Eesti tervisesüsteemi juhtimise kiiranalüüs

Juuni 2026

Sissejuhatus

Eesti tervisesüsteem seisab oluliste muutuste lävel. Tervisesüsteemi jätkusuutlikkuse tagamiseks ning kaasajastamiseks on vaja langetada otsuseid pakutavate teenuste, tervisesüsteemi korralduse ja ka rahastamise üle. Seega on eriti tähtis, et tervisesüsteemi juhtimine oleks selge, võimaldaks asutustel tegutseda ühise sihi nimel ning toetaks süsteemi võimet muutusi ellu viia.

Euroopa tervisesüsteemide ja -poliitikate vaatluskeskus (European Observatory on Health Systems and Policies) viis 2026. aastal Sotsiaalministeeriumi palvel läbi Eesti tervisesüsteemi juhtimise kiiranalüüsi. Analüüsi eesmärk oli võrrelda tervisesüsteemi juhtimise regulatsiooni selle rakendamisega praktikas, et tuua esile süsteemi juhtimise tugevused, kitsaskohad ning tuvastada kohad, kus rollide ja vastutuste jaotus vajab selgitamist. Analüüsi eesmärk ei olnud anda asutuste toimimisele hinnanguid, vaid kujundada ühine arusaam tervisesüsteemi juhtimise praegusest olukorrast.

Antud raport on üleskirjutis European Observatory kiiranalüüsi esitlusest, milles tutvustati analüüsi tulemusi 2026. aasta suvel. 2027. aastal on plaanis kiiranalüüsi täiendada põhjalikuma analüüsiga.

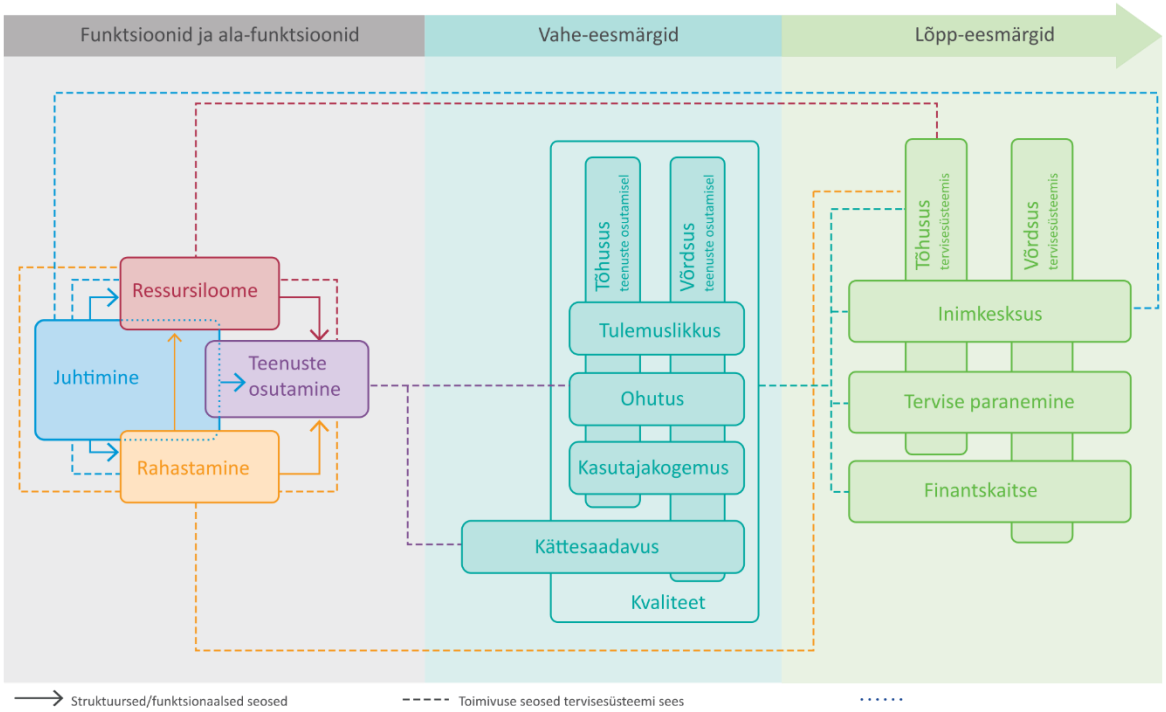
Tervisesüsteemi juhtimine (inglise keeles *health governance*) hõlmab struktuure, protsesse ja asutusi, mis on loodud riigi tervishoiusüsteemi haldamiseks ning mille kaudu korraldatakse ja juhitakse tervishoiusüsteemi toimimist. Juhtimise keskne eesmärk on luua tingimused, et süsteem saaks parimal viisil toimida ning pakkuda kvaliteetseid, kättesaadavaid, taskukohaseid ja inimkeskseid terviseteenusi. Tõhus juhtimine eeldab selgete poliitikaraamistike olemasolu, asjakohast seadusandlust, vastutuste jaotamist, ressursside õiglast ja tulemuslikku kasutamist ning tervisesüsteemi toimivuse regulaarset hindamist. Oluline osa heast juhtimispraktikast on süsteemis osalevate ja seda mõjutavate osapoolte – sealhulgas riigiasutuste, tervishoiuteenuse osutajate, patsientide ja kogukondade ning erasektori – rollide, vastutuse ning koostöösuhete kujundamine.

Metoodika

Hindamisel kasutati WHO ja European Observatory tervisesüsteemi toimivuse hindamise ehk HSPA raamistikku (inglise keeles *Health Systems Performance Assessment*)[1]. HSPA kujutab endast tõenduspõhist ja põhjalikku tervisesüsteemi toimivuse, tõhususe, võrdsuse ja võimekuse hindamist. Selles arvestatakse nii tervisetulemeid, tervisesüsteemi protsesse kui ka süsteemi struktuure. Raamistik seob tervisesüsteemi funktsioonid ja alamfunktsioonid vahe-eesmärkidega, nagu teenuste

[1] Health system performance assessment: a framework for policy analysis. World Health Organisation and the European Observatory on Health Systems and Policies, 2022.

kvaliteet ja kättesaadavus, ning lõppeesmärkidega nagu inimkesksuse ja finantskaitse (joonis 1).

