

Tervisekassa arengukava

2026–2029

Pikendame tervena elatud eluaastaid ning tagame õigeaegse ja kvaliteetse abi õiges kohas. Korraldame inimese elukaarel tekkivate eluviisihäiguste ennetust ja ravi viisil, mis hoiab tervishoiusüsteemi tulud ja kulud tasakaalus.

Võtmeindikaatorid:

- Välditavate hospitaliseerimiste osakaal rahvastikust väheneb ja nendega seotud kulu osakaal statsionaarse eriarstiabi kuludest ei suurene.
- Eluviisihäiguste tõttu esmase haiglaravi vajajate vanus tõuseb ning hospitaliseeritud inimeste arv, haiglaravil viibimise aeg, sagedus ning osakaal statsionaarse eriarstiabi kulust langevad.
- Eluviisihäigustega seotud keskmine töövabastuspäevade arv väheneb.

1

Esmatasand on laiapõhjaline, tugev, integreeritud ja ühtlaselt kättesaadav kõikidele Eesti inimestele

Mõõdikud:

- Tervisekeskustes töötavate perearstide nimistusse kuulub 70% elanikkonnast.
- Perearsti meeskondade kättesaadavus ja kvaliteet paranevad:
 - inimese pöördumisest esmase vastuseni kulub tööpäevadel vähem kui 24 tundi
 - kõik perearstikeskused on inimesele kättesaadavad ka turvalise digikanali kaudu
 - E- ja F-kvaliteeditasemega praksiste osakaal langeb 60% võrra
 - EMO roheline ja sinise triaazikategooria patsientide osakaal langeb
- 88% või rohkem eluviisihäigustega patsientidest on aasta jooksul kontaktis esmatasandiga.
- Ennetusteenuste rahastus tervishoiuteenuste eelarvest suureneb.
- Esmakordse meeolelu- või ärevushäirega patsientide osakaal, kes on vaimse tervise abi saanud ainult perearstiabist, kasvab 10%.

Võtmetulemused:

1. Südame ja veresoontehaiguste ennetamiseks on välja töötatud toimiv mudel.
2. Tervisekeskuste moodustumist soodustavad tegevused toetavad integreeritud piirkondade mudelit.
3. Vaimse tervise abi kättesaadavus esmatasandil kasvab.
4. Perearstikeskuses on digitaalne töölaud oma nimistu tervisetulemite juhtimiseks. Uus tervisetulemite põhine töölaud toetab perearstiabi ravikvaliteeti.
5. Keskne terviseplaan on kättesaadav nii patsiendile kui ka ravimeeskonnale.

2

Rahastus on seotud ravitulemustega ning motiveerib teenuseosutajaid tõstma pakutavate teenuste kvaliteeti ja teenuste osutamise efektiivsust

Mõõdikud:

- Ravi tulemusega seotud rahastamine tõuseb 12%-ni keskmisest suurema eelarvemõjuga häiguste eelarvest.
- E-konsultatsioonile üle läinud erialadel pääseb 80% patsientidest eriarsti vastuvõtule õigel ajal.
- Välditavate eriarstiabi vastuvõttude osakaal diabeedi ja kõrgvererõhktõve korral langeb 10%.

Võtmetulemused:

6. Töotervishoiu, tööandjate ja perearstide koostöö.
7. Suunamised algavad e-konsultatsioonist.
8. Rohkematel erialadel kasutatakse tulemuspõhist rahastust.
9. Optimaalne ja vajaduspõhine tervishoiuteenuste strateegiline ostmine.
10. Patsiendi hinnang ravitulemusele on osa terviseinfosüsteemist.

3

Terviseandmed on korras, hästi turvatud ja lihtsalt kasutatavad

Mõõdikud:

- Perearstikeskuse töötaja aeg andmete leidmiseks ja kasutamiseks väheneb 20%.
- Elutähtsa teenuse osutajate (ETO) küberturbe tase on mõõdetav ja trend on positiivne.
- Perearstikeskustes sisestatud terviseandmed on standardiseeritud.
- Perearsti infosüsteemide keskmine kasutaja soovitusindeks (NPS) on 20.
- Hakatakse mõõtma rahulolu e-tervise toodetega.
- Keskne terviseandmete andmeladu on loodud.

Võtmetulemused:

11. Ennetusteenustes toimivad automaatsed suunamised ja teavitused.
12. Kliinilised ja ravikindlustuse andmed on kasutatavad ühtses andmelaos.
13. Tervishoiutöötajatel on keskselt toetatud ja turvalised IT-lahendused.

Tervisekassa arengukava 2026–2029

1. Tervisekassa visioon, missioon ja väärtused

Tervisekassa on avalik-õigusliku organisatsioonina Eesti tervishoiu peamine rahastaja, tehes seda solidaarsuse põhimõttel. Tervisekassa eesmärk on seadusest tulenevalt ravikindlustushüvitiste võimaldamine, tervishoiuteenuste eest tasumine ning tervishoiuteenuste korraldamine. Seadusega antud ülesannete täitmisel lähtub Tervisekassa parimast kättesaadavast tõendusest, andmetest ja kohalikes oludes tehtud mõjuanalüüsides, et toetada tervena elatud eluaastate kasvu ning kasutada raviraha targalt. Järgides üldtunnustatud kõike tervisekaitse (inglise keeles *universal health coverage*) põhimõtteid, tagab Tervisekassa Eesti inimestele vajalikud, kvaliteetsed ja taskukohased tervishoiuteenused õigel ajal ja õiges kohas kogu elukaare vältel. Arengukava kirjeldab inimese tervise hoidmiseks ja tervishoiusüsteemi jätkusuutlikuks toimimiseks vajalikke tegevusi järgneval neljal aastal, jättes võimaluse neid täiendavate teadmiste lisandumisel täpsustada.

Meie visioon – Eesti inimene elab tervena kauem. See lähtub rahvastiku tervise arengukava eesmärkidest, mis näevad ette, et Eesti inimeste keskmine oodatav eluiga ja tervena elatud aastate arv kasvavad.

Meie missioon – targalt jagatud raviraha Sinu tervise hoidmiseks. See tähendab, et me kasutame ühiseid tervishoiuresse vastutustundlikult, tõhusalt ja õiglaselt, keskendudes sellele, mis toetab inimeste tervist nii praegu kui ka tulevikus.

Meie põhiväärtused on:

Kirg – teeme asja südame ja hingega.

Avatus – räägin ausalt ja kuulan päriselt.

Selge siht – tegutseme lähtuvalt pikast vaatest.

Vabadus ja vastutus – otsustan julgelt ja leian lahenduse.

