



Euroopa Liit
Euroopa Sotsiaalfond



Eesti
tuleviku heaks

Riigihanke „Tervise valdkonna funktsionaalne analüüs“
viitenumber (169979)

Lõpparuanne

31.05.2016

Sisukord

Sisukord	2
Kokkuvõte.....	4
Terminid	8
Lühendid.....	11
Sissejuhatus.....	12
1 Tervise valdkonna korraldus	15
1.1 Tervise valdkonna poliitikate ja strateegiate taustsüsteem.....	15
1.2 Tervisevaldkonna struktuurne ülesehitus	16
1.3 Praeguse ülesehituse põhjendatus, optimaalsus ja vajadustele vastavus.....	18
1.3.1 Tervishoiuteenuste korraldamine ja kvaliteedi juhtimine	19
1.3.2 Terviseedenduse ja haiguste ennetuse valdkond.....	21
1.3.3 Tervisekaitse ja järelevalve juhtimine	22
1.3.4 Ravimivaldkonna juhtimine.....	23
1.3.5 Andmehõive ja digitaalvõimekus	24
1.3.6 Laboritegevus	26
1.3.7 Kokkuvõtte tervisevaldkonna struktuurse ülesehituse põhjendatusest, optimaalsusest ja vajadustele vastavusest.....	28
1.4 SOM-i valitsemis- ja haldusalas olevate asutuste juriidilise vormi põhjendatus. ..	29
2 Terviseameti toimimine ja juhtimine	31
2.1 Terviseameti loomisel seatud eesmärgid ja nende saavutamine.....	31
2.2 Terviseameti kohustused, vastutus ja õigused.....	33
2.3 Terviseameti jätkamine iseseisva asutusena.....	35
3 Vastustusjaotus ravimite hinnastamise ja hüvitamise süsteemis	36
3.1 Ravimite hinnastamise ja hüvitamise süsteemi ülevaade ja analüüs.....	36
3.2 Võimalikud muutused ravimite hinnastamise ja hüvitamise süsteemis	38
4 Tervisevaldkonna järelevalve	41
4.1 Terviseamet ja Raviamet.....	41
4.2 Haigekassa ja Terviseamet	42
4.3 Tervise valdkonna järelevalve toimimine.....	44
4.4 Võimalikud muutused tervise valdkonna järelevalves	44
5 Võimalikud muutused tervise valdkonna juhtimises	46
5.1 Funktsioonide ja ülesannete võimalik optimeerimine	47

5.2	Võimalikud organisatsioonid ja vastutusvaldkonnad.....	50
5.3	Võimalik ressursisääst.....	55
Lisa 1	Kulutused tervishoiule võrreldes SKT-ga	58
Lisa 2	Tervisevaldkonna rakendustasandi asutuste juriidiliste vormide analüüs	59
Lisa 3	Ravimiameti ja Terviseameti järelvalve tegevuste võrdlus	64
Lisa 4	Organisatsiooni variandid (lisatud Excel dokument)	67
Lisa 5	Tervise valdkonna asutuste laborite võrdlustabel (lisatud Excel dokument).....	67
Lisa 6	Tervise valdkonna funktsioonide kaardistusmaatriks (lisatud Excel dokument)	67

Kokkuvõte

Ülesanne

Siinne analüüs on teostatud Rahandusministeeriumi korraldatud riigihanke nr 169979 “Tervisevaldkonna funktsionaalne analüüs” alusel perioodil 01. veebruar kuni 09. mai 2016. a.

Ekspertide ülesanne oli analüüsi käigus välja selgitada:

- 1) tervisevaldkonna kui terviku struktuurse arendamise võimalused, sh võimalused vastutusvaldkondade optimaalsemaks jaotamiseks erinevate asutuste lõikes ja sees;
- 2) Sotsiaalministeeriumi tervisevaldkonna osakondade harmoneerumine allasutustega ning kuidas sama teema tegevused jaotuvad erinevate asutuste vahel;
- 3) funktsioonide ümberpaigutamise, sh delegeerimise võimalused;
- 4) dubleerivad ja/või katmata tegevused;
- 5) ebamõistlik ressursi kasutus;
- 6) võimalused järelevalve tõhustamiseks ja arendamiseks;
- 7) Terviseameti loomisel seatud eesmärkide saavutamine.

Analüüsis ei käsitletud tervishoiuteenuste osutajaid.

Ekspertid intervjueerisid 23 võtmeisikut, kes esindasid Sotsiaalministeeriumi erinevaid üksuseid, Terviseametit, Tervise Arengu Instituuti, Ravimiametit, Eesti E-tervise Sihtasutust, Haigekassat ning Haridus- ja Teadusministeeriumi. Ekspertid analüüsisid asutuste ja üksuste põhikirju, relevantseid õigusakte ja määruseid ning valdkonda puudutavaid auditite aruandeid ja hindamisraporteid.

Kokkusaamised ja töötoad tellija esindajatega toimusid 04.02., 07.03., 08.04., 14.04., 20.04., 22.04., ning 04.05.2016.

Tervisevaldkonna funktsionaalne analüüs

2012. aastal revideeritud “Rahvastiku tervise arengukavas” iseloomustatakse Eesti tervisevaldkonna olukorda üldjoontes positiivselt. Rahvaarvu vähenemine on aeglustunud, sündivus on tõusnud ning rahvastiku eluiga pikenenud. Eesti rahvastiku

tervisenäitajate paranemine, näiteks keskmise eluea pikenemine, on toimunud kiiremini kui Euroopa Liidus keskmiselt. Eesti tervishoiusüsteem on viimase kümne aasta arengu tulemusena kujunenud üheks Euroopa kulutõhusamaks.

Tervisevaldkonna juhtimise poliitiliseks raamdokumendiks on “Rahvastiku tervise arengukava (RTA) 2009–2020”. Tervisevaldkonna funktsionaalse jaotuse väljakujunemine Sotsiaalministeeriumi (SOM) haldusalas on olnud viimase paarikümne aasta dünaamiline protsess. Asutuste piirjooned ja nende täidetavad funktsioonid on arenenud omas ajas ja sageli ühe kindla organisatsiooni põhjal, funktsioonide jagunemist ei ole alati vaadatud tervikuna, asutuste üleselt. Vaatamata mitteterviklike organisatsioonilisele arengule ei esine tervisevaldkonnas märkimisväärseid ülesannete dubleerimisi. Analüüs osutab pigem katmata valdkondadele ja vajadustele, mille puhul valdkonna funktsionaalses jaotuses esineb ebaühtlust nii õigusliku regulatsiooni tasandil (asutuste põhimäärustes) kui reaalses elus, või kus ülesande täitmine ei ole tagatud kohase sisu ja mahuga, vaatamata selle määratlusele põhimääruses.

Intervjueeritud tervisevaldkonna juhtide hinnangul ei ole SOM-i poliitika ja strateegiline juhtimine piisavalt terviklik ja ettevaatav, pigem domineerib planeerimises ja aruandluses arendustegevuste mehhaaniline koondamine ja liialt formaalne aruandlus. Arengukavade ja plaanide koostamisel napib sisulist ja kriitilist arutelu muutusi loovatest meetmetest, eesmärkide seadmisel ei toimu piisavalt asutusteülest ja -vahelist koordinatsiooni, tegevusi kavandatakse pigem lähtudes iga asutuse üksikvaatest, mitte ühisest sünergiast. Sama puudutab ka saavutatud mõjude hindamist, kus kriitiline vaade on ebapiisav ega loo arusaama elluviidud tegevuste mõjudest.

Ravimiosakonnas, erinevalt teistest SOM-i tervisevaldkonna juhtimise üksustest, on ajalooliselt säilinud mitmeid funktsioone, mis ei vasta poliitikakujundamise ja koordineeriva tasandi institutsiooni eesmärkidele, vaid peaksid kuuluma rakendustasandile.

Eestis puudub üheselt mõistetav kontseptsioon, mis võimaldaks tõhusalt juhtida tervishoius kasutatavate kvaliteetsete andmete tekkimist. Praegusel ajal muudetakse

tervishoiuandmestiku ja loendite standardeid meditsiinidokumentides mittedistsüsteemselt, vastavalt e-tervise mitmesugustele projektidele.

Tervisevaldkonna laborite tegevus, sihtrühmad, uuritavad objektid ja materjalid, aga samuti rahastamismudelid on väga erilaadsed. Üldise kaardistuse põhjal on raske leida kattuvusi või selgelt ilmnevat potentsiaalset sünergiat kolme labori toimimises. Samas tuleb rõhutada, et praeguse hanke tingimused ei näinud ette laborialase tehnilise kompetentsi vajadust ning ekspertgrupil puudub vastav võimekus. Seetõttu ei välista ekspertgrupp teatud laboritehniliste sünergiate võimalust, kuid selle kindlakstegemiseks on vajalik detailsem laboritehnilisi ekspertiise hõlmav uuring või uuringud.

Mitmed läbiviidud analüüsid näitavad, et kulutõhususe poolest tunnustatud Eesti tervishoiusüsteem ei ole pikas plaanis rahaliselt jätkusuutlik. Praeguse kuluprofiiliga jätkates ning rahvastiku vananemist ja makromajanduslikke suundumusi arvestades kasvab lõhe tervishoiu rahastamise tulude ja kulude vahel. Eesti Haigekassa reservid muutuvad 2022. aastaks negatiivseks ning vajadus uute lahenduste järele on pakiline. Tõhususe suurendamisel kulude kontrolli abil on piir ees. Edasiviivad lahendused eeldavad tervishoiusüsteemi sisulist uuenemist, senise paradigma ja põhimõtete ümberhindamist.

Vajalik on tõhustada ministriumipoolset tervisepoliitika ja tervisevaldkonna arendamise eestvedamist ning korralduse koordineerimist. Valdkonna uuenduslike juhtimispõhimõtete kujundamine ja väljatöötamine on ministriumide ülesanne.

Kõige ressursimahukam osa tervisesektorist on tervishoiuteenuse osutajate segment, mille arendamine vajab tugevamat koordineerimist ja mõjude monitoorimist. Poliitilised kontseptsioonid, näiteks Haiglate võrgustumine, vajavad SOM-i tasandil tänasest ulatuslikumat analüüsi, selgemat eesmärgipüstitust ja tegevusplaanide, ning rakendustasandil eriarstiabi ja õenduse korralduse tõhusamat monitoorimist ja järelevalvet.

Tervikliku tervishoiuteenuste kvaliteedijuhtimise kujundamine ja juhtimine ministriumide tasandil on vastutusena määratlemata ning SOM-i hallatavate asutuste

põhimääruste tasandil on see reguleeritud ebapiisavalt ja killustatult. Tervishoiuteenuste kvaliteedijuhtimine vajab terviklikku käsitlust, sisaldades teenuseosutajate enesehindamise ja kvaliteediindikaatorite aruandluse süsteemi, teenuseosutajate ja erialade akrediteerimist ning tõhusamat ja proaktiivsemat järelevalvet riigi poolt.

Andmehalduse ja infosüsteemidega seonduv on läbiv horisontaalne arendus ja tugifunktsioon, mis peab toetama nii SOM-i kui ka rakendustasandi riigivalitsemist. Efektiivsuse tõstmiseks ja digitaalvõimekuse sihipäraseks arendamiseks on otstarbekas luua funktsionaalselt ühtne tervisevaldkonna info juhtimise struktuur, mille ülesandeks on tagada tervise standardiorganisatsioon ja -teenus, statistika- ja analüüsi teenus, andmekogude haldus (sh valdkonna kõik riiklikud andmekogud), infosüsteemide ja taristu haldus, teenusearendamisega seotud IT-projektijuhtimine ja investeeringud, e- ja kaugteenuste üleriigilise toe pakkumine, kriitiliste üleriigiliste e-teenuste pakkumine. Lisaks tervisevaldkonnale võiks ühendstruktuur toetada ka sotsiaal- ning töövaldkonda.

Tervise valdkonna praegune struktuurne ülesehitus ei välista võimalust astuda samme juhtimise tõhustamiseks ning katmata või nõrgalt esindatud funktsioonide tugevdamiseks. Vastavad konkreetsed ettepanekud on koondatud aruande viiendasse peatükki. Lisaks on ekspertgrupp kujundatud ja esitanud võimalikud tervise valdkonna organisatsiooni struktuursed stsenaariumid, mis lähtuvad eelkõige taotlusest parandada valdkonna tegevuse fookust ja mõjusust.

Tallinnas 31.05.2016

Terminid

ESMATASANDI TERVISHOID – oluline tervishoiu valdkond, mis tehakse kättesaadavaks riigile ja ühiskonnale jõukohase tasu eest ja meetoditega, mis on praktiliselt ja teaduslikult põhjendatud ning sotsiaalselt aktsepteeritavad.

INFO JUHTIMINE (ingl *information management*) – siinse analüüsi tähenduses organisatsiooni äristrateegia elluviimist toetav andmete kogumise, talletamise, töötlemise ja analüüsimisega seotud tehnoloogiate (info- ja kommunikatsioonitehnoloogiad), standardite, teenuste (e-teenused) ja funktsioonide haldamine.

KESKKONNATERVIS – termin hõlmab inimese tervise neid aspekte (k.a elukvaliteet), mida mõjutavad keskkonna füüsikalised, keemilised, bioloogilised, sotsiaalsed ja psühhosotsiaalsed tegurid; puudutab ka praeguse ja tulevaste põlvkondade tervisele potentsiaalselt ebasoodsalt mõjuda võivate keskkonnategurite hindamise, korrektsiooni ja tõkestamise teooriat ja praktikat.

RAHVASTIKU TERVIS – terminiga väljendatakse püüdlust parendada kogu rahvastiku või selle rühmade tervist ja vähendada ebavõrdsust nende tervises.

RAHVATERVIS – tervise edendamise, haiguste ennetamise ja eluea pikendamise teadus ja tegevus; kogu rahvastiku tervise edendamise, eluea pikendamise ja elukvaliteedi parandamise sotsiaalne ja poliitiline kontseptsioon, mis toimib terviseedenduse, haiguste ennetamise ja teiste tervise sekkumisvormide kaudu.

RIIKLIK TERVISEPOLIITIKA – on kantud riigi vastutusest edendada rahvastiku tervislikku seisundit. Riikliku tervise poliitika eesmärgiks on luua toetav keskkond, et võimaldada inimestel elada tervislikku elu, teha tervislikud valikud kodanikele võimalikuks või lihtsamaks ning muuta nii sotsiaalset kui ka füüsilist keskkonda tervislikumaks.

TERVISERISK – sotsiaalne, käitumuslik, majanduslik, keskkondlik või bioloogiline tegur, mis põhjustab või soodustab terviseseisundi halvenemist, terviseseisundile

soodsalt mõjuvate tegurite toime vähenemist või haigustele vastuvõtlikkuse suurenemist.

SEIRE – pidev ja/või regulaarne andmete kogumine ja analüüs ühesuguse metoodika alusel. Kogutavate andmete põhjal saab seiret tinglikult kaheks jagada: tervist ohustavate tegurite seire ning käitumuslik seire. Seireandmete kogumise meetoditele tuginedes saab mõlemat seiret veel omakorda kaheks jagada: passiivne seire ehk rutiinselt registreeritavad andmed ja nende analüüs, ning aktiivne seire ehk uurimustega kogutavad andmed ja nende regulaarne analüüs.

TERVIS – täielik füüsilise, sotsiaalse ja vaimse heaolu seisund ning mitte ainult haiguse ja puuete puudumine; tervis ei ole elamise eesmärk, vaid igapäevase elu vahend; positiivne mõiste, mis toonitab sotsiaalseid ja individuaalseid ressursse ning füüsilisi võimeid.

TERVISE ARENG – üksikisikute ja rahvastikugruppide terviseseisundi jätkuva ja progressiivse paranemise protsess.

TERVISEEDENDUS – protsess, mis võimaldab inimestel muuta tervist määravaid tegureid juhitavaks ning selle kaudu tugevdada tervist; terviseedenduse tõlgendamisel tuleb eristada terviseedendust kui oodatavat tulemust (lähi- ja kaugeesmärgid) ja kui strateegiat (protsessid ja tegevused).

TERVISEKAITSE – haiguste ennetamise juurde kuuluv terviseteenistus, mille puhul kehtivad kohustuslikud normid ja eeskirjad; tervisekaitse käsitleb vahendeid ja abinõusid rahvastiku tervise halvenemise vältimiseks ning selle eesmärgiks on tagada tervisele ohutu füüsiline, keemiline ja bioloogiline keskkond.

TERVISEPOLIITIKA – institutsioonisisene (eriti valitsuse) selgesõnaline otsus või protseduur, mis määratleb tegevuse prioriteetid ja parameetrid vastusena tervisevajadustele, kättesaadavatele ressurssidele ja poliitilistele survetele.

TERVISE VALDKOND – hõlmab organiseeritud avalikke ja eraterviseteenistusi (sh terviseedendus, haiguste ennetamine, diagnostika, ravi- ja hooldusteenused), tervishoiu osakondade ja ministriumide poliitikat ja tegevust, mitteriiklikke terviseiga seotud organisatsioone ja ühiskondlikke grupe ning kutsealaseid assotsiatsioone.

TERVISESÜSTEEM – tervisteenuste osutamise süsteem, mille peamisteks osadeks on tervishoiu- ja rahvatervise süsteemid. Alasüsteemidest esimese esmaseks ülesandeks on raviteenuste osutamine (nt haiglas, esmatasandil ja hooldusravis) ning teise esmaseks ülesandeks terviseedenduse ja -ennetuse korraldamine.

VÕRGUSTIK – mittehierarhilisel alusel organiseerunud üksikisikute, organisatsioonide ja asutuste pühendumisel ning usaldusel põhinev grupp, mis tegeleb üldiste probleemide või muredega, mida seiratakse aktiivselt ja süstemaatiliselt.

Lühendid

CLP	Classification, Labelling and Packaging regulatsioon
DAO	Digitaalvõimekuse arendamise osakond
ECDC	Maailma Terviseorganisatsiooni, Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskus
EHK	Eesti Haigekassa
EMA	European Medicines Agency
ETSA	Eesti E-tervise Sihtasutus
HVA	Haiglavõrgu arengukava
IHR	International Health Regulations
IKTO	Info-ja kommunikatsioonitehnoloogia osakond
KTK	Kemikaalide Teabekeskus
LIMS	Laboratory Information Management System
MKM	Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium
MS	Meditiiniseadmed
NETS	Nakkushaiguste ennetamise ja tõrje seadus
RA	Ravimiamet
RO	Ravimiosakond
REACH	Registration, Evaluation, Authorisation and Restriction of Chemicals
RTA	Rahvastiku tervise arengukava
RTO	Rahvatervise osakond
SOM	Sotsiaalministeerium
SMIT	Siseministeeriumi Infotehnoloogia- ja Arenduskeskus
TA	Terviseamet
TAI	Tervise Arengu Instituut
THA	Tervishoiuamet
TKI	Tervisekaitseinspeksioon
TSAO	Tervisesüsteemi arendamise osakond
TTKS	Tervishoiuteenuste korraldamise seadus
TTO	Terviseteenuse osutaja
VV	Vabariigi Valitsus
VTA	Veterinaar- ja Toiduamet
WHO	The World Health Organization (MaailmaTerviseorganisatsioon)

Sissejuhatus

Tervise valdkond on üks kolmest Sotsiaalministeeriumi vastutusvaldkonnast, mis hõlmab rahva tervise kaitset, tervishoiuteenuste ja ravimipoliitika kujundamist, rakendamist ning järelevalve korraldamist neis. Riik suunab aastas tervise- ja tervishoiu valdkonda *ca* 1,1 miljardit eurot ehk aastal 2016 ligikaudu 12,5% riigi eelarvest. Kuivõrd tegemist on valdkonnaga, kus on pidev surve kulude kasvuks, on ressursikasutuse analüüs vajalik.

Valdkond on praegusel kujul toiminud 2010. aastast, kui viimase reformina ühendati Tervishoiuamet, Tervisekaitseinspeksioon ja Kemikaalide Teabekeskus ning ühendasutusena moodustati Terviseamet, kuhu viidi üle ka seni Raviametis töötanud meditsiiniseadmete osakond koos vastavate ülesannetega.

Aja jooksul on tervise valdkonnas üksiktegevuste toimimist ja nõuetele vastavust hinnatud erinevate auditite ja analüüside raames (nt ravimipoliitika, rahvatervis, tervishoiu rahastamine, e-tervise rakendamine, õendusabi jne), kuid valdkonda ei ole vaadeldud tervikuna.

Sotsiaalmajanduslikest arengutest tingitud muutused väliskeskkonnas avaldavad mõju konkreetsele tegevusvaldkonnale ning tegevuse efektiivsuse suurendamiseks ja ressursside tõhusamaks kasutamiseks on vajalik valdkonna terviklik analüüs, mis hõlmaks Sotsiaalministeeriumis terviseala asekantsleri vastutusvaldkonda ning tervishoiu vaates e-teenuste ja innovatsiooni asekantsleri vastutusvaldkonda, samuti ministeeriumi teadus- ja arendustegevuse korraldust ning Terviseametit, Raviametit, Tervise Arengu Instituuti, Eesti E-tervise SA ning Eesti Haigekassat osas, mis on vajalik funktsioonide optimaalse jaotuse tagamiseks. Käesolev analüüs ei hõlma tervishoiuteenuse osutajaid, sh haiglaid ning riigi huvide esindamise temaatikat.

Siinne analüüs on teostatud Rahandusministeeriumi korraldatud riigihanke nr. 169979 “Tervise valdkonna funktsionaalne analüüs” alusel perioodil 01. veebruar kuni 09. mai 2016. a.

Ekspertide ülesanne oli analüüsi käigus välja selgitada:

- 1) tervise valdkonna kui terviku struktuurse arendamise võimalused, sh võimalused vastutusvaldkondade optimaalsemaks jaotamiseks erinevate asutuste lõikes ja sees;
- 2) Sotsiaalministeeriumi tervise valdkonna osakondade harmoneerumine allasutustega ning kuidas sama teema tegevused jaotuvad erinevate asutuste vahel;
- 3) funktsioonide ümberpaigutamise, sh delegerimise võimalused;
- 4) dubleerivad ja/või katmata tegevused;
- 5) ebamõistlik ressursi kasutus;
- 6) võimalused järelevalve tõhustamiseks ja arendamiseks;
- 7) Terviseameti loomisel seatud eesmärkide saavutamine.

Analüüsi viis läbi BG-Konsultatsioonid OÜ meeskond:

Analüüsi vastutav ekspert:

Jari Kukkonen

Tervishoiusüsteemi ekspert:

Jaanus Pikani

Tervishoiusüsteemi ekspert:

Andres Rannamäe

Ravimivaldkonna ekspert:

Jytte Lyngvik

Meeskond on järginud pakkumuses esitatud metoodikat:

- Intervjueeriti järgmisi isikuid:

Ain Aaviksoo – E-teenuste arengu ja innovatsiooni asekanstler

Tiiu Aro – Terviseameti peadirektor

Üllar Kaljumäe – Terviseameti peadirektori asetäitja tervishoiu alal

Jelena Tomasova – Terviseameti peadirektori asetäitja tervisekaitse alal

Mihhail Muzõtšin – Terviseameti peadirektori asetäitja järelevalve alal

Margus Auväärt – Info- ja kommunikatsioonitehnoloogia osakonna juhataja

Triin Habicht – Tervisesüsteemi arendamise osakonna juhataja

Janar Holm – Haridus- ja Teadusministeeriumi kanstler

Maris Jesse – Tervise Arengu Instituudi direktor

Toomas Veidebaum – Tervise Arengu Instituudi teadusdirektor

Kalle Killar – SOM strateegia ja eelarve osakonna juhataja

Liina Nagel – SOM eelarvejuht

Annika Veimer – Tervise Arengu Instituudi arendusjuht

Ivi Normet – Terviseala asekanstler

Jevgeni Ossinovski – tervise- ja tööminister

Marika Priske – SOM kanstler

Ulla Raid – Tervisesüsteemi arendamise osakonna nõunik

Kristin Raudsepp – Ravimiameti peadirektor

Indrek Reimand – HTM kõrghariduse ja teaduse asekanstler

Tanel Ross – Eesti Haigekassa juhatuse esimees

Mari Mathiesen – Eesti Haigekassa juhatuse liige

Dagmar Rüütel – Ravimiosakonna juhataja

Helen Tralla – Õigus- ja personaliosakonna juht

Rait Kuuse – Sotsiaalministeeriumi sotsiaalala asekanstler

- Tutvuti asutuste ja üksuste põhikirjadega
- Tutvuti õigusaktide ja määrustega vastavalt vajadusele
- Tutvuti relevantsete auditite aruannetega ja hindamisraportitega

Toimused kokkusaamised ja töötoad tellija esindajatega 04.02., 07.03., 08.04., 14.04., 20.04., 22.04., ning 04.05.2016.

