riigikontroll
National Audit Office of Estonia

Tervishoid surve all – suutlikkus toime tulla

Kas Riigikontrolli auditites esile toodud Eesti tervishoiu probleemid on leevenenud ja kas tervishoiusüsteem suudab kohaneda inimeste kasvava ravivajadusega?

Riigikontrolli aruanne Riigikogule
Tallinn, 3. november 2026

Kokkuvõte

Teadmiseks, et

Riigikontroll tõi 2022. aasta ülevaates „Eesti tervishoiu suundumused“ esile neli süsteemset probleemi:

- rahastamise pikaajaline ebakindlus,
- tervishoiutöötajate puudus,
- muutunud vajadustele mittevastav tervishoiukorraldus,
- vajalike poliitiliste ja korralduslike otsuste edasilükkumine.

Eesti tervishoiu võimekus ei kasva ravivajadusega samas tempos – lõhe nende vahel suureneb. Samas kulub tervishoiusüsteemile iga aastaga üha enam raha ehk praegu aastas juba üle 3,3 miljardi euro, millest ligi viiendiku maksavad patsiendid otse oma-osalusena. Viimase seitsme aastaga on Tervisekassa kaetavad eriarstiabikulud kasvanud ligikaudu 70%, kuid samal ajal on vähenenud eriarstiabi vastuvõttude arv ja paljud ootavad järje-korras kauem kui lubatud ehk ravi kättesaadavus ei ole paranenud.

Perearstiabi jätkusuutlikkuse probleem on süvenenud – üle poole nimistuga perearstidest on vähemalt 60-aastased ja nad võivad juba lähiaastatel soovi korral pensionile jääda. Kokku vajab tervishoid aastatel 2024–2033 ligikaudu 7700 uut töötajat, seda suuresti ametist lahkuvate töötajate asendamiseks.

Korraga on töös mitmeid reforme, kuid nende ulatuse ja tempo kavandamisel ei ole piisavalt võetud arvesse, kui palju on valdkonnas töötajaid ja raha ning milline on õigusloome-, analüüsi- ja IT-võimekus. Seetõttu on lahendusideede leidmise kõrval üha olulisem suutlikkus neid rakendada. Muudatused tuleks panna tähtsuse järjekorda ning kokkulepitud tegevused tegelikult ellu viia, seades nende ulatuse ja ajakava vastavusse olemasoleva raha, tööjõu ja rakendusvõimega. Teenuste killustatus ning puudused terviseandmetes ja infosüsteemides on vaid üks osa lahendamist ootavatest probleemidest.

Toimunud on siiski ka edasiminekuid: arendatud on perearstiabi töökorraldust, e-konsultatsioone, raviteekondi, kvaliteedisüsteemi ja digilahendusi. Nende positiivsete muudatuste mõju patsiendile jääb aga piiratuks, kui süsteemseid probleeme ei kõrvaldata. Selleks on Vabariigi Valitsusel ja Riigikogul oluline teha ära aastaid ja aastaid edasi lükatud tervishoiusüsteemi pikaajalised rahastamisvalikud ning Sotsiaalministeeriumil tagada, et kavandatud reformid ka tegelikkuses parandaksid abi saamist ja ravimise tulemusi.

Järgnevalt on esitatud tähelepanekud kolme põhiteema kaupa muutuste kohta, mis on toimunud Eesti tervishoius pärast Riigikontrolli 2022. aasta aruande „Eesti tervishoiu suundumused“ valmimist. Toonaste järelduste ja aastatel 2022–2026 tehtud teiste auditite põhjal on näidatud, kus on toimunud edasiminek, millised probleemid on jäänud lahendamata ning milliseid otsuseid on edasiminekuks vaja.

Aruande lõpus on välja toodud kõik eelmise aastaaruande järel avaldatud Riigikontrolli aruanded ja nende põhisõnumid.

A. Eesti inimesed elavad kauem, ent tervena elatud aastate arv ei ole kasvanud sama kiirusega. Et haiguste ja tervisepiiranguteta kauem elada, on vaja tagada ennetuse ja ravi järjepidevus ning teha tervishoiu rahastamises pika vaatega otsuseid.

Teadmiseks, et

Eesti meeste tervena elatud aastate arv jäi Euroopa Liidu viimase keskmisega võrreldes ligikaudu 9,6 ja naiste oma 6,2 aasta võrra väiksemaks.

2025. aastal elasid mehed tervena keskmiselt 55,2 ja naised keskmiselt 59,3 aastat.

Tervisenäitajad erinevad suuresti ka hariduse, elukoha, rahvuse ja sissetuleku järgi.

Tervise tõttu oli igapäeva-tegevus piiratud üle poolel madalaima sissetulekuga inimestest, kuid ligikaudu viiendikul kõrgeima sissetulekuga inimestest.

Tervise halvenemine toob kaasa inimeste töövõime kahanemise ja kasvatab ravivajadust ning suurendab kulusid. Eesti inimeste oodatav eluiga sünnihetkel on viimastel aastatel kasvanud: 2025. aastal oli see meestel 75,6 ja naistel 83,6 aastat, kuid tervena elada jäänud aastaid oli vastavalt vaid 55,2 ja 59,3. Tervena elatud aastate mahajäämus Euroopa Liidu keskmisest ei ole vähenenud. Samuti püsivad tervena elatud aastate arvu suured erinevused haridus-, piirkondlike ja rahvusrühmade vahel. Väiksema sissetulekuga inimeste igapäevategevust piiravad terviseprobleemid märksa sagedamini kui suurema sissetulekuga inimestel.

Tervishoiu kestliku rahastamise lahendusi on aastate jooksul valitsuse tegevusprogrammides pidevalt lubatud, kuid otsused on jäänud tegemata. Lähiaastate puudujäägi katmiseks on leitud ajutisi lahendusi ning Sotsiaalministeerium on esitanud valitsusele ettepanekuid, kuidas saada tervishoiu rahastamiseks juurde avalikku raha ja kasutada olemasolevat raha tulemuslikumalt. Pikaajalist otsust aga rahastamise mahu ja allikate kohta tehtud ei ole.

Tervisekassa eelarve prognoositav puudujääk:

Tervisekassa plaani järgi väheneb eelarve puudujääk rakendatud ja kavandatud kokkuhoiumeetmete toel 2030. aastaks 1,4 miljoni euroni.

2027 – 43,7 mln eurot;

2028 – 38,8 mln eurot;

2029 – 19 mln eurot;

2030 – 1,4 mln eurot.

Allikas: Tervisekassa

Rahastamisel tuleb lahendada koos kolm küsimust: kui palju ja millistest allikatest koguda avalikku raha, kui suure osa tervishoiukuludest maksavad inimesed ise ja milline osa kaetakse muudest eraallikatest ning kuidas kasutada olemasolevat raha tulemuslikumalt. Tuleb arvestada, et inimeste omaosalus moodustas 2024. aastal 21% tervishoiukuludest – see ületab Euroopa Liidu keskmise ja ka Maailma Terviseorganisatsiooni soovitatud 15% taseme.

Lapsi jõuab tervisekontrolli rohkem, kuid paljude puhul ei toimu kontroll ettenähtud sagedusega. Võrreldes varasemate audititega jääb tervisekontrollidest täielikult kõrvale märksa vähem lapsi: nende 3–6-aastaste laste osakaal, kes ei käinud kolme aasta jooksul kordagi üheski tervisekontrollis, on vähenenud ligikaudu 50%-lt 10%-ni. Kõigil kolmel aastal, nagu on ette nähtud, käis kontrollis aga vaid 15% lastest.

Kooliõe kontrollides osaleb enamik õpilasi, kuid perearsti juurde jõuavad tervisekontrolli (hoolimata selle kasvust) vähesed. Näiteks kasvas V klassi õpilaste osalus viimase nelja aasta jooksul 15%-lt 31%-ni ning IX klassi õpilaste osalus 8%-lt 13%-ni.

Laste vähene hõlmatus vaktsineerimisega suurendab haigus-puhangute riski. 2025. aastal oli 2-aastastest lastest leetrite, mumpsi ja punetiste vastu vaktsineeritud 83,1% ning difteeria, teetanuse, läkaköha ja poliomüeliidi vastu 82,7%. Maakonniti erines hõlmatus

märgatavalt: vaadeldud vaktsineerimiste puhul jäi see ligikaudu 70–89% vahele. Hõlmatus jääb alla riiklikele ja rahvusvahelistele eesmärkidele.

Vähi sõeluuringutes osalemine on kasvanud, kuid hilinevate, puudulike või ebatäpsete andmete tõttu ei ole võimalik õigel ajal tuvastada ja lahendada viivitusi vähikahtlusega inimese jõudmisel edasiste uuringute, diagnoosi ja ravini. Rinna-, emakakaela- ja jämesoolevähi sõeluuringutes osaleb üle 60% sihtrühmast, kuid 70% eesmärki pole saavutatud ja piirkondlikud erinevused püsivad.

Lahendamata on 2021. aasta auditis esile toodud põhiprobleem: andmete esitamine registrile hilineb ning andmed on puudulikud või ebatäpsed. Seetõttu ei saa arstid ja tervishoiu korraldajad usaldusväärselt hinnata, kas sõeluuringul leitud vähikahtlusega või vähieelse muutusega inimene jõuab kokkulepitud aja jooksul täiendavate uuringute tegemise, diagnoosi kinnitamise ja ravi alustamiseni.

Krooniliste haigete ravi ja jälgimine ei ole piisavalt järjepidev, mistõttu ei saa suure terviseriskiga või ravist kõrvale jäänud inimesed alati õigel ajal vajalikku tuge. Kõrgvererõhktõve audit näitas, et vaid 35% valimisse kuulunud esmashaigestunutest saavutas 2–3 kuu jooksul ravieesmärgi. Samuti ei käinud kõik patsiendid perearsti vastuvõtul ravijuhendis ette nähtud sagedusega ega ostnud välja määratud ravimeid.

Ravi tulemuslikkuse hindamisel lähtutakse endiselt pigem sooritatud tegevustest kui patsiendi terviseseisundi paranemisest ning puudub ülevaade sellest, millised patsiendid vajavad suurema terviseriski või katkenud ravi tõttu lisatuge. Krooniliste haiguste parem ohjeldamine eeldab, et ravitulemusi mõõdetakse ja ravikatkestusi märgatakse ning perearstide, -õdede ja teiste esmatasandi spetsialistide koostöö toimib nii, et vajalik abi jõuab patsiendini õigel ajal.

Täiskasvanute hambaravihüvitise määra on tõstetud ja kõrgema hüvitise saajate ringi laiendatud, kuid hüvitise määramisel ei arvestata endiselt inimese sissetuleku ega ravivajadusega. Hüvitise kasutamine on võrreldes 2021. aasta auditiga suurenenud ning mitmele haavatavale rühmale on loodud soodsamad tingimused. Hüvitise suurus ei sõltu siiski inimese maksevõimest ega aasta jooksul tema kanda jäävate ravikulude suurusest.

Olulisemad otsusekohad ja arengusuunad

1. **Tervishoiu pikaajaline rahastamine.** Vabariigi Valitsusel ja Riigikogul tuleks otsustada avaliku rahastamise maht ning see, kui suurel määral peab Tervisekassa tulubaas põhinema tööjõumaksudel ja kui suurel määral muudel riigieelarve tuludel.

2. **Omaosaluse ja muu eraraha roll.** Sotsiaalministeeriumil tuleks otsustamiseks esitada ettepanekud, milliste teenuste eest ja kui palju peaks inimene ise maksma, milline roll jääb muule erarahale ning kuidas kaitsta suure ravivajaduse või väiksema sissetulekuga inimesi olukorras, kus omaosalus võib takistada vajaliku abi saamist.

3. **Ennetusest peab jõudma õigeaegse diagnoosi ja tervise-probleemi lahendamiseni.** Sotsiaalministeeriumil tuleks koos Tervisekassaga korraldada sõeluuringute ja krooniliste haiguste jälgimine nii, et lisaks teenuse kasutamisele mõõdetakse diagnoosi ja ravini jõudmise õigeaegsust, ravieesmärgi saavutamist ning ravi järjepidevust. Laste tervisekontrollide ja vaktsineerimise puhul tuleks keskenduda väiksema hõlmatusega vanuserühmadele ja piirkondadele. Hambaravihüvitise kujundamisel tuleks arvestada senisest enam inimese maksevõime ja ravivajadusega.

B. Kättesaadavuse probleemid kanduvad tervishoiusüsteemi ühest osast teise.

Eriarstiabi kättesaadavus ei ole olulisest kulude kasvust hoolimata paranenud. Võrreldes 2019. aastaga on Tervisekassa eriarstiabikulud kasvanud ligikaudu 70%, kuid ambulatoorsete vastuvõttude ja teenust kasutanud inimeste arv on vähenenud ning paljud patsiendid ootavad esmast vastuvõttu kauem kui kehtestatud ravijärjekorra maksimum-pikkus.

E-konsultatsioon – digitaalne nõustamine, mis võimaldab tervishoiutöötajal küsida teise eriala spetsialisti hinnangut ning otsustada, kas patsient vajab eriarsti vastuvõttu või saab ravi jätkata senise tervishoiutöötaja juhendamisel.

Allikas: Tervisekassa

Positiivse muutusena on e-konsultatsioonide arv võrreldes 2021. aastaga kolmekordistunud ja ligikaudu kolmandikul juhtudest saab patsiendi tervisemure lahendada ilma eriarsti eraldi vastuvõtuta. E-konsultatsioon aitab eriarstide tööaega paremini kasutada, kuid ei tekita juurde vastuvõtuaegu erialadel, kus tööjõudu ja vastuvõtuvõimekust napib.

Perearstiabi ja teiste tervishoiuteenuste piiratud kättesaadavus ning töökorralduse kitsaskohad suurendavad erakorralise abi koormust. Erakorralise meditsiini osakonda (EMO) pöördumiste arv on võrreldes 2021. aastaga kasvanud, samal ajal kui pöördumiste jaotus raskusastme järgi on püsinud stabiilne. Osa mittekiireloomulisi tervisemuresid saaks lahendada väljaspool EMO, kuid tööajaväline perearstiabi, hädaabinumber (112), perearsti nõuandeliin (1220) ning perearstiabi töökorraldus ei toimi veel ühtse info vahetamise ning abi saamise süsteemina.

Kiirabi korralduses püsivad samal ajal varasemas auditis tõstatatud probleemid, mistõttu ei ole piisavalt tagatud, et inimese abivajaduse kiireloomulisust hinnatakse ühtlaselt ja vajalik terviseinfo liigub koos patsiendiga. Puudulikud ja raskesti võrreldavad andmed ei võimalda ka piisavalt hästi hinnata kiirabi kvaliteeti, avastada probleeme ega suunata nende lahendamist.

Perearstide nappus puudutab üha rohkem inimesi ja sunnib senist töökorraldust muutma. Perearstiabi jätkusuutlikkuse probleem on võrreldes 2022. aastaga veelgi teravam: üle poole nimistuga perearstidest on vähemalt 60-aastased ning asendusnimistutes olevate inimeste arv on kasvanud ligikaudu 72 500-lt ligi 110 700-ni.

Samal ajal on siiski tervisekeskuste võrk laienenud ning tööülesannete ümberjagamiseks katsetatakse uusi töömudeleid ja kaugteenuseid. Varasema ühetaolise töökorralduse säilitamine kõikjal ei ole enam realistlik. Uute mudelite puhul peab patsiendile olema selgelt teada, kust ta abi saab ja kes vastutab tema ravi järjepidevuse eest.

Õendusabi ja üldhooldusteenused ei ole piisavalt seotud, mistõttu ei jõua inimene alati õigel ajal talle sobiva abini ega liigu vajaduse muutudes sujuvalt kodu, hooldus- ja raviasutuse vahel. Statsionaarses õendusabis on omaosaluse suurust vähendatud ja koduõendus on varasemaga võrreldes paremini kättesaadav, kuid infovahetus ja ebaühtlane suunamine raskendavad inimese jõudmist talle sobiva teenuseni ega taga ravi järjepidevust. Tervisekassal puudub selge ülevaade statsionaarse õendusabi tegelikust vajadusest ja ooteaegadest.

Statsionaarset õendusabi kasutatakse osaliselt ka siis, kui patsient seda enam ei vaja, kuid talle ei ole kättesaadav vajalik jätkuteenus, näiteks üldhooldusteenus või koduõendus. Nii võib sobiva jätkuteenuse puudumine pikendada patsiendi viibimist statsionaarses õendusabis ja vähendada selle teenuse kättesaadavust neile, kes seda vajavad.

Ravi kvaliteedi ja patsiendiohutuse parandamiseks on tehtud olulisi muudatusi, kuid ravis tekkinud vigade ja ohtude õigeaegne avastamine, neist õppimine ja samalaadsete juhtumite ennetamine ei ole veel kogu tervishoius piisavalt ühtlaselt toimiv praktika. Pärast 2024. aasta auditit on jõustunud uued kvaliteedi- ja patsiendiohutusnõuded, ohujuhtumite registreerimine ja kohustuslik vastutuskindlustus ning loodud kvaliteedinõukoda ja Terviseameti kvaliteedikeskus. Samal ajal on tegevuslubade, tervishoiutöötajate töötamise õiguse peatamise ja kustutamise ning terviseandmete korralduse muudatused alles rakendamisel.

Terviseandmete kasutatavus paraneb aeglaselt: 2026. aasta esimesel poolel esitati 64% epikriisidest endiselt vananenud vormingus. See aga raskendab andmete automaatset kontrollimist ja kasutamist ravikvaliteedi ning ravitulemuste hindamisel. Järgmine ülesanne on siduda kvaliteedi, patsiendiohutuse ja ravitulemuste andmed tervikuks, et probleeme varem tuvastada, kavandada nende lahendamist ning hinnata, kas tehtud muudatused parandavad ravi kvaliteeti ja tulemusi.

Teadmiseks, et

Tervisekassa alustas üle-eestiliste raviteekondade arendamist 2019. aastal.

Hästi korraldatud raviteekond aitab tagada, et patsient saab eri asutustes ja ravietappides vajaliku abi õigel ajal ega pea ise oma ravi korraldama.

Raviteekonna standard on konkreetse haigusseisundi käsitlemiseks tehtud kokkulepe, milles on määratud kindlaks ravietapid, osapoolte ülesanded, infovahetus ning raviteekonna kvaliteedi ja tulemuste hindamise kord.

Kuigi on seatud eesmärk toetada patsiendi sujuvat liikumist eri ravietappide ja asutuste vahel, leppides selleks kokku raviteekonnad ja rakendades need üle riigi, on selle elluviimine edenenud kavandatust aeglasemalt, sest see eeldab teenuse-osutajate kokkuleppeid tööjaotuses ning toimivaid andme- ja infovahetuslahendusi. Tervisekassa eesmärgist rakendada 2025. aasta lõpuks viis raviteekonna standardit ja kolm raviteekonnapõhist tasustamismudelit oli 2026. aasta sügiseks üle Eesti rakendatud üks standard ja üks tasustamismudel insuldipatsientide raviteekonna kohta.

Võrreldes 2022. aastaga on siiski edasi liigutud: lisaks insuldipatsientide raviteekonnale käivad viimased ettevalmistused endoproteesimise raviteekonna tavapraktikas rakendamiseks ning alanud on kopsuvähi diagnoosimise teekonna katsetamine. Raviteekondade laiemat rakendamist piirab kesksete andme- ja IT-lahenduste puudumine, mistõttu ei jõua kogu vajalik teave ühelt teenuseosutajalt teiseni ning ravitulemusi on keeruline usaldusväärselt mõõta.

Olulisemad otsusekohad ja arengusuunad

1. **Perearstiabi tulevane mudel.** Sotsiaalministeeriumil tuleks kujundada perearstiabis pikaajalise tööjõupuudusega arvestav mudel ning otsustada, milline roll jääb tervisekeskustele, üldarstidele, eriõdedele, teistele meeskonnaliikmetele ja kaugteenustele.

2. **Patsient tuleb suunata tema tervisemurele vastava abiandja juurde.** Sotsiaalministeeriumil tuleks koos Tervisekassa ja teiste vastutavate asutustega tagada, et mittekiireloomulise tervisemurega inimene saab õigel ajal sobivat abi ning hädaabinumber (112), perearsti nõuandeliin (1220), perearstiabi ja tööajaväline esmatasandi abi soovitavad inimesele ühtsete põhimõtete alusel sobiva teenuse.

3. **Õendusabi ja jätkuteenuste terviklik korraldus.** Sotsiaal-ministeeriumil tuleks koos Tervisekassa ja kohalike omavalitsustega täpsustada statsionaarse õendusabi, koduõenduse ja peamiste jätkuteenuste saajate sihtrühmi ja saamise põhimõtteid ning tagada ülevaade teenuste vajadusest ja kättesaadavusest, et inimene saaks oma vajadusele vastavat teenust.

4. **Raviteekondade ja uute teenusemudelite arendamine.** Sotsiaal-ministeeriumil tuleks koos Tervisekassa ning Tervise ja Heaolu Info-süsteemide Keskusega tagada kesksed andme- ja IT-lahendused, et vajalik teave liiguks teenuseosutajate vahel ning oleks võimalik mõõta ravi järjepidevust, kvaliteeti ja tulemusi. Uute teenuse-mudelite puhul tuleks seniste tulemuste põhjal otsustada, milliseid

lahendusi laiemalt rakendada, ning hinnata, kas need parandavad abi kättesaadavust ja sobivad eri patsiendirühmade vajadustega.

C. Korraga on kavas teha palju muudatusi, kuid nende ulatus ja tempo ei arvesta tervishoiutöötajate arvu ja koormuse, valdkonna rahastusvõimaluste ega tervishoiusüsteemi juhtimisvõimekusega.

Tervisevaldkonna probleemid ja vajalikud muudatused on valdavalt teada, kuid korraga kavandatakse rohkem, kui olemasoleva raha, tööjõu ja muu selleks vajalikuga jõutakse ellu viia. Sarnaselt 2022. aastaga ei ole põhiprobleem eesmärkide või arendusideede puudumine, vaid nende sidumine tegevuste, ressursside ja süsteemi tegeliku rakendusvõimega. Korraga on töös palju strateegiaid, reforme ja arendusprojekte, kuid nende hulk ja ajastus ei ole alati kooskõlas sellega, kui palju on valdkonnas tööjõudu ja raha ning milline on õigusloome-, analüüsi- ja IT-võimekus.

Liiga paljude muudatuste samaaegne käivitamine võib hajutada tähelepanu ja niigi ebapiisavaid ressursse sedavõrd, et ükski keerukam arendusprojekt ei jõua kavandatud tulemuseni ning pikalt teada olnud probleemid jäävad lahendamata.

Tervisekassa roll on aastatega märgatavalt laienenud ja koos sellega on muutunud tervisevaldkonna juhtimise tasakaal. Tervisekassale on ravikindlustuse korraldamise ja tervishoiuteenuste rahastamise kõrval antud järjest rohkem teenuste korraldamise ja arendamise ülesandeid. Väljaspool 2017. aasta reformi lisandus 2020.–2025. aastal veel 19 ülesannet. Nende kogukulu sel perioodil ulatub koos 2026. aasta eelarveprognoosiga ligi 153,9 miljoni euroni, kuid täitmiseks ette nähtud riigieelarveline lisaraha on kokku vaid 20,7 miljonit eurot.

Ülesannete koondamine Tervisekassasse võimaldab kasutada ühe asutuse rahastamis-, andme- ja arendusvõimekust, kuid sellega kaasneb ka risk. Tervisekassa senised ülesanded konkureerivad uute ülesannetega sama ressursi pärast ning Sotsiaalministeeriumi ja teiste asutuste pädevus ning juhtimishoovad vähenevad. Tervisekassal peab tervishoiuteenuste ostjana olema piisav otsustusõigus, kuid Sotsiaalministeeriumile peab jääma juhtiv roll tervisepoliitika kujundamisel ja tervisesektori strateegilisel juhtimisel.

Tervishoiu tööjõupuuduse leevendamiseks vaid järelkasvu suurendamisest ei piisa. Võrreldes 2022. aastaga on arstide ja õdede arv kasvanud ning õdede ja residentide koolitusmahtu suurendatud, kuid tööjõupuudus ei ole oluliselt leevenenud. Märkimisväärne osa arstidest ja õdedest on pensionieas või läheneb sellele, ületundide maht püsib suur ja mitmel suure vajadusega erialal jäävad residentuurikohad täitmata.

OSKA prognoosi järgi vajab tervishoid aastatel 2024–2033 ligikaudu 7700 uut töötajat, seda suuresti praeguste töötajate asendamiseks. Seetõttu tuleb järelkasvu koolitamise kõrval hoida olemasolevaid töötajaid, vähendada olukordi, kus teenuste kättesaadavus sõltub püsivalt ületundidest, ning muuta tööjaotust nii, et arstid, õed ja teised spetsialistid saaksid keskenduda eeskätt ülesannetele, mis vajavad nende väljaõpet ja pädevust.

Tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostöö on killustatud ning inimene peab sageli ise leidma, millised on tema abi saamise võimalused ja kelle poole pöörduda. Kõik abivajajad ei ole selleks aga võimelised. Kavandatav reform võib seda olukorda muuta, kui teenuseosutajad hakkavad inimese abistamisel püsivalt koostööd tegema ja vajalikud teenused on ka kättesaadavad. Senised tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostöölahendused on jäänud suuresti projektipõhiseks. Riigikogu menetluses oleva eelnõuga[1] soovitakse määrata, kes korraldab teenuseosutajate koostööd ja aitab keerulise abivajadusega inimest ning kuidas seda tööd rahastatakse ja vajalikku teavet vahetatakse.

Parem koostöö võib tuua nähtavale inimeste täiendava abivajaduse, mille rahuldamiseks võib vaja minna rohkem tööjõudu ja raha. Tervise-teejuht hindab inimese abivajadust ja aitab teenusteni jõuda, kuid ta ei saa teenuste kättesaadavust parandada ega teenuseid ise juurde luua. Reformi elluviimiseks tuleb selgelt jagada osapoolte ülesanded, korraldada toimiv andmevahetus ja kavandada, kuidas tagada vajalikud teenused eri piirkondades.

Olulisemad otsusekohad ja arengusuunad

1. **Reformide prioriteedid, järjekord ja elluviimine.** Sotsiaalministeeriumil tuleks vaadata suuremaid reforme ja arendusprojekte koos ning otsustada süsteemi tegelike võimaluste järgi, mida ja millal ellu viia. Suuremate muudatuste ajakava peab arvestama, millal on piisavad nende elluviimiseks vajalikud eeldused – raha, töötajad, andmed, õigusloome- ja IT-võimekus. Muudatuste elluviimisel tuleb hinnata, mis praktikas toimib, ning saadud kogemuse ja muutunud olude järgi edasist tegevust kohandada.

2. **Olemasoleva tööjõu parem kasutamine.** Järelkasvu koolitusmahtude suurendamise kõrval tuleks senisest enam keskenduda töötajate hoidmisele, töökoormuse vähendamisele, tervishoidu naasmise soodustamisele ning töökorralduse muutmisele nii, et eri spetsialistid saaksid keskenduda nende väljaõpet ja pädevust nõudvate ülesannete täitmisele.

[1] Rahvatervishoiu seaduse muutmise ja sellega seonduvalt teiste seaduste muutmise seadus (tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostöö), 999 SE.

