



riigikontroll
National Audit Office of Estonia

Kõrgvererõhktõve kui kroonilise haigusega patsientide ravi ja jälgimine

Kas kõrgvererõhktõve patsiente on ravitud ja jälgitud nii, et nende haigus on kontrolli all?

Kokkuvõtte auditeerimise tulemustest

Kõrgvererõhktõbi on Eestis kõige sagedasem krooniline haigus ning suurima haiguskooormusega seisund, põhjustades ligi viiendiku kõigist kaotatud tervena elatud eluaastatest. Seetõttu on kõrgvererõhktõve käsitus esmatasandi tervishoius hea indikaator kogu krooniliste haigete käsitluse toimimise kohta.

Kroonilised haigused vähendavad inimeste töövõimet ja põhjustavad vältitavaid surmasid, mis tähendab riigi jaoks vähem tööjõudu, madalamat tootlikkust ja väiksemat maksutulud. Seetõttu on krooniliste haiguste tõhusam ohjamine oluline ka Eesti konkurentsivõime seisukohast.

Peamised tähelepanekud

Perearstide kvaliteedisüsteem ehk PKS on süsteem, kus hinnatakse perearsti tegevust oma nimistu krooniliste haigete jälgimisel.

Ravijärgimus näitab, kui järjekindlalt peab patsient kinni talle määratud raviplaanist.

Ravi järjepidevus tähendab, et inimese ravi on sujuv ja katkematu.

Kõrgvererõhktõve patsientide ravi ja seisundi jälgimine ei ole Eestis järjepidev, mistõttu ei toetata piisavalt tüsistuste ennetamist ega raskemate südame-veresoonkonnahaiguste riski vähendamist. Riigikontrolli analüüsi järgi saavutas ravijuhendis ette nähtud vererõhu eesmärkväärtuse 2–3 kuu jooksul vaid ligikaudu kolmandik esmashaigestunutest ning ligi kolmandikul patsientidest katkes ravi kuue kuu jooksul pärast diagnoosi saamist. Samuti ei jõua kõik patsiendid perearsti vastuvõtule ravijuhendis ette nähtud sagedusega ega järgi määratud ravi. Sageli jäävad tegemata ravijuhendi kohased uuringud ja analüüsid ning ravijärgimuse parandamiseks mõeldud nõustamist oli dokumenteeritud vaid 18%-l juhtudest.

Puudulik kõrgvererõhktõve käsitus põhjustab märkimisväärset haiguskooormust. Seetõttu peab Sotsiaalministeerium koos Tervisekassaga kujundama töökorralduse, mis toetab ravijuhendi järjepidevat järgimist, tagab kõrgvererõhktõvega patsientide jälgimisele seatud nõuete täitmise ning jaotab patsientide käsitlusega seotud ülesanded esmatasandi spetsialistide vahel senisest selgemalt.

Sotsiaalministeerium ja Tervisekassa ei ole korraldanud perearstiabi viisil, mis tagaks kõrgvererõhktõve ravijuhendi järjepideva ja ühtlase järgimise. Kuigi ravijuhendis on selgelt määratletud diagnoosimise, ravi ja nõustamise põhimõtted, puudub nende rakendamise süsteemne seire ning parendustegevused olukordades, kus juhendit ei järgita. Ravijuhendis ette nähtud uuringute-analüüside tegemine ja nõustamine erines piirkonniti ning oli mõneti parem nende perearstide puhul, kes olid perearsti kvaliteedisüsteemi (PKS) kriteeriumid täitnud.

Tervisekassa ei kasuta oma juhtimis- ja motiveerimishoobasid piisavalt, et toetada kõrgvererõhktõve ravijärgimust ja ravi järjepidevust. Puuduvad automaatsed meeldetuletus- ja seiresüsteemid, mis annaksid perearstile tervikliku ülevaate oma krooniliste patsientide seisundist ja ravimikasutusest ning teisalt toetaks patsientide ravijärgimust. Vaadeldud kuue aasta jooksul oli vaid 37%-l patsientidest kord aastas kontakt oma perearsti või -õega ning ka vastuvõtule jõudnud patsientidele ei tehtud alati kõiki vajalikke uuringuid ega nõustatud neid. Umbes pool patsientidest ei olnud ravimeid välja otnud selliselt, et neist oleks jätkunud kogu vaadeldud perioodiks. Perearsti kvaliteedisüsteemis on kokku lepitud tegevused kõrgvererõhktõve patsientide regulaarseks jälgimiseks, kuid kõik perearstid neid ei tee ning sellest ei johtu midagi.

Kõrgvererõhktõve ohjamine ei saa piirduda üksnes perearstide tegevusega, kuid Sotsiaalministeerium ei ole seni korraldanud teiste esmatasandi osapoolte nagu töötervishoiuarstide või apteekrite süsteemset kaasamist krooniliste haigete varajasse avastamisse, nõustamisse ja ravijärgimuse toetamisesse. Praegu puudub toimiv lahendus, mis võimaldaks töötervishoiuarstidel ja apteekritel edastada perearstile teavet patsiendi terviseriskide või vererõhu mõõtmise tulemuste kohta. Seetõttu ei pruugi väljaspool perearstiabi avastatud kõrgeenenud vererõhuga patsiendid jõuda perearsti jälgimisele.

Sotsiaalministeeriumi senised tegevused ei ole olnud piisavalt süsteemsed, et valmistada tervishoiusüsteemi ette krooniliste haigete kasvavaks koormuseks. Kuigi kõrgvererõhu probleemid on olnud aastaid teada, ei ole ministeerium seadnud konkreetseid eesmärgi, mõõdikuid ega tegelenud süsteemselt patsientide käsitlemise tugevdamisega esmatasandil. Haigestumise ja tüsistuste ennetusele pööratakse vähe tähelepanu, inimeste teadlikkus on vähenenud ning eluviisi muutmist toetavate teenuste kättesaadavus ja kasutus on piiratud.

Riigikontrolli peamised soovitused

Riigikontrolli soovitused sotsiaalministrile koostöös Tervisekassa juhatuse esimehga:

- Tagada, et perearstid järgivad kõrgvererõhktõve ravijuhendit, ning hinnata selle järgimist regulaarselt.
- Luua infotehnoloogilised lahendused, mis toetavad krooniliste haigete jälgimist — sh automatiseeritud meeldetuletused nii perearstidele kui ka patsientidele, kõigile osapooltele nähtav raviplaan ning ravijärgimuse seire.
- Luua lahendused perearstide, töötervishoiuarstide ja apteekrite infovahetuse parandamiseks, et tagada sujuv ravikorraldus.

Riigikontrolli soovitused sotsiaalministrile koostöös Tervisekassa juhatuse esimehga ja Tervise Arengu Instituudi direktoriga:

- Otsustada, milliste riskitegurite puhul on põhjendatud, et teenuseid pakutakse tervishoiusüsteemi kaudu, ning millistes ülesannetes oleks otstarbekas kaasata tervishoiutöötajate kõrval ka teisi spetsialiste, arvestades tervishoiusüsteemi piiratud ressursse ja vajadust vältida raviteenuste arvelt koormuse kasvu.
- Määrata kõrgvererõhktõve ja teiste südame-veresoonkonnahaiguste ennetamiseks ja ohjamiseks selged eesmärgid, mõõdikud ja vastutus, et tagada koordineeritud juhtimine ja meetmete toimivuse hindamine.

Sotsiaalminister vastas, et Eestis on ravijuhendid soovituslikud ning arst võib neist põhjendatud juhul kõrvale kalduda. Ravijuhendite järgimine on siiski oluline kvaliteedinäitaja, kuid ministeerium seda eraldi ei seira. Terviseamet hindab teenuseosutajate tegevust

juhtumipõhiselt ning kontrollib, kas diagnoosimine ja ravi on nõuetekohaselt dokumenteeritud ja vastavad tänapäeva teadmistele.

Ministri sõnul luuakse 2026. aastal Terviseportaali ja tervisejuhtimise töölauale terviseplaani funktsioon, mis koondab ravieesmärgid ja tegevused ning millele on ligipääs nii tervishoiutöötajatel kui ka patsiendil. Samuti kaalutakse digilahenduste loomist, et parandada töötervishoiuarstide ja perearstide infovahetust. Väljatöötatavate töötervishoiu arengusuundade seadmise üheks eesmärgiks on kokku leppida töötervishoiuarstide ja perearstide koostöömudel.

Tervishoiusüsteemi koormuse kahandamiseks on plaanis kaasata rohkem erinevaid spetsialiste ning arendada riskitegurite, näiteks vähese füüsilise aktiivsuse ja liigse kehakaaluga seotud terviseriskide vähendamiseks sekkumisi.

Rahvatervise arengukavas on seatud eesmärgid ja mõõdikud tasakaalustatud toitumise ja füüsilise aktiivsuse ning alkoholitarvitamise vähendamiseks. 2026. aastal rakendus uus perearstiabi rahastusmudel ning arutlusel on tulemuspõhise perearstide kvaliteedisüsteemi tugevdamine.

Tervisekassa juhatuse esimees nõustus Riigikontrolli soovitustega, sh sellega, et perearstiabi kvaliteet on ebaühtlane. 2026. aastal rakendus uus perearstiabi rahastusmudel. Samal ajal arendatakse perearstide kvaliteedisüsteemi, et liikuda tegevuspõhiselt hindamiselt ravitulemuste hindamisele, kasutades selleks ajakohastatud ravijuhendeid, otsusetuge, terviseplaani ja andmepõhist perearstide kvaliteedisüsteemi.

Kõrgvererõhktõvega patsientide paremaks jälgimiseks on arendatud keskseid digilahendusi, nagu tervisejuhtimise töölaud, terviseportaal ja otsusetugi, ning loodud alus patsientidele automaatsete teavituste ja ravimiskeemi lahenduse kasutamisele. Edasi on kavas kasutusele võtta keskne riiklik terviseplan, kuid täiendavad arendused sõltuvad prioriteetidest ja õiguslikest kokkulepetest partneritega.

Tervisekassa hinnangul ei ole südame-veresoonkonnahaiguste ennetus ja elustiiliteenused tervishoiusüsteemis veel piisavalt süsteemselt korraldatud. Tervisekassa ülesanne on eelkõige tõenduspõhiste ennetusteenuste korraldamine ja rahastamine ning liikumine riskipõhise ennetuse suunas, keskendudes suurema riskiga inimestele.

Samas vajab valdkond laiemat tervikjuhtimist, mis eeldab riiklikku koordineerimist Sotsiaalministeeriumilt ja osapoolte selget rollijaotust ning mis ei saa olla üksnes Tervisekassa vastutada.

Tervise Arengu Instituudi direktor nõustus Riigikontrolli soovitustega. Instituut arendab ja toetab esmatasandi ennetustegevusi koolituste, uute sekkumismudelite loomise ja andmepõhise seire kaudu.

Ennetussüsteemi, sh ennetusteenuste arendamine on üks Sotsiaalministeeriumi haldusala prioriteetsetest tegevussuundadest.

Rahvastiku tervise arengukava programmides on asutuste rollid üldjoontes kindlaks määratud, kuid kuna südame-veresoonkonna-haiguste ohjeks ei ole eraldi tegevuskava, puudub asutuste vahel ka ühtne koordineerimine. Juunis 2026 valmiv tervisesüsteemi toimivuse hindamise raport käsitleb üldisel tasandil muu hulgas ressursse, tulemusi jm, kuid täpsemad hindamisaruanded haiguste kohta koostatakse edaspidi.

Menetluses on Tervisekassa andmekogu ja retseptikeskuse liitmine tervise infosüsteemiga, et lihtsustada terviseandmete edastamist ja kasutamist. Samuti kavandatakse riikliku statistika seaduse muudatusi, mis võimaldavad kasutada rohkem andmeallikaid ja luua tervisestatistika programmi, et tagada tervisenäitajate süsteemne kogumine ja seire ning toetada tõenduspõhiseid juhtimisotsuseid.

Sisukord

Kõrgvererõhktõve ohjamise tähtsus ja korraldus	6
Kõrgvererõhktõve levik ja koormus tervishoiusüsteemile	6
Kõrgvererõhktõve ravi ja jälgimine perearstiabis	9
Kõrgvererõhktõve käsitus perearstiabis ei taga oodatud tulemusi	11
Ravitulemus saavutati ettenähtud aja jooksul vaid kolmandikul esmashaigestunudest	11
Patsiendi pikaajaline ravi ei ole alati järjepidev	18
Katkendlik ravi tuleneb ravi korralduse ja ravijärgimuse puudujääkidest	21
Perearsti kvaliteedisüsteem vajab edasiarendamist krooniliste haigete paremaks jälgimiseks	28
Teiste esmatasandi osapoolte roll krooniliste haigete käsitluses on alakasutatud	38
Eluviisi muutmist toetavaid teenuseid on vähe ja nende kasutus on madal	43
Sotsiaalministeerium ei ole valdkonna juhtimisel piisavalt arvestanud krooniliste haiguste kasvutrendiga	49
Riigikontrolli soovitusel ja auditeeritute vastused	56
Auditi iseloomustus	68
Riigikontrolli varasemaid auditeid kõrgvererõhktõve, krooniliste haiguste ja ennetuse valdkonnas	73
Lisa A. Eksperditöö tulemused	74
Lisa B. Ravijärgimus ja järjepidevus	78
Lisa C. Perearstide veebiküsitluse tulemused	81
Lisa D. Perearstide kvaliteedisüsteemi 2024. aasta tulemused	87
Lisa E. Ennetusteenuste statistika	89

Kõrgvererõhktõve ohjamise tähtsus ja korraldus

Kroonilised haigused ehk mittenakkushaigused on pikka aega kestvad haigused, millesse haigestutakse geneetiliste, füsioloogiliste, keskkonna ja käitumuslike tegurite koosmõju tulemusel. Krooniliste haiguste hulka kuuluvad südame-veresoonkonna haigused, vähk, diabeet ja kroonilised hingamisteede haigused.

Allikas: [Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030](#), lk 44

Teadmiseks, et

kõrge vererõhk tekib, kui süda surub verd suure jõuga läbi ahenenud veresoonte.

Püsivalt kõrge vererõhk kahjustab veresoonte seinu ja võib põhjustada raskemaid südame-veresoonkonna haigusi, nagu südamepuudulikkus, müokardiinfarkt ja insult.

Kõrgenenud vererõhku inimene sageli enne tüsistuste tekkimist ei tunne, mistõttu on kõrgvererõhktõve õigeaegne avastamine ülemaailmne väljakutse.

Allikas: [Täiskasvanute kõrgvererõhktõve patsiendijuhend](#), 2019

1. Südame-veresoonkonna haigused (SVH) on Eestis kõige rohkem halba tervist ja surmasid põhjustavad **kroonilised haigused**, tekitades märkimisväärt kahju nii inimeste tervisele kui ka majandusele.

Viimasel paarikümnel aastal on haiguste diagnoosimine ja ravi oluliselt paranenud ning seega SVH põhjustatud surmade arv vähenenud. Samas põhjustavad SVHd Eestis siiski ligi poole kogu suremusest, kui Euroopa Liidus (EL) keskmiselt aga kolmandiku. Võrreldes ELi keskmisega on Eestis SVH-suremus 100 000 inimese kohta 1,7 korda kõrgem.¹

2. Peaaegu pooltel Eesti inimestest esineb mõni krooniline haigus ning kõige sagedasem neist on kõrgvererõhktõbi. Kõrgvererõhktõbi on ühtlasi levinuim SVH ning raskemate südame-veresoonkonna haiguste peamine riskitegur. Kõrgvererõhktõve parem ohjamine – ennetus, varajane avastamine ja tõhus ravi – aitaks vähendada tervishoiukulusid ning parandada rahvastiku tervist ja riigi konkurentsivõimet.

3. Riigikontrolli auditi eesmärk oli hinnata, kas kõrgvererõhktõve diagnoosimine, ravi ja jälgimine esmatasandil on korraldatud viisil, mis toetab ravieesmärkide saavutamist ning raskemate tüsistuste vältimist. Samuti hinnati, kas Sotsiaalministeeriumil ja selle allasutustel on olemas terviklik plaan kõrgvererõhktõve ohjamiseks ja SVH-suremuse vähendamiseks.

4. Aruandes on esmalt antud ülevaade kõrgvererõhktõve levikust, mõjust rahvastiku tervisele ja sellega seotud kuludest ning perearstiabi rollist ravis ja jälgimises. Seejärel on hinnatud olukorda Eestis: ravi tulemusi, järjepidevust ja ravijärgimust ning perearsti kvaliteedisüsteemi toimimist. Edasi on analüüsitud teiste esmatasandi osapoolte – töötervishoiu ja apteekide – rolli haigete käsitluses. Lõpuks on antud ülevaade eluviisi muutmist toetavate teenuste korraldusest ning krooniliste haiguste ohjamise poliitika juhtimisest.

Kõrgvererõhktõve levik ja koormus tervishoiusüsteemile

5. Tervisekassa raviarvete põhjal on Eestis ravikindlustatud inimeste seas kõrgvererõhktõve diagnoosiga ligi 400 000 inimest. Haiguse eripära tõttu on kõrgvererõhktõbi üleilmselt sageli aladiagnoositud ja -ravitud, mistõttu on selle tegelik levik tõenäoliselt veelgi ulatuslikum. Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) hinnangul on Eestis kõrgenenud vererõhuga täiskasvanutest saanud vastava diagnoosi 56%, ravi saab 42% ja vererõhk on kontrolli all vaid 18%-l juhtudest.²

¹ [Cardiovascular disease statistics](#), Eurostat, 2025.

² [Global report on hypertension 2025: high stakes – turning evidence into action](#), WHO, 2025, lk 162.

Tervisekaotus ehk haiguskoormus – statistiline näitaja, mida iseloomustavad enneaegse suremuse ja haigestumuse tõttu kaotatud täie tervise juures elatud eluaastad.

Allikas: Maria Lepnurm. Eesti rahvastiku haiguskoormus 2023. aastal. Tervise Arengu Instituut, 2025, lk 10

Teadmiseks, et

viimase kuue aasta jooksul on Tervisekassale hüvitamiseks esitatud SVH-diagnoosiga patsientide **raviarvete** hulk kasvanud 12% ja patsientide arv 33%, kuid kulud on kasvanud 53% võrra.

SVH-diagnoosiga patsientidele hüvitatud ravimite **retseptide** arv on kasvanud 14% ja retseptide eest hüvitatud summa on kasvanud 21%.

Allikas: Tervisekassa andmetel põhinev Riigikontrolli analüüs

Teadmiseks, et

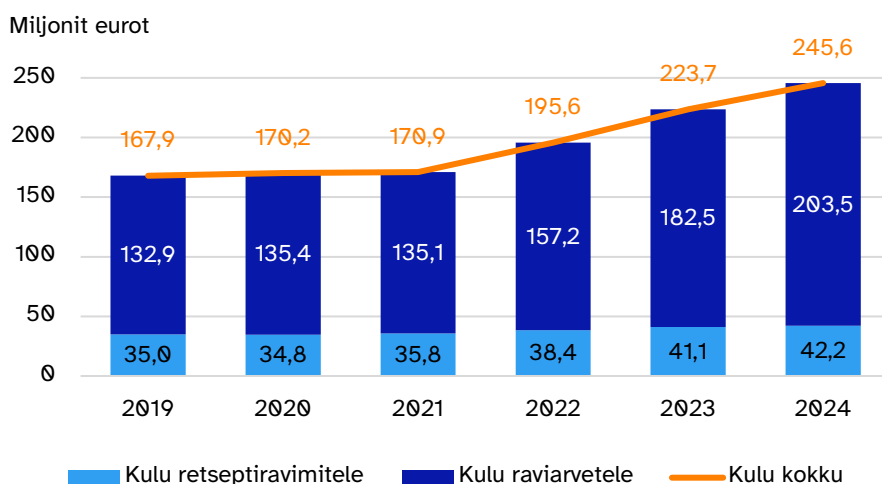
kõrgvererõhktõbi on peamine müokardiinfarkti riskitegur. 2024. aastal oli Eestis 83%-l müokardiinfarkti põdenud patsientidest eelnevalt olnud kõrgvererõhktõbi.

Allikas: Müokardiinfarktiregister, Tervise Arengu Instituudi tervisestatistika ja tervise-uuringute andmebaas, tabel AMI04

6. Kuivõrd kõrge vererõhk on Eestis peamine halva tervise ja enneaegse suremuse riskitegur, aitaks selle parem ohjamine märkimisväärselt parandada rahvastiku tervist. Ülemaailmse haiguskoormuse uuringu järgi oli 2023. aastal kõrge vererõhk kui riskitegur seostatav umbes 31% kogu Eesti surmadega.³ Kõrgvererõhktõve tõttu kaotas Eesti rahvastik 2023. aastal 78 832 tervena elatud eluaastat, mis moodustas 19% kogu tervisekaotusest.

7. Kõrgvererõhktõve ja SVH ulatuslik levik on suur koormus tervishoiusüsteemile ja -kuludele ning majandusele laiemalt. 2024. aastal esines peaaegu igal kolmandal Eesti inimesel südame või veresoonekonnaga seonduvaid kaebusi, mille tõttu vajati ravi või retseptiravimeid. Tervisekassa kulud SVH raviarvetele ja retseptiravimitele ulatusid samal aastal 245,6 miljoni euroni⁴ (vt joonis 1).

Joonis 1. Tervisekassa kulu südame-veresoonekonnahaigustega patsientide retseptiravimitele ja raviarvetele 2019–2024



Allikas: Riigikontroll Tervisekassa andmete põhjal

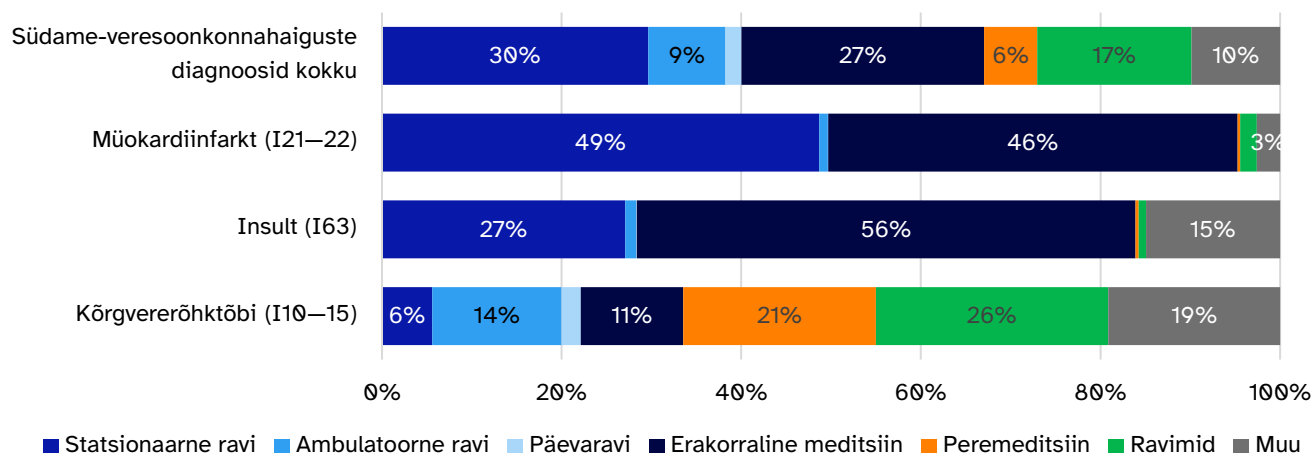
8. Kõrgvererõhktõve tõhus ohjamine aitab vähendada tervishoiukulusid, sest haigust on võimalik käsitleda peamiselt perearstiabis, samas kui tüsistuste – näiteks müokardiinfarkti ja insuldi – ravi eeldab oluliselt kallimat eriarsti ja erakorralist arstiabi. Tervisekassa 2024. aasta andmetel moodustasid kõrgvererõhktõve patsientide ravikuludest⁵ suurima osa kulud ravimitele (26%) ja perearstiabile (21%), samas kui müokardiinfarktiga patsientide ravikuludest moodustas koguni 95% eriarstiabi (vt joonis 2).

³ Global Burden of Disease Study 2023. Institute for Health Metrics and Evaluation, 2025.

⁴ Tegemist pole kogukuluga, joonisel ei ole kajastatud fikseeritud kulusid, näiteks perearstide pearaha ja baasrahastust, EMOde valmisoleku tasu.

⁵ Ravikulude all on siin käsitletud Tervisekassa raviarvete alusel hüvitatud kulusid, mis ei hõlma tervishoiuteenuse osutamisega seotud fikseeritud kulusid, nagu perearstide pearaha ja baasrahastus ning EMOde valmisoleku tasu.

Joonis 2. Kululiikide osakaal südame-veresoonkonnahaiguste 2024. aasta kogukuludest*



* Kogukulu all peetakse silmas Tervisekassa raviarvete (ühel inimesel võib olla mitu raviarvet) alusel hüvitatud kulusid. Sinakate toonidega on märgitud eriarstiabi tasandi kulud. Vertikaalteljel sulgudes on diagnoosikoodid rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni (RHK-10) järgi.

Allikas: Riigikontroll Tervisekassa andmete põhjal

Teadmiseks, et

2024. aastal moodustasid müokardiinfarktiga patsientide raviarved 1% kõikidest SVH-diagnoosiga patsientide raviarvetest ja 10% SVH ravikuludest.

Samal ajal moodustasid kõrgvererõhktõvega patsientide raviarved 68% SVH raviarvetest, kuid ainult 18% SVH ravikuludest.

Allikas: Riigikontroll Tervisekassa andmete põhjal

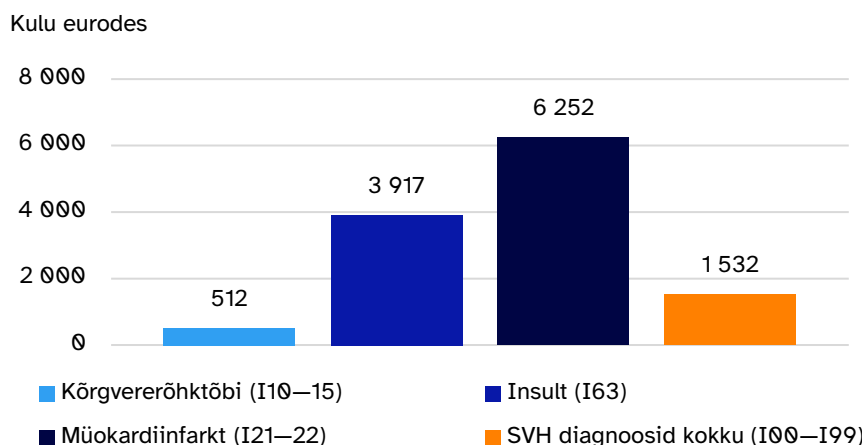
Teadmiseks, et

täpset kõrgvererõhktõve mõju ulatust inimeste tööväimele on keeruline hinnata, kuna vastavad andmed puuduvad. Üheksas Euroopa Liidu riigis viidi 50–65-aastaste seas läbi uuring, mis näitas siiski, et krooniliste haigustega inimesed töötasid järjepidevalt vähem tunde kui samaaegsed terved inimesed – meeste puhul ligi 7 ja naiste puhul ligi 4 tundi nädalas vähem.

Allikas: Boris Polanco, et al. [Chronic health conditions and their impact on the labor market. A cross-country comparison in Europe](#). SSM Popul Health, 2024

9. Kulustruktuuri erinevus kajastub ka ravikuludes patsiendi kohta: kõrgvererõhktõve patsientide ravi on oluliselt odavam kui kõrgest vererõhust tingitud tüsistuste ja raskemate SVHde ravi. Näiteks oli eriarstiabi tasandil 2024. aastal kulu ühe kõrgvererõhktõve patsiendi kohta üle 12 korra väiksem müokardiinfarkti patsiendi puhul ning ligi 7 korda väiksem kui insuldipatsiendi puhul (vt joonis 3).

Joonis 3. Kulu ühe patsiendi kohta diagnooside kaupa eriarstiabis 2024. aastal*



* Eriarstiabi alla on arvestatud ainult ambulatoorne ja statsionaarne ravi, päevaravi ning erakorralise meditsiini raviarvete kulud. Sulgudes on diagnoosikoodid rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni järgi (RHK-10).

Allikas: Riigikontroll Tervisekassa andmete põhjal

10. Tervishoiukulud moodustavad vaid ühe osa krooniliste haigustega seotud majanduslikust koormusest. Kõrgvererõhktõbi ja teised kroonilised haigused vähendavad inimeste elukvaliteeti ja töövõimet (vt vasakkasti) ning põhjustavad välditavaid surmasid. Riigi majandusele

tähendab see vähem tööjõudu, madalamat tootlikkust ja saamata jäänud maksutulu. Seetõttu on krooniliste haiguste tõhusam ohjamine riigi konkurentsivõime seisukohast oluline. Eesti kehv rahvatervis on ka rahvusvaheliste võrdluste järgi üks oluline tegur, mis pidurdab majanduse konkurentsivõimet.⁶

Kõrgvererõhktõve ravi ja jälgimine perearstiabis

11. Kõrgvererõhktõve avastamine, diagnoosimine, ravi määramine ja patsientide regulaarne jälgimine toimub eelkõige perearstiabis, mis on inimeste jaoks tihti esimene ja peamine kontakt tervishoiusüsteemiga. Tugev perearstiabi on seega oluline, et vältida kõrgvererõhktõvest tingitud tüsistuste tekkimist ning seeläbi vältida ebavajalikke eriarsti vastuvõtte, hospitaliseerimisi ja surmasid.

12. Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitlemiseks esmatasandi arstiabis on koostatud ravijuhend,⁷ mis annab soovitusi haiguse diagnoosimise ja ravi ning kõrgvererõhktõve patsientide kohta. Ravijuhendi järgi hõlmab kõrgvererõhktõve ravi nii ravimite võtmist kui [mittemedikamentooset ravi](#), et vähendada kõrget vererõhku põhjustavaid riskitegureid nagu suitsetamine, liigne kehakaal ja liigne alkoholitarvitamine.

13. Kõrgvererõhktõbi on ravimite ja eluviisi muutmisega hästi kontrollitav, kuid kõrgvererõhktõve süvenemise ja tüsistuste ärahoidmiseks tuleb patsiente regulaarselt jälgida, nõustada ning vajaduse korral ravi korrigeerida. Kui diagnoosimine, ravi määramine ja ravialane nõustamine ning vajadusel patsiendi edasiseks raviks eriarsti vastuvõtule suunamine on perearsti ülesanne, siis stabiilses seisundis krooniliste haigustega patsientide seisundi jälgimine ja tavapärane nõustamine on eelkõige pereõe ülesanne.⁸

14. Et motiveerida perearste kroonilisi haigeid järjepidevalt ja ravijuhendipõhiselt jälgima, hindab Tervisekassa perearsti kvaliteedisüsteemi (PKS) ühe osana (vt vasakasti järgmisel lehel) perearsti tegevust tema nimistu krooniliste haigete jälgimisel ning maksab kokkulepitud kriteeriumide täitmise eest lisatasu. PKS-i rakendamine on Tervisekassa ja perearstide vahelise üldarstiabi rahastamise lepingu kohaselt perearstidele kohustuslik.⁹

15. Krooniliste haigete jälgimise hindamise aluseks on perearsti nimistu krooniliste haigustega patsientide nimekiri (PKS-i nimekiri) ning hindamiskriteeriumid (PKS-i indikaatorid). PKS-i nimekiri määratleb

[Mittemedikamentoosne ravi](#) – tervishoiusekkumine, mis ei põhine ravimitel, näiteks füsioteraapia ja eluviisi muutmine.

Perearstide
kvaliteedisüsteem

⁶ Ülo Kaasik, Kadri Männasoo, Priit Vahter, Uku Varblane. [Eesti majanduse olukord ja väljavaated. Konkurentsivõime eksperdikogu raport Riigikogule](#). Riigikogu Kantselei, 2024.

⁷ [Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitus esmatasandil](#), RJ-I/1.2-2019. Ravijuhendite nõukoda, 2019.

⁸ Perearsti ja -õe töövaldkonnad on kirjas [perearsti ja temaga koos töötavate tervishoiutöötajate tööjuhendis](#), § 4 lg 2 p 5.

⁹ [Üldarstiabi rahastamise lepingu üldtingimused](#), punkt 5.1.5.

Teadmiseks, et

perearstide kvaliteedi-süsteem (PKS) on Tervise-kassa ja Eesti Perearstide Seltsi ühine algatus 2006. aastast. PKSi eesmärk on soodustada kvaliteetsete teenuste osutamist ja vähendada eriarstiabi vajadust.

PKSis hinnatakse perearsti meeskonna

- tegevust haiguste ennetamisel (laste vaktsineerimine ja tervise-kontrollid ning sõeluuringud);
- nimistu krooniliste haigete jälgimist;
- erialast lisapädevust.

Allikas: PKSi 2025. aasta rakendusjuhis

Teadmiseks, et

riskiastme seadmisel hinnatakse patsiendi

- vererõhuväärtust;
- riskitegureid (vanus, kolesteroolitase, veresuhkur, tubaka- või nikotiinitoodete tarvitamine);
- elundikahjustuse ulatust.

Allikas: PKSi 2025. aasta rakendusjuhis

sihtrühma, keda perearsti meeskond peab aasta jooksul jälgima, ning hindamiskriteeriumid sätestavad tegevused, mida nende patsientidega tuleb teha. PKSi tulemus kujuneb selle järgi, kui paljudele sihtrühma patsientidele on ettenähtud tegevused tehtud.

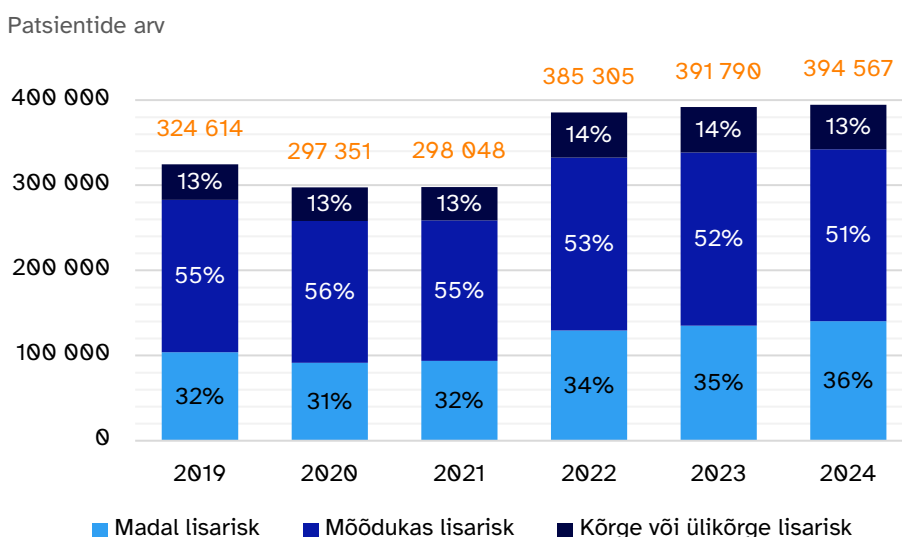
16. Kõik perearsti infosüsteemid ei võimalda nimistu patsiente diagnoosi ja kõrgvererõhktõve riskiastme alusel kategoriseerida ning kõrgvererõhktõbe diagnoositakse ka mujal, näiteks kardioloogi vastuvõtul või EMOs. Seetõttu koostab PKSi nimekirja Tervisekassa ning perearst kinnitab selle.

17. PKSis peetakse krooniliseks haigeks patsienti, kellel on vastava haiguse diagnoos Tervisekassa raviarvete andmebaasis esinenud vähemalt üks kord viimase kahe aasta jooksul. PKSi krooniliste haigete nimekirju uuendatakse kord aastas.

18. Kõrgvererõhktõvega patsiendid jaotatakse kolme riskiastmesse, lähtudes nende kardiovaskulaarsest riskist ehk tõsise tüsistuse tekkimise tõenäosusest (vt ka vasakkast). Riskiastmest sõltub patsiendi ravi ja jälgimise intensiivsus.

19. Võrreldes 2019. aastaga on kõrgvererõhktõve diagnoosiga patsientide arv PKSi nimekirjades kasvanud 22% (vt joonis 4) ning suurenenud on kõige madalama riskiastmega patsientide osakaal. Patsientide arvu kasv aastatel 2021–2022 tuleneb nimekirjade moodustamise meetodika muutumisest Tervisekassas.¹⁰

Joonis 4. Kõrgvererõhktõve diagnoosiga patsientide arv perearsti kvaliteedisüsteemi nimekirjades haiguse riskiastmete kaupa



Allikas: Riigikontroll Tervisekassa andmete põhjal

¹⁰ Aastatel 2019–2020 arvestati sihtrühma koostamisel diagnoosi esinemist ainult perearsti raviarvete põhjal. Alates 2021. aastast arvestati lisaks ka eriarsti raviarveid, kuid lisatingimus oli, et patsient on talle määratud kõrgvererõhktõve ravimid eelneval aastal välja otnud. Alates 2022. aastast arvestatakse diagnoosi olemasolu viimase kahe aasta pere- ja eriarstiabi raviarvetel ning retsepti väljaostmist ei nõuta.

20. PKSi indikaatorid on kokku lepitud Tervisekassa ja Eesti Perearstide Seltsi vahel ning tuginevad ravijuhendis ette nähtud tegevustele. Indikaatorid jagunevad nn tasustatavateks indikaatoriteks ja jälgimisindikaatoriteks. Jälgimisindikaatorid ei lähe tulemuste arvutamisel arvesse ning on Tervisekassale eelkõige infoallikaks. Tervisekassa tõstab kriteeriumid, mida on pika aja jooksul hästi täidetud, järk-järgult tasustatavatest indikaatoritest jälgimisindikaatorite hulka. Kõrgvererõhktõve patsientidel hinnatakse tasustatava indikaatorina, kui paljudel patsientidel on toimunud vastuvõtt, analüüs ja uuringud, ning jälgimisindikaatorina, kui paljudele on kirjutatud välja retsepte.¹¹

Kõrgvererõhktõve käsitus perearstiabis ei taga oodatud tulemusi

Ravitulemus saavutati ettenähtud aja jooksul vaid kolmandikul esmashaigestunudest

Teadmiseks, et

eksperditöös kasutati 2017. aastal Tervisekassa kliinilises auditis „Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitus esmatasandil“ rakendatud hindamiskriteeriume, mida ajakohastati ja kohandati vastavalt kõige uuemale ravijuhendile.

Eksperditöö läbiviimiseks võeti valim 2024. aasta I–III kvartalis esmase kõrgvererõhktõve diagnoosi (I10–I13, I15) saanud patsientide seast selliselt, et oleksid esindatud perearstide nimistud kõikidest maakondadest proportsionaalselt. Töös hinnati perearsti meeskonna tegevusi kuus kuud enne ja kuus kuud pärast patsiendi diagnoosi saamist. Lõplik valim koosnes 434 patsiendist.

21. Ravijuhendi „Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitus esmatasandil“ kohaselt tuleks esmashaigestunud patsientidel saavutada vererõhu eesmärkväärtus 2–3 kuu jooksul. Eesmärkväärtus on alla 65-aastastel 120–130/80 mm Hg ja üle 65-aastastel 130–140/80 mm Hg.

22. Esmashaigestunute ravitulemuste hindamiseks viis Riigikontroll koostöös Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudiga läbi eksperditöö (metoodika lühikirjeldus on vasakastis, põhjalikum kirjeldus peatükis „Auditi iseloomustus“ ning tulemused on lisas A).

23. Eksperditöö tulemused näitasid, et pärast ravi alustamist saavutati vererõhu eesmärkväärtus 2–3 kuu jooksul 35%-l valimisse kuulunud patsientidest. Ravieesmärgini ei jõutud 22%-l juhtudest. 43%-l juhtudest ei olnud võimalik tulemust hinnata ebapiisavate andmete tõttu: enamasti puudusid kõrgvererõhktõvega seotud haigusloo kokkuvõtted (epikriisid) või ei sisaldanud need ravitulemuse hindamiseks vajalikku teavet.¹²

24. Nendel juhtudel, kui ravieesmärki ei saavutatud (22% juhtumitest), töid eksperdid välja mitmeid ebapiisava käsitluse põhjuseid:

- puudujäägid ravitöös – esines juhtumeid, kus ravi ei olnud plaanipäraselt alustatud või viidud läbi vastavalt ravijuhendile (vajalikud uuringud jäid tegemata, ravitulemusi ei hinnatud ning ravi ei korrigeeritud);

¹¹ Hindamiskriteeriumid on sätestatud määruses „Tervisekassa poolt tasu maksmise kohustuse ülevõtmise kord“, § 8.

¹² Dokumenteerimine on lahutamatu osa raviprotsessist, sest ilma piisava ja ajakohase teabeta ei ole võimalik hinnata ravi tulemuslikkust, muuta vajaduse korral ravi ega tagada ravi järjepidevust. Seetõttu käsitles Riigikontroll dokumenteerimata juhtumeid ravikvaliteedi riskina, mitte neutraalse või arvestusest välja jäetava nähtusena.

- lüngad informatsioonis – näiteks patsiendi anamneesis ehk haiguse kulgemise kirjelduses puudusid vererõhu mõõtmise tulemuste või haigust mõjutavate riskitegurite andmed, mistõttu raviotsuse kulgu ei olnud võimalik adekvaatselt hinnata;
- tegemata järelkontrollid: ei toimunud kordusvisiite, mille käigus oleks hinnatud ravi tulemuslikkust;
- nõustamise puudumine nii riskitegurite kui ka ravijärgimuse suhtes.

