

Kaheksas peatükk

TERVISHOIU KORRALDUS JA RAHASTAMINE

Tanel Ross

Sisukord

Sissejuhatus	4
8.1. Tervisesüsteem	4
8.1.1. Tervis, tervishoid ja tervisesüsteem: mõisted, ülesehitus ja arengusuunad	4
8.1.2. Tervisesüsteemi eesmärgid	5
8.2. Tervisesüsteemi osapooled	6
8.2.1. Inimene ja tervisesüsteem	6
8.2.2. Tervishoiutöötaja ja tervisesüsteem	7
8.2.3. Patsiendikeskne tervisesüsteem	8
8.3 Tervishoiuteenuste osutamine ja teenuseid osutavad organisatsioonid	9
8.3.1. Esmatasandi tervishoid ja esmatasandi teenuseosutajad	9
8.3.2 Eriarstiabi ja haiglad	10
8.3.3 Õendusabi ja pikaajaline hooldus	11
8.3.4 Integreeritud ravi ja patsiendikesksus	12
8.4. Ravimid ja apteek	13
8.5. Ressursid tervisesüsteemis	15
8.5.1 Tervishoiuressursid	15
8.5.2 Tervishoiu inforessursid	16
8.5.3 Meditsiinitöötaja ja tervishoiusüsteem	17
8.6. Riik tervisesüsteemi osapoolena: tervisesüsteemi reeglid ja järelvalve nende täitmise üle	18
8.6.1. Raviteenuse pakkumise alus ja osapoolte roll	18
8.6.2. Tervishoiuteenuste pakkumine kui turupõhine protsess	18
8.6.3. Turutõrked tervishoiusüsteemis	19
8.6.4. Riiklik regulatsioon ja tervishoiuteenuste raamistik	19
8.6.5. Tervishoiusüsteemi osaliste ja struktuuride reguleerimine	19
8.6.6. Riigi otsene roll tervishoiuteenuste pakkumisel	20
8.7. Tervisesüsteemi valitsemine ja poliitika	20
8.7.1 Süsteemi juhtimise ja valitsemise põhielemendid	20
8.7.2 Tervisesüsteemi juhtimine ja valitsemine – riigi sekkumise põhimõtted	21
8.7.3 Tervisesüsteemi reeglid – meditsiinitooted ja tehnoloogiad	22
8.7.4. Tervisesüsteemi reeglid – e-tervis ja digitaalsed terviselahendused	23
8.7.5. Tervishoiusüsteemi reeglid – tervishoiuteenuste pakkujad	24
8.8. Tervisesüsteemi rahastamine	25

8.8.1. Üldist	25
8.8.2. Tervisesüsteemi rahastamine: kes maksab?	26
8.8.3. Tervisesüsteemi rahastamine: kellele, kui palju ja kuidas makstakse?	28
8.8.4. Kokkuvõte: tervisesüsteemide peamised rahastamismudelid	30
8.8.5. Juhitud konkurents tervishoius	31
Kokkuvõte	33
Kasutatud kirjandus	34

Sissejuhatus

Käesolev peatükk käsitleb tervishoiu korraldust ja rahastamist tervisesüsteemi tervikliku toimimise ja juhtimise vaates. Peatüki eesmärk on luua süsteemne raamistik tervise, tervishoiu ja tervisesüsteemi mõistmiseks, tuginedes nii rahvusvaheliselt tunnustatud kontseptuaalsetele käsitlustele kui ka kaasaegsetele arengusuundadele. Alustades tervise mõistest ja selle mitmemõõtmelisest käsitlusest, analüüsitakse tervishoiu rolli ühiskondliku institutsioonina ning tervisesüsteemi ülesehitust, eesmärke ja põhifunktsioone. Erilist tähelepanu pööratakse tervisesüsteemi eesmärkidele, sealhulgas rahvastiku tervise parandamisele, inimeste ootustele vastamisele ning rahalise kaitse tagamisele terviseriskide korral, samuti süsteemi osapooltele ja nendevahelistele suhetele, mis kujundavad tervishoiuteenuste kättesaadavust, kvaliteeti ja õiglust.

Peatüki edasine käsitlus keskendub tervishoiuteenuste osutamisele, vajalikele ressurssidele ning riigi rollile tervisesüsteemi reguleerimisel ja valitsemisel. Analüüsitakse esmatasandi tervishoiu, eriarstiabi, õendusabi ja pikaajalise hoolduse rolli terviklikus raviteekonnas ning käsitletakse tervishoiuressursse inim-, materiaalsete ja inforessurssidena, rõhutades nende vastastikust sõltuvust ja strateegilist tähtsust. Eraldi tähelepanu pööratakse digitaliseerimise ja e-tervise kasvavale mõjule tervisesüsteemi toimimisele, sealhulgas terviseandmete kasutamisele, tehnoloogilistele arhitektuuridele ja regulatiivsetele raamistikutele. Peatükk lõpeb tervisesüsteemi valitsemise ja tervisepoliitika käsitlusega, tuues esile tõendus põhise juhtimise, patsiendikeskse lähenemise ning tervishoiutöötajate heaolu kui keskse eelduse kestliku, tõhusa ja ühiskonna vajadustele vastava tervisesüsteemi kujundamisel.

8.1. Tervisesüsteem

8.1.1. Tervis, tervishoid ja tervisesüsteem: mõisted, ülesehitus ja arengusuunad

Sarnaselt varasemates peatükkides toodule toome ka siin välja Maailma Terviseorganisatsiooni tervise definitsiooni, milles mõistetakse tervist kui täieliku füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisundit, mitte üksnes haiguse või puude puudumist. Selline tervisekäsitlus rõhutab tervise mitmemõõtmelist ja dünaamilist olemust ning osutab sellele, et tervis ei ole staatiline seisund, vaid pidevas muutumises olev protsess. Inimese tervises seisund kujuneb keerulises vastastikmõjus bioloogiliste, psühholoogiliste ja sotsiaalsete teguritega ning sõltub nii individuaalsetest valikutest kui ka laiematest ühiskondlikest tingimustest. Lisaks isiklikele omadustele ja tervisekäitumisele mõjutavad tervist elukeskkond, sotsiaal-majanduslikud olud ning kultuurilised ja poliitilised raamistikud. Seetõttu ei saa tervist käsitleda pelgalt meditsiinilise kategooriana, vaid tegemist on olulise ühiskondliku ja rahvatervisega seotud nähtusega, mis on ka ühiskonna toimimise peamine ressurss.

Tervishoidu võib määratleda kui tervisekaitse ja arstiabi süsteemi, mille peamisteks eesmärkideks on tervise edendamine, eluea pikendamine, haiguste ennetamine ning haigete ravi ja hooldus. Tervishoiu keskmes on professionaalne arstiabi ning sellega seotud teenuste korraldamine, sealhulgas esmatasandi arstiabi, eriarstiabi, õendusabi ja taastusravi. Tervishoiusüsteemi toimimine mõjutab otseselt tervishoiuteenuste kättesaadavust, kvaliteeti ja ravi tulemusi ning seeläbi ka rahvastiku tervisenäitajaid ja elanikkonna elukvaliteeti.

Tervishoiust laiemalt käsitletakse tervisesüsteemi, mis hõlmab kõiki organisatsioone, institutsioone, ressursse ja inimesi, kelle põhieesmärk on rahvastiku tervise parandamine. Tervisesüsteem ei piirdu üksnes raviteenuste osutamisega, vaid hõlmab ka tervisedenduse ja haiguste ennetuse tegevusi ning tervist mõjutavate sotsiaalsete, majanduslike ja keskkondlike tegurite kujundamist. Selline terviklik käsitus võimaldab paremini mõista, kuidas erinevad poliitikavaldkonnad ja ühiskondlikud protsessid mõjutavad inimeste tervist.

Tervisesüsteemi tulemuslik toimimine eeldab mitmete võtmeressursside olemasolu ja nende tõhusat koordineerimist. Nende hulka kuuluvad pädevad tervishoiutöötajad, keda on piisav hulk, jätkusuutlik rahastamine, kvaliteetne ja usaldusväärne tervisealane teave, toimivad ravimite ja meditsiiniseadmete tarneahelad ning sobiv infrastruktuur. Üha olulisemaks ressursiks on kujunenud ka digitaalsed lahendused ja terviseandmed, mis toetavad tervisesüsteemi juhtimist, seiret ja arendamist ning võimaldavad tõenduspõhisemat otsustamist.

Mõisteid *tervishoiusüsteem* ja *tervisesüsteem* kasutatakse igapäevases keelekasutuses sageli sünonüümidenä, kuid teaduslikus käsitluses eristatakse neid sisuliselt. Tervishoiusüsteem keskendub eeskätt otsesele arstiabile ja meditsiinilistele teenustele, samas kui tervisesüsteem hõlmab ka tervist kaudselt mõjutavaid poliitika ja tegevusvaldkondi, nagu sotsiaalpoliitika, haridus, töötingimused ja keskkonnakaitse. Selline laiem lähenemine võimaldab käsitleda tervist terviklikult ning rõhutab ennetuse ja tervisedenduse keskset rolli kaasaegses ühiskonnas.

Kaasaegses ühiskonnas mõjutab tervisesüsteemi arengut üha enam digitaliseerimine ja e-tervise rakendamine. Digitaalsete terviselahenduste kasutuselevõtt loob tervisesüsteemis uusi võimalusi, suurendab olemasolevate ressursside kasutamise tõhusust ning parandab tervishoiuteenuste koordineerimist ja juhtimist. E-tervise lahendused, nagu elektroonilised terviselood, digireseptid, terviseandmete vahetusplatvormid ja kaugteenused, toetavad tervishoiuprotsesside standardiseerimist ning parandavad info liikumist tervisesüsteemi erinevate osapoolte vahel.

Lisaks tehnoloogilisele mõõtmele omab e-tervis olulist rolli ka tervisesüsteemi strateegilises arendamises. Digitaalsete andmete laiem kasutamine võimaldab tervisenäitajate pidevat seiret ning tervishoiupoliitikate ja sekkumiste mõju hindamist. Samuti suurendab e-tervis patsientide ja kodanike kaasatust, pakkudes neile paremat ligipääsu oma terviseandmetele ning võimaldades aktiivsemat osalemist tervise seotud otsustusprotsessides. Terviseandmete arhitektuurist ja inforessursside tehnilistest põhimõtetest vt peatükk 8.5.2 „Tervishoiu inforessursid“ ning e-tervise valitsemise ja regulatiivsete nõuetega seonduvalt vt peatükk 8.7.4 „E-tervis ja digitaalsed terviselahendused“.

8.1.2. Tervisesüsteemi eesmärgid

Tervisesüsteemi keskseteks eesmärkideks on rahvastiku tervise parandamine, inimeste ootustele vastamine ning rahalise kaitse pakkumine terviseprobleemide korral. Need eesmärgid loovad aluse tervisesüsteemi tulemuslikkuse, võrdsuse ja sotsiaalse õigluse hindamiseks. Tervisesüsteemi vastutus ei piirdu üksnes inimeste tervise parandamisega, vaid hõlmab ka inimeste kaitsmist haigustega seotud rahaliste riskide eest ning nende väärrika ja õiglase kohtlemise tagamist tervishoiuteenuste kasutamisel.

Tervisesüsteemid erinevad riigiti märkimisväärselt. Peamised erinevused tulenevad institutsionaalsetest mehhanismidest, omandivormidest, rahastamismudelitest ja poliitilistest valikutest, mis suunavad terviseressursside kasutamist ja jaotust ühiskonnas. Olulist rolli mängib

seejuures riigi ja ühiskondliku sekkumise ulatus, mis mõjutab otseselt tervisesüsteemi eesmärkide saavutamise tulemuslikkust ning süsteemi võimet vastata elanikkonna vajadustele.

Riiklik regulatsioon suunab olulisel määral tervisesüsteemi osapoolte õigusi ja kohustusi, toetab süsteemi tõhusamat juhtimist ning soodustab rahastamismudeleid, mis põhinevad riskide jagamisel ja ressursside efektiivsel jaotamisel. Üheks oluliseks riike eristavaks teguriks on patsientide omaosaluse määr tervishoiukulude katmisel, mis mõjutab otseselt tervishoiuteenuste kättesaadavust, võrdsust ja rahalist kaitset.

8.2. Tervisesüsteemi osapooled

Tervisesüsteem on igas arenenud ühiskonnas üks kesksemaid ühiskondlikke institutsioone ning hõlmab seetõttu suurt hulka erinevaid osapooli. Tervisesüsteemi toimimine sõltub nende osapoolte omavahelisest koostööst, rollide selgusest ja vastastikusest vastutusest.

Tervisesüsteemi kaks kõige olulisemat osapoolt on inimene – nii tervena kui patsiendina – ning tervishoiutöötaja või muu tervishoiuteenuseid osutav professionaal. Nendevaheline suhe, sealhulgas tervishoiuteenuste osutamine ja saamine, moodustab tervisesüsteemi toimimise tuuma ning on aluseks tervisesüsteemi eesmärkide saavutamisele.

Lisaks neile kahele kesksele osapoolele hõlmab tervisesüsteem mitmeid teisi olulisi osapooli ja institutsioone. Nende hulka kuuluvad tervishoiuteenuste osutajad, apteegisüsteem, regulatsiooni ja järelevalve eest vastutavad asutused, tervisetehnoloogiaid ja ravivõimalusi arendavad ettevõtted ning akadeemilised ja teadusasutused. Osapoolte koostöö ja vastastikune toimimine on tervisesüsteemi toimivuse eelduseks.

Tervisesüsteemi üheks keskseks osapooleks on ka tervishoiuteenuste rahastaja ehk ravikulude katmise eest vastutav institutsioon. Kuigi raviprotsess on oma olemuselt kokkulepe tervishoiuteenuse osutamiseks inimese ja tervishoiutöötaja vahel, määrab ravikulude eest tasumise korraldus põhimõtteliselt selle, milliseid ressursse ja millises mahus on tervishoius võimalik kasutada ning kuidas need ressursid tervisesüsteemi sees jaotuvad. Rahastamismehhanismid mõjutavad otseselt teenuste kättesaadavust, ravivalikuid ja tervisesüsteemi üldist toimivust. Teoreetiliselt võib ravikulude kandjaks olla inimene või patsient ise, kuid kaasaegses ühiskonnas täidab selle rolli valdavalt riik või riiklikult reguleeritud tervisekindlustussüsteem, mis võimaldab terviseriskide jagamist, suurendab solidaarsust ning loob eeldused õiglasemaks ja laiemaks juurdepääsuks tervishoiuteenustele.

8.2.1. Inimene ja tervisesüsteem

Inimene ja tervishoiutöötaja on iga tervisesüsteemi kaks kõige olulisemat osapoolt. Olgu siinkohal veelkord välja toodud, et käesolevas õpikus me kasutame sõna patsient ka sellise inimese kohta, kellel ei ole hetkel tervisemuret, vaid kes on varasemalt tervishoiuga kokku puutunud ehk keegi, kes tahab saada, saab või on saanud tervishoiusüsteemis teenust. Iga inimese hea tervis on tervisesüsteemi peamine eesmärk ning tervisemure korral pöördub inimene abi saamiseks tervishoiutöötaja poole. Nendevaheline suhtlus ja raviprotsess määravad suurel määral tervisesüsteemi tulemuslikkuse ning elanikkonna rahulolu tervishoiuteenustega.

Inimesed ootavad tervisesüsteemilt tervisemure korral õigeaegset, tõenduspõhist ja võimalikult kodulähedast abi. Hästi toimiv tervisesüsteem peab tagama vajaduspõhise juurdepääsu tervishoiuteenustele sõltumata inimese sissetulekust, sotsiaalmajanduslikust staatusest või elukohast. Teenuste kättesaadavus hõlmab nii elukohalähedast ehk geograafilist ligipääsu, mõistlikke ooteaegu kui ka vajalike ravimite ja tervisetehnoloogiate olemasolu.

Teenuste kättesaadavusega võrdselt oluline on ootus tervishoiu kvaliteedile ja patsiendihutusele. Ravi peab olema tõenduspõhine ning tervisesüsteemis tuleb minimeerida ravivigade ja neist tuleneva kahju riski. Seetõttu hõlmavad inimeste ootused ka tervishoiutöötajate pädevust, pidevat täiendõpet ning süsteemset kvaliteedijuhtimist.

Kaasaegses ühiskonnas ei piirdu inimeste ootused üksnes raviteenustega, vaid tervisesüsteemilt eeldatakse ka õiglust, võrdsust ja haavatavate elanikkonnarühmade kaitset. Tervishoiuteenuste kättesaadavus ja kvaliteet ei tohi sõltuda inimese soost, vanusest, rahvusest ega sotsiaalsest positsioonist. Üha olulisemaks muutuvad ka raviprotsessi konfidentsiaalsus, stigmatiseerimise vältimine erinevate terviseseisundite puhul ning terviseandmete kaitse.