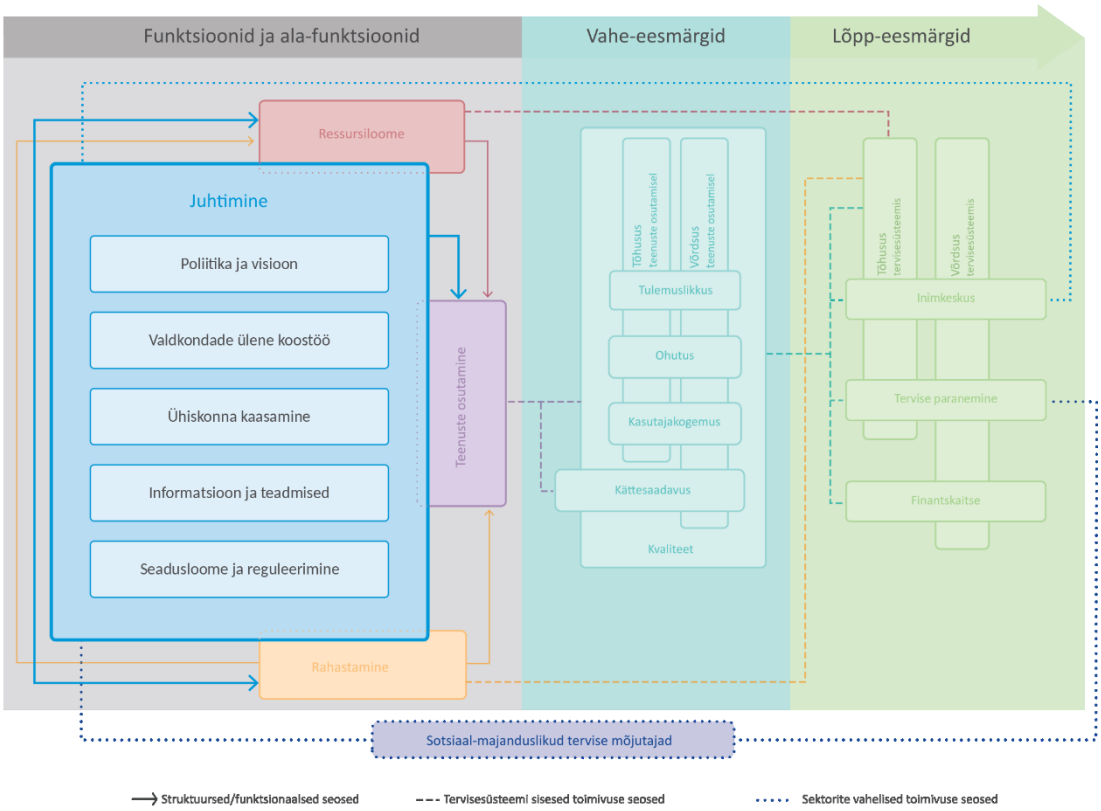


Joonis 1. HSPA raamistik (World Health Organisation, European Observatory on Health Systems and Policies, 2022).

Juhtimine on üks tervisesüsteemi põhifunktsioone. Juhtimise kaudu kujundatakse põhimõtted, prioriteedid ja vastutused, mille alusel rahastamine, ressursside loomine ja teenuste osutamine toimivad. Seetõttu on keeruline otseselt seostada juhtimistegevusi tervisesüsteemi lõpp- või vahe-eesmärkidega: juhtimise mõju avaldub peamiselt selle kaudu, kuidas ta mõjutab ja suunab teiste funktsioonide toimimist.

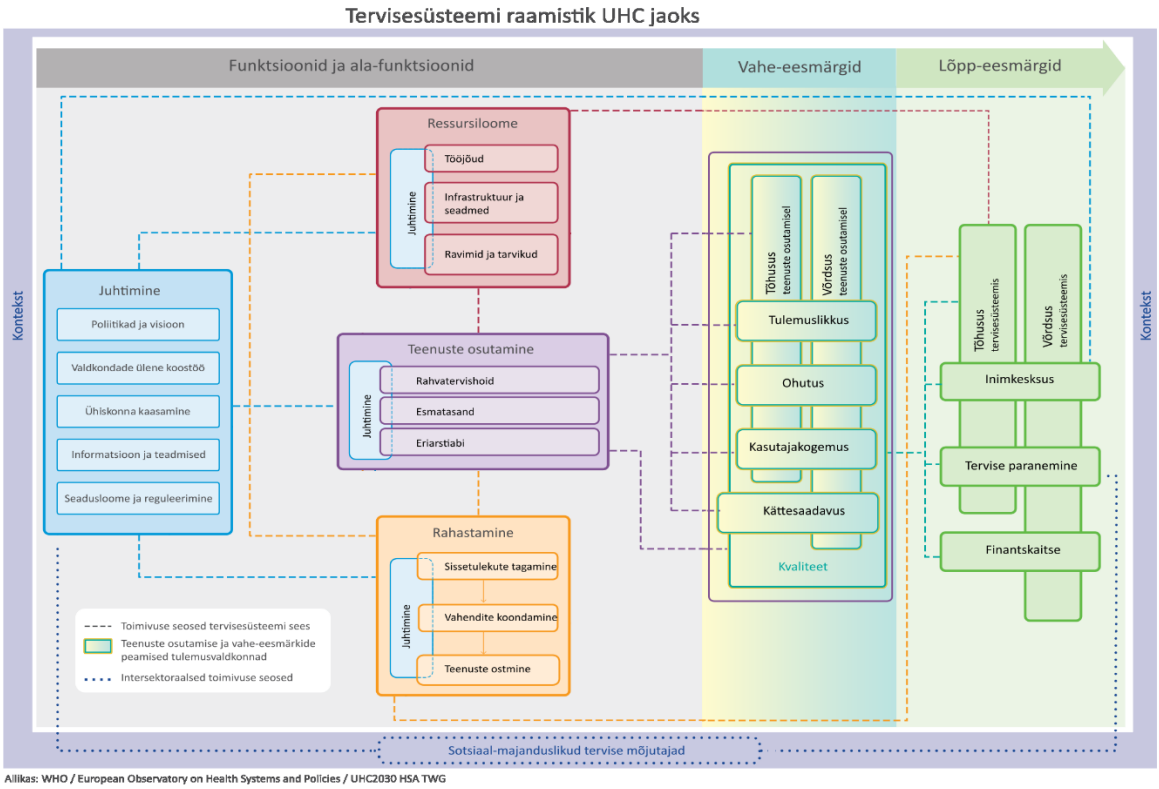
Raamistik käsitleb juhtimise viit alamfunktsiooni (joonis 2):

- poliitika ja visioon;
- valdkondade ülene koostöö;
- ühiskonna kaasamine;
- informatsioon ja teadmised;
- seadusloome ja reguleerimine.