1 Tervise valdkonna korraldus

1.1 Tervise valdkonna poliitikate ja strateegiate taustsüsteem

Analüüsid tervise valdkonna struktuurset ja funktsionaalset ülesehitust, tuleb esmalt vaadelda kehtivate poliitikate ja strateegiate taustsüsteemi ning seda, milliseid arenguid on riigi tasandil kavandatud. Struktuuride ja funktsioonide kujundamine peab eelkõige toetama valdkonna arengut ning looma võimekuse strateegiaid paremini juhtida.

2009. a kinnitatud ja 2012. a revideeritud “Rahvastiku tervise arengukavas” iseloomustatakse Eesti tervisevaldkonna olukorda järgnevalt:

“Eesti viimaste aastate areng rahvastiku tervises ja riigis üldiselt on igati positiivne – majandus on kasvanud, rahvaarvu vähenemine on aeglustunud, sündivus on tõusnud ning rahvastiku eluiga on pikenenud, kui nimetada vaid mõnda olulisemat. Eesti rahvastiku tervisenäitajate paranemine, näiteks keskmise eluea pikenemine, on toimunud kiiremini kui Euroopa Liidus keskmiselt. Eesti tervishoiusüsteem on viimase kümne aasta arengu tulemusena kujunenud üheks Euroopa kulutõhusamaks.”

2015. aastal valminud “Eesti tervisesüsteemi teadus- ja arendustegevuse ning innovatsiooni strateegia 2015–2020” lisab pisut teistsuguse mõõtme:

“Kulutused tervishoiule on Eestis tunduvalt väiksemad kui Euroopa arenenud riikides¹. Eesti tervishoid rajaneb solidaarsuspõhimõttest (panustamine vastavalt võimalustele, kasutamine vastavalt vajadusele) lähtuval ravikindlustusel, mis sõltub süsteemi panustajate arvust ja nende sissetulekutasemest. Tervishoiu kogukulud aastas on umbes 1 mld eurot ning 80% sellest katab riik. Kaks kolmandikku tervishoiu kogukuludest liigub Eesti Haigekassa kaudu ja kulutuste raskuskeske on ravil. Tuleviku tervisesüsteem peab pöörama märksa rohkem tähelepanu ennetusele, tervise hoidmisele ja säilitamisele. Ravikindlustuse jätkusuutlikkuse analüüsid näitavad, et kulutõhususe poolest tunnustatud Eesti tervisesüsteem ei ole pikas plaanis rahaliselt jätkusuutlik. Praeguse kuluprofiliga jätkates ning rahvastiku vananemist ja makromajanduslikke trende arvestades kasvab lõhe tervishoiu rahastamise tulude ja kulude vahel (Eesti Haigekassa reservid muutuvad 2022. aastaks negatiivseks)² ning vajadus uute lahenduste järele on pakiline. Tõhususe suurendamisel kulude kontrolli abil on piir ees. Edasiviivad lahendused eeldavad tervisesüsteemi sisulist uuenemist, senise paradigma ja põhimõtete ümberhindamist. Teisisõnu: nii nagu Eesti majanduse ees seisab ülesanne liikuda efektiivsuspõhisest arenguetapist teadmise- ja innovatsioonipõhisesse etappi, on sama proovikivi ka Eesti tervishoiul.”

Tervise valdkonna juhtimise poliitiliseks raamdokumentiks on “Rahvastiku tervise arengukava (RTA) 2009–2020”. Aastatel 2011–2012 toimusid arutelud rakendusplaani koostamiseks aastateks 2013–2016. Arutelude käigus jõuti otsusele, et rahvatervise tegevustest parema ülevaate saamiseks tuleb muuta meetmete sõnastusi,

¹ Tervise kogukulutused sisemajanduse koguproduktist (%) 2012. a: Eesti 5,9; Soome 9,1; Rootsi 9,6; Taani 11,2; Saksamaa 11,3 ja Holland 12,4.

Allikas: Maailmapanga andmebaas <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>.

EU keskmine 2011. a: 9,5; Portugal 10,2; Leedu (2012. a) 6,66.

Allikas: WHO/Europe, European HFA Database, December 2015. Vt ka Lisa 1.

² Kruus, P., Soe, R.-M., Võrk, A., Jüri, L. 2014. Ravikindlustuse jätkusuutlikkuse prognoos. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis.

http://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Tervishoid/Prognoos/Ravikindlustuse_j2tkusuutlikkuse_prognoos.pdf.

korrigeerida alaeesmärkide indikaatorite sihttasemeid ning lisada uusi indikaatoreid. Selle tulemusena pidi RTA-st saama raamdokumendi asemel tervise valdkonna arendusdokument, millesse integreeritakse järjest enam varem eraldiseisvalt eksisteerinud valdkondlikke arengukavu. Nii on RTA-sse integreeritud narkomaania ennetamise riiklik strateegia aastani 2012, riiklik tuberkuloositõrje strateegia aastateks 2008–2012, südame- ja veresoonehaiguste ennetamise riiklik strateegia 2005–2020 ning riikliku HIV ja AIDS-i strateegia aastateks 2006–2015³.

E-tervise valdkonnas valmis 2015. aasta lõpus “Eesti e-tervise strateegiline arenguplaan aastani 2020”, milles keskendutakse e-teenustega seotud valikutele ja tegevustele e-tervise visioonis aastaks 2025 kirjeldatud olukorra saavutamiseks. Strateegia toetab RTA üld- ning valdkondlike eesmärkide saavutamist. 2016. aasta alguses koostatakse e-tervise strateegia 2020 rakendusplaan aastateks 2017–2020 ning integreeritakse arendusvajadused RTA-sse.

Lisaks on RTA 2009–2020 V alaeesmärgi – tervishoiusüsteemi arengu – täitmiseks kinnitatud “Eesti tervishoiu arengusuunad 2020”, mis sätestab tegevussuunad esmatasandi tervishoiu, haiglavõrgus ja kiirabis. Dokumendi eesmärk on tagada kvaliteetsemate tervishoiuteenuste kättesaadavus kogu elanikkonnale, pidades silmas demograafilisi suundumusi ja jätkusuutlikku ressursikasutust. Dokument näeb ette võtta suund kõrgtehnoloogilise eriarstiabi teenuste tsentraliseerimisele pädevuskeskustesse ning esmatasandi tervishoiu osatähtsuse kasvule esmavajalike teenuste võimalikult elukohalähedasel tagamisel. Kahjuks näib see dokument olevat koostatud õigustamaks juba tehtud investeerimisotsuseid, jätkates 2003. aastal Vabariigi Valitsuse määrusega nr 105 vastuvõetud ja 15 aastase kehtivusajaga “Haiglavõrgu arengukava” (HVA) põhimõtteid ning ei näi põhinevat olukorra süvaanalüüsil ega kanna endas “*terviseüsteemi sisulist uuenemist, senise paradigma ja põhimõtete ümberhindamist*”. Keskkond ja suundumused, ning seega ka kitsaskohad on aga võrreldes 15 aasta taguse ajaga, mil läbi viidi ja HVA kinnitati, oluliselt muutunud. Osade RTA sisendiks olnud strateegiadokumentide kehtivus on lõppenud⁴ ja uusi ei ole välja töötatud.

1.2 Tervisevaldkonna struktuurne ülesehitus

Tervise valdkonna funktsionaalse jaotuse väljakujunemine Sotsiaalministeeriumi (SOM) haldusalas on olnud viimase paarikümne aasta dünaamiline protsess. Asutuste piirjooned ja nende täidetavad funktsioonid on arenenud omas ajas ja sageli ühe kindla organisatsiooni põhiselt, funktsioonide jagunemist ei ole alati vaadatud tervikuna, asutuste üleselt. Vaatamata mitteterviklikule organisatsioonilisele arengule ei esine tervise valdkonnas märkimisväärsed ülesannete dubleerimisi. Alljärgnev analüüs osutab pigem katmata valdkondadele ja vajadustele, mille puhul valdkonna funktsionaalses jaotuses esineb ebaühtlust nii õigusliku regulatsiooni tasandil (asutuste põhimäärustes) kui reaalses elus, või kus ülesande täitmine ei ole tagatud kohase sisu ja mahuga, vaatamata selle määratlusele põhimääruses.

³ http://sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/2012_rta_pohitekst_ok_5.pdf

⁴ Kehtivus on lõppenud näiteks Riiklikul vähistrateegial 2007–2015, samas kui RTA-s kajastub vaid murdosa vähistrateegia sisust, peamiselt elustiiliga seotud riskifaktorid. http://sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/riiklik_vaehistrateegia_aastateks_2007-2015.pdf
Samuti ei kehti enam Eesti hooldusvõrgu arengukava 2004–2015. http://sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/eesti_hooldusravivorgu_arengukava_2004-2015.pdf

Võttes aluseks praegu kehtiva õigusliku regulatsiooni ja asutuste põhimäärused, võib suures plaanis tervise valdkonna struktuurset ülesehitust kirjeldada järgnevalt:

- SOM on valdkonna poliitika ja strateegiate kujundaja, strateegiate elluviimise koordinaator ning mõjude hindaja. SOM-i koosseisus on tervise valdkonnas eelkõige kolm “sisustruktuuriüksust”, kes oma pädevuse ja vastutuse ulatuses koordineerivad järgmisi valdkondi:
 - Tervisesüsteemi arendamise osakond, mille põhiülesanne on kavandada tervishoiupoliitikat ja korraldada selle elluviimist, et tagada tervishoiuteenuste kättesaadavus, kvaliteet ja ohutus ning elanike rahulolu tervishoiuteenustega, ning luua eeldused tervisesüsteemi teadmispõhisele arendamisele, koordineerida tervisestatistika kogumist ja tervisevaldkonnale tarvilikku teadus-, arendus- ja innovatsioonitegevust.
 - Rahvatervise osakond, mille põhiülesanne on tagada tervist säästev ja tervislik elukeskkond, edendada terviseteadlikkust ning ennetada haigusi ja nendega kaasnevat kahju. Osakonnal on juhtiv roll tervisepoliitika kujundajana keskkonnast tulenevate terviseriskide, sealhulgas joogivee ja kemikaaliohutuse, nakkushaiguste ennetamise ja tõrje, laste tervise ning elanikkonna tervisekäitumise valdkonnas
 - Ravimiosakond, mille põhiülesanne on koordineerida ravimite, sealhulgas veretoodete ja meditsiiniseadmete valdkonna arengut, et tagada ravimite, sealhulgas veretoodete ja meditsiiniseadmete kättesaadavus, kvaliteet ja mõistlik kasutamine Eestis.
 - Lisaks on tervise valdkonna arenguga vahetult seotud digitaalvõimekuse arendamise osakond, mille põhiülesanne on luua eeldused avalike teenuste paremaks kujundamiseks ministeeriumi ja selle valitsemisala avalike teenuste arendamise koordineerimise kaudu, lähtudes riigi infosüsteemi ja infotehnoloogia pakutavatest võimalustest. Samuti toetab tervise valdkonna juhtimist ning tegevusi info- ja kommunikatsioonitehnoloogia osakond, info- ja kommunikatsioonialase arendustegevuse juhtimise ning info- ja kommunikatsioonisüsteemide- ja vahendite haldamise kaudu.
- SOM-i hallatav tervise valdkonna rakendustasand koosneb neljast asutusest:
 - Terviseamet (TA), kelle peamisteks ülesanneteks on seadustega sätestatud ülesannete ulatuses juhtimisfunktsiooni ja riikliku järelevalve teostamine ameti tegevusvaldkondi (tervishoid, nakkushaiguste seire, ennetus ja tõrje, keskkonnatervis, kemikaaliohutus, meditsiiniseadmete ohutus) reguleerivate õigusaktide nõuete täitmisel, ning riikliku sunni rakendamine nende nõuete rikkumise korral.
 - Ravimiamet (RA), mille eesmärk on tagada, et Eestis inimeste ja loomade haiguste ennetamisel, ravis ja diagnostikas kasutamiseks lubatud ravimid on tõestatud efektiivsed, kvaliteetsed ja ohutud, soodustada ravimite otstarbekohast kasutamist ning tagada, et Eestis korraldatud ravimite kliiniliste uuringute puhul on tagatud uuringus osalejate ohutus ja nende õiguste kaitse.
 - Tervise Arengu Instituut (TAI), kelle põhitegevus on tervise- ja sotsiaalvaldkonna teadus-, arendus- ja rakendustegevus ning tervisestatistika kogumine. TAI peamiste põhikirjaliste ülesannete seas

on olulisel kohal ka riiklike terviseedenduse ja haiguste ennetusega seotud projektide korraldamine ja/või koordineerimine.

- E-Tervise SA (ETSA), kelle peamisteks ülesanneteks on oma vara valitsemise ja kasutamise kaudu arendada ning hallata Eesti Vabariigi tervishoiu infosüsteemi komponente, samuti neid tegevusi koordineerida. Siinkohal peab tähelepanu juhtima asjaolule, et ETSA-l on lisaks SOM-ile suur hulk teisi asutajaid ning asutuse juhtimine peab toimuma nendega kooskõlas. SOM-il on asutuse koordineerimisel strateegiline kaal, ministeeriumil on õigus 11-liikmelisse juhatusse nimetada 5 liiget. Nõukogu otsused võetakse vastu lihthäälteenamusega. Häälte võrdsel jagunemisel saab otsustavaks nõukogu esimehe hääl.
- Eraldi seaduse alusel ja iseseisva avalik-õigusliku juriidilise isikuna toimib Eesti Haigekassa (EHK), mis valitsemise struktuuridest tingitult kuulub siiski SOM-i mõjualasse (EHK nõukogu esimees on tervishoiu- ja tööminister ning nõukogu koosseis on SOM-i esindaja). Oluline on märkida, et valdkondlikul ministril on vetoõigus EHK arengukava, eelarvet ja tervishoiuteenuste loetelu puudutavates otsustes.

Ministeeriumi “sisustruktuuriüksused” ehk tervishoiu, rahvatervise ja ravimite valdkonna ülesehitus on põhimõttelise jaotusega eksisteerinud pikemat aega, välja arvatud tervisesüsteemi arendamise osakond (TSAO), mille puhul tervishoiu valdkonna vastutused täienesid 2015. aastal tervisesüsteemi funktsioonidega. Tervise valdkonna tugiyüksuste struktuur SOM-is on märksa dünaamilisem, kusjuures viimane struktuur on kehtinud aasta jagu ning muutused olid seotud eelkõige analüüsi, statistika, e-tervise ja digitaalvõimekuse arendamisega. SOM-i hallatavaid asutusi on korduvalt liidetud ja ümber kujundatud, ning asutuste siseselt on samuti funktsioone muudetud, tagamaks parema fookustamise ja ülesannete selguse.

Kõikide struktuuriüksuste tegevus on reguleeritud põhimäärustega, mis on olnud ka edasise analüüsi üheks allikaks ja võrdlusobjektiks.

1.3 Praeguse ülesehituse põhjendatus, optimaalsus ja vajadustele vastavus

Ülesehituse põhjendatuse, optimaalsuse ning vajadustele vastavuse hindamisel on lähtutud ekspertarvamustest, kolmanda osapoolse audititest ning intervjueritud isikute hinnangutest.

Intervjueritud tervise valdkonna juhtide hinnangul ei ole SOM-i poliitika ja strateegiline juhtimine piisavalt terviklik ja ettevaatav, pigem domineerib planeerimises ja aruandluses arendustegevuste mehhaaniline koondamine ja liialt formaalne aruandlus. Arengukavade ja plaanide koostamisel napib sisulist ja kriitilist arutelu muutusi loovatest meetmetest, eesmärkide seadmisel ei toimu piisavalt asutusteülest ja -vahelist koordinatsiooni, tegevusi kavandatakse pigem lähtudes iga asutuse üksikvaatest, mitte ühisest sünergiast. Sama puudutab ka saavutatud mõjude hindamist, kus kriitiline vaade on ebapiisav ega loo arusaama elluviidud tegevuste mõjudest. Näitena võib tuua rahvastiku tervise arengukava planeerimise, koordineerimise ja elluviimise hindamise, kus enamik eelmainitud kriitilisi kommentaare on iseloomulikud. Samuti rõhutati korduvalt, et meeskondlikku tööd on vähe ning kollektiivset sünergiat ei toetata piisavalt.

1.3.1 Tervishoiuteenuste korraldamine ja kvaliteedi juhtimine

Tervishoiuteenuste poliitika korraldus on SOM-i tasandi vastutus, täpsemalt tervisesüsteemi arendamise osakonna ülesanne. Osakonna põhimääruses on ülesanded sätestatud üpris üldiselt, ilma täpsemate tervishoiuvaldkondade määratluseta. Osakonna tööplaanis on koordineeritavad valdkonnad oluliselt täpsemalt kirjeldatud, muu hulgas on ära märgitud tervishoiu struktuursed valdkonnad, milles kavandatakse arengukavade elluviimist.

Terviseameti ülesanne on perearstiteenuse ja kiirabi töö korraldus, mis praegu on asutuse põhimääruses konkreetselt sätestatud. Hinnanguliselt võib öelda, et antud valdkonnad on peaaegu ainukesed tervishoiuteenuste valdkonnad, millel on riigipoolne korralduslik funktsioon kohase sisuga määratletud. Eriarstiabi, õenduse ja tervishoiuteenuse osutajate võrgu korraldus ja arendus on täna vastutusena katmata ega ole ühegi asutuse ülesanne. SOM-i TSAO on algatanud HVA edasise arengu haiglate võrgustumise nime all, kuid ebaselge on pikaajalise poliitika elluviimise vastutuslik ja korralduslik raamistik. SOM on ainuke põhjendatud asutus vastava poliitika väljatöötamiseks ja koordineerimiseks, kuid selle edasine elluviimine ning monitoorimine on pigem hallatavate asutuste pädevuses. Varem kehtinud HVA ja uus haiglate võrgustumine ei ole funktsiooni ja vastutusena reguleeritud.

Tervishoiuteenuse osutajate tegevuslubade väljastamise ja kutsekvalifikatsiooni tunnustamise vastutust kannab Terviseamet, kes peab ka vastavaid registreid. Tervishoiutöötajate pädevushindamise süsteem tänasel päeval puudub ning võiks olla osaliselt lahendatav allpool soovitatud teenuseosutajate ja erialade akrediteerimise süsteemiga. Eraldi tuleb mainida, et katmata on funktsioon arstide ja õdede vajaduse hindamiseks ja planeerimiseks. See funktsioon sobib kokku haiglate võrgustumise mõju hindamise ja arstiabi kättesaadavuse hindamisega ning ainukese asutusena saab soovitada TA-d, mille juurde vastav pädevus ja kompetents luua.

Muutunud õigusliku regulatsiooni kohaselt ei kohaldata enam peale tegevusloa väljastamist tervishoiuteenuse osutaja regulaarset kontrolli, hindamaks tegevuse vastavust nõuetele ja loa ulatusele. Kontroll toimub plaanilises korras ning signaalide ja kaebuste alusel, mis viitavad vajadusele teostada järelevalvet. Lisaks on erinevatel aastatel võetud ette kontrole ja uuringuid kitsamates valdkondades nagu hooldusraviasutused, kvaliteedijuhtimine/edendamine, vigade ja tüsistuste registreerimine, õendushooldusteenus. Ekspertide hinnangul on kontrollide ja järelevalve iseloom kitsa fookusega ega kata tervishoiuteenuste kogu spektrit, põhinedes liialt sageli reaktiivsel ja retrospektiivsel, probleemipõhisel lähenemisel.

Järelevalve funktsioonis on kavandatud oluline muutus proaktiivse hoiaku suunas, mis baseerub seirel ja riskihindamisel. Samuti on plaanitud selles vallas tõhusamat koostööd SOM-i ja EHK-ga, mis on positiivne.

Terviseamet peab kutsealade kaupa registrit, milles on registreeritud Eestis tegutsemisõigusega arstid ja eriarstid, õed, ämmaemandad, hambaarstid, proviisorid ja farmatseudid, ning teostab teistest riikidest tööle soovivate spetsialistide kutsekvalifikatsioonile vastavuse hindamist. Kutsekvalifikatsiooni tunnustamise sisuline tase ja õiguslik raamistik ei ole ameti enda hinnangul täna hästi korraldatud ega vasta tänapäeva nõuetele.

“Tervishoiu arengusuunad aastani 2020” ei näe ette konkreetsete eesmärkide saavutamist, mis teeb keeruliseks arengukava elluviimise hindamise. Selgelt määratletud eesmärkide ja vahe-eesmärkide puudumise tõttu saab olema raske hinnata tulemuste saavutamist ja mõju selliste oluliste tervishoiukorralduse dimensioonide puhul nagu tervishoiuteenuste ja -erialade kättesaadavus ning vastavus nõuetele, konkurentsituatsiooni hindamine, võrgustumise mõju teenuse osutajatele ning teenuste kättesaadavusele.

Tervishoiuteenuste kvaliteedi juhtimine on reguleeritud asutuste põhimääruste tasandil ebapiisavalt ja killustatult. See kehtib kõikide analüüsitud asutuste kohta. Puudub terviklik ja konsolideeriv käsitlus tervishoiuteenuste kvaliteedi hindamisest, analüüsist ja arendamisest. Tervishoiuteenuste kvaliteedijuhtimise terviklik kujundamine ja eestvedamine ministeeriumi tasandil on vastutusena määratlemata. 2015. aasta teisel poolel alustas TSAO-s tööd spetsialist, kelle ülesanne on koordineerida tervishoiuteenuste kvaliteedi arengut, kuid seni ei ole intervjueritavate ja hallatavate asutuste hinnangul märkimisväärset arengut toimunud.

Ministeeriumi juures töötab tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjon, mis menetleb eelkõige patsientide esitatud kaebuste alusel teenuse kvaliteediga seotud probleeme. Selline komisjon on vajalik, kuid komisjoni tegevus on reaktiivne ning selle töö mõju ei ulatu üksikjuhtude lahendamisest kaugemale. Samuti tuleks üle vaadata komisjoni ministeeriumi juurde kuuluvuse põhjendus. Patsientide kaebuste ja kvaliteediprobleemidega tegeleb TA ning vastavad vaiete lahendamised kuuluvad pigem rakendusliku asutuse kui poliitika kujundaja pädevusse. Soovitus on viia vastava komisjoni töö TA juurde.

Tervishoiuteenuste kvaliteedi järelevalvega tegeleb Terviseamet ulatuses, mis on seotud formaalselt tegevuslubade väljaandmisega teenuse osutajatele, ilma hilisema süsteemse järelkontrolli ja -valveta nõuete täitmise osas (NETS, määrus nr 128). Samuti korraldab TA patsientide kaebuste menetlemist ravikvaliteedi osas, kaasates selleks vastava eriala spetsialiste ning Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni. TA korraldab ja kontrollib kiirabi teenust vastavalt kiirabi halduslepingule (sh teostab süsteemset kontrolli tervishoiuteenuste kvaliteedi üle) sarnaselt EHK-ga ja teostab riiklikku järelevalvet kiirabiteenuse osutajate üle.

Eesti Haigekassa kontrollib tervishoiuteenuste kvaliteeti ravijuhtudena ravidokumentide ja -arvete tasandil ning lisaks tellib väliseid auditeid eriala spetsialistidelt väljastpoolt EHK koosseisu ja kompetentsi. EHK on võtnud initsiatiivi toetada ravijuhiste väljatöötamist, mis on olemuselt vajalik ning tunnustatud rahvusvaheliste auditite poolt. Siinkohal võib püstitada küsimuse võimalikust huvide konfliktist, kuna EHK rahastajana tellib ravijuhiste väljatöötamise ning saab mõjutada soovitude sisu rahaliste vahendite motivatsioonist lähtuvalt. Senised auditid ei ole tuvastanud rahastaja ebasoovitavaid mõjusid ravijuhiste sisule, seega võimaliku konflikti realiseerumist ei ole täheldatud.

TAI põhimääruse kohaselt on asutuse ülesanne välja töötada sotsiaal- ja tervishoiuteenuste kvaliteeti tagavad standardid ning spetsialistide pädevusnõuded. Antud ülesannet TAI ei teosta, puudub vastav pädevus ning vastavad standardid. Mainitud ülesande puhul peab pigem küsima, kas selle kuuluvus TAI vastutusalasse on õige, sest tervisevaldkonna teenuste standardite ja pädevusnõuete määratlemine

kuulub otseselt teenuste arendamisprotsessidesse ning seega väljub TAI tegevusalast. Soovitus on tervisevaldkonna standardiseeriv tegevus koondada TA-sse, mis vastavate standardite väljatöötamisel saab kaasata parimaid kompetentse teistest asutustest, muu hulgas EHK-st.

Ravimiamet osaleb apteegiteenuse kvaliteedijuhiste väljatöötamises ja täiendamises ning selle ülesande täitmine toimub määratletud viisil.

Eestis puudub tervishoiuteenuse osutajate ja erialade akrediteerimise süsteem, mis tagaks süsteemse ja regulaarse teenuseosutajate hindamise ning vastavuse nõuetele. Täiesti uue akrediteerimisega tegeleva asutuse loomine Eestis ei ole tõenäoline, antud funktsiooni täitmiseks peaks see olema integreeritud mõne olemasoleva asutusega. Arvestades ka käimasolevat haiglate võrgustumise protsessi, on uue olukorra kujunemisel vajalik riigipoolne teenuseosutajate jätkusuutlikkuse hindamine ja nõuetele vastavuse tagamine.