Tervisekassa teeninduspiirkonnad

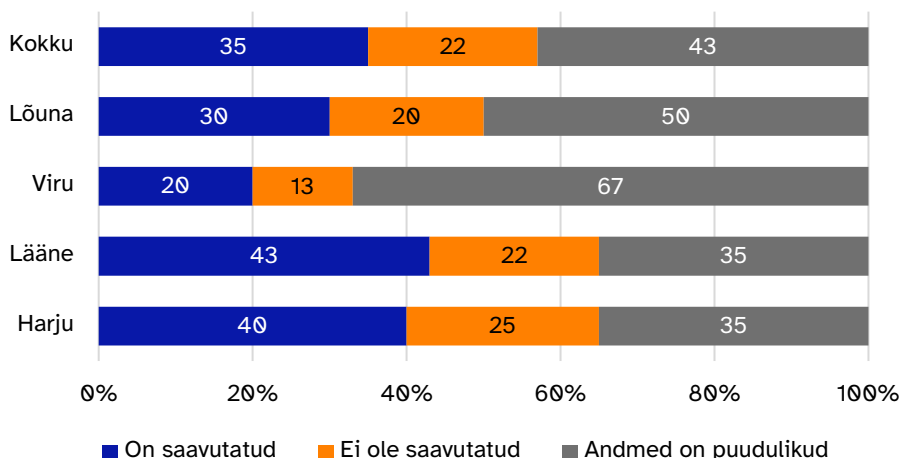
Piirkond	Maakond
Harju	Harju
	Rapla
Lääne	Lääne
	Hiiu
	Saare
	Pärnu
Viru	Ida-Viru
	Lääne-Viru
	Jõgeva
	Järva
Lõuna	Tartu
	Valga
	Viljandi
	Võru

25. Piirkondade võrdlemiseks jaotati patsiendid nende elukohaandmete alusel [Tervisekassa teeninduspiirkondadesse](#) (vt vasakkasti). Analüüs näitas, et ravieesmärgi saavutamises esines piirkonniti mõningaid erinevusi: kõige harvem saavutati ravieesmärk Viru piirkonna patsientidel (20% juhtudest) ja kõige sagedamini Lääne (43%) ning Harju piirkonnas (40%) (vt joonis 5).

26. Samas tuleb arvestada, et märkimisväärse osa patsientide puhul ei olnud ravitulemust võimalik hinnata ebapiisava dokumenteerimise tõttu, mistõttu piirkondlike erinevuste tegelik ulatus kogu valimi kohta pole teada. Näiteks ei olnud Viru piirkonnas võimalik hinnata ravieesmärgi saavutamist koguni 67%-l juhtudest.

27. Piirkondlike erinevusi võivad mõjutada mitmed tegurid: nimistute koosseisu eripärad, kohaliku töökorralduse ja dokumenteerimise praktika jne. Et täpne ja õigeaegne dokumenteerimine on kvaliteetse ravi eelduseks, näitab niivõrd suur hindamata juhtude osakaal selget ravikvaliteedi riski.

Joonis 5. Kõrgvererõhktõve patsientide ravieesmärgi saavutamise tulemused piirkonniti aastal 2025



Allikas: Riigikontrolli eksperditöö tulemuste alusel

Teadmiseks, et

korrektno dokumenteerimine on kvaliteetse ravi alus. Õige, täpne ja ajakohane teave võimaldab teha põhjendatud raviotsuseid ning kujundada tõendus põhised tervishoiupoliitikat.

Allikas: Riigikontrolli 2025. aasta aruanne „Terviseandmete õigsuse, täpsuse ja ajakohasuse tagamine“

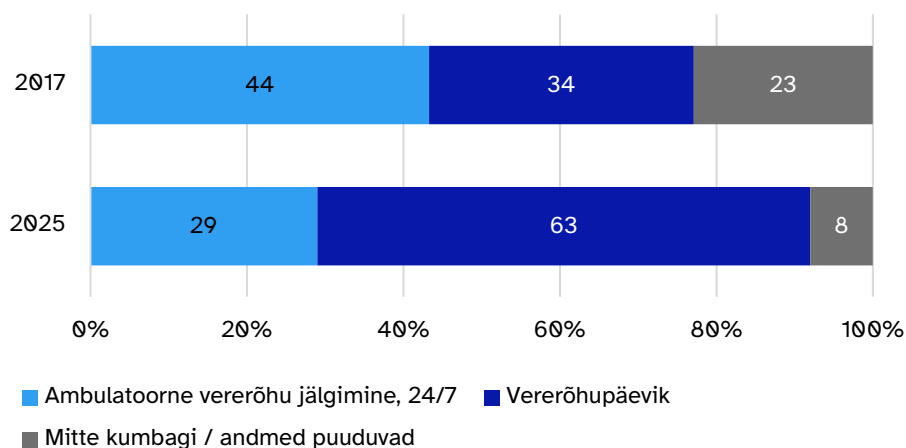
28. Analüüsiti ka PKSi kriteeriumide täitmise seotust ravitulemustega. PKSi kriteeriumid täitnud perearstide (need, kes saavutasid koefitsiendid 1,0 ja 0,8 ning said lisatasu) patsientidest saavutati vererõhu eesmärgväärne 2–3 kuu jooksul 36%-l juhtudest, samas kui

Kõrgvererõhktõve diagnoosimine

PKSi lisatasu mittesaanud perearstide puhul 32%-l juhtudest. Kuigi erinevus on väike ja ei võimalda teha järeldust PKSi otsese mõju kohta ravitulemustele, viitab see raviprotsessi mõnevõrra paremale korraldusele PKSi kriteeriumid täitnud perearstide meeskondades.

29. Kõrgvererõhktõve diagnoosimisel kasutasid perearstid 2025. aastal võrreldes 2017. aasta kliinilise auditiga oluliselt sagedamini kodust vererõhupäevikut (63% juhtudest) ning harvem 24-tunnist ambulatoorset vererõhu jälgimist (29% juhtudest). Ravijuhendi kohaselt tuleks diagnoosi korrektsuse tagamiseks eelistada just viimast. Seega on 24-tunnise ambulatoorse vererõhu jälgimise kasutamine 2017. aastaga võrreldes märkimisväärselt vähenenud (vt joonis 6). PKSi kriteeriume täitnud perearstid rakendasid ambulatoorset vererõhu jälgimist sagedamini kui PKSi mittetäitjad (vt lisa A, joonis 18).

Joonis 6. Kõrgvererõhktõve diagnoosimiseks kasutatud meetod, 2017. ja 2025. aasta võrdlus



Allikas: Riigikontroll eksperditöö tulemuste alusel

30. Esmashaigestunud patsientidele ei tehtud esmasel visiidil kõiki ravijuhendis ette nähtud soovituslikke uuringuid. Näiteks EKG oli tehtud vaid 56%-l ning albumiini ja kreatiini suhe määratud 24%-l patsientidest. 2017. aasta kliinilise auditi tulemustega võrreldes on näitajad veidi paranenud (EKG 2017. aastal 54%; vt lisa A, joonis 19).

31. Ravijuhendis toodud uuringud ei ole kohustuslikud, arst peab saama teha otsuseid kliinilise olukorra põhjal. Samas on nende uuringute eesmärk toetada täpsemat diagnoosimist ja ravi ning seega võib uuringute tegemise madal protsent viidata pigem ravijuhendite ebaühtlasele rakendamisele.

32. Eksperditööst selgus ka, et mõnel juhul oli analüüside tegemata jätmine põhjendatud, näiteks kui uuring oli hiljuti tehtud töötervishoiuarsti juures, EMOs või kui nende tegemine ei olnud patsiendi seisundi tõttu võimalik (nt hooldekodu patsientidel).

EKG – elektrokardiogramm ehk „südamefilm“ on uuring, mis annab infot patsiendi südame seisundi kohta.

Albumiini ja kreatiini suhe uriinis – näitaja, mille alusel saab välistada võimaliku neerupuudulikkuse ja määrata sobivad ravimid.

33. Analüüside ja uuringute tegemise osakaal erines perearstide ja piirkondade lõikes, kuid jäi ootuspärasele tasemele alla kõigis piirkondades. Mõnes piirkonnas olid erinevused siiski suuremad – näiteks Viru piirkonnas tehti EKG vaid 31%-l ning albumiini ja kreatiniini suhe määrati 18%-l patsientidest (vt lisa A, tabel 2).

34. Samuti oli diagnoosimise käigus riskitegurite – nagu tubaka- või nikotiinitoodete ning alkoholi tarvitamine, stress ja muud eluviisi- või psühhosotsiaalsed tegurid – hindamine ja kaardistamine ebaühtlane ning sageli puudulik.

35. Kõige sagedamini olid dokumenteeritud patsiendi kaebused ja kaasuvad haigused, kuid eluviisi ja psühhosotsiaalsete tegurite hindamine jäi tagaplaanile või olid need dokumenteerimata. Kõrgvererõhktõve ravis on nimetatud riskide maandamine aga oluline osa raviprotsessist, seepärast on vaja riskitegureid süsteemselt kaardistada ja arvestada neid ravi planeerimisel.

36. Ravijuhendis sätestatud juhtudel on perearstil võimalik pidada nõu kardioloogiga **e-konsultatsiooni** teel (see on eelistatuim viis) või suunata patsient tema vastuvõtule digisaatekirjaga. Kardioloogi juurde suunati 13% patsientidest; neist 22% puhul kasutati e-konsultatsiooni ja 60% suunati digisaatekirjaga vastuvõtule. Ülejäänud juhtudel ei olnud haigusloo kokkuvõtetes suunamisviisi kohta teavet ning see osutab dokumenteerimise ebaühtlusele.

37. Kardioloogi vastuvõtule suunatud juhtudest hindasid eksperdid suunamise põhjendatuks 53%-l ja mittepõhjendatuks 23%-l juhtudest. Ülejäänud juhtudel ei võimaldanud ebapiisav dokumentatsioon suunamise põhjendatust hinnata. See viitab, et kuigi enamikku patsiente käsitletakse perearstiabis ravijuhendi kohaselt, on kardioloogi vastuvõtule suunamise otsuste mittepõhjendatuse protsent üsna suur ja dokumenteerimise kvaliteet ebaühtlane. Samuti on e-konsultatsiooni kasutamisel veel arenguruumi.

38. Esmashaigestunutest katkes ravi või oli puudulik 31%-l esimesel kuuel kuul pärast ravi alustamist (kui diagnoos oli määratud ja raviplaan tehtud). Ravi katkemine tähendas seda, et patsiendid ei otnud – või ei kirjutatud neile – kõiki vajalikke ravimeid välja.

39. Perearstid, kes täitsid PKSi kriteeriume, olid **ravijärgimuse** tagamisel mõnevõrra tulemuslikumad oma piirkonnas kui mittetäitjad. Harju ja Lääne piirkonnas oli ravijärgimus parem ka nende perearstide patsientide seas, kelle PKSi tulemus oli 0, samas kui Lõuna ja Viru piirkonnas jäid ka PKSi kõrgema tulemusega perearstide näitajad madalamaks (vt joonis 7). Selle põhjuseks võib olla, et ravijärgimust mõjutavad lisaks PKSile ka piirkondlikud eripärad, nimistute koosseis ja dokumenteerimise kvaliteet.

Kardioloogi vastuvõtule suunamine

E-konsultatsioon – tervise info-süsteemi vahendusel nõu-pidamine teise arstiga ravi puudutavates asjaoludes, see-juures on eriarstiabi teenuse osutajal võimalik võtta patsiendi edasine ravi enda vastutuse alla.

Allikas: [Tervise ja Heaolu Infosüsteemi Keskuse koduleht](#)

Teadmiseks, et

Eesti Haigekassa ja Maailma-panga koostöös analüüsiti 2015. aastal krooniliste haiguste käsitlust Eesti tervishoiusüsteemi eri tasanditel. Leiti, et kõrgvere-rõhktõve patsientide eriarsti visiitidest olid 68% välditavad.

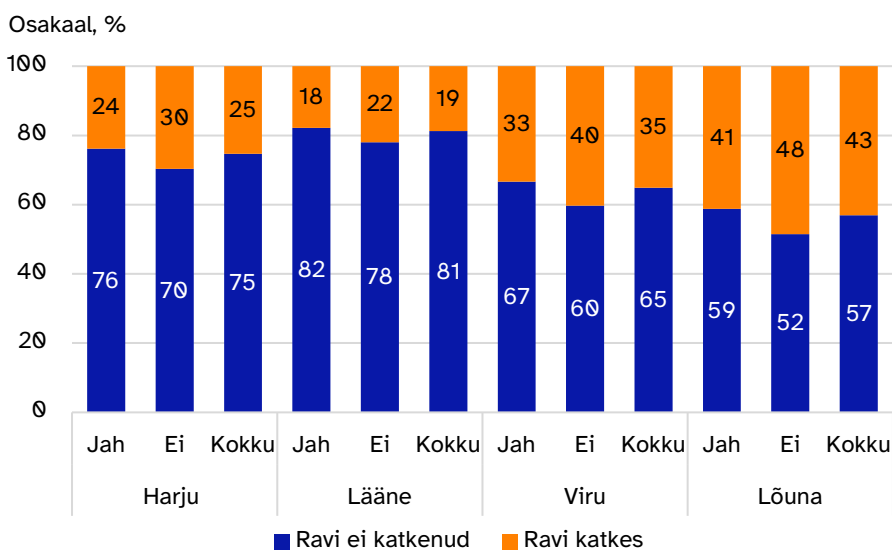
Allikas: [Ravi terviklik käsitlus ja osapoolte koostöö Eesti tervishoiusüsteemis](#)

Esmashaigestunute ravijärgimus ning vastav nõustamine

Ravijärgimus – näitaja, mis iseloomustab seda, kui järje-kindlalt peab patsient kinni talle määratud raviplaanist. Sageli kasutatakse selle asemel ka mõistet ravisoostumus.

Allikas: Ott Laius. [Ravijärgimus on ravi tulemuslikkust silmas pidades kriitilise tähtsusega](#). Lege Artis 2018, nr 4 (2)

Joonis 7. Kõrgvererõhktõve patsientide ravijärgimuse võrdlus: piirkonnad ja perearstide kvaliteedisüsteemi (PKS) koefitsiendid 2025. aastal*



* Jah – PKS-i koefitsiendid on 1 ja 0,8 (kriteeriumide täitjad).

Ei – PKS-i koefitsient on 0 (kriteeriumide mittetäitjad).

Allikas: Riigikontroll eksperditöö tulemuste alusel

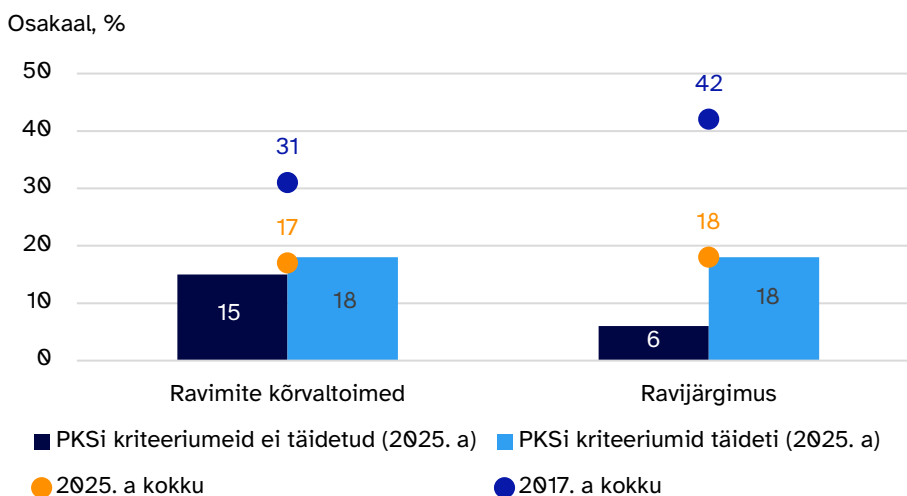
Teadmiseks, et

kõrgvererõhktõvega patsiendi nõustamine peaks sisaldama kõrget vererõhku põhjustavate riskitegurite selgitamist ja vastavat nõustamist, ravi kõrvaltoimete ja ravijärgimuse hindamist ning patsiendi õpetamist, kuidas kodus vererõhku mõõta ja näite üles märkida.

Allikas: [Ravijuhend](#)
„Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitlemine esmasasandil“

40. Ravimite suhtes nõustamist oli haigusloos kokkuvõttes märgitud 18% ja ravimite võimalike kõrvaltoimete käsitlemine 17% patsientide puhul (vt joonis 8). See viitab ühest küljest, et ravimite suhtes nõustamist dokumenteeriti väga vähesel määral. Teisest küljest oli vähese ravimialase nõustamise probleem üldine: piirkondade vahel esines mõningaid erinevusi, kuid ükski piirkond ei jõudnud ravimialase nõustamise rahuldava tasemeni (vt lisa A, joonis 20).

Joonis 8. Ravimi kõrvaltoimete ja ravijärgimuse alase nõustamise osakaal kõrgvererõhktõvega patsientide seas 2017. ja 2025. aastal, sh perearsti kvaliteedisüsteemi tulemuste põhjal



Allikas: Riigikontroll eksperditöö tulemuste alusel

41. Ravimite suhtes nõustamise sagedus oli üldiselt suurem nende perearstide seas, kelle PKS-i tulemus oli parem. See viitab, et perearstid,

kes pööravad rohkem tähelepanu patsiendi nõustamisele ja dokumenteerivad oma tööd järjepidevamalt, täidavad ka PKSi indikaatorid suurema tõenäosusega.

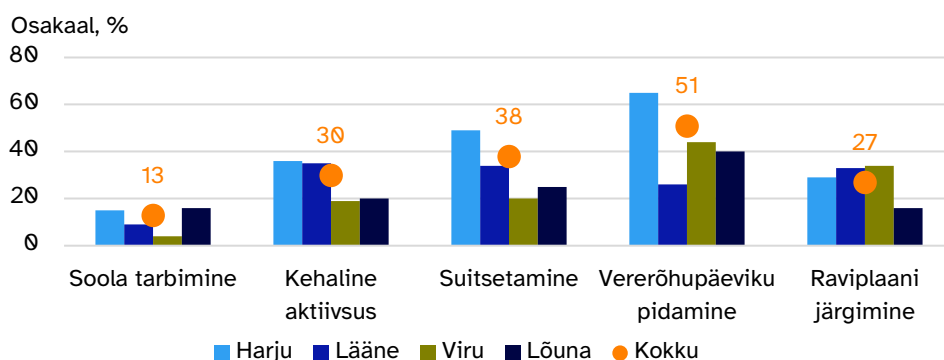
42. Võrreldes Tervisekassa 2017. aasta kliinilise auditi tulemustega, mil perearstimeeskond hindas ravijärgimust 31%-l ja kõrvaltoimeid 42%-l juhtudest, on dokumenteeritud nõustamiste osakaal oluliselt vähenenud. Nõustamise vähenemine kahandab aga võimalust hinnata ravi tulemuslikkust ning toetada patsientide ravijärgimust, mis on kõrgvererõhktõve ohjamisel oluline.

43. Ravi mittejärgimise sagedasemad põhjused patsientide haiguslugude põhjal olid järgmised: kohene ravimi tarvitamisest loobumine, patsiendi pöördumata jätmise retsepti pikendamiseks arsti poole, ravimite kõrvaltoimed, vererõhu normaliseerumine pärast ajutist lühiajalist ravi ja patsiendi sotsiaalne haavatavus (näiteks kindla elukoha või püsiva töö puudumine, ebaregulaarne elukorraldus või nõrk sotsiaalne tugivõrgustik).

44. Eluviisialasel nõustamisel oli kõige sagedamini käsitletud teema vererõhupäeviku pidamine, millele järgnesid suitsetamisstaatus ja kehalise aktiivsuse hindamine ning vastav nõustamine. Nendest patsientidest, kelle haigusloos oli märge eluviisinõustamise kohta, oli ligikaudu pooli nõustatud nii toitumise, stressi, liikumise, alkoholi tarvitamise kui ka vajadusel suitsetamisest loobumise asjus. Ülejäänud juhtudel käsitleti üksnes üht või kaht teemat.

45. Piirkondadest on eluviisiga seotud teemasid kõige järjepidevamalt käsitletud Harju piirkonnas (vt joonis 9).

Joonis 9. Kõrgvererõhktõvesse haigestunute nõustamise osakaal käsitletud teemade ja piirkondade kaupa aastal 2025



Allikas: Riigikontroll eksperditöö tulemuste alusel

46. Eluviisi suhtes nõustamist dokumenteeriti sagedamini nende patsientide puhul, kelle perearst täitis PKSi kriteeriumid. Kriteeriumite täitmata jätmise korral oli nõustatud 35% patsientidest, kuid koefitsiendiga 0,8 tulemuse saavutanud perearstide patsientidest 51% ning koefitsiendiga 1,0 tulemuse saavutanud perearstide patsientidest

Teadmiseks, et

rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 koostamisel märgiti, et krooniliste haigete ravijuhendeid alati ei järgita ning tuleks analüüsida, miks seda ei tehta, sh tuleks uurida kõrgvererõhktõvega inimeste tervise jälgimist ja võimestamist. Seega on kitsaskohtade süstemaatilise analüüsi vajadust teadvustatud juba aastaid tagasi, kuid analüüsi pole seni tehtud.

Allikas: Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 koostamise ettepanek.
Sotsiaalministeerium, 2018

Ekspertitöö autorite soovitused

47% (vt teemade kaupa lisa A, joonis 21). Nõustamise maht jäi madalaks kõigis piirkondades ning seejuures esines ebaühtlust nii piirkonniti kui ka perearstikeskuseti.

47. Ebapiisavad ravitulemused viitavad krooniliste haigete käsitlemise laiematele kitsaskohtadele, mitte üksikutele eksimustele. Tulemusi mõjutavad mitmesugused tegurid: perearstide ja -õdede nappus, meeskondade suur töökoormus ja nimistute liikmete arvu kasv, aga ka tervishoiusüsteemi korralduslikud puudujäägid ning patsientide ebapiisav teadlikkus ja ravijärgimus. Neid põhjuseid on lähemalt analüüsitud alapeatükis „Katkendlik ravi tuleneb ravi korralduse ja ravijärgimuse puudujääkidest“ (vt ka vasakkasti).

48. Ekspertidid tegid oma töös ka soovitusi. Rõhutati vajadust võtta senisest enam kasutusele automaatsed ja digitaalsed lahendused, nagu patsiendi automaatne tagasikutsumissüsteem ja meeldetuletused, ravi jälgimise protokollid perearsti meeskondadele (mis tulevad arstile või õele meelde vajalikud tegevused) ning rakendused, mis võimaldavad patsiendil oma tervist ise jälgida. Need lahendused tuleks integreerida perearsti infosüsteemi (nn töölauale).

49. Lisaks on oluline perearstimeeskondade koolitamine ja tugi (nt mentorlus, tööprotsesside audit) ning tegevused piirkondlike erinevuste ja kvaliteedinõuetele mittevastamise vähendamiseks. Näiteks võiks kaaluda kvaliteedi parendamise kohustusliku plaani etteandmist perearstikeskustele, kus on olulisi puudujääke (vt lisa A, ekspertide soovitusel).

50. Tervisekassa 2017. aasta kliinilise auditi ja Riigikontrolli tellitud 2025. aasta ekspertitöö mõned ettepanekud ka kattusid. Näiteks olid sellised soovitusel kasutada dokumenteerimiseks standardkirjeid või loendeid, tõhustada järelevalvet dokumenteerimise üle, tõhustada ravi tulemuste järelkontrolli, suurendada pereõdede rolli jms.

Riigikontrolli hinnang

51. Ravijuhendis ette nähtud vererõhu eesmärkväärtus saavutati 2–3 kuu jooksul vaid kolmandikul patsientidest – see viitab ravi vähesele tulemuslikkusele. Lisaks järgisid perearstimeeskonnad ravijuhendi soovitusi diagnoosimisel, ravis ja eluviisinõustamisel ebaühtlaselt ning vajalikud uuringud ja nõustamised olid sageli tegemata. Erinevused esinesid nii piirkonniti kui ka perearstide vahel: perearstid, kes pööravad rohkem tähelepanu nõustamisele ja dokumenteerivad oma tööd järjepidevamalt, täidavad suurema tõenäosusega ka PKSi kriteeriumid.

52. Võrreldes Tervisekassa 2017. aasta kliinilise auditiga olid mitmes aspektis tulemused halvemad, sh diagnoosimismeetodite kasutamises ning ravijärgimuse ja kõrvaltoimete käsitlemises. Näiteks oli ravijärgimuse nõustamine langenud 31%-lt 18%-ni. Tervisekassa ei ole seni analüüsinud seda, miks ravijuhendis soovitatud tegevusi järgitakse

vaid osaliselt, ega seda, millised lahendused olukorda parandaksid, ehkki vajadust selle järele on teadvustatud juba mitmeid aastaid.

53. Lisaks ilmnes, et tervishoiutöötajad ei dokumenteeri oma tegevusi ja patsiendi käsitlust järjepidevalt, mistõttu puudub sageli ülevaade ravi kulgemisest ja tulemuslikkusest. Dokumenteerimise tase ei ole piisav, et tagada ravi ohutus, võimaldada ravi tulemuslikkuse seiret või toetada kõrge riskiastmega patsientide proaktiivset jälgimist.

Patsiendi pikaajaline ravi ei ole alati järjepidev

Ravi järjepidevus tähendab, et patsiendi ravi on sujuv ja katkematu.

NB! Ravijärgimus ehk -soostumus (vt sõnaseletust eelmises alapeatükis) ja ravi järjepidevus on erinevad mõisted.

54. Ohjamata kõrgvererõhktõbi on üks peamisi raskemate südame-veresoonkonnahaiguste põhjustajaid, mistõttu on vajalik haige järjepidev jälgimine ja raviplaani hindamine. Perearst peab koos oma meeskonnaga kõrgvererõhktõve patsienti nõustama vähemalt kord aastas ning uuringuid ja analüüse tegema sõltuvalt haige riskiastmest kas igal aastal (2. ja 3. riskiaste) või vähemalt kord kolme aasta jooksul (1. riskiaste).

55. Ka kõrgvererõhktõvega patsientide enda käitumine ehk korrektne ravijärgimus on vererõhu kontrolli all hoidmiseks väga oluline. Ravijärgimust hinnatakse sageli ravimite väljaostmise alusel. See ei pruugi üheselt näidata, kas ravimit on ka tegelikult tarvitatud, kuid retseptide väljakirjutamise ja ravimite ostmise regulaarsus viitab siiski sellele, kas ja mil määral patsient ravimit tõenäoliselt kasutab.

Teadmiseks, et

Riigikontroll analüüsis Tervisekassa ravi- ja retseptiandmete põhjal 2019. aastal kõrgvererõhktõve diagnoosi saanud patsientide visiitide, teenuste ja ravimikasutuse järjepidevust aastatel 2019–2024 (vt metoodikat peatükis „Auditi iseloomustus“).

56. Tervisekassa raviarvete andmete järgi ei jõua kõrgvererõhktõvega patsiendid arsti vastuvõtule vajaliku tihedusega. Riigikontroll analüüsis patsiente, kes olid 2019. aastal saanud esimest korda kõrgvererõhktõve diagnoosi.¹³ Aastatel 2019–2024 oli igal aastal vähemalt üks visiit või muu kontakt perearsti, pereõe või kardioloogiga

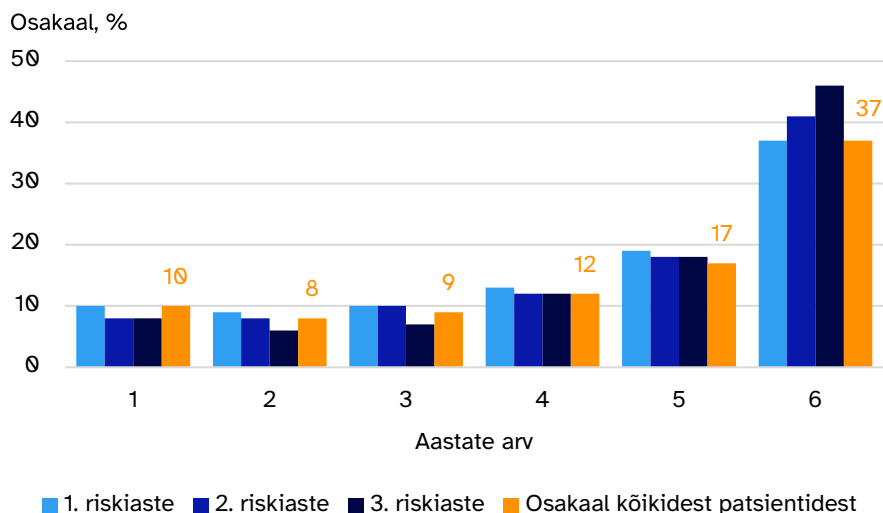
- 37%-l madala riskiga (1. riskiastme) patsientidest;
- 41%-l mõõduka lisariskiga (2. riskiastme) patsientidest;
- 46%-l kõrge või ülikõrge lisariskiga (3. riskiastme) patsientidest.¹⁴

57. Ravi järjepidevust vaadates ilmnes, et enamik patsiente ei jõudnud vaadeldud kuue aasta jooksul igal aastal arsti juurde. 7% patsientidest ei jõudnud vaadeldud perioodil kordagi arsti juurde (tegu oli näiteks juhtumitega, kus riskiaste ei olnud määratud, sest diagnoos ei olnud lõplikult kinnitatud). Kogu vaatlusperioodil jõudis igal aastal arsti juurde vaid 37% patsientidest (vt joonis 10). 10% patsientidest jõudis arsti juurde ühel aastal jne. See näitab, et kõrgvererõhktõvega patsientide jälgimine ei ole piisav ega vasta ravijuhendis soovitatud sagedusele.

¹³ Analüüsi aluseks võeti patsiendid, kelle raviarvete ja retseptide andmetes oli kõrgvererõhktõve diagnoos aasta jooksul esinenud vähemalt kahel korral ja samal ajal ei olnud patsient seda diagnoosi saanud eelneva kümne aasta jooksul.

¹⁴ Riskiastme lähteastaks oli aasta 2019.

Joonis 10. Kõrgvererõhktõve patsientide kardioloogi ja/või perearsti külastuste sagedus aastatel 2019–2024 haiguse riskiastmete kaupa (protsent sihtrühmast)

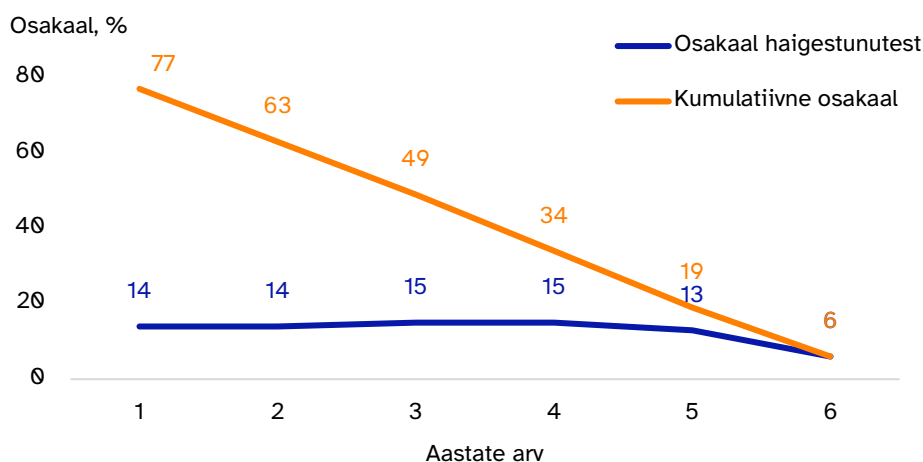


Allikas: Riigikontroll Tervisekassa andmete alusel

58. Riigikontrolli analüüsist selgus, et 18–64-aastastest 3. riskiastme patsientidest, kes käisid arsti vastuvõtul, said kõiki nõutud uuringuid ja analüüse igal aastal 25% ja 2. riskiastmega patsientidest 19% (vt joonis 24 lisas B).

59. Ravijuhendi kohaselt peab kõrgvererõhktõve patsiente nõustama¹⁵ vähemalt kord aastas, kuid tegelikult see nii ei ole olnud. Näiteks on analüüsi kohaselt 77% patsientidest saanud nõustamist kogu perioodi jooksul korra või rohkem, 14% patsientidest saanud kuue aasta jooksul korra ja 6% igal aastal (vt joonist 11).

Joonis 11. Nõustamise sagedus perioodil 2019–2024 osakaaluna kõrgvererõhktõve patsientidest



Allikas: Riigikontroll Tervisekassa andmete alusel

¹⁵ Vaatluse all olid need, kes on saanud (tervishoiuteenuste loetelu kohaselt) pereõe nõustamist või kroonilise haige nõustamist üks kord aasta jooksul.

Ravimite väljaostmine

Teadmiseks, et

2024. aastal väljastati ligikaudu 3 miljonit kõrgvererõhktõve ravimite retsepti (kõik neist ei olnud kõrgvererõhktõve diagnoosi saanud isikud, nt 24%-l patsientidest polnud määratud PKSi riskiastet), millest aasta jooksul osteti välja 84%. Välja ostmata retseptid puudutasid siiski märkimisväärset osa patsientidest – 42% ehk ligikaudu 142 000 inimest (vt ka lisa B tabel 6 ja 7).

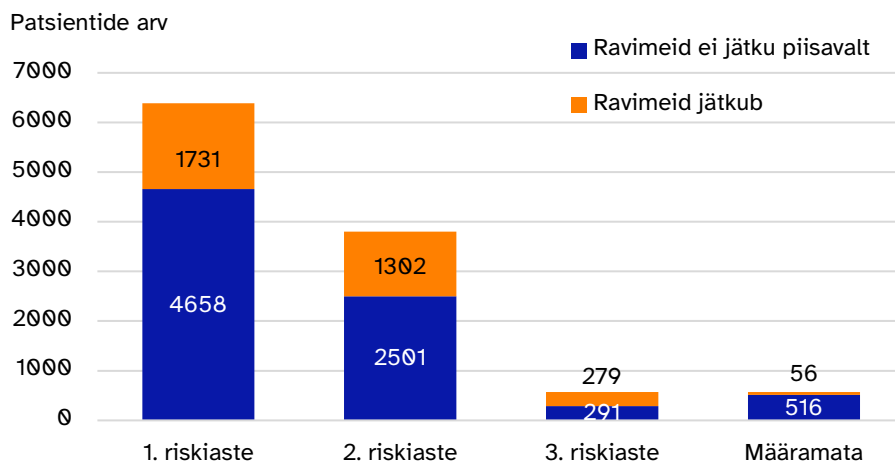
Allikas: Riigikontrolli analüüs Tervisekassa andmete põhjal

60. Analüüs¹⁶ näitas, et 2019. aastal esmase kõrgvererõhktõve diagnoosi saanud patsientide nii-öelda ravimitega kaetus¹⁷ oli ajavahemikul 2019–2024 järgmine:

- 3. riskiastme rühmas, kuhu kuuluvad enamasti kaasuvate haigustega patsiendid, oli ravimitega kaetus parim. Selles rühmas ei olnud 39% patsientidest ravimeid välja ostnud selliselt, et neist oleks jätkunud vähemalt 80% ulatuses (mida peetakse võrdlemisi heaks tulemuseks) vaadeldud perioodist (eeldusel, et üks retsept katab kahe kuu ravi);
- 2. riskiastme patsientidest ei olnud 54% ravimeid välja ostnud selliselt, et neist oleks jätkunud vähemalt 80% ulatuses;
- 1. riskiastmes oli selliseid patsiente 60% (vt joonis 12, kus on esitatud ravimitega kaetus sihtrühmade kaupa);
- 4% patsientidest ei olnud kogu perioodi jooksul ühtegi ravimit välja ostnud.

61. Need tulemused viitavad katkendlikule ravile ja ebapiisavale ravijärgimusele. Isegi kui eeldada, et retseptid väljastati kolmeks kuuks, oleks väljaostetud ravimite kogus kogu kuueaastase perioodi katmiseks olnud piisav ligikaudu pooltel patsientidel ning sinne järeldus jääb kehtima.

Joonis 12. Kõrgvererõhktõve patsientide nii-öelda kaetus ravimitega retseptide väljaostmise alusel riskiastmete järgi aastatel 2019–2024



Allikas: Riigikontrolli analüüs Tervisekassa andmete põhjal

62. Ka 2024. aastal ei ostetud väljakirjutatud kõrgvererõhktõveravimitest aasta jooksul kõiki välja. PKSi nimekirja kuulunud patsientidest oli

¹⁶ Analüüsi piiranguks on see, et Tervisekassa andmekogu põhjal ei saa vaadata haiguse kulgu, kuid eelduslikult peab enamik neist, kes on korra PKSi krooniliste haigete jälgimise nimekirja sattunud, võtma ravimit järjepidevalt elu lõpuni.

¹⁷ Ravimitega kaetus kajastab seda, kas patsiendile jätkub ravimeid terveks perioodiks. Seda hinnatakse kaudselt, eeldades, et üks retsept katab enamasti kahe kuu ravi, aga see periood võib olla ka kolm kuud (vt sotsiaalministri määrus „Ravimite väljakirjutamine ja apteekidest väljastamine ning retsepti vorm“, § 2 lg 6).

väljaostmata retsepte 44%-l ning 1% patsientidest ei olnud kogu aasta jooksul ostnud välja ühtegi retsepti (vt ka vasakkasti).

Riigikontrolli hinnang

63. Kõrgvererõhktõvega patsientide ravi pikaajalised eesmärgid jäävad saavutamata, sest patsiente ei jälgita ravijuhendis ettenähtud mahus ega sagedusega. Riigikontrolli analüüsi järgi oli 2019. aastal esmase diagnoosi saanud patsientidest aastatel 2019–2024 igal aastal vähemalt üks vastuvõtt või muu kontakt arsti või õega vaid 37%-l patsientidest, samas kui 10%-l patsientidest oli selline kontakt vaid ühel aastal.

64. Samas ei tehtud arsti või õe juurde jõudnud patsientidele sageli ka kõiki vajalikke analüüse ega uuringuid, samuti ei saanud need patsiendid vajalikku nõustamist. Seetõttu ei ole patsientide jälgimine olnud piisav ega vasta ravijuhendi soovitatud käsitlusele.

65. Ka pikaajaline ravijärgimus ei ole piisav: 2019. aastal esmase diagnoosi saanud patsientidest ei olnud sõltuvalt riskiastmest 39–60% kuue aasta jooksul ravimeid välja ostnud sellises mahus, et neist oleks jätkunud kogu raviperioodiks. Tulemused viitavad katkendlikule ravile ja ebapiisavale ravijärgimusele. Ravimite pikaajaline tarvitamine on aga oluline, et vältida elukvaliteedi halvenemist, haiguse süvenemist ja raskete tüsistuste teket. Seetõttu ei ole kõrgvererõhktõvega patsientide pikaajaline ravi piisava kvaliteedi ega järjepidevusega tagatud.

Katkendlik ravi tuleneb ravi korralduse ja ravijärgimuse puudujääkidest

66. Ravijärgimusele on riiklikes strateegiates pööratud vähe tähelepanu. Rahvusvaheliste uuringute kohaselt on krooniliste haiguste ravimite võtmise järjepidevus kehv ligikaudu pooltel patsientidest ning see põhjustab tüsistusi, enneaegseid surmasid ja tervishoiuteenuste suuremat kasutust. Ravijärgimus sõltub ravimi omaosaluse suurusest, inimese teadmistest ja uskumustest oma haiguse ja ravi eesmärkide kohta, kuid seda ei mõjuta üksnes patsiendi käitumine.¹⁸

67. Ravijärgimust pärsib ka see, et retseptide uuendamine on tülikas, tervishoiutöötaja ja patsiendi suhtlus võib olla napp ning patsientide kaasatus raviplaani ei ole piisav. Ravijärgimuse parandamine eeldab süsteemseid lahendusi ning paremaid teadmisi haiguse ja ravimite kohta.¹⁹

Perearstide tegevus ja selle kitsaskohad

68. Kui kõrgvererõhktõvega patsiendi ravijärgimusega on probleeme, kasutavad perearstid veebiküsitluse kohaselt selle parandamiseks kõige enam kolme meetodit:

¹⁸ Adherence to long-term therapies. Maailma Tervishoiuorganisatsioon, 2003.

¹⁹ Rabia Khan, Karolina Socha-Dietrich. Investing in medication adherence improves health outcomes and health system efficiency: Adherence to medicines for diabetes, hypertension, and hyperlipidaemia. OECD Health Working Papers, No. 105, 2018, <https://doi.org/10.1787/8178962c-en>.

- kontaktvastuvõtul patsiendi nõustamine ravi vajalikkuse asjus;
- patsiendiga koos raviplaani koostamine;
- patsiendile kirjalike juhiste kaasaandmine (vt ka lisa C, joonis 25).