Digitaliseerimine ja e-tervise areng mõjutavad üha enam inimeste ootusi tervisesüsteemile. Oodatakse mugavat suhtlust tervisesüsteemi osapooltega, ligipääsu isiklikele terviseandmetele ning suuremat kaasatust raviotsuste tegemisse. E-tervis ei asenda otsest kontakti tervishoiutöötajaga, kuid toetab ravi järjepidevust, tõenduspõhisust, parandab teenuste koordineeritust ning suurendab süsteemi kasutamismugavust.

Koos ootustega kaasneb ka vastutus. Tervisevastutus tähendab üksikisiku kohustust hoolitseda oma füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu eest ning teha teadlikke tervist toetavaid valikuid. Individuaalsed tervisekäitumised mõjutavad lisaks üksikisikule ka ühiskonna tervist ja tervisesüsteemi toimimist tervikuna.

8.2.2. Tervishoiutöötaja ja tervisesüsteem

Meditsiinitöötaja on tervishoiutöötaja, kes osutab patsientidele otseseid tervishoiuteenuseid ning kelle tegevus on suunatud inimese tervise säilitamisele, parandamisele ja taastamisele. Meditsiinitöötaja roll hõlmab patsiendi tervisliku seisundi jälgimist, haiguste ennetamist, diagnoosimist ja ravi ning vajaduse korral ka taastusravi kavandamist ja korraldamist. Seeläbi moodustavad meditsiinitöötajad tervishoiusüsteemi toimimise keskse osa.

Eesti õigusruumis kasutatakse peamiselt mõistet *tervishoiutöötaja*. Vastavalt tervishoiuteenuste korraldamise seadusele on tervishoiutöötaja isik, kellel on vastav erialane haridus, kutsequalifikatsioon ja õigus osutada tervishoiuteenuseid. Tervishoiutöötajate hulka kuuluvad muu hulgas arstid, hambaarstid, õed, ämmaemandad ja teised tervishoiuvaldkonna spetsialistid.

Meditsiinitöötajatel on mitmeid ühiseid tunnuseid. Neil kõigil on otsene ja regulaarne kontakt patsientidega ning nad tegutsevad tervishoiuasutustes. Nende töö eeldab lisaks erialastele teadmiste ja kliinilistele oskustele ka suutlikkust juhendada patsiente tervisekäitumise, ravisoostumuse ja haigustega toimetuleku küsimustes ning järgida kutse-eetilisi põhimõtteid.

Meditsiinitöötajad on tervisesüsteemi võtmeisikud, kelle tegevus mõjutab otseselt nii süsteemi tulemuslikkust kui ka ühiskonna usaldust tervishoiu vastu. Seetõttu on nende ootustel

tervisesüsteemile ning süsteemi suutlikkusele neile ootustele vastata oluline ja sageli otsustav tähendus.

Meditsiinitöötajate professionaalsed ootused tervisesüsteemile lähtuvad fundamentaalselt arstivandes ja kutse-eetikas sätestatud põhimõtetest. Nendeks on pühendumus inimese abistamisele ja humaansusele, rahva tervise säilitamisele ja edendamisele, haiguste ennetamisele, haigete ravimisele ning kannatuste leevendamisele.

Selles kontekstis on oluline, et tervisesüsteem looks meditsiinitöötajatele tingimused tõhusa ja tervikliku raviprotsessi kavandamiseks ja juhtimiseks. Selle eelduseks on vajalike tervisetehnoloogiate ja ravimite kättesaadavus, tõhus koostöö kolleegide ja teiste spetsialistidega ning professionaalne ja turvaline töökeskkond.

8.2.3. Patsiendikeskne tervisesüsteem

Eelnevates alapeatükkides käsitleti inimese ootusi tervisesüsteemile ning tervishoiutöötaja professionaalset ja eetilist rolli tervishoiuteenuste osutamisel. Need kaks vaatenurka koonduvad patsiendikeskse tervisesüsteemi käsitluses, kus ravi tulemuslikkus, kvaliteet ja õiglus sõltuvad patsiendi ja tervishoiutöötaja koostööst ning tervisesüsteemi suutlikkusest seda koostööd teadlikult ja süsteemselt toetada.

Kaasaegse, digitaliseeruva ja üha enam demokratiseeruva ühiskonna ootustest ning nende muutumisest järeldub, et tervisesüsteemi põhiküsimustes hakkavad oma sisult üha enam kattuma patsientide ja tervishoiutöötajate ootused. Fundamentaalselt soovivad nii patsiendid kui ka tervishoiutöötajad, et kestlik tervisesüsteem tagaks ja toetaks inimese ning ühiskonna tervist ja sotsiaalset heaolu. Tervisesüsteemi toimimise aluseks on elukaareülene lähenemine inimese tervisele ja heaolule, mis on saavutatav tervikliku raviprotsessi ning ennetuse ja sotsiaalteenuste koostöös.

Patsiendikeskne tervishoid põhineb sügaval austusel patsiendi kui unikaalse isiku vastu ning tema vajaduste, väärtuste ja eelistuste arvestamisel kogu raviprotsessi vältel. Patsienti käsitletakse inimesena tema sotsiaalses, kultuurilises ja psühholoogilises kontekstis ning kaasatakse aktiivselt ravi ja tervise seotud otsuste tegemisse, säilitades tasakaalu kliinilise pädevuse ja professionaalse vastutusega.

Eduka patsiendikeskse tervishoiu aluseks on süsteemne lähenemine, kus patsiendikesksus kajastub ravi planeerimises, teenuste korralduses, organisatsioonide juhtimises ja tervishoiupoliitika kujundamises. Patsiendi kaasamine ja aktiveerimine on keskne eeldus heade tervisetulemuste saavutamisel, eriti krooniliste haiguste käsitluses.

E-tervis ja digitaalsed tervisetööriistad toetavad personaliseeritud ravi, enesejuhtimist ning pidevat suhtlust patsiendi ja tervishoiutöötaja vahel. NEJM *Catalyst*'i käsitluse kohaselt peab patsiendikesksus olema integreeritud tervishoiusüsteemi strateegiasse, teenuste disaini ja kvaliteedijuhtimisse.

Kokkuvõttes suundub kaasaegne tervisesüsteem patsiendikeskse ja tervikliku lähenemise poole, milles meditsiiniline kvaliteet ja patsiendi aktiivne osalus toetavad teineteist ning aitavad parandada nii individuaalseid kui ka rahvastiku tervisetulemusi.

8.3 Tervishoiuteenuste osutamine ja teenuseid osutavad organisatsioonid

Tervishoiuteenuste osutamine on tervisesüsteemi toimimise keskne praktiline väljund, mille kaudu realiseeruvad nii tervisepoliitilised eesmärgid kui ka patsiendikeskse tervisesüsteemi põhimõtted. Tervisesüsteemi tulemuslikkus sõltubki ennekõike sellest, kuidas tervishoiuteenused on korraldatud, kättesaadavad ja kvaliteetselt osutatud erinevatele elanikkonnarühmadele. Seetõttu on tervishoiuteenuseid osutavatel organisatsioonidel keskne roll raviprotsessi tulemuslikkusel, rahvastiku tervise parandamisel ning tervisesüsteemi jätkusuutlikkuse tagamisel.

Käesolev peatükk keskendub tervishoiuteenuste osutamisele organisatsioonilises vaates käsitledes peamisi teenuseosutajate tüüpe ning nende rolli tervisesüsteemi toimimises. Alapeatükis 8.3.1 vaadeldakse esmatasandi tervishoidu kui tervisesüsteemi alustala, mille kaudu toimub inimese esmase kontakti loomine tervishoiusüsteemiga ning millel on keskne roll tervise edendamisel, haiguste ennetamisel ja krooniliste haiguste käsitlusel. Alapeatükk 8.3.2 käsitleb eriarstiabi ja haiglaid kui kõrgema keerukusastmega tervishoiuteenuste osutajaid, kelle ülesanne on pakkuda spetsiifilist diagnostikat ja ravi ning tagada erakorralise ja statsionaarse abi kättesaadavus.

Alapeatükis 8.3.3 keskendutakse õendusabile ja pikaajalisele hooldusele, mis omandavad rahvastiku vananemise ja krooniliste haiguste leviku tingimustes üha suurema tähtsuse. Õendusabi roll tervisesüsteemis ei piirdu üksnes raviprotsessi toetamisega, vaid hõlmab ka inimese igapäevase toimetuleku, elukvaliteedi ja väärikuse säilitamist ning tervishoiu- ja sotsiaalteenuste lõimimist. Alapeatüki 8.3.4 fookuses on integreeritud ravi ja patsiendikeskus kui põhimõtted, mis seovad eelnevad teenuseosutamise tasandid terviklikuks raviteekonnaks ning võimaldavad patsiendikeskse tervisesüsteemi praktilist rakendamist.

Selline struktuur võimaldab käsitleda tervishoiuteenuste osutamist tervikliku süsteemina, kus erinevad teenuseosutajad ei tegutse isoleeritult, vaid moodustavad omavahel seotud ja koordineeritud terviku. Peatükk loob aluse arusaamale, kuidas teenuste korraldus, organisatsioonide koostöö ja raviprotsesside integreeritus mõjutavad otseselt nii patsiendikogemust kui ka tervisesüsteemi üldist tõhusust.

8.3.1. Esmatasandi tervishoid ja esmatasandi teenuseosutajad

Esmatasandi tervishoiuteenus on tervisesüsteemi keskne komponent, mis tagab inimesele kiire ja tõhusa esmase kontakti tervishoiusüsteemiga oma tervise-eesmärkide seadmisel, tervisemure ilmnmisel või haigestumise korral. Lisaks raviteenuste osutamisele on esmatasandi tervishoiu oluline ülesanne tervise edendamine ja haiguste ennetamine, sealhulgas riskitegurite varajane avastamine ning tervisekäitumise kujundamine. Aja jooksul on esmatasandi tervishoiu roll oluliselt laienenud ning selle tähtsus tervisesüsteemis kasvanud.

Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) käsitluse kohaselt käsitletakse esmatasandi tervishoidu kui kogu ühiskonda hõlmavat lähenemist tervisele, mille eesmärk on saavutada võimalikult kõrge tervise ja heaolu tase ning tagada nende õiglane jaotumine. See lähenemine keskendub inimeste vajadustele võimalikult varajases etapis ning hõlmab terviseedendust, haiguste ennetamist, ravi, taastusravi ja palliativset hooldust, pakkudes teenuseid võimalikult lähedal inimese igapäevasele elukeskkonnale.

Esmatasandi tervishoid aitab inimesel endal või tema lähedase jaoks tervise-eesmärke seada ja terviseküsimustele vastuste otsida. Samuti pakub esmatasand enamiku igapäevaste tervisemurede ning krooniliste haiguste diagnoosimiseks, raviks ja jälgimiseks vajalikke tervishoiuteenuseid. Lisaks on esmatasandi tervishoiul oluline roll inimeste toetamisel pikaajaliste terviseprobleemidega toimetulekul, sealhulgas krooniliste haiguste enesejuhtimise arendamisel ja patsiendi terviseteadlikkuse suurendamisel. Samuti vastutab esmatasand mitmesuguste tervisedenduse ja ennetusprogrammide kavandamise ja elluviimise eest, mille eesmärk on vähendada haigestumust ja parandada elanikkonna elukvaliteeti.

Traditsiooniliselt moodustab esmatasandi tervishoiuorganisatsiooni perearst koos tema meeskonda kuuluvate pereõdede ja teiste esmatasandi teenuseid osutavate spetsialistidega. Kaasaegses tervishoiukorralduses on üha enam levinud esmatasandi teenuseid pakkuva organisatsioonina tervisekeskus, kuhu on koondunud mitu perearsti koos oma meeskondadega ning sageli ka teised tervishoiu- ja tugiteenuste osutajad. Selline korraldus võimaldab tõhusamalt kasutada tervishoiutöötajate aega, meditsiiniseadmeid, infotehnoloogilisi lahendusi ja muid ressursse ning parandada teenuste kättesaadavust ja kvaliteeti.

Hästi toimiv esmatasandi tervishoid on patsiendikeskse tervishoiu nurgakivi. Perearst ja pereõde on inimese esmaseks ning sageli ka püsivaks kontaktiks tervisemure korral. Esmatasandi tervishoiutöötajad tunnevad reeglina inimest, tema tervislikku seisundit, elukeskkonda ning tervist mõjutavaid sotsiaalseid ja käitumuslikke tegureid kõige paremini. Seetõttu on esmatasandi teenuseosutaja loomulikuks rolliks inimese nõustamine, vajaduse korral koostöös patsiendiga esmase raviplaani koostamine, edasiste ravivajaduste hindamine ning inimese toetamine terviseprobleemidega toimetulekul kogu raviteekonna vältel.

8.3.2 Eriarstiabi ja haiglad

Eriarstiabi teenuseid osutavad tervishoiuteenuse osutajad koondavad konkreetsetele meditsiinierialadele spetsialiseerunud arste ning nende erialade diagnoosimiseks ja raviks vajalikke meditsiiniseadmeid, tervisetehnoloogiaid, infotehnoloogilisi süsteeme ja muid raviprotsessi toetavaid ressursse. Eriarstiabi eesmärk on pakkuda kõrgema keerukusastmega diagnostikat ja ravi terviseprobleemide korral, mis ei ole esmatasandi tervishoius lahendatavad ning eeldavad spetsiifilisi erialaseid teadmisi ja oskusi.

Üldjuhul suunatakse patsient saatekirjaga eriarstiabi saamiseks esmatasandi tervishoiuteenuse osutaja poolt, mis aitab tagada ravi vajaduspõhisuse, vähendada teenuste põhjendamatut kasutamist ning toetada tervishoiusüsteemi terviklikku toimimist. Eriarstiabi hõlmab nii ambulatoorset ravi ehk eriarsti vastuvõttu kui ka statsionaarset haiglaravi. Samuti kuulub eriarstiabi alla erakorraline meditsiiniabi, mille eesmärk on eluohtlikus seisundis patsientide kiire ja tõhus stabiliseerimine ning edasine ravi.

Kaasaegsetes tervisesüsteemides on nii ambulatoorset kui ka statsionaarset ravi pakkuvaks tervishoiuorganisatsiooniks valdavalt haigla, kuigi ambulatoorset eriarstiabi võivad pakkuda ka sellele ravivormile spetsialiseerunud kliinikud või muud tervishoiuorganisatsioonid. Moodne haigla on mitut meditsiinieriala hõlmav kompleksne organisatsioon, mis pakub diagnostikat, ambulatoorset ravi, päevakirurgiat ning statsionaarset haiglaravi. Haigla toimimine eeldab sobivat ja funktsionaalset taristut, kaasaegseid meditsiiniseadmeid, arenenud infotehnoloogilisi lahendusi ning kvalifitseeritud tugipersonali, kes toetab raviprotsesside kvaliteeti, patsiendihutust ja ravitulemuste parandamist.

Sõltuvalt osutatavate eriarstiabi teenuste ulatusest, keerukusest ja erialalisest mitmekesisusest jaotatakse haiglad erineva taseme haiglateks. Üldhaiglad pakuvad esmaseid ning laiematele erialadele suunatud eriarstiabi teenuseid ning täidavad olulist rolli raviteenuste kättesaadavuse tagamisel kindlas geograafilises piirkonnas. Sageli toimivad üldhaiglad tihedas koostöös esmatasandi tervishoiuteenuse osutajatega, tagades patsientidele sujuva liikumise esmatasandilt eriarstiabile ja vajaduse korral tagasi. Kõrgema taseme haiglates osutatakse kõigi kaasaegse meditsiini erialade raviteenuseid, sealhulgas keerukamat diagnostikat ja ravi, ning tagatakse ööpäevaringne erakorraline meditsiiniabi. Vastavalt tervishoiusüsteemi ülesehitusele on ka kõrgema taseme haiglatel määratletud oma teeninduspiirkonnad või sihtrühmad (konkreetses ravikindlustusega isikud; ingl k *health plan*) ning vastutus raviteenuste pakkumisel.

Patsiendikeskne tervishoid loob eriarstiabi ja haiglaravi pakkuvatele organisatsioonidele uusi võimalusi, kuid seab samal ajal ka märkimisväärsed väljakutseid. Keerukamate terviseprobleemide korral on eriti oluline ravivõimaluste põhjalik arutamine ning raviplaani koostamine tervishoiutöötajate, patsiendi ja tema lähedaste koostöös kogu raviprotsessi vältel. Patsiendi kaasamine otsustusprotsessi suurendab tema arusaamist haigusest ja ravist, toetab ravisooustumust ning võib positiivselt mõjutada nii ravitulemusi kui ka patsiendi subjektiivset heaolu.