2. Rahvastikutrendid ja nende mõju tervishoiule

Eestis pakutakse tänapäeval maailmatasemel ravi. Eesti tervishoiu tugevus väljendub eelkõige viimastel aastatel toimunud kiires arengus ja süsteemi võimes uusi lahendusi kasutusele võtta. Rahvastiku tervisenäitajate paranemine on olnud kiire – oodatav eluiga on kasvanud ja välditav suremus vähenenud. Eriti oluline on siin olnud suremuse langus südame-veresoonkonnahaigustesse, sealhulgas südame isheemiatõppe ja insulti. Samal ajal paistab Eesti rahvusvaheliselt silma digitervise arengu ning vähi sõeluuringute osalusmäärade paranemisega. Sellele vaatamata on tervishoiu jätkusuutlikkuse tagamine keeruline, arvestades piiratud eelarvelisi vahendeid ja vananevat rahvastikku. Rahvastiku struktuuril on tervishoiu jätkusuutlikkusele oluline mõju. Aastaks 2100 on

[ÜRO mediaanprognoosi](#) alusel Eestis u 825 000 elanikku, seejuures leiab juba praegu aset kuni 30-aastaste noorte osakaalu järsk vähenemine võrreldes klassikalise demograafilise püramiidi struktuuriga. 2020. aasta jaanuari seisuga oli töötavate kindlustatute osakaal 50,46%, 2026. aastal aga 49,25% ([Tervisekassa statistika](#)). Eelneva tõttu ei jätku meil tervishoius ega ka laiemalt majanduses tööjõudu, et senisel viisil jätkata. Tervisekassa andmetel on 48% perearstidest vanemad kui 60 aastat ja järgmise viie kuni kümne aasta jooksul läheb pensionile ligi 300 perearsti. Perearsti nimistu võtmise valmisolek on aga ainult vähestel residentuuri lõpetanud perearstidel. Sarnane trend levib meditsiinis laiemalt nii arstide, õdede kui ka tervishoiuspetsialistide seas ja tekitab olukorra, kus teenuse nõudlus ühe tervishoiutöötaja kohta kasvab kiiresti.

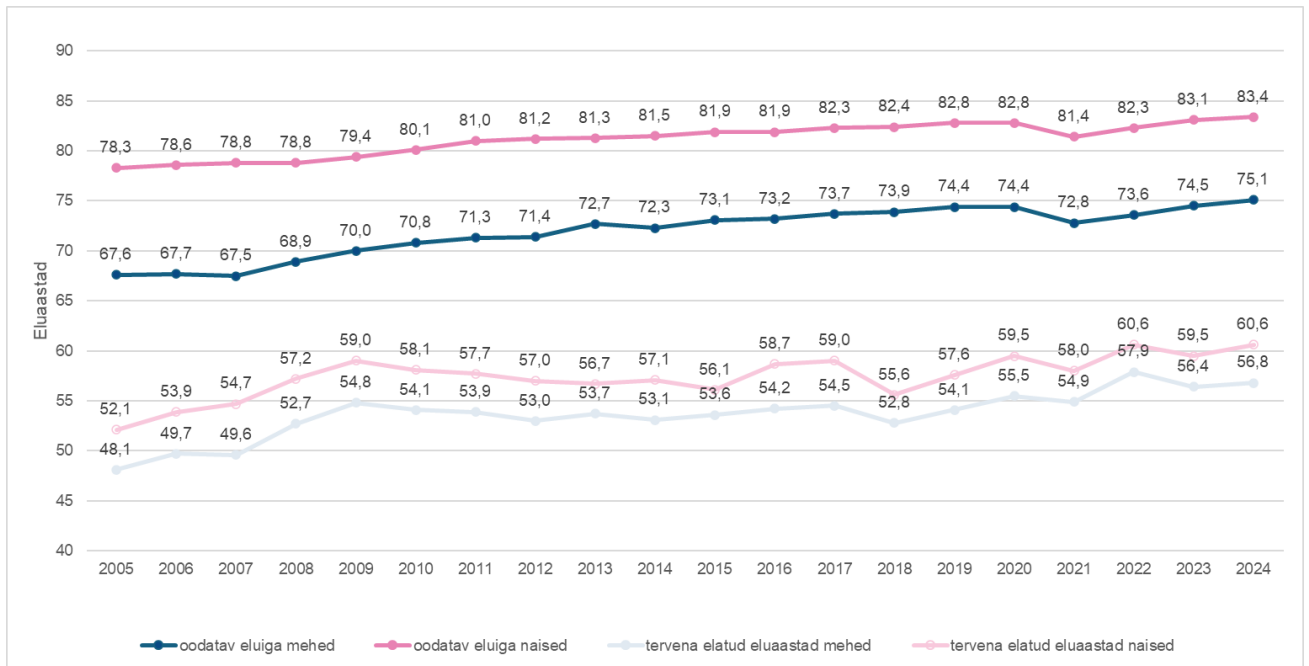
Vananev ühiskond viib ka muutusteni tervishoiuteenuste kasutuses. Suur osa Tervisekassa eelarvest on seotud välditavate eluviisihaiigustega, mis haiguskoormusena akumulatsioonid inimese vanuse kasvades, kuid on diagnoositavad juba nooremas eas (sh järjest enam ka koolilastel). Kokkuvõttes on tervishoiu rahastamise panustajate ehk töötavate inimeste osakaal kiires languses ja teenuste vajadus kasvab, mis viib senise rahastusloogika mittetoimimiseni. Seetõttu on oluline kasutada olemasolevaid tervishoiuressursse senisest tõhusamalt, et hoida süsteemi toimivana ja vähendada välditavat haiguskoormust. Arengukava perioodi peamine eesmärk on liikuda targalt eelarve tasakaalu suunas. Iga tervishoidu suunatud euro peab toetama tervena elatud aastate kasvu. See eeldab kriitilist hinnangut sellele, millises ulatuses on võimalik teenuseid targalt optimeerida ning kas, millal ja kui palju on vaja tervishoidu täiendavalt rahastada.

Tervishoiu jätkusuutlikkuse tagamiseks on eluviisihaiiguste ja nendega seotud haiguskoormuse ning kulude vähendamisele suunatud lahendused võtmetähtsusega. Seda ei ole võimalik teha ilma inimese enda aktiivse panuseta riskikäitumise vähendamisel, tervise hoidmisel ja ravisoovituste järgimisel. Tervishoiusüsteem peab seejuures olema kujundatud nii, et inimestel oleks maksimaalne võimalus teha teadlikke valikuid ja osaleda aktiivselt raviprotsessis. Ilma selleta ei ole solidaarse tervishoiusüsteemi kulude ja tulude tasakaalu võimalik saavutada. Samuti ei ole senist tervishoiuteenuste taset ega kvaliteeti võimalik säilitada, kui me ei kasuta iga tervishoiutöötaja töö võimendamiseks tööprotsessides ulatuslikumalt andmeid ja tehnoloogiat. Põhimõttelised muudatused rahastusloogikas, mis motiveerivad saavutama nii efektiivsust kui ka kvaliteeti, samuti jõupingutused rahvatervise parandamiseks on möödapääsmatud. Nendest põhimõtetest arengukavas lähtumegi.

3. Tervisekassa strateegilised eesmärgid aastani 2029

3.1 Taust

Põhiprobleem: ehkki tervena elatud aastad on Eestis viimastel aastakümnetel pikenenud, on see endiselt OECD riikide keskmisest madalam. Selle peamine põhjus on mittenakkuslike haiguste ([WHO definitsiooni järgi](#)) suur koormus, mille levimus ja ravikulu on kasvutrendis ning mis moodustavad 79% Tervisekassa tervishoiukuludest.



Joonis 1. Eesti inimeste tervena elatud aastad (2005-2024). Allikas: Statistikaamet

Keskmine oodatav eluiga sünnimomendil on Eestis madalam kui OECD riikide keskmine, vastavalt 79,1 ja 81,1 aastat ([Health at a Glance 2025](#), OECD). Samane muster ilmneb ka tervena elatud oodatava eluea puhul 60-aastaselt: Eestis on see meestel 13,5 aastat ja naistel 17,6 aastat, samas kui OECD keskmine on vastavalt 16,2 ja 18,3 aastat. Samas on sünnimomendi oodatava eluea kasv Eestis olnud viimastel aastakümnetel väga kiire: aastatel 2010–2023 on see koos Leeduga olnud üks suurimaid Euroopas. Eesti kuulub nende väheste Euroopa riikide hulka koos Iirimaa, Sloveenia ja Portugaliga, kus perioodil 2000–2023 on oodatav eluiga 65-aastaselt kasvanud rohkem kui 3,5 aastat. ([Health at a Glance 2025](#), OECD). Kiire kasv on seotud südame-veresoonkonnahaiguste, eriti südame isheemiatõve ja insuldi suremuse vähenemisega, mis jääb Eestis siiski endiselt OECD keskmisest kõrgemale tasemele ([Health at a Glance 2025](#), OECD).