3. **Tervisekassa ülesannete kujundamine.** Enne uue korraldus- või arendusülesande täitmise kohustuse andmist Tervisekassale tuleks hinnata, kuidas muudatus parandab tervisevaldkonna toimimist tervikuna ning kas ülesande täitmist saaks tugevamalt toetada senises asutuses. Samuti tuleks hinnata, kas ülesande üleandmise järel säilib asutusel, kes oli seda seni kohustatud tegema, piisav võimekus täita oma muid ülesandeid.

   Tervisekassale ülesande andmisel tuleks määrata selge vastutus ja aruandlus ning tagada, et Sotsiaalministeeriumil säilib tervise-poliitika kujundamiseks ja strateegiliseks juhtimiseks vajalik pädevus, teave, analüüsivõimekus ja tegelikud võimalused valdkonna arengut suunata.

Eesti tervishoiu järgmisse arenguetappi viimiseks tuleks Vabariigi Valitsusel ja Riigikogul teha pikaajalised tervishoiu rahastamise valikud ning Sotsiaalministeeriumil seada reformid tähtsuse järjekorda, kasutada piiratud tööjõudu paremini ja täpsustada vastutuse jaotust. Vastasel juhul võivad korraga kavandatud muudatused üksteist pidurdada: samadele töötajatele, rahale ja IT-võimekusele toetuvad reformid ja arendusprojektid venivad ning nende mõju patsiendile jääb oodatust väiksemaks.

Sisukord

Sissejuhatus 11

Tervena elatud aastate arvu suurendamine 12
Tervena elatud aastate vähesus piirab töövõimet ja kasvatab teenusevajadust 12
Tervishoiu jätkusuutlikkus eeldab nii piisavat rahastamist kui ka raha tõhusamat kasutamist 16
Laste tervisekontrollides osalemine on paranenud, kuid nende hõlmatus vaktsineerimisega on liiga vähene 19
Vähi sõeluuringutes osalemine on kasvanud, kuid patsientide teekonda sõeluuringust ravini ei juhita terviklikult 24
Krooniliste haigete ravi ja jälgimine ei ole piisavalt järjepidev 27
Täiskasvanute hambaravihüvitiste saajate ringi on laiendatud ja summat suurendatud, ent jätkuvalt ei arvestata inimese sissetuleku ega ravivajadusega 30

Tervishoiuteenuste kättesaadavus, korraldus ja kvaliteet 32
Eriarstiabi kättesaadavus ei ole paranenud 32
Teiste tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja töökorralduse kitsaskohad suurendavad erakorralise abi koormust 37
Perearstide nappus puudutab üha rohkem inimesi ja sunnib töökorraldust muutma 44
Statsionaarne õendusabi, koduõendus ja üldhooldusteenused ei toimi kui üks tervik 50
Tervishoiu kvaliteedisüsteemi uuendatakse, kuid selle osad ei toimi veel tervikuna 54
Raviteekondade arendamine ja rakendamine on edenenud, kuid kavandatust aeglasemalt 59

Tervisevaldkonna kesksed probleemid ja juhtimine 63
Tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostöö reform võib inimesi abi saamisel aidata, kui maandatakse rakendusriskid ja tagatakse teenuste kättesaadavus 63
Tervishoiu tööjõupuuduse leevendamiseks vaid järelkasvu suurendamisest ei piisa 67
Tervishoiuvaldkonnas kavandatakse rohkem muudatusi, kui suudetakse ellu viia 75

Riigikontrolli varasemaid auditeid tervisevaldkonnas 81

Lisa A. Tervishoiu rahastamine: kirjanduse ülevaade 82

Lisa B. 2-aastaste laste hõlmatus vaktsineerimisega maakonniti 88

Lisa C. Sihtrühmade hõlmatus emakakaela-, rinna- ja jämesoolevähi sõeluuringutega 89

Lisa D. E-konsultatsiooni kasutamine erialade kaupa 90

Lisa E. Statsionaarse õendusabi, hospiitsravi ja koduõendusteenuse kasutamine 92

Lisa F. Patsiendiohutuse iseloomustus ning vastutuskindlustuse kahjunõuded ja väljamaksed 95

Lisa G. Tervisekassale lisandunud ülesanded ja nende rahastamine 98

Riigikontrolli aruanded 10.2025–10.2026 102

Sissejuhatus

Teadmiseks, et

Maailma Tervise-organisatsiooni tervishoiusüsteemi toimivuse hindamise raamistiku kohaselt hinnatakse tervishoiusüsteemi tulemuslikkust juhtimise, rahastamise, tööjõu ja muude ressursside kavandamise ning teenuste osutamise koostoime alusel.

Seetõttu ei saa ühe valdkonna puudujääki üldjuhul kõrvaldada ühe meetmega. Näiteks ei paranda lisaraha teenuste kättesaadavust, kui vajalikku tööjõudu ei jätku, ravivajaduse ja tulemuste kohta puuduvad kvaliteetsed andmed või eri tervishoiuteenused ei moodusta inimese jaoks sujuvat tervikut.

Allikas: Rajan, D., Papanicolas, I. jt. Health system performance assessment: a renewed global framework to guide policy-making. World Health Organization, 2026

1. Rahvastiku tervist kujundavad tervishoiuteenuste kõrval inimeste elu- ja töökeskkond, sissetulek, haridus, tervisekäitumine ning muu hulgas sotsiaal-, haridus-, keskkonna- ja maksupoliitilised valikud.[2] Seetõttu on rahvastiku tervise hoidmine ja parandamine eri poliitikavaldkondade ühine, mitte ainult tervishoiusüsteemi ülesanne.

2. Sama lähtekohta väljendab ka rahvatervishoiu seadus, mille järgi on rahvatervishoid sektoritevaheline valdkond, mis hõlmab kõiki rahvastiku tervist parandavaid ning ebasoovitavat tervisemõju ennetavaid ja vähendavaid organiseeritud tegevusi, et pikendada inimeste eluiga, parandada nende elukvaliteeti ja vähendada tervisealast ebavõrdsust.[3]

3. Käesolevas aruandes on hinnatud, kuidas on olukord tervishoius muutunud pärast Riigikontrolli 2022. aastal avaldatud ülevaadet valdkonna suundumuste kohta. Aruanne keskendub tervishoiusüsteemile ja selle kokkupuudetele sotsiaalteenustega. Riigikontroll käsitleb valitud teemade kaudu – haiguste ennetamine ja varajane avastamine, ravi, järelravi, õendusabi ja vajalikud tugiteenused –, kuidas inimesed abi saavad.

4. Aruanne tugineb Riigikontrolli auditite ja analüüsidele, mis on valminud pärast 2022. aastat, ning täiendavalt kogutud andmetele. Riigikontroll hindas, millised varem tuvastatud probleemid on leevenenud, püsinud või süvenenud ning kas tehtud muudatused on parandanud abi kättesaadavust, kvaliteeti ja järjepidevust. Samuti hinnati, kas tervishoiusüsteemil on olemas eeldused kavandatud muudatusi rakendada ja nende mõju saavutada.

5. Mitme aruandes käsitletud probleemi lahendamine sõltub samadest tervishoiusüsteemi toimimise eeldustest. Need läbivad aruande eri teemasid ning aitavad mõista nii probleemide põhjusi kui ka nende lahendamiseks vajalikke samme. Olulisemad eeldused on järgmised:

- kvaliteetsed ja kasutatavad terviseandmed ning neid toetavad infosüsteemid ja digilahendused;
- selge vastutus ja tööjaotus ning inimese jaoks sujuva terviku moodustavad teenused;
- võimekus mõõta ravi kvaliteeti ja tulemusi ning kasutada saadud teavet ravi ja teenuste parandamiseks;
- võimekus tagada piisav ja vajadustele vastav tervishoiuvaldkonna tööjõud ning kasutada tervishoiutöötajate teadmisi ja oskusi otstarbekalt;

[2] Vt ka Azari, R., Borisch, B. What is public health? A scoping review. – Arch Public Health 81, 86, 2023.

[3] Rahvatervishoiu seadus. RT I, 18.03.2026, 17, § 5 lg 1 ja § 2.

- poliitika juhtimise ja elluviimise võimekus, mis hõlmab realistlike plaanide koostamist, kokkulepitud muudatuste elluviimist, nende mõju hindamist ning mittetoimivate lahenduste parandamist või lõpetamist.

Kui need eeldused ei ole täidetud, jääb üksikute reformide, katseprojektide, digilahenduste ja lisarahastuse mõju piiratuks.

6. Aruanne koosneb kolmest peatükist ja lisadest.

- **Esimene peatükk** käsitleb tervena elatud aastate arvu suurendamist ja haiguskoormuse vähendamist. Vaadeldakse rahvastiku tervise ja majanduse seoseid, laste tervisekontrolle ja vaktsineerimist, vähi sõeluuringuid, krooniliste haiguste ennetamist ja ohjeldamist ning täiskasvanute hambaravi.
- **Teine peatükk** keskendub tervishoiuteenuste kättesaadavusele ning ravi kvaliteedile ja ohutusele. Käsitletakse eriarstiabi, erakorralist abi, perearstiabi, õendusabi, tervishoiuteenuste kvaliteeti ja patsiendiohutust ning raviteekondade arendamist.
- **Kolmas peatükk** käsitleb tervishoiusüsteemi juhtimist ja peamisi süsteemiüleseid väljakutseid. Vaadeldakse tervishoiu- ja sotsiaalteenuste lõimimist, tervishoiutöötajate puudust ja töökoormust ning tervisevaldkonna juhtimist ja muudatuste elluviimise võimekust.

Lisa A annab kirjanduse põhjal põhjalikuma ülevaate tervishoiu rahastamise olukorra ja poliitikavalikute kohta.

Tervena elatud aastate arvu suurendamine

Tervena elatud aastate vähesus piirab töövõimet ja kasvatab teenusevajadust

Oodatav eluiga sünnihetkel näitab, kui kaua elaks vastsündinu keskmiselt juhul, kui suremusnäitajad püsiksid tema elu jooksul praegusel tasemel.

Tervena elatud aastate arv sünnihetkel näitab, mitu aastat elaks ta eeldatavalt ilma igapäevategevusi piiravate tervise-probleemideta.

Tegu on rahvastiku statistilise näitajaga, mis ei näita vanust, mil konkreetsel inimesel tekib tervisepiirang.

Allikas: Eurostat. Life expectancy by age and sex and NUTS2 region ja Healthy life years at birth by sex

7. Rahvastiku tervis mõjutab inimeste elukvaliteedi kõrval nende töövõimet ja tööturul osalemist ning tervishoiu- ja sotsiaalteenuste vajadust. Seetõttu on hea tervis oluline ka tööjõu pakkumise, majanduse arenguvõime ja avalike teenuste jätkusuutlikkuse jaoks. Tervishoiusüsteem saab haiguskoormust vähendada eelkõige haiguste ennetamise ja varajase avastamise ning krooniliste haiguste järjepideva ravi ja jälgimise kaudu.

8. Eesti rahvastiku tervise arengukavas 2020–2030 on seatud eesmärk, et 2030. aastaks ulatuks oodatav eluiga sünnihetkel meestel 78 ja naistel 84 aastani ning tervena elatud aastate arv sünnihetkel vastavalt 62 ja 63 aastani (vt tabel 1). Eesti oodatava eluea näitajad on neile eesmärkidele lähemal kui tervena elatud aastate näitajad.

Teadmiseks, et

rahvusvahelised võrdlused näitavad, et kuigi Eesti üldine konkurentsivõime on suhteliselt tugev, jäävad rahvastiku tervisenäitajad mitmele Euroopa edukamale riigile alla.

Seetõttu piiravad tervise-probleemid lisaks inimeste heaolule ka inimvara kvaliteeti, tööjõu pakkumist ja majanduse arengut.

Allikas: Kaasik, Ü., Männasoo, K. jt. Eesti majanduse olukord ja väljavaated: Konkurentsivõime eksperdikogu raport Riigikogule. Riigikogu Kantselei, 2024; IMD World Competitiveness Booklet 2023. IMD, 2023; The Global Competitiveness Report. World Economic Forum, 2019

Tabel 1. Oodatav eluiga ja tervena elatud aastad sünnihetkel Eestis ja Euroopa Liidus

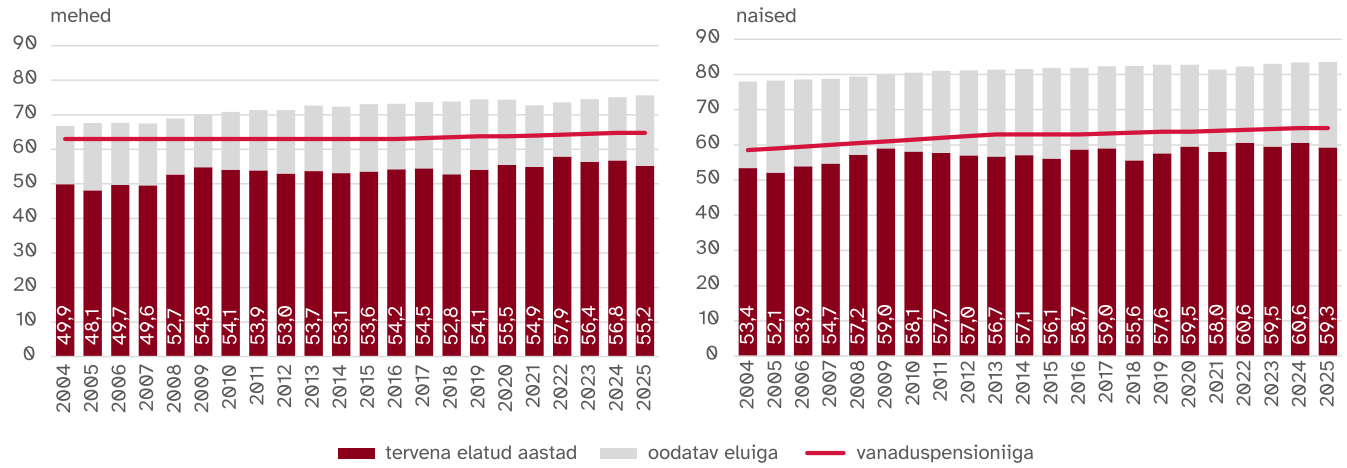
Näitaja	Oodatav eluiga		Tervena elatud aastad	
	Mehed	Naised	Mehed	Naised
Eesti 2021	72,8	81,4	54,9	58,0
Eesti 2025	75,6	83,6	55,2	59,3
Eesmärk 2030	78,0	84,0	62,0	63,0
Euroopa Liidu keskmine 2021	77,2	82,9	63,1	64,2
Euroopa Liidu keskmine 2024	78,9	84,1	64,8	65,5

Allikas: Riigikontroll Statistikaameti ja Eurostati andmete põhjal

9. Võrreldes Euroopa Liidu viimase kättesaadava keskmisega (2024. aasta andmete põhjal) oli Eesti meeste oodatav eluiga 2025. aastal 3,3 ja naiste oma 0,5 aastat lühem. Tervena elatud aastate mahajäämus Euroopa Liidu keskmisest oli märksa suurem: Eesti meestel 9,6 ja naistel 6,2 aastat.

10. Võrreldes 2021. aastaga on Eestis kasvanud nii oodatav eluiga kui ka tervena elatud aastate arv. Oodatav eluiga kasvas Eestis sel perioodil kiiremini kui Euroopa Liidus keskmiselt, kuid tervena elatud aastate arv Eesti meestel aeglasemalt ja naistel ligikaudu samas tempos kui Euroopa Liidus. Seega ei ole Eesti tervena elatud aastate mahajäämus Euroopa Liidu suhtes vähenenud: meeste puhul on vahe suurenenud ning naiste puhul püsinud ligikaudu samana.

Joonis 1. Keskmine oodatav eluiga, tervena elatud aastad sünnihetkel ning vanaduspensioniiga aastatel 2004–2025



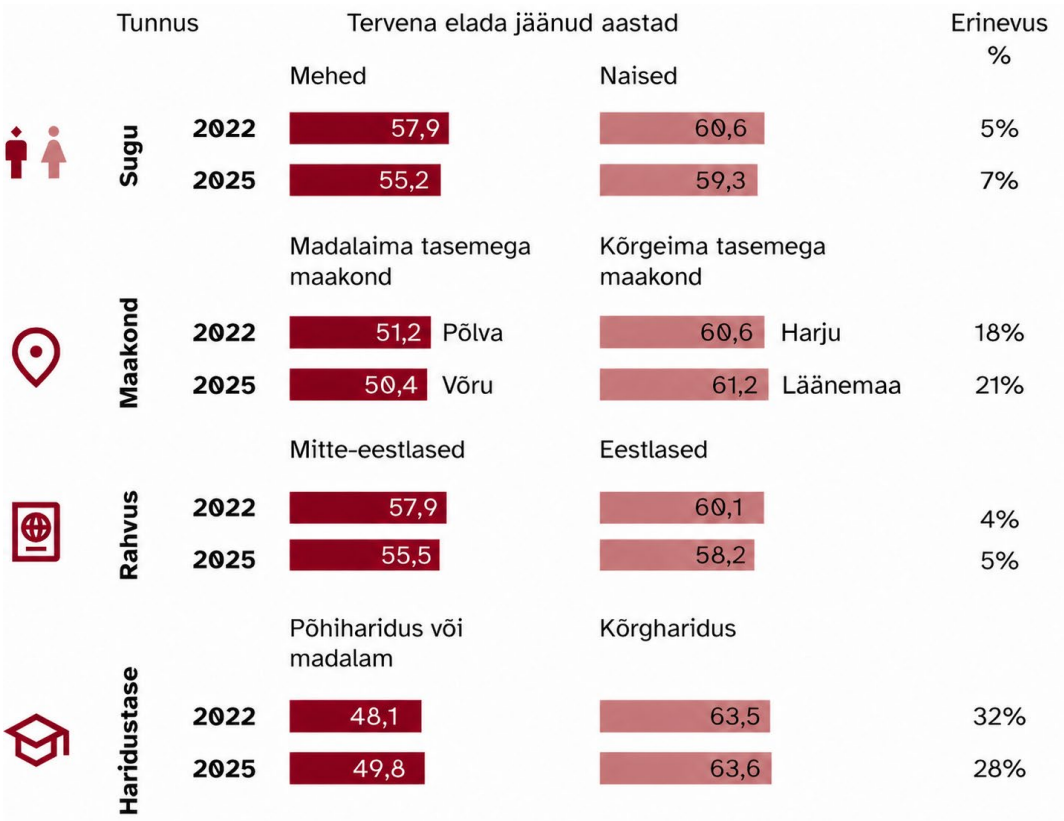
Allikas: Riigikontroll Statistikaameti ja Riigi Teataja andmete põhjal

11. Tervena elatud aastate arv jäi 2025. aastal meeste puhul kehtivast vanaduspensionieast ligikaudu 9,6 ja naiste puhul 5,5 aasta võrra väiksemaks (vt joonis 1). See rahvastikutasandi võrdlus ei näita, millal

tekib konkreetsel inimesel tervisepiirang, kuid osutab sellele, et tööealiste seas on märkimisväärne tervisepiirangutega inimeste rühm. See vähendab töövõimet ja tööturul osalemist ning suurendab tervishoiu-, sotsiaalteenuste ja toetuste vajadust.

12. Tervena elatud aastate arv erineb Eestis märkimisväärselt sotsiaalsete rühmade ja piirkondade vahel. 2025. aastal oli kõrgharidusega inimestel tervena elatud aastaid 13,8 võrra rohkem kui põhihariduse või madalama haridusega inimestel. Kõrgeima ja madalaima näitajaga maakonna – Läänemaa ja Võrumaa – vahe oli 10,8 aastat, naiste ja meeste vahe 4,1 aastat ning eestlaste ja mitte-eestlaste vahe 2,7 aastat (vt joonis 2).

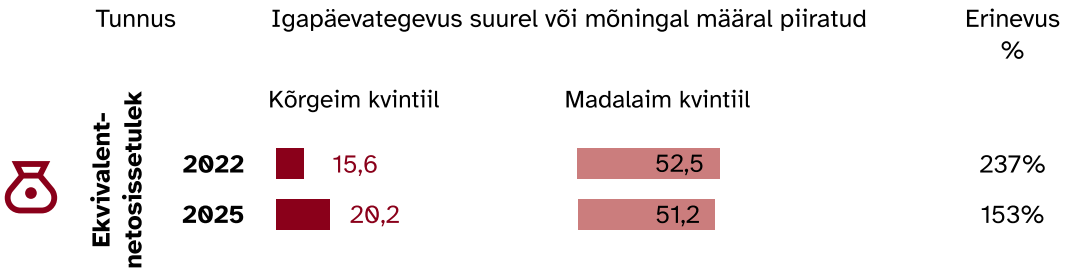
Joonis 2. Tervena elada jäänud aastad sünnihetkel, 2022. ja 2025. aasta võrdlus



Allikas: Riigikontroll Statistikaameti andmete põhjal

13. Sissetuleku järgi ei ole tervena elatud aastate näitaja samal kujul kättesaadav, mistõttu iseloomustab siin ebavõrdsust tervisepiiranguga inimeste osakaal. Madalaima sissetulekuga viiendikus oli igapäevategevus tervise tõttu piiratud 51,2%-l ja kõrgeima sissetulekuga viiendikus 20,2%-l inimestest (vt joonis 3). Kuigi nende rühmade erinevus oli 2025. aastal väiksem kui 2022. aastal, püsib tervisepiirangute levikus sissetulekurühmade vahel märgatav erinevus.

Joonis 3. Tervisepiirangutega elavad inimesed sissetuleku järgi, 2022. ja 2025. aasta võrdlus



Allikas: Riigikontroll Statistikaameti andmete põhjal

14. Tervisetulemuste suured erinevused sotsiaalsete rühmade ja piirkondade vahel näitavad, et rahvastiku tervist ei kujunda üksnes tervishoiuteenuste kättesaadavus ja kvaliteet, vaid ka inimeste elu- ja töökeskkond ning teiste poliitikavaldkondade otsused. Tervena elatud aastate arvu suurendamine eeldab seetõttu eri valdkondade tegevuste kooskõlastamist ning selget vastutust tervist mõjutavate meetmete rakendamise ja tulemuste jälgimise eest.

Teadmiseks, et

Maailma Tervise-organisatsiooni järgi on kulutõhusad ja tõenduspõhised rahvatervise meetmed järgmised:

- tubaka- ja alkoholipoliitika meetmed,
- tasakaalustatud toitumise toetamine,
- liikumise edendamine,
- vaktsineerimine ning
- vähi varajane avastamine sõeluuringute kaudu.

Allikas: Quick buys for prevention and control of noncommunicable diseases. The Lancet Regional Health – Europe, 52, 2025

15. Eesti mahajäämus väljendub ka tervisekaotuses, millest vähemalt osa saaks vältida. Nii ennetatav kui ka õigeaegse ja tulemusliku raviga välditav suremus on Eestis ligikaudu poolteist korda suurem kui Euroopa Liidus keskmiselt. Ennetatavatest surmadest moodustasid suurima üksikrühma alkoholitarvitamisega seotud surmad – 2022. aastal ligi neljandiku.[4] Suure osa välditavast haiguskoormusest moodustavad ka südame-veresoonkonnahaigused ja vähk. Tervisetulemuste parandamiseks tuleb seetõttu korraga vähendada haiguste riskitegureid, avastada haigusi varakult ning tagada diagnoositud inimestele järjepidev ravi ja jälgimine.

16. Rahvastiku tervist käsitletakse üha enam ka majanduse arengutegurina. Parem tervis toetab töövõimet, tööturul osalemist ja tootlikkust ning vähendab pikaajaliselt tervishoiu- ja sotsiaalkulusid.[5] 2017. aasta süstemaatilise ülevaate järgi oli rahvatervishoiu sekkumiste (näiteks vaktsineerimine, suitsetamisest loobumise toetamine, kukkumiste ennetamine) mediaanne tasuvus ligikaudu 14 eurot iga investeeritud euro kohta.[6] Kuigi seda hinnangut ei saa automaatselt üle kanda Eestile ega kõigile ennetusmeetmetele, näitab see, et hästi valitud ja tulemuslikult rakendatud sekkumistel võib olla märkimisväärne pikaajaline majanduslik kasu.

[4] State of Health in the EU. Eesti. Riigi terviseprofiil 2025. OECD, European Observatory on Health Systems and Policies, 2025.

[5] Fumagalli, E., Pinna Pintor, M. jt. The impact of health on economic growth: A narrative literature review. – Health Policy, 2024, nr 143.

[6] Masters, R., Anwar, E. jt. Return on investment of public health interventions: a systematic review. – Journal of Epidemiology and Community Health, 2017, nr 71, lk 827–834.

17. Haiguskoormuse vähendamine on seega tervishoiusüsteemi pikaajalise jätkusuutlikkuse osa. Kui haigusi ennetatakse, avastatakse varem ning kroonilisi patsiente ravitakse ja jälgitakse järjepidevalt, võib väheneda vajadus keerukama ja kulukama ravi järele. Samas eeldavad ka ennetus ja järjepidev ravi piisavat ning püsivat rahastamist.

Mahajäämus tervena elatud aastate arvu poolest pole vähenenud

18. Kokkuvõttes on Eestis oodatava eluea näitajad võrreldes 2021. aastaga paranenud, kuid mahajäämus tervena elatud aastate poolest Euroopa Liidu keskmisest ei ole vähenenud ning 2030. aastaks seatud riiklikest eesmärkidest ollakse endiselt kaugel. Samuti püsivad suured erinevused hariduse, sissetuleku, piirkonna ja rahvuse järgi.

19. Sotsiaalministeeriumil tuleks rahvastiku tervise arengukava juhtimisel koos teiste vastutavate ministeeriumide ja kohalike omavalitsustega määrata, milliste meetmetega vähendatakse esmajärjekorras välditavat haiguskoormust ja tervisealast ebavõrdsust, kes meetmete rakendamise eest vastutab ning milliste näitajate alusel hinnatakse nende tegelikku mõju.

Tervishoiu jätkusuutlikkus eeldab nii piisavat rahastamist kui ka raha tõhusamat kasutamist

20. Eesti tervishoiukulud ületasid 2025. aastal 3,3 miljardi eurot ja moodustasid ligikaudu 8% SKPst. Euroopa Liidu viimase kättesaadava keskmise järgi oli vastav näitaja 10% SKPst (vt tabel 2). See võrdlus ei näita iseenesest, milline kulutase oleks Eestile optimaalne, kuid aitab kirjeldada tervishoiu rahastamise lähtekohta koos Eesti ravivajaduse, tööjõu ja tervisetulemustega.

Tabel 2. Tervishoiukulud Eestis ja Euroopa Liidus

Näitaja	Eesti 2024	ELi keskmine 2023
Tervishoiukulud (% SKPst)	8	10
Avaliku sektori panus (%)	77	81
Inimeste omaosalus (%)	21	15
Vabatahtlik rahastus (nt tööandja otse rahastatud tervishoiuteenustena)	2	4

Allikas: Tervise Arengu Instituut (2024), Euroopa Komisjon (2023)

21. Eestis kaeti 2024. aastal 77% tervishoiukuludest avalikust rahast ning 21% jäi leibkondade endi kanda. Suurim on omaosalus hambaravis, retseptiravimite ning õendus- ja hooldusabiga seotud kuludes. Kõrge omaosalus suurendab eelkõige väiksema sissetulekuga inimeste riski vajalikku ravi edasi lükata või sellest loobuda.[7]

22. Eesti tervishoiu rahastamine põhineb solidaarsel ravikindlustusel ja Tervisekassa kui keskse ostja mudelil. Ravi rahastatakse inimese ravivajaduse, mitte tema enda sissemakse suuruse järgi ning suurte ravikulude risk jaotatakse kindlustatute vahel. Samal ajal pärineb enamik Tervisekassa tuludest sotsiaalmaksu ravikindlustuse osast, mistõttu sõltub rahastamine tugevalt tööhõivest, aga ka sissetulekute suurusest.