Patsiendikeskse lähenemise üheks oluliseks põhimõtteks on patsiendile võimalikult mugava, turvalise ja toetava keskkonna loomine haiglas viibimise ajal. Samas eelistab enamik haiglaravi vajavaid patsiente viibida haiglas võimalikult lühikest aega ning jätkata ravi kodus või kodulähedases keskkonnas. Sellest tulenevalt on kaasaegsete eriarstiabi teenuseid pakkuvate organisatsioonide oluliseks eesmärgiks tagada ühelt poolt tõhus, kiire ja patsiendi vajadusi arvestav ravi ning teiselt poolt arendada ravikorralduslikke mudeleid, mis võimaldavad olulise osa ravist saada väljaspool haiglat. Sellisteks lahendusteks on näiteks ambulatoorsete teenuste kasutamine, päevakirurgia, taastusravi ning koduravi ja kaugteenuste kasutamine, mis toetavad patsiendi iseseisvust ja elukvaliteeti ning aitavad vähendada haiglaravi vajadust.

8.3.3 Õendusabi ja pikaajaline hooldus

Pikenev eluiga ning sellest tulenevad demograafilised muutused tervise- ja heaoluteenuste nõudluses on suurendanud ning suurendavad ka edaspidi õendusteenuste vajadust. Rahvastiku vananemine, krooniliste haiguste leviku kasv ning mitme terviseprobleemi samaaegne esinemine ühel inimesel toovad kaasa olukorra, kus üha suurem osa elanikkonnast vajab pikaajalist, järjepidevat ja professionaalset abi ning hooldust. Sellises kontekstis on õendusteenustel keskne roll nii inimeste toimetuleku toetamisel kui ka tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse tagamisel, vähendades samal ajal vajadust kuluka statsionaarse haiglaravi järele.

Suurt osa kodussest ravist ehk ambulatoorsest õendusabist osutavad tänapäeval esmatasandi tervishoiuteenuse osutajad, kelle tegevus on tihedalt seotud patsiendi igapäevase elukeskkonnaga. Õendusabi teenuseosutaja, eelkõige koduõde, toetab inimest kodus keskkonnas igapäevaeluks vajalike tegevuste ja toimingute sooritamisel ning osutab samal ajal vajalike tervishoiuteenuseid. Nendeks võivad olla terviseseisundi jälgimine, krooniliste haiguste kontroll, raviprotseduuride läbiviimine, ravimite manustamise jälgimine ning patsiendi ja tema lähedaste nõustamine. Kodune õendusabi võimaldab inimesel säilitada võimalikult suure iseseisvuse ja turvatunde, parandades elukvaliteeti ning vähendades vajadust statsionaarse ravi järele.

Varasemalt käsitleti õendusabi peamiselt raviprotsessiga otseselt seotud tegevuste kaudu. Kaasaegses tervishoiukorralduses on õendusabi roll oluliselt laienenud ning koduste teenuste osutamisel

lähtutakse üha enam terviklikust ja patsiendikesksest lähenemisest. Õendusabi eesmärgiks ei ole üksnes meditsiiniliste protseduuride läbiviimine, vaid ka inimese füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu toetamine. Selline lähenemine eeldab tihedat koostööd tervishoiu- ja sotsiaalteenuste vahel ning aitab tagada patsiendile järjepideva ja koordineeritud toe vastavalt tema individuaalsetele vajadustele.

Pikaajaliste ja raskemate terviseprobleemide korral võib osutada vajalikuks pidev ning ööpäevaringne hooldus ja ravi, mida pakuvad õendushaiglad ehk statsionaarse õendusabi teenuseosutajad. Õendushaiglates on patsiendile tagatud terviseseisundi pidev jälgimine, professionaalne õendusabi ning vajaduse korral ka arstlik sekkumine statsionaarses ravikeskkonnas. Selline teenusevorm on eriti oluline patsientidele, kelle terviseseisund ei võimalda iseseisvat toimetulekut kodus keskkonnas või kelle hooldusvajadus ületab koduõenduse võimalused.

Sarnaselt koduõendusega on ka õendushaiglate roll viimastel aastatel oluliselt muutunud. Varasemalt peamiselt pikaajalisele ravile ja hooldusele keskendunud asutustest on kujunemas terviklikke tervishoiu- ja heaoluteenuseid pakuvad organisatsioonid. Õendushaiglad pakuvad toetavat, turvalist ja võimalikult kodulähedast elukeskkonda inimestele, kes vajavad igapäevaseks toimetulekuks pidevat abi ja järelevalvet. Lisaks tervishoiuteenustele pööratakse üha enam tähelepanu ka patsiendi psühhosotsiaalsele heaolule, elukvaliteedile ning väarika elukeskkonna kujundamisele.

Õendusteenuste areng ja laienemine on oluline osa tervishoiusüsteemi terviklikust käsitlusest, mille eesmärgiks on pakkuda patsiendile vajaduspõhiseid, järjepidevaid ja kvaliteetseid teenuseid kogu elukaare vältel. Õendusabi, nii kodus kui ka statsionaarses vormis, aitab toetada inimese iseseisvust, vähendada haiglaravi koormust ning parandada tervishoiu- ja sotsiaalteenuste omavahelist lõimumist.

8.3.4 Integreeritud ravi ja patsiendikesksus

Alapeatükis 8.2.3 käsitleti patsiendikeskse tervisesüsteemi põhimõtteid, rõhutades patsiendi aktiivset rolli, tema vajaduste ja eelistuste arvestamist ning teenuste kujundamist inimese vaatenurgast. Patsiendikesksus ei ole siiski üksnes kontseptsioon, vaid eeldab ka konkreetseid korralduslikke ja protsessipõhiseid lahendusi tervishoiuteenuste osutamisel. Integreeritud raviprotsess on selleks keskeks mehhanismiks, mille kaudu patsiendikesksus tervisesüsteemis praktiliselt realiseerub. Integreeritud ravimudelid võimaldavad siduda erinevad tervishoiu- ja sotsiaalteenused terviklikuks raviteekonnaks, tagades patsiendile järjepideva, koordineeritud ja vajaduspõhise toe kogu ravi- ja hooldusprotsessi vältel.

Nagu eelnevalt korduvalt rõhutatud, on patsiendikesksus ning inimese heaolu asetamine tervishoiusüsteemi keskmesse kaasaegse tervisesüsteemi ülesehitust läbivaks põhimõtteks. Patsiendikeskne lähenemine on võtmetegur ravi- ja heaoluteenuste kvaliteedi, tulemuslikkuse ning patsiendi rahulolu parandamisel ning kajastab ühiskonna muutuvaid väärtushinnanguid. Selline lähenemine eeldab tervishoiusüsteemi korraldamist viisil, mis arvestab inimese individuaalseid vajadusi, eelistusi ja elukeskkonda kogu raviteekonna vältel.

Tervishoiusüsteemi kontekstis realiseerub patsiendikesksus eelkõige integreeritud raviprotsessi kaudu. Integreeritud ravi tähendab raviprotsessi suuremat terviklikkust ning süsteemset ja järjepidevat koostööd nii tervishoiuorganisatsioonide sees kui ka nende vahel. See hõlmab eri tasandite ja teenuseosutajate koordineeritud tegevust, mille eesmärk on tagada patsiendile sujuv, katkematu ja loogiline raviteekond alates esmasest tervisemurest kuni ravi lõppemise ja

järelhoolduseni. Integreeritud lähenemine aitab vähendada ravikatkestusi, teenuste dubleerimist ning parandab ravitulemusi.

Integreeritud raviprotsessi üheks oluliseks näiteks on patsiendi õigeaegne ja põhjendatud suunamine esmatasandi tervishoiuteenuse osutaja poolt eriarstiasse. Sellise suunamisega peab kaasnema kogu vajaliku kliinilise ja ravialase info edastamine ning raviplaani kooskõlastamine erinevate teenuseosutajate vahel. Tõhus infovahetus ja selge vastutuse jaotus toetavad ravi järjepidevust ning võimaldavad patsiendil tajuda raviprotsessi ühtse tervikuna, mitte eraldiseisvate teenustena.

Raviprotsessi integratsioon hõlmab ka haiglaravile järgneva ravi ja järelhoolduse korraldamist. Pärast statsionaarset ravi langeb patsiendi edasise ravi ja toetuse põhivastutus sageli taas esmatasandi tervishoiule või õendusabi teenuseosutajale, tehes vajaduse korral koostööd eriarstiabi pakkujatega. Selline vastutuse ümberjaotamine eeldab selgeid koostöömehhanisme, ühiseid ravieesmärke ning pidevat infovahetust, et toetada patsiendi taastumist, toimetulekut ja tervise säilimist.

Integreeritud teenusepakkumine avaldub ka tervishoiu- ja sotsiaalteenuste tihedamas koostöös, eriti esmatasandi tasandil. Selline koostöö võimaldab käsitleda inimese terviseprobleeme laiemas sotsiaalses ja elukeskkondlikus kontekstis ning pakkuda lisaks meditsiinilisele ravile ka vajalikku sotsiaalset tuge. See on eriti oluline eakate, krooniliste haigustega ja haavatavate sihtrühmade puhul, kelle toimetulek sõltub sageli mitme erineva teenuse koostoimist.

Eriarstiabi kontekstis hõlmab raviprotsessi integratsioon nii horisontaalset koostööd erinevate meditsiinierialade vahel raviotsuste tegemisel kui ka vertikaalset koostööd organisatsioonide sees ja organisatsioonide vahel akuutse ravi, taastusravi ja järelravi pakkumisel. Selline mitmetasandiline koostöö toetab keerukate terviseprobleemide terviklikku käsitlemist ning aitab vältida raviprotsessi killustumist.

Tihe osapooltevaheline koostöö loob eeldused ja vajaduse uute oskuste ja infosüsteemide järele. Nii on tervishoiuspetsialistide hulka lisandumas infovahetuse koordineerimisega tegelevad töötajad nagu terviseteeikonna juht, terviseanalüütik, raviteekonna koordinaator vms. Nende põhiliseks töövahendiks on infosüsteemid, mis koondavad tervishoiuteenuste osutajate ja sotsiaalabi süsteemide ning ka inimese enda personaalsesse terviselukku kogutud andmed ja teabe üheks inimese virtuaalseks terviseruumiks.

Kokkuvõtvalt on raviprotsessi integreeritus ning teenuseosutajate vaheline koostöö patsiendikeskse tervisesüsteemi üks keskseid alustalasid. Süsteemi integreeritus loob eeldused patsiendi ja tema lähedaste aktiivseks ja teadlikuks kaasamiseks raviprotsessi kõigis etappides ning patsiendi eelistuste ja väärtuste arvestamiseks otsuste tegemisel. Tervisesüsteemi eri osade sujuv koostöö tagab, et inimesele osutatakse vajalikud raviteenused kogu raviprotsessi vältel kõige sobivamas ja tõhusamas keskkonnas – olgu selleks kodu, esmatasandi tervishoiuteenuse osutaja või haigla – toetades seeläbi nii patsiendi heaolu kui ka tervishoiusüsteemi terviklikku ja tõhusat toimimist.

8.4. Ravimid ja apteek

Farmakoloogial ja ravimitel on igas tervisesüsteemis oluline ja unikaalne roll. Mitmes mõttes võib ravimeid käsitleda raviprotsessi „demokratiseerijana“, kuna paljude tervisemurede korral ei eelda ravimite kasutamine otsest tervishoiutöötaja sekkumist. See võimaldab patsientidel teatud ulatuses iseseisvalt otsustada ravimite kasutamise üle, lähtudes neile määratud ravijuhistest ja isiklikest

eelistustest. Seetõttu on ravimravi, eriti krooniliste ja igapäevaste terviseprobleemide käsitlemisel, sageli kõige kättesaadavam ning kulutõhusam ravimeede.

Arenenud tervisesüsteemides on raviarsti roll ravimite kasutamisel eeskätt sobiva raviplaani koostamine, sealhulgas vajalike ravimite määramine ning retseptiravimite puhul retsepti väljastamine. Ravimite õige valik, annustamine ja kasutamise kestus on keskse tähtsusega ravitulemuste saavutamisel ning kõrvaltoimete ja ravimite koostoimete ennetamisel. Samuti on ravimid lahutamatuks osaks haiglaravist, kus neid kasutatakse nii ägedate seisundite ravis kui ka patsiendi seisundi stabiliseerimisel ja taastumise toetamisel.

Ravimite kättesaadavus on iga tervisesüsteemi toimimise kriitiline komponent. See hõlmab nii ravimite hulgimüüki kui ka jaemüüki. Enamikus kaasaegsetes tervisesüsteemides vastutavad ravimite hulgimüügi eest spetsialiseerunud ettevõtted, mille põhitegevuseks on ravimite hankimine suurtes kogustes, ladustamine, logistika ja jaotamine. Tõhusalt toimiv hulgimüügisüsteem tagab ravimite pideva kättesaadavuse nii apteekides kui ka haiglates ning aitab ennetada ravimipuudust ja tarnehäireid.

Jaeturul jõuavad ravimid inimesteni apteekide kaudu. Apteek on tervishoiusüsteemi iseseisev ja oluline osapool, mille peamiseks ülesandeks on ravimite kättesaadavuse tagamine ning nende ohutu ja tõhusa kasutamise toetamine. Tõhusas tervishoiusüsteemis ei piirdu apteegi roll üksnes ravimite väljastamisega, vaid hõlmab ka vastutust ravimitega varustatuse tagamise eest jaeturul tervikuna. Ravimite kättesaadavuse all tuleb seejuures mõista nii nende füüsilist olemasolu kui ka taskukohasust, st ravimite õiglast ja ühiskonnale vastuvõetavat hinnataset.

Ravimituru globaliseerumine ning ravimite tootmise koondumine suurtesse rahvusvahelistesse ravimiettevõtetesse on muutnud taskukohaste ravimite olemasolu ja kättesaadavuse tagamise tervishoiusüsteemide jaoks üha olulisemaks väljakutseks. Seetõttu on riikide roll ravimipoliitika kujundamisel keskse tähtsusega. Hinnaregulatsioonid, hüvitamissüsteemid ja ravimite kompenseerimise mehhanismid on olulised vahendid, mille abil saab tagada elanikkonnale vajaliku ravi sõltumata sissetulekust ning vähendada ravimitega seotud tervisealast ebavõrdsust.

Kaasaegses tervishoius on apteekide roll märkimisväärselt laienenud ja jätkuvalt muutumas. Lisaks ravimite väljastamisele on apteekrite oluliseks ülesandeks patsientide nõustamine ravimite õige kasutamise osas, võimalike kõrvaltoimete selgitamine ning ravimite kahjulike koostoimete tuvastamine ja ennetamine. Apteekrid täidavad seeläbi olulist rolli patsiendiohutuse suurendamisel ning ravimravi kvaliteedi parandamisel.

Tulevases tervisesüsteemis on apteekide roll eeldatavalt veelgi mitmekesisem ja suurema mõjuga. Apteekidest võivad kujuneda esmatasandi tervishoiu olulised toetajad, mis osalevad krooniliste haiguste jälgimises, ravimravi ülevaatustes ning patsiendi ravisoostumuse parandamises. Samuti suureneb apteekide panus terviseedendusse ja haiguste ennetusse, sealhulgas riskirühmade nõustamisse ja tervisenäitajate jälgimisse.

Digitaalsete tervisetehnoloogiate areng loob apteekidele uusi võimalusi lõimuda tervishoiusüsteemi terviklikesse raviprotsessidesse. Digiretseptide, terviseandmete ja kaugteenuste kasutamine võimaldab apteekritel pakkuda patsiendile personaalsemat ja järjepidevamat tuge kogu raviteekonna vältel. Selline areng eeldab apteekrite professionaalse rolli edasist tugevdamist, täiendkoolitust ning selgete koostöömodelite kujunemist teiste tervishoiutöötajatega.

Kokkuvõttes on apteek kujunemas kaasaegses ja tulevases tervisesüsteemis mitmefunktsiooniliseks tervishoiuteenuse osutajaks, mille roll ulatub ravimite kättesaadavuse tagamisest patsiendikeskse

nõustamise, ennetustegevuse ja integreeritud raviprotsesside toetamiseni. Apteekide parem lõimimine tervishoiusüsteemi aitab suurendada teenuste kättesaadavust, parandada ravimravi kvaliteeti ning toetada tervishoiusüsteemi jätkusuutlikku arengut.

8.5. Ressursid tervisesüsteemis

Tervisesüsteemi eesmärkide saavutamine on võimalik üksnes juhul, kui tervishoiuteenuste osutamiseks vajalikud sisendid ehk tervishoiuressursid on piisavas mahus olemas ning neid kasutatakse tõhusalt. Tervishoiuressursid on lai mõiste, mis hõlmab kõiki tervisesüsteemi toimimiseks vajalikke komponente ning langeb mitmel juhul kokku ka süsteemi osapoolte kirjeldusega. Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) käsitluses vaadeldakse tervishoiuressursse tervisesüsteemi sisenditena, mille koostmõju määrab süsteemi tulemuslikkuse, võrdsuse ja kestlikkuse.