Mittenakkuslike haiguste kasvutrend viitab rahvastiku tervise halvenemisele ning krooniliste haiguste sagenemisele, tihti algavad need juba noores eas. See peegeldab eluviisirikside laialdast levikut ning ennetuse ja varajase sekkumise nõrkust ühiskonnas, mis kasvatab kiiresti ravikuludid ja koormab tervishoiusüsteemi.

Tervisekassa ressursikasutus on tugevalt kontsentreeritud – 80% kogu ravirahast kasutab 20% elanikkonnast ([Tervisekassa analüüs 2020](#)). Suure osa sellest moodustavad kroonilised ja eluviisiga seotud haigused, sealhulgas hüpertooniatõbi, II tüüpi diabeet, kodade virvendusarütmia, lipiidide ainevahetushäired ning eluviisiga seostatud vähid. See olukord peegeldab süsteemseid puudujääke krooniliste haiguste ennetuses ja varajases avastamises. [IHME](#) andmetel on Eestis üle 60% surmadest seotud metaboolsete riskiteguritega. Pelgalt vereringeelundite haigused moodustavad 35% kogu tervisekaotusest ja 2023. aastal kaotati nende tõttu hinnanguliselt 150 177 eluaastat ([Eesti rahvastiku haiguskoormus 2023, TAI](#)).

Murettekitav on asjaolu, et probleemid algavad juba väga varajases eas. Iga viies põhikooliealine laps oli 2022. aastal ülekaaluline või rasvunud ([TAI tervisestatistika andmebaas](#)). Sama trend jätkub noorukite ja tööealise elanikkonna seas. Ka II tüüpi diabeeti diagnoositakse järjest nooremas eas. Kuni 55-aastaste hulgas on vahemikus 2016–2024 II tüüpi diabeeti haigestumine sagenenud 13% ([TAI tervisestatistika andmebaas](#)).

Raviga välditavate surmade hulk on Eestis 136 surma 100 000 elaniku kohta – oluliselt rohkem kui Euroopa Liidu keskmine, mis on 93 ([Rahvastiku tervise aastaraamat 2025, Tervise Arengu Instituut](#)). Ka välditav suremus kokku (nii raviga kui ka ennetusega välditavad surmad) on Eestis märkimisväärselt suurem kui OECD riikide keskmine – vastavalt 323 ja 222 surma 100 000 elaniku kohta.) ([Health at a Glance 2025](#), OECD). Samas on viimase kümnendi jooksul toimunud paranemine: aastatel 2013–2023 vähenes raviga välditav suremus Eestis umbes 17%, mis on kiirem kui OECD riikides keskmiselt (umbes 10,5%). Ennetatav suremus vähenes Eestis ligikaudu 3,5%, mis on sarnane OECD keskmise paranemisega. OECD keskmisena on 71% välditavatest surmadest seotud mittenakkuslike haigustega, neist üle 30% südame-veresoonkonnahaigustega. Eestis tähendab see igal aastal enam kui 4200 inimese kaotust, mille viie aasta majanduslik kogumõju on umbes 1,8 miljardit eurot. Kui Eesti jõuaks näiteks Taani tasemele, võiks meie majandus igal aastal võita ligikaudu 180 miljonit eurot.

Kokkuvõttes on krooniliste haiguste ennetamine ja kontroll võtmetähtsusega nii Eesti rahvastiku heaolu kui ka majandusarengu seisukohast. Jätkusuutlikkuse tagamiseks tuleb suunata tähelepanu haiguse tagajärgede ravimiselt ennetusele ja varajasele sekkumisele. Nii saame loota, et tervishoiusüsteem püsib rahaliselt tasakaalus ja suudab pakkuda kvaliteetset abi ka tulevikus.

3.2 Peamine eesmärk, võtmeindikaatorid ja strateegilised eesmärgid

Peamine eesmärk: pikendame tervena elatud eluaastaid ning tagame õigeaegse ja kvaliteetse abi õiges kohas. Korraldame inimese elukaarel tekkivate eluviisahaiguste ennetust ja ravi viisil, mis hoiab tervishoiusüsteemi tulud ja kulud tasakaalus.

Kuna tervena elatud eluaastate muutused avalduvad rahvastiku tasandil pika aja jooksul, kasutatakse arengukavas võtmeindikaatoreid, mis peegeldavad rahvastiku tervise paranemist. Kasvava ravivajaduse ja piiratud ressursside tõttu on inimeste tervise hoidmiseks ja raviraha targaks kasutamiseks oluline vähendada sellist statsionaarset ravi, mida on võimalik ennetada varasema avastamise ja sekkumisega esmatasandil, tõhusa ambulatoorse käsitluse või päevaraviga. Seetõttu jälgitakse eelkõige eluviisahaigustega seotud välditavate hospitaliseerimiste taset, esmase haiglaravi vajajate keskmise vanuse muutust ning töövabastuspäevade arvu.

Võtmeindikaatorid:

- Soole ja vanusele standarditud **välditavate hospitaliseerimiste* osakaal rahvastikust** väheneb ja **kulu osakaal** statsionaarse eriarstiabi tervishoiukuludest ei suurene (vt möödiku kirjeldust lisast 1). Baastase (2024): 0,4% rahvastikust ehk u 5700 inimese puhul on võimalus vältida haiglasse sattumist ja hoida statsionaarsest eriarstiabist kokku veerandsada miljonit eurot, mis suunatakse tervishoiusüsteemis teiste vajaduste katmiseks (Tervisekassa arvutused).
- Eluviisihaiiguste**** tõttu esmast **haiglaravi vajavate inimeste vanus** tõuseb ning soole ja vanusele standarditud hospitaliseeritud **inimeste arv** väheneb ja haiglaravil **viibimise aeg, sagedus** ning **osakaal** statsionaarse eriarstiabi **kulust** langevad (vt möödiku kirjeldust lisast 1). Baastase (2024): keskmine vanus 70,9 aastat, 0,5% rahvastikust, aastas keskmiselt 10,1 päeva ja 1,16 episoodi, osakaal 6,7% statsionaarse eriarstiabi kuludest (Tervisekassa arvutused).
- Eluviisihaiigustega**** seotud soole ja vanusele standarditud keskmine **töövabastuspäevade arv** väheneb (vt möödiku kirjeldust lisast 1). Baastase (2024): keskmine töövabastuspäevade arv 30,4 päeva aastas (Tervisekassa arvutused).

* Välditav hospitaliseerimine: hospitaliseerimine diabeedi, kõrgvererõhktõve, südamepuudulikkuse, kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse (KOK), astma tõttu.

** Eluviisihaiigused: II tüüpi diabeet, kõrgvererõhktõbi, südamepuudulikkus, KOK, äge müokardiinfarkt, ebastabiilne stenokardia, insult, teatud vähid, mis on eluviisiga tugevalt seotud (kopsu-, hingamisteede-, suuõõne-, mao-, maksa-, jämesoole- ja nahavähk).