Ühe osana akrediteerimise süsteemist on esialgse sammuna soovitatav juurutada tervishoiuasutuste enesehindamine, kohustaks teenuseosutajaid pöörama oluliselt enam tähelepanu oma tegevuse kvaliteedile ja efektiivsusele. Akrediteerimise juurutamine vähendaks hindamise koormust avalikus sektoris. Terviseameti vastutus oleks sel juhul eelkõige hinnata ja kontrollida teenuseosutajate kohase kvaliteediga enesehindamist, ning koguda enesehindamise tulemused, tehes need süsteemset kasutatavaks huvitatud osapooltele nagu EHK ja SOM. Mitmetes riikides on taolised hindamise tulemused avalikud ning teenivad lisaks ka eesmärki pakkuda patsientidele informatsiooni teenuseosutaja tegevusest.

1.3.2 Terviseedenduse ja haiguste ennetuse valdkond

Antud valdkonna üldine koordineerimine on SOM-i Rahvatervise osakonna ülesanne, mis on kajastatud üldeesmärgina osakonna põhimääruses.

Terviseedenduse ja haiguste ennetuse valdkonnas on terviklikum rakendav roll Tervise Arengu Instituudil. TAI peamised ülesanded on ja tegevus keskendub järgnevale – koguda, analüüsida ja jagada rahvastiku terviseinfot ja -teadmisi, mõjutada tervisekäitumist ning teha rahvatervise vallas teadustööd ja viia ellu ennetusprogramme ja projekte. Rahvusvahelises praktikas on tavapärane, et ministeeriumi haldusalas eksisteerib analoogne asutus (nt Soome, Rootsi, Taani, kui nimetada lähiriike), mis võimaldab paindlikumalt juhtida arendusiselooga ülesandeid ning viia ellu erinevaid projekte.

TAI positsioon on dualistlik. Ühelt poolt täidetakse teatud riiklikke ülesandeid ning samas ollakse teadus-arendusasutus, teatud vabadusega arendustegevuste osas. TAI teadustegevus on eelkõige rakendusliku iseloomuga, olles seotud eelkõige valdkondade monitoorimise ja analüüsiga, kuid ajalooliselt on TAI teadustegevuses säilinud projekte, kus rakendusliku eesmärgi juures on mõningane baasteadusele lähedane sisu. Eelkõige on põhjuseks liidetud asutuste eripära ja inimeste taust (Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut). TAI-s on kasutamata potentsiaal täita ühte oma põhifunktsiooni – poliitikate, regulatsioonide ja sekkumiste hindamine – märksa tugevamalt ning toetada sellega SOM-i poliitikate ja strateegiate väljatöötamist.

TAI terviseandmete kogumine on mitmetahuline ja põhineb paljudel allikatel. Andmete kogumine ning töötlemine peaks olema paremini liidetud keskse koordineerimise alla, kasutades ühtset andmehõivet ja sekundaarset ühiskasutust erinevate institutsioonide vahel, vältima dubleerimist ja olema kulutõhusam, nii on aruandvatel isikutel ka väiksem halduskoormus.

TAI ülesannetes sisaldub spetsiifiliste nakkushaiguste nagu tuberkuloosi ja HIV leviku tõrje korraldus. Nende funktsioonide põhjendus on eelkõige sihtrühmade spetsiifilisus ning seotus teiste terviseriskidega nagu narkomaania levik ja selle ennetus, samuti asendusravi teenuste korraldus. Ekspertid kaalusid võimalust koondada kõik nakkushaiguste tõrjealased tegevused TA-sse, kaasa arvatud TB ja HIV, kuid vastuargumendiks on sihtrühmade spetsiifilisus ning killustatus. TB ja HIV programmide koordineerimise üleviimine TA-sse ei pruugi kaasa tuua positiivset efekti ning võib kahjustada juba väljakujunenud koostöövõrgustikku.

Haiguste ennetamiseks ja varajaseks avastamiseks kasutatavaid skriiningprogrammid on rahastatud ja suures osas määratletud EHK poolt ning teostatud osaliselt TAI osalusel (registrid, kutsed uuringutele, teavitustöö). Sõeluuringute korraldamise, informatsiooni halduse ja hindamise ülesanded on ositi jaotunud TAI ja EHK vahel ning ühe ja selge vastutaja tuvastamine sõeluuringute korraldamise puhul ei ole võimalik. Praegusel hetkel ei saa täie veendumusega öelda, et TAI loodav lisaväärtus sõeluuringute korraldamises oleks märkimisväärne. TAI võiks sisendandmete olemasolul enam panustada sõeluuringute tulemuslikkuse ja mõju hindamisse.

Terviseamet teostab kontrolli selle üle, kas ennetavaid tervisekontrole, seal hulgas vaksineerimiste programmide täitmine, teostatakse vastavalt ettenähtud nõuetele.

Teavitustööd terviseedendamisel ja haiguste ennetamisel teevad mõlemad asutused oma vastutuse piires. Ühiseid teavitus- ja koordineerimistegevusi tehakse piiratud ulatuses, mis on osaliselt seletatav asutuste eri spetsiifika ja vastutusega.

1.3.3 Tervisekaitse ja järelevalve juhtimine

Tervisekaitse ja järelevalve puhul vaatlesid eksperdid funktsioonide jaotust ja võimalikke kokkupuutepunkte SOM-i haldusala ning teiste ministriumite valitsemisala asutustega.

SOM-i haldusalas on sihtrühmapõhiste järelevalvefunktsioonide vahetus Terviseameti ja Raviameti vahel võimaldanud suuremat keskendumist (vt ka ptk 4) ning olulisi kattuvusi me ei tuvastanud. Suur osa järelevalvevaldkondi on SOM-i tervisevaldkonnast juba üle viidud kas SOM-i mõnda teise haldusala valdkonda või teiste ministriumite valitsemisalasse ning fookusesse on jäänud terviseriski hindamise ja terviseiga seotud keskkonna ja kemikaaliohutuse järelevalve.

Valmisoleku loomise ja reageerimise vastutus rahvatervise eriolukordade puhul on ainult TA tasemel. Ministriumitevaheline koordineerimine on praegu antud valdkonnas SOM-is katmata, tugi on ainult nakkushaiguste valdkonnas. TA volitused ei ole sellise koordineerimise teostamiseks piisavad.

Töögrupi aruteludes⁵ tuli välja sotsiaal- ja tervise valdkondade vähene integreeritus SOM-i haldusalas. Parema lõimumise, ressursside kasutamise ning kompetentsi tagamiseks võib kaaluda SKA-st hoolekandeesutuste järelevalve üleviimist TA-sse. See võimaldaks ministeeriumi järelevalvefunktsioone konsolideerida ning tõsta järelevalve ühtsust.

Rahvusvahelises praktikas on oluliste terviseriskide (nt alkoholi ja tubakareklaam) järelevalve sageli tervise valdkonna vastutuses. Lahendus sõltub sageli sellest, milline ministeerium on antud valdkonnas juhtiv. Eestis on juhtivaks ministeeriumiks SOM. Järelevalve kuulumine SOM-i haldusalasse võimaldaks tõsta terviseriske puudutavate kaupade ja teenuste reklaami järelevalve prioriteetsust ja tõhusust. Majandus- ja Kommunikatsiooniministeeriumi põhiülesanne on majanduse arendamine, terviseriskidega seonduva reklaamivaldkonna järelevalve ministeeriumi valitsusalasse kuuluvas Tarbijakaitseametis ei pruugi saada ministeeriumilt piisavat tähelepanu.

Nakkushaiguste tõrjes vastutab terviseprogrammide varustamise eest tsentraalsete ostudega SOM, näiteks varustamine ravimite ja vaktsiinidega, mis ei ole põhjendatud ega optimaalne, kuna tegemist on rakendusliku funktsiooniga.

Meditatsiooniseadmete ohutuse tagamise puhul on ebamäärane meditsiinis kasutatava radioaktiivse kiirgusega seotud nõustamine ja järelevalve. Meditsiiniseadmete ohutu käitlemise järelevalve läks TA moodustamise käigus RA-st üle TA-sse, kuid ministeeriumi tasandil lasub ravimiosakonnal endiselt ülesanne nõustada antud valdkonda. Praegu esineb ka mõningast dubleerimist ning kiirgusohutuse järelevalve määratlus TA ja Keskkonnaministeeriumi Kiirguskeskuse vahel ei ole päris üheselt selge.

1.3.4 Ravimivaldkonna juhtimine

2012. aastal sedastas Riigikontroll oma auditis, et *“Riigi ravimipoliitikal puuduvad selged eesmärgid. Rahvastiku tervise arengukavas, Sotsiaalministeeriumi arengukavas ning Eesti ravimipoliitika alustes aastani 2010 on ravimite kohta napilt mainitud vaid, et tuleb tagada ravimite ohutus, kvaliteet ja kättesaadavus. Kuidas neid eesmäärke saavutada, ei ole üheski nimetatud strateegilises dokumendis täpsustatud.”*⁶ Riigikontrolli auditi järgselt valmis 2013. aastal dokument *“Ravimipoliitika alused”*, milles mainitakse, et *“Dokumenti kaasajastatakse kord aastas, arutades osapooltega üle toimunud muutused ning kohandades või täiendades dokumenti vajadusel.”*⁷ Praegu on SOM-i kodulehel saadaval vaid 2013. aasta versioon.

Võib järeldada, et riigi ravimipoliitika kaasajastamine ei toimi tegelikult koostatud plaanide kohaselt. Samas on ravimiosakonnas, erinevalt teistest SOM-i tervisevaldkonna juhtimise üksustest, ajalooliselt säilinud mitmeid funktsioone, mis ei vasta poliitikakujundamise ja koordineeriva tasandi institutsiooni eesmärkidele, vaid peaksid kuuluma rakendustasandile. Ravimiamet on intervjuude käigus väljendanud ka seiskohta, et SOM-i ravimiosakonnas napib piisava meditsiinilise väljaõppega inimesi.

⁵ 14. aprill ja 22. aprill 2016.

⁶ Riigikontrolli aruanne Riigikogule(Tallinn, 6. september 2012).

⁷ http://sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_teggevused/Tervis/Ravimid/ravimipoliitika_alused_2013.pdf

Valdkonna rakendustasandi asutus Ravimiamet on hästi toimiv institutsioon, mille tegevust ja kvaliteedijuhtimissüsteemi on korduvalt hinnatud ja akrediteeritud BEMA (The Benchmarking of European Medicines Agencies) süsteemi poolt. Ravimiametis ei esine teiste tervisevaldkonna rakendusastutustega otseselt dubleerivaid valdkondi.

Suur osa Ravimiameti igapäevategevustest on seotud ravimiteadlaste rahvusvahelise koostööga, kuna Ravimiamet vastutab EU direktiivis 2001/83 sätestatud teabevahetuse ja koostöö eest Euroopa Komisjoni, Euroopa Nõukogu, Euroopa Ravimiameti ja teiste liikmesriikide pädevate asutustega. Samuti korraldab RA Eesti esindajate osavõttu Euroopa Ravimiameti ja Euroopa Farmakopöa komisjonides ja teistes kogudes. Näiteks võib tuua Heads of Medicines Agencies (HMA) – HMA võrgustiku raames on loodud 23 eri teemadega tegelevat töörühma, millest võtavad osa kõigi liikmesriikide ravimiametite töötajad. Ravimiametil on kandev roll mitmete EL õigusaktide menetlemisel EL-s ja nende rakenduste siseriiklikul väljatöötamisel.

RA-l on praegusel ajal olemas oma IT arendus ja tugistruktuur. Siseriiklike andmekogude ja teiste IT lahenduste puhul toimub koostöö SOM-iga, kuid selles koostöös on RA esindajate sõnul probleeme. Üheks väidetavaks põhjuseks on spetsialistide vähesus. Ravimiamet osaleb ka EL tasandil ravimivaldkonna IT arenduste planeerimises ja väljatöötamises. Üks siseriiklik infosüsteemi probleem on registrite mitteühildumine (nt RA tegevuslubade register ja TA proviisorite register), mis lisaks järelevalve protsessi ebatõhususele koormab ka haldussubjekte. Sarnaselt TAI-ga on ka RA puhul planeeritud IT tugistruktuuride tihedam integreerimine SOM-i ITK arendus-ja tugisüsteemiga.

Osa RA sissetulekust moodustavad European Medicines Agency (EMA) koordineeritavad ühistegevused. Kaalutud on niisuguste tegevuste mahtude suurendamist, selleks on ka EMA nõudlus olemas. Probleemiks on aga inimressurss – mahtude suurendamiseks on vaja ka vastava spetsiifilise ettevalmistusega inimesi, keda ei ole võimalik lepinguliselt palgata. Vastav kompetents tuleks ette valmistada RA-l endal, mis läheks vastuollu valitsemisreformi plaaniga vähendada valitsussektori töötajate arvu.

1.3.5 Andmehõive ja digitaalvõimekus

Olulisel kohal efektiivses ja kaasaegses tervise ja eelkõige tervishoiu valdkonna juhtimises on kvaliteetne ja efektiivne andmehõive, ning sellel põhinev info analüüs ja statistika. Eestis puudub üheselt mõistetav kontseptsioon, mis võimaldaks tõhusalt juhtida tervishoiu kasutatavate kvaliteetsete andmete tekkimist. Valdikkonnas kasutatavaid mõisteid ja loendeid (standardid ja klassifikaatorid) arendab riigiüleste e-tervise projektide rakendamise käigus

E-tervise SA, ning andmekoosseisude muudatuste kokkuleppimine ja rakendamine võtab projektides ajalises plaanis kõige mahukama osa. Kehtestatud standardid on avaldatud ETSA publitseerimiskeskuses, kuid nende rakendamine terviseteenuse osutajate (TTO) infosüsteemides on aja- ja ressursimahukas, mis omakorda muudab lahenduste juurutamise pikaajaliseks. Praegusel ajal muudetakse tervishoiuandmestiku ja loendite standardeid meditsiinidokumentides mittesüsteemselt, vastavalt e-tervise mitmesugustele projektidele. Eelnevast tulenevalt lasub üha suurem andmekvaliteedi kohustus ja arenduse raskuskese algandmete infosüsteemidel ja inimressursil.⁸

⁸ E-tervise strateegia 2020.

Praegune regulatsioon paneb vastutuse andmekoosseisude kehtestamise puhul valdkondlikule ministrile. Otsene koordineerimise delegatsiooninorm ministeeriumi või rakendustasandi asutustele puudub.⁹ ETSA põhikiri näeb ette, et “(ETSA) *publitseerib ja aktualiseerib ning avalikustab kohustuslikud tervisevaldkonna infotehnoloogilised standardid, klassifikaatorid, loendid, muud standardid ning tervise infosüsteemi tööks vajalikud hallatavad dokumendid*”. Seega esineb siin seadusandlik vaakum. Ei ole määratletud, kus standardid välja töötatakse ja kuidas seda tehakse. SOM-is tegeletakse aktiivselt olukorra muutmisega: 2015. aasta lõpul kinnitati “E-tervise visioon 2025” ja “E-tervise strateegiline arenguplaan aastani 2020”, mis esitab põhjaliku olukorra analüüsi ja tegevuskava andmehõive ja digitaalvõimekuse kasvuks. Andmete ühekordsel registreerimisel põhinev kvaliteetne andmehõive ja efektiivne, ühtlustatud institutsioonidevaheline sekundaarne andmekasutus ning tõhus analüüs on ekspertide arvates võti lahendamaks edasise kulutõhususe kasvu keerulist ülesannet.

Vastuvõetud strateegia näeb ette, et analüüsitakse praegu kehtestatud nõudeid andmehõivele, andmekvaliteedile ja süsteemi toimimisele. Koostatakse ettepanekud algandmete tekkimise kohas andmehõivele kehtestatud nõuete, andmekvaliteedi näitajate ja süsteemi toimimise parandamiseks. Nõuete kontrollimise ja kehtestamise eesmärk on paranev andmekvaliteet ja efektiivsem andmete käitlemine alates nende tekkekohast kuni erinevate kasutajagruppide vajaduste rahuldamiseni.

Plaanis on üle vaadata andmete töötlemisega (aruandlus, järelevalve, statistika) tegelevate asutuste (SOM, EHK, ETSA, TAI, TA, RA, SKA) andmevajadus TTO infosüsteemidest, ning andmete hankimise viisid, eesmärgiga vähendada dubleerivate andmete kogumist. Oodatava tulemusena elimineeritakse ressursikadu, mis tekib praegusest tööülesannete dubleerimisest ja andmete töötlemisvalmiks muutmisest.¹⁰ Ülalmainitu hõlmab otseselt ka riiklikke tervise- ja tervishoiu valdkonna registreid.

Andmehõives on oluline silmas pidada rahvusvaheliste andmevahetuste vajadusi ning üle maailma või EL-is kokku lepitud standardiseerimist. Näiteks ravimite puhul on rahvusvahelistes regulatsioonides osalemiseks mõõdapääsmatu ISO standardite kasutuselevõtt, mis tagab korrektsete ravimiohutuse andmete edastamise ja EU-põhise e-retsepti rakendumise tulevikus.

Võimekus registreerida andmeid kvaliteetselt ja masintöödeldavalt annab võimaluse tervishoiuteenuse kvaliteedi süsteemseks mõõtmiseks ja arendamiseks, kuid loob ka eelduse innovatiivsete tehnoloogiate ning uute juhtimis- ja rahastamismudelite rakendamiseks tervishoiuteenuse osutamisel. Väljavaade kasutada protsesside simuleerimist ning tulemuste reaajas jälgimist vähendab uudsete lahendustega kaasnevaid riske ning võimaldab potentsiaalsetele probleemidele vahetult reageerida. Kaasaegses eriarstiabis on järjest olulisem teenuseosutajate motiveeritus. Viimastel kümnenditel toimunud arenguid tervishoiusüsteemides iseloomustab teenuseosutajate autonoomsuse kasv ja liikumine administreerimiselt motiveerimisele. Selline paradigma muutus nõuab võimekust protsesside juhtimisel, mille eelduseks on reaajas ja kvaliteetselt registreeritud andmed. Viimane on süsteemi-innovatsiooni eeltingimus ja niipea, kui selline eeltingimus on minimaalsel tasemel täidetud, on

⁹ Tervishoiuteenuste korraldamise seadus § 4 lg 2.

¹⁰ E-tervise strateegia 2020.

võimalik alustada uudsete tervisehoiu korralduse ja -rahastamise juhtimise mudelite simuleerimise ning piloteerimisega.

1.3.6 Laboritegevus

Hanke täitmise käigus esitas tellija lisaülesande teha ülevaade tervise valdkonna rakendustasandi asutuste laboritest. Kuna esialgses hankedokumendis ei olnud eraldi laborialast kompetentsinõuet selgesõnaliselt esitatud, siis puudus ekspertgrupis vastav ekspertiis ja oli võimalik läbi viia vaid üldisel tasemel kaardistus, mis ei pretendeeri tehnilisele süvaanalüüsile.

Kaardistus koostati ettevalmistatud küsimustiku abil ja oli suunatud asutustele, mille struktuuris on labor(id):

1. Terviseamet
2. Raviamet
3. Tervise Arengu Instituut

Kaardistuse käigus vastasid ülaltoodud asutused reale küsimustele, millel baasil moodustus üldine koondtabel (vt Lisa 5). Koondtabeli info põhjal saab teha mõningaid üldistavaid kokkuvõtteid:

1. Laboritegevuse sihtrühm ja eesmärk

Kolme asutuse laboritegevuse sihtrühmad erinevad märgatavalt. RA sihtrühmad on peamiselt ravimite müügilubade taotlejad. Samuti on RA labori töös olulisel kohal osalemine Euroopa farmakopöa ja Euroopa Nõukogu ametlike ravimikontrolli laborite koostöövõrgustiku töös. TA peamine sihtrühm on siseriiklik – järelevalve analüüsid, riiklik referentslabori teenus, valmisolek bioloogiliseks ohuks ja imporditud haigustekitajate laboridiagnostikaks, nakkushaiguste riiklik seire, uuringute tegemine epidemioloogilistel näidustustel, sihtuuringud ning lisaks tasulised teenused. Terviseamet, sh labor teeb koostööd Maailma Terviseorganisatsiooni, Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskuse (ECDC) ning teiste rahvusvaheliste organisatsioonide, samuti teiste riikide epidemioloogilise seire eest vastutavate pädevate asutustega, ning osaleb laborite nakkushaiguste seire haigusspetsiifiliste võrgustike tegevustes. TAI puhul on tegemist teadusuuringutega, mis on seotud teatud rühma ülekantavate haigustekitajatega ning molekulaarse ja geneetilise epidemioloogiaga.

2. Tegevuse rahastamine

Rahastamismudelid erinevad kõigi kolme asutuse puhul. TA laboritegevuse katab $\frac{3}{4}$ osas klientidele teostatud tasulised laboriteenused, ülejäänud moodustab riigieelarveline järelevalve teenus. RA labori tasuline teenus on olematu ning järelevalve teenuse kuludest rahastas riigieelarve 2014. aastal 43%. Ülejäänud kaeti RA majandustegevuse tuludest. Euroopa projektid katavad alla 2% laboritegevuse rahastamisest. TAI laboritegevust rahastavad teadusgrandid ja sihtprojektid. Rahalise mahu osas on RA ja TAI võrreldavad, aastase kogukuluga alla 400 000 euro, mis on vaid $\frac{1}{5}$ TA laboritegevuse mahust.

3. Uuritav materjal/objekt

Nii nagu on erinevad sihtrühmad, erinevad ka uuritavad materjalid ja objektid: RA – ravimid ja nende valmistamiseks kasutatavad ained; TA – nii kliiniline kui ka väliskeskonnaga seotud nakkusohtlik materjal; keemilised uuringud: vesi, siseõhk,

mänguasjad, kosmeetika, tarbekaubad, ehitusmaterjalid, muu kaup, toiduga kokkupuutuvad materjalid, ainevahetusproduktid pärilike haiguste korral; füüsilised mõõtmised: müra, EMV ja vibratsioon elukeskkonnas ning koolides ja koolieelsetes lasteasutustes; EMV solaariumites, ventilatsiooni efektiivsuse mõõtmised. TAI: inimeste ja loomade veri, vereseerumid, loomade organid, puugid, sääsed, närilised, mikroorganismid, kasvaja- ja normaalkude, DNA, RNA, uriin. Kui TAI ja TA puhul on tegemist potentsiaalselt nakkusohtliku materjaliga, siis RA uurimisobjekt seda ei ole.

4. Analüüside ajakriitilisus ja teostamise ajaline kestus

TA-l on kohustus tagada uuringute tegemine epidemioloogilistel näidustustel või epideemia ohu korral. Samuti joogivee analüüs eri- või hädaolukorras, sealhulgas toimepidevuse teenuse tagamiseks "Hädaolukorra seaduse" alusel. RA ja TAI-l selliseks valmisolekuks kohustust ei ole.

5. Seadmed, nende võimsus ja tegelik analüüside maht

Nii nagu erinevad uuritavad materjalid ja objektid, erineb ka laborite seadmepark. Ülesannetest tulenevalt on ka laboritegevuste maht TA-s võrreldes TAI ja RA-ga kordades suurem.

6. Personal

Eelnevast tulenevalt erineb ka personali hulk TA-s (laboriga seotud kokku 86 ametikohta) ja RA-s (9 ametikohta) ning TAI-s (13 ametikohta).

7. Laborite paiknemine

TA laboritegevuses on oluline osa elanikkonnale ja asutustele suunatud teenustel, seega on vajalik teenuse kättesaadavuse tagamine, arvestades ka geograafilist paiknemist. Praegu asuvad TA laboriüksused Tallinnas, Tartus ja Kohtla-Järvel; RA labor paikneb RA-i ruumides Tartus ja TAI labor Tallinnas. Viimaste puhul on oluline laboritegevuse integreeritus asutuste muude funktsioonidega.

8. Labori infosüsteem

RA-s on kasutusel RA-i enda 2006. aastal valminud labori infosüsteem, millel puudub tehniline tugi. TA-s on kasutusel Vee Terviseohutuse Infosüsteem ja Kesklaboris on oma infosüsteem. Praegu on SOM-i eestvedamisel käsil TA laborite üldise infosüsteemi (TALIS) arendamine, mis peaks valmima 2016. aastal. TAI-s spetsiifilist labori infosüsteem kasutusel ei ole.

9. Labori kvaliteedisüsteem

RA kvaliteedisüsteem on akrediteeritud Eesti Akrediteerimiskeskuse (EAK) ja Mutual Joint Auditi (MJA) poolt. TA laborid ja meetodid on samuti EAK akrediteeritud. Toiduga kokkupuutuvate materjalide ja toidus saasteainete analüüsi puhul on kvaliteedisüsteem sertifitseeritud VTA poolt; gripi, leetrite-, punetiste-, polio- ja muude enteroviiruste diagnostika puhul WHO poolt. TAI laborites on olemas kvaliteedisüsteem, kuid akrediteeringu kohta informatsioon puudub.