Sarnaselt teistele tegevusvaldkondadele jagunevad tervisesüsteemi sisendid materiaalseks ressurssideks ning süsteemi toimimist tagavateks inimesteks ehk inimressursiks. Hästi toimivas tervisesüsteemis on loodud eeldused, et süsteemi käigus hoidvatel inimestel on parimad võimalikud tingimused tervise- ja raviprotsessi läbiviimiseks, kasutades samal ajal materiaalseid ressursse säästlikult ja heaperemehelikult. Kokkuvõttes kujuneb tervisesüsteemi tulemuslikkus osapoolte tegevuse koostmõjus, kus tervishoiuressursside abil luuakse ühiskonnale parem tervisetulemus.

8.5.1 Tervishoiuressursid

Tervisesüsteemi inimressursi kõige olulisema osa moodustavad tervishoiutöötajad, kes on ühtlasi tervisesüsteemi üks kahest keskmisest osapooltest. Inimressurss ei piirdu siiski ainult arstide ja õdedega, vaid hõlmab laiemalt kõiki tervisesüsteemi eri osades töötavaid inimesi. Tervishoiuteenuseid osutavates organisatsioonides on väga oluline roll ka tervishoiu tugispetsialistidel, sealhulgas laboritöötajatel, radioloogiatehnikutel, füsioterapeutidel, farmatseutidel ning administratiiv- ja juhtimistöötajatel. WHO rõhutab, et tervisesüsteemi inimressurss on selle kõige kriitilisem komponent, kuna isegi parim taristu ja tehnoloogia ei taga kvaliteetset ravi ilma pädevate, motiveeritud ja piisava arvuga spetsialistideta.

Tervisesüsteemi kui terviku toimimist silmas pidades tuleb rõhutada ka teiste osapoolte tööjõu olulisust, sealhulgas haridus- ja teadusasutustes ning riigisektoris töötavaid spetsialiste, kelle tegevus loob eeldused tervishoiutöötajate koolitamiseks, järelkasvuks ja süsteemi strateegiliseks juhtimiseks. Seega määravad tervisesüsteemi kvaliteedi ja tulemuslikkuse eeskätt süsteemis töötavad inimesed, nende pädevus, töötingimused ja motiveeritus.

Tervisesüsteemi materiaalse ressursi moodustavad erinevad sisendid, mille iseloom, maksumus ja kasutusotstarve on mitmekesine. Sarnaselt teistele tegevusaladele jagunevad ka tervisesüsteemi materiaalsed ressursid igapäevaseks tööks vajalikeks käibevaradeks ning süsteemi pikaajalist toimimist tagavaks põhivaraks. Käibevara hulka kuuluvad kõik vajalikud materjalid ja vahendid, mida tervishoiutöötajad ja tervishoiuteenuse osutajad kasutavad igapäevases ravitöös, sealhulgas ravimid, meditsiinitarvikud ja ühekordsed töövahendid. Põhivara ning tervisesüsteemi taristu rajamine ja ülalpidamine eeldab seevastu suuri, pikaajalisi ja strateegiliselt planeeritud investeeringuid, mis lähtuvad rahvastiku vajadustest ja teenuste kättesaadavuse eesmärkidest.

Tervisesüsteemi taristu põhineb ajalooliselt arstiabi erinevate tasandite toimimiseks vajalikel hoonetel ja meditsiinitehnikal. On selge, et esmatasandi tervisekeskuste, eriarstiabi kliinikute, haiglate ning õendusabi osutajate nõudmised ja vajadused on erinevad, kuid kõiki neid ühendab vajadus sobiva füüsilise keskkonna ja kaasaegse tehnilise varustuse järele. WHO käsitluses on taristu ja ressursside piirkondlik jaotus üks keskseid tervisesüsteemi võrdsust mõjutavaid tegureid, kuna teenuste kättesaadavus sõltub otseselt hoonete, aparatuuri ja spetsialistide paiknemisest. Tervisekeskustes ja haiglates kasutatavad ehitised, meditsiiniseadmed ja aparatuur moodustavad tervisesüsteemi materiaalse ressursi suurima ja kulukama osa ning peavad vastama raviprotsessi ohutus- ja kvaliteedinõuetele. Haiglate ja muude tervishoiuasutuste paiknemine, voodikohtade arv ning esmatasandi ja eriarstiabi teenuste osutamiseks vajaliku aparatuuri olemasolu mõjutavad otseselt tervisesüsteemi toimimist, teenuste kättesaadavust ja ravitulemusi.

8.5.2 Tervishoiu inforessursid

Kaasaegse tervisesüsteemi lahutamatuks ja üha olulisemaks osaks on inforessursid, mis loovad eeldused tervisesüsteemi digitaliseerimiseks ning digitehnoloogiate kasutamiseks nii raviprotsessis kui ka süsteemi juhtimises laiemalt. Tervishoiu inforessursid kujutavad endast keerukaid süsteeme ja võrgustikke, mis hõlmavad terviseandmete kogumist, talletamist, töötlemist ja kasutamist võimaldavaid materiaalseid ning immateriaalseid komponente. Nende ressursside tõhus juhtimine ja valitsemine tervisesüsteemi erinevatel tasanditel on lahutamatu osa tervisesüsteemi üldisest valitsemisest ning mõjutab otseselt teenuste kvaliteeti, kättesaadavust ja süsteemi suutlikkust reageerida muutuvatele tervisevajadustele.

Käesolevas alapeatükis keskendutakse tervishoiu inforessursside struktuurile ja rollile, käsitledes infotehnoloogilist arhitektuuri, terviseandmete arhitektuuri ning tarkvaralisi lahendusi kui digitaalse tervisesüsteemi toimimise põhialuseid. Tehniliste standardite ja arhitektuuri vastavuse järelevalve ning õiguslike nõuete seotud küsimusi on käsitletud peatükis 8.7.4.

Tervisesüsteemi digitaliseerimise eelduseks on andmete kogumist, talletamist ja kättesaadavust võimaldavad materiaalsed ressurssid, mille hulka kuuluvad serverid, andmevõrgud, turvalised andmeühendused ning andmete kogumist võimaldavad seadmed ja platvormid. Nende ressursside kasutamist ja omavahelist toimimist kirjeldab infotehnoloogiline arhitektuur, mis määrab tervisesüsteemis ja raviprotsessis kasutatavate tehnoloogiate, andmete ja süsteemikomponentide koostoime loogika. Hästi kavandatud infotehnoloogiline arhitektuur on eelduseks digilahenduste töökindlusele, andmete turvalisusele ja süsteemi skaleeritavusele.

Infotehnoloogilise arhitektuuri kõrval on keskse tähtsusega ka terviseandmete arhitektuur, mis kirjeldab terviseandmete struktuuri ning nende kogumise, talletamise, kättesaadavuse ja töötlemise põhimõtteid, reegleid ja standardeid. Terviseandmete arhitektuur loob aluse andmete ühtlustatud kasutamiseks nii kliinilistes otsustusprotsessides, tervishoiu juhtimises kui ka teadus- ja arendustegevuses. Ilma selgete andmestandardite ja kooskõlaliste andmehaldusreegliteta ei ole võimalik tagada terviseandmete kvaliteeti ega nende usaldusväärset kasutamist erinevate süsteemide ja teenuseosutajate vahel.

Infotehnoloogiline arhitektuur ja terviseandmete arhitektuur moodustavad koos tervisesüsteemi info- ja IT-taristu, mis on eelduseks digitaalse tervise immateriaalsete ressursside tõhusaks rakendamiseks. Digitaalse tervisesüsteemi keskmes on inimese digitaliseeritud terviseandmed, mis koondatakse elektroonilisse terviselukku ning neid andmeid kasutavad tarkvaralised lahendused ja teenused. Need ulatuvad lihtsatest rakendustest, mis koguvad konkreetset terviseseseisundit iseloomustavaid andmeid

ja pakuvad kasutajale käitumuslikke soovitusi, kuni keerukate kliiniliste otsustustugisüsteemide ja suuri andmemahtusid töötlevate tehisintellektil põhinevate lahendusteni. Terviseandmete kasutamiseks loodud tarkvaraliste lahenduste süsteemset raamistikku kirjeldab rakenduste ehk tarkvaraarhitektuur, mis tagab digilahenduste omavahelise ühilduvuse ja koostoime.

WHO rõhutab, et hästi toimivad tervise infosüsteemid on eelduseks tõenduspõhisele juhtimisele, integreeritud teenuste arendamisele ning patsiendikeskse tervisesüsteemi praktilisele rakendamisele. Inforessursside tõhus kasutamine eeldab infotehnoloogia, terviseandmete ja tarkvaraliste lahenduste kooskõlalist arhitektuuri kogu tervisesüsteemi ulatuses. Selline lähenemine loob aluse digitaalse tervisesüsteemi arengule, toetab teenuste paremat koordineerimist ning võimaldab tervishoiusüsteemil kasutada inforessursse strateegiliselt ja kestlikult.

8.5.3 Meditsiinitöötaja ja tervishoiusüsteem

Meditsiinitöötajad on tervishoiusüsteemi keskne jõud, kelle roll võimaldab tervishoiuteenuste tegelikku osutamist ning tervisesüsteemi eesmärkide elluviimist praktikas. Nende tegevus hõlmab pikaajalist koostööd patsiendiga, kliiniliste otsuste langetamist ning tervishoiuteenuste kvaliteedi ja järjepidevuse tagamist kogu raviteekonna vältel. Seeläbi moodustavad meditsiinitöötajad otsese seose tervisepoliitiliste eesmärkide ja patsiendi tegeliku ravikogemuse vahel.

Meditsiinitöötajate roll patsiendi raviteekonnal on mitmetahuline ning kohandub vastavalt tervisevajaduste iseloomule ja kestusele. Nad osutavad esmatasandi abi, mille puhul patsiendi ja meditsiinitöötaja vaheline suhe võib kesta kogu elukaare jooksul, ning pakuvad krooniliste haiguste käsitlemiseks vajalikku erialast ekspertiisi, mis eeldab pidevat jälgimist, raviplaanide kohandamist ja patsiendi toetamist igapäevases toimetulekus. Lisaks osutavad meditsiinitöötajad ajaliselt ja olukorrapõhiselt määratletud ravi, näiteks statsionaarset haiglaravi või eriarstiabi vastavalt suunamisele. Selline rollide kombinatsioon võimaldab tervisesüsteemil vastata nii lühiajalistele kui ka pikaajalistele terviseprobleemidele ning tagada ravi järjepidevus ja patsiendikesksus.

Meditsiinitöötajate kliinilised otsused, töökorraldus ja koostöö teiste tervishoiusüsteemi osapooltega mõjutavad otseselt ravikulude kujunemist, patsiendi turvalisust, tervisetulemusi ja rahulolu. Hästi toimiv kliiniline töö aitab vältida ebavajalikke sekkumisi ja kulusid ning parandab samal ajal ravi kvaliteeti. Samuti on meditsiinitöötajatel oluline roll uuenduslike ravistrateegiate ja töökorralduslike lahenduste väljatöötamisel ja rakendamisel, mis toetavad tervishoiusüsteemi arengut ja kohanemisvõimet.

Tervishoiutöötajad on tervise hoidmisel ja parandamisel kesksel kohal ning toimiv tööjõusüsteem on eelduseks tervisesüsteemi suutlikkusele reageerida inimeste vajadustele ja ootustele. Väljakutsed, millega riigid tervishoiutööjõu arendamisel silmitsi seisavad, hõlmavad tööjõu värbamist ja koolitamist, piisava ja mitmekesiste pädevustega tööjõu tagamist, motiveerivate tasustamissüsteemide kujundamist ning regulatiivsete mehhanismide rakendamist, mis võimaldavad tööjõu paindlikku ja vajaduspõhist jaotamist kogu tervisesüsteemis.

Lisaks struktuursetele ja majanduslikele teguritele mõjutavad tervishoiutöötajate püsimist ja teenuste kvaliteeti oluliselt töötingimused ja töökeskkond. Ohutud ja toetavad töötingimused, toimivad tugisüsteemid ning õiglane ja kaasav organisatsioonikultuur loovad eeldused professionaalseks ja kestlikuks tööks. Usalduslikud suhted meditsiinitöötajate ja tervishoiuorganisatsioonide vahel mõjutavad töötajate rahulolu, stressitaset, meeskonnatunnet ning läbipõlemise riski. Läbipaistev

juhtimine ja toetav organisatsioonikultuur võimaldavad meditsiinitöötajatel keskenduda patsiendi ravile ja ravikvaliteedi parandamisele.

Tuleviku tervishoiutöötaja rolli kujundavad üha enam digitehnoloogiad ja andmepõhised lahendused. Digitaalsete töövahendite kasutamine toetab kliiniliste otsuste tegemist, parandab raviprotsessi järjepidevust ning võimaldab suurendada töö tõhusust. Digipädevuste arendamine ja tehnoloogia mõtestatud kasutamine on seega oluline osa tervishoiutöötajate ettevalmistusest ning tervisesüsteemi pikaajalisest kestlikkusest.

8.6. Riik tervisesüsteemi osapoolena: tervisesüsteemi reeglid ja järelevalve nende täitmise üle

8.6.1. Raviteenuse pakkumise alus ja osapoolte roll

Nagu eelpool käsitletud, on raviteenuse pakkumise aluseks igas tervishoiusüsteemis patsiendi ja tervishoiutöötaja vaheline kontakt. Selle tulemusel aset leidev tervishoiuteenuse osutamine võib alguse saada mõlema poole initsiatiivil. Tavapärast eeldatakse, et algatus tuleb patsiendilt, kes tervisemure ilmnemisel või muul põhjusel võtab ise tervishoiutöötajaga ühendust ja siseneb aktiivselt tervishoiusüsteemi.

Ajalooliselt ja ka tänapäeva tervisesüsteemides on raviteenuse pakkumise algatajaks olnud ka teenuseosutaja ise, kes teavitab patsiente olemasolevatest ravivõimalustest, ennetusprogrammidest või sõeluuringutest. Kaasaegsetes tervishoiusüsteemides mängivad patsiendi ja teenuseosutaja kontakti loomisel olulist rolli ka vahendajad, näiteks ravikindlustuse pakkujad või muud tervishoiusüsteemi tugistruktuurid.

8.6.2. Tervishoiuteenuste pakkumine kui turupõhine protsess

Ülaltoodust järeldub, et oma põhiolemuselt on tervishoiuteenuse pakkumine sarnane teiste teenuste pakkumisega. Süsteemis eksisteerib nõudlus raviteenuse järele, teenusepakkujad ehk tervishoiutöötajad ning struktuurid, mis võimaldavad teenuse osutamist patsientidele. Sellest vaatenurgast võib väita, et ka tervishoiusüsteemis tasakaalustuvad omavahel nõudlus ja pakkumine tasemel, mis peegeldab patsientide valmisolekut saada konkreetse hinna eest vastavat teenust ning teenuseosutajate valmisolekut seda teenust pakkuda.

Turujõudude toimel kujuneb seega ühiskonnas ja tervishoiusüsteemis pakutavate teenuste kogumaht. Kuid erinevalt paljudest teistest majandussektoritest ei ole tervishoiuteenuste turu puhul tegemist tavapärase turuga, kus nõudlus ja pakkumine suudaksid iseregulatsiooni teel tagada ühiskondlikult soovitava tasakaalu.

8.6.3. Turutõrked tervishoiusüsteemis

Igas kaasaegses arenenud ühiskonnas kehtivad erinevatel turgudel reeglid, mis raamistavad teenuste pakkumist ja piiravad turu iseregulatsiooni. Selline sekkumine on vajalik olukordades, kus regulatsiooni puudumine tooks kaasa ühiskonna jaoks mittesoovitud tagajärgi või teenuste ebapiisava kättesaadavuse.

Tervishoiuteenuste turul ilmnevad mitmed klassikalised turutõrked. Üheks olulisemaks neist on informatsiooni asümmeetria, kus teenusepakkujal on oluliselt rohkem teadmisi teenuse kvaliteedi, vajalikkuse ja alternatiivide kohta kui patsiendil. Teadmiste puudulikkus võib viia nii teenuste alatarbimiseni kui ka ületarbimiseni. Teiseks on tervishoiuteenuste pakkumine sageli väga ressursimahukas, mis piirab teenusepakkujate arvu ning soodustab turu monopoliseerumist või oligopolistlikke struktuure. Kolmandaks on tervishoiuteenustel märkimisväärsed kõrvalmõjud ehk eksternaalsused, mis mõjutavad lisaks üksikisikule ka laiemalt ühiskonna tervist.