Nende näitajate paranemine eeldab muudatusi tervishoiusüsteemi korralduses ja stiimulites. Selleks seatakse arengukavas strateegilised eesmärgid esmatasandi tugevdamiseks (sh ressursside suunamiseks esmatasandile, kus tuvastatakse perearstide nimistute liikmete tervist ohustavad tegurid ja aidatakse nendega toime tulla), kvaliteeti ja efektiivsust toetava rahastuse kujundamiseks ning terviseandmete tõhusamaks kasutamiseks.

Strateegilised eesmärgid:

- Esmatasand on laiapõhjaline, tugev, integreeritud ja ühtlaselt kättesaadav kõikidele Eesti inimestele.
- Rahastus on seotud ravitulemusega ning motiveerib teenuseosutajaid tõstma pakutavate teenuste kvaliteeti ja teenuste osutamise efektiivsust.
- Terviseandmed on hästi turvatud ja lihtsalt kasutatavad.

Kolm fookusvaldkonda

I Ühtlaselt tugev, laiapõhjaline ja kättesaadav esmatasand

Probleem: esmatasandi tervishoiuteenuste kvaliteet ja kättesaadavus on ebaühtlased, krooniliste haiguste túsistuste ennetamine on ebapiisav ning tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi vaheline koostöö ja infovahetus on puudulik. See raskendab inimeste tervisevajadustele vastava abi korraldamist.

- Erinevate valdkondade spetsialistidest koosnevad esmatasandi meeskonnad ja nende pakutavad laiapõhjalised tervishoiuteenused on kättesaadavad ainult tervisekeskustes, mis teenindavad vaid 50% Eesti inimestest ([Tervisekassa andmekogu](#)).
- 2025. aasta seisuga on 33% perearstiabi nimistute omanikest pensioniealised. Järgneva kümne aasta jooksul jõuab pensioniikka ligi kaks kolmandikku perearstidest. Perearstide keskmine vanus (58 a) on kõrgem kui teiste erialade arstide keskmine vanus ([Oska, 2024](#)).
- Ligi neljandik perearstikeskustest ei täitnud 2024. aastal perearstidele seatud kvaliteedisüsteemi tingimusi (E- ja F-kvaliteeditase).
- Eesti elanike hinnang perearstiabi kättesaadavusele on langustrendis, olles viimaste aastate madalaimal tasemel. 2024. aastal oli 74% elanikest perearsti või -õe vastuvõtule pääsemise kiirusega rahul ([Kantar Emor, 2024](#)).
- Infovahetus nii sotsiaalsüsteemis, tervishoiusüsteemis kui ka süsteemide vahel on puudulik, raskendades terviseabi korraldamist ([Esmatasandi tervishoiu arengukava 2035](#)).

Eesmärk: esmatasand*** on laiapõhjaline, tugev, integreeritud ja ühtlaselt kättesaadav kõikidele Eesti inimestele.

*** Esmatasand hõlmab perearstiabi ja pereõendust, koduõendust, füsioteraapiat, ämmaemandusabi, koolitervishoidu, apteegis osutatavat abi, töötervishoidu, hambaravi, psühholoogilist abi, esmatasandiga on seotud ka vältimatu abi osutamine ([Esmatasandi tervishoiu arengukava 2035](#)).

Tugev esmatasand suudab hallata erinevaid terviseprobleeme, on inimestele lähedal ja kergesti kättesaadav. Sel moel saab pakkuda inimestele tuge ja teadmisi, kuidas tervise eest hoolitseda ja krooniliste haigustega paremini toime tulla. Iga kroonilise haigusega inimese visiit esmatasandi teenuseosutaja juurde vähendab oluliselt hilisemat haiglaravi koormust ([Kasekamp, K; Võrk, A; Kalda, R. *Effect of primary health care on hospitalizations: health services analysis based on Estonian data.* 2025](#))

Möödikud:

- Tervisekeskustes töötavate perearstide nimistutesse kuulub 70% elanikkonnast (baastase 50%).
- Perearsti meeskondade kättesaadavus ja kvaliteet paranevad:
 - inimese pöördumisest (perearsti digiteenindusplatvorm, telefon) esmase vastuseni kulub tööpäevadel vähem kui 24 tundi. Kui patsiendil on vaja vastuvõtule tulla, pakutakse talle sobiv vastuvõtu vorm – kas kontakt- või kaugvastuvõtt (digiteenindusplatvormide esmase vastuse baastase: 42 nimistul oli keskmine vastamisaeg üle 24 h)
 - kõik perearstikeskused on inimesele kättesaadavad lisaks telefonile ka turvalise digikanali kaudu (baastase: 75%)
 - perearstide E- ja F-kvaliteeditasemega praksiste osakaal langeb 60% võrra (baastase: E- ja F-kvaliteeditasemega keskus on 89)
 - EMO rohelise ja sinise triaazikategooria patsientide osakaal langeb (baastase: 610 inimest 1000 EMO küllastanud inimese kohta)
- Varem diagnoositud eluviisihäigustega** patsientide osakaal, kellel on esmatasandiga aasta jooksul kontakt, jääb praegusele tasemele (baastase: 88%).
- Tõenduspõhiste ennetusteenuste ja -programmide rahastus tervishoiuteenuste eelarvest suureneb, vt möödiku kirjeldust lisast 1 (baastase: 1,5%).
- Esmakordse meelega- või ärevushäirega patsientide osakaal, kes on vaimse tervise abi saanud ainult perearstiabist, kasvab 10%, vt möödiku kirjeldust lisast 1 (baastase: 58%).

Võtmetulemused:

1. Südame ja veresoonekonna ning metaboolsete haiguste ennetamiseks on välja töötatud toimiv mudel.

Loome mudeli, mille alusel leiame koostöös perearsti meeskondadega üles nimistutes olevad suure südame ja veresoonekonna ning metaboolsete haiguste riskiga inimesed ning toetame nende haigusrisiki vähendamist. Riski võivad tuvastada ka teised eriarstid, näiteks töötervishoiuarst, kes suunab inimese vajadusel edasi perearsti meeskonna juurde. Esmatasandi teenuseosutajad saavad riskipatsiente digitaalse töölaarakenduse abil ülevaatlikult jälgida, koostada neile terviseplaani ja suunata vajaduspõhiselt erinevatesse ennetusprogrammidesse, nt riskipatsientide programm, toitumisnõustamine, sõltuvusnõustamine, vererõhu kaugmonitooring.

2. Tervisekeskuste moodustumist soodustavad tegevused toetavad integreeritud piirkondade mudelit.

Tervisekeskustes töötavate perearstide nimistusse kuuluvate inimeste osakaal suureneb nii uute tervisekeskuste loomise kui ka olemasolevate keskustega liitumise kaudu. Muudame perearsti nimistu konkursitingimusi viisil, et nimistud liituks senisest rohkem tervisekeskustega. Asendamissüsteemi abil võrgustame üksikpraksised

tervisekeskustega. Ka rahastusmudel motiveerib nimistute vahelist koostööd, tervisekeskustesse koondumist ja võrgustamist, et tagada inimestele nende vajadustele vastav terviklikum, paremini koordineeritud ja kvaliteetsem teenus. Rahastusmudel arvestab suuremate nimistute teenindamiseks vajaliku lisapersonali palkamise vajadust.