Joonis 2. HSPA raamistiku juhtimise funktsioon ja alam-funktsioonid (World Health Organisation, European Observatory on Health Systems and Policies, 2022).

Juhtimisega seotud tegevused – näiteks seadusloome, eri osapoolte koordineerimine ja vastutuse tagamine – on põimitud ka teiste funktsioonide elluviimisse. See tähendab, et juhtimist ei saa käsitleda täielikult eraldiseisva funktsioonina, vaid see loob raamistiku ja tingimused, milles ülejäänud tervisesüsteemi funktsioonid toimivad ja omavahel suhestuvad (joonis 3).



Joonis 3. HSPA raamistiku funktsioonide alamfunktsioonid (World Health Organisation, European Observatory on Health Systems and Policies, 2022).

HSPA raamistiku kasutamine võimaldas seega võrrelda regulatiivset raamistikku sellega, kuidas rollid, vastutus ja koostöö praktikas toimivad.

Hindamise aluseks olevad andmed koguti sihipärase dokumendianalüüsi ja võtmeisikutega tehtud intervjuude abil. Selleks analüüsiti riiklikke arengukavasid ja strateegiaid, asutuste põhimäärusi, Riigikontrolli aruandeid ning Eesti tervisesüsteemi ja rahvastiku terviseseisundit käsitlevaid ülevaateid ja hindamisi. Dokumendianalüüsi eesmärk oli analüüsida, kas ja mil määral võimaldab õigusruum erinevaid tõlgendusi, ülesannete dubleerimist või tegemata jätmist ning selge vastutuse hajumist.

Intervjuudega täiendati dokumendianalüüsi, et selgitada rollide ja vastutuste jaotumist praktikas, mõista osapoolte vaateid tervisesüsteemi juhtimisele, koostööle ja killustatusele ning selgitada dokumendianalüüsis ebaselgeks jäänud kohti, eriti terviseandmete ja kvaliteedi osas. Intervjuud aitasid kõrvutada ametlikku korraldust praktiliste kogemuste ja näidetega. Intervjuudesse kaasati Terviseameti, Tervisekassa, Tervise Arengu Instituudi (TAI), Ravimiameti, Eesti Haiglate Liidu, Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskuse (TEHIK) ja Eesti Puuetega Inimeste Koja esindajad. Analüüsi jaoks viidi läbi 10 intervjuud 2026. aasta märtsis ja aprillis. Kuna intervjuud toimusid eesti keeles, viis need läbi Sotsiaalministeeriumi töötaja. Intervjuud transkribeeriti, tõlgiti ning analüüsiti temaatilise analüüsi metoodikat kasutades. Nii

dokumendianalüüsiks kui ka intervjuude analüüsiks kasutati HSPA raamistiku juhtimise alamfunktsioone ning nende hindamisvaldkondi (joonis 2).

Analüüsi tulemused juhtimise alamfunktsioonide kaupa

Poliitika ja visioon

Poliitika ja visioon tähendab HSPA raamistikus ühist strateegilist suunda, mis on selgelt sõnastatud, saavutatav ning kõigile osapooltele arusaadav. Ühine visioon peaks selgelt kirjeldama süsteemi eesmärke, mida tervisesüsteemi osapooled toetavad ning mille saavutamisesse nad oma ülesannete ja rollide kaudu panustavad.

Eesti tugevus on selge õiguslik ja strateegiline raamistik. Sotsiaalministeeriumi vastutus tervisepoliitika kujundamise, strateegilise planeerimise ja visiooni kujundamise eest on selgelt defineeritud. Tervisevaldkonnal on kogu valdkonda hõlmav üleriigiline strateegia, rahvastiku tervise arengukava 2020-2030 (RTA), mille väljatöötamise ja täitmise jälgimise eest vastutab Sotsiaalministeerium. Arengukava seob tervisepoliitika eesmärgid programmide, mõõdetavate sihtide, tegevuste ja riigieelarvega. Arengukava juhtkomisjon jälgib eesmärkide saavutamist, teeb ettepanekuid programmide parandamiseks ning tagab ekspertide ja sidusrühmade kaasamise. Lisaks RTA-le on olemas detailsemad strateegiad ning arengu- ja tegevuskavad, mis on aluseks asutuste tegevustele ning mille täitmist hinnatakse asutuste enda poolt regulaarselt. Tervisesüsteemi juhtimisraamistik ja erinevate asutuste rollid on üldjoontes välja kujunenud ning toimivad.

Intervjuudest joonistus peamise kitsaskohana välja ministeeriumi ebapiisavad võimalused või võimekus tagada, et haldusala asutused ka praktikas tegutseksid ühiselt kirjeldatud eesmärkide suunas. Kuigi rahastamisel on väga oluline roll tervisesüsteemi arengusuundade toetamises, on strateegiliste eesmärkide seadmine ja rahastamisotsused paralleelsed protsessid. Seetõttu on rahastusotsuste sidusus RTAs seatud eesmärkidega nõrk ning ressursside jaotamine ei järgi järjepidevalt RTAs või Sotsiaalministeeriumi poolt seatud prioriteete. RTA kaudu defineeritud programmid ja nende tulemuste hindamine ei kandu Tervisekassa eelarve planeerimisse ja tegevuste hindamisse. Samuti puuduvad hoovad, millega kindlustada ministeeriumi visiooni järjekindel elluviimine kõigis asutustes, või ei ole neid õigesti rakendatud. Praktikas on asutused algatanud arendusi ja pilootprogramme või mõjutanud poliitikaloomet oma prioriteetidest lähtudes. Need tegevused võivad olla vajalikud ja sisuliselt põhjendatud, kuid ei pruugi moodustada ühtset ja loogilist tervikut.