Näiteks võib tekkida olukord, kus tervishoiuteenuseid tarbivad ebaproportsionaalselt suurel määral kergemate tervisemuredega patsiendid, samas kui tõsisemate terviseprobleemidega patsientide jaoks jääb teenuste maht ebapiisavaks. Samuti võib üksikisiku tasandil tehtud otsus jätta kasutamata rahvatervise seisukohalt olulised teenused, näiteks vaktsineerimine, kaasa tuua negatiivseid tagajärgi kogu ühiskonnale.

8.6.4. Riiklik regulatsioon ja tervishoiuteenuste raamistik

Eeltoodud põhjustel on tervisesüsteemid maailmas ulatuslikult riiklikult reguleeritud. Riiklik regulatsioon hõlmab reegleid, mis puudutavad tervishoiusüsteemis kasutatavaid ressursse, osapooli, struktuuri ning tervishoiuteenuste pakkumise korraldamist. Samuti on põhjalikult reguleeritud tervishoiu rahastamisega seotud küsimused.

Tervisesüsteemi reeglistiku esmane tase sätestab nõuded tervishoiuteenuste pakkumiseks kasutatavatele meditsiiniseadmetele, tehnoloogilistele lahendustele ja ravimitele. Nende nõuete täitmine on eelduseks, et seadmeid ja ravimeid saab turustada ning tervishoiusüsteemis kasutada. Nõuded on astmelised: lihtsamate seadmete puhul piisab registreerimisest, samas kui keerukamate tehnoloogiate ja ravimite korral kehtivad ranged nõuded, mis hõlmavad väljatöötamist, testimist, kliinilisi katseid ja patsiendiohutust.

8.6.5. Tervishoiusüsteemi osaliste ja struktuuride reguleerimine

Riiklik regulatsioon kehtib ka tervishoiusüsteemi osaliste ja struktuuride suhtes. Eraldi nõuded on sätestatud erinevatele tervishoiuteenuste osutajate kategooriatele, sealhulgas esmatasandi teenuseosutajatele, haiglatele ja muudele tervishoiuasutustele. Need nõuded määratlevad pakutavate teenuste ulatuse, vajalike ressursside olemasolu ning patsiendi ja teenusepakkuja õigused ja kohustused.

Haiglate puhul kehtivad sageli täiendavad nõuded sõltuvalt haigla tüübist ja osutatavate teenuste keerukusest. Sellise detailse regulatsiooni kaudu on võimalik kujundada tervishoiuteenuste pakkumist viisil, mis vastab ühiskonna vajadustele ja tagab teenuste ohutuse ning kvaliteedi.

8.6.6. Riigi otsene roll tervishoiuteenuste pakkumisel

Lisaks regulatiivsele rollile sekkub riik paljudes tervisesüsteemides ka otseselt teenuste pakkumisse. Turukorralduse ja teenuste pakkumise otsese reguleerimise kõige mõjusam vorm on riiklik tervishoiusüsteem, kus esmatasandi teenuseosutajad ja haiglad võivad olla riigi või kohaliku omavalitsuse asutused. Sellisel juhul määrab riik otseselt pakutavate teenuste nimekirja ning nende osutamiseks eraldatavate ressursside mahu.

Samuti võib riik omada ja hallata tervishoiusüsteemi toimimiseks vältimatuid tugiteenuseid pakkuvaid asutusi, näiteks infotehnoloogilisi süsteeme arendavaid ja haldavaid organisatsioone. Selline otsene sekkumine võimaldab riigil paremini suunata tervishoiusüsteemi arengut ning tagada teenuste kättesaadavus ka olukordades, kus turupõhine pakkumine oleks ebapiisav.

8.7. Tervisesüsteemi valitsemine ja poliitika

Tervisesüsteemi eesmärkide saavutamise eelduseks on terviklik valitsemismudel, mis määratleb süsteemi osapoolte rollid ja vastutuse, nendevahelise koostöö põhimõtted ning tervishoiuressursside kasutamist reguleerivad reeglid. Valitsemismudel sätestab osapoolte kohustused, ressursside kasutamisele kohaldatavad standardid ja normid ning erinevate osapoolte õigused otsustusprotsessides. Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) käsitluses hõlmab tervisesüsteemi valitsemine eri osapoolte ja sidusrühmade – sealhulgas riiklike institutsioonide, tervishoiuteenuste osutajate, patsientide ja nende perede, kogukondade, kodanikuühiskonna organisatsioonide ning erasektori – omavaheliste suhete korraldamist ja koordineerimist. Valitsemise keskne eesmärk on tagada, et tervisesüsteem toimiks läbipaistvalt, vastutustundlikult ning kooskõlas ühiskonna tervisevajaduste ja väärtustega.

Tervisesüsteemi poliitika kujundamine ja elluviimine loob raamistiku, mille kaudu määratletakse süsteemi eesmärgid, prioriteedid ja toimetehhanismid ning luuakse eeldused tervishoiuressursside tõhusaks ja õiglaselt jaotatud kasutamiseks. Ilma selge poliitilise suunata ja toimiva valitsemiseta ei ole võimalik tagada tervisesüsteemi suutlikkust reageerida muutuvatele tervisevajadustele, tervisekriisidele ega pikaajalistele rahvastiku- ja tervisetrendidele.

8.7.1 Süsteemi juhtimise ja valitsemise põhielemendid

Eelnevas kirjeldatud tervisesüsteemi valitsemise üldiste eesmärkide saavutamine eeldab selgelt määratletud juhtimis- ja valitsemise põhielemente. Sarnaselt teistele ühiskonnaelu valdkondadele hõlmab ka tervisesüsteemi valitsemismudel kõiki süsteemi osapooli ning käsitleb nende rolle, vastutust ja omavahelisi suhteid. WHO käsitluses tähendab tervisesüsteemi valitsemine mehhanisme ja institutsionaalseid korraldusi, mille abil kujundatakse tervishoiusüsteemi arengusuunda ning juhitakse eri osapoolte vahelist koostööd. Valitsemine ei piirdu üksikute regulatsioonide kehtestamisega, vaid hõlmab terviklikku raamistikku, mis määrab otsustusõiguse ja vastutuse jaotuse ning loob eeldused süsteemi koordineeritud toimimiseks. Sellise lähenemise eesmärk on tagada, et tervisesüsteemi areng oleks kooskõlas rahvastiku tervisevajaduste, ühiskondlike väärtuste ja pikaajaliste strateegiliste eesmärkidega.

Tervisesüsteemi juhtimine ja valitsemine hõlmavad nii normide ja standardite väljatöötamist kui ka nende rakendamise süstemaatilist jälgimist ja hindamist. Oluline ei ole üksnes reeglite olemasolu, vaid ka nende tegelik mõju süsteemi toimimisele. Tõhus valitsemine eeldab pidevat analüüsi, mille abil hinnatakse, kas kehtivad korraldused toetavad tervishoiuteenuste kvaliteeti, kättesaadavust ja süsteemi kohanemisvõimet muutuvates oludes.

Lisaks normide ja reeglite kehtestamisele on tervisesüsteemi valitsemise keskne osa süsteemi toimivuse regulaarne hindamine. See tähendab kehtivate kokkulepete ja kujunenud praktikate täitmise jälgimist ning hinnangu andmist nende asjakohasusele, tõhususele ja kooskõlale ühiskonna muutuvate tervisevajadustega. Tagasisidestatud hindamine võimaldab tervisesüsteemil õppida, kohaneda ja reageerida uutele väljakutsetele, sealhulgas demograafilistele muutustele, tervisekriisidele ja tehnoloogilisele arengule.

Tervisesüsteemi valitsemisraamistiku lahutamatuks osaks on ka reeglid, mis kehtivad valitsemisraamistiku enda suhtes. Need määratlevad osapoolte õigused ja kohustused, otsustusõiguse ulatuse ning vastutuse jaotuse erinevate institutsioonide ja valitsemistasandite vahel. Selge ja läbipaistev valitsemisraamistik loob eeldused usaldusväärseks, õiglaselt toimivaks ja kestlikuks tervisesüsteemiks.

Tervishoiuteenuste osutamise seisukohalt on oluline roll nii esmatasandi teenuseosutajatel kui ka haiglatel kui iseseisvatel organisatsioonidel, mille majanduslik toimimine, töökorraldus ja otsustusstruktuurid mõjutavad otseselt teenuste kättesaadavust ja raviprotsessi kvaliteeti. Teenuseosutajate sisemised reeglid, finantsjuhtimise põhimõtted ning raviprotsessi reguleerivad eeskirjad ja nende täitmise järelevalve on eelduseks, et patsiendile oleks tagatud parim võimalik ravitulemus. Samad põhimõtted kehtivad ka ravimite ja meditsiiniseadmete kättesaadavust tagavate süsteemi osaliste suhtes.

Siiski on tervisesüsteemi valitsemise ja tõhusa toimimise tagamisel keskne roll riigil ja avalikul sektoril. Riigi ülesandeks on kujundada teadmisi- ja tõenduspõhist tervisepoliitikat ning kehtestada regulatiivne raamistik, mis suunab tervisesüsteemi arengut ning tagab rahvastiku tervise kaitse ja tervisetulemite paranemise. Tasakaalustatud ja jätkusuutliku tervisepoliitika eesmärk on toetada sellist süsteemi, kus terviseressursside tõhusa kasutamise tulemuseks on patsiendi parim võimalik tervisetulemus ja rahulolu ning rahvastiku tervisenäitajate paranemine. Need eesmärgid on kooskõlas rahvusvaheliselt tunnustatud *triple aim*'i kontseptsiooniga, mis keskendub patsiendikogemuse parandamisele, rahvastiku tervise edendamisele ja tervishoiukulude tõhusale ohjamisele. Üha enam rõhutatakse tervisepoliitikas ka *quadruple aim*'i lähenemist, mis laiendab eelnevat raamistikku, tuues eraldi fookusesse tervishoiutöötajate heaolu ja töörahulolu kui tervisesüsteemi kestlikkuse olulise eelduse. Võtmetähtsusega on seejuures tervishoiutöötajate kui tervisesüsteemi ühe olulisima osapoole heaolu, mille aluseks on võimalus raviprotsessi juhtida ning rakendada selleks oma teadmisi ja professionaalseid oskusi.

8.7.2 Tervisesüsteemi juhtimine ja valitsemine – riigi sekkumise põhimõtted

Juhtimine ja valitsemine tervisesüsteemis hõlmavad strateegiliste poliitiliste raamistike kujundamist ja rakendamist, mida toetavad tõhus järelevalve, õigusnormid, stiimulid ning vastutuse mehhanismid. Hea valitsemine tähendab suutlikkust suunata tervisesüsteemi arengut terviklikult, pöörates

tähelepanu süsteemi ülesehitusele, osapoolte rollidele ja vastutusele ning süsteemi kohanemisvõimele muutuv keskkonnas.

Kuigi iga riigi tervisesüsteemi juhtimis- ja valitsemismudel on kujunenud ajaloolise ja sotsiaalmajandusliku konteksti mõjul, on rahvusvaheliselt teada mitmed ühised hea valitsemise põhimõtted. Hea valitsemine eeldab, et tervishoiu eest vastutavad institutsioonid võtavad vastutuse kogu tervishoiusektori toimimise eest, mitte üksnes avaliku sektori teenuste otsese osutamise eest. See hõlmab nii olemasolevate probleemide lahendamist kui ka tulevaste riskide ja tervisehädade ennetamist.

Sellest tulenevalt on riiklike tervisepoliitikate, strateegiate ja tegevuskavade kujundamise läbipaistvus, arusaadavus ja kaasav protsess keskse tähtsusega nende mõistetavuse ja legitiimsuse tagamisel ühiskonnas. Tervisepoliitika aluseks peavad olema selged eesmärgid, nagu inimesekeskse tervishoiu edendamine, rahvatervise tugevdamine, tervisealase ebavõrdsuse vähendamine ning tõhus ja vastutustundlik juhtimine. Strateegiad peavad ühtlasi kirjeldama, kuidas neid eesmärke saavutatakse rahastamise, inimressursside, ravimite ja tervisetehnoloogiate, infrastruktuuri ning teenuste osutamise korralduse kaudu.

Kaasaegses tervisepoliitikas on riikliku sekkumise keskseks eesmärgiks kujundada selline tervisesüsteemi valitsemise ja juhtimise raamistik, mis toetab tõenduspõhise tervishoiu rakendamist. Tõenduspõhine meditsiin tähendab, et otsused patsiendi ravi ja tervishoiuteenuste korralduse kohta tehakse parima kättesaadava teadusliku tõendusmaterjali alusel, arvestades seejuures kliinilist ekspertiisi ning patsiendi väärtusi ja eelistusi. Selline lähenemine eristab tõenduspõhist tervishoidu autoriteedile, traditsioonile või üksikutele kogemustele tuginevast otsustamisest ning seab keskele kohale süstemaatilise ja kriitilise teadustõendite hindamise.

Tervisesüsteemi valitsemise seisukohalt eeldab tõenduspõhise meditsiini rakendamine mehhanismide olemasolu, mis toetavad teaduspõhiste ravijuhiste, tervisetehnoloogiate hindamise protsesside ja otsustuskriteeriumide kasutamist kogu süsteemis. See hõlmab nii tervishoiutöötajate koolitamist kui ka institutsionaalsete struktuuride loomist, mis võimaldavad teadustulemuste järjepidevat integreerimist kliinilisse praktikasse ja poliitikakujundamisse. Selline raamistik aitab tagada, et tervisesüsteemi ressursse kasutatakse põhjendatult, läbipaistvalt ja patsiendi tervisetulemite parandamise eesmärgil.

8.7.3 Tervisesüsteemi reeglid – meditsiinitooted ja tehnoloogiad

Tervisesüsteemi juhtimise ja valitsemise põhimõtted avalduvad praktilisel tasandil eelkõige meditsiinitoodete, tehnoloogiate ja andmete reguleerimise kaudu. Tervishoiuteenuste universaalne kättesaadavus on tihedalt seotud sellega, kuivõrd on elanikkonnale tagatud tõenduspõhiste ja kulutõhusate ravimite, vaktsiinide, diagnostikavahendite ja tervisetehnoloogiate kättesaadavus. Need ressursid moodustavad tervisesüsteemi olulise osa ning avaldavad märkimisväärt mõju nii ravi kvaliteedile kui ka tervisesüsteemi kulustruktuurile.

Sellest tulenevalt on meditsiinitoodete ja tervisetehnoloogiate turgu reguleerivad reeglid ning vastavad institutsioonid riikliku tervisepoliitika keskne osa. Riiklik regulatiivne raamistik peab tagama meditsiinitoodete ohutuse, kvaliteedi ja usaldusväärsuse kogu nende elutsükli vältel. Hästi toimiv reguleerimissüsteem loob aluse sellele, et tervisetehnoloogiate kasutamine oleks nii meditsiiniliselt põhjendatud kui ka majanduslikult jätkusuutlik.

Riik kehtestab üksikasjalikud eeskirjad ja standardid, millele peavad vastama kõik tervisesüsteemis kasutatavad raviteenused, ravimid, meditsiiniseadmed ja muud meditsiinitooted. Raviprotsessis kasutamise eelduseks on nende tõenduspõhisus ning positiivse mõju tõendamine patsiendi ja rahvastiku tervisetulemitele teaduslike meetodite abil. Tõenduspõhiste teenuste, ravimite ja tehnoloogiate kättesaadavuse toetamiseks koostatakse vastavad nimekirjad ja registrid, mis suunavad hankimist, hüvitamissüsteeme ja koolitust ning toetavad kulutõhusust ja ühtlast ravikvaliteeti.

Võrdselt oluline on ravimite ja tervistehnoloogiate varustussüsteemide olemasolu ja toimekindlus. Lisaks turule lubamisele tuleb tagada nende pidev füüsiline kättesaadavus tervisesüsteemis. Kuigi tarnimine, logistika ja hankimine on valdavalt tervishoiuettevõtete ülesanne, on riigi roll kehtestada miinimumnõuded ning jälgida kriitiliste ressursside olemasolu pöörates erilist tähelepanu haavatavatele elanikkonnarühmadele.

8.7.4. Tervisesüsteemi reeglid – e-tervis ja digitaalsed terviselahendused

Tervisesüsteemi digitaliseerimine ja e-tervise rakendamine eeldavad selget ja terviklikku regulatiivset raamistikku, mis määratleb digilahenduste kasutamise tingimused, osapoolte vastutuse ning terviseandmete töötlemise põhimõtted. E-tervis ei ole üksnes tehniline lahendus, vaid osa tervisesüsteemi toimimisest, mistõttu peavad selle kasutamisele kehtestatud reeglid tagama nii patsiendi õiguste kaitse, teenuste kvaliteedi kui ka tervisesüsteemi usaldusväärse ja kestliku toimimise. Riigi roll e-tervise valdkonnas seisneb seega ühtaegu võimaldava keskkonna loomises ja riskide maandamises.

