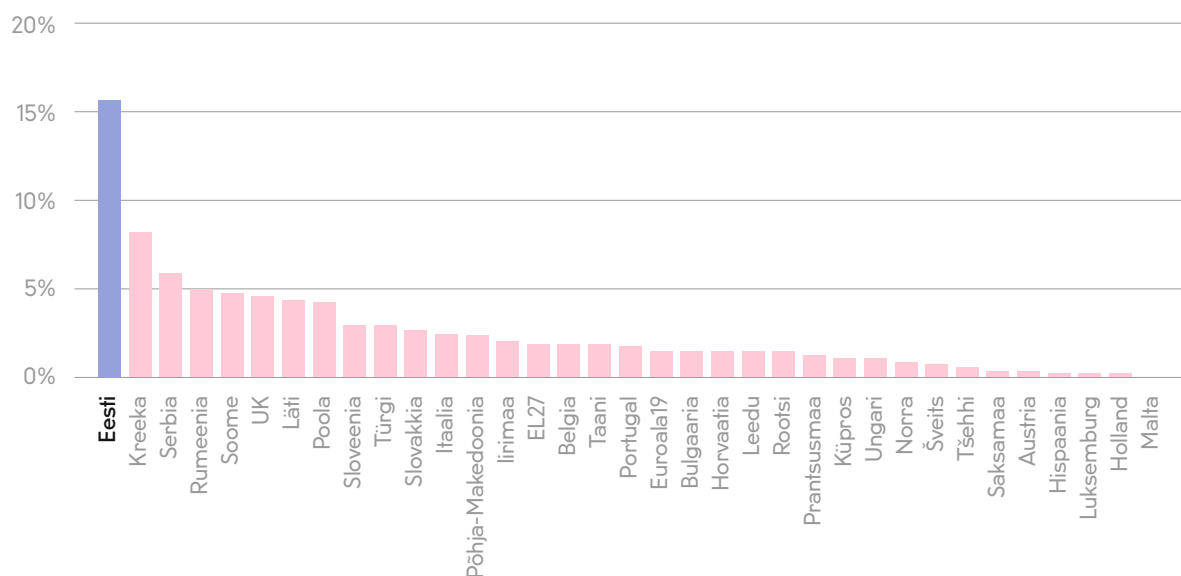


Joonis 5. Ravikindlustatud inimeste osakaal 2018. aastal

Allikas: OECD

Eesti on Euroopa riikide seas suurima rahuldamata arstiabiga riik.

Põhiliselt on see tingitud pikkadest ooteaegadest.



Joonis 6. Rahuldamata vajadus arstiabi järele 2019. aastal

* 2018. aasta andmed Iirimaa, Prantsusmaa, Itaalia, Slovakkia, Rootsi, Ühendkuningriigi, Šveitsi, Põhja-Makedoonia, Serbia ja Türgi kohta

Allikas: Eurostat



2. TULEVIKU TERVIS- HOIDU MÕJUTAVAD SUUNDUMUSED





Tervishoid on paljude tegevuste kogum, millega proovitakse hoida inimese tervist. Tervise hindamisel on riiklikud tervisestrateegiad ja rahvusvahelised tervisepoliitika juhendid võtnud üheks **keskseks eesmärgiks tervena elatud aastate arvu kasvatamise**. Tervena elatud aastate arv oleneb arvukatest erinevatest teguritest, milleks on näiteks elustiil ja tervisekäitumine, tervishoiuteenuste kättesaadavus, elukeskkond, sotsiaal-majanduslikud olud jms. See kõik mõjutab omakorda tervisekindlustussüsteemi kaalutluskohti.



Joonis 7. Tegurid, mis mõjutavad tervisekindlustussüsteemi



Joonis 8. Tegurid, mida saab mõjutada tervisekindlustussüsteemiga

RAHVASTIKU VANANEMINE SUURENDAB NÕUDLUST TERVISHOIUTEENUSTE JÄRELE

- 2020. aasta alguses oli Eesti rahvastiku keskmine vanus 42 aastat.
- Viimase 20 aastaga on keskmine vanus kasvanud neli aastat ja prognooside järgi kasvab see järgmise 15 aastaga veel kolm aastat.

TEHNOLOOGIA KIIRENEV ARENG JA DIGITALISEERUMINE. IKT-vahendid võimaldavad tuua tervishoiu lähemale inimestele, kel on seni olnud keeruline teenustele ligi pääseda, kuid see tekitab ka uusi probleeme (digilõhe). Samas tuleb arvestada, et tehnoloogia on ka üks meditsiinikulude kasvu peamisi põhjuseid (investeering uutesse seadmetesse, teadmistesse ja teadlikkusse). Uute tehnoloogiate kaasamisega on läbivalt põimitud eetilised küsimused, näiteks, kas lubada geneetilisi valikuid lapse saamisel.

RAVIMITÖÖSTUSE KIIRENEV ARENG. Ravimitele tehtavad kulutused moodustavad OECD riikides viiendiku kõigist tervishoiukuludest. Ravimitööstuse areng võimaldab aina enam pakkuda ravi seni ravimatuteks peetud haigustele ning harvikaigustele. Paljude uute ravimite kättesaadavus on kehv tulenevalt ravimite kõrgest hinnast.

KLIIMAMUUTUSED. Vee ja õhu kvaliteedi halvenemine mõjutab inimeste tervislikku seisundit ning suurendab terviseriske. Eesti kliimas näiteks astmat, nakkuste levikut või mürgistusi.

TÖÖTURU ARENG JA TÖÖVORMIDE MUUTUMINE. Peamine tegur nende muutuste taga on tehnoloogia areng – mõned töökohad kaovad, tekib juurde uusi töökohti ning ka uusi töötamise vorme, näiteks levib platvormitöö. Muutusi toob kaasa ka ränne, mis tuleneb vaba liikumise võimalustest, töö globaliseerumisest, uute töökohtade täitmise vajadusest või tarvidusest lihttööliste järele. Inimeste liikumine uutesse töövormidesse toob kaasa puudujääke nende sotsiaalkaitstes ning vähendab sotsiaalmaksu laekumist. Eesti sotsiaalkaitstesüsteem on välja töötatud traditsioonilist töösuhet silmas pidades.

REGIONAALNE ARENG. Hoogustunud on linnastumine. Küsimärgi all on tervishoiuteenuste kättesaadavus tõmbepiirkondadest väljaspool elavatele inimestele. Tervishoiuteenuste kättesaadavust mõjutab haiglate sulgemine ning perearstide ja apteekide nappus.

ÜLEMAAILMSED KRIISID. 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.

POLIITILISED EELISTUSED. Peamine tegur, et riigis 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 panus).

RAVIKINDLUSTUSEGA KAETUS

- 94,5% inimestest oli 2018. aastal kaetud
- Kaetus on tasapisi kasvanud

TERVISEKÄITUMINE

- 50% surmadest on seotud tervisekäitumisega
- Erisuuneline areng: alkohol ↘ ja rasvumine ↗

INIMESTE OMAOSALUS

- 24,5% tervishoiukuludest maksid 2018. aastal inimesed ise
- 20,5%-lt on see kasvanud 24,5%-ni 15 aastaga

ENNETUS

- Võimalik oleks ennetada ja vältida suurt osa suremusest
- Kuigi ennetuse kulude osakaal on püsinud samal tasemel, on siiski ennetatav suremus 100 000 inimese kohta vähenenud 300-lt aastal 2011 250-ni aastal 2017.