23. Arenguseire Keskuse analüüsi järgi on senist tervishoiukulude kasvu mõjutanud enim tervishoiuteenuste kallinemine, sealhulgas tööjõukulude kasv, ning teenuste kasutamise suurenemine. Rahvastiku vananemise mõju avaldub pikema aja jooksul: vanemaealiste osakaalu kasv suurendab ravivajadust, samal ajal kui tööealise elanikkonna

[7] Health at a Glance 2025: OECD Indicators. OECD Publishing, 2025.

osakaalu vähenemine vähendab tööjõumaksudel põhinevat tervishoiu tulubaasi.[8]

24. Tervisekassa on kulude kasvu piiramiseks rakendanud erinevaid kokkuhoiumeetmeid. Näiteks oli Tervisekassal kavas jätta 2026. aastal ravijuhtude arv samaks kui 2025. aastal. Samuti muudeti uuringute ja teenuste maksumust, näiteks on vähendatud laboriuuringute piirhindu. Lisaks on kavas lükata edasi kuni 2028. aastani tervishoiuteenuste hindadesse arvestatud tervishoiutöötajate palgakomponendi tõus.

25. Rakendatud ja kavandatud kokkuhoiumeetmetega püütakse vähendada eelarvepuudujääki ja jõuda aastaks 2030 eelarvetasakaaluni. Selle kõrval tuleb otsustada, kuidas rahastada vajalikke tervishoiuteenuseid pikemas vaates. Peamised valikukohad on järgmised.

- **Avaliku tulubaasi maht ja allikad.** Analüüsides on kaalutud riigieelarveliste eraldiste laiendamist ja muid maksupoliitilisi lahendusi.[9] Sotsiaalministeerium on 2026. aasta analüüsis ühe pikaajalise võimalusena pakkunud, et alates 2029. aastast laiendatakse riigieelarvelist eraldist ka teistele ravikindlustatutega võrdsustatud rühmadele (näiteks lastele).[10] Poliitiline valik on, kui suure osa tervishoiu rahastamisest peaksid tulevikus kandma tööjõumaksud ja kui suure osa muud riigieelarve tulud.
- **Inimeste omaosaluse ulatus ja jaotus.** Eesti inimeste omaosalus tervishoiukuludes on 21%, mis on Euroopa Liidu keskmisest kõrgemal tasemel ning ületab ka Maailma Terviseorganisatsiooni soovitatud 15% taset. Omaosalus koormab suhteliselt rohkem väiksema sissetulekuga inimesi, kes võivad raha puuduse tõttu vajaliku ravi edasi lükata või sellest loobuda. Otsustada tuleks, milliste teenuste eest ja kui palju peaks inimene ise maksma ning kuidas kaitsta suure ravivajaduse või väiksema sissetulekuga inimesi olukorras, kus omaosaluse nõue võib takistada vajaliku abi saamist.
- **Muu eraraha roll.** Erakindlustus ja tasulised teenused võivad tuua tervishoidu lisaraha, laiendada inimeste valikuvõimalusi ja anda osale neist kiirema juurdepääsu teenustele.[11, 12] Samas kasutavad tasulisi teenuseid sagedamini suurema sissetulekuga inimesed ning eraraha ei asenda universaalse tervishoiusüsteemi avalikku rahastamist.

Teadmiseks, et

eraraha võib tervishoidu jõuda näiteks:

- **leibkondade otsemaksetena**, kui inimene tasub ise teenuse või toote hinnast osa või kogu hinna;
- **vabatahtliku tervisekindlustuse** kaudu, mille kindlustusmakse võib tasuda inimene ise või tööandja;
- **tööandja otse rahastatud tervishoiuteenustena, annetuste ja muude eraallikatena,** näiteks heategevuslike fondide kaudu.

Allikas: A System of Health Accounts 2011. OECD, WHO

[8] Tervishoiu jätkusuutlikkus: Stsenaariumid aastani 2035. Arenguseire Keskus, 2025.

[9] Samas.

[10] Analüüs tervishoiu rahastamise hetkeolukorra kohta: Miks tervishoiukulud kasvavad ja teenusekasutus muutub? Kitsaskohad ja lahendused Eesti tervishoiusüsteemis. Raport 2026. Sotsiaalministeerium, 2026.

[11] Tervishoiu jätkusuutlikkus: Stsenaariumid aastani 2035. Arenguseire Keskus, 2025.

[12] Analüüs tervishoiu rahastamise hetkeolukorra kohta: Miks tervishoiukulud kasvavad ja teenusekasutus muutub? Kitsaskohad ja lahendused Eesti tervishoiusüsteemis. Raport 2026. Sotsiaalministeerium, 2026.

Avalik ja erasektor konkureerivad suuresti sama tervishoiutööjõu pärast. Kui pakkuda eraraha toel rohkem tasulisi teenuseid, võib suurema võimekuse asemel tekkida kaks paralleelset süsteemi, kus ravile pääsemise kiirus sõltub inimese maksevõimest.[13, 14] Seetõttu tuleb eraraha rolli kujundamisel vältida olukorda, kus tasuliste teenuste kasv vähendab avalikult rahastatud raviks jäävat tervishoiutöötajate aega ja osutatava ravi mahtu, pikendab ravijärjekordi ning muudab ravile pääsemise kiiruse üha enam sõltuvaks inimese maksevõimest.

- **Olemasoleva raha tulemuslikum kasutamine.** Lisaraha vajaduse kõrval tuleks otsustada, kuidas kasutada olemasolevat raha teenustele ja töökorraldusele, mis annavad piiratud ressursi juures suurema tervisekasu. Selle aluseks on strateegiline tervishoiuteenuste ostmine, mille puhul Tervisekassa otsustab elanikkonna ravivajaduse, teenuste kvaliteedi ja kulutõhususe põhjal, milliseid teenuseid rahastada, millistelt teenuseosutajatelt neid osta ning millistel tingimustel nende osutamist tasustada.

  Olemasoleva raha tulemuslikum kasutamine hõlmab väärtuspõhise tervishoiu põhimõtteid toetavate rahastamismudelite arendamist. Näiteks sõltub tulemuspõhise rahastamise korral osa teenuseosutajale makstavast tasust kokkulepitud ravi kvaliteedi või patsiendi tervisetulemuse näitajatest. Seda saab kasutada koos teenuse- ja mahupõhise tasustamisega, mille puhul tasu sõltub osutatud teenustest ja nende arvust. Praktikas kasutatakse eri tasustamisviise enamasti koos.

Väärtuspõhine tervishoid – lähenemine, mille eesmärk on motiveerida teenuseosutajaid keskenduma ravi tulemuslikkusele ja ressursside otstarbekale kasutamisele.

Tulemuspõhine rahastamine on üks viis seda saavutada.

Allikas: Innovative providers' payment models for promoting value-based health systems: OECD, 2023

26. Raha tulemuslikum kasutamine eeldab, et Tervisekassa saab võrrelda ravivajadust, teenuste kvaliteeti, kulusid ja ravitulemusi ning kasutada seda infot rahastamisotsustes. Selleks on vaja võrreldavaid kvaliteedi- ja tulemusnäitajaid, toimivat andmevahetust ning selget vastutust. Kui need eeldused puuduvad, ei ole võimalik usaldusväärselt hinnata, milliste teenuste, piirkondade või teenuseosutajate rahastamine annaks piiratud raha juures suurema tervisekasu.

27. Rahvusvahelises kirjanduses ja Eesti analüüsides on jõutud sarnase järelduseni: lisaraha ja tõhusam rahakasutus ei ole teineteise alternatiivid (vt põhjalikumat kirjanduse ülevaadet lisas A). Tervishoiu pikaajaline jätkusuutlikkus sõltub sellest, kas avalik tulubaas on piisav ja stabiilne, inimeste omaosaluse vajadus ei takista neil abi kasutamist

[13] McPake, B., Dayal, P. jt. What steps can improve and promote investment in the health and care workforce? Enhancing efficiency of spending and rethinking domestic and international financing. – Policy Brief 54. European Observatory on Health Systems and Policies, 2023.

[14] Habicht, T. The development of voluntary health insurance in Estonia. Health Systems and Policy Monitor. European Observatory on Health Systems and Policies, 2026.

ning olemasolevat raha kasutatakse viisil, mis toetab ennetust, ravi järjepidevust, teenuseosutajate koostööd ja paremaid tervisetulemusi.

Tervishoiu pikaajalise rahastamise korraldus vajab poliitilise tasandi kokkuleppeid

28. Kokkuvõtteks. Tervishoiu lähiaastate rahastamiseks on leitud ajutisi lahendusi, kuid pikaajalise rahastamise korraldus on endiselt otsustamata. Sotsiaalministeerium on esitanud Vabariigi Valitsusele korduvalt tervishoiu tulude suurendamise ja raha tulemuslikuma kasutamise valikuid, viimati 2026. aastal. Valitsus ei ole aga otsustanud, kui palju avalikku raha tervishoiule pikemas plaanis eraldada ja kust see raha tuleb. Vajalikud seadusemuudatused eeldaksid ka Riigikogu otsust.

29. Edasine otsustus eeldab nii valitsuse kui ka Riigikogu tasandil kokkuleppeid, milline peab olema avaliku rahastamise maht ja tulubaas, kui suur võib olla inimeste enda ja muu eraraha osalus ning milliseid muudatusi teha, et kasutada olemasolevat raha tulemuslikumalt.

Laste tervisekontrollides osalemine on paranenud, kuid nende hõlmatus vaktsineerimisega on liiga vähene

30. Tervisekontrollide eesmärk on märgata lapse tervise- ja arengu-probleeme võimalikult vara ning ennetada neid. Eelkooliealiste laste tervisekontrolle tehakse peamiselt perearstikeskustes, kooliealiste laste tervist jälgivad perearstikeskused ja kooliõed. Eestis ei ole tervise-kontrollides osalemine kohustuslik. Seetõttu sõltub lapse kontrolli jõudmine nii lapsevanema aktiivsusest kui ka sellest, kas tervishoiu-süsteem tuletab kontrolli meelde ja jälgib osalemist.

31. Eelkooliealiste laste tervisekontrollides osalemine on viimastel aastatel märgatavalt suurenenud. Ravijuhendi järgi peaksid lapsed alates teisest eluaastast kuni kooliminekuni käima perearstikeskuses tervisekontrollis vähemalt kord aastas. Kui 2012.–2014. aastal ei käinud ligikaudu pooled vaadeldud 3–6-aastastest lastest kolme aasta jooksul kordagi tervisekontrollis, siis 2023.–2025. aastal oli selliseid lapsi vähem, ligikaudu 10% (vt joonis 4). Ent kõigil kolmel aastal käis tervisekontrollis siiski vaid 15% lastest. Seega on kontrollidest täielikult kõrvale jäänud laste osakaal oluliselt vähenenud, kuid soovituslikku iga-aastast kontrolli saab endiselt vaid väike osa lastest.

32. Osalemise paranemine langes ajaliselt kokku sellega, et 3-aastaste laste tervisekontroll lisati perearstide kvaliteedisüsteemi indikaatorite hulka. Tervisekassa on alustanud ka lapsevanemate personaalset teavitamist: alates 2026. aasta aprillist saavad 4-, 5-, 6-, 11- ja 15-aastaste laste vanemad lapse sünnipäeval teavituse, et lapsega on vaja minna tervisekontrolli. Nende meetmete eraldi mõju ei ole veel võimalik hinnata, kuid need näitavad, et tervisekontrollides osalemist on hakatud senisest aktiivsemalt jälgima ja toetama.

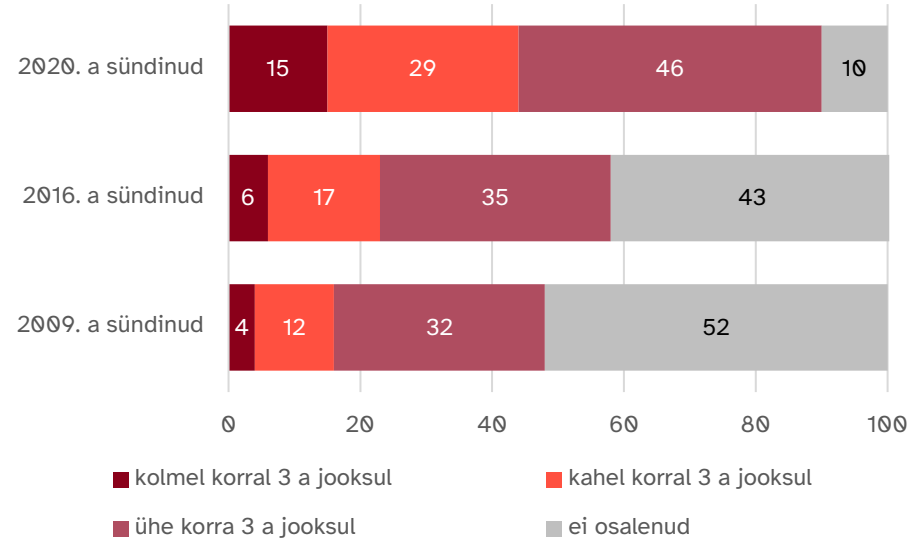
Teadmiseks, et

Riigikontroll leidis 2016. aasta auditis, et laste tervise jälgimine ei olnud piisavalt koordineeritud, tervise-kontrollides osalemine oli osas vanuserühmades vähene ning koolitervishoiuteenuse kvaliteet ebaühtlane.

2022. aasta ülevaate järgi ei olnud need probleemid veel sisuliselt lahenenud.

Allikas: Riigikontrolli audit „Riigi tegevus laste tervise hoidmisel ja ravimisel“ (2016) ning ülevaade „Eesti tervishoiu suundumused 2021–2022“ (2022)

Joonis 4. 3–6-aastaste laste osalemine tervisekontrollides aastatel 2012–2014, 2019–2021, 2023–2025 (%)



Allikas: Riigikontrolli analüüs Eesti Tervisekassa andmete põhjal

Teadmiseks, et

koolides kontrollib laste tervist koolitervishoiuteenuse osutaja ehk kooliõde.

Kooliõed peavad tervise-kontrolle tegema 1., 3., 7. ja 10. klassi õpilastele.

Lisaks tervisekontrollidele ja vaktsineerimisele osutab kooliõde vajaduse korral vältimatut abi ning toetab tervisekäitumise kujundamist.

2022/2023. õppeaastal rakendus kooliõdede kvaliteedisüsteem, et motiveerida neid rohkem panustama laste haiguste ennetusse, tervise edendamisse ning jälgimisse.

Praegu hindab Tervisekassa, kas kvaliteedisüsteemi rakendamine on suurendanud laste osalemist tervise-kontrollides ja vaktsineerimist.

Allikas: Tervisekassa

33. Laste tervise jälgimise juhendi järgi peaksid viienda ja üheksanda klassi õpilased käima tervisekontrollis perearstikeskuses. Viienda klassi õpilaste osalus kasvas 15%-lt 2020/2021. õppeaastal 31%-ni 2024/2025. õppeaastal ning üheksanda klassi õpilaste osalus 8%-lt 13%-ni. Seega käivad koolieelised lapsed tervisekontrollis pisut rohkem, kuid enamik nende klasside õpilastest ei jõua endiselt perearstikeskuse tervisekontrolli.

34. Viienda klassi õpilaste osaluse kasv langes ajaliselt kokku kontrolli lisamisega perearstide kvaliteedisüsteemi. Seetõttu tuleks Tervisekassal hinnata, milliste stiimulite ja aktiivse kutsumise abil suurendada ka üheksanda klassi tervisekontrollis osalemist, sealhulgas kas lisada ka kontroll kvaliteedisüsteemi.

35. Kooliõe tehtavates tervisekontrollides osaletakse varasemast enam (vt tabel 3). Esimese, kolmanda ja seitsmenda klassi õpilastest osales 2024/2025. õppeaastal kontrollis 93–95%. Kümnenda klassi õpilastest osales 67%, mis oli vaid kolme protsendipunkti võrra enam kui 2020/2021. õppeaastal ning vähem kui 2016. aastal.

36. Esimese, kolmanda ja seitsmenda klassi õpilaste tervisekontrollides osalemise kasv langes ajaliselt kokku kooliõdede kvaliteedisüsteemi rakendamisega ning kvaliteedisüsteem võis osalemise suurenemisele kaasa aidata. Samas ilmnes Riigikontrolli analüüsist ka kaheksa väikese õpilaste arvuga kooli, kus vaadeldud klassides ei toimunud ühtegi tervisekontrolli.

Tabel 3. Esimese, kolmanda, seitsmenda ja kümnenda klassi õpilaste osalemine (%) tervisekontrollides koolis 2016., 2020/2021. ja 2024/2025. õppeaastal

Näitajad	1. klass	3. klass	7. klass	10. klass
2016. aasta auditi andmetel kooliõe tervisekontrollis käinute osakaal (%)	76	85	84	73
2020/2021. õppeaastal kooliõe juures tervisekontrollis käinute osakaal (%)	76	79	73	64
2024/2025. õppeaastal kooliõe juures tervisekontrollis käinute osakaal (%)	94	95	93	67

Märkus: andmed hõlmavad perioodi 1. septembrist kuni 31. augustini vastaval õppeaastal.

Allikas: Riigikontroll Tervisekassa andmete põhjal

37. Suurem tervisekontrollides osalemine ei tähenda siiski, et koolitervishoiuteenuse sisu oleks kõikjal ühtlane. Kooliõdede esindajate sõnul erinevad kooliti teenuse korraldus, kooliõe kohaloleku sagedus ja töötingimused.

38. Väikestes koolides ei ole kooliõe igapäevane kohalolek tingimata vajalik, kuid peab olema selge, millal ja kuidas on teenus õpilasele kättesaadav, kuidas kooliõde toetab haiguste ennetust ja tervise edendust ning teeb terviseprobleemide korral koostööd perearstikeskuse ja teiste spetsialistidega. Osas suuremates koolides peab olema rohkem kui üks kooliõde vastavalt laste arvule, kuid kooliõdesid või vastuvõturuume napib.

39. Samuti vajab kooliõdede esindaja sõnul koolitervishoiu tegevusjuhendis täpsustamist, millised ülesanded on kroonilise haigusega lapse jälgimisel ja vajaliku abi korraldamisel kooliõel, perearstikeskusel ja teistel esmatasandi osapooltel. Teenuse sisu ühtlustamiseks vajalikku kooliõdede mentorlust Tervisekassa eraldi ei rahasta ning mentorluse olemasolu ja korraldus sõltub koolitervishoiu-teenuse pakkujast.

Vaimse tervise hindamine tervisekontrollis vajab ühtset praktikat

40. Kooliõed ja perearstid peavad tervisekontrollide käigus hindama ka lapse vaimset tervist. Selleks on olemas juhised ning viimastel aastatel on arendatud ka hindamisvahendeid. Intervjueeritud kooliõdede ja perearstide hinnangul ei ole siiski veel ühtset praktikat: hindamis-vahendid ei ole kõigile olnud kättesaadavad ning nende kasutamine on ebaühtlane, vaja on täiendavat väljaõpet ja alati pole selge, millal ja kuhu tuleb võimaliku vaimse tervise probleemiga laps edasi suunata.

41. Noorte suurenenud tervishoiuteenuste kasutamine, sealhulgas vaimse tervisega seotud teenuste kasutamine, muudab eriti oluliseks teha regulaarselt tervisekontrolle, et märgata probleeme varakult. Tervisekassa andmetel kasutasid 10–19-aastased ühe inimese kohta 2024. aastal 47% rohkem tervishoiuteenuseid kui 2015. aastal; kasvu

mõjutasid muu hulgas vaimse tervisega seotud teenused. Kõigi vanuserühmade keskmine teenusekasutus kasvas samal ajal 40%.

Laste hõlmatus vaktsineerimisega ei ole piisav

42. Kui laste osalemine tervisekontrollides on valdavalt suurenenud, siis nende vaktsineerimise osakaal on endiselt Maailma Tervise-organisatsiooni (WHO) soovituslikust tasemest väiksem. Viimastel aastatel ei ole olukord oluliselt muutunud: 2025. aastal oli difteeria, teetanuse, poliomüeliidi ja läkaköha vastu vaktsineeritud 82,7% ning leetrite, mumpsi ja punetiste vastu 83,1% 2-aastastest lastest (vt tabel 4). WHO soovitab nende haiguste vastu vaktsineerida valdavalt vähemalt 95% lapsi, välja arvatud läkaköha, mille puhul võiks olla vaktsineeritud 90% lapsi.

Tabel 4. Laste vaktsineerimine aastatel 2021–2025 haiguste vastu, mida Maailma Terviseorganisatsioon peab oluliseks, %

	Eesmärk	2025	2024	2023	2022*	2021
2-aastaste laste vaktsineerimine difteeria, teetanuse, poliomüeliidi ja läkaköha vastu	95,0 (läkaköha 90,0)	82,7	83,4	82,1	51,7	89,5
2-aastaste laste vaktsineerimine leetrite, mumpsi ja punetiste vastu	95,0	83,1	83,4	83,1	81,0	89,4

* 2022. aastal toimus Eestis üleminek tervise infosüsteemi põhisele vaktsineerimise dokumenteerimisele ja aruandlusele. Terviseameti hinnangul oli üleminekuaastal vaktsineerimise andmete olemasolu ja kvaliteet puudulik.

Allikas: Riigikontroll Terviseameti andmete põhjal 26.10.2026. aasta seisuga

Teadmiseks, et

kui inimese papilloomiviiruse (HPV) vastu vaktsineeriti koolides varem ainult tüdrukuid, siis alates 2024. aastast hakati HPV vastu tasuta vaktsineerima ka poisse. Samuti hakati vaktsineerima ka lapsi vanuses 15–18 aastat.

Allikas: Terviseamet

43. Laste vaktsineerimisega hõlmatus jääb alla riiklikele ja rahvusvahelistele eesmärkidele ning suurendab haiguspuhangute riski. Näiteks leetrite ulatusliku leviku vältimiseks peetakse vajalikuks vaktsineerida ligikaudu 92–95% lastest, kuid Eestis oli 2025. aastal leetrite vastu vaktsineeritud 83,1% 2-aastastest lastest.

44. Laste vaktsineerimisega hõlmatus erineb märgatavalt ka piirkonniti. Näiteks Jõgeva- ja Tartumaal oli 2-aastastest lastest vaadeldud haiguste vastu vaktsineeritud üle 85%, ent Pärnumaal ning Hiiumaal jäi see ligikaudu 77–79% ning Valgamaal ligikaudu 70% juurde (vt lisa B, tabel 7). Need erinevused osutavad vajadusele selgitada vähese vaktsineerimise põhjusi ning valida sobivad sekkumised piirkondade ja sihtrühmade kaupa.

45. Vaktsineerimist mõjutavad nii inimeste hoiakud ja usaldus kui ka vaktsineerimise korraldus. Uuringutes on vähema hõlmatuse põhjustena esile toodud muu hulgas hirm vaktsiinide kõrvaltoimete ees, vaktsiinide kohta leviv valeinfo, vähene teadlikkus vaktsineerimisega välditavatest haigustest ning usalduse puudumine vaktsiinide ja tervishoiusüsteemi vastu.[15]

[15] Schultz, A., Oll, K. jt. Rakendusuuring „Vaktsineerimise korraldust toetav tööriist". Civitta Eesti AS, Sotsiaalministeeriumi tellimusel, 2024.

46. Terviseameti sõnul peab 80% lapsevanematest laste vaktsineerimist vajalikuks, kuid 2025. aastal ei olnud ligikaudu 38% kooliteed alustanud lastest saanud ettenähtud kordusvaktsiini ning umbes veerand noortest lõpetas keskkooli, ilma et nad oleksid saanud difteeria, teetanuse ja läkaköha vastu kordusdoosi. Uuringute järgi võivad vaktsineerimist peale hoiakute mõjutada ka teenuse mugav kättesaadavus, aktiivne kutsumine ja personaalsed automaatsed meeldetuletused.[16, 17]

47. Vaktsineerimise korraldust on kavas muuta. 2026. aastal vastu võetud nakkushaiguste ennetamise ja tõrje seaduse muudatuse järgi võib kooliõde alates 1. juulist 2027 lapse vaktsineerida, kui lapse seaduslik esindaja ei ole keeldumist esitanud. Seejuures peab kooliõde arvestama kaalutlusvõimelise lapse sooviga ning vajaduse korral hindama tema otsustusvõimet.

48. Muudatus võib vähendada olukordi, kus vaktsineerimine jääb ära üksnes lapsevanema nõusoleku ununemise või kaotsimineku tõttu. Selle mõju laste hõlmatusele vaktsineerimisega saab aga hinnata alles pärast rakendumist.

49. Vaktsineerimise puhul on korraldus tervisekontrollidega sarnane: sihtrühmad on määratud, hõlmatust mõõdetakse ning kooliõed saadavad lapsevanematele teavitusi. Eestis ei ole praegu kasutusel vaktsineerimisstaatuse põhist automaatset kutse- ja korduskutse-süsteemi.

Laste osalemine tervisekontrollides on kasvanud, kuid nende vaktsineerimise osakaal on soovitust väiksem

50. Kokkuvõtteks. Võrreldes Riigikontrolli varasemate käsitlustega on laste tervisekontrollides osalemine paranenud: täielikult kontrollidest kõrvale jäävaid eelkooliealisi lapsi on oluliselt vähem ning kooliõe kontrollides osaleb enamik õpilasi. Ent soovitusliku sagedusega kontrolli jõuab endiselt väike osa eelkooliealistest lastest ning kooliealised lapsed käivad vähe perearsti tehtavates kontrollides.

51. Koolitervishoiuteenus, sh vaimse tervise hindamine, vajaduse korral arsti juurde saatmine, ei ole piirkonniti ühesugune. Vaktsineerimise korralduses on sihtrühmad, seire ja teavitamine osaliselt olemas, kuid vaktsineerimisega on hõlmatud vähem lapsi, kui Maailma Terviseorganisatsioon on soovitanud, ning hõlmatus erineb piirkonniti märgatavalt.

[16] Öeren, M., Alpatova, P. jt. Qualitative research with Ukrainian refugees and health care workers to inform interventions to increase vaccination and access to primary health care services in Estonia. Think Tank Praxis, WHO, Sociologist, Valid Research Limited, 2024.

[17] Schultz, A., Oll, K. Rakendusuuring „Vaktsineerimise korraldust toetav tööriist“. Civitta Eesti AS, Sotsiaalministeeriumi tellimusel, 2024.

52. Et suurendada laste osalemist tervisekontrollides ning ühtlustada teenuse sisu ja vaimse tervise hindamist, tuleks Sotsiaalministeeriumil teha järgmist:

- täpsustada koos Tervisekassa ja erialaühendustega, millised on perearstikeskuse ülesanded ja millised kooliõe ülesanded laste tervisekontrollide tegemisel, vaimse tervise hindamisel ning millal tuleb soovitada arsti poole pöörduda. Tagada vaimse tervise hindamiseks vajalikud hindamisvahendid ja väljaõpe;
- kasutada koos Tervisekassaga aktiivset kutsumist ja kvaliteedisüsteemiga seotud rahalisi stiimuleid nende vanuserühmade puhul, kus tervisekontrollides osalemine on endiselt vähene. Näiteks kaaluda, kas lisada üheksanda klassi laste perearstikontroll perearstide kvaliteedisüsteemi.

