

RAPORT 2025

Tervishoiu jätkusuutlikkus

Stsenaariumid aastani 2035



ARENGUSEIRE
KESKUS

Riigikogu juures tegutsev sõltumatu mõttekoda

Tervishoiu jätkusuutlikkus

Stsenaariumid aastani 2035

Raport

Arenguseire Keskus

Autor: Arenguseire Keskus

Raporti koostaja: Kaupo Koppel

Keeletoimetuse: Toimetaja Tõlkebüroo

Kujundus: Kala Ruudus

Raportis sisalduva teabe kasutamisel palume viidata allikale: Arenguseire Keskus (2025). Tervishoiu jätkusuutlikkus. Stsenaariumid aastani 2035. Raport. Tallinn: Arenguseire Keskus.

ISBN 978-9916-631-32-4 (trükis)

ISBN 978-9916-631-33-1 (PDF)

Raporti koostamisel on kasutatud ka teisi tervishoiu jätkusuutlikkuse uurimissuunas valminud töid:

- Võrk, A., Kasekamp, K., Roováli, L., Võrk, E. (2025). Erakindlustuse roll Eesti tuleviku tervishoiusüsteemis. Tartu Ülikool.
- Lubi, K., Hallik, R., Elland, M. (2025). Tervise- ja heaolutehnoloogiad – okkaline tee tervisevõrd-
suseni?!. Arenguseire Keskuse väljaanne *Pikksilm*.
- Arenguseire Keskuse lühiportid „[Tervishoiutöötajatega seotud trendid Eestis](#)“, „[Tervishoiu-
töötajate liikumine era- ja avaliku sektori vahel](#)“ ja „[Eesti tervishoiukulude kiire kasvu põhjused](#)“.

Arenguseire Keskus on ühiskonna ja majanduse pikaajalisi arenguid analüüsiv mõttekoda Riigikogu juures. Meie missioon on aidata kaasa tulevikku vaatavale poliitikakujundusele.

2025

Sisukord

Uurimissuuna kokkuvõte	6
Eesti tervishoiusüsteem	10
Eesti tervishoiusüsteem tugineb solidaarsusele ja sõltumatule Tervisekassale	10
Eesti kulutab tervishoiule oluliselt vähem kui Euroopa riigid keskmiselt	11
Eesti tervishoius makstakse teenuste eest peamiselt mahu järgi	12
Palgatõus on vähendanud arstide väljarännet, kuid tööjõupuudus püsib	13
Investeeringud hoonetesse ja seadmetesse kasvavad, kuid EL-i rahastusperioodi lõppemisel on vaja uusi rahastusallikaid	16
Paralleelsed infosüsteemid suurendavad IT-kulusid	18
Miks on tervishoiu rahastamise olukord pingestunud?	20
Eesti elanikud on tervemad kui sajandi alguses	20
Tervishoiukulude kiiret kasvu veab palgatõus	22
Tervishoiu rahastust on pikka aega kandnud tööhõive kasv	25
Ulatuslikum toetumine tehnoloogiale eeldab lihtsamat juurdepääsu andmetele ja ühtseid reegleid tõhususe hindamiseks ⁵²	27
Erakindlustuse roll Eesti tervishoius täna ja tulevikus⁵⁵	29
Euroopas on erakindlustus enamasti riikliku kindlustuse kõrval, mitte selle asemel	29
Ilma tugeva regulatsioonita ei ole erakindlustus õiglane ega tõhus	30
Eestis on eratervisekindlustusega kaetud kümnendik töötajatest, peamiselt kõrgepalgalistes sektorites ja ettevõtetes	32
Erakindlustuse laiendamisestsenaariumid	35
Kuidas osta tervishoiu tulemust, mitte teenuste mahtu?	40
Väärtuspõhine tervishoid seob rahastamise patsiendi tervisetulemitega	40
Väärtuspõhiste maksemudelitetõhusus sõltub rakendamisesüsteemsusest	43
Mida on Euroopas tehtud, kui tervishoiu on raha otsa saamas?	46
Stsenaariumid aastani 2035	53
Stsenaariumeid mõjutavad tegurid	53
Digilootus	55
Turutervishoid	59
Liiga väheja liiga hilja	62
Peamised tervishoiu jätkusuutlikkust mõjutavad tegurid ja otsustuskohad	66

Täname

Täname uurimissuuna juhtrühma: Reili Rand (Riigikogu), Tanel Kiik (Riigikogu), Irja Lutsar (Riigikogu), Eero Merilind (Riigikogu), Riina Solman (Riigikogu), Pille Banhard (Tervisekassa), Vootele Veldre (Sotsiaalministeerium), Anniki Lai (Sotsiaalministeerium), Lii Pärj (Sotsiaalministeerium), Neeme Tõnisson (Eesti Arstide Liit), Annika Veimer (Tervise Arengu Instituut), Elle-Mall Sadrak (Eesti Perearstide Selts), Mart Jesse (Eesti Kindlustusseltside Liit), Andres Piirsalu (Eesti Kindlustusseltside Liit); juhtkomisjoni varasemad liikmed Andres Sutt (Riigikogu) ning Hele Everaus (Riigikogu).

Täname eksperte, kes raporti valmimisele kaasa aitasid: Andres Võrk (Tartu Ülikool), Kaija Kasekamp (Tartu Ülikool), Liis Rooväli (Tartu Ülikool), Elisabeth Võrk (Tartu Ülikool), Kadi Lubi (TalTech), Riina Hallik (TalTech), Maarja-Liis Elland (TalTech), WHO Barcelona tervishoiu rahastamise lühikursuse organiseerijad.

Eessõna

Eesti tervishoid on aastaid elanud väikese ime najal. Tööealisi inimesi on küll vähemaks jäänud, kuid nende tööga hõivatus on pidevalt kasvanud – tööelistest inimestest üha rohkem osaleb tööturul. See asjaolu on aidanud hoida võrdset ehk 50/50 suhet töötajate ja ülejäänud ravikindlustate vahel, kes palgatulu ei teeni ja seega ravikindlustusmaksu ei maksa.

Selle mootori jõud on aga raugemas. Tööhõive ei saa tõusta ebarealistlikesse kõrgustesse, samas tervishoiukulud kasvavad aina kiiremini. Tervisekassa defitsiiti on aidanud edasi lükata mõned olulised poliitilised otsused, näiteks mittetöötavate pensionäride eest makstav iga-aastane täiendav rahaerandis ning COVID-19 kriisi ajal võimaldatud ajutine lisarahastus. Kuid ka nende meetmete mõju on ammendunud ja esimest korda pärast taasiseseisvumist seisab Eesti tervishoid silmitsi püsiva puudujäägiga.

Nende kaante vahelt leiame põhjaliku ülevaate kujunenud olukorrast ja peamistest lahendusteedest, millest ükski pole kahjuks lihtne ega kiire. Veel enam, tegu on olulisel määral ka väärtusvalikutega, mis vajavad poliitilisi otsuseid. Kas tõsta makse ehk teisisõnu suurendada ühiskonna solidaarset panust ühisesse hüvesse, tagades see läbi võrdse juurdepääsu tervishoiuteenustele? Või soodustada eratervisekindlustuse levikut ja selle kaudu ka eratervishoidu, luues maksudega rahastatud riikliku süsteemi kõrvale teise, kiiremat ligipääsu võimaldava raja ehk *fast track*'i nende jaoks, kes on valmis selle eest juurde maksuma?

Tervishoiuraha säästliku kasutamise seisukohast on tähtis arvesse võtta, et Eesti tervishoidu rahastatakse peamiselt üksikteenuste hinnakirja alusel, mis vähemasti teoreetiliselt pole sama efektiivne kui ravitulemuse eest maksmine. Tulemuse eest tasumise korral muutub oluliseks see, kui väheste protseduuridega suudetakse tulemus saavutada, mitte enam see, kui palju suudetakse protseduure teha.

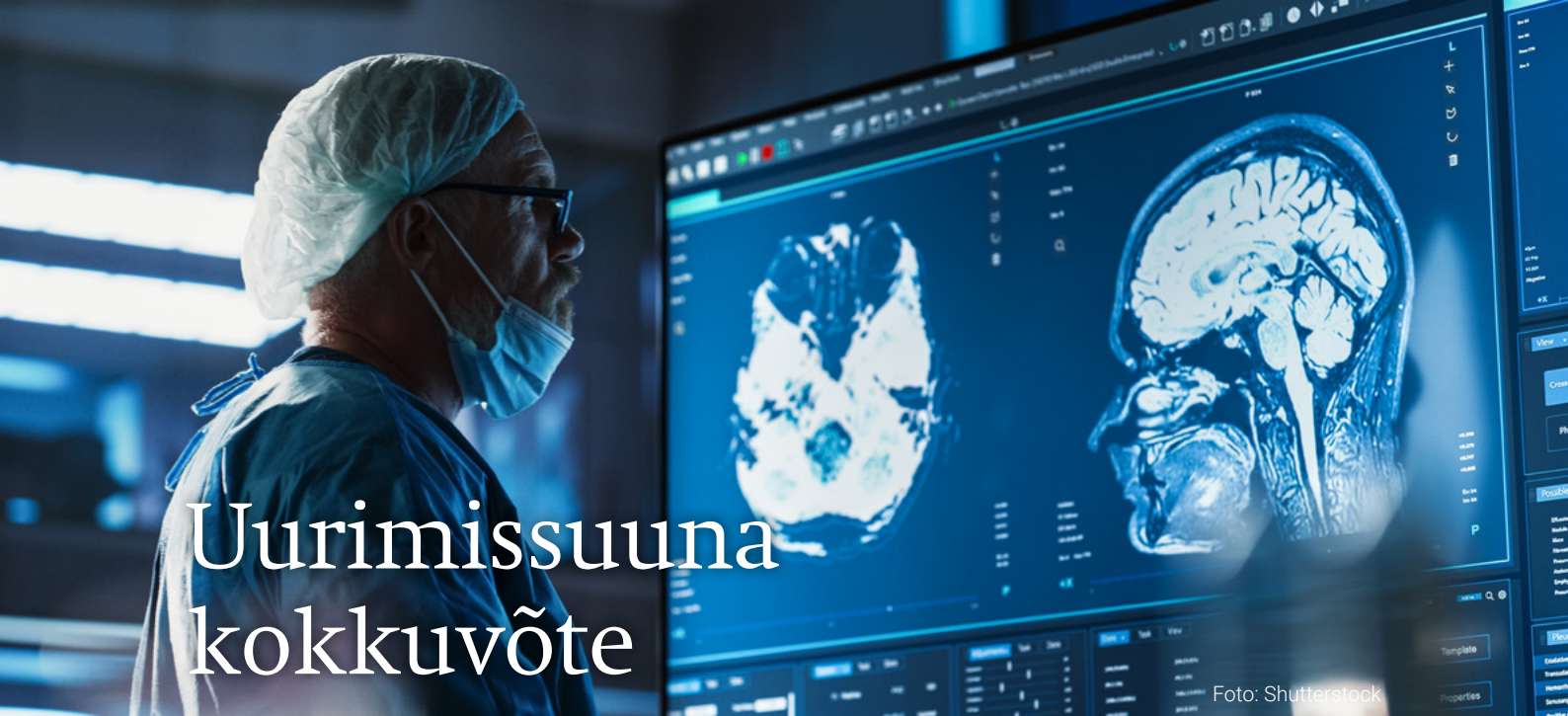
Ressursse võiks aidata kokku hoida digitehnoloogia ja tehisarukorraldamine, näiteks säästaks tehisarupõhine dokumenteerimine 0,9 minutit iga arstiviisi kohta. Kui seda kasutatakse vähemalt pooltel vastuvõttudel, säästetaks ühe aasta jooksul enam kui kuuekümne täiskoormusega töötava arsti tööaeg.

Uuringut läbi viies sai selgeks seegi, kui keeruline on teha olukorra lahendamiseks päris uusi ettepanekuid, sest kõik ettepanekud on juba varem tehtud, ent vaid vähesed neist on otsusteks saanud. Kuid aeg surub peale, sest Tervisekassa reservid on juba kasutusele võetud ning vähenevad iga aastaga. Loodan, et sellest raportist on abi, et tervishoiu jätkusuutlikkust tagavate otsusteni jõuda.

Head tutvumist!

Tea Danilov
Arenguseire Keskuse
juhataja





Uurimissuuna kokkuvõte

Foto: Shutterstock

Eesti tervishoiusüsteem tugineb solidaarsele ravikindlustusele, mille korral tööelised ja terved inimesed panustavad nii enda kui ka teiste ravikindlustatute ravikulude katmisesse. Teenu-seid rahastab ja korraldab keskselt Tervisekassa. Kaks kolmandikku tervishoiu tuludest tuleb sotsiaalmaksust, mida maksavad töötavad inimesed, kes moodustavad ligikaudu poole kõigist ravikindlustatutest. **Kuigi tööeline elanikkond väheneb, on tööhõive pidev kasv aidanud seda suhet (üks töötaja ühe lisanduva ravikindlustatu kohta) hoida.** Eesti tööhõive määr on praeguseks üks Euroopa kõrgemaid, sealhulgas pensioniealiste seas, näiteks 65–74-aastastest töötab ligikaudu kolmandik.

Tervishoiukulud on Eestis kiiresti kasvamas, need on praegu kolm korda suuremad kui 2010. aastal ja kaks korda suuremad kui 2015. aastal. Kuid nende osakaal SKP-st (7,5%) jääb siiski veel Euroopa keskmisele (10,2%) oluliselt alla. **Kui Eesti tervishoiu rahastamine oleks EL-i keskmisel tasemel, oleks Eesti tervishoiu igal aastal ligikaudu 1 miljard eurot enam.**

Kulude kasvu peamine põhjus on olnud **tervis-hoiuteenuste kallinemine (51–55%), milles on suurimat rolli mänginud tervishoiutöötajate pal-gatõus.** Ligikaudu 40% kulude kasvust on selgitav teenuste kasutamise sagenemisega.

Tabel. Tervishoiukulude suurenemise põhjused

	2010–2024	2015–2024
Rahvaarvu suurenemine	2,3%	5,2%
Rahvastiku vananemine	4,4%	3,2%
Hinnatõus	55,3%	51,7%
... ravimid ja meditsiinikaubad	6,0%	7,9%
... haiglaravi	12,1%	5,6%
... ambulatoorsed teenused kokku	37,2%	38,2%
.. ambulatoorne arstiabi		26,8%
.. hambaravi		4,1%
.. muud ambulatoorsed teenused (füsioteraapia, labori-teenused, optikud jm)		9,8%
Reaalkulu elaniku kohta (teenuste maht ja sagedus)	38,1%	39,9%

Allikas: autorite arvutused TAI ja Eurostati andmete põhjal

Tervishoiukulude kiire kasv on viinud selleni, et kulud ületavad tulusid igal aastal kuni 100 miljoni euro võrra. Tervisekassa on vahe katmiseks võtnud kasutusele reservid, mis ammenduvad ligikaudu viie aastaga.

Palgatõus on oluliselt vähendanud tervishoiutöötajate väljarännet, see on nüüdseks pea-aegu kümme korda väiksem kui 2012. aastal. Sellegipoolest jääb tervishoiutöötajate nappus rahastuse kõrval süsteemi teiseks keskseks väljakutseks, näiteks võib kümne aastaga puudu jääda umbes 700 õde ning töölt võivad lahkuda ligikaudu pooled perearstid. Probleemi süvendavad kasvav töökoormus ja ületunnid, mis suurendavad läbipõlemise riski, eriti avalikus sektoris.

Lähiaastatel on üks olulisimaid küsimusi, mil määral saab tööjõupuudust leevendada tehnoloogia abil, mis aitaks vabastada tervishoiutöötajate tööaega. Tehnoloogia rakendamist pidurdavad aga killustunud andmekogud, järjest rangemad andmekaitse nõuete tõlgendused ning ka tervishoiutöötajate endi vähene valmisolek tehnoloogia pakutavaid võimalusi ära kasutada. Lisaks on oht, et laialdane tuginemine tehnoloogiale süvendab ebavõrdsust, kui digiteenustest jäävad kõrvale kõige haavatavamad.

Tervishoiusüsteem seisab silmitsi ka taristu vananemisega, paljud hooned on vanemad kui 50 aastat. Taristuinvesteeringud on viimastel aastatel kasvanud enam kui 200 miljoni euronii aastat, eelkõige tänu EL-i fondidele. Ent EL-i rahastuse vähenemine võib mõne aasta pärast tekitada vajaduse leida tervishoiuasutuste taristu arendamiseks uusi allikaid. Ligikaudu 65 miljonit eurot on vaja investeerida ka vananenud IT-süsteemide väljavahetamisse, kuna nende ülalpidamine on ülearu kulukas ja seotud infoturberiskidega.

Samas on Eesti elanikud praegu paljude olulisimate tervisenäitajate poolest tervemad kui aastakümneid tagasi. Näiteks on tervise ühe koondmõõdiku DALY põhjal võidetud 20 aastaga tagasi 120 000 terviseaastat, mille rahaline väärtus on

kokku 5,7 miljardit eurot. Üldiste tervisenäitajate paranemise taustal püsib aga suur tervisealane ebavõrdsus: madalama hariduse ja sissetulekuga inimeste eluiga on märgatavalt lühem ning tervisekäitumine kehvem, samuti esinevad suured piirkondlikud erinevused, näiteks näiteks Hiiu- maal elatakse tervena üle kümne aasta kauem kui Võrumaal.

Eesti tervishoius tasutakse teenuste eest peamiselt mahu põhjal ehk vastavalt protseduuride ja visiitide arvule. See soodustab mahtude suurendamist, kuid ei loo stiimuleid tulemuste parandamiseks. **Väärtuspõhine tervishoid (VBHC)** tähendab, et tervishoiuteenuste eest tasutakse tulemuste ja kvaliteedi, mitte teenuste mahu järgi. VBHC mudelite katsetamine maailmas on alles algusjärgus. Euroopa riikide kogemused selles vallas viitavad küll kvaliteedi paranemisele, ent kulude ohjamisel ei ole veel läbimurret saavutatud. VBHC ei ole pelgalt maksemudel, vaid laiem süsteemimuutus, mis hõlmab tulemuste mõõtmist, kvaliteetseid andmeid, patsiendikeskset korraldust ja rahastuse sidumist loodud väärtusega. Seega nõuab see järjepidevat poliitilist tuge, tervishoiuasutuste ja -töötajate valmisolekut ning sujuvat andmevahetust eri osapoolte vahel.

Üha enam arutatakse, et tervishoidu võiks lisaraha tulla erakindlustuse laienemisest. **2025. aastal moodustab erakindlustus Eestis küll vaid 0,8% tervishoiuturust, kuid see kasvab kiiresti ja katab juba ligikaudu kümnendikku töötajaid.** Arenguseire Keskuse tellitud ja Tartu Ülikooli tehtud uuringu põhjal on selgunud, et erakindlustust pakuvad eelkõige kõrget keskmist palka maksavad suurettevõtted, kus erakindlustust kasutavad suurema tõenäosusega 25–39-aastased kõrgelt haritud ning hea tervisehinnanguga inimesed. Euroopa riikide kogemused näitavad, et erakindlustus suurendab inimeste valikuvõimalusi, kuid ilma tugeva reguleerimiseta süvendab ebavõrdsust ega lahenda rahastuse struktuurset puudust jääki.

Eesti tervishoiu tulevikus on erakindlustuse arenguks mitu rada. **Praeguse olukorra jätkumisel** kasvab tööandjapõhine kindlustus peamiselt suuremates ja kõrgepalgalistes ettevõtetes, pakkudes nende töötajatele paremat ligipääsu tervishoiuteenustele. Kuna aga kindlustusseltsid on hinnavõtjad ja teenuste suhtes hinnakonkurentsi ei teki, siis teenuste hinnad ei lange. Tervisekassa kulusid suurendab kasvav konkurents tervishoiutöötajate pärast, eriti valdkondades, kus tööjõudu on vähe, mis omakorda tekitab palgasurvet.

Maksusoodustuse suurendamine kiirendaks eratervisekindlustuse levikut tööandjate seas, kuid võib vähendada riigi maksumulusid, juhul kui osa palgakuludest asendatakse maksuvaba tervishoiuteenusega. Ühtlasi on tõenäoline, et parem juurdepääs tervishoiuteenustele avaneks vaid teatud töötajagruppidele.

Poolkohustuslik tervishoiu omaosalust kattev erakindlustus on uuritud variantidest ainus, mis tooks süsteemi juurde lisaraha ja vähendaks Tervisekassa koormust. Samas kasvaks täiendava

kindlustuskihi haldamise ja järelevalvega kaasnev halduskoormus ning riigil tuleks katta kindlustusmaksed madalama sissetulekuga elanike eest, et vältida ebavõrdsuse suurenemist tervishoiuteenustele juurdepääsus. Negatiivsete mõjude vähendamiseks tuleks kehtestada selged kaitsemehhanismid: piirata kindlustajate selektiivset valikut, tagada pakettide läbipaistvus ja miinimumtase ning vältida Tervisekassale hinnasurve tekitamist.

Tööhõive suurenemine on seni olnud oluline tegur, mis on aidanud kompenseerida rahvastiku vananemise ja hinnatõusu mõju Tervisekassa tuludele. **Ka edaspidi tooks iga protsendipunkti võrra suurem hõive Tervisekassa eelarvesse juurde ligikaudu 30 miljonit eurot.** Veelgi suurema mõjuga oleks välistööjõu senisest märksa suurem juurdevool, näiteks 10 000 keskmise palgaga välistöötaja lisandumine tooks Tervisekassa eelarvesse juurde ca 37 miljonit eurot; pensioniea tõstmine näiteks kahe aasta võrra tooks juurde 34 miljonit eurot. Samas on need sammud hõive suurendamisega võrreldes ühiskondlikult palju vastulolisemad.

Raportis visandatakse kolm võimalikku arenguteed, mis aitavad mõista, kuhu Eesti tervishoid võib järgmise kümne aasta jooksul liikuda.



Stsenaariumis „Digilootus“ panustab Eesti jõuliselt digilahendustesse, tervisetehnoloogiatesse ja tervishoius kasutatavate maksemudelite tulemuspõhiseks ümberkujundamisse. Võidud ilmnevadki kümnetes miljonites eurodes, kuid mitte kohe esimestel aastatel, kui investeeringud ületavad saadavat kasu. Suurimateks väljakutseteks on töötajate ja tehnoloogia rolli selge määramine ning eetiliste probleemide lahendamine.



Stsenaariumis „Turutervishoid“ minnakse erakindlustuse rolli suurendamise teed, mis toob süsteemi esialgu lisaraha ja võimaldab maksejõulisematel inimestel kiiremini tervishoiuteenustele ligi pääseda. Kuid ilma riigi panuse kasvuta tekib olukord, kus arstid ja õed liiguvad paremate tingimuste saamiseks eraettevõtetesse. Selle tagajärjel avalik tervishoid nõrgeneb ning kvaliteedi- ja ligipääsuerinevused eri elanikkonnagruppide vahel kasvavad. Ravikindlustusmaksu legitiimsus inimeste silmis väheneb, kui selle eest ei saa enam piisavat tervishoiuteenust ning tuleb juurde osta erakindlustus.



Stsenaariumis „Liiga vähe ja liiga hilja“ teadlikud otsused aga viibivad ja kriis süveneb justkui märkamatuks. Tormilised ajad maailmas jätkuvad, võttes tähelepanu tervishoiu toetamiselt. Rahastamine püsib praeguse tulubaasi juures, kuid reservid kahanevad vaidluste

taustal edasi, kuniks teenuste kvaliteet ja kättesaadavus kümnendi lõpus järsult langevad. Tehakse küll mõningaid efektiivsust suurendavaid muudatusi, ent süsteemi süvenev alarahastus jääb lahendamata. Probleemi süvenedes reageeritakse ajutiste maksutõusudega, mis võimaldavad tühjenenud reserve kolmeks aastaks taas täita ja tasuda haiglate ees tekkinud võlgu, ent pikas plaanis lükkavad need kriisi lihtsalt edasi.

Kõigis stsenaariumides on võtmeküsimuseks, kui tugev peab olema solidaarsusprintsip ja universaalne ligipääs tervishoiule. Vaja on otsustada, kas laiendada maksubaasi ja tugevdada riiklikku rahastust või panna suurem rõhk erakindlustusele. Teine kõigi stsenaariumide puhul esinev otsustuskohd on seotud tehnoloogia kasutamise ulatuse ja eesmärgiga: kas keskenduda tõhususe tõstmisele – näiteks dubleerivate protseduuride tuvastamisele ja automaatsele dokumenteerimisele – või laiemalt töökorralduse ja teenusemudelite ümberkujundamisele, et tulla toime tööjõupuuduse ja kasvava teenusenõudlusega. Seejuures tuleb lahendada ka võrdse ligipääsu ning eetika ja andmekaitsega seotud probleemid.

Raportis on esile toodud neli võimalikku lahendusteed, mida tervishoiu kujunenud rahastuskriisiga toimetulemiseks kaaluda. Need on esitatud alljärgnevas tabelis.

Uued tervisemaksud / maksubaasi laiendamine	Erakindlustuse laiendamine
• Toob tervishoidu püsivalt raha juurde ja parandab jätkusuutlikkust • Suurendab solidaarsust • Tõstab maksukoormust, poliitiliselt tundlik • Ei muuda süsteemi efektiivsemaks, vajab kulukontrolli	• Võimaldab tervishoiusüsteemi tuua lisavahendeid ja parandada teenuste kättesaadavust jõukamate hulgas • Lisab valikuvabadust • Suurendab ebavõrdsust ja halduskulusid • Ei lahenda rahastuse struktuurset puudujääki • Soodustab tervishoiutöötajate liikumist erasektoris
Panustamine tehisarule ja digilahendustele	Väärtuspõhise tervishoiu mudelid
• Mõjud on kõige raskemini prognoositavad • Tõenäoliselt säästab tööjõudu, lühendab ooteaegu ja toetab ennetust • Võimalik on kümnetesse miljonitesse eurodesse ulatuv pikaajaline võit • Nõuab suuri investeeringuid ja digipädevuse kasvu • Eetilised, õiguslikud ja andmekaitsega seotud riskid • Kasu ilmneb viitajaga	• Seob rahastuse tervisetulemitest, vähendab tarbetuid protseduure • Soodustab koostööd ja standardiseeritud raviteekondi • Süsteemne muutus, mida on keerukas rakendada. Nõuab kvaliteetseid ja ühildatavaid andmeid, järjepidevaid mõõdikuid ja IT-taristut • Senine mõju maailmas on olnud pigem mõõdukas ja ebaühtlane • Vajab väga süsteemset juurutamist



Eesti tervishoiusüsteem

Foto: Shutterstock

Eesti tervishoiusüsteem tugineb solidaarsusele ja sõltumatule Tervisekassale

Eesti tervishoiusüsteem tugineb solidaarsele ravikindlustusele. See tähendab, et tervishoiuteenuseid rahastatakse põhimõttel, mille järgi tööealised ja terved inimesed panustavad sotsiaalmaksu tasumise kaudu solidaarselt haigete ning laste ja vanemate inimeste ravikulude katmisse. Kõik teenuseosutajad, sealhulgas haiglad ja esmatasandi tervishoiuasutused, tegutsevad eraõiguse alusel, kuigi paljud neist kuuluvad avalikule sektorile.

Tervisepoliitika kujundamise ja reguleerimise eest vastutab Sotsiaalministeerium. Selle haldusalas tegutsevad Ravimiamet, Terviseamet, Tervise Arengu Instituut ning Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskus. Tervishoiu rahastamist ja ravikindlustust korraldab Tervisekassa, mille rolli teenuste rahastamises ning ravimite hankimises on kasvamas.¹ Samuti osalevad süsteemis pigem nõuandvas ning esindavas rollis erialaliidud ja vabäühendused.

Eesti tervishoiusüsteemi tugevuseks on Tervisekassa iseseisvus. 2023. aastal avalikustatud eri riike võrdlevas uuringus leidsid teadlased, et Eesti Tervisekassa on üks autonoomsemaid ning strateegilisemalt tegutsevaid tervishoiuteenuste ostjaid Kesk- ja Ida-Euroopas. Tervisekassa eelarve, sõltumatu juhtimine ning hästi prognoositav rahastusmudel võimaldavad keskenduda pikaajalistele eesmärkidele. Teadlaste sõnul loovad hea juhtimine, tugev aruandlus ja arenenud digilahendused aluse tõhusaks ja usaldusväärseks terviseteenuste ostmiseks. Uuringu autorid toovad aga välja, et Tervisekassa autonoomial on piirid, kuna ravikindlustusmäära ja ravikindlustusega kaetud teenuste paketi üle otsustamine on endiselt Riigikogu, valitsuse või Sotsiaalministeeriumi kättes. Lisaks soovitatakse suurendada patsientide ja kodanikuühiskonna kaasamist Tervisekassa juhtimisse, et parandada läbipaistvust. Autorite sõnul on oluline hoida Tervisekassa sõltumatusena poliitilistest kõikumistest ja tagada kaasav juhtimine.²

¹ Kasekamp, K., Habicht, T., Vörk, A., Köhler, K., Reinap, M., Kahur, K., Laarmann, H., & Litvinova, Y. (2023). Eesti: Tervisesüsteemi ülevaade 2023 (25. köide, nr 5). Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskus, Maailma Terviseorganisatsioon.

² Hawkins, L., Kasekamp, K., van Ginneken, E., & Habicht, T. (2023). [Governing health service purchasing agencies: Comparative study of national purchasing agencies in 10 countries in eastern Europe and central Asia](#). *Health Policy OPEN*, 5, 100111.

Kuigi ka kohaliku omavalitsuse üksustel (KOV) on rahvatervise edendamises oma roll ja mõnel neist on oma haiglad, on KOV-ide osalus tervishoiuteenuste otseses korraldamises ja rahastamises

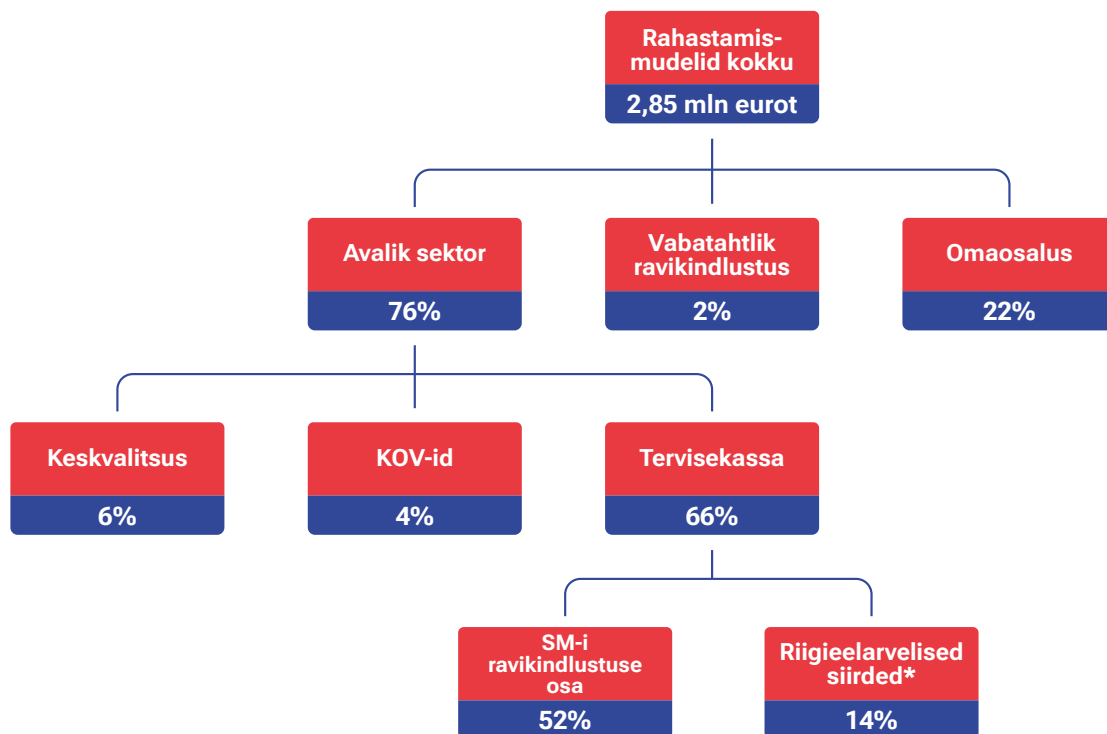
Eesti kulutab tervishoiule oluliselt vähem kui Euroopa riigid keskmiselt

Eesti tervishoiusüsteemi rahastatakse peamiselt avaliku sektori vahenditest. **Sellest põhiosa tuleb sihtotstarbelisest sotsiaalmaksu ravikindlustuse osast** (13% töötajate brutotöötasult), millega kaetakse ligikaudu kaks kolmandikku riigi jooksvatest tervishoiukuludest ja 85% Tervisekassa rahastusest.⁴ Töötavad inimesed moodustavad poole kõigist ravikindlustatutest. Ülejäänud kindlustatud kuuluvad rühma, kes on kindlustatutega võrdsustatud (nt pensionärid, lapsed, õpilased ja

minimaalne. Eesti tervishoiusüsteem on selgelt tsentraliseeritud, kus juhtiv ja koordineeriv roll kuulub riigile.³

rasedad) või riigi kindlustatud (nt vanemapuhkusel olijad, registreeritud töötud).