E-tervise regulatsiooni keskmes on terviseandmete kogumine, töötlemine ja kasutamine. Kuna terviseandmed kuuluvad eriliiki isikuandmete hulka, on nende töötlemisel kohustuslik järgida rangemaid andmekaitse nõudeid, sealhulgas selgelt määratletud eesmärgi, minimaalsuse ja proportsionaalsuse põhimõtteid ning isikuandmete kaitse üldmäärusest (GDPR) tulenevaid nõudeid. Regulatiivne raamistik peab tagama andmete konfidentsiaalsuse, terviklikkuse ja kättesaadavuse, säilitades samal ajal patsiendi õiguse olla teadlik oma andmete kasutamisest ning kasutada seadusest tulenevaid õigusi, sealhulgas andmetega tutvumist, nende parandamist ja töötlemise piiramist.

Lisaks andmekaitsele hõlmab e-tervise reguleerimine ka nõudeid digilahenduste kvaliteedile, töökindlusele, kasutajamugavusele ja koostalitlusvõimele. Riik kehtestab standardid ja juhised, mis tagavad, et tervise infosüsteemid, andmevahetusplatvormid ja digitaalsed teenused oleksid omavahel ühilduvad ning toetaksid raviprotsessi järjepidevust üle erinevate teenuseosutajate ja ravitasandite. Koostalitlusvõime puudumine või killustunud infosüsteemid võivad suurendada ravikatkestuste riski ja vähendada tervishoiuteenuste kvaliteeti, mistõttu on ühtsete standardite ja arhitektuursete põhimõtete kehtestamine e-tervise valitsemise keskne ülesanne.

E-tervise regulatsioon peab arvestama ka digilahenduste mõju tervishoiuteenuste osutamisele ja tervishoiutöötajate töökorraldusele. Digitaalsed tervisetööriistad, sealhulgas kliinilised otsustustoad ja kaugteenused, mõjutavad otseselt raviprotsessi ja vastutuse jaotust. Seetõttu on oluline, et regulatiivne raamistik selgitaks digilahenduste rolli kliinilistes otsustes, määratleks vastutuse võimalike vigade korral ning toetaks tervishoiutöötajate professionaalset autonoomiat ja eetilisi põhimõtteid. E-tervise reeglid peavad looma tasakaalu innovatsiooni soodustamise ja patsiendiohutuse tagamise vahel.

Riikliku e-tervise valitsemise oluline osa on ka digilahenduste kasutamise seire ja hindamine. Regulatsioon ei piirdu üksnes reeglite kehtestamisega, vaid hõlmab ka mehhanisme, mille abil hinnatakse e-tervise rakenduste mõju tervishoiuteenuste kättesaadavusele, kvaliteedile, kulutõhususele ja tervisetulemitele. Selline tagasisidestatud lähenemine võimaldab kohandada kehtivaid reegleid vastavalt tehnoloogia arengule, kasutuskogemustele ja ühiskonna muutuvatele ootustele.

Selleks, et infosüsteemid saaksid omavahel turvaliselt andmeid ja teavet vahetada, tuleb kehtestada reeglid ka neid infosüsteeme omavatele organisatsioonidele ja kasutavatele spetsialistidele. Näiteks on vaja riiklikke või piirkondlikke digitaalseid tervishoiuteenuse osutajate ja tervishoiutöötajate registreid, mis oleksid kasutajatele reaalajas kättesaadavad, et kontrollida asutuste litsentse või spetsialisti ligipääsuõiguseid. Eestis haldab Terviseamet riiklikku tervishoiutöötajate registrit ja vastutab tervishoiutöötajate (nt arstid, õed, ämmaemandad jt) registreerimise eest ning registri toimingute läbiviimise eest. Rahastatavate tervishoiuteenuste loendi eest vastutab Tervisekassa.

Kokkuvõttes on e-tervise regulatsioon tervisesüsteemi valitsemise lahutamatu osa, mille eesmärk on tagada, et digilahendused toetaksid patsiendikeskset, integreeritud ja tõenduspõhist tervishoidu. Selged reeglid, läbipaistev vastutuse jaotus ning tõhus järelevalve loovad aluse usaldusväärsele digitaalsele tervisesüsteemile, kus inforessursse kasutatakse vastutustundlikult ning kooskõlas tervisesüsteemi üldiste eesmärkidega.

8.7.5. Tervishoiusüsteemi reeglid – tervishoiuteenuste pakkujad

Tervisesüsteemis kasutatavate toodete ja tehnoloogiate suhtes kehtivad reeglid moodustavad ühe olulise osa süsteemi valitsemisest. Tervisesüsteemi valitsemise teine, vähemalt sama oluline osa puudutab tervishoiuteenuste pakkujatele ning raviprotsessile kehtestatavaid nõudeid. Ravimite, teenuste ja tehnoloogiate ning muude sarnaste tervisesüsteemi ressursside suhtes kehtivad standardid reguleerivad nii nende turule lubamist kui ka kättesaadavuse tagamiseks vajalikke tingimusi. Põhimõtteliselt kehtib samasugune regulatiivne jaotus ka tervishoiuteenuste pakkujate suhtes, kelle tegevus on otseselt seotud tervishoiusüsteemi eesmärkide saavutamisega.

Nagu eelnevates alapeatükkides käsitletud, on tervishoiusüsteemi valitsemise reeglite üheks keskseks eesmärgiks tagada tervishoiuteenuse osutajate jätkusuutlik ja tulemuslik toimimine. Teenuseosutajate sisemised reeglid, finantsjuhtimise põhimõtted ning raviprotsessi reguleerivad eeskirjad ja nende täitmise järelevalve on eelduseks, et patsiendile oleks tagatud parim võimalik ravitulemus. Haiglatele ja teistele tervishoiuteenuste pakkujatele kehtivad reeglid sätestavad muuhulgas nende poolt pakutavate tervishoiuteenuste loetelu, nõuded hoonetele, vajalikele seadmetele ja vahenditele ning kohustuslikele tugiteenustele. Teenuseosutajate sisemised reeglid tagavad omakorda, et tervishoiuteenuste osutamine ja raviprotsess vastaksid tõenduspõhise tervishoiu põhimõtetele.

Kui teenuseosutajate tegevust reguleerivad reeglid ja standardid aitavad tagada kvaliteetse ja tõenduspõhise tervishoiuteenuse osutamise igas eraldi võetud asutuses, siis tervisesüsteemi kui terviku eesmärkide saavutamiseks on keskse tähtsusega ka teenuste kättesaadavus. Kõige üldisemalt peab igas arenenud riigis olema tagatud tervishoiuteenuste ja ravi, samuti ravimite ja meditsiiniseadmete õigeaegne ning piisavas mahu kättesaadavus. Seetõttu on riikliku tervisepoliitika oluliseks eesmärgiks tagada tervishoiuteenuste osutamine piisavas mahu ning nende geograafiline kättesaadavus kogu riigi territooriumil. Riikliku poliitika eesmärk on seega ühelt poolt kindlustada

piisav esmatasandi ja eriarstiabi maht ning teiselt poolt tagada tervishoiuteenuste osutajate optimaalne geograafiline paiknemine, arvestades rahvastiku vajadusi ja regionaalseid eripärasid.

Lisaks riiklikele institutsioonidele ja regulatiivsetele mehhanismidele on tervisesüsteemi valitsemises oluline roll ka tervishoiutöötajate ja tervishoiuteenuste osutajate erialaliitudel. Nende organisatsioonide üheks keskseks ülesandeks on tõenduspõhiste kliiniliste ravijuhiste väljatöötamine ning nende laialdase rakendamise toetamine, et parandada raviprotsesside kvaliteeti ja patsiendi tervisetulemusi. Erialaliitude roll seisneb ühtlasi professionaalsete standardite kujundamises, teadmiste levitamises ning koostöös riiklike institutsioonidega tervishoiusüsteemi arendamisel.

8.8. Tervisesüsteemi rahastamine

Rahastamine on iga tervisesüsteemi üks kesksemaid funktsioone, kuna see määrab suurel määral süsteemis pakutavate tervise teenuste ja ravi kogumahu, tervishoiuressursside jaotuse ning kokkuvõttes tervise teenuste ja ravi kättesaadavuse ühiskonnas. Tervisesüsteemi rahastamise kaudu kujundatakse võimalused nii teenuste osutamiseks kui ka nende kasutamiseks erinevate elanikkonnagruppide poolt.

Raha kolm põhiülesannet ühiskonnas on teatavasti universaalne väärtuste mõõtmise funktsioon, käibevahendi ehk tehingutes kasutatava maksevahendi funktsioon ning väärtuse säilitamise ehk säästmise vahendi funktsioon. Samad põhimõtted kehtivad ka tervishoiusüsteemi rahastamises. Sellest tulenevalt on tervishoiu rahastamise kesketeks küsimusteks tervishoiuteenuste, ravimite ja muude vajalike vahendite hinnakujundus, tervisesüsteemis osutatavate teenuste ja raviprotsessi eest tasumise korraldus ning piisavate rahaliste vahendite olemasolu, et tagada ühiskondlikult optimaalses mahus tervise teenuste ja ravi pakkumine.

Kokkuvõttes tegeleb tervisesüsteemi rahastamine põhiliste küsimustega: **kes maksab, kellele makstakse ning kui palju ja millisel viisil makstakse.**

8.8.1. Üldist

Nagu eelnevalt välja toodud, põhineb tervisesüsteem inimese ja tervishoiutöötaja vahelisel kontaktil, mille käigus osutatakse tervishoiuteenuseid. See majanduslikus mõttes näiliselt lihtne tehing on tegelikult kõigi tervisesüsteemi rahastamist puudutavate küsimuste aluseks. Iga tervishoiuteenuse osutamine eeldab ressursside kasutamist ning seega ka rahalist tasustamist.

Kõige lihtsamal kujul, kui tervishoiusüsteem toimiks sarnaselt paljude teiste majandusharudega nn vaba turu põhimõtete alusel, oleks tervishoiuteenuste ja ravi eest tasumine patsiendi ja teenuseosutaja omavahelise kokkuleppe küsimus. Sellisel juhul määraksid teenuste hinna ja ravi mahu maksejõuline nõudlus tervise teenuste järele ning sellele vastav pakkumine. Tervishoiuteenuste kättesaadavus sõltuks otseselt indiviidi majanduslikust võimekusest.

Praktikas on aga selge, et reguleerimata ostu-müügi suhtel põhinev tervishoiuteenuste pakkumine ei taga ühiskonna tervisetulemuste parandamiseks ega iga patsiendi hea tervise saavutamiseks vajalikke ravimahtusid. Samuti ei kindlusta selline süsteem tervise teenuste õiglast ja optimaalset jaotust

ühiskonna erinevate sotsiaalsete ja majanduslike gruppide vahel. Tervishoiusektorile on iseloomulikud mitmed turutõrked, nagu informatsiooni asümmeetria, ebakindlus ja ebavõrdne ligipääs teenustele.

Seetõttu on igas kaasaegses ühiskonnas riigil oluline roll tervisesüsteemi kui terviku reguleerimisel ning eriti keskne on riigi vastutus tervisesüsteemi rahastamise korraldamisel. Riik sekkub rahastamisse eesmärgiga tagada tervishoiuteenuste kättesaadavus, kvaliteet ja õiglane jaotus kogu elanikkonna ulatuses.

Kokkuvõttes on tervisesüsteemi rahastamise põhiküsimustele – **kes maksab, kellele makstakse ning kui palju ja kuidas makstakse** – vastuste leidmine üks riikliku tervishoiupoliitika keskseid ülesandeid ja olulisemaid eesmärke.

Kuivõrd tervisesüsteemide korraldus erineb isegi arenenud riikide vahel märkimisväärselt, on ka tervisesüsteemi rahastamise mudelid väga mitmekesised. Samas ühendab peaaegu kõiki arenenud riikide rahastamismudeleid ühine eesmärk toetada tervisesüsteemi üldiste eesmärkide saavutamist. Rahastamismudelite ülesandeks on ühelt poolt tagada tervise- ja raviteenuste piisav kogumaht ning nende kättesaadavus vastavalt rahvastiku tervisevajadustele ja inimeste ootustele. Teisalt on oluline pakkuda elanikkonnale rahalist kaitset terviseprobleemide korral ning vältida olukordi, kus vajalik ravi jääb saamata rahaliste vahendite puudumise tõttu.

Need eesmärgid tuleb saavutada piiratud eelarveressursside tingimustes, mis kajastavad ühiskondlikku kokkulepet tervisesüsteemi käsutuses olevate rahaliste vahendite kogumahu ning nende kasutamise prioriteetide kohta.

8.8.2. Tervisesüsteemi rahastamine: kes maksab?

Tervisesüsteemi rahastamise esimene ja kõige kesksem küsimus on: **kes maksab tervishoiuteenuste ja ravi eest?** Nagu eelnevas peatükis rõhutatud, on just vastus sellele küsimusele määrava tähtsusega kogu tervisesüsteemi toimimise, teenuste kättesaadavuse ning ühiskondlike tervisetulemuste seisukohalt. Kõige lihtsam terviseteenuste pakumise mudelis on vastus sellele küsimusele näiliselt selge – tervishoiuteenuste ja ravi eest tasub inimene ise, kes teenust kasutab. Selline lähenemine vastab klassikalisele turumajanduse loogikale, kus teenuse hind ja maht kujunevad teenuseosutaja ja tarbija vahelise tehingu tulemusel.

Sellest lähtuv individuaalse vastutuse mudel tundub esmapilgul intuitiivne, kuid nagu eelnevalt käsitletud, osutub see tervishoiu valdkonnas kiiresti problemaatiliseks. Sellise äärmiselt lihtsustatud rahastamismudeli rakendamisel jääb pakutavate tervishoiuteenuste ja ravi maht nii ühiskonna kui ka enamiku üksikisikute jaoks kaugele vajalikust ja optimaalsest tasemest. Tõsisemate terviseprobleemide ilmnemisel on vajaliku ravi maksumus reeglina väga kõrge ning ületab oluliselt inimeste igapäevases käsutuses olevaid rahalisi vahendeid. See omakorda suurendab vaesusriski ning loob olukorra, kus inimene ei ole suuteline vajalikku ravi vajaliku mahuga tasuma.

Ka olukorras, kus teatud tervisemuresid on võimalik ennetada, ei kõrvalda individuaalne rahastamine kõiki probleeme. Kuigi ennetusteenused ei ole sageli väga kallid, võivad ka suhteliselt väikesed omamaksed igapäevases elus toimida demotivaatorina ning kujuneda oluliseks barjääriks teenuste kasutamisel. Seeläbi võib individuaalne maksmine viia paradoksaalselt olukorrani, kus ennetavate teenuste vähene kasutamine suurendab hilisemaid ja kulukamaid ravivajadusi.

Arvestades individuaalse tasumisega kaasnevaid riske, võib näiliselt loogilise alternatiivina tunduda lahendus, kus inimesed koguvad tervena oldud aja jooksul sääste, mille arvelt katta tulevikus võimalikke tervishoiukulusid. Ka see lähenemine ei lahenda aga tervikuna tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja rahastamise probleeme. Konkreetsete ravivajaduste mahtu ja nende tekkimise tõenäosust on üksikisiku tasandil võimatu usaldusväärselt prognoosida ning kogutavate säästude suurus sõltub otseselt inimese sissetulekust.

Sellises olukorras tekib ühiskondlikult ebaefektiivne tulemus: kõrgema sissetulekuga inimesed ja perekonnad koguvad terviseriskide katmiseks sageli ebaproportsionaalselt palju vahendeid, samas kui madalama sissetulekuga inimestel puudub selleks reaalne võimalus. Ainult eraisikute ja perekondade vabatahtlikel otsustel põhinev tervisesüsteemi rahastamine ei taga seega tervisesüsteemi ühegi põhieesmärgi täitmist ning võib pidurdada ka majanduse arengut laiemalt. See on ootuspärane, kuna selline rahastamismudel ei leevenda tervisesüsteemile omaseid turutõrkeid, vaid pigem süvendab neid.

Eeltoodud piirangutest tulenevalt on kõik arenenud riigid tervisesüsteemis maksja põhirolli järkjärgult nihutanud üksikisikult eemale ning asendanud selle **riskijagamise põhimõttega**. Riskijagamine võimaldab jaotada tervisega seotud rahalised riskid suurema hulga inimeste vahel ning vähendada üksikisiku kokkupuudet ettenägematult suurte kuludega. Kõige levinumaks riskijagamise mehhanismiks on tervisekindlustus, mis toimib oma olemuselt sarnaselt teiste kindlustusliikidega. Inimesed tasuvad regulaarselt kindlustusmaksleid kindlustust pakkuvale asutusele ning tervisemurede ilmnemisel tasub ravikulude eest tervishoiuteenuse osutajale kindlustusandja.