53. Et suurendada laste vaktsineerimise osakaalu ja juhtida vaktsineerimise korraldust terviklikumalt, tuleks Sotsiaalministeeriumil teha järgmist:

- selgitada välja koos Terviseameti ja Tervisekassaga, mis on vaktsineerimise vähesuse ja piirkondlike erinevuste peamised põhjused, ning suunata teavitamine ja muud meetmed nendele sihtrühmadele ja piirkondadele, kus vaktsineerimine on kõige vähesem;
- leppida koos Tervisekassa, Terviseameti ning Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskusega kokku, kuidas luua vaktsineerimisstaatusel põhinevate personaalsete kutsete ja automaatsete meeldetuletuste süsteem, mis aitaks vaktsineerimise osakaalu suurendada;
- hinnata pärast 2027. aastal jõustuva nõusolekukorra rakendumist – mille järgi ei pea kooliõde koguma lapse seaduslikult esindajalt vaktsineerimise nõusolekut, vaid esindaja saab soovi korral anda keeldumisest teada tervise infosüsteemi kaudu –, kas muudatus parandas vaktsineerimisega hõlmatust, ning muuta korraldust vastavalt analüüsis leitule.

Vähi sõeluuringutes osalemine on kasvanud, kuid patsientide teekonda sõeluuringust ravini ei juhita terviklikult

54. Vähi sõeluuringute eesmärk on avastada vähieelne seisund või kasvaja enne sümptomite tekkimist või võimalikult varases staadiumis, mil ravi on üldjuhul tulemuslikum. Sõeluuringu tulemuslikkust ei näita aga ainult osalenute arv. Sõeluuring täidab eesmärki siis, kui vähikahtluse või vähieelse muutusega inimesed jõuavad õigel ajal täiendavatele uuringutele, diagnoosi kinnitamiseni ja vajaduse korral ravile. Seetõttu tuleb hinnata kogu patsiendi raviteekonda, mitte üksnes sõeluuringuga hõlmatust.

Teadmiseks, et

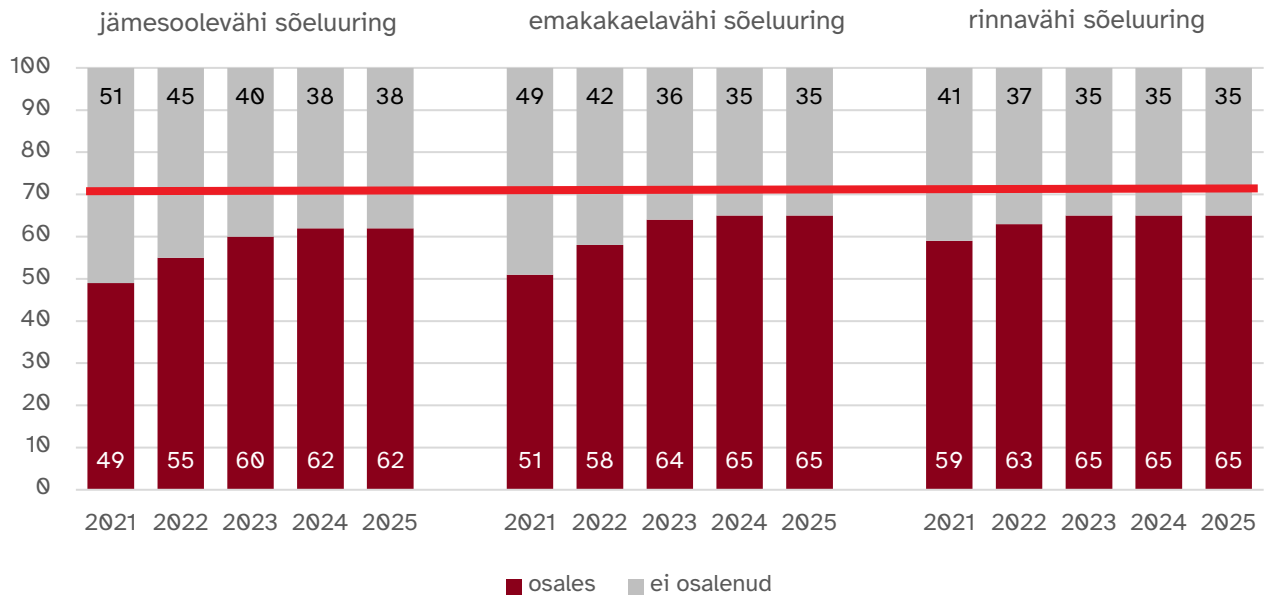
Riigikontroll leidis 2021. aasta auditis „Pahaloomuliste kasvajate avastamine ja patsiendi ravile suunamine“, et Eestis avastatakse vähk sageli hilises staadiumis ning ravi alustamine võtab osal patsientidest soovitatust kauem aega.

2021. aastal jäi sõeluuringutes osalemine olenevalt vähipaikmest 49–59% vahele ehk tunduvalt alla Eesti vähitõrje tegevuskavas seatud 70% sihttaseme.

Vähieelne seisund – elundi koe haiguslik muutus, millel on suur oht areneda vähiks (pahaloomuliseks kasvajaks).

55. Vähi sõeluuringutes osalemine suurenes märgatavalt aastatel 2021–2023, kuid 2024. ja 2025. aastal püsis see valdavalt samal tasemel (vt joonis 5). Kõigis kolmes riiklikus sõeluuringus osales 2023.–2025. aastal sihtrühmast üle 60%, kuid Eesti vähitõrje tegevuskavas seatud eesmärki, et uuringutel osaleks neist 70%, ei ole üleriigiliselt saavutatud. Kõige enam kasvas jämesoolevähi sõeluuringus osalemine: 49%-lt 2021. aastal 62%-ni 2025. aastal. Emakakaelavähi ja rinnavähi sõeluuringus osales 2025. aastal ligikaudu 65% sihtrühmast.

Joonis 5. Vähi sõeluuringutel osalemine aastatel 2021–2025 (%)



Allikas: Riigikontroll Tervise Arengu Instituudi andmete põhjal

56. Sõeluuringutes osalemine erineb maakonniti märkimisväärselt (vt lisa C, tabel 8). Näiteks osales vähemalt kahe sõeluuringu puhul 2025. aastal Hiiumaal, Põlvamaal ja Tartumaal sihtrühmast üle 70%, samal ajal kui Ida-Virumaal ja Valgamaal oli kõigi sõeluuringute puhul osalemine oluliselt väiksem (53–61%). See viitab vajadusele välja selgitada vähese osalemise põhjusi piirkonniti ja sihtrühmiti, sest probleem võib seisneda nii teenuse korralduses kui ka muudes tegurites.

Teadmiseks, et

2026. aastal alustati kopsuvähiga patsientide raviteekonna katsetamist.

Katsetamisel on ka sõeluuringu kasutuselevõtt inimeste seas, kellel on suur risk haigestuda kopsuvähki.

Allikas: Tervisekassa

57. Sõeluuringu mõju sõltub lisaks osalemisele sellest, mis saab pärast seda, kui uuringu käigus on leitud vähikahtlus või vähieelne muutus. Oluline on teada, kas ja kui kiiresti jõuab inimene täiendavatele uuringutele, diagnoosi kinnitamiseni ja ravi alustamiseni. Riigikontroll juhtis patsiendi raviteekonna tervikliku seire puudumisele tähelepanu juba 2021. aasta auditis „Pahaloomuliste kasvajate avastamine ja patsiendi ravile suunamine“, kuid probleem ei ole 2026. aastaks lahendatud.

58. Poliitikakujundajatel ei ole terviklikku ja regulaarset ülevaadet sellest, kui kiiresti jõutakse sõeluuringul leitud vähikahtluse või vähieelse muutuse korral täpsustatud diagnoosi ning vajaduse korral

ravini. Tervise Arengu Instituudi sõeluuringu- ja vähiregistri andmed, Tervisekassa raviandmed ning tervise infosüsteemis olev teave ei moodusta ühtset seirelahendust. Ka vähitõrje tegevuskava 2026. aasta vahehindamine tõi esile andmete kogumise, täielikkuse ja kvaliteedi puudused ning vajaduse osa kvaliteedinäitajaid täpsustada või ajakohastada.[18] Need puudused piiravad võimalust tuvastada, millistes raviteekonna etappides tekivad viivitused.

Teadmiseks, et

rahvusvaheline mitme uuringu koondanalüüs näitas, et juba neljanädalane vähiravi alustamise viivitus on seotud suurema suremusriskiga; kirurgilise ravi puhul suurenes suremusrisk iga neljanädalase viivituse kohta sõltuvalt vähivormist 6–8%.

Allikas: Hanna, T. P., King, W. D. jt. Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. BMJ 2020

59. Ravi õigeaegne alustamine on patsiendile oluline, sest eri vähivormide puhul on leitud seos ravi alustamisega viivitamise ja suurema suremusriski vahel (vt infokasti). Seetõttu peaks patsiendi raviteekonna seire hõlmama peale sõeluuringus osalemise vähemalt aega, mis kulub vähikahtluse või vähieelse muutuse leidmisest täiendavate uuringute tegemise ja diagnoosi kinnitamiseni ning vajaduse korral ravi alustamiseni. Võimaluse korral tuleks jälgida ka diagnoosimist ja ravitulemusi vähi staadiumite kaupa.

Vähi sõeluuringutes osalemine on kasvanud, kuid üleriigilist eesmärki pole veel saavutatud

60. Kokkuvõttes on vähi sõeluuringutes osalemine võrreldes 2021. aastaga märgatavalt kasvanud, kuid üleriigilist eesmärki – sõeluuringutel osaleb vähemasti 70% sihtrühmast – ei ole saavutatud ja uuringutes osalemise piirkondlikud erinevused püsivad. Samal ajal ei ole lahendatud 2021. aasta auditis esile toodud põhiprobleemi: patsiendi raviteekonda pärast vähikahtluse või vähieelse muutuse leidmist sõeluuringul ei juhita terviklikult. Seetõttu ei tea Sotsiaalministeerium, Tervisekassa ega Tervise Arengu Instituut piisava täpsusega, kui paljud sellise leiuga inimesed jõuavad õigel ajal diagnoosi ja ravini ning millistes raviteekonna etappides tekivad viivitused.

61. Et sõeluuringul leitud vähikahtluse või vähieelse muutusega patsiendi raviteekonda terviklikult seirata, tuleks Sotsiaalministeeriumil teha järgmist:

- määrata üleriigiline seirekorraldus, sh milliseid raviteekonna etappe ja ajavahemikke regulaarselt jälgitakse ning millised näitajad on selleks vajalikud;
- tagada koos Tervise Arengu Instituudi, Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskuse ning Terviseametiga, et sõeluuringu- ja vähiregistri andmed oleksid piisavalt täielikud, kvaliteetsed ja tehniliselt seostatavad ning andmete esitamise nõuete täitmist kontrollitaks;
- kasutada koos Tervisekassaga registri- ja raviandmeid, et jälgida sõeluuringul leitud vähikahtluse või vähieelse muutusega patsientide teekonda täiendavatest uuringutest diagnoosi kinnitamise ja vajaduse korral ravi alustamiseni, et tuvastada viivitused ning

[18] Öeren, M., Kelner, E. jt. Eesti Vähitõrje tegevuskava 2021–2030 vahehindamine. Causalis OÜ, Mõttekoda Praxis, 2026.

kasutada tulemusi sõeluuringuprogrammide ja ravikorralduse parandamiseks.

Kroonilise haigete ravi ja jälgimine ei ole piisavalt järjepidev

62. Kroonilised haigused, nagu südame-veresoonkonnahaigused, vähk, diabeet, kroonilised hingamisteede haigused ja vaimse tervise häired, moodustavad arenenud riikides suure osa haiguskoormusest ning on peamised surmapõhjused.[19] Eesti inimestest on peaaegu pooltel vähemalt üks krooniline haigus ning kolmandikul kaks või enam.[20] Nende haiguste tulemuslik ennetamine ja ohjeldamine mõjutab otseselt inimeste elukvaliteeti, töövõimet ning tervishoiu- ja sotsiaalteenuste vajadust.

63. Riigikontroll hindas 2026. aasta auditis krooniliste haigustega patsientide ravi ja jälgimist kõrgvererõhktõve näitel. Kõrgvererõhktõbi on Eestis kõige sagedasem krooniline haigus ning üks peamisi südameinfarkti, insuldi ja teiste raskete südame-veresoonkonnahaiguste riskitegureid. Südame-veresoonkonnahaigused põhjustavad ligikaudu poole kõigist surmadest Eestis.[21]

64. Kõrgvererõhktõve lai levik on suur koormus tervishoiusüsteemile ja selle kuludele. Kõrgvererõhktõvest tingitud koormuse vähendamiseks tuleb korraga vähendada riskitegureid, avastada haigus varakult ning tagada diagnoositud patsientidele järjepidev ravi, ravijärgimuse toetamine ja regulaarne jälgimine. Haigestumist ja haiguse süvenemist mõjutavad muu hulgas tasakaalustamata toitumine, vähene liikumine ning alkoholi ja tubaka- või muude nikotiinitoodete tarvitamine.

65. Ravi tulemuslikkuse hindamiseks tellis Riigikontroll eksperditöö[22] patsientide kohta, kes olid 2024. aastal saanud esmase kõrgvererõhktõve diagnoosi. Eksperditöö valimisse kuulunud haigestunutest saavutas pärast ravi alustamist ravijuhendis ette nähtud 2–3 kuu jooksul vererõhu eesmärkväärtuse 35%, ravieesmärki ei saavutanud 22% ning 43% puhul ei olnud tulemust võimalik hinnata – enamasti puudusid haigusloo kokkuvõtted või ei sisaldanud need hindamiseks vajalikku teavet.

66. 31%-l patsientidest, kelle diagnoos oli kinnitatud ja raviplaan koostatud, katkes ravi või oli see puudulik esimese kuue kuu jooksul pärast ravi alustamist. See tähendas, et kõiki raviplaanis ette nähtud vajalikke ravimeid ei olnud välja kirjutatud või ostetud.

Teadmiseks, et

Riigikontrolli 2026. aasta auditi „Kõrgvererõhktõve kui kroonilise haigusega patsientide ravi ja jälgimine“ järgi oli ravikindlustatute seas ligi 400 000 kõrgvererõhktõve diagnoosiga inimest, kuid haiguse tegelik levimus on tõenäoliselt suurem.

Kõrgvererõhktõve tõttu kaotas Eesti rahvastik 2023. aastal 78 832 tervena elatud eluaastat, mis moodustas 19% kogu tervisekaotusest.

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

Allikas: Eesti rahvastiku haiguskoormus 2023. aastal. Tervise Arengu Instituut, 2025

[19] Rahvastiku tervise aastaraamat 2026. Tervise Arengu Instituut, 2026.

[20] Jürisson, M., Pisarev, H. jt. Krooniliste haiguste ja hulgihaigestumise levimus Eestis: rahvastikupõhine läbilõikeuuring. – Eesti Arst 2022, 101 (4), 249.

[21] Rahvastiku tervise aastaraamat 2026. Tervise Arengu Instituut, 2026.

[22] Eksperditöö viidi läbi koostöös Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituudiga.

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

Ravijärgimus on näitaja, mis iseloomustab, kui järjekindlalt peab patsient kinni määratud raviplaanist.

67. Eraldi andmeanalüüsis jälgis Riigikontroll 2019. aastal esmasdiagnoosi saanud patsientide pikaajalise ravi järjepidevust ja ravijärgimust aastatel 2019–2024. Tervisekassa raviarvete andmete järgi oli nende kuue aasta jooksul igal aastal vähemalt üks visiit või muu kontakt perearsti, pereõe või kardioloogiga vaid 37%-l patsientidest. Kõrge või ülikõrge lisariskiga patsientide seas oli vastav näitaja 46%, kuigi nende ravi tulemuslikkust ja riskitegureid tuleks ravijuhendi järgi hinnata vähemalt kord aastas.

Teadmiseks, et

66% Riigikontrolli küsitlusele vastanud perearstidest nõustus, et suure töökoormuse tõttu ei saa perearstimeeskond kõrgvererõhktõve patsientidega tegeleda nii palju, kui sooviks.

Allikas: „Kõrgvererõhktõve kui kroonilise haigusega patsientide ravi ja jälgimine“. Riigikontroll, 2026

68. Sama patsiendirühma ravimite väljaostmise andmed viitasid samuti katkendlikule ravile. Sõltuvalt riskiastmest ei olnud 39–60%-l patsientidest vaatlusperioodil vähemalt 80% vajalikest ravimitest välja kirjutatud või ostetud (eeldades, et üks retsept katab kahe kuu ravi). Retseptiandmed ei näita küll, kas väljaostetud ravimit tegelikult tarvitati, kuid annavad kaudse hinnangu patsientide ravijärgimusele.

69. Ravi järgimine sõltub patsiendi enda käitumisest, kuid haiguse ohjeldamiseks peab tervishoiusüsteem patsiente toetama ning tagama haiguse raskusastmele vastava regulaarse jälgimise. Riigikontroll leidis, et krooniliste haigete jälgimiseks ei ole perearstidel piisavalt aega, meeskonnaliikmeid ega tehnoloogilisi lahendusi. Näiteks ei võimalda kõik perearstikeskustes kasutatavad infosüsteemid suure riskiga või jälgimisest välja jäänud patsientide aktiivset tuvastamist.

70. Kõrgvererõhktõve haigete jälgimist toetav perearstide kvaliteedisüsteem aitab määrata sihtrühma ja suunab perearstimeeskonda ravijuhendis ette nähtud tegevusi tegema. Süsteem mõõdab aga peamiselt tehtud tegevusi, mitte seda, kas raviga saavutatakse patsiendi vererõhu eesmärkväärtus ja ravi püsib järjepidev. Seetõttu ei anna kvaliteedisüsteem Tervisekassale ega Sotsiaalministeeriumile piisavat ülevaadet ravi tegelikust tulemuslikkusest, mille põhjal kujundada parendustegevusi.

71. 2026. aasta jaanuaris rakendus uus perearstiabi kulumudel, mille järgi saavad suurema haiguskoormusega nimistud rohkem raha. Muudatuse eesmärk on võimaldada neil nimistutel vajaduse korral suurendada meeskonda ja tegeleda krooniliste haigete jälgimisega senisest süsteemsemalt. Uue kulumudeli mõju töökorraldusele, ravi järjepidevusele ja tulemustele on veel vara hinnata.

Teadmiseks, et

tervisekäitumine ei sõltu ainult inimese teadmistest ja motivatsioonist. Tervislike valikute tegemiseks peavad olemas olema ka praktilised võimalused ning vajalikud nõustamis- ja tugiteenused.

Allikas: Streimann, K. (toim.). Ennetustegevuse kavandamise, arendamise, kohandamise ja hindamise juhend. Tervise Arengu Instituut, 2026

72. Krooniliste haiguste ohjeldamine on peamiselt perearstimeeskonna ülesanne, kuid osa ennetuse, varajase avastamise, nõustamise ja ravijärgimuse toetamise tegevusi saaks teha ka teiste spetsialistide toel. Töötervishoiuarstidel ja apteekritel on regulaarne kontakt suure hulga inimestega, kuid nende tegevus ei ole perearstiabiga piisavalt integreeritud. Seetõttu on töötervishoiuarstide ja apteekrite võimalusi krooniliste haigete varajasel avastamisel ja järjepideva ravi toetamisel seni vähe kasutatud.

73. Krooniliste haiguste koormust ei saa vähendada ainult ravimitega. Kõrgvererõhktõve ja selle tüsistuste vältimiseks on oluline vähendada inimeste käitumuslikke riskitegureid ning toetada neid eluviisi muutmisel. Eestis on olemas teenuseid alkoholitarvitamise häirete puhuks ning tubaka- ja muudest nikotiinitoodetest loobumise toetamiseks, kuid nende kättesaadavus ja kasutamine on sihtrühma suurust arvestades piiratud.

74. Toitumise ja vähese kehalise aktiivsuse puhul ei ole veel laialdaselt rakendatavat teenusemudelit. Tervise Arengu Instituut töötab toitumisnõustamise mudeli kallal, kuid veel ei ole selge, kas ja kuidas hakatakse teenust rakendama ja püsivalt rahastama.

Krooniliste haigete ravi ja seisundi jälgimine kipub katkema

75. Kokkuvõttes ei ole kõrgvererõhktõve patsientide ravi ega jälgimine korraldatud nii, et ravijuhendit järgitaks ühtlaselt ning ravieesmärkide saavutamist ja tüsistuste ärahoidmist toetataks piisavalt. Analüüsitud esmashaigestunutest saavutas 2–3 kuu jooksul vererõhu eesmärkväärtuse 35%. Patsientidest, kelle diagnoos oli kinnitatud ja raviplaan koostatud, katkes 31%-l ravi või oli see puudulik esimese kuue kuu jooksul pärast ravi alustamist. Ravi katkemine tähendas seda, et patsiendid ei ostnud kõiki vajalikke ravimeid välja või ei olnud neid patsientidele välja kirjutatud.

76. Probleem ei seisne ravijuhendite või ravivõimaluste puudumises, vaid töökorralduses ja süsteemi juhtimises. Perearstiabi uue rahastamismudeli eesmärk on anda suurema ravivajadusega nimistutele rohkem ressurssi krooniliste haigete süsteemseks jälgimiseks, kuid selle mõju ravi järjepidevusele ja tulemustele on veel vara hinnata. Krooniliste haiguste puhul tuleb ravitulemusi mõõta, ravi järjepidevust jälgida ja eri spetsialistidel koordineeritult panustada.

77. Et tagada krooniliste haiguste järjepidevam ravi ja jälgimine, tuleks Sotsiaalministeeriumil teha järgmist:

- kujundada koos Tervisekassaga perearstiabi töökorraldus, mis võimaldaks krooniliste haigustega patsientide seisundit jälgida ja neid nõustada ravijuhendis ette nähtud regulaarsusega;
- leida koos Tervisekassaga lahendused, et perearstiabi kvaliteedisüsteemis oleks võimalik lisaks tehtud tegevustele mõõta ravi tulemuslikkust ja ravijärgimust ning neid tulemusi kasutataks teenusekorralduse parandamisel;
- suunata selliste digilahenduste arendamist, mis aitavad tuvastada suure riskiga või jälgimisest välja jäänud patsiente ning toetavad perearstiabi, töötervishoiu ja apteekide vahelist vajalikku infovahetust;
- otsustada koos Tervisekassa ja Tervise Arengu Instituudiga, milliste peamiste riskitegurite puhul peab tervishoiusüsteem pakkuma

eluviisi muutmist toetavaid teenuseid, kuidas jagunevad nende teenuste osutamisel ülesanded eri spetsialistide vahel ning kuidas korraldatakse teenuste rahastamine.

Täiskasvanute hambaravihüvitiste saajate ringi on laiendatud ja summat suurendatud, ent jätkuvalt ei arvestata inimese sissetuleku ega ravivajadusega

78. Suutervise probleemid on levinud kroonilised terviseprobleemid, mis mõjutavat inimese üldist tervist, toimetulekut ja elukvaliteeti. Enamik sagedasemaid hambahaigusi on ennetatavad või varases staadiumis lihtsamini ja väiksema kuluga ravitavad. Seetõttu sõltub hambaravi tulemuslikkus lisaks ravi kättesaadavusele ka regulaarsest ennetusest ja probleemide varajasest avastamisest.

79. Riigikontroll leidis 2021. aasta auditis, et hambaravihüvitise tingimused arvestasid vähe inimese sissetuleku ja ravivajadusega. Pärast auditit on hüvitise saajate ringi ja summat suurendatud.

- 2022. aastal lisati suurema hüvitise saajate hulka registreeritud töötud ja toimetulekutoetuse saajad.
- 2024. aastal suurendati üldise hüvitise aastast piirmäära 40 eurolt 60 eurole, omaosaluse määraks jäi 50%. Suurima hüvitise piirmäär tõusis 85 eurolt 105 eurole ning selle saajate omaosalus vähenes 15%-lt 12,5%-le.

80. Hambaravihüvitise kasutamine ja Tervisekassa kulud on viimastel aastatel suurenenud. 2025. aastal kasutas hüvitist ligi 418 600 inimest ehk 40% ravikindlustatud täiskasvanutest; 2020. aastal oli kasutajaid ligikaudu 284 500 ehk 29%. Tervisekassal kulus täiskasvanute hambaravi hüvitamisele 2025. aastal ligi 28 miljonit eurot, mida oli ligikaudu 2,5 korda rohkem kui 2018. aastal. Kuigi hüvitise piirmäärasid 2024. aastal suurendati, kasvas selle kasutajate arv pärast muudatust aeglasemalt kui varasematel aastatel.

81. Avalik rahastus on küll kasvanud, ent inimesed tasuvad suurema osa hambaravikuludest endiselt ise. 2024. aastal moodustasid leibkondade maksed 65% Eesti hambaravikuludest, mis oli ligikaudu kolm korda suurem kui inimeste omaosaluse osakaal tervishoiukuludes keskmiselt. Kõrge omaosalus suurendab riski, et inimesed lükkavad vajaliku hambaravi edasi või loobuvad sellest. Kõige enam mõjutab see väiksema sissetuleku ja suurema ravivajadusega inimesi.

82. Hambaravi hüvitamisel ei arvestata üldjuhul inimese sissetulekut ning individuaalse ravivajaduse ulatust arvestatakse piiratud määral. Suurem hüvitis on ette nähtud kindlatele haavatavatele rühmadele, sealhulgas registreeritud töötutele, toimetulekutoetuse saajatele ning teatud terviseseisundite tõttu suurenenud hambaravivajadusega

Teadmiseks, et

Riigikontroll soovitas 2021. aasta auditis „Täiskasvanute hambaravihüvitis“ järgmist:

- lisada hüvitatavate teenuste hulka rohkem ennetavaid teenuseid;
- muuta hüvitise süsteemi nii, et see jõuaks senisest enam väiksema sissetulekuga inimesteni ning arvestaks nende võimalusi ravi eest tasuda.

Teadmiseks, et

Riigikontroll juhtis juba 2021. aasta auditis tähelepanu sellele, et hüvitise tingimused ei arvesta piisavalt inimeste maksevõimet ning suure ravivajaduse korral võib patsiendi tegelik omaosalus kujuneda märkimisväärselt suuremaks, kui on hüvitise tingimustes ette nähtud.

inimestele. 2025. aastal moodustasid töötud ja toimetulekutoetuse saajad ligikaudu 5% kõigist hüvitise kasutajatest.

83. Süsteem ei arvesta aga inimese tegelikku sissetulekut, leibkonna maksevõimet, hambaravikulude kogusuurust ega seda, kui ulatuslikku ravi inimene vajab. Seetõttu võib ühetaoline hüvitis katta sama soodusrühma inimeste tegelikest ravikuludest väga erineva osa.

Teadmiseks, et

Riigikontroll leidis 2021. aastal, et väikseima sissetulekuga viiendikus kasutas hambaravihüvitist keskmiselt 11% inimestest, viiendas sissetuleku-viiendikus aga 25%.

Hambaravist täielikult kõrvale jäänuid oli väikseima sissetulekuga inimeste seas ligikaudu kolmandiku võrra enam kui suurima sissetulekuga rühmas.