Veerandi kogu riigi tervishoiukuludest moodustavad erasektori kulud, milleks on eelkõige inimeste omaosalus peamiselt hambaravile, ravimitele, pikaajalisele hooldusele ja muudele teenustele, mida Tervisekassa ei rahasta. Väikese osatähtsusega on KOV-ide rahastus, kelle kulu seisneb valdavalt pikaajalise õendus- ja hooldusabi korraldamises. Vabatahtliku ravikindlustuse osa on samuti väike, kuid kiiresti kasvav.



Joonis 1. Eesti tervishoiu rahastamismudel

Allikas: autorite koostatud TAI 2024. aasta andmete põhjal. Märkus: riigieelarvelised siirded sisaldavad COVID-19-aegset lisarahastust, mis on tänaseks lõppenud.

³ Kasekamp, K., Habicht, T., Vörk, A., Köhler, K., Reinap, M., Kahur, K., Laarmann, H., & Litvinova, Y. (2023). Eesti: Tervisesüsteemi ülevaade 2023 (25. köide, nr 5). Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskus, Maailma Terviseorganisatsioon.

⁴ Aastatel 2020–2024 oli ravikindlustusmaks osakaal ajutiselt väiksem (50%), kuna pandeemia tõttu eraldati tervishoiule riigieelarvest igal aastal üle 120 miljoni euro.

Eesti panustas tervishoidu 2023. aastal 7,5% SKP-st, mis on võrdne COVID-19-aegse kõrghetkega, ent jääb siiski oluliselt alla EL-i keskmisele (10,2%). See 2,7%-line erinevus on Eesti SKP-d arvestades võrdne ligikaudu 1 miljardi euroga. Teisisõnu, kui Eesti tervishoiu rahastamine oleks EL-i keskmisel tasemel, oleks Eesti tervishoius ligikaudu 1 miljard eurot enam.

Kõikidest Eesti avaliku sektori kulutustest moodustavad tervishoiukulud 15%.⁵ See näitaja on 20 aastaga kasvanud 3 protsendipunkti, mis viitab tervishoiu osatähtsuse suurenemisele riigi kulude seas. Kuna aga Eesti avalik sektor on Euroopaga võrreldes pigem õhuke ning moodustab riigi

SKP-st väiksema osa kui Euroopas keskmiselt, jääb ka tervishoiu osatähtsus kõigi avaliku sektori kulude hulgas Euroopa keskmisele alla.

Nii kehtivad samaaegselt kolm asjaolu.

- (1) Eesti tervishoiu rahastamine sõltub peamiselt avaliku sektori rahastusest.
- (2) Eesti tervishoiukulude suhe SKP-sse jääb oluliselt alla EL-i keskmisele.
- (3) Tervishoid moodustab ka avaliku sektori kogukuludest jätkuvalt väiksema osa kui Euroopas keskmiselt, kuid selle osatähtsus on tõusuteel.

Eesti tervishoius makstakse teenuste eest peamiselt mahu järgi

Eesti tervishoius tasutakse teenuste eest valdavalt nende mahu põhjal, kuid süsteemis on oma koht ka pearahal ning vähemal määral tulemuspõhistel elementidel. Kõige laialdasemalt on kasutusel selline rahastusmudel, mille korral Tervisekassa tasub teenuseosutajatele teenuse hinnakirja alu-

sel vastavalt tehtud protseduuridele või visiitidele (ingl *fee-for-service*, FFS). Teisisõnu liigub raha siis, kui teenust osutatakse, mis võib aga soodustada mahtude suurendamist ning mitte-vajalike protseduuride tegemist.^{6,7}

Tulemuspõhine tasustamine (ingl *pay for performance*, P4P) seob rahastuse kindlate kvaliteedi- või tulemusnäitajatega, millest parimad on need, mis peegeldavad patsiendi tervist. Empiiriline tõendusmaterjal P4P positiivse mõju kohta tervishoiu kvaliteedile ja kuludele on vastuoluline. Sageli on leitud, et seos on nõrk ning tulemuslikkus ajas taanduv. P4P-ga kaasneb oht, et premeeritakse kergemini teostatavaid protsesse, mis ei pruugi kajastada patsientide tegelikku tervisekasu (näiteks premeeritakse veresuhkru regulaarset mõõtmist kui tegevust, kuid mitte seda, kas veresuhkur on normi piires). Äärmuslikel juhtudel võib P4P soodustada riskidest lähtuvat valiku tegemist, mille korral keerulisema tervise seisundiga patsiente välditakse, kuna nende puhul on eesmärged raskem saavutada. See süvendab patsientidevahelist ebavõrdsust.

P4P osutus mõjusaks näiteks Suurbritannia perearstide puhul (programm QOF), ent kvaliteediindikaatorite esmase kiire paranemise järel mõju taandus ning kulukus tõusis. Suuremaid katsetusi on tehtud ka Prantsusmaal, Portugalis, Rootsis ja USA-s, ent nende saavutatud tulemused on olnud tagasihoidlikumad.

⁵ Siin on kasutatud TAI andmeid, mis erinevad WHO omadest, kus vastav osatähtsus on mõne protsendipunkti võrra väiksem. Euroopa keskmine oli WHO andmetel 0,9 protsendipunkti Eesti näitajast kõrgem.

⁶ Adida, E., Mamani, H., & Nassiri, S. (2016). Bundled Payment vs. Fee-for-Service: Impact of Payment Scheme on Performance. *Health Economics eJournal*.

⁷ Lyu, H., Xu, T., Brotman, D., Mayer-Blackwell, B., Cooper, M., Daniel, M., Wick, E., Saini, V., Brownlee, S., & Makary, M. (2017). Overtreatment in the United States. *PLoS ONE*, 12.

WHO on leidnud, et P4P ei ole iseseisev lahendus, vaid saab toimida tõhusalt ainult koos teiste väärtuspõhise rahastamise mehhanismidega (vt peatükki „Kuidas osta tervishoius tulemust, mitte teenuste mahtu?“), eeldades tugevat organisatsioonilist ja poliitilist tuge. Metaanalüüside põhjal on järeldatud, et P4P ei too riigi tasandil otsest kokkuhoidu, vaid pigem on see investering tervishoiuteenuste kvaliteedi parandamisse ning selle kuluefektiivsus sõltub süsteemi disainist ja kõrvalmõjude vältimisest.

Kitsamas tähenduses tulemuspõhiseid elemente (neist räägitakse ka kui väärtuspõhistest elementidest, vt peatükki „Kuidas osta tervishoius tulemust, mitte teenuste mahtu?“), mille korral tasu sõltub reaalsetest tervisetulemustest või ravi kvaliteedist, kasutatakse Eesti praeguses süsteemis pigem vähe. Samuti puuduvad Eestis suuremad episoodipõhise rahastuse programmid (kuigi on tehtud esimesi katsetusi^{8,9}) ning käivitatud pole populatsiooniülest integreeritud rahastamist.¹⁰

- **Perearstid** saavad baasrahastuse pearahana ehk kindla summana nimistus oleva patsiendi kohta, kusjuures arvestatakse patsiendi vanust. Perearstide tasustamissüsteemis on olemas ka FFS-komponent ning väike osa tulemuspõhiseid boonuseid, näiteks tulemustasud ennetustöö eest.

- **Eriarstiabis** on valdav juhtumipõhine tasu seoses haiglaraviga (DRG – diagnoosipõhised komplekshinnad). Seda võib pidada osaliseks episoodipõhise tasustamise vormiks, mis kehtib haiglas viibimise episoodile.
- **Ambulaatorse eriarstiabi** eest tasutakse enamasti teenuse hinnakirja alusel (FFS) vastavalt tehtud protseduuridele. Tervisekassa reguleerib nende mahtu lepinguliste piirmäärade ja eelarvetega, mis tähendab teatavas ulatuses sisseehitatud kulukontrolli. See võib aga kaasa tuua ootejärjekordade tekkimise, juhul kui nõudlus ületab piiratud pakumise.

Palgatõus on vähendanud arstide väljarännet, kuid tööjõupuudus püsib

Eesti tervishoiusüsteem seisab silmitsi süveneva tööjõupuudusega, mida ei leevenda ka viimastel aastatel koolituskohtade arvu suurendamiseks tehtud pingutused.¹¹ Tööjõupuudus ei ole Euroopas ebatavaline mure: 2023. aasta seisuga nappis 20 EL-i riigis arste ja 15 riigis õdesid.¹²

OECD riikides on 1000 inimese kohta keskmiselt 3,9 arsti ja 9,2 õde ehk iga arsti kohta on peaaegu 2,5 õde.

Eestis on 1000 inimese kohta keskmiselt 3,4 arsti ja 6,5 õde, seega võrreldes Euroopaga on Eestis õdesid vähem nii ühe elaniku kui ka arsti kohta.

⁸ Kull, M., Puis, L., Anier, A., Oras, K., Hinno, S., Tampere, P. (2022). [Reduced healthcare utilisation and improved patient experience: preliminary results from a county wide integrated care pilot in Viljandi, Estonia](#). *International Journal of Integrated Care*.

⁹ [Tervisekassa raviteekonnad](#).

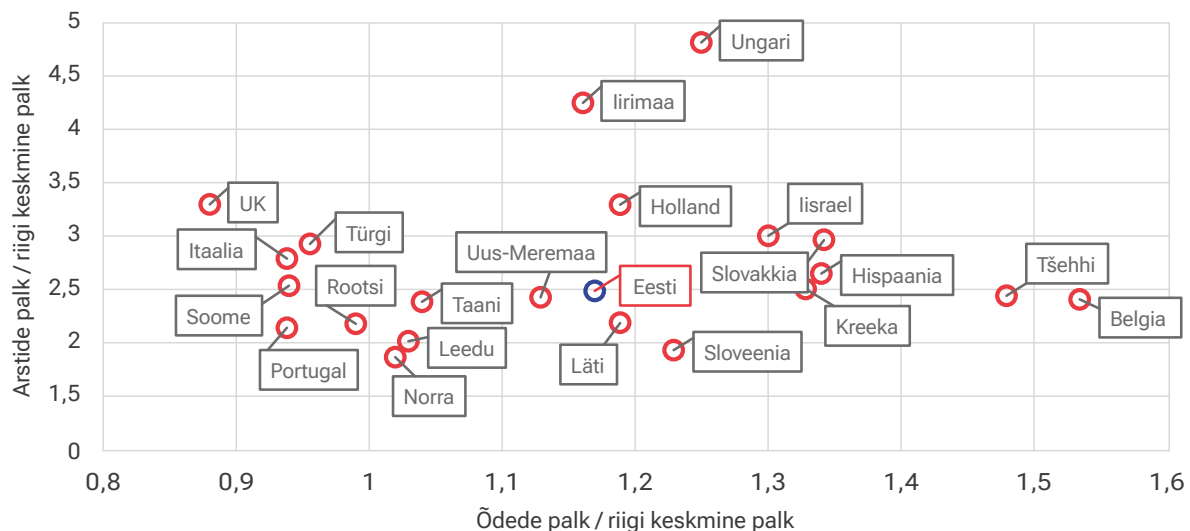
¹⁰ Episoodipõhisest ja populatsioonipõhisest integreeritud rahastamisest annab ülevaate peatükk „Stsenariumid aastani 2035“.

¹¹ Leemet, A., Mets, U. (2024). [Tulevikuvaade tööjõuvajadusele: tervishoid](#). Tallinn: SA Kutsekoda.

¹² OECD/European Commission (2024). *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing, Paris.

Nii võib näida paradoksaalsena, et 2025. aastal töötab tervishoiu ja sotsiaalhoolekande valdkonnas üle 10% EL-i töötajaskonnast – rohkem kui kunagi varem.¹³ Näiteks Hollandis hõlmab tervishoiusektor 15% kogu riigi tööjõust, ent õdede puudus siiski kasvab.¹⁴ Soomes on õdede suhtarv 1000 elaniku kohta ülekaalukalt EL-i suurim (18,9 vs. teine koht Iirimaa 13), kuid isegi seal on nii õdede nõudlus kui ka puudujääk viimastel aastatel suurenenud.¹⁵

Soome on iseäralik veel sellegi poolest, et kui üldiselt on OECD riikides õdede palk kogu riigi keskmisest 1,1–1,5 korda kõrgem, siis Soome on üks vähesi, kus õdede palk jääb allapoole üldist keskmist (0,94 vs. Eesti 1,17) (joonis 2). Arstide palgatase on nii Soomes kui ka Eestis võrreldav 2,5 keskmise palgaga, mis on sarnane mitmete teiste OECD riikidega. OECD riikides tervikuna ületavad arstide palgad riigi keskmist palka 2–5 korda.



Joonis 2. Arstide ja õdede palk suhtena riigi keskmise palka

Allikas: OECD Health Statistics 2024. Märkus: 2024. aasta andmed või lähima saadaoleva aasta andmed.

Eesti tervishoiu tööjõuprobleemid on samuti seotud eelkõige õdede, ent ka perearstide, logopeedide, psühhiaatrite ning vaimse tervise spetsialistide nappusega.¹⁶ Nii ei teeninda 8% perearstinimistute puhul patsiente mitte alaline arst, vaid ajutine asendaja. Viimasel paaril aastal on korduvalt viidatud ohule, et järgmise kümne aasta jooksul võib töölt kõrvale jääda ligikaudu 50% prae-

gustest perearstidest^{17,18}, kusjuures probleem on suurim väljaspool Tallinna, Tartut ja Ida-Virumaad. Õdede puudus mõjutab aga nii maakondi kui linnu, olles hakanud probleeme tekitama ka linnades tegutsevatele teenuseosutajatele.¹⁹ OSKA hiljutine aruanne viitab, et isegi koolituskohtade arvu suurendamist arvestades jääb kümne aastaga puudu 700 õde.²⁰

¹³ Euronews (2024). [The EU health paradox: Shortages with surging staff numbers.](#)

¹⁴ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023). The Netherlands: Country Health Profile 2023. State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

¹⁵ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023). Finland: Country Health Profile 2023. State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

¹⁶ Kasekamp, K., Habicht, T., Võrk, A., Köhler, K., Reinap, M., Kahur, K., Laarmann, H., & Litvinova, Y. (2023). Eesti: Tervisesüsteemi ülevaade 2023 (25. köide, nr 5). Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskus, Maailma Terviseorganisatsioon.

¹⁷ Arenguseire Keskus (2025). [Lühiraport: tervishoiutöötajatega seotud trendid Eestis.](#)

¹⁸ Riigikontroll (2022). Eesti tervishoiu suundumused.

¹⁹ Kasekamp, K., Habicht, T., Võrk, A., Köhler, K., Reinap, M., Kahur, K., Laarmann, H., & Litvinova, Y. (2023). Eesti: Tervisesüsteemi ülevaade 2023 (25. köide, nr 5). Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskus, Maailma Terviseorganisatsioon.

²⁰ Leemet, A., Mets, U. (2024). Tulevikuvaade tööjõuvajadusele: tervishoid. Tallinn: SA Kutsekoda.

Tabel 1. Tervishoiutöötajate keskmised kuupalgad

	Põhipalk			Brutopalk		
	Avalik sektor	Erasektor	Erinevus	Avalik sektor	Erasektor	Erinevus
Arstid	3769	3909	-140	5385	4281	1104
Õed ja ämmaemandad	1927	2140	-213	2751	2328	423
Hambaarstid	4887	5720	-833	6272	5832	440
Hambaraviõed	1795	1879	-84	2257	1955	302
Hooldajad	1176	1174	2	1716	1432	284

Allikas: Tervise Arengu Instituut, autorite päring

Kogu sektori tööjõust 39% tegutseb erasektoris, see näitaja on kümne aastaga suurenenud 7 protsendipunkti. Kuigi erasektoris makstakse enamasti suuremat lepingulist põhipalka, on mitmesuguste lisatasude arvestamise järel keskmine brutopalk suuremates ametirühmades kõrgem siiski avalikus sektoris. Näiteks on erasektori arstide keskmine kuine põhipalk olnud viie aasta jooksul avaliku sektori omast kuni 230 eurot suurem, ent brutotulu 700–1100 eurot väiksem. Lisatasude osatähtsus on avalikus sektoris muutunud 8–46% ning erasektoris 2–26% põhipalgast. Viie aasta võrdluses on lisatasude osatähtsus üldjuhul suurenenud, eriti avaliku sektori töötajate seas. Selle üks põhjuseid on avalikus sektoris tehtavate ületundide mahu kasv, mis on viimase kümne aasta jooksul olnud suurem kui erasektoris.²¹

Tööjõu pakkumist piiravad tööjõu vananemine²² ja koolituskohtade ebapiisavus, ent ka töökoormuse kasv. Näiteks on õdede seas kümne aastaga 40% suurenenud ületundide arvele langev

töökoormus, kusjuures koormuse suurenemine ja mitmel töökohal töötamine on saagenud eelkõige avalikus sektoris.²³ Kuigi lühiajaliselt on töötajate puudust korvatud pikemate tööaegadega ning maakonnahaiglates ka keskhaiglatest tulnud külalisarstidega, toob see paratamatult kaasa läbipõlemise riski ja seab ohtu ravi kvaliteedi.²⁴ Ka OSKA on viidanud, et süsteemi efektiivsemaks juhtimiseks on lisaks uuele tööjõule vaja paremat tööülesannete jaotust, digiteenuste laiendamist ning ööpäevaringselt osutatavate teenuste valiku ülevaatamist.²⁵

Positiivne trend on tervishoiutöötajate oluliselt vähenenud väljaränne. Selle parimaks mõõdikuks on asjaolu, et juba üle kümne aasta on välismaal töötamiseks vajalike kutsequalifikatsiooni tunnustamise tõendite arv märkimisväärselt kahanenud (vt joonis 3). 2012. aasta tipphetkega võrreldes on kõikide väljastatud tõendite arv vähenenud üheksa korda (389 -> 43) ning õde seas koguni 16 korda (209 -> 13).

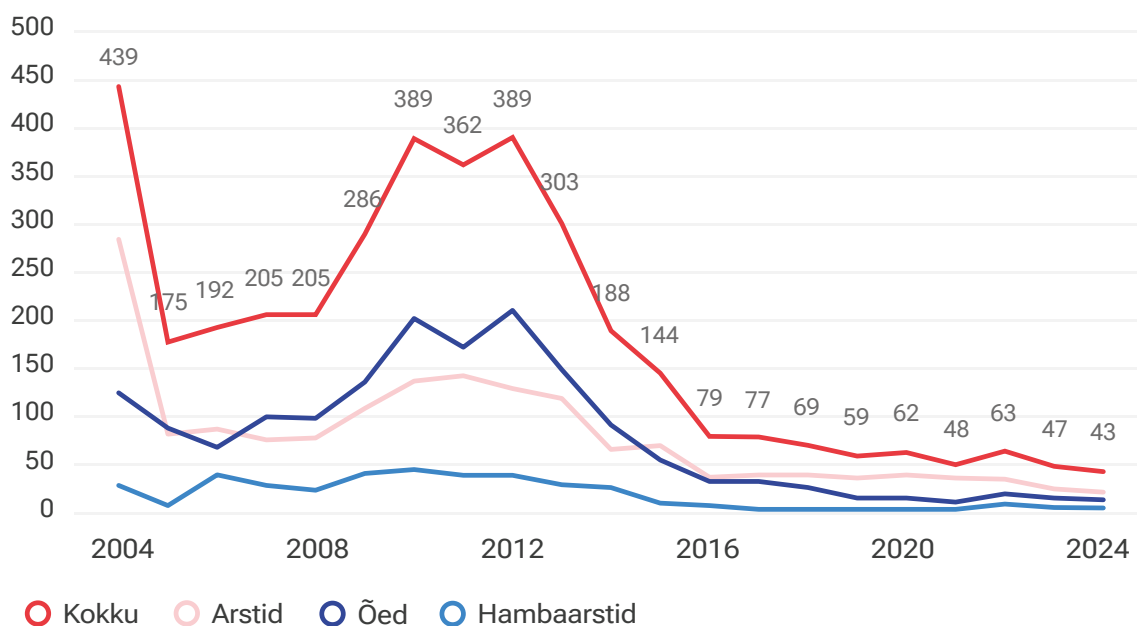
²¹ TAI andmed 2024. aasta kohta.

²² Üle 55-aastaste meditsiinitöötajate osatähtsus on viimase kümne aasta jooksul suurenenud kõigil suurematel tervishoiuga seotud ametialadel, näiteks arstide seas oli 2023. aastal üle 55-aastasi 52%.

²³ Arenguseire Keskus (2025). [Lühiraport: tervishoiutöötajatega seotud trendid Eestis](#).

²⁴ Kasekamp, K., Habicht, T., Vörk, A., Köhler, K., Reinap, M., Kahur, K., Laarmann, H., & Litvinova, Y. (2023). Eesti: Tervisesüsteemi ülevaade 2023 (25. köide, nr 5). Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskus, Maailma Terviseorganisatsioon.

²⁵ OSKA raport: „Valdkonna ekspertide hinnangul on juba praegu tervishoius enamike ametialade esindajate erialane ettevalmistus põhjalikum ning omandatud oskuste tase kõrgem kui see, mida reguleeritud süsteem neil teha võimaldab.“



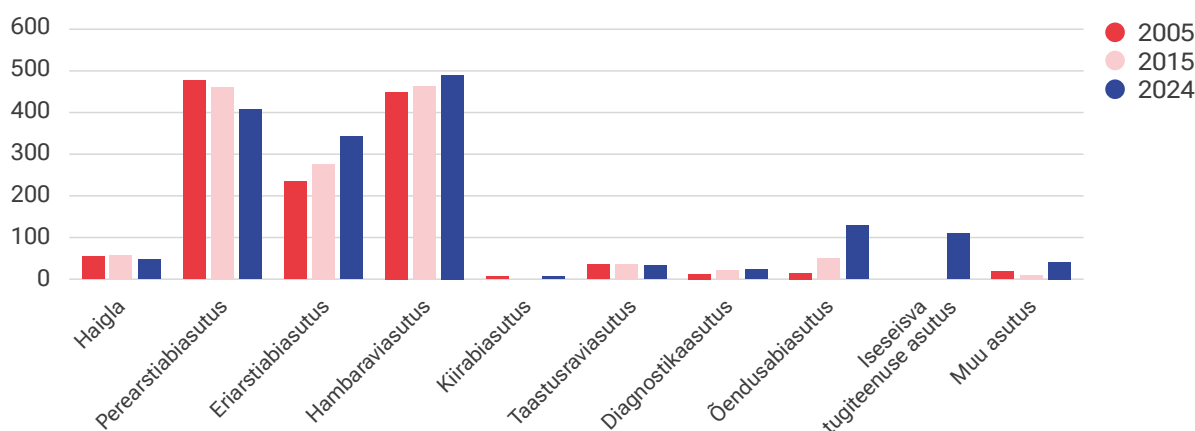
Joonis 3. Välismaal töötamiseks kutsekvalifikatsiooni tunnustamise tõendi saanud tervishoiutöötajate arv
Allikas: TAI, THT023

Investeeringud hoonetesse ja seadmetesse kasvavad, kuid EL-i rahastusperioodi lõppemisel on vaja uusi rahastusallikaid

2024. aasta seisuga oli Eestis 1631 tervishoiuasutust, seda on umbes 300 võrra rohkem kui paarikümmend aastat tagasi aastal (vt joonis 4). Kasv on tulenenud eelkõige õendusabi- ning eriarstiabiastutuste arvukuse suurenemisest. Haiglaid on 48, neist 28 kuuluvad avalikule sektorile ja 20 erahaiglat on eriteenuseid osutavad tulundusühin-

gud. Haiglate arvukus on aja jooksul kahanenud peamiselt väikehaiglate sulgemise, suurematega ühendamise või hooldekodudeks ümberehitamise tõttu.²⁶

Esmatasandi tervishoiuteenuse osutajatest (TTO-d) kuuluvad avalikule sektorile 3 ning ülejäänud 404 on eraomandis. Õendusabiasutustest on 11 avaliku sektori omandis ning 117 eraomandis. Ülejäänud teenuseosutajad pakuvad hambaravi, kiirabiteenuseid, ambulatoorset eriarstiabi, taastusravi ja diagnostikat ning on valdavalt eraomandis.



Joonis 4. Eri tervishoiuasutuste arv Eestis alates 2005. aastast
Allikas: TAI, TTO10

²⁶ Kasekamp, K., Habicht, T., Vörk, A., Köhler, K., Reinap, M., Kahur, K., Laarmann, H., & Litvinova, Y. (2023). Eesti Tervisesüsteemi ülevaade 2023 (25. köide, nr 5). Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskus, Maailma Terviseorganisatsioon.

Tabel 2. TTO-d aastal 2024 kuuluvuse järgi

	Avalik	Era
Tervishoiuasutusi kokku	53	1578
Haigla	28	20
Perearstiabiasutus	3	404
Eriarstiabiasutus	2	343
Hambaraviasutus	3	490
Kiirabiasutus	2	4
Taastusraviasutus	3	27
Diagnostikaasutus	0	23
Õendusabiasutus	11	117
Iseseisva tugiteenuse asutus	0	109
Muu asutus	1	41

Allikas: TAI, TTO10

Ravivooideid oli Eestis 2023. aasta seisuga 6508, see näitaja on ühe elaniku kohta väiksem kui EL-is keskmiselt. Ravivoodite arvukus on aja jooksul langenud eelkõige avaliku sektori aktiivravivoodite vähenemise tõttu.²⁷ Erasektori ravivoodite arv on aja jooksul varieerunud mõlemas suunas, ent läbivaks trendiks on samuti aktiivravivoodite vähenemine, aga ka pikaravivoodite lisandumine.

Voodihõive²⁸ on pikka aega mõnevõrra ületanud 70%, ent viimastel aastatel on näha olnud hõive langust eelkõige erasektori asutustes. Ravi keskmine kestus on 8,6 päeva, ent erasektoris on see pidevalt suurenenud ja jõudnud 21 päevani.²⁹ Eelkõige tuleneb see asjaolust, et pikaravivoodite osakaal on erasektoris oluliselt suurem kui avalikus sektoris (suhe 6 : 1).

Eesti tervishoiuasutused on rahaliselt iseseisvad. Kapitalikulud jagatakse tegevuspõhiselt, mitte vastavalt investeerimisvajadustele.³⁰ See

tähendab, et Eesti tervishoiu rahastamismudel ei koguta ega jaotata investeerimisraha haiglatele keskselt, lähtudes nende tegelikest ehitus- või seadmeinvesteeringu vajadustest, vaid kapitalikulu on lülitatud teenusehindadesse. Seega, mida rohkem teenuseid asutus osutab, seda rohkem tekib ressursi ka investeerimiseks. See toob kaasa suurema teenusemahuga haiglate parema investeerimisvõime, samas väiksemad haiglad võivad investeeringute rahastamisel jääda ebasoodsamasse olukorda.

Nii Eesti tervishoiusüsteemi ülevaade kui ka haiglavõrgu arengukava toovad esile, et paljude haiglate taristu on aegunud ega vasta enam nüüdisaegsetele tehnilistele ja ehitusnõuetele. 2023. aasta seisuga olid avaliku sektori haiglavõrgu haiglatest 13% üle 50 aasta vanused, 33% olid 31–50 aasta vanused ning 45% olid ehitatud viimase 20 aasta jooksul. 53% pindadest olid läbinud kas täieliku rekonstrueerimise või oli nende puhul tegemist uusehitusega ning umbes 7% olid läbinud osalise remondi.³¹

Viimastel aastatel ongi TTO-de investeeringud põhivarasse oluliselt suurenenud. Ajavahemikul 2004–2023 on kasv olnud kuuekordne (34 mln-lt 206 mln-ni aastas), ent oluline kasv on toimunud eelkõige aastast 2016. Aastatel 2021 ja 2022 on märkimisväärselt kasvanud ka põhivara sihtfinantseerimine ehk erinevatest meetmetest ja fondidest kaasatud investeeringud³² seoses EL-i struktuurifondide rahastusperioodil 2020–2027 toetatud projektidega.

²⁷ TAI andmebaas, tabel RV21.

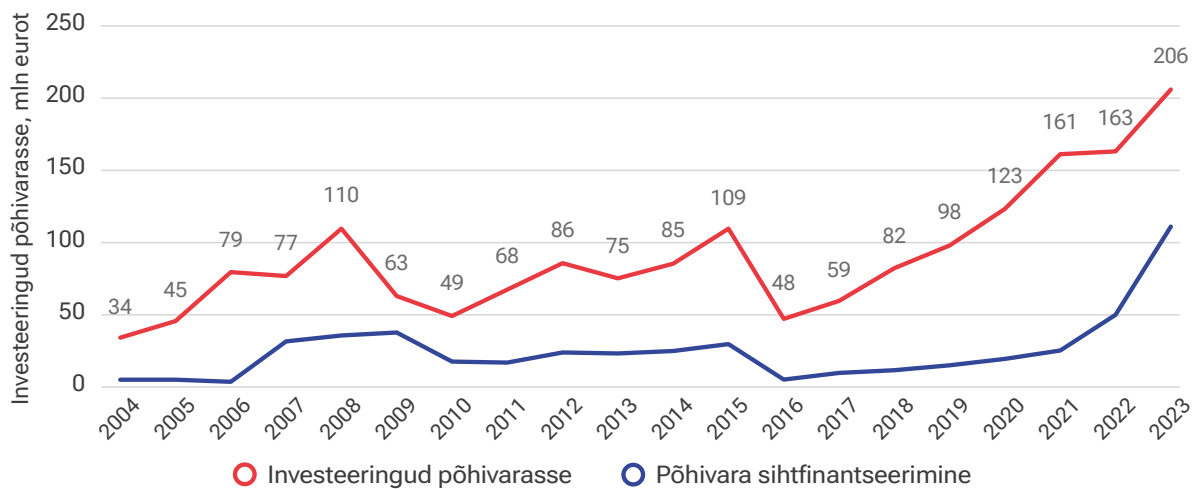
²⁸ Nende päevade osakaal ühes aastas, mille jooksul ravivoodit kasutati.

²⁹ TAI andmebaas, tabeli RV21 põhjal.

³⁰ Kasekamp, K., Habicht, T., Vörk, A., Köhler, K., Reinap, M., Kahur, K., Laarmann, H., & Litvinova, Y. (2023). Eesti: Tervisesüsteemi ülevaade 2023 (25. köide, nr 5). Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskus, Maailma Terviseorganisatsioon.

³¹ Haiglavõrgu arengukava 2040, raport D.

³² Riigi- või KOV-i abi põhivara soetamiseks. Riigieelarvest saadud sihtfinantseerimine sisaldab ka Euroopa Regionaalarengu Fondist, Euroopa Sotsiaalfondist ja Ühtekuuluvusfondist saadud toetusi, mida jagab ministeerium või mõni teine kodumaine organisatsioon.



Joonis 5. Investeeringud põhivarasse ja EL-i finantseerimine (miljonit eurot)

Allikas: TAI. Tervishoiuteenuse osutajate investeeringud põhivarasse aastatel 2004–2023. Päring

Investeeringutest lõviosa on läinud ehitustegevusse. Viimase kahe kümnendi keskmisena moodustavad ehitised 52% kõikidest põhivarainvesteeringutest, 2023. aastal näiteks 120 miljonit eurot. Teine suur põhivarainvesteeringute liik on masinad ja seadmed (2023. aastal 60 mln), mille osatähtsus on aja jooksul vähenenud ehitusinvesteeringute arvelt. Varasemast vähem investeeritakse ka transpordivahenditesse (2023. aastal 10,5 mln)

ning immateriaalsesse põhivarasse (8,4 mln, peamiselt arvutitarkvara).

On tõenäoline, et EL-i praeguse rahastusperioodi lõppedes väheneb TTO-de põhivara sihtfinantseerimine märkimisväärselt. See tähendab, et tekib vajadus leida täiendav rahastamisallikas ka põhivara jaoks.

Paralleelsed infosüsteemid suurendavad IT-kulusid

TTO-de (sh esmatasand) IT-kulu on ligikaudu 60 miljonit eurot aastas, mis moodustab üle 2% Eesti tervishoiukuludest. Keskseid e-tervise arendusi (sh Tervisekassa enda infosüsteeme) finantseerib avalik sektor, kus keskne roll on TEHIK-ul. Valdav osa digikuludest kaetakse kaudselt samuti Tervisekassa rahast, mis jõuab TTO-deni tervishoiuteenuste hindade kaudu. Süveneva defitsiidi korral tekib oht, et TTO-d võivad olla sunnitud IT arvelt kokku hoidma, et katta muid ravikulusid.