Tervisekindlustuse kujunemine on olnud ajalooline ja institutsionaalne protsess. Paljudes riikides algas see vabatahtlikel alustel, sageli ühe ettevõtte, ameti- või sotsiaalse grupi liikmete kollektiivse kindlustamisena. Ühiskonna arenedes ja tervishoiuvajaduste kasvades on neid algselt vabatahtlikke või töösuhtel põhinevaid kindlustusskeeme järjest enam reguleeritud. Tänapäeval on tervisekindlustuse olemasolu enamikus arenenud riikides ühel või teisel viisil kohustuslik. Riiklikud regulatsioonid ja motivatsioonimehhanismid tagavad, et inimestel on tervisekindlustuse kaudu võimalus katta vajalikud ravikulud terviseprobleemide ilmnemisel.

Koos tervisekindlustuse laienemisega on muutunud ka selle sisu ja roll. Aja jooksul on rahastatavate teenuste ring laienenud, hõlmates lisaks raviteenustele ka ennetust ning teatud juhtudel isegi sotsiaalteenuseid, mis toetavad inimeste üldist heaolu. Selline areng peegeldab tervisekindlustuse kasvavat rolli mitte ainult haiguste ravis, vaid ka tervise säilitamises ja parandamises.

Tervisekindlustusel põhinev rahastamine on olemuslikult seotud **solidaarsuse põhimõttega**. Ravi vajamise tõenäosus suureneb vanuse kasvades, mil inimeste sissetulekud on sageli väiksemad, samas kui nooremas eas, mil terviseriskid on üldjuhul madalamad, on inimeste sissetulekud sageli suuremad. Seega toimub tervisekindlustussüsteemis vahendite ümberjaotamine tervematelt haigematele ning nooremalt vanematele kindlustatutele.

Riiklik regulatsioon on aja jooksul tugevdanud solidaarsuse toimimist ning laiendanud selle ulatust. Tervisekindlustuse kaudu tasutavate raviteenuste maht ei sõltu reeglina inimese individuaalsetest terviseriske suurendavatest isiklikest asjaoludest. Lisaks lisandub sageli kolmas solidaarsuse mõõde – vahendite ümberjaotamine kõrgema ja madalama sissetulekuga kindlustatute vahel. Praktikas väljendub see kindlustusmaksete sidumises kindlustatu sissetulekuga või madalama sissetulekuga kindlustatutele kindlustusmakse kompenseerimises.

Solidaarsuse põhimõtte rakendamine eeldab ka sobivat institutsionaalset korraldust. Kohustuslik ja solidaarne tervisekindlustus võib olla korraldatud mitmel viisil. Üheks võimaluseks on kohustus omada

kindlustust mõnes riigi poolt tegevusloa saanud tervisekindlustusasutuses. Teiseks, piirjuhtumina, võib riik võtta terviseriskide katmise täielikult enda kanda ning rahastada tervishoiuteenuseid otse riigieelarvest maksutulude arvelt. Sellisel juhul täidab riik sisuliselt tervisekindlustuse funktsiooni ning katab kõik terviseriskid kollektiivselt. Vahepealseks lahenduseks on riikliku tervisekindlustusasutuse kaudu toimiv süsteem, kus riiklik kindlustusastus katab kogu elanikkonna ja kindlustus on kohustuslik, kuid institutsionaalselt eristatud riigieelarvest. Kaasaegsetest ravikindlustuse põhimudelitest käsitletakse detailsemalt allpool.

Lõpetuseks tuleb rõhutada, et ka solidaarse tervisekindlustuse korral jääb teatud osa ravikuludest patsiendi otsemaksete kanda. Sõltuvalt tervisepoliitilistest eesmärkidest, näiteks soovist piirata mõne tervishoiuteenuse liigset kasutamist, võib patsient olla kohustatud tasuma osa talle osutatud teenuste maksumusest. Tavapärastelt maksavad patsiendid ka osa kindlustusega kaetud retseptiravimite ning isiklikuks kasutamiseks mõeldud meditsiiniseadmete eest. Lisaks on arenenud riikides teatud hulk tervishoiuteenuseid, mida kindlustus ei kata ning mille eest tasutakse kas otse teenuseosutajale või vabatahtliku kindlustuse kaudu. Mõnel juhul on võimalik tasuda ka kiirema teenuse osutamise eest.

8.8.3. Tervisesüsteemi rahastamine: kellele, kui palju ja kuidas makstakse?

Lisaks küsimusele, kes tervishoiuteenuste eest maksab, on tervisesüsteemi toimimise seisukohalt keske tähtsusega ka see, **kuidas maksja oma vahendeid kasutab**. Otsused selle kohta, kellele, millises mahus ja milliste reeglite alusel teenuste eest tasutakse, ei ole üksnes tehnilised, vaid kujutavad endast strateegilisi valikuid, millega maksja kujundab teenuste pakkumist, teenuseosutajate käitumist ning kogu tervisesüsteemi toimimist. Seetõttu käsitletakse tervishoiuteenuste eest maksmist üha enam strateegilise ostmise vaatenurgast, kus rahastamise kaudu suunatakse süsteemi arengut kooskõlas seatud tervisepoliitiliste eesmärkidega.

Sellest strateegilisest vaatenurgast lähtudes saab käsitleda ka tervisesüsteemi rahastamise teist põhiküsimust – **kellele, kui palju ja kuidas makstakse**. Võib oletada, et sellele küsimusele vastamine on mõnevõrra lihtsam kui küsimusele *kes maksab*, kuna teenuse eest makstakse alati teenuseosutajale. Ka tervisesüsteemis peab tervishoiuteenust osutav tervishoiutöötaja, esmatasandi tervisekeskus või haigla saama osutatud teenuste eest tasu. Samas muudavad tervisesüsteemi keerukus ja selle eripärad teenuseosutajale maksmise korralduse oluliseks tervisepoliitiliseks valdkonnaks, kus tuleb teha mitmeid põhimõttelisi valikuid, et tagada süsteemi eesmärkide saavutamine.

Esimene keskne küsimus teenuseosutajale maksmisel puudutab seda, **mille eest tasu makstakse**. Tervisesüsteemi nn vaba turu segmentis, kus teenuse eest maksab otse patsient, on vastus suhteliselt lihtne: makstakse nende teenuste ja ravi eest, mida teenuseosutaja patsiendile osutab. Sellisel juhul on peamiseks piiranguks teenuste vastavus riigi poolt kehtestatud nõuetele, mis määravad, milliseid ravimeetodeid, ravimeid või meditsiiniseadmeid on lubatud kasutada. Teenuse mahtu ja sisu piirab eeskätt patsiendi maksevõime.

Oluliselt keerulisemaks muutub küsimus kindlustusel või riigieelarvel põhinevate rahastamismudelite korral. Sellisel juhul peab teenuse eest maksja – olgu selleks era- või riiklik kindlustusastus või riik – arvestama piiratud rahaliste vahenditega, mille määravad kogutud kindlustusmaksete maht või riigieelarves tervishoiule eraldatud vahendid. Sellises olukorras on vältimatu, et maksja kehtestab

piirangud ravikulude hüvitamise kogumahule, mis omakorda määrab tervisesüsteemi solidaarsel rahastamisel põhineva osa pakutava ravi kogumahu.

Eelarvepiirangus püsimiseks peab maksja esmalt määratlema need tervishoiuteenused, ravimid ja meditsiiniseadmed, mille kasutamine raviprotsessis kaetakse solidaarsest rahastusest. Teisisõnu tuleb otsustada, **millised teenused ja tehnoloogiad kuuluvad hüvitamisele ning millistel tingimustel**. Reeglina tuginevad need otsused kahele keskele kriteeriumile: tõenduspõhisusele ja kulutõhususele. Tõenduspõhisus tähendab, et teenuse, ravimi või tehnoloogia mõju patsiendi tervises seisundile on teaduslikult tõendatud ning vastab tervishoiuturul osalemise nõuetele ja standarditele. Kulutõhususe hindamine on seevastu maksjapoolne otsus, mis põhineb hinnangul, kas teenuse või tehnoloogia kasutamisest saadav tervisetulemus on proportsionaalne selle eest makstava hinnaga.

Põhimõtteliselt väljendub kulutõhususe hindamine teenuse või tehnoloogia maksumuse ning selle kasutamise tulemusena saadava kvantifitseeritava tervisetulemi, näiteks võidetud eluaastate või kvaliteetsete eluaastate, suhtes. Selline analüüs on aluseks otsustele, millised teenused, ravimid ja meditsiiniseadmed kaasatakse solidaarselt rahastatavate hüvitiste hulka. Selle tulemusena kujunevad välja kindlustuse või riigieelarve poolt kaetavate teenuste, ravimite ja meditsiiniseadmete loetelud ning hinnakirjad.

Teine oluline küsimus puudutab seda, **millise meetodiga teenuseosutajale makstakse**. Esmapilgul võib tunduda, et kõige lihtsam lahendus on maksta kõigi raviprotsessis osutatud teenuste eest eraldi. Teenusepõhine tasustamine ongi olnud ajalooliselt kõige levinum makseviis nii kindlustus- kui ka eelarvelise rahastamise korral. Sellisel meetodil on aga selged puudused, kuna iga eraldi teenuse eest tasumine võib suurendada motivatsiooni teenuste liigseks kasutamiseks, ilma et see tingimata parandaks ravi tulemuslikkust.

Seetõttu on paljudes kaasaegsetes tervisesüsteemides hakatud üha enam kasutama alternatiivseid tasustamismeetodeid. Nende hulka kuuluvad fikseeritud tasud ühe raviepisoodi eest, kogu raviteekonna eest makstavad summad ning teatud juhtudel ka ravi tulemuslikkusega seotud tasustamismudelid. Sellised makseviisid võivad soodustada tõhusamat ressursikasutust ning suunata teenuseosutajaid keskendumale ravi kvaliteedile ja tervisetulemite parandamisele.

Viimastel aastatel on tasustamismudelite arendamisel üha enam lähtutud ka **väärtuspõhise tervishoiu** põhimõttest, mille kohaselt hinnatakse tervishoiu loodavat väärtust patsiendi jaoks saavutatud tervisetulemuste ja nende saavutamiseks tehtud kulutuste suhtena. Selle lähenemise raames toetavad tervisesüsteemi eesmärgi eelkõige tasustamismudelid, mis seovad teenuseosutajale makstava tasu raviepisoodide, raviteekondade või mõõdetavate tervisetulemustega, mitte üksikute teenuste mahuga. Sellised mudelid võivad vähendada stiimuleid teenuste liigseks kasutamiseks ning suunata tervishoiuteenuse osutajaid integreeritud, patsiendikesksele ja tulemuslikule ravile.

Kolmas oluline küsimus puudutab seda, **milliste teenuseosutajate poolt osutatud ravi eest maksja tasub**. Tavapäraselt on nii solidaarsel kindlustusel kui ka riigieelarvel põhinevates süsteemides määratletud strateegiliste teenuseosutajate võrgustik, eriti haiglaravi ja esmatasandi tervishoiu puhul. Nende teenuseosutajatega sõlmib maksja lepingud või kehtestab muud tingimused, mis määravad osutatava ravi mahu, hinnad ja tasustamise korra. Selline korraldus võimaldab tagada vajaliku ravimahtu ja teenuste kättesaadavust kogu elanikkonnale.

Lisaks võimaldab raviprotsessipõhine tasustamine maksta korraga mitmele teenuseosutajale, näiteks juhul, kui raviteekond hõlmab esmatasandi arstiabi, haiglaravi ja järelravi. Ravimite ja individuaalsete meditsiiniseadmete eest tasutakse tavapäraselt eraldi, sageli otse apteekidele või meditsiiniseadmete pakkujatele.

Tasub märkida, et eelarvelise rahastamise korral on põhimõtteliselt võimalik katta ka tervishoiuteenuse osutamise püsikuludid, näiteks haiglate ülalpidamiskulusid, sõltumata tegelikust teenuseosutamise mahust. Selline rahastamisviis seob eraldatavate vahendite hulga vaid kaudselt tegeliku teenuseosutamisega ning ei toeta seetõttu süsteemi tõhusust ega tervisetulemuste parandamist.

Kokkuvõttes võib järeldada, et tervishoiuteenuste eest maksmise korraldus on tervisesüsteemi rahastamise seisukohalt sama oluline kui küsimus, kes teenuse eest maksab. Kuigi teatud osa tervishoiuteenustest tasutakse endiselt patsientide poolt otse, on solidaarsel rahastamisel põhineva süsteemi puhul keske tähtsusega selgete ja läbipaistvate reeglite kehtestamine kaetavate teenuste, ravimite ja meditsiiniseadmete loetelu, makstavate hindade, makseviiside ning lepingupartnerite osas. Üha enam peavad need reeglid toetama patsiendikeskset, integreeritud ja ressursitõhusat ravi.

Sellisel kujul moodustavad peatükis käsitletud otsused – millised teenused ja tehnoloogiad kaetakse, kuidas teenuseosutajatele makstakse ning milliste partneritega lepingulised suhted sõlmitakse – **strateegilise ostmise tervikliku raamistiku tervisesüsteemis**. Eelneva süstemaatiline ja järjepidev rakendamine võimaldab maksjal kasutada rahastamist teadliku poliitikainstrumentina, millega suunata tervisesüsteemi arengut, toetada väärtuspõhise tervishoiu põhimõtteid ning saavutada paremad tervisetulemused piiratud ressursside tingimustes. Digitaalse tervisesüsteemi areng muudab need küsimused eriti aktuaalseks, eeskätt tasustamismeetodite ja kaetavate tehnoloogiate määratlemise kontekstis.

8.8.4. Kokkuvõte: tervisesüsteemide peamised rahastamismudelid

Eelnevates alapeatükkides analüüsiti tervisesüsteemi rahastamise keskseid küsimusi ning rõhutati, et vastused küsimustele *kes maksab, kellele makstakse ning kui palju ja kuidas makstakse* kujundavad otseselt tervishoiuteenuste kättesaadavust, jaotust ning rahalist kaitset. Käesolevas alapeatükis seotakse need üldised rahastamispõhimõtted konkreetsemate tervisesüsteemi korraldusviisidega, kirjeldades peamisi rahvusvahelises kirjanduses kasutatavaid tervisesüsteemide rahastamise ja korralduse mudeleid. Neid mudeleid kasutatakse analüütiliste raamistikena, mis aitavad mõista, kuidas erinevad ühiskonnad on eelnevates peatükkides käsitletud rahastamisküsimustele institutsionaalselt vastanud.

Tervisemajanduse ja tervishoiupoliitika kirjanduses eristatakse tavapäraselt nelja **kontseptuaalset rahastamis- ja korraldusmudelit**, mis kirjeldavad erinevaid viise, kuidas on jaotatud rahastamisvastutus, korraldatud riskijagamine ning määratletud riigi roll tervisesüsteemis. Praktikast ei rakendata neid mudeleid enamasti puhtal kujul, kuid need pakuvad kasuliku analüütilise aluse tervisesüsteemide võrdlemiseks ja toimetehhanismide mõtestamiseks.

Üheks klassikaliseks tervisesüsteemi rahastamise ja korralduse mudeliks on **Beveridge'i mudel**, mis on nimetatud William Beveridge'i järgi. Selle mudeli keskseks tunnuseks on tervishoiuteenuste rahastamine üldiste maksutulude arvelt ning riigi keskne roll nii maksja kui ka teenuste korraldajana. Tegemist on ühe maksjaga süsteemiga, kus tervishoiuteenuste kasutamisel ei kaasne patsiendile üldjuhul otseseid kulusid teenuse saamise hetkel. Riigi ulatuslik roll rahastamises võimaldab tugevat riskijagamist ning toetab tervishoiuteenuste universaalset kättesaadavust. Samas eeldab selline korraldus märkimisväärset avaliku sektori vastutust ja haldusvõimekust, et piiratud eelarveressursside tingimustes oleks tagatud teenuste piisav maht ja kvaliteet. Beveridge'i mudel kehtib eelkõige Ühendkuningriigi, Hispaania, Itaalia ning Soome ja Skandinaavia riikide tervishoiukorralduses.

Teist olulist kontseptuaalset mudelit esindab **Bismarcki mudel**, mis on nimetatud Otto von Bismarcki järgi ning tugineb kohustuslikule sotsiaalkindlustusele. Selle mudeli puhul rahastatakse tervishoiuteenuseid peamiselt tööandjate ja töötajate poolt tasutavate kindlustusmaksete kaudu. Tegemist on mitme maksjaga süsteemiga, kus kindlustusmakseid koguvad spetsiaalsed kindlustusasutused, kes hüvitavad tervishoiuteenuste kulud teenuseosutajatele. Rahastamise seotus tööhõive ja sissetulekutega loob tugeva solidaarsuse mõõtme ning võimaldab riskide ümberjaotamist kindlustatute vahel, nagu kirjeldatud peatükis 5.2. Samal ajal muudab selline rahastamisloogika süsteemi tundlikuks tööturu muutuste suhtes ning eeldab ulatuslikku riiklikku regulatsiooni, et tagada tervishoiuteenuste kättesaadavus kogu elanikkonnale. Bismarcki mudeli põhine rahastamine on Saksamaal, Prantsusmaal, Austrias, Šveitsis, Jaapanis ja Beneluxi maades.