Riigikontroll tõi võimalike hüvitise kujundamise eeskujudena esile täiendava ravimihüvitise ja vajaduspõhise õppetoetuse, mille puhul kujuneb toetus automaatselt inimese kulude või sissetuleku põhjal.

84. Riigikontroll leidis 2021. aasta auditis, et hambaravihüvitis keskendus peamiselt juba tekkinud probleemide ravile. Ka praegu on hüvitise põhirõhk hambahaiguste ravil ning suutervise ennetavat regulaarset kontrolli ja probleemide varajast avastamist ei toetata piisavalt.

85. Täiskasvanute hambaravihüvitist saaks muuta vajaduspõhisemaks[23], sidudes hüvitise suuruse või inimese omaosaluse tema maksevõime ja aasta jooksul tema kanda jäävate hambaravikulude kogusuurusega. 2026. aastal käivitas Sotsiaalministeerium projekti LEIA[24], milles hinnatakse võimalusi kasutada leibkonna abivajaduse ja tervishoiu omaosaluskoormuse määramisel registriandmeid. Projekt võib anda otsustamiseks vajaliku teabe ning aidata hinnata vajaduspõhisema hüvitise õiguslikke ja tehnilisi eeldusi, kuid aruande koostamise ajal oli projekt veel pooleli.

86. Kokkuvõttes on täiskasvanute hambaravihüvitise kasutamine võrreldes 2021. aasta auditiga suurenenud ning mitmele haavatavale rühmale on loodud soodsamad tingimused. Samal ajal tasuvad inimesed endiselt suurema osa hambaravikuludest ise ning hüvitise tingimused ei arvesta üldjuhul inimese maksevõimet ega aasta jooksul tema kanda jäävate ravikulude suurust. Samuti ei kata hüvitis endiselt piisaval määral regulaarset ennetust ja probleemide varajast avastamist.

Hüvitis jõuab rohkemate inimesteni, kuid ei arvesta nende tegelikku maksevõimet

87. Et parandada täiskasvanute hambaravi kättesaadavust ja suunata hüvitist paremini, tuleks Sotsiaalministeeriumil teha järgmist:

- kujundada koos Tervisekassaga hambaravihüvitis vajaduspõhisemaks, hinnates selleks, kuidas siduda hüvitise suurus või inimese omaosalus senisest paremini tema maksevõime ja aasta jooksul tema kanda jäävate hambaravikuludega, ning võttes arvesse LEIA projekti tulemusi;
- hinnata koos Tervisekassaga, kas hüvitatavate teenuste valik toetab piisavalt regulaarset suutervise kontrolli, probleemide varajast

[23] Arrak, K., Koppel, K. jt. Andmepõhise personaliseerituse potentsiaal ja mõju sotsiaal- ja haridusvaldkonna avalikes teenustes ja toetustes. Lõpparuanne. Civitta Eesti AS, Mõttekoda Praxis, 2024.

[24] Leibkonna abivajaduse andmebaasidepõhise hindamise võimalikkus toimetulekutoetuse ja tervishoiu omaosaluskoormuse näidete alusel.

avastamist ja ennetavat ravi, ning vajaduse korral muuta hüvitatavate teenuste valikut;

- tagada koos Tervisekassaga hüvitise kasutamise, inimeste omaosaluskoormuse ja katmata ravivajaduse regulaarne jälgimine eri sissetuleku- ja soodusrühmades. See võimaldab hinnata, kas hüvitis jõuab suurema abivajadusega inimesteni.

Tervishoiuteenuste kättesaadavus, korraldus ja kvaliteet

Eriarstiabi kättesaadavus ei ole paranenud

Teadmiseks, et

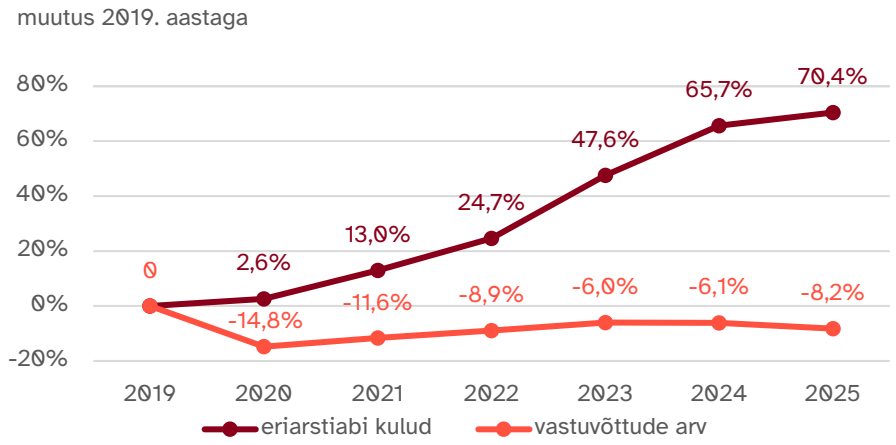
Riigikontroll tõi 2022. aasta ülevaates „Eesti tervishoiu suundumused“ esile, et tervishoiutöötajate puudus, rahvastiku vananemine ja kasvav ravivajadus raskendavad eriarstiabi kättesaadavust.

Nüüdse aruande andmed näitavad, et kuigi eriarstiabi rahastamine on kasvanud, ei ole eriarstiabi paremini kättesaadav.

88. Tervishoiuteenuste kättesaadavus on Eesti tervishoiusüsteemi üks püsivamaid probleeme. Eurostati andmetel on katmata ravivajaduse näitaja Eestis endiselt üks Euroopa kõrgemaid. Eestis jäi 2025. aastal enda hinnangul vajaliku arstiabita hinna, vahemaa või ootejärjekorra tõttu 7,7% vähemalt 16-aastastest inimestest, Euroopa Liidus keskmiselt 2,4%.[25] Abi saamist takistavad inimeste hinnangul eeskätt pikad ooteajad ning probleem puudutab rohkem väiksema sissetulekuga inimesi. Teenuse hinda, kaugust või sobiva tervishoiutöötaja leidmise raskust nimetatakse takistusena harvem.[26]

89. Eriarstiabi rahastamine on võrreldes koroonapandeemiaeelse 2019. aastaga märgatavalt kasvanud: Tervisekassa kulud eriarstiabile olid 2025. aastal ligikaudu 70% ehk 530 miljonit eurot suuremad. Samal ajal vähenes eriarstiabi vastuvõttude arv ligikaudu 330 000 võrra ehk 8% (vt joonis 6). Kulude kasvu mõjutasid muu hulgas tervishoiutöötajate palga- ja muud hinnamuutused, ravi keerukus, ravimid ja tehnoloogia.

Joonis 6. Eriarstiabi kulud ja vastuvõtud, 2019. aastaga võrreldes (%)



Allikas: Riigikontroll Tervisekassa majandusaasta aruannete (2019–2025) andmete alusel

[25] Eurostat. Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, main reason declared and income quintile, 2026.

[26] State of Health in the EU. Eesti. Riigi terviseprofiil 2025. OECD Publishing, European Observatory on Health Systems and Policies.

90. Osa inimesi kasutab pikkade ooteaegade korral tasulist arstiabi. Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskuse andmed ootejärjekordade kohta näitavad, et 2025. aasta IV kvartalis registreeriti ligikaudu 705 000 ambulatoorse vastuvõtu broneeringut, millest 6,3% olid tasulised.

91. Pikad ooteajad ja võimalus kasutada tasulisi teenuseid suurendavad arstiabi kättesaadavuse ebavõrdsust. OECD ja Euroopa tervise-süsteemide vaatluskeskuse analüüsi järgi saavad suurema sissetulekuga inimesed sagedamini kasutada tasulist eriarstiabi või erakindlustust, samal ajal kui väiksema sissetulekuga inimesed sõltuvad enam avalikult rahastatud teenuste kättesaadavusest.[27]

92. Eriarstiabi ooteajad erinevad eriala, raviasutuse ja piirkonna järgi. Eestis on ambulatoorse eriarstiabi ravijärjekorra maksimumpikkuseks kehtestatud 42 päeva, kuid 2026. aasta märtsis ületas mediaanooteaeg seda piiri paljudel erialadel ja mitmes raviasutuses. Näiteks ulatus ooteaeg silmaarsti või oftalmoloogiaõe vastuvõtule mõnes raviasutuses 126–208 päevani, endokrinoloogi ja kardioloogi vastuvõtule üle 110 päeva ning lastekardioloogi vastuvõtule 130 päevani.

93. 2026. aasta märtsis oli üle 10 500 esmase vastuvõtu broneeringu, mille ooteaeg ületas 60 päeva, ning enam kui kolmandikul neist ületas ooteaeg 90 päeva. Tegelik ooteaeg võib olla veelgi pikem, sest kui vabu vastuvõtuaegu ei ole võimalik broneerida, ei kajastu broneeringule eelnev ootamine registriandmetes.

94. Pika ooteaja mõju ei piirdu ebamugavusega. Riigikontroll tõi 2022. aasta ülevaates „Eesti tervishoiu suundumused“ esile, et kui inimene ei pääse õigel ajal eriarsti juurde, võib ta pöörduda abi saamiseks erakorralise meditsiini osakonda (EMO), lükata ravi edasi või jätta abi otsimata. Olenevalt haigusest võib ravi hilinemine põhjustada terviseseisundi halvenemist, vähendada töövõimet ning suurendada hilisemat ravivajadust ja tervishoiukulusid. Mõju on suurem väiksema sissetulekuga inimestele, kelle võimalused kasutada tasulist eriarstiabi on piiratud.[28]

95. Tervisekassa oli seni kasutanud katmata ravivajaduse hindamiseks metoodikat, milles võrreldi igal aastal piirkonniti tervishoiuteenuste hinnangulist nõudlust ehk prognoosi, kui palju ravijuhte oleks aastas juhul, kui kõik abivajajad saaksid arsti vastuvõtule, ning tegelikult aasta jooksul rahastatud ravijuhtude arvu (vt joonis 7). Nende kahe näitaja vahe näitaski Tervisekassa hinnatud katmata ravivajaduse ulatust ehk rahastamata nõudlust.

Teadmiseks, et

rahvusvaheliste uuringute kohaselt võib ravi ooteaja pikenemine mõjutada peale tervise ka inimese töövõimet ja tööturul osalemist.

Norra uuringus oli ortopeedilise operatsiooni ooteaja pikenemine 10 päeva võrra seotud järgneva 5 aasta jooksul 27,2 täiendava töölt puudutud päevaga ning püsiva töövõimetushüvitise määramise tõenäosuse suurenemisega 1,3 protsendi-punkti võrra.

Need tulemused puudutasid patsiente, kes olid juba ravile suunamise ajal haiguslehel.

Madalmaade vaimse tervise uuringu järgi seostus kuu võrra pikem ooteaeg 2 protsendipunkti väiksema tõenäosusega tööturul osaleda ja 1 protsendipunkti suurema tõenäosusega saada haigus- või töövõimetus-hüvitist. Mõju oli suurem madalama haridustasemega patsientidele.

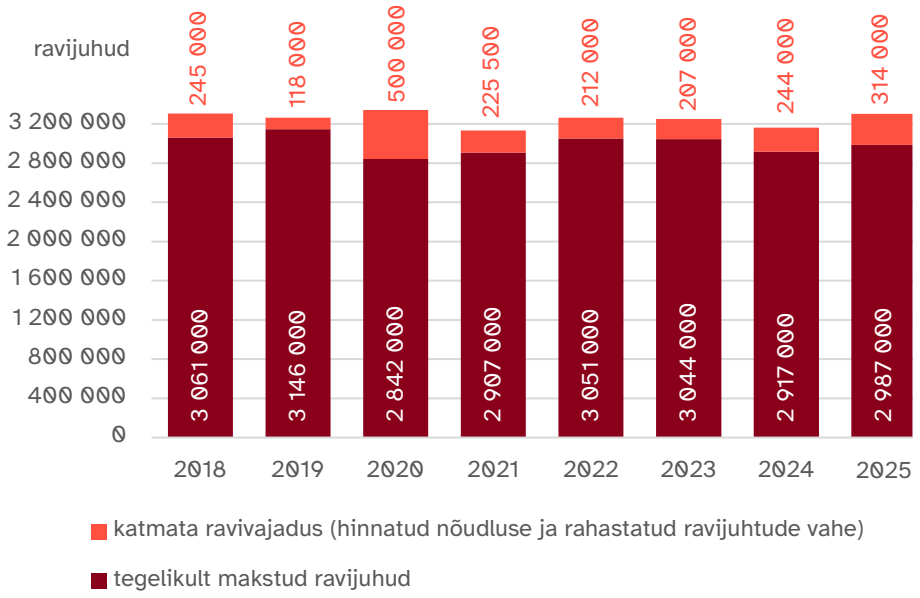
Allikas: European Journal of Public Health, 2026

[27] State of Health in the EU. Eesti. Riigi terviseprofiil 2025. OECD Publishing, European Observatory on Health Systems and Policies.

[28] State of Health in the EU. Eesti. Riigi terviseprofiil 2025. OECD Publishing, European Observatory on Health Systems and Policies.

96. Viimastel aastatel ei ole Tervisekassa selle metoodikaga tervishoiuteenuse nõudlust hinnanud ja selle alusel arstiabi eelarvet planeerinud. Riigikontroll tegi selle metoodika alusel siiski arvutused, et võrrelda 2025. aasta olukorda varasemate perioodidega. Arvutuste järgi suurenes katmata ravivajadus 2022. aasta 6%-lt 10%-ni 2025. aastal. See vastab ligikaudu 87 miljonile eurole. Suurim katmata ravivajadus oli muu hulgas günekoloogias, oftalmoloogias, endokrinoloogias, dermato-veneroloogias, neuroloogias ja kardioloogias.

Joonis 7. Rahastatud ja rahastamata ravijuhtude arv eriarstiabis



* 2020. aasta hüppeline tõus katmata ravivajaduses oli tingitud koroonaperioodi piirangutest.

Allikas: Riigikontroll Tervisekassa andmete alusel

97. Tervisekassa on seadnud 2026. aasta üheks prioriteediks ravivajaduse hindamise uue metoodika väljatöötamise. Selle abil saadav täpsem hinnang peaks toetama ka tervishoiuteenuste strateegilist ostmist, mille põhimõtteid Sotsiaalministeerium ja Tervisekassa arendavad. Eesmärk on suunata eriarstiabi rahastamist senisest enam elanikkonna ravivajaduse, piirkondliku kättesaadavuse, teenuseosutajate võimekuse, teenuste kvaliteedi ja haiglate rollijaotuse alusel. Strateegilise ostmise arendamise raames on kavas kujundada maakonnahaiglate teenusepaketid enam piirkonna ravivajaduse järgi.

98. Selline suunatud eriarstiabi rahastamine võib aidata piiratud raha tulemuslikumalt kasutada, kuid ei pruugi üksi lahendada olukorda, kus olemasoleva tööjõu ja teenusemahuga ei suudeta ravivajadust katta. Tervishoiuteenuste strateegilise ostmise rakendamine eeldab ka usaldusväärseid andmeid ja kokkulepitud mõõdikuid.

E-konsultatsioonide osakaal on suurenenud

99. Eriarstiabi kättesaadavust toetavad e-konsultatsioonid ja muud kaugteenused. E-konsultatsioon võimaldab tervishoiutöötajal küsida digitaalselt teise eriala spetsialisti hinnangut ning otsustada, kas

Teadmiseks, et

käesolevas aruandes kasutatakse nimetust „katmata ravivajadus“ kahe eri näitaja kohta. Need mõõdavad eri asju ega ole omavahel otse võrreldavad.

Tervisekassa hinnatud katmata ravivajadus ehk rahastamata nõudlus näitab arvutuslikku erinevust hinnangulise teenusevajaduse ja tegelikult eelarvest rahastatavate ravijuhtude vahel.

Küsitluse põhjal hinnatud katmata ravivajadus näitab vähemalt 16-aastaste inimeste osakaalu, kes enda hinnangul vajasid viimase 12 kuu jooksul arstiabi, kuid ei saanud seda pika ooteaja, hinna või suure vahemaa tõttu.

Seda näitajat on käsitletud ka punktis 88.

Kaugteenused – nõustamine, mis toimub patsiendi ja tervishoiuspetsialisti vahel distantsilt ja mida tehakse telefoni-, video- või veebivestluse kaudu.

patsient vajab eriarsti/õe vastuvõttu või saab ravi jätkata senise tervishoiutöötaja juhendamisel.

100. 2025. aastal moodustasid e-konsultatsioonid ligikaudu 14% digisaatekirjadest ja nende arv oli kolm korda suurem kui 2021. aastal. E-konsultatsiooni kasutavad kõige enam perearstid. 2025. aastal küsisid nad e-konsultatsiooni kõige sagedamini ortopeedidelt (22 900 ehk ligikaudu 16% kõigist e-konsultatsioonidest) ja neuroloogidelt (15 600 ehk ligikaudu 11%), kelle vastuvõtu ooteajad on ka pikad (vt lisa D, tabel 9).

Teadmiseks, et

Riigikontrolli 2022. aasta ülevaates märgiti, et e-konsultatsiooni kasutati järjest enam, kuid peamiselt tegid seda perearstid.

2021. aastal moodustasid e-konsultatsioonid 8% kõigist ambulatoorsetest digi-saatekirjadest ning ligikaudu 35%-l juhtudest ei pidanud patsient eriarsti vastuvõtule minema, vaid piisas eriarsti ravisoovitustest e-kanali kaudu.

101. Eriarstidevahelist e-konsultatsiooni kasutasid enim neuroloogid (3789 e-konsultatsiooni), kõrva-nina-kurguarstid (1871) ning sisehaiguste arstid (1493).[29] Ligikaudu kolmandikul juhtudest piisas 2025. aastal eriarsti või õe digitaalsest ravisoovitusest ning patsient ei vajanud eraldi vastuvõttu (vt tabel 5).

Tabel 5. E-konsultatsiooni vastused kategooriatena aastatel 2021 ja 2025 (%)

E-konsultatsiooni vastused	2021	2025
E-konsultatsioon	35	33
Vastuvõtt 7 päeva jooksul	7	4
Vastuvõtt 8–42 päeva jooksul	31	31
Vastuvõtt rohkem kui 42 päeva pärast	11	23
Muu	5	9
Ei ole võimalik öelda (andmed puuduvad)	11	0

Allikas: Riigikontrolli analüüs Tervisekassa andmete alusel

102. E-konsultatsiooni mõju eriarstiabi kättesaadavusele sõltub erialast ja vastuvõtuvõimekusest. Kui osa juhtumeid saab lahendada eriarsti digitaalse ravisoovitusega, vabastab see vastuvõtuaegu patsientidele, kes vajavad vahetut läbivaatust või eriarsti tehtavaid uuringuid.

103. Eesti Perearstide Seltsi hinnangul on e-konsultatsioon mõnel erialal aidanud ravijärjekordi korrastada, kuid ebapiisava vastuvõtu-võimekusega erialadel ei loo see iseenesest uusi vastuvõtuaegu. Seetõttu tuleb e-konsultatsiooni rakendamise mõju arstiabi kätte-saadavusele hinnata erialade kaupa, jälgides nii aega patsiendi pöördumisest vajaliku abi saamiseni kui ka tervishoiutöötajate töökoormust.

[29] Tervisekassa 2025. aasta majandusaasta aruanne.

104. Menetluses olev eelnõu[30] näeb ette e-konsultatsiooni selgema ja ühtsema õigusliku aluse ja selle jõustumine on kavas 01.01.2027. Eelnõu järgi annab e-konsultatsiooni käigus teine tervishoiutöötaja patsiendi diagnoosi täpsustamiseks või uuringute ja ravi määramiseks kirjaliku arvamuse või määrab vajaduse korral patsiendile vastuvõtuaja. Eelnõu ise ei määra erialasid ega e-konsultatsiooni kasutamise ulatust; täpsemad tingimused on kavas kujundada tervishoiuteenuste loetelus koostöös Tervisekassa ja erialaühendustega.

105. E-konsultatsiooni toimimine eeldab toimivat infovahetust ja tehnilist tuge ning eriarsti soovitatud uuringute ja ravi kättesaadavust. Patsienti e-konsultatsioonile suunaval tervishoiutöötajal peab olema ülevaade e-konsultatsiooni pakkuvatest asutustest ja nende suutlikkusest õigel ajal vastata.

106. Eesti Perearstide Seltsi hinnangul ei ole selline ülevaade praegu kõigil erialadel või asutustel piisavalt välja kujunenud. Sotsiaalministeeriumil ja Tervisekassal tuleks seetõttu enne e-konsultatsiooni kasutamise laiendamist hinnata erialade kaupa, kas teenuseosutajad suudavad õigel ajal vastata, vajalikud uuringud ja ravi on kättesaadavad ning infosüsteemid toetavad sujuvat infovahetust. Vältida tuleks, et patsiendi abisaamise teekond pikeneb.

Suurem rahastus ei ole eriarstiabi kättesaadavust parandanud

107. Kokkuvõttes on Tervisekassa eriarstiabikulud 2025. aastaks võrreldes 2019. aastaga kasvanud ligikaudu 70%, kuid ambulatoorsete vastuvõttude ja teenust kasutanud inimeste arv on vähenenud ning paljud patsiendid ootavad esmast vastuvõttu kauem kui kehtestatud ravijärjekorra maksimumpikkus. E-konsultatsiooni kasutamine on samal ajal märgatavalt kasvanud ja võimaldab osa juhtumeid lahendada ilma eriarsti vastuvõtuta, kuid ei pruugi üksi lahendada erialade vastuvõtuvõimekuse nappust. Riigikontrolli hinnangul ei ole eriarstiabi kättesaadavuse probleem võrreldes 2022. aasta ülevaatega leevenenud.

108. Eriarstiabi kättesaadavust ei saa parandada ühe digilahenduse või rahastusmuudatusega. E-konsultatsioon, digiregistratuur ja tervishoiuteenuste strateegiline ostmine võivad aidata olemasolevat raha, tööjõudu ja vastuvõtuaegu tulemuslikumalt kasutada. Nende mõju sõltub usaldusväärsest ravivajaduse hindamisest, teenuste kvaliteedi ja piirkondliku kättesaadavuse andmetest ning teenuseosutajate suutlikkusest vajalikku abi pakkuda.

[30] Ravikindlustuse seaduse ja tervishoiuteenuste korraldamise seaduse muutmise seadus (psühhiaatria saatekiri, e-konsultatsioon ja erialata arstid), 922 SE, algatatud 18.05.2026. Tervisekassa on rahastanud e-konsultatsioone alates 2013. aastast, kuid ravikindlustuse seaduses ei ole e-konsultatsiooni seni eraldi määratletud. Eelnõu eesmärk on sätestada e-konsultatsiooni mõiste ning luua selle kasutamiseks selgem ja ühtsem õiguslik alus.

109. Eriarstiabi kättesaadavuse parandamiseks tuleks Sotsiaalministeeriumil teha järgmist:

- arendada koos Tervisekassa ja erialaühendustega e-konsultatsiooni ja eriarstiabile suunamise korraldust nii, et patsiendi ravivajadus hinnataks võimalikult vara ning arvestataks erialade suutlikkust e-konsultatsioone pakkuda; teha suunavatele tervishoiutöötajatele infosüsteemis kättesaadavaks teave e-konsultatsiooni pakkujate ja nende vastamise suutlikkuse või teenuste mahtude kohta;
- töötada koos Tervisekassaga välja ja võtta kasutusele uued eriarstiabi strateegilise ostmise põhimõtted ja metoodika, mis võimaldaksid tulevikus usaldusväärselt hinnata eriarstiabi tegelikku vajadust ja kättesaadavust. Samal ajal tugevdada perearstiabi töökorraldust ja arvestada tervishoiutööjõu kavandamisel, milliseid tervisemuresid saab lahendada esmatasandil ja millised vajavad eriarstiabi.

Teiste tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja töökorralduse kitsaskohad suurendavad erakorralise abi koormust

110. Erakorralise abi koormust mõjutab lisaks vältimatut abi vajavatele juhtudele ka see, kuidas inimene saab abi tervishoiusüsteemi teistest osadest. Kui perearstiabi, tööajaväline esmatasandi abi, eriarstiabi, õendusabi või sotsiaalteenus ei ole õigel ajal kättesaadav või inimene ei tea, kuhu pöörduda, võib osa tervisemuresid jõuda EMOsse või kiirabisse. Seetõttu tuleb erakorralise abi koormust käsitleda koos teiste tervishoiutasandite kättesaadavuse küsimustega.

111. 2025. aastal pöördusid Eesti inimesed EMOsse üle 452 000 korra ehk ligi 5% rohkem kui 2021. aastal. Pöördumiste jaotus raskusastme järgi on püsinud stabiilne. 2025. aastal moodustasid kõigist pöördumistest väiksema kiireloomulisusega (ehk rohelise) triaažikategooria patsiendid 58% ning suurema kiireloomulisusega (ehk oranži ja punase) triaažikategooria patsiendid 9% (vt joonis 8). Kiirabiga saabus ligikaudu viiendik patsientidest ning pärast vastuvõttu saadeti koju ligi 80%.

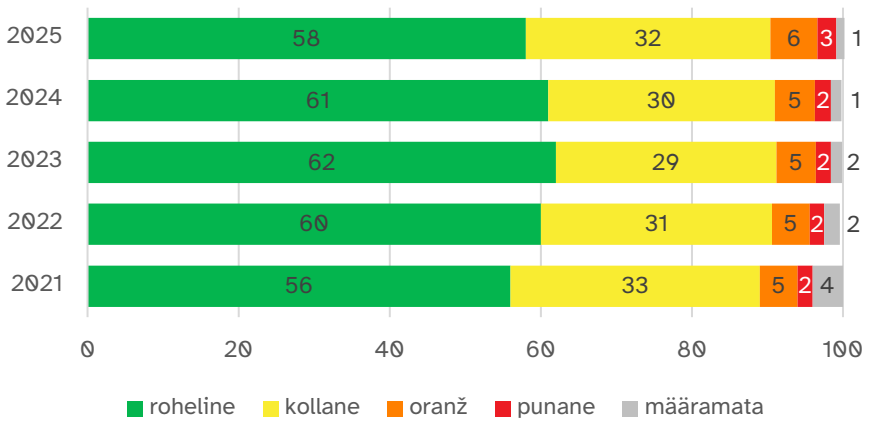
Teadmiseks, et

kiirabi ja erakorralise meditsiini osakonnad (EMO) tagavad vältimatu abi olukorras, kus abi edasilükkamine võib ohustada inimese elu või põhjustada püsiva tervisekahjustuse.

Vältimatu abi valmisolek peab säilima eelkõige nende patsientide jaoks, kelle seisund vajab kiiret sekkumist.

Allikas: Tervishoiuteenuste korraldamise seadus, § 5; Riigikontrolli auditid „Kiirabi korraldus“, 2025 ja „Erakorraline meditsiin“, 2018

Joonis 8. EMOsse pöördumine triaažikategooriate järgi 2021–2025, %



Allikas: Riigikontroll Tervisekassa andmete põhjal

Teadmiseks, et

Tervisekassa raviarvete analüüsi järgi käis üks inimene 2025. aastal EMOs 60 korda ning rohelise triaažikategooria külastuste suurim arv ühe inimese kohta oli 45.

Rohkem kui kümme korda pöördus aasta jooksul EMOsse 435 inimest.

Korduvad pöördumised võivad osutada vajadusele analüüsida inimese tervise- või sotsiaalabi vajadust tervikuna.