VAIMNE TERVIS

- 15 suitsiidi ning 1800 psüühika- ja käitumishäiret 100 000 inimese kohta
- Juhtumite arv on pigem vähenenud, aga puuduvad usaldusväärsed hinnangud, kuivõrd kaetud on ravivajadus

RAVIMID

- 10,5 miljonit retsepti osteti 2019. aastal välja
- Retseptiravimite hulk on kasvanud 3,5% igal aastal (2010–2019)



3. MIDA SAAME ÕPPIDA TEISTELT RIIKIDELT?



JAAPAN



Üks maailma kõrgeima oodatava elueaga riik – 84,2 aastat

Tervishoiukulud 10,9% SKP-st

Mis on viimase aja uuendused ja kui teostatavad need Eestis oleks?

TEISTE POLIITIKAOTSUSTE TEGEMISEL HINNATAKSE NENDE MÕJU TERVISELE

Tervist mõjutavaid sotsiaalmajanduslikke tegureid vaadatakse terviklikult. Jaapani eeskujul võiks tervis muutuda Eestis esmatähtsaks teemaks. Terviseteemade parem sidusus teiste valdkondadega eeldab eelkõige poliitikakujundajate tahet seda ellu viima hakata.

TEHNOLOOGILINE INNOVATSIOON

Tehisintellekti, sensorite ja tarkade proteeside kasutamine ning ka virtuaalsed konsultatsioonid muutuvad Jaapanis üha tavapärasemaks. Eestis aga kannatab ulatuslikum tervisetehnoloogiate ja digitaristu arendus rahapuuduse käes, vajades tihedamat koostööd riigi ja eraettevõtete vahel ning liidestatavuse võimalusi. Rangete andmekaitsereeglitega arvestamine nõuab rohkem ressursse.

SUURBRITANNIA



Oodatav eluiga üle Euroopa Liidu keskmise – 81,4 aastat

Tervishoiukulud 10,3% SKP-st

Mis on viimase aja uuendused ja kui teostatavad need Eestis oleks?

TEHNOLOOGIATE KULUTASUVUSE HINDAMISE METOODIKA

Enne iga uue tehnoloogia kasutuselevõttu hinnatakse, kui suur on uue tehnoloogia finantskulu ühe selle tehnoloogia abil lisanduva eluaasta kohta. Seatud on lävend, mille uus tehnoloogia peab ületama, et riik selle kasutuselevõttu toetaks. Suurbritannias kasutatavat meetodikat on Eestis lihtne üle võtta ja rakendada. Lähedast hindamist (TTH) kasutatakse juba Tartu Ülikoolis uute ravimite ja seadmete puhul. Lisaks on Suurbritannias loodud digitaalsete tehnoloogiate juhised, mis arvestavad paremini nende tehnoloogiate eripärasid.

HOLLAND



Holland on üks Euroopa Liidu madalaima täitmata ravivajadusega riike

Tervishoiukulud 10% SKP-st

Mis on viimase aja uuendused ja kui teostatavad need Eestis oleks?

RIIKLIK ERAKINDLUSTUSE MUDEL

Hollandi tervishoiusüsteemile on iseloomulik kohustuslik reguleeritud erakindlustus, erarahastusel põhinev pikaajaline hooldus ning kohalikest maksudest rahastatav sotsiaalsoolekanne. Eestis on varasemad uuringud jõudnud tulemusele, et peamiselt erakindlustusel põhinev rahastamismudel ei ole meil turu väiksuse tõttu rakendatav. Pikemas perspektiivis saaks selline lahendus Eestis toimida piiriülese ravikindlustuse näol või riigi rahastust täiendavas rollis (näiteks omaosaluse katmiseks). Samas vähendaks see osade inimeste ligipääsu tervishoiuteenustele.

ISESEISVALT PRAKTISEERIVAD ÕED

Hollandi süsteemi omapäraks on tugev esmatasand: iseseisvalt praktiseerivad õed, kellel on õigus kirjutada välja ravimeid ja viia läbi madala riskiga kirurgilisi protseduure, samuti vaimse tervise õed. Eesti on vähehaaval liikumas samas suunas, kuigi Eesti väljakutseks on koolitada rohkem õdesid. Vaimse tervise õdesid on Eestis veel väga vähe.



4. TERVISHOIU TULEVIKU- STSENAARIUMID



Erinevad stsenaariumid aitavad mõista, millised võiksid olla riigi ja ühiskonna praeguste valikute tulemid aastakümnete pärast.

Mitmevariantsses tulevikukäsitluses on meil võimalik paremini aru saada, milline võiks olla erinevatesse olukordadesse sobiv tervishoiupoliitika – tervisekindlustussüsteemi rahastuspõhimõtted ja -allikad; see, kas riikliku süsteemi põhirõhk on ennetusel või ravil; ning milline võiks olla tervisekindlustuse katvus, riigi finantseeritud teenuste valik ja inimeste omaosalus.



Joonis 9. Tervishoiu tulevikustsenaariumide raamistik

Tabel 3. Stsenaariumide telgede kirjeldus

Tervisekäitumine ja epidemioloogiline pilt		Tervisetehnoloogia areng ja digitalistu ning nende kasutamine nii ennetuses kui ka ravis	
Tervisepööre	Eriilmelisem tervisekäitumine	Lai tehnoloogia	Kitsas tehnoloogia
Inimesed võtavad suurema vastutuse oma tervise hoidmisel	Keskmiselt jätkub senine käitumismuster	Tervise digitehnoloogiad ja seadmed on enamikule inimestele kättesaadavad. Kaudselt saavad sellest abi kõik, näiteks ravimite koostoime andmebaas	Tehnoloogiad on olemas, aga kõiki ühiskonnagruppe hõlmavaid lahendusi kasutusel ei ole
Tervisekäitumise paranemist veavad terviseentusiastid, aga oma rolli mängib ka koroonakriisi käigus omandatud ettevaatlikkus. Inimesed mõtestavad varasemast paremini oma tervise ja käitumise vahelist seost – kasvanud on tervisekirjaoskus	Ühed inimesed on sportlikud, toituvad tervislikult ja hoiduvad käitumishaigustest, teised elavad hetkes või ei saa endale tervislikke valikuid lubada ning loodavad riigile	Tehnoloogiat ja andmeanalüüsi kasutatakse laialdasemalt nii ennetuses kui ka ravis – näiteks telemeditsiin, personaalmeditsiin ja tervisega seotud andmete parem kasutamine nii ennetuses kui ka ravis	Erasektor pakub oma teenuseid niikui, aga seda vaid neile, kes on valmis nende teenuste eest maksma
Riik näitab eeskuju ja tegeleb tervisekäitumise parandamisega, kasutades näiteks nügimist, investeerib elukeskkonna parandamisse, kujundab tervise poliitika-üleseks teemaks. Vaimne tervis saab süsteemselt oluliseks küsimuseks	Riigi rahastus kulub raviteenustele ning investeringuid ennetusse napib. Vaimse tervise valdkonna kasvavaid probleeme teadvustatakse, aga suuri samme ei tehta	Riik loob andmete ja muud tehnilised standardid, mis võimaldavad süsteemide ühilduvust ja andmevahetust ning inimeste aktiivset rolli andmete loojate ja valdajaina, mis on ühtlasi kooskõlas andmekaitse põhimõtetega. Eeldab riigipoolset eestvedamist ja tihedat koostööd erasektoriga	Kitsama tehnoloogia kasutamise põhjused võivad olla järgmised: riigil ei jätku ressursse, et ühildada era- ja avaliku sektori tehnoloogilist baasi, ennetust võimaldavale tehnoloogiale ei soovi inimesed oma terviseinfot jagada, hästi toimivad ja turvalised lahendused on kallid