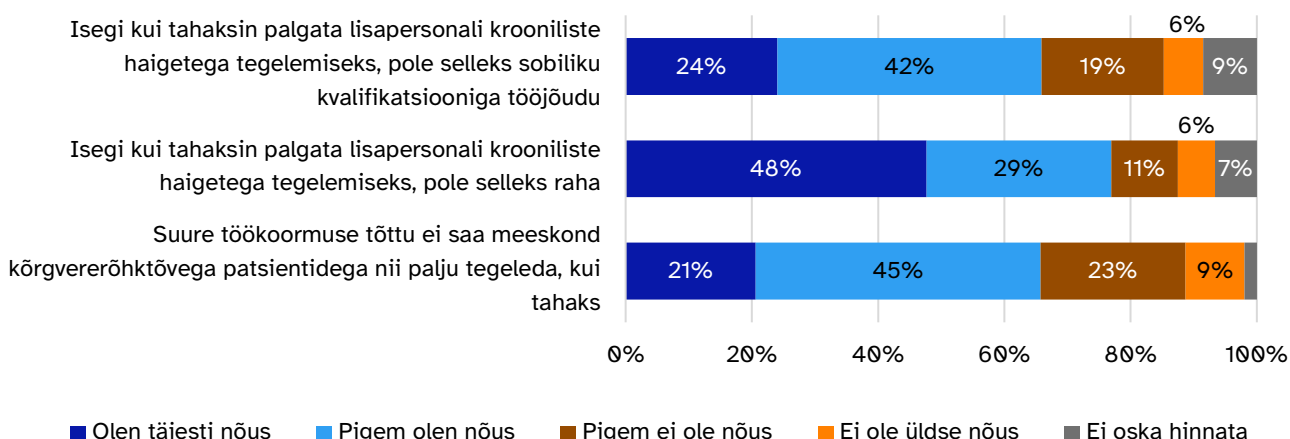
Teadmiseks, et

kõige sagedamini seisavad arstid kõrgvererõhktõve ravi puhul silmitsi olukorraga, kus tuleb hinnata, kas patsiendi ravile allumatuse põhjuseks on halb ravijärgimus või ei toimi määratud ravim piisavalt tõhusalt. Halb ravijärgimus võib seega viia ebaõigete raviotsusteni.

69. Tõsiste sümptomiteta patsientidel on ravijärgimus sageli kehvem. Kuigi patsient vastutab selle eest, kas ta ravimit tarvitab, peaksid Riigikontrolli hinnangul ka tervishoiutöötajad jälgima krooniliste haigete ravimite väljaostmist ning nõustama patsiente ravimite tarvitamise, kõrvaltoimete ja ravi järjepidevuse küsimustes. Samuti on oluline, et perearst või -õde kutsub patsiendi visiidile ja teeb vajalikud uuringud/analüüsid ravi hindamiseks.

70. Perearstide sõnul takistab krooniliste haigete järjepidevat jälgimist eelkõige ajapuudus. Küsitlusele vastanud perearstidest 66% oli täiesti või pigem nõus väitega, et suure töökoormuse tõttu ei saa perearstimeeskond kõrgvererõhktõvega patsientidega tegeleda nii palju, kui sooviks (vt ka joonis 13). Lisapersonali palkamist piiravad perearstide hinnangul nii rahalised võimalused kui ka sobiva kvalifikatsiooniga töötajate vähesus.

Joonis 13. Perearstide hinnangud patsientide jälgimisega seotud väidetele aastal 2025



Allikas: Riigikontrolli analüüs perearstide veebiküsitluse tulemuste põhjal

71. Selleks, et oma tööd paremini planeerida, peab perearstidel olema ülevaade oma nimistu kõrgvererõhktõvega patsientidest. Selle tagamiseks uuendab Tervisekassa igal aastal perearstide kvaliteedisüsteemis jälgimisel olevate kõrgvererõhktõvega patsientide nimekirja ja edastab selle perearstidele (vt p 15–16).

72. Nimekirja regulaarne uuendamine välistab ühelt poolt, et sellesse jääksid inimesed, kes on näiteks välismaale kolinud või tervenunud. Teisalt võivad nimekirjast välja jääda kõrgvererõhktõve diagnoosiga patsiendid, kes ei ole kahe aasta jooksul käinud arsti vastuvõtul ega tarbinud ravimeid. Seetõttu võib patsient, keda perearst ise proaktiivselt ei jälgi ega visiidile kutsu ning kes ise ei võta aktiivselt vastutust oma

tervise eest, jääda perearsti vaateväljast välja, kuna toimivat meeldetuletus- või järelevalvesüsteemi ei ole.

73. Perearsti infosüsteemid ei toeta alati patsientide aktiivset jälgimist ega nimistu kõrgvererõhktõvega patsientide hulgast nende eristamist, kelle seisund on kriitiline. Perearstidest 64% nõustus täielikult või osaliselt väitega, et infosüsteem ei võimalda kõrgema riskiastmega patsiente eristada. Samas varieerusid hinnangud sõltuvalt kasutatavast infosüsteemist.

74. Probleem on ka see, et terviseandmeid ei ole varem kvaliteetselt dokumenteeritud, mistõttu pole võimalik patsiente terviseandmete põhjal eristada.

75. Perearstide küsitluse põhjal leidis 54% vastajatest, et digiteenindusplatvorm (PADI) hõlbustab krooniliste haigetega suhtlemist, samas kui 45% perearstidest ei pidanud seda abistavaks. Kõik patsiendid ei ole valmis digiplatvormi kaudu perearstiga või tema meeskonnaga suhtlema, eeskätt piiratud digiligipääsu või madala digipädevuse tõttu. Seetõttu ei saa ravijärgimuse toetamine tugineda üksnes digilahendustele, vaid see eeldab mitme kanali kaudu suhtlust, mis arvestab patsientide erinevat võimekust ja vajadusi.

76. Kardioloogide hinnangul on kõrgvererõhktõve ravimid Eestis patsientidele üldjoontes kättesaadavad: need on turul olemas ning Tervisekassa kompensatsiooni tõttu ei ole nende hind enamiku patsientide jaoks peamine takistus. See viitab, et ravijärgimuse probleemid tulenevad eeskätt muudest teguritest, nagu patsiendi teadlikkus, ravi järjepidev toetamine ning raviprotsessi jälgimine ja meeldetuletamine, mitte ravimite kättesaamatusest.

77. Tervisekassa hinnangul on viimastel aastatel ravijärgimuse parandamise peamine vahend olnud riskipatsientide ravijuhtimise teenus, mille raames koostatakse patsiendiga koos isiklik raviplaan. Teenuse testimisel jõuti järeldusele, et ravijärgimust parandavad eelkõige põhjalik selgitustöö ravimite tarvitamise vajalikkuse kohta ning patsiendiga ühiselt kokku lepitud raviplaan (vt vasakkasti).

78. Riskipatsientide ravijuhtimise teenuse eesmärk oli tuua perearsti-abisse proaktiivsem lähenemine krooniliste haigete ravile ja vähendada kõrge hospitaliseerimisriskiga patsientide haiglasse sattumist. Teenuse sihtrühmaks on mitme kroonilise haigusega patsiendid, kellest enamik kuuluvad ka PKSi krooniliste haigete nimekirja. Pilootprojekti edust tulenevalt seadis Tervisekassa eesmärgiks muuta riskipatsientide ravijuhtimine osaks tavapärasest patsiendikäsitlusest.

79. Riskipatsientide ravijuhtimise teenust on seni aga osutatud vähestele patsientidele (vt statistikat lisas B, tabel 3). Intervjuude ja statistika põhjal kuulub enamik teenust saanud patsiente ka PKSi

Digiteenindusplatvorm (PADI) – patsiendi ja perearstikeskuse suhtluse turvaline infotehnoloogiline kanal. Alates 2024. aastast rahastab Tervisekassa digiteenindusplatvormide kasutamist perearstiabis. Kasutusel on kolm platvormi.

Allikas: [Tervisekassa koduleht](#)

Riskipatsientide ravijuhtimine ja keskne raviplaan

Teadmiseks, et

riskipatsientide ravijuhtimise teenus töötati välja koostöös Maailmapangaga, kes hindas pärast projekti lõppu teenuse efektiivsust ravitulemuste paranemise kaudu. Hindamise tulemused näitasid, et patsientide hospitaliseerimiste arv vähenes, nende tervise-seisund ja tervisekäitumine paranesid ning patsiendid võtsid suurema vastutuse oma tervise eest. Teenuse hinnas on arvesse võetud ka patsiendi nõustamisele kuluv aeg.

Allikas: [Tervisekassa koduleht](#) ja vastavad dokumendid

nimekirja, kuid mitte kõik. PKSi nimekiri põhineb kõrgvererõhktõve riskiastmel, kuid riskipatsientide ravijuhtimise teenusele saab suunata ka teiste haigustega patsiente, kes teenuse eesmärgiga sobivad.

80. Riskipatsientide ravijuhtimise teenust ei paku perearstid peamiselt ajapuuduse tõttu või põhjusel, et nad ei ole teenuse olemasolust teadlikud (vt lisa C, joonis 27). Teenuse uus lähenemisviis eeldab muu hulgas arstidelt ja õdedelt mõtteviisi muutust – raviplaanis seatud ravi eesmärgid peaksid olema eelkõige patsiendi enda omad.

81. Tervisekassa sõnul on tulevikus plaanis muuta teenuse osutamine PKSi osaks. Arvestades, et teenuse väljatöötamisele kulus kuue aasta jooksul ligikaudu 710 000 eurot ning tegemist oli tulemusliku lähenemisega, on oluline, et sellega minnakse edasi ja Tervisekassa toetaks lähenemise juurutamist perearstide seas.

82. Praegu kasutavad perearstid erinevaid raviplaani vorme, kuid patsiendid neid ei näe ning vastavat dokumenditüüpi ei saa saata tervise infosüsteemi (TIS) ning see takistab andmete laiapõhjalist kasutust. See piirab raviteabe ühtset kasutamist, ravi järjepidevust ning patsientide kaasamist oma ravi juhtimisse.

83. Ravijärgimuse parandamiseks ja patsientide teadlikumaks kaasamiseks oleks vajalik keskne raviplaani, kuhu oleks koondatud patsiendile määratud ravi ning mida saaksid vaadata ja vajaduse korral täiendada nii patsiendid kui ka erinevad tervishoiutöötajad ja -spetsialistid.

84. Samas ei asenda keskne raviplaani piisavat dokumenteerimist: lahendus on toimiv üksnes juhul, kui raviandmed on korrektsed, ajakohased ja süsteemselt kajastatud. Tervisekassa hinnangul võiks keskne raviplaani olla osa [terviseplaanist](#), kuid viimase arendus on takerdunud IT-probleemidesse. Tervisekassa kavandab terviseplaani arendusega jätkata 2026. aastal.

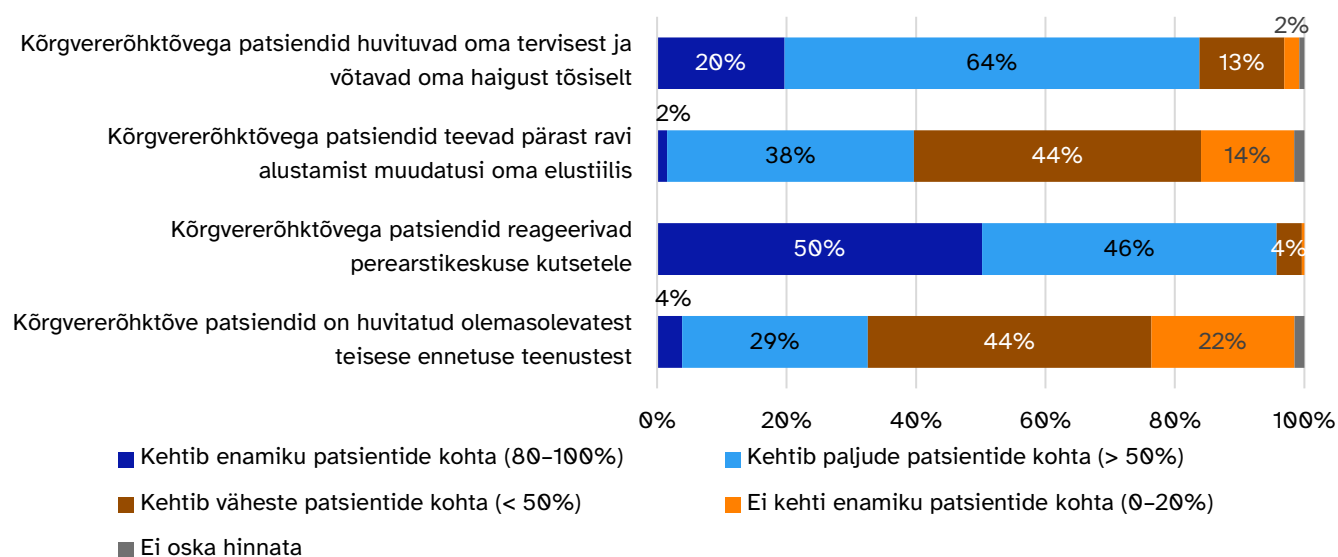
85. Patsientide eluviisi muutmist ei takista perearstide hinnangul niivõrd huvipuudus oma tervise vastu, kuivõrd vähene valmisolek teha eluviisis muudatusi ja motivatsiooni püsimine olukorras, kus haigus ei põhjusta vaevusi (vt joonis 14). Lisaks on paljudel piiratud teadlikkus eluviisi-muutuste mõjust tervisele ja kasin oskus neid muutusi igapäevaelus rakendada. Seetõttu on tervishoiutöötajate jaoks väljakutse, kuidas toetada patsiente pärast ravi alustamist nii, et nad mõistaksid eluviisi muutmise olulisust ja oleksid valmis uut eluviisi järjepidevalt järgima.

[Terviseplaani](#) – kõikide patsiendiga tegelevate spetsialistidele nähtav terviseinfosüsteemi (TIS) kasutajaliides, mis võimaldaks kiirelt ja efektiivselt tutvuda patsiendi kõige olulisema terviseinfoga. Lisaks peaks lahendus võimaldama teha peamisi toiminguid, mida patsiendi raviteekonna haldamiseks on vaja.

Allikas: [Terviseplaani eelanalüüs](#)

[Motiveeriv intervjuerimine ja patsientide valmisolek eluviisi muuta](#)

Joonis 14. Perearstide hinnangud selle kohta, mil määral kehtivad järgmised väited nende nimistu kõrgvererõhktõve patsientide suhtes



Allikas: Riigikontroll veebiküsitluse andmete põhjal

Teadmiseks, et

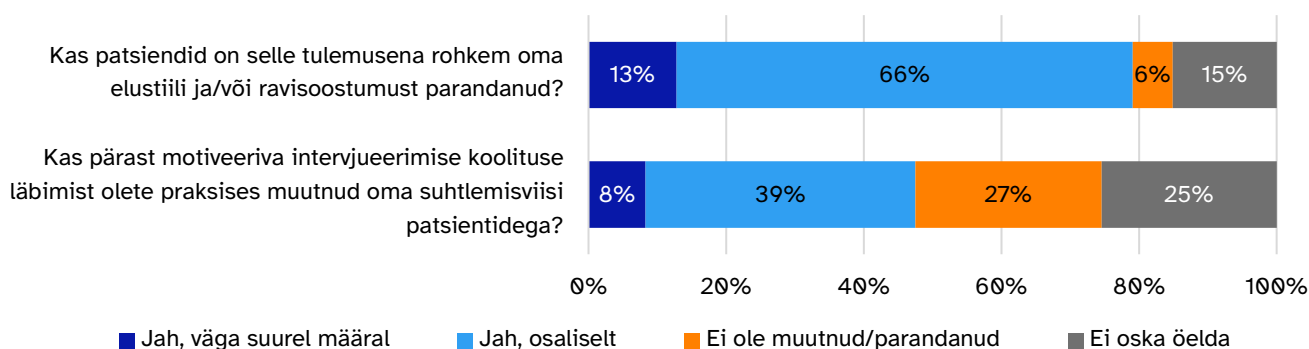
- 30% perearstidest märkis, et nende meeskonnast ei ole keegi motiveeriva intervjuerimise koolitust läbinud;
 - 35% vastas et koolituse on läbinud vähem kui pooled meeskonna liikmed.
- Üksikpraksiste seas oli rohkem neid, kelle meeskonnast polnud ükski töötaja koolitust läbinud. Samuti esines koolituse läbimise määras piirkondlikke erinevusi (vt lisa C, joonis 28)

Allikas: Riigikontrolli veebiküsitlus perearstide seas

86. Patsientide teadlikkuse ja valmisoleku suurendamiseks on Eestis kasutatud motiveeriva intervjuerimise metoodikat. Küsitluses hindas 79% vastava koolituse läbinud perearstidest, et osa nende patsientidest on oma eluviisi ja/või ravisoostumust parandanud. Samas näitas küsitlus, et vähem kui pooled koolituse läbinud perearstid on oma suhtlemisviisi järjepidevalt muutnud (vt joonis 15).

87. See viitab, et koolitusest üksi ei piisa – meetodi rakendamine sõltub ka ajast, töökoormusest ja meeskondlikust toest. Lisaks ei ole kõik perearstimeeskonnad vastavat koolitust läbinud (vt vasakkasti). Koolitusel osalemine sõltub tervishoiuteenuse osutaja valmisolekust katta koolituse maksumus ja võimaldada tervishoiutöötajatele selleks vajalik aeg.

Joonis 15. Perearstide hinnangud motiveeriva intervjuerimise teemal



Allikas: Riigikontroll veebiküsitluse andmete põhjal

Tervisekassa arendused ja ravijärgimuse hindamine riigi tasandil

Patsiendijuhend – sõltuvalt ravijuhendi temaatikast ja vajadusest koostatakse ravijuhendite juurde ka teemakohaseid patsiendijuhendeid, mis sisaldavad patsiendile vajalikku infot haigusega toimetulekuks.

Allikas: [Tervisekassa koduleht](#)

Teadmiseks, et

ravijärgimuse parandamiseks on Tervisekassa ja Sotsiaalministeerium plaerinud krooniliste haigete raviminõustamisse kaasata apteekreid. Seda teemat on käsitletud aruande alapeatükis „Teiste esmasaastandi osapoolte roll krooniliste haigete käsitluses on alakasutatud“.

88. Patsiendi vastutuse ja teadlikkuse suurendamiseks soovib Tervisekassa lisada Terviseportaali ravisoovitusi ja muud asjakohast teavet. Praegu on portaalis olemas link [patsiendijuhenditele](#), mis asuvad ravijuhendite portaalis, kuid see on kasutajale raskesti leitav. Vaja oleks patsiente selgemalt teavitada patsiendijuhendite olemasolust. Samuti tuleks hinnata, kas olemasolevad patsiendijuhendid katavad krooniliste haiguste käsitluse vajadused piisavas mahus ja patsiendile arusaadaval viisil.

89. Kuigi Tervisekassa plaanib Terviseportaali kaudu parandada terviseeteabe kättesaadavust, ei ole selle tegevuse tähtaega määratud ning digikanalid ei ole kõigile patsientidele piisavad. Kehvema digipädevusega patsientide toetamiseks on vaja kasutada ka mittedigitaalseid teavitamisviise.

90. Tervisekassa pakub paberil tasuta patsiendijuhendeid. Kuigi kõik tervishoiuteenuse osutajad ei ole neist huvitatud, tuleb nende pakkumist jätkata. Oluline on tagada, et patsiendini jõuaks talle arusaadav ja lihtsas keeles esitatud teave sobiva kanali kaudu, olgu see digitaalne või paberil.

91. Lisaks alustas Tervisekassa augustis 2025 patsientidele ravimite väljakirjutamise teavituste saatmist portaali eesti.ee kaudu seal märgitud e-posti aadressidele. See on oluline samm ravijärgimuse toetamiseks, kuid edasiste tulemuste saavutamiseks on vaja täiendavaid lahendusi.

92. Meeldetuletused võiksid olla suunatud nii patsiendile kui ka perearsti meeskonnale (vaid krooniliste haiguste korral): patsiendile selleks, et ta saaks uut retsepti küsida, ning perearstile selleks, et teha meditsiiniline otsus retsepti pikendamise või patsiendi visiidile kutsumise vajaduse kohta.

93. Riigikontrollile intervjuu andnud kardioloogide hinnangul tuleks ravijärgimust Tervisekassal süstemaatiliselt seirata, et riigi tasandil oleks olemas ülevaatlik ja võrreldav info. See seisukoht on kooskõlas rahvusvaheliste uuringutega (vt p 67).

94. Miinimumnõudena võiks Tervisekassa kasutada retseptikeskuse andmeid ning anda tervishoiutöötajatele tagasisidet nende patsientide ravijärgimuse kohta, näiteks võrreldes ravimitega kaetust päevades²⁰ piirkondliku või erialase keskmisega. Praegu selline infotehnoloogiline lahendus puudub.

95. Tervisekassa jälgib PKSi raames kõrgvererõhktõvega patsientidele ravimite väljakirjutamist üksnes 2. ja 3. riskiastme korral, kuid

²⁰ Ravimitega kaetus päevades on näitaja, mis iseloomustab seda, kui suure osa ajast on patsient ravi ajal ravimeid kasutanud.

perearstide kvaliteeditasu selle tulemusest ei sõltu. Veelgi enam, pärast seda, kui ravimite väljakirjutamine muutus PKSi nn jälgimisindikaatoriks (vt p 20), on kõrgvererõhktõvega patsientide hõlmatus retseptidega vähenenud: 2021. aastal oli see 87%, 2024. aastal aga 76%. See viitab, et kui indikaatori täitmine ei ole enam seotud kvaliteeditasu arvestamisega, väheneb ka selle täitmise määr.

Riigikontrolli hinnang

96. Ravijärgimuse ja ravi järjepidevuse probleemid on osa kõrgvererõhktõve ravi puudulikkusest ning tulenevad nii patsientide teadlikkusest ja hoiakutest kui ka perearstiabi töökorraldusest süsteemi tasandil tervikuna. Ravi ei vasta alati ravijuhendis ette nähtud käsitlusele ning patsientide jälgimist piiravad perearstiabis eelkõige ajapuudus ja kvalifitseeritud meeskonnaliikmete nappus.

97. Perearstiabi toimivust piirab ka see, et krooniliste haigete jälgimist toetavaid tehnoloogilisi lahendusi on vähe. Selliste lahenduste puudumine raskendab perearstil ülevaate saamist patsientide seisundist ja ravimite tarvitamisest, samuti on nii keerulisem suure töökoormuse korral prioriseerida oma tegevusi. Näiteks võib kõrgvererõhktõve diagnoosiga patsient jääda PKSi nimekirjast üldse välja, kui ta ei ole kahe aasta jooksul käinud perearsti või -õe vastuvõtul ega ole olnud nendega muul moel kontaktis ega talle ei ole välja kirjutatud ravimeid. Kui puuduvad meeldetuletussüsteemid ja patsiente ei saa nende tervisliku seisundi põhjal eristada, siis ei ole perearstidel võimalik oma nimistu suurema riskiga patsiente tõhusalt jälgida.

98. Patsientide motivatsiooni suurendamiseks ja eluviisimuutuste toetamiseks ei ole perearstiabis kasutatud kõiki võimalusi. Motiveeriva intervjuerimise metoodika võib olla üks töövahend, mis aitab ravijärgimust toetada ja eluviisimuudatusi ellu viia. Samas ei ole osa perearstimeeskondi vastavat koolitust läbinud, peamiselt selle maksumuse ja ajakulu tõttu. Koolituse läbimine ei ole ka eesmärk omaette, kuid neile, kes soovivad oma patsientide nõustamise oskust täiendada, võib see olla oluline täiendav tugi.

99. Patsientide teadlikkuse ja ravijärgimuse toetamiseks rakendatud lahendused ei ole seni olnud piisavad, et tagada ravi järjepidevus. Tervisekassa arendused, nagu ravimite väljakirjutamise teavitused ja patsiendijuhendite lisamine Tervisportaali, täiendavad perearstiabi. Need lahendused ei asenda aga perearsti ja patsiendi vahelist suhtlust ega lahenda infovahetuse probleeme esmatasandil. Arendused on algsjärgus ning puuduvad terviklikud lahendused, nagu retseptide kehtivuse teavitused, keskne raviplaan ja visiitide meeldetuletused.

100. Eelneva tõttu saab öelda, et krooniliste haigete käsitluses puudub terviklik süsteem ravi edukuse ja ravijärgimuse hindamiseks. Sotsiaalministeerium ja Tervisekassa ei kasuta järjepidevaid seire- ega

teavitussüsteeme, mis võimaldaksid ennetada ravi katkemist ja toetada tervishoiutöötajaid krooniliste patsientide jälgimisel.

Perearsti kvaliteedisüsteem vajab edasiarendamist krooniliste haigete paremaks jälgimiseks

Teadmiseks, et

PKSiga sarnaseid motivatsioonisüsteeme rakendatakse paljudes Euroopa riikides. Üldiselt on analüüsid leidnud, et kuigi taolistel süsteemidel on olnud pigem vähene mõju rahvastiku tervisenäitajate paranemisele, on need aidanud parandada ja ühtlustada teenuse kvaliteeti.

Allikas: [Better Ways to Pay for Health Care](#). OECD, 2016, lk 80.

Teadmiseks, et

lisatasu makstakse ainult kinnitatud nimistuga perearstile. Kui haigusi ennetava ja krooniliste haigete jälgimise kriteeriumidest on täidetud vähemalt 80%, siis makstakse lisatasu koefitsiendiga 0,8, kui vähemalt 90%, siis koefitsiendiga 1,0.

Allikas: [Tervisekassa poolt tasu maksmise kohustuse ülevõtmise kord](#), § 8 lg 12 ja lg 13

Lisatasu piirhind haigusi ennetava ja krooniliste haigete jälgimise töö eest oli 2025. aastal ühe pereõega perearsti meeskonna puhul 5965 eurot ja kahe või enama pereõega meeskonna puhul 7470 eurot.

Allikas: [Tervisekassa tervishoiuteenuste loetelu](#), § 3 lg 22

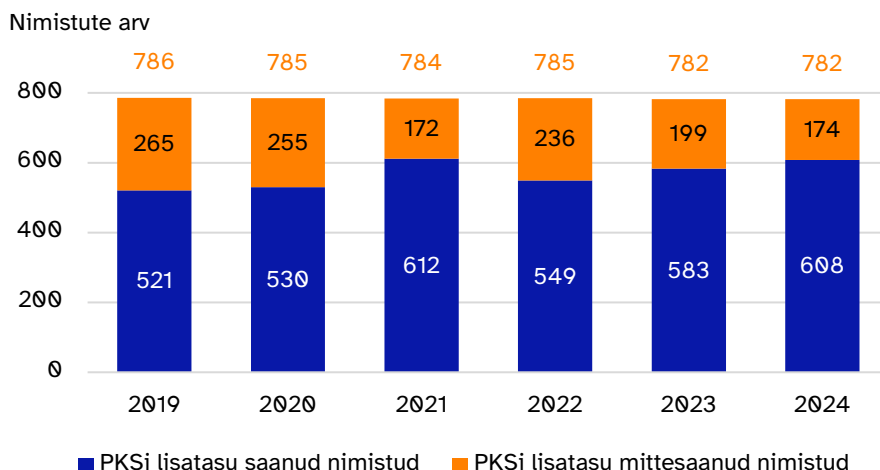
101. Perearstide kvaliteedisüsteem (PKS) toetab kõrgvererõhktõve haigete efektiivsemat jälgimist ja aitab ennetada tüsistusi siis, kui see motiveerib perearste krooniliste haigete jälgimiseks vajalikke tegevusi järjepidevalt ellu viima. Selle toimimise eelduseks on, et krooniliste haigete nimekirjad on korrektsed ning PKSis ettenähtud tegevused aja- ja asjakohased.

102. Riigikontrolli küsitluse kohaselt motiveerib PKS perearste kõrgvererõhktõvega patsiente efektiivsemalt jälgima – selle väitega nõustus 73% vastanutest. Samuti märkis 63% perearstidest, et PKSi tulemuste jälgimine on aidanud neil oma tegevust muuta ja tulemusi parandada (vt lisa C, joonis 30). Võrreldes 2011. aasta Riigikontrolli auditiga „Perearstiabi korraldus“ on olukord paranenud – toona leidis vaid 35% küsitatud perearstidest, et PKS motiveerib neid paremat teenust osutama.

103. PKSis hinnatakse tulemusi Tervisekassale saadetud raviarvete ja neile märgitud teenusekoodide alusel. Vastavalt sellele, kui suurele osale sihtrühmast on kriteeriumis ettenähtud tegevused tehtud, moodustub hõlmatus. Sõltuvalt hõlmatus määrast antakse iga kriteeriumi eest punkte. Lisatasu arvestamisel liidetakse kokku haiguste ennetamise ja krooniliste haigete jälgimise kriteeriumide eest saadud punktid. See tähendab, et kõrgvererõhktõve patsientide jälgimise eest saadud punktid moodustavad ainult ühe osa lõppskoorist.

104. Auditiperioodil on PKSi lisatasu saavate tervishoiuasutuste ja nimistute arv suurenenud (vt joonis 16). Kui 2019. aasta tulemuste eest maksis Tervisekassa 521 perearsti nimistu kohta haiguste ennetamise ja krooniliste haigete jälgimise eest 3,4 miljonit, siis 2024. aasta tulemuste eest 608 perearsti nimistule 4,2 miljonit eurot.

Joonis 16. Perearsti kvaliteedisüsteemi raames haiguste ennetamise ja krooniliste haigete jälgimise eest lisatasu saanud nimistute arv aastatel 2019–2024



Allikas: Riigikontroll Tervisekassa andmete põhjal

Teadmiseks, et

nn õiglase tasu meetoodika töötati välja koostöös Maailmapangaga selleks, et motiveerida perearste ravima ja jälgima võimalikult suurt osa oma patsientidest.

Uuel meetoodikal on kolm peamist põhimõtet:

- iga teenuseosutaja on eeldatavasti keskmisel tasemel ning tal on võimalus tõestada vastupidist;
- kui teenuseosutajal on sihtrühmas vähe patsiente, siis teda ei karistata ega premeerita;
- kui teenuseosutajal ei ole sihtrühmas patsiente, siis määratakse talle keskmine hõlmatus tase.

Allikas: [Tervisekassa veebileht](#)

105. Samas tuleb arvestada, et alates 2021. aastast muudeti oluliselt tulemuste arvutamise meetoodikat (vt vasakkast) ning suurem lisatasu saavate perearstide arv ei tähenda tingimata suuremat hulka jälgitud patsiente, sest iga aasta punktiskoore ei ole võimalik enam võrrelda.

106. Kui varem oli lisatasu saamiseks nõutav hõlmatus kõigile nimistutele ühesugune, siis oli väiksema krooniliste haigete osakaaluga nimistutel lihtsam eesmärgiks seatud hõlmatus saavutada.²¹ Uue meetoodika järgi ei anta nõutavat hõlmatust ette, vaid vajalik hõlmatus kujuneb välja aasta jooksul, võttes arvesse nii hinnatava nimistu kui ka kõikide nimistute keskmist sihtrühma suurust ja saavutatud hõlmatus taset indikaatorite lõikes. Tervisekassa ei ole muudatuse mõju seni veel analüüsinud.

107. Vaatamata tehtud muudatustele ning tõsiasjale, et Tervisekassa näeb PKSi rakendamist perearstide kohustusena ja kriteeriumid tuginevad ravijuhendi soovitudele (vt p 14 ja 18), on endiselt suur hulk perearste, kes pole PKSi lisatasu saamiseks tulemusi saavutanud või ei tegele kriteeriumide täitmisega üldse. 2024. aastal oli ligi viiendik perearstide nimistutest sellised, kus PKSi lisatasu saamiseks vajalikku punktisummat ei saavutatud (vt joonis 16).

108. 2024. aasta PKSi tulemuste põhjal oli PKSi lisatasu mittesaanud perearstide nimistuid kõige enam Harju, Ida-Viru, Viljandi ja Valga maakonnas. Samuti iseloomustas selliseid nimistuid suurem vanema-ealiste inimeste osakaal ja vähem tugipersonali (vt lisa D). See viitab, et

²¹ 2016. aastal tehtud uurimus näitas, et keskmiselt paremaid PKSi tulemusi saavutasid perearstid, kelle nimistu oli väiksem ja nooremate patsientidega ehk nimistud, kus kroonilise haigete osakaal oli väiksem. – Eero Merilind jt. [Pay for performance of Estonian family doctors and impact of different practice- and patient-related characteristics on a good outcome](#). 2016.

PKSis saavad paremaid tulemusi endiselt rohkem perearstid, kelle meeskond on suurem ning kelle nimistutes on vähem kroonilisi haigeid.

109. PKSi kriteeriumide täitmine ei sõltu ainult perearsti tegevusest, sest kõik krooniliste haigustega patsiendid ei soovi ravi saada ega vasta perearstikeskuse kutsetele tulla kontrolli. Samas on ka perearste, kes põhimõtteliselt PKSi kriteeriumide täitmisega ei tegele. Veebiküsitluses toodi põhjustena enam välja, et lisanduv dokumenteerimine ja patsientide jälgimine võtaks liiga palju aega ning patsiendi jaoks ei muutuks sellest midagi (vt lisa C, joonis 31).

110. Perearstid, kes ei täida PKSi kriteeriumeid, ei saa lisatasu ning nende uuringufond on võrreldes PKSi lisatasu saanud perearstidega veidi väiksem.²² Muud tagajärjed või toetusmehhanismid puuduvad.

111. Tervisekassa ja Eesti Perearstide Seltsi koostöös toimus aastatel 2020–2025 perearstide arendamisele suunatud mentorlusprogramm, mis toetas muu hulgas ka PKSis madalamaid tulemusi saavaid perearste. Kulude kokkuhoiu kontekstis alates 2025. aastast enam uusi mentorlusprogrammi voore ei korraldata.²³

PKSi kriteeriumide aja- ja asjakohasus

Teadmiseks, et

2025. aasta novembris avaldas Tervisekassa perearstiabi rahastamissüsteemi muutmise ettepanekud, sh on ka eesmärk arvestada rahastamisel senisest enam perearsti nimistus olevate krooniliste haigete osakaalu.

Auditi toimingute lõpetamise ajal ei olnud teada, kas ja millisel kujul ettepanekud rakenduvad.

Allikas: Tervisekassa nõukogu otsus, 07.11.2025

112. Tervisekassa on aja jooksul vähendanud perearstide halduskoormust, mis on seotud PKSi kriteeriumide täitmisega. Näiteks arvestatakse PKSi tulemuste hindamisel automaatselt ka teiste eriarstide tehtud analüüse, mistõttu ei pea perearsti meeskond samu uuringuid kordama. Samas ei arvestata PKSi tulemuste hindamisel töötervishoiu tehtud analüüse, sest see info ei jõua Tervisekassasse (vt p 103). Töötervishoiuarstid ei esita Tervisekassale raviarveid, sest töötervishoidu rahastavad tööandjad.²⁴

113. Tervisekassa ja Eesti Perearstide Selts on ühisel meelel, et PKSi kriteeriume peab süsteemselt kohandama ja uuendama. Samas ei ole Tervisekassa perearstide ettepanekutest hoolimata viimastel aastatel kriteeriume muutnud. Tervisekassa selgituse kohaselt on tähelepanu sel perioodil olnud suunatud perearstiabi uue kulumudeli ja raamlepingu ettevalmistamisele.

114. Perearstide hinnangul on PKSi kriteeriumid üldiselt asjakohased ja vastavad ravijuhendile — küsitlusele vastanud perearstidest 69% olid selle väitega nõus (vt lisa C, joonis 30). Samas leidis 52% vastanutest, et kõrgvererõhktõvega patsientide jälgimiseks seatud indikaatoreid

²² Kui perearst täidab PKSi vähemalt 80% ulatuses, tõstetakse tema uuringufondi rahastust 39%-lt pearahast 45%-ni.

²³ Tervisekassa 2025. aasta eelarve seletuskiri, lk 11.

²⁴ Ainsaks erinevuseks on haiglavõrgus töötavad töötervishoiuarstid, kellel on Tervisekassaga leping. Praegu on haiglavõrgu haiglatest töötervishoiu rahastamise leping ainult Põhja-Eesti Regionaalhaiglal.

tuleks osaliselt ajakohastada või muuta, ning 9% arvas, et neid tuleks täielikult muuta.

115. Perearstide hinnangul ei ole väga eakate või raskes seisus patsientide puhul alati mõistlik ega võimalik kõiki analüüse teha ja peaks olema võimalik välistada PKSi nimekirjadest inimesi, kes järjekindlalt ravist keelduvad.

PKSi arendamise vajadus

116. PKSi kõige suuremaks kitsaskohaks on, et hinnatakse ainult analüüsides ja nõustamiste hulka, mitte aga patsientide ravi tulemuslikkust. Ühelt poolt ei saa kogu vastutust ravi tulemuslikkuse eest panna ainult perearsti meeskonnale, kuid teisalt ei ütle ainult raviarvete põhjal tegevuste mõõtmine midagi selle kohta, kas patsiendi vererõhk ka tegelikult kontrolli alla saadakse.

Teadmiseks, et

perearstid saavad patsiendi haigusloost ülevaate saamiseks kasutada andmevaaturi rakendust. Vererõhu mõõtmiste tulemused andmevaaturni aga ei kajastu – nende nägemiseks peab perearst eraldi avama iga patsiendi haigusloo sissekanded.

Allikas: intervjuud ekspertide ja Eesti Töötervishoiuarstide Seltsiga

117. Nii Eesti Perearstide Selts kui ka Tervisekassa sooviksid PKSi lisada tulemusindikaatoreid ning arendada süsteemi selliselt, et tulemuste saavutamist oleks võimalik pidevalt jälgida. Näiteks ei ole perearstidel praegu lihtsasti ligipääsetavat ja ülevaatlikku infot selle kohta, kui paljudel nimistu patsientidest on vererõhk kontrolli all (vt ka vaskkast). Tervisekassale oleks ravi tulemuslikkuse teave oluliseks sisendiks, mille alusel teenuse korraldamist parandada ja kvaliteeti ühtlustada.

118. Tervisekassa sõnul on käimas PKSi uuendamine ning koostöös Tervise ja Heaolu Infosüsteemi Keskusega (TEHIK) on viimastel aastatel otsitud lahendusi, mis võimaldaksid Tervisekassal lisaks raviarvete andmebaasile kasutada PKSi arendamiseks ka tervise infosüsteemi (TIS) andmeid.

119. Kuigi Tervisekassa on kaardistanud vajalikke arendusi ning teinud eeltööd, on suuremad PKSi arendused seni takerdunud IT-probleemidesse ning õiguslikesse küsimustesse. Ühe uuendusena on eelduslikult alates 2026. aastast perearstidel võimalik reaalajas PKSi praeguste kriteeriumide täitmist jälgida, kuid see on alles esimene samm.

120. Lisaks, kuigi stabiilses seisus krooniliste haigete jälgimine on pereõdede ülesanne (vt p 13) ning PKSi tulemuste saavutamisse on hõlmatud kogu perearsti meeskond, on PKS suunatud eeskätt perearstide motiveerimisele. Pereõdede töö korraldamine on perearsti vastutus, kuid pereõdede roll krooniliste haigete käsitluses on ajas oluliselt kasvanud. Samas ei ole pereõdede ülesanded krooniliste haigete jälgimisel piisavalt selgelt kokku lepitud.

Riigikontrolli hinnang

121. Perearstide kvaliteedisüsteem (PKS) toetab krooniliste haigete jälgimist, kuna aitab määratleda sihtrühmad ja motiveerib perearste ravijuhendile vastavaid tegevusi tegema. Samas mõõdab ja premeerib Tervisekassa PKSis kokkulepitud tegevuste tegemist, mitte ravitulemuste saavutamist.

Riigikontrolli soovitusd selles peatükis

122. Kuigi Tervisekassa näeb PKSi rakendamist perearstide jaoks kohustusena, ei ole Tervisekassal tõhusaid hoobasid, et perearste motiveerida, kui nad kriteeriume ei täida. Näiteks ei kaasne kriteeriumide mittetäitmisega muid tagajärgi peale lisatasu saamata jäämise. Ligikaudu viiendikus nimistutes ei saavutatud 2024. aastal PKSi lisatasu saamiseks vajalikke tulemusi.

123. Riigikontrolli soovitusd sotsiaalministrile koostöös Tervisekassa juhatuse esimehega:

- Luua automaatsed meeldetuletus- ja teavitussüsteemid krooniliste haigustega patsientidele vastuvõtule jõudmiseks ning retseptide õigeaegseks pikendamiseks.
- Arendada välja keskne raviplaani rakendus, mida saaksid kasutada nii patsiendid kui ka erinevad tervishoiutöötajad või -spetsialistid; selline lahendus aitaks ka suurendada patsientide teadlikkust ja vastutust oma ravi eest.
- Asuda seirama mõõdikuid, mis võimaldavad hinnata ravi järjepidevust, ravijärgimust ja toetada riskipatsientide varajast tuvastamist (nt ravi eesmärkide saavutamine, ravimite väljakirjutamine ja -ostmine, patsiendi kontaktide regulaarsus perearstiabiga).
- Vaadata üle perearsti meeskondade tegevust reguleerivad õigusaktid ja juhendid nii, et need toetaksid ja soodustaksid osa ravijärgimuse, nõustamise ja patsientide jälgimisega seotud tegevuste üleandmist pereõdedele jt perearstimeeskonna liikmetele.

Sotsiaalministri vastus:

- Tegevus on Tervisekassa fookuses.
- 2026. aastal luuakse Terviseportaali ja tervisejuhtimise töölauale Terviseplaani loomise võimalus. Terviseplaani koosneb nii ravieesmärkidest kui ka korraldusest ning jätkuarendusena on võimalik lisada plaanile ka teavitused. Terviseplaanile on juurdepääs nii tervishoiutöötajatel kui ka patsiendil.