Haiglate IT-süsteemide aastane kogukulu on umbes 45 miljonit eurot, millest suurem osa kulub regionaalhaiglatele. Peamised murekohad on järgmised: 1) paralleelsete infosüsteemide kasutamine³³, mistõttu tuleb samu arendusi teha mitu korda; 2) infoturberiskid; 3) vananenud arhitektuur ja andmestandardid. Lisaks on IT-meeskonnad alamehitatud, hinnangute järgi on praegu täitmata 180 IT-ga seotud ametikohta.³⁴

Olemasoleva olukorra säilitamiseks (sh PERH-i infosüsteemi väljavahetamiseks, kuna sellega ei ole enam võimalik jätkata) on järgnevatel aasta-

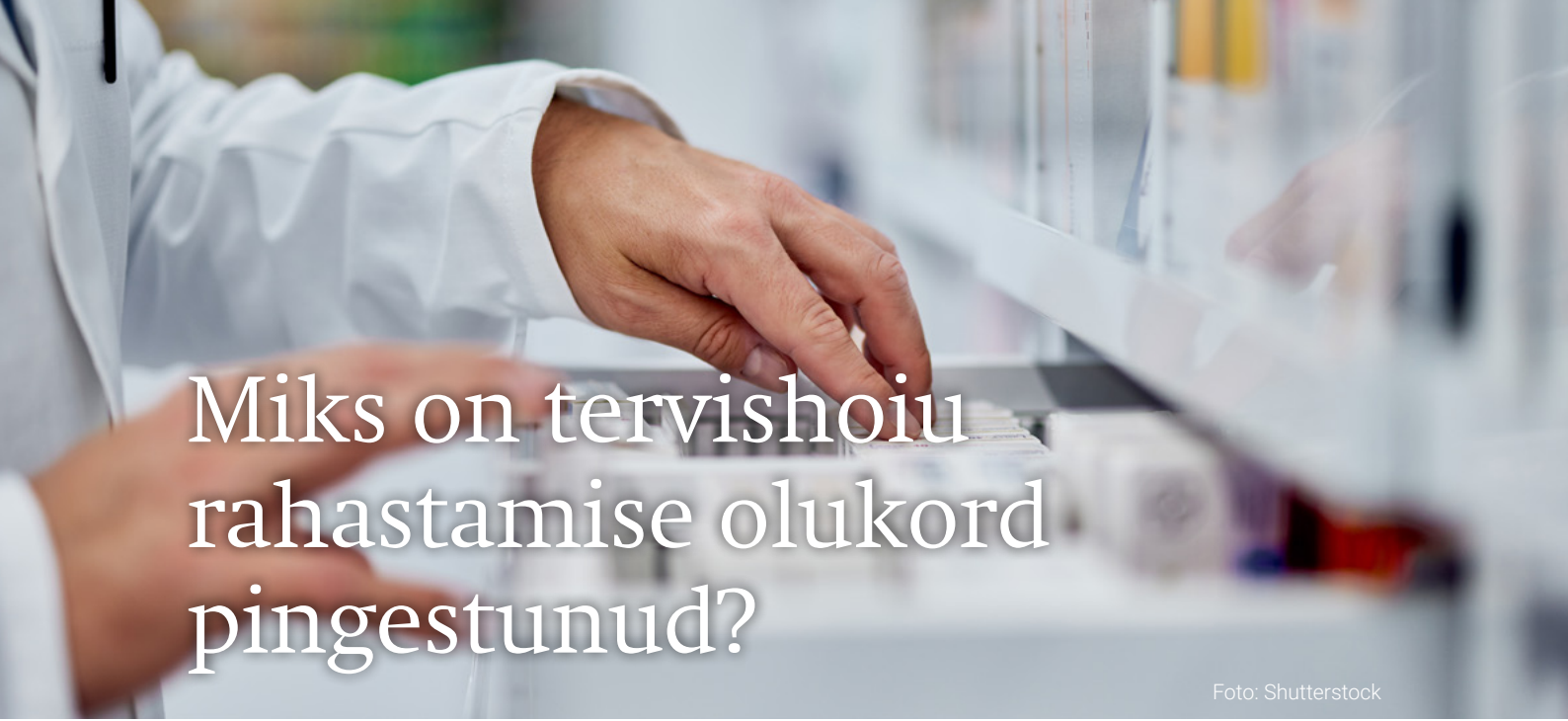
³³ EsTer/HEDA, Liisa, eHL, PERH IS

³⁴ KPMG Baltics OÜ (2025). Tervishoiuteenuse osutajate infosüsteemide konsolideerimise tasuvusanalüüs. Tervisekassa tellimusel. Tallinn.

tel vaja 65 miljonit eurot lisainvesteeringuid, ent ulatuslikumad uuendused võivad nõuda enam kui 90 miljonit lisaeurot. Need uuendused või-

maldaksid aga edaspidi igal aastal kokku hoida 9–15 miljonit eurot ning ühtlasi parandada vastavust elutähtsa teenuse toimepidevuse nõuetele.³⁵

³⁵ KPMG Baltics OÜ (2025). Tervishoiuteenuse osutajate infosüsteemide konsolideerimise tasuvusanalüüs. Tervisekassa tellimusel. Tallinn.



Miks on tervishoiu rahastamise olukord pingestunud?

Foto: Shutterstock

Eesti elanikud on tervemad kui sajandi alguses

Eesti elanike tervis on viimase kahe kümnendi jooksul märgatavalt paranenud. Aastatel 2000–2020 kasvas keskmine oodatav eluiga 71,1 aastalt 78,9 aastani, mis on Euroopa Liidu kiireim tõus. COVID-19 kriis tõi ajutise languse, ent suundumus pöördus taas positiivseks juba 2022. aastal. Sünnihetkel tervena elada jäänud aastate arv jõudis 2022. aastal Eesti kohta rekordtasemele (59,2 aastat) ning ka eakate puhul on tervena elatud aastate arv kasvanud. Oluliselt on vähenenud kroonilistesse haigustesse suremus. Näiteks on isheemilistesse südamehaigustesse suremus langenud üle 70%, insuldijuhtude puhul üle 75%, samuti on vähenemas vähki suremus. Imikusuremus ja tuberkuloosi haigestumine on vähenenud peaaegu kuus korda, HIV juhtude arv üle 60% ning ka suitsetamine ja alkoholi liigtarvitamine on järjekindlalt vähenenud.³⁷ Rahvastiku peale kokku on oluliselt vähenenud haiguse või vigastuse tõttu kaotatud tervena elatud eluaastate indeks (DALY)³⁸ (joonis 6).

2000. aastal oli DALY määr 100 000 elaniku kohta Eestis 44 065, 2020. aastal 35 894 ehk vähenes ligikaudu 9000 võrra. Rahvaarvu arvestades võideti kahe kümnendi peale tagasi ca 120 000 tervise-aastat, mille rahaline väljund on kokku 5,7 mld eurot.³⁶

Kasvavad surma põhjused on psüühika- ja käitumishäired ning diabeet. Kuid nendesse suremus on siiski suurusjärgu võrra väiksem kui suremus südame-versoonkonna haigustesse, mille arvele läheb ligikaudu pool kõigist surmadest, ja pahaloomulistesse kasvajatesse, millega seotud surmad moodustavad ligikaudu viiendiku.

Üldiste näitajate taustal on probleemiks aga tervisealane ebavõrdsus, mis ei ole aastate jooksul paranenud. Peamised eristavad tegurid on sugu, haridus, sissetulek ja piirkond. Näiteks suitsetavad madala haridustasemega noored kaks korda tõenäolisemalt, põhiharidusega inimeste eluiga on kõrgharitude elueast 9–11 aastat lühem ning

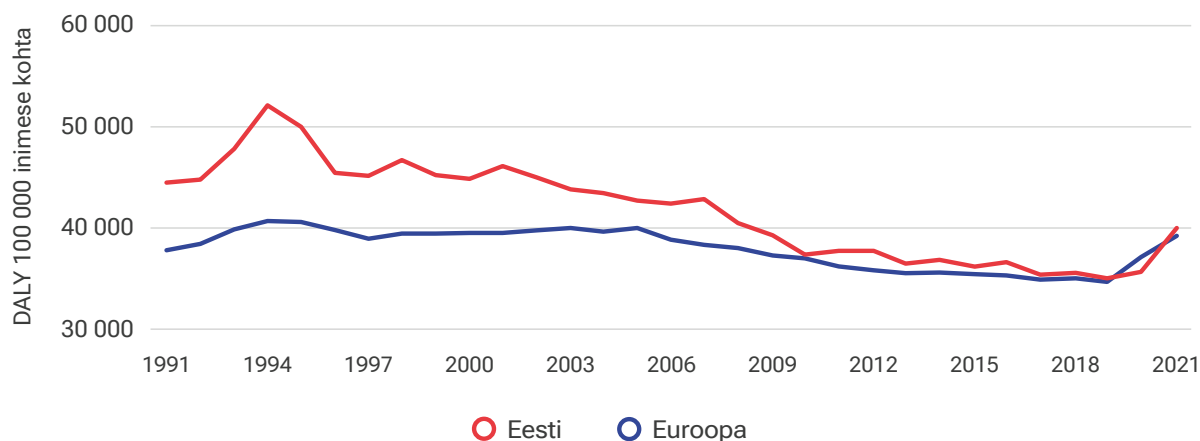
³⁶ Kõrge inimarengu tasemega riikides hinnatakse ühe tervena elatud eluaasta (DALY) säilitamise väärtuseks 1,46-kordset SKP-d elaniku kohta. Eesti puhul oli see 2020. aastal ligikaudu 42 000 eurot. Allikas: Daroudi, R., Akbari Sari, A., Nahvijou, A., & Faramarzi, A. (2021). Cost per DALY averted in low, middle-and high-income countries: evidence from the global burden of disease study to estimate the cost-effectiveness thresholds. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 19(1), 7.

³⁷ Kasekamp, K., Habicht, T., Vörk, A., Köhler, K., Reinap, M., Kahur, K., Laarmann, H., & Litvinova, Y. (2023). Eesti: Tervisesüsteemi ülevaade 2023 (25. köide, nr 5). Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskus, Maailma Terviseorganisatsioon.

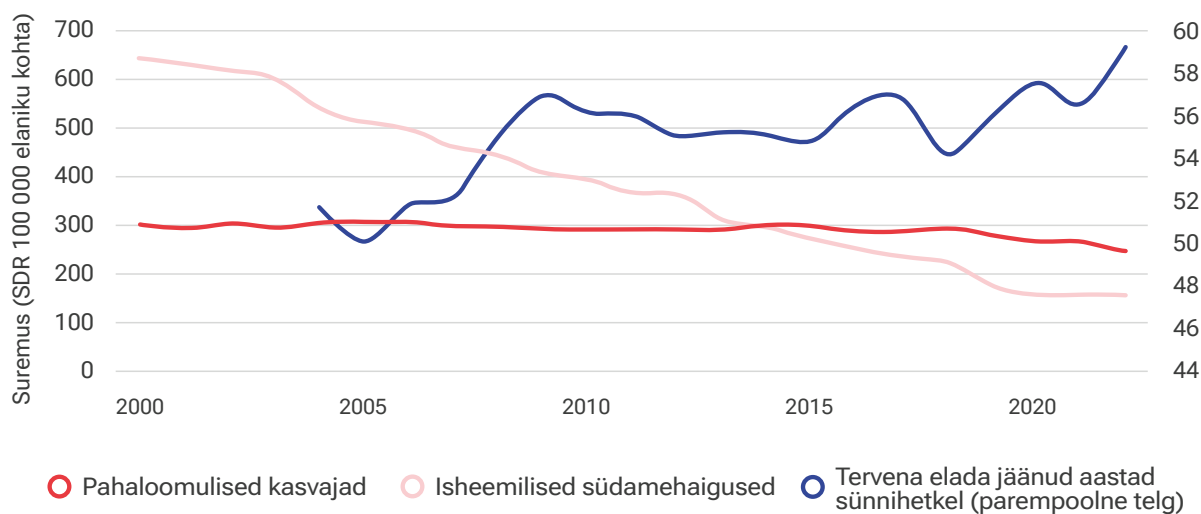
³⁸ WHO Global Health Estimates (2024). Eesti DALY 2000. aastal 649 ja 2021. aastal 531.

nende seas on rohkem ülekaalulisi ja rasvunuid (63% vs. 46%). Naiste oodatav eluiga on kaheksa aastat pikem kui meestel. Oma tervist pidas heaks enam kui kolmveerand suurima sissetulekuga kvintiili kuuluvatest inimestest, ent vaid

kolmandik väikseima sissetulekuga kvintiili kuuluvatest inimestest.³⁹ Võrumaal on tervena elatud eluaastaid 52, Hiiumaal 64.⁴⁰ Enamiku nimetatud erinevuste poolest on Eesti Euroopas esimesel kohal või esikolmikus.



Joonis 6. Tervisekaotuse aastad (DALY) 100 000 inimese kohta
Allikas: IHME, Global Burden of Disease (2024)



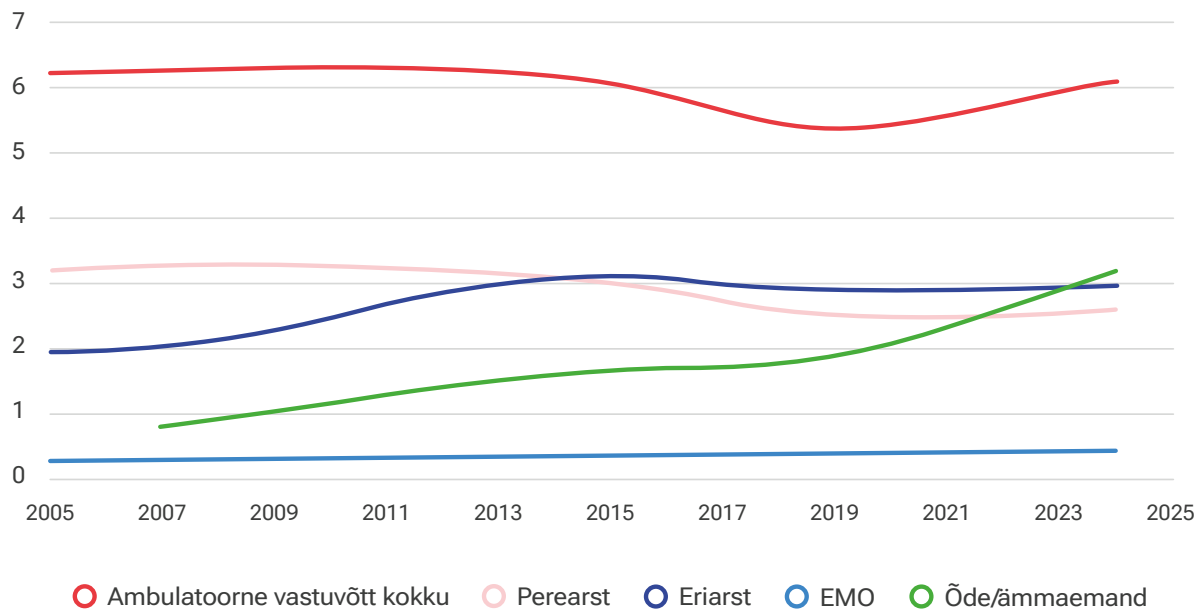
Joonis 7. Standardiseeritud suremus peamiste surmapõhjuste tõttu ja tervena elada jäänud aastad sünnihetkel
Allikas: Eurostat (hlth_cd_asdr ja hlth_cd_asdr2), TAI (TE75)

Aastane arstivisiitide arv ühe inimese kohta on püsinud aja jooksul stabiilsena väikese tõusuga, ent muutumas on teenuse osutamise vorm. Alates pandeemiast on rohkem hakatud pakkuma kaugvastuvõtte ning suurenemas on ödede ja EMO roll. Õenduses on visiitide arv suurenenud

alates 2020. aastast pereõdede kaugvastuvõtte tõttu. Ulatuslikum toetumine ödedele ning patsientide murede kasvav lahendamine digikanalite vahendusel on võimaldanud arstide aega säästa ja tervishoiu tööjõuressurssi tõhusamalt kasutada.

³⁹ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023). Eesti: riigi terviseprofiil 2023. State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

⁴⁰ TAI andmebaas (2025). Tabel TE760.



Joonis 8. Vastuvõttude arv ühe elaniku kohta aastas
Allikas: TAI andmebaas tervishoiuteenuste kasutamise kohta

Tervishoiukulude kiiret kasvu veab palgatõus

Eesti praegused tervishoiukulud on ligikaudu kolm korda suuremad kui 2010. aastal ning kaks korda suuremad kui 2015. aastal. **Viimase 20 aasta jooksul on tervishoiukulud kasvanud keskmiselt 9,7% aastas.**⁴¹ See ületab sama aja riiklikku keskmist aastast palgakasvu (7,7%) ja keskmist aastast hinnatõusu (4,6%).⁴²

Arenguseire Keskuse arvutused näitavad, et tervishoiukulude suurenemisest üle poole (51–55%) on seletatav tervishoiuteenuste kallinemisega (sh tervishoiutöötajate palgatõus), millest omakorda suurima osa moodustab ambulatoorse raviga seotud hinnatõus (vt tabel 3). Ligikaudu 40% tervishoiukulude suurenemisest on tulenenud teenuste mahu ja intensiivsuse kasvust ühe elaniku kohta. Demograafiliste tegurite osa jääb tagasihoidlikumaks, 2010. aastaga võrreldes on rahvas-

tiku kasvuga seletatav vaid 2% ning rahvastiku vananemisega 4% kõigist tervishoiukulude suurenemisest.

Hinnatõusu peamine põhjus on tervishoiutöötajate palgatõus, mis on nii absoluutsummas kui ka riigi keskmise palgaga võrreldes kiirenenud alates 2019. aastast. 2024. aasta seisuga oli arstide palk ligikaudu 2,5 ja õdede palk 1,17 korda suurem riigi keskmisest palgast. Arstide puhul on olukord sarnane Soomega (joonis 9), ent õdede puhul on töötasu suhe riigi keskmise palka Soome omast suurem. Pikema aja jooksul on palgatõus olnud märkimisväärne just arstide seas, arvestades, et näiteks 2010. aastal ületas Eestis arstide palk riigi keskmist vaid 2 korda, ent Soomes 2,7 korda.

⁴¹ TAI, tabel KK01.

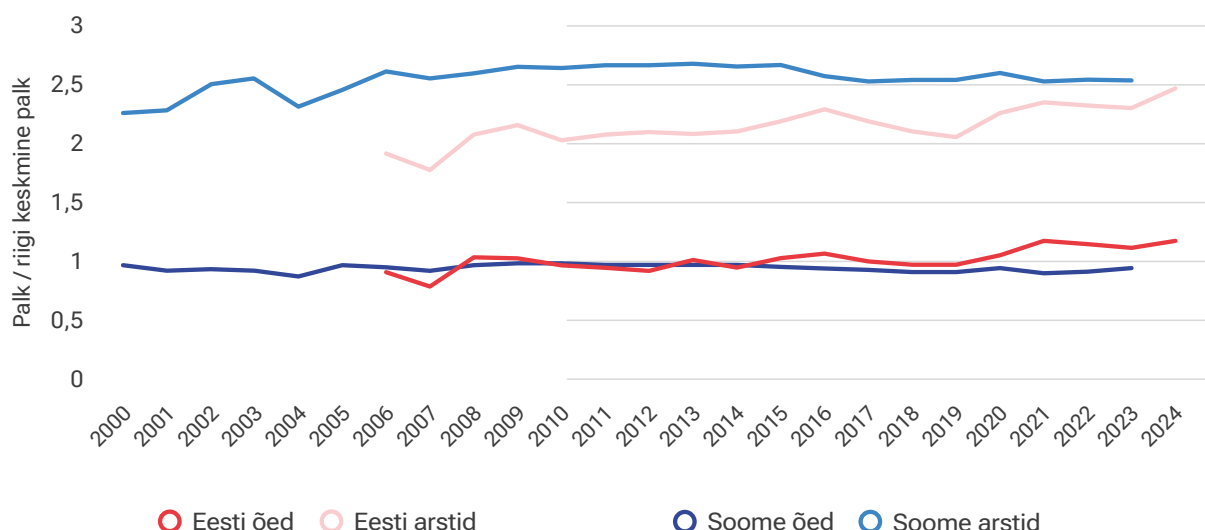
⁴² Statistikaamet. [THI kalkulaator](#).

Ravimifirmade tagasimaksed Tervisekassale on hüppeliselt kasvanud

Tervisekassa sõlmib ravimifirmadega hinnakokkuleppeid, mis võimaldavad alandada ravimi hinda või seada muid kättesaadavuse tingimusi. Kallite ravimite puhul kasutatakse sageli tagasimakseid: riik maksab esmalt ametliku hinna, kuid ettevõtte kannab teatud tingimustel osa kuludest hiljem riigile tagasi (näiteks kui kasutamine ületab kokkulepitud piirmäära).

Veel 2020. aastal olid ravimifirmade tagasimaksed Tervisekassale ligikaudu 3 miljonit eurot aastas, kuid trend on kiiresti kasvav. 2024. aastal maksti tagasi 30 miljonit eurot ning 2025. aasta keskpaigaks on ka see maht juba saavutatud.

Mida see tähendab? Tervisekassal on planeeritust rohkem tulusid. Teisalt, kuna tagasimaksed ei ole püsiv suurus, on neist sõltuda riskantne. Lisaks viitab see trend suurenenud ravimitarbimisele ning asjaolule, et ravimite kulud kasvavad prognoositust kiiremini. See võib aga pikaajaliselt viia eelarvesurve süvenemiseni, kui tootjad ei ole enam valmis samas mahus soodustusi või tagasimakseid tegema.



Joonis 9. Arstide ja õdede palk suhtena riigi keskmisse palka Eestis ja Soomes
Allikas: OECD Health Statistics (2025)

Kõikide tervishoiuteenuse osutajate kulude suure-
nemisest on tööjõukulude suurenemisega selgi-
tatav üle poole (57–60%, sh kiirabis ja õendusabis

70–80%). Teiseks oluliseks teguriks on meditsii-
niliste kaupade (sh ravimite) ost, mis moodustab
12–14% kõikide kulude suurenemisest.

Tabel 3. Tervishoiukulude suurenemise põhjused

	2010–2024	2015–2024
Rahvaarvu suurenemine	2,3%	5,2%
Rahvastiku vananemine	4,4%	3,2%
Hinnatõus	55,3%	51,7%
... ravimid ja meditsiinikaubad	6,0%	7,9%
... haiglaravi	12,1%	5,6%
... ambulatoorsed teenused kokku	37,2%	38,2%
.. ambulatoorne arstiabi		26,8%
.. hambaravi		4,1%
.. muud ambulatoorsed teenused ⁴³		9,8%
Reaalkulu elaniku kohta (teenuste maht ja sagedus)	38,1%	39,9%

Allikas: autorite arvutused TAI ja Eurostati andmetel. **Hinnatõus** näitab ravimite ja meditsiinikaupade kallinemist ning arstiabi, hambaraviteenuste ja muude tervishoiuteenuste hindade kasvu, sealhulgas tervishoiutöötajate palkade tõusu. **Reaalkulu elaniku kohta** näitab, kui palju on kasvanud tervishoiuteenuste maht ja kasutamise intensiivsus, näiteks tehakse rohkem visiite, uuringuid või raviprotseduure, sõltumata hindade tõusust või rahvastiku vananemisest.

Need tulemused on kooskõlas senise teaduskirjandusega, mille kohaselt ei ole tervishoiukulude kiire kasvu peasüüdlaseks mitte rahvastiku vananemine, vaid suuremat mõju avaldavad hoopis tehnoloogia kallinemine, teenuste laialdasem kasutamine ning palgakasv.^{44, 45} Samas on ka vananemise mõju kuludele siiski vaieldamatu, ehkki teised tegurid on olulisemad. Tervisekassa 2024. aasta andmete põhjal ületavad 80-aastaste ravikulud keskealiste kulusid kahekordselt ning noorte kulusid kolmekordselt.

Eesti tervishoiusüsteemi halduskulud moodustasid 2023. aastal 1,5% kõikidest kuludest. Umbes sellisel tasemel on kulude osakaal püsinud 2015. aastast alates, kuid näiteks 20 aastat

tagasi moodustasid halduskulud 4,1% ehk praegusega võrreldes rohkem kui kaks korda enam. Samamoodi on suhteliselt vähenenud TTO-de majanduskulude⁴⁶ osatähtsus, mis 2005. aastal moodustasid 14,6% kõikidest kuludest, ent 2023. aastal 10,6%.

Tervishoiu tugiteenuste (valdavalt uuringud ja analüüsid)⁴⁷ osa kõigist tervishoiukuludest on seevastu selgelt suurenenud. 2005. aasta 7,5%-lise tasemega võrreldes on nende kulude praegune tase 11,7%. Kasvu peamine põhjus on laboratoorsete uuringute (diagnostilisel eesmärgil tehtavad vere-, koe- ja uriinianalüüsid) kulu kasv. Tugiteenuste kulusid rahastab Tervisekassa.

⁴³ Füsioteraapia, laboriteenused, optikud, logopeedid jm.

⁴⁴ Williams, G. A., Cylus, J., Roubal, T., Ong, P., & Barber, S. (2019). Sustainable health financing with an ageing population: will population ageing lead to uncontrolled health expenditure growth?

⁴⁵ Kalseth, J., & Halvorsen, T. (2020). Health and care service utilisation and cost over the life-span: a descriptive analysis of population data. BMC health services research, 20(1), 435.

⁴⁶ Olulisim on kinnistute ja hoonete ülalpidamine, aga ka IT-kulud, transpordikulud, koolitused jms.

⁴⁷ Teenused, mis ei ole otsene arstiabi, vaid toetavad diagnoosi ja ravi: radioloogilised või laboratoorsed uuringud või patoloogia-teenused.

Tervishoiu rahastust on pikka aega kandnud tööhõive kasv

Nagu eespool mainitud, on Eesti tervishoiu suurimaks rahastusallikaks sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa (13%). See on töötavate inimeste maks, mida maksavad töötajate eest nende brutotulu pealt tööandjad või iseenda eest füüsilisest isikust ettevõtjad.

Töötavad inimesed moodustavad poole kõigist ravikindlustatutest. Mida väiksem on töötavate inimeste osakaal kõikide teiste ravikindlustatute kõrval, seda jätkusuutmatum on tööjõumaksule tuginev süsteem.

Tabel 4. Ravikindlustatute struktuur (2024)

	Arv	%
Töötavad kindlustatud inimesed	637 403	49,7%
Kindlustatutega võrdsustatud inimesed	588 910	45,9%
Riigi kindlustatud inimesed	49 921	3,9%
Välislepingu alusel kindlustatud	5 056	0,4%
Vabatahtliku lepingu alusel kindlustatud	684	0,0%
Kindlustatuid kokku	1 281 974	93,6%
Elanikkond	1 369 995	

Allikas: autorite arvutused Tervisekassa 2025. aasta I poolaasta aruande ja Statistikaameti RV021 andmetel

Töötajate ning kindlustatutega võrdsustatud inimeste 50/50 jaotus on püsinud viimased 20 aastat⁴⁸, mille vältel on rahvastiku vananemist kompenseerinud tööhõive pidev suurenemine.

Nii on kõigi tööealiste (15–74-aastaste) tööhõive määr suurenenud alates 2000. aastast 54,4%-lt 68,9%-ni, seejuures üle 65-aastaste seas on kasv olnud rohkem kui kahekordne.⁴⁹ Tööhõive kasv on olnud niivõrd kiire, et 20–64-aastaste seas on Eesti tööhõive määr praegu üks Euroopa kõrgemaid, ületades nii EL-i keskmist (82% vs. 75%) kui ka naaberriikide vastavaid näitajaid. Eriti suur on hõive 65–74-aastaste pensioniealiste seas: EL-is on alates 65. eluaastast näha järsku kukumist, ent Eestis töötab selles vanuserühmas jätkuvalt 30%.⁵⁰

Praeguse rahastamismudeli säilides on tööhõive määra jätkuv suurenemine üks parimaid võimalusi tervishoidu lisaraha saada, ent sellest ei piisa. Järgnev joonis kajastab Arenguseire

Keskuse arvutusi, millised tulud kaasneksid Tervisekassale tööhõive suurenemise, sisse- rände kasvamise ja pensioniea tõstmisega.

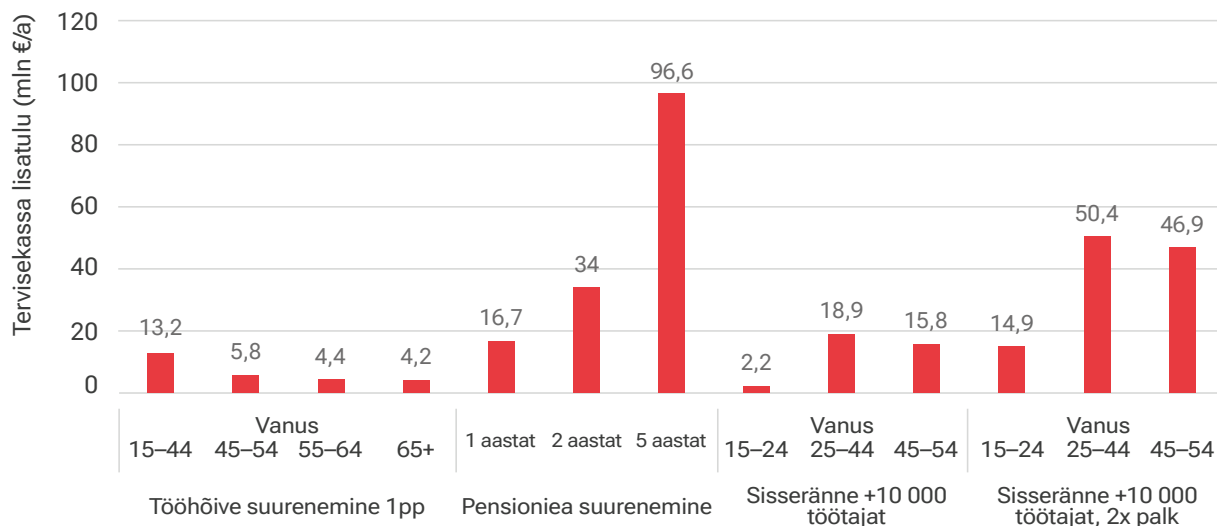
Tööhõive kasv 1 protsendipunkti võrra kõigis vanuserühmades tooks 28 miljonit eurot lisatulu, ent mõnevõrra rohkemgi tulu tooks 10 000 keskmise palgaga välistöötaja lisandumine (lisatulu ca 37 mln eurot) ning pensioniea tõstmine kahe aasta võrra (lisatulu ca 34 mln eurot). Samas on tegu poliitiliselt ja ühiskondlikult palju tundlikumate meetmetega kui tööhõive suurendamine. Välistööjõu juurdevool selles suurusjärgus eeldaks tööjõu sisse- rände piirarvu (2025. aastal 1300 elamisluba kolmandatest riikidest isikutele) olulist suurendamist või EL-i riikidest läh- tuva töö- rände kasvu. 2023. aastal oli ainult 9% (6000 inimest) kogu Eestis töötavast välistöö- jõust (kokku 66 400 inimest) pärit EL-ist.⁵¹

⁴⁸ Sarnasele jaotusele viitab ka näiteks EHK 2006. aasta majandusaasta aruanne.

⁴⁹ Statistikaameti andmed 2025. aasta augusti seisuga.

⁵⁰ Statistikaamet, TT330.

⁵¹ OSKA (2023). Eesti tööjõudu mõjutavad eri rändeliigid.



Joonis 10. Tööhõive mõju tervisekassa tuludele

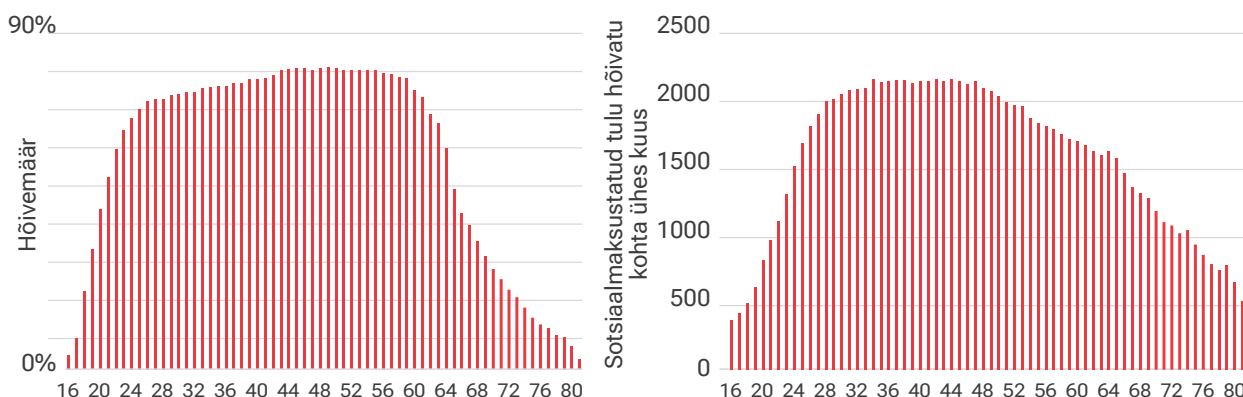
Allikas: autorite arvutused Statistikaameti ja Tervisekassa 2024. aasta andmete põhjal

2024. aasta põhjal oli sotsiaalmaksustatud tulu suurim vanusevahemikus 34–44, samal ajal kui hõive oli suurim vanusevahemikus 44–53. Tööhõive langeb järsult 60. eluaastates (vt allole-

vad joonised). Kui riigi eesmärk on suurendada tulusid tööhõive tõstmise kaudu, on realistlikud kaks valikut:

1 suurendada hõivet vanusevahemikus, kus osalus tööturul on suur, kuid mitte päris tipus, ning tulu ühe lisanduva protsendipunkti kohta on suurim (üle 700 000 euro). Neile tingimustele vastab 33–38-aastaste vanuserühm;

2 keskenduda kõige madalama hõivemääraga vanusrühmades hõive olulisele suurendamisele, kus tulu hõivatu kohta on väiksem. Sellised rühmad on alla 25-aastased noored ja üle 60-aastased. Riigile toob potentsiaalselt kiiremat tulu pensioniealiste laialdasem töötamine, ent arvestama peab terviseriskide ning Euroopa mõistes niigi kõrgete tööhõive määradega.