> *“See loob sellise võib-olla imeliku olukorra, et midagi loob Tervisekassa, midagi loob Terviseamet, midagi loob Ravimiamet, midagi loob Sotsiaalministeerium. Kõik on väga olulised tükid ja vajalikud, aga nad kuidagi ei lähe kokku mingi vaatega.”*

Strateegilist järjepidevust mõjutab samuti poliitiliste juhtide sage vahetumine. Ministri vahetusega võivad muutuda eesmärgid ja prioriteedid, mis võivad kalduda kõrvale RTAs seatud eesmärkide poole liikumisest ning kaotada poliitika kujundamisel pika-ajalise sihi. Tervisesüsteemi juhtimist tugevdaksid näiteks iga-aastased ühised arutelud prioriteetide kokkuleppimiseks ning nende valideerimine asutuste ja valitsuse arengukavade ning muude strateegiliste dokumentidega. See võimaldaks kõigil asutustel mõista oma rolli süsteemile seatud eesmärkide saavutamisel ning seda, kuidas prioriteetide selge seadmine neid eesmärke saavutada aitab.

> *"Tegelikult ma arvan, et ta on igas vallas nii, et iga ministri vahetusega toimub mingi muudatus eesmärkides. Päris nii see võib-olla ei peaks olema, et mingisugune pikk vaade või üks pikk eesmärk, mida ajada, peaks läbivalt olema."*

Valdkondade vaheline koostöö

Valdkondade vaheline koostöö tähendab eri sektorite suutlikkust teha koostööd ja tagada (tervise)poliitika järjekindel elluviimine. Sotsiaalministeeriumil on sektori osapooli kokkukutsuv ja koordineeriv roll. Näiteks on RTA juhtkomisjon ja programmid valdkondadevahelised ning koostööstruktuurid ühendavad eri ministeeriume, asutusi, tervishoiu- ja kutseorganisatsioone, teadusasutusi, kohalikke omavalitsusi ja kodanikuühiskonda. Oluline koostöövorm on ennetusnõukogu, kuhu kuuluvad erinevad ministrid ning mitmete asutuste ja organisatsioonide esindajad.

Koostööstruktuuride roll on nõuandev, mitte siduv või otsustav. Nõuandvatel kogudel ei ole võimu tagada kokkulepete elluviimine või lahendada valdkonnasiseseid ja -vahelisi erimeelsusi. Kogude nõuanded on enamasti otsustajatele teadmiseks. Erinevate sektorite osapooltel on oma huvid ja prioriteedid, mistõttu võib koostöö nõuandvates kogudes meenutada pigem läbirääkimisi kui strateegia, arengukava või teaduspõhisuse järgi poliitika suunamist. Seega puuduvad ka kogudel tihti ühised ja selged prioriteedid.

> *"[See on loomulik ja normaalne, et igal ühel on enda agenda], aga see viib sageli väga tugevate võimuvõitluste juurde [nõuandvates kogudes]."*

Praktiline koostöö sõltub suurel määral isiklikest suhetest. Intervjuudes toodi välja, et koostöö peamiste asutuste ning ka erinevate väliste organisatsioonide vahel on paranenud viimaste aastatega. Siiski on probleemiks olukorrad, kus üks võtmeisik lahkub või vahetab ametikohta, mille järel võivad tekkida lüngad info edastamises, teadmises, keda kaasata, ning projektide toimimises.

“Paraku, nagu Eestis kipub olema, et kui inimesed muutuvad või vahetavad ametikohti, siis tekivad lüngad sisse.”

Seega oleks Eestis vaja kujundada stabiilsed ja professionaalsed koostööstruktuurid ning kirjeldada erinevate kaasamiskogude selge roll ning vastutus. Lisaks on oluline ühiste aastaste ja pikaajaliste prioriteetide varasem ja selgem kokkuleppimine.

Ühiskonna kaasamine

Ühiskonna kaasamise all mõistetakse inimeste, kogukondade, kodaniku- ja esindusorganisatsioonide osalemist poliitika kujundamises ning nende vajaduste, kogemuste ja seisukohtade arvestamist. Eestis on kirjeldatud „Kaasamise hea tava“ põhimõtted, mida avalikus sektoris järgida. Iga terviseala asutus vastutab kaasamise eest oma otsustusprotsessides. Samuti on kohustuslik osapooli kaasata õigusruumi muutmisse, mis enamasti rakendub läbi eelnõude kooskõlastamise protsessi. Osapooltel on roll ka nõukogudes, komisjonides ja erinevates koostöö struktuurides. Patsientide ja kodanikuühiskonna organisatsioone tunnustatakse ametlikult sidusrühmadena ning mitmes tervisevaldkonna asutuses on nendega konsulteerimine kohustuslik.

Analüüs tõi tugevustena esile kaasamise ametliku raamistiku ning tahte eri osapooli kaasata. Siiski on kaasamise hea tava soovituslik, mitte kohustuslik nõue, ning kaasamise ulatus ja kvaliteet on nii asutuste siseselt kui ka nende vahel ebaühtlane. Kodanikuühiskonna kaasamine võib jääda sümboolseks, kui osapooltele ei anta piisavalt aega või võimalusi planeeritud muutuste tagasisidestamiseks. Näiteks toodi intervjuudes juhuseid, kus kaasamine on toimunud otsuse või eelnõu lõppjärgus, mil huvigruppidel ei ole enam tegelikult võimalik dokumentide sisu mõjutada. Samuti on kodanikuühiskonna esindajad kaasamise protsessis tihti vähemuses võrreldes ametnike ja erialarühmade esindajatega. Sellistes olukordades on raske tagada, et patsiendi vaadet kuulatakse ja kaalutakse teiste vaadetega võrdselt.

“Ja siis avastatakse tihtipeale alles lõppjärgus, et oi, aga see puudutas ju ka patsiente ja meil ei olnudki patsiente kaasatud. Meil on tähtajani üks päev, me jõuame veel neile kirja saata. Aga see ei ole ju kaasamine, see on tokenism.”