Stsenaarium: Tervishoiu unelm



Inimeste tervisekäitumine ja epidemioloogiline pilt paraneb oluliselt ja uued tervisetehnoloogiad on nii ennetuses kui ka ravis ülekaalukale enamusele kättesaadavad.

Koroonaviiruse kriisi tuules muutub tervis majandusliku heaolu kõrval tähtsusele teiseks teemaks. Riigis tekib suur hulk terviseentsuste, kelle eestvedamisel toimub laialdaselt ettevõtmisi, et kõik Eesti inimesed saaksid osa tervislikumast käitumisest. Kooli õppekavadesse liidetakse terviseõpetus kuni gümnaasiumi lõpuni, mille tulemusena **paraneb tervisekirjaoskus. Seaduste ja arengukavade väljatöötamisel hinnatakse nende mõju tervishoiu eesmärkidele.** Riik suunab tervislikust aktiivselt, rakendades elanike „nügimist“ tervislikuma käitumise poole, seisab keskkonna hoidmise ja puhta looduskeskkonna säilimise eest ning loob kiirendatud tempos juurde vabas õhus liikumise kohti. Kuna ka Eesti on kogunud viirusekriisi ja tundnud, milline on maailm ilma vaktsiinideta, kasvab vaktsineeritute hulk nii inimeste teadlike otsuste kui ka riigipoolse nügimise tulemusel.

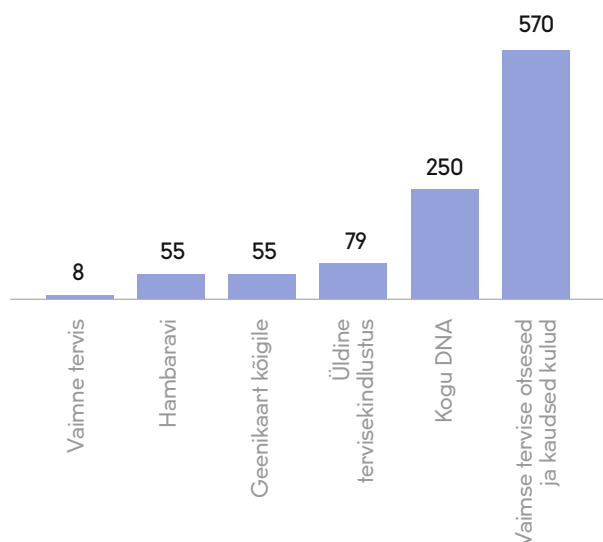
Riigi eestvedamisel arendatakse digitaristut ning luuakse tervisealase digitehnoloogia rakendamise raamistik, standardid ja viisid, kuidas erasektor saaks kergesti üldise süsteemiga liituda. Uusi tervisetehnoloogiaid võetakse kasutusele nii ennetuses kui ka ravis. Sellised muudatused tõstavad ka Eesti e-riigi uuele tasemele. Ennetuses ja ravis kasutatava tehnoloogia eesrindlikud näited on seotud personaalmeditsiini, andmeteaduse ja telemeditsiiniga. Kõikidel inimestel on tehtud oma geenikaart ja uuritud nende mikrobiomi. Riskirühmadele ostab riik nutiseadmed, mis nende tervisenäitajaid jälgivad. **Inimese andmed, nii geneetilised, mikrobiomi puudutavad kui ka kõikvõimalike terviseinfot koguvate seadmete ja äppide**

kaudu saadav info, saavad ühises andmebaasis ehk tervisekontol kokku; selle tarvis on valminud toimiv ja iseõppiv tehisintellekt, mis suudab tervise kohta soovitusi anda nii inimesele endale kui ka tervishoiupersonalile. Seega muutub tervishoiusüsteem kaugjuhitavamaks, reageerivamaks ja ennetavamaks.

Geeniinfo ja muude infoallikate kasutamine eeldab, et inimesed ja andmekaitse on valmis andmeid jagama ja siduma. Andmete turvaliseks liikumiseks ja andmeleketekes ärahoidmiseks on kasutusel plokiahela tehnoloogia, mis tagab andmete kasutamise läbipaistvuse ja annab inimesele võimaluse otsustada, kellel on ligipääs tema andmetele.

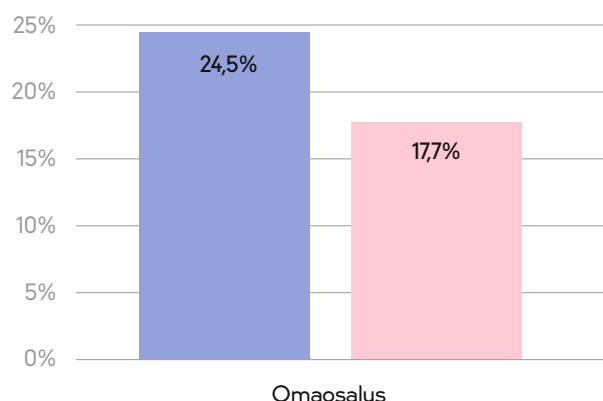
Uute andmete ja nende kasutamise tulemusena saab minna üle rahvatervise juhtimisele (*population health management*), et optimeerida vaimset ja füüsilist tervist üle elukaare ning ka üle generatsioonide.

Kindlustus: üldine tervisekindlustus laia teenuste paketiga. Kuna riigi soov on haigustest hoiduda või neid võimalikult varases etapis ravima hakata, minnakse üle üldisele tervisekindlustusele. Selle tulemusena saab kaetud kogu rahvastik. Laiendatakse riigi rahastatavate teenuste valikut, lisades hambaravi, vaimse tervise ja geenianalüüsi. Vaadatakse üle ka rahastamise mudel – liigutakse ravitulemuse rahastamise poole, võrreldes varasema üksikute ravi- ja analüüsiteenuste eraldi rahastamisega. Nii riik kui ka inimesed soovivad ju näha raviefekti ja on valmis maksma eelkõige selle eest.