Ülaltoodud kokkuvõttest järeldub, et tervisevaldkonna laborite tegevus, sihtrühmad, uuritavad objektid ja materjalid, aga samuti rahastamismudelid on väga erilaadsed. Üldise kaardistuse põhjal on raske leida kattuvusi või selgelt ilmnevat potentsiaalset sünergiat kolme labori toimimises. Samas tuleb veelkord rõhutada, et praeguse hanke tingimused ei näinud ette laborialase tehnilise kompetentsi vajadust ning ekspertgrupil puudub vastav võimekus. Seetõttu ei välista ekspertgrupp teatud laboritehniliste sünergiate võimalust, kuid selle kindlakstegemiseks on vajalik detailsem laboritehnilisi ekspertiise hõlmav uuring või uuringud. Küll aga on ekspertide soovitus uurida võimalust praegu vaid TA laboritele suunatud labori infosüsteemi TALIS edasiarendamist selliselt, et see oleks kasutatav kõikides tervisevaldkonna

rakendustasandi asutuste laborites.

1.3.7 Kokkuvõte tervisevaldkonna struktuurse ülesehituse põhjendatusest, optimaalsusest ja vajadustele vastavusest

Tervise valdkonna juhtimise struktuurne ülesehitus SOM-i ja rakendustasandi ulatuses on kahetasandiline, mis on põhjendatud ega vaja enam komplitseeritust. Asutustest ainsana on Terviseametil teenuse parema kättesaadavuse tagamiseks sama asutuse sees regionaalsed üksused, mis aga ei loo täiendavat struktuurset tasandit.

SOM-i sisuosakonnad on väljakujunenud ning nende omavaheline funktsioonide jaotus on eristatav, osakonnad koordineerivad oma vastutusala piires hallatavate asutuste tööd. Intervjueeritavate hinnangul eksisteerib antud struktuurses ülesehituses liialt palju eraldatust ning koostöö ei ole alati küllaldane, seda ka SOM-i osakondade vahel. Antud hinnang ei sea kahtluse alla väljakujunenud struktuuri, vaid näeb pigem vajadust panna oluliselt suuremat rõhku SOM-i tervisevaldkonna struktuuriüksuste tõhusamale koostööle ja koordineerimisele, suuremale horisontaalsele integreeritusele, ning rakendada protsessipõhist juhtimist. Viimasega mõeldakse läbivat vastutust alamvaldkondade ulatuses, kus esineb paljude struktuuriüksuste kokkupuuteid – eestvedava ja koordineerimisvastutusega üksuse määratlemist, kes koondaks nii SOM-i kui hallatavate asutuste tegevuse ühise eesmärgi alla. Näitena võib tuua tervise valdkonna ja -teenuste kvaliteedijuhtimise, kus eri struktuuriüksustel on kanda oma roll, kuid mis ühtse eestvedamise ja meetodilise järjepidevuse puhul saaks koondada tervikuks.

Tervise valdkonna praegune struktuurne ülesehitus ei välista võimalust astuda samme juhtimise tõhustamiseks. Nõrgaks kohaks on kohatine ja mõningane vastutuste ebaselgus ning ülesannete ebapiisav määratlus, millest tulenevad eri tasanditel erisugused vastastikused ootused. Sageli on probleemid ka töökorralduslikku laadi ja seotud kompetentside ja inimfaktoriga. Mõningane selguse puudus poliitilistes prioriteetides toob kaasa liigset killustumist.

Eesti riigi väiksusest tingitud piiratud inimressurss ja rahalised võimalused seavad raamid tänasele tervise valdkonna struktuursele ülesehitusele. Ressursijuhtimises saab alati püstitada suurema efektiivsuse eesmärgi, kuid seda tasakaalustatult saavutatava ühiskondliku hüve ja mõjuga. Tugiteenuste üleriigiline konsolideerimine on muutnud asutused selles vallas piisavalt õhukeseks ning märkimisväärset olulist efekti edasisest konsolideerimisest ei saa oodata. TAI puhul tundub esmapilgul mõnede tugivaldkondade, nagu teavitus ja kommunikatsioon, koosseis võrreldes teiste tervisevaldkonna rakendustasandi asutustega suurem, kuid arvestades, et tegemist on pigem TAI põhi- kui tugifunktsiooniga, on erinevus põhjendatud.

Tervise valdkonna asutuste teenused on suures osas vastanud seni püstitatud valdkonna vajadustele, kuid tuginedes eelnevale analüüsile saab väita, et vajadused muutuvad pidevalt ning tänastele ja homsetele vajadustele ei saa reageerida seniste meetoditega. Mitmed riigisisesed ja rahvusvahelised hinnangud on juhtinud tähelepanu Eesti tervishoiu jätkusuutlikkusele ning vajadusele püüda leida ja rakendada uusi lahendusi. Need lahendused ei pea tingimata seisnema tervise valdkonna juhtimise struktuurse ülesehituse radikaalsetes muutustes, vaid ka valdkonna asutuste efektiivsemas ja uuendusmeelsemas juhtimises aga ka kompetentside ja ressursside oskuslikumas kasutamises. Kaasaegsed infotehnoloogia

ja juhtimise lahendused võimaldavad ületada struktuuride piire, neid barjäärideks pidamata. Antud väite eelduseks on eesmärgist lähtuv tõhus tegevuste koordineerimine ning kvaliteetne andmeanalüüs, mis toetab juhtimistegevust ja otsustusprotsessi.

Muutuvad vajadused on mitmesuunalised. Riigi poolt vaadatuna on vaja tõhusat abi poliitika kujundamisel, mõjude hindamisel ning pikaajaliste arengute valdkonna juhtimise parendamisel, samuti efektiivset ja usaldusväärset otsustustuge kvaliteetse informatsiooni varal, arenevaid teenuste standardeid ning tuge kvaliteedijuhtimisel. Ühtlasi on vajalik koordineerida erinevate osapoolte koostööd. Ühiskonna ja elanikkonna ootus teenuste ja toodete ohutusele ning kvaliteedile üha kasvab, nagu kasvavad ka ootused teenuste üldise laienemise ja kättesaadavuse suhtes.

1.4 SOM-i valitsemis- ja haldusalas olevate asutuste juriidilise vormi põhjendus.

Vaadeldavad neli SOM-i valitsemis- ja haldusalas olevat tervisevaldkonna rakendustasandi asutust (TA, RA, TAI ja ETSA) tegutsevad kolmes erinevas juriidilises vormis: amet, hallatav riigiasutus ja sihtasutus. Siinne ülevaade ei hõlma otseselt EHK, kuna vastavalt hankedokumendis esitatud ülesandele on ette nähtud hõlmata EHK analüüsis vaid “...osas, mis on vajalik funktsioonide optimaalse jaotuse tagamiseks”.¹¹

Amet ja hallatav riigiasutus on Vabariigi Valitsuse seaduse tähenduses täidesaatva riigivõimu asutused. Vabariigi Valitsuse seaduse § 39 sätestab, et ameti kui valitsusasutuse põhiülesandeks on täidesaatva riigivõimu teostamine. Selles kontekstis on Terviseameti ja Ravimiameti praegune juriidiline vorm kahtlemata põhjendatud.

Hallatava riigiasutuse¹² põhiülesanne ei ole kehtiva õigusliku regulatsiooni kohaselt teostada riigivõimu, vaid teenindada valitsusasutusi või täitma teisi riiklikke ülesandeid. Täidesaatva riigivõimu teostamine on lubatud seaduse alusel. Hallatava riigiasutuse staatus on TAI puhul kooskõlas dualistliku funktsiooniga olla rakenduslik teadus- ja arendustegevuse asutus ning täita samal ajal ka teatud riiklikke ülesandeid (terviseedenduse ja haiguste ennetuse projektide korraldamine ja koordineerimine jms). Teadus- ja arendusasutusena saab TAI konkureerida nii eelarv väliste siseriiklike kui rahvusvaheliste rahastamisallikate seatud hangetel, või koostöövõrgustikes teadus- ja arendustegevuste teostamiseks. Selliste rahastamisallikate reeglid ei näe enamasti ette võimalust valitsusasutuste finantseerimiseks ning teadus- ja arendusasutuse puudumisel SOM-i haldusalas jääksid need võimalused kasutamata. Praegu moodustab selline rahastus ligi viiendiku TAI eelarvest. Kõik praegusel hetkel TAI-s käsil olevad teadusprojektid on rakendusliku iseloomuga, kuigi projektide otsene seos Eesti tervisepoliitika kujundamise ja elluviimisega on erinev. Samuti varieerub projektide lähedusaste baasteadustele ning sellest tulenevalt ka tulemuste publitseerimise iseloom ja viis.

¹¹ Riigihanke nr 169979 hankedokumendi lk 13.

¹² Vabariigi Valitsuse seadus § 43. (1) Valitsusasutuste hallatavad riigiasutused: Valitsusasutuste haldamisel võivad olla riigi eelarvest finantseeritavad riigiasutused, kelle põhiülesandeks ei ole täidesaatva riigivõimu teostamine. Seaduse alusel võivad valitsusasutuste hallatavad riigiasutused teostada täidesaatvat riigivõimu. (2) Käesoleva paragrahvi 1. lõikes nimetatud riigiasutused teenindavad valitsusasutusi või täidavad teisi riiklikke ülesandeid kultuuri, hariduse, sotsiaal- või muus valdkonnas. <https://www.riigiteataja.ee/akt/130122015072?leiaKehtiv>

Põhikirjast ning teadus- ja arendustegevuse asutuse staatusest tulenevalt on TAI-l asutuse juhtimise korraldamisel suhteliselt suur autonoomia. TAI olulisim juhtorgan on vähemalt 7-liikmeline teadusnõukogu. Teadusnõukogu kinnitab valdkondlik minister TAI direktori ettepanekul. Direktor omakorda valitakse teadusnõukogu korraldatud avalikul konkursil. Direktori töölepingu sõlmib valdkondlik minister, kellele direktor on ka aruandekohuslane.¹³ TAI praegune juriidiline vorm on põhjendatud, kui riik (SOM) peab vajalikuks säilitada ja arendada oma haldusalas rakendusliku suunitlusega teadus-arendustegevust. Otsuse tegemisel võib olla abiks teadmine, et enamikes maailma riikides, sealhulgas kõigis Põhjala riikides, on olemas TAI-le analoogsed tervisevaldkonna teadus- ja arendusasutused¹⁴. Rakendusliku suunaga teadus-arenduskompetentsid, mis on poliitikakujundusele lähemal kui seda on ülikoolid, võimaldab ministeeriumil suunata arendus- ja teadustegevust, kasutada teadus-arenduskompetentse poliitikakujunduses ja pakub kiiremat analüütilist tuge poliitikakujunduses kui uuringute tellimine ülikoolidelt. Teisalt, juhul kui SOM otsustab lõpetada oma haldusalas rakendusliku teadus-arendustegevuse TAI-s ning tellida vajalikud uuringud ja tööd väljastpoolt haldusala, pole otsest vajadust TAI jätkamiseks hallatava riigiasutuse vormis.¹⁵

Erinevalt TA-st, RA-st ja TAI-st on ETSA sihtasutusena eraõiguslik juriidiline isik, millel ei ole liikmeid ning mis on loodud vara valitsemiseks ja kasutamiseks põhikirjaliste eesmärkide saavutamisel. Sihtasutus võib kasutada oma tulusid üksnes põhikirjaliste eesmärkide saavutamiseks. Nagu eespool mainitud, korraldab ETSA juhtimist 11-liikmeline nõukogu, mille viis liiget nimetab SOM ja ülejäänud kuus sihtasutuse asutajat nimetavad igaüks ühe liikme.

Põhikirja p 2.1 kohaselt on ETSA eesmärkideks *”oma vara valitsemise ja kasutamise kaudu arendada ja hallata Eesti Vabariigi tervishoiu infosüsteemi komponente, samuti neid tegevusi koordineerida”*. Eesmärgi sõnastusest võib järeldada, et tegemist on olukorraga, kus täidesaatev võim on osad riiklikult vajalikud funktsioonid delegeerinud eraõiguslikule isikule. Seda ilmselt ootuses, et e-tervise valdkonna huvigrupid oleksid rakendustegevustes motiveeritult ja konstruktiivselt kaasatud. ETSA tegevuse ajalugu vaadates peab aga nentima, et esialgsed kavatsused ei ole parimal oodatud viisil realiseerunud ning e-tervise rakendamine oleks võinud olla efektiivsem ja ulatuslikum. Oluline osa selles on tõenäoliselt ETSA juriidilisel vormil ja sellest tuleneval sihtasutuse juhtimisotsuste tegemise mehhanismil. Seega võib järeldada, et ETSA tänane juriidiline vorm sihtasutusena ei toeta ETSA-le antud funktsioonide tõhusat täitmist ning tervishoiu infosüsteemi koordineerimist ja ühtlustatud efektiivset andmehõivet, nagu see on esitatud dokumendis “E-tervise strateegiline arenguplaan 2020”, sealhulgas andmete registreerimise standardite rakendamist.

Detailsem erilaadi juriidiliste vormide võrdlev analüüs on raporti Lisas 2.

¹³ <http://www.tai.ee/et/instituut/tutvustus/pohimaarus>

¹⁴ <http://www.ianphi.org/membercountries/index.html>

¹⁵ Vt ka raporti ptk 5.1.

2 Terviseameti toimimine ja juhtimine

Terviseameti moodustamise taust

RTA üldeesmärgi saavutamise üheks prioriteediks on tervist toetava ja parendava elu-, töö- ja õpikeskkonna kujundamine ning tõhusa patsiendikeskse tervishoiusüsteemi arendamine. Selle prioriteedi elluviimise üheks eelduseks on jätkuvad tegevused, et viia tervisepoliitika rakendamine kvalitatiivselt uuele tasemele, tugevdades rakendusasutusi, millel on olemas vajalik pädevus, ressursid ja kompetents ministeeriumi poliitika elluviimiseks. Sel eesmärgil loodi Sotsiaalministeeriumi valitsemisalasse Terviseamet, mis oleks rahvatervise valdkonnas pädev, juhtiv ja koordineeriv asutus. Terviseamet lähtub oma tegevuses üldtunnustatud ettevaatusprintsipiist ja terviseriski hindamisest, amet tegeleb terviseriskidest teavitamisega ning on orienteeritud kvaliteetsele tervisekaitse- ja tervishoiuteenusele.

Ümberkorraldamise käigus ühendati Tervishoiuamet (THA), Tervisekaitseinspeksioon ja Kemikaalide Teabekeskus ühtseks Terviseametiks. Kolme asutuse liitmise üldine eesmärk oli vältida tööülesannete dubleerimist ja killustamist, vähendada sihtrühmade halduskoormust ning aidata leida piiratud ressursside arvelt võimalusi põhiülesannete täitmiseks, mis on eelkõige seotud EL õigusaktidest ja rahvusvahelistest kohustustest tulenevate kohustustega. Terviseamet alustas tegevust 1. jaanuaril 2010. aastal.

2.1 Terviseameti loomisel seatud eesmärgid ja nende saavutamine

Terviseameti moodustamise käigus seatud eesmärkide täitmise hindamiseks on kasutatud Terviseameti esitatud faktilisi tõendusandmeid, intervjueeritud juhtkonna liikmeid ning tulemusi vaadeldud seatud eesmärkide võrdluses. Kuna asutuste liitmise protsessis ei seatud mõõdetavaid eesmärke (v.a. valikuliselt koosseisude optimeerimise osas), siis saame toimunud muutusi käsitleda vaid teatud nominaalväärtuses või kajastada muutust kirjeldavalt, kuid mitte hinnata neid eesmärgi saavutustaseme suhtes.

Terviseameti loomisel seatud eesmärgid ja nende täitmine:

1. Vältida tööülesannete dubleerimist ja killustamist.

Eesmärgi täitmisele hinnangu andmiseks vaadeldgem, mida tõi kaasa SOM-i valitsemisala erinevate asutuste vahel killustatud ja dubleeritud funktsioonide koondamine ühte asutusse:

- Kemikaalide Teabekeskuse (KTK) funktsioonid on liidetud Tervisekaitseinspeksiooni (TKI) kemikaaliohutuse valdkonna funktsioonidega. On moodustatud ühtne kemikaaliohutuse tegevusvaldkond, toote- ja kemikaaliohutuse järelevalvega tegelevad töötajad koondatud keskorganisatsiooni (varem igas regioonis), uues olukorras on tagatud suurem pädevus ja töö kvantiteet.
Kosseis (kemikaaliohutuse) 2009. a. (KTK+TKI): 27.
Kosseis 2010. a.: 23.
- Järelevalve nakkusohtliku materjali käitlemise nõuete täitmise üle, ning tegevuslubade väljastamine nakkusohtliku materjali käitlemiseks on koondatud ühte valdkonda (varem väljastas tegevusluba nii TKI kui ka THA).

Koosseis 2009. a.: THA 5 registrite büroo töötajat + 5 labori TKI töötajat ja epidemioloog, kokku 10 ametikohta.

Koosseis 2010. a.: 5 TA registrite büroo töötajat vabastati nakkusohtliku materjali käitlemise tegevuslubade väljastamise kohustusest, nad said keskenduda oma põhitööle ja kõik järelevalvealused on ühese kontrolli all, mõlema asutuse dubleerivad meeskonnad on nüüdseks ühte koondatud.

- Hädaolukorraks valmisoleku funktsioon on viidud ühtse käsuliini alla ning valdkondadevahelist koostööd on tõhustatud – kolme asutuse asemel tekkis Päästeametile üks partner (TA) nii pealinnas kui ka regioonides (talitused).
- Järelevalve meditsiiniseadmete üle on koondatud TA-sse (varem jagunes funktsioon RA-i ja THA-i vahel). Loodi eraldi meditsiiniseadmete osakond 4 ametikohaga, RA-i meditsiiniseadmetega seotud ressurss 1 313 861 krooni anti üle TA-le.
- Dubleerimise vältimiseks anti järelevalve apteekide üle RA-le (varem teostasid seda nii TKI kui ka RA). Rahaline ressurss 123 157 krooni anti üle RA-le.

2. Vähendada sihtrühmade halduskoormust.

Muutustega kaasnenud halduskoormuse vähenemine piirdub peamiselt kontrolli koondumisega ühte asutusse endise hajutatud kontrolli asemel teatud valdkondades. Kindlasti on see positiivne suundumus, kuid algselt seatud eesmärgi sõnastus kõlab kindlasti ambitsioonikamalt kui seda tegelikkuses rakendati või reaalsus võimaldas. Seatud eesmärgi saavutustena saame täheldada järgmist:

- Kontrollitavate subjektide halduskoormus vähenes piiratud ulatuses näiteks apteekides, kus varasema kahe eri asutuse inspektori visiidi asemel on nüüd üks.
- Järelevalve apteekide, tervishoiuteenuse osutajate, meditsiiniseadmete ja kemikaaliohutuse ning nakkusohtliku materjali tegevusloa väljastamisel muutus selgemaks ja koondus ühte asutusse, vastavalt kas RA-sse või TA-sse. Varem teostasid kontrolli ühel objektil THA, TKI ja RA.
- Tervishoiuteenuse osutajatel oli varem kolm erinevat kontrollorganit – tegevusloa taotlemisel kontrollis ruumide vastavust ehitusseadusele TKI ning edaspidi jooksvalt NETS-i vastavusele; THA kontrollis ruumide, seadmete ja personali vastavust TTKS nõuetele iga viie aasta tagant või tihedamini; RA medseadmete osakond kontrollis vastavust MS nõuetele perioodiliselt. Nüüd teeb seda üks asutus (TA), mis koordineerib seda tegevust asutusesiseselt.
- Vähenenud on kohustus kontrollida tervishoiuteenuse osutaja tegevust ning teenuse osutamise tingimuste vastavust nõuetele. Täna kontrollib tervishoiuteenuse osutajat TA, lähtudes kahest printsibist. Esiteks kui on esitatud kaebus või teatatud ohujuhtumist. Teiseks toimub riskihindamise alusel teenuseosutajate valikuline seire, mis tagab kontrolli teenuseosutaja juures vähemalt kord viie aasta jooksul.

3. Optimeerida tööprotsess ja kuluefektiivsus.

Eesmärgi sisu ja tulemused kattuvad osaliselt eelnevate eesmärkide ja tulemustega, mis osaliselt tuleneb eesmärgi sõnastuse ebaselgusest. Siinkohal saab viidata järgnevatele saavutustele:

- TA-s on käivitatud kvaliteedijuhtimise põhimõttel protsesside ühtlustamine ja kehtestatud protseduurireeglid.
- Huvide konflikti vältimiseks on asutuse korraldav tegevus eristatud järelevalvefunktsioonist, kõik inspektorid on koondatud eraldi

järelevalveosakonda, mille põhiülesanded on järelevalve koordineerimine ja korraldamine ameti kõigis tegevusvaldkondades, vaiete lahendamine, kohtuvälise menetluse korraldamine ning juhendamine regionaalsetes osakondades.

- Ühiste andmebaaside kasutamine, mis tagab andmete operatiivse kättesaadavuse ja kasutamise.
- Juhtimis- ja haldusfunktsioonid on koondatud ühte asutusse, tugi- ja abipersonali arvu on vähendatud 20 inimese võrra.
- Ümberstruktureerimised TA-s:
 - juhtimisskeemi lihtsustamiseks vähendati üksuste juhtide arvu, näiteks loobuti osakonnajuhatajate ametikohtadest maakondades (10);
 - osakondade asemel maakondades moodustati esindused 2 kuni 4 järelevalveinspektoriga;
 - optimeeriti spetsialistide arvu ja restruktureerimise tulemusena profileeriti ümber osad ametikohad;
 - ametikohtade arv vähenes kokku 50 võrra, mis omakorda vähendas asutuse personali- ja majandamiskulusid 4 990 368 krooni võrra (sh 4 260 256 krooni personalikulu ja 730 112 krooni majandamiskulu); ametikohtade arv oli 2009. aastal 356 ning vähenes 2010. aastal 306-ni. Nüüdseks on ametikohtade arv püsinud samal tasemel, olles 2016. a algul 305, kusjuures vahemikus 2010–2016 on lisandunud täiendavaid funktsioone;
 - amet on koostanud plaani koosseisude edasiseks optimeerimiseks, lähtuvalt valitsuse kavast kärpida valitsemiskulusid.

4. Leida piiratud ressursside arvelt võimalusi põhiülesannete täitmiseks, mis on eelkõige seotud EL õigusaktidest ja rahvusvahelistest kohustustest tulenevate kohustustega.

Ametikohtade vähendamise foonil on TA loomise järgselt loodud koosseisudes 10 uut ametikohta, neist 1 peadirektori abi, 1 meditsiiniseadmete peaspetsialist, ning 5 järelevalveosakonna, 2 kemikaaliohutuse ja 1 keskkonnatervise spetsialist. Sisemise restruktureerimise tulemusena on ümberprofileeritud ametikohad uute ülesannete täitmiseks ja riikliku järelevalve tõhustamiseks (REACH- ja CLP-määrused, IHR rakendamine, terviseriski hindamine, meditsiiniseadmete ohutus).

Tervishoiu valdkonnas on sisemiste ressursside abil laiendatud järelevalve teostajate ringi asutusesiseselt (meditsiiniseadmed, haiglanakkus), mis võimaldab rohkem tegeleda plaanilise järelevalvega selles valdkonnas.

Teatud funktsioonid on algselt lisandunud ilma finantskatteta, ent hiljem on siiski leidnud ametliku finantseerimisallika. Näitena võib tuua 2013. a perearstiteenuse lisandumise ja ümberorganiseerimise.

2.2 Terviseameti kohustused, vastutus ja õigused

Analüüsi käigus vaadeldi Terviseameti kohustuste, vastutuste ja õiguste omavahelist suhet.

Terviseametil on põhimääruse kohaselt viis peamist tegevusvaldkonda:

- tervishoid;

- nakkushaiguste seire, ennetus ja tõrje;
- keskkonnatervis;
- kemikaaliohutus;
- meditsiiniseadmete ohutus.

Tervishoiu valdkonnas on TA vastutuses järgnevad alamvaldkonnad:

- erakorralise meditsiini (kitsamalt kiirabi) korraldamine;
- esmatasandi tervishoiu ehk peremeditsiini korraldamine;
- tervishoiutöötajate ja tervishoiuteenuste tegevuslubade registrite pidamine;
- tervishoiuteenuste osutajate nõuetele vastavuse järelevalve;
- meditsiiniseadmete ja nende kasutamise järelevalve.

Terviseameti kohustused on kahte laadi, korraldavad ja järelevalvega seonduvad. Korraldavad kohustused on jaotatud sisuosakondadesse, mis on välja kujunenud pärast TA moodustamisega koondatud vastutusvaldkondade grupeerimist. Järelevalve kõigi järelevalvatavate valdkondade üle on asutuse üleselt koondatud ühte üksusesse. Sel viisil järgitakse põhimõtet, et korraldus ja järelevalve toimivad eraldi ja teineteisest sõltumatult, et välistada võimalikku vastutuste ja huvide konflikti. Niisugune printsiip on rahvusvaheliselt levinud ning selline vastutuste eraldatus on hinnanguliselt põhjendatud. Sõltuvalt valdkondade eripärast on ka teisi lahendusi, kus väga spetsiifilisest taustast, oskusest, spetsialistide vähesusest või muust faktorist tulenevalt on korraldus ja järelevalve samades struktuurides läbipõimunud. Selline töökorralduse jaotus kehtib RA-s, kus see hetkel tundub olevat põhjendatud.