Järgmise sammuna laiendatakse terviseplaani heaoluplaaniks ning lisatakse võimalus terviseteele juhil lisada ka heaolu ja erivajadustega seotud teavet ning lisada nõusolekupõhiselt juurdepääsud ka patsiendi lähedastele ja sotsiaaltöötajatele.

Seni kuni Terviseplaani rakendust veel ei ole, soovime patsientidel ise endale näiteks kalendrisse vajalikke meeldetuletusi lisada. Oluline on säilitada ja võimestada inimese enda vastutust oma tervise ees.

- Tervisesüsteemi toimivuse hindamise raames on kavas hinnata indikaatoreid, mis on ühtlasi ka rahvastiku tervise arengukavas 2020–2030 ja selle programmides, nt mõningaid ravi

järjepidevusega seotud indikaatorid (nt perearsti vastuvõtt 30 päeva jooksul pärast hospitaliseerimist ägeda müokardiinfarkti tõttu, perearsti vastuvõtt 30 päeva jooksul pärast hospitaliseerimist insuldi tõttu) (Tervisesüsteemi toimivuse hindamise raamistik).

- Õigusaktides on kirjeldatud üldpõhimõtted, kuid Tervisekassa ravi rahastamise lepingus ning seotud juhendites on täpsustatud detailsemalt seotud tegevused.

2026. aasta teise kvartali alguseks on planeeritud kinnitada sotsiaalministri määruse „Perearstiabi töökorraldus ning tervisekeskuste liigid ja nõuded“ eelnõu.

Peamised uuendatud põhimõtted:

- perearstiabi töökorralduse täpsustamine ja ühtlustamine;
- fookus proaktiivsusel, riskipõhisusel ja meeskonnatööl;
- eelduste loomine abi paremaks kättesaadavuseks ning triaaži süsteemseks rakendamiseks.

Lisaks planeerime koostöös Tervisekassa ja Terviseametiga töötada välja määruse ja teiste asjakohaste standardite vastavushindamise indikaatorid, et ennetada nõuete ebaühtlast rakendamist, toetada enesekontrolli ning võimaldada sihipärast ja proportsionaalset järelevalvet.

Esmatasandi tervishoiu arengukava rakenduskavas on samuti tegevusi, mis soodustavad meeskonnapõhist lähenemist perearstiabi osutamisele, näiteks riskipõhise ravijuhtimise programmi laiendamine koostöös Tervisekassaga.

Tervisekassa juhatuse esimehe vastus: Tervisekassa nõustub, et kõrgvererõhu patsientide järjepidevaks jälgimiseks on vaja lahendusi, mis toetavad nii õigeaegseid teavitusi, ravijärgimuse hindamist kui ka ravimeeskonna ühist ülevaadet patsiendi seisust. Viimastel aastatel oleme arendanud selleks keskseid tööriistu – tervisejuhtimise töölauda, terviseportaali ja otsusetuge – ning loonud aluse automaatsete teavituste ja ravimiskeemi kasutamiseks. Samal ajal valmistame ette keskse terviseplaani lahendust. Edasine arendamine, sh ravijärgimust toetavad teavitused ja meeskonnatöö parem tugi, sõltub prioriteetidest ja vajalikest õiguslikest kokkulepetest koostöös partneritega.

- Tervisekassa on keskendunud viimastel aastatel terviseinfosüsteemi andmetel põhinevate kesksete lahenduste arendamisele, nagu tervisejuhtimise töölaud ja terviseportaal. Tervisejuhtimise töölaud on mõeldud ravikvaliteedi juhtimiseks, sh kroonikute ja riskipatsientide jälgimiseks. Terviseportaali arendame järjepideva eesmärgiga tõsta patsiendi kaasatust oma raviprotsessis. Mõlema lahenduse arendamine toimub järjepidevalt koostöös kasutajatega ning teiste valdkonna osapooltega.

- Patsientide ja tervishoiutöötajate teavitamine on tehniliselt võimalik nii terviseportaali kui ka tervisejuhtimise töölaua kaudu. Oluline on rõhutada, et teavitused ei teki automaatselt, vaid eeldavad läbimõeldud otsuseid, milliste andmete alusel ja millises olukorras teavitusi kasutatakse. Automaatsete teavituste saatmise lahendus tervisejuhtimise töölaua kaudu valmis 2025. aastal ning sinna on võimalik jooksvalt lisada uusi teavitusi. Millised teavitused võetakse kasutusele esimeses järjekorras, sõltub prioriteetidest. Riigikontrolli raportis esile toodud soovitusel on nende valikute tegemisel oluliseks sisendiks, sh krooniliste patsientide regulaarse jälgimise ja vastuvõtule kutsumise toetamisel.
- Ravimite kasutamise ja ravimisoostumise toetamiseks on tervisejuhtimise töölauale loodud ravimiskeemi vaade, mida arendatakse ja täiustatakse jooksvalt ning kuhu on võimalik lisada ka teavitusi.
- Esmatasandi töö toetamiseks on Tervisekassa arendanud otsusetuge (Synbase'i platvorm), mis kasutab terviseinfosüsteemi andmeid ning annab perearstidele meeldetuletusi ja ravisoovitusi. Näiteks on alates 2021. aastast kõrgvererõhktõve patsientide jaoks kasutusel otsusetoes skript, mis kuvab perearstile automaatse meeldetuletuse juhul, kui esmase diagnoosi saanud patsiendile ei ole aasta jooksul tehtud ravijuhendis soovitatud analüüse ja uuringuid. Uute otsusetoete lahenduste arendamine toimub kooskõlas ravijuhendite koostamise ja ajakohastamisega.
- 2025. aastal uuendasime perearstide kvaliteedisüsteemi (PKS) riskipatsientide ja indikaatorite vaateid ehk viisime andmed MISP2 portaalist tervisejuhtimise töölauale. Muudatus teeb perearstile lihtsamaks oma nimistu riskipatsientide ülevaatamise ja nendega seotud tegevuste jälgimise. Arendustesse olid kaasatud Eesti Perearstide Seltsi esindajad. Edaspidi on plaan teha PKSi töölaud nähtavaks kogu ravimeeskonnale, mis eeldab õigusruumi muutmise vajaduse analüüsi koostöös Sotsiaalministeeriumiga.
- Tervisekassa tööplaanides on keskse raviplaani ehk terviseplaani loomine. Eelanalüüsiga alustab TEHIK 2026. aasta teisel poolel ning arendustööde alustamine sõltub eelanalüüsi tulemustest. Praeguseks on eraldiseisva lahendusena loodud ravimiskeemi vaade, mis ei ole veel keskne raviplaan, kuid on esimene samm terviseplaani suunas. Edaspidi on plaan hakata terviseplaanis koguma struktureeritud infot patsiendi tervise-eesmärkide kohta, mis on sisuliselt tervishoiutöötajate korraldused ja soovitusel. Lahendus on ühiseks töövahendiks kogu ravimeeskonnale, sh patsiendile, kes saab ligipääsu oma tervisega seotud eesmärkidele ja tegevustele.
- Lisaks alustab Tervisekassa sel aastal koostöös Sotsiaalministeeriumi ja teiste osapooltega töötervishoiu ja esmatasandi koostöömudeli loomist. Selle üheks eesmärgiks on kaasata töötervishoiuarste südame-veresoonkonnahaiguste

ennetusse. Koostöömudeli raames analüüsitakse ka olemasolevaid ning vajalikke täiendavaid IT-lahendusi, mille peamine eesmärk on piisavad ja kasutatavad terviseandmed, järjepidev patsienditeekond ja sekkumise monitooring. Esimese SVH ennetusteenuse pilootprojektiga soovime alustada 2026. aasta lõpus, vajadusel oleme planeerinud IT-arendusteks vahendeid 2027.–2028. aastaks. Arendusi rahastatakse Euroopa Liidu struktuurifondi vahenditest.

124. Riigikontrolli soovitusel Tervisekassa juhatuse esimehele:

- Suurendada koostöös Terviseametiga tervishoiuteenuse osutajate teadlikkust dokumenteerimismõuetest ja andmestandarditest ning tagada, et raviprotsessi ja patsiendi käsitlemise seisukohalt olulised andmed edastatakse järjepidevalt tervise infosüsteemi. See on ravi ohutuse, seire ja krooniliste haigete proaktiivse jälgimise parandamise eeldus.²⁵
- Tugevdada ravijuhendi „Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitlemine esmasjärgselt“ rakendamist krooniliste haigete käsitlemisel ja perioodiliselt kontrollida selle rakendamist.
- Selgitada perearstiabis ebaühtlase kvaliteedi põhjuseid ning rakendada sihitud parendustegevusi; analüüsida ebaühtluse vähendamiseks nimistute ja piirkondade erinevusi ning kaasata vajaduse korral planeerimis- ja arendustegevusse erialaühendus.
- Jätkata perearstide kvaliteedisüsteemi (PKS) arendamist, et nii perearstidel kui ka Tervisekassal oleks võimalik jälgida ka ravi tulemuslikkusega seotud näitajaid ning toetada senisest paremini krooniliste haigete ravi järjepidevust ja tulemuslikkust. Kasutada PKS-i arendamisel nimistute ja piirkondade erinevuste analüüsi tulemusi ning seiresüsteemist saadavat teavet.
- Toetada perearste, et riskipatsientide ravijuhtimise teenust oleks võimalik laiemalt pakkuda.
- Parandada patsientidele suunatud teabe arusaadavust ja kättesaadavust – näiteks lisada terviseportaali patsiendile mõeldud teavet ja soovitusi ning teha info kergesti leitavaks; teavitada patsiente terviseportaali kasutamise võimalustest; veenduda ravijärgimise parandamiseks, et patsientidele edastatud info oleks lihtne ja arusaadav.

Tervisekassa juhatuse esimehe vastus: Tervisekassa nõustub, et dokumenteerimise kvaliteet on krooniliste haigete jälgimise eeltingimus. Riigikontrolli varasema süsteemiülese auditi järeldustest lähtudes panustame dokumenteerimise parandamise eelkõige tööprogrammide ja andmestandardite kaudu, mitte järelevalve laiendamiseks. Terviseinfosüsteemi ümberehitus ja keske terviseplaani

²⁵ Sarnane soovitus on tehtud Riigikontrolli 2025. aasta auditis „Terviseandmete õigsuse, täpsuse ja ajakohasuse tagamine“.

arendus loovad eeldused olulisema terviseinfo ühtlasemaks dokumenteerimiseks, toetades seeläbi ka seiret ja kvaliteedihindamist.

- Dokumenteerimise ja terviseandmete kvaliteedi küsimusi käsitles Riigikontroll põhjalikult ka oma 2025. aasta auditis terviseandmete õigsuse, täpsuse ja ajakohasuse kohta, mis viidi läbi süsteemiüleselt ning sõltumata konkreetsetest haigusseisunditest. Auditis tuvastatud kitsaskohad kehtivad ka krooniliste haigetega seotud dokumenteerimise vaates ning on olnud aluseks edasistele arendustele ja koostööle valdkonna osapoolte vahel.
- Dokumenteerimise kvaliteet tervishoius ei ole üksnes järelevalve küsimus, vaid sõltub laiemalt kasutatavatest infosüsteemidest, töökorraldusest ja oskustest. Tervishoiuteenuse osutajatel on seadusest tulenev kohustus tervishoiuteenuse osutamine dokumenteerida ning dokumenteerimise üle teeb järelevalvet Terviseamet.
- TEHIKu eestvedamisel kavandatav terviseinfosüsteemi ümberehitus loob eeldused terviseinfo kogumiseks kindlates andmeväljades, mitte vabas tekstis, ning võimaldab andmete ühtlasemat kasutamist ja analüüsi. Seda suunda toetab ka keskse terviseplaani arendus, mis aitab vähendada vabas tekstis dokumenteerimist ning suunata tervishoiutöötajaid olulisema info ühtlasemale kirjeldamisele.
- Tervisekassa roll dokumenteerimise kvaliteedi parandamisel seisneb eelkõige selliste lahenduste arendamises, mis toetavad tervishoiutöötajaid igapäevatöös. Tervisejuhtimise töölaud ning 2026. aastal Tervisekassa eestvedamisel alustatav perearstide ühtse infosüsteemi lahendus aitavad parandada andmete kasutatavust ja järjepidevust ning toetavad paremat dokumenteerimist.

Tervisekassa nõustub Riigikontrolli hinnanguga, et perearstiabi kvaliteet on ebaühtlane. Rahastusmudeli muudatused rakendusi käesoleval aastal ja nende mõju kvaliteedile vajab veel hindamist. Paralleelselt arendame kvaliteedisüsteemi, et liikuda tegevuste arvestamiselt ravitulemuste hindamise suunas. Selleks on peamised vahendid ravijuhendite ajakohastamine, otsusetugi, terviseplaani arendamine ja andmepõhisem PKS.

- Tervisekassa nõustub, et perearstiabi teenuse kvaliteet on Eestis ebaühtlane. Selle põhjused ei ole ühetaolised ega piirdu üksikute praksiste tegevusega, vaid tulenevad mitme teguri koosmõjust: nimistute struktuursetest erinevustest, piirkondlikest eripäradest, prakse meeskonna pädevusest ning perearstide puudusest. Perearstide nappuse tõttu on mitmed nimistud pikemaajaliselt asendusteenusel, mis mõjutab paratamatult teenuse järjepidevust ja kvaliteeti.
- Kvaliteedi ebaühtluse leevendamiseks on rahastussüsteemi muudetud nii, et suurema haiguskooormusega nimistud saavad

kõrgemat rahastust ning keerulisemates piirkondades tegutsevatele praksistele on suurendatud kaugusetasu. Nende muudatuste eesmärk on paremini arvestada nimistute erinevat töökoormust ja teenuse osutamise tingimusi. Samuti on rahastuses suurendatud kvaliteedijuhtimise komponendi osakaalu, et motiveerida perearste senisest enam panustama teenuse juhtimiskvaliteedi arendamisse. Uus kulumudel rakendus selle aasta jaanuarist ning uute stiimulite mõju hakkame alles hindama.

- Rahastuse kvaliteedikomponendi raames viiakse koostöös Eesti Perearstide Seltsiga igal aastal läbi praksiste hindamine, mille eesmärk on hinnata eelkõige praksise juhtimist ning A- ja B-taseme praksised saavad lisatasu. Hindamise kriteeriume ajakohastatakse igal aastal eesmärgiga muuta need senisest enam andmepõhiseks ja objektiivseks. Samuti kasutatakse hindamist selleks, et tuvastada madalama tasemega praksiste peamised probleemid ning kavandada neile sihitud toetusprogramme. Varem on selliste meetmete hulka kuulunud näiteks perearstide mentorlusprogramm.
- Perearstide kvaliteedisüsteemi (PKS) arendamine on Tervisekassa jaoks eraldiseisev ja järjepidev töö, mida tehakse tihedas koostöös Eesti Perearstide Seltsi ja Esmatasandi Tervisekeskuste Liiduga. Need organisatsioonid on olnud kaasatud ka uue rahastusmodeli väljatöötamisse. PKS on suunatud eelkõige ravi sisu ja ravitulemuste hindamisele, mitte praksise juhtimisele.
- PKSi edasine areng sõltub otseselt kvaliteetsetest ja võrreldavatest andmetest. Seetõttu peab Tervisekassa oluliseks tihedat ja sisulist koostööd TEHIKuga, kuna PKSi arenduste aluseks on tervise- infosüsteemis kogutavad ühtlasemad ja masinloetavad andmed.
- Olulist rolli mängib siin ka keskse terviseplaani lahendus. Terviseplaan loob eeldused, et ravijuhendites seatud eesmärgid oleks võimalik siduda mõõdikutega ning kasutada neid PKSi osana. See võimaldab tulevikus hinnata mitte ainult seda, kas tegevus on tehtud, vaid kas ravi on toonud oodatud tulemuse. Vajalikud eeldused terviseplaani lahenduseks loob STEEL-projekt ehk TEHIKu haldusesse loodav ja tulevikus edasiarendusi võimaldav andmeladu, mis ühendab tervise infosüsteemi (ravidokumendid), Tervisekassa andmekogu (raviarved, hüvitised) ja retseptikeskuse andmed. Andmelao kasutuselevõtt toimub praeguse plaanide kohaselt 2026. aasta jooksul, misjärel liidestatakse vastavalt vajadusele uusi andmeallikaid ning arendatakse uut järelevalvemudelit.
- Riskipatsientide paremaks jälgimiseks ja koordineerimiseks kaalutakse terviseteeconna juhi ametikoha loomist praksiste juurde. See eeldab, et terviseplaan ja perearstide kvaliteedisüsteem oleksid omavahel selgelt seotud. Samuti täieneb terviseportaal patsiendile suunatud sisu, et parandada patsientide arusaamist oma ravist ja järgnevatest sammudest.

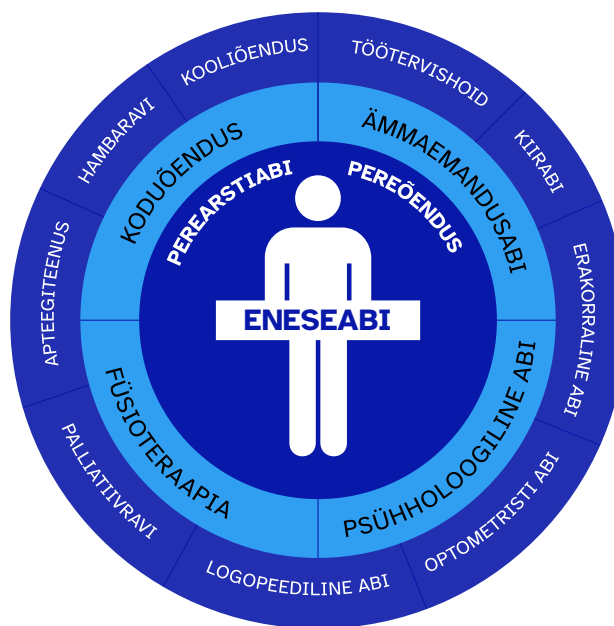
- 2026. aasta esimesel poolel loob Tervisekassa südame-veresoonkonna haiguste peaspetsialisti töökoha. Sellega on plaanis käivitada südame-veresoonkonna haiguste ennetuse pilootteenus koostöös pere- ja töötervishoiuarstidega, et hinnata teenuse osutamise võimekust ning luua eeldused teenuse ühtlaseks ja kättesaadavaks rakendamiseks üle Eesti. Võimaliku lahendusena kaalutakse SVH-riskide tarkvarapõhist hindamist, sh vererõhu kaugmonitooringut. Muu hulgas on spetsialisti ülesanne analüüsida käesolevas raportis esile toodud kitsaskohti kõrgvererõhktõve ennetuses ja sekkumises.
- Teenuse kvaliteedi ühtlustamist toetab ka ravijuhendite ajakohastamine. 2026. aastal on tööplaanis ka ravijuhendi „Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitus esmatasandil“ uuendamine, mis aitab esmatasandil haigust ühtemoodi ja ajakohaste teadmiste alusel käsitleda.
- Ravijuhendi rakendamist toetatakse eelkõige esmatasandi otsusetoel kaudu, mis kasutab terviseinfosüsteemi andmeid ning kuvab perearstidele meeldetuletusi ja ravisoovitusi. Kõrgvererõhktõve puhul on otsusetoel skriptid juba kasutusel ning ravijuhendi uuendamise järel ajakohastatakse olemasolevaid skripte või luuakse vajaduse korral uued.
- Lisaks otsusetoel levitatakse ajakohastatud ravi- ja patsiendi-juhendi sisu tervishoiutöötajatele ja patsientidele digikanalite, meediakajastuse ja koolituste kaudu. Tervisekassa jätkab patsiendijuhendite tasuta paber kandjal kättesaadavaks tegemist patsientidele, kes ei kasuta digikanaleid. Rakendustegevuste täpsem sisu kujuneb ajakohastamise käigus ning Riigikontrolli auditi tulemusi kasutatakse juhendite täiendamise ja rakendustegevuste planeerimise sisendina.

Teiste esmatasandi osapoolte roll krooniliste haigete käsitles on alakasutatud

125. Krooniliste haigete ravimisel ja jälgimisel on keskne roll perearstiabil. Kui perearstiabi ei toimi hästi, kannatab inimeste tervis ja kasvab koormus eriarstiabile. Samas on Eestis suureks ja ajas aina kasvavaks probleemiks perearstide, pereõdede ja üldarstide nappus.²⁶ Seega on oluline, et krooniliste haigete käsitlemisel kasutataks ära ka teiste esmatasandi osapoolte oskusi (vt joonis 17).

²⁶ Anneli Leemet, Urve Mets. Tulevikuvaade tööjõu ja -oskuste vajadusele: perearstiabi. OSKA-uuringu raport, 2024.

Joonis 17. Esmatasandi tervishoiu osapooled



Allikas: Riigikontroll „Esmatasandi tervishoiu arengukava 2035“ lk 10 alusel

126. Töetervishoiukontroll on ainus ettenähtud tervisekontroll täiskasvanutele ning apteegid on enim külastatavad tervishoiuasutused. Seetõttu käsitleti auditis ka seda, kuidas toimub töetervishoius ja apteekides avastatud kõrgvererõhktõve kahtlusega patsientide suunamine ja infovahetus perearstidega. Kuigi töetervishoiuarstid ja apteekrid ei diagnoosi ega ravi haigusi, võib nende tuvastatud kõrge vererõhk olla esmane märk vajadusest pöörduda perearsti poole täiendavaks kontrolliks.

127. Kõrgvererõhktõbi võib pikka aega kulgeda ilma sümptomite avaldumiseta, mistõttu on haiguse varajane avastamine tihti juhuslik. Haiguse süvenemise ja tüsistuste vältimiseks on tähtis, et väljaspool perearstiabi avastatud kõrgvererõhktõve kahtlusega patsiendid jõuaksid perearstini. Infovahetuseks ja patsiendi sujuvaks liikumiseks peavad olema loodud lahendused, mis võimaldavad töötervishoiuarstidel ja apteekritel edastada perearstidele ajakohast infot patsiendi seisundi kohta.

128. Eestis ei tehta kõrgvererõhktõve varajaseks avastamiseks sõeluuringu tüüpi tervisekontrolle. Haiguse avastamine toimub niinimetatud **oportunistliku tervisekontrolli** käigus. Kuigi vastavat statistikat ei koguta, on perearstide hinnangul kõrgvererõhktõve kahtlusega patsiendid nende vastuvõtule jõudnud kõige sagedamini muude terviseprobleemidega või tervisetõendi tegemisel ning kõrge vererõhk avastatakse muu hulgas või pöörduvad patsiendid juba kõrge vererõhu tõttu sümptomite tõttu (vt lisa C, joonis 32).

Niinimetatud oportunistlik ehk võimaluspõhine tervisekontroll tähendab, et kõiki sihtrühma kuuluvaid inimesi ei kutsuta tervisekontrolli, vaid neid kaasatakse mingi varem tuvastatud riskiteguri, inimese enda soovi või muu tingimuse alusel.

Allikas: Lona-Liisa Pruks jt.
Tervisekontrollid südame-
veresoonehaiguste ja
diabeedi ennetuseks. 2022

Kõrgvererõhktõve kahtluse tekkimine töötervishoius

Teadmiseks, et

tööandja on kohustatud korraldama töötaja tervisekontrolli nelja kuu jooksul töötaja tööle asumisest arvates ning kordama seda vähemalt üks kord kolme aasta jooksul, kui töötervishoiuarst ei ole määranud lühemat ajavahemikku.

Töötervishoiuteenuse osutamisega seotud kulud katab tööandja.

Allikas: [Töötervishoiu ja tööhutuse seadus](#)

Teadmiseks, et

2022. aastal valmis tervise- tehnoloogia hindamise raport „[Tervisekontrollid südame- veresoonehaiguste ja diabeedi ennetuseks](#)“. Raportis leiti, et Eestis tuleks jätkata niinimetatud oportunistlike tervisekontrollidega, kuid töötervishoius tuleks kõrgvererõhktõve varajaseks avastamiseks hinnata inimeste südame- veresoonehaiguste ning diabeedi riski perearstiabi sarnastel alustel.

129. Enamasti mõõdetakse töötervishoiuarsti vastuvõtul vererõhku, kuigi töötervishoiu tervisekontrollid ei ole standardiseeritud ning vererõhu mõõtmine ei ole kohustuslik. Eksperditöö kohaselt tekkis 10% analüüsitud esmashaigestunudest esmane kõrgvererõhktõve kahtlus töötervishoiuarstil. Veebiküsitluses leidis 37% vastanud perearstidest, et töötervishoius avastatud kõrge vererõhk on üks sagedasemaid haiguse avastamise viise. Kui perearsti poole pöörduakse tavaliselt tervisekaebuste tekkimisel, siis töötervishoiuarsti vastuvõtul on suurem tõenäosus avastada kõrge vererõhk enne sellest tingitud raskemate sümptomite ilmnemist.

130. Kõrge vererõhu avastamisel soovib töötervishoiuarst patsiendil pöörduda perearsti poole. Eesti Töötervishoiuarstide Seltsi hinnangul saadab enamik töötervishoiuarste oma vastuvõttude kokkuvõtted tervise infosüsteemi (TIS), kus need on perearstidele nähtavad. Samas ei saa perearstid automaatseid teavitusi ja perearst peab teadma, mis infot otsida. Töötervishoiuarstidel ei ole võimalik ka eraldi, nt e-konsultatsiooni kaudu patsienti perearsti juurde suunata. Seetõttu ei pruugi kõik varakult avastatud kõrge vererõhuga patsiendid jõuda ravi alustamiseks perearsti juurde.

131. Kui inimesel on varem diagnoositud kõrgvererõhktõbi, kuid ravi on katkenud, või kui avastatakse nii kõrge vererõhk, et patsient vajab kohest abi, võib töötervishoiuarst väljastada vererõhuravimi retsepti. See ei ole tavapärane praktika, kuna töötervishoiuarstid krooniliste haigete ravimisega üldjuhul ei tegele. Ravi jätkamiseks või retsepti pikendamiseks peab patsient pöörduma oma perearsti poole. 2024. aasta retseptiandmete analüüsi põhjal kirjutasid töötervishoiuarstid välja 1542 vererõhuravimi retsepti 356 inimesele, kellest 323 ostsid vähemalt ühe retsepti välja.

132. Auditi käigus küsitletud perearstidest leidis 80%, et perearstide ja töötervishoiuarstide infovahetus peaks olema parem, et töötervishoius avastatud kõrgvererõhktõve kahtlusega inimesed jõuaksid perearsti vastuvõtule. Vajadusele töötervishoiu ja perearstiabi parema integreerimise järele on viidatud ka varasemates uuringutes.²⁷

133. Töötervishoiuarstide ja perearstide koostöömudeli arendamiseks käivitati 2024. aasta alguses projekt, mis keskendub pikaajalisel töövõimetuslehel olevate inimeste käsitlemisele. Pilootprojekti raames loodi perearstidele võimalus teha haiglavõrgu arengukava haiglates töötavatele töötervishoiuarstidele e-konsultatsioone, et võimaldada töötervishoiuarstil üle võtta töövõimetuslehel oleva patsiendi jälgimine. Töötervishoiuarstidel on erialane pädevus töövõime hindamisel.

²⁷ [Töötervishoiuteenuse uuring. Lõpparuanne](#). Tartu Ülikool & Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, 2020.

Kõrge vererõhu tuvastamine apteegis

Apteegi lisateenus – eraldi teenus, mida ei osutata tava-pärase ravimite väljastamise ja sellega seonduva raviminõustamise käigus. Lisateenuse osutamine on apteegile vabatahtlik.

Allikas: [Apteegiteenuse kvaliteedijuhis 2021](#)

Teadmiseks, et

rahvusvahelised uuringud ja teaduskirjandus on näidanud, et lisaks ravimite väljastamisele ja raviminõustamisele on apteekritel üha olulisem roll patsientide ravisoostumuse parandamisel, tervisedenduses, haiguste ennetamises ja krooniliste haigete jälgimises

Allikas: Vt nt [Realising the Potential of Primary Health Care](#). OECD, 2020, lk 79–80

134. Tervisekassa hinnangul on eeltoodud projekt esimene samm koostöömudeli loomisel, kuid projekti senine rakendumine on olnud piiratud. Edasiste arenduste õnnestumine sõltub Tervisekassa arvates sellest, kas e-konsultatsioonide kasutamine nende vahel saab toimivaks.

135. Vererõhku mõõdetakse ka apteekides. Tegemist on [apteekides pakutava lisateenusega](#), mis ei ole reguleeritud ning mille eest tasub apteegi külastaja ise (paljud apteegid tasu ei võtagi). Olenevalt apteegist toimub vererõhu mõõtmine eelbroneeringu alusel või tehakse mõõtmisi ka nn elavas järjekorras, kui inimene pöördub apteeki halva enesetunde tõttu. Näiteks väiksemates asulates, kus EMO ei ole, võivad inimesed vererõhu mõõtmiseks pöörduda esmalt apteekri poole.²⁸

136. Kui apteegis mõõdetud vererõhk on üle normi, soovitab apteeker inimesel pöörduda perearsti poole. Kuna apteegis vererõhu mõõtmise teenus ei ole tervishoiuteenus ja apteekritel puudub ligipääs tervise infosüsteemi, ei salvestata apteegis mõõdetud vererõhu näite, vaid need antakse inimesele kirjalikult kaasa. Nagu töötervishoius avastatud kõrge vererõhu puhul, sõltub ka siin inimesest endast, kas ta pöördub perearsti poole või mitte.

137. Eestis on apteegiteenus muutunud mitmekülgsemaks, kuid krooniliste haigetega seonduvalt on apteekrite potentsiaali seni vähe kasutatud.²⁹ Nii apteegivaldkonna erialaühenduste³⁰ kui ka Sotsiaalministeeriumi koostatud ravimipoliitika³¹ kohaselt on üheks eesmärgiks suurendada apteekrite rolli tervisenõustamises ning krooniliste haigete ravijärgimuse parandamisel.

138. Praegu on apteekrite nõustamistegevus ebaühtlane ja reguleerimata. Apteegivaldkonna esindusorganisatsioonide ühisalgatusena on koostatud apteegiteenuse kvaliteedijuhend,³² milles on kirjeldatud apteegis vererõhu mõõtmise teenuse osutamist ja märgitud, et apteeker võiks lisaks tulemuste tõlgendamisele pakkuda patsiendile ka eluviisinõustamist. Juhend on aga üldsõnaline ja selle järgimine ei ole kohustuslik.

139. Vaatamata arvukatele analüüsidele ei ole apteekrite rolli suurendamiseks seni loodud vajalikke eeldusi – eelkõige apteekrite rollipõhist ligipääsu tervise infosüsteemile ja sobivaid rahastamismudeleid. Kuigi Sotsiaalministeerium saatis 2024. aasta sügisel kooskõlastusringile apteegiteenuse laiendamise [väljatöötamiskavatsuse](#), mida oli osapooltega pikalt arutatud, on eelnõu koostamine

²⁸ Intervjuu Eesti Proviisorapteekide Liiduga 28.01.2025.

²⁹ Kristiina Sepp. [Competency-based and person-centred community pharmacy practice – development and implementation in Estonia](#). Doktoritöö. Tartu Ülikool, 2023.

³⁰ [Apteegisektori visioonidokument aastani 2030](#). Apteegisektori esindusorganisatsioonid, 2021.

³¹ [Ravimipoliitika 2030](#). Sotsiaalministeerium, 2023, lk 16.

³² [Apteegiteenuse kvaliteedijuhis](#). 3. väljaanne. Eesti Proviisorapteekide Liit, 2021.

ministeeriumi ressursipuuduse tõttu jäänud seisma. Otsustatud on jätkata vaid apteekritele tervise infosüsteemi ravimiskeemi ligipääsu võimaldamisega ja sellest tulenevate tegevuste arendamisega.

Riigikontrolli hinnang

140. Töötervishoid ja apteegid on osa esmatasandi tervishoiust, kuid nende tegevus ei ole perearstiabiga hästi integreeritud. Puuduvad toimivad mehhanismid, mis võimaldaksid töötervishoiuarstidel ja apteekritel edastada perearstidele teavet patsiendi terviseriskide, mõõdetud tervisenäitajate või ravi kohta. Seetõttu ei pruugi väljaspool perearstiabi avastatud kõrge vererõhuga patsiendid jõuda perearsti jälgimise alla.

141. Krooniliste haiguste ohjamine on peamiselt perearstide ülesanne. Samas on probleemi suurt ulatust arvestades töötervishoiuarstide ja apteekrite potentsiaal alakasutatud. Nende roll krooniliste haigete nõustamisel, varajasel avastamisel ja ravijärgimuse toetamisel ei ole selgelt määratletud.

Riigikontrolli soovitus selles peatükis

142. Riigikontrolli soovitus sotsiaalministrile:

- Luua töötervishoiuarstide ja perearstide koostöövorm, et väljaspool perearstiabi avastatud kõrgvererõhktõve kahtlusega inimesed jõuaksid ravi alustamiseks perearsti juurde. Üheks võimaluseks on laiendada e-konsultatsiooni süsteemi nii, et töötervishoiuarstid saaksid suunata patsiendi otse perearsti juurde. Lisaks kaaluda teavitussüsteemi loomist, mis annaks perearstidele teada töötervishoiuarsti vastuvõtul avastatud kõrgvererõhktõve kahtlusega patsiendist.
- Luua lahendus, mis võimaldab apteekritel sisestada apteekides mõõdetud tervisenäitajad tervise infosüsteemi.

Sotsiaalministri vastus:

- Lahendusvõimaluste leidmine on juba töös. Näiteks on väljatöötamisel töötervishoiu arengusuunad, mis peaks valmima 2026. aasta lõpuks. Arengusuundade üheks eesmärgiks on arendada välja ka töötervishoiuarstide ja perearstide koostöömudel ning selge rollide jaotus terviseriskide ennetamisel.

Kaalume erinevaid digilahendusi, mis võimaldavad tulevikus töötervishoiuarstide ja perearstide infovahetuse muuta efektiivsemaks ja tulemuslikumaks ning tagada patsiendi raviteekonna jätkumise. Näiteks on kaalumisel kahesuunaline e-konsultatsioon, aga konkreetsemad meetmed on veel seotud osapooltega arutlusel.

Töötervishoiuarstidel on kohustus saata epikriisid tervise infosüsteemi, kus perearstid ka seda infot näevad. Vähem tähtis ei ole patsiendi enda vastutus selles osas, et ta ka pöörduks perearsti juurde töötervishoius avastatud tervisemure järel.

- Tervisejuhtimise töölauale on loodud uus Ravimiskeemi lahendus, kuhu luuakse juurdepääs ka apteekritele.

Hetkel on menetluses tervishoiuteenuste korraldamise seaduse muudatused, mis võimaldavad anda juurdepääsud apteekritele. Läbi juurdepääsu andmise ravimiskeemile ja seega tervise infosüsteemi (TIS) valitud andmetele saab järgmise sammuna luua ka andmete sisestamise võimaluse. Siinjuures on oluline siiski kaaluda, milliseid andmeid TISi kanda ja milliseid mitte.

Eluviisi muutmist toetavaid teenuseid on vähe ja nende kasutus on madal

Teadmiseks, et

eluviisiga seotud riskitegurite vähendamine eeldab lisaks tervishoiusüsteemi sekkumistele ka laiemat keskkondlikku ja regulatiivset raamistikku, mis toetab tervist hoidvate valikute tegemist. Käesolevas peatükis on eeskätt käsitletud tervishoiusüsteemi kaudu pakutavaid teenuseid ning nende kasutust.

Teadmiseks, et

südame-veresoonkonna-haiguste varaseks avastamiseks on välja töötatud erinevaid algoritmideid põhinevaid riskimudeleid. Eestis on kasutusel Euroopa Kardioloogide Seltsi loodud riskimudel SCORE2, mida Riigikontrolli küsitluse põhjal kasutab 2/3 perearstidest alati, kui täiskasvanud patsiendid vastuvõtule tulevad. Lisaks on perearstidele ka kättesaadav SCORE2-ga sarnane algoritm, mis aitab tuvastada südame-veresoonkonnahaiguste kõrge riski. Riskimudeli tulemuste põhjal tuleks perearstil patsiendiga proaktiivselt edasi tegeleda, et ennetada haiguse süvenemist.

143. Krooniliste haiguste, sh kõrgvererõhktõve, levikut ja nendest haigustest tingitud surmasid on võimalik eluviisi muutustega suurel määral vähendada.³³ Eluviisist tulenevad käitumuslikud riskitegurid – ebatervislik toitumine, tubaka- või nikotiinitoodete tarvitamine, alkoholi tarvitamine ja vähene liikumine – olid Eestis 2021. aastal seostatavad ligi 30% surmadega.³⁴

144. Neid riskitegureid vähendades ei ole võimalik mitte ainult ennetada haiguste teket, vaid ka aeglustada juba diagnoositud krooniliste haiguste süvenemist ja vähendada tüsistuste riski. Ka ravijuhendi järgi hõlmab kõrgvererõhktõve ravi nii mittemedikamentooset, s.t eluviisist tulenevatele riskiteguritele suunatud, kui ka medikamentooset ravi.

145. Rahvusvahelised ja riiklikud hinnangud viitavad, et Eestis ei pöörata piisavalt tähelepanu tervisedendusele ja haiguste ennetamisele, eriti krooniliste haiguste leviku tingimustes.³⁵ Ekspertide sõnul keskendutakse patsientide ravis sageli juba kujunenud haiguste tagajärgedele, samas kui ennetuse ja eluviisiga tegelemine võimaldab kõrgvererõhktõve kulgu aeglustada ning lükata tüsistuste tekkimist edasi. See eeldab, et nii enne haiguse väljakujunemist kui ka juba haigestunud oleksid kättesaadavad sekkumised ja/või konkreetsed teenused, mis toetavad riskitegurite vähendamist ja eluviisi muutmist.

146. Eluviisi muutmist toetavaid sekkumisi pakutakse Eestis nii igapäevase ravitegevuse käigus kui ka eraldi rahastatavate teenustena. Perearstide ja pereõdede tavapärase töö hulka kuulub patsientide nõustamine tubaka- ja nikotiinitoodetest loobumise, alkoholit tarvitamise vähendamise ja muude riskitegurite suhtes. Samas on eluviisi

³³ Erik Poulsen. Raport mittenakkuslike haiguste kohta Euroopa Parlamendile. 2023.

³⁴ Mikk Jürisson. Kroonilisi elustiilihaigusi ennetavad mittemedikamentooset sekkumised: tõenduse ülevaade. Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, 2025.

³⁵ Kaija Kasekamp, Triin Habicht, Andres Võrk jt. Eesti: Tervisesüsteemi ülevaade. Tervisesüsteemid muutustes. 2023, lk 25.

muutmisele suunatud sekkumised teenusena korraldatud üksnes piiratud valdkondades.

147. Eluviisi muutmist toetavad teenused on praegu korraldatud kahes valdkonnas: alkoholitarvitamine ja tubaka- või nikotiinitoodete tarvitamine. Esimesega seoses pakutakse alkoholitarvitamise häire ravi teenust ning alkoholitarvitamise häire ennetuse ja nõustamise teenust. Teise puhul on teenusena korraldatud tubaka- või nikotiinitoodetest loobumise nõustamine.³⁶

148. Mõlemat teenust korraldab ja rahastab Tervisekassa. Tubaka- või nikotiinitoodetest loobumise nõustamise korraldus viidi Tervise Arengu Instituudist Tervisekassasse 2019. aastal ning perearstiabis hakati seda teenusena osutama 2022. aastast. Alkoholitarvitamise häire ennetuse ja nõustamise korraldus viidi Tervisekassasse 2023. aastal.

149. Arvestades sihtrühma suurust, kasutab eluviisi muutmist toetavaid teenuseid väike osa inimestest, kusjuures osa patsiente võib nõustamist läbida korduvalt.

- 2024. aastal sai alkoholitarvitamise häire ennetuse ja nõustamise teenust 10 307 ning 2023. aastal 7047 inimest.³⁷
- Tubaka- või nikotiinitoodetest loobumise nõustamise teenust sai 2024. aastal 1140 ning 2023. aastal 877 inimest.

Teadmiseks, et

2024. aastal tarvitas ligi kolmandik Eesti 16–64-aastastest elanikest alkoholi kord nädalas või sagedamini. Nädalas neljal kuni seitsmel päeval alkoholi tarvitanuid oli 8% meestest ja 3% naistest.

Iga päev suitsetas ca 18% meestest ja 10% naistest. Kuigi sigarettide suitsetamine on vähenenud, on uute tubaka- ja nikotiinitoodete (nt e-sigarettide ja nikotiini-patjade) regulaarsete kasutajate osakaal pigem kasvanud, eriti noorte seas (meeste seas oli kasutajaid 8,2% ja naiste seas 9%).

Allikas: [Rahvastiku tervise aastaraamat](#). Tervise Arengu Instituut, 2025

150. Teenuse kasutajate arv vähenes esialgu pärast teenuse korralduse üleviimist Tervise Arengu Instituudist Tervisekassasse, kuid on viimastel aastatel taas kasvanud. Samas oli teenuste kasutus 2024. aastal endiselt madalam kui 2018. aastal (vt lisa E, joonis 37, tabelid 8 ja 9). Tervisekassa enda hinnangul on teenuste kättesaadavus paranenud, kuna võrreldes varasemaga osutab neid teenuseid nüüd oluliselt rohkem perearstide meeskondi.