Üldine tervisekindlustus (79 miljonit) suurendaks 2021. aasta hindades haigekassa kulusid alla viie protsendi aastas

Joonis 10. Kulude kasv 2021. aasta hindades miljonites eurodes



Hambaravi omaosaluse vähenemine viiele eurole tähendaks inimese jaoks aastas 90-eurost kokkuhoidu (2019. aasta hindades)

Joonis 11. Omaosaluse muutus

Üldine tervisekindlustus tähendaks haigekassale 2021. aasta hindades kulude tõusu 79 miljoni võrra aastas. Täiskasvanute hambaravi kindlustamisega kaasneks täiendav kulude kasv 55 miljonit eurot aastas. Kõiki muudatusi arvesse võttes oleks 2035. aasta haigekassa eelarve praeguse rahastusmudeli põhjal 1150 miljoni suuruses defitsiidis (baasstsenaariumis 900 miljonit).

Inimeste tervishoiukulude omaosalus langeks 2018. aasta 24,5% pealt 17,7%-ni täiskasvanute hambaravi riigipoolse rahastamise tõttu. Hambaravihüvitise laienemine parandab hambaravi kättesaadavust madalama sissetulekuga rühmades, kes praegu hambaravist sageli loobuvad.

Hambaravihüvitise tulemusena väheneks ligikaudu kolmandiku võrra inimeste osakaal, kes ei saa rahalistel põhjustel hambaravi.

Kogu rahvastiku katmiseks geenikaartidega kulub 55 miljonit eurot. Kõigi Eesti inimeste DNA järjestamise maksumus võib sõltuvalt testide hinnamuutusest jääda vahemikku 250 kuni 500 miljonit eurot järgmise 5–7 aasta jooksul. Tulevikus tuleks iga-aastaselt koguda kokku 14 000 vastsündinu geenianalüüsi.

Vaimse tervise teenuste tegelik vajadus on teadmata, olemasolev info killustatud, ning seega on ka riiklikult rahastatud teenuste võima-

liku ulatuslikuma pakkumisega seotud kulud hinnangulised. Kui praegu osutatavad vaimse tervise teenused läheksid haigekassa kanda, oleksid minimaalsed kulud 7,7 miljonit eurot aastas. Tegelikkuses võivad kulud osutuda korda-

des suuremaks, sest on palju diagnoosimata vaimse tervise muresid. Kuni 570 miljonit eurot on vaimse tervise rohelise raamatu hinnangul Eesti otsesed ja kaudsed vaimse tervise kulud.

Võimalused



- + Suur osa ravivajadusest kaob ära tänu ulatuslikule ja hästitoimivale ennetusele
- + Eesti e-ennetust saab hakata eksportima
- + Harvaesinevaid operatsioone saab läbi virtuaalreaalsuse teha ka Eestis
- + Erinevad uuringud on osutanud, et toimiv ennetus ja parem tervis toob SKP-le ligi kümnendiku juurde, sest kasvab tootlikkus, väheneb enneaegne suremus ja inimesed saavad kauem tööturul osaleda
- + Tervisekindlustuse laiendamisega saaks siduda kohustuse, et igaüks käib aastas vähemalt korra arsti juures ja/või annab nõusoleku oma terviseandmete jagamiseks (arvestades andmekaitse reegleid)

Riskid



- Inimeste terviseandmeid võidakse hakata kasutama teistel eesmärkidel või suudetakse kvantarvutite abiga terviseinfo plokiahelad lahti murda ja andmeid võidakse kasutada ebaeetilisel moel. Inimeste usaldus andmeid jagada väheneb
- Tehisintellekt ei toimi eeldatud viisil ja hakkab ühel hetkel inimestele „valesid“ soovitusi andma
- Aktiivne osalemine andmepõhises ennetuses ei ole kõige madalama sissetulekuga inimestele jõukohane
- Kuna tervisekindlustuse saamine ei olene maksude maksmisest, võib inimeste maksukäitumine halveneda



Stsenaarium: Pragmaatiline maailm



Inimeste tervisekäitumine ja epidemioloogiline pilt paraneb ning uued tervisetehnoloogiad rakenduvad eelkõige ravivaldkonnas.

Demograafiline olukord, koroonaviiruse järelmõjud ja ka oodatava elueaga seotud pensioniiga sunnib riiki panustama tervena elatud aastatesse, et hoida inimeste töövõimet. Eesmärk on erasektorit kaasates tervisetehnoloogiad laialdaselt kasutusele võtta. Kuna riigil on raha ikkagi piiratud ja vähe, suunatakse see **eelkõige raviga seotud tehnoloogiatesse**, sest see on akuutsem probleem: vaja on leevendada pikki ravijärjekordi ja tervishoiusektori tööjõunappust. Seega on tehnoloogilised lahendused suunatud kulude kokkuhoiule, näiteks saab kasutada virtuaalvisiite, et aega kokku hoida.

Ennetuskampaaniad jätkuvad massikampaaniatena. Personaliseeritud ja andmepõhiseks ennetuseks ei jätku ei raha ega eestvedamist. Kes saavad seda endale lubada, kasutavad oma tervise hoidmiseks erasektori lahendusi – näiteks ingliskeelseid ja efektiivseid, kuid tasulisi mobiilirakendusi. Ennetuse edenemisel on lisatakistuseks inimeste umbusk ja vähene usaldus riigi vastu, andmekaitsepiirangud ja süsteemide ebapiisav ühildumine.

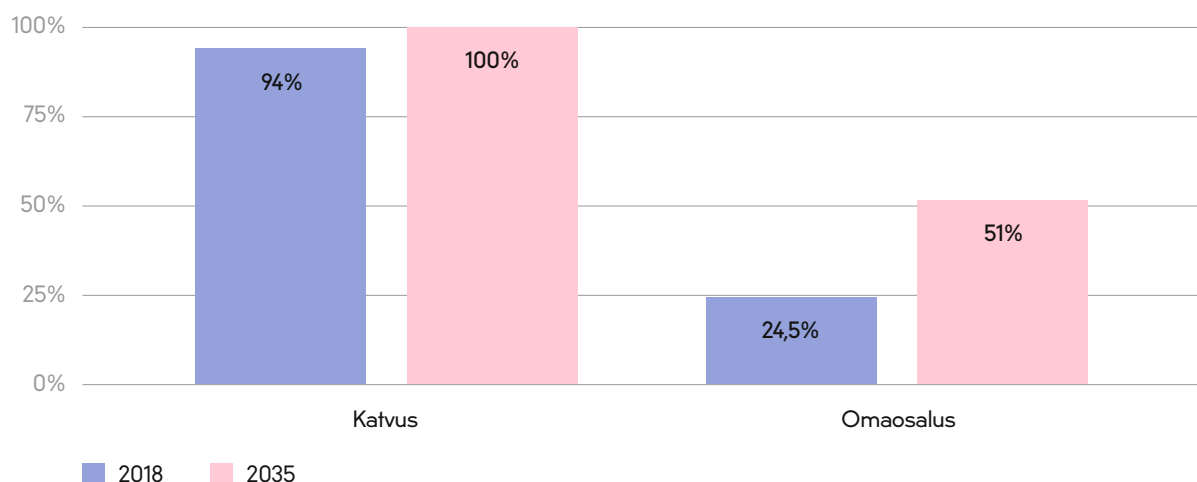
Kindlustus: üldine tervisekindlustus. Kuna raha on vähe, siis aktsepteeritakse omaosaluse märkimisväärset kasvu ehk suurendatakse

inimeste endi koormust tervishoiuteenuste eest tasumisel. Kõrge omaosaluse katmiseks hakatakse kasutama **eraõiguslikku tervisekindlustust** sarnaselt Prantsusmaa või Sloveeniaga. Haavatavate ühiskonnagruppide eest tasub kindlustusmakse riik, näiteks pensionärid ja materiaalses puuduses olevad isikud.