Eelpool nimetatud peamiste tegevusvaldkondade kui alamvaldkondade sisu on põhimääruses avatud ammendavalt. TA ülesanded ja kohustused nii Rahvatervise seaduse kui ameti põhimääruse põhjal on määratletud küllaldase selgusega. Küsimusi tekib pigem laiema pildi analüüsil ning teiste SOM-i haldusalas olevate asutuste võrdlusel, kus osad funktsioonid ei ole terviklikult kaetud ning üheselt vastutav ja koordineeriv asutus puudub. Olulised puudused on praegu eelkõige tervishoiuteenuste korralduse ja järelevalve valdkonnas. Näidetena võib tuua valdkondi, mis olemuslikult kuuluvad rakendusasutuse pädevusse, kuid analüüs tuvastas, et ettenähtud vastutused on katmata. Järgnevate näidete alusel on soovituslik laiendada TA vastutuste loendit katmata ülesannete lõikes:

- Tervishoiuteenuste osutamise arenguga seotud rakenduslik ja korralduslik ülesanne – SOM-i koostatavate poliitikate alusel HVA ja võrgustumise rakenduslik elluviimine, haiglateenuste ja erialade geograafilise kättesaadavuse monitoorimine.
- Tervishoiuteenuste kvaliteedi arendamise ja süsteemse rakendamise korraldamine, kvaliteediindikaatorite kogumine, analüüs, hindamine ja avalikustamine. Tervishoiuteenuste osutajate enesehindamise süsteemi juurutamine ja koordineerimine, akrediteerimise süsteemi väljatöötamine ja juurutamine, et tervishoiuteenuste osutajate tegevus vastaks nõuetele.
- Terviklik ja süsteemne järelevalve tervishoiuteenuste osutajate ja osutamise üle.

Muude valdkondade korralduslikud ja järelevalve ülesanded on hinnanguliselt kaetud rahuldavalt. Ameti tegevused ja kohustused on olemuslikult järelevalve ja erakorraliste

sündmuste kesksed ning reaktiivse iseloomuga, ennetavate ja korraldavate tegevuste elluviimisele pööratakse oluliselt vähem tähelepanu.

2.3 Terviseameti jätkamine iseseisva asutusena

Terviseametil on pärast asutuse loomist välja kujunenud selgelt piiritletud roll tervisevaldkonna juhtimises ja järelevalves. Kui esitada küsimus TA iseseisva ametina jätkamise otstarbekuse kohta, tekib ka küsimus, millis(t)e asutus(t)ega TA funktsioonid kattuvad või millised funktsioonid on killustunud mitme asutuse vahel. Tervise valdkonna rakendusasutustes peaks sel juhul vaatlema funktsioonide kattuvust/dubleerimist või killustumist RA-i või TAI-ga.

Uuringu käigus ei leitud Ravimiameti osas dubleerivaid tegevusi, nende kahe ameti funktsioonid on piisavalt selgelt eristatud ning omavahel jaotatud.

Nii reguleerimis- kui ka järelevalvevaldkonnad on selgelt eristatavad ning nõuavad eri kompetentse. Samuti on EL-i tasemel koostöö ja koordinatsioon seotud erinevate institutsioonide ja regulatiivaktidega. Ka ametite administratiivne paiknemine on väga erinev. Seetõttu on raske hinnata võimalikku kulutõhusust tugiteenuste liitmisest. Kui ametid liita ja jätta endistesse põhilistesse paiknemiskohtadesse, on raske eeldada ühtse organisatsioonikultuuri ja konsolideeritud kompetentside teket. Ravimiametil on väga spetsiifilised kompetentsid ning seotus TÜ ravimivaldkonnaga on olnud baasiks vajalike oskustega inimeste värbamisel ja koolitamisel. Mõnede riikide kogemus sarnase asutuse ümberpaiknemisel ei ole olnud julgustav.¹⁶ EL teiste liikmesriikide praktika kohaselt on ravimite valdkonna korraldavad asutused iseseisvad. Ühe hiljutise näite nurjunud katses ühendada ravimiamet teiste tervise valdkonna rakendustasandi asutustega võib tuua Taanist, kus 2012. a ühendati Terviseamet (National Board of Health) ja Ravimiamet (Danish Medicines Agency). Vähem kui kolme aasta möödudes viidi läbi uus reorganiseerimine tervise valdkonna juhtimises ning 2015. a augustist jätkab Taani Ravimiamet taas iseseisva asutusena¹⁷.

Samas on väikese riigi seisukohalt alati mõistlik otsida riigi struktuuride juhtimisel võimalikke sünergiaid ja kuluefektiivseid lahendusi. Lisandväärtust võib tuua harmoniseeritud infosüsteemidest, seda nii riskihindamiseks ja järelevalve koordineerimiseks kui ka järelevalve ideoloogiate ühtlustamises.

TAI puhul on TA põhiülesanded hoopiski kaugemad. Kui TA on eelkõige riigivalitsemise ülesannet täitev ja vajadusel sunniinstrumente rakendav riigivalitsemise asutus, siis TAI kui teaduse- ja arendustegevuste asutuse põhiülesanne on teisi riigiasutusi teenindada. Sellekohane täpsem analüüs leidub alalõigus 1.4.

¹⁶ Näiteks viidi reorganiseerimise käigus 2009. a Soomes ravimiameti (FIMEA) peakontor Helsingist Kuopiosse. 2016. aasta märtsi alguses teatas sotsiaalminister Hanna Mäntylä otsusest tuua peakorter tagasi Helsingisse. (<http://www.finlandtimes.fi/national/2016/03/16/25809/Fimea-headquarters-to-shift-to-Helsinki>)

¹⁷ <https://sundhedsstyrelsen.dk/en/news/2015/the-danish-ministry-of-health-has-appointed-three-new-directors-general>

3 Vastutusjaotus ravimite hinnastamise ja hüvitamise süsteemis

3.1 Ravimite hinnastamise ja hüvitamise süsteemi ülevaade ja analüüs

Ülevaade

Praegu toimiv ravimite hinnastamise ja hüvitamise süsteem on reguleeritud lähtuvalt “Ravikindlustuse seaduse” peatükile 4. Seaduse § 43 lg 1 p 3 järgi on hüvitatavate ravimite loetelu koostamine ja muutmine sätestatud valdkondkonna ministri määrusega “Eesti Haigekassa ravimite loetelu koostamise ja muutmise kord ning loetelu kehtestamise kriteeriumide sisu ja kriteeriumidele vastavuse hindajad”. Määruse kohaselt algab protsess ravimitootja või ravimi müügiloa hoidja poolt taotluse esitamisega. Hiljuti rakendatud muudatuse kohaselt võivad taotluse esitajaks olla ka RA või Eesti Haigekassa, või algatab menetluse SOM. Sel juhul toimub taotluse menetlemine lihtsustatud korras. Määruse kohaselt on protsessi menetlejaks SOM ning § 8 lg 3 alusel küsib SOM peale taotluse määrusele vastavuse kontrollimist 15 päeva jooksul arvamust Raviametilt ning Haigekassalt.

Taotluse menetlemise sisuline osa on valdkondliku ministri käskkirjaga moodustatud kuni 8 liikmelise komisjoni töö. Komisjoni kuuluvad Arstide Liidu, Perearstide Seltsi, TÜ, Puuetega Inimeste Koja, Patsientide Liidu, SOM-i, RA ja EHK esindajad. Komisjon esitab oma arvamuse ravimitootjale ja valdkonna eest vastutavale ministrile, kes peab tegema otsuse 180 päeva jooksul alates taotluse laekumisest SOM-ile, sh 30 päeva, mille jooksul on ette nähtud RA-l ja EHK-l oma arvamuse esitamine. Nimetatud tähtaja hulka ei ole arvestatud päevi, mille jooksul haldusmenetluse tähtaja kulgemine oli õigusaktides sätestatud alustel ja korras peatunud.

Lihtsustatud taotluse menetluse korral (määruse § 4 lg 2,3) ei ole RA ja EHK arvamuse küsimine kohustuslik ja taotluse menetlemise piirajaks on 90 päeva.

Ravikindlustuse seaduse § 42 sätestab ravimite piirhinna mõiste, arvutamise ja kehtestamise korra. Ravimite piirhinna kehtestab valdkonna eest vastutav minister oma määrusega. Sama paragrahvi lg 3 sätestab korra, mille kohaselt *“piirhinnast madalama või võrdse hinnatasemega ravimile ja juhul, kui Eestis kehtivat müügiluba omab ainult üks sama toimeaine ja manustamisviisiga ravim, kehtestatakse hind hinnakokkuleppega”*. Lõige 4 lisab: *“hinnakokkulepe on valdkonna eest vastutava ministri ja ravimitootja või väljastatud ravimi müügiluba omava isiku vahel sõlmitud üksikjuhtumit reguleeriv haldusleping piirhinnast madalama või võrdse jaemüügihinnaga ravimite või piirhinnaga hõlmamata ravimite hulgemüügi ostuhinna kohta, mille soodustuse protsent on 100, 75 või 50.”*

Hinnakokkulepe sõlmitakse vastavalt sotsiaalministri määrusele, mille § 3 lg 1 näeb ette, et menetlus algab ravimitootja ettepaneku tegemisega SOM-ile, või edastab SOM hinnakokkuleppe kavandi ravimitootjale. Juhul kui ettepaneku esitajaks on ravimitootja, kohustab määrus SOM-i hinnakokkuleppe kavandit esitama 30 päeva jooksul. Hinnakokkulepe on oluline osa ravimite hüvitamise otsustamise protsessis ja seetõttu võib see mõjutada olulisel määral ravimi hüvitatavate ravimite loetellu võtmise menetluse pikkust.

Analüüs

European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA) andmetel on Eesti innovatiivsete ravimite kättesaadavuse indeksis 27 uuritud Euroopa riigi hulgas “auväärsel” 23. kohal.¹⁸ Uuringust nähtub, et innovatiivsete ravimite kättesaadavus¹⁹ on parem suuremates ja/või kõrgema maksevõimega riikides, mis arusaadavatel majanduslikel põhjustel on tootjatele atraktiivsemad, ning oluliselt halvem väiksema rahvaarvu ja/või madalama ostuvõimega riikides nii kättesaadavate ravimite arvu kui ka kättesaadavaks tegemise perioodi pikkuse puhul.

Neid objektiivseid faktoreid on siseriiklikul tervishoiu valdkonnal raske, kui mitte võimatu mõjutada. Küll aga on võimalik lihtsustada bürookraatlikke takistusi kompenseeritavate ravimite nimekirja võtmisel, samas hoolitsedes selle eest, et oleks tagatud adekvaatne kulutõhususe hindamine ja ravikindlustussüsteemi finantstasakaalu säilimine. Ühe sammuna nimetatud suunas on SOM 2016. aastal pakkunud riigiasutustele võimalust alustada ise soodusravimite nimekirja võtmise protsessi, ootamata ära ravimitootja taotlust.

Nagu iga protsessi puhul on ka siin võimalus püüda efektiivistada taotluste menetlemise protsessi. SOM-i ravimiosakonna esitatud andmed näitavad, et määruks kinnitatud 180 päevast menetlemisaega ei ole suudetud järgida: 2015. a oli menetlemisaeg keskmiselt 287 päeva, 2011. a keskmiselt 501 päeva, 2014. a keskmiselt 392 päeva. Positiivselt poolelt saab siiski tõdeda tendentsi paranemise suunas, kuid endiselt ületab keskmine menetlusaeg oluliselt (ligi 3,5 kuud) määrusega lubatud. Hinnakokkuleppe saavutamine on oluline osa ravimi hüvitamise ettevalmistusprotsessis. Praegune regulatsioon aga ei näe ette tähtaegade peatamist hüvitatavate ravimite taotluste menetlemises hinnakokkuleppe protsessi võimaliku venimise puhul. Kahjuks ei ole praegu kättesaadavate andmete põhjal võimalik öelda, kui oluline on menetlusaja pikenemises hinnakokkuleppe komponent. Ravimite hüvitamise nimekirja korraldamise töömahtu illustreerivad järgnevad arvud: kokku laekus 2015. a 107 taotlust (2014. a 125 taotlust); ravimikomisjon sai kokku 8 korral.

SOM-i töötajatega tehtud intervjuudest selgus, et menetlusaegade puhul on probleemiks RA-i arvamuse laekumine. Kuigi RA-i andmetel on praeguse seisuga 2016. aastal kõik arvamused menetletud õigeaegselt, on varasemad RA-i arvamused laekunud määrusega ettenähtud 30-päevasest perioodist mitmeid kordi hiljem: 2015. a oli menetlemise kestvus keskmiselt 90 päeva, 2011. a keskmiselt 116 päeva, 2014. a keskmiselt 109 päeva. RA-lt küsitud arvamuste arv on püsinud mõningaste kõikumistega aastate lõikes enam-vähem stabiilne: 2015. a 35 arvamust, 2014–2012. a 28–29 arvamust aastas, 2011. a 37 arvamust. Pika menetlusaja põhjusena on RA nimetanud asjaolu, et nende taotlusi selle tegevuse rahastamiseks ei ole juba aastaid rahuldatud ja nad on olnud sunnitud ristfinantseerima arvamuste ettevalmistamist RA-i poolt osutatavate tasuliste teenuste eest laekuvatest vahenditest, mis on tinginud ka RA-i prioriteetide järjekorra.

Teisalt võib esitada üldisema küsimuse RA-i arvamuse vajalikkuse kohta. Tegemist on ju ravimitega, millel on ravimi müügiluba ning sellega peaks teoreetiliselt olema tagatud ka hinnang ravimi efektiivsuse ja ohutuse kohta? Siiski on siin üks eripära. Kui müügiloa väljastamise protsessi kliinilises osas hinnatakse ravimi toimet

¹⁸ PATIENTS W.A.I.T. INDICATOR 2015 Report – based on EFPIA’s database (first EU marketing authorisation in the period 2011–2014).

¹⁹ Kättesaadavuse all peab EFPIA silmas mitte ainult müügiloa olemasolu, vaid ka ravimite kulude hüvitamist.

platseebo suhtes, siis soodustuse taotluses võrreldakse ravimi efektiivsust juba kasutusel olevate teiste ravimitega.

EHK arvamused on laekunud enam-vähem tähtajaliselt (2015. a keskmiselt 33 päeva, 2011. a keskmiselt 36 päeva, 2014. a keskmiselt 33 päeva). Arutelu ravimikomisjonis toimus 2015. a keskmiselt 45 päeva peale EHK arvamuse laekumist. Ka siin on märgata edusamme (2011. a keskmiselt 221 päeva).

Vaadates menetlemise näitajaid arvamuste menetlemise protsessi ja hinnaläbirääkimiste efektiivsuse osas võib nentida SOM-i ravimiosakonna toimimise paranemist. Seda tunnistavad lühenevad menetlusajad, mis on siiski veel oluliselt pikemad kui määrusega sätestatud eesmärk.

Hinnaläbirääkimiste kestvus on enamasti seotud sellega, kui kõrgeks või madalaks ostja oma hinnasihi seab. Kindlasti on kuluefektiivsus eesmärgina oluline, kuid samas tuleb arvestada viivitustega kaasnevaid võimalikke negatiivseid mõjusid. Siinse uuringu maht ja raskuspunkt ei võimalda nii detailselt seda probleemi hinnata. Seetõttu võiks kaaluda edaspidi süvendatult uurida hinnaläbirääkimiste praktika mõju innovatiivsete ravimite kättesaadavusele ja sealt omakorda rahvatervisele ning tervishoiu alternatiivkuludele.

Ülaltoodule vaatamata võib kokkuvõttes SOM-i ravimiosakonna tegevust ravimite hinnastamise ja hüvitamise taotluste menetlemisel hinnata järjest professionaalsemaks ning efektiivsemaks.

Nagu juba eespool mainitud, seab meie riigi rahvastiku suurus ja rahaline ressurss piirangud, mida tervise valdkonnal on keeruline, kui mitte võimatu, otseselt mõjutada. SOM on juba rakendanud muudatusi, et vähendada turutõrget ja proaktiivselt teha kindlustatutele kättesaadavaks ka neid ravimeid, mille osas tootjad ei ole näinud stiimulit taotlusprotsessi käivitamiseks. Riigipoolne initsiatiiv ravimite lisamiseks nn soodusnimekirja võib aga tähendada lisaressursi vajadust, kuna sel puhul peab riik taotlejana ise hoolitsema vajaliku teabe kogumise ja ettevalmistamise eest.

3.2 Võimalikud muutused ravimite hinnastamise ja hüvitamise süsteemis

Praegune süsteem, kus hüvitatavate ravimite nimekirja menetlemine toimub SOM-is, on toiminud juba üle kümne aasta. Enne seda toimus soodusravimite taotluste menetlemine Eesti Haigekassas analoogselt raviteenuste hinnakirjaga. Raviteenuste hindade ja uute raviteenuste lisamise protsessi korraldab siiani EHK. Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu kehtestab Vabariigi Valitsus oma määrusega valdkonna eest vastutava ministri ettepanekul, millele on lisatud EHK nõukogu kirjalik arvamus ettepaneku kohta²⁰. Siin ilmneb erinevus hüvitatavate ravimite hinnakirjaga, kus menetlusprotsess toimub SOM-is, s.o riigivalitsemise hierarhias kõrgemal tasandil kui EHK, kuid lõpliku otsuse tegemise tasand ravimite puhul on mitte Vabariigi Valitsus, vaid valdkondlik minister. Siin peitub teatud vastuolu ja tekib küsimus, millised on need sisulised avaliku huvi ja rahva tervise seisukohalt tulenevad erinevused, mis tingivad vajaduse käidelda hüvitatavate ravimite ja raviteenuste loetelusid erinevalt? Sisuliselt on ju medikamentoosse ravi puhul tegemist samuti (eeldatavasti) teadmuspõhise raviga, mida on raske eraldada kaasaegsest ja sageli komplekssest

²⁰ Ravikindluste seadus § 30.

ravist. Eeltoodud väitega nõustumisel oleks põhjendatud käsitleda ravimeid teiste raviteenustega sarnaselt, arvestades muidugi hindamisprotsessis erialakompetentsi kaasamise vajadust. Viimane on aga nüüdseks igapäevane juurdunud praktika nii ravimite kui ka raviteenuste hindamisel.

Teiseks on küsitav praegune praktika, kus operatiivse tasandiga, mida ravimite hüvitamine ja hinnastamine on, tegeleb asutus, mille peamine roll peaks olema poliitikate kujundamine, strateegiline juhtimine ja koordineerimine. Ravimivaldkonna juhtimise analüüsi käigus on esile tõstetud SOM-i valdkondliku koordineerimise proaktiivsuse puudulikkust ning inertsust muudatuste juhtimisel, sh ka seadusloome uuendamise pikad menetlemiseajad või ravimipoliitika kaasajastamise tähtaegade mittevastavus juba vastuvõetud eesmärkidele.

SOM-i ravimiosakond on seadusloome väljatöötamise kavade ettevalmistamise venimise põhjenduseks toonud ebapiisava inimressursi, mida võib mõista ka rahalise ressursi puudusena. Seejuures on ravimiosakonna ülesannete hulgas ka muid, pigem operatiivtasandi kui poliitikakujundamise või strateegilise juhtimise tasandi tegevusi. Nii näiteks teostab ravimiosakond hankeid riiklike tervishoiuprogrammide tarbeks²¹. Tegevus, mis võiks olla – ja paljudes riikides ongi – viidud rakendustasandile.

On ilmne, et poliitika kujundamist ja strateegilist tervise valdkonna, sh ravimivaldkonna, juhtimist ei saa delegeerida ministeeriumi tasemest allapoole. Seetõttu saab ja tuleb nimetatud funktsioone pidada ka ministeeriumi põhitegevusteks ning neid tegevusi prioriseerida. Piiratud ressursi tingimustes peab institutsioon mõistagi eelkõige eelistama keskendumist institutsiooni põhitegevustele, mida ei saa delegeerida valitsemishierarhias allapoole. Ravimiosakonna puhul tundub olevat paraku vastupidi – prioriteetsed tunduvad olevat tegevused, mida küll täidetakse järjest paremini, kuid mida võiksid täita ka SOM-i haldusala rakendustasandi asutused.

Ülaltoodust johtuvalt tuleks esitada küsimus ravimiosakonna praeguste funktsioonide prioriteetide otstarbekusest.

Arutlusväärsed lahendused võiksid olla järgmised:

- 1) Ravimite hinnastamise ja hüvitamise menetlemine suunata tagasi EHK-sse, kus see oli enne selle üleviimist SOM-i. Üheks tugevuseks on ravimiosakond nimetanud motivatsiooni ja võimekust saavutada kuluefektiivseid hinnakokkuleppeid. Samas võib EHK-l oma põhitegevuse olemusest lähtudes olla isegi tugevam motivatsioon tõhusate hinnakokkulepete sõlmimiseks. EHK-s on ka toimiv struktuur ja pikaajaline kogemus hüvitatavate raviteenuste loetelu menetlemisel ning avalikkusega suhtlemisel. Kolmandaks, olles rakendustasandi üksusena poliitilise otsuse tegemise tasandist kaugemal, on EHK-l võimalik otsuste ettevalmistamisel olla vähem mõjutatud muudest faktoritest kui teadmispõhisus ja kulutõhusus. Ja viimaks, raviteenuste hinnakirja ja hüvitatavate ravimite loetelu protsessi menetlemise ühtlustamise tulemuseks võib olla teatud efektiivsuse paranemine ning kulude kokkuhoid. Viimane väide vajab siiski detailsemat hinnangut.

EHK juhatus on kirjeldatud muutuse suhtes avaldanud mõistvat suhtumist. Teise aspektina tuleks vaadelda tervishoiuteenuse loetelude ja hinnakirja kinnitamise tasandit. Eelpool on juba viidatud praegu kehtivale otsusetasandi erinevusele tervishoiuteenuste loetelu ja hinnakirja ning hüvitatavate ravimite

²¹ Ravimiosakond teostab vaktsiinide, HIV preparaate ja tuberkuloosiravimite hankeid. Praegu on sellega seotud 2 ametikohta.

loetelu kinnitamisel. Protsesside ühtlustamisel kerkib küsimus, mis tasandil nimekirjad ja hinnad kinnitada? Kas viia ravimite loetelu otsusetasand Vabariigi Valitsuse tasandile või tuua ka raviteenuse loetelu ja hindade kinnitamine valdkondliku ministri pädevusse? On ka võimalus viia otsustamine EHK nõukogu tasandile, kus valdkondlikul ministril on antud küsimuses EHK seaduse alusel juba vetoõigus.²²

- 2) Mõningates riikides on ravimite hinnastamise ja hüvitamise menetlemine ravimiameti funktsioon²³. Teoreetiliselt võiks see olla nii ka Eestis. On ju RA-s olemas vaieldamatu valdkondlik teadmine ja võrgustik, kuid ilmselt ei ole selline ülesanne otseselt seotud praeguste RA-i kompetentsidega, eriti mis puutub ravimite hinnastamisse ja hindade läbirääkimisse. Ka ei ole RA-l praegu sellist funktsiooni, millega võiks leida otsest sünergiat või kattuvust ravimite hüvitamise menetlemisega, kui mitte arvestada sotsiaalministri määruse järgset kohustust anda ravimikomisjonile oma arvamus ja osaleda ravimikomisjoni töös.

Mõlema pakutud variandi puhul on oluline, et ravimiosakonna kogemus ei läheks kaotsi – muutuste rakendamisel tuleb sellega arvestada, kus siis kõne all olevaid funktsioone ka jätkatakse.

²² EHK seadus § 17 (5), <https://www.riigiteataja.ee/akt/113032014012?leiaKehtiv>

²³ Taani, Itaalia, Portugal, Tšehhi Vabariik.

4 Tervisevaldkonna järelevalve

4.1 Terviseamet ja Raviamet

Terviseameti ja Raviameti vahel viimastel aastatel toimunud funktsioonide ümberjaotusel on järgitud põhimõtet, et funktsioonid koondusid ametite vahel sihtrühmapõhiselt. Näiteks on liikunud apteekide järelevalve Raviametisse ja meditsiiniseadmete kontroll ja järelevalve Raviametist Terviseametisse. Arvestades asjaolu, et mõlemad asutused on selgelt orienteeritud erinevatele sihtgruppidele, võib hetkel järelevalve jaotust kahe ameti vahel hinnata üpris optimaalseks.

Kumbki asutus teeb järelevalvet oma vastutusvaldkonnas – RA ravimite (sh veri ja verekomponendid) ning rakkude, kudede ja elundite käitlemise üle ja katab ennetavad, valdkonna korralduse ja järelevalvealased tegevused ravimitootjate ja ravimite hulgi- ning jaemüüjate osas vajalikus ulatuses ning vastavalt Euroopa Liidus välja kujunenud tavadele ja nõuetele.