Joonis 11. Tööhõive määr (vasakul) ja sotsiaalmaksustatud tulu ühe hõivatu kohta (paremal)

Allikas: autorite koostatud Statistikaameti andmete põhjal (päring)

Ulatuslikum toetumine tehnoloogiale eeldab lihtsamat juurdepääsu andmetele ja ühtseid reegleid tõhususe hindamiseks⁵²

Viimaste kümnendite meditsiini- ja tehnoloogia-arengud on muutnud tervishoiu nägu, tuues kaasa pikema eluea, ent mitte alati paremat tervist ja elukvaliteeti. Digitaalsed tervise- ja heaolutehnoloogiad, sealhulgas telemeditsiin, on tõestanud oma potentsiaali kliiniliste tulemuste parandamisel, teenustele ligipääsu kiirendamisel ning süsteemsete kulude vähendamisel. Näiteks on uuringud näidanud, et telemeditsiin on vähendanud ambulatoorseid ooteaegu keskmiselt 25,4 päeva võrra ning transpordivajadust kuni 70% võrra⁵³. Hoolimata mõningatest positiivsetest näidetest on **tervise- ja heaolutehnoloogiate tõeline potentsiaal veel ammendamata**. Kuigi tehnoloogiad ei päästa tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi ressursipuudusest, saavad nad pakkuda leevendust.

Uute tehnoloogiate kasutuselevõtt tervishoius eeldab regulatiivsete, eetiliste ja praktiliste barjääride ületamist. Terviseandmed on eriliiki isikuandmed. **Tervishoiuteenuse osutamisega seotud andmete töötlemise õigus ei laiene uuringutegevustega seotud andmete töötlemisele** ja nii ei või isegi tehnoloogia arendusse kaasatud tervishoiutöötaja enne õigusliku aluse tekkimist ehk enne eetikakomitee kooskõlastust inimese terviseandmeid tema haigusloost vaadata, neid muul moel dokumenteerida, säilitada ega töödelda. Kooskõlastuse saamiseks võib kuluda 3–4 kuud, mis muudab arendusprotsessi sageli aeglaseks.

Lisaks kerkib esile filosoofiline küsimus: kuidas tasakaalustada üksikisiku õigust privaatsusele ja andmekasutuse kontrollile ühiskondliku hüve nimel? Millisel hetkel muutub ühiskondlik-kollek-

tiivne innovatsioonivajadus olulisemaks kui individuaalne otsustusõigus oma andmeid uurin-gute tarbeks anda või nende kasutamist keelata?

Innovatsiooni edendamine vajab EL-i liikmesriikide ühtse kvaliteedi- ja tõendusraamistiku kokkulepet, et võimaldada tervisetehnoloogiliste lahenduste piiriülest tunnustamist ja levikut. Liikmesriigid teevad küll samme ühtsete digitervise tehnoloogiate hindamisraamistike kujundamisel⁵⁴, kuid ühtset raamistikku, mida erinevad riigid tervise- ja heaolutehnoloogiate hindamiseks kasutusele oleks võtnud, ei ole siiani tekkinud. Ühtse arusaama puudumine nii tehnilise kvaliteedi, koostalitlusvõime kui ka kliinilise tõenduse nõuete kohta tähendab arendajate jaoks vajadust lahendusi kohandada või teha täiendavaid kulukaid uuringuid teiste riikide turule jõudmiseks.

Uute tehnoloogiate majandusmõju hindamine on sageli keerukam kui tervise mõõtmine. Kulu-tulu analüüs püüab tulemusi rahasse panna, teised meetodid väljendavad neid eluaastates või elukvaliteedis. Raha ei peegelda alati tervise ja heaolu tegelikku väärtust ning elukvaliteediga kohandatud eluaastad on subjektiivsed ja raskesti mõõdetavad. Eestis puudub kokkulepe, millist metoodikat eri olukordades kasutada, mistõttu uuenduslike lahenduste väärtus võib jääda ebamääraseks või alahinnatuks mitte mõju puudumise, vaid sobimatu hindamisraamistiku tõttu.

Üks suurimaid takistusi tehnoloogiate laialdasel rakendamisel on inimeste valmisolek ja oskused. Pandeemia ajal kasutusele võetud HOIA rakendus ja riigiinfo telefon 1247 näitasid, et isegi kriisiolukorras ei pruugi inimesed uusi lahendusi omaks võtta, kui puudub usaldus, harjumus või

⁵² Peatükk on väljavõtte Kadi Lubi, Rinna Halliku ja Maarja-Liis Ellandi artiklist „Tervise- ja heaolutehnoloogiad – okkiline tee tervisevõrdsuseni?!“.

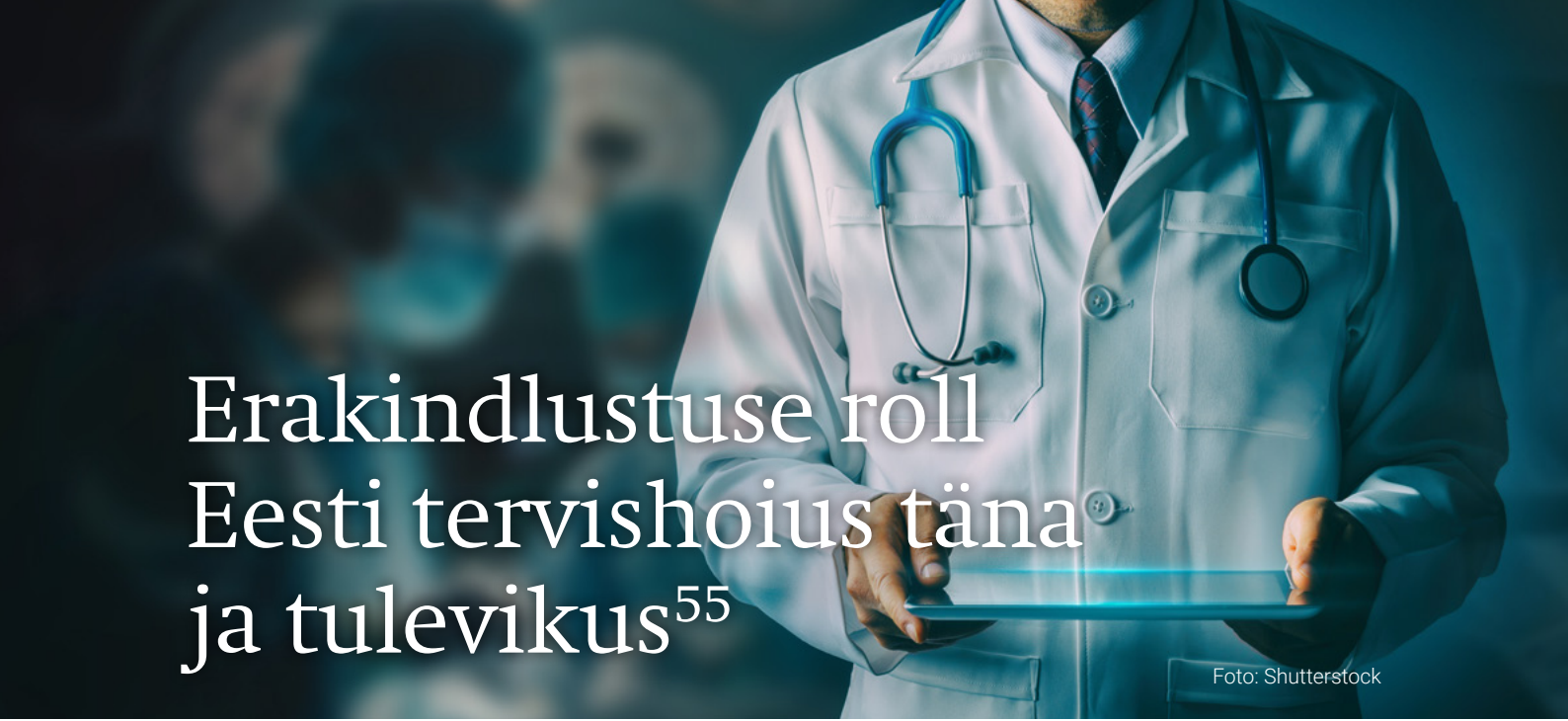
⁵³ Wootton, R., Bahaadinbeigy, K. & Hailey, D. (2011). [Estimating travel reduction associated with the use of telemedicine by patients and healthcare professionals: proposal for quantitative synthesis in a systematic review](#). BMC Health Services Research 11, 185.

⁵⁴ Näiteks EIT Health Taskforce for Harmonised Evaluations of Digital Medical Devices 2022–2025.

digipädevus. Sama kehtib tervishoiutöötajate kohta. Eeldus, et nad on valmis uute tehnoloogiate igapäevaseks kasutamiseks, ei pea sageli paika. Seetõttu on oluline tagada süsteemne tugi ja koolitus, milleks Eestis on välja töötatud strateegia ja tegevuskava tervishoiuvaldkonna digipädevuste arendamiseks aastani 2030.

Kõige olulisem küsimus seoses tervise- ja healutehnoloogiatega on nende mõju ebavõrdsusele. Ühelt poolt on tehnoloogiatel potentsiaal vähendada lõhesid teenuste kättesaadavuses, teisalt võivad need ebavõrdsust süvendada. Kõige haavatavamad on vanemaealised, maa- ja piirkondade elanikud, keelelised vähemused

ning madalama haridustaseme ja sissetulekuga inimesed. Kui need rühmad jäävad „digivärava“ taha, süveneb ebavõrdsus ka siis, kui süsteemi kogukulu näiliselt väheneb. Seetõttu võiks igal digilahendusel olla tugistruktuur (nt riiklik broneerimis- ja nõustamiskõneliin, proaktiivne kasutajatugi, mitmekeelne kasutusliides), mis aitaks tagada, et digitehnoloogiad ei suurendaks lõhesid, vaid aitaksid neid vähendada. See eeldab igal tasandil süstemaatilist lähenemist, kavandatud muutuste juhtimist ja nende toetavat läbiviimist, mille oluliseks osaks on strateegiline kommunikatsioon.



Erakindlustuse roll Eesti tervishoius täna ja tulevikus⁵⁵

Foto: Shutterstock

Euroopas on erakindlustus enamasti riikliku kindlustuse kõrval, mitte selle asemel

Euroopas toimib erakindlustus enamasti riikliku ravikindlustuse kõrval, mitte selle asemel. Eratervisekindlustus võib olla **vabatahtlik**, mille inimesed või tööandjad sõlmivad ise lisateenuste saamiseks või omaosaluse katmiseks ning mille puhul riiklik regulatsioon ja toetus on väike. Vabatahtlik ravikindlustus katab haigestumise korral tekkinud ravikulud või saamata jäänud tulu. Seda võivad müüa nii kasumit taotlevad kui ka mittetaotlevad erasektori ettevõtted, ent ka avalik sektor. Teine võimalus on **kohustuslik** eraravikindlustus, mille korral riik on kehtestanud kohustuse kasutada teatud teenuste ostmiseks või omaosaluse katmiseks erakindlustust. Sellise lähenemisviisi puhul võib erakindlustust pakkuda kohustuslikus korras kas tööandja või peab inimene selle ise kindlustuse pakkuvalt ostma.

Kuidas suhestub erakindlustus riikliku ravikindlustusega?

Neis Euroopa riikides, kus on levinud solidaarselt rahastatud tervishoiusüsteemid, täidab erater-

visekindlustus riiklikult rahastatava tervishoiu kõrval üldiselt kas sellele lisanduvat, seda täiendavat või üksikutel juhtudel seda asendavat rolli.

1. Euroopa riikides on kõige tavalisem lisanduv roll, mille korral erakindlustus võimaldab kiiremini juurde pääseda teenustele, mis on küll avalikult rahastatud, kuid mille saamiseks peaks patsient ootama pikas järjekorras. Samuti võimaldab erakindlustus saada juurdepääsu laiemale teenusepakkujate ringile. Selline on ka Eesti praegune olukord.

2. Täiendav kindlustus katab teenused, mida riiklik kindlustus ei kata üldse või mille omaosalus on väga suur. Enamasti on sellised teenused hambaravi, füsioteraapia ja alternatiivmeditsiin.

3. Asendavat rolli täidab erakindlustus vaid mõnes üksikus riigis. Näiteks Saksamaal saavad suure sissetulekuga inimesed valida eratervisekindlustuse oma peamiseks kindlustuseks.

⁵⁵ Kogu peatükk on kokkuvõte Tartu Ülikooli uuringust „Erakindlustuse roll Eesti tuleviku tervishoiusüsteemis“.

Ilma tugeva regulatsioonita ei ole erakindlustus õiglane ega tõhus

Erakindlustuse rolli ja mõju tervishoius on põhjalikult uurinud WHO, OECD, Euroopa Komisjon, Maailmapank ning Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskus, samuti on seda teemat kajastatud rohketes võrdlevates teadusartiklites. Uuringute tulemused on enamasti sõnastatud ettevaatlikult. Tuuakse välja, et erakindlustuse senine panus tervishoiu rahastamisse on olnud tagasihoidlik, kuid selle kõrvalmõjud on olnud süsteemselt märkimisväärsed. Kuigi erakindlustus suurendab valikuvabadust ja võib tuua tervishoidu lisaraha, võimendab see ebavõrdsust ning lisab uusi kulusid. Ilma tugeva regulatsioonita ei ole erakindlustus tõhus ega õiglane viis tervishoidu rahastada ning usaldusväärsem lahendus on siiski avaliku rahastamise tugevdamine.

Eelised

Positiivsena nähakse, et konkurentsitingimustes tegutsev erakindlustus on tugevamini motiveeritud parandama teenuse kvaliteeti, haldama kulusid tõhusamalt ja reageerima patsientide vajadustele kiiremini.⁵⁶

Lisaks

- toob erakindlustus juurde täiendavaid vahendeid taristu jaoks (nt erahaiglad), millest võivad kasu saada nii vaesed kui ka rikkad;
- võimaldab jõukamatel katta oma tervishoiuvajadused ise, jättes avalikule sektorile rohkem vahendeid haavatavamate gruppide jaoks;⁵⁷

Holland – kas hea näide erakindlustusest või sisuliselt siiski avalik süsteem?

Ühe näitena toimivast turupõhisest kindlustussüsteemist tuuakse sageli Hollandit. Ent sealne kindlustusturg on niivõrd reguleeritud, et rahvusvahelises statistikas liigitub see tihti avalike süsteemide hulka. Põhjusteid on mitu.

Hollandis on kohustuslik tervisekindlustus formaalselt eraettevõtete hallata, ent kindlustusandjatel on väga palju riiklikult reguleeritud kohustusi. Näiteks määrab valitsus igal aastal kindlustusandjatele kohustusliku baaspaketi, samuti on nad kohustatud vastu võtma kõik kliendid ilma riske hindamata ning madala ja keskmise sissetulekuga inimestele kompenseeritakse kindlustusmaksid. Kindlustusandjate pakkumised erinevad vaid üksikasjades, nagu omavastutuse suurus ja kompenseerimise viis.

- soodustab uuendusi, millest saavad kasu ka avaliku sektori asutused;⁵⁸
- pakub rahalist kaitset võrreldes otsese omaosalusega;⁵⁹
- parandab tervishoiuteenuste kättesaadavust, kui riiklik rahastamine on puudulik ja inimestel ei ole muud kindlustuskaitset.

Värskeim 18 riigi kogemusi kokku võttev kogumik viitab, et erakindlustus on osaliselt kasulik sellistele ühiskonnarühmadele, kes juba on suhteliselt soodsas olukorras.⁶⁰

⁵⁶ Colombo, F., & Tapay, N. (2004). *Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems*. OECD Health Working Papers, 15. OECD Publishing.

⁵⁷ Maynard, A., & Dixon, A. (2002). Private health insurance and medical savings accounts: Theory and experience. *Funding health care: Options for Europe*, lk 109–127. Open University Press.

⁵⁸ Chollet, D. J., & Lewis, M. (1997). Private Insurance: Principles. *Innovations in Health Care Financing: Proceedings of a World Bank Conference, March 10-11, 1997*, Vol. 365, lk 77. World Bank Publications.

⁵⁹ OECD (2004). *Private Health Insurance in OECD Countries*.

⁶⁰ Thomson, S., Sagan, A., & Mossialos, E. (2020). *Private Health Insurance: History, Politics and Performance*. Cambridge University Press.

Puudused

Mahukamad analüüsid on järjekindlalt toonitanud, et empiirilised tõendid ei kinnita erakindlustuse võimet tagada õiglust ja kulutõhusust. Turutõrked (näiteks patsientide valik nende terviseriskide alusel) viivad selleni, et kindlustusest jäävad kõrvale just need, kellel oleks seda kõige rohkem vaja.⁶¹

Eri kindlustusandjate kõrvuti tegutsemine suurendab halduskulusid ning konkurents keskendub pahatihti mitte teenuse kvaliteedile, vaid tervete ja väikese riskiga klientide ligimeelitamisele.⁶² Erakindlustus ei ole suutnud vähendada ka avaliku sektori kulusurvet, vaid kipub suurendama tervishoiu kogukulutusi. Samuti ei ole erakindlustus tõendatult suutnud parandada tervishoiuteenuste kvaliteeti ega teenuste kättesaadavust.⁶³

OECD rõhutas juba 2004. aastal, et tervisekindlustuse ja tervishoiuteenuste turgude vahel on keeruline seos. Kui TTO-del, näiteks suurhaiglatel, on tugev turupositsioon, siis võib isegi kindlustusseltside omavahelisel konkureerimisel hakata TTO-de tugev positsioon piirama erakindlustuse võimekust suurendada süsteemi tõhusust ning pakkuda kvaliteetsemat ravi. Asjaolu, et turul on rohkem kindlustuspakkujaid, ei tähenda seega automaatselt madalamaid hindu, eriti kui iga pakkuja teeb teenuseosutajatega eraldi kokkuleppeid.

Ka värskeimas rahvusvahelise kogemuse analüüsis on leitud⁶⁴, et eraravikindlustus vastab harva talle seatud ootustele leevendada survet valitsuse eelarvele ja tõhustada tervishoiusüsteemi. Probleemidena tuuakse välja järgmised asjaolud:

- ebavõrdsuse kasv, kuna erakindlustust ostavad paremal järjel olevad sotsiaal-majanduslikud rühmad;

- stiimulite puudumine tervishoiuteenuste kvaliteedi parandamiseks (vaid vähesed erakindlustusandjad tegelevad teenuste strateegilise ostmisega, mille tõttu võib erakindlustus tervishoiu sektoris hoopis hindu tõsta);
- suurem surve avaliku sektori eelarvele nii otseselt (kui erakindlustus kasutab maksumoodustust) kui ka kaudselt (kui avaliku ja erasektori vahelised piirid ei ole tervishoius selgelt määratletud ning raha ja inimeste liikumine avalikust sektorist erasektoris toob kaasa hinnatõusu või teenuste kättesaadavuse halvenemise avaliku sektori rahastatud tervishoiusüsteemis);
- erakindlustuse reguleerimisega seotud kõrgemad tehingukulud ja selle turu jälgimiseks vajalikud kõrgemad lisakulud.

2024. aastal tehtud teadusuuring, milles analüüsitakse 29 kõrge sissetulekuga riigi tervishoiu erasektori rahastust, rõhutab, et vabatahtlik ravikindlustus on üldjuhul regressiivne: madalama sissetulekuga inimesed maksavad oma sissetulekust suurema osa või ei saa kindlustust endale üldse lubada. Reguleerimine, subsiidiumid ja sissetulekupõhised maksed võivad seda vähendada, ent praktikas jääb erakindlustuse turumaht enamasti piiratuks. Veelgi värskem analüüs on tehtud Austraalia kohta, kus valitsus toetab soodustustega eraravikindlust, ent mõjuanalüüs näitas, et kui erakindlustuse osakaal tervishoiuturust kasvas 1 protsendipunkti võrra, lühenes ooteaeg vaid 0,3 päeva.⁶⁵

⁶¹ Maynard, A., & Dixon, A. (2002). Private health insurance and medical savings accounts: Theory and experience. *Funding health care: Options for Europe*, lk 109–127. Open University Press.

⁶² Colombo, F., & Tapay, N. (2004). *Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems*. OECD Health Working Papers, 15. OECD Publishing.

⁶³ OECD. (2004). *Private Health Insurance in OECD Countries*.

⁶⁴ Thomson, S., Sagan, A., & Mossialos, E. (2020). *Private Health Insurance: History, Politics and Performance*. Cambridge University Press.

⁶⁵ Yang, O., Yong, J., & Zhang, Y. (2024). Effects of private health insurance on waiting time in public hospitals. *Health Economics*, 33(6), 1192–1210.

WHO Barcelona tervishoiu rahastamise töörühm on soovitanud erakindlustust rakendada eelkõige omaosaluse katmiseks, nii et see oleks kohustuslik kõigile (kindlustaja ei saaks siis riske valida), aga riskirühmad vabastataks täiendavast kindlustusest või tasutaks nende eest kindlustusmaksed riigieelarvest, et tagada tervishoiule võrdne juurdepääs.⁶⁶

Põhjamaade kogemus

Põhjamaade võrdlev analüüs näitab, et erakindlustus on seal tekkinud riikliku tervisekindlustuse

lünkade täitmiseks ja seda pakutakse enamasti tööandjate kaudu. Rootsis ja Norras kasutatakse erakindlustust peamiselt lisakindlustusena kiirema eriarstiabi saamiseks ja selleks, et töötajatel oleks võimalik varem tööle tagasi tulla. Seevastu Soomes on erakindlustuse roll kasvanud esmatasandi piiratud kättesaadavuse tõttu. Soome ise on Euroopas pigem harv näide, kuna erakindlustust ostavad peamiselt eraisikud ise, mitte tööandja. Samuti on välja toodud, et Põhjamaade turul on eelkõige erasektoris hakatud erakindlustust pidama töötasu täiendavaks osaks.⁶⁷

Eestis on eratervisekindlustusega kaetud kümnendik töötajatest, peamiselt kõrgepalgalistes sektorites ja ettevõtetes

Eestis võib eraravikindlustuse alguseks pidada 2018. aastat, kui tööandjad said hakata katma töötaja tervise edendamise kulusid 400 euro ulatuses aastas, ilma et see tooks kaasa erisoodustusmaksu. Sellest ajast alates on vabatahtlik ravikindlustus kiiresti levinud, eelkõige tänu tööandjatega sõlmitud lepingutele. (2025. aastal pakub seitsmest turul olevast kindlustusettevõttest isikupõhist tervisekindlustust ainult üks.)

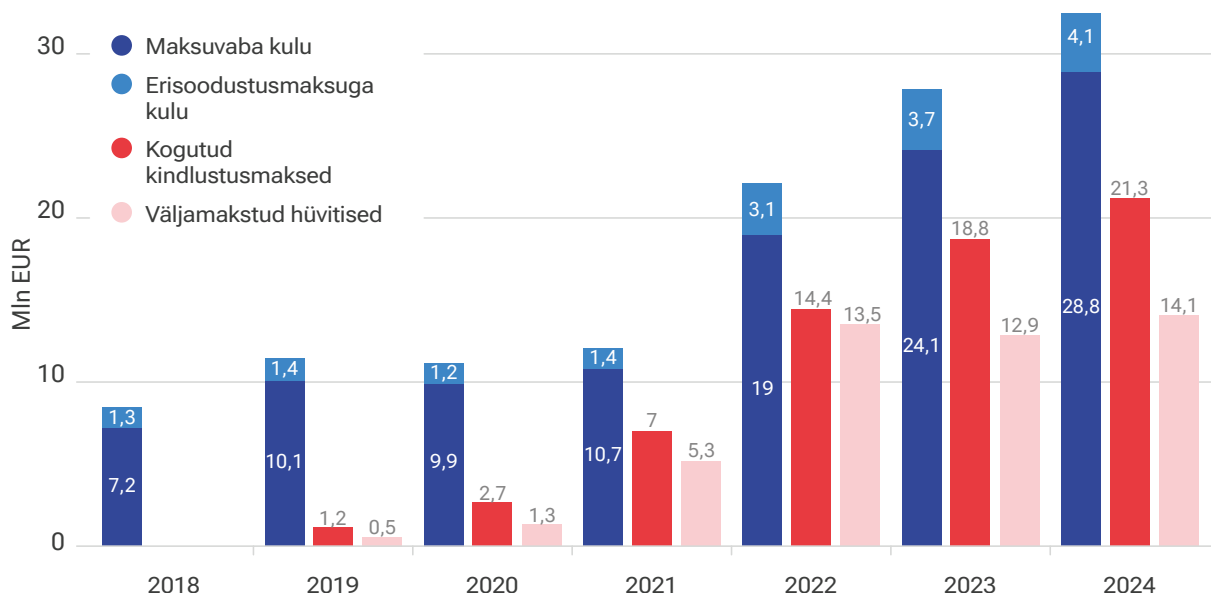
Vabatahtliku ravikindlustuse maksed moodustavad tööandjate maksuvabadest tervise edendamise kuludest aina suurema osa. Kindlustusseltside kogutud eratervisekindlustuse sissemaksed ettevõtelt on kasvanud 1,2 miljo-

nilt eurolt 2019. aastal 21,3 miljoni euron 2024. aastal (vt joonis 12). Kuna see kasv on olnud oluliselt kiirem kui ettevõtete vabatahtlike tervise edendamise kogukulude kasv, on kogukulude struktuuris toimunud muutus erakindlustuse sissemaksete kasuks. Kindlustusseltside kogutud kindlustusmaksed moodustavad ettevõtete maksuvabadest tervise edendamise kogukuludest praeguseks ligikaudu kolmveerandi.

2024. aastal maksid tööandjad kindlustusmaksena 21,2 miljonit eurot, kuid hüvitis maksti kindlustatutele välja 14,1 miljonit eurot, **seega läheb tervishoiukulude katteks umbes 2/3 kogutud kindlustusmaksetest.**

⁶⁶ WHO Barcelona tervishoiu rahastamise töörühma koolitusmaterjalid (juuni, 2025).

⁶⁷ Tynkkynen, L.-K., Alexandersen, N., Kaarbøe, O., Anell, A., Lehto, J., & Vrangbæk, K. (2018). Development of voluntary private health insurance in Nordic countries – An exploratory study on country-specific contextual factors. *Health Policy*, 122(5), 485–492.



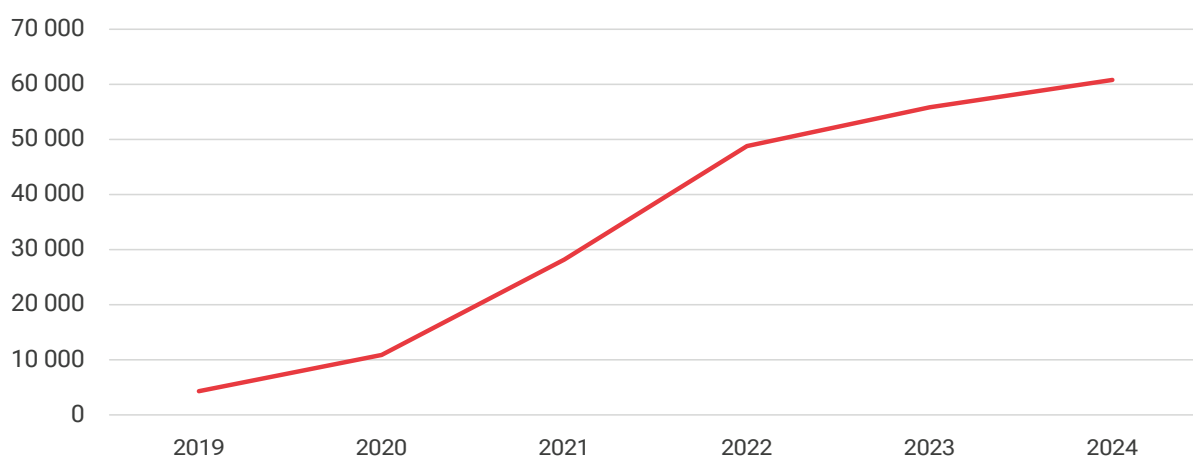
Joonis 12. Töandjate kantud tervise edendamise kulud 2019–2024 võrrelduna eratervisekindlustuse maksetega ja väljamakstud hüvitistega

Allikas: Eesti Maksu- ja Tolliamet, Eesti Kindlustusseltside Liit

Millistel inimestel on erakindlustus?

2024. aastal oli erakindlustusega kaetud 60 535 töötajat, s.o 9,6% kõikidest töötavatest ravikindlustatutest. Eesti sotsiaaluuringu andmetel on erakindlustus suurema tõenäosusega olemas **meestel** kui naistel (8,5 vs. 5,1%), **eestlastel** kui venelastel (7,2 vs. 5,8%), **enim vanusrühmas 25–39, kõrgema haridustasemega ja väga hea**

või hea tervise enesehinnanguga inimestel. Väga tugev on seos ka leibkonna sissetulekuga, näiteks 10. detšiilis ehk **kõige suurema sissetulekuga** inimeste puhul on tööealiste seas kindlustuse omajate osakaal 11,7%, kuid esimeses detšiilis on see näitaja 2,6%.



Joonis 13. Töandjate kaudu eratervisekindlustuse sõlminud kindlustatud isikute arv

Allikas: Eesti Kindlustusseltside Liit

Maksusoodustusega tervise edendamise kulusid deklareeriti 2024. aastal ligikaudu viiendiku (19,7%) töötajate eest. Ent teistpidi vaadates ligikaudu 80% töötajate eest tööandjad tervise edendamise kulusid ei kandnud, hoolimata maksuvabastuse olemasolust.

Millised ettevõtted pakuvad eraravikindlustust?

Maksusoodustust (laiemalt kui vaid eratervisekindlustus) kasutanud ettevõtteid oli 2024. aastal 5944. Lisaks maksab aastas umbes 500 ettevõtet tervisekuludelt erisoodustusmaksu.

Vaid vähesed ettevõtted (14,5%, s.o 860 ettevõtet) kasutasid ära 400-eurose piiri ning need ettevõtted esindasid omakorda ainult 6% soodustusega töötajatest ehk 7400 töötajat. Proportsionaalselt enim kasutati see summa ära finants- ja kindlustustegevuses (ligikaudu 21% töötajatest).

Ettevõtte suurus, palgatase ja tegevusala määravad suuresti, kas ja kuidas tervise edendamise kulusid kasutatakse. Nii on eratervisekindlustuse levik tugevalt sektori- ja ettevõttespetsiifiline. 2024. aastal deklareerisid tervise edendamise kulusid kõige ulatuslikumalt finants- ja kindlustusettevõtted (63% töötajatest), valdkondadest järgnesid neile elektrienergia jm varustamine (42%) ning info ja side (42%). Väikseim oli kaetus põllumajanduses, metsamajanduses ja kalanduses (4%).

Ühtlasi maksavad ettevõtted, kes kannavad töötajate eest tervise edendamise kulusid, keskmiselt kõrgemat palka kui oma tegevusala keskmine. Veelgi enam, ettevõtted, kus keskmine palk on suurem, esitavad töötaja kohta keskmiselt ka kõrgema maksuvabastuse summa. Mida enam on ettevõttes töötajaid, seda tugevam on seos keskmise palga ja keskmise tervise edendamise kulu vahel.

Milliseid teenuseid eraravikindlustuse raames enim tarbitakse?

Eraravikindlustuse kuludest läks 2023. aastal 38% hambaravile, 41% muudele ambulatoorsele raviteenustele, 7% haiglaravile, 6% uuringutele, 3% päevaravile jm. **Kokku moodustasid vabatahtliku ravikindlustuse kulutused kõikidest Eesti tervishoiukuludest 0,9%, ent hambaravi kuludest ligikaudu 3% ja muust ambulatoorsest ravist ligikaudu 2%.** Kindlustusjuhtude arvu poolest on enim kasutatud teenused samuti ambulatoorne ravi, hambaravi ja uuringud.