Üldise tervisekindlustusega on kaetud kogu Eesti rahvastik.

Omaosaluse kasv tähendaks 2019. aasta hindades 390-eurost kulude kasvu aastas. Seega kasvaks inimese omaosalus 730 euron aastas. Selle katteks kasutatakse omaosaluse erakindlustust.

Kui laste ja pensioniealiste erakindlustusmakset subsideeriks riik, siis oleks tööealiste erakindlustuse aastane makse 570–820 eurot 2019. aasta hindades.



Joonis 12. Katvus ja omaosalus tervishoius 2018. ja 2035. aastal

Selle stsenaariumi korral minnakse üle üldisele tervisekindlustusele – tervisekindlustusega katvus oleks senise 94% asemel 100% ehk kaetud oleks kogu rahvastik. Kui 2021. aastast hakkaks kehtima üldine tervisekindlustus, siis suureneksid ravikindlustuse kulud 79 mln eurot aastas, muid otseseid kulusid uute teenuste näol selles stsenaariumis ei lisandu.

Kui omaosalus kataks lisaks olemasolevale omaosalusele ka edaspidi tekkiva puudujäägi, jõuaks omaosalus 51%-ni. Rahaliselt tähendaks see, et lisaks senisele omaosalusele on vaja aastal 2035 katta 1,05 miljardi euro suurune puudujääk. Kuna omaosaluse erakindlustus

kataks seda ka edaspidi ning pensioniealiste ja laste erakindlustuse makset subsideeriks riik, tähendaks see tööealistele sõltuvalt kindlustusfirmade marginaalist väljaminekut erakindlustusmakse näol vahemikus 570 € (5% marginaal) – 820 € (50% marginaal) inimese kohta aastas 2019. aasta hindades.

Simulatsioonide kohaselt kasvab omaosaluse mõju vaesumisele või vaesusriskile 4,5%-lt 16%-ni*. Kui erakindlustusmakse või omaosaluse tõus tasutakse pensionäride eest riigieelarvest, väheneks omaosaluse mõju vaesusele või vaesusriskile 9%-ni*.

* Vaesusrisk on mitu korda kõrgem andmetest tekkiva eripära tõttu – pooltel inimestel on omaosalus ühel aastal null, aga erakindlustusega see enam null ei oleks. Inimestel, kellel oli esimesel aastal omaosalus null, ei pruugi järgmisel aastal enam omaosalus null olla. Erakindlustusmakse hajutab omaosaluse makse üle aastate.

Võimalused



- + Tehnoloogiaettevõtetel on head võimalused pakkuda ennetusega seotud teenuseid
- + Uute ravitehnoloogiate kasutuselevõtt parandab ravikvaliteeti
- + Erakindlustus omaosaluse katmiseks toob kaasa inimeste suurema motivatsiooni tervislikumaks käitumiseks, sest sellest sõltub kindlustusmakse suurus
- + Turupõhise konkurentsi tekkimine haiglate vahel aitab kulusid ohjata
- + Tervisekindlustusega võib kaasneda kohustus iga-aastaselt vähemalt korra arsti juures käia ja/või anda nõusolek oma terviseandmete jagamiseks (arvestades andmekaitse reegleid)
- + Erakindlustus ühtlustab inimeste omaosaluse makseid, sest kindlustusmakse on inimese jaoks omaosaluse kulude laeks

Riskid



- Erakindlustus ei pruugi nii väikeses mahus toimida. Selleks võib vaja minna suuremat turupiirkonda
- Erakindlustuse toimimisel ei pruugi see vastata ootustele ega tagada inimeste võrdset kohtlemist
- Erakindlustus võib viia osa inimesi suuremasse vaesusriski või tekitada suuri kulusid KOV-idele ja riigile, et vaesematele inimestele erakindlustust tagada



Stsenaarium: Pool rehkendust



[illegible]

Üldine epidemioloogiline pilt paraneb, sest tervishoiu esmatasand on muudetud kõigile kättesaadavaks. Mõnede jõukamate inimeste jaoks avanevad täiesti uued tehnoloogilised võimalused, mille abil enda juures midagi muuta, näiteks oma meeli või mõistust teravdada või veel sündimata lapsele soovitud omadusi valida. Teiste jaoks võib huvi tervise vastu väljenduda andmepõhises ennetuses – oma tervist ja heaolu juhitakse erinevate digirakenduste abil.

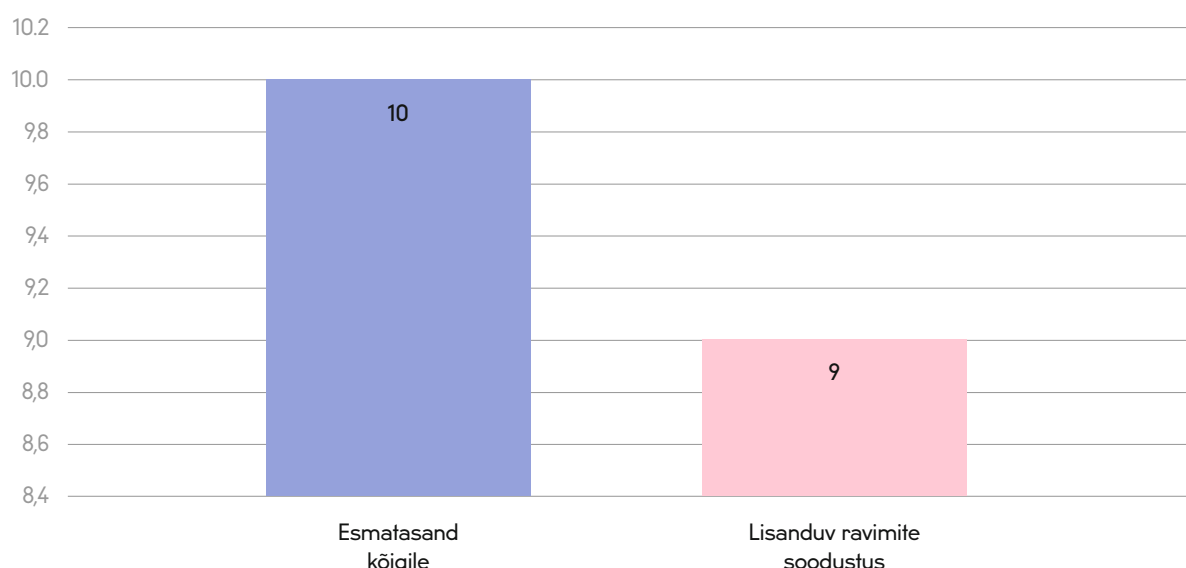
Üksnes ühele osale rahvastikust kättesaadavad innovaatilised lahendused suurendavad ebavõrdsust ja nihutavad eetilisi piire. Ülejäänud hakkavad otsima erinevaid lahendusi alternatiiv-, pärimus- ja rahvameditsiinist. See toob kaasa terviseteadlikkuse kasvu, aga viib samas inimesed kaugemale tavameditsiinist ja võib pikas vaates kaasa tuua suuremad ravikulud, sest inimesed ei jõua oma tõsiste terviseprobleemidega õigel ajal arsti juurde.