151. Samas selgus Riigikontrolli küsitlusest, et üle poolte (55%) vastanud perearstidest ei paku tubaka- ja nikotiinitoodetest loobumise nõustamise ega alkoholitarvitamise häire ennetuse ja nõustamise teenust. Teenust mitteosutavatest perearstidest tõi 43% peamise põhjusena välja ajapuuduse (vt lisa C, joonis 33). Seejuures märkisid perearstid, et eluviisi teemadel nõustatakse patsiente sageli ka seda tegevust teenuse osutamisenä fikseerimata, mistõttu ei kajastu kogu nõustamistöö teenuste statistikas.

152. Eluviisi muutmist toetavate teenuste kasutus ei sõltu üksnes teenuste olemasolust, vaid ka inimeste teadlikkusest ja valmisolekust neid kasutada. Teenusevajajad peavad teadma, et vastavad

³⁶ Teenused ei ole mõeldud ainult kõrgvererõhktõve patsientidele.

³⁷ Statistikas kajastuvad ka patsiendid, kes said eriarstiabis ambulatoorset ravi, kuid ei kajastu statsionaarset ja päevaravi saanud isikuid.

nõustamisteenused on olemas ja kättesaadavad, kuid kõik abivajajad ei pruugi sellest teadlikud olla.³⁸

153. Tervisekassa hinnangul on eelkõige alkoholitarvitamisega seotud teenuste puhul probleemiks ka teema tugev stigmatiseeritus ühiskonnas, mistõttu on paljude patsientide jaoks selle teema tõstatamine keeruline.

Teadmiseks, et

rahvastiku tervise arengukava inimkeskse tervishoiu programmi ühe tegevuse raames peaks oodatava tulemusena suurenema inimeste terviseharitus tõendus- põhiste tervislike valikute tegemisel ja keskkonnast tulenevate riskide suhtes.

Allikas: Inimkeskse tervishoiu programm 2025–2028

Teadmiseks, et

toitumisenõustamise teenus on praegu kättesaadav diabeediga patsientidele eriarstiabis, kuhu pääsemiseks on vajalik perearsti ja seejärel endokrinoloogi saatekiri.

Allikas: veebiküsitlus perearstide seas

Teadmiseks, et

Maaailma Tervise-organisatsioon (WHO) on määratlenud kulutõhusaimad sekkumised (nn *best buys*) mittenakkushaiguste ennetamiseks ja kontrolliks, mille hulka kuulub ka füüsilise aktiivsuse hindamise ja käitumise muutmise toetuse pakkumine osana esmas- tasandi tervishoiuteenustest.

Allikas: Tackling NCDs. Best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. WHO, 2024

154. Eluviisi muutmist toetavaid sekkumisi, mille tõhusus kõrgvererõhktõve ennetamisel ja haiguse süvenemise pidurdamisel on rahvus- vaheliselt tõendatud, rakendatakse Eestis piiratud ulatuses. Näiteks puudub praegu laialdaselt kasutatav digilahendus, mis võimaldaks vererõhu koduseid mõõtmisi standardiseeritult ja süsteemselt perearstimeeskonnaga jagada. Samas on rahvusvahelise praktika põhjal kaugseire nii kõrgvererõhktõve ennetamisel kui ka haiguse süvenemise vältimisel tõhus.³⁹

155. Olemasolevad eluviisi muutmist toetavad teenused ei kata kõiki olulisi käitumuslikke riskitegureid, sealhulgas ebatervislikku toitumist ja vähest kehalist aktiivsust (vt ka vasakkasti). Tervise Arengu Instituut pidi algse plaani kohaselt töötama 2027. aastaks välja toitumisenõustamise teenuse mudeli esmatasandile.⁴⁰ 2025. aasta detsembris kooskõlastamisele saadetud määruse eelnõu kohaselt on aga plaani muudetud ning mudeli väljatöötamiseks kavandatud rahastust vähendatud.⁴¹ Instituudi sõnul jääb muudatuste tulemusel ära mudeli katsetamise etapp ning piirdatakse teoreetilise käsitlusega.

156. Tervisekassa sõnul oli algselt soov, et esmatasandile loodav toitumisenõustamise mudel võimaldaks kaaluda toitumisenõustajate ja -terapeutide iseseisva nõustamisteenuse rahastamist ja/või vastava rolli loomist perearstiabi meeskonnas. Riigikontrolli hinnangul on selliste nõustamisteenuste arendamisel oluline, et enne teenuste pakkumise alustamist oleks nõustamise sisu, sihtrühmad ja kvaliteedipõhimõtted ühtselt kokku lepitud.

157. Riskitegurite vähendamisele suunatud sekkumiste arendamist takistavad süsteemsed kitsaskohad, sh riigiasutuste rollide ja vastutuse ebaselgus ning uuendustega seotud riskikartlikkus. Seetõttu keskendub tervishoiusüsteem sageli reageerimisele, mitte ennetusele ning

³⁸ Näiteks selgus meeste seas läbiviidud uuringust, et tubaka- ja nikotiinitoodetest loobumise nõustamise teenusest, mida pakuvad spetsiaalsed tubaka- ja nikotiinitoodetest loobumise nõustamise kabinetid, olid teadlikud 34% vastanutest. – Meeste nõustamis- ja tervishoiuteenuste kasutamise uuring. Kantar Emor, 2023.

³⁹ Mikk Jürisson. Kroonilisi elustiilihaigusi ennetavad mittemedikamenttoossed sekkumised: tõenduse ülevaade. Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, 2025.

⁴⁰ Tervise Arengu Instituudi projekt „Toitumisenõustamise teenuse ja esmatasandi tervishoiu mudeli väljatöötamine“.

⁴¹ Terviseministri 16.11.2023. a käskkirjaga nr 150 kinnitatud toetuse andmise tingimuste „Terviseriskide ennetamine ja vähendamine“ muutmise eelnõu, 04.12.2025.

patsiendiga hakatakse tegelema alles siis, kui haigus on juba välja kujunenud. Lisaks ei toeta rahastamismudelid neid tegevusi, kuna sekkumiste kulutõhusust on keeruline hinnata ning ravikindlustuse eelarvest rahastamine võib vähendada raviteenuste ressursi.

Riigikontrolli järelendus

158. Riigikontrolli hinnangul ei pöörata Eestis piisavalt tähelepanu eluviisi muutmist toetavatele teenustele, mis aitaksid krooniliste haiguste süvenemist pidurdada: neid teenuseid on vähe ja nende kasutus on madal. Kuigi olemas on üksikuid teenuseid, nagu alkoholitarvitamise häire ravi ning ennetuse ja nõustamise teenused ning tubaka- ja nikotiinitoodetest loobumise nõustamine, on nende kättesaadavus ja kasutus sihtrühma suurus arvestades endiselt piiratud.

159. Samuti on vähe tegeletud inimeste teadmiste suurendamisega selle kohta, milline on eluviisivalikute mõju tervisele, ja olemasolevate nõustamisteenuste tutvustamisega. Eluviisi muutmist toetavate teenuste pakkumisel võib tervishoiutöötajate otsene kasutamine olla kulukam kui teiste spetsialistide või nõustajate kaasamine. Samas ei ole Sotsiaalministeerium koostöös Tervisekassa ja teiste osapooltega seni otsustanud, kas ja millises mahus oleks teenuste pakkumisel otstarbekas kaasata tervishoiutöötajate kõrval ka teisi spetsialiste ning kuidas sellist rollijaotust süsteemselt korraldada.

Riigikontrolli soovitusd selles peatükis

160. Riigikontrolli soovitusd sotsiaalministrile koostöös Tervisekassa juhatusd esimehe ja Tervise Arengu Instituudi direktoriga:

- Otsustada, milliste riskitegurite puhul on põhjendatud teenuste pakkumine tervishoiusüsteemi kaudu ning millistes ülesannetes oleks otstarbekas kaasata tervishoiutöötajate kõrval ka teisi spetsialiste, arvestades tervishoiusüsteemi piiratud ressursse ja vajadust vältida raviteenuste arvelt koormuse kasvu.
- Hinnata, mil viisil ja millises mahus on otstarbekas krooniliste haigustega sihtrühmale välja arendada ja rakendada teenuseid ka teiste eluviisi riskitegurite (ebatervislik toitumine, vähene liikumine) vähendamiseks.
- Hinnata digilahenduste (nt kaugmonitooringu) arendamise vajadust ja mahtu, lähtudes nende rakendatavusest perearstiabis ning vältides paralleelsete või vähese kasutusega lahenduste loomist.
- Suurendada inimeste teadlikkust olemasolevatest eluviisi muutmist toetavatest teenustest, teavitades patsiente teenuste olemasolust süstemaatiliselt nende tavapäraste tervishoiukontaktide kaudu (nt perearsti vastuvõtul või Terviseportaalil).

Sotsiaalministri vastus:

- Nõustume, et tervishoiutöötajate kõrval on vaja süsteemi tuua juurde täiendavaid spetsialiste, et vähendada riskiteguritest põhjustatud haiguskooormust tervishoiusüsteemile ja ühiskonnale. Hetkel

pakutakse tervishoius esmatasandil tubakast loobumise ning alkoholitarvitamise vähendamise nõustamist. Väljatöötamisel on ka vähese füüsilise aktiivsuse ning ülemäärase kehakaalu terviseriskide vähendamiseks sekkumised, sh ei pruugi sekkumiste elluviija olla tervishoiutöötaja. Oleme Euroopa Majanduspiirkonna finants- mehhanismide toel alates 2026. a II poolest koostöös Justiits- ja Digiministeeriumiga välja töötamas Eestile sobivat ennetussüsteemi raamistikku riiklikul ja kohalikul tasandil ning seda toetavat veebipõhist teadmuskeskust. Selle protsessi käigus analüüsime muu hulgas ka ennetustegevuste rahastamiseks sobivaid mudeleid. Samuti on kavandatud ellu viia koolitused nii otsustajatele kui ka praktikutele. Lisaks on plaanis luua ennetusteaduse mikrokraadiprogramm.

- Hetkel on väljatöötamisel toitumisenõustamise teenus ülemäärase kehakaaluga inimesele.

Samuti on arutelu all väljatöötamiseks liikumisretsept füüsilise aktiivsuse tõstmiseks riskipatsientidele, kuid see vajab täiendavat otstarbekuse analüüsimist.

- Digilahenduste arendamise vajadust saab hinnata perearsti infosüsteemi hanke raames. Vastav hange selle infosüsteemi loomiseks on väljakuulutamisel 2026. aastal.

Tsentraalne perearsti infosüsteem ei sisalda samas kaugmonitooringu funktsioone. Kaugmonitooringul üldiselt on kitsad näidustused ning see vajab eraldi analüüsimist.

- Patsiendi teavitamine eluviisi muutmist toetavatest teenustest on nõustamise jooksul juba praegu üks osa ravijuhistest ning vältimatult vajalik osa patsiendi nõustamisest.

Tervise Arengu Instituudi direktori vastus: Toetame Riigikontrolli soovitusi lõigus 160. Ennetussüsteemi arenguhüpe ja ennetusteenuste arendamine on üks Sotsiaalministeeriumi haldusala prioriteetsetest tegevussuundadest.

Tervise Arengu Instituut korraldab täiendkoolitusi tervishoiutöötajatele, et tagada nende valmisolek osutada alkoholitarvitamise häire varajase avastamise ja nõustamise ning tubakast ja nikotiinist loobumise nõustamise teenuste osutamise valmisolek. Üks õpiväljunditest on motiveeriva intervjuerimise metoodika laiaulatuslikum kasutamine esmatasandi tervishoius ning tervishoius laiemalt.

Jätkame esmatasandile suunatud toitumisenõustamise mudeli väljatöötamist (viidatud lõigus 155). Mudel ning selle rakendamise eelduseks olevad töövahendid valmivad Euroopa Sotsiaalfondist toetatava tegevuse „Terviseriskide ennetamine ja vähendamine“ vahenditest 2027. aasta lõpuks.

TAI osaleb Kultuuriministeeriumi algatatud projekti „Liikumisetsepti sekkumise väljatöötamine ja katsetamine“ konkursil, mille eesmärk on võrrelda nelja liikumisetsepti sekkumisviisi efektiivsust krooniliste haiguste riskirühma kuuluvate patsientide kehalise aktiivsuse suurendamisel esmatasandi tervishoius. Edukaks osutumise korral alustab TAI toitumise andmebaasi NutriData liikumismooduli arendamist, et luua kasutusvood ja prototüüp liikumisetsepti testimiseks ja väljaarendamiseks. Liikumisetsept on kavandatud tervishoiutöötaja (nt perearst, õde) töövahendina ning on kirjalik ja personaalne soovitus kehalise aktiivsuse kohta. Projekti realiseerumisel on lahenduse valmimise lõpptähtajaks 2028 lõpp (projekti kestus 36 kuud) ning seda rahastatakse Euroopa Liidu ühtekuuluvuspoliitika 2021–2027 perioodi meetme „Avaliku sektori innovatsioonivõimekuse tõstmine“ vahenditest.

Nõustume ettepanekuga hinnata digilahenduste (sh kaugmonitooringu) arendamise vajadust ja mahtu, lähtudes nende tegelikust rakendatavusest perearstiabis ning vältides paralleelsete või vähesese kasutusega lahenduste loomist. Digilahenduste arendamisel peame oluliseks tugineda valideeritud metoodikatele ja olemasolevatele töövoogudele. Näiteks 2025. aastal valideerisid TAI ja TÜ Kliinikum koostöös esmatasandil kasutatava psühhomeetrilise hindamisvahendi „Alkoholi, tubaka ja sõltuvusainete tarvitamise sõeluuring (ASSIST)“, mida on võimalik digitaliseerida ning kujundada perearstiabi jaoks käepäraseks töövahendiks. Samas tuleb arvestada, et praegu puuduvad valideeritud instrumendid, millega usaldusväärselt mõõta uute nikotiinitoodete kasutamist, mistõttu on selles valdkonnas digilahenduste arendamise eelduseks metoodika ja mõõdikute väljatöötamine ning valideerimine.

Tervisekassa juhatuse esimehe vastus: Tervisekassa nõustub, et SVH ennetus ja elustiiliteenused ei ole täna tervishoiusüsteemis piisavalt süsteemselt korraldatud ning vastutus on osapoolte vahel killustunud. Tervisekassa peamine roll on ennekõike tõenduspõhiste ennetuste (sõeluuringud, vaksineerimine) korraldamine ja rahastamine. Tervisekassa liigub ennetuses järk-järgult riskipõhise lähenemise poole, kus sekkumised on suunatud eelkõige kõrgema riskiga inimestele ning toimuvad võimalikult varakult.

Mitmed ennetusvaldkonnad, sh toitumisenõustamine, elustiilinõustamine, madala intensiivsusega vaimse tervise sekkumised jt rahvatervise sekkumised, ei ole praegu tervishoiuteenused ning nende rahastamine ja korraldus eeldavad selgeid otsuseid Sotsiaalministeeriumi tasandil.

Oluline on tugevdada patsiendi rolli oma tervise eest vastutamisel. Selleks peab patsient saama selged ja järjepidevad sõnumid sõltumata sellest, kus ta tervishoiusüsteemiga kokku puutub. Ka Sotsiaalministeeriumi tellitud terviseharituse uuring (2022) näitab, et südame-veresoonkonnahaiguste riskide vähendamine vajab süsteemset

ja koordineeritud riiklikku lähenemist. See eeldab selget rollijaotust Tervisekassa, Tervise Arengu Instituudi ja Sotsiaalministeeriumi vahel.

Sotsiaalministeerium ei ole valdkonna juhtimisel piisavalt arvestanud krooniliste haiguste kasvutrendiga

Teadmiseks, et

krooniliste haiguste ennetamise ja ravi abil enneaegse suremuse vähendamine on üks 2015. aastal ÜRO kinnitatud säästva arengu eesmärkidest.

Allikas: Säästva arengu tegevuskava aastaks 2030, lk 14

Teadmiseks, et

kuni 2012. aastani kehtis eraldi „Südame- ja veresoonkonnahaiguste ennetamise riiklik strateegia 2005–2020“, mis lõpetati enneaegselt ning integreeriti teiste sarnaste strateegiatega rahvastiku tervise arengukavasse, et luua üks terviklik ja ühtne lähenemine.

Kuigi praegu on vajaduse korral võimalik kehtestada rahvastiku tervise seisukohast olulise teema käsitlemiseks eraldi tegevuskava või strateegia, tehakse seda Sotsiaalministeeriumi sõnul vaid erandlikel juhtudel.

Allikas: Intervjuu Sotsiaalministeeriumi esindajatega

161. Krooniliste haiguste lai levik ja kasvav koormus on ülemaailmne väljakutse, mille ohjamine eeldab terviklikku ja süsteemset lähenemist. Maailma Terviseorganisatsioon ja OECD rõhutavad, et tulemuslik krooniliste haiguste ohjamine peab hõlmama nii haigestumise ennetamist kogu rahvastikus kui ka juba haigestunute varajast avastamist, ravi ja jälgimist.

162. Sellise süsteemi toimimise eelduseks on selged eesmärgid, kokkulepitud rollid ning regulaarne seire, mis võimaldab hinnata meetmete tulemuslikkust ja teha vajaduse korral muudatusi.

163. Eesti tervisepoliitikat kujundab ning selle elluviimist koordineerib Sotsiaalministeerium. Krooniliste haiguste ohjamisel on olulisemad osapooled Tervise Arengu Instituut, kes tegeleb eelkõige tervisedenduse meetmetega,⁴² ning Tervisekassa, kes korraldab perearstiabi teenust ja rahastab haigetele tervishoiuteenuste osutamist. Lisaks osalevad poliitika kujundamises ja elluviimises (nt ravijuhendite koostamisel ja uute tervishoiuteenuste arendamisel) ka erialaorganisatsioonid.

164. Eestis ei ole eraldiseisvat krooniliste haiguste ega südame-veresoonkonnahaiguste ohjamise strateegiat. Krooniliste haiguste ohje on osa rahvastiku tervise arengukavast 2020–2030, kus on märgitud, et tervisepoliitika pikaajaliste eesmärkide saavutamiseks on oluline vähendada südame-veresoonkonnahaigustest tingitud suremust (vt vasakkast).

165. Kroonilisi haigusi käsitletakse rahvastiku tervise arengukavas ja selle rakendamise programmides^{43, 44} haigusseisunditeüleselt. Selline lähenemine on olnud Sotsiaalministeeriumi teadlik valik, lähtudes vormiliselt strateegilise planeerimise lihtsustamise soovist (vt vasakkast) ning sisuliselt arusaamast, et eluviisist tingitud käitumuslikud

⁴² Rahvatervishoiu seaduse järgi (§ 6 lg 1) on tervisedenduse meetmete eesmärk vähendada riskitegureid, ennetada ja ohjata nende toimet ning suurendada kaitsetegureid, et võimaldada elanikel saada suurem kontroll oma tervise üle ja seda seeläbi tugevdada.

⁴³ Programm on arengudokument, milles määratakse tulemusvaldkonna alaeesmärgi saavutamisele suunatud meetmed, tegevused ja rahastamiskava. Riigieelarve seadus, § 19 lg 5.

⁴⁴ Rahvastiku tervise arengukava viiakse ellu kolme programmi kaudu: 1) tervist toetavad valikud; 2) tervist toetav keskkond; 3) inimkeskne tervishoid. Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030, lk 15.

Teadmiseks, et

rahvastiku tervise arengukavas 2020–2030 on oodatava eluea pikenemise üheks eelduseks toodud müokardiinfarkti ja insuldi surmajuhtude vähenemine 20% võrra.

2024. aasta andmetel on võrreldes 2017. aasta algtasemega

- müokardiinfarkti surmajuhtude arv vähenenud 27%;
- insuldi surmajuhtude arv kasvanud 6%.

Allikas: surmapõhjuste register, Tervise Arengu Instituudi tervisestatistika ja tervisuuringute andmebaas, tabel SD21

Teadmiseks, et

esmatasandi tervishoiu arengukava rakendamiseks on Sotsiaalministeerium koostanud tegevuskava, kuid see ei ole see avalik ning täpsustatud on vaid Sotsiaalministeeriumi ja Tervisekassa, mitte aga teiste oluliste osapoolte (nt Terviseamet) rollid.

Allikas: Esmatasandi arengukava tegevuskava 2025

riskitegurid mõjutavad samal ajal mitme erineva kroonilise haiguse kulgu. Riskitegurite vähendamine on nii haigestumise kui ka selle süvenemise ennetamiseks krooniliste haiguste puhul oluline.

166. Riskiteguritele seatud eesmärkide praktiline elluviimine on olnud piiratud, sest riskitegurite vähendamine ja tervist toetava elukeskkonna kujundamine eeldab laiapõhjalist valdkondadeülest koostööd ning ei sõltu ainult tervishoiupoliitikast. Õiguslike ja majanduslike meetmete rakendamisel on vaja lisaks Sotsiaalministeeriumile ka teiste ministeeriumide panust ja poliitilist kokkulepet.

167. Varasemad analüüsid on siiski osutanud, et kui riskitegurite vähendamisele on arengukavas vähemalt sõnades palju tähelepanu pööratud, on krooniliste haigete ravi ja jälgimise strateegiline tugevdamine esmatasandi tervishoius jäänud tagaplaanile.

168. Näiteks märgiti rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 vahehindamisel, et üksnes käitumuslike riskitegurite vähendamisele keskendudes ei ole realistlik saavutada olulist vähenemist südame-veresoonkonnahaiguste haigestumuses ja suremuses. Vahehindamisel soovitati lisaks riskiteguritele pöörata tähelepanu ka esmatasandi võimekusele tegeleda krooniliste haigustega ja seada südame-veresoonkonnahaiguste ohjamine üheks olulisemaks rahvastiku tervise arengukava alaeesmärgiks.⁴⁵

169. Riigikontrolli hinnangul on see tasakaalutus püsinud. Sotsiaalministeeriumi koostatud strateegilistes plaanides⁴⁶ on riskitegurid ja nende seos krooniliste haigustega laialt kajastatud, kuid märksa vähem on seatud konkreetseid eesmarke krooniliste haiguste ja kõrge riskiga inimeste varajase avastamise ja haigestunute ravi parandamiseks.

170. Positiivseks arenguks on asjaolu, et 2025. aastal valminud esmatasandi tervishoiu arengukavas 2035 seati pikaajalised sihid mitme käesolevas auditis käsitletud probleemi lahendamiseks (sh suurem rõhk tervisedendusel ja ennetusel, esmatasandi osapoolte integreerimine, tervisekeskuste arendamine ja perearstimeeskondade laiendamine), kuid vaja on ka lühiajalisi eesmarke ja terviklikku rakendusplaani (vt vasakkast). Kuna arengukava koostamine võttis liiga kaua aega,⁴⁷ tuleb selle rakendamisega nüüd kiiresti edasi minna.

171. Krooniliste haigete ravi ja jälgimise korraldamisel on Tervisekassa eestvedamisel astunud mitmeid samme: kehtivad ravi- ja

⁴⁵ Laura Aaben jt. Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 vahehindamine. Südame- ja veresoonkonnahaiguste valdkonna aruanne. Poliitikauuringute Keskus Praxis, 2017, lk 42.

⁴⁶ Lisaks rahvastiku tervise arengukava programmile „Tervist toetavad valikud“ on koostatud või on koostamisel veel eraldi arengusuundade dokumendid alkoholi, tubaka ja nikotiini tarvitamise vähendamiseks ning tervisliku toitumise ja liikumise toetamiseks.

⁴⁷ Eelmine esmatasandi arengukava kehtis aastatel 2009–2015. Uus arengukava valmis Eesti Perearstide Seltsi juhtimisel aastatel 2022–2024.

patsiendijuhendid, krooniliste haigete jälgimine on osa perearstide kvaliteedisüsteemist ning välja on töötatud uusi teenuseid, nagu riskipatsientide ravijuhtimine. Need algatused ei asenda siiski riigi tasandil selget juhtimisraamistikku ega terviklikku arusaama, kuidas eri meetmed ja osapoolte tegevus kokku annavad soovitud tulemuse.

Seiresüsteem

172. Krooniliste haiguste, sh kõrgvererõhktõve, ohjamise poliitika puhul on seire puudulikkus üheks keskseks kitsaskohaks. Tervise Arengu Instituudi hinnangul puudub Eestis täpne ja regulaarselt uuendatav ülevaade nii kõrgvererõhktõve tegelikust levikust kui ka ravi kvaliteedist ja tulemuslikkusest, kuna andmed on killustunud Tervise Arengu Instituudi, Tervisekassa ja teiste andmeregistrite vahel ega moodusta ühtset seiresüsteemi.

173. Veel enam, rahvastiku tervise arengukavas ja selle programmides ei ole südame-veresoonkonnahaiguste haigestumise ja suremuse vähendamiseks seatud konkreetseid eesmärgi ega mõõdikuid.⁴⁸ See tähendab, et Sotsiaalministeeriumil ei ole olukorrast terviklikku pilti, mille põhjal hinnata, kas senised poliitikavalikud on olnud õiged ja kuhu suunata ressursid, et kõrgvererõhktõve paremini ohjata. Eesmärkide ja mõõdikute puudumine tähendab ühtlasi, et osapooltel ei kujune selget vastutust tulemuste saavutamise eest.

Riigikontrolli hinnang

174. Krooniliste haiguste, sh südame-veresoonkonnahaiguste ja kõrgvererõhktõve ohjamine ei ole Eestis süsteemselt juhitud. Kuigi üldised strateegilised sihid ja üksikud meetmed on olemas ning Tervisekassa on algatanud mitmeid praktilisi tegevusi, puuduvad südame-veresoonkonnahaiguste suhtes spetsiifilised selged eesmärgid, kokkulepitud rollijaotus, konkreetsed tegevused haigestumuse ja suremuse vähendamiseks ning toimiv seiresüsteem. Seetõttu on nii ennetus kui ka ravi jäänud killustatuks.

Riigikontrolli soovitus selles peatükis

175. Riigikontrolli soovitus sotsiaalministrile koostöös Tervise Arengu Instituudi direktori ja Tervisekassa juhatuse esimehega:

- Seada rahvastiku tervise arengukava programmi tasandil selged eesmärgid ja mõõdikud, mis võimaldaksid regulaarselt hinnata kõrgvererõhktõve ja teiste südame-veresoonkonnahaiguste ennetuse, ravi ja jälgimise tulemuslikkust ning kasutada seiret juhtimisotsuste tegemisel. Määratleda selgelt Sotsiaalministeeriumi, Tervisekassa ja Tervise Arengu Instituudi rollid kõrgvererõhktõve ja teiste südame-veresoonkonnahaiguste ohjes.
- Luua ja rakendada lahendused, mis ühendavad Tervise Arengu Instituudi ja Tervisekassa andmed terviklikuks seiresüsteemiks ning võimaldavad hinnata nii krooniliste haiguste levikut, ravi

⁴⁸ Kõrgvererõhktõvega seoses on arengukavas ainult üks mõõdik: hospitaliseerimised kõrgvererõhktõve tõttu 100 000 inimese kohta.

tulemuslikkust ja piirkondlikke erinevusi kui ka toetada kvaliteedi ühtlustamist.

- Liikuda edasi esmatasandi tervishoiu arengukava rakendamisega, avalikustada selle tegevuskava ning määratleda selgelt kõigi esmatasandi osapoolte rollid ja kokkulepped. Toetada perearsti meeskondade tugevdamist teiste esmatasandi spetsialistide kaasamise kaudu, et parandada krooniliste haigete käsitlemise järjepidevust ja kvaliteeti.

Sotsiaalministri vastus:

- Kõrgvererõhktõve ja südame-veresoonkonnahaiguste ennetus on hetkel suuresti riskiteguritepõhine.

Rahvastiku tervise arengukavas on toodud konkreetsed eesmärgid ja mõõdikud tasakaalustatud toitumise ja füüsilise aktiivsuse suurendamiseks ning alkoholitarvitamise vähendamiseks.

Ravi tulemuslikkus on osa tervishoiu kvaliteedi tõstmisest, mis on praegu fookuses, sealhulgas kvaliteedikeskuse loomine Terviseameti alla. Käesoleva aasta algusest kehtib perearstiabis uus rahastusmudel, lisaks on arutluse all olnud tulemuspõhise PKSi süsteemi tõhustamine, kus hinnatakse patsientidel saavutatud eesmärkväärtusi (näiteks vererõhu väärtus), mitte ainult perearstikeskustes tehtud tegevusi.

Rollid erinevate asutuste vahel on määratletud. Sotsiaalministeerium kujundab tervishoiu- ja rahvatervise poliitikat ning loob õigusliku ja strateegilise raamistiku. Tervise Arengu Instituudi põhiroll on ennetus, tervisedendus ja tervisestatistika kogumine, mh hindab ja viib instituut läbi tervisedenduslikke programme, kampaaniaid, arendab ja koostab juhendmaterjale. Tervisekassa korraldab tervishoiuteenuste rahastust, mh jälgib ja analüüsib kvaliteedisüsteemi täitmist.

- Andmekasutuse parendamise raames on eesmärgiks luua ühendandmeladu, mis katab kõik vajalikud digiresepti, Tervisekassa andmekogu ja TISi andmed.

Andmekogude ühendamise eelnõu on jõudnud Riigikokku esimesele lugemisele.

- Esmatasandi tervishoiu arengukava rakendamine on pidev ja järjepidev protsess, mis on integreeritud Sotsiaalministeeriumi ning tema valitsemisala asutuste tööplaanidesse ja igapäevasesse tegevusse. Arengukava elluviimine toimub koostöös esmatasandi tervishoiu osapooltega ning hõlmab nii teenuste arendamist kui ka meeskonnapõhise töö tugevdamist.

Arengukavas toodud tegevussuundi on seni arvestatud Sotsiaalministeeriumi ja Tervisekassa tööplaanide koostamisel.

Esmatasandi tervishoiu arengukava tegevuskava avalikustatakse hiljemalt teise kvartali alguses.

Tervise Arengu Instituudi direktori vastus: Nõustume Riigikontrolli poolt lõigus 175 esitatud soovitusel „Seada rahvastiku tervise arengukava programmi tasandil selged eesmärgid ja mõõdikud, mis võimaldaksid regulaarselt hinnata kõrgvererõhktõve ja teiste südame-veresoonkonnahaiguste ennetuse, ravi ja jälgimise tulemuslikkust ning kasutada seiret juhtimisotsuste tegemisel. Määratleda selgelt Sotsiaalministeeriumi, Tervisekassa ja Tervise Arengu Instituudi rollid kõrgvererõhktõve ja teiste südame-veresoonkonnahaiguste ohjes“.

Programmide tasandil on rollid üldjoontes määratletud, kuid kuna südame- ja veresoonkonnahaiguste ohjeks puudub eraldi tegevuskava, puudub ka ühtne koordineerimine. Sotsiaalministeeriumi haldusala asutused viivad praegu läbi tervisesüsteemi toimivuse hindamist, mis hõlmab muude haiguste kõrval ka südame- ja veresoonkonnahaigustega seotud näitajaid (haigestumine, suremus, ravikvaliteet, tervisekäitumine). Juunis 2026 valmiv tervisesüsteemi toimivuse hindamise raport käsitleb üldisel tasandil muu hulgas ressursse, tulemusi ja muid teemavaldkondi, kuid täpsemad haiguspõhised hindamisaruanded koostatakse edaspidi.

Toetame Riigikontrolli poolt lõigus 175 esitatud soovitusi „Luua ja rakendada lahendused, mis ühendavad Tervise Arengu Instituudi ja Tervisekassa andmed terviklikuks seiresüsteemiks ning võimaldavad hinnata nii krooniliste haiguste levikut, ravi tulemuslikkust ja piirkondlikke erinevusi kui ka toetada kvaliteedi ühtlustamist“.

Menetluses on tervishoiuteenuste korraldamise seaduse muudatus, mille üks eesmärke on Tervisekassa andmekogu ja retseptikeskuse liitmine tervise infosüsteemiga. Andmekogude ühendamine lihtsustab terviseandmete edastamist ja kasutamist. Samuti nähakse seadusemuudatusega ette, et TAI saab kokkulepitud ulatuses juurdepääsu nii tervise infosüsteemi kui ka Tervisekassa andmekogu andmetele, mis loob omakorda võimaluse koostada detailsemaid analüüse.

Lisaks on valminud riikliku statistika seaduse väljatöötamise kavatsus, mille Sotsiaalministeerium plaanib lähiajal saata kooskõlastusringile. Kavandatavad muudatused loovad TAI-le täiendavad eeldused haldusala välistest allikatest pärinevate andmete kasutamiseks, et rikastada olemasolevaid terviseandmeid ja teha seiret tulemuslikumalt. Õigusliku aluse loomine on seega järjepideva seiresüsteemi kujundamise eeltingimus.

Sotsiaalministeeriumi juhtimisel on samal ajal valmimas eelmises punktis viidatud tervisesüsteemi toimivuse hindamise raport, mille eesmärk on vaadelda süsteemi tervikuna ja vähendada eri osapoolte tegevuse killustatust. Tervisesüsteemi toimivuse hindamise indikaatorid on aga pigem üldised. Krooniliste haiguste seireks on koostöös

erinevate osapooltega vaja välja töötada detailsemad näitajad ning olukorra parandamiseks tuleb seire tulemustele järgnevalt rakendada ka konkreetseid sekkumisi.

Riikliku statistika seaduse muudatuse edasimenetlemine on tervisevaldkonna seire süsteemsemaks muutmisel keskse tähtsusega. Seaduse rakendumisel luuakse tervisestatistika programm, mis tagab valdkonna indikaatorite järjepideva kogumise, regulaarse jälgimise ning arengu ajas. See viib tervisevaldkonna seire samale loogikale teiste valdkondadega, kus indikaatorid on kaetud statistika programmi osadena ning nende täitmist ja muutusi jälgitakse järjepidevalt, sh valitsuse tasandil. Praegu on tervisevaldkonna indikaatorite seire aga ebaühtlane, mistõttu on õigusliku ja programmipõhise raamistiku loomine oluline eeldus selgemaks juhtimiseks ja tõenduspõhisteks otsusteks.

Tervisekassa juhatuse esimehe vastus: Tervisekassa nõustub, et südame-veresoonkonnahaiguste valdkond vajab selgemat tervikjuhtimist, kuid see ei saa olla üksnes ravikindlustaja vastutus. Tervisekassa keskendub teenuseosutaja tasandi kvaliteedi parandamisele rahastuse, lepingutingimuste ja seire kaudu, samas kui rahvastiku tasandi eesmärkide seadmine ja seiresüsteemide juhtimine eeldab riiklikku koordineerimist Sotsiaalministeeriumi eestvedamisel. Tervikjuhtimine peab põhinema ühistel eesmärkidel, selgel rollijaotusel ning tegevuste prioriseerimisel, arvestades esmatasandi piiratud ressursse.

- Tervisekassa nõustub, et südame-veresoonkonnahaiguste valdkond vajab senisest selgemat tervikjuhtimist. Samas ei saa kogu SVH ennetuse, ravi, seire ja arenduste juhtimine olla ravikindlustaja vastutus. Tervisekassa roll ja võimekus on piiratud ning keskendub eelkõige ravikindlustusvahendite sihipärasele kasutamisele: tervishoiuteenuste ostmisele, rahastamise kaudu stiimulite kujundamisele ning teenuseosutajate tasandi kvaliteedi hindamise ja parandamise toetamisele.
- Tervisekassa saab panustada ja peab panustama seire- ja arenduslahendustesse, mis võimaldavad hinnata teenuste kvaliteeti teenuseosutaja tasandil ning toetada kvaliteedi ühtlustamist rahastuse ja lepingutingimuste kaudu. Samas ei saa riiklike seiresüsteemide arendamine ja haldamine, mille eesmärk on hinnata rahvastiku tervisenäitajaid, haiguskoormuse muutusi, piirkondlikke erinevusi ning ennetuse ja raviteekondade tulemuslikkust populatsiooni tasandil, olla üksnes Tervisekassa vastutus. See eeldab laiemat riiklikku juhtimist, kus koordineeriv roll on Sotsiaalministeeriumil ning andmepõhise seire ja analüüsi kompetents Tervise Arengu Instituudil ning vajadusel Terviseametil.
- Tervisekassa nõukogu on prioriseerinud SVH-valdkonna arendamise, mille tulemusel luuakse Tervisekassasse esimene spetsiaalselt SVH-teemaga tegelev ametikoht. See võimaldab senisest sihipärasemalt

panustada Tervisekassa vastutusalasse jäävatesse tegevustesse, kuid ei asenda vajadust selge rollijaotuse ja ühise juhtimisraamistiku järele.

- Tervikjuhtimise tugevdamiseks on vajalik ka terviklik analüüs olemasolevatest SVH ennetus- ja sekkumistegevustest nii Tervisekassas kui ka teiste osapoolte juures koos oodatavate tulemuste ja kuludega. Selle alusel on võimalik teha teadlikke valikuid, millised tegevused annavad suurima mõju, arvestades samal ajal esmatasandi piiratud võimekust ja ülekoormuse riski.

(allkirjastatud digitaalselt)

Ines Metsalu-Nurminen
auditiosakonna peakontrolör

Riigikontrolli soovitused ja auditeeritute vastused

Riigikontroll andis auditi põhjal Sotsiaalministeeriumile, Tervise Arengu Instituudile ja Tervisekassale, mitmeid soovitusi. Sotsiaalminister saatis oma vastused Riigikontrolli soovitustele 06.03.2026, Tervise Arengu Instituudi peadirektor 13.02.2026 ja Tervisekassa juhatuse esimees 11.02.2026.

Üldised kommentaarid auditiaruande kohta

Tervise Arengu Instituudi direktor: Teeme ettepaneku kasutada aruandes mõiste „suitsetamisest loobumise nõustamine“ mõistet „tubakast ja nikotiinist loobumise nõustamine“, kuivõrd neid aineid sisaldavaid tooteid kasutatakse ka muul viisil kui suitsetades.

Riigikontrolli kommentaar: Nõustume ettepanekuga ja täpsustame mõistet.