TA teeb põhimääruse kohaselt järelevalvet tervishoiuteenuse osutamise ja meditsiiniseadmete kasutuse üle. Täpsema määratluse kohaselt kuuluvad TA vastutusse tervishoiuteenuste osutajate registrid ja tegevusload, kiirabi ja peremeditsiini korraldamine ning järelevalve tervishoiuteenuste osutajate nõuetele vastavuse üle, ja meditsiiniseadmete kasutuse järelevalve.

Teatud ulatuses teevad ametid järelevalve osas koostööd ning viiakse läbi ühiseid järelevalvetegevusi (nt hooldekodudes, tervishoiuteenuse osutaja juures, metadooni jaotuspunktides), et inspekteeritav saaks terviklikuma ülevaate oma tegevuse vastavusest nõuetele, samuti säästetakse nii inspekteeritava aega.

Raviameti ja Terviseameti järelevalve on üles ehitatud üpris sarnastel põhimõtetel. Mõlemad asutused planeerivad järelevalvet, lähtudes riskihindamisest ja seirest ning reageerides kaebustele ja signaalidele võimalike rikkumiste osas.²⁴ Järelevalve põhialus on RA-l ja TA-l eelkõige proaktiivne ja ennetava tegevus, püüdes keskenduda riskianalüüsile, ja selgitada selle alusel välja järelevalve fookus. Järelevalve tulemusena kasutavad ametid sanktsioneerimis- ja karistustegevust vastavalt õiguslikule regulatsioonile ning kohustusele reageerida. Siinkohal saab välja tuua TA mõneti pehmemat suhtumist sanktsioneerimisse, mis püüab mittevastavusi lahendada esmalt tähelepanu juhtimisega, andes tähtaja ja võimaluse puuduse likvideerimiseks. Selle mittetäitmisel kaasneb hiljem vajadusel sanktsioneeriv tegevus. Operatiivne järelevalve juhtimine toimub vastavalt organisatsiooni suurusele ja võrgustikule. RA kui oluliselt väiksema organisatsiooni operatiivne infovahetus on vahetum ja kiirem, seevastu TA korraldab lisaks operatiivsele infovahetusele järelevalve inspektoritele ja üksuste juhtidele kvartaalseid nõupidamisi olulisematel teemadel ja pädevuse ühtlustamiseks. Aruandlus toimub mõlema asutuse puhul üpris sarnastel alustel: väljapoole suunatud aruandlus esitatakse poole aasta kaupa, asutusesisene terviklik aruandlus on kvartaalne, kriitilistes valdkondades ka sagedasem.

Väljakujunenud praktikas toimub järelevalve tervishoiuteenuse osutajate üle piiratud ulatuses ning informatsioon on killustunud mime asutuse vahel. Olulised järelevalve

²⁴ Vt ka Lisa 3: Raviameti ja Terviseameti järelevalve tegevuste võrdlus.

valdkonnad nagu tervishoiuteenuste terviklik kvaliteedijälgimine, järelevalve eriarstiabi korralduse, raviteenuste kättesaadavuse ja tervishoiuteenuste osutajate tegevuse üle, ei ole praegu rakendustasandil üheselt kaetud ja koordineeritud. Neid valdkondi katavad mitmed asutused, kusjuures funktsioonid on erineva sisuga. Näiteks EHK täidab seadusest tulenevalt kohustust kontrollida ostetud teenuste kvaliteeti ja põhjendatust²⁵ piiratud ulatuses (vt ka järgmine alalõik), kusjuures avalik-õigusliku asutusena ei saa EHK teostada järelevalvet, vaid eelkõige kontrollida lepinguliste partnerite tegevust lepingutes määratletud sisu raames. TAI kogub teenuseosutajatelt statistikat, muuhulgas tegevuse osas, mida TA võiks kasutada sihipärasemalt ka riskihindamise käigus järelevalve planeerimiseks.

Eesti õigusruumis ja järelevalve sisulises tähenduses on ainuke pädev asutus järelevalvet teostama riiklik amet. Nagu eelnevalt öeldud, on ravimite valdkonna järelevalve välja kujunenud kohase sisuga ning puudub dubleerimine või killustatus valdkonna terviku huvides. Järelevalve tervishoiuteenuse osutajate üle vajab selgemat sisu, terviklikkust ja ulatuse määratlust ning vastavat kajastamist TA põhimääruses. Samuti on järelevalve tõhustamiseks vajalik informatsiooni kogumise ja vahetuse tõhus koordinatsioon asutuste vahel ning selgem eristamine järelevalve ja muude tegevuste vahel. Eri asutused võivad oma põhitegevuste raames koguda vajalikku informatsiooni, kuid informatsiooni kättesaadavus, analüüs ja kasutus järelevalve tõhustamiseks on vajalik.

Lisaks eelpool mainitud vajadusele arendada TA järelevalve sisu ja kvaliteeti tervishoiuteenuste korralduse hindamisel, võib kaaluda ka TA järelevalve fookuse laiendamist SKA all olevate hoolekandeesutuste ja teenuste üle. Nimelt on need järelevalvatavad asutused ja teenused olemuselt sarnased tervisevaldkonna asutuste ja teenustega ning SKA ja TA hoolekandeesutuste järelevalve kattub osaliselt. See võimaldaks SOM-i haldusalas järelevalve tegevusi konsolideerida ning saavutada teatud mastaabi ja kompetentsi efekt, ning tervise ja sotsiaalvaldkondade parem integratsioon. RA teeb järelevalvet ravimite käitlemise üle ega ole seotud antud valdkondade integratsioonivõimalusega. Ühine kokkupuutevaldkond on TA-I ja SKA-I, RA puhul aga puudub täielikult.

4.2 Haigekassa ja Terviseamet

Terviseamet teeb oma põhikirja kohaselt järelevalvet järgnevate tervishoiuteenuste valdkondade üle (väljavõte järelevalve osakonna põhimäärusest):

2.2.1 teostab järelevalvet tervishoiuteenuste osutajatele sätestatud nõuete täitmise üle;

2.2.3 teostab järelevalvet turule lastud meditsiiniseadme üle;

2.2.4 teostab järelevalvet tervishoiuteenuse osutajale meditsiiniseadme professionaalseks kasutamiseks kehtestatud nõuete täitmise üle.

Meditsiiniseadmete järelevalve on väga konkreetne ja selgelt reguleeritud tegevus. Seevastu järelevalve tervishoiuteenuste osutajatele sätestatud nõuete täitmisele on sisustatud piiratud. Praegu piirdub see asutustele tegevuslubade väljastamisega, spetsialistide registreerimisega ja kaebuste menetlemisega nende laekumisel. Hulk eelnevalt viidatud valdkondi järelevalve alla ei kuulu.

²⁵ EHK seadus § 2 (2) p.5. <https://www.riigiteataja.ee/akt/113032014012?leiaKehtiv>

Eesti Haigekassa ei tee oma põhikirja kohaselt järelevalvet ühegi tervishoiuteenuse ega muu tegevuse üle. EHK kontrollib mitmeid pädevuses olevaid valdkondi, kuid sellel ei ole järelevalvele omaseid tunnuseid. EHK põhikirja § 33¹ lg 1 kohaselt on EHK osakonna pädevuses: 6) ravikindlustushüvitiste kvaliteedi kriteeriumide väljatöötamine ja tervishoiuteenuste kvaliteedi kontrollimine; ja 7) ravikindlustushüvitiste õigsuse ja põhjendatuse kontrollimine ning analüüs. Need tegevused on vajalikud, kontrollimaks valikuliselt või teatud põhjenduste olemasolul ostetud teenuste vastavust lepingus sätestatud ja muu regulatsiooniga kaetud nõuetele, mis aga ei kvalifitseeru järelevalve alla.

Praeguses olukorras kogub kõige enam ja süsteemsemat informatsiooni tervishoiuteenuste osutamise ja osaliselt selle kvaliteedi kohta EHK. Siinkohal on asjakohane soovitus nimetatud tegevusi paremini ühildada ja koordineerida SOM/TA/RA vastavate jõupingutuste varal.

Seega puudub Terviseameti ja Eesti Haigekassa tegevuste otsene sarnasus või kattuvus oma põhitegevusalal. Pigem võib esitada küsimusi selle kohta, kas mõni tervishoiu valdkonnaga seotud funktsioon ja tegevus on riigi poolt vaadatuna seotud õige organisatsiooniga. Seda eelkõige tegevuste paiknemist ning võimalikku huvide konflikti minimeerimist arvestades järgnevates valdkondades:

- raviteenuste juhiste väljatöötamine ja ravikvaliteedi standardite arendamine (EHK);
- tervishoiuteenuste kvaliteeti puudutava informatsiooni kogumine ja analüüs (EHK);
- tervishoiuteenuste kättesaadavus ja ravijärjekorrad (EHK).

Rahvusvaheliselt väljakujunenud hea tava kohaselt on soovitatav järgida põhimõtet, kus huvide konflikti vältimiseks on standardite ja normide väljatöötamine lahutatud nende järgimise kontrollist. Näitena võib tuua ravijuhiste kui tervishoiuteenuste soovitatava kvaliteedi standardi väljatöötamist. EHK on olnud aktiivne ravijuhiste väljatöötamise juhtimisel ja raviteenuste kvaliteedi indikaatorite kogumisel. EHK kui tervishoiuteenuste ostja vajab teenuse osutamisega seotud standardiseeritust ning informatsiooni, mis kirjeldaks teenuste taset. Kuna ükski teine organisatsioon Eestis sellega ei tegele, siis mõneti on see olnud asjade möödapääsmatu käik. Kuigi puudub info selle kohta, et EHK oleks kallutanud ravijuhiste väljatöötamist rahaliste motivatsioonidega seoses, tasub kaalumist alternatiivne lahendus, kus tervise teenuse kvaliteedi koordineerime ja korraldamine on tervikuna – alates teenuse kvaliteediga seotud andmete kogumisest ja analüüsist kuni ravijuhiste koostamiseni – Terviseameti pädevus. Õiguslikul tasandil on funktsioon praegu reguleerimata ja reaalne pädevus väljaspool EHK-d puudub.

Eraldi tähelepanu vajab ka raviasutustele kehtestatud nõuetele vastavuse kontrolli ülesande sisustamine terviklikult ja kaasaja arusaamadest lähtuvalt. Terviseametil on vastav kohustus olemas, kuid hetkel piirub see peamiselt tegevusloa väljastamisega seotud kontrolliga ning edaspidi kontrollitakse vaid vastavalt vajadusele või kaebuste esinemisel. Tegevusluba väljastatakse tähtajatult. Kaasaegsed käsitlused nõuetele vastavusest sisaldavad kindlasti süsteemset tegevuste seiret, enesehindamise ja kontrolli süsteeme ning riikliku järelevalve korraldamist.

4.3 Tervise valdkonna järelevalve toimimine

Tervise valdkonna järelevalve ravimite osas toimib hästi. Seda kinnitavad nii rahvusvahelised hinnangud kui siinne analüüs. Rahvusvahelised ülevaated juhivad tähelepanu pigem innovatiivsete ravimite kättesaadavusele: Eesti ravimituru väiksusest tingitud tõrked pärsivad ravimitootjate motivatsiooni tuua siinsele turule uudseid ravimeid (ravimite registreerimise ja soodusravimite nimekirja lülitamise protsessi pikk kestvus).

Järelevalve tervishoiuteenuste ja teenuse osutajate üle on märksa tagasihoidlikumas seisus. Esiteks võib mainida selle valdkonna terviku puudumist ja järelevalve teostust piiratud ulatuses. Pigem võib täheldada suundumust isegi järelevalve vähenemisele, näiteks teenuseosutajatele tähtajatute tegevuslubade väljastamine ilma hilisema regulaarse kontrolli ja järelevalve kohustuseta. Põhimääruse kohaselt teeb Terviseamet järelevalvet tervishoiuteenuste osutajatele sätestatud nõuete täitmise üle, kuid need nõuded on sisult ebapiisavad ning piirduvad peamiselt füüsilise keskkonna hindamise vastavusega kehtestatud nõuetele. Toimuvad kindlasti ka teatud sihtuuringud ja järelevalvelaadsed kitsamad tegevused probleemsete valdkondade ilmnemisel (näiteks psühhiaatrilise ravi puhul patsiendi tegevusvabaduse piiramine), kuid need on *ad hoc* tegevused ega loo jätkusuutlikku baasi, et ulatuslikumalt hinnata ja teostada järelevalvet teenuseosutajate ja teenuste kvaliteedi üle. Üldise hinnanguna on soovitus kriitiliselt hinnata kaasaegsete kontseptsioonide juurutamist teenuseosutajate hindamiseks ja järelevalveks, muuhulgas näiteks enesehindamist ja akrediteerimise rakendamist. Olemasolevatest järelevalveasutustest piisab selle ülesande koordineerimiseks ning täiendavaid struktuure luua ei ole vaja.

Mõlemad tervisevaldkonna ametid lähtuvad järelevalve planeerimisel proaktiivsest ja riskihindamise printsiibist. Terviseamet on sekkumistes eelistatavalt nõustava ja suunava hoiakuga, järelevalvataval võimaldatakse viia oma tegevus nõuetega vastavusse vähete haldusaktide koostamisega. Raviamet on järelevalvetegevustes pigem resoluutsema sekkumisega, tehes ettekirjutusi ja määrates sanktsioone.

Ministeeriumi seisukohalt on oluline järelevalve ideoloogilist hoiakut ühtlustada ning mitte lasta sel areneda erinevates suundades. Järelevalvatavad vajavad pigem ühetaolist kohtlemist ning riigi ülesanne on see tagada.

4.4 Võimalikud muutused tervise valdkonna järelevalves

Eksperdid peavad oluliseks juba mainitud riikliku järelevalve filosoofia ja põhialuse selget defineerimist ning sellest johtuvalt ametite sarnast tegutsemist. See hakkab mõjutama järelevalve kui ühe avaliku teenuse sisu ja tegevuslaadi ning ka muid järelevalvega seotud arenguid.

- Järelevalve selgema ja ühtlaselt täidetava ideoloogilise suuna määratlus – riskihindamisel baseeruva proaktiivse ja ennetava lähenemise, ning haldusrikkumiste avastamisele ja karistamisele orienteeritud järelevalve tasakaal. Soovitus ei seisne ainult ühes mainitud valikus, vaid eelkõige tasakaalu leidmises kahe ideoloogia vahel. Mõlemad lähenemised on vajalikud ja järelevalvatavad valdkonnad vajavad samalaadset kohtlemist.
- Tervishoiuteenuste valdkonna järelevalve sisu selgem määratlemine TA põhimääruse tasandil, kaaluda võimalust integreerida tervishoiuteenuste ja

sotsiaalvaldkonna asutuste ning teenuste järelevalve ühte asutusse, ehk TA-sse.

- Tõhustada seiresüsteemi riskihindamise kvaliteedi tagamiseks ja ressursside sihipärasemaks kasutamiseks – andmete korje, ühtne andmebaas, andmete riskasutus erinevate tervisevaldkonna osapoolte poolt, andmete analüüsi kvaliteet ja operatiivsus.
- Ühtse infotehnoloogilise keskkonna väljatöötamine ja juurutamine tervisevaldkonna, sh ravimid, järelevalve seireks ja järelevalve kvaliteedi tõusuks, samuti võiks hinnata ühtse laboriinfosüsteemi (LIMS) loomist ning rakendamist.
- Juurutada TTO tasandil enesehindamise ja enesekontrolli süsteeme ning tagada järelevalve nende toimimise ja jätkusuutlikkuse üle.

5 Võimalikud muutused tervise valdkonna juhtimises

Tervise valdkonna funktsionaalne analüüs näitab, et valdkonna peamised sisufunktsioonid on rakendustasandil välja kujunenud. Olulist funktsioonide dubleerimist rakendustasandi asutuste sisufunktsioonide osas ei esine ning koostöö tervisevaldkonna asutuste vahel toimib jõudsalt. Pigem võib puudusena täheldada mõnede oluliste funktsioonide ebapiisavat esindatust nii rakendustasandil kui arengute eestvedamisel ja juhtimisel SOM-i tasandil.

SOM-i sisuosakondade funktsionaalne jaotus ja rakendustasandi asutuste töö koordineerimine on suures osas välja kujunenud, jaotudes tervishoiu, rahvatervise ja ravimite valdkondade vahel. Arusaadavatel põhjustel tuleb organisatsiooni vaadelda siiski pidevas dünaamikas ning ka praegu toimub SOM-i osakondades arenguid, seda eelkõige sisuüksuses TSAO-s ja toetava valdkonnana digitaalse võimekuse loomisel SOM-s. Küll aga rõhutasid analüüsi käigus intervjuueeritud vajadust suurendada horisontaalset osakondadevahelist koostööd, samuti sooviti näha SOM-i suuremat proaktiivsust valdkonna tegevuste koordineerimisel. Üheks selliseks näiteks on tervishoiuteenusega seotud kvaliteedijuhtimine. Kohati on probleem ülesannete täitmise tasandi optimaalsusega. Nii on SOM-i ravimiosakonnal ajalooliselt välja kujunenud rida funktsioone, mis oleksid kohasemad rakendustasandil täitmiseks ning nende ümberpaigutamine võimaldaks osakonnal aktiivsemalt tegeleda ravimivaldkonna poliitika koordineerimise ja pideva kaasajastamisega.

Läbiviidud analüüsi põhjal võib tõdeda, et lisaks rahvusvahelist tunnustust leidnud 1990. ning 2000. aastate alguse ulatuslikele reformidele tervise ja tervise teenuse osutamise valdkonnas, on ka hilisemad, peamiselt tervisekaitse valdkonda puudutavad süsteemi ümberkorraldused, olnud tulemuslikud ja toimivad. Mõningate ilmnenu ja raportis eespool esitatud probleemide puhul on ekspertide arvates võimalik ja optimaalne rakendada allpool alalõigus 5.1 meetmeid, mis ilmtingimata ei vaja, aga ka ei välista, struktuurset muutusi tervisevaldkonna sisufunktsioonide juhtimises. Struktuursete muutuste otstarbekuse üle otsustamisel tuleb aga hinnata tasakaalu muutuste rakendamiseks kuluva aja-, inim- ja raharessursi ning võimaliku saavutatava kasu (kulutõhusus, teenuse kvaliteet jms) vahel.

Eelnevalt esitatud tervise valdkonna sisufunktsioone ja -struktuure puudutav ei tähenda, et eksperdid ei näeks üldse vajadust valdkonna struktuursete muutuste järele. Olenemata eluvaldkonnast baseerub innovatsioon ja areng lisaks heale tahtmisele peamiselt infotehnoloogia arengul ning selle oskuslikul kasutamisel. Kahtlemata on see nii ka tervisevaldkonnas. 2005. aasta lõpus loodi SOM-i juhtimisel suuremaid haiglaid ja olulisemaid professionaalseid ühendusi kaasav Eesti E-tervise Sihtasus. Asutuse loomisega kaasnesid kõrged ootused tervise, ja eelkõige tervishoiu valdkonna, infotehnoloogia arendamisel. Ajapikku suundus ETSA-sse oluline osa SOM-i digivõimekuse ressursist. Saavutati nii mõndagi: käivitati Digilugu ja Digipilt, praeguseks on edukalt rakendunud Digiresept, kasutusel on Patsiendiportaal jms. Vaatamata neile üldjoontes edukatele rakendustele on üldine arvamus, et e-tervise süsteemi areng oleks võinud olla märgatavalt kiirem ja käivitatud rakendusi võiks olla enam. Analüüsi käigus töid intervjuueeritavad välja peamiste digivõimekuse rakendamise probleemidena ETSA juriidilisest vormist ja ülesehitusest tingitud otsuste tegemise mehhanismi ebaefektiivsust ning SOM-i puudulikku valdkonna juhtimise võimekust ja ebapiisavat tuge infotehnoloogiliste arenduste rakendamisel.

ETSA enda juriidiline staatus ja volitused ei andnud ega anna ka praegu võimalust TTO-de suhtes andmehõive reeglite kehtestamiseks.

Kaasaegne arusaam inimesekesksest teenusest põhineb terviklikul sotsiaal- ja tervise valdkonna käsitlusel. Kahjuks ei toeta praegune juhtimismudel erinevate SOM-i haldusalade integratsiooni. SOM-i ja haldusala asutuste juhtide ajurünnakul rõhutati esmatasandi tervishoiu ja sotsiaalhoolduse vahelise koostöö ja järjepidevuse suurendamise vajadust ning võimalikku sünergiat valdkondade järelevalve integreerimisel. Infotehnoloogia ja andmehalduse tõhusam rakendamine annaks kahtlemata võimalusi suuremaks koostööks SOM-i erinevate haldusala valdkondade vahel kasutades innovatiivsemaid ning kulutõhusamaid juhtimis- ja teenuselahendusi.

Enam kui aasta tagasi loodi SOM-is E-teenuste arengu ja innovatsiooni asekanstleri ametikoht, millega on kaasnenud aktiivne muutuste käivitamine valdkonnas. Praegu on SOM-i tervise valdkonna info- ja infotehnoloogia juhtimine ja haldamine killustunud ning osaliselt dubleerivad neid funktsioone SOM (DAO ja IKTO) ja ETSA. Samuti on RA-i ja TAI infotehnoloogia arendus- ja haldusfunktsiooni integreerimine SOM-i alles plaanis. Arengud SOM-is on jõudnud faasi, kus on välja töötamisel plaan tervikliku tervishoiu ning sotsiaalhoolekande info- ja e-teenuste keskuse arendamiseks, kuhu oleks koondunud kogu SOM-i haldusala info juhtimine: analüütika- ja infosüsteemide haldus (IT-taristu-, infosüsteemide-, infohõive- ja standardite haldus) ning arendus koos vastavate funktsioonidega. Ekspertid võivad sellist plaani ainult tervitada. Plaani elluviimise eelistatavim struktuurne ja funktsionaalne lahendus on toimimine iseseisva hallatava riigiasutusena, sarnaselt Siseministeeriumi Infotehnoloogia- ja Arenduskeskuse (SMIT) või Registrate ja Infosüsteemide Keskusega. Sellisel juhul paikneks iseseisev struktuur funktsionaalselt tasakaalustatuna erinevate SOM-i haldusala (sotsiaal-, tervise ja töövaldkond) asutuste suhtes ja oleks tagatud asutuste võrdsem ligipääs teenusele.²⁶ Uue iseseisva asutuse moodustamine ei pruugi aga olla kooskõlas riigivalitsemise praeguse põhimõttega vähendada eraldiseisvate valitsemisasutuste arvu. Seetõttu on otstarbekas vaadelda ka teisi võimalikke struktuurseid ja funktsionaalseid lahendusi, mille kohta on esitatud detailsem ülevaade alalõigus 5.2 ning raporti lisa 4. Tulenevalt sellest, et kõigi esitatud lahenduste puhul toimiks tänaste ETSA funktsioonide ümberpaigutamine, mis kõigi eelduste kohaselt tipneb ETSA kui organisatsiooni tegevuse lõpetamisega, ei suureneks ühegi pakutud teoreetilise lahendusvariandi puhul SOM-i haldusala asutuste arv. See vähendaks otsuse langetamisel ohtu sattuda ümberstruktureerimisel konflikti üldise riigivalitsemise reformi kavaga.

5.1 Funktsioonide ja ülesannete võimalik optimeerimine

Üldised soovitused

- SOM peab arendama oma tervise valdkonna strateegilise juhtimise võimekust, skaneerides ettevaatavalt valdkonda kujundavaid suundumusi ning luues seireanalüüsile tuginedes innovaatilisi lahendusi. Uudsete tervishoiuteenuse osutamise mudelite arendamiseks ja katsetamiseks on mõistlik luua vastav võimekus mõnes hallatavas asutuses, mis võimaldaks suuremat paindlikkust, vajadusel kaasata innovatiivsete tegevuste jaoks erinevaid rahastusallikaid. Lisaks eristub antud tegevus selgelt poliitikakujundamise ja õigusliku

²⁶ Näitena võib tuua juba viidatud UK *Health and Social Care Information Centre (HSCIC)* või Taani 2015. aastal tervisevaldkonna haldusreformi käigus moodustatud *Health Data Authority*.

regulatsiooni vastutusest. Sobilikum asutus sellise funktsiooni väljakandmiseks on tänases organisatsioonilises plaanis TAI, kuna nimetatud arendustegevus ei sobitu hästi ei riikliku ameti selgelt piiritletud korralduslike ja järelevalve funktsioonidega ega saa olla avalik-õigusliku EHK vastutus, kes täidab seadusega määratud sihipäraseid ülesandeid tagada kindlustatud isikutele juurdepääs tervishoiuteenustele, ega kujunda tervishoiupoliitilisi või -korralduslikke mudeleid. Uute arendussisuga ülesannete täitmisel on oluline osapoolte kaasatus ning tõhus koordineerimine, et hilisemad rakenduslikud mudelid oleksid täitjate poolt omaksvõetavad ja hõlpsamini elluviidavad.