Kindlustus: praeguse süsteemi jätkumine, millele lisanduvad esmatasandi teenused (üld- ehk perearstiabi) kõigile. Tervisekindlustusega kaetusele tekib kaks taset: 1) esmatasandi teenustega on kaetud kõik; 2) teiste riigi finantseeritud teenustega kaetus püsib varasemal tasemel või isegi väheneb, kui inimesed järjest enam töölepingulisest töösuhtest välja liiguvad. Lisaks laiendatakse esmatasandi tervishoiuteenust – näiteks lisatakse vaimse tervise õed, füsioterapeudid, toitumisenõustajad ja sotsiaaltöötajad.

.....

Kõiki kattev esmatasand (10 miljonit eurot) koos ravimite soodustusega (9 miljonit eurot) läheks maksma neljandiku üldisest tervisekindlustusest (79 miljonit eurot).

.....



Joonis 13. Lisanduvad kulud 2021. aasta hindades (miljonites eurodes)

Kogu rahvastiku kindlustamisega üldarstiabi-teenustega kaasneks ravikindlustuse kulude suurenemine 2021. aasta hindades ligikaudu 10 miljoni euro võrra, mis omakorda sisaldab kuni 2 miljonit palgakulude tõusu, kui proportsionaalselt katvusega suureneks ka perearstide arv. Kui kaasuksid ka soodusravimite kulud, lisanduks kulusid veel 9 miljoni euro eest.

Kindlustamata inimeste seas on enamasti tööelised elanikud, kelle tervishoiuteenuste tarbimine ja seega ka potentsiaalne omaosalus on keskmisest madalam. Tööeliste seas on vaesumine või vaesusrisk omaosaluse tõttu keskmisest kaks korda väiksem, ligikaudu 2%, millel oleks ka maksimaalne mõju vaesuse vähenemisele selles stsenaariumis.

Võimalused



- + Läbi universaalse esmatasandi ennetada või jõuda jälile tervisemuredele varases faasis
- + Parem terviseteadlikkus viib suurema heaoluni

Riskid



- Kuna tehnoloogiamahukad teenused on kättesaadavad jõukamatele, on see tervisealase ebavõrdsuse kasvulavaks
- Ulatuslik pöördumine reguleerimata ja puuduva või vähese tõenduspõhisusega ravimeetodite poole võib suurendada hilisemaid ravikulusid



Stsenaarium: Endistviisi edasi



A photograph of a long, brightly lit hospital corridor. Two individuals wearing full green protective suits, including hoods and masks, are walking away from the camera down the center of the hallway. The corridor has white walls, a polished floor reflecting the overhead lights, and several glass doors on the right side. The perspective is from behind the two people, looking down the length of the hallway.

Inimeste tervisekäitumine ja epidemioloogiline pilt muutub veelgi ebavõrdsemaks ja uued tervisetehnoloogiad ei ole suurele osale inimestest kättesaadavad.

.....

Kuna paljude tervis on halb, koroonaviiruse järelmõjud osutuvad raskeks ja tervisealane ebavõrdsus süveneb, on see heaks pinnaseks riigi süüdistamisele, millega kaasneb usaldamatus kasv. Inimesed ei ole valmis riigiga oma personaalset infot jagama ega usalda tasapisi enam ka riigi jagatavat informatsiooni. Väheste ressursside tingimustes ei jõua riik tehnoloogiatesse üldse panustada ning eesrindlikumad lahendused jäävad erasektori vedada ja väheste kasutada.

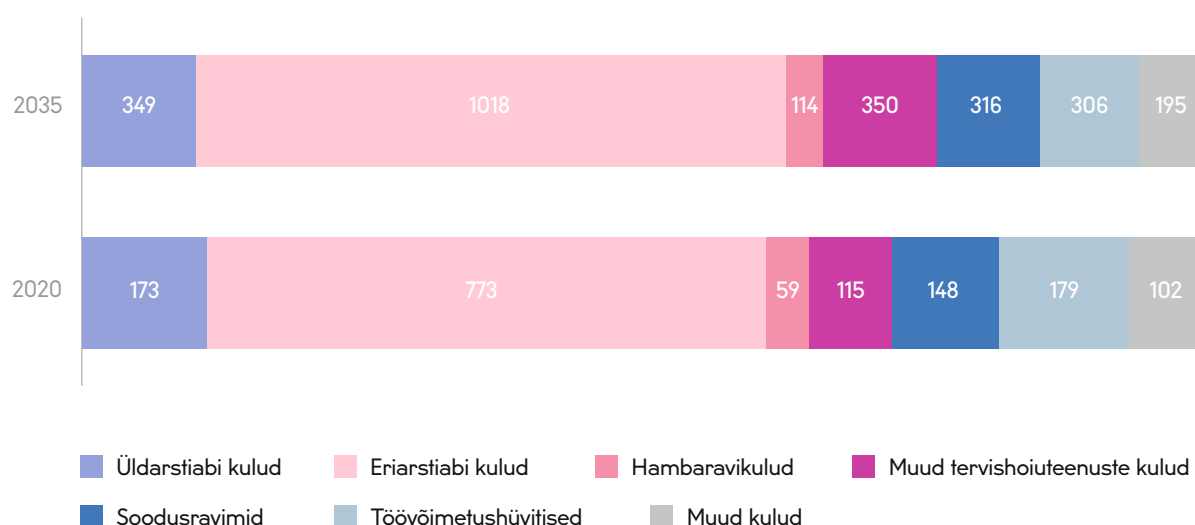
Kuna uueks suureks riskiteguriks on ülekaalulisus, püüavad tervist väärtustavad inimesed hoida tasakaalu toitumise ja liikumise vahel. Senisest veelgi enam inimesi suundub taimse toidu poole, teised jällegi järjekindla ja jälgitud treenimise poole. Vaesemale ja passiivsemale osale elanikkonnast jääb see kõik kaugeks ja kättesaamatuks.

Vaimne tervis muutub ühiskonnas tasapisi olulisemaks ja depressiooni hakatakse nägema haigusena, mille puhul abi otsimine on tava-pärane ja vajalik, kuid vaimse tervise teenuste kättesaadavus ei parane oluliselt väheste raha-liste vahendite tõttu. Tehakse küll kampaaniaid, mis juhivad tähelepanu vaimse tervise tähtsu-sele, kuid need on ühekordsed projektid, mida paljud inimesed umbusaldavad või ignoreerivad.

Kindlustus: praeguse süsteemi jätkumine.