Keskmine kahjunõue ühe kindlustusjuhtumi kohta on 59 eurot ja see on viimastel aastatel pisut langenud. Selle põhjuseks võib olla hinnalangus, kindlustatute omaosaluse suuremine või asjaolu, et tarbitud teenustest moodustavad varasemast suurema osa väiksemate kuludega juhtumid.

Kindlustusandjatega tehtud intervjuudest selgub, et kuigi eratervisekindlustus on alates 2018. aastast olnud kõige kiiremini kasvav kindlustustoode, on viimasel ajal kasvu pidurdanud majanduse kehv seis. Turul on seitse pakkujat, peamiselt klientideks tööandjad, kelle töötajate jaoks on kindlustus muutunud lausa enesestmõistetavaks palgalisaks või nn hügieeniteguriks.

Kõige levinumad on 200- ja 400-eurosed pakettid. Suurettevõtetel on laiemad kindlustuskatted, väiksematele pakutakse lihtsustatud lahendusi või tuleb neil leppida suurema omaosalusega. Alla viie töötajaga tööandjatega sõlmitakse lepinguid harva.

Üldiselt maksab inimene teenuse eest esmalt ise ja saab hiljem hüvitise; koostööpartneritest tervishoiuteenuse osutajate juures võib toimuda ka otsearveldus. Strateegilist teenuste ostmist ega hinnaläbirääkimisi ei tehta. Tasutakse turuhinda ega peljata liigtarbimist, kuna selle peaks välis-tama omaosalus.

Tabel 5. Erakindlustuse kahjunõude liigid ja summad (2022–2024)

Kahjunõude liik	Kahjunõuete summa (tuh euro)			Kindlustusjuhtude arv			Keskmine nõue ühe kindlustusjuhu kohta		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024	2022	2023	2024
Ambulatoorne ja päevaravi (v.a hambaravi)	4 022	4 225	4 891	50 417	61 780	83 892	80	68	58
Hambaravi (nii ravi kui ka ortodontia)	4 267	4 274	5 041	48 653	59 413	78 580	88	72	64
Statsionaarne ravi	202	349	393	3 280	675	871	61	517	451
Taastusravi (sh massaaž)	772	837	1094	16 322	18 263	25 114	47	46	44
Uuringud (laboriteenused, radioloogia)	1989	528	406	51 810	10 959	4 782	38	48	85
Ennetus (vaktsineerimine, töötervishoid)	1 230	988	1 127	18 145	18 876	23 571	68	52	48
Muud teenused	405	488	558	3 574	4 504	6 124	113	108	91
Retseptiravimid	129	131	143	8 782	9 315	16 293	15	14	9
Prillid	509	379	433	3 754	3 396	3 787	136	111	114
Muud abivahendid ja kaubad	0	2	2	5	16	51	41	107	42
Kokku tasutud teenuste ja vahendite eest	14 505	12 403	14 523	216 262	176 413	244 510	67	70	59

Allikas: Eesti Kindlustusseltside Liit, TÜ arvutused

Peamised probleemid on klientettevõtete piiratud ostujõud ja maksuvabastuse 400-eurone ülempiir (mõned lepingud ületavad seda, nende puhul kaasneb erisoodustusmaks). Probleemiks on ka paljude tööandjate soov lülitada töötervishoiuteenused erakindlustuskatte alla, kuigi need kulud on niigi maksuvabad.

Erakindlustuse laiendamise stsenaariumid

Arenguseire Keskuse tellitud ja Tartu Ülikooli tehtud uuringus „Erakindlustuse roll Eesti tuleviku tervishoiusüsteemis“ pakutakse välja kolm stsenaariumit erakindlustuse edasise arengu kohta koos kaasnevate mõjude analüüsi ning riskide maandamise soovitusetega. Stsenaariumid tuginevad Eesti senisele kogemusele ja turuolu-

korrale, kindlustusandjatega tehtud intervjuudele ning rahvusvahelisele teaduskirjandusele.

1. Stsenaarium. Praeguse olukorra jätkumine

Stsenaariumi lühikirjeldus. Jätkub eratervise-kindlustuse pakkumine eelkõige tööandja pakutava kindlustuse kaudu ning säilib praegu kehtiv maksusoodustus. Praegu ei kasuta seda maksusoodustust veel 80% ettevõtetest, samas on erakindlustus töötajate hinnangul oluline motivatsioonipaketi osa, seega on tõenäoline, et selle kasutus kasvab. Seda eelkõige jõukamate ja suuremate ettevõtete seas Tallinnas, Harjumaal ja Tartus, kuna selles sihtrühmas on erakindlustuse nõudlus kõige suurem ning pakumine kindlustusandjate jaoks kõige kasumlikum. Kuna puuduvad piirangud, mis takistaks selek-

tiivset valikut, saavad kindlustusandjad eelistada madalama riskiga sihtrühmi.

Mõju ettevõtetele ja tööturule. Tööandjapõhise kindlustuse levik võib suurendada palgasurvet nendes sektorites, kus kindlustuse hind on töö iseloomu või ettevõtte asukoha tõttu kõrgem. Kuna pakettide sisu ja hind ei ole avalikud ning sõltuvad ettevõtte profiilist, võib see tähendada, et osa töötajaid saab soodsamaid ja sisukamaid pakette, teised aga lahjemaid. **Seeläbi võib tööturul süveneda konkurentsieelis madalama riskiga ettevõtetele.**

Mõju riigile ja tervishoiusüsteemile. Eesti turul tegutsevad kindlustusseltsid on terviseteenuste ostmisel pigem hinnavõtjad, kes ei räägi teenuste hindade suhtes läbi, kartes partnerite valiku vähenemist ja kliendirahulolu kahane-mist. Läbirääkimisjõudu piirab ka tagasihoidlik maksuvabastus, mis ei võimalda pakkuda märkimisväärseid hüvitisi ega olla tervishoiuteenuste osutajatega hinna suhtes läbi rääkimisel Tervise-kassa konkurendiks.

Samal ajal võib kasvada Tervisekassale avaldatav hinnasurve, sest erakindlustuse eest ostetakse suuresti samu teenuseid, surudes hindu üles. Eriti tugevalt avaldub see teenuste puhul, mille korral tööjõuressurss on piiratud ja nõudlus ületab pakkumise. Kui turg jääb kontsentreerituks väheste pakkujate kätte, ei teki ka hinnakonkurentsi ning tarbijate kasu on piiratud.

Töenäoline areng. Eratervisekindlustuse kasutus tööandjate seas kasvab, kuid jääb valdavalt jõukamate ettevõtete ja töötajate privileegiks. Nende jaoks tervishoiuteenuste kättesaadavus paraneb, ent samal ajal tugevneb Tervisekassale avaldatav hinnasurve ning kõrgema riskiga sektorites tegutsevate ettevõtete palgasurve. Tarbijate kasu on piiratud, kuna hinnakonkurentsi ei teki.

Negatiivsete mõjude leevendamine. Selleks, et tööandja pakutav erakindlustus ei looks täien-

davat hinnasurvet ega suurendaks tervishoiuteenuste kättesaadavuse ebavõrdsust, tuleks rakendada kaitsemehhanisme. Olulisimad neist on järgmised:

- selektiivse turuvaliku piiramine ja miinimum-pakettide kehtestamine kõigile sektoritele;
- kindlustuspakettide sisu ja hindade avalikustamine;
- Tervisekassaga koostöö tegemine hinnasurve vähendamiseks;
- töötervishoiu dubleerimise vältimine.

2. Stsenaarium. Kehtiva vabatahtliku erakindlustuse valikuline laiendamine

Stsenaariumi lühikirjeldus. Tööandja või üksikisiku erakindlustuse maksusoodustust suurendatakse 400 eurolt 1000 euroni. Selline muudatus suurendaks kindlustusseltside huvi, kiirendaks turu kasvu ja muudaks erakindlustuse tööandjatele atraktiivsemaks, kuna see on lihtne ja kulusid optimeeriv motivatsioonivahend. Ühtlasi muutuks eratervisekindlustus tööandjate jaoks atraktiivsemaks ka võrreldes teiste tervise edendamise kuludega, sest kindlustus on administratiivselt lihtne lahendus ja laieneb ühtse paketina kogu töötajaskonnale.

Mõju tööturule ja ettevõtetele. Suurema maksuvabastuse korral suureneks erakindlustuse kasutamise osakaal sektorites, kus see juba praegu on populaarne (finants, info ja side, kinnisvara), kuid laiem tööjõuturg sellest ei võidaks. Ettevõtted, mis on väiksemad ja tegutsevad madalama palgatasemega sektorites või sellistes sektorites, kus kindlustuse pakkumine ei ole kõrge riski tõttu atraktiivne, ei kasuta maksusoodustust ka praeguse 400-eurose piiri juures. Pigem jääksid veelgi ebasoodsamasse olukorda ettevõtted, kes ei suuda töötajatele täiendavat hüvitist pakkuda näiteks seetõttu, et kindlustusmakse on sektori

eripära tõttu suurem. Seega võib maksusoodustuse suurendamine ilma kohustuslikkuseta viia selleni, et erakindlustus muutub veelgi selgemalt teatud töötajagruppide privilegieeritud hüveks. Nii luuakse tööjõuturul suurem eelis ettevõtetele, mille tegevusvaldkonnas on terviseriskid väiksemad, ning ei teki kogu tööturгу võrdselt katvat lahendust. Kõrge riskiga ja väiksemates ettevõtetes võib suureneda palgasurve, sest töötajad ootavad sarnast hüvede taset.

Mõju riigile ja tervishoiusüsteemile. Väheneks tööjõumaksudelt saadav maksutulu, kuna osa potentsiaalsest palgakasvust asendatakse maksuvaba hüvega. Seeläbi väheneksid ka Tervisekassa tulud, mistõttu võib suureneda vajadus täiendava riikliku rahastuse järele või kahanevad hüved, mida Tervisekassa pakub kogu avalikust sektorist kindlustatud elanikkonnale. Sel juhul sisuliselt subsideeriks kogu solidaarne raskendatud elanikkond kõrgema sissetulekuga ettevõtete töötajate erakindlustust. Teisalt on võimalik, et kasvaks kindlustusandjate läbirääkimisjõud tervishoiuteenuste osutajate suhtes: suurem kindlustatute maht võiks parandada nende positsiooni tingimuste ja hinna üle läbirääkimisel ning suruda teenuste hindu allapoole.

Rahvusvahelise kogemuse põhjal võib öelda, et erakindlustus ei võtaks vastutust kogu patsienditeekonna eest ega looks stiimuleid teenuste kvaliteedi või kulutõhususe parandamiseks. **Lisaks tekiks oht, et spetsialistid liiguvad avalikust süsteemist erasektorisse** (eriti psühhiaatrid, psühholoogid, dermatoloogid), mis halvendaks avalike teenuste kättesaadavust. Samas võib osa patsiente kogeda teenuse paremat kättesaadavust, eriti hambaravi ja ambulatoorse arstiabi puhul, sest omaosalus väheneb ja kindlustus katab suuremat teenuste hulka.

Tõenäoline areng. Maksusoodustuse suurendamine kasvataks erakindlustuse turu mahtu ja parandaks valitud elanikkonnagruppide puhul teenuste kättesaadavust, kuid suurendaks eba-

võrdsust, vähendaks riigi ja Tervisekassa tulusid ning tugevdaks survet avalikule tervishoiule.

Negatiivse mõju leevendamiseks tuleks rakendada meetmeid, mida on kirjeldatud eelmise stsenaariumi juures. Erakindlustuse turu mahu märkimisväärse kasvu korral on täiendavalt vaja:

- riiklikku raamistikku teenuste kvaliteedi, hinnakujunduse ja läbipaistvuse tagamiseks;
- mehhanisme, mis piiraksid tervishoiutöötajate lahkumist solidaarsest süsteemist;
- kompensatsioonimeetmeid, mille abil katta Tervisekassa tulude vähenemine avaliku sektori muudest allikatest.

3. Stsenaarium. Poolkohustuslik erakindlustus, mis katab suure omaosaluse

Stsenaariumi lühikirjeldus. Selle stsenaariumi aluseks on eelkõige Prantsusmaa, Horvaatia ja Sloveenia kogemus. Patsientide omaosalus tervishoiuteenuste eest tasumisel on suhteliselt suur, kuid seda riski leevendab täiendav, formaalselt vabatahtlik, ent sisuliselt kohustuslik kindlustus. Kuigi seadus otseselt ei nõua selle sõlmimist, muutub kindlustus sisuliselt vältimatuks, sest ilma selleta ohustaks inimesi märkimisväärne rahaline koormus. Eesti puhul tähendaks see, et suure omaosaluse riski katmiseks peaks inimene ise või tema tööandja (kõige haavatavamate elanikkonnarühmade puhul riik) ostma lisakindlustuse.

Rahvusvahelised eeskujud

- Prantsusmaal katab valdava osa kuludest riiklik kindlustus, kuid 10–30% on patsiendi omaosalus. Seda riski maandab täiendav kindlustus, mida omab üle 95% elanikkonnast. Väikse sissetulekuga inimestele pakub riik toetuseid.
- Horvaatias kehtib suur omaosalus peaaegu

kõikide teenuste puhul, kuid seda katab täiendav kindlustus, mida pakuvad nii avalikud kui ka eraõiguslikud kindlustajad. Riik toetab valitud sihtrühmi, näiteks madalapalgalisi pensionäre.

- Sloveenias oli enne 2023. aastat täiendav kindlustus väga laialt levinud ning kaetud oli

sisuliselt kogu omaosaluse risk. Riik toetas kindlustuse maksmist madala sissetulekuga isikutele. Ent pärast seda, kui kindlustusandjad tulid välja plaaniga kindlustusmakseid märkimisväärselt suurendada, mida valitsus ei pidanud sotsiaalselt vastuvõetavaks, otsustati süsteemi reformida, asendades täiendava kindlustuse kohustusliku lisamaksuga, mis vähendas inimeste omaosalust.

Tabel 6. Täiendav kindlustus omaosaluse katmiseks koos lisakindlustusega

Valik	Sisu
Baastase (Tervisekassa)	Säilitada praegune Tervisekassa rahastatud teenuste süsteem, kuid suurendada inimeste omaosalust (väiksem teenuste pakett ja suurem omaosalus).
Omaosalus	Kehtestada 10–20%-line omaosaluse määr kõigile tervishoiuteenustele, kuid rakendada ühe ravijuhtumi ülempiiri (nt 500 eurot) ja kalendriaasta ülempiiri.
Täiendav kindlustus omaosaluse katmiseks (Tervisekassa ja erakindlustus)	Täiendavat vabatahtlikku kindlustust omaosaluse katmiseks võivad pakkuda nii Tervisekassa (kõigile võrdse kuutasu eest, nt 15 eurot kuus) kui ka erakindlustusseltsid (võivad kohandada kindlustuspreemiat vastavalt inimese puhul hinnatud riskile). Täiendav kindlustus katab Tervisekassa lepingupartnerite juures osutatavate teenuste omaosaluse; kehtima võib jääda sümboolne omaosalus. Täiendava kindlustuse maksja oleks üldjuhul inimene ise.
Erandid	Madala sissetulekuga inimeste või teatud sotsiaaldemograafiliste rühmade eest (nt puudega inimesed) teeb täiendava kindlustusmakse riik.
Valikuline lisakindlustus (erakindlustus)	Vabatahtlik lisakindlustus (erakindlustusena) võimaldab katta kiirema arstiabi nendes raviasutustes, mis ei ole Tervisekassa lepingupartnerid. Lisakindlustuse eest võib maksta tööandja maksusoodustusega kuni kindla piirmäärani (nt 400 või 600 eurot aastas) või eraisik ise.

Allikas: Tartu Ülikool, 2025

Mõju riigile ja tervishoiusüsteemile. Selline korraldus võib survet riigi maksutuludele vähendada, kuna kulude kasvu koormus oleks jagatud avaliku sektori ja eraallikate vahel. Eraraha juurdevool tervishoiusüsteemi oleks märkimisväärt, näiteks 15-eurone kuumakse miljonilt inimeselt tähendaks ligikaudu 180 miljonit eurot aastas. Teisalt tekitaks riigile lisakulusid vajadus

katta kindlustusmakseid kõige haavatavamate elanikkonnarühmade eest või kehtestada neile väiksem omaosalus.

Kui erakindlustuse makse sõltub teenuse tarbimisest, võib see pidurdada ebavajalikku nõudlust. Samuti pakub vabatahtlik kindlustus omaosaluse katmiseks teatud paindlikkust ja võimalust

kohandada kaitse ulatust vastavalt isiklikule eelistusele või tööandja pakutavale pakatile.

Kui Tervisekassa ja erakindlustuse rollid on selgelt eristatud (nt riik katab baasosa, kindlustus omaosaluse), siis hinnasurve Tervisekassale väheneb. Kui aga rollid kattuvad, jääb hinnasurve alles.

Samas tekib ka mitmeid riske. Kõige olulisem neist on ebavõrdsuse kasv teenuste kättesaadavuses, juhul kui madalama sissetulekuga inimesed ei osta erakindlustust ning ilma riigi subsidiumita jäävad kõrge omaosalusriski vastu kaitseta. Madalama sissetuleku ja kehvema tervise seisundiga inimeste ligipääs tervishoiuteenustele halveneb ka sel juhul, kui lisakindlustuse hind sõltub individuaalsest riskist ning suureneb oht selektiivseks kliendivalikuks.

Süsteem on keerukas ja tekitab suuri halduskulusid. Samuti on süsteem haavatav majanduslanguse ajal, kui tööpuudus kasvab ja inimesed ei jaks kindlustusmaksid tasuda.

Tõenäoline areng. Omaosaluse katmiseks mõeldud täiendav kindlustus pakub elanikele kaitset suure omaosaluse tasumise eest, vähendab

individuaalseid riske ja võib parandada süsteemi paindlikkust. Surve riigieelarvele võib nõrgeneda ja tervishoiusüsteemi lisandub uusi vahendeid. Samas süveneb ebavõrdsus teenuste kättesaadavuses, suureneb halduskoormus ja kasvavad kahekihilise süsteemi haldamisega seotud kulud.

Negatiivsete mõjude leevendamiseks tuleks rakendada järgmisi meetmeid:

- tagada universaalne ligipääs täiendavale kindlustusele või riiklik toetus madala sissetulekuga elanikele;
- piirata kindlustajate selektiivset valikut ja nõuda hinnastamise läbipaistvust;
- piirata erakindlustuse halduskulusid, et enamik vahendeid suunataks teenustesse;
- tagada selge tööjaotus Tervisekassa ja erakindlustuse vahel, et vältida dubleerimist ja hinnasurvet;
- koguda ja avalikustada andmeid turu toimimise, kulude ja omandistruktuuri kohta.



Kuidas osta tervishoiu tulemust, mitte teenuste mahtu?

Foto: Shutterstock

Väärtuspõhine tervishoid seob rahastamise patsiendi tervisetulemita

Tervishoiuteenuste eest tasu maksmist lähtuvalt saavutatavatest tulemustest ja kvaliteedist, mitte pelgalt osutatud teenuste hulgast, nimetatakse väärtuspõhiseks tervishoiuks (ingl *value-based healthcare*, VBHC). Väärtus on mõõdetav patsiendi tervisetulemuste paranemisega, arvestades selle saavutamiseks tehtud kulutusi. See võib tähendada tulemuste parandamist kulusid suurendamata, kulude vähendamist tulemusi halvendamata või mõlemat korraga. Kui väärtust ei suurendata, on tegu ebaõnnestumisega.⁶⁸ Peamised tulemusmõõdikud on patsiendi tervisetulemused (PROM-id⁶⁹) ja ravi käigus saadud kogemused (PREM-id⁷⁰).

WHO rõhutab, et VBHC ei ole üksnes maksemudel, vaid laiem süsteimuutus, mille keskmes on neli sammast: 1) tulemuste järjepidev mõõtmine, 2) terviseandmete läbipaistvus, 3) tervishoiuteenuste ümberkujundamine patsiendikeskseks ning 4) rahastamise sidumine loodud

väärtusega.⁷¹ Seetõttu on maksemudelid vaid üks osa suuremast tervikust, mis eeldab samaaegselt nii organisatsioonilisi, digitaalseid kui ka kliinilisi uuendusi.

Üldistatult on VBHC puhul mahu- ja teenusepõhised tasustamismudelid liigitatavad kolmeks.

1. Episoodipõhine rahastus (*bundled payments*), mille korral makstakse mitme tervishoiuteenuse asemel üks koondhind terve ravi-episoodi eest. See võib hõlmata mitut teenust ja etappi (nt puusaliigese proteesimise operatsioon koos ettevalmistuse ja järelraviga). Mudel nihutab finantsriski maksjalt (riigi tervisekassalt) teenuseosutajatele ning julgustab viimaseid omavahel tihedamalt koostööd tegema, kuna fikseeritud summa piires on nende huvides vältida tarbetuid protseduure.⁷² Raviepisoodi efektiivse lahendamise korral säilitavad teenuseosutajad ülejäägi kasumina. Episoodipõhiste mudelite puhul jälgitakse tavaliselt kulusid episoodi kohta ning tulemusnäitajaid, nagu taastumismäär, taashaigestumine või patsientide rahulolu.

⁶⁸ Porter, M. E., & Lee, T. H. (2013). The strategy that will fix health care. *Harv Bus Rev*, 91(10), 50–70.

⁶⁹ Ingl *patient-reported outcome measure* – patsiendi hinnang tervisetulemusele, näiteks kui palju vähenes valu, paranes liikuvus või elukvaliteet pärast ravi.

⁷⁰ Ingl *patient-reported experience measure* – patsiendi hinnang ravikogemusele, näiteks kui hästi arst teda kuulas, kui arusaadav oli edastatud teave või kui mugav oli teenuse kättesaadavus.

⁷¹ World Health Organization (2023). *Global report on value-based health systems*. Geneva: World Health Organization.

⁷² Struijs, J. N., De Vries, E. F., Baan, C. A., Van Gils, P. F., & Rosenthal, M. B. (2020). Bundled-payment models around the world: how they work and what their impact has been. *The Commonwealth Fund: Issue Briefs*.

Episoodipõhist tasumist on rakendatud nii piirkondlikult, riiklikult kui ka haigla tasandil. Eestis täielikku episoodipõhist tasustamist veel kasutusel pole, ehkki haiglaravi puhul on DRG-põhine⁷³ süsteem sellega osaliselt sarnane. DRG katab siiski vaid haiglaravi episoodi, samas episoodipõhine makse võib hõlmata ka ambulatoorset järelravi ja erinevaid teenusepakkujaid ühe summa ulatuses.

Episoodipõhine makse sobib eriti hästi selgelt piiritletud sekkumiste korral (nt kirurgia, sünnitusabi, lühikesed protseduurid), sest tulemused ja kulud on seal kõige kergemini mõõdetavad. Krooniliste haiguste puhul on mõju ebaühtlane, kuna episoodide määratlemine on keeruline ja kulud varieeruvad.⁷⁴

2. Haiguspõhine mudel, mille korral teenuseosutaja saab tasu kogu kroonilise haiguse käsitlemise eest teatud perioodil. Pakett (nt diabeedi korral) hõlmab kogu haiguse raviteekonda, sealhulgas esmatasandi visiite, eriarsti konsultatsioone, õendustuge, laborianalüüse ning vajaduse korral enesejuhtimise tuge. See kordub igal aastal või pikema tsükli vältel ning teenuseosutaja saab tasu kogu haiguse juhtimise eest, mitte üksikute teenuste kaupa. Maksed on riskikorreksiooniga⁷⁵ ehk suurema haiguskooormusega patsientide eest makstakse rohkem, et vältida olukorda, kus keerulisemate patsientide ravi muutuks teenuseosutajale kahjumlikuks.

3. Populatsioonipõhine rahastus, mille korral ei piirduta ühe episoodi või konkreetse haigusega, vaid üks või mitu teenuseosutajat vastutab kindla

elanikkonnarühma tervishoiu eest tervikuna. Tavaliselt kasutatakse pearahapõhist eelarvet. Terviseteenuse osutaja (või võrgustik), näiteks piirkondlik haigla koos perearstidega, saab iga registreeritud elaniku kohta aastas fikseeritud summa, millega peab tagama nii esmatasandi abi, eriarstiabi, haiglaravi ja tugiteenused kui ka ennetuse. Sellist mudelit nimetatakse ka vastutustundlikuks hooldusorganisatsiooniks (ingl *accountable care organization*, ACO), rõhutamades vastutust nii kulude kui ka tervisetulemuste eest.⁷⁶ Mudel piirab avaliku sektori riske, sest eelarve ületamise katab teenuseosutaja. Kokkuhoid saavutatakse enamasti tõhusama tööjaotuse, personalikulude kontrolli ja IT-lahenduste kasutuselevõttuga.⁷⁷

Teadusuuringute põhjal on VBHC mõju osutunud mõõdukalt positiivseks, kuid selgelt ebaühtlaseks. Süsteemne ülevaade 47 juhtumist on näidanud, et positiivsed tulemused tekkisid eelkõige juhul, kui rakendati **mitut väärtuspõhise tervishoiu komponenti korraga**.⁷⁸ Näiteks kombineeriti PROM-ide ja PREM-ide kasutamist, standardiseeritud raviteekondi ja integreeritud ravimeeskondi ning uut rahastusloogikat. Sel juhul lühenes haiglas viibimise aeg, vähenes teenuste kasutus, paranes patsientide elukvaliteet ja mõnel juhul alanesid ka kulud. On ka leitud, et PROM-ide ja PREM-ide süsteemne kogumine (sh riikliku registri loomine, nagu tehti Portugalis) ning nende sidumine rahastamisega toetab krooniliste haigustega patsientide enesejuhtimise oskuste arengut (nt Rootsi ja Inglismaa, mõju 3–5%).⁷⁹

⁷³ DRG (ingl *diagnosis related group*) on haiglatele maksmise süsteem, kus iga patsient paigutatakse diagnoosi ja ravi keerukuse alusel kindlasse rühma. Haigla ei saa esitada eraldi arveid iga süsti või uuringu eest, vaid tasu sõltub patsiendi kuuluvusest kindlasse rühma.

⁷⁴ World Health Organization (2023). *Global report on value-based health systems*. Geneva: World Health Organization.

⁷⁵ Raskemate või mitme kroonilise haigusega patsientide eest makstakse teenuseosutajale suurem summa kui kergemate juhtude eest.

⁷⁶ Lindner, L., & Lorenzoni, L. (2023). *Innovative providers' payment models for promoting value-based health systems: Start small, prove value, and scale up*. OECD Health Working Papers No. 154. OECD Publishing.

⁷⁷ World Health Organization (2025). *A global review of value-based care: theory, practice and lessons learned*. WHO Country Office for India.

⁷⁸ Komanduri, S., & Zanutto, J. (2021). Value-based healthcare initiatives in practice: A systematic review. *Journal of Healthcare Management*, 66(5), 367–381.

OECD ülevaade järeldeb aga, et väärtuspõhised maksemudelid toovad vaid tagasihoidlikke efektiivsus- ja kvaliteedivõite ning mõju kuludele, tulemitele ja patsiendikogemusele varieerub programmide lõikes tugevalt.⁸⁰ Näiteks tõi Saksa Kinzigitalis integreeritud mudel iga-aastaselt kaasa 5–7% oodatust madalamad kulud⁸¹, kuid tervisenäitajatele ning kvaliteediindikaatoritele oli mõju marginaalne.⁸² Hollandi esmatsandi programmid andsid esimesel aastal ~2% kululangust, kvaliteedis oli muutust aga vähe.⁸³ USA-s aeglustasid populatsioonipõhised mudelid kulude kasvu umbes 1–2 protsendipunkti aastas ning parandasid mõne mõõdetava näitaja puhul ka kvaliteeti, ent sääst kahanes, kui arvestada ka boonuseid ja IT-kulusid.⁸⁴

Uuringutes on välja toodud järgmised olulised

takistused VBHC mudelite rakendamisel:

- tervishoiutöötajate vastuseis⁸⁵;
- VBHC mudelite keerukas korraldus⁸⁶;
- puudulik IT-taristu ning andmete killustatus, mis piirab suutlikkust patsiendi raporteeritud mõõdikuid süstemaatiliselt kasutada⁸⁷; ning
- puudulik tulemuste mõõtmine (kuluefekte hinnatakse tihti kaudsete indikaatorite põhjal, PROM-e ja PREM-e kasutatakse vähe ning episoodide või populatsioonide piire on praktikas raske määratleda)⁸⁸.

⁷⁹ World Health Organization (2023). *Global report on value-based health systems*. Geneva: World Health Organization.

⁸⁰ Lindner, L., & Lorenzoni, L. (2023). *Innovative providers' payment models for promoting value-based health systems: Start small, prove value, and scale up*. OECD Health Working Papers No. 154. OECD Publishing.

⁸¹ Hildebrandt, H., Schulte, T., & Stunder, B. (2012). Triple Aim in Kinzigital, Germany: Improving population health, integrating health care and reducing costs of care – Lessons for the UK? *Journal of Integrated Care*, 20(4), 205–222.

⁸² Schubert, I., Stelzer, D., Siegel, A., Köster, I., Mehl, C., Ihle, P., ... & Geraedts, M. (2021). Ten-year evaluation of the population-based integrated health care system "gesundes kinzigital". *Deutsches Ärzteblatt International*, 118(27–28), 465.

⁸³ Hayen, A., van den Berg, M. J., Struijs, J. N., & Westert, G. P. (2021). Dutch shared savings program targeted at primary care: reduced expenditures in its first year. *Health Policy*, 125(4), 489–494.

⁸⁴ Lindner, L., & Lorenzoni, L. (2023). *Innovative providers' payment models for promoting value-based health systems: Start small, prove value, and scale up*. OECD Health Working Papers No. 154. OECD Publishing.

⁸⁵ Leao, D., Cremers, H., Van Veghel, D., Pavlova, M., & Groot, W. (2023). The Impact of Value-Based Payment Models for Networks of Care and Transmural Care: A Systematic Literature Review. *Applied Health Economics and Health Policy*, 21, 441–466.

⁸⁶ Lansdaal, D., Van Nassau, F., Van Der Steen, M., Bruijine, M., & Smeulders, M. (2022). Lessons learned on the experienced facilitators and barriers of implementing a tailored VBHC model in a Dutch university hospital from a perspective of physicians and nurses. *BMJ Open*, 12.

⁸⁷ World Health Organization (2023). *Global report on value-based health systems*. Geneva: World Health Organization.

⁸⁸ Lindner, L., & Lorenzoni, L. (2023). *Innovative providers' payment models for promoting value-based health systems: Start small, prove value, and scale up*. OECD Health Working Papers No. 154. OECD Publishing.

Väärtuspõhiste maksemudelite tõhusus sõltub rakendamise süsteemsusest

Rahvusvahelised kogemused episoodipõhise rahastusega

Episoodipõhised maksed on kasutusel mitmes riigis, peamiselt kirurgiliste sekkumiste puhul. Uuringud näitavad valdavalt mõõdukat kulude kokkuvõtet ja kvaliteedi paranemist, kuid tulemused varieeruvad. Edukaimad näited on liigese- ja seproteesimise programmid Rootsis⁸⁹ ja Hispaanias⁹⁰, kus saavutati märkimisväärne kulude vähenemine ja patsientide suurem rahulolu. WHO (2023) järel on episoodipõhised mudelid on suutnud mõnevõrra aeglustada kulude kasvu ja vähendada kirurgias komplikatsioone, **seega sobib episoodipõhine rahastus kõige paremini kirurgiliste operatsioonide rahastamiseks**. Krooniliste haiguste puhul on aga mõju kuludele ja kvaliteedile olnud väga ebaühtlane.⁹¹

Peamised väljakutsed on seotud maksemudeli keerukusega, kuna tuleb selgelt määratleda episoodi piirid, hinnad ja riskikorrektsoon. Liiga kitsas komplekt võib motiveerida jätma osa vajalikust ravist välja, ent liiga lai komplekt muudab hinna kokkuleppimise väga keeruliseks.⁹²

Edukas rakendamine eeldab tervisekassa, teenuseosutajate ja spetsialistide koostööd, mis sageli nõuab uute juhtimisstruktuuride loomist.⁹³ Kokkuleppimist ja pühendumist võivad takistada huvid konfliktid, usalduse puudumine ning vähenenud kogemus jagatud finantsriski juhtimisel.^{94, 95} Sageli on andmed killustatud ning probleemiks on nende liikumine teenuseosutajate vahel, samuti õiguslik ebaselgus.⁹⁶

Rahvusvahelised kogemused haiguspõhise rahastusega

Haiguspõhised maksed on andnud mõõdukat kulude kokkuvõtet, eriti ortopeediliste operatsioonide puhul: sääst on eri uuringute järgi 2–10%, kohati kuni 20%. Peamised säästu põhjused on lühem haiglaravi, väiksem järelravi vajadus ning vähemal määral ka haiglasisesed efektiivsusvõidud.