Piirkondades on loodud teenuseosutajate võrgustikud, kes osutavad piirkonna elanikele sujuvalt teenuseid, näiteks tervise teejuhtide valdkonnaülest koordinatsiooni teenust, palliatiivravi, tööajavälisest meditsiiniabi ja teiste nimistute erakorralist teenindamist. See aitab kujundada kõigi esmatasandi teenuseosutajate ühist vastutust patsiendi raviteekonna eest, parandada teenuste järjepidevust ning vähendada patsiendi jaoks süsteemi killustatust. Vastavalt rahvusvahelistele soovitudele parandame koostööd sotsiaalsüsteemiga ([Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases](#)). Katseprojektides testitakse integratsiooni toetavat tulemuspõhist rahastusmudelit.

3. Vaimse tervise abi kättesaadavus esmatasandil kasvab.

Vaimse tervise abi kättesaadavus on kujunenud üheks tervishoiu teravaimaks probleemiks. Olukorra parandamiseks kehtestame koostöös Sotsiaalministeeriumiga psühhiaatri e-konsultatsiooni saatekirja nõude, mis loob ühtse vajaduste hindamise ja suunamise süsteemi ning suurendab esmatasandi rolli vaimse tervise probleemide käsitlemisel.

Esmatasandi võimekuse tugevdamiseks toetame koos Sotsiaalministeeriumiga perearstide ja -õdede pädevusõpet. Samuti lepatakse kokku meeleolu- ja ärevushäirete raviteekond, mis määratleb rollijaotuse esmatasandi ja eriarstiabi vahel. Raviteekonna järgimise võimendamiseks lepatakse kokku kvaliteediindikaatorid koos tulemustasustamisega.

Laste vaimse tervise toetamiseks analüüsime koos Sotsiaalministeeriumiga eri valdkondi (haridus-, tervise- ja sotsiaalvaldkond) hõlmavat abi osutamise teekonda ning kujundame lapse vajadustest lähtuva tervikliku lahenduse.

4. Perearstikeskusel on digitaalne töölaud oma nimistu tervisetulemite juhtimiseks. Uus tervisetulemite põhine töölaud toetab perearstiabi ravikvaliteeti.

Digitaalne töölaud nimistu ennetustöö planeerimiseks ja riskipatsientide jälgimiseks on tervisejuhtimise töölaual kättesaadav. Lahendus võimaldab võrrelda oma nimistu olukorda teiste nimistutega ja keskenduda krooniliste haigustega patsientidele, kelle ravieesmärgid ei ole täidetud. Eesmärk on lihtsustada perearsti meeskonna tööd ravikvaliteedi juhtimisel. Muu hulgas on võimalik kasutada uue rakenduse vaateid perearstide kvaliteedisüsteemi indikaatorite täitmisel. Võimalik on lisada uusi kvaliteediindikaatoreid vastavalt vajadusele.

5. Keskne terviseplaan on kättesaadav nii patsiendile kui ka ravimeeskonnale.

Terviseplaan, mis toetab tervise- ja ravieesmärkide seadmist, on riiklikus terviseportaalis kättesaadav nii patsiendile kui ka tervishoiutöötajale. Terviseplaan ühendab inimese ravimeeskonnad, võimaldades koostöös jälgida ja juhtida patsiendi füüsilist, vaimset ja sotsiaalset heaolu. See tagab ravimeeskonna liikmete vahelise selge ja turvalise infovahetuse ning parandab inimese võimalust võtta vastutust oma tervisemuredega tegelemisel.

II Ravitulemuse paranemist ja patsiendi vastutuse suurenemist stimuleerivad rahastusmudelid

Probleem: praegune tervishoiu rahastamine on teenuse- ja ravijuhupõhine, mis motiveerib teenuste ja ravijuhtude kvantiteeti suurendama. Rahastamise seos ravi tulemustega on väike.

- Tervishoiuteenuste rahastamise vajadus kasvab kiiremini kui Tervisekassa eelarve võimaldab. Lõviosa Eesti tervishoiuteenuste kuludest on suunatud eriarstiabisse. Eriarstiabi kulud moodustavad 2026. aasta eelarvest 1,3 miljardit ehk u 65% tervishoiuteenuste kogukuludest. 2025. aastal tasusime eriarstiabi teenuste eest 35,9 miljoni võrra enam kui 2024. aastal.
- Pearahapõhine tasustamine perearstiabis tagab ühetaolise ja kindla rahastuse sõltumata sellest, millise kvaliteediga või kas üldse perearst nimistu liikmetele teenust osutab. Perearstiabi kvaliteeditasude osatähtsus perearstikeskuse kogusissetulekust on väike (praegu kuni 2,5%). Motivatsioon patsiente nimistusse juurde võtta on langenud, sest pearaha tähtsus on aja jooksul oluliselt vähenenud. Täiendavalt taotletavad lisatasud ei ole seotud nimistus olevate inimeste arvuga.
- Tervishoiuteenuste rahastamine ja kvaliteediindikaatorid ei ole valdavalt omavahel seotud.
- Kehtiv rahastusmudel ei motiveeri piisavalt tõhusalt teenuseid osutama, sest Tervisekassa tasub igale patsiendi raviga seotud teenuseosutajale eraldi: ambulatoorses ravis valdavalt teenusepõhiselt ja statsionaarses ravis valdavalt ravijuhupõhiselt. Sealjuures ei ole rahastamine seotud tegelike ravitulemustega. Väärtuspõhiseid tasustamismeetodeid on kasutusele võetud (nt raviteekonnapõhine tasustamine), kuid nende maht kogusüsteemis on väike. Raviteekonna analüüsid näitavad, et tervishoiuteenuseid tarbivate inimeste ja nende lähedaste jaoks on raviteekonnad keerulised, puudub lihtne ülevaade kogu raviteekonna kohta.

Eesmärk: tasustame nii eriarstiabis kui ka esmatasandil järjest enam viisil, mis motiveerib teenuseosutajaid tõstma pakutavate teenuste kvaliteeti ja teenuste osutamise efektiivsust. Katsetame tasumudeleid, mis stimuleerivad patsiendi omavastutust.

Tervisekassa üks peamisi rolle teenuste rahastamisel on tervishoiuteenuste strateegiline ostmine, et tagada kindlustatud inimestele õigeaegne ja vajaduspõhine ligipääs kvaliteetsetele ja efektiivselt osutatud tervishoiuteenustele. Samal ajal toetatakse esmatasandi ja haiglavõrgu tõhusat ja jätkusuutlikku toimimist ning nendevahelist koostööd. Selleks määratleb Tervisekassa koostöös partneritega ja tõendusele tuginedes, mida tähendab hea kvaliteet, tõhusus ja õigeaegsus. Seejärel kasutatakse seda lepingupartnereid valides ning rahastusmudelite ja lepingutingimuste kujundamisel. See motiveerib teenuseosutajaid pakkuma teenuseid kvaliteetselt, tõhusalt, õigel ajal ja integreeritult, lähtudes inimeste tegelikest tervisevajadustest. 21. sajandi tervishoid seab keskmesse väärtuspõhise tervishoiu – eesmärk on hinnata ja parandada patsientide tervis tulemeid ja teenusekogemust mõistlike kuludega. Oleme targad ja nõudlikud tervishoiuteenuste ostjad, optimeerides tervishoiuteenuse osutajate ressursikasutust patsientide vajadusi silmas pidades.

Mõõdikud:

- Suurendame ravi tulemusena seotud väärtuspõhist rahastamist 12%-ni keskmisest suurema eelarvemõjuga haiguste**** eelarvest, vt mõõdiku kirjeldust lisast 1 (baastase: 3,3%).
- E-konsultatsioonile üle läinud erialadel pääseb 80% patsientidest eriarsti vastuvõtule õigel ajal*****, vt mõõdiku kirjeldust lisast 1.
- Vältitavate eriarstiabi vastuvõttude osakaal diabeedi ja kõrgvererõhktõve korral langeb 10%, vt mõõdiku kirjeldust lisast 1 (baastase: mõlema seisundi puhul 19%).