- Võtta kasutusele programmi- ja projektijuhtimise meetodid, mis tagaksid üldstrateegiate elluviimise horisontaalsel juhtimisel, kus arengu- ja tegevuskavades osalevad hallatavad asutused omavad läbivalt ja tasakaalustatult selgeid alameesmärke koos mõõdetavate indikaatoritega, ning tegelevad tähtjastatud ja vastutusega arendustegevustega.

Digitaalvõimekus, infotehnoloogia, tervise ning tervishoiu statistika ja analüüs (DAO, IKTO, ETSA, TAI, RA ja TA riiklikud andmekogud)

- Andmehalduse ja infosüsteemidega seonduv on läbiv horisontaalne arendus- ja tugifunktsioon, mis peab toetama nii SOM-i kui ka rakendustasandi riigivalitsemist. Efektiivsuse tõstmiseks ja digitaalvõimekuse jõuliseks arendamiseks oleks otstarbekas luua funktsionaalselt ühtne tervisevaldkonna info juhtimise funktsionaalne struktuur, mille ülesanne oleks tagada tervise standardiorganisatsioon ja -teenus, statistika- ja analüüsiteenus, andmekogude haldus (sh valdkonna kõik riiklikud andmekogud), infosüsteemide ja taristu haldus, teenusearendamisega seotud IT-projektijuhtimine ja investeringud, e- ja kaugteenuste üleriigilise toe pakkumine, kriitiliste üleriigiliste e-teenuste pakkumine. Lisaks tervise valdkonnale võiks ühendstruktuur toetada ka sotsiaal- ning töövaldkonda. Võimalikud variandid vastava struktuuride ja funktsioonide paiknemise osas on pakutud järgmises alalõigus 5.2.

Tervishoiuteenuse korraldus ja kvaliteet

- Luua võimekus ja funktsionaalne struktuur tervishoiuteenuse innovatsiooni arendamiseks ja juhtimiseks. Seda eelkõige erinevate uudsete ärimudeli- ja struktuursete lahenduste arendamiseks tervishoiu teenuse osutamisel TTO-de poolt ja TTO-de juures. Kõige enam sõltub kulutõhusus teenuse osutajate motivatsioonist kulutõhus olla. Seetõttu peaks olema raskuskese eelkõige sellel, kuidas kaasata ja motiveerida arste ja teisi professionaalseid grupe innovatsiooni ja kulutõhususe saavutamiseks, säilitades ja arendades teenuse sisulist meditsiinilist kvaliteeti. Kõnealune funktsionaalne struktuur peab tegema tihedat ja tõhusat koostööd eelpool välja pakutud tervise- ja sotsiaalvaldkonna info juhtimise funktsionaalse struktuuriga. Praeguse tervisevaldkonna juhtimisstruktuuri juures võiks kaaluda TAI-s²⁷ vastava uue kompetentsi loomist, mis panustaks tervishoiuteenuste korralduse ja juhtimise modelleerimise, rahastamise ja muude vajalike arengute kavandamise.
- Määratleda tervishoiuteenuste korraldamisel selgelt teenuse tasandite vastutused SOM ja TA põhimäärustes, sisustades vastutused tasakaalustatult ja terviklikult.

²⁷ Alalõigus pakutud variant 5 rakendamisel võiks vastav kompetents ja funktsioon kuuluda ühendasutuse alla.

- Juurutada esimeses etapis tervishoiuteenuse osutajate enesehindamise süsteem koos vastavate kvaliteedi indikaatorite kogumise ja kasutamisega. Teises etapis juurutada terviklikud akrediteerimise põhimõtted, mis sisaldaks ka juba juurutatud enesehindamist. Antud ülesannete täitmine on teostatav Terviseametisse loodavate kompetentside ja ressurssidega.

Ravimivaldkond ja SOM-i ravimiosakond

- Ravimite hinnastamise ja hüvitamise menetlemine suunata tagasi EHK-sse, kus see oli enne üleviimist SOM-i. Ühtlustada protsess EHK poolt kompenseeritavate tervishoiuteenuste hinnakirja menetlemisega, säilitades ravimite eripäraga seotud ekspertarvamuse vajaduse. Samuti hiljuti rakendatud võimaluse, et protsessi võib algatada riik.
- Kaaluda võimalust viia nii hüvitatavate ravimite kui ka tervishoiuteenuste nimekirjade ja piirhindade kinnitamine valdkondliku ministri või siis EHK nõukogu (mida samuti juhib valdkondlik minister) pädevusse.
- Viia riiklike programmide ravimite ja vaktsiinide hankimine SOM-ist rakendustasandile. Ilmselt oleks otstarbekas vastav võimekus välja arendada Terviseametis.
- Viia vereteenistuse toimepidevuse tagamise koordineerimine, vereteenuse osutajate nõustamine ning toimepidevuse korralduse seisu ülevaadete tegemine SOM-i RO vastutusest TA-sse.²⁸
- Viia immunohematoloogiliste uuringute referentlabori teenuste osutamise korraldamine, sh vastava lepingu sõlmimise ettevalmistamine verekeskusega ja teenuse osutamise analüüsimine SOM-i ravimiosakonnast TA-sse.²⁹
- Anda meditsiinilise kiirgusega seotud protseduuride eeskirjade ettevalmistamise vastutus üle Keskkonnaameti Kiirgusosakonnale.³⁰

Valdkondlik teadus- ja arendustegevus ja TAI

- Haridus- ja Teadusministeerium (HTM) on seisukohal, et Eestis peaks olema enam valdkondlikku rakenduslikku teadus- ja arendustegevust selgete ülesandepüstitustega valdkondlike ministeeriumide poolt. Samas rõhutab HTM ka, et kui valdkondlik ministeerium peaks otsustama tema haldusalast teadus- ja arendustegevuse liitmise mõne ülikooliga, peab olema eelnevalt selgelt kokku lepitud ja reguleeritud teiste, ka piiripealsete, riiklike funktsioonide jätkamise küsimus.³¹ Valdkondliku teadus-arendustegevuse viimisel ministeeriumi haldusalast HTM-i haldusalas tegutseva(te)sse asutus(te)sse tekib küsimus valdkondliku teadus-arendustegevuse sügavalt rakendusliku ja regulaarse iseloomu ning vahetu seotusega riiklike ülesannete täitmisel. Ülikoolid on olemuselt akadeemilist vabadust kandvad institutsioonid ning põhimõtteliselt on võimalik, et ülikool ja sealsed teadlased võivad keelduda konkreetsest riigi teadus- ja arendustegevuse “tellimusest”,

²⁸ Praegune RO põhimääruse p 2.2.17. näeb ette järgmist: “koordineerib vereteenistuse kui elutähtsa teenuse toimepidevuse tagamist, nõustab teenuse osutajaid ning esitab ülevaateid teenuse toimepidevuse korralduse seisust Siseministeeriumile”. Tegemist on rakendusliku funktsiooniga, mis peaks kuuluma rakendustasandile.

²⁹ RO põhimääruse p 2.2.16. näeb ette: “korraldab immunohematoloogiliste uuringute referentlabori teenuste osutamist, sh valmistab ette vastava lepingu sõlmimise verekeskusega ja analüüsib teenuse osutamist”. Tegemist on rakendusliku funktsiooniga, mis peaks kuuluma rakendustasandile

³⁰ Keskkonnaameti Kiirgusosakonna põhimäärus, p 2.1.2.: “osaleb vajadusel kiirgusohutusosalases õigusloomes”; p. 2.2.4.: “annab välja juhendmaterjale kiirgustegevusloa omaja nõustamiseks, et tagada kiirgusseaduse nõuete täitmine hea praktika õigete võtete, protseduuride ja muude meetmete rakendamisega.”

http://www.keskkonnaamet.ee/public/documents/Pohimaarused/kiirgus_PM_2010.pdf

³¹ Intervjuu HTM-i esindajatega.

kui see ei tundu neile teaduslikult huvipakkuv või näib rutiinne või triviaalne.

- Tervisevaldkonna teadus-arendustegevus peab toetama rohkem poliitikate ja strateegiate ettevalmistamist ja mõjude hindamist. Selleks tuleks oluliselt tugevdada SOM-i rolli teadus-arendustegevuse suunamisel ja ülesannete püstitamisel.
- TAI kõige nõrgemini esindatud funktsioon praegusel ajal on üks nende põhimääruses nimetatud tegevusvaldkond, mis puudutab poliitikate hindamist ja nõustamist. Seni on TAI seda ülesannet täitnud piiratud ulatuses ning katnud vaid HIV ja narkoprogrammide poliitika ning elluviimise hindamist. Programmide loetelu on küll laienemas uute valdkondadega nagu toitumine ja alkoholi temaatika, kuid poliitikate hindamine ja nõustamine ei ole TAI-s kujunenud põhikompetentsiks. Ettepanek on olemasolev analüütiline ja arendusvõimekus arendada asutuse tugevuseks ja konkurentsivõimeliseks ka rahvusvahelises mõõtmes, ning rakendada see tööle Eesti tervisepoliitika toetamiseks. See ettepanek saab realiseeruda ainult juhul, kui SOM asub tellija rolli ning püstitab ülesandeid poliitika kujundamise toetamiseks ja mõjude hindamiseks. Funktsiooni ei ole võimalik täita altpoolt tuleva initsiatiivina, vaid lähtuma eelkõige riiklikest prioriteetidest ja poliitikate kujundamise vajadusest.

Tervisekaitse ja järelevalve

- Anda ministeeriumitevahelise rahvatervise eriolukordade koordineerimise volitus TA-le (eeldusel, et SOM ei pea vajalikuks antud pädevuse ja vastutuse olemasolu ministeeriumi tasandil).
- Kaaluda SKA hoolekandetasutuste järelevalvefunktsiooni integreerimist TA järelevalve struktuuri, kuna hoolekandeteenuste infrastruktuuril ja iseloomul on sarnaseid jooni tervishoiuteenustega.
- Ühtse infotehnoloogilise keskkonna väljatöötamine ja juurutamine tervisevaldkonna, sh ravimid, järelevalve seireks ning järelevalve kvaliteedi tõusuks, samuti võiks hinnata ühtse laboriinfosüsteemi (LIMS) loomist ning rakendamist.
- Kaaluda tubaka- ja alkoholireklaami järelevalve toomist TA pädevusse seoses võimalike tervise- ja majanduslike huvide konfliktiga ning vähese prioriteetsusega terviseriskide järelevalve osas teiste ministeeriumite vastutusalas.

5.2 Võimalikud organisatsioonid ja vastutusvaldkonnad

Siinse raporti eelnevates alalõikudes on esitatud ekspertide ettepanekud tervise valdkonna funktsioonide arendamiseks või ülesannete ümberpaigutamiseks. Nimetatud muutusi soovitades ei näe eksperdid otsest vajadust sisufunktsioonide asutuste struktuuri muutmiseks. Samas ei välista eksperdid võimalikke muutusi juhul, kui tellija näeb selleks vajadust näiteks riigivalitsemise üldstrateegiast tulenevalt. Otsest ja käegakatsutavat ressursisäästu sinne analüüs sisuasutuste liitmisel ei tuvastanud. Küll aga toob analüüs esile vajaduses olulisteks ja kiireteks muutusteks tervise ning tervishoiuga seonduva digitaalvõimekuse ja infojuhtimisega seotud funktsioonide osas. Kuna tegemist on kõiki nn sisuvaldkondi/struktuuriüksusi puudutavaga, on just nende funktsioonide efektiivne toimimine oluline kogu tervise valdkonna tõhusamaks toimimiseks.

Hanke üpris piiratud mahu tõttu on sinne analüüs ette nähtud keskendumata tervise valdkonnale, koos mõningase põgusa sidusvaldkondade kokkupuutepunktide kaardistamisega. Selle kaardistuse tulemuseks on soovitus kaaluda infojuhtimise, analüütika ja infosüsteemide haldusega seotud funktsionaalsete ja struktuursete muutuste rakendamist kogu SOM-i haldusala kontekstis tervikuna. Alljärgnevalt on ekspertgrupp välja pakkunud rea võimalikke struktuursete muutusi, mis eeltoodust tulenevalt keskenduvad peamiselt info juhtimise, analüütika ja infosüsteemide haldusele, kuid puudub ka teoreetilisi võimalusi sisuasutuste struktuurseteks muutusteks. Tellija ei soovinud variantide interaktiivset analüüsi töörühma kokkusaamisel. Seetõttu on variantide läbitöötamisel lähtunud tellija kirjalikust tagasisidest ning otsestest konsultatsioonidest tellijapoolse töörühma mõnede esindajatega. Kõikide allpool pakutud variantide puhul on taustaks eelmises alalõigus 5.1 pakutud ettepanekud. Skemaatiliselt on variandid koos kirjeldustega toodud raporti Lisas 4.

Variant 1

TA, RA ja TAI jätkavad iseseisvate üksustena tänaste sisufunktsioonide täitmist olemasolevates juriidilistes vormides, rakendades samal ajal peatükis 5.1 pakutud funktsionaalseid muudatusi ja arendusi. Lisaks luuakse eraldiseisv hallatav riigiasutus, kuhu koondub kogu SOM-i haldusala infojuhtimise, analüütika ja infosüsteemide haldus (IT-taristu-, infosüsteemide-, infohõive- ja standardite haldus) koos vastavate funktsioonidega³². Uude asutusse koondatakse kõik tänased ETSA ja SOM-i DAO ja IKTO funktsioonid, samuti RA-i IT tegevused. Tõsiselt peaks kaaluma ka TAI andmehõive ja infoanalüüsi ning IT taristu funktsioonide liitmist, mööndusega lisauuringute vajadusele ületoodavate funktsioonide täpse sisu ja mahu osas. Uus keskus hakkab hallatava riigiasutusena teenindama kõiki SOM-i ja SOM-i haldusala rakendustasandi asutuste IT vajadusi, tehes digitaalvõimekuse planeerimisel ja arendamisel sisuasutustega tihedat koostööd. ETSA likvideeritakse.

Võimalused ja tugevused

- Tekib selgepiiriliste funktsioonide juhtimisega ja vastutusega digitaalvõimekuse arendamise keskus.
- Võimalus ressursisäästuks ja kulutõhususeks, ühildades IT funktsioonidega tegelevad ressursid ja kompetentsid tervisevaldkonnas, sotsiaal- ja töövaldkonnas.
- Tasakaalustatus IT teenuse ja toe kättesaadavusel SOM-i haldusala asutuste vahel, mis tähendab, et suurenenud erialane võimekus on võrdselt kättesaadav kõigile SOM-i haldusala asutustele.
- Tekib terviklik info juhtimise ja IT lahenduste arendamise võimekus.

Ohud ja nõrkused

- Praegune riigivalitsemise strateegia ei toeta uute eraldiseisvate üksuste loomist.
- SOM-i haldusala rakendustasandi asutuste arv ei vähene.
- IT-toe käepärasuse vähenemine sisuasutuste seisukohalt.
- Digitaalvõimekuse arendamiseks on vajalik välja töötada toimiv ja tõhus koostöömudel sisuasutustega.

³² Võimaliku nimetusega Tervishoiu ja Sotsiaalhoolekande Info-ja E-teenuste Keskus.

- Operatiivteenuse kasutamisele lisandub asjaajamise maht, teenuste kättesaamise aeg võib pikeneda.

Variant 2

TA, RA ja TAI jätkavad iseseisvate üksustena seniste sisufunktsioonide täitmist olemasolevates juriidilistes vormides, rakendades samal ajal peatükis 5.1 pakutud funktsionaalseid muudatusi ja arendusi. Kogu SOM-i haldusala info juhtimise, analüütika ja infosüsteemide haldus (IT-taristu-, infosüsteemide-, infohõive- ja standardite haldus) koos vastavate funktsioonidega koondatakse TAI-sse ja luuakse Variant 1-ga samalaadne keskus, tuues sinna kõik tänased ETSA ja SOM-i DAO ja IKTO funktsioonid, samuti RA-i IT alased tegevused. Uus Keskus TAI struktuuris hakkab teenindama kõiki SOM-i ja SOM-i haldusala rakendustasandi asutuste IT vajadusi, tehes digitaalvõimekuse planeerimisel ja arendamisel sisuasutustega tihedat koostööd. ETSA likvideeritakse.

Võimalused ja tugevused

- Tekib selgepiiriliste funktsioonide juhtimisega ja vastutusega digitaalvõimekuse arendamise keskus.
- Tekib terviklik info juhtimise ja IT lahenduste arendamise võimekus.
- Võimalus ressursisäästule ja kulutõhususele, ühildades IT funktsioonidega tegelevad ressursid ja kompetentsid tervisevaldkonnas, sotsiaal- ja töövaldkonnas.
- Hallates keskselt koondunud informatsioonisüsteemi ja informatsiooni ning tuues TAI-sse lisakompetentsi, tugevneb TAI võimekus tervisevaldkonna analüüsijana, hindajana ja arendajana.
- Võimalus ressursisäästuks ja kulutõhususeks.
- Väheneb SOM-i haldusala asutuste arv.

Ohud ja nõrkused

- Paiknemine TAI struktuuris võib SOM-i haldusala asutustele kaasa tuua IT teenuse ja -toe ebavõrdset kättesaadavust.
- IT-toe käepärasuse vähenemine sisuasutuste seisukohalt.
- Digitaalvõimekuse arendamiseks on vajalik välja töötada toimiv ja tõhus koostöömudel sisuasutustega.
- Operatiivteenuse kättesaamiseks lisandub asjaajamise maht, teenuste kättesaamise aeg võib pikeneda.

Variant 3

TA, RA ja TAI jätkavad iseseisvate üksustena seniste sisufunktsioonide täitmist olemasolevates juriidilistes vormides, rakendades samal ajal peatükis 5.1 pakutud funktsionaalseid muudatusi ja arendusi. Kogu SOM-i haldusala info juhtimise, analüütika ja infosüsteemide haldus (IT-taristu-, infosüsteemide-, infohõive- ja standardite haldus) koos vastavate funktsioonidega koondatakse SOM-i ja luuakse Variant 1-ga samalaadne keskus, tuues sinna tänased ETSA-s olevad funktsioonid ning samuti RA-i IT tegevused. TAI-s säiliva või edasi arendatava infoanalüüsi ja andmehõive funktsioonide mahu osas on vajalik täiendav uuring. Võimalik, et TAI põhivastutuseks kujuneks tervisevaldkonna andmehõive ja info analüüs ning statistika, ning SOM-is paikneva tervisevaldkonna info juhtimise keskuse põhiülesanded oleks tervise ja tervishoiu valdkonna IT teenuste arendus (äriarendus),

IT projektijuhtimine ning taristu teenus, kõrvalfunktsioonideks andmehõive korralduses kaasalöömine ning info analüüs ja statistika. ETSA likvideeritakse. Variandi rakendamisel on dubleerimise vältimiseks ja efektiivsuse saavutamiseks vajalik põhjalik võrdlev SOM-i ja TAI vastavate tegevuste kaardistamine ning vastuste võimalikult optimaalne jaotus.

Võimalused ja tugevused

- Tekib selgepiiriliste funktsioonide juhtimisega ja vastutusega digitaalvõimekuse arendamise keskus.
- Võimalus ressursisäästuks ja kulutõhususeks, ühildades IT funktsioonidega tegelevad ressursid ja kompetentsid tervisevaldkonnas, sotsiaal- ja töövaldkonnas.
- Väheneb SOM-i haldusala asutuste arv.

Ohud ja nõrkused

- SOM-ile lisatakse rakendusliku sisuga funktsioone, mis ei ole kooskõlas SOM-i efektiivse riigivalitsemise põhimõtetega.
- Digitaalvõimekuse arendamiseks on vajalik välja töötada toimiv ja tõhus koostöömudel sisuasutustega.
- Operatiivteenuse kättesaamiseks lisandub asjaajamise maht, teenuste kättesaamise aeg võib pikeneda.

Variant 4

TA ja RA ühendatakse uueks ametiks koos tänaste sisufunktsioonide üleviimisega. Lisaks koondatakse uude asutusse kogu info juhtimise, analüütika ja infosüsteemide haldus (IT-taristu, infosüsteemide, infohõive ja standardite haldus) koos vastavate funktsioonidega TAI-st (sh registrite arendus ja haldamine, statistika). Viimase osas on vaja siiski täiendavaid uuringuid, millised funktsioonid ja millises ulatuses peaksid TAI-s säilima. Muutuste tulemusena tekib SOM-i ja haldusala IT juhtimise keskus. Uude asutusse koondatakse kõik tänased ETSA-s, SOM-i DAO ja IKTO funktsioonid, samuti RA-i IT tegevused. ETSA likvideeritakse.

Võimalused ja tugevused

- Tekib selgepiiriliste funktsioonide ja juhtimisega digitaalvõimekuse arendamise keskus.
- Võimalus ressursisäästuks ja kulutõhususeks, ühildades IT funktsioonidega tegelevad ressursid ja kompetentsid tervisevaldkonnas, sotsiaal- ja töövaldkonnas.
- SOM-i haldusala asutuste arv väheneb kahe asutuse võrra.

Ohud ja nõrkused

- Paiknemine TAI struktuuris võib SOM-i haldusala asutustele kaasa tuua IT teenuse ja -toe ebavõrdse kättesaadavuse.
- IT-toe käepärasuse vähenemine sisuasutuste seisukohalt.
- Digitaalvõimekuse arendamiseks on vajalik välja töötada toimiv ja tõhus koostöömudel sisuasutustega.
- TA ja RA geograafilisest paiknemisest tulenevalt jääb sünergia saavutamata ning loodetavat kulutõhususe kasvu ühendamisega ei kaasne.

- TA ja RA sihtrühmad on väga erinevad ja võimlik, et tippjuhi taustast tulenevalt võib uue asutuse rõhuasetus olla kaldu kas ühele või teisele poole, ning uue tegevuse kvaliteet ja/või võimekus võib kahjustatud saada (sh rahvusvaheliselt).
- Organisatsiooni kasvades kasvab administratiiv- ja juhtimiskoormus.
- Väljakutseks saab asutuste kultuuriline kokkusobivus.

Antud stsenaariumi ühe variandina võib vaadelda võimalust, et RA ja TA ühendamisel jäävad loodavasse ühendasutusse järelevalvega seotud funktsioonid ning tänased TA muud funktsioonid, mis on seotud rahvatervise ning epidemioloogiaga, viiakse üle TAI-sse. Eelkõige võib silmas pidada TAI-s nakkushaiguste ja mittenakkuslike haiguste epidemioloogia koondamist ning tegelemist terviseriskidega ja populatsiooni terviseuuringute ning interventsiooniga.

Võimalused ja tugevused

- Koonduvad tervishoiu ja ravimite valdkonna korraldamine ja järelevalve ning rahvatervise arendamise funktsioonid.
- Tekib selgepiiriliste funktsioonide ja juhtimisega digitaalvõimekuse arendamise keskus.
- Võimalus ressursisäästuks ja kulutõhususeks, ühildades IT funktsioonidega tegelevad ressursid ja kompetentsid tervisevaldkonnas, sotsiaal- ja töövaldkonnas.
- SOM-i haldusala asutuste arv väheneb kahe asutuse võrra.

Ohud ja nõrkused

- Paiknemine TAI struktuuris võib SOM-i haldusala asutustele kaasa tuua IT teenuse ja -toe ebavõrdse kättesaadavuse.
- IT-toe käepärasuse vähenemine sisuasutuste seisukohalt.
- Digitaalvõimekuse arendamiseks on vajalik välja töötada toimiv ja tõhus koostöömudel sisuasutustega.
- TA ja RA geograafilisest paiknemisest tulenevalt jääb sünergia saavutamata ning loodetavat kulutõhususe kasvu ühendamisega ei kaasne.
- TA ja RA sihtrühmad on väga erinevad ja võimlik, et tippjuhi taustast tulenevalt võib uue asutuse rõhuasetus olla kaldu kas ühele või teisele poole, ning uue tegevuse kvaliteet ja/või võimekus võib kahjustatud saada (sh rahvusvaheliselt).
- Nakkushaiguste epidemioloogia valdkonnal on üleriigiliselt väljakujunenud võrgustik ning selle üleviimine TAI alla on komplitseeritud, nõrgendades praeguste TA piirkondlike asutuste võimekust.
- Eeldab mikrobioloogia ja viroloogia laborite üleviimist TAI-sse või teenuse ostmist, sama puudutab piirkondlikke laboreid.
- Organisatsiooni kasvades kasvab administratiiv- ja juhtimiskoormus.
- Väljakutseks saab asutuste kultuuriline kokkusobivus.

Variant 5

Ühendasutus, mille puhul ühendatakse kõik neli tänast SOM-i rakendustasandi asutust. Funktsionaalselt tähendaks see tänaste RA, TA ja TAI vastutusvaldkondade ja võimekuste koondamist ühtse organisatoorse katuse alla, millele lisanduks

digitaalvõimekuse ja infotehnoloogia koondumine vastavalt Variandi 4 plaanile. VV seaduse loogika kohaselt peaks uus asutus toimima ametina.