Kuna raha on vähe, pikenevad teenuste järje-korrad ja keskmine omaosalus kahekordistub. Tervishoiuteenuse eest tasumisel jätkatakse enamasti tükipõhise rahastamisega, mis ei motiveeri süsteemset kvaliteedi kasvu ja tervise jälgimist, vaid suunab raha n-ö „tulekahjude kustutamisele“ eriarstiabi tasandil kallite prot-seduuride näol.

Kuna rahvastik vananeb, kasvab aastaks 2035 eriarstikulude osakaal 53%-ni kogu ravikindlustuse kuludest varasema 50% asemel.



Joonis 14. Ravikindlustuse kulude osakaal kululiikide lõikes aastatel 2020 ja 2035, miljonites eurodes
Allikas: Laurimäe et al. 2020

Kuni aastani 2035 jätkub 2020. aastal kehtiv ravikindlustussüsteem. Seega ei lisandu haigekassa rahastatavaid teenuseid ega muutu ravikindlustuse katvus, mis 2019. aastal oli 93,6%.

Ravikindlustuse eelarve jõuab defitsiiti. Kui ravikindlustuse rahastamine ei muutu, ei suuda ravikindlustuse tulud suureneda sama kiiresti kui kulud. Eelarvedefitsiit kasvab iga aastaga ja jõuab 2035. aastaks ligi 900 miljoni euroni. 2019. aasta omaosaluse määr 24% suureneb veelgi. Kui edaspidi katta defitsiit omaosalusega, kasvaks omaosaluse määr 50%-ni.

Omaosaluse mõju vaesusele on Eestis viimasel ajal vähenenud (4,5% on leibkondi, kelle jaoks tervishoiu omaosalus kas süvendas vaesust, viis

leibkonna vaesuspiirist allapoole või vaesuspiiri lähedale), mis võib olla selgitatav nii sissetuleku kasvuga kui ka hambaravihüvitise ning täiendava retseptiravimite hüvitisega.

Kui omaosalus kahekordistuks ja kulude jaotus leibkondade vahel ei muutuks, siis **keskmiselt moodustaksid tervishoiukulud inimeste tarbimiskuludest kuni kümnendiku. Omaosaluse mõju leibkondade vaesumisele või vaesusriskile kasvaks pea kaks korda – 4,5%-lt 8,3%-ni.** Kõige suuremas riskis oleksid endiselt eakad, kelle tervishoiuteenuste tarbimine on suur ja sissetulekud väikesed. Kuigi ka näiteks paljulapseliste perede seas võib iga kümnenda leibkonna omaosalus ületada 40% nende maksevõimest.

Võimalused



- + Erasektoril on võimalus pakkuda tervise-teenuseid ja tehnoloogilisi lahendusi maksejõulisele osale elanikkonnast

Riskid



- Ühiskond polariseerub ja tervisealane ebavõrdsus kasvab
- Sõltuvused, ebatervislik toitumine ja vaimse tervise probleemid ühiskonnas tervikuna süvenevad ning ennetatavad haigused ei vähene
- Ebapiisava rahastuse tulemusel kannatab ravikvaliteet
- Kuna omaosalus kahekordistub ja oleneb ravivajadusest, siis osade inimeste kulud tõusevad märgatavalt suuremaks kui keskmine omaosalus



Stsenaariumide võrdlus



Tabel 4. Stsenaariumide võrdlus

	Tervishoiu unelm	Pragmaatiline maailm	Pool rehkendust	Endistviisi edasi (baasstsenaarium)
Stsenaariumi iseloomustab	Inimeste tervisekäitumine ja epidemioloogiline pilt paraneb oluliselt ja uued tervisetehnoloogiad on nii ennetuses kui ka ravis suurele osale inimestest kättesaadavad	Inimeste tervisekäitumine ja epidemioloogiline pilt paraneb ja uued tervisetehnoloogiad on eelkõige ravis suurele osale inimestest kättesaadavad	Inimeste tervisekäitumine ja epidemioloogiline pilt paraneb ja uued tervisetehnoloogiad ei ole suurele osale inimestest kättesaadavad	Inimeste tervisekäitumine ja epidemioloogiline pilt muutub veelgi ebavõrdsemaks ja uued tervisetehnoloogiad ei ole suurele osale inimestest kättesaadavad
Ravikindlustus	Kõiki kattev ja teenuste valik lai	Kõiki kattev, teenusvalik ei laiene	Kõiki kattev esmatasand, esmatasandi teenusvalik laieneb	Jätkub senine süsteem
Lisanduv kulu riigile (baasstsenaariumiga võrreldes, 2021. aasta hindades)	142 miljonit	79 miljonit	21 miljonit	–
Omaosalus	Väheneb (7% võrra)	Kasvab 51%-ni, mida hakatakse rahastama eraõigusliku kindlustusega	Hoitakse 24% peal	Kasvab 50%-ni
Lisanduv riigi rahastus	Vajab lisarahastust, et viia sisse üldine tervisekindlustus, laiendada teenuste valikut ja vähendada omaosalust	Vajab lisarahastust, et katta pensioniealiste ja laste erakindlustuse makse	Vajab lisarahastust, et hoida omaosalust muutumatuna	Pole vajalik, kui omaosalus kahekordistub
Järjekorrad	Lühenevad	Lühenevad	Püsivad	Pikenevad
Katvus	100%	100%	100% esmatasand, 94% eriarstiabi	94%
Riskid	Inimeste terviseandmetesse võidakse sisse häkkida ja neid väärkasutada. Tehisintellekt ei toimi eeldatud viisil ja hakkab ühel hetkel inimestele „valesid” soovitusi andma. Inimeste maksukäitumine halveneb ja seetõttu väheneb kogu riiklik rahastus	Erakindlustus ei pruugi nii väikeses mahus toimida. Selleks võib vaja minna suuremat turu piirkonda. Erakindlustus ei pruugi tagada võrdset kohtlemist. Erakindlustus võib viia osa inimesi suuremasse vaesusriski või tekitada kulusid KOV-idele ja riigile, et vaesematele inimestele erakindlustust tagada	Kuna tehnoloogiamahtuvad teenused on kättesaadavad jõukamatele, on see tervisealase ebavõrdsuse kasvulavaks. Ulatuslik pöördumine reguleerimata ja puuduva või vähese tõendus põhiseadusega ravimeetodite poole võib suurendada hili-semaid ravikulusid	Ühiskond polariseerub ja tervisealane ebavõrdsus kasvab. Sõltuvused, ebatervislik toitumine ja vaimse tervise probleemid ühiskonnas tervikuna süvenevad ning ennetatavad haigused ei vähene. Ebapiisava rahastuse tulemusel kannatab ravikvaliteet



5. VÕIMALIKUD LAHENDUSED



Parem tervisekäitumine

Tervisekindlustussüsteem on vaid üks tegur paljudest, millega mõjutada tervena elatud aastaid. Väga oluliseks on inimeste endi tervisekäitumise ja -teadlikkuse jätkuv parendamine. Seejuures tähendab parem tervisekäitumine lisaks individuaalse tasandi heaolu tõusule ka rahalist võitu. Näiteks kaotati Eestis 2016. aastal alkoholist põhjustatud enneaegse suremuse ja

haigestumuse tõttu ligi 51 300 eluaastat. Kui aastane kaotatud eluaastate arv väheneks 40 000 eluaasta peale, paraneks inimeste heaolu ja riik võidaks sellest **ligikaudu 700 miljonit eurot aastas**. Samas suurusjärgus on ka suitsetamisega kaasnevate haiguste tõttu kaotatud eluaastad ja nende hind.