**** Keskmisest suurema eelarvemõjuga haigused: vereringeelundite haigused, kasvaja, psüühika- ja käitumishäired, lihaskonna- ja sidekoehaigused, seedeelundite haigused, hingamis- ja kuseteede haigused, suguelundite haigused. (Tervise Arengu Instituudi tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaasi andmed tervisekaotuse kohta, 2023).

***** [WHO definitsiooni](#) kohaselt keskendub õigeaegsus sellele, millise aja jooksul alates vajaduse hindamisest saab inimene teenust.

Võtmetulemused:

6. Töotervishoiu, tööandjate ja perearstide koostöö.

Toetame töotervishoiu- ja tervisesüsteemi omavahelist andmete jagamist, kasutame töotervishoiu tervisekontrollis kogutud terviseandmeid ja tehtud järeldusi riiklikus tervisesüsteemis, lähendame töotervishoidu esmatasandiga ja toetame perearsti töökeskkonnaga seotud haiguste käsitlemisel.

7. Suunamised algavad e-konsultatsioonist.

Rakendame ühtse e-konsultatsioonipõhise suunamissüsteemi ehk asendame saatekirjad e-konsultatsioonidega arstlike erialade vahel. Muudatus tagab kiirema ja vajaduspõhise ligipääsu eriarstiabile ning kasvab meditsiinilise näidustuse põhine prioriseerimine, mis säästab ressursse, vähendades asjatute vastuvõttude vajadust. Vaatame üle e-

konsultatsiooni põhise suunamise rahastamise. Alustame erialadest, kus on suurem valmidus üleminekuks, nt psühhiaatria ja sisemeditsiini erialad. Töötame välja ja rakendame e-konsultatsiooni saatekirjade ja vastuste kvaliteedi hindamise metoodika ning alustame kvaliteedi regulaarset mõõtmist.

8. Rohkematel erialadel kasutatakse tulemuspõhist rahastust.

Fookus on keskmisest suurema eelarvemõju ja haiguskoormusega valdkondadel. Uute teenusmodelite puhul lepime kokku kvaliteediindikaatorid, et toetada pidevat teenuste parendusprotsessi. Sõlmime arstiabi eri tasandite vahel kokkulepped ja rakendame uut moodi tasustamist. Arendame ravimite riskipõhiseid tasustamise kokkuleppeid ja liigume tulemuspõhiste tasustamismudelite poole.

Perearstiabis kehtestame uue kulumudeli, millega koos kasvab perearsti kvaliteedisüsteemist laekuvate tulude osatähtsus perearstikeskuse kogusissetulekust. Kvaliteedisüsteemis arvestatakse muu hulgas tervisetulemita, nagu markerid ja mõõtmistulemused, mis näitavad, et jälgitavad kroonilised haigused on kontrolli all. Pearaha suuruse määramisel arvestame nimistu riskiprofiili ja patsientide tervislikku seisundit.

Inimese vastutuse suurendamiseks pakume välja tegevused (sh teadlikkuse tõstmine) eluviisigaiguste ennetamiseks ja raviks.

9. Optimaalne ja vajaduspõhine tervishoiuteenuste strateegiline ostmine.

Strateegiline ostmine aitab optimeerida tervishoiukulusid ja personali töökoormust, tagada vajalike teenuste (sh elutähtsate teenuste) vajaduspõhise kättesaadavuse parimatel tingimustel, seejuures põhjustamata inimestele rahalisi raskusi. Võtame arvesse eri maakondade inimeste ravivajadusi ja tagame koos haiglatega valmisoleku osutada ööpäevaringset abi. Ravikvaliteedi seisukohast on oluline, et harvemini osutatavad teenused tsentraliseeritakse ja suurema vajadusega teenuste osutamine jääb kohalikule tasandile. Lepingupartnerite valikuga tagame, et teenuseid osutatakse kvaliteetselt ja tõhusalt. Koos strateegilise ostmisega vaatame üle ja rakendame uusi teenuseosutamise mudeleid, tagades efektiivse teenuse osutamise jätkusuutlikkuse.

Kaardistame ravimite turule tulemist ja arvestame strateegilises ostmises ka inimestele uute ravimite kättesaadavaks tegemist.

10. Patsiendi hinnang ravitulemusele on osa terviseinfosüsteemist.

Uudsete teenusmodelite (sh raviteekondade) raames lepime kokku ravikvaliteedi mõõdikud, et toetada pidevat teenuste parendusprotsessi. Mõõdikud põhinevad teenuskogemuse, teenuse korralduse ja tervisetulemi mõõtmisel. Teeme vajalikud arendustööd tervisetulemita ja teenusekogemuse (PROM ja PREM) küsimise ja kasutamise süsteemi loomiseks.

III Korras, hästi turvatud ja lihtsalt kasutatavad terviseandmed

Probleem: tervishoiutöötajatel kulub keskmiselt pool vastuvõtuajast info otsimisele ja oma töö dokumenteerimisele. Rahulolu kasutatavate IT-lahendustega on väga madal. Kvaliteetsete standardiseeritud terviseandmete olemasolu ja kättesaadavus juhtimisotsuste tegemiseks on piiratud, sh Tervisekassa võimalused andmepõhiste otsuste tegemiseks ja tulemuspõhiseks rahastamiseks. Tervishoiuteenuse osutajate infoturbe tase on ebaühtlane, paljudel juhtudel puudub võimekus taset tõsta.

- Eesti on üks Euroopa juhtivaid riike digitaalse tervise valdkonnas ning elanike digiteenuste kasutus on rahvusvahelises võrdluses väga suur. Ligikaudu 60% Eesti elanikest vaatab internetis oma terviseandmeid, samas kui Euroopa Liidu keskmine on ligi 30% ([State of Health in the EU: Estonia Country Health Profile 2025](#)). Rahvusvahelises võrdluses pakuvad praegu ainult Eesti ja Belgia patsientidele täielikku juurdepääsu kõigile peamistele elektroonilise terviseloole (EHR) funktsioonidele (Health at a Glance 2025, OECD).
- Eesti on olnud digiretsepti arendamisel Euroopa pioneer – riiklik digiretsepti süsteem käivitati juba 2010. aastal. 2019. aastal said Eesti ja Soome esimesteks Euroopa Liidu riikideks, kus hakati rakendama piiriülest digiretsepti süsteemi ([European Commission](#)).
- Tervishoiuteenuse osutajatel on 2025. aasta seisuga kasutusel üheksa peamist infosüsteemi (HEDA, Ester, EHL, LIISA, Watson, Perearst2, Perearst3, eKliinik, Medicum). Kõik nad koguvad andmeid erinevatel alustel ja struktureerivad neid erineval määral, mis teeb terviseandmete põhjal üleriigiliste järelduste tegemise väga keeruliseks.
- Enamik kasutusel olevatest tarkvaralahendustest on üles ehitatud 10–25 aastat tagasi. IT-lahendusi ei ole suudetud arendada arstiabi arenguga samas tempos.
- Perearsti infosüsteemide keskmine kasutaja soovitusindeks (NPS) on –25 ([Perearstide infosüsteemidega rahulolu uuring](#), Tervisekassa 2025).
- Perearstide hinnangul kulub neil keskmiselt 15 minutit haigusloole dokumenteerimisele ja 10 minutit varasemate terviseandmetega tutvumisele ([Perearstide infosüsteemidega rahulolu uuring](#), Tervisekassa 2025).
- Ligi 37% tervishoiutöötajatest arvab, et praegu kättesaadav terviseinfo on raskesti hoomatav ([Dokumenteermisloogika analüüs, TEHIK 2024](#)).
- Tervisekassa senised katsetused tulemuspõhise tasustamise kehtestamiseks ei ole soovitud kiirusega rakendunud, kuna praegused infosüsteemid ei võimalda muu hulgas piisaval määral struktureeritud ja võrreldavate andmete kogumist (sh case-mix, PROM, PREM).
- Infoturbe tagamine ei ole tervishoiusektori elutähtsa teenuse osutajatele (edaspidi ETO) jõukohane. Sellele viitavad [KPMG analüüsi](#) (2024) ja [Riigi Infosüsteemi Ameti küsitluse](#) (2023) tulemused, kus peamised probleemkohad on puudujäägid infoturbe ja IT-halduse kompetentsis, tööjõus ja protsessides.