Võimalused ja tugevused

- SOM-i haldusala asutuste arv väheneb 3 võrra ning tekkitab üks rakendusüksus, kuhu tervisevaldkond on koondunud.
- Prioriteetide juhtimine on ühisasutuses lihtsam kui juhtida prioriteete kooskõllaliselt mitme asutuse vahel.
- Tekib selgepiiriliste funktsioonide ja juhtimisega digitaalvõimekuse arendamise keskus.

Ohud ja nõrkused

- Organisatsiooni kasvades kasvab administratiiv- ja juhtimiskoormus.
- Väljakutseks saab asutuste kultuuriline kokkusobivus.
- Liitmisprotsessis kaotatakse võtmekompetentse.
- Paiknemine TAI struktuuris võib SOM-i haldusala asutustele kaasa tuua IT teenuse ja -toe ebavõrdse kättesaadavuse.
- TA ja RA sihtrühmad on väga erinevad ja võimlik, et tippjuhi taustast tulenevalt võib uue asutuse rõhuasetus olla kaldu kas ühele või teisele poole, ning uue tegevuse kvaliteet ja/või võimekus võib kahjustatud saada (sh rahvusvaheliselt).
- Asutuste ühendamisel ei saavutata loodetavat kulutõhususe kasvu ning valdkondade sisuline arendamine saab vähem tähelepanu.
- Tuleb selgitada, kuidas on kooskõllas ameti õiguslik vorm ning rakenduslik teadus- ja arendustegevus. Võib tekkida vajadus teadus-arendustegevuse üleviimiseks SOM-i haldusalast ülikooli(desse).

5.3 Võimalik ressursisääst

Nagu alalõigus 1.1 mainitud, on Eesti tervishoid globaalsel skaalal üks kulutõhusamaid ning edasine kulutõhususe kasv saab toimuda üksnes innovatiivsete tehnoloogiliste ja ärimudelite lahenduste rakendamise kaudu. Teisalt on vaadeldavate tervisevaldkonna rakendusasutuste (TA, RA ja TAI) 2016. a eelarvete summaarne kulu ca 63 milj €, millest omakorda ca 40 milj € moodustab TA eelarve kulu tervishoiuteenustele, sh kiirabi teenus, ning TAI eelarves on ca 7 milj € ennetustegevuste otsene kulu. Seega on vaadeldavate asutuste enda tegevuskulud aastas kokku mitte üle 15–16 miljoni euro, ehk alla 1,5% tervishoiu kogukulust. Arvestades, et analüüs ei tuvastanud süsteemis märkimisväärsed funktsioonide kattuvusi, on tõenäoline, et sisuvaldkondade struktuuride piiride nihutamine ei pruugi anda olulist kulutõhususe kasvu. Pigem on olukord vastupidine – struktuurimuutuste elluviimine nõuab olulist ressursikulu, mida võiks alternatiivselt kasutada sisutegevustes, eriti tervishoiu teenuse korraldamises, innovatiivsete lahenduste arendamiseks ning rakendamiseks. Näitena tasub siinkohal veelkord mainida raportis eespool kirjeldatud Taani valitsuse katset ilma põhjaliku analüüsita reageerida ulatuslike struktuursete muudatustega 2008. aasta majanduskriisist tulenenud finantsprobleemidele.

Kõigi eelpool vaadeldud juhtimise ümberkorralduse stsenaariumide puhul on ühisosa, mis puudutab ETSA kui iseseisva organisatsiooni säilimist. ETSA likvideerimisega vabanevad asutuse administreerimise ja juhtimisega seotud rahalised vahendid

suurusjärgus 100 000 eurot.³³ Teisalt ei kao vajadus täna ETSA poolt täidetavate funktsioonide ja võimekuse järele, need viiakse üle uude struktuuri vastavalt rakendatavale ümberkorraldusele. Reorganiseerimisprotsess ise nõuab alati lisaressursse ning ekspertide pakutud digitaalvõimekuse ja info juhtimise valdkonna ümberkorralduse primaarseks eesmärgiks ei ole rahaline sääst. Pigem on ümberkorralduste oodatav tulemus sisuline võimekuse kasv ja kvaliteetsem teenus. Seetõttu on raske oletada, et ETSA likvideerimise ja funktsioonide ümbertöstmise tulemusena on võimalik säästa kogu administreerimiskulu ja juhtorganite tasu. Optimistlikult võib eeldada, et kogu nimetatud kulust on võimalik säästa 30%, mis 2015. aasta eelarve põhjal võib olla ligi 35 000 eurot.

Infrastruktuuri ja majandamise kulud. Praegu asuvad kõik asutused eraldi aadressidel, asutuste liitmine ja nende füüsilise paiknemise muutmine võimaldaks aga ressursi säästlikumat kasutamist. Uue TA hoone valmimisega võiks teoreetiliselt olla võimalik planeerida teatud manööverdusi, kuid need on ilmselt piiratud, kuna uus TA hoone on tõenäoliselt juba planeeritud optimaalselt katma praegusi vajadusi, ning võib arvata, et hoonesse ei ole ette nähtud vaba ressursi. Täpsema hinnangu andmiseks tuleks detailselt analüüsida uue hoone planeeringut, kuid selline tegevus jääb antud analüüsi pädevusest ja võimalustest välja.

Tugiteenused ja seonduvad kulud. Nagu eelpool mainitud, on riigiasutuste süsteemis juba toimunud tugiteenuste oluline konsolideerimine. Seega on küsitav olulise täiendava kulutõhususe saavutamine teenuste edasise tsentraliseerimise varal. Ka on raske hinnata asutuste liitmise mõju asutustesisesete tugiteenustega hõlmatud töökohtade osas. Tõenäoliselt jääb vähendatavate ametikohtade arv üpris piiratuks, sest praegu puudub ekspertidel alus väita, et asutused oma praeguses vormis toimivad ebaefektiivselt.

Põhitegevuste kulud. Analüüs tuvastas väheolulisi dubleerimisi sisutegevustes ja mitte märkimisväärseid võimalusi ressursside efektiivistamiseks. Teatud kokkuhoid oleks võimalik SOM-i tasandil, delegeerides ravimite valdkonna tegevusi EHK-le ja TA-le. Teisalt tuleb ka nende ümberkorralduste puhul arvestada, et nimetatud tegevused peavad jätkuma ka uues olukorras ning pole mingit alust väita, et EHK-l ja TA-l on kasutamata ressursi ülesannete ülevõtmiseks ilma rahalise ja inimressursi lisamiseta. Sisutegevuste osas laiemalt on pigem probleem mõningate funktsioonide kaetuse ulatus ning seega võib nende optimaalseks täitmiseks olla vaja hoopis võimekuse suurendamist ja seega ka rahalise ressursi lisamist, või tuleks prioriteetide ümberhindamisel olemasolevad ressursid katmata funktsioonide laiendamiseks ümber suunata.

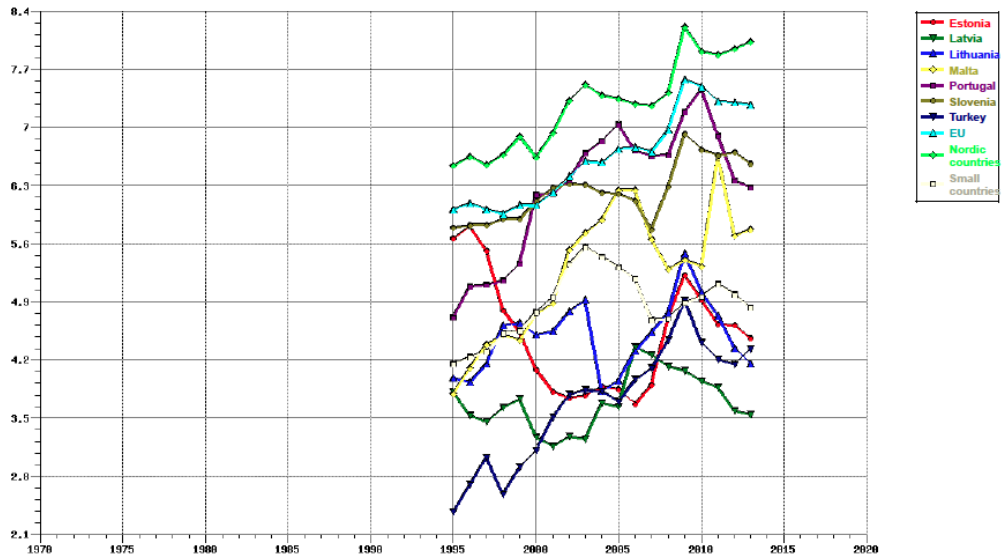
Kokkuvõttes peab nentima, et ekspertide hinnangul on vähetõenäoline saavutada märkimisväärset ressursisäästu tervisevaldkonna rakendusasutuste struktuursete ümberkorraldamistega. Pigem tuleks pakutud ümberkorralduste üle otsustamisel lähtuda võimalikust võimekuse kasvust ning ümberkorraldustega kaasnevatest ohtudest ja riskidest. Tervisevaldkonna põhikulu on seotud tervishoiuteenuse osutamisega ning valdkondlik kulutõhususe kasv saab tulla eelduslikult vaid innovatiivsete tehnoloogiate ja teenuseosutamise mudelite rakendamisest. Õigemini

³³ <https://saldo.fin.ee/saldo/reportManagement.longprofit.report.action?partnerId=2284&periodId=116> põhjal oli ETSA 2015. a summaarne tegevuskulu ligi 3,5 milj €, millest nõukogu ja juhatuse liikmete tasu oli ligi 69 000 € ning administreerimiskulud ligi 34 500 €.

võib väita, et arvestades juba käimasolevaid demograafilisi muutusi, on uuenduslike tehnoloogiliste lahenduste ja teenuseosutajate motivatsioonimudelite rakendamine peamiseks võimaluseks leevendamaks tervishoiuga seotud kulude oodatavat kasvu.

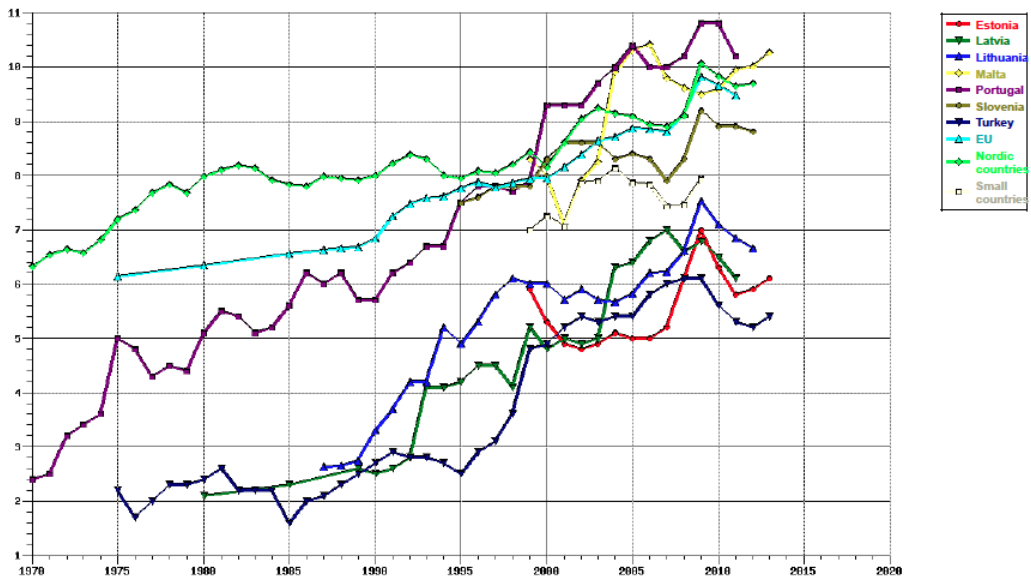
Lisa 1 Kulutused tervishoiule võrreldes SKT-ga

Public-sector expenditure on health as % of GDP, WHO estimates



Source: WHO/Europe, European HFA Database, December 2015

Total health expenditure as % of GDP



Source: WHO/Europe, European HFA Database, December 2015

Lisa 2 Tervisevaldkonna rakendustasandi asutuste juriidiliste vormide analüüs

Valitsusasutus – riigi eelarvest finantseeritavad asutused, millele seadusega või seaduse alusel antud põhiülesandeks on täidesaatva riigivõimu teostamine.

Valitsusasutused on ametiasutused “Avaliku teenistuse seaduse” § 6 tähenduses.

Amet³⁴ – valitsusasutuse liik: Terviseamet, Ravimiamet.

Hallatavad riigiasutused³⁵ – põhiülesanne ei ole täidesaatva riigivõimu teostamine, teenindatakse valitsusasutusi või täidetakse teisi riiklikke ülesandeid kultuuri, hariduse, sotsiaal- või muus valdkonnas. Seaduse alusel võivad valitsusasutuste hallatavad riigiasutused teostada täidesaatvat riigivõimu.

Avalik-õiguslik juriidiline isik – riik, kohaliku omavalitsuse üksus ja muu juriidiline isik, mis on loodud avalikes huvides ja selle juriidilise isiku kohta käiva seaduse alusel.³⁶

Sihtasutus³⁷ – eraõiguslik juriidiline isik, millel ei ole liikmeid ning mis valitseb ja kasutab oma vara põhikirjalistel eesmärkidel. Sihtasutus võib kasutada oma tulusid üksnes põhikirjaliste eesmärkide saavutamiseks.

³⁴ VV seadus § 39 (3), <https://www.riigiteataja.ee/akt/111062013007>

³⁵ VV seadus § 43 (1), (3), <https://www.riigiteataja.ee/akt/111062013007>

³⁶ Tsiviilseadustiku üldosa seadus § 25 (2), <https://www.riigiteataja.ee/akt/687028?leiaKehtiv>

³⁷ Sihtasutuste seadus § 1, <https://www.riigiteataja.ee/akt/834163?leiaKehtiv>

Sihtasutus (ETSA)	
Eelised	Puudused
Eraõiguslik olemus annab suurema paindlikkuse, mis on lubatud (juhtimises, palgapoliitikas, hangetel).	Juhtimine komplitseeritum: riigi eesmärkide/poliitika rakendamiseks on vaja kaudseid meetodeid (selgitamine, veenmine või sihtfinantseerimisega kaasnevad selged ülesanded).
Olemus lubab suuremat innovaativisust.	
Võimalus kaasata juhtimisse huvigruppe.	
Puudub vahel riigiasutustele (eriti ministeeriumile) omistatav poliitiline stigma.	
Distants poliitilisest juhtimisest annab võimaluse edastada/ellu viia vahel ka poliitiliselt mitte kõige populaarsemaid sõnumeid/tegevusi/otsuseid.	
Sihtasutuse vorm võimaldab stabiilsemalt ellu viia pikaajalisi arendusprojekte, mis võivad valitsuste vahetusel muutuda.	

Hallatav riigiasutus (teadus-arendusasutus TAI)	
Eelised	Puudused
Ametiga võrreldes suurem vabadus ja paindlikkus, mis on tulemusliku teadus- ja innovaativategevuse eelduseks.	Suurem sõltumatus raskendab otsesest riigi poliitikate elluviimist.
Teadusasutuse maine ja distants poliitilisest juhtimisest võib anda avalikkuse silmis edastatavatele sõnumitele suurema usaldusväarsuse.	
Teadus-arendusasutuse staatus võimaldab kaasata rahastamist TA-le suunatud allikatest.	

Avalik-õiguslik juriidiline isik (EHK)	
Eelised	Puudused
Distantis poliitilisest juhtimisest annab võimaluse edastada/ellu viia vahel ka poliitiliselt mitte kõige populaarsemaid sõnumeid/tegevusi/otsuseid.	Juhtimine komplitseeritum: riigi eesmärkide/poliitika rakendamiseks on vaja kaudseid meetodeid (selgitamine, veenmine või selged sihtfinantseerimisega kaasnevad ülesanded).
Võimalus kaasata juhtimisse huvigruppe.	Kuigi on võimalus kasutada SOM-i nõukogu esimehe staatusega kaasnevat vetoõigust, võib sellega kaasneda probleeme avalikkuse ja meediaga.
Riigiasutustele (eriti ministeeriumile) omistatav poliitiline stigma on väiksem.	

Amet (TA, RA)	
Eelised	Puudused
Riigiasutuse staatus tagab otsese käsuliini riigi tahte elluviimisel.	Väiksem paindlikkus juhtimises ja opereerimises.

Tabel: Juriidiliste vormide võrdlev analüüs

	Riigiamet	Muu riigiasutus – valitsuse asutatud teadus- ja arendusasutus	Avalik-õiguslik juriidiline isik	Sihtasutus
Rakendatav õigus	Avalik õigus	Avalik õigus	Avalik õigus	Eraõigus
Asutaja	Riigikogu	Valitsus	Riigikogu	Asutajad
Moodustamine, ümberkorraldamine, lõpetamine	Riigikogu	Valitus SOM-i ettepanekul	Riigikogu	Asutajad, kuid sihtotstarvet ei saa muuta
Finantseerimise allikad	Riigieelarve, teenustest teenitav tulu	Riigieelarve (sihtfinantseerimine: riiklikud teadus- ja arendusprogrammid, uurimis- ja arendustoetused), sihtannetused, majandustegevusest saadud tulu jm.	Riigieelarve, annetused, sissenõuded, muud seaduse ja põhikirjaga lubatud tehingud.	Riigieelarve, asutajad, muud allikad.
Aruandekohustus	SOM	Seaduses ettenähtud korras vastavalt rahastusallikale	EHK nõukogu, VV	Nõukogu, sihtrahastuse aruandlus
Haldusaktide ja valitsemise pädevus	VV määruse või korralduse või ministri määruse või käskkirja alusel teenistusalane käskkiri.	Kokkulepete või SOM-i õigusaktide kaudu.	EHK seaduse § 12 sätestatud ulatuses EHK nõukogu: otsused.	Regulatsioonide kehtestamise pädevus puudub.

Juhtimine ja valitsemine	SOM	SOM-i kinnitatud ja TAI direktori esitatud teadusnõukogu	EHK nõukogu, SOM ja valitsus	Kõrgeim valitsemisorgan nõukogu
Riigile oluliste ülesannete elluviimine ja mõjutamine 5 palli skaalas (5 – tugevaim)	4 Aruandlus ja kontroll SOM-i poolt	2 Kaudne, peamiselt läbi sihtrahastuse	3 Läbi EHK nõukogu, SOM-il vetoõigus	1 Kokkulepped asutajate vahel, sihtrahastuse aruandlus

Lisa 3 Ravimiameti ja Terviseameti järelevalve tegevuste võrdlus

	Terviseamet	Ravimiamet
Järelevalve planeerimise põhimõtted	<ul style="list-style-type: none"> • Poliitikatest ja VV programmidest (nt THT järelevalve tõhustamisel võetakse aluseks peremeditsiini ja kiirabi teenuse järelevalve indikaatorid). • Õigusaktid on aluseks (nt järelevalve sageduse nõue tuleneb sealt). • Seire, teiste organisatsioonide auditid (EHK, rahvusvahelised organisatsioonid, muud uuringud) valdkonniti. • Kaebused ja muu tagasiside, muuhulgas meediakajastused. • Arvestades eelöeldut tehakse ohu prognoos (riskianalüüs), sealt tulenevad prioriteedid ja tasemed (sagedus). • Koostatakse aastane järelevalveplaan, mida arutatakse koos siduspartneritega ja SOM-iga. • Ideoloogiliselt peaks järelevalve olema proaktiivne, toimuma seire alusel ning olema suunatud süsteemsete lahenduste leidmiseks (normatiivse regulatsiooni arenduse abil muuta valdkonna toimimist, töötatakse välja uusi juhendeid). 	<ul style="list-style-type: none"> • Lähtutakse arengustrateegiast ja õigusaktidest, planeerimisel ja korraldamisel RA tööjuhenditest (RA riskipõhise järelevalve põhimõtted, laborianalüüsi planeerimise põhimõtted, inspeksiooni üldnõuded, lisaks valdkonnaspetsiifilised inspekteerimise tööjuhendid). • Inspeksioonide jt järelevalvetegevuste kavandamise aluseks on riskipõhine lähenemine. Planeerimisel on abiks RA andmebaasidest ja võrgukettalt saadav taustateave. Riskide hindamisel arvestatakse nende mõju ja esinemise tõenäosust. • Võimalikud sisendid (riskid) järelevalveks on: <ul style="list-style-type: none"> ○ isikute kaebused või sisend teistelt asutustelt ○ käitleja tavapärasest erinev tegevus (tootmise/turustamise järsk suurenemine või vähenemine, ravimite kättesaadavuse probleemid jne) ○ aruannete analüüsil leitavad tähelepanekud ja vastuolud (reklaamiaruanded, statistikaaruanded) ○ ohujuhtumid (Eestis, rahvusvahelised) ja/või nendest teavitamata jätmine, vale ravimi väljastamine vms. ○ loa esmane taotlus või loaga seonduvad

		<ul style="list-style-type: none"> muutused ○ tuvastatud mittevastavuste esinemise sagedus ja iseloom/ohtlikkus (nt varasemad suured rikkumised või pidevad väikesed rikkumised) ○ järelevalvatava organisatsiooni eripärad (nt ettevõtlusvorm, kvaliteedijuhtimissüsteem, iseseisev juriidiline isik või osa suuremast organisatsioonist vm) ○ õigusaktidest tulenevad kohustused (lubade uuendamine, sertifikaatide väljastamine). <ul style="list-style-type: none"> ● Koostatakse inspeksiooniplaanid, nähakse ette võimalused ühisinspeksioonideks.
Järelevalve teostus ja plaanide täitmine	<ul style="list-style-type: none"> ● Järelevalve korraldamisel on valdkonnad optimeeritud struktuuritasandite kaupa. ● Regionaalsed üksused tegelevad ainult keskkonna tervise järelevalvega ja nakkustõrjega, samuti teatud sihtuuringute raames. ● Osad järelevalve valdkonnad on tsentraalsed, et tagada pädevus ja töömaht: <ul style="list-style-type: none"> ○ Kemikaaliohutus ○ Ennetav järelevalve detailplaneeringute ja müra ennetuse osas ● Operatiivse töö korraldamiseks toimuvad kvartaalsed koosolekud, juhtivinspektorite töö suunamiseks. ● Kvartaalsed territoriaalsete direktorite nõupidamised. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Operatiivne igapäevane infovahetus. ● Plaani täitmist kontrollitakse kvartaalselt. ● Saadud info baasil toimub vajadusel plaani korrigeerimine.
Huvipoolte teavitamine järelevalve tulemustest	<ul style="list-style-type: none"> ● Järelevalve akti saavad kõik järelevalve all olevad objektid. ● Sihtuuringute puhul teavitatakse ette, sageli saadetakse küsimus ning tagasiside avalikustatakse. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Käitleja saab esimese kokkuvõtte inspeksiooni lõpus (sh ka vajalikud nõuanded või soovitusel) ning hiljem vormistatakse inspeksiooniakt ● Erinevad kokkuvõtted on leitavad RA kodulehel

Järelevalve sekkumismeetmed	<ul style="list-style-type: none"> • Kui olukord vajab kiiret sekkumist, teeb inspektor seda kohe. • Vähem kiireloomulises olukorras antakse aega rikkumiste kõrvaldamiseks ja selgituseks. • Hoiak pigem ennetav ja nõustav kui karistav. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sekkumine pigem ettekirjutav ja konkreetne. • Inspektorid tegelevad ka nõustamisega, kuid järelevalve hoiak on konkreetsem.
Järelevalve aruandlus	<ul style="list-style-type: none"> • Aruandlus poolaasta kaupa SOM-ile. • Kvartaalne sisemine aruandlus joogivesi (vee infosüsteem) ja NAKIS. • Kemikaaliohutuses iganädalane ülevaatus ja sisemine aruandlus. • Teatud valdkonniti erinevad sisemised perioodsused. 	<ul style="list-style-type: none"> • Järelevalve kokkuvõtted 2 korda aastas, lisaks aastaaruanne. • Asutusesisene kvartaalne plaanide täitmise jälgimine. • Poolaasta aruanded avalikustatakse RA veebis.
Järelevalve parendamise võimalused	<ul style="list-style-type: none"> • Tõhusam monitoorimise süsteem. • Andmete koondamine ühte andmebaasi, seonduvad asutused saavad sellele juurdepääsu (RA, EHK, SKA). • Seireandmete kättesaadavus ja kvaliteet vajab parandamist. • Andmete riskasutus ja andmete vahetamine, juurdepääs andmetele. • Tõhustada analüüsi ohuproгноoside kvaliteeti. • Fokuseerida järelevalvet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rõhk ennetaval teavitustööl järelevalve osana. • Proaktiivse meetmena on paljudes valdkondades KKK rubriik. • Huvipooltele korraldatakse infopäevi.

Lisa 4 Organisatsiooni variandid (lisatud Excel dokument)

Lisa 5 Tervise valdkonna asutuste laborite võrdlustabel (lisatud Excel dokument)

Lisa 6 Tervise valdkonna funktsioonide kaardistusmaatriks (lisatud Excel dokument)