Erinevate organisatsioonide suutlikkus kaasamises osaleda on ebaühtlane. Vähene teadlikkus või suutlikkus oma rolli täita piirab sisulist kaasamist. Näiteks patsientide ja kodanikuühiskonna esindajad töötavad sageli vabatahtlikult ning peavad materjalide läbivaatamise sobitama põhitöö, organisatsiooni tegevuse ja ka tervisest tulenevate piirangutega. Osapooltel võib puududa ka selge arusaam oma rollist kaasamise protsessis – näiteks vastutusest, mis kaasneb erinevates komisjonides ja nõukogudes osalemisega. Lühikesed kooskõlastustähtajad suurendavad riski, et esindusrühmade

kaasamine ei ole sisuline, sest ei jää piisavalt aega aruteludeks ning esindusrühma sees seisukohtade osas konsensuse loomiseks. See paneb ka suure vastutuse esinduse mandaadi saanud isikule. Lisaks ei ole osalemine tihti siduv ja ei ole võimalik seotud osapooli kohustada kaasamisprotsessis osalema. Nii kaasajad kui ka patsientide, kodanikuühiskonna ja muude huvirühmade esindajad vajavad selgemat arusaama oma rollist, vastutustest ning selleks vajalikest oskustest ja eeldustest.

> *"Patsientide esindajad tihtipeale teevad seda tööd vabatahtlikuna. Mis ei ole halb; kodanikuühiskonnas peabki tegema vabatahtlikku tööd. Aga nad peavad toime tulema oma isikliku tööeluga. Ja see tähendab seda, et ka mingite eelnõudega [tutvumine], tihtipeale on see keeruline. See nõuab aega, seda tehakse siis õhtutundidel, seda tehakse väsimuse ja oma organisatsioonilise töö kõrvalt."*

Informatsioon ja teadmised

Andmete ja digiteadmiste juhtimine käsitleb seda, kuidas otsustatakse, milliseid andmeid tervisesüsteemi jälgimiseks koguda, kuidas andmed eri infosüsteemide vahel seostatakse ning kes vastutab nende kasutamise eest, sealhulgas tervisesüsteemi toimivuse hindamisel. Eesti tervisesüsteemis on vastutus jaotatud mitme asutuse vahele. Sotsiaalministeerium toetub kogutud andmetele poliitika kujundamisel ja vastutab ka e-tervise strateegia elluviimise eest. TEHIK haldab tervise infosüsteeme ja taristut. Tervise Arengu Instituut kogub tervishoiustatistikat, haldab riiklikke registreid ning koostab analüüse ja teeb teadusuuringuid. Tervisekassa kogub ja analüüsib ravikindlustuse andmeid, mis sisaldavad infot teenusekasutuse ja ravikulude kohta. Terviseamet ja Ravimiamet koguvad ja kasutavad järelevalveks vajalikke andmeid.

Eesti tugevus on selge regulatiivne raamistik terviseandmete kogumisel ja analüüsimisel ning samuti tugev digitaristu, eriti rahvusvahelises võrdluses. Põhimäärused kirjeldavad iga osapoole rolli ja vastavalt sellele on ka välja kujunenud selge tööjaotus eri funktsioonide vahel. Andmeid kogutakse paljudes süsteemides ning ühise andmekasutuse ja ühisanalüüside praktika on laienemas ning toetab poliitikadokumentide ettevalmistamist.

Peamised probleemid puudutavad andmete kvaliteeti, kättesaadavust ning kasutatavust. Andmete omanikud ja kasutajad ei ole alati samad. Näiteks võib asutusel olla seadusest tulenev kohustus kontrollida tegevust ning teha järelevalvet, kuid puududa juurdepääs vajaliku andmekogu andmetele või oskus neid kasutada. Andmekasutajad ei tea alati, millised andmed on olemas, kus need asuvad või kuidas neid küsida. Kui vajalikule teabele ei ole juurdepääsu, võidakse koguda sarnaseid andmeid eraldi – nii asutuste siseselt kui ka nende vahel – dubleerides andmekogumist ja tekitades lisakoormust tervishoiuteenuste osutajatele. Eri andmekogude ühendamine

on keerukas ning andmekaitse ja õigusliku kasutusõiguse küsimused aeglustavad ja vahel ka takistavad asutuste põhiülesannete täitmist.

> *"Kahjuks sõltub see väga palju sellest, kui valmis on andmeomanik sinuga koostööd tegema. […] Paradoks on selles, et meil on järelevalvekohustus; me peame need andmed saama."*

Tervisesüsteemi tasandil puudub üks selge vastutaja, kes ühendaks eri andmeallikad, analüüsiks ja tõlgendaks regulaarselt tervisesüsteemi toimivust ja tagaks järeltegevused. Digiarenduste ülesanded on jaotunud TEHIKu, Sotsiaalministeeriumi ja Tervisekassa vahel, kuid prioriteedid on olnud ebaselged ja tegevused killustunud. See võib põhjustada vastuolusid ja aeglustada uute lahenduste elluviimist. Eriti kriitiline on see olukordades, kus digiarendused on seotud tähtajaliste projektirahadega.

> *"Selleks, et saada andmeid tervise infosüsteemist, peab see olema: a) masinloetav, b) kvaliteetne ja c) täielik. Täna on kõigis kolmes probleemid."*

<u>Seadusloome ja reguleerimine</u>

Seadusloome ja regulatsioonid on tervisesüsteemi eesmärkide saavutamise lahutamatu osa. Sotsiaalministeerium vastutab regulatiivse raamistiku kujundamise eest, Terviseamet vastutab tegevuslubade ja järelevalve eest ning Ravimiamet vastutab ravimivaldkonna reguleerimise ja järelevalve eest. Tervisekassa vastutab tervishoiuteenuste ostmise eest. Peamised vahendid selleks on tervishoiuteenuste korraldamise seadus, ravikindlustuse seadus, ravimiseadus, rahvatervise seadus ning tegevuslubade ja järelevalve korraldus.

Ametlikult on õigusloome ja regulatsioonidega seotud vastutused hästi määratletud ja õiguslikud alused asutuste tegevusteks on tugevad. Samas toodi intervjuudes esile mure seadusloome kiiruse ja ajasurve kohta: poliitiline aken otsuseid vastu võtta võib olla lühike, kuid liiga kiire ettevalmistamine vähendab lahenduste läbimõtlemise, kontrollimise ja osapoolte sisulise kaasamise võimalusi. Lühikesed tähtajad koormavad nii asutusi kui ka sidusrühmi ning võivad muuta kaasamise formaalseks lahtri kriipsutamiseks.