Eesmärk: Terviseandmed on korras, hästi turvatud ja lihtsasti kasutatavad.

Täpsed terviseandmed võimaldavad nii populatsiooni kui ka indiviidi tasandil ravitulemusi ja haiglaravi koormust paremini juhtida (teha targemaid juhtimis- ja raviotsuseid ning ka teadustööd).

Terviseandmed peavad olema inimesele ja teenuseosutajatele teenusepakkujast sõltumatult kättesaadavad. Üleriigiliselt tuleb kokku leppida rahvusvaheliste andmestandardite kasutus ([openEHR](#), [FHIR](#), [OMOP](#) vms), mis annab turuosalistele selged raamid uute toodete loomisel ja võimaldab andmete riskasutust nii esmasel kui ka teisesel kasutusel.

Keskne terviseandmete andmeladu kaotab täiendavate registrite loomise vajaduse ja teenuseosutajate dubleeriva aruandluse ning võimaldab andmeid kasutada tervisetulemite hindamisel. Terviseandmed peavad olema hästi turvatud. Lihtsustame perearstide jaoks standardiseeritud turvalise arvutitöökohateenuse ja kesksete turbeteenuste hankimist.

Tehisintellekti lahendused, automatiseerimine ning kasutusmugavusele orienteeritud disain loovad täiendavaid võimalusi tervishoiuteenuste kvaliteedi parandamiseks, kliiniliste otsuste toetamiseks, tervishoiutöötajate tööaja tõhusamaks kasutamiseks ning tervishoiuressursside sihipärasemaks kasutamiseks.

Möödikud:

- Perearstikeskuse töötaja aeg terviseandmete leidmiseks ja kasutamiseks väheneb u 20% võrra (baastase vastuvõtu kohta: 10 min terviseandmete leidmiseks + 15 min dokumenteerimiseks).
- ETO-de küberturbe tase on mõõdetav ja trend on positiivne.
- Perearstikeskustes sisestatud terviseandmed on standardiseeritud riiklikult kehtestatud rahvusvahelise andmestandardi alusel.
- Perearsti infosüsteemide keskmine kasutaja soovitusindeks (NPS) on 20 (baastase 2025: -25).
- Hakkame mõõtma rahulolu e-tervise toodetega.
- Keskne terviseandmete andmeladu on loodud.

Võtmetulemused:

11. Ennetusteenustes toimivad automaatsed suunamised ja teavitused.

Arsti või õe hinnangust mittesõltuvad suunamised toimuvad automaatselt (nt sõeluuringu kutsed). Terviseportaal saadab inimesele teavitusi temale ettenähtud ennetusteenuste kohta (nt vaksineerimised, regulaarsed tervisekontrollid ja töötervishoiuarstide või teiste eriarstide antud soovitused pöörduda perearsti poole). Sellega väheneb perearsti või -õe ajakulu suunamiste vormistamise ja inimeste teenustele kutsumise arvelt.

12. Kliinilised ja ravikindlustuse andmed on kasutatavad ühtses andmelaos.

Tervisekassa andmekogu ja tervise infosüsteemi (TIS) andmekogu ühendamine samal andmeplatvormil aitab hüppeliselt parandada seadusest tulenevate kohustuste täitmist, nagu ravikvaliteedi hindamine ja raviraha sihipärase kasutamise tagamine ning ravitulemuse arvestamine rahastamisel. Perearstidel kulub vähem aega mitmesuguste ülevaadete saamiseks (nt perearsti kvaliteedisüsteemi täitmine).

13. Tervishoiutöötajatel on keskselt toetatud ja turvalised IT-lahendused.

Perearstiabis tekkiv terviseandmestik on üleriigiliselt standardiseeritud rahvusvahelise andmestandardi alusel. Standardi rakendamiseks on loodud ühine modulaarne infosüsteem. Kõigile tervishoiuteenuse osutajatele on kehtestatud kesksed nõuded, millele tuginedes saavad nad ühiselt vajalikke mooduleid tellida. Arvutitöökoha teenus on standardiseeritud ja seda pakutakse perearstikeskustele keskse teenusena kooskõlas infoturbe nõuetega. Tervisekassa korraldab keskse hanke, mille kaudu saavad perearstikeskused arvutitöökoha teenust osta.

ETO-dele pakume tsentraalset infoturbekeskuse (SOC) teenust, mis aitab tervishoiuteenuse osutajatel paremini küberründeid ennetada, avastada ja tõrjuda.

4. Tervisekassa meeskond ja strateegia eesmärkide saavutamiseks

Tervisekassa on hinnatud tulemuspõhine ravikindlustusorganisatsioon.

- Juhime teenuseid lähtuvalt meie lõppkliendi – Eesti inimese – vajadusest.
- Oleme tugev koostööle orienteeritud partner kõigile tervishoiu huvigruppidele.
- Vastutame Eesti inimeste terviseraha otstarbeka kasutamise eest, mistõttu lähtume oma otsustes andmetest.

Strateegiliste sihtide – ühtlaselt tugev ja kättesaadav esmatasand, ravitulemusest sõltuv rahastusmudel ning korras ja turvatud terviseandmed – elluviimiseks vajame inimesi, kes saavad aru tervishoiu rahastamisest, andmepõhisest juhtimisest, tehnoloogia toimimisest ning muudatuste juhtimisest. Seda toetab organisatsiooni ressursside paindlik planeerimine ja kasutamine.

Tulemuspõhise ravikindlustusorganisatsioonina juhime tervishoiuteenuseid Eesti inimeste vajadusest lähtuvalt. Tervisekassas töötavad missioonitundega inimesed, kes usuvad, et paremini on võimalik, ja teevad asju kirega nii praegu kui ka tulevikus.

Hoiame tervist – see on meie kalleim vara!

Lisa 1 Võtmeindikaatorite ja mõõdikute kirjeldused

1. Soole ja vanusele standarditud välditavate hospitaliseerimiste* osakaal rahvastikust väheneb ja kulu osakaal statsionaarse eriarstiabi tervishoiukuludest ei suurene.