Holland rakendas esimesena, juba 2007. aastal krooniliste haiguste pakettasusid, mis sidusid esmatasandi, eriarstiabi ja tugiteenused. See tõi esmalt kaasa mõõduka (2%) kulude vähenemise ja eriarstiabi kasutuse languse, kuid hilisem analüüs näitas pigem kulude kasvu, eriti kaasuvate haigustega patsientide puhul.^{97, 98} Metaanalüüsid viitavad, et edukamad on mudelid, mis ühenda-

⁸⁹ Struijs, J. N., De Vries, E. F., Baan, C. A., Van Gils, P. F., & Rosenthal, M. B. (2020). Bundled-payment models around the world: how they work and what their impact has been. *The Commonwealth Fund: Issue Briefs*.

⁹⁰ NHS Confederation (2014). The Alzira model gives us a great deal to think about.

⁹¹ Lindner, L., & Lorenzoni, L. (2023). Innovative providers' payment models for promoting value-based health systems: start small, prove value, and scale up.

⁹² Samas

⁹³ Hussey, P., Ridgely, M., & Rosenthal, M. (2011). The PROMETHEUS bundled payment experiment: slow start shows problems in implementing new payment models. *Health affairs*, 30 11, 2116–24.

⁹⁴ Struijs, J., Kooistra, M., Heijink, R., & Baan, C. (2017). [Toward integrating birth care by bundled payments in the Netherlands. Describing the model and expectations of key stakeholders.](#) *International Journal of Integrated Care*, 17, 65.

⁹⁵ Steenhuis, S., Struijs, J., Koolman, X., Ket, J., & Van Der Hijden, E. (2020). [Unraveling the Complexity in the Design and Implementation of Bundled Payments: A Scoping Review of Key Elements From a Payer's Perspective.](#) *The Milbank Quarterly*, 98, 197–222.

⁹⁶ Hussey, P., Ridgely, M., & Rosenthal, M. (2011). The PROMETHEUS bundled payment experiment: slow start shows problems in implementing new payment models. *Health affairs*, 30 11, 2116–24.

⁹⁷ Hayen, A. P., Struijs, J. N., de Jong-van Til, J. T., van den Bogaart, E. H. A., & Baan, C. A. (2021). Value-based payment initiatives in healthcare: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 21, 141.

⁹⁸ Lemmens, L. C., Molema, C. C., Versnel, N., Drewes, H. W., de Bruin, S. R., Lemmens, K. M. M., & Baan, C. A. (2020). Integrated care programs for patients with psychological comorbidity: a systematic review and meta-analysis. *BMC Family Practice*, 21(1), 1–15.

vad mitu väärtuspõhise tasustamise komponenti – nii vähenes suurema tõenäosusega haiglaravi vajadus ja paranes patsientide elukvaliteet.⁹⁹

Peamised väljakutsed on paiguti sarnased episoodipõhiste mudelite omadega, ent lisandub pikaajalise koostöö keerukus. Suur väljakutse on koostada ühtne pakett, mis sobiks nii kergete kui ka raskemate juhtude jaoks. Vaja läheb keerukat riskikorreksiooni, et vältida teenuseosutajate motivatsiooni valida lihtsamaid patsiente. Lisaks keskenduvad haiguspõhised maksemudelid enamasti ühele haigusele ega arvesta kaasuvate haigustega.¹⁰⁰ See toob kaasa olukorra, kus patsiendid liiguvad eri programmide vahel või jäävad üldse katmata, vähendades efektiivsust ja suurendades killustatust. Edukaks rakendamiseks on vaja standardiseeritud kvaliteedimõõdikuid, sujuvat andmevahetust ning patsiendi vaate (PROM-id ja PREM-id) süsteemsemat kasutamist.¹⁰¹

WHO on krooniliste haiguspõhiste maksemudelite suhtes ettevaatlik, viidates, et haiguspõhised paketid ei ole suutnud pakkuda selget tõendit kulutõhususe ega kvaliteedi paranemise kohta, ning tuues välja, et krooniliste ja kaasuvate haiguste puhul ei piisa vaid ühe haiguse ümber ehitatud rahastusmudelid. Senised mudelid on olnud liiga piiratud. Vajalik on laiem, kogu patsiendi teekonda kattev ja kaasuvaid haigusi arvestav lähenemine, mis looks realistlikuma pinnase nii kulude kontrolliks kui ka kvaliteedi parandamiseks.¹⁰²

Rahvusvahelised kogemused populatsiooni- põhise rahastusega

Rahvastikupõhised maksemudelid on seotud kulude aeglasema kasvuga ja kvaliteedi mõõduka paranemisega, eriti pikaajalisel rakendamisel. Kvaliteedi paranemine on pigem mõõdukas ja järkjärguline kui murranguline. Edukamaks on osutunud perearstide juhitud mudelid, mis on erinevalt haiglapõhistest suutnud näidata kulusäästu.¹⁰³ **WHO ja OECD on seisukohal, et populatsioonipõhised maksemudelid on paljulubavad, ent keerulised ellu viia.**

Hispaanias Valencias võeti 1999. aastal kasutusse **Alzira** mudel, milles konsortsium erasektori TTO-sid sai pearaha kogu piirkonna elanikkonnast ja pakkus nii esmatasandi, eriarsti kui ka haiglaravi teenuseid. Esmased hinnangud näitasid kulude säästu võrreldes piirkonna avalike haiglatega ja suuremat ambulatoorsete teenuste osakaalu, ent mitte paremat kvaliteeti.¹⁰⁴ Põhjalikum uuring leidis, et Alzira ei olnud siiski avalikest haiglatest parem, ehkki tõsteti esile patsientide rahulolu ja hospitaliseerimise vähenemist. Alzira mudeli kasutamine lõpetati 2018. aastal kritiseerituna keerulises lepingudisainis, suurtes järelevalvekuludes, väheses konkurentsisis, seoses pankade ja poliitikutega ning stiimulite probleemidega.¹⁰⁵ On ka leitud, et Alzira mudel ei olnud juba algusest saati elujõuline ning seda on eksitavalt esitatud eduloona, mis õigustab eraettevõtete sisenemist avalikku tervishoidu.¹⁰⁶

⁹⁹ Komanduri, S., & Zanutto, J. (2021). Value-based healthcare initiatives in practice: A systematic review. *Frontiers in Public Health*, 9, 800702.

¹⁰⁰ World Health Organization (2025). *A global review of value-based care: theory, practice and lessons learned*. WHO Country Office for India.

¹⁰¹ Lindner, L., & Lorenzoni, L. (2023). *Innovative providers' payment models for promoting value-based health systems: Start small, prove value, and scale up*. OECD Health Working Papers No. 154. OECD Publishing.

¹⁰² World Health Organization (2025). *A global review of value-based care: theory, practice and lessons learned*. WHO Country Office for India.

¹⁰³ McWilliams, J. M., Hatfield, L. A., Landon, B. E., Hamed, P., & Chernew, M. E. (2018). Medicare spending after 3 years of the Medicare Shared Savings Program. *New England Journal of Medicine*, 379(12), 1139–1149.

¹⁰⁴ Caballer-Tarazona, M., & Vivas-Consuelo, D. (2016). A cost and performance comparison of Public Private Partnership and public hospitals in Spain. *Health Economics Review*, 6(17).

¹⁰⁵ Comendeiro-Maaløe, M., Ridao-López, M., Gorgemans, S., & Bernal-Delgado, E. (2019). A comparative performance analysis of a renowned public private partnership for health care provision in Spain between 2003 and 2015. *Health Policy*, 123(4), 412–418.

Saksamaa **Gesundes Kinzigtal** on ettevõtte, mis koondas perearstid, eriarstid, haigla ja teised TTO-d ühtsesse võrgustikku. Kasutati jagatud säästude lepingut: võrreldi piirkonna tegelikku kulu oodatud kuludega ning jäägi tekkimisel jagati see võrgustiku vahel. See motiveeris lepinguosalisi investeerima ennetusse ja innovatsiooni. Tervishoiukulud selles populatsioonis olidki igal aastal 6–7% väiksemad¹⁰⁷, kvaliteedi hindamisel kasutatud 101 mõõdikust andsid kontrollrühmast parema tulemuse 6 mõõdikut, 88 ei erinenud kontrollrühmast ning 7 näitasid halvemast taset.¹⁰⁸

Hollandis katsetati üheksas piirkonnas populatsioonipõhiseid tervisejuhtimise mudeleid. Kuigi tehti edusamme koostöö ja andmevahetuse parandamisel, ei täheldatud kuludes ega kvaliteedis statistiliselt olulisi muutusi.¹⁰⁹ Põhjuseks peeti seda, et projektid olid väikesemahulised, piiratud levikuga ja neid rakendati lühiajaliselt.¹¹⁰

USA vastutava hooldusorganisatsiooni programmid (ingl *accountable care organisation*, ACO) on enamasti toonud kaasa 1–2% suuruse kulude

vähendamise, peamiselt haiglaravi ja vältimatute hospitaliseerimisjuhtude vähendamise arvel.¹¹¹ Ka kvaliteedi osas on tulemused valdavalt positiivsed, näiteks Medicare Shared Savings Program raporteeris kvaliteedimõõdikute täitmist enam kui 90%, sealhulgas ennetuse ja krooniliste haiguste juhtimise vallas. Küll ei ole patsiendikogemused üldiselt muutunud.¹¹²

Peamiseks väljakutseks on reeglina vajadus uue juriidilise üksuse loomise järele, sealhulgas riskide ja andmete jagamise ning tervikliku infosüsteemi järele, et jooksvalt jälgida ravitulemusi ja kulusid. TTO-d on arusaadavalt ettevaatlikud kahepoolsete riskilepingute suhtes, mille alusel nad peaksid katma kahjusid juhul, kui kulud ületavad sihttaseme. Samuti ei tohiks stiimulite ja riskide jagamine tekitada olukorda, kus üks partner kaotab tulu, et teine partner hoiaks kokku (nt esmatasand). Probleemiks on ka poliitiline jätkusuutlikkus, kuna enamik tulemusi ilmneb alles aastate jooksul. Lühiajaliselt on näha peamiselt investeeringukulud ning valitsused vahetuvad tihti enne, kui pikaajaline kasu jõuab ilmneda.¹¹³

¹⁰⁶ Acerete, B., Stafford, A., & Stapleton, P. (2011). Spanish healthcare public private partnerships: The 'Alzira model'. *Critical Perspectives on Accounting*, 22(6), 533–549.

¹⁰⁷ Lindner, L., & Lorenzoni, L. (2023). Innovative providers' payment models for promoting value-based health systems: start small, prove value, and scale up.

¹⁰⁸ Schubert, I., Stelzer, D., Siegel, A., Köster, I., Mehl, C., Ihle, P., & Geraedts, M. (2021). Ten-year evaluation of the population-based integrated health care system "gesundes kinzigtal". *Deutsches Ärzteblatt International*, 118(27–28), 465.

¹⁰⁹ de Vries, E. F., Drewes, H. W., Struijs, J. N., Heijink, R., & Baan, C. A. (2019). Barriers to payment reform: Experiences from nine Dutch population health management sites. *Health Policy*, 123(11), 1100–1107.

¹¹⁰ World Health Organization. (2025). *A global review of value-based care: theory, practice and lessons learned*. WHO Country Office for India.

¹¹¹ Song, Z., Rose, S., Safran, D., Landon, B., Day, M., & Chernew, M. (2014). Changes in health care spending and quality 4 years into global payment. *The New England journal of medicine*, 371 18, 1704–14.

¹¹² [Medicare Shared Savings Program](#).

¹¹³ Hayen, A., van den Berg, M. J., Struijs, J. N., & Westert, G. P. (2021). Dutch shared savings program targeted at primary care: reduced expenditures in its first year. *Health Policy*, 125(4), 489–494.



Mida on Euroopas tehtud, kui tervishoius on raha otsa saamas?

Foto: Shutterstock

Eesti ei ole Euroopa riikidest kaugelki esimene, kus tervishoiukulud on korduvalt ja süstemaatiliselt ületanud tulusid. Selliseid kogemusi on olnud paljudel riikidel, kusjuures põhjused on laias laastus olnud samad: rahvastiku vananemine ja sellest tulenev haiglakoormuse kasv, suurenenud nõudlus tervishoiutöötajate järele ja personalikulude tõus ning tervishoiuteenuste sisendhindade kallinemine. Põhjuste spekter on siiski oluliselt laiem.

- **2008. aasta finantskriis** ja sellele järgnenud majanduslangus tekitasid laialdase defitsiidi, mille mõju kestis mitmete riikide tervishoiusüsteemides kuni kümme aastat (nt Iirimaa, Kreeka).
- **Riigid, kus rahastamine tugineb peamiselt palgafondile** (sh Eesti, aga ka Tšehhi, Saksa-maa, Slovakkia, Austria, Prantsusmaa), on eriti haavatavad, sest majanduslanguse ajal vähenevad tööpuuduse kasvu tõttu nii mak-sulaekumine kui ka reservid.
- **Pikaajaline alarahastus**, mille näiteks saab tuua Läti ja Rumeenia, kus aastatuhande algul olid tervishoiukulud SKP suhtes ühed Euroopa väikseimad. Majanduslanguse tõttu pealesunnitud kärped viisid kulud veelgi alla-poole, põhjustades tervishoiukriisi. Eraldi näide on Prantsusmaa, kus tervisekindlustus

on olnud püsivalt defitsiidis umbes 20 aastat, hoolimata maksutõusudest, lisarahast ja omaosaluse suurendamisest. Defitsiidi taga on eeskätt demograafiline surve, eriti erame-ditsiini kulude kiire kasv ning vähene kontroll teenuste mahtude üle.

- **Süsteemi regionaalne killustatus** iseloo-mustab eelmise ja üle-eelmise kümnendi Itaaliat ja Hispaaniat, kus see väljendus tee-nuste dubleerimises, ebatõhusas halduses ja ebaefektiivses juhtimises, aidates kaasa defitsiidi kujunemisele. Kriisi ajal ei olnud regioonidel piisavat võimekust eelarvet tasa-kaalustada, teisalt polnud keskvalitsusel piisavat kontrolli kulude üle, mis raskendas kokkuhoiupoliitika elluviimist.

Lahendusmeetmed

Korduvad lahendusmeetmed võib laiemalt jagada seitsmeks:

1. avaliku sektori rahastuse püsiv suurenda-mine maksutõusu või püsiva eraldise abil;
2. tervishoiuvaldkonna personalikulude vähen-damine või külmutamine, sealhulgas pal-gakärped või palkade ajutine külmutamine, uute töötajate värbamise keeld, lisatasude kaotamine;

3. ravimihindade rangem reguleerimine;
4. raviteenuste või lepingute mahtude kärpimine;
5. väiksemate haiglate sulgemine või ulatuslikum teenuste jagamine haiglate vahel;
6. patsientide omaosaluse suurendamine;
7. tervishoidu tehtavate investeeringute ajutine peatamine või vähendamine.

Neist meetmetest levinuimaks võib pidada **tervishoiutöötajate personalikulude** reguleerimist, mida on ühel või teisel moel rakendanud enamik uuritud riike. Sõltuvalt rahastuskriisi sügavusest on tegemist olnud kas tervishoiutöötajate palkade langetamisega (nt Lirimaa, Läti), külmutamisega (Soome) või palgatõusu piiramisega alla inflatsiooni (Taani, Holland). Teiseks väga sagedaseks meetmeks on ravimite hinna märgatavalt rangem regulatsioon, kohati koos omaosaluse suurendamisega.

Kust kulgeb sekkumise piir?

Euroopa riikide tervishoiu eelarvepuudujäägid on kriisiaegadel olnud väga erineva ulatusega. Kreekas oli tervishoiu defitsiit majanduskriisi ajal kuni 1,3% SKP-st, Hispaanias kuni 0,9%, Portugalis 0,7–0,9%, Lirimaa 0,6% ning Lätis kriisiaastatel umbes 0,5% SKP-st. Saksamaal jäi defitsiit SKP suhtes küll väiksemaks (0,15%), kuid ületas 1% piiri tervishoiusüsteemi enda eelarves. Soome, Holland ja Taani on suutnud süsteemi reformida, enne kui defitsiit ületanuks 0,2% SKP-st.

Selle taustal võib Eesti 2025. aasta puudujääki tervishoius (~0,3% SKP-st) pidada murettekitavaks. Teiste riikide kogemused on näidanud, et kui puudujääk ületab 0,6–0,7% SKP-st, muutub vältimatuks kas märkimisväärne teenuste kärpimine või omaosaluse suurendamine.

Kõige negatiivsemate tagajärgedega meetmed on olnud avalike teenuste mahu vähendamine, näiteks lepingupiirangud haiglatele või haiglate sulgemine, analüüside hüvitamise vähendamine või raviloetelu kitsendamine. Teenuste mahu vähendamine on enamasti viinud ravijärjekordade pikenemiseni, halvendanud tervishoiu kättesaadavust, toonud kaasa omaosaluse kasvu ning nihutanud teenusekoormust EMO-sse ja/või erasektoris. Mõju on avaldunud ka rahvatervisele, näiteks Kreekas ja Lätis suurenesid vaimse tervise häired ning kasvas enesetappude arv, nakkushaiguste levik ja välditavate hospitaliseerimisjuhtude hulk, samas Hispaanias ja Lirimaa aeglustus varasem rahvatervise näitajate

paranemine. **Kõikjal on avaliku sektori tervishoiuteenuste kärped seostunud ebavõrdsuse suurenemisega.**

Silmapaistev näide on Holland, kes on suutnud kulusid piirata ilma teenuste kättesaadavust vähendamata. Holland saavutas kulukasvu aeglustumise eelkõige haiglate ja arstidega sõlmitud kokkulepete abil, hoides samal ajal teenuste mahu ning kättesaadavuse stabiilsena. Kokkulepete üks osa oli hinnakasvu reguleerimine, näiteks ei tohtinud perearstide ja vaimse tervise ravi kulude kasv ületada 2,5% aastas.¹¹⁸ Perearstide pearahapõhist rahastust vähendati, kuid eesmärgiks seati enamate geneeriliste ravimite

¹¹⁸ European Observatory on Health Systems and Policies. [Health expenditure: Netherlands](#).

väljakirjutamine, mille täitmise korral rahastus taastati. Suur abi oli innovaatiliste **seiresüsteemide kasutuselevõttust, mis aitasid tuvastada ebaotstarbekaid uuringuid ja ravimeid**.^{119, 120}

Veel mitmed riigid on suutnud rahastuskriisi ajal otseseid teenuste kärpeid vältida, keskendudes kulude kasvu pidurdamisele ja innovatiivsetele lahendustele. Saksamaa on nihutanud rahastamiskoormust tööandjatelt rohkem töötajatele ja

ravimitootjatele, kontrollinud ravimikuluseid ning piiranud haiglate rahastuse kasvu. Soomes ja Taanis on kokkuhoid saavutatud teenuste integreerimise, laborite ühendamise ja tervishoiutöötajate palgakasvu piiramise kaudu. Järgnevad tabelid annavad põhjalikuma ülevaate eri riikides kasutatud meetmetest, nende mõjust ja ühtlasi kõrvalmõjust.

Hollandi kogemus: otsustustugi aitab vältida tarbetuid uuringuid ja ravimeid

NHGDoc on Hollandi perearstide kolleegiumi toetatud otsustustugi, mis kuvab vastuvõtu ajal patsiendipõhiseid teateid, kui taotletav uuring, diagnoos või raviskeem ei vasta juhistele või on dubleeriv. Eesmärk on suunata arsti enne kuluka pildidiagnostika tegemist kaaluma sobivamat sammu. NHGDoc on olnud kasutusel alates 2010. aastate algusest sadades perearstikeskustes.

G-Standaard on apteekrite liidu ravimibaas koos reeglitega, mis on integreeritud nii e-retsepti kui ka perearstide infosüsteemidesse. Süsteem annab hoiatusi ravimite koostoime, topeltteraapia, vastunäidustuste ja mõnel juhul ka mittevajalike uuringute kohta.

Selliste lahenduste eesmärk on vähendada tarbetuid uuringuid ja „igaks juhuks“ määramisi. Samas hoiatatakse rahvusvaheliselt nn *alert*-väsimuse eest: liiga paljud või ebaolulised teated muutuvad kergesti taustamüraks. Seetõttu rõhutavad nii Hollandi kui ka rahvusvahelised ülevaated, et hoiatuste asjakohasus ja ajastus peab olema väga täpselt paigas.

¹¹⁹ Bouma, M., Lugtenberg, M., Dorland, R., de Groot, R., Pasveer, D., Kool, T., & Burgers, J. (2013). 083 Developing and Implementing a Computerised Decision Support System for General Practice in the Netherlands. *BMJ Quality & Safety*, 22(Suppl 1), A38–A39.

¹²⁰ Thomson, S., Figueras, J., Evetovits, T., Jowett, M., Mladovsky, P., Maresso, A., ... & Kluge, H. (2015). *Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy*, 216 jj. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.

Tabel 7. Riigid, mis on kärpinud tervishoiuteenuseid

Riik	Peamised meetmed	Tagajärjed
Kreeka	Süsteemi tasand Juurutati kesksed hanked. Loodi riiklik tervisekassa. Suurendati töödandja ravikindlustusmakset. Haiglad Suleti enam kui 50 väikehaiglat. Kärbiti haigla- ja eriarstiabi eelarvet kuni 8%. Personal Palgakärbe 20%, värbamiskeeld. Ravimid Ravimikulutusi kärbiti 43%. Mitmete haiguste ja paljude ravimite korral kehtestati eraldi omaosalus. Ravimikuludele seati riigieelarves ülempiir, mille ületamisel kohalduvad ravimifirmade tagasimaksed.	Lühidalt: suured kärped avaldasid otsest mõju rahvatervisele. Tervishoiusüsteem Kujunes tervishoiusüsteem, kus kõrvuti toimisid riiklik ja erameditsiin. Tervishoius suurenes altkäemaksu roll. Avaliku sektori osa tervishoiu kogukuludes langes 70%-lt 60%-le. Kättesaadavus Omaosalus kasvas 2016. aastaks 40%-ni. Suurenes regionaalne ja sotsiaalne ebavõrdsus. Pikenesid ravijärjekorrad ja diagnoosimisviivitused. Esitati kaebusi ravimite kättesaadavuse kohta. Tervishoiuteenuste kättesaadavuses suurenes sotsiaalne ebavõrdsus. Tervis Vaimse tervise näitajad halvenesid, nakkushaigused sagenesid. Enesetappude määr, imikusuremus, HIV-nakkuse levik, depressiooni levimus ning tapmist määr kasvas.
Hispaania	Süsteemi tasand 2012. aastal kärbiti tervishoiu eelarvet 14%. Registreerimata immigrandite puhul kaotati ravikindlustuse universaalsuse põhimõte. Taristuinvesteeringuid vähendati ligi kolm korda. Haiglad Visiiditasusid suurendati. Personal Palgakärbe 5%, värbamiskeeld. Ravimid Lõpetati üle 400 ravimi hüvitamine, ent soodustati geneerilisi ravimeid. Retseptiravimite puhul kehtestati 10%-line omaosalus pensionäridele, astmeline omaosalus töötajatele. Juurutati kesksed ravimihanked piirkondlike asemel.	Lühidalt: solidaarsusest loobumine ja omaosaluse suurendamine võimendas ebavõrdsust. Tervishoiusüsteem Riiklikud tervishoiukulud vähenesid 6%. EMO koormus kasvas. Omaosalus kasvas 24%-lt 30%-ni. Kättesaadavus Ravimite kasutus vähenes järsult, eriti väikese sissetulekuga eakate seas. Ravijärjekorrad pikenesid oluliselt, näiteks plaanilise operatsiooni keskmine ooteaeg kasvas 70 päevalt 115 päevani. Tervishoiuteenuste kättesaadavuses suurenes regionaalne ja sotsiaalne ebavõrdsus. Tervis Tervisenäitajad tõendatult ei halvenenud, ent senine paranemiskiirus vähenes.
Läti	Süsteemi tasand Tervishoiu eelarvet kärbiti 13%. Haiglad Suleti kolmandik haiglaid, mis olid peamiselt regionaalhaiglad. Vähendati statsionaarset ravi ja patsiente suunati enam päevaravisse. Personal Palgakärbe 20%. 10% töötajates koondati. Ravimid Ravimite käibemaksu tõsteti.	Lühidalt: alarahastatud süsteemi täiendav kärpimine tõstis omaosaluse väga kõrgele tasemele, võimendades tervisealast ebavõrdsust. Tervishoiusüsteem Perearstiviisiidid vähenesid 23%. Tervishoiukulutuste osakaal SKP-st langes 9%-lt 5,8%-le. Omaosalus kasvas 37%-ni, suurim koormus langes keskklassile. Kättesaadavus Tervishoiuteenuste kättesaadavuses suurenes regionaalne ja sotsiaalne ebavõrdsus. Tervis Suurenes vältimatute hospitaliseerimisjuhtude arv. Suurenes enesetappude määr.
Litvia	Süsteemi tasand Tervishoiu eelarvet kärbiti 12%. Kaotati soodustused väikese sissetulekuga inimestele. Voodipäeva- ja visiiditasu tõsteti 20%. Hambaravi toetusprogrammi kärbiti. Haiglad Kapitaliinvesteeringuid lükati edasi. Personal Värbamiskeeld. Palgakärbe 5–15%. Alampalka langetati 30%. Kaotati lisatasud. Ravimid Retseptitasu suurendati viis korda.	Lühidalt: säilis kvaliteetne arstiabi ja suurenes tõhusus, ent järjekorrad olid püsivalt pikad ning personal oli ülekoormatud. Tervishoiusüsteem Perearstiviisiidide arv kasvas, haiglaravi efektiivsus suurenes. Vähenes patsientide keskmine ravikestus. Kujunes tervishoiusüsteem, kus kõrvuti toimisid riiklik ja erameditsiin. Enim kaotasid need, kellel ei olnud eraravikindlustust ja kes ei omanud ka vaestele mõeldud meditsiinkaarti. Erakindlustusega kaetuse määr langes kindlustuspreemiate kasvu tõttu. Kättesaadavus Pärast kärpeid langeti tervishoiu kättesaadavuse poolest Euroopas viimasele kohale, ooteajad olid ühed Euroopa pikimad. 41% elanikest on kogunud täitmata ravivajadust. 26% ootab eriarsti vastuvõttu üle 18 kuu, 16% ootab operatsiooni üle 18 kuu. Väga väike haiglavoodite arv ühe elaniku kohta, väga kõrge (üle 95%) voodikohtade kasutuse tase. Tervis Tervena elatud eluaastate kasv ajutiselt peatus. Välditava suremuse vähenemine aeglustus.

Slovakkia	Süsteemi tasand Riik suunas süsteemi lisaraha, kattes ligikaudu pool defitsiidist. Tervishoiu investeeringute kasv aeglustus. Haiglad Piirati haiglate lepingumahtusid, eriti plaanilises ravis. Vähendati halduskulusid. Kärbiti laborite ja diagnostika rahastust, piirati ületarbimist. Personal Riiklikus tervisekassas kärbiti personali. Ravimid Ravikindlustus ei kata enam kõiki uusi ravimeid.	Lühidalt: kuigi teenuseid kärbiti, kindlustas riigi antud lisaraha solidaarsuse ja e-tervise arengu. Tervishoiusüsteem Tugevdati regulatsiooni solidaarse süsteemi säilitamiseks. E-tervise areng sai hoogu juurde. Kättesaadavus Ravijärjekorrad pikenesid lepingumahtude piirangu tõttu. Tekkisid diagnostilised viivitused. Tervis Otseseid mõjusid tervisenäitajate puhul ei täheldatud. Potentsiaalne oht: piiratud ligipääs analüüsidele raskendab ennetustegevust.
-------------------------	---	---

Allikas: Kreeka¹²¹, Hispaania¹²², Läti^{123, 124}, Iirimaa^{125, 126}, Slovakkia¹²⁷

¹²¹ Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Maresso, A., & Sissouras, A. (2015). The impact of the crisis on the health system and health in Greece. In Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience [Internet]. European Observatory on Health Systems and Policies.

¹²² Repullo, J. R. (2018). Spain's health care system and the crisis: a case study in the struggle for a capable welfare state.

¹²³ Bikava, I. (2023). Health Policy Reform in Latvia from 1990 to 2020 in Perspective of Historical Institutionalism. Riga.

¹²⁴ Mitenbergs, U., Brigis, G., & Quentin, W. (2014). Healthcare financing reform in Latvia: Switching from social health insurance to NHS and back?. Health Policy, 118(2), 147–152.

¹²⁵ Connolly, S., & Wren, M. A. (2019). Universal health care in Ireland—what are the prospects for reform?. Health Systems & Reform, 5(2), 94–99.

¹²⁶ Farsaci, L., Fleming, P., Almirall-Sanchez, A., O'Donoghue, C., & Thomas, S. (2024). Understanding the legacies of shocks on health system performance: Exploring Ireland's management of recent crises and its implications for policy. Health Policy, 143, 105063.

¹²⁷ Szalay, T., Pazitný, P., Szalayova, A., Frisova, S., Morvay, K., Petrovic, M., & van Ginneken, E. (2011). Slovakia health system review. Health systems in transition, 13(2), v–xxiii.

Tabel 8. Riigid, kus on välditud otseseid teenuste kärpeid

Riik	Peamised meetmed	Tagajärjed
Saksamaa	Süsteemi tasand Riikliku ravikindlustuse maksureform: tööandja makseosa külmutati, töötajate panust suurendati. Kassadel lubati kindlustatutele kehtestada lisatasu. Toimus kassade ühinemine. Ravikindlustusmaksu üldmäär tõusis 14,9%-lt 15,5%-ni. Riiklike dotatsioonidega kaeti kolmandik defitsiidist. Piirati hambaravi hindade tõusu. Haiglad Haiglate baashindade tõus piirati 0,25%-le aastas. Personal Haiglate liit hoiatas kuni 20 000 töötaja võimalikust koondamisest. Ravimid Kehtestati ravimite kohustuslik hinnasoodustus kassa kasuks (16%, hiljem 7%). Jälgiti arstipraksiste retseptikäitumist.	Lühidalt: Saksamaa vältis otseseid teenuste kärpeid, saavutades kulude kontrolli keeruka reformipaketiga, mis nihutas rahastamiskormuse tööandjalt töötajatele ja ravimitootjatele. Tervishoiusüsteem Süsteem jäi universaalseks, kuid töötajate maksupanus kasvas. Efektiivsus kasvas (nt ravimite hind alanes, telemeditsiin arenes). Kättesaadavus Teenuste maht ei kahanenud, kuid näiteks ennetuse rahastus vähenes. Arstivisiidi tasu kaotati, et säilitada ligipääsetavus. Tervis Kriisiaastatel ei täheldatud vahetut tervisenäitajate halvenemist. Ravimiturg muutus läbipaistvamaks ja hindu suruti allapoole.
Holland	Süsteemi tasand Tervishoid määratleti kaitstud valdkonnana, millele kärpeid ei rakendatud. Haiglate ja perearstidega tehti kokkulepped, et kulude kasv ei ületaks 1–2,5% aastas. Suurendati tulemuspõhist rahastust. Haiglad Üleliigse kulu korral vähendati järgmise aasta rahastust. Digitaalsed seiresüsteemid aitasid tuvastada ebaotstarbekaid uuringuid ja ravimeid. Personal Palgatõus piirati 2,5% peale. Ravimid Eelistati geneerilisi ravimeid.	Lühidalt: kulupiirangute kehtestamise, tulemuspõhise rahastuse laiendamise ja digilahenduste kasutamisega saadi tervishoiukulude kasv kontrolli alla, ilma et teenuste kvaliteeti oleks ohverdatud. Tagajärjed Tervishoiukulude kasv aeglustus märgatavalt, mõnel aastal oli see 0%. Teenuste kättesaadavus ja kvaliteet säilisid, omaosalus ei suurenenud, teenuste maht jäi samaks. Farmaatsia oli ainus valdkond, kus kulud langesid.
Taani	Süsteemi tasand Tervishoidu suunati lisaraha 670 miljonit eurot. Erasektori teenused pandi hinnasurve alla. Erahaiiglate tariife langetati ~20%. Haiglad Väiksemad haiglad ühendati suuremate keskustega. Personal Palgad kasvasid aeglasemalt kui inflatsioon. Piirati uute töötajate värbamist. Ravimid Ravimite hulgihinda alandati 5%. Suurendati geneeriliste ravimite kasutuselevõttu.	Lühidalt: lisarahastuse ja hinnapiirangute abil suurendati kulutõhusust. Tagajärjed Teenuste maht ei vähenenud, ravijärjekordi hoiti stabiilsena. Tervisekulud ühe elaniku kohta langesid (–1,9%). Ravimikulude osakaal tervisekuludes vähenes. Omaosalus jäi muutumatuks või vähenes. Efektiivsuse kasv tõi püsiva kokkuhoiu.