Allikas: Tervisekassa

112. Roheline triaažikategooria või patsiendi saatmine koju ei tähenda, et EMOsse pöördumine oli põhjendamatu. Näiteks võivad traumad, haavad ja muud ägedad terviseprobleemid vajada kiiret hindamist ja ravi, kuid mitte haiglaravi. Rohelise kategooria suur osakaal osutab siiski, et EMO teenindab palju patsiente, kes ei vaja kiireloomulist abi, ja osa tervisemuresid võiks sobiva nõustamise, kiire perearstiabi või tööajavälise esmatasandi teenuse olemasolu korral olla lahendatud väljaspool EMO.

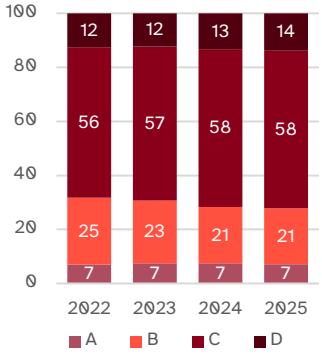
113. EMO koormuse paremaks juhtimiseks on viimastel aastatel muudetud triaaži ja rahastamise korraldust. Alates 2023. aastast on Tallinna ja Tartu EMOdes täiendav triaažiõde. 2025. aasta aprillis tõusis EMO visiiditasu osa patsientide jaoks 5 eurolt 20 eurole[31] ning alates 2026. aasta aprillist võib triaažiõde pärast patsiendi terviseseisundi hindamist otsustada, et patsient ei vaja EMO teenust, ning anda talle juhised sobiva edasise abi saamiseks. Kuigi 2025. aastal vähenes rohelise triaažikategooria osakaal võrreldes eelmise aastaga, ei olnud nende muudatuste mõju käesoleva aruande koostamise ajal veel võimalik hinnata.

Teadmiseks, et

Eestis jagatakse kiirabi-väljakutsed prioriteedi ehk raskusastme järgi nelja kategooriasse A–D, kus D tähistab eluohtlikku seisundit ja A mitteerakorralist olukorda.

114. Kiirabisündmused moodustasid 2025. aastal Häirekeskuse väljasaadetavast abist suurima osa ehk 57%. Vähem kiireloomulisi ehk A- ja B-prioriteediga väljakutseid oli 28% ning kiireloomulisemaid ehk C- ja D-prioriteediga väljakutseid 72% kiirabisündmustest (vt joonis 9). Võrreldes 2022. aastaga vähenes A- ja B-prioriteediga väljakutsete osakaal nelja protsendipunkti võrra ning D-prioriteediga väljakutsete osakaal kasvas 12%-lt 14%-ni. Osaliselt võis D-prioriteediga kutsete kasvu mõjutada uute ohuhinnangute kasutuselevõtt.

Joonis 9. Kiirabisündmuste prioriteedid (A–D, %)



Allikas: Häirekeskus

115. Samal ajal kasvas terviseprobleemidega seotud kõnede arv, mille puhul kiirabi väljasaatmist ei peetud vajalikuks. 2025. aastal oli selliseid kõnesid üle 22 700 ehk ligikaudu kaks kolmandikku rohkem kui 2022. aastal. See tähendab, et Häirekeskus lahendab üha enam tervise-muredega seotud pöördumisi, mis ei vaja kiirabi väljasaatmist. Selliste pöördumiste arvu kasv rõhutab, kui oluline on, et haiglaeelses erakorralises abis oleksid ühtsed tervisemure hindamise ja inimese edasisuunamise põhimõtted.

116. Kiirabi koormuse kõrval vajab ajakohastamist ka kiirabiteenuse enda korraldus. 2025. aastal valmisid „Kiirabi arengusuunad 2035“, milles käsitletakse mitut Riigikontrolli 2025. aasta auditis esile toodud probleemi. Arengusuundades kavandatud muudatused on rakendamata ning mitmed auditis tuvastatud teenuse korralduse, kvaliteedi seire,

[31] Visiiditasu soodusmäär 5 eurot jäi samaks alla 19-aastastele, rasedatele, üle 63-aastastele, pensionäridele, osalise või puuduva töövõimega inimestele, ravikindlustatud töötutele ja toimetulekutoetuse saajatele.

andmete ja vastutuse jaotusega seotud probleemid ei ole praktikas veel lahendatud.

Teadmiseks, et

kiirabivaldkonna probleemid on järgmised:

- väljakutsete raskusaste hinnatakse sageli tegelikust kõrgemaks;
- kiirabi kasutatakse mitte-erakorraliseks haiglate-vaheliseks transpordiks;
- osa väljakutsetest kuulub perearstiabi või sotsiaal-hoolekande pädevusse;
- kiirabi korraldamise ülesanded on killustunud ning vastutus valdkonna arendamise eest on hajus.

Allikas: Riigikontrolli audit „Kiirabi korraldus“, 2025

117. Riigikontrolli 2025. aasta audit näitas, et Häirekeskuse ja kiirabibrigaadide hinnangud väljakutse kiireloomulisusele erinesid märkimisväärselt. Aruande koostamise ajaks ei olnud näha, et Sotsiaalministeerium, Terviseamet ja Häirekeskus oleksid pärast auditit kujundanud ühtse seire, mille abil analüüsida nende erinevuste põhjust, hinnata triaaži täpsust ning vajaduse korral parandada metoodikat.

118. Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse järgi valib Tervisekassa kiirabibrigaadi pidajad avaliku konkursiga. Viimane kiirabiteenuse avalik konkurss korraldati 2013. aastal. Selle tulemusel neljaks aastaks sõlmitud lepinguid on seni pikendatud uut konkurssi korraldamata. Aruande koostamise ajal valmistas Tervisekassa ette uut konkurssi. Sellega seoses tegi Terviseamet ettepaneku vähendada alates 2028. aastast teeninduspiirkondi kümnelt neljale, muuta kiirabibaaside paiknemist, suurendada päevaste ja vähendada öiste brigaadide arvu ning kasutada senisest enam kolmeliikmeliste asemel kaheliikmelisi brigaade.

119. Kaheliikmeliste brigaadide ulatuslikum kasutamine eeldaks kehtivate brigaadikoosseisu nõuete muutmist ning vajalike oskuste, vastutuse ja väljaõppe tagamist. Praeguses mudelis on kaheliikmelise brigaadi kasutamine erand ja eeldab Terviseameti luba.[32] Enne uue mudeli laiemat rakendamist tuleks Sotsiaalministeeriumil ja Terviseametil hinnata, kas olemas on piisavalt vajaliku ettevalmistusega töötajaid ning milline üleminekuaeg on realistlik.

120. Enne kui teeninduspiirkondi, baaside paiknemist ja brigaadide koosseisu ulatuslikult muuta, peaks Sotsiaalministeerium koos Terviseameti ja Tervisekassaga tagama tervikliku mõju- ja riskihinnangu. Hinnata tuleb vähemalt mõju kiirabi kättesaadavusele, reageerimisajale, patsiendiohutusele, tööjõuvajadusele ja teenuse toimepidevusele. Aruande koostamise ajal oli Terviseamet teinud muudatuste ettevalmistamiseks arvutusi ja analüüse, kuid lõpliku võrgumudeli terviklikku mõjuanalüüsi ei olnud veel valminud.

121. Tervisekassa ei saa endiselt automaatselt koguda kõiki kiirabi-teenuse kvaliteedi hindamiseks vajalikke andmeid ning kiirabipidajate esitatud andmed ei ole piisavalt täielikud ega võrreldavad. Seetõttu saab hinnata teenuse üldisi suundumusi, kuid ei saa usaldusväärselt võrrelda eri kiirabipidajate osutatud abi kvaliteeti ega otsustada, kuhu suunata esmajärjekorras järelevalve ja arendustegevus.

[32] Tervise- ja tööministri 18.12.2018. a määrus nr 65 „Kiirabibrigaadi koosseisu ja varustuse nõuded ning tööjuhend“, §-d 3 ja 4.

122. Riigikontrolli 2025. aasta auditis tuvastatud praktika kasutada operatiivarvestuses olevaid kiirabibrigaade mitteerakorraliste patsientide haiglatevaheliseks transpordiks ei ole lõppenud. Aruande koostamise ajal valmistasid Sotsiaalministeerium ja Tervisekassa ette meditsiinilise transpordi kontseptsiooni, mille üks eesmärk on kiirabi ja plaanilise transpordi ülesandeid selgemalt eristada. Kuni uus korraldus ei ole rakendunud, tuleks tagada, et mitteerakorraline transport ei toimuks vältimatuks abiks vajaliku kiirabi valmisoleku arvelt.

123. Kiirabibrigaadide töö, dokumenteerimise ja andmevahetuse parandamiseks kavandas Tervisekassa e-kiirabi süsteemi uuendamist. 2025. aastaks kavandatud tulemusi ei saavutatud ning arenduste valmimine on korduvalt edasi lükkunud. Olemasolev e-kiirabi võimaldab küll koguda üle Eesti kiirabiandmeid, ent mitte ühtselt ega täielikult, mistõttu vajab selle töökindlus ja kasutusmugavus uuendamist.

124. E-kiirabi on kiirabi üks keskseid baasvõimekusi, sest sellest sõltuvad nii patsiendi kohta vajaliku teabe liikumine kui ka kvaliteedi- ja juhtimisandmete kogumine. Tervisekassal tuleks määrata uue e-kiirabi arenduse realistlik ulatus, vastutus ja ajakava ning tagada, et lahendus võimaldaks lisaks dokumenteerimisele kasutada andmeid kiirabiteenuse kvaliteedi hindamiseks ja vahetada vajalikku teavet teiste tervishoiu- ning sotsiaalteenuste osutajatega.

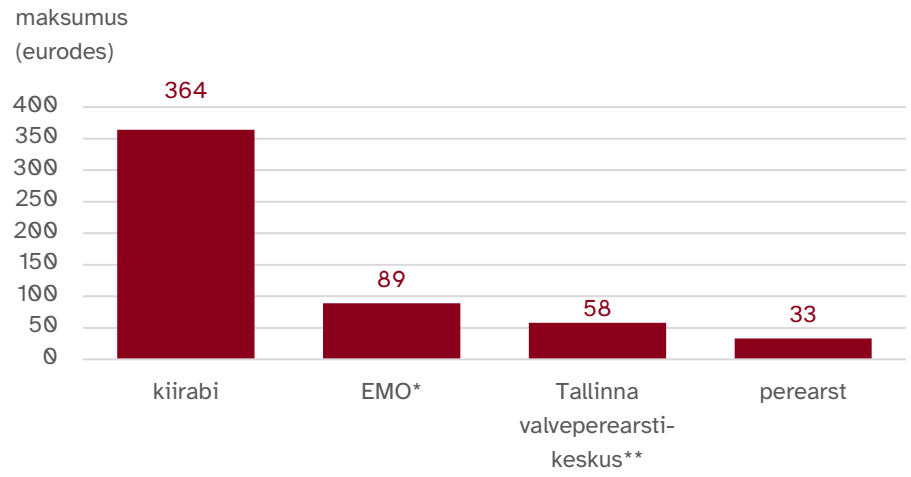
125. Kiirabikorralduse ülesanded jagunevad Sotsiaalministeeriumi, Siseministeeriumi, Terviseameti, Tervisekassa ja Häirekeskuse vahel. Häirekeskus seirab oma töötajate töö kvaliteeti, kuid Riigikontrolli 2025. aasta auditis välja toodud probleemidest jäi lahendamata küsimus, kes teeb sõltumatut regulaarset järelevalvet selle üle, kas kiirabi väljasaatmisel järgitakse Terviseameti kehtestatud olukorra hindamise nõudeid. Sellise järelevalve vastutus ja korraldus tuleks Sotsiaal- ja Siseministeeriumil koos Terviseametiga selgelt kokku leppida.

Mitteerakorralise tervisemure lahendamine EMOs või kiirabis on kulukas

126. Erakorralise abi valmisoleku pidamine on ressursimahukas. 2025. aastal oli ühe kiirabiväljakutse keskmine arvestuslik maksumus 364 eurot, EMOs osutatud ravi keskmine raviarve 89 eurot, Tallinna valveperearstikeskuse vastuvõtt 58 eurot ning perearsti vastuvõtt 33 eurot (vt joonis 10).

127. Teenuste sisu ja rahastamise viis erinevad, mistõttu ei ole neid summasid võimalik otseselt võrrelda ega järeldada, et iga EMO-külastus või kiirabiväljakutse oleks olnud kättesaadava perearstiabi korral välditav. Võrdlus näitab siiski, et mitteerakorralise tervisemure lahendamisel kasutatakse kiirabis ja EMOs üldjuhul ressursimahukamat valmisolekut ja taristut kui esmatasandil.

Joonis 10. Kiirabiväljakutse ning EMO, valveperearstikeskuse ja perearstikeskuse visiidi keskmine arvestuslik maksumus 2025. aastal (eurodes)



* Hõlmab ainult erakorralise meditsiini osakonnas osutatud ravi.

** Hõlmab perearsti ja -õe ning assistendi tööjõukulusid.

Allikas: Riigikontroll Tervisekassa ja Tallinna Sotsiaal- ja Tervishoiuameti andmete põhjal

Teadmiseks, et

tööajavälisel ajal on võimalik tasulist esmatasandi nõu saada ka näiteks Confido ja Meliva kiir- ja digikliinikutest ning Valvekliinikust.

Abi on võimalik saada telefoni, veebivestluse või videokõne teel ning Tallinna kliinikutes kohapeal.

Teadmiseks, et

perearstiabi osutaja tegevuskoht peab olema avatud tööpäeviti ajavahemikus 7–21 vähemalt 8 tundi ning tervisekeskus vähemalt 10 tundi.

Allikas: Perearstiabi töökorraldus ning tervisekeskuse liigid ja nõuded

128. Rahvusvaheliste uuringute järgi on esmatasandi abi kiire ja tööajaväline kättesaadavus seotud väiksema EMO kasutusega eeskätt kergemate juhtude puhul. Tööajavälised esmatasandi vastuvõtud võivad aidata vältida kergemate tervisemuredega EMOsse pöördumist.[33, 34, 35] Eestis on tööajavälise perearstiabi kättesaadavus ebaühtlane ning sõltub praegu rohkem perearstikeskuse võimalustest kui patsientide vajadusest.

129. Tervisekassa rahastas kuni 2025. aastani perearstikeskuste tööajaväliseid vastuvõtte, kuid teenuse pakkujate arv vähenes 73-lt 2017. aastal 21-ni 2024. aastal. Teenus sõltus konkreetse perearstikeskuse valmisolekust ega kujunenud üleriigiliselt vajaduspõhiseks. Tervisekassa lõpetas tööajaväliste vastuvõttude rahastamise, viidates muu hulgas tervisekeskuste pikemale lahtiolekuajale.[36] Tervisekeskuse kohustus olla tööpäeval vähemalt kümme tundi avatud ei taga aga iseenesest abi õhtuti, nädalavahetustel ja riigipühadel.

[33] Jamieson, T., Gravelle, H. jt. Availability of primary care and avoidable attendance at English emergency departments: A regression analysis. – Health Policy, 2025.

[34] Danner, M., Rummer, A. jt. How do interventions in primary care or in emergency departments impact less urgent patients' emergency care utilization? A systematic review. BMC Health Serv Res. 2026, 26 (1), 309.

[35] Tannure, R., Sarkis, S. jt. Advanced Access in Primary Healthcare and Its Effects on Emergency Department Utilization: A Rapid Review. Healthcare (Basel). 2025, 13 (12), 1430.

[36] Sotsiaalministri 24.03.2026. a määrus nr 14 „Perearstiabi töökorraldus ning tervisekeskuse liigid ja nõuded“. RT I, 26.03.2026, 13; jõustunud 01.05.2026.

Tervisemure hindamine ja suunamine pole ühtne

Perearsti nõuandeliin 1220 on üleriigiline nõustamisteenus olukordadeks, kus inimese tervisemure ei vaja vältimatut abi või perearstikeskus ei ole parajasti kättesaadav.

Nõu saab telefoni või veebivestluse kaudu ning teenust saab kasutada anonüümselt või isikustatult.

130. Tööajavälise abi peamine üleriigiline kanal on perearsti nõuandetelefon (1220). Nõuandetelefonile tehtud kõnede arv on langustrendis ning 2025. aastal tehti sinna 263 811 kõnet ehk keskmiselt 723 kõnet päevas ning kolmandik pöördumistest toimus nädalavahetustel või väljaspool tavapärast tööaega. Valdav osa elanikest kasutab perearsti nõuandetelefoni teenust anonüümselt, ent isikustatud nõustamiste arv on alates 2021. aastast kasvanud üle viie korra ning 91% neist puudutas retsepti või töövõimetuslehega seotud küsimust.

131. Oluline korralduslik probleem on ühtse esmatasandi ja haiglaeelse triaaži süsteemi puudumine. Perearsti nõuandetelefon (1220) ja Häirekeskus (112) lähtuvad pöördumise raskusastme hindamisel mõnevõrra erinevatest kriteeriumidest. Kõnesid saab kanalite vahel suunata, kuid patsiendi tervisemure kohta kogutud teave ei pruugi liikuda koos suunamisega, mistõttu võib inimene olla sunnitud oma tervisemuret uuesti kirjeldama. Ühtsed hindamise ja suunamise põhimõtted ning parem infovahetus aitaksid suunata osa mitteerakorraliste tervisemuredega inimesi kiirabi või EMO asemel sobiva esmatasandi teenuse juurde, kui see on neile kättesaadav.

Valveperearsti teenust rahastab Tallinna linn.

Teenus on avatud nädalavahetustel ja riigipühadel kella 10–18 eelbroneeringu alusel.

Valveperearsti poole võivad pöörduda inimesed, kelle tervisemure on äkiline, kuid mitte eluohtlik, sõltumata elukohast, vanusest ja ravikindlustusest.

Broneerimine avaneb eelneva päeva õhtul kell 18.

Allikas: Tallinna linna veebileht

132. Tallinnas 2025. aasta oktoobris avatud valveperearstikeskuse esimese kuue kuu jooksul kasutas teenust 1059 inimest. Seetõttu ei võimalda andmed veel usaldusväärselt hinnata mõju EMO koormusele. Kuigi teenuse maht oli väike – keskuse patsiendid moodustasid samal perioodil ligikaudu 2,5% Tallinna kolme suure haigla rohelise triaažikategooria patsientidest –, hindasid Tallinna linn ja Eesti Perearstide Selts teenust vajalikuks.

EMO koormus kasvab, tööajaväline perearstiabi ei ole ühtlaselt kättesaadav

133. Rahvusvahelise kogemuse järgi on tööajavälise esmatasandi mõju suurem siis, kui teenus on piisavas mahus kättesaadav.[37] Samuti mõjutavad EMOsse pöördumisi ühise haiglaeelse triaaži olemasolu[38] ja andmevahetus teiste tervishoiuteenustega. Eestis ei ole need eeldused veel täidetud.

134. Kokkuvõttes on EMOsse pöördumine võrreldes 2021. aastaga kasvanud, samal ajal kui pöördumiste jaotus raskusastme järgi on püsinud stabiilne. Enamik mittekiireloomulisi tervisemuresid oleks sobivate alternatiivide olemasolu korral võimalik lahendada perearstiabis, tööajavälises esmatasandi teenuses, õendusabis või sotsiaalteenuste toel.

135. Patsient ei saa aga valida teenust, mida tema piirkonnas ei ole või millele ta õigel ajal ligi ei pääse. Seetõttu ei saa EMO ja kiirabi koormust püsivalt vähendada üksnes visiiditasu, triaažikorra või patsiendi

[37] Hong, M. jt. The impact of improved access to after-hours primary care on emergency department and primary care utilization: A systematic review. Health Policy, 2020.

[38] Chua, E. jt. Exploring prehospital emergency care challenges and interventions to reduce emergency department overcrowding: a qualitative meta-synthesis. British Medical Journal Open, 2025.

teadlikkuse suurendamisega – vaja on toimivat tööajavälist esmatasandi abi.

136. Erakorralise abi olukord näitab, et eri teenuste eesmärgipärane kasutamine sõltub eelkõige sellest, kas inimene suunatakse kohe sobiva abi juurde ja vajalik teave liigub teenuste vahel. Praegu ei toimi hädaabinumber (112), perearsti nõuandeliin (1220) ning tööajaväline perearstiabi veel inimese jaoks ühtse info vahetamise ning abi saamise süsteemina. Kiirabi enda korralduses vajavad samal ajal lahendamist väljakutsete menetlemise kvaliteedi seire, võrreldavate kvaliteedi-andmete puudumine ja e-kiirabi arendamine.

137. Et erakorralist abi eesmärgipärasemalt kasutada ja kiirabikorraldust arendada, tuleks Sotsiaalministeeriumil teha järgmist:

- kujundada koos Tervisekassa, Terviseameti ja Häirekeskusega terviklik tööajavälise ja erakorralise abi korraldus, milles on selgelt kokku lepitud hädaabinumbri (112), perearsti nõuandeliini (1220), perearstiabi, erakorralise meditsiini osakonna (EMO) ja kiirabi rollid ning see, kuidas liigub kiirabi kogutud teave inimese tervise- ja sotsiaalabi vajaduse kohta edasi ja kes vastutab selle põhjal edasise abi korraldamise eest;
- tagada koos Tervisekassaga, et tööajaväline esmatasandi abi oleks vajaduspõhiselt kättesaadav ka väljaspool tavapärast tööaega, ning hinnata selle mõju EMO ja kiirabi kasutamisele;
- hinnata koos Terviseameti ja Tervisekassaga enne kiirabi teeninduspiirkondade, baaside paigutuse ja brigaadide koosseisu ulatuslikku muutmist terviklikult, millist mõju avaldavad muudatused kiirabi kättesaadavusele, reageerimisajale, patsiendiohutusele, tööjõu-vajadusele ja kiirabi toimepidevusele ning millised on nendega seotud riskid.

  Korraldada mitteerakorraline haiglatevaheline transport nii, et see ei vähendaks vältimatu abi valmisolekut;
- tagada koos Siseministeeriumi ja Terviseametiga sõltumatu regulaarne järelevalve selle üle, kas Häirekeskus järgib kiirabiteadete menetlemisel ja kiirabi väljasaatmisel Terviseameti kinnitatud juhiseid abivajaduse hindamise ja väljakutse kiireloomulisuse määramise kohta;
- tagada koostöös Tervisekassaga võrreldavad andmed kiirabi kvaliteedi kohta ja e-kiirabi arenduse lõpuleviimine.

Perearstide nappus puudutab üha rohkem inimesi ja sunnib töökorraldust muutma

Teadmiseks, et

Riigikontroll märkis 2022. aasta ülevaates, et perearsti-abi jätkusuutlikkuse probleemid on ajas aina süvenenud ning tulevikus ei suudeta perearstiabi kätte-saadavust harjumuspärasel tasemel ega viisil hoida.

Tööjõu pakkumine ei vasta teenuse vajadusele ega senisele töökorraldusele.

Allikas: Eesti tervishoiu suundumused. Riigikontrolli aastaaruanne. 2022

138. Perearstiabi peaks olema tervisemurega inimese esimene kontaktpunkt, kus hinnatakse tema terviseseisundit, ravitakse sagedasemaid haigusi ning suunatakse ta vajaduse korral edasi. Kui perearstiabi ei ole õigel ajal või piisavalt kättesaadav, kandub koormus eriarstiabile, EMOsse ja kiirabisse. Perearstide nappuse tõttu ei ole senise töökorraldusega enam kõikjal võimalik tagada abi ühtlast kättesaadavust ega järjepidevust.

139. Perearstiabi osutamine toimub Eestis nimistupõhiselt. Perearsti nimistu on perearsti teenindamisele kuuluvate isikute nimekiri. 2026. aasta alguse seisuga oli Eestis 783 perearsti nimistut, kuhu kuulus 1 345 546 inimest. Keskmine nimistu suurus oli 1718 inimest ning 55% nimistutest (429) olid keskmisest suuremad, sealjuures nimistutest 15%-l (114) oli enam kui 2000 inimest.

Teadmiseks, et

perearstide arv on kasvanud aeglasemalt kui arstide koguarv. Aastatel 2015–2025 kasvas Eestis töötavate arstide koguarv 11%, kuid perearstide arv vaid 3%.

OSKA uuringu järgi vajaks aastatel 2024–2033 asendamist peaaegu pool praegu praktiseerivatest perearstidest.

Allikas: Tervise Arengu Instituut, tabel THT001; OSKA. 2024. Tulevikuvaade tööjõu- ja oskuste vajadusele: perearstiabi.

140. Nimistu püsivaks teenindamiseks valitakse perearst Tervisekassa korraldatud konkursi alusel.[39] Kui nimistuga perearst on ajutiselt töölt eemal, leitakse talle asendaja. Kui perearst loobub nimistust, korraldatakse uue perearsti leidmiseks konkurss ning konkursi luhtumisel otsitakse nimistule asendusarst.

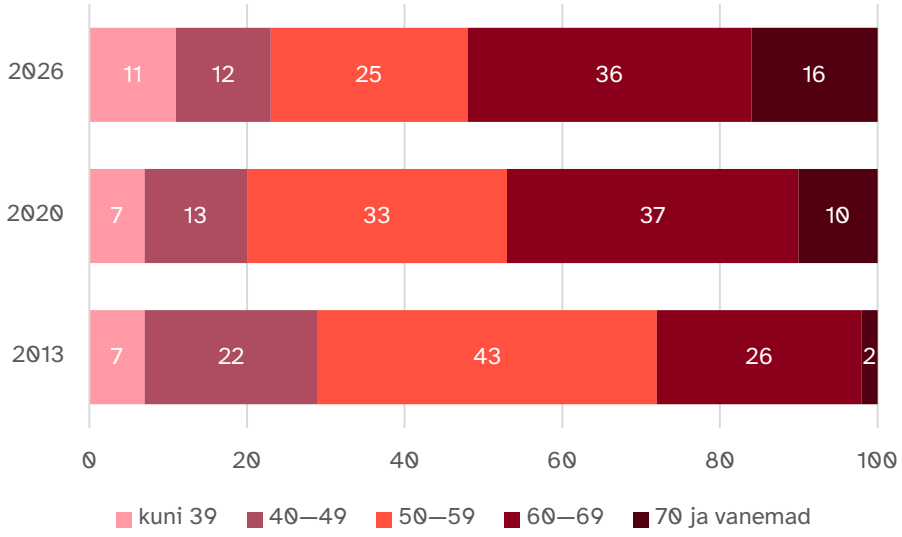
141. Tervisekassa andmetel oli 2026. aasta esimese poolaasta seisuga 783 nimistust 707-l püsiv perearst, 63-l asendusarst ning 13 nimistul[40] ei olnud kindlat perearsti ehk neid teenindati tervisekeskuste kaudu. Nimistuga seotud perearste (sh asendusarste) oli kokku 733, kellest 27 teenindas korraga kahte ja 5 korraga kolme nimistut.

142. Kui nimistute arv ja keskmine suurus on võrreldes 2020. aastaga enam-vähem samasugused, siis nimistuga perearstide vanuseline koosseis on muutunud. Nende perearstide keskmine vanus oli 2026. aasta alguse seisuga 58,1 aastat (2020. aastal 57), üle poole (52%) perearstidest on vähemalt 60-aastased ning 70-aastaste ja vanemate perearstide osakaal on kasvanud 10%-lt 16%-ni (vt joonis 11).