Riigikontrolli soovitused	Auditeeritu vastused
Auditi kokkuvõttes toodud soovitused - Tagada, et perearstid järgivad kõrgvererõhktõve ravijuhendit, ning hinnata selle järgimist regulaarselt. - Luu infotehnoloogilised lahendused, mis toetavad krooniliste haigete jälgimist — sh automatiseeritud meeldetuletused nii perearstidele kui ka patsientidele, kõigile osapooltele nähtav raviplaan ning ravijärgimuse seire. - Luu lahendused perearstide, töötervishoiuarstide ja apteekrite infovahetuse parandamiseks, et tagada sujuv ravikorraldus. - Otsustada, milliste riskitegurite puhul on põhjendatud, et teenuseid pakutakse tervishoiusüsteemi kaudu, ning millistes ülesannetes oleks otstarbekas kaasata tervishoiutöötajate kõrval ka teisi spetsialiste, arvestades tervishoiusüsteemi piiratud ressursse ja vajadust vältida raviteenuste arvelt koormuse kasvu. - Määrata kõrgvererõhktõve ja teiste südame-veresoonkonnahaiguste ennetamiseks ja ohjamiseks selged eesmärgid, mõõdikud ja vastutus, et tagada koordineeritud juhtimine ja meetmete toimivuse hindamine.	Sotsiaalministri vastus: - Eestis on ravijuhendid soovitusliku iseloomuga, arstil on õigus ravijuhendist ka kõrvale kalduda. Sellegipoolest loetakse ravijuhendite järgimist üheks kvaliteedi tunnuseks ja eeldatakse, et ravijuhendist kõrvalekaldumine on alati põhjendatud. Seetõttu Sotsiaalministeerium ravijuhendite täitmist eraldi ei jälgi, selleks pole ka otsest seaduslikku alust. Küll aga hindab Terviseamet juhtumipõhiselt, kas teenuseosutajad täidavad õigusaktide ja kvaliteedisüsteemi nõudeid, näiteks kas diagnoosimine ja ravi on dokumenteeritud adekvaatselt ning vastab kaasaegsele teadmisele. See toetab otseselt ravijuhendite jälgimist. Lisaks on Terviseameti juurde 2025. aastal loodud Kvaliteedikeskus, mille ülesanneteks on tervishoiuteenuste kvaliteedi ja patsiendiohutuse süsteemi arendamise koordineerimine ning toetamine, tervishoiutöötajate pädevussüsteemi seire arendamine ning teenuseosutajate nõustamine ja toetamine. Kvaliteedikeskus toetab tervishoiuteenuste osutajaid kvaliteedijuhtimise ja patsiendiohutuse parendustegevustes ning loob selleks ühtseid meetodikaid ja aitab levitada parimaid praktikaid. 2026. aastal luuakse Terviseportaali ja tervisejuhtimise töölaual terviseplaani loomise võimalus. Terviseplaani koosneb nii ravieesmärkidest kui ka korraldusest ning jätkuarendusena on võimalik lisada plaanile ka teavitused. Terviseplaanile on juurdepääs nii tervishoiutöötajatel kui ka patsiendil endal. Järgmise sammuna laiendatakse terviseplaani heaoluplaaniks ning lisatakse võimalus terviseteeakonna juhil lisada ka heaolu ja erivajadustega seotud teavet ning lisada nõusolekupõhiselt juurdepääsud ka patsiendi lähedastele ja sotsiaaltöötajatele. - Kaalume erinevaid võimalusi, kuidas digilahenduste abil tulevikus infovahetust töötervishoiuarstide ja perearstide vahel parandada. Täpsed lahendused ja soovitusel selguvad arengusuundade loomise käigus. - Nõustume, et tervishoiutöötajate kõrval on vaja süsteemi tuua juurde täiendavaid spetsialiste, et vähendada riskiteguritest põhjustatud haiguskooormust tervishoiusüsteemile ja ühiskonnale. Hetkel pakutakse tervishoiu esmatasandil

	tubakast loobumise ning alkoholitarvitamise vähendamise nõustamist. Väljatöötamisel on ka vähese füüsilise aktiivsuse ning ülemäärase kehakaalu terviseriskide vähendamiseks sekkumised, sh ei pruugi sekkumiste elluviija olla tervishoiutöötaja. Oleme Euroopa Majanduspiirkonna finantsmehhanismide toel alates 2026. a II poolest koostöös Justiits- ja Digiministeeriumiga välja töötamas Eestile sobivat ennetussüsteemi raamistikku riiklikul ja kohalikul tasandil ning seda toetavat veebipõhist teadmuskeskust. Selle protsessi käigus analüüsimise muu hulgas ka ennetustegevuste rahastamiseks sobivaid mudeleid. Samuti on kavandatud ellu viia koolitused nii otsustajatele kui ka praktikutele. Lisaks on plaanis luua ennetusteaduse alal mikroraadiprogramm. Kõrgvererõhktõve ja südame-veresoonkonnahaiguste ennetus on hetkel suuresti riskitegurite põhine. Rahvastiku tervise arengukavas on toodud konkreetsed eesmärgid ja mõõdikud tasakaalustatud toitumise ja füüsilise aktiivsuse suurendamiseks ning alkoholitarvitamise vähendamiseks.
Teavitussüsteemid, keskne raviplaan ja mõõdikud 123. Riigikontrolli soovitusel sotsiaalministrile koostöös Tervisekassa juhatuse esimehega: - Luua automaatsed meeldetuletus- ja teavitussüsteemid krooniliste haigustega patsientidele vastuvõtule jõudmiseks ning retseptide õigeaegseks pikendamiseks. p-d 48, 72, 76, 91 - Arendada välja keskne raviplaan rakendus, mida saaksid kasutada nii patsiendid kui ka erinevad tervishoiutöötajad või -spetsialistid; selline lahendus aitaks ka suurendada patsientide teadlikkust ja vastutust oma ravi eest. p-d 82–84 - Asuda seirama mõõdikuid, mis võimaldavad hinnata ravi järjepidevust, ravijärgimust ja toetada riskipatsientide varajast tuvastamist (nt ravi eesmärkide saavutamine, ravimite väljakirjutamine ja -ostmine, patsiendi kontaktide regulaarsus perearstiabiga). p 92 Perearstimeeskonna rollid - Vaadata üle perearsti meeskondade tegevust reguleerivad õigusaktid ja juhendid nii, et need toetaksid ja soodustaksid osa ravijärgimuse, nõustamise ja patsientide jälgimisega seotud tegevuste üleandmist pereõdedele jt perearstimeeskonna liikmetele. p 120	Sotsiaalministri vastus: - Tegevus on Tervisekassa fookuses. 2026. aastal luuakse Terviseportaali ja tervisejuhtimise töölaual Terviseplaani loomise võimalus. Terviseplaan koosneb nii ravieesmärkidest kui ka korraldusest ning jätkuarendusena on võimalik lisada plaanile ka teavitused. Terviseplaanile on juurdepääs nii tervishoiutöötajatel kui ka patsiendil. Järgmise sammuna laiendatakse terviseplaan heaoluplaaniks ning lisatakse võimalus terviseteeakonna juhil lisada ka heaolu ja erivajadustega seotud teavet ning lisada nõusolekupõhiselt juurdepääsud ka patsiendi lähedastele ja sotsiaaltöötajatele. Seni kuni Terviseplaani rakendust veel ei ole, soovitame patsientidel ise endale näiteks kalendrisse vajalikke meeldetuletusi lisada. Oluline on säilitada ja võimestada inimese enda vastutust oma tervise ees. - Tervisesüsteemi toimivuse hindamise raames on kavas hinnata indikaatoreid, mis on ühtlasi ka rahvastiku tervise arengukavas 2020–2030 ja selle programmides, nt mõningaid ravi järjepidevusega seotud indikaatorid (nt perearsti vastuvõtt 30 päeva jooksul pärast hospitaliseerimist ägeda müokardiinfarkti tõttu, perearsti vastuvõtt 30 päeva jooksul pärast hospitaliseerimist insuldi tõttu) (Tervisesüsteemi toimivuse hindamise raamistik). - Õigusaktides on kirjeldatud üldpõhimõtted, kuid Tervisekassa ravi rahastamise lepingus ning seotud juhendites on täpsustatud detailsemalt seotud tegevused. 2026. aasta teise kvartali alguseks on planeeritud kinnitada sotsiaalministri määruse „Perearstiabi töökorraldus ning tervisekeskuste liigid ja nõuded“ eelnõu. Peamised uuendatud põhimõtted: - perearstiabi töökorralduse täpsustamine ja ühtlustamine; - fookus proaktiivsusel, riskipõhisusel ja meeskonnatööl; - eelduste loomine abi paremaks kättesaadavuseks ning triaazi süsteemseks rakendamiseks.

	Lisaks planeerime koostöös Tervisekassa ja Terviseametiga töötada välja määruse ja teiste asjakohaste standardite vastavushindamise indikaatorid, et ennetada nõuete ebaühtlast rakendamist, toetada enesekontrolli ning võimaldada sihipärast ja proportsionaalset järelevalvet. Esmatasandi tervishoiu arengukava rakenduskavas on samuti tegevusi, mis soodustavad meeskonnapõhist lähenemist perearstiabi osutamisele, näiteks riskipõhise ravijuhtimise programmi laiendamine koostöös Tervisekassaga. Tervisekassa juhatuse esimehe vastus: Tervisekassa nõustub, et kõrgvererõhu patsientide järjepidevaks jälgimiseks on vaja lahendusi, mis toetavad nii õigeaegseid teavitusi, ravijärgimuse hindamist kui ka ravimeeskonna ühist ülevaadet patsiendi seisust. Viimastel aastatel oleme arendanud selleks keskseid tööriistu – tervisejuhtimise töölauda, terviseportaali ja otsusetuge – ning loonud aluse automaatsete teavituste ja ravimiskeemi kasutamiseks. Samal ajal valmistame ette keske terviseplaani lahendust. Edasine arendamine, sh ravijärgimust toetavad teavitused ja meeskonnatöö parem tugi, sõltub prioriteetidest ja vajalikest õiguslikest kokkulepetest koostöös partneritega. • Tervisekassa on keskendunud viimastel aastatel terviseinfosüsteemi andmetel põhinevate kesketate lahenduste arendamisele, nagu tervisejuhtimise töölaud ja terviseportaal. Tervisejuhtimise töölaud on mõeldud ravikvaliteedi juhtimiseks, sh kroonikute ja riskipatsientide jälgimiseks. Terviseportaali arendame järjepideva eesmärgiga tõsta patsiendi kaasatust oma raviprotsessis. Mõlema lahenduse arendamine toimub järjepidevalt koostöös kasutajatega ning teiste valdkonna osapooltega. • Patsientide ja tervishoiutöötajate teavitamine on tehniliselt võimalik nii terviseportaali kui ka tervisejuhtimise töölauda kaudu. Oluline on rõhutada, et teavitused ei teki automaatselt, vaid eeldavad läbimõeldud otsuseid, milliste andmete alusel ja millises olukorras teavitusi kasutatakse. Automaatsete teavituste saatmise lahendus tervisejuhtimise töölauda kaudu valmis 2025. aastal ning sinna on võimalik jooksvalt lisada uusi teavitusi. Millised teavitused võetakse kasutusele esimeses järjekorras, sõltub prioriteetidest. Riigikontrolli raportis esile toodud soovitused on nende valikute tegemisel oluliseks sisendiks, sh krooniliste patsientide regulaarse jälgimise ja vastuvõtule kutsumise toetamisel. • Ravimite kasutamise ja ravimisoostumise toetamiseks on tervisejuhtimise töölauale loodud ravimiskeemi vaade, mida arendatakse ja täiustatakse jooksvalt ning kuhu on võimalik lisada ka teavitusi. • Esmatasandi töö toetamiseks on Tervisekassa arendanud otsusetuge (Synbase'i platvorm), mis kasutab terviseinfosüsteemi andmeid ning annab perearstidele meeldetuletusi ja ravisoovitusi. Näiteks on alates 2021. aastast kõrgvererõhktõve patsientide jaoks kasutusel otsusetoes skript, mis kuvab perearstile automaatse meeldetuletuse juhul, kui esmase diagnoosi saanud patsiendile ei ole aasta jooksul tehtud ravijuhendis soovitatud analüüse ja uuringuid. Uute otsusetoete lahenduste arendamine toimub kooskõlas ravijuhendite koostamise ja ajakohastamisega.
--	---

	• 2025. aastal uuendasime perearstide kvaliteedisüsteemi (PKS) riskipatsientide ja indikaatorite vaateid ehk viisime andmed MISP2 portaalist tervisejuhtimise töölauale. Muudatus teeb perearstile lihtsamaks oma nimistu riskipatsientide ülevaatamise ja nendega seotud tegevuste jälgimise. Arendustesse olid kaasatud Eesti Perearstide Seltsi esindajad. Edaspidi on plaan teha PKSi töölaud nähtavaks kogu ravimeeskonnale, mis eeldab õigusruumi muutmise vajaduse analüüsi koostöös Sotsiaalministeeriumiga. • Tervisekassa tööplaanides on keskse raviplaani ehk terviseplaani loomine. Eelanalüüsiga alustab TEHIK 2026. aasta teisel poolel ning arendustööde alustamine sõltub eelanalüüsi tulemustest. Praeguseks on eraldiseisva lahendusena loodud ravimiskeemi vaade, mis ei ole veel keskne raviplaan, kuid on esimene samm terviseplaani suunas. Edaspidi on plaan hakata terviseplaanis koguma struktureeritud infot patsiendi tervise-eesmärkide kohta, mis on sisuliselt tervishoiutöötajate korraldused ja soovitused. Lahendus on ühiseks töövahendiks kogu ravimeeskonnale, sh patsiendile, kes saab ligipääsu oma tervisega seotud eesmärkidele ja tegevustele. • Lisaks alustab Tervisekassa sel aastal koostöös Sotsiaalministeeriumi ja teiste osapooltega töotervishoiu ja esmatasandi koostöömodeli loomist. Selle üheks eesmärgiks on kaasata töotervishoiuarste südame-veresoonkonna-haiguste ennetusse. Koostöömodeli raames analüüsitakse ka olemasolevaid ning vajalikke täiendavaid IT-lahendusi, mille peamine eesmärk on piisavad ja kasutatavad terviseandmed, järjepidev patsienditeekond ja sekkumise monitooring. Esimese SVH ennetusteenuse pilootprojektiga soovime alustada 2026. aasta lõpus, vajadusel oleme planeerinud IT-arendusteks vahendeid 2027.–2028. aastaks. Arendusi rahastatakse Euroopa Liidu struktuurifondi vahenditest.
Kvaliteetne dokumenteerimine 124. Riigikontrolli soovitus Tervisekassa juhatuse esimehele: • Suurendada koostöös Terviseametiga tervishoiuteenuse osutajate teadlikkust dokumenteerimisnõuetest ja andmestandarditest ning tagada, et raviprotsessi ja patsiendi käsitlemise seisukohalt olulised andmed edastatakse järjepidevalt tervise infosüsteemi. See on ravi ohutuse, seire ja krooniliste haigete proaktiivse jälgimise parandamise eeldus. p-d 26–27, 35–37, 39, 53, 74	Tervisekassa juhatuse esimehe vastus: Tervisekassa nõustub, et dokumenteerimise kvaliteet on krooniliste haigete jälgimise eeltingimus. Riigikontrolli varasema süsteemiülese auditi järeldustest lähtudes panustame dokumenteerimise parandamisse eelkõige tööprogrammide ja andmestandardite kaudu, mitte järelevalve laiendamisega. Terviseinfosüsteemi ümberehitus ja keskse terviseplaani arendus loovad eeldused olulisema terviseinfo ühtlasemaks dokumenteerimiseks, toetades seeläbi ka seiret ja kvaliteedihindamist. • Dokumenteerimise ja terviseandmete kvaliteedi küsimusi käsitles Riigikontroll põhjalikult ka oma 2025. aasta auditis terviseandmete õigsuse, täpsuse ja ajakohasuse kohta, mis viidi läbi süsteemiüleselt ning sõltumata konkreetsetest haigusseisunditest. Auditis tuvastatud kitsaskohad kehtivad ka krooniliste haigete seotud dokumenteerimise vaates ning on olnud aluseks edasistele arendustele ja koostööle valdkonna osapoolte vahel. • Dokumenteerimise kvaliteet tervishoius ei ole üksnes järelevalve küsimus, vaid sõltub laiemalt kasutatavatest infosüsteemidest, töökorraldusest ja oskustest.

	Tervishoiuteenuse osutajatel on seadusest tulenev kohustus tervishoiuteenuse osutamine dokumenteerida ning dokumenteerimise üle teeb järelevalvet Terviseamet. • TEHIKu eestvedamisel kavandatud terviseinfosüsteemi ümberehitus loob eeldused terviseinfo kogumiseks kindlates andmeväljades, mitte vabas tekstis, ning võimaldab andmete ühtlasemat kasutamist ja analüüsi. Seda suunda toetab ka keske terviseplaani arendus, mis aitab vähendada vabas tekstis dokumenteerimist ning suunata tervishoiutöötajaid olulisema info ühtlasemale kirjeldamisele. • Tervisekassa roll dokumenteerimise kvaliteedi parandamisel seisneb eelkõige selliste lahenduste arendamises, mis toetavad tervishoiutöötajaid igapäevatoos. Tervisejuhtimise töölaud ning 2026. aastal Tervisekassa eestvedamisel alustatav perearstide ühtse infosüsteemi lahendus aitavad parandada andmete kasutatavust ja järjepidevust ning toetavad paremat dokumenteerimist.
Ravijuhendi rakendamine • Tugevdada ravijuhendi „Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitus esmatasandil“ rakendamist krooniliste haigete käsitluses ja perioodiliselt kontrollida selle rakendamist. p-d 24–52 Perearstiabi kvaliteet • Selgitada perearstiabis ebaühtlase kvaliteedi põhjuseid ning rakendada sihitud parendustegevusi; analüüsida ebaühtlase vähendamiseks nimistute ja piirkondade erinevusi ning kaasata vajaduse korral planeerimis- ja arendustegevusse erialaühendus. p-d 29, 39, 46, 49, 107 Perearstide kvaliteedisüsteemi arendamine • Jätkata perearstide kvaliteedisüsteemi (PKS) arendamist, et nii perearstidel kui ka Tervisekassal oleks võimalik jälgida ka ravi tulemuslikkusega seotud näitajaid ning toetada senisest paremini krooniliste haigete ravi järjepidevust ja tulemuslikkust. Kasutada PKSi arendamisel nimistute ja piirkondade erinevuste analüüsi tulemusi ning seiresüsteemist saadavat teavet. p-d 116–119 Riskipatsientide ravijuhtimise teenus • Toetada perearste, et riskipatsientide ravijuhtimise teenust oleks võimalik laiemalt pakkuda. p-d 79–81 Patsientide teadlikkuse tõstmine • Parandada patsientidele suunatud teabe arusaadavust ja kättesaadavust – näiteks lisada	Tervisekassa juhatuse esimehe vastus: Tervisekassa nõustub Riigikontrolli hinnanguga, et perearstiabi kvaliteet on ebaühtlane. Rahastusmudeli muudatused rakendusi käesoleval aastal ja nende mõju kvaliteedile vajab veel hindamist. Paralleelselt arendame kvaliteedisüsteemi, et liikuda tegevuste arvestamiselt ravitulemuste hindamise suunas. Selleks on peamised vahendid ravijuhendite ajakohastamine, otsusetugi, terviseplaani arendamine ja andmepõhisem PKS. • Tervisekassa nõustub, et perearstiabi teenuse kvaliteet on Eestis ebaühtlane. Selle põhjused ei ole ühetaolised ega piirdu üksikute praksiste tegevusega, vaid tulenevad mitme teguri koosmõjust: nimistute struktuursetest erinevustest, piirkondlikest eripäradest, praksise meeskonna pädevusest ning perearstide puudusest. Perearstide nappuse tõttu on mitmed nimistud pikemaajaliselt asendusteenusel, mis mõjutab paratamatult teenuse järjepidevust ja kvaliteeti. • Kvaliteedi ebaühtluse leevendamiseks on rahastussüsteemi muudetud nii, et suurema haiguskoormusega nimistud saavad kõrgemat rahastust ning keerulisemates piirkondades tegutsevatele praksistele on suurendatud kaugusetasu. Nende muudatuste eesmärk on paremini arvestada nimistute erinevat töökoormust ja teenuse osutamise tingimusi. Samuti on rahastuses suurendatud kvaliteedijuhtimise komponendi osakaalu, et motiveerida perearste senisest enam panustama teenuse juhtimiskvaliteedi arendamisse. Uus kulumudel rakendus selle aasta jaanuarist ning uute stiimulite mõju hakkame alles hindama. • Rahastuse kvaliteedikomponendi raames viiakse koostöös Eesti Perearstide Seltsiga igal aastal läbi praksiste hindamine, mille eesmärk on hinnata eelkõige praksise juhtimist ning A- ja B-taseme praksised saavad lisatasu. Hindamise kriteeriume ajakohastatakse igal aastal eesmärgiga muuta need senisest enam andmepõhiseks ja objektiivseks. Samuti kasutatakse hindamist selleks, et tuvastada madalama tasemega praksiste peamised probleemid ning kavandada neile sihitud toetusprogramme. Varem on selliste meetmete hulka kuulunud näiteks perearstide mentorlusprogramm.

terviseportaali patsiendile mõeldud teavet ja soovitusi ning teha info kergesti leitavaks; teavitada patsiente terviseportaali kasutamise võimalustest; veenduda ravijärgimuse parandamiseks, et patsientidele edastatud info oleks lihtne ja arusaadav. p-d 88–90	• Perearstide kvaliteedisüsteemi (PKS) arendamine on Tervisekassa jaoks eraldiseisev ja järjepidev töö, mida tehakse tihedas koostöös Eesti Perearstide Seltsi ja Esmatasandi Tervisekeskuste Liiduga. Need organisatsioonid on olnud kaasatud ka uue rahastusmudeli väljatöötamisse. PKS on suunatud eelkõige ravi sisu ja ravitulemuste hindamisele, mitte praktilise juhtimisele. • PKSi edasine areng sõltub otseselt kvaliteetsetest ja võrreldavatest andmetest. Seetõttu peab Tervisekassa oluliseks tihedat ja sisulist koostööd TEHIKuga, kuna PKSi arenduste aluseks on terviseinfosüsteemis kogutavad ühtlasemad ja masinloetavad andmed. • Olulist rolli mängib siin ka keske terviseplaani lahendus. Terviseplaan loob eeldused, et ravijuhendites seatud eesmärgid oleks võimalik siduda mõõdikutega ning kasutada neid PKSi osana. See võimaldab tulevikus hinnata mitte ainult seda, kas tegevus on tehtud, vaid kas ravi on toonud oodatud tulemust. Vajalikud eeldused terviseplaani lahendamiseks loob STEEL-projekt ehk TEHIKu haldusesse loodav ja tulevikus edasiarendusi võimaldav andmeladu, mis ühendab tervise infosüsteemi (ravidokumendid), Tervisekassa andmekogu (raviarved, hüvitised) ja retseptikeskuse andmed. Andmelao kasutuselevõtt toimub praeguse plaanide kohaselt 2026. aasta jooksul, misjärel liidestatakse vastavalt vajadusele uusi andmeallikaid ning arendatakse uut järelevalvemudelit. • Riskipatsientide paremaks jälgimiseks ja koordineerimiseks kaalutakse terviseteeakonna juhi ametikoha loomist praktilise juurde. See eeldab, et terviseplaan ja perearstide kvaliteedisüsteem oleksid omavahel selgelt seotud. Samuti täieneb terviseportaal patsiendile suunatud sisu, et parandada patsientide arusaamist oma ravist ja järgnevatest sammudest. • 2026. aasta esimesel poolel loob Tervisekassa südame-veresoonkonnahaiguste peaspetsialisti töökoha. Sellega on plaanis käivitada südame-veresoonkonnahaiguste ennetuse pilootteenus koostöös pere- ja töötervishoiuarstidega, et hinnata teenuse osutamise võimekust ning luua eeldused teenuse ühtlaseks ja kättesaadavaks rakendamiseks üle Eesti. Võimaliku lahendusena kaalutakse SVH-riskide tarkvarapõhist hindamist, sh vererõhu kaugmonitooringut. Muu hulgas on spetsialisti ülesanne analüüsida käesolevas raportis esile toodud kitsaskohti kõrgvererõhktõve ennetuses ja sekkumises. • Teenuse kvaliteedi ühtlustamist toetab ka ravijuhendite ajakohastamine. 2026. aastal on tööplaanis ka ravijuhendi „Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitus esmatasandil“ uuendamine, mis aitab esmatasandil haigust ühtemoodi ja ajakohaste teadmiste alusel käsitleda. • Ravijuhendi rakendamist toetatakse eelkõige esmatasandi otsusetoe kaudu, mis kasutab terviseinfosüsteemi andmeid ning kuvab perearstidele meeldetuletusi ja ravisoovitusi. Kõrgvererõhktõve puhul on otsusetoe skriptid juba kasutusel ning ravijuhendi uuendamise järel ajakohastatakse olemasolevaid skripte või luuakse vajaduse korral uued. • Lisaks otsusetoele levitatakse ajakohastatud ravi- ja patsiendijuhendi sisu tervishoiutöötajatele ja patsientidele digikanalite, meediakajastuse ja koolituste kaudu. Tervisekassa jätkab patsiendijuhendite tasuta paberkandjal
--	--

	kättesaadavaks tegemist patsientidele, kes ei kasuta digikanaleid. Rakendustegevuste täpsem sisu kujuneb ajakohastamise käigus ning Riigikontrolli auditi tulemusi kasutatakse juhendite täiendamise ja rakendustegevuste planeerimise sisendina.
Perearstide koostöö tőtervishoiuarstide ja apteekritega 142. Riigikontrolli soovitusel sotsiaalministrile: • Luua tőtervishoiuarstide ja perearstide koostővorm, et väljaspool perearstiabi avastatud kõrgvererõhktõve kahtlusega inimesed jõuaksid ravi alustamiseks perearsti juurde. Üheks võimaluseks on laiendada e-konsultatsiooni süsteemi nii, et tőtervishoiuarstid saaksid suunata patsiendi otse perearsti juurde. Lisaks kaaluda teavitussüsteemi loomist, mis annaks perearstidele teada tőtervishoiuarsti vastuvõtul avastatud kõrgvererõhktõve kahtlusega patsiendist. p-d 130, 132 • Luua lahendus, mis võimaldab apteekritel sisestada apteekides mõõdetud tervisenäitajad tervise infosüsteemi. p 136	Sotsiaalministri vastus: • Lahenduvõimaluste leidmine on juba töös. Näiteks on väljatöötamisel tőtervishoiu arengusuunad, mis peaks valmima 2026. aasta lõpuks. Arengusuundade üheks eesmärgiks on arendada välja ka tőtervishoiuarstide ja perearstide koostőmudel ning selge rollide jaotus terviseriskide ennetamisel. Kaalume erinevaid digilahendusi, mis võimaldavad tulevikus tőtervishoiuarstide ja perearstide infovahetuse muuta efektiivsemaks ja tulemuslikumaks ning tagada patsiendi raviteekonna jätkumise. Näiteks on kaalumisel kahesuunaline e-konsultatsioon, aga konkreetsemad meetmed on veel seotud osapooltega arutlusel. Tőtervishoiuarstidel on kohustus saata epikriisid tervise infosüsteemi, kus perearstid ka seda infot näevad. Vähem tähtis ei ole patsiendi enda vastutus selles osas, et ta ka pöörduks perearsti juurde tőtervishoiu avastatud tervisemure järel. • Tervisejuhtimise töölaule on loodud uus Ravimiskeemi lahendus, kuhu luuakse juurdepääs ka apteekritele. Hetkel on menetluses tervishoiuteenuste korraldamise seaduse muudatused, mis võimaldavad anda juurdepääsud apteekritele. Läbi juurdepääsu andmise ravimiskeemile ja seega tervise infosüsteemi (TIS) valitud andmetele saab järgmise sammuna luua ka andmete sisestamise võimaluse. Siinjuures on oluline siiski kaaluda, milliseid andmeid TISi kanda ja milliseid mitte.
Eluviisi muutmist toetavad teenused 160. Riigikontrolli soovitusel sotsiaalministrile koostőks Tervisekassa juhataja esimehe ja Tervise Arengu Instituudi direktoriga: • Otsustada, milliste riskitegurite puhul on põhjendatud teenuste pakumine tervishoiusüsteemi kaudu ning millistes ülesannetes oleks otstarbekas kaasata tervishoiutőtajate kõrval ka teisi spetsialiste, arvestades tervishoiusüsteemi piiratud ressursse ja vajadust vältida raviteenuste arvelt koormuse kasvu. p 159 • Hinnata, mil viisil ja millises mahus on otstarbekas krooniliste haigustega sihtrühmale välja arendada ja rakendada teenuseid ka teiste eluviisi riskitegurite (ebatervislik toitumine, vähene liikumine) vähendamiseks. p-d 146, 154–156	Sotsiaalministri vastus: • Nõustume, et tervishoiutőtajate kõrval on vaja süsteemi tuua juurde täiendavaid spetsialiste, et vähendada riskiteguritest põhjustatud haiguskoormust tervishoiusüsteemile ja ühiskonnale. Hetkel pakutakse tervishoiu esmatasandil tubakast loobumise ning alkoholitarvitamise vähendamise nõustamist. Väljatöötamisel on ka vähese füüsilise aktiivsuse ning ülemäärase kehakaalu terviseriskide vähendamiseks sekkumised, sh ei pruugi sekkumiste elluviija olla tervishoiutőtaja. Oleme Euroopa Majanduspiirkonna finantsmehhanismide toel alates 2026. a II poolest koostőks Justiits- ja Digiministeeriumiga välja töötamas Eestile sobivat ennetussüsteemi raamistikku riiklikul ja kohalikul tasandil ning seda toetavat veebipõhist teadmuskeskust. Selle protsessi käigus analüüsime muu hulgas ka ennetustegevuste rahastamiseks sobivaid mudeleid. Samuti on kavandatud ellu viia koolitused nii otsustajatele kui ka praktikutele. Lisaks on plaanis luua ennetusteaduse mikroraadiprogramm.

- Hinnata digilahenduste (nt kaugmonitooringu) arendamise vajadust ja mahtu, lähtudes nende rakendatavusest perearstias ja vältides paralleelsete või vähese kasutusega lahenduste loomist. p-d 154 - Suurendada inimeste teadlikkust olemasolevatest eluviisi muutmist toetavatest teenustest, teavitades patsiente teenuste olemasolust süstemaatiliselt nende tavapäraste tervishoiukontaktide kaudu (nt perearsti vastuvõtul või Terviseportaalil). p-d 152	- Hetkel on väljatöötamisel toitumisharjumuste muutmise teenus ülemäärase kehakaaluga inimesele. Samuti on arutelu all väljatöötamiseks liikumisretsept füüsilise aktiivsuse tõstmiseks riskipatsientidele, kuid see vajab täiendavat otstarbekuse analüüsimist. - Digilahenduste arendamise vajadust saab hinnata perearsti infosüsteemi hanke raames. Vastav hange selle infosüsteemi loomiseks on väljakuulutamisel 2026. aastal. Tsentraalne perearsti infosüsteem ei sisalda samas kaugmonitooringu funktsioone. Kaugmonitooringul üldiselt on kitsad näidustused ning see vajab eraldi analüüsimist. - Patsiendi teavitamine eluviisi muutmist toetavatest teenustest on nõustamise jooksul juba praegu üks osa ravijuhistest ning vältimatult vajalik osa patsiendi nõustamisest. Tervise Arengu Instituudi direktori vastus: Toetame Riigikontrolli soovitusi lõigus 160. Ennetussüsteemi arenguhüpe ja ennetusteenuste arendamine on üks Sotsiaalministeeriumi haldusala prioriteetsetest tegevussuundadest. Tervise Arengu Instituut korraldab täiendkoolitusi tervishoiutöötajatele, et tagada nende valmisolek osutada alkoholi- ja nikotiinist loobumise nõustamise teenuste osutamise valmisolek. Üks õpiväljunditest on motiveeriva intervjuerimise meetodika laiaulatuslikum kasutamine esmasandil tervishoiu- ning tervishoiu laiemalt. Jätkame esmasandil suunatud toitumisharjumuste muutmise mudeli väljatöötamist (viidatud lõigus 157). Mudel ning selle rakendamise eelduseks olevad töövahendid valmivad Euroopa Sotsiaalfondist toetatava tegevuse „Terviseriskide ennetamine ja vähendamine“ vahenditest 2027. aasta lõpuks. TAI osaleb Kultuuriministeeriumi algatatud projekti „Liikumisetsepti sekkumise väljatöötamine ja katsetamine“ konkursil, mille eesmärk on võrrelda nelja liikumisetsepti sekkumiseviisi efektiivsust krooniliste haiguste riskirühma kuuluvate patsientide kehalise aktiivsuse suurendamisel esmasandil tervishoiu. Edukaks osutumise korral alustab TAI toitumise andmebaasi NutriData liikumismooduli arendamist, et luua kasutusvõrd ja prototüüp liikumisetsepti testimiseks ja väljaarendamiseks. Liikumisetsept on kavandatud tervishoiutöötaja (nt perearst, õde) töövahendina ning on kirjalik ja personaalne soovitus kehalise aktiivsuse kohta. Projekti realiseerumisel on lahenduse valmimise lõpptähtajaks 2028 lõpp (projekti kestus 36 kuud) ning seda rahastatakse Euroopa Liidu ühtekuuluvuspoliitika 2021–2027 perioodi meetme „Avaliku sektori innovatsioonivõimekuse tõstmine“ vahenditest. Nõustume ettepanekuga hinnata digilahenduste (sh kaugmonitooringu) arendamise vajadust ja mahtu, lähtudes nende tegelikust rakendatavusest perearstias ja vältides paralleelsete või vähese kasutusega lahenduste loomist. Digilahenduste arendamisel peame oluliseks tugineda valideeritud meetodikatele ja olemasolevatele töövoogudele. Näiteks 2025. aastal valideerisid TAI ja TÜ Kliinikum koostöös esmasandil kasutatava psühhomeetrilise hindamisvahendi „Alkoholi, tubaka ja sõltuvusainete tarvitamise sõeluuring (ASSIST)“, mida on võimalik digitaliseerida ning kujundada perearstias jaoks käepäraseks
--	--

	töövahendiks. Samas tuleb arvestada, et praegu puuduvad valideeritud instrumendid, millega usaldusväärselt mõõta uute nikotiinitoodete kasutamist, mistõttu on selles valdkonnas digilahenduste arendamise eelduseks metoodika ja mõõdikute väljatöötamine ning valideerimine. Tervisekassa juhatuse esimehe vastus: Tervisekassa nõustub, et SVH ennetus ja elustiiliteenused ei ole täna tervishoiusüsteemis piisavalt süsteemselt korraldatud ning vastutus on osapoolte vahel killustunud. Tervisekassa peamine roll on ennekõike tõendus põhiste ennetusteenuste (sõeluuringud, vaksineerimine) korraldamine ja rahastamine. Tervisekassa liigub ennetuses järk-järgult riskipõhise lähenemise poole, kus sekkumised on suunatud eelkõige kõrgema riskiga inimestele ning toimuvad võimalikult varakult. Mitmed ennetusvaldkonnad, sh toitumisenõustamine, elustiil-nõustamine, madala intensiivsusega vaimse tervise sekkumised jt rahvatervise sekkumised, ei ole praegu tervishoiuteenused ning nende rahastamine ja korraldus eeldavad selgeid otsuseid Sotsiaalministeeriumi tasandil. Oluline on tugevdada patsiendi rolli oma tervise eest vastutamisel. Selleks peab patsient saama selged ja järjepidevad sõnumid sõltumata sellest, kus ta tervishoiusüsteemiga kokku puutub. Ka Sotsiaalministeeriumi tellitud terviseharituse uuring (2022) näitab, et südame-veresoonkonnahaiguste riskide vähendamine vajab süsteemset ja koordineeritud riiklikku lähenemist. See eeldab selget rollijaotust Tervisekassa, Tervise Arengu Instituudi ja Sotsiaalministeeriumi vahel.
Valdkonna juhtimine 175. Riigikontrolli soovitusel sotsiaalministrile koostöös Tervise Arengu Instituudi direktori ja Tervisekassa juhatuse esimehega: - Seada rahvastiku tervise arengukava programmi tasandil selged eesmärgid ja mõõdikud, mis võimaldaksid regulaarselt hinnata kõrgvererõhktõve ja teiste südame-veresoonkonnahaiguste ennetuse, ravi ja jälgimise tulemuslikkust ning kasutada seiret juhtimisotsuste tegemisel. Määratleda selgelt Sotsiaalministeeriumi, Tervisekassa ja Tervise Arengu Instituudi rollid kõrgvererõhktõve ja teiste südame-veresoonkonnahaiguste ohjes. p-d 169, 173 - Lua ja rakendada lahendused, mis ühendavad Tervise Arengu Instituudi ja Tervisekassa andmed terviklikuks seiresüsteemiks ning võimaldavad hinnata nii krooniliste haiguste levikut, ravi tulemuslikkust ja piirkondlike erinevusi kui ka toetada kvaliteedi ühtlustamist. p-d 116–117, 172 - Liikuda edasi esmatasandi tervishoiu arengukava rakendamisega, avalikustada selle tegevuskava ning määratleda selgelt kõigi esmatasandi osapoolte rollid ja kokkulepped. Toetada perearsti meeskondade tugevdamist teiste	Sotsiaalministri vastus: - Kõrgvererõhktõve ja südame-veresoonkonnahaiguste ennetus on hetkel suuresti riskitegurite põhine. Rahvastiku tervise arengukavas on toodud konkreetsed eesmärgid ja mõõdikud tasakaalustatud toitumise ja füüsilise aktiivsuse suurendamiseks ning alkoholitarvitamise vähendamiseks. Ravi tulemuslikkus on osa tervishoiu kvaliteedi tõstmisest, mis on praegu fookuses, sealhulgas kvaliteedikeskuse loomine Terviseameti alla. Käesoleva aasta algusest kehtib perearstiasis uus rahastus-mudel, lisaks on arutluse all olnud tulemuspõhise PKS-i süsteemi tõhustamine, kus hinnatakse patsientidel saavutatud eesmärk-väärtusi (näiteks vererõhu väärtus), mitte ainult perearstikeskustes tehtud tegevusi. Rollid erinevate asutuste vahel on määratletud. Sotsiaalministeerium kujundab tervishoiu- ja rahvatervise poliitikat ning loob õigustiku ja strateegilise raamistiku. Tervise Arengu Instituudi põhiroll on ennetus, tervisedendus ja tervise-statistika kogumine, mh hindab ja viib institut läbi tervise-edenduslikke programme, kampaaniaid, arendab ja koostab juhendmaterjale. Tervisekassa korraldab tervishoiuteenuste rahastust, mh jälgib ja analüüsib kvaliteedisüsteemi täitmist. - Andmekasutuse parendamise raames on eesmärgiks luua ühendandmeladu, mis katab kõik vajalikud digiretsepti, Tervisekassa andmekogu ja TIS-i andmed.

esmatasandi spetsialistide kaasamise kaudu, et parandada krooniliste haigete käsitlese järjepidevust ja kvaliteeti. p-d 132, 139, 141, 170	Andmekogude ühendamise eelnõu on jõudnud Riigikokku esimesele lugemisele. Esmatasandi tervishoiu arengukava rakendamine on pidev ja järjepidev protsess, mis on integreeritud Sotsiaalministeeriumi ning tema valitsemisala asutuste tööplaanidesse ja igapäevasesse tegevusse. Arengukava elluviimine toimub koostöös esmatasandi tervishoiu osapooltega ning hõlmab nii teenuste arendamist kui ka meeskonnapõhise töö tugevdamist. Arengukavas toodud tegevussuundi on seni arvestatud Sotsiaalministeeriumi ja Tervisekassa tööplaanide koostamisel. Esmatasandi tervishoiu arengukava tegevuskava avalikustatakse hiljemalt teise kvartali alguses. Tervise Arengu Instituudi direktori vastus: Nõustume Riigikontrolli poolt lõigus 175 esitatud soovitusel „Seada rahvastiku tervise arengukava programmi tasandil selged eesmärgid ja mõõdikud, mis võimaldaksid regulaarselt hinnata kõrgvererõhktõve ja teiste südame-veresoonkonnahaiguste ennetuse, ravi ja jälgimise tulemuslikkust ning kasutada seiret juhtimisotsuste tegemisel. Määratleda selgelt Sotsiaalministeeriumi, Tervisekassa ja Tervise Arengu Instituudi rollid kõrgvererõhktõve ja teiste südame-veresoonkonnahaiguste ohjes“. Programmide tasandil on rollid üldjoontes määratletud, kuid kuna südame- ja veresoonkonnahaiguste ohjeks puudub eraldi tegevuskava, puudub ka ühtne koordineerimine. Sotsiaalministeeriumi haldusala asutused viivad praegu läbi tervisesüsteemi toimivuse hindamist, mis hõlmab muude haiguste kõrval ka südame- ja veresoonkonnahaigustega seotud näitajaid (haigestumine, suremus, ravikvaliteet, tervisekäitumine). Juunis 2026 valmiv tervisesüsteemi toimivuse hindamise raport käsitleb üldisel tasandil muu hulgas ressursse, tulemusi ja muid teemavaldkondi, kuid täpsemad haiguspõhised hindamisaruanded koostatakse edaspidi. Toetame Riigikontrolli poolt lõigus 175 esitatud soovitusel „Luu ja rakendada lahendused, mis ühendavad Tervise Arengu Instituudi ja Tervisekassa andmed terviklikuks seiresüsteemiks ning võimaldavad hinnata nii krooniliste haiguste levikut, ravi tulemuslikkust ja piirkondlikke erinevusi kui ka toetada kvaliteedi ühtlustamist“. Menetluses on tervishoiuteenuste korraldamise seaduse muudatus, mille üks eesmärgi on Tervisekassa andmekogu ja retseptikeskuse liitmine tervise infosüsteemiga. Andmekogude ühendamine lihtsustab terviseandmete edastamist ja kasutamist. Samuti nähakse seadusemuudatusega ette, et TAI saab kokkulepitud ulatuses juurdepääsu nii tervise infosüsteemi kui ka Tervisekassa andmekogu andmetele, mis loob omakorda võimaluse koostada detailsemaid analüüse. Lisaks on valminud riikliku statistika seaduse väljatöötamise kavatsus, mille Sotsiaalministeerium plaanib lähiajal saata kooskõlastusringile. Kavandatavad muudatused loovad TAI-le täiendavad eeldused haldusala välistest allikatest pärinevate andmete kasutamiseks, et rikastada olemasolevaid terviseandmeid ja teha seiret tulemuslikumalt. Õigusliku aluse loomine on seega järjepideva seiresüsteemi kujundamise eeltingimus.
--	---

	Sotsiaalministeeriumi juhtimisel on samal ajal valmimas eelmises punktis viidatud tervisesüsteemi toimivuse hindamise raport, mille eesmärk on vaadelda süsteemi tervikuna ja vähendada eri osapoolte tegevuse killustatust. Tervisesüsteemi toimivuse hindamise indikaatorid on aga pigem üldised. Krooniliste haiguste seireks on koostöös erinevate osapooltega vaja välja töötada detailsemad näitajad ning olukorra parandamiseks tuleb seire tulemustele järgnevalt rakendada ka konkreetseid sekkumisi. Riikliku statistika seaduse muudatuse edasimenetlemine on tervisevaldkonna seire süsteemsemaks muutmisel keskse tähtsusega. Seaduse rakendumisel luuakse tervisestatistika programm, mis tagab valdkonna indikaatorite järjepideva kogumise, regulaarse jälgimise ning arengu ajas. See viib tervisevaldkonna seire samale loogikale teiste valdkondadega, kus indikaatorid on kaetud statistika programmi osadena ning nende täitmist ja muutusi jälgitakse järjepidevalt, sh valitsuse tasandil. Praegu on tervisevaldkonna indikaatorite seire aga ebaühtlane, mistõttu on õigusliku ja programmpõhise raamistiku loomine oluline eeldus selgemaks juhtimiseks ja tõenduspõhisteks otsusteks. Tervisekassa juhatuse esimehe vastus: Tervisekassa nõustub, et südame-veresoonkonnahaiguste valdkond vajab selgemat tervikjuhtimist, kuid see ei saa olla üksnes ravikindlustaja vastutus. Tervisekassa keskendub teenuseosutaja tasandi kvaliteedi parandamisele rahastuse, lepingutingimuste ja seire kaudu, samas kui rahvastiku tasandi eesmärkide seadmine ja seiresüsteemide juhtimine eeldab riiklikku koordineerimist Sotsiaalministeeriumi eestvedamisel. Tervikjuhtimine peab põhinema ühistel eesmärkidel, selgel rollijaotusel ning tegevuste prioriseerimisel, arvestades esmatasandi piiratud ressursse. Tervisekassa nõustub, et südame-veresoonkonnahaiguste valdkond vajab senisest selgemat tervikjuhtimist. Samas ei saa kogu SVH ennetuse, ravi, seire ja arenduste juhtimine olla ravikindlustaja vastutus. Tervisekassa roll ja võimekus on piiratud ning keskendub eelkõige ravikindlustusvahendite sihipärasele kasutamisele: tervishoiuteenuste ostmisele, rahastamise kaudu stiimulite kujundamisele ning teenuseosutajate tasandi kvaliteedi hindamise ja parandamise toetamisele. Tervisekassa saab panustada ja peab panustama seire- ja arenduslahendustesse, mis võimaldavad hinnata teenuste kvaliteeti teenuseosutaja tasandil ning toetada kvaliteedi ühtlustamist rahastuse ja lepingutingimuste kaudu. Samas ei saa riiklike seiresüsteemide arendamine ja haldamine, mille eesmärk on hinnata rahvastiku tervisenäitajaid, haiguskoormuse muutusi, piirkondlikke erinevusi ning ennetuse ja raviteekondade tulemuslikkust populatsiooni tasandil, olla üksnes Tervisekassa vastutus. See eeldab laiemat riiklikku juhtimist, kus koordineeriv roll on Sotsiaalministeeriumil ning andmepõhise seire ja analüüsi kompetents Tervise Arengu Instituudil ning vajadusel Terviseametil. Tervisekassa Nõukogu on prioriseerinud SVH-valdkonna arendamise, mille tulemusel luuakse Tervisekassasse esimene spetsiaalselt SVH-teemaga tegelev ametikoht. See võimaldab senisest sihipärasemalt panustada Tervisekassa vastutusalasse
--	--

	jäävatesse tegevustesse, kuid ei asenda vajadust selge rollijaotuse ja ühise juhtimisraamistiku järele. Tervikjuhtimise tugevdamiseks on vajalik ka terviklik analüüs olemasolevatest SVH ennetus- ja sekkumistegevustest nii Tervisekassas kui ka teiste osapoolte juures koos oodatavate tulemuste ja kuludega. Selle alusel on võimalik teha teadlikke valikuid, millised tegevused annavad suurima mõju, arvestades samal ajal esmatasandi piiratud võimekust ja ülekoormuse riski.
--	---

Auditi iseloomustus



Auditi eesmärk

Auditi eesmärk oli hinnata, kas kõrgvererõhktõvega patsientide diagnoosimine, ravi ja jälgimine esmatasandil on korraldatud viisil, mis tagab võimalikult paljude patsientide ravieesmärkide saavutamise ja raskemate tüsistuste ärahoidmise. Lisaks hinnati, kas Sotsiaalministeeriumi ja tema allasutuste tegevus krooniliste haiguste paremaks ohjamiseks on eesmärgipärane.