Rumeenia	Süsteemi tasand Ametlikke kärpeid polnud, kuid <i>de facto</i> hoiti kulusid madalana aastakümneid. Kehtestati kvartaalsed ravijuhtude liimid, mis ei kata vajadust. Meditsiinitehnika ja haiglate moderniseerimine seisab. Haiglad Haiglavõrk konsolideerit, suleti 67 väikehaiglat. Personal Pidevalt hoiti palku madalana. Vabu ametikohti ei täidetud.	Lühidalt: aastakümnetepikkune alarahastus ja ebapiisavad ravijuhtude liimid viisid haiglate alamehitatuse, arstide lahkumise ja inimeste suure omaosaluseni või ravita jäämiseni. Tagajärjed N-ö vaikumisi tehtud kärbetega halvenes olukord kiiresti. Paljud inimesed jäid ravita, süsteem koormati üle ja haiglad ei saanud arveid makstud. Maakonnahaiglad jäid plisavalt mehitamata või ei vastanud sealne aparatuur standarditele. Piirkondlik ebavõrdsus oli suur. Meditsiinisüsteemis, eriti kirurgias, esines korruptsiooni. Väga suur omaosalus: üle 12% leibkondadest kulutas üle 40% oma sissetulekust tervishoiule. 2009–2015 lahkus 25% kogu arstikonnast mujale Euroopasse.
Soome	Süsteemi tasand Riik kärpis omavalitsusüksustele makstavaid toetusi 7%. Elanikel võimaldati osta teenuseid erapakkujatelt vutšeritega. Haiglad Ühendati laboreid, integreeriti teenuseid. Personal Palgad külmutati, ent investeeriti koolitustesse. Vähendati uusi värbamisi. Ravimid Ravimite hulgihinda alandati 5%. Viidi sisse kulust sõltuv astmeline ravimihüvitis.	Lühidalt: kulude kärbe koos teenuste integreerimise ja ligipääsu soodustamisega võimaldas suurendada efektiivsust ja hoida süsteemi toimimas. Tagajärjed Omavalitsusüksused sõlmisid koostöölepinguid, jagasid spetsialiste. Tervishoiukulud SKP suhtes langesid (9,2%-lt 8,7%-le). Efektiivsus paranes, rahulolu säilis. Suuremaid teenuste katkestusi ei toimunud. 2014. aastal peatus imikusuremuse langus, 2017–2019 leidsid aset mitmete välditavate haiguste puhangud.

Allikas: Saksamaa¹²⁸, Holland, Taani¹²⁹, Rumeenia^{130, 131, 132}, Soome^{133, 134}

¹²⁸ Schmitt, T., Haarmann, A., & Shaikh, M. (2023). Strengthening health system governance in Germany: looking back, planning ahead. *Health Economics, Policy and Law*, 18(1), 14–31.

¹²⁹ Kristensen, S. R., & Olsen, K. R. (2021). Sustainable health care and health care reforms in Denmark 2000–2020. *The sustainability of health care systems in Europe*, 103–116. Emerald Publishing Limited.

¹³⁰ Petre, I., Barna, F., Gurgus, D., Tomescu, L. C., Apostol, A., Petre, I., ... & Bordianu, A. (2023). Analysis of the healthcare system in Romania: a brief review. *Healthcare*, Vol. 11, No. 14, 2069. MDPI.

¹³¹ Scintee, S. G., & Vladescu, C. (2022). Overview of the main incremental health care reforms introduced between 2014 and 2020 in Romania. *South East. Eur. J. Public Health*, 1, 1–13.

¹³² James, R., Scotter, C., Rogobete, A. F., Blidaru, T. C., Rafila, A., Rees, G., ... & Garofil, N. D. (2025). Strengthening Romania's health workforce: leading by example. *The Lancet Regional Health–Europe*, 49.

¹³³ Keskimäki, I., Tynkkynen, L. K., Reissell, E., Koivusalo, M., Syrjä, V., Vuorenkoski, L., ... & Karanikolos, M. (2019). Finland: health system review. *Health systems in transition*, 21(2), 1–166.

¹³⁴ Saltman, R. B., & Teperi, J. (2016). Health reform in Finland: current proposals and unresolved challenges. *Health Economics, Policy and Law*, 11(3), 303–319.

Stsenaariumid aastani 2035

Foto: Shutterstock

Stsenaariumeid mõjutavad tegurid

Tervishoiu jätkusuutlikkuse stsenaariumide keskne kontekst on Eesti tervishoius tekkinud defitsiit ning selle katmiseks vajalik reservide kasutuselevõtt, mis toob mõne aastaga kaasa reservide ammendumise. Seega muutub üha olulisemaks, millised poliitilised, majanduslikud ja tehnoloogilised tegurid kujundavad järgmise paari aasta reaalseid võimalusi defitsiit seljata ja tervishoiu rahastus taas jätkusuutlikuks muuta.

Analüüsi käigus tõusid esile neli võtmetegurit, mis mõjutavad tervishoiu arengut lähiaastatel. Esiteks, **poliitilise keskkonna stabiilsus ja valitsuse hoiak solidaarsusprintsibi suhtes** ehk kas tervishoidu nähakse jätkuvalt ühise hüvena või liigutakse individuaalsema vastutuse poole. Teiseks, **elanike maksevõime** ja selle muutumine, mis mõjutab inimeste võimet omaosalust tasuda ning vajadusel ka erakindlustust kasutada. Kolmandaks, **hinnasurve**, mida tekitavad uued tervisetehnoloogiad ja vajadus hoida tervishoiutöötajate palgad konkurentsivõimelised. Neljandaks, **tehisaru edasine areng ja ühiskonna valmisolek seda tervishoius rakendada**. Need jõujooned ei toimi eraldi, vaid ristuvad, kujundades keskkonna, kus langetatakse **tervishoiusüsteemi** jätkusuutlikkuse tagamisele suunatud otsuseid.

1. Poliitiline keskkond ja suhtumine tervishoiu solidaarsusesse

Tervishoiu rahastuse põhimõtteline muutmine või uute püsivate eraldiste tegemine Tervisekassale sõltub otseselt sellest, kui kõrgele kohale tõuseb tervishoid poliitiliste prioriteetide pingereas. Otsus hoida kaitsekulud püsivalt üle 5% SKP-st majanduse mitmeaastase seisaku ajal tähendab oluliselt suurenevat survet teistele eelarvevaldkondadele, sealhulgas tervishoiule.

Defitsiidi jätkudes või süvenedes võivad ühiskondlikud pinged, nagu avalikkuse hirm teenusekatkestuste ees või rahulolematuse pikkade ravijärjekordadega, survestada poliitikakujundajaid suunama tervishoiule rohkem tähelepanu ja raha. Teisalt kõlab debattides üha enam, et tuleb suurendada inimeste endi vastutust oma tervise eest, näiteks omaosaluse kasvu kaudu. See võib viia solidaarsuse põhimõtte kriitilise ümberhindamiseni ja solidaarsuse nõrgenemiseni Eesti tervishoius.

Oluliseks maamärgiks on Riigikogu 2027. aasta valimised ja see, millise valiku teeb uus valitsus: kas suunata tervishoidu lisaraha ja vähendada omaosalust, otsida kokkuhoiukohti ja rakendada ulatuslikke kulukärpeid või sihtida kolmandaid lahendusi, näiteks eraraha suuremat kaasamist

ning tööandjate ja töötajate panuse suurendamist.

2. Tööturu olukord, maksulaekumine ja elanike sissetulekud

Tervishoiu rahastamise peamine allikas on Eestis palgatööga kogutav sotsiaalmaks. Ravirahastuse suuruse määravad seega palgafond, maksuulekus ja tööturu trendid. Oluline on see, mil määral töötatakse töölepingute alusel ja kui laialt levib töötamine muudes vormides, näiteks lepingulise teenuseosutajana digiplatvormidel. Viimasega kaasneb keskmiselt väiksem maksupanus, eriti sotsiaalmaksu osas.¹³⁵

Platvormitöö ja sotsiaalmaksustamata tegevuste kasv võib tähendada, et hoolimata suurest hõivatuses ei käi maksulaekumine enam tingimata sammu SKP kasvu ega tervishoiuteenuste kallinemisega ning ravikindlustuse defitsiit kasvab.

Kui ka järgnevatel aastatel jääb inimeste sissetulekute kasv alla tervishoiuteenuste hinnatõusule, nagu see on olnud viimasel 20 aastal, hakkab tervishoiu kättesaadavus Tervisekassa defitsiidi taustal üha enam sõltuma inimese rahakotist. Väiksema maksejõuga inimesed võivad hakata ravist loobuma või seda edasi lükkama, samal ajal kui jõukamad liiguvad eratervishoidu. Sellega kaasneb tervishoiutöötajate kiirem liikumine erasektoris, suureneb ühiskondlik ja tervisealane ebavõrdsus ning riiklik tervishoiuüsteem võib nõrgeneda.

3. Tervisetehnoloogiatest ja tervishoiutöötajate palgatõusust tingitud hinnasurve

Eesti tervishoiukulude kiire kasvu taga on eeskätt tervishoiutöötajate palgad, mis on juba pikemat aega kasvanud kiiremini kui riigi keskmine palk. See on pidurdanud arstide ja õdede väljarännet¹³⁶, kuid tervishoiutöötajate nappus püsib¹³⁷, lisaks liigutakse järjest enam erasektoris¹³⁸, mis kokkuvõttes tähendab jätkuvat surve palku tõsta.

Lisaks kiirele palga- ja majanduskasvule põhjustab hinnatõusu ka uute ravimite, ravimeetodite ning tervisetehnoloogiate laialdasem kasutuselevõtt, mille tulemusel tõusevad teenuste hinnad kiiremini kui keskmised palgad, SKP või üldine inflatsioon.¹³⁹ OECD hinnangul moodustab tehnoloogiline progress 25–50% arenenud riikide tervishoiukulude aastakasvust.¹⁴⁰

Eestis hindab Tervisekassa koos sõltumatu ravikomisjoniga enne iga uue ravimi või ravitehnoloogia kasutuselevõttu ja rahastamist nende meditsiinilist kasu ning ka mõju eelarvele. Otsuse aluseks on ravimi teaduslik tõendus, selle vajadus patsientidele ning kulutõhusus võrreldes seniste raviviisidega. Kuna tervishoiu rahastus kasvab piiratud tempos, ei ole võimalik kõiki uusi ravivõimalusi korraga sisse viia. Kui väga kallis uuendus ilmub, võib rahastusotsus viibida seni, kuni leitakse lisavahendeid või saavutatakse parem hind. Aina kitsamates eelarvetingimustes võib tagajärjeks olla vajadus piirata patsientide ligipääsu uutele tehnoloogiatele või suurendada nende omaosalust.

¹³⁵ 2018. aastal selgus Praxise ja Centari [analüüsist](#), et kõrghariduseta inimeste liikumisel töölepingulisest töösuhtest ebakindlale tööle väheneb riigi maksutulu keskmiselt 2298 eurot aastas. Selliseid liikumisi oli 2017. aastal 17 000, mille tõttu jäi riigil maksutuluna saamata 39 miljonit eurot.

¹³⁶ Themas, A., Aksen, M., Vahaste-Pruul, S., Themas, E. ja Varblane, U. (2015). Tervishoiutöötajate lahkumise põhjused. Tartu: Tartu Ülikool.

¹³⁷ Leemet, A., Mets, U. (2024). Tulevikuvaade tööjõuvajadusele: tervishoid. Tallinn: SA Kutsekoda.

¹³⁸ Arenguseire Keskus (2025). [Lühiraport: tervishoiutöötajatega seotud trendid Eestis](#).

¹³⁹ Keehan, S., Cuckler, G., Poisal, J., Sisko, A., Smith, S., Madison, A., Rennie, K., Fiore, J., & Hardesty, J. (2020). National Health Expenditure Projections, 2019–28: Expected Rebound in Prices Drives Rising Spending Growth. Health affairs, 101377hlt-haff202000094.

¹⁴⁰ Marino, A., & Lorenzoni, L. (2019). The impact of technological advancements on health spending: A literature review.

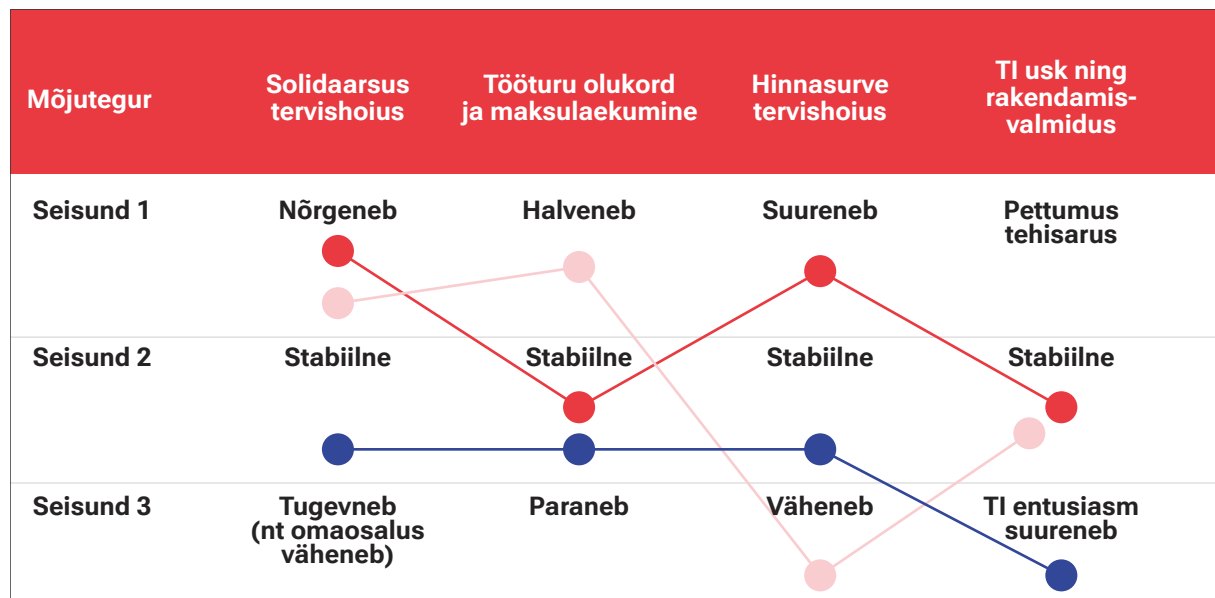
4. Tehnoloogiausk ja valmisolek rakendada tervishoius tehisaru

Eesti avalik sektor on olnud digitehnoloogia kasutuselevõtu eesliinil¹⁴¹, kuid tehisaru esitab digiriigile uusi nõudmisi, mis ei piirdu vaid digitaristu olemasoluga. Kui tervishoiuvaldkond suudab rakendada tehisarul põhinevaid lahendusi näiteks arstidele otsustustoe pakkumiseks või patsiendi raviteekonna juhtimiseks, võib see pakuda leevendust üha kasvavale nõudlussurvele tervishoius. Samas eeldab see ühiskondlikku usaldust algoritmide vastu, mille eelduseks omakorda on tugev andmekaitse, kasutuslogide jälgitavus ja avalikkuse kaasamine; samuti on väga olulised tegurid tervishoiutöötajate valmisolek

tehisaruga töötada ja poliitiline eestvedamine.¹⁴² Tuleb arvestada, et näiteks 2024. aastal usaldas vaid alla kolmandiku inimestest olemasolevaid. tehisarupõhiseid lahendusi ning ligikaudu pooled elanikest tunnistasid, et ei pea tehisaru positiivseks muutuseks oma igapäevaelus.¹⁴³

Kui 2025. aastal hariduses käivitatud TI-hüpe näitab kiireid edumärke, võib see tekitada ühiskondliku tellimuse tehisaru ulatuslikumaks kasutuselevõtuks ka tervishoius. Samas kui mõni projekt nurjub, ei ärata usaldust või tekitab avalikku pahameelt, ei kujune tehisarust tõenäoliselt tervishoiusüsteemi kandvat osa, vaid see jääb pigem abivahendiks.

Tabel 9. Stsenaariumite narratiivide kujunemine



Allikas: autorite koostatud

● Liiga vähe ja liiga hilja ● Turutervishoid ● Digilootus



Digilootus

Märksõnad: TI-hüpe tervishoius, kvaliteedi arvestamine rahastamisel

Olukorra kirjeldus. Aastaks 2029 on Eesti tervishoiusüsteem jõudnud kriitilisse seisu. Sotsiaalmaksu laekumine on küll igal aastal suurenenud, aga mitte kümnendi keskel loodetud tempos. Kuna kulud on kiire hinnakasvu tõttu kasvanud oodatust kiiremini, on Tervisekassa reservid

¹⁴¹ Arenguseire Keskus (2022). [Lühiraport: avalik sektor andmeühiskonna eestvedajana](#).

¹⁴² Arenguseire Keskus (2024). [Personaaliigi tulevik Eestis. Stsenaariumid aastani 2040](#). Raport. Tallinn: Arenguseire Keskus.

¹⁴³ Kald, I. (2024). [Värske uuring: alla kolmandiku eestlastest usaldab AI-l põhinevaid lahendusi](#). Äripäev, IT uudised.

otsakorral ning iga otsus mõne uue ravimi või tehnoloogia rahastamise kohta sünnitab vaidlusi ka avalikkuses. EL-i toetuste järsu vähenemise tõttu peatati juba aasta tagasi tervisetaristu uuendamine. See ei jäänud ühiskonnale märkamata. Avalikkuse tähelepanu tervishoiule on haripunktis ning ühiskonnas on laialt teadvustatud, et vanaviisi enam edasi minna ei saa.

Julgeolekuolukord püsib senises seisus. Kaitsekulud ületavad endiselt 5% SKP-st, survestades teisi valdkondi kokkuhoiule. Poliitilisel tasandil on pärast 2027. aasta Riigikogu valimisi tervishoiu küsimus küll prioriteetseks muutunud, ent kiiresti jõutakse järelduseni, et uute maksutõusude jaoks napib mandaati ning ka erarahastuse soodustamine vajalikus mahus lisatulu ei too.

Riigi majandus on mõnel viimasel aastal püsinud väikeses kasvutrendis, tuues juurde maksutulud, ent sellest kiiremini on suurenenud tervishoiutöötajate palgad. Sõnum palkade võimalikust külmutamisest on seni toonud kaasa avaliku pahameele. Üldise hinnatõusu taustal ei ole ka inimesed ise valmis tervishoiu eest varasemast rohkem maksma, samas ootused teenuste kättesaadavuse suhtes on kõrged.

See kõik tähendab kitsamaid valikuvõimalusi ja suurendab survet, et tervishoid peab oma jätkusuutlikkusele ise aktiivselt kaasa aitama ning

otsima lahendusi olemasolevate vahendite piires. Uus valitsus annabki kiiresti selge sõnumi: lisaraha tuleb kõne alla vaid siis, kui see on selgelt sihitud, kulutõhus ja poliitiliselt põhjendatav. Nii hakkavad üha valjemini kõlama ettepanekud tehisaru ulatuslikuks rakendamiseks.

Kompromissiks valitsuse seisukohtade ja tervishoiusüsteemi ootuste vahel kujunebki jõuline digiarengu soodustamine. Õnneks on ühiskond harjunud digilahenduste peale lootma ning varasemad edulood toidavad usku, et sama võib korduda ka tervishoius. Valitsus teatabki peagi suurtest investeeringutest tervishoiu tehisaru arendamisse ehk TI-hüppest tervishoius, millest loodetakse, et see tasub ennast ära juba viie kuni kümne aastaga.

Plaan pälvib kiiresti tugeva toetuse tehnoloogia-ettevõtelt, kes näevad võimalust kujundada Eestist pilootriik, kus tervishoid rakendab tööjõupuuduse leevendamiseks ja kulude ohjamiseks täiesti uut mudelit. Ka meedia on lõpuks saabunud kokkulepete taustal optimistlik. Paljud loodavad, et tehisaru aitab ühtaegu vähendada defitsiiti, lühendada ravijärjekordi ja parandada ravikvaliteeti.

Siiski on selge, et niivõrd ulatuslik muutus ei saa kulgeda vaid üksmeele saatel ning usaldus ühis-

Millised signaalid viitaksid, et oleme stsenaariumi „Digilootus“ poole teel?

- Enam kui 50% inimestest väljendab usaldust tehisarul põhinevate otsustusprotsesside vastu ja kliinilisi otsustustugesid kasutab üle poole tervishoiutöötajatest.
- Tehisaru kasutamine tervishoius jõuab erakondade valimisprogrammidesse.
- Ajalehtede majanduskülgedel räägitakse tervisetehisarust kui ekspordiartiklist.
- Meditsiinitöötajate töökuulutustesse tekib fraas „valmidus töötada koos tehisaruga“.
- Kindlustusfirmad hakkavad pakkuma soodustusi inimestele, kes lubavad oma terviseandmeid tehisaru treenimiseks kasutada.
- Idufirmad teatavad kümnete miljonite eurodeni ulatuvatest tervisetehisaruga seotud eksporditehingutest.

konnas ei ole täielik. Kriitikud leiavad, et liigne lootus tehisarule ja tehnoloogiale viib inimliku mõõtme kadumiseni, toob kiirustades rakendamise korral kaasa läbipaistmatuse ja usalduse kahanemise tervishoiu vastu ning võib suurendada ebavõrdsust.

Reageerimine ja meetmed. Pärast 2027. aasta Riigikogu valimisi võtab uus valitsus 2028. aastaks vastu kompromissotsuse.

- Tervisekassale antakse 200 miljonit eurot lisaraha. See ei ole püsiv tõus, vaid ühekordne makse, millega kaetakse Tervisekassa 2028. ja 2029. aasta oodatav defitsiit ning ostetakse lisaaega teiste meetmete mõju avaldumiseni.
- Käivitatakse tervishoiu ulatuslik digitaalne ümberkujundamine.
 - Alustatakse suurprojekti haiglate ja perearstide infosüsteemide ühendamiseks, eesmärgiga siduda kogu tervishoiusüsteem üheks virtuaalseks keskuseks, mille tulemusel paraneks andmevahetus ja patsiendi ülevaade ning väheneks dubleerimine. Investeeringu suurusjärg on üle 200 miljoni euro, hilisem oodatav kokkuhoid ulatub 9–15 miljoni euroni aastas. Killustunud arenduste vältimiseks seotakse uute tehisaru rakenduste juurutamine tihedalt sama suurprojektiga.
 - Tehisaru integreeritakse esmalt perearstide töösse, seejärel üha enam ka eriarstiasse. Esimestel aastatel tähendab see katsetusi andmepõhise otsustustoega, mis teeb automaatselt märkmeid ning säästab visiidiaega, soovib raviprioriteete ja aitab vältida vähese kasuteguriga teenuseid. Litsentside investeeringukulu on ligikaudu 10 miljonit eurot aastas, millele lisanduvad integreerimiskulud ca 5 miljoni euro ulatuses.¹⁴⁴ Lahenduste laialdane kasutuselevõtt, selleks vajalik süsteemide integrat-

sioon, koolitused jm eeldavad kokku enam kui 40 miljoni euro suurust investeeringut.

- Tehisaru viiakse kiiresti ka õdedeni, et dokumentatsiooni automaatselt täita, ning radioloogideni, et röntgenpiltide eelanalüüsi käigus filtreerida välja negatiivsed uuringud. Ühe AI-skaneeringu kasutuselevõtu kulu on ligikaudu 1 euro.¹⁴⁵
- Kasutusele võetakse automatiseeritud ning soo ja vanuse põhjal personaliseeritud ühiskondlikku kulu rõhutavad sõnumid, et vähendada visiitidele mitteilumumiste arvu.
- Meditsiinitöötajate kõrval läheb samaväärne tähelepanu tehnikutele. Uue programmi raames toetatakse enam kui 250 IT-spetsialisti palkamist ja koolitamist, et täita kriitiline lünk tervishoiusüsteemide arenduses ning hoida süsteemid töökindlana. 250 uue töötaja palkamine ning olemasolevate töötajate digioskuste parandamine lisab püsikuludesse 16–20 miljonit eurot aastas.
- Tervishoiu rahastamisel hakatakse arvestama ka teenuse kvaliteeti ja patsiendikogemust.
 - Haiglate ja perearstide rahastus hakkab osaliselt sõltuma ravijärjekordade pikkusest ning kvaliteedinäitajate täitmisest. Kui ravijärjekord ületab maksimaalse lubatud pikkuse (nt eriarstias 6 nädalat), vähendatakse lepingujärgset rahastust 5%. Kui tulemus on sellest märgatavalt parem (nt 4 nädalat), makstakse 10% suurust tulemustasu.
 - Haiglates ja perearstikeskustes võetakse kasutusele PREM-idel põhinev rahastuskoefitsient. Kui patsientide rahulolu ületab 85% (võrreldes 2025. aasta tasemega 80%), makstakse tervishoiuasutusele kuni 3% suurust tulemustasu. Kui rahulolutase

¹⁴⁴ Trang, B. (2023). Hospitals want to buy doctors' happiness with Nuance's AI scribe. What they're paying varies. Stat.

¹⁴⁵ National Institute for Health and Care Excellence (2025). Artificial intelligence (AI) technologies to help detect fractures on X-rays in urgent care: early value assessment.

on aga alla 75%, siis rakendatakse sama-väärset leppetrahvi. Hinnanguid võrreldakse ka TTO enda pikaajalise keskmisega, mille ületamisel on võimalik saada veel 2% tulemustasu.

Rahaline mõju

- Tehisarupõhine dokumenteerimine säästab 0,9 minutit ühe visiidi kohta.¹⁴⁶ Kui arvestada, et aastas on 13 miljonit arsti, õe või ämmaemanda ambulatoorset vastuvõttu ja süsteemi kasutatakse neist 50% juhtudel, **säästetaks kokku ligikaudu 6 miljonit minutit, mis vastab enam kui 60 täiskoormusega arsti tööajale ühe aasta jooksul ehk rahasse arvestatuna ligikaudu 5 miljonile eurole.**
- Kui aastas on 13 miljonit vastuvõttu ja vastuvõtule mitteilumumise määr on 10%, siis selle määra vähendamine veerandi võrra tähendaks 160 000 – 325 000 võrra vähem ärajäänud visiite. See omakorda tähendab sadu tuhandeid täiendavaid vastuvõtuaegu aastas ravijärjekordade lühendamiseks. Kui ühe ambulatoorse visiidi keskmine maksumus on 60 eurot, **on sel moel vabastatava ressursi rahaline väärtus 9–18 miljonit eurot aastas.**
- Praegusest ulatuslikum üleminek eriarstide e-konsultatsioonidele võimaldab igalt visiidilt säästa ligikaudu 210 eurot. Seega ainuüksi 10 000 visiidi asendamine e-konsultatsioonidega (kokku on aastas 5 miljonit eriarstivisiiti) **tähendaks süsteemile 2,1 miljoni euro suurust säästu.**
- Ravijärjekordade pikkuse sidumine rahastusega tähendaks piirkondlikele haiglatele rahastuse varieeruvust kokku –35 kuni +70 miljonit eurot, keskhaiglatele –20 kuni +40 miljonit eurot ning üldhaiglatele –8 kuni +14 miljonit eurot aastas.
- Patsientide rahulolu sidumine rahastusega tooks piirkondlikele haiglatele kaasa +/-38

miljoni, keskhaiglatele +/-22 miljoni ning kõigile haiglavõrgu haiglatele kokku 69 miljoni euro ulatuses varieeruvust eelarves.

Mõju rahvatervisele ja tervishoiusüsteemile

Tervise TI-hüppe positiivsete tulemuste varjus kasvab ühiskonnas tervisealane ebavõrdsus. Kuigi ravijärjekorrad lühenevad, jõuab TI-hüppe kasu kiiremini ja suuremas ulatuses nendeni, kellel on head digioskused, vajalikud seadmed ja internetiühendus ning kes elavad suuremates keskustes. Formaalselt säilib tervishoiusüsteemis solidaarsus, ent tegelik solidaarsus muutub sõltuvaks süsteemi võimest toetada digioskusteta ning madalama teadlikkuse ja sissetulekuga inimesi.

Tervishoiusüsteemile annab 200 miljoni euro suurune lisaeraldus lühiajaliselt hingamisruumi. Suured investeeringud IT-sse (üle 200 mln euro infosüsteemide ühendamiseks ja kümned miljonid tehisaru pilootprojektideks) küll suurendavad algselt kulusid, kuid pikemas vaates säästavad aastas kümneid miljoneid eurosid. Samal ajal tekitab kvaliteedinäitajate ja rahastuse sidumine haiglate eelarvetes ebastabiilsust.

Tervishoiutöötajatele tähendab TI-hüpe välja-vaadet leevendada suurt töökoormust, kuid esialgu toob see paratamatult kaasa koormuse kasvu, kuna on vaja teha koostööd IT-spetsialistidega, osaleda koolitustel ja uute tööprotsesside katsetamises. Arstidel ja õdedel tuleb üha enam toimida tehnoloogia vahendajana, mis võib olla harjumatu ja tekitada vastuseisu. Kui palgakasv pidurdub, kuid töö keerukus kasvab, on motivatsioonilangus ja sektorist lahkumine reaalne risk. Seda kinnitavad ka Suurbritannia NHS-i pilootprojektid: automaatse dokumenteerimise süsteemid küll vähendasid kirjatööd, kuid põhjustasid arstide seas ka rahulolematust, kuna kasutuselevõtu faasis töökoormus ajutiselt hoopis kasvas ning tehnilise toe nappus tõi kaasa tööseisakuid.

¹⁴⁶ Stults, C. D., Deng, S., Martinez, M. C., et al. (2025). Evaluation of an Ambient Artificial Intelligence Documentation Platform for Clinicians. JAMA Netw Open. 2025;8(5):e258614.



Turutervishoid

Märksõnad: omaosaluse kasv, täiendav erakindlustus

Olukorra kirjeldus. Aastal 2029 on Eesti jätkuvalt silmitsi vinduva majandusega: kaubanduspiirangud ja tollimaksud on pidurdanud eksporti, toormehinnad on püsinud kõrgel ning mitmed potentsiaalsed välisinvestorid on otsustanud teiste riikide kasuks. Teisalt on maksulaekumiste kidurale kasvule vastav olnud ka tervishoiutöötajate palgatõus, kasvades vaid mõni protsent aastas, võrreldes varasema ligikaudu 10%-lise kasvuga. Lisaks on Tervisekassa majandusraskuste tõttu kehtestanud rangemaid prioriteete ja piiranguid: rõhk on vältimatutel ja esmatasandi teenustel, kallimaid ravimeetodeid rahastatakse vähem. Kokkuvõttes on Tervisekassa küll igal aastal jätkuvalt defitsiidis, kuid kulude kasvutempo on varasemast mõõdukam ja olukord pigem struktuurne kui äge kriis.

Poliitiline ja julgeolekuolukord on võrreldes kümnendi keskpaigaga stabiilsem, kuid kaitsekulude hoidmine enam kui 5% tasemel on jätkuvalt keskne prioriteet. 2027. aasta valimiste järel loodud uus parempoolne valitsus ei soovi makse tõsta, kuna see ohustaks majanduse niigi habrast seisu. Kuid neid ei rahulda ka senine tervishoiu rahastamise mudel, mis ei stimuleeri piisavalt ennetust ja inimeste endi panust oma tervise hoidmisse.

Selle asemel taotletakse partnerlust erasektoriga: riik katab vältimatu abi, esmatasandi ja kiirabi, kuid muude teenuste puhul küsib varasemast suuremat omaosalust. Omaosaluse katteks on avatud erakindlustusturg, mida riik toetab maksusoodustusega ning kus tööandjad ja üksikisikud saavad osta täiendavat kindlustust, mis kaitseb suure omaosalusega juhtude vastu

või pakub lihtsalt kiiremat juurdepääsu vajalikule teenusele. Tööandja kindlustusmakse puhul arvestatakse tema sektoriga seotud terviseriske ning üksikisiku makse puhul tema elustiili ja harjumusi, selle tulemusena loodetakse avaldada soodsat mõju inimeste tervisekäitumisele ning vähendada tööõnnetuste ja kutsehaiguste hulka. Sarnast mudelit on kasutatud mitmes Euroopa riigis, näiteks Prantsusmaal ja Horvaatias, kus formaalselt vabatahtlik, ent sisuliselt kohustuslik täiendav kindlustus katab patsientide omaosaluse.

Eraturg saavutab mõne aastaga ligikaudu 10%-lise turumahu Tervisekassaga võrreldes, mis tähendab igale täiskasvanule ca 15 euro suurust eratervisekindlustuse kuumakset.

Kuna riik on eratervishoiu investeringuteks loonud soodsa õigusraamistiku, kasvab tervise- lahenduste pakkumine suurematele tööandjatele ning kiiresti avatakse uusi eraarstiabi ja päevaravi keskusi. Erasektoris edeneb kiiremini ka innovatsioon: üha enam jõuavad turule personaliseeritud teenused, näiteks geenitestid, muud terviseriskide hindamise mudelid ja digitaalsed terviseseisundi jälgimise abivahendid. Samal ajal keskendub riiklik süsteem esmatasandile, vältimatule abile ja kulutõhususele, jättes eksperimenteerimise ja katsetamise eraturu hooleks. See toob kaasa süveneva lõhe Tervisekassa rahastatud baasteenuste ja eraterviselahenduste vahel. Innovatsioon saab rohkem kättesaadavaks eeskätt neile, kes on valmis selle eest ise juurde maksma või kes kuuluvad tööandjate kaetava kindlustuskaitse alla.