Viimastel aastatel on rolle ning ülesandeid asutuste vahel muudetud, kuid üldiselt on säilinud selgus vastutuste osas. Siiski on teemasid, kus leiab vastutuse osas kattuvusi. Kõige teravamalt avaldub see kvaliteedi arengu toetamise ja tagamise osas, sest nii Tervisekassal kui ka Terviseametil on õigusruumis defineeritud roll vastutada ravikvaliteedi eest, kuid rollide jaotus on jäänud praktikas ebaselgeks.

> *“Vastutus või rollid on ühtepidi paberi peal selged, aga kui midagi juhtub, siis haigla – kes muidu on väga iseseisev ja ütleb, et ärge tulge meid segama – ütleb, kui jama on, et riik tule ja tee nüüd korda. See näitab, et vastutus on mingil määral hästi ära defineeritud, aga tegelikult hajub ära. Või siis võetakse neid tükke [mida tahetakse võtta].”*

Järelevalve on sageli olnud reageeriv, mitte proaktiivne: pigem on jälgitud normide ja nõuete täitmist ning reageeritud teavitustele kui tegeletud tervikliku seire ning süsteemipõhise auditiga. Intervjuudes kirjeldati asutuste püüdlusi liikuda tehnilisest ja karistavast järelevalvest ennetava ning juhendava järelevalve suunas. See eeldab pädevust, ressurssi, andmete kättesaadavust ja selgete piiride seadmist toetava tegevuse ja järelevalve vahel.

> *“Näiteks vahetevahel tekib see tunne, et järelevalve on ju Terviseamet. Või kui me räägime teenustest, on Terviseamet ja Tervisekassa. Millist järelevalvet Tervisekassa teeb asutustele, millist järelevalvet teeb Terviseamet. Kuidas see […] Tervisekassa ja Terviseameti vaheline seos on?”*

Järelevalve ja õigusloome kehtestamise osas on vastutused ja piirid kohati hägused. Sotsiaalministeerium kehtestab üldise poliitika ja normid-standardid, kuid rakendusasutused peavad praktikas määrama normide-standardite detailid koostöös Sotsiaalministeeriumiga seadusloome protsessi jooksul. Nii võib peamiselt järelevalve rolliga asutus hakata sisuliselt poliitikat mõjutama.

<u>Tervisesüsteemi ressursiloome</u>

Ressursside all peetakse silmas tervishoiutöötajaid, taristut, ravimeid, meditsiiniseadmeid ja muid vajalikke tarvikuid. Selleks, et ressursside kättesaadavus riigis oleks tagatud, on reguleeritud nende ressursside korraldamine ja juhtimine. Ametlikult on peamised ülesanded asutuste vahel jaotatud. Terviseamet tegeleb tervishoiutöötajate registreerimise, kvalifikatsiooni tunnustamise ja teenuseosutajate tegevusõigusega. Kutseorganisatsioonid kujundavad pädevusnõudeid ja korraldavad pädevuse kordushindamist. Sotsiaalministeerium vastutab tööjõu planeerimise eest ning Haridus- ja Teadusministeerium koostöös Sotsiaalministeeriumiga määrab riiklikult rahastatava õppe vastuvõtu. Taristu üldnormid kehtestab ministeerium, nende täitmist kontrollivad Terviseamet ja ravimiteenuste puhul Ravimiamet. Teenuseosutajad vastutavad oma taristu ja seadmete kvaliteedi, ohutuse ja korrashoiu eest. Teenuste rahastamise ülesande kaudu on seotud osapool ka Tervisekassa.

Intervjuudest selgus, et tööjõuressursi juhtimise peamine nõrkus on vastutuse killustatus. Näiteks tervishoiutöötajate kohustuslikku perioodilist pädevushindamist ei ole; kutseorganisatsioonide pädevushindamisel puudub õiguslik alus ning enamasti ka

selgelt avalduv mõju tervishoiutöötajale. Tervisekassa stiimulid toetavad näiteks perearstide resertifitseerimist, kuid rahastaja roll kvaliteedistandardite kujundamisel lisandub niigi jaotatud vastutusele.

Tervishoiu taristu planeerimine ei ole samuti piisavalt süsteemne. Perearstipraksised võivad oma teeninduspiirkonnas valida oma asukoha ning Terviseamet kontrollib ainult hoone ja ruumide vastavust normidele, mitte tegevuskoha geograafilist paiknemist võrreldes teiste teenuseosutajatega. See tähendab, et teenuseosutajad ei paikne alati loogiliselt või vastavalt piirkonna vajadustele: näiteks võivad kaks perearstikeskust asuda lähestikku, kuigi piisava kättesaadavuse ja kaetuse vaatest oleks loogilisem, kui üks asuks linna ühes ja teine teises otsas. Ka haiglavõrgu arengukava haiglatel on palju autonoomiat oma taristuinvesteeringute planeerimisel. Praktikas konkureerivad haiglavõrgu haiglad arenduste ja lisarahastuse eest. Prioritiseeritakse teenuseid, mis on haiglale tulusamad, kuid seejuures ei pruugita arvesse võtta tegelikke piirkondlikke vajadusi. Taristu planeerimine seostub ka regionaalpoliitikaga, mis muudab koordineerimise ja muudatuste tegemise veelgi keerukamaks.

> *“Aga kui me tervishoiusektorit vaatame, siis seal iga haigla on ikkagi oma kuningriigiga, oma andmetega, oma tehnoloogiaga ja käib kohati juba võidurelvastumine.”*

Tervisekassa kaasamine nii tööjõu kui ka taristu planeerimisse ei ole tihti piisav. Samas on see hädavajalik, sest ravikindlustuse eelarve peaks suutma tulevikus katta näiteks taristuga seotud investeeringute ülalpidamise. Tervisekassa katab ka tervishoiuteenuse osutajate töötasud: mõne valdkonna tervishoiutöötajate puudumine (näiteks psühhiaatrite) võib Tervisekassale kaasa tuua märkimisväärse hinnasurve.

Ravimite ja apteekide juhtimises on Ravimiameti roll selgem: Ravimiamet rakendab õigusraamistikku, kontrollib ravimite tõhusust, kvaliteeti ja ohutust, väljastab müügilube ning reguleerib apteekide paiknemist.

Arenguvajadus on seega peamiselt tööjõu ja taristu terviklikumas planeerimises ning kvaliteedistandardite, rahastamise ja vastutuse paremas sidumises.