Hinnangu andmise kriteeriumid

Auditi põhiküsimused:

- Kas kõrgvererõhktõbe on diagnoositud ja ravitud ning kas neid patsiente on jälgitud esmatasandil nii, et nende haigus on kontrolli all?
- Kas riigi tasandil on olemas terviklik plaan kõrgvererõhktõve ohjamiseks?

Auditi kriteeriumid:

- Kõrgvererõhktõve patsientide käsitlemine (s.t haiguse diagnoosimine, haigete ravi ja jälgimine) toimub ravi suunistele vastavalt ning ravi eesmärgid on saavutatud.
- Sotsiaalministeeriumil ja tema allasutustel on krooniliste haiguste paremaks ohjamiseks olemas terviklik plaan ning seda viiakse ellu, s.t määratletud on sihtrühm, selle vajadused, riigi eesmärgid, meetmed ja nende elluviimise eeldused, samuti väljundid, tulemused ja mõju. Sotsiaalministeerium seirab tegevuste elluviimist ja/või tulemusi ja teeb süsteemis vajaduse korral muudatusi.

Auditi ulatus ja käsitusviis

Auditeeritud periood oli aastad 2019–2024. Perioodi valikul lähtuti sellest, et hõlmatud oleks ka üks aasta enne koroonapandeemiat.

Auditeeritud ja menetlusosalised:

- **Sotsiaalministeerium**, mille valitsemisalasse kuulub rahva tervise kaitse ja tervishoiu valdkond. Ministeeriumi ülesanne on juhtida esmatasandi tervishoiu ja spetsialiseeritud abi poliitika kujundamist, lähtudes strateegilistest eesmärkidest, ning tagada koostöös teiste pädevate asutustega tervishoiuteenuste kättesaadavus Eesti inimestele. Samuti on ministeeriumi ülesanne tagada tervist säästev ja tervislik elukeskkond, edendada terviseteadlikkust ning ennetada haigusi ja nendega kaasnevat kahju.
- **Tervisekassa** korraldab ravikindlustust ja tervishoiuteenuse osutamist; osaleb tervishoiu planeerimisel; osaleb tervishoiuteenuste osutamise kvaliteeti, kättesaadavust ja efektiivsust arendavates tegevustes ja projektides ning tervisesüsteemi ja tervise infosüsteemi arendustegevuses ja haldamises koostöös Sotsiaalministeeriumiga.

- **Tervise Arengu Instituut** koondab Eesti tervise- ja tervishoiuvaldkonna statistikat, korraldab rahvastiku tervise ja tervisekäitumise uuringuid ning töötab välja tervist mõjutavaid sekkumisi ja tervist edendavaid programme.

Auditi käigus koguti lisaks auditeeritavatele infot erialaühenduste, erialaekspertide jt asjasse puutuvate asutuste ja isikute käest.

Auditi käigus viidi läbi eksperditöö.

Eksperditöö valimisse kuulusid 2024. aasta I–III kvartalis (01.01.–30.09.2024) esmase kõrgvererõhktõve diagnoosi (rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni järgi koodid I10–I13, I15) saanud patsiendid. Esmase diagnoosi tähendab, et isikul ei olnud eelneva 10 aasta jooksul ühelgi raviarvel ega retseptil kõrgvererõhktõve diagnoosi märgitud.

Iga patsiendi puhul oli hindamisperioodiks 6 kuud enne ja 6 kuud pärast esmasdiagnoosi saamist. Selline hindamisperiood valiti, sest teatud kliinilised tegevused võisid kõrgvererõhktõve kahtluse tõttu alata juba enne täpsema diagnoosi panemist või jätkuda pärast esmasdiagnoosi panemist. Hindamisperioodi ajavahemik oli 01.07.2023–31.03.2025. Kokku võeti valimisse 55 nimistu patsiendid, igast nimistust 8–10 patsienti, kokku 515 patsienti.

Diagnoosimise hetkel esines 1. riskiastme kõrgvererõhktõbi 248 patsiendil, 2. riskiastme kõrgvererõhktõbi 131-l ja 3. riskiastme kõrgvererõhktõbi 34 patsiendil. Raskusaste oli määratlemata 102-l. Kokku 81 patsiendil (15% esialgsest valimist) ei esinenud uuritava ajaperioodi jooksul ühtegi perearsti visiiti (kaasa arvatud telefonikontakti), mistõttu need patsiendid jäeti edaspidisest analüüsist välja. Kokku analüüsiti seega 434 patsiendi haiguslugusid. Lõplikku valimisse jäänud naiste ja meeste osakaal oli sarnane algse valimiga ehk 43% naisi (n = 186) ja 57% mehi (n = 248). Ka vanuseline jaotus jäi sarnaseks: 18–39-aastaseid patsiente (n = 64) oli 15%; 40–64-aastaseid (n = 265) 61% ning 65-aastaseid ja vanemaid patsiente (n = 103) 24%.

Perearstide kvaliteedisüsteemis oli koefitsiendiga 1,0 tulemuse saavutanud 65% auditisse kaasatud perearstidest (n = 282), koefitsiendiga 0,8 oli kriteeriumid täitnud 10% (n = 44) ning 0-tulemuse olid saanud 25% (n = 108) perearstidest.

Eksperditöö aluseks oli Tervisekassa tunnustatud Eesti ravijuhend „Täiskasvanute kõrgvererõhktõve käsitus esmatasandil“. Dokumenteerimise nõuete hindamise aluseks oli 18.09.2008. a sotsiaalministri määruse nr 56 „Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise tingimused ja kord“ hetkel kehtiv versioon.

Eksperdid analüüsisid valitud patsientide andmeid tervise infosüsteemis ning raviarveid ja retsepte Tervisekassa andmebaasis. Hindamiskriteeriumid hõlmasid kõrgvererõhktõve diagnoosimist, patsiendi nõustamist ja kõrgvererõhktõve ravi tulemuslikkuse hindamist.

Eksperditöö viis läbi Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervise instituut. Ekspertidena kaasati Tartu Ülikooli peremeditsiini eriala 6 resident.

Perearstide arvamust ja hinnanguid uuriti veebiküsitluse kaudu.

Veebiküsitluse eesmärk oli küsida perearstide arvamust kõrgvererõhktõve diagnoosimise ja ravi, krooniliste haigete jälgimise, krooniliste haiguste teisese ennetuse ning perearstide kvaliteedisüsteemi kohta. Vastamisel paluti perearstil lähtuda enda tegevusest oma põhinimistuga viimasel viiel aastal.

Valimisse kuulusid kõik Tervisekassa lepingupartneritest perearstid, keda 2025. aasta mai alguse seisuga oli kokku 736. Kutse küsitlusele osalemiseks saadeti kokku 723 perearstile, sest nende puhul suudeti leida toimiv e-posti aadress. Veebiküsitlus viidi läbi perioodil 15.05.–06.06.2025.

Küsitlusele vastas kokku 259 perearsti (vastamismäär 36%). Vastanuid oli kõikidest maakondadest, kõige enam oli vastajate seas Harju (40%), Tartu (17%) ja Ida-Viru (12%) maakonna ning kõige vähem Hiiu (1%) ja Valga (1%) maakonnas töötavaid perearste. Vastanutest 42% töötasid üksikpraksistes, 30% tervisekeskustes, 24% grupipraksistes ning 4% üksik- või grupipraksisega tervisekeskustes. 75% vastanutest olid oma praeguse nimistuga töötanud üle 10 aasta, 10% 6–10 aastat ja 15% alla 6 aasta.

Auditi käigus viidi läbi erinevad **andmeanalüüsid**:

- 2019. aastal esmasdiagnoosi saanud patsientide analüüs.

Andmed küsiti järgmiselt: 2019. aasta esmashaigestujad, kellel pole olnud RHK koodiga I10–I13, I15 põhi- ega kaasuvat diagnoosi eelneva 10 aasta jooksul ei retseptikeskuse ega raviarvete andmetel. Selleks, et välistada juhusliku diagnoosiga patsiendid, võeti valimisse need, kellel oli olnud kaks kõrgvererõhktõve diagnoosi aasta jooksul – nt esimese diagnoosi järel teine veel ja mitte samal kuupäeval (ükskõik siis kas retseptil või arvel). Patsientide kohta küsiti välja kõik raviarved peremeditsiini, vältimatu abi, sh EMO eraldi, kardioloogia ja kardiokirurgia erialal ning kõrgvererõhktõve ravimite retseptiandmed.

Esmasdiagnoosi saanud patsiente oli 2019. aastal 11 772. Neist 618 inimesel puudus raviarve, 438 neist ei olnud välja ostnud ühtegi retsepti. Enamik inimesi, kes olid arsti külastanud, olid ravikindlustatud, vaid 145 inimesel ei olnud arstiga kontakti korral ravikindlustust.

- 2024. aastal kõrgvererõhktõve ravimite väljakirjutamise ja -ostmise analüüs.
- Ülevaade perearstide kvaliteedisüsteemis kõrgevererõhktõve diagnoosiga jälgimisel olevate patsientide ja nende perearstide kohta aastatel 2019–2024.
- Südame-veresoonkonnahaiguste, kõrgvererõhktõve (I10–I13, I15), insuldi ja müokardiinfarkti raviarvete statistika 2019.–2024. aastal nii patsientide kui ka summade kaupa.
- Riskipatsientide ravijuhtimise statistika analüüs aastatel 2019–2024 teenust saanud isikute arvu, teenuseosutajate ja summade kaupa.
- Ülevaade „tubaka- või nikotiinitoodetest loobumise nõustamise“ ja „alkoholi liigtarvitamise häire ennetus ja nõustamise“ teenuse patsientide ja kulu statistikast aastatel 2019–2024. Andmed küsiti nii Tervisekassa kui ka Tervise Arengu Instituudi käest.

Lisaks toimus **dokumendianalüüs**, mille käigus analüüsiti valdkondlikke strateegilisi jt töödokumente, uuringuid ja analüüse jms. Samuti viidi läbi **intervjuud** osapooltega (vt tabel 1).

Tabel 1. Auditi ja selle eelselgituse käigus läbi viidud intervjuud

Asutus	Intervjueeritud	Kohtumise kuupäev
Eesti Perearstide Selts	Elle-Mall Sadrak, juhatuse esinaine Reet Laidoja, juhatuse liige Alina Terep, juhatuse liige	06.11.2024
Tervisekassa	Liis Kruus, raviteenuste osakonna juht Laura Johanna Tuisk, raviteenuste osakonna spetsialist	11.11.2024

Sotsiaalministeerium (tervishoiuteenuste osakond)	Laura Viidik, esmatasandi tervishoiu poliitikajuht Kaily Susi, projekti nõunik	20.12.2024
Eesti Töötervishoiuarstide Selts	Jaanka Sass, juhatuse esinaine Evelyn Aaviksoo, juhatuse liige Liisi Luht, juhatuse liige Tiia Piho, juhatuse liige	03.01.2025
Eesti Õdede Liit	Anneli Kannus, president Gerli Liivet, asepresident	06.01.2025
Tartu Ülikool	Silja-Riin Voolma, psühholoogia instituudi külalislektor	09.01.2025
Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut	Ruth Kalda, peremeditsiini professor	14.01.2025
Eesti Kardioloogide Selts	Märt Elmet, president Martin Serg, juhatuse sekretär	20.01.2025
Sotsiaalministeerium (rahvatervishoiu osakond)	Heli Laarmann, osakonna juhataja Aive Telling, keskkonnatervishoiu poliitikajuht Brigitta Õunmaa, tervisekäitumise poliitikajuht	20.01.2025
Tervise Arengu Instituut	Jane Idavain, tervisestatistika osakonna juhataja Aljona Kurbatova, tervise ja heaolu edendamise keskuse juht Karin Streimann, ennetuse valdkonna juht Merike Rätsep, tervisestatistika osakonna vanemanalüütik Eha Nurk, krooniliste haiguste osakonna juhtivteadur	21.01.2025
Eesti Proviisorapteekide Liit	Ly Rootslane, juht	28.01.2025
Maailmapank	Daniel Rogger, vanemökonomist, riskipatsientide ravijuhtimise projektijuht Benjamin Daniels, projektiliige Robert Lipinski, projektiliige	29.01.2025
Ravijuhendi „II tüüpi diabeedi mittefarmakoloogiline ravi“ koostamise töörühma juht	Mart Roosimaa, endokrinoloog	31.01.2025
Eesti Hüpertensiooni Ühing	Priit Pauklin, juhatuse esimees Margus Viigimaa, juhatuse liige	31.01.2025
Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut	Taavi Tillmann, rahvatervishoiu kaasprofessor	03.02.2025
Tervisekassa	Tiina Österman, tervishoiuteenuste arendamise portfelli teenusejuht	15.04.2025
Tervisekassa	Laura Johanna Tuisk, tervishoiuteenuste arendamise portfelli teenusejuht	02.07.2025
Tartu Ülikooli Kliinikum	Ülle Ani, arst-õppejõud, pulmonoloog	02.09.2025
Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut	Mikk Jürisson, rahvatervishoiu kaasprofessor, tervishoiuteenuste loetelu komisjoni esimees	05.09.2025

Auditi lõpetamise aeg

Auditi toimingud lõpetati 10.10.2025.

Auditi meeskond

Auditijuht Rauno Vinni, audiitorid Pille Kuusepalu, Mariliis Trei-Mäe. Statistilist analüüsi aitas teha audiitor Kristi Loide.

Kontaktandmed

Auditi kohta saab lisainfot Riigikontrolli kommunikatsiooniüksusest
tel +372 640 0777, e-post riigikontroll@riigikontroll.ee

Auditaruande elektrooniline koopia (pdf) on saadaval koduleheküljel www.riigikontroll.ee.

Auditaruande kokkuvõte on saadaval ka inglise keeles.

Auditaruande number Riigikontrolli asjaajamissüsteemis on 80165.

Riigikontrolli postiaadress on:

Kiriku 2/4
15013 TALLINN
Tel +372 640 0700
riigikontroll@riigikontroll.ee

Riigikontrolli varasemaid auditeid kõrgvererõhktõve, krooniliste haiguste ja ennetuse valdkonnas

23.10.2018 – Erakorraline meditsiin

06.09.2012 – Ravimite hüvitamise korraldus

08.04.2011 – Perearstiabi korraldus

30.09.2008 – Strateegiad tervislike eluviiside ja hoiakute kujundamiseks

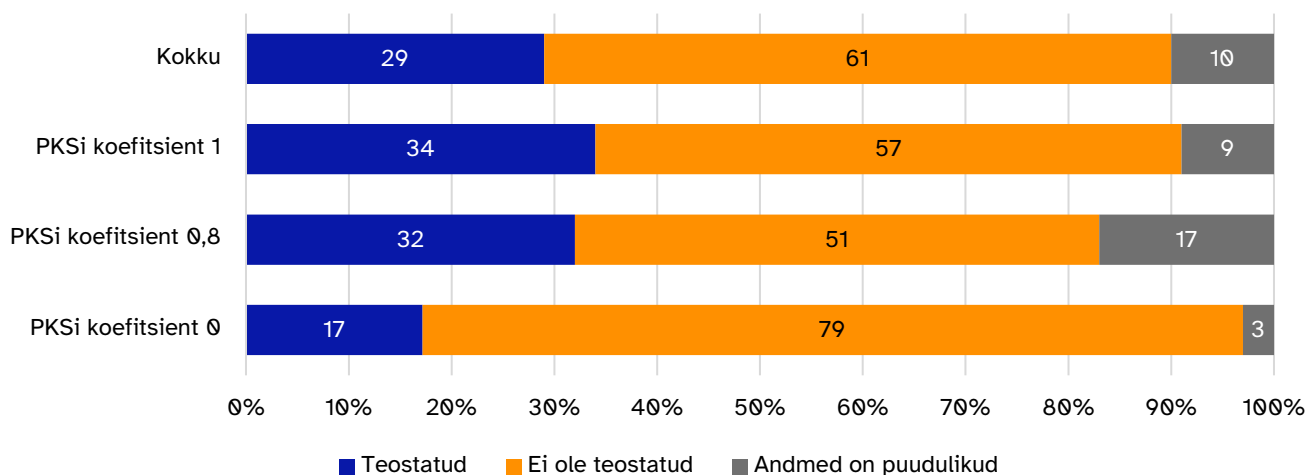
Kõik aruanded on kättesaadavad Riigikontrolli koduleheküljelt www.riigikontroll.ee.

Lisa A. Ekspertitöö tulemused

Ekspertitöö valim koosnes 2024. a I–III kvartalis kõrgvererõhktõve diagnoosi patsientidest. Patsientide ravikäsitlust hinnati 6 kuud enne ja 6 kuud pärast diagnoosi saamist (vt täpsemalt „Auditi iseloomustus“). Töö viidi läbi 2025. aastal ja seetõttu on läbivalt joonistel ja tabelitel kasutatud viidet 2025. aastale.

Patsientide arv, kelle puhul ekspertidel tekkis kahtlus, et tegemist ei ole esmase diagnoosiga, oli 11. Neid patsiente ei arvestatud 24-tunnise ambulatoorse vererõhu mõõtmise analüüsimisel (vt joonis 18).

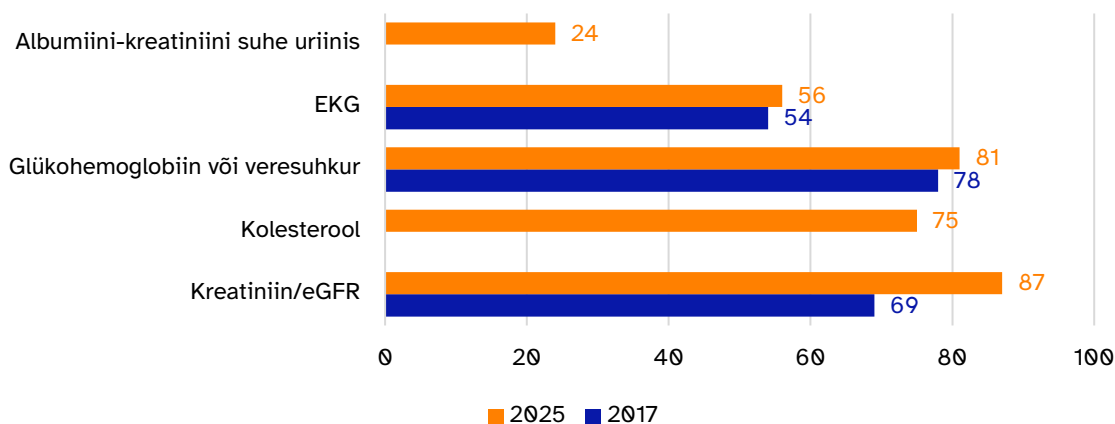
Joonis 18. 24-tunnise ambulatoorse vererõhu jälgimise meetodi kasutamine kõrgvererõhktõve esmasel diagnoosimisel. Perearstikeskuste võrdlus perearsti kvaliteedisüsteemi kriteeriumite täitmise järgi (% patsientidest, kellele uuring oli tehtud), 2025. aasta*



* PKSi koefitsiendi 1 ja 0,8 korral loetakse PKSi kriteeriumid täidetuks ja koefitsiendi 0 saavutanud perearstidel mittetäidetuks.

Allikas: Riigikontroll ekspertitöö tulemuste alusel

Joonis 19. Analüüside/uuringute osakaal, mida tehti kõrgvererõhktõve patsientidele 2017. ja 2025. aasta analüüside põhjal



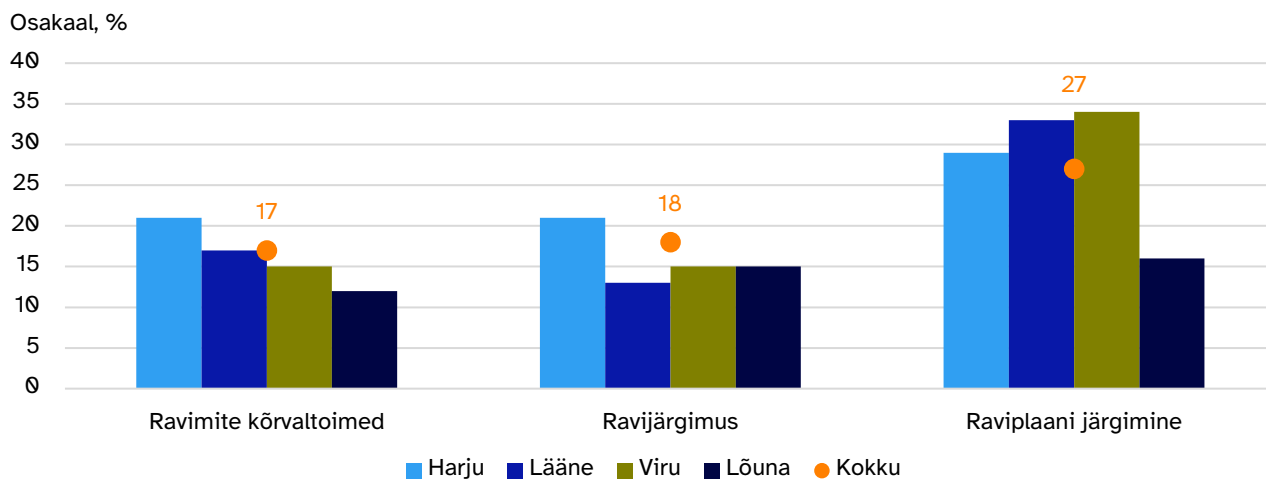
Allikas: Riigikontroll ekspertitöö tulemuste alusel

Tabel 2. Kõrgvererõhktõve diagnoosimisel perearsti tehtud uuringute sagedus piirkonniti (% patsientidest, kellele uuringuperioodi jooksul oli vastav analüüs/uuring tehtud), 2025. aasta

Analüüs	Harju (n = 206)	Lääne (n = 58)	Viru (n = 69)	Lõuna (n = 101)	Kokku
Kreatiniin/eGFR	92	84	67	88	87
Kolesterool	75	79	70	74	75
Glükohemoglobiin või veresuhkur	91	82	41	82	81
EKG	66	37	31	56	56
Albumiini-kreatiniini suhe uriinis	23	26	18	27	24

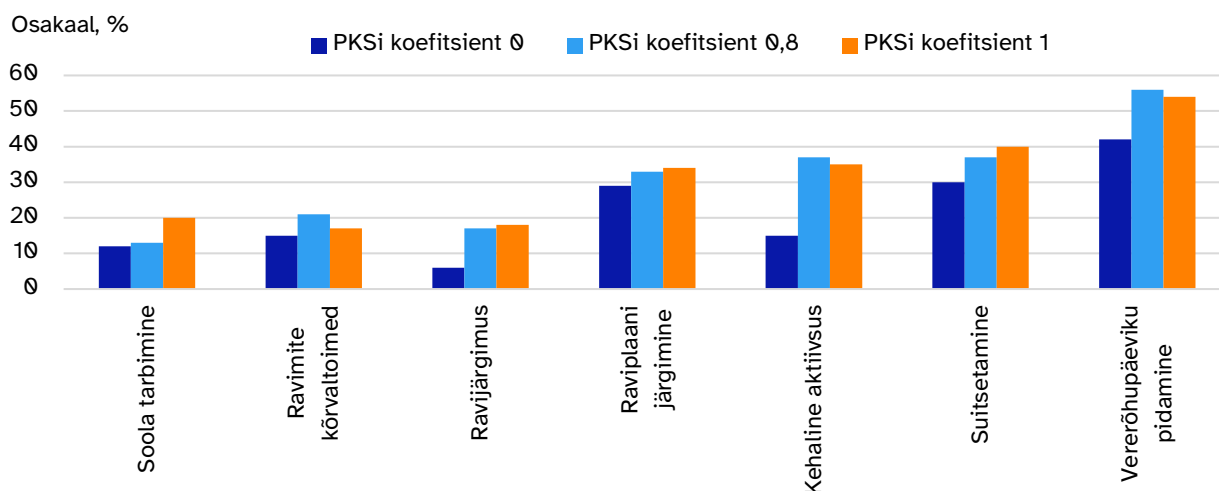
Allikas: Riigikontroll eksperditöö tulemuste alusel

Joonis 20. Kõrgvererõhktõve patsientide osakaal, kellega on käsitletud ravijärgimuse, ravimi kõrvaltoimete ja raviplaani teemasid, piirkondade kaupa, 2025. aasta



Allikas: Riigikontroll eksperditöö tulemuste alusel

Joonis 21. Kõrgvererõhktõve esmashaigestunu nõustamisel käsitletud eluviisi tegurid perearsti kvaliteedisüsteemi tulemuste põhjal, %, 2025. aasta*



* PKSi koefitsientide 1 ja 0,8 korral loetakse PKSi kriteeriumid täidetuks ning koefitsiendi 0 saavutanud perearstidel mittetäidetuks.

Allikas: Riigikontroll eksperditöö tulemuste alusel

Ekspertide soovitused esmase kõrgvererõhktõve käsitluses tuvastatud tüüpilistest puudujääkidest lähtudes

1. Süsteemse ja järjepideva patsientide järelkontrolli sisseviimine

Analüüs näitas, et paljudel patsientidel puudus ravi järelkontroll või see oli juhuslik. Ravi tulemuslikkuse hindamine jäi sageli tegemata, kuna vererõhu väärtusi ei mõõdetud või ei dokumenteeritud. Seepärast peaks looma perearstide ja pereõdede tööd toetavad lahendused, näiteks

- automaatne tagasikutsumise süsteem (nt 2 nädalat, 1 kuu, 3 kuud);
- digitaalsed meeldetuletused ja jälgimisvahendid: automaatsed SMSid, e-post patsientide teavitamiseks.

Nii oleks võimalik tagada, et patsientide seisundit hinnatakse regulaarselt ja ravi korrigeeritakse vajaduse korral.

2. Dokumenteerimise kvaliteedi tõstmine

Dokumentatsiooni puudulikkus oli üks peamisi põhjuseid, miks analüüsi käigus ei saanud perearsti tegevust sageli hinnata. Puudusid epikriisid, visiitide kirjeldused või olulised andmed (nt vererõhu väärtused, anamnees, nõustamine).

Dokumenteermise parandamist aitavad toetada

- struktureeritud epikriisivormid koos kohustuslike väljadega (analoog lapse arengu jälgimise vormiga);
- koolitused perearstidele ja -õdedele dokumenteerimise standardite teemal;
- dokumenteerimise kvaliteedi pistelised kontrollid

3. Riskihindamise süstemaatilise tagamine

Riskitegurite hindamine oli ebaühtlane ja sageli puudulik. Kuigi kaebused ja kaasuvad haigused olid enamasti dokumenteeritud, jäi eluviisi ja psühhosotsiaalsete tegurite hindamine tagaplaanile.

Võimalikud lahendused on

- kontroll-loendid anamneesi kogumiseks. See tähendab digitaalset anamneesi vormi, kus on märkeruudud või valikväljad (nt suitsetamine: jah/ei; stress: kõrge/mõõdukas/madal), ning lisaks automaatne hoiatus, kui arst/õde püüab epikriisi sulgeda ilma vajalike andmeteta;
- riskihindamise tööriista integreerimine esmase visiidiga.

4. Eluviisinõustamise ja ravisoostumuse toetamine

Analüüs näitas, et eluviisinõustamine oli sageli osaline või puudus. Ravisoostumust hinnati harva, kuigi see on ravi edukuse seisukohalt kriitiline. Kuna pereõdede kaasamine patsiendi nõustamisse oli piirkonniti väga erinev ning kohati vähene, on kindlasti vaja tagada pereõdede suurem roll krooniliste haigustega patsientide nõustamises. Tervisekassa rahastab perearstidele vähemalt kahe pereõe olemasolu (ja vajadusel rohkem), kui töökoormus ja vastuvõtuaeg vastavad nõuetele.

Tervisekassa andmete põhjal töötab 01.08.2025. aasta seisuga keskmiselt 1765 pereõde, mis tähendab keskmiselt 2,23 pereõde ühe nimistu kohta. See näitaja on aasta-aastalt kasvanud ja viitab pereõdede rolli suurenemisele esmatasandi tervishoius. Küll aga on pereõdede arv nimistu kohta piirkonniti ja nimistuti erinev, mistõttu on üle 10% perearsti nimistutest Eestis sellised, mille juures töötab vaid üks pereõde. Sihiks võiks olla iga nimistu juures 2 pereõde olemasolu, arvestades ka krooniliste haigete arvu kasvu rahvastikus ja nimistutes. Perearstikeskused peaksid ühtlasi tagama pereõde iseseisva vastuvõtu vähemalt 20 tunni ulatuses nädalas, vabastades nad tööst, mida saaks teha näiteks kliiniline assistent.

5. Ravi jälgimise ja korrigeerimise protokollide kasutusele võtmine

Ravi määramine ja korrigeerimine ei olnud alati kooskõlas ravijuhendiga. Sageli jäi ravivastuse hindamine tegemata või dokumenteerimata.

Võimalikuks lahenduseks oleks ravi jälgimise protokollide integreerimine perearsti infosüsteemi, s.t töölauale. See aitab perearstil ja -õel hinnata, jälgida ja toetada patsiendi ravisoostumust ning ravi efektiivsust.

Protokoll aktiveerub, kui diagnoositakse kõrgvererõhktõbi. Ühtlasi tuleb süsteem meelde, millised sammud ja mis aja jooksul tuleb astuda (nt vererõhu mõõtmine, kõrvaltoimete hindamine). Protokoll sisaldab ka eluviisisoovitusi ja ravisoostumuse toetamise samme. Kui protokoll etapp on täitmata, annab süsteem märku.

6. Patsiendi kaasamine ja koostöö toetamine

Patsiendi koostöö puudumine oli sagedane probleem – patsiendid ei ilmunud visiitidele, ei võtnud ravimeid või katkestasid ravi. See viitab patsientide tõhustatud toetamise vajadusele.

Arenguvõimalused on järgmised:

- proviisorite kaasamine patsiendi ravisoostumuse hindamiseks, ravi järjepidevuse hindamiseks ning toetamiseks;
- digitaalsed rakendused patsiendi enesejälgimiseks ja tagasisideks.

7. Piirkondlike kvaliteedierinevuste vähendamine

Analüüs tõi esile selged piirkondlikud erinevused – Viru piirkonnas oli käsitus märgatavalt puudulikum kui Harju või Lõuna piirkonnas. See viitab vajadusele piirkondlikult suunatud kvaliteedi parandamisele. See võiks toimuda Tervisekassa ja erialaseltside koostöös.

8. Tugimeetmed PKSi tulemust mittesaavutanud keskustele

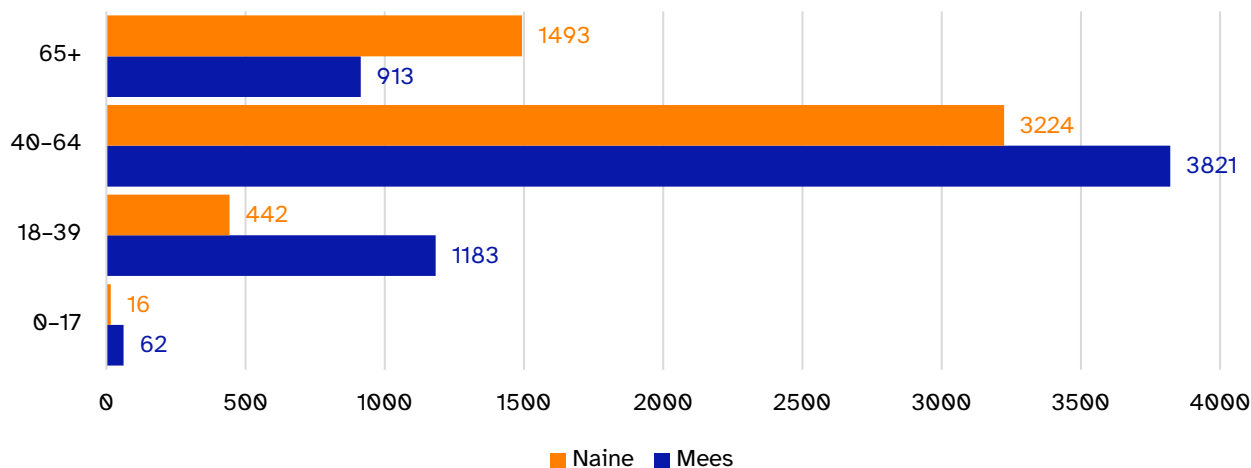
Tervisekassa ja erialaselts võiksid pakkuda sihtgrupipõhist tuge (nt koolitused, mentorlus, tööprotsesside audit). Kaaluda võiks ka kohustuslikku kvaliteedi parendamise plaani keskusele, kus PKSi tulemus on 0 ning kliinilised auditid näitavad olulisi puudujääke.

Lisa B. Ravijärgimus ja järjepidevus

2019. aastal kõrgvererõhktõve esmasdiagnoosi saanud patsientide ravijärgimus

Esmasdiagnoosi saanud patsiendid kuulusid enamikus vanuserühma 40–64 eluaastat (vt joonis 22).

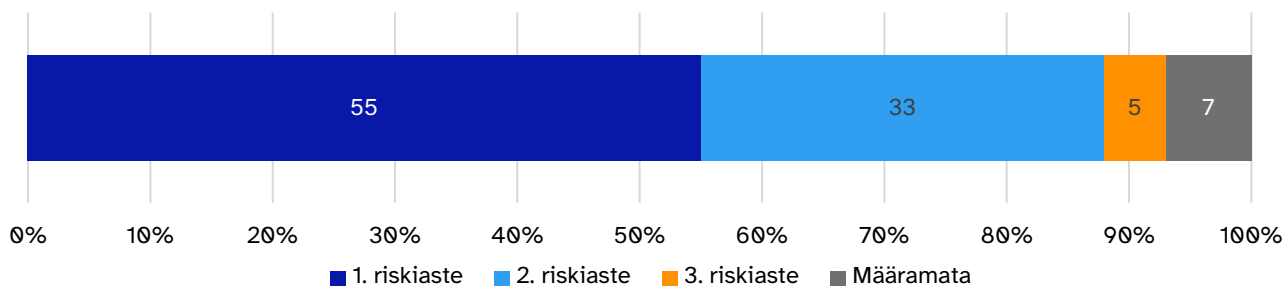
Joonis 22. Kõrgvererõhktõve esmasdiagnoosi saanud patsiendid vanuserühmiti 2019. aastal



Allikas: Riigikontrolli analüüs Tervisekassa andmete alusel

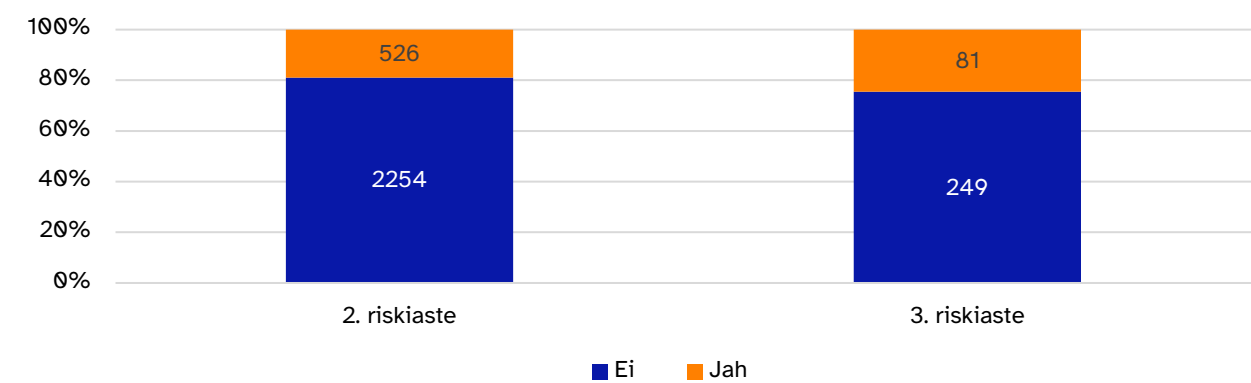
Riskiastmete alusel oli enamik patsiente 1. riskiastmes (vt joonis 23).

Joonis 23. Patsientide osakaal 2019. aastal riskiastmete põhjal



Allikas: Riigikontrolli analüüs Tervisekassa andmete alusel

Joonis 24. 18–64-aastased patsiendid, kes olid käinud arsti juures ja said ajavahemikul 2019–2024 igal aastal vajalikke teenuseid



Selgitus: teenusekoodid, mida arvestati, olid 66104, 66105, 66101 või 66118, 6117 või 66102, 66102.

Allikas: Riigikontrolli analüüs Tervisekassa andmete alusel

Riskipatsientide ravijuhtimine

Tabel 3. Riskipatsientide ravijuhtimise teenust saanud isikute arv ja aasta keskmine teenuste arv aastatel 2018–2024

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Keskmine teenuste arv aastas	2,09	3,15	3,13	2,85	2,71	1,49	2,45
Isikute arv aastatel	11	1637	920	1894	2536	2095	2925

Allikas: Riigikontrolli analüüs Tervisekassa andmete alusel

2024. aastal väljakirjutatud ja -ostetud ravimid

Patsientide hulgas oli 57% naisi ja 43% mehi. 57% oli üle 65-aastased, 39% oli 40–64-aastaseid, üejäänud olid nooremad.

Sagedasemaks diagnoosiks on igas vanuserühmas esmane kõrgvererõhktõbi, v.a 65+ vanuserühmas, kus on ilma südamepuudulikkuseta südamekahjustusega kõrgvererõhktõve diagnoosi veidi rohkem kui esmast kõrgvererõhktõbe (vt tabel 4).