[39] Sõltuvalt nimistu suurusest võib ühte nimistut teenindada korraga mitu perearsti, kuid nimistu omanik saab olla korraga vaid üks perearst. Eristada saab seega nimistuga ja nimistuta töötavaid perearste. Käesoleva aruande keskmes on nimistuga perearstid.

[40] 13 perearstita nimistu hulgas on 6 katseprojektis osalevat nimistut. Vt p-d 161-162.

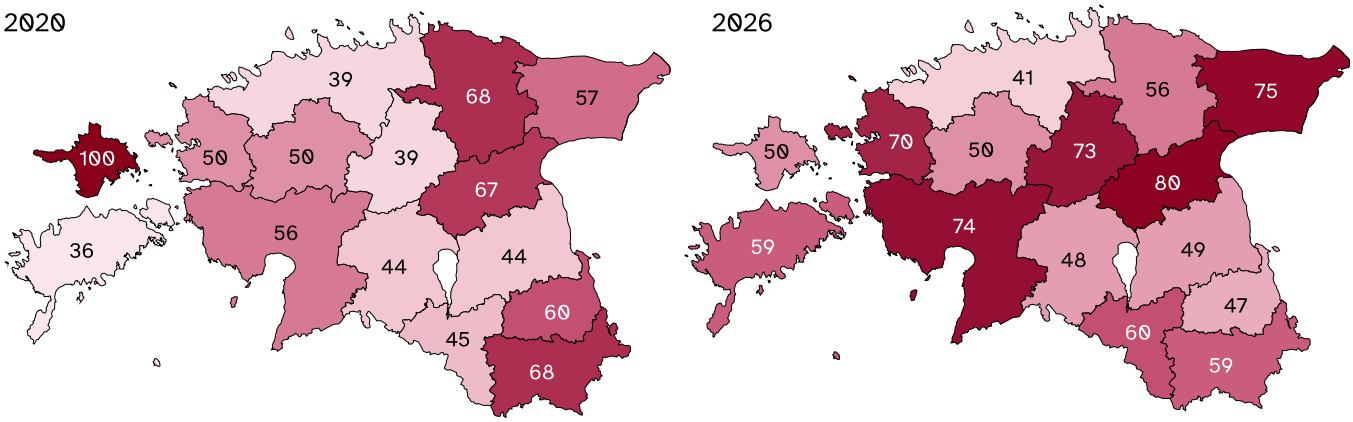
Joonis 11. Nimistuga perearstide jaotus vanuse järgi 2013., 2020. ja 2026. aastal, %



Allikas: Riigikontroll Tervisekassa andmete põhjal

143. Positiivse muutusena on suurenenud kuni 39-aastaste perearstide osakaal, mis tähendab, et nimistuga perearstide keskmise vanuse kasv on veidi aeglustunud. Sealjuures on aga endiselt rohkem kui pool nimistuga perearstidest vanuses, mil nad võivad lähiaastatel töölt lahkuda. Piirkonniti on 2026. aasta alguse seisuga üheksas maakonnas rohkem kui pool nimistuga perearstidest üle 60-aastased. 2020. aastal oli selliseid maakondi seitse (vt joonis 12).

Joonis 12. 60-aastased ja vanemad perearstid maakondades 2020. ja 2026. aastal, % maakonna nimistuga perearstidest



Märkus: Hiiumaa on näide, kus väiksemas maakonnas võib ainult mõne üksiku noorema perearsti lisandumine muuta oluliselt nimistuga perearstide vanuselist jaotust selles maakonnas.

Allikas: Riigikontroll Tervisekassa andmete põhjal

144. Tervisekassa hinnangul on nimistu teenindamiseks perearstide leidmine juba praegu kriitiline ning perearstide nappus ei puuduta üksnes mõnda üksikut piirkonda, vaid kogu Eestit. Perearstide nappust

ilmestab hästi püsiva perearstita nimistute ehk asendusnimistute arvu kasv ja perearstikonkursside luhtumine.

Teadmiseks, et

viimase nelja aasta jooksul on nimistu asendamise tingimusi mitmel korral leevendatud, et viia nõuded tegeliku olukorraga paremini kooskõlla:

- 2022. aastal laiendati nimistu asendamise õigus tervisekeskustele ning sätestati, et kui nimistu jääb avaliku konkursi korral perearstita, võib pikaajaline asendamine kesta kauem kui üks aasta;
- 2024. aastal lubati nimistuga perearstidel teatud juhtudel teenindada patsiente ka nimistuväliselt.

Allikas: Tervishoiuteenuste korraldamise seadus

145. Püsiva perearsti puudumine puudutab järjest suuremat osa patsientidest. 2026. aasta I poolaasta seisuga on Eestis 76 asendusnimistut, kuhu kuulub ligi 110 700 inimest. Võrdluseks: 2022. aastal oli asendusnimistuid 54 ja neis oli ligikaudu 72 500 inimest, 2020. aastal 50 nimistut ja ligikaudu 60 000 inimest. Kõige rohkem on asendusnimistuid Harjumaal (17), Lääne-Virumaal (11) ja Raplamaal (9) ning ainult Tartu maakonnas ei ole ühtegi asendusnimistut.

146. Ajutine asendamine on osas nimistutes muutunud sisuliselt püsivaks töökorralduseks. 2026. aastal oli 22 nimistut, kus asendamine oli kestnud kauem kui viis aastat; 2022. aastal oli selliseid nimistuid 13.

147. Avalikud konkursid nimistule perearsti leidmiseks luhtuvad sageli ning see ei ole enam harv ka Tallinnas. 2025. aastal korraldati 44 perearstikonkurssi, millest uus perearst õnnestus leida veidi alla poolel juhul ehk 20 konkursil. Järva-, Jõgeva-, Viljandi-, Hiiu- ja Ida-Virumaal luhtusid kõik konkursid. Kuigi olukord on parem kui 2022. aasta esimesel poolaastal, mil luhtus ligi 75% konkurssidest, näitab see siiski, et nimistu püsivaks teenindamiseks on aina raskem perearste leida.

Nimistu ülevõtmise toetusskeem ehk inkubatsiooniprogramm ühendab nimistuta perearsti perearstiga, kes soovib nimistust loobuda.

Nimistut üleandvale perearstile makstakse ühe aasta jooksul iga kuu lisatasu 5127 eurot.

Nimistu juures töötamine ei taga uuele arstile selle ülevõtmist, kuid annab talle perearstikonkursil lisapunkte.

Allikas: Tervisekassa

148. Nimistule püsiva perearsti leidmiseks toetab Tervisekassa koostööd alustavate ja ilma nimistuta perearstide ning nimistust loobuda sooviva perearsti vahel. Eesmärk on anda uuele arstile võimalus nimistu tööga tutvuda ja soodustada selle ülevõtmist. Tervisekassa andmetel on viimase kuue aasta jooksul toetatud 39 nimistust loobuda sooviva ja nimistut üle võtta sooviva perearsti koostööd, neist kaheksa jätkus 2026. aastal. Enamikul juhtudel, kui koostöö oli lõppenud, võttis uus perearst nimistu üle. Nimistu ülevõtmise toetusskeemi ulatus on siiski liiga väike, et lahendada üldist perearstide puudust.

149. Perearstide vanuselist struktuuri, asendusnimistute arvu kasvu ja rahvastiku vananemisega suurenevat teenusevajadust arvestades ei saa lähiaastate perearstipuudust lahendada üksnes uute perearstide koolitamisega. Samal ajal tuleks muuta perearstiabi töökorraldust nii, et olemasolevat tööjõudu kasutataks paremini ja abi püsiks kättesaadav ka piirkondades, kus nimistule püsivat perearsti ei leita.

150. Sotsiaalministeerium ja Tervisekassa on seetõttu aastaid suunanud perearstiabi üksikpraksistelt suuremate tervisekeskuste ja meeskonnapõhisema töökorralduse poole. Selle suuna toetamiseks on viimastel aastatel muudetud perearstiabi rahastamist ning katsetatud ka uusi töökorraldusmudeleid ja kaugteenuseid.

Tervisekeskuste võrk on laienenud, kuid sama mudelit ei saa kõikjal rakendada

Esmatasandi tervisekeskus – samas taristus ühiselt perearstiabi, ämmaemandusabi, füsioteraapiat ja õendusabi, sealhulgas koduõendusteenust, osutavate isikute kogum.

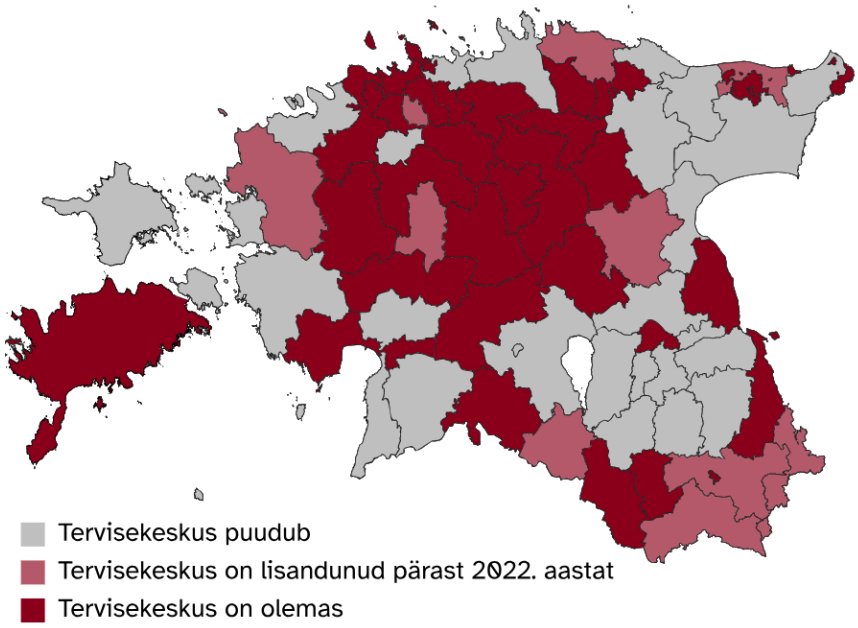
Tervisekeskus koondab vähemalt kolme nimistut ehk ligikaudu 4500 patsienti.

Allikas: Tervishoiuteenuste korraldamise seadus, § 15[1] ja Tervisekassa veebileht

151. Esmatasandi tervisekeskuste võrgu laiendamine on olnud üks peamisi suundi perearstiabi korralduse muutmisel. Kui 2022. aastal oli 52 tervisekeskust, mis teenindasid ligi 493 000 patsienti, siis 2026. aasta alguseks oli neid 69. Tervisekeskustega oli seotud 398 nimistut ehk 51% kõigist nimistutest ning ligikaudu 693 000 patsienti. Seega saab ligikaudu pool Eesti inimestest perearstiabi tervisekeskustes.

152. Tervisekeskused või nende filiaalid tegutsevad 14 maakonnas ja 47 omavalitsuses; 2022. aastal oli neid 35 omavalitsuses (vt joonis 13). Kõige rohkem on tervisekeskusi Harjumaal (34), Ida-Virumaal (6) ja Lääne-Virumaal (5). Ainus maakond, kus tervisekeskust ega selle filiaali ei ole, on Hiiumaa. Omavalitsustes, kus tervisekeskus puudub, elab 18% Eesti inimestest.

Joonis 13. Esmatasandi tervisekeskused 2026. aasta alguse seisuga



Allikas: Riigikontroll Tervisekassa andmete põhjal

Meeskonnapõhine töökorraldus tähendab, et perearst, pereõde ja teised spetsialistid (nt füsioterapeut, ämmemand, vaimse tervise õde) tegutsevad ühtse meeskonnana ning jagavad ülesandeid vastavalt pädevusele.

Nii saab perearst keskenduda rohkem arstlikku otsustamist vajavatele juhtudele.

153. Tervisekeskuste peamisteks eelisteks võrreldes üksikpraksistega peetakse suuremat toimepidevust ja arstide paindlikumaid asendusvõimalusi, laiemat teenuste valikut, pikemat lahtiolekuaega ning meeskonnapõhist töökorraldust. Samuti eelistavad noored perearstid töötada rohkem tervisekeskustes kui üksikpraksises.[41]

154. Tervisekeskuste tegelikku mõju perearstiabi kättesaadavuse parandamisele ja eriarstiabi koormuse vähendamisele ei ole aga tervikuna analüüsitud, sest perearstiabi kättesaadavuse hindamiseks pole võrreldavaid andmeid. Tervisekassa ja Terviseamet tegelevad

[41] Velgan, M. Addressing the family physician shortage: career and migration intentions in Estonia and Europe. Tartu Ülikool, doktoritöö. 2025.

kättesaadavuse probleemidega kaebuste alusel või ohuprognoosist lähtuvate kontrollide käigus.

Teadmiseks, et

2026. aasta alguse seisuga on tervisekeskustest

- 61% ühtsed tervisekeskused ehk koosnevad ühest juriidilisest isikust;
- 39% koostöökokkuleppelised tervisekeskused ehk koosnevad mitmest juriidilisest isikust, kes tegutsevad koostöökokkuleppe alusel.

Allikas: Tervisekassa

155. Tervisekeskusteks koondumine ei tähenda siiski automaatselt, et perearstiabi toimib patsiendi jaoks ühtse meeskonnana või et kõik tervisekeskused pakuksid teenuseid samas ulatuses. 39% tervisekeskustest (vt infokasti) koosneb mitmest juriidilisest isikust ega pruugi praktikas toimida ühise töökorralduse, registratuuri või asendussüsteemiga. Tervisekassa hinnangul tekib sellistel juhtudel küsimus, millist lisaväärtust tervisekeskus tegelikult pakub, arvestades, et tervisekeskustele makstakse patsiendi kohta kõrgemat pearaha kui üksikpraksistele.

156. Sotsiaalministeerium ja Tervisekassa on püüdnud tervisekeskuste ebaühtlast toimimist lahendada kvaliteedi- ja lepingunõuete ning rahastamismudeli tingimuste täpsustamisega. See puudutab nii 2026. aasta algusest kehtima hakanud Tervisekassa uut perearstiabi rahastamise raamlepingut ja selle lisasid kui ka uuendatud perearstiabi kulumudelit.

157. Lisaks sätestas Sotsiaalministeerium 2026. aasta mais jõustunud perearstiabi töökorralduse määrusega[42] esimest korda määruse tasemel tervisekeskuste liigid ja nõuded, mis varem olid kirjas ainult Tervisekassa lepingus. Aruande koostamise ajaks oli muudatuste jõustumisest möödunud liiga vähe aega, et hinnata, kas need on aidanud tervisekeskuste toimimist ühtlustada.

158. Sotsiaalministeerium on 2026. aastal ette valmistanud veel täiendavaid tervisekeskusi puudutavaid muudatusi,[43] sealhulgas on kavas anda osale tervisekeskustest oma piirkonnas laiemaid ülesandeid ning luua erilahendusi piirkondadele, kus nimistutele perearste leida ei õnnestu. Aruande koostamise ajal olid muudatused veel kooskõlastamise faasis.

159. Tervisekeskusteks ühinemine toimub vabatahtlikkuse alusel ning sõltub seega perearstide initsiatiivist koostööd teha. Kui laiendatud meeskonna ja teenustega perearstiabi jääb kättesaadavaks ainult suuremates keskustes, võib tekkida piirkondlik ebavõrdsus perearstiabi osutamisel.

160. Tervisekeskuste võrgu edasisel kujundamisel tuleks arvestada piirkondlike erinevustega ning toetada perearstide võrgustamist ka seal, kus elanike vähesus ning perearstide ja teiste spetsialistide nappus raskendavad tervisekeskuse loomist. Selleks tuleb leida koostöö- ja

[42] Sotsiaalministri 24.03.2026. a määrus nr 14 „Perearstiabi töökorraldus ning tervisekeskuse liigid ja nõuded“. RT I, 26.03.2026, 13; jõustunud 01.05.2026.

[43] Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse muutmise seaduse eelnõu. Esitatud kooskõlastamiseks 03.07.2026.

teenusekorralduse lahendusi, et ka üksikpraksiste patsientidel oleks ligipääs tervisekeskustes pakutavatele lisateenustele.

Uute mudelite toimimine sõltub stabiilsest meeskonnast ja patsiendile sobivatest kontaktikanalitest

161. Perearstide puuduse leevendamiseks on Tervisekassa katsetanud meeskonnapõhist töökorraldust ja digikolleegi mudelit. Meeskonnapõhise töökorralduse puhul teenindab mitut nimistut ühine meeskond: perearst keskendub keerukamatele juhtudele ning üldarstid ja pereõed lihtsamatele tervisemuredele. Digikolleegi mudelis kaasatakse patsientide ravisse mujal töötavaid arste, kes teevad vastuvõtte telefoni või video teel.

Üldarst on arstiõppe lõpetanud ja tervishoiutöötajana registreeritud arst, kellel ei ole veel eriarsti kvalifikatsiooni.

Üldarst võib töötada näiteks perearstikeskuses või haiglas talle määratud ülesannetes ning vajab töö sisust sõltuvalt eriarsti juhendamist.

162. Meeskonnapõhise töökorralduse katseprojektides paranes samal päeval vastuvõtule pääsemine. Katsetused tõid esile ka vajaduse säilitada digikanalite kõrval võimalused pöörduda telefoni teel ja kohapeal ning tagada, et patsient saaks ühendust teda teenindava ravimeeskonnaga. Seniste tulemuste põhjal ei saa siiski hinnata, kui suurt osa kohapealsest arstitööst saavad kaugvastuvõtud asendada või kui palju need kohaliku meeskonna töökoormust vähendavad.

163. Eesti Perearstide Selts toetab uute töökorraldusmudelite katsetamist, kuid meeskonnapõhise töökorralduse laiendamisel peab selts oluliseks säilitada perearsti roll laste ja keerukama ravivajadusega patsientide ravis. Seltsi hinnangul võiks üldarst tegeleda eeskätt ägedate ja lihtsamate tervisemuredega, perearst aga laste ning patsientidega, kellel on mitu kroonilist haigust, keerukad raviskeemid või ebaselged sümptomid.

Perearstide nappus muudab perearstimudeli kohandamise vältimatuks

164. Kokkuvõttes on perearstiabi jätkusuutlikkuse probleem võrreldes 2022. aastaga süvenenud. Nimistuga perearstide keskmine vanus on kasvanud, üle poole neist on vähemalt 60-aastased, asendusnimistute arv on suurenenud ning konkursid nimistutele püsiva perearsti leidmiseks luhtuvad sageli.

165. Seetõttu ei ole senise töökorralduse säilitamine kõikjal enam realistlik. Perearstiabi jätkusuutlikkust ei saa tagada üksnes uute perearstide koolitamisega, vaid olemasolevat tööjõudu ja eri spetsialistide pädevusi tuleb kasutada teistsuguse tööjaotuse kaudu.

166. Tervisekeskuste tugevdamine, meeskonnapõhine töökorraldus, üldarstide suurem kasutamine ja kaugteenused on selleks vajalikud suunad. Nende mõju sõltub aga sellest, kas meeskonnas on selgelt jaotatud ülesanded, juhendamine ja vastutus ning patsiendile on arusaadav, kelle poole peab pöörduma ja kes tema edasist ravi korraldab. Samuti tuleb arvestada, et piirkondade tööjõu- ja teenusevõrk on erinev ning sama töökorraldusmudelit ei ole võimalik kõikjal ühtemoodi rakendada.

167. Et tagada perearstiabi jätkusuutlikkus, tuleks Sotsiaalministeeriumil teha järgmist:

- jätkata koos Tervisekassaga perearstide võrgustumise ja meeskonnapõhise töökorralduse arendamist, arvestades piirkondade tööjõu olukorda ja teenusevõrku, ning kujundada lahendused, mis tagavad patsientidele perearsti tegevusvormist sõltumata võrdse juurdepääsu teenustele, mis toetavad perearstiabi;
- kasutada katseprojekte ja nendest omandatud õppetunde otsustamisel, milliseid töökorraldusmudeleid ja millistes piirkondades rakendada;

  arvestada uute teenuseosutamise viiside kujundamisel eri patsiendirühmade vajaduste ja võimalustega, sealhulgas säilitada kaugteenuste kõrval kohapealse vastuvõtu võimalus, et vähesema digipädevusega inimeste juurdepääs perearstiabile ei halveneks;
- tugevdada koostöös Tervisekassa ja Terviseametiga seiret ja järelevalvet perearstiabi kättesaadavuse ja kvaliteedi üle.

Statsionaarne õendusabi, koduõendus ja üldhooldusteenused ei toimi kui üks tervik

168. Iseseisvate õendusabiteenuste roll Eesti tervishoius suureneb, sest rahvastik vananeb ning kasvab nende inimeste arv, kellel on mitu kroonilist haigust, funktsioonilangus või püsiv kõrvalabi vajadus. Selliste patsientide abi ei piirdu ühe raviepisoodiga haiglas või perearsti-keskuses, vaid eeldab sageli, et haiglaravi, statsionaarne õendusabi, koduõendus, üldhooldusteenusel osutatav õendusabi, perearstiabi, sotsiaalteenused ja muud jätkuteenused on omavahel seotud.

169. Riigikontroll leidis 2015. aasta auditis „Riigi tegevus iseseisva õendusabi korraldamisel“, et tervishoiu- ja hoolekandesüsteem ei määranud inimesele alati tema vajadustele vastavat teenust. Auditi järgi ei vajanud ligikaudu 25% vaadeldud statsionaarse õendusabi patsientidest seda teenust, vaid näiteks koduõendust, koduhooldust või muud hoolekandeteenust. Seetõttu ei saanud neid statsionaarse õendusabi kohti kasutada inimesed, kes seda tegelikult vajasid.

170. Riigikontrolli 2022. aasta ülevaates leiti, et statsionaarsesse õendusabisse jõudsid varasemast raskemas seisundis patsiendid. Seda seostati muu hulgas haiglaravi lühenemise, eriarsti- ja perearstiabi ebaühtlase kättesaadavuse ning koroonapandeemiaga. Samuti ei olnud teenuse määranud perearstil alati ajakohast ülevaadet patsiendi seisundist ning saatekirjadel puudus sageli teave, mille põhjal teenusevajadust hinnata. Positiivse muutusena oli paranenud koduõenduse kättesaadavus.

171. Käesoleva aruande koostamiseks intervjueeritud teenuseosutajate hinnangul ei ole 2022. aasta ülevaates kirjeldatud suunamis- ja

Teadmiseks, et

statsionaarne õendusabi on mõeldud stabiilses seisundis patsiendile, kes vajab õendusabi ulatuses, mida ei ole võimalik kodus korraldada.

Koduõendus võimaldab vajalikku õendusabi osutada patsiendi kodus.

Mõlema eesmärk on säilitada või parandada patsiendi terviseseisundit ja toime-tulekuvõimet ning vajaduse korral valmistada teda ette järgmisele teenusele liikumiseks.

Allikas: Õendusabi teenuste kirjeldused ja rahastamise põhimõtted. Tervisekassa (2026)

Teadmiseks, et

intervjueeritud teenuse-osutajate hinnangul ei arvesta statsionaarse õendusabi rahastamine alati piisavalt patsientide ravi suurenenud keerukusega.

Õendusabi hõlmab praktikas ka ressursimahukaid tegevusi, näiteks ulatuslike haavade ja lamatiste ravi, mille töö- ja materjalikulu ei pruugi tavapärases teenusehinnas piisavalt kajastuda.

Allikas: Riigikontrolli intervjuud teenuseosutajatega

infoprobleemid oluliselt vähenenud. Statsionaarsesse õendusabisse jõuab endiselt patsiente, kelle seisundit ega abivajadust pole perearst hinnanud. Saatekirjad ja patsiendiga kaasa liikuv muu teave ei sisalda alati piisavat infot terviseseisundi, raviskeemi, senise ravi eesmärgi ja edasise õendusabivajaduse kohta. Seetõttu tuleb patsiendi seisundit ja teenusevajadust uuesti hinnata ning sobiva teenuse valik võib viibida.

172. Statsionaarsesse õendusabisse jõuab nii hooldekodu elanikke kui ka haiglaravist suunatud patsiente, kellel on rasked terviseprobleemid, näiteks ulatuslikud lamatised, söömis- ja joomisraskused või suur hooldusvajadus. Nende abistamine võib nõuda rohkem personali, hooldusvahendeid ja arsti konsultatsioone, kui teenuse standardis ja korralduses on arvestatud.

173. Teisalt on keeruline leida sobivat jätkuteenust patsientidele, kes statsionaarset õendusabi enam ei vaja, kuid kellel tervise- või hooldusvajaduse tõttu ei ole võimalik koju või üldhooldekodusse naasta. Nii täidab statsionaarne õendusabi osaliselt tervishoiu ja hoolekande vahele jäävaid teenuselünki.

174. Tervisekassa andmetel sai statsionaarset õendusabi 2021. aastal 12 176 ja 2025. aastal 12 333 inimest. Voodipäevade arv oli neil aastatel samuti peaaegu sama: vastavalt 423 218 ja 419 207. Samal ajal suurenes vähemalt 65-aastaste inimeste arv, seega vähenes statsionaarse õendusabi voodikohtade arv eakate inimeste suhtes. 2025. aastal oli Eestis 1721 statsionaarse õendusabi voodikohta ehk ligikaudu kuus kohta 1000 vähemalt 65-aastase inimese kohta; 2021. aastal oli vastav näitaja 6,3 (vt lisa E).

Teadmiseks, et

Sotsiaalministeeriumi kavandatavas tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostöö reformis (nn lõimimisreform) on üks valdkondadeülese koostöö eesmärk haiglast kodusele ravile liikumine.

Haiglas töötav terviseteejuht peaks vajaduse korral koostama patsiendiga heaoluplaani ja korraldama tugimeeskonna koostöö patsiendile abi pakkumisel.

Reformi põhifunktsioonid on kavandatud jõustuma 2028. aastal.

Allikas: Rahvatervishoiu seaduse muutmise ja sellega seonduvalt teiste seaduste muutmise seadus (tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostöö), 999 SE.

175. Voodikohtade arvu vähenemine eakate inimeste suhtes ei näita iseenesest statsionaarse õendusabi puudujääki, sest osa patsientidest saab abi koduõenduse või üldhooldusteenusel osutatava õendusabi kaudu. Samas lõpetas Tervisekassa 2024. aastal statsionaarse õendusabi ravijärjekordade regulaarse andmekogumise ning hindab kättesaadavust peamiselt teenuse kasutamise ja lepingute täitmise põhjal. Seetõttu ei ole Sotsiaalministeeriumil ja Tervisekassal piisavat ülevaadet sellest, kui palju inimesi teenust vajab, kui kaua nad ootavad ning kui suur on katmata vajadus piirkonniti.

176. Statsionaarse õendusabi vajadust ei saa hinnata eraldi kodu-õendusest, üldhooldekodudes osutatavast õendusabist, üldhooldus-teenusest ning palliatiiv- ja hospiitsravist. Intervjueeritud teenuse-osutajate hinnangul on nende teenuste valik ja kättesaadavus piirkonniti ebaühtlane ning patsiendile sobiv jätkuteenus ei ole alati õigel ajal leitav. Seetõttu võib patsient jõuda statsionaarsesse õendusabisse või sinna jääda ka põhjusel, et sobivat kodust, tervishoiu- või üldhoole-kandeteenust ei ole võimalik õigel ajal korraldada.

Teadmiseks, et

tervise infosüsteemi andmed osutavad õendusabi dokumenteerimise ebaühtlusele.