Tervishoiu rahastamise juhtimine

Rahastamise juhtimine hõlmab tervishoiu rahastamise korraldust ja valikuid, mis suunavad rahavooge tervisesüsteemi eesmärkide saavutamiseks ning selle tõhusa ja otstarbeka toimimise tagamiseks. Sotsiaalministeerium vastutab poliitikaraamistiku ja riigieelarve planeerimise eest, Rahandusministeerium eelarve järelevalve ja eelarvereeglite eest ning Tervisekassa tervishoiuteenuste ostmise eest. Tervishoiu rahastamise peamised juhtimisvahendid on riigieelarve ja läbi RTA defineeritud

programmid, ravikindlustuse seadus, Tervisekassa lepingud, tervishoiuteenuste hinnad ja muud kirjeldatud ostureeglid ning Tervisekassa juhtimiskorraldus.

Ametlikult on poliitika kujundamine ja teenuste ostmine lahutatud funktsioonid ning Tervisekassa mandaat terviseteenuste ostjana on selge. Tervisekassa on iseseisev avalik-õiguslik asutus, mis koondab suure osa avalikust tervishoiurahast ja ostab lepingute alusel teenuseid. Tervisekassat juhib nõukogu, kes kinnitab Tervisekassa arengukava, eelarve, aruanded, maksimaalsed ooteajad ning lepingupartnerite valiku põhimõtted.

Praktikas annab peamise rahastaja jõud Tervisekassale olulise mõju tervisepoliitika kujundamises. Sotsiaalministeeriumi prioriteetide elluviimine sõltub suurel määral sellest, kas tervishoiuteenuste rahastamine poliitikate elluviimist ka toetab. Läbi kehtiva RTA programmide kirjelduse ja riigieelarve tervishoiukulude jaotamise poliitika prioriteetide elluviimist sisuliselt ei juhita, kuna Tervisekassa eelarve on tervikuna koondatud ühe RTA programmi alla. Tervisekassa nõukogu kinnitatud eelarve ja teenuseosutajatega sõlmitud rahastamise lepingud, tervishoiuteenuste hinnad ja rahastamisviisid mõjutavad otseselt seda, milliseid teenuseid prioritiseeritakse, arendatakse ja osutatakse. Nii võib rahastamisest kujuneda tegelikkuses süsteemi juhtimise vahend. Samas puudub Tervisekassal otsene vastutus tervishoiupoliitika kujundajana. Intervjuudes tõstatati küsimusena, kas ja millisel määral Tervisekassa lähtub oma otsustes RTAs seatud eesmärkidest. Samuti juhiti intervjuudes tähelepanu sellele, et Tervisekassat juhtiv nõukogu omab märkimisväärset võimu tervishoiupoliitika ja rahastamisotsuste üle. Samas ei ole Tervisekassa nõukogul otsest aruandekohustust peale Riigikontrolli poolt läbiviidavate auditite. Poliitika prioriteetide vastavuse ja sisulist tulemuslikkuse hindamist RTA programmile, millega riigieelarvest Tervisekassale raha eraldatakse, ei tehta.

> *“Raha liikumine ja eesmärgid, kas nad nagu liiguvad ühes suunas? Kas raha liigub sinna, kus on eesmärgid, ja kui palju ta peaks siis liikuma? Aga täna, kui me vaatame eesmärke, siis need osakaalud Tervisekassa eelarves tunduvad ebaproportsionaalsed.”*

Kuna Tervisekassat nähakse nii inim- kui ka rahalise ressursi poolest võimekana, on viimastel aastatel märkimisväärselt laiendatud Tervisekassa vastutusi. Tervisekassa on laienenud traditsioonilisest ostja funktsioonist edasi ning saanud ülesandeid nagu esmatasandi korraldamine, kindlustamata isikute raviteenuste katmine, vaktsiinide hankimine, ennetuse ja rahvatervisega seotud tegevuste korraldamine. Kõik Tervisekassale üle läinud antud ülesanded ei ole aga vastavuses Tervisekassa mandaadi, ekspertiisi ega vastutustega ning tekib küsimus, kas uute ülesannete valguses on Tervisekassa nõukogus olev esindatus endiselt asjakohane. Seega on Tervisekassale lisanduvate ülesannete andmisel oluline kaasajastada Tervisekassa

juhtimist ja vastutust reguleerivat raamistikku, et tagada uute ülesannetega toimetulek ning vältida ülesannete ja vastutuse koondumisega kaasnevaid riske.

Teenuste osutamise ja kvaliteedi juhtimine

Teenuste osutamise juhtimine hõlmab tervishoiuteenuste planeerimist ja otsustamist, teenuste lõimimist ning seda, kuidas tagatakse teenuste kõrge kvaliteet ja järjepidevus. Sotsiaalministeerium vastutab teenuste ja kvaliteedi õigusraamistiku eest, Terviseamet ja Ravimiamet järelevalve ja nõuete täitmise eest, Tervisekassa lepingutingimuste ja stiimulite eest, teenuseosutajad ohutu ja kvaliteetse ravi eest. Kvaliteedi teemadega on hakatud jõudsamalt tegelema: Sotsiaalministeerium on välja töötamas kvaliteedistrateegiat ning Terviseameti juurde loodi kvaliteedikeskus. Teenuste kvaliteediga tegelevad lisaks Tervise Arengu Instituut, kutseorganisatsioonid ja õppeasutused.

Kõik peamised asutused tegelevad kvaliteediga ning teenuseosutaja vastutus ohutu ja kvaliteetse ravi eest on selgelt määratud. Kasutusel on tegevusload, kvaliteedi- ja patsiendiohutuse nõuded ning lepingud ja tulemustasumehhanismid. Samas läheneb iga asutus kvaliteedile oma funktsiooni kaudu, mistõttu esineb teema käsitlemisel asutustevahelisi kattuvusi, töö dubleerimist ja ka lünki. Seda täheldati eriti andmetega seotud küsimustes: esile toodi taas andmete dubleerivat ja killustunud kogumist, mis piirab võimalusi jälgida kvaliteeti ja tulemusi terve raviteekonna vältel.