Tabel 4. Sagedasemad diagnoosid 2024. aastal kõrgvererõhktõve ravimeid saanud patsientide hulgas

Vanuserühm	Diagnoos (kood)	Patsientide arv	Osakaal vanuserühmade kaupa
18–39	Esmane kõrgvererõhktõbi (I10)	9 108	52
18–39	Südamekahjustusega kõrgvererõhktõbi ilma südamepuudulikkuseta (I11.9)	1 358	8
18–39	Ebanormaalsed vererõhunäidud diagnoosita juhul (R03.0)	1 021	6
40–64	Esmane kõrgvererõhktõbi (I10)	75 091	58
40–64	Südamekahjustusega kõrgvererõhktõbi ilma südamepuudulikkuseta (I11.9)	32 254	25
40–64	Südamekahjustusega kõrgvererõhktõbi südamepuudulikkusega (I11.0)	8 783	7

Üle 65-aastased	Südamekahjustusega kõrgvererõhktõbi ilma südamepuudulikkuseta (I11.9)	74 717	39
Üle 65-aastased	Esmane kõrgvererõhktõbi (I10)	72 030	55
Üle 65-aastased	Südamekahjustusega kõrgvererõhktõbi südamepuudulikkusega (I11.0)	30 571	16

Allikas: Riigikontrolli analüüs Tervisekassa andmete alusel

Tabel 5. Patsientide jaotus perearsti kvaliteedisüsteemi riskiastmete põhjal 2024. aastat väljakirjutatud retseptide põhjal

Jaotumine riskiastmetesse	Patsientide arv	Osakaal
1. riskiaste	87 137	26
2. riskiaste	134 637	40
3. riskiaste	32 172	10
määramata	82 406	24

Allikas: Riigikontrolli analüüs Tervisekassa andmete alusel

Tabel 6. Retsepti staatuse jagunemine

Retsepti staatus	Retseptid		Patsiendid	
	arv	osakaal	arv	osakaal
Realiseeritud	2 495 627	84	329 837	98
Annuleeritud	393 166	13	149 658	44
Välja kirjutatud (aga välja ostmata)	99 572	3	38 965	12

Allikas: Riigikontrolli analüüs Tervisekassa andmete alusel

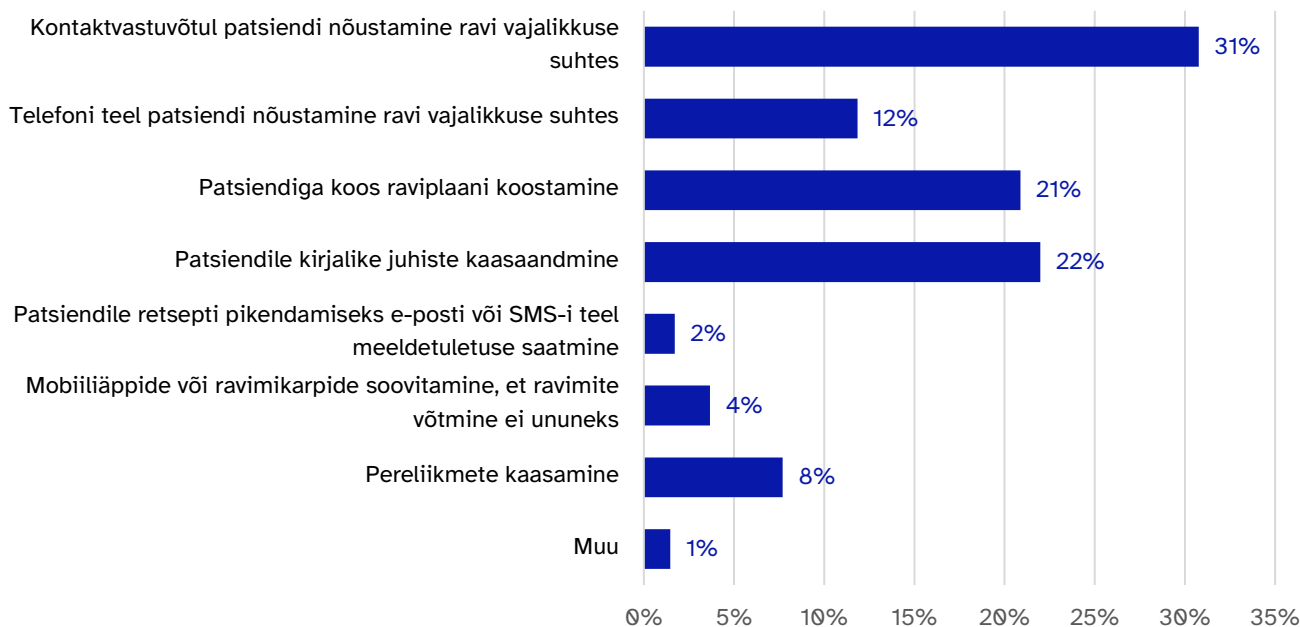
Tabel 7. Retseptide annuleerimise põhjused

Põhjus	Retseptid		Patsiendid	
	arv	osakaal	arv	osakaal
Süsteemne annuleerimine – kehtivuse kaotamine	353 408	90	142 479	42
Ekslik vormistamine	22 494	6	8 977	3
Raviplaani muudatus, puudub oodatud ravitulemus	6 213	2	2 566	1
Ravi dubleeriv retsept	5 140	1	2 082	1
Raviplaani muudatus, soovimatu koos- või kõrvaltoime	3 704	1	1 492	0
Raviplaani muudatus, täpsustunud diagnoos	2 038	1	835	0
Ravimi/meditsiiniseadme kasutamise lõpetamine – tervenemine	158	0	83	0

Allikas: Riigikontrolli analüüs Tervisekassa andmete alusel

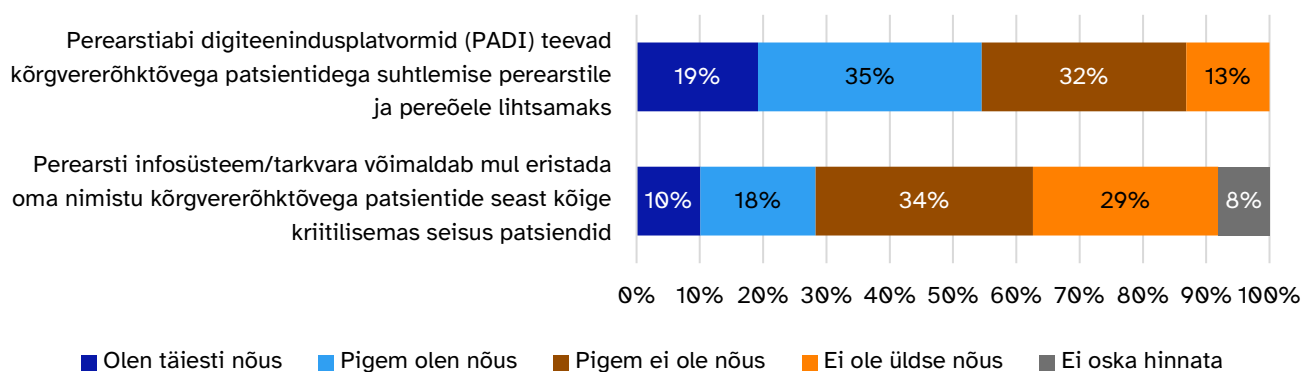
Lisa C. Perearstide veebiküsitluse tulemused

Joonis 25. Perearstide hinnang selle kohta, milliseid kolme meetodit nad kasutavad ravijärgimuse parandamiseks kõige sagedamini, kui kõrgvererõhktõvega patsiendi ravisoostumusega on probleeme, %



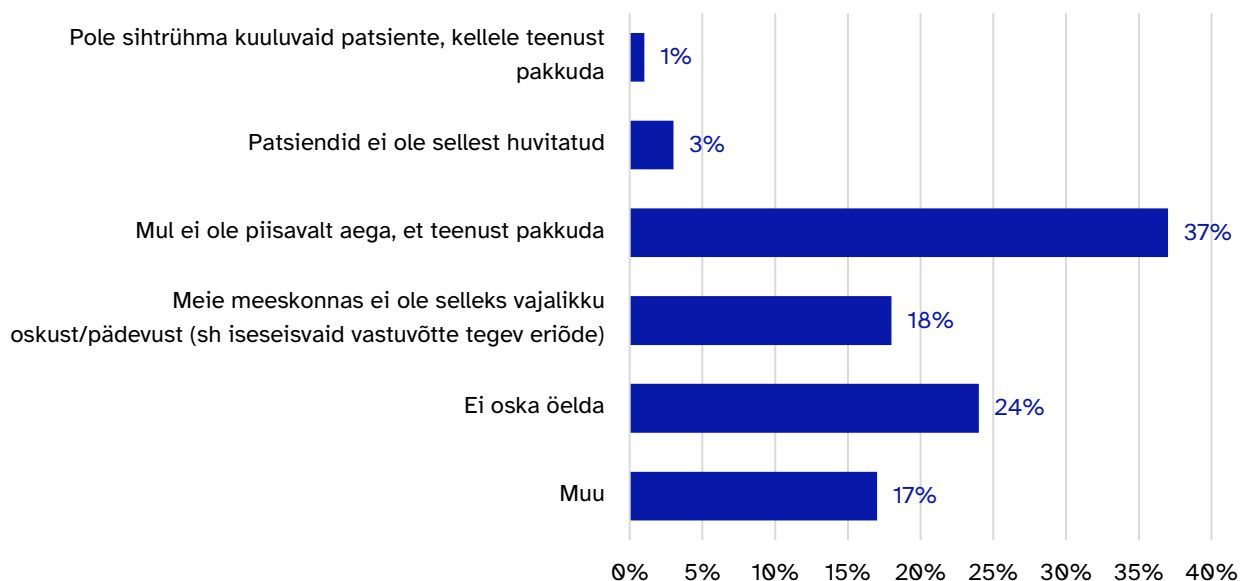
Allikas: Riigikontrolli analüüs veebiküsitluse tulemuste põhjal

Joonis 26. Perearstide hinnangud selle kohta, kas perearsti infosüsteem/tarkvara võimaldab eristada oma nimistu kõrgvererõhktõvega patsientide seast kõige kriitilisemas seisus patsiendid ning kas perearstiabi digiteenindusplatvormid (PADI) teevad kõrgvererõhktõvega patsientidega suhtlemise perearstile ja pereõele lihtsamaks, %



Allikas: Riigikontrolli analüüs veebiküsitluse tulemuste põhjal

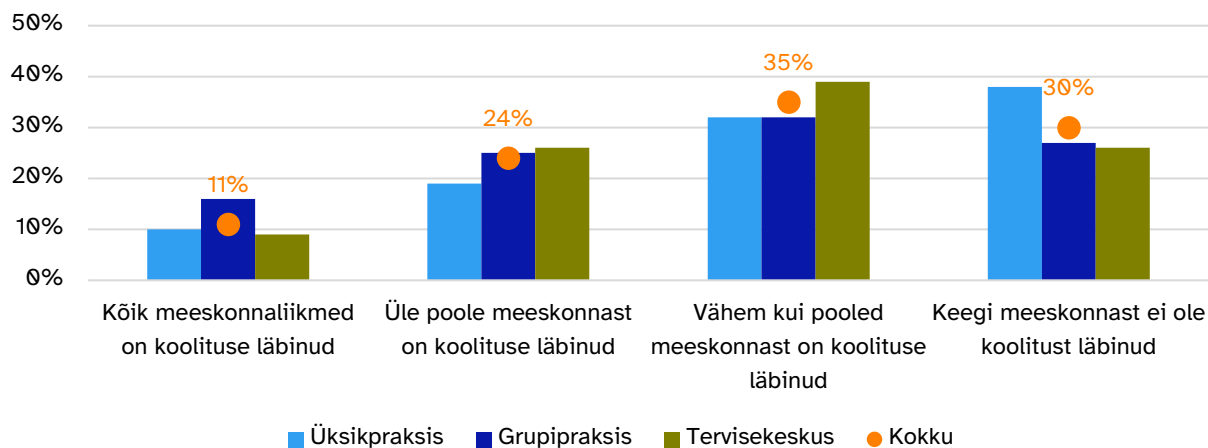
Joonis 27. Perearstide vastused küsimusele, miks nad ei ole riskipatsientide ravijuhtimise mudelit kasutanud



Olulisemad kommentaarid: a) ei ole sellest kuulnud / pole kursis; b) ei pea vajalikuks; c) mudelit kasutame, aga ei kodeeri (nt rakendame natuke teisiti, pole aega kodeerimiseks); d) seda teenust pakub Viljandi haigla; e) pole aega selleks; f) pole läbinud koolitust, mis on eelduseks; g) nimistuga on töötatud veel vähe.

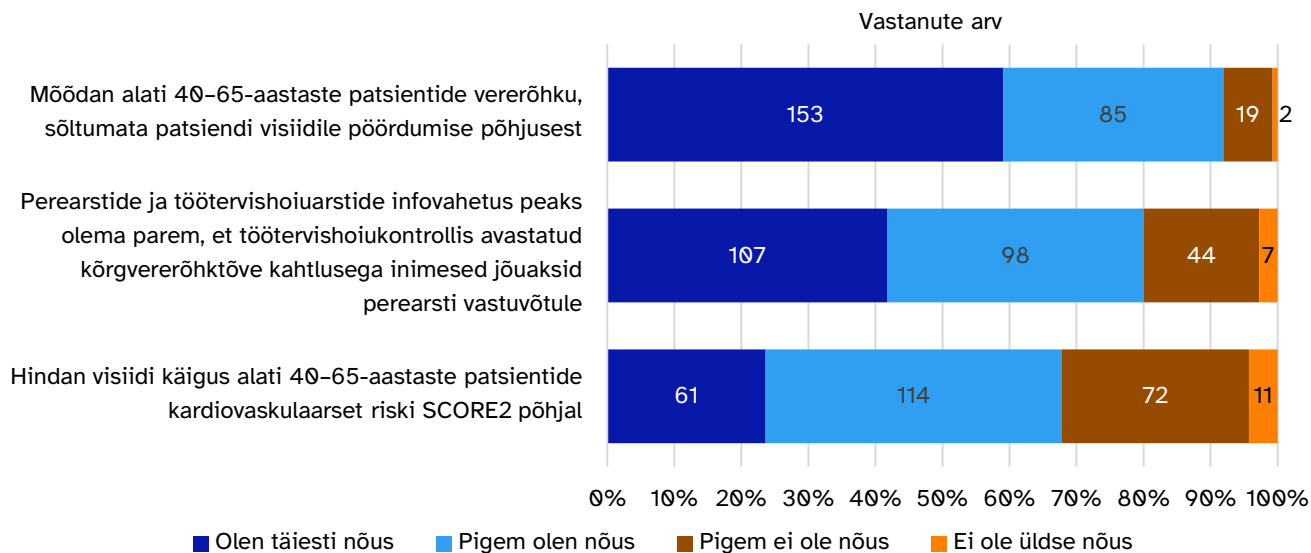
Allikas: Riigikontrolli analüüs veebiküsitluse tulemuste põhjal

Joonis 28. Perearstide hinnang selle kohta, kui paljud nende meeskonnast on läbinud motiveeriva intervjuerimise koolituse (koolituse läbimise hulka arvatati ainult põhjalik ja mitmepäevane koolitus), osakaal grupi-, üksikpraksiste ja tervisekeskuste kaupa



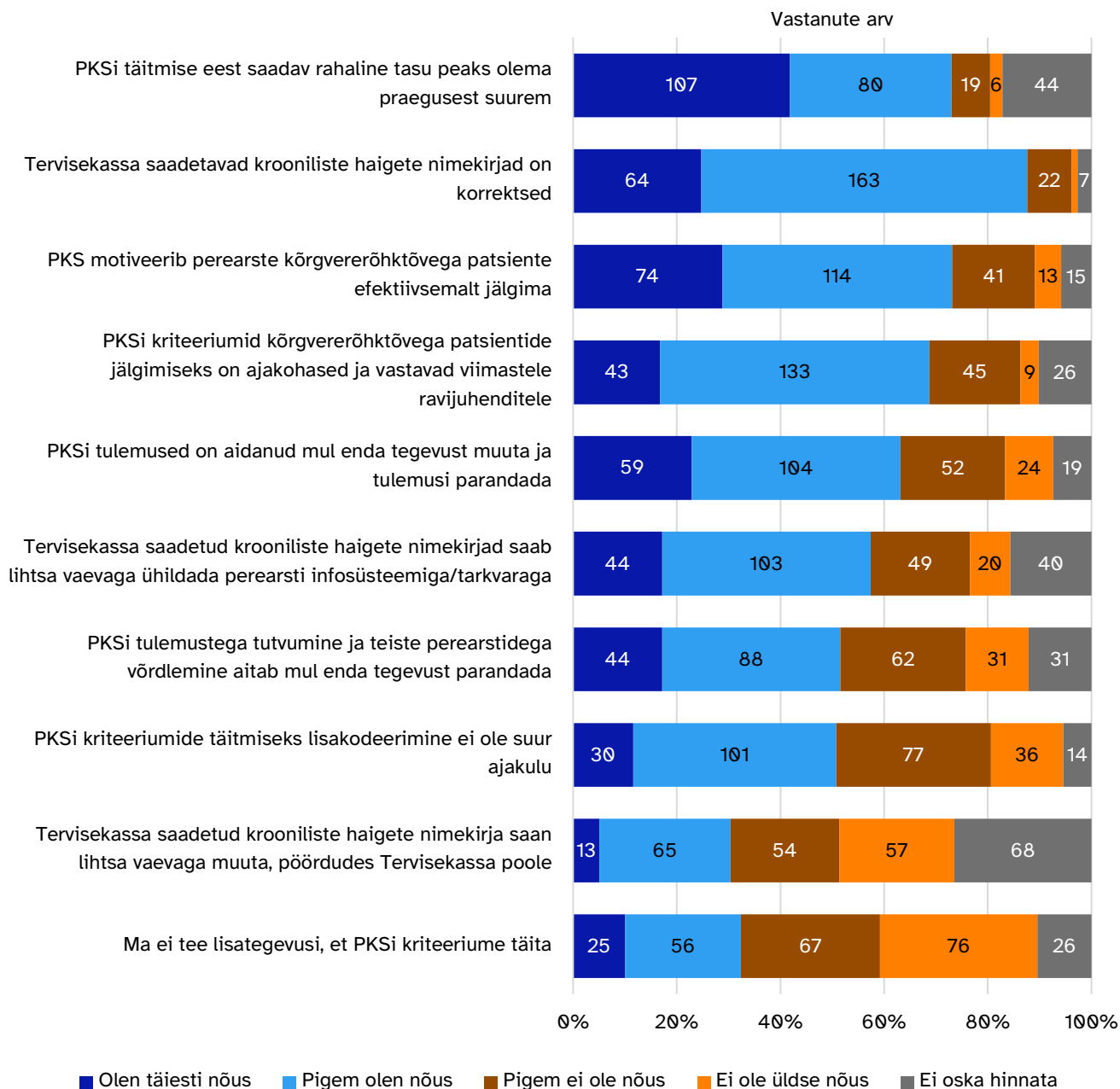
Allikas: Riigikontrolli analüüs veebiküsitluse tulemuste põhjal

Joonis 29. Perearstide hinnangud kõrgvererõhktõve diagnoosimise ja raviga seotud väidetele



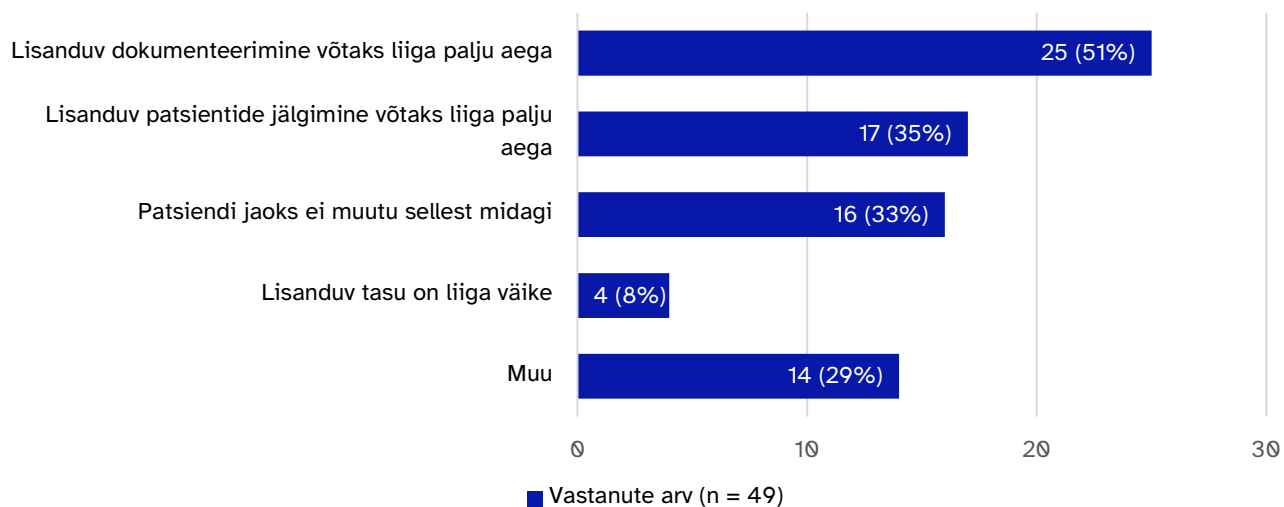
Allikas: Riigikontrolli analüüs veebiküsitluse tulemuste põhjal

Joonis 30. Perearstide hinnangud perearstide kvaliteedisüsteemiga seotud väidetele



Allikas: Riigikontrolli analüüs veebiküsitluse tulemuste põhjal

Joonis 31. Põhjendused, miks perearstid perearsti kvaliteedisüsteemi kriteeriumide täitmisega ei tegele*

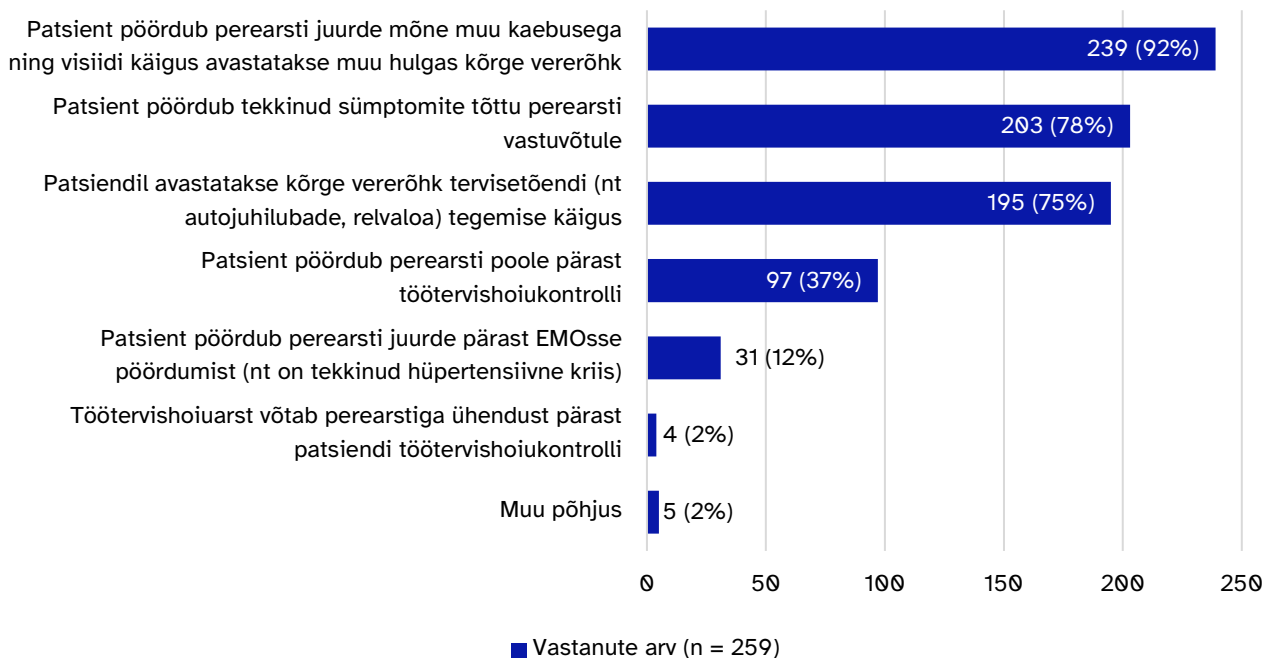


* Valida võis mitu vastusevarianti.

Allikas: Riigikontrolli analüüs veebiküsitluse tulemuste põhjal

Perearstidel paluti märkida nende hinnangul kolm kõige sagedasemat viisi, kuidas kõrgvererõhktõve kahtlusega patsiendid nende praksisesse vastuvõtule jõuavad (vt joonis 32).

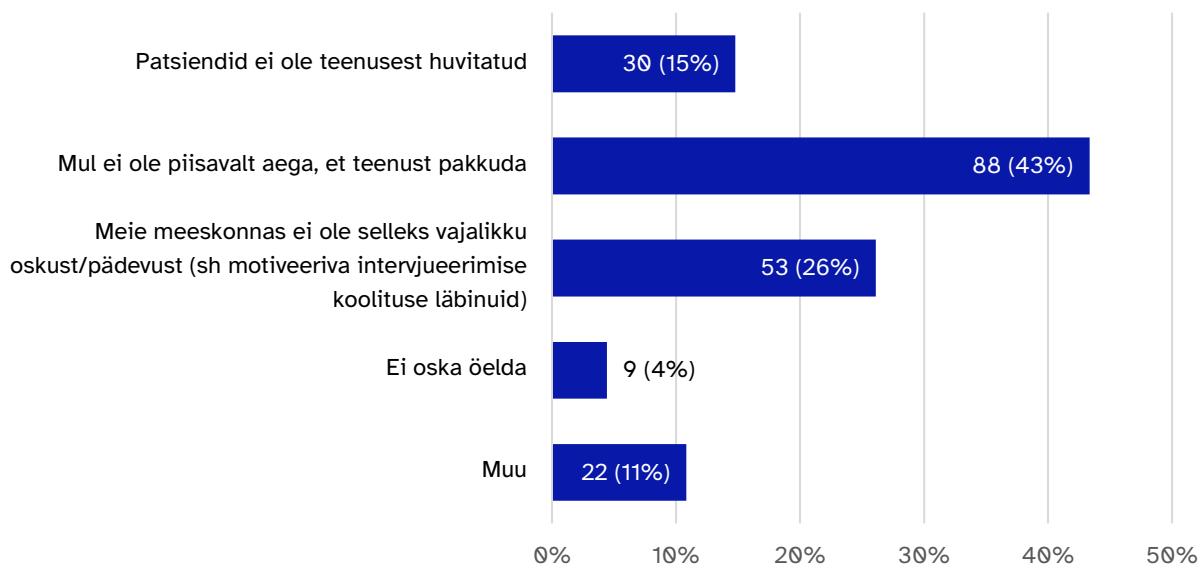
Joonis 32. Perearstide hinnangul kõige sagedasemad viisid, kuidas kõrgvererõhktõve kahtlusega patsiendid perearsti vastuvõtule jõuavad*



* Valida võis mitu vastusevarianti.

Allikas: Riigikontrolli analüüs veebiküsitluse tulemuste põhjal

Joonis 33. Põhjused, mis perearstipraksises ei pakuta patsientidele tubaka- ja nikotiinitoodetest loobumise ja/või alkoholitarvitamise häire nõustamise teenust



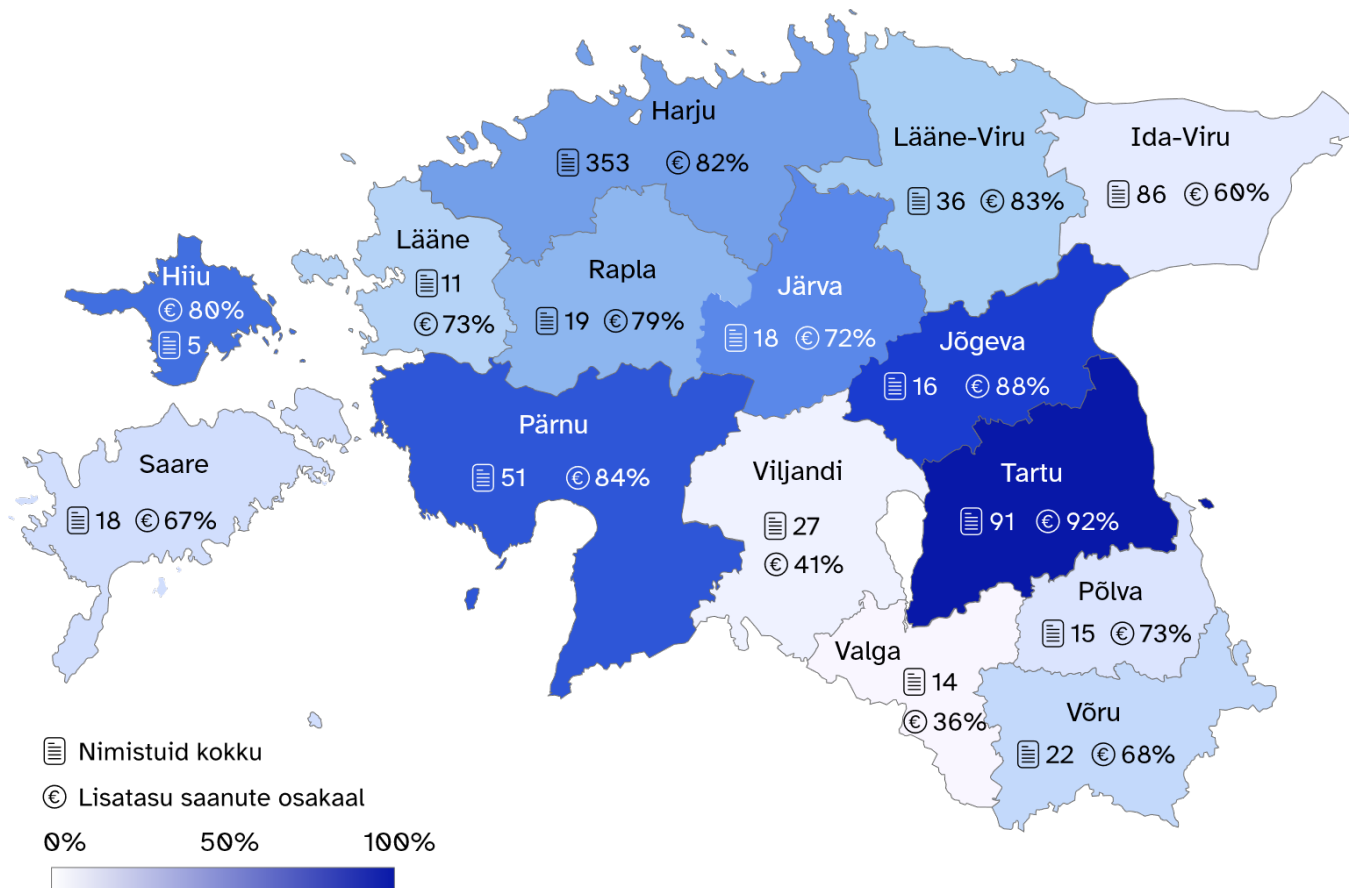
Peamised kommentaarid: teenuse kasutamine toob liiga palju bürokraatiat, nõustame ilma teenusekoodi kasutamata, s.t tasuta; aja puudusel ei paku; ei ole läbinud vastavat koolitust, patsiendid ei ole ise motiveeritud; ei arva, et peab ainult neid nõustamisi kasutama.

Allikas: Riigikontrolli analüüs veebiküsitluse tulemuste põhjal

Lisa D. Perearstide kvaliteedisüsteemi 2024. aasta tulemused

PKSi 2024. aasta tulemuste põhjal oli maakondadest PKSi lisatasu saanud nimistute osakaal kõige suurem Tartu maakonnas (92% kõikidest Tartu nimistutest). Jõgeva, Pärnu, Lääne-Viru ja Harju maakonna nimistutest said lisatasu 82–88% maakonna nimistutest. Osakaaluliselt kõige vähem täideti PKSi kriteeriume Valga (36% kõikidest maakonna nimistutest) ja Viljandi maakonna (39%) nimistute puhul (vt joonis 34). PKSi lisatasu mitte saanud nimistutest (kokku 177) olid 37% Harju maakonnas, 19% Ida-Viru maakonnas, 9% Viljandi maakonnas ning 5% Valga maakonnas.

Joonis 34. Perearstide kvaliteedisüsteemi kriteeriumite täitmine maakondade kaupa 2024. aastal

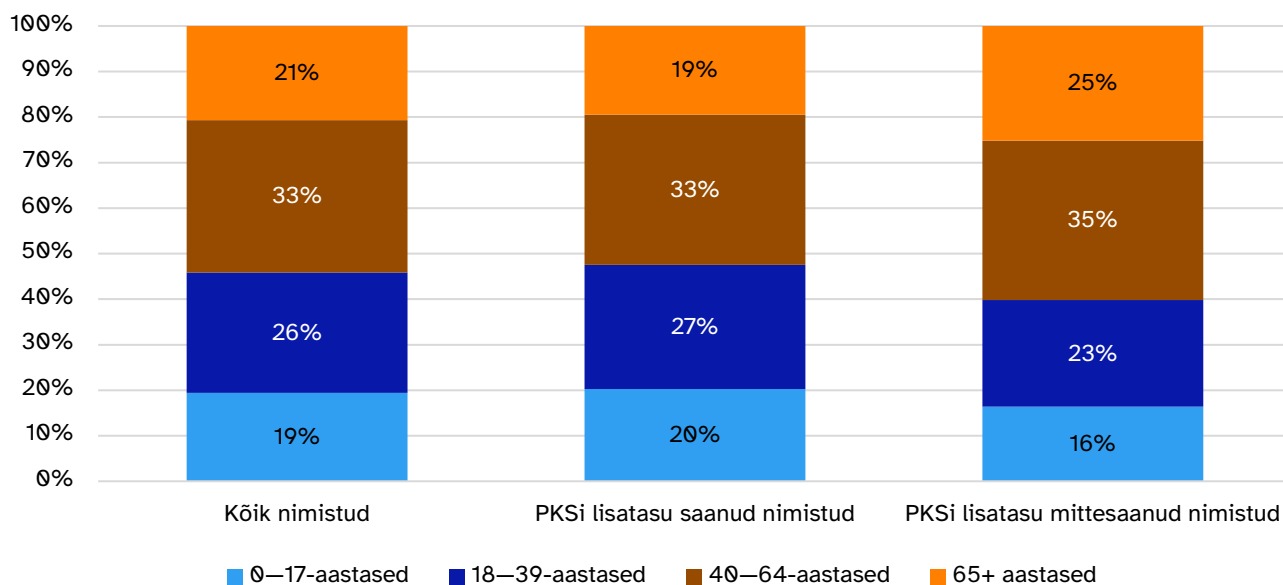


Selgitus: Protsent näitab nende nimistute osakaalu kogu maakonna nimistutest, kes said PKSi raames lisatasu haiguste ennetamise ja krooniliste haigete jälgimise eest. Arvestatud on nii koefitsiendi 0,8 kui ka 1,0 osakaalu.

Allikas: Riigikontrolli analüüs Tervisekassa andmete põhjal

PKSi lisatasu mittesaanud perearsti nimistuid iseloomustas suurem vanemaealiste inimeste osakaal nimistus. Kui keskmiselt oli 2024. aastal nimistutes üle 40-aastaseid inimesi 54%, siis PKSi lisatasu mittesaanud nimistutes oli neid 60% (vt joonis 35).

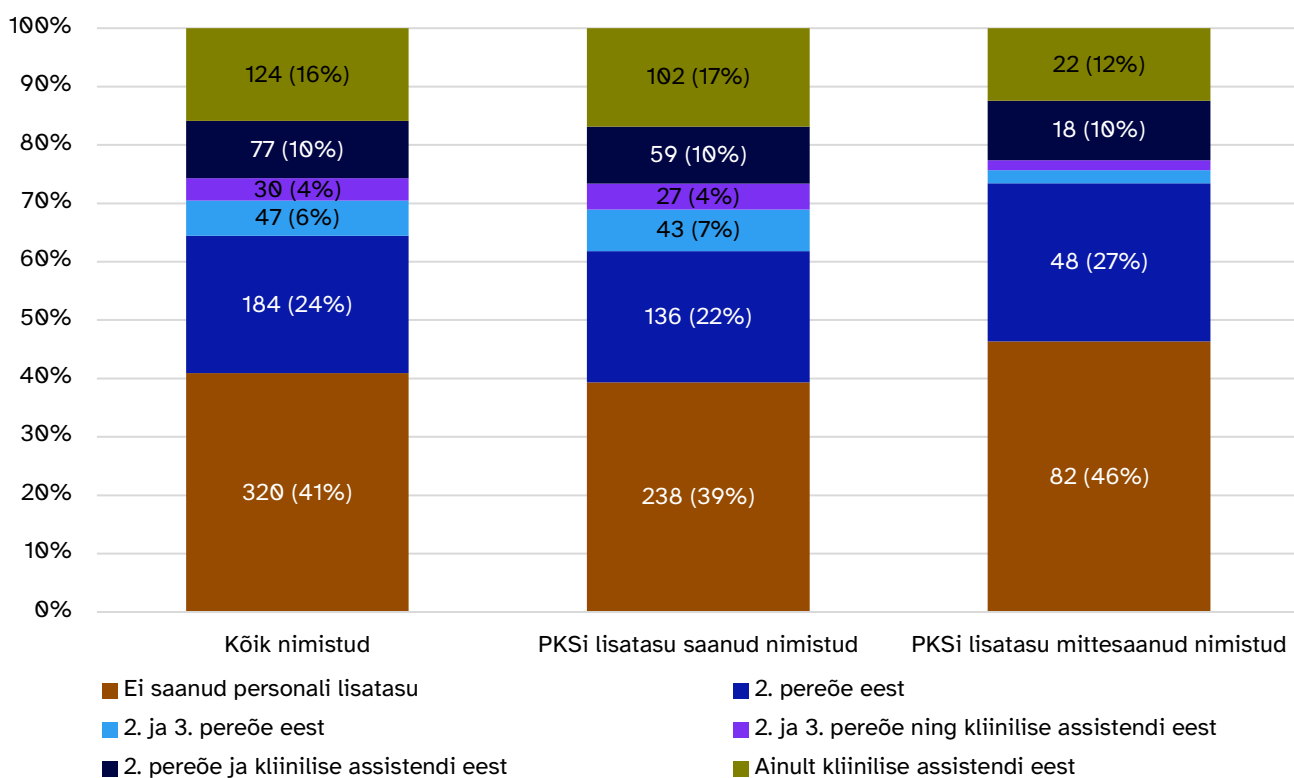
Joonis 35. Nimistute patsientide vanuseline jaotus, 2024. aasta andmed



Allikas: Riigikontrolli analüüs Tervisekassa andmete põhjal

Perearstidel on oma nimistu patsientidega tegelemiseks võimalik taotleda Tervisekassalt rahastust lisapersonali palkamiseks. 2024. aasta PKSi tulemuste andmed viitavad, et võrreldes PKSi lisatasu saanud nimistutega, oli PKSi kriteeriume mittetäitnud nimistute juures vähem tugipersonali. 2024. aastal PKSi lisatasu mittesaanud nimistutest 73% töötasid ühe või kahe pereõega, PKSi kriteeriume täitnud perearstide nimistute hulgas oli samasuguseid nimistuid 62% (vt joonis 36).

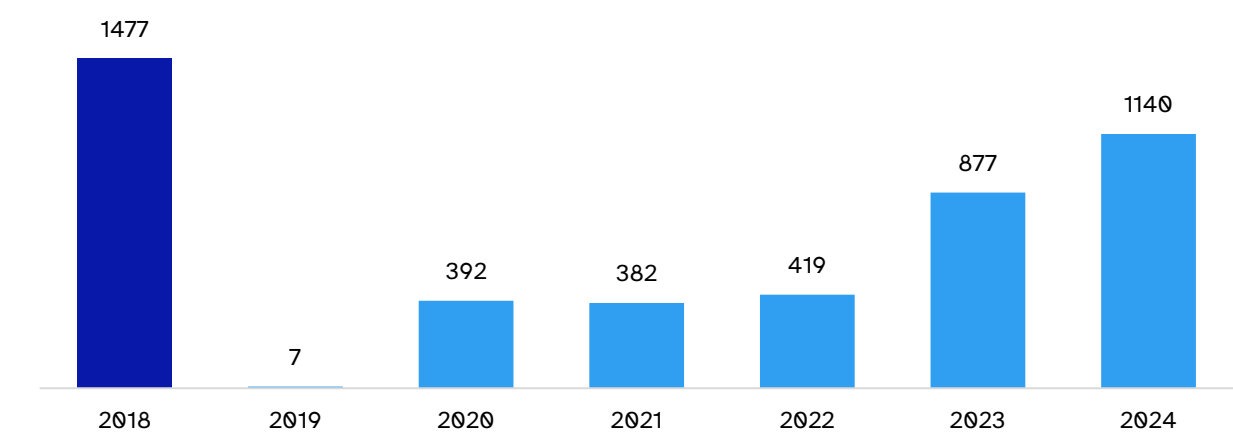
Joonis 36. Personali eest lisatasu saanud nimistute osakaal 2024. aastal



Allikas: Riigikontrolli analüüs Tervisekassa andmete põhjal

Lisa E. Ennetusteenuste statistika

Joonis 37. Tubaka- ja nikotiinitoodetest loobumise nõustamise teenust saanud isikute arv aastatel 2018–2024*



* Tubaka- ja nikotiinitoodetest loobumise nõustamise teenust osutas kuni 2018. aastani Tervise Arengu Instituut, 2019. aastal viidi see Tervisekassasse ja perearstiabis hakati seda teenusena osutama 2022. aastast.

Allikas: Riigikontroll Tervisekassa ja Tervise Arengu Instituudi andmete põhjal

Tabel 8. Tervisekassa tasutud alkoholitarvitamise häire ennetuse ja nõustamise ning alkoholitarvitamise häire ravi teenused aastatel 2023–2024

Teenuse osutamise tasand	2023		2024	
	Raviarvete arv	Isikute arv	Raviarvete arv	Isikute arv
Perearstiabi	4 579	4 443	7671	7 478
Eriarstiabi – ambulatoorne ravi (ennetus)	5 697	2 604	7 401	2 829
Eriarstiabi – päevaravi	191	162	214	187
Eriarstiabi – statsionaarne ravi	69	45	80	38
Kokku	10 536	7 100	15 366	10 339

Allikas: Riigikontroll Tervisekassa andmete põhjal

Tabel 9. Tervise Arengu Instituudi tasutud alkoholitarvitamise häire ravi ja alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise teenuseid saanud isikute arv aastatel 2019–2022

Aasta	Alkoholitarvitamise häire ravi saanud inimeste arv	Alkoholi liigtarvitamise varajase avastamise teenust saanute arv
2022	2552	2926
2021	3710	2939
2020	3806	2063
2019	5543	3263

Allikas: Riigikontroll Tervise Arengu Instituudi andmete põhjal