Välditavad hospitaliseerimised: statsionaarne ravi diabeedi (RHK-10 diagnoosikood E10–E14), kõrgvererõhktõve (I10–I15), südamepuudulikkuse (I50), kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse (J44) või astma (J45) põhidiagnoosiga. Iga inimene loendatakse ühe korra, sõltumata tema hospitaliseerimiste arvust aasta jooksul. Hospitaliseerimise alguskuupäev on arve alguskuupäev (sõltumata arve tasumise kuupäevast), inimese vanust ja sugu arvestatakse kõige esimese hospitaliseerimise kuupäeva alusel. Kasutatakse otsest standardimist. Standardrahvastikuna kasutatakse Eesti aasta keskmist rahvastikku aastal 2024 ([Statistikaamet](#)), sest Euroopa standardrahvastik ei ole sooliselt segregeeritud ([Eurostat 2013](#)). Soo ja vanuse grupid on M0, N0, M1–4, N1–4, M5–9, N59, ..., M80–84, N80–84, M85+, N85+. Osakaaluna arvestatakse juhtumeid standardrahvastikus 100 000 (standardrahvastiku) elaniku kohta.

Osakaal statsionaarse eriarstiabi tervishoiukuludest: kõigi välditavate hospitaliseerimiste raviarvete kulu summa (ülalmainitud põhidiagnoosidega statsionaarse ravi arved) jagatud kogu statsionaarse ravi raviarvete summaga.

Indikaatorit arvutatakse arengukava iga aasta kohta ja baastaset nelja eelneva aasta kohta.

2. Eluviisihaiiguste** tõttu esmast haiglaravi vajavate inimeste vanus tõuseb ning soole ja vanusele standarditud hospitaliseeritud inimeste arv väheneb. Haiglaravil viibimise aeg, sagedus ning osakaal statsionaarse eriarstiabi kulust langevad.

Eluviisihaiigused: II tüüpi diabeet (E11), kõrgvererõhktõbi (I10–I15), südamepuudulikkus (I50), krooniline obstruktiivne kopsuhaigus (J44), äge müokardiinfarkt (I21), ebastabiilne stenokardia (I20.0), isheemiline insult (I63), teatud vähid, mis on eluviisiga tugevalt seotud (kopsu- (C34), hingamisteede- (C32, C33, C39), suuõõne- (C00–C14), mao- (C16), maksa- (C22), jämesoole- (C20) ja nahavähk (C43, C44)). Esmane haiglaravi: inimesed, kellel varasematel statsionaarse ravi arvetel pole olnud selliseid põhi- või kaasuvaid diagnoose ning kellel on kõnealusel aastal sellise põhidiagnoosiga või Z51 põhidiagnoosiga ning sellise (eelmainitud C) kaasuva diagnoosiga statsionaarse ravi arve. Vanust arvestatakse iga inimese puhul kõnealuse aasta kõige esimese sellise raviarve alustamise kuupäeva järgi.

Standardimine toimub samal moel nagu lisa 1 punktis 1.

Haiglaravil viibimise aeg: järjestikused statsionaarse ravi arved loetakse üheks haiglasviibimiseks. Viibimise ajaks loetakse igal inimesel selliste järjestikuste arvete esimese alguskuupäeva ja viimase lõpukuupäeva vahe.

Haiglaravil viibimise sagedus: arvestatakse nende inimeste hulgas, kes aasta jooksul vähemalt ühe korra viibivad eluviisihaiiguste tõttu haiglaravil.

Osakaal statsionaarse eriarstiabi kulust: samal moel nagu lisa 1 punktis 1.

Indikaatorit arvutatakse arengukava iga aasta kohta ja baastaset nelja eelneva aasta kohta.

3. Eluviisihaiigustega seotud soole ja vanusele standarditud keskmine töövabastuspäevade arv väheneb.

Standardimine: standarddrahvastikuna kasutatakse 2024. aastal töövabastuspäevadel olnud inimeste soolist ja vanuselist jaotust; soo- ja vanusegrupid on samad nagu punktis 1; sugu ja vanus võetakse igal inimesel tema esimese töövõimetuslehe alguse seisuga. Igas soo- ja vanusegrupis võetakse keskmine töövabastuspäevade arv ning kaalutakse läbi standarddrahvastiku kaaludega.

Indikaatorit arvutatakse arengukava iga aasta kohta ja baastaset nelja eelneva aasta kohta.

4. Tõenduspõhiste ennetusteenuste ja -programmide rahastus tervishoiuteenuste eelarvest suureneb.

Möödik arvutatakse jagamistehtena: lugejasse arvestatakse kõik ennetusteenustega (nt haiguste ennetamise kulurida, erinevad perearstiabi ennetusteenused, nagu riskipatsientide projekt, sõltuvusnõustamised) seotud kulud, nimetajasse arvestatakse tervishoiuteenuste kulud.

5. Esmakordse meeleolu- või ärevushäirega patsientide osakaal, kes on vaimse tervise abi saanud ainult perearstiabist, kasvab 10%.

Arvestatud on meeleolu- või ärevushäire diagnoose F32–F34, F38–F41, F43, F45 ja F48 ning diagnoosi "jälgimine kahtlustatud psüühikahäirete suhtes" Z03.2. Kui patsiendi kõik vastavate diagnoosidega retseptid, raviarved ja töövõimetuslehed on väljastanud perearst (või pereõde) või on need tulnud perearstiabi erialalt (Tervisekassa lepingu järgi), on tegu ainult perearstiabi raviteekonnaga. Esmakordseks loetakse neid patsiente, kellel ei ole raviteekonnale eelneva kahe jälgimisaasta jooksul olnud vastavaid diagnoose.

6. Suurendame ravi tulemusega seotud rahastamist 12%-ni keskmisest suurema eelarvemõjuga haiguste*** eelarvest.

Keskmisest suurema eelarvemõjuga haigused: vereringeelundite haigused, kasvaja, psüühika- ja käitumishäired, lihasluukonna- ja sidekoehaigused, seedeelundite haigused, hingamis- ja südamehaigused, kuseteede ja suguelundite haigused. (Tervise Arengu Instituudi tervisestatistika ja terviseuuringute andmebaasi andmed tervisekaotuse kohta, 2023). Möödik arvutatakse jagamistehtena: lugejasse arvestatakse kõik sellised tulemuspõhise tasustamisega seotud kulud (nt raviteekonnad, PKS, muud tulemustasud), mis on seotud eelmainitud haigustega, nimetajasse arvestatakse kõik selliste haiguste põhidiagnooside raviarvete kulud.

7. E-konsultatsioonile üle läinud erialadel pääseb 80% patsientidest eriarsti vastuvõtule õigel ajal****.

Vastuvõtule pääsemise õigeaegsus määratakse e-konsultatsiooni vastuses antud kiireloomulisuse hinnangu alusel: 7 päeva jooksul, 8–42 päeva jooksul või enam kui 42 päeva pärast. Eriarsti vastuvõtuks loetakse sama või lähedase arstliku eriala arvet, millele on märgitud eriarsti vastuvõtt.

8. Välditavate eriarstiabi vastuvõttude osakaal diabeedi ja kõrgvererõhktõve korral langevad.

Välditavate vastuvõttude (esmased ja korduvad eriarsti vastuvõttud) põhidiagnoosid:

● Kõrgvererõhktõbi: I10.0.

● Diabeet: E11.9; E13.9 või E14.9.

Kõikide vastuvõttude (esmased ja korduvad eriarsti vastuvõttud) põhidiagnoosid:

● Kõrgvererõhktõbi: I10.0, I11.0, I11.9, I12.0, I12.9, I13.0–I13.9, I15–I15.9;

● Diabeet: E10.0–E10.9, E11.0–E11.9, E13.0–E13.9, E14.0–E14.9.

Arve eriala:

● Vastavalt kardioloogia või endokrinoloogia piirkondlike ja keskhaiglate ning teenuseosutajate puhul, kes pole haiglavõrgu haiglad.

● Vastavalt kardioloogia või endokrinoloogia või sisehaigused üldhaiglate puhul.