Kolmas kontseptuaalne mudel ühendab endas **Beveridge'i ja Bismarcki mudelite** keskseid elemente ning seda käsitletakse tavapäraselt riikliku tervisekindlustuse mudelina. Tervishoiuteenuseid osutavad valdavalt eraõiguslikud teenusepakkujad, kuid rahastamine toimub ühe keskse kindlustusasutuse kaudu. Rahalised vahendid kogutakse maksude ja sotsiaalkindlustusmaksete abil ning riskijagamine toimub kogu elanikkonna ulatuses. Selline ühe maksjaga korraldus võimaldab tugevat kulukontrolli ja ühtset teenuste paketti, säilitades samas teenuseosutajate institutsionaalse mitmekesisuse. Eesti on üheks kombineeritud mudeli näiteks, kuid sarnast kombinatsiooni võib näha ka Lätis, Tšehhis ja Slovakkias ning mingil määral ka Prantsusmaal ja Jaapani tervishoiusüsteemides. See mudel illustreerib selgelt peatükis 8.8.2 käsitletud riskijagamise ja solidaarsuse põhimõtete institutsionaalset rakendamist.

Neljas käsitletav mudel kirjeldab tervisesüsteemi, kus tervishoiuteenuste eest tasutakse valdavalt patsientide otsemaksete kaudu teenuse kasutamise hetkel. Sellise rahastamiskorralduse puhul riskijagamine tegelikult puudub ning tervishoiuteenuste kättesaadavus sõltub suurel määral inimese maksevõimest. Riigi roll tervisesüsteemi rahastamises ja korraldamises on tagasihoidlik ning teenuste pakkumine tugineb valdavalt turupõhimõtetele. Nagu eelnevates alapeatükkides rõhutatud, ei toeta selline rahastamisloogika tervisesüsteemi põhieesmärkide saavutamist, kuna see ei paku piisavat rahalist kaitset ega taga tervishoiuteenuste optimaalset jaotust ühiskonnas. Patsientide otsemaksete kaudu teenuse tasumise mudel on levinud madalama sisemajanduse kogutoodanguga riikides.

Praktikas on enamik kaasaegseid tervisesüsteeme kujunenud **segamudelitena**, mis ühendavad erinevate kontseptuaalsete mudelite elemente, eeskätt Beveridge'i ja Bismarcki mudelite rahastamis- ja korraldusloogikat. Selline mitmekihiline lähenemine võimaldab kohandada tervisesüsteemi vastavalt ühiskondlikele eelistustele, institutsionaalsele arengutasemele ja eelarvelistele piirangutele. Samas suurendab see süsteemi keerukust ning võib tekitada riske ebavõrdse ligipääsu kujunemiseks erinevate elanikkonnarühmade vahel. Seetõttu on segamudelite puhul keskseks poliitiliseks ja majanduslikuks väljakutseks tagada, et riskijagamine ja rahaline kaitse oleksid piisavad ning et tervisesüsteemi rahastamine toetaks peatükkides 8.8.1 ja 8.8.2 käsitletud eesmärkide saavutamist kogu elanikkonna ulatuses.

8.8.5. Juhitud konkurents tervishoius

Eelpool käsitleti, kuidas tervisesüsteemi rahastamise ja teenuste eest maksmise korraldus loob raamid teenuseosutajate käitumisele ning kogu süsteemi toimimisele. Nende valikute loomulikuks jätkuks on küsimus, millisel viisil kasutatakse konkurentsi teenuseosutajate, kindlustusandjate ja tootjate vahel, et toetada seatud tervisepoliitilisi eesmärgi.

Tervisesüsteemi nn vaba turu segmendis toimib konkurents klassikalise turumajanduse loogika alusel, kuna inimene valib teenuseosutaja vastavalt oma eelistustele, hinnale ja tajutavale kvaliteedile. Nagu

korduvalt rõhutatud, ei ole selline reguleerimata konkurentsipõhine korraldus aga ei ühiskonna ega üksikisiku jaoks optimaalne ei tervisetulemuste ega rahastamise seisukohalt. Sellest hoolimata on oluline rõhutada, et konkurentsil on oma kindel ja sihipärane roll ka tervisesüsteemi nendes osades, kus rahastamine ja teenuste pakkumine on reguleeritud ning põhinevad solidaarsel rahastamisel. Sellist lähenemist kirjeldatakse sageli juhitud konkurentsiga (ingl k *managed competition*) mõistega, mille puhul konkurents kujundatakse teadlikult tervisepoliitiliste eesmärkide saavutamiseks.

Kohustuslikul eraravikindlustusel põhinevates tervisesüsteemi osades võivad inimesed valida kindlustusandja mitme konkureeriva kindlustusasutuse vahel. Kuigi kindlustusmaksete suurus ja kaetavate teenuste loetelu on sellistes süsteemides reeglina riiklikult reguleeritud, võivad kindlustusandjad konkureerida täiendavate hüvede, teeninduskvaliteedi, halduse tõhususe või ligipääsu korralduse kaudu. Põhimõtteliselt võib ka kohustusliku kindlustuse korral kindlustusmaksete suurus teatud ulatuses erineda ning inimesed saavad kindlustusandja valikul lähtuda erinevatest kvaliteedi- ja toimivusnäitajatest. Selline konkurents võib soodustada tõhusamalt tegutsevaid kindlustusasutusi ning parandada süsteemi üldist toimimist.

Solidaarsel kindlustusel põhinevas süsteemis ei piirdu konkurents üksnes kindlustusandjate tasandiga, vaid võib toimida ka strateegilise ostmise kaudu. Sellisel juhul ei konkureeri teenuseosutajad mitte otseselt patsientide, vaid ostja – näiteks kindlustusasutuse või riigi – lepingute nimel. Ostja saab seada teenuseosutajatele tingimusi, mis puudutavad osutatava ravi mahtu, kvaliteedinäitajaid, kättesaadavust, raviteekondade korraldust ning koostööd teiste teenuseosutajatega. Nii muutub konkurents tervisesüsteemis suunatud ja eesmärgipäraseks ning toetab süsteemi üldiste tervisepoliitiliste eesmärkide saavutamist.

Lisaks ostja ja teenuseosutajate vahelistele lepingulistele suhetele on strateegilise ostmise kontekstis oluline roll ka patsiendi valikul, mis loob aluse kvaliteedipõhisele konkurentsile tervisesüsteemis. Kuigi solidaarsel rahastamisel põhinevas süsteemis määrab maksja suurel määral teenuste katvuse, hinnad ja lepingupartnerid, mõjutavad patsiendi tegelikud valikud teenuseosutajate vahel kaudselt maksja strateegilisi otsuseid. Kui patsiendid eelistavad järjepidevalt teatud teenuseosutajaid parema ravikvaliteedi, tervisetulemuste, kättesaadavuse või teeninduskogemuse tõttu, kujuneb sellest oluline signaal maksjale teenuseosutajate hindamisel ja lepinguliste suhete kujundamisel. Digitaalsed rakendused ning patsientide kaasamine digiandmete ja -teenuste jagamisse suurendab tervishoiuteenuste osutamise läbipaistvust ja sellega patsientide usaldust. See omakorda on üheks teguriks, mille järgi arsti, kliinikut või haiglat valida. Eesti tervishoiusüsteemis on tervishoiuteenuse osutaja infosüsteemide olemasolu ja teabe digitaalne jagamine rahastamise üks eeldustest.

Selline mehhanism toetab kvaliteedipõhist konkurentsiga, kus teenuseosutajad ei konkureeri üksnes hinnaga või teenuste mahuga, vaid eelkõige ravi kvaliteedi ja saavutatud tervisetulemuste kaudu. Kvaliteedipõhine konkurents on kooskõlas väärtuspõhise tervishoiu põhimõttega, mille kohaselt tervishoius loodav väärtus määratletakse patsiendi jaoks saavutatud tervisetulemuste ja nende saavutamiseks tehtud kulutuste suhtena. Kui patsiendi valik, läbipaistev kvaliteediinfo ja strateegiline ostmine toimivad koos, saab maksja suunata ressursse nende teenuseosutajate poole, kes loovad suuremat väärtust piiratud ressursside tingimustes. Nii muutub patsiendi valik oluliseks täiendavaks mehhanismiks väärtuspõhise tervishoiu ja strateegilise ostmise rakendamisel.

Lisaks toimub konkurents tervisesüsteemis ka ravimite ja meditsiiniseadmete jaeturul. Siin avaldub see eelkõige hinnasurve, innovatsiooni ja asendatavuse kaudu ning seda kasutatakse teadlikult ära näiteks hankemenetluste, hinnaläbirääkimiste ja hüvitamisotsuste tegemisel. Selline juhitud konkurents aitab piiratud ressursside tingimustes saavutada paremat hinna ja kvaliteedi suhet ning toetab tervisesüsteemi kulutõhusust.

Kokkuvõte

Kokkuvõttes on konkurents ka solidaarse rahastamise põhimõtetele tuginevas tervisesüsteemis instrument, mis saab toetada tervisesüsteemi toimimist ja eesmärkide saavutamist. Reguleeritud ja juhitud konkurents võimaldab ühildada solidaarsel rahastamisel põhineva universaalse kättesaadavuse turumehhanismide tõhusust suurendava mõjuga. Kui konkurents on seotud strateegilise ostmisega ning suunatud kvaliteedi, ravitulemuste ja kulutõhususe parandamisele, saab sellest oluline osa väärtuspõhise tervishoiu rakendamisel. Sellisel kujul aitab juhitud konkurents kaasa tervisesüsteemi jätkusuutlikkusele ning võimaldab piiratud ressursside tingimustes saavutada paremaid tervisetulemusi kogu elanikkonna jaoks.

Kasutatud kirjandus

Adler-Milstein, J., Holmgren, A. J., Kralovec, P., Worzala, C., & Searcy, T. (2017). Electronic health record adoption in US hospitals: The emergence of a digital “advanced use” divide. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 24(6), 1142–1148. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocx080>

Ambalavanan, R., Snead, R. S., Marczika, J., Towett, G., Malioukis, A., & Mbogori-Kairichi, M. (2025). Challenges and strategies in building a foundational digital health data integration ecosystem: A systematic review and thematic synthesis. *Frontiers in Health Services*, 5, Article 1600689. <https://doi.org/10.3389/frhs.2025.1600689>

Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, 53(5), 941–973.

Barr, N. (2020). *The economics of the welfare state* (6th ed.). Oxford University Press.

Barry, M. J., & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared decision making—The pinnacle of patient-centered care. *New England Journal of Medicine*, 366(9), 780–781. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1109283>

Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The triple aim: Care, health, and cost. *Health Affairs*, 27(3), 759–769. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>

Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From triple aim to quadruple aim: Care of the patient requires care of the provider. *Annals of Family Medicine*, 12(6), 573–576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>

Carman, K. L., Dardess, P., Maurer, M., Sofaer, S., Adams, K., Bechtel, C., & Sweeney, J. (2013). Patient and family engagement: A framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Affairs*, 32(2), 223–231. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1133>

Centers for Medicare & Medicaid Services. (n.d.). *Quality initiatives—Patient assessment instruments: Clinicians*. <https://www.cms.gov>

Chen, Y., Lehmann, C. U., & Malin, B. (2024). Digital information ecosystems in modern care coordination and patient care pathways and the challenges and opportunities for AI solutions. *Journal of Medical Internet Research*, 26, e60258. <https://doi.org/10.2196/60258>

Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (4th ed.). Oxford University Press.

Dugas, M., Blumenstock, M., Dittrich, T., Eisenmann, U., Feder, S. C., Fritz-Kebede, F., Kessler, L. J., Klass, M., Knaup, P., Lehmann, C. U., Merzweiler, A., Niklas, C., Pausch, T. M., Zental, N., & Ganzinger, M. (2024). Next-generation study databases require FAIR, EHR-integrated, and scalable electronic data capture for medical documentation and decision support. *npj Digital Medicine*, 7(1), Article 10. <https://doi.org/10.1038/s41746-023-00994-6>

Elsevier. (2023). *Clinician of the future report 2023*. Elsevier.

Enthoven, A. C., & Van de Ven, W. P. M. M. (2007). Going Dutch—Managed competition health insurance in the Netherlands. *New England Journal of Medicine*, 357(24), 2421–2423. <https://doi.org/10.1056/NEJMp078199>

Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). The values and value of patient-centered care. *Annals of Family Medicine*, 9(2), 100–103. <https://doi.org/10.1370/afm.1239>

Figueras, J., Robinson, R., & Jakubowski, E. (Eds.). (2005). *Purchasing to improve health systems performance*. World Health Organization.

Folland, S., Goodman, A. C., Stano, M., & Danagouliau, S. (2024). *The economics of health and health care* (9th ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003308409>

Goodwin, N. (2016). Understanding integrated care: A complex process, a fundamental principle. *International Journal of Integrated Care*, 16(4), 1–4.

Horne, L. C., & Heath, J. (2022). A market failures approach to justice in health. *Politics, Philosophy & Economics*, 21(2), 165–189. <https://doi.org/10.1177/1470594X221089670>

Kasekamp, K., Habicht, T., Vörk, A., Köhler, K., Reinap, M., Kahur, K., Laarmann, H., & Litvinova, Y. (2023). *Estonia: Health system review*. *Health Systems in Transition*, 25(5), i–204.

Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S. V., English, M., García-Elorrio, E., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L. R., Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E. T., Liljestrand, J., ... Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: Time for a revolution. *The Lancet Global Health*, 6(11), e1196–e1252. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)

Mossialos, E., Wenzl, M., Osborn, R., & Anderson, C. (Eds.). (2016). *International profiles of health care systems*. The Commonwealth Fund.

Neumann, P. J., Cohen, J. T., & Weinstein, M. C. (2014). Updating cost-effectiveness—The curious resilience of the \$50,000-per-QALY threshold. *New England Journal of Medicine*, 371(9), 796–797. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1405158>

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2016). *Paying for performance in health care: Implications for health system performance*. OECD Publishing.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2017). *Caring for quality in health: Lessons learnt from 15 reviews of health care quality*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264267787-en>

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2019). *Health in the 21st century: Putting data to work for stronger health systems*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/e3b23f8e-en>

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2025). *Health at a glance 2025: OECD indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>

Pauly, M. V. (1968). The economics of moral hazard: Comment. *American Economic Review*, 58(3), 531–537.

Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477–2481. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>

- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care: Creating value-based competition on results*. Harvard Business School Press.
- Rajkomar, A., Dean, J., & Kohane, I. (2019). Machine learning in medicine. *New England Journal of Medicine*, 380(14), 1347–1358. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1814259>
- Rice, T. (2013). The behavioral economics of health and health care. *Annual Review of Public Health*, 34, 431–447. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114353>
- Riigi Teataja. (n.d.). *Tervishoiuteenuste korraldamise seadus*. <https://www.riigiteataja.ee/akt/130122025026>
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71–72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Savedoff, W. D. (2004). *Tax-based financing for health systems: Options and experiences* (Discussion Paper No. 4). World Health Organization.
- Thomson, S., Foubister, T., & Mossialos, E. (2010). *Financing health care in the European Union*. WHO Regional Office for Europe.
- Topol, E. (2019). High-performance medicine: The convergence of human and artificial intelligence. *Nature Medicine*, 25(1), 44–56. <https://doi.org/10.1038/s41591-018-0300-7>
- Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: A comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13, e010.
- Williams, G. A., Falkenbach, M., van Schaaijk, A., Batenburg, R., & Wismar, M. (2025). *Closing the digital skills gap in health care: Identifying core digital skills and competencies and education and training opportunities for health professionals in the European Union*. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Winter, A., Ammenwerth, E., Haux, R., Marschollek, M., Steiner, B., & Jahn, F. (2023). *Health information systems: Technological and management perspectives* (3rd ed.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-12310-8>
- World Health Organization. (2000). *The world health report 2000: Health systems: Improving performance*. WHO.
- World Health Organization. (2008). *Primary health care: Now more than ever*. WHO.
- World Health Organization. (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies*. WHO.
- World Health Organization. (2014). *Strategic purchasing for universal health coverage: Key policy issues and questions*. WHO.
- World Health Organization. (2016). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. WHO.

World Health Organization. (2018). *Declaration of Astana*. WHO.

World Health Organization. (2019). *WHO guideline: Recommendations on digital interventions for health system strengthening*. WHO.

World Health Organization. (2021). *Global strategy on digital health 2020–2025*. WHO.

World Health Organization. (2022). *Ethics and governance of artificial intelligence for health*. WHO.

World Health Organization. (2023). *Trust and transformation—Resilient and sustainable health systems for the future*. WHO.