> *“Keeruline on kindlasti see järelevalve ja kvaliteedi vaade. Kui siin kogutakse andmeid ja rakendatakse kvaliteedipoliitikaid, siis on oluline ära tunda piir, mis on lihtsalt kvaliteedinõue ja mis on kvaliteedi parandamine läbi andmekogumise.”*

Keskseks probleemiks on ühe selge vastutaja puudumine, kes jälgiks kvaliteeti üle tervisesüsteemi, seoks andmed terviklikuks ülevaateks ja tagaks loogilised ning kokkusobituvad järeltegevused. Puudub ametlik kvaliteedipoliitika või ühtne kvaliteedijuhtimissüsteem, mis hõlmaks kvaliteedi arendamist ja hindamist ning määraks selged rollid ja vastutajad. Selle tagajärjeks on andmehalduse killustatus, tulemuste vähene kasutamine, juhendite killustatus, rahvusvaheliste juhendite kasutamise ebaselgus ja puudulik ülevaade nõuete täitmisest.

Tervisesüsteemi juhtimise koha pealt on oluline välja töötada valdkonnale ühine arusaam kvaliteedisüsteemist ning selle parandamise, seire ja järelevalve piiridest. Lisaks on oluline määrata vastutus süsteemiüleste tulemuste jälgimise ja nende põhjal tegutsemise eest. Osa neist küsimustest võivad lahendada Terviseametisse loodud kvaliteedikeskus ja Sotsiaalministeeriumi poolt välja töötatav kvaliteedistrateegia.

“Iga organisatsioon räägib kvaliteedist. […] Nüüd Terviseametis tekkis see kvaliteedikeskus, nii et võib-olla see on koht, kus korralikult aru saada, mida inimesed kvaliteedi all mõtlevad või mis see fookus on.”

Põhisõnumid

Eesti tervisesüsteemi juhtimist iseloomustavad tugevad asutused, väljakujunenud õiguslik ja strateegiline raamistik ning valdavalt selgelt määratletud põhiülesanded. Peamine kitsaskoht ei ole seega asutuste või juhtimisstruktuuride puudumine, vaid tervisesüsteemi kui terviku selge ja järjepidev suunamine olukorras, kus vastutused ja ressursid on jaotatud mitme asutuse vahel. Juhtimine tugineb suurel määral asutuste koostööle ja koordineerimisele. Selle toimimiseks on vaja suuremat selgust asutuste vahelises ülesannete jaotuses, otsustusõiguses ja vastutustes. Koostöö ei saa asendada selgeid vastutuspiire – eriti olukordades, kus tuleb langetada keerulisi otsuseid ja määrata vastutus tulemuste eest. Kuigi vastutused on dokumentides enamasti määratud, esineb ka ametlikus korralduses ebaselgust, mis loob võimaluse rollide kattumiseks, tegevuste dubleerimiseks ja vastutuse nihkumiseks.

Tervisesüsteemi strateegiline suunamine kuulub Sotsiaalministeeriumi vastutusse ning valdkonna ühised eesmärgid on sõnastatud rahvastiku tervise arengukavas. Ministeeriumil on ebapiisavad võimalused või võimekus, et tagada ühise suuna järjekindel elluviimine. Näiteks ei ole poliitikad ja eesmärgid alati kooskõlas rahastamise otsuste ega rahavoogudega teenuseosutajate tasandil. Strateegilist juhtimist nõrgestab poliitiliste juhtide ja prioriteetide muutumine. Asutuste algatatud tegevused ja arendused ei pruugi alati moodustada süsteemi vaatest ühtset tervikut.

Valdkondadevaheliseks koostööks ning elanike ja kodanikuühiskonna kaasamiseks on loodud komisjone, nõukogusid ja muid koostöövorme. Nende roll on siiski enamasti nõuandev ning neil puuduvad võimalused tagada kokkulepete elluviimine või lahendada osapoolte erimeelsusi. Kaasamise ulatus ja sisulisus on ebaühtlane. Lühikesed tähtajad, osalejate erinev võimekus ning ebaselgus esindajate rolli, vastutuse ja mandaadi suhtes piiravad võimalusi osaleda poliitika kujundamises sisuliselt.

Andmed ja teave on tervisesüsteemi kõigi funktsioonide toimimisel keskse tähtsusega. Eestil on tugev digitaristu ja terviseandmete kogumist toetav regulatiivne raamistik, kuid andmete kogumine, haldamine ja kasutamine on jaotunud mitme asutuse vahel. Andmete kogujad, valdajad ja kasutajad ei ole alati samad ning asutustel ei pruugi olla oma ülesannete täitmiseks vajalikele andmetele juurdepääsu või piisavat suutlikkust neid kasutada. See põhjustab andmete korduvat kogumist, suurendab teenuseosutajate koormust ning piirab võimalusi ühendada eri allikatest pärinevad andmed tervisesüsteemi toimivuse terviklikuks hindamiseks. Puudub üks selge vastutaja, kes

koondaks andmed, tõlgendaks regulaarselt süsteemi toimivust ning tagaks tulemuste põhjal jätkutegevused.

Tervisekassal on tervisesüsteemi toimimisel ja kujundamisel oluline mõju. Teenuste ostmise, lepingute, hindade ja rahastamisviiside kaudu mõjutab Tervisekassa seda, milliseid teenuseid arendatakse ja pakutakse ning kuidas teenuseosutajad tegutsevad. Kuigi poliitika kujundamine ja rahastamine on ametlikult lahutatud, toimib rahastamine praktikas olulise süsteemi suunamise vahendina. Tervisekassa ülesanded on laienenud tavapärasest teenuste ostja rollist mitmesse uude valdkonda, kuid asutuse juhtimise, vastutuse ja aruandekohustuse raamistikku ei ole samas ulatuses ajakohastatud.

Teenuste osutamise ja kvaliteedi juhtimine on samuti jaotunud mitme asutuse vahel. Kõik peamised asutused tegelevad nende teemadega oma vastutustest lähtudes, kuid puudub üks selge vastutaja, kes jälgiks teenuste kvaliteeti kogu tervisesüsteemis, seoks eri allikatest pärinevad andmed terviklikuks ülevaateks ning tagaks tulemuste põhjal kooskõlastatud tegevused. Hajutatud vastutus toob kaasa ülesannete kattumist, andmete dubleerimist ja lünki ning piirab võimalusi jälgida kvaliteeti ja ravitulemusi kogu raviteekonna ulatuses.