Joonis 15. Tervisekäitumise muutumisega kaasnev kaotatud eluaastate arvu ja kulude muutus

Allikas: Laurimäe et al. 2020

Tähelepanuväärne rahaline mõju oleks ka väiksematel muutusel. Näiteks praegusega võrreldes tähendaks kõigest ühe protsendi võrra väiksem alkoholi tarvitamisest tingitud kaotatud eluaastate arv (51 300 → 50 787) 28 miljoni eurost aastast võitu, suitsetamisega seoses oleks see 30 miljonit, narkootiliste ainetega 7 miljonit ja vaimse tervise häiretega 29 miljonit eurot aastas.

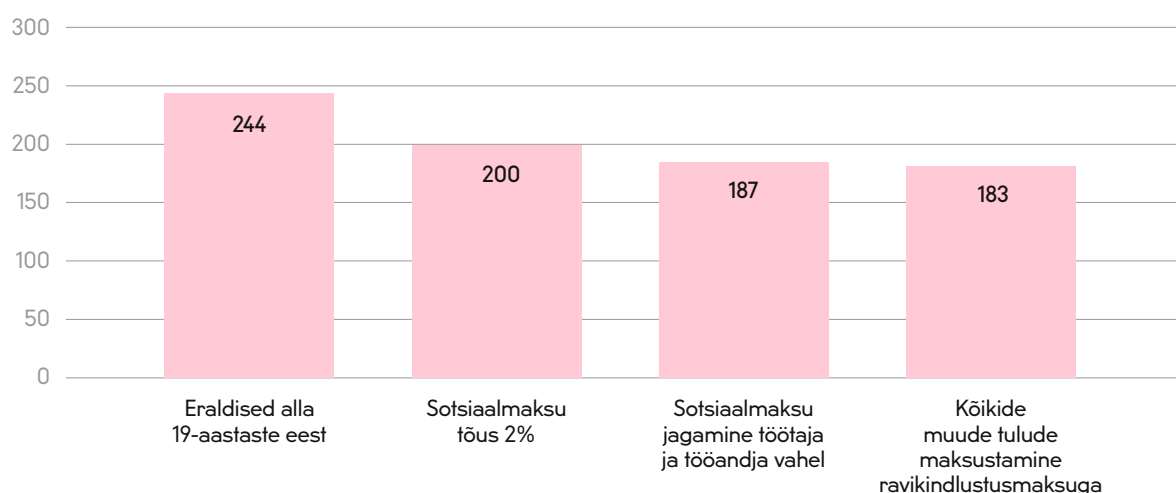
Ka raviga välditav suremus 100 000 inimese kohta on Eestis EL-i näitajast 50 surma võrra kõrgem. Kui Eesti näitaja paraneks EL-i näitajani, siis selle tulemusena võidaksime tänu ravi kvaliteedi paranemisele ligikaudu 23 900 täiendavat eluaastat ning saavutaksime otseselt heaolu kasvu ja rahalise võidu 1,5 miljardi euro ulatuses.

Rahastusallikate muutmise võimalused

Eesti sotsiaalkaitseüsteem sarnaneb enim liberaalse sotsiaalkaitseüsteemiga ja seni on tervisekindlustuse rahastamine tuginenud kitsale

tulubaasile ehk üksnes palgapõhistele maksetele. Seetõttu on süsteem juba oma disainilt tundlik majanduslanguste ja rahvastiku vananemise suhtes.

Peamiselt rahastatakse tervishoiukulusid tööandja makstava sotsiaalmaksu ravikindlustuse osast (13% brutopalgast), millele lisanduvad väiksemas mahu eraldised pensionäride eest. Selline süsteem ei ole jätkusuutlik juba lähimal kümnendil, põhjuseks nii tulude vähenemine (vähenev rahvastik ja uued töövormid, kust sotsiaalmaksu ei maksta) kui ka kulu- tuste suurenemine (elatakse küll kauem, kuid haigena). Ka vaid praeguse süsteemi jätkumine ilma ühtegi uut riiklikult rahastatavat teenust lisamata tähendab juba lähiaastatel kiiresti süvenevat tervisekindlustuse eelarve defitsiiti, mis jõuab 2035. aastaks 900 miljoni euroni. Kui lisada teenuseid või kaetust tervisekindlustusega kõigile Eesti elanikele, süveneb defitsiit veelgi. Vajalik on senise rahastusmudeli ümberkorraldamine või täiendamine.



Joonis 16. Tervishoiu rahastusallikate muutmisel lisanduv aastane summa (miljonites eurodes, 2021. aasta hindades)

Allikas: Laurimäe et al. 2020

Rahastusallikate muutmiseks on mitmeid võimalusi:

Jagada edaspidi sotsiaalmaksu maksmine töötaja ja tööandja vahel

- Lisanduks 187 mln aastas 2020. aasta baasil arvatuna
- 2020. aasta haigekassa kulutasemega saaks sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa langeda 13%-lt 11,6%-ni
- Inimeste netotulu samaksjäämiseks peaks tulumaks langema 20%-lt 19,5%-ni

Maksta sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa ka muude tulude (dividendid, hüvitised, renditulu) pealt

- Lisanduks 183 mln aastas 2020. aasta baasil arvatuna
- 2020. aasta haigekassa kulutasemega saaks sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa langeda 11,4%-ni
- Inimeste netotulu samaksjäämiseks peaks tulumaks langema 19%-ni

Teha uusi eraldisi, näiteks alla 19-aastaste eest

- Lisanduks 244 mln aastas 2020. aasta baasil arvatuna ja järgmise 15 aasta jooksul kokku 4,7 miljardit eurot
- 2020. aasta haigekassa kulutasemega saaks sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa langeda 11,4%-ni

Rahastada ravikindlustust riigieelarve üldistest tuludest

Kuidas rahastamisallikate valik mõjutab tervishoiu rahastamise ebavõrdsust?



Joonis 17. Tervishoiu rahastamise ebavõrdsuse indeks

Allikas: Võrk ja Piirits 2020

Senine rahastussüsteem on tuginenud tööle tulule ja seetõttu on tervishoiu rahastamine olnud ümberjaotav – suurema sissetulekuga inimesed maksavad tervishoiu eest suhteliselt enam. Viimaste aastate suurenenud omaosalus tervishoiu rahastamises ning kasvanud siirded

riigieelarvest, kus tarbimismaksude osakaal on suur, tähendab seda, et rahastamine on muutunud vähem progressiivseks ehk tervishoiu rahastamise suhteline koormus on liikunud kõrgema sissetulekuga inimestelt enam madala sissetulekuga inimestele.

Arenguseire Keskus

Lossi plats 1a, 15165 Tallinn
arenguseire@riigikogu.ee
riigikogu.ee/arenguseire