Avalikkusele esitletakse seda kui valikuvabaduse, omavastutuse ja partnerluse kasvu: riik ei taandu, vaid loob koos erasektoriga mitmest sambast koosneva tervisesüsteemi. Rõhutatatakse, et see laiendab tervishoiu tulubaasi ega lase kõigel sõltuda ainult riigieelarvest.

Avalikkuse reaktsioon on kahetine. Uue süsteemi toetajad näevad selles valikuvabaduse

loomulikku arengut, kus tööandjate ja kindlustusfirmade kaasamine muudab süsteemi mitmekesisemaks ning stabiilsemaks. Paljud aga hoiatavad, et kuna riigi enda panus ei ole koos erasektoriga suurenenud, siis tegelikkuses on tervishoid liikumas kahetasandilise teenusmuudeli poole. Nooremad ja paremal järjel inimesed

hakkavad tajuma, et neil pole avalikust ravikindlustusest suurt kasu, kuna nad maksavad küll sotsiaalmaksu, ent vajadusel peaksid nagunii ise maksma ka ravi eest või ostma lisakindlustuse. See õõnestab sotsiaalmaksule toetuva süsteemi legitiimsust.

Millised signaalid viitaksid, et oleme stsenaariumi „Turutervishoid“ poole teel?

- Eraravikindlustusega inimeste osakaal ületab 20% töötajatest.
- Erasektori tervishoiutöötajate brutopalk ületab avaliku sektori oma.
- Suureneb maksuvabastus tööandja poolt töötaja heaks tehtud tervishoiukuludele.
- Riikliku tervisekindlustuse kohta hakatakse kasutama terminit „baaspakett“. Avaldatakse rohkem lugusid teemal „esimese ja teise Eesti meditsiin“.
- Võimendub ühiskondlik narratiiv „tervis on sinu isiklik investeering“.
- Töökuulutustes muutub tavapäraseks fraas „töötasule lisandub tööandja tervisekindlustus“.
- Meedias tsiteeritakse tervishoiutöötajaid: „Riigihaiglas töötamine on missioon, erasektoris töötamine on karjäär.“
- Eratervishoiu pakkujad avavad uusi terviseinnovatsiooni keskusi.
- Kultuur ja sport võivad uusi sponsoreid edukate tervishoiuettevõtete näol.

Reageerimine ja meetmed

- Alates 2030. aastast hakkab Tervisekassa tegutsema rangelt tasakaalus eelarve alusel. Lisarahastust ei tule.
- Luuakse õigusraamistik eratervishoiu arenguks.
 - Töötajatele mõeldud tervise edenduse kulude lagi kaotatakse, nüüd on kõik sellised kulud maksuvabad. See loob tugeva stiimuli, et senisest enam ettevõtteid hakkaks töötajatele tervisekindlustust pakuma, laiendades kindlustusturu mahtu ja kiirendades erameditsiini investeeringuid.
 - Erakindlustusfirmasid suunatakse pakuma kindlustuskatet eelkõige neile tee-

nustele, mida Tervisekassa ei kata. Samuti sõlmib riik avaliku ja erasektori koostöölepinguid (PPP), mis võimaldavad osas haiglates pakkuda eraldi ravivõimekust või teenuseid erakindlustusega patsientidele.

- Kindlustusandjatele pannakse pakettide hinnastamise läbipaistvuse kohustus, et suurem osa makstud kindlustusmaksetest jõuaks tegelike tervishoiuteenusteni.
- Avaliku sektori tervishoiutöötajate palgatõusu piiratakse 2%-ni aastas. See vähendab oluliselt palgafondi kasvu ja kiirendab paratamatult töötajate liikumist erasektoris, mis seni on toimunud tempos 0,5% tööjõust aastas.
- Paralleelselt otsustatakse rakendada mitmeid tööturumeetmeid, et suurendada tööhõivet ja leevendada tervishoiu tööjõupuudust.

- Otsustatakse tõsta pensioniiga lisaks oodatava eluea kasvuga kaasnevale töusule veel kahe aasta võrra alates 2030. aastast, põhjendades seda tervena elatud aastate arvu kasvuga.
- Soodustatakse sisserännet tervishoiu ja hooldussektorisse, lihtsustades kvalifikatsioonide tunnustamist ning pakkudes keeleõppe- ja kohanemistoetusi. Sisserände piirnorme leevendades tuuakse kolmandatest riikidest kolme aasta jooksul Eestisse 5000 25–45-aastast spetsialisti, kelle panus aitab katta kriitilise tööjõupudusega töölõike.
- Käivitatakse sihipärased programmid NEET-noorte, vähenenud töövõimega inimeste ja koduste lapsevanemate tööhõive suurendamiseks.
- Kasutusele võetakse vabatahtlikud **tervisekontod**, kuhu üksikisik saab igal kuul suunata kindla summa või osakaalu (nt 5%) oma maksueelsest tulust, mida saab vajaduse korral kasutada tervishoiuteenuste eest tasumiseks. Suurema kasutusmäära ja positiivse kuvandi saavutamiseks sihitakse eelkõige suuremates linnades elavaid töötavaid noori, kes on ühtlasi varmamad andma riigile nõusolekut oma terviseandmete kasutamiseks, et hinnata individuaalseid haigusriske ja saada pakkumisi ennetavateks teenusteks. Sedalaadi andmepõhine ennetus aitab suurendada tervisekontode mõju, kuna sinna kogunenud raha kasutatakse säästlikumalt ja sellest jätkub kauemaks.
- Avaliku sektori tervishoiutöötajate palgatõusu piiramine kuni 2%-ni alates 2030. aastast¹⁴⁷ võimendab töötajate liikumist erasektoris ning toidab sealset palgatõusu. Riik säästab igal aastal üle 15 miljoni euro. Samas tähendab selline areng, et 2035. aastaks on peaaegu pooled (48%) riigi tervishoiutöötajatest erasektori palgal.
- Tööturumeetmetest on suurim mõju pensioniea tõusul 2 aasta võrra, mis toob Tervisekassale alates 2030. aastast juurde 43 miljonit eurot aastas. 5000 täiendava välistöötaja kaasamine toob seniste töötajatega võrdse palga juures juurde 12 miljonit eurot. Kuigi noorte tööhõive soodustamisest oodatakse hõive suurenemist 2 protsendipunkti võrra, mis tooks süsteemi juurde 33 miljonit eurot, ei jõua need programmid 2030. aastaks veel olulisi tulemusi anda.
- Tervisekontode puhul on sisuliselt tegemist maksusoodustusega omaosalusega, mis on suhteliselt kasulikum kõrgema sissetulekuga inimestele, kuna nende sissemaksed ja ka maksusoodustus on suuremad. Pilootprojekt loetakse esimese kahe aasta kogemuse põhjal edukaks ning kontodega liitumine tehakse võimalikuks kogu elanikkonnale.

Mõju rahvatervisele ja tervishoiusüsteemile

Formaalselt jääb solidaarsusprintsip alles: kõigi töötavate inimeste eest makstakse ühtaolist sotsiaalmaksu, mis tagab nii neile kui ka ravikindlustatutega võrdsustatutele Tervisekassa pakutava kindlustuskaitse. Sisuliselt aga killustub süsteem kaheks kihiks. Täiendava erakindlustusega inimesed saavad kiiremat ja mitmekesisemat teenust ning kaitse suure omaosalusega juhtude vastu. Täiendava erakindlustuseta isikutel sellist kaitset ei ole ning halvemal juhul võib see viia nende ravist loobumiseni. Süsteem on eriti haavatav majandus-

Rahaline mõju

- Kui näiteks 1 miljon inimest maksaks 15 eurot kuus täiendava kindlustuse eest, lisanduks tervisesüsteemi aastas ca 180 miljonit eurot, mis on ~10% 2024. aasta tervishoiu kogueelarvest.

¹⁴⁷ Enne seda eeldame nii era- kui ka avaliku sektori puhul 4%-list palgatõusu aastas.

languse ajal, sest tööpuuduse või palgakasvu seiskumise korral võib osa inimesi oma kindlustusest loobuda.

Tervisekontode mõju on viieaastase pilootprojekti jooksul esmapilgul positiivne, kuid lähemal vaatlusel selgub, et selle taga on peamiselt asjaolu, et enim on sellega liitunud noored ning terved tööealised inimesed suuremates linnades. Suurem osa inimesi tervisekontode süsteemiga ei liitu, sest ei pea võimalikuks või vajalikuks tervise eesmärgil säästa, isegi mitte maksusoodustuse olemasolu korral. Seega ei aita tervisekontod kokkuvõttes tervishoidu oluliselt lisaraha tuua, eriti arvestades, et osa kontodele kogutud rahast jääb riigile maksudena laekumata. Tervisekontode põhjalikum analüüs näitab, et kuigi see on kasutajatele kasu toonud, on ka see meede kihistumist tervishoius suurendanud.

Tervishoiu eelarveline seis lühiajaliselt paraneb. Tervisekassa range tasakaalunõue ja oma-



Liiga vähe ja liiga hilja

Märksõnad: viivitatud reageerimine, hilisem kiirustatud tulude lisamine

Olukorra kirjeldus. Ehkki juba 2025. aastal ennustati, et 2029. aastaks on Tervisekassa reservid otsas, optimistlikuma vaate kohaselt 2030. aastaks (joonis 14), ei ole see ekspertide hoiatustest hoolimata toonud 2029. aastaks kaasa lisarahastust ega tervishoiu suuremahulist reformi. Otsitud on käepäraseid efektiivsuse suurendamise viise, ent nendest saadud kasu on jäänud kogu defitsiidiga võrreldes väikeseks.

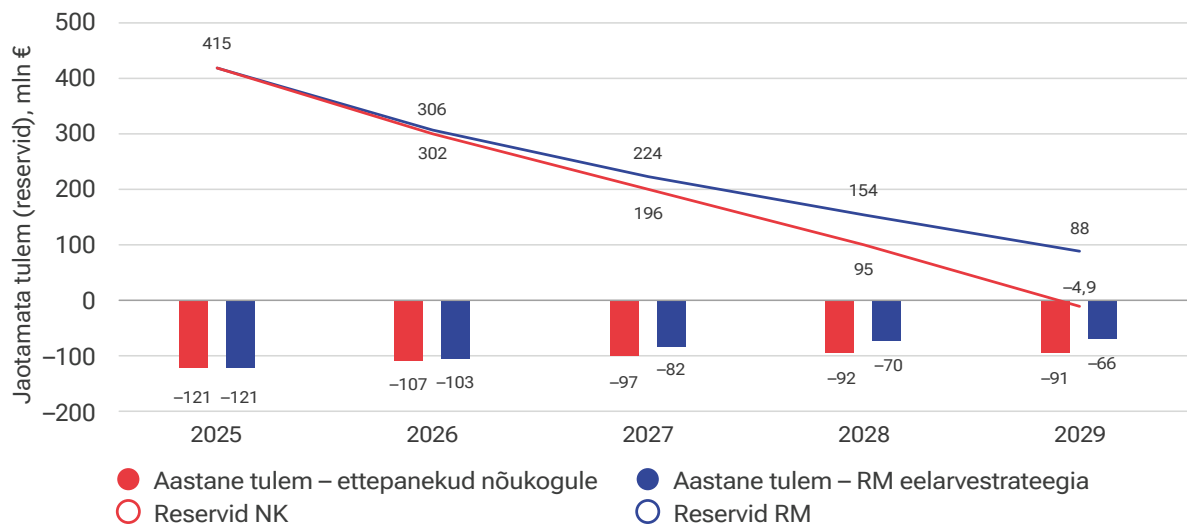
Enne viimaseid parlamendivalimisi välditi ebapopulaarseid otsuseid, ent ka pärast 2027. aasta valimisi ei jõutud kokkuleppele, kuidas muuta tervishoiu rahastamist. Uues parlamendis on

osaluse kohustuslik tõstmine aitavad defitsiiti ohjata, lisaks kasvatavad pensioniea tõus ja välistööjõu sisseränne ka sotsiaalmaksutulu. Lisaraha tuleb tervishoidu ka erasektori ja tööandjate kaudu, liikudes Tervisekassast mööda. Kokkuvõttes tähendab see, et riigi otsene panus suureneb vähe, kuid tervishoiu kogukulud ühiskonnas suurenevad märgatavalt. Rahastuse struktuur muutub küll mitmekesisemaks, kuid ka keerukamaks ja vähem läbipaistvaks.

Tervishoiutöötajatele toob avaliku sektori palgatõusu piiramine kaasa tööjõu kiireneva liikumise erasektoris, aastaks 2035 on peaaegu pooled töötajad juba erahaiglate või muude erateravishoiuasutuste palgal. Töötajate motivatsioon avalikus sektoris tõenäoliselt kahaneb ning koos sellega ka teenuse kvaliteet, pannes üksnes riiklikule ravikindlustusele lootjad veelgi keerulise-
masse olukorda.

rohkem parteisid kui seni ning seisukohad harali. Ühed rõhutavad solidaarsusprintsipi ja tervishoiule lisaraha toomist maksutõusudega, teised toetavad eraturu laiendamist, kolmandad usuvad, et lahendus peitub süsteemi efektiivsuse tõstmises. Valimistega selget mandaati ühegi vaate toetuseks ei saadud ning lahenduste leidmine asetati eelkõige Tervisekassa õlule, kellest on kujunenud olukorra süüdlane.

Olukorda muudavad keerulisemaks tormilised ajad maailmas. Sõda Ukrainas kestab juba pikalt ning Ida-Euroopas ei ole kadunud piiritagused provokatsioonid. Enne USA 2028. aasta presidendivalimisi võtab Donald Trump töökohtade tagasitoomise poliitika raames kasutusele ulatuslikud Hiina-vastased tariifid ning maksustab



Joonis 14. Tervisekassa reservide prognoosid

Allikas: Tervisekassa juhatuse ettepanekud nõukogule (aug, 2025), Rahandusministeeriumi eelarvestrateegia (sept, 2025)

muu hulgas seal toodetavaid mikrokiipe ja ravimite lähteaineid. See vallandab globaalse hinnatõusu ning süvendab nappust ja tõstab hindu ka tervishoiu sektoris.

Majandus on viimaseil aastail kasvanud aeglaselt, ent hinnad kiiresti. Tervishoiutöötajate palgad on üldise hinnakasvuga sammu pidanud, hoolimata üleskutsetest palgatõus külmutada. Seega on ka tervishoiu kulud SKP suhtes suurenenud, isegi kui teenuste maht ja valik on püsinud muutumatuna. Kuigi mõni aeg tagasi loodeti kulude ohjamisel suurt abi tehisarust, ei ole see seni märgatavat leevendust toonud. Puudu jäi nii ambitsioonikast plaanist kui ka rahastusest ning loodetud säästu asemel andsid hoopis rohkem tunda globaalsed tarnehäired, mis tõid kaasa mitmete ravimite ja tervisetehnoloogiate kallinemise.

Nii liigub tervishoiusüsteem vanaviisi, aga üha raskemalt. Tervisekassa ja tervishoiuekspertid hoiatavad avalikult, et juba 2029. aasta keskel ei suudeta haiglatele kõiki arveid maksta. Tervisekassa nõukogu eraldab reservkapitalist küll 50 miljonit eurot, ent see katab vähem kui poole üle

100 miljoni euro suurusest aastasest puudujärgist.

Seejärel algavad varjatud kärped. Raviteenuseid küll ametlikult ei piirata ega erastata, kuid rahastusest lihtsalt ei jätku. Investeeringuid lükatakse edasi ja tervishoiutöötajate palgatõusudeks raha ei leita. Tervisekassa hakkab ajatama suurhaiglate makseid, järjekorrad pikenevad ja inimeste omaosalus kasvab, kui nad on üha enam sunnitud erahaiglatesse pöörduma. Kahe aastaga muutuvad riigihaiglate võlgnevused piisavalt suureks, et väiksemad raviasutused hakkavad rääkima osakondade või kogu asutuse sulgemisest või suuremate haiglatega liitumisest.

Nüüd jõutakse lõpuks poliitilise sekkumiseni. Avalikkuse kasvav pahameel ja haiglate kuhjavad võlad sunnivad kiirustades tegema samme, mida seni üksmeele puudumisel välditi. Viiakse sisse ajutine maksumuudatus, millega laendatakse ravikindlustusmaksu (13%) tulubaasi, kohaldades ravikindlustusmaksu valitud ajavahemikus kõigile tuludele, mitte vaid palgatulule. Järgmisel aastal viiakse sisse ka uued püsivad eraldised Tervisekassale mitmete ravikindlusta-

tutega võrdsustatud elanikkonnagruppide eest, eelkõige täisealised õppurid ja töötud.¹⁴⁸ Kuigi arutatakse ka laste eest Tervisekassale püsiva

eraldise tegemist, peetakse seda summat ülejõukäivaks ning kokkulepeteni ei jõuta.

Millised signaalid viitaksid, et oleme stsenaariumi „Liiga vähe ja liiga hilja“ poole teel?

- Keskmise omaosalus tervishoius kasvab mitmel järjestikusel aastal ja ületab 25% piiri.
- Tervisekassa ja haiglate vahel sõlmitud lepingute mahud vähenevad reaalkaardis üle 5% aastas.
- Tervisekassa ja Terviseameti raportid hilinevad ja muutuvad vähem detailseks.
- Apteekidelt tuleb järjest rohkem teateid selle kohta, et retsepte ei osteta välja. Apteekrid hakkavad tegema üha rohkem tervishoiukonsultatsioone.
- Üha enam inimesi tasub ravimite ja ravi eest omast taskust, ehkki ametlikult pole omaosalust suurendatud.
- Suureneb nende tervishoiutöötajate osakaal, kes töötavad korraga mitmes riigis.
- Meedias muutub sõnakasutus: sõna „kokkuhoid“ asendub sõnaga „kohandumine“.

Reageerimine ja meetmed

- Kuni 2028. aastani ühtegi tervishoiusüsteemi rahastamise põhimõtteid muutvat otsust vastu ei võeta. Süsteemi efektiivsemaks muutmise eesmärgil astutakse järgmised sammud.
 - Suletakse väiksemad sünnitusosakonnad ja lõpetatakse ööpäevane valve seal, kus patsiente on väga vähe. Esimesena suletakse kaks sünnitusosakonda, kus sünnitusi on alla soovitusliku piiri (400 sündi aastas).
 - Öine radioloogiavalve koondatakse 1–2 keskusesse ning vähendatakse vajadust tagada öise skriiningu jaoks eraldi kohapealne valmisolek.
 - Tugevdatakse ja laiendatakse EMO eriõdede rolli, et vähendada vältitavate hospitaliseerimisjuhtude arvu.
- Aastateks 2030–2032 kehtestatakse ajutine maksumuudatus, millega viiakse ravikindlustusmaks (13%) tulumaksuga samale baasile.

See tähendab, et ravikindlustusmaksuga maksumustatakse ajutiselt ka muud tululiigid peale palgatulu (nt dividendid, kapitalitulu, intressid, renditulu).

- Tervisekassale tehakse täiendav püsieraldis mitme ravikindlustatutega võrdsustatud elanikkonnagrupi eest, see lisandub juba olemasolevale mittetöötavate pensionäride eest makstavale eraldisele. Uus püsieraldis ei kata siiski lapsi, sest selleks vajalikku summat – ligikaudu 400 miljonit eurot aastas – peetakse riigile ülejõukäivaks.

Rahaline mõju

- Efektiivsuse suurendamiseks tehtavad sammud toovad järgmise säästu.
 - Kui EMO eriõdede rolli tugevdamine vähendab vältitavate hospitaliseerimisjuhtude arvu aastas 5%, jääb ära umbes 235 juhtu. Selle tulemusena säästetakse riigile 0,35–0,6 miljonit eurot aastas.

¹⁴⁸ Eraldise suuruseks on sotsiaalmaksu miinimum ravikindlustuse osas.

- Kahe sünnitusosakonna sulgemine võimaldab kokku hoida 1–2 miljonit eurot (sisaldab sünnitusosakondade ülalpidamiskulu, millest on maha arvatud Tervisekassa tasutud maksed sünnitusjuhtude eest).
- Radioloogia öövalve kaotamine väiksemates haiglates annab kokkuhoidu 0,15–0,45 miljonit eurot aastas.
- Maksutõusudest saadakse lisatulu.
 - Ravikindlustusmaksu viimine tulumaksuga samale baasile annab aastas lisatulu ligikaudu 160–220 miljonit eurot, sõltuvalt dividendide maksmise määrast.
 - Ravikindlustatutega võrdsustatud isikute eest (v.a pensionärid ja lapsed) Tervisekassale makstav uus püsialdis toob kassale 2030. aastal lisatulu umbes 50 miljonit eurot.

Hinnanguline mõju rahvatervisele ja tervishoiusüsteemile

Ebapiisav rahastus ja varjatud kärped suurendavad esmalt piirkondlikku ebavõrdsust, kui väiksemad haiglad vähendavad teenuseid või sulgevad uksi. Samal ajal pikenevad suuremates keskustes ravijärjekorrad ning süsteem ei suuda koormusele vastata.

See viib kiiresti mitmete rahvatervise näitajate halvenemiseni. Eriti tundlikud on onkoloogilised näitajad¹⁴⁹, mille korral iga 4-nädalane viivitus ravis suurendab vähihaige suremusriski keskmiselt 6–13%¹⁵⁰. Kiiresti suurenevad ka kardiovaskulaarsed riskid.¹⁵¹ Pikema aja jooksul halveneb olukord noorte vaimse heaolu valdkonnas¹⁵² ning täiendavaid haigestumisi toob kaasa sõeluuringute langus.¹⁵³

Kuigi maksutõusu ja uue püsialdise sisseviimisega tekib lõpuks lisaressurssi, on keeruline kiiresti tasalülitada vahepeal halvenenud juurdepääsu tervishoiuteenustele ja kasvanud ebavõrdsust. Avalikkus ei taju tervishoiusüsteemi enam ühtlase turvavõrguna, vaid killustunud teenusena, kus igaüks peab lõpuks ise hakkama saama.

Tervishoiu eelarve on kui sõit Ameerika mägedel.

2030. aastaks on Tervisekassa iga-aastane puudujääk taas kasvanud üle 100 miljoni euro, jaotamata tulemi reserv on lõppenud ning kasutusele võetakse sihtotstarbeline reserv. Maksutõus ja uus püsialdis annavad lühiajaliselt olulise lisa, kokku ligikaudu 190–255 miljonit eurot aastas, kattes kolmeks aastaks jooksva defitsiidi ja aidates ajutiselt taastada ettenähtud reservide taset. Kuid kuna maksutõusu mõju kestab ainult kolm aastat ja seejärel on kavas see tagasi pöörata, ei ole tegu pikaajaliselt jätkusuutliku olukorraga.

Tervishoiutöötajate jaoks on kujunenud olukord motivatsiooni ja turvatunnet õhustav.

Kui suuremates keskustes hakkavad pikenema järjekorrad, pöördub rahulolematu rahvas esimesena tervishoiutöötajate vastu, kuigi probleemi põhjused on mujal. Samal ajal koormavad suurematesse haiglatesse kokku koondatud teenused sealset personali pikemate tööpäevade ja tihedamate valvetega. Kui taristu uuendamine peatub ning tehisarust ei tule jooksva kirjatöö automatiseerimisel loodetud abi, tunnevad arstid ja õed, et nad ei saa oma oskusi ja teadmisi täielikult rakendada. Kiireneb töötajate liikumine erasektoris, kus hõivatud tervishoiutöötajate osakaal hakkab lähenema 50%-le kogu tervishoiu töötajaskonnast.

¹⁴⁹ OECD/European Union (2022). Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Paris.

¹⁵⁰ Hanna, T. P., King, W. D., Thibodeau, S., Jalink, M., Paulin, G. A., Harvey-Jones, E., O'Sullivan, D. E., Booth, C. M., Sullivan, R., & Aggarwal, A. (2020). [Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis](#). BMJ 2020; 371.

¹⁵¹ OECD (2020). Waiting Times for Health Services: Next in Line. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris.

¹⁵² Filippidis, F., Gerovasili, V., Millett, C. et al. (2017). Medium-term impact of the economic crisis on mortality, health-related behaviours and access to healthcare in Greece. Sci Rep 7, 46423.

¹⁵³ van Ginneken, E., Reed, S., Siciliani, L., et al. (2022). Addressing backlogs and managing waiting lists during and beyond the COVID-19 pandemic [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies. Policy Brief, No. 47.



Peamised tervishoiu jätkusuutlikkust mõjutavad tegurid ja otsustuskohad

Foto: Shutterstock

Tööjõupuudus ja töökorraldus

Hoolimata sellest, et 2024. aastal püstitati tervishoiutöötajate arvu rekord (27 806 tervishoiutöötajat, sh 4911 arsti ja 9374 õde), tuleb jätkuvalt lahendada tööjõupuuduse ja ülekoormusega seotud probleeme. Aina vähem tervishoiutöötajaid on nõus lisatöö ja ülekoormusega ning suureneb tervishoiutöötajate liikumine erasektoris (Eestis 39% 2024. aastal vs. 32% 2013. aastal).

Avalik rahastus ja erarahastus

Kuigi avalik rahastus on tõenduspõhiseim viis tervishoiu kvaliteedi ja kättesaadavuse hoidmiseks, ei suuda kitsa tulubaasiga ehk ülekaalukalt tööjõumaksudele toetuv süsteem pikaajaliselt kulude tõusuga kaasas käia. Tervisekulud on alates 2010. aastast kasvanud 9,7% aastas, samal ajal kui keskmise palga kasv on olnud 7,7% aastas.

Erarahastuse osakaal Eestis jõudis 2024. aastal 0,8%-ni turumahust ning kasvab tõenäoliselt edasi, nagu see on toimunud alates 2018. aastast. See paneb proovile tervishoiule võrdse juurdepääsu tagamise.

Tehisaru tervishoius

Tehisaru integreerimisest tervishoiu tööprotsessidesse sõltub oluliselt see, mil määral on võimalik leevendada tööjõupuudust, vabasta-

des tervishoiutöötajate tööaega. Erinevad kasutajagrupid tuleks varakult kaasata rakenduste arendamisse ning kindlustada, et kõigil tasanditel ja kõigis kasutajagruppides oleksid olemas vajalikud oskused (nt digipädevus), mis tagaksid lahenduste kättesaadavuse. Tehnoloogiainvesteeringud vajavad ka kulutõhususe mõõdikuid ja saavutatud tulemuste hindamist.

Väärtuspõhine tervishoid (VBHC)

Tervishoius tuleb teenuste mahul põhinevalt rahastamiselt järk-järgult üle minna ravitulemustel ja patsientide rahulolul põhinevale rahastamisele. Euroopa riikide kogemus VBHC-ga on toonud kaasa kvaliteedinäitajate paranemise ja kulukasvu aeglustumise kuni 6% ulatuses, ent suurt läbimurret pole saavutatud. VBHC rakendamise eeldab praegusest keerulisemaid, eri asutusi integreerivaid maksemudeleid ning andmete kättesaadavust.

Rahvastiku vananemine ja sellega kaasnev krooniliste haiguste koormuse kasv

Üle 65-aastaste arv on Eestis praegu 35% tööealiste (20–64) arvust, ent 2050. aastal on see 51% ja 2060. aastal 60%. Keskmise eluiga on viimase 20 aastaga tõusnud 7 aastat ning samaväärset kasvu ennustatakse ka sajandi keskpaigaks. See toob kaasa koormuse suurenemise nii tervishoiu- kui ka hooldussüsteemis, sealhulgas

krooniliste haiguste koormuse olulise kasvu ning nihkumise üha noorematesse vanuserühmadesse.

Usaldus, turvalisus ja terviseandmete teisest kasutust võimaldav regulatiivne raamistik

Tehisaru laiem rakendamine tervishoius vajab selget regulatsiooni andmete kasutamise läbipaistvuse ja eetikareeglite osas, samuti andmete ristkasutuse ning korduv- ehk teisese kasutamise osas, kus praegu napib õigusselgust, kohalduvad normid on eri seadustes ning neid tõlgendatakse pigem piiravalt kui võimaldavalt. Teisese andmekasutuse piirang ei luba proaktiivset ennetust ehk andmete kasutamist inimeste haigusriiskide varajaseks tuvastamiseks ja ennetavate teenuste õigeaegseks pakkumiseks.

Ravi ja hoolduse osutamine haigla asemel kodus ja kogukonnas

Praegu kulub üle 80% eakate tervishoiukuludest intensiivsele haiglaravile, samas kui esmatsandi ja kogukondlikule ravile läheb 11% ning palliatiivravi teenustele vaid 4%. Haiglaravi osakaal on seega ebaproportsionaalselt suur. Teenuste üleviimine koduhospiitsi tähendab, et ravi ja hooldust osutatakse patsiendile võimaluse korral tema kodus. Kogukonnapõhised teenused hõlmavad perearsti ja -õe abi, päevaravi ning taastusravi või hooldusteenuseid, mis on integreeritud ka sotsiaalhoolekandega. Selline lähenemine vähendab taristu- ja personalikulusid, langetab haiglainfektsioonide riski ning toetab patsiendikesksemat teenust.

Kesksed otsustuskohad

Tervishoiu kestlikkus sõltub strateegilistest valikutest, mis määravad süsteemi suuna. Allpool esile toodud otsustuskohad on need, kus poliitilised valikud määravad, millise suuna tervishoid võtab.

1) Kui tugev peab olema solidaarsusprintsip ja universaalne ligipääs tervishoiule? Eesti senine mudel on üles ehitatud ühisele riskijagamisele, kus ravikindlustus tagab kõigile võrdse ligipääsu. Viimastel aastatel on aga jõudsalt kasvanud eraraha osakaal tervishoius ning on väga tõenäoline, et kasv jätkub. See tõstatab järgnevaid küsimusi.

- Kas kahekihiline tervishoiusüsteem on aktsepteeritav? Kui suur on ühiskonna valmisolek taluda ebavõrdsust tervishoius? Milline osa tervishoiust peab kindlasti jääma solidaarseks? Kui palju on Eesti valmis panustama solidaarsusse suuremate maksude kaudu?

2) Milline on tehnoloogiliste lahenduste roll tööjõupuudusega toimetulekul? Kogu Euroopas on üks tervishoiu suurimaid riske ödede ja hooldusspetsialistide nappus, Eestis ka perearstide puudus. On selge, et ainult koolituskohtade arvu suurendamisest ei piisa, kui tööjaotuses muutusi ei toimu, aga koormus kasvab. Otsustuskohad on nii eetilised kui ka tehnilised.

- Millise piirini soovime tervishoidu digitaliseerida?
- Kas tehnoloogilised lahendused on mõeldud teenuste mahu suurendamiseks (rohkem vastuvõtte), efektiivsuse parandamiseks (rohkem patsiente sama tööjõuga) või ka võrdse ligipääsu tagamiseks (nt parem ligipääs maapiirkondade elanikele)?
- Kas digilahendusi peaks käsitlema pigem täiendava teenusena neile, kes seda soovivad, või vaikevalikuna kõigile, et vähendada tööjõule avaldatavat survet?

3) Millises tempos liikuda väärtuspõhiste rahastusmudelite poole? VBHC laialdasem rakendamine nõuab paljude eeltingimuste täidetust: vaja on sobivat digitaristut, kvaliteetseid terviseandmeid ja head andmevahetust, tulemuste pidevat mõõtmist ja tervishoiuasutuste valmisolekut finantsriske võtta. Otsustuskohti on samuti palju.

- Milliseid tulemusi ja mis kaaluga me väärtustame? Kas VBHC mõõdikud peaksid keskenduma eelkõige kliinilistele näitajatele, patsiendi rahuloluhinnangutele või laiemalt elukvaliteedile ja tööväimele? Laiemate näitajate kasutamine soosib enama rõhu panemist ennetusele, kuid on ebatäpsemalt seostatav tervishoiuasutuse tegevusega.
- Kas teenuseosutajad peavad kandma finantsriski, kui ravi läheb planeeritust kallimaks? Milliseid kompensatsioonimehhanisme ja riskikorreksioone kasutada, et hoida ära valikulist teenindamist ja keeruliste juhtude vältimist?
- Kuidas tagada andmete kvaliteet ja ühilduvus? Ilma usaldusväärse andmestikuta muutub VBHC pelgalt deklaratiivseks. Otsus, kas luua näiteks riiklik PROM-ide register, on seetõttu strateegiline, mitte üksnes tehniline.

Arenguseire Keskus

Lossi plats 1a, 15165 Tallinn

arenguseire@riigikogu.ee

www.arenguseire.ee



ARENGUSEIRE
KESKUS