2025. aastal esitas statsionaarse õendusabi epikriise tervise infosüsteemi 13 asutust, kokku ligikaudu 6000 dokumenti, samal ajal kui Tervisekassale esitas statsionaarse õendusabi raviarveid 37 asutust. Koduõenduses esitas epikriise 40 teenuseosutajast 28.

Raviarvete ja epikriiside arv ei pea omavahel kattuma ning neid ei saa otseselt võrrelda, kuid Tervise Arengu Instituudi andmetel oli 2024. aastal õendusabihaiglate epikriisidest vaid 63% tervise infosüsteemis.

Allikas: Tervise Arengu Instituudi, Tervisekassa ning Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskuse andmed

177. Patsientide jaoks paranes statsionaarse õendusabi kättesaadavus, kuna teenuse omaosalust vähendati 2025. aastal 15%-lt 10%-le. Teenuseosutajate hinnangul vähendas muudatus juhtumeid, kus patsient või tema lähedased soovisid teenuse kulude tõttu varem lõpetada. Omaosaluse vähendamine ei muutnud aga patsiendi abivajaduse hindamise, statsionaarsesse õendusabisse suunamise ega sellele järgneva abi korraldust.

178. Ravi järjepidevust ja järgmisele teenusele suunamist takistab ka õendusabi ebaühtlane dokumenteerimine tervise infosüsteemis (vt infokasti). Mõni asutus saadab oma patsiendi kohta arsti kinnitatud statsionaarse ravi epikriisi, millele on lisatud õendusepikriis, kuid õendusepikriis ei ole sel juhul tervise infosüsteemis eraldi leitav ega otsitav. Seetõttu ei pruugi järgmisele teenuseosutajale või perearstikeskusele olla struktureeritult kättesaadav info patsiendi toimetuleku, õendusvajaduse ja edasise raviplaani kohta.

179. Koduõendus võimaldab osutada õendusabi patsiendi kodus ning võib vähendada haiglaravi või statsionaarse õendusabi vajadust. Teenuse tulemuslikkus sõltub sellest, kas abivajajat märgatakse õigel ajal, suunav arst tunneb teenuse võimalusi ning teenus on patsiendi piirkonnas vajalikus mahus kättesaadav.

180. Koduõendusteenust kasutanud inimeste arv ei ole viimastel aastatel suurenenud: 2021. aastal osutati teenust 8975 ja 2025. aastal 8836 inimesele. Samal ajal kasvas teenuse osutamise kordade arv 309 161-lt 341 486-ni ehk ühe patsiendi kohta tehti rohkem kodukülastusi. See võib viidata patsientide suuremale abivajadusele, kuid ei näita, kas kõigile abivajajatele teenust osutatakse. Teenuseosutajate hinnangul võib osa inimesi teenuseta jääda seetõttu, et nende vajadust ei märgata õigel ajal, suunava arsti teadlikkus teenusest on ebaühtlane või teenust ei ole piirkonnas piisavalt.

181. Üldhooldekodus osutatava õendusteenuse tegevusloa nõuded tuleb viia paremini vastavusse teenuse eripäraga, et nõuded toetaksid teenuse korraldust ja kvaliteeti ning võimaldaksid seda eri teenuseosutajate puhul ühetaoliselt hinnata.

182. Õendusteenus on üldhooldekodudele vabatahtlik ning 2026. aasta alguses puudus ligikaudu 15 üldhooldekodul Tervisekassaga õendusteenuse leping. Seetõttu ei ole teenuse kättesaadavus kõigis üldhooldekodudes ühetaoliselt korraldatud. Erihoolekandeasutustes on õendusteenus alates 2025. aastast kohustuslik.

183. Üldhooldekodude ja erihoolekandeasutuste õendusabi korraldus on seega erinev, kuigi mõlemas on inimesi, kes vajavad püsivalt tervise jälgimist ja õendustoiminguid. See tähendab, et püsiva õendusvajadusega inimese juurdepääs õendusteenusele sõltub osaliselt sellest, millises hoolekandeasutuses ta viibib.

Statsionaarne õendusabi, koduõendus ja üldhooldusteenused ei moodusta terviklikku teenuste ahelat

184. Võrreldes 2015. aasta auditiga on õendusabi korralduses tehtud mitmeid positiivseid muudatusi. Näiteks vähendati 2025. aastal statsionaarse õendusabi omaosaluse suurust. Samas püsivad 2022. aasta ülevaates kirjeldatud teenustevahelise suunamise ja infovahetuse probleemid.

185. Statsionaarne õendusabi, koduõendus ja sotsiaalteenused ei moodusta veel patsiendi jaoks tervikut. Inimene võib jääda statsionaarsesse õendusabisse ka pärast seda, kui ta seda teenust enam ei vaja, sest talle sobivat edasist abi ei ole. Samal ajal puudub Tervisekassal piisav ülevaade, kui palju on statsionaarset õendusabi vaja ja kui pikk on ooteaeg, koduõenduse kättesaadavus on piirkonniti ebaühtlane ning vajalik terviseinfo ei jõua alati järgmise tervishoiuteenuse osutajani.

186. Kavandatav tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostöö reform võib parandada abi koordineerimist, kuid õendusabi enda korralduses vajavad endiselt lahendamist teenuse kättesaadavuse, suunamise, dokumenteerimise, rahastamise ning hooldekodudes osutatava õendusteenusega seotud probleemid.

187. Et korraldada õendusabi ja jätkuteenused terviklikumalt, tuleks Sotsiaalministeeriumil teha järgmist:

- täpsustada koos Tervisekassa ja kohalike omavalitsustega statsionaarse õendusabi, koduõenduse, üldhooldusteenuse ning teiste jätkuteenuste sihtrühmad ja suunamispõhimõtted ning nõuda nende rakendamist, et inimesele määratakse teenuseid, mida ta oma tervise tõttu vajab, mitte aga neid, mis piirkonnas parajasti olemas on;
- tagada koos Tervisekassaga piisav ülevaade statsionaarse õendusabi vajadusest ja ooteaegadest ning kasutada seda ülevaadet koos teiste jätkuteenuste samalaadsete andmetega teenuste mahu ja piirkondliku kättesaadavuse kavandamisel; hinnata, kas statsionaarse õendusabi rahastamine arvestab piisavalt patsientide erineva ravivajadusega;
- täpsustada koos Tervisekassa ja Terviseametiga üldhooldekodudes osutatava õendusabi korraldust, nõudeid ja kvaliteedi hindamist ning hinnata, kuidas tagada õendusabi püsiva õendusvajadusega inimestele sõltumata hoolekandeasutuse liigist;
- tagada koos Tervisekassa ning Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskusega, et õendusabi dokumenteerimise nõuded vastaksid teenuse sisule, vajalik info liiguks järgmisele teenuseosutajale ning dokumenteerimise ja teenusekasutuse andmeid saaks kasutada õendusabi kvaliteedi, kättesaadavuse ja ravi järjepidevuse hindamiseks.

Tervishoiu kvaliteedisüsteemi uuendatakse, kuid selle osad ei toimi veel tervikuna

188. Riigikontroll leidis 2024. aasta auditis, et riiklik tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise süsteem ei toiminud tervikuna. Kvaliteedinõuded olid üldsõnalised ja vananenud, tervishoiuteenuste osutajad rakendasid neid erinevalt ning nende kvaliteedijuhtimissüsteemide toimimise üle ei tehtud piisavalt sisulist järelevalvet. Samuti ei andnud tegevuslubade ja järelevalve korraldus piisavat kindlust, et nõudeid täidetakse järjepidevalt.

189. Tervishoiuteenuste kvaliteedinõuete[44] uuendamine kattus Riigikontrolli 2024. aasta auditi lõpetamise ajaga ning muudatused on pärast auditit jätkunud. 2024. aasta novembris jõustus tervishoiuteenuse osutaja kohustusliku vastutuskindlustuse seadus ja patsiendiohutusjuhtumite registreerimise uus korraldus. 2026. aasta esimesel poolel alustas tööd sotsiaalministri kokku kutsutud kvaliteedinõukoda ning Terviseameti juurde loodi kvaliteedikeskus, mille ülesanne on toetada tervishoiuteenuse osutajaid metoodika, koolituste ja kvaliteedi parandamise tööriistadega.

190. Vabariigi Valitsuse tegevusprogrammi järgi peab 2026. aasta lõpuks valmima tervishoiuteenuste kvaliteedi ja patsiendiohutuse strateegia koos tegevuskavaga. Kvaliteedikeskuse esimesed suuremad väljundid – tervishoiuteenuste kvaliteedi raport ja mentorprogramm – on kavandatud 2027. aastasse. Seetõttu on mitme uue kvaliteedisüsteemi elemendi mõju ravikvaliteedile ja patsiendiohutusele veel vara hinnata.

191. Sotsiaalministeerium kirjeldas 2025. aastal riikliku kvaliteedijuhtimise korraldust ja asutuste rolle. Kvaliteedinõukoda toetab Sotsiaalministeeriumi kvaliteedipoliitika prioriteetide seadmisel, ministeerium vastutab eesmärkide ja nende elluviimise juhtimise eest. Terviseameti kvaliteedikeskus toetab teenuseosutajaid kvaliteedi parandamisel, kuid ei asenda ameti järelevalvet. Tervisekassa arendab oma kvaliteedinäitajaid ning kasutab neid teenuste ostmisel ja rahastamisel.

192. Kvaliteedisüsteemi toimivust ei näita aga uute struktuuride või nõuete olemasolu, vaid see, kas osapooled teevad koostööd ning kasutavad kvaliteedi-, patsiendiohutus- ja tulemusinfot järjepidevalt juhtimis-, rahastamis- ja järelevalveotsustes.

193. Kvaliteedisüsteemi oluline osa on tegevuslubade andmine ja teenuseosutajate tegevuse üle tehtav järelevalve. Praegune tegevuslubade süsteem kontrollib eeskätt teenuse osutamise alustamiseks vajalikke personali-, ruumi- ja tehnilisi eeldusi. Nõuete

Teadmiseks, et

tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamine eeldab selgeid riiklikke eesmärke ja nõudeid, teenuseosutajate kvaliteedijuhtimist, võrreldavaid kvaliteedi- ja tulemusandmeid, patsiendiohutusriskide seiret ning sisulist ja riskipõhist järelevalvet.

Allikas: Riigikontrolli audit „Riigi tegevus tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisel“, 2024

Teadmiseks, et

2025. aasta detsembris korraldatud ja 2026. aastal avaldatud uuringus hindasid Eesti inimesed tervishoiu kvaliteeti keskmiselt 5,8 ja tervishoiutöötajad 6,6 punktiga kümnest.

Eesti inimesed pidasid järgmise viie aasta olulisemateks parendusvaldkondadeks abi õigeaegset kättesaadavust (74%), teenuste ja ravimite taskukohasust (42%) ning ravi tulemuslikkuse hindamist (39%).

Tervishoiutöötajate hinnangul on peamised takistused töötajate puudus või ülekoormus (21%), pikad ravijärjekorrad ja arstiabi vähene kättesaadavus (17%) ning puudulik koostöö asutuste ja spetsialistide vahel (17%).

Allikas: Tervishoiuteenuste kvaliteet: elanike arvamused. 2026. Tervishoiuteenuste kvaliteet: tervishoiutöötajate arvamused. 2026

[44] 24.10.2024 võeti vastu terviseministri määrus „Tervishoiuteenuste kvaliteedi ja patsiendiohutuse tagamise nõuded“.

järjepideva täitmise ja kvaliteedisüsteemi toimimise kohta peab pärast tegevusloa andmist kindluse andma eelkõige Terviseameti järelevalve.

194. Riigikontrolli 2024. aasta auditi järgi ei olnud Terviseameti järelevalve piisavalt süsteemne ega riskipõhine. Samas tehti Terviseameti selgituste kohaselt 2025. aastal suurem osa järelevalvemenetlustest ohuprognoosi alusel, mis näitab, et amet kasutab järelevalve suunamisel riskipõhist lähenemist senisest rohkem.

195. Riigikogu menetluses oleva seaduseelnõu[45] järgi on kavas alates 01.10.2027 tegevuslubade nõudeid uuendada ja sisulisemalt hinnata. Terviseamet saaks senisest terviklikumalt hinnata teenuse tegelikku korraldust, kvaliteedi tagamist ja patsiendiohutust. Muudatuse mõju sõltub sellest, kas tegevusloa menetlus seotakse hilisema riskipõhise järelevalvega ning uusi patsiendiohutus-, vastutuskindlustus- ja kvaliteediandmeid kasutatakse riskide tuvastamisel ja järelevalve suunamisel.

Vastutuskindlustuse ja patsiendiohutuse süsteem on alles käivitumas

196. Riigikontroll soovitas tüsistuste ja ravivigade kogumise ning analüüsimise süsteemi luua juba 2015. aastal.[46] 2024. aasta novembris rakendusid tervishoiuteenuse osutaja kohustuslik vastutuskindlustus ning patsiendiohutusjuhtumite registreerimine patsiendiohutuse andmekogus. 2026. aasta 30. aprilli seisuga oli andmekogusse teavet patsiendiohutusjuhtumite kohta esitanud 167 tervishoiuteenuse osutajat ligikaudu 1500-st ning kohustuslikus korras oli registreeritud 2367 juhtumit.[47]

Patsiendiohutusjuhtum on tervishoiuteenuse osutamisega seotud olukord, mis põhjustas või oleks võinud põhjustada patsiendile tervisekahju.

Kõigi juhtumitega ei kaasne tegelikku kahju – registreerida saab ka olukordi, kus oht avastati enne, kui patsiendile kahju oleks tekkinud.

Allikas: Patsiendiohutusjuhtumi raporteerimise ja menetlemise juhend

197. Patsiendiohutusjuhtumite kohta oli andmeid esitanud 11% teenuseosutajatest. Nii väike osakaal viitab, et keskne juhtumite registreerimine ei ole veel piisavalt rakendunud, kuigi kõigil teenuseosutajatel ei pruukinud registreerimisele kuuluvat juhtumit esineda. Terviseametil tuleb selgitada, millest ebaühtlane andmete esitamine tuleneb ning kas teenuseosutajad tuvastavad ja registreerivad juhtumeid ühtsete põhimõtete järgi.

198. Registreeritud ja potentsiaalselt välditavaks hinnatud patsiendiohutusjuhtumite esialgse analüüsi järgi oleks 69% juhtumitest olnud võimalik ennetada olemasoleva juhise, töökorralduse või kontrollimeetme järjekindlama rakendamisega ning 3% puhul oli vaja luua uus meede (vt lisa F). Seni registreeritud patsiendiohutusjuhtumid osutavad olemasolevate juhiste ja töövõtete järjekindla rakendamise

[45] Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse ja Kaitseväe korralduse seaduse muutmise seadus (tegevusloa ja registreeringuga seotud muudatused), 1000 SE.

[46] Tervishoiuteenuste kvaliteet. Märgukiri. Riigikontroll, 20.05.2015.

[47] Kohustuslikult registreeritav patsiendiohutusjuhtum on juhtum, mis oleks võinud põhjustada või põhjustas patsiendile välditava tervisekahju. Registrisse on asutused esitanud ka mittekohustuslikke juhtumeid. Aruandes esitatud andmed kajastavad olukorda märgitud kuupäeva seisuga. Ajakohastatud ülevaade patsiendikindlustuse raames esitatud kahjunõuetest, nende menetlemisest ja väljamakstud hüvitistest on kättesaadav Terviseameti kodulehel.

tähtsusele. Keskne patsiendiohutuse andmekogu peab võimaldama Terviseametil tuvastada üleriigilisi mustreid ja riske ning kavandada nende vähendamiseks meetmeid. Selleks peavad andmed olema piisavalt täielikud ja võrreldavad.

199. Kohustuslik vastutuskindlustus annab patsiendile võimaluse taotleda välditava tervisekahju korral hüvitist. 13.05.2026. aasta seisuga oli esitatud 777 nõuet, millest oli menetletud 524. Menetletud juhtumitest tunnistati kindlustusjuhtumiks 160 ehk ligikaudu kolmandik ning hüvitisi oli välja makstud ligikaudu 602 500 eurot (vt lisa F).

200. Süsteemi esimesel rakendusperioodil on ilmnenud, et juhtumi tõendamiseks vajalike dokumentide ja andmete kogumine võib jääda suuresti patsiendi kanda ja on talle liiga keerukas. Sotsiaalministeerium on ette valmistanud andmekogude kasutamist ja andmevahetust puudutavad muudatused, mis peaksid menetlust lihtsustama.

201. 2026. aasta septembri seisuga pakub kohustuslikku vastutuskindlustust Eestis kaks kindlustusandjat, kellest ühega on lepingu sõlminud suurem osa tervishoiuteenuse osutajaid. Kokku pakuvad nad kolme kindlustuslahendust. Kindlustusandjate lepingutingimused ja kahjujuhtumite käsitlemise praktika mõnevõrra erinevad. Kuna kohustuslik vastutuskindlustus on uus süsteem, on selle toimimise hindamisel oluline jälgida, kas patsiendid saavad seadusega ette nähtud kaitse ning kuidas mõjutavad kindlustustingimused ja -maksed tervishoiuteenuse osutajate kulusid.

202. Kohustusliku vastutuskindlustuse seaduse järgi peab Sotsiaalministeerium hiljemalt 01.01.2029 hindama seaduse rakendamise mõju. Hindamisel tuleb analüüsida vähemalt hüvitise taotlemise kättesaadavust, menetluste kestust, nõuete rahuldamise ja tagasilükkamise põhjusi, hüvitiste suurust, kindlustusmaksete mõju teenuseosutajatele ning kindlustusturu toimimist.

Teadmiseks, et

Tervisekassa soovib hakata ühtsetel alustel koguma patsientide hinnanguid oma terviseseisundile ja ravi tulemustele ning saadud abi kogemusele. Selleks kavandatakse üleriigilist lahendust.

Kogutud andmeid saaks kasutada raviteekondade parandamiseks, ravi kvaliteedi hindamiseks ja tulemuspõhise rahastamise kujundamiseks.

Seni on selliseid hinnanguid kogutud peamiselt üksikutes katseprojektides.

Allikas: Tervisekassa vastus Riigikontrolli nn kvaliteediauditile. 2024; Tervisekassa arengukava 2026–2029

203. Patsiendiohutusjuhtumite, vastutuskindlustuse, tegevuslubade, järelevalve, ravikvaliteedi, patsiendikogemuse ja ravitulemuste andmeid tuleb kasutada koos, et tuvastada kvaliteediprobleeme, kavandada nende lahendamiseks muudatusi ja hinnata muudatuste tulemuslikkust. Terviseamet peab kasutama neid riskide tuvastamiseks ja järelevalve suunamiseks, Tervisekassa teenuste ostmisel ja lepingute kujundamisel ning teenuseosutajad oma töö parandamisel. Sotsiaalministeeriumi ülesanne on tagada, et nende asutuste tegevus ja andmekasutus toetaksid üksteist.

Tervishoiutöötajate pädevusriskide tuvastamise korraldus on veel kujunemisel

204. Riigikontroll leidis 2024. aasta auditites, et tervishoiutöötaja probleemse tegevuse tuvastamise, järelevalve ja tegutsemisõiguse piiramise süsteem oli kohmakas, aeganõudev ja valdavalt tagantjärele reageeriv. Tervishoiutöötajate pädevushindamine on Eestis vabatahtlik ning kutse- ja erialaühendused korraldavad seda oma võimaluste järgi.

Terviseameti järelevalve ei olnud piisav, et märgata küsitavat tegevust ja tuvastada probleemseid tervishoiutöötajaid, kuigi amet saab kontrollida, kas teenuseosutajad täidavad kvaliteedi tagamise nõudeid, ning hinnata selle kaudu ka tervishoiutöötajatega seotud riske.

Teadmiseks, et

Riigikontrollil valmisid 2024. aastal aruanded „Järelevalve tervishoiutöötajate üle ja nende tegutsemisõiguse piiramine“ ja „Tervishoiutöötajate pädevushindamine“.

Aruanded tõid esile vajaduse täpsustada järelevalve korraldust, õigusakte ja andmevahetust ning korrastada pädevushindamise süsteemi.

205. Riigikogu menetluses oleva seaduseelnõuga[48] täpsustatakse ja laiendatakse tervishoiutöötaja registreeringu peatamise ning tegutsemisõiguse piiramise aluseid, näiteks juhul, kui töötaja rikub korduvalt kutse- või erialanõudeid ning sellest tuleneb oluline oht patsiendiohutusele või teenuse kvaliteedile. Muudatused on kavandatud jõustuma 01.10.2027. Nende mõju sõltub sellest, kas Terviseametil on riskide tuvastamiseks ja menetlemiseks vajalikud andmed, menetluskord ja pädevus.

206. 2024. aasta novembris jõustunud kvaliteedi ja patsiendiohutuse nõuded kohustavad teenuseosutajaid kirjeldama töötajate pädevuse tagamise korraldust ning toetama täienduskoolitust ja pädevuse hindamist. Terviseamet võib põhjendatud kahtluse korral nõuda töötaja pädevuse hindamist. Korraldus ei ole siiski veel täielikult välja kujunenud. Kindlaks tuleb määrata, kuidas koondatakse eri allikatest pärinevad ohumärgid, kes korraldab vajaduse korral pädevuse hindamise ja tagab, et tervishoiuteenuseid pakuvad tõendatud pädevusega tervishoiutöötajad.

207. Sotsiaalministeerium kavandab tervishoiutöötajate pädevushindamise süsteemi ettepanekute valmimist 2026. aasta lõpuks. Riigikontrolli hinnangul vajab lahendamist, kuidas jaguneb Terviseameti, teenuseosutajate ja erialaühenduste vastutus ning kuidas koondatakse eri allikatest pärinevad ohumärgid nii, et pädevusriske oleks võimalik õigel ajal tuvastada, vajaduse korral hindamist algatada ja patsiendiohutuse kaitseks sekkuda. Lahendus ei pea tingimata tähendama kõiki töötajaid hõlmavat kohustuslikku pädevushindamist.

Terviseandmete kasutatavus paraneb aeglaselt

208. Tervishoiuteenuste kvaliteedi usaldusväärseks hindamiseks on vaja täielikke, ajakohaseid ja masinloetavaid terviseandmeid. Andmete kvaliteedist sõltub ühtaegu see, kas tervishoiutöötajal on raviotsuse tegemiseks vajalik teave, kas ravi järjepidevus säilib teenuseosutajate vahel[49, 50, 51] ning kas Sotsiaalministeerium, Terviseamet ja Tervisekassa saavad hinnata teenuste kvaliteeti ja ravitulemusi. Kui terviseandmed on

[48] Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse ja Kaitseväe korralduse seaduse muutmise seadus (tegevusloa ja registreeringuga seotud muudatused), 1000 SE.

[49] Lighterness, A., Adcock, M. jt. Data quality–driven improvement in health care: Systematic literature review. Journal of Medical Internet Research, 2024, 26, e57615. https://doi.org/10.2196/57615.

[50] Jarmakovica, A. Machine learning-based strategies for improving healthcare data quality: An evaluation of accuracy, completeness, and reusability. Frontiers in Artificial Intelligence, 2025, 8, 1621514. https://doi.org/10.3389/frai.2025.1621514.

[51] Guzmán-Leguel, Y. M., Rodríguez-Lara, S. Q. Assessment of patients' quality of care in healthcare systems: A comprehensive narrative literature review. Healthcare, 2025, 13 (14), 1714. https://doi.org/10.3390/healthcare13141714.

lünklikud, hilinenud või vananenud vormingus, ei saa ravitulemusi ega teenuste kvaliteeti usaldusväärselt mõõta. Samuti piiravad puudulikud andmed tulemuspõhise rahastamise kasutamist.

Teadmiseks, et

tervishoiuteenuste dokumenteerimise peamised probleemid on järgmised:

- epikriisid jõuavad tervise infosüsteemi hilinenult või jäävad esitamata;
- dokumentide sisu on sageli puudulik või raskesti mõistetav;
- andmete kasutatavus on piiratud, kuna neid esitatakse vananenud vormingutes;
- aegunud ja killustatud infosüsteemid muudavad dokumenteerimise tervishoiutöötajatele koormavaks;
- andmete ja statistika kogumine on ressursimahukas tegevus ning tekitab lisakoormust nii teenuseosutajatele kui ka riigiasutustele endile.

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

209. Riigikontroll leidis 2025. aasta auditis, et patsientide terviseinfo oli sageli puudulik (vt infokasti), mille tõttu võib järgmine tervishoiutöötaja jääda ilma vajalikust ülevaatest patsiendi diagnoosside, raviskeemi, tehtud uuringute ja edasise raviplaani kohta. Kuigi otsesed dokumenteerimisest tulenevad ravivead on Eestis harvad, võib puudulik dokumenteerimine põhjustada info korduvat küsimist, uuringute dubleerimist, raviotsuste viibimist või ravi järjepidevuse katkemist ning suurendada tervishoiutöötajate ja riigiasutuste töökoormust. See toob kaasa ka lisakoormuse niigi haavatavas olukorras patsiendile, kes peab käima korduvalt sama murega vastuvõtul või kelle ravi hilineb või pole asjakohane.

210. Pärast 2025. aasta auditit on andmete esitamine ajakohases vormingus paranenud, kuid probleem püsib. Kui 2024. aastal esitati 7,6 miljonist epikriisist kehtivas andmevormingus 21%, siis 2026. aasta esimesel poolel oli vastav osakaal 36%. Seega esitati endiselt 64% epikriisidest vananenud vormingus, mis piirab automaatset kvaliteedikontrolli, andmete koondamist ja kasutamist ravi kvaliteedi ning tulemuste hindamisel. Sotsiaalministeerium on seadnud tervishoiuteenuse osutajate infosüsteemide arendajatele tähtaja minna hiljemalt 31.12.2026 üle kehtivatele andmevormingutele.

211. Terviseandmete dokumenteerimise ja andmevahetuse parandamiseks on algatatud ka teisi muudatusi. Sotsiaalministeerium ajakohastab dokumenteerimisnõudeid, Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskus arendab standarditud ja masinloetavat andmevahetust võimaldavat uue põlvkonna-tervise infosüsteemi, Tervisekassa arendab automaatseid andmekvaliteedi kontrolle ning Tervise Arengu Instituut vähendab dubleerivat andmekogumist. Need tegevused on kavandatud lõpule viia 2026.–2027. aastal. Muudatuste edukus sõltub sellest, kas need parandavad andmete kvaliteeti ja kasutatavust raviotsuste tegemisel.

Kvaliteedisüsteemi uued osad tuleb veel tervikuna toimima panna

212. Võrreldes Riigikontrolli 2024. aasta auditiga on tervishoiu kvaliteedisüsteemi oluliselt uuendatud: jõustunud on uued kvaliteedi- ja patsiendiohutuse nõuded, käivitunud patsiendiohutusjuhtumite registreerimine ja kohustuslik vastutuskindlustus ning loodud kvaliteedinõukoda ja Terviseameti kvaliteedikeskus.

213. Samal ajal on tegevuslubade, tervishoiutöötajate järelevalve ja pädevuse hindamise ning terviseandmete korralduse muudatused eri ettevalmistus- ja rakendamisetappides. Patsiendiohutusjuhtumite registreerimine ei ole veel piisavalt rakendunud ning puudused terviseandmetes piiravad kvaliteedi ja ravitulemuste hindamist.

214. Riigikontrolli hinnangul on järgmine põhiülesanne panna süsteemi osad koos toimima nii, et kvaliteedi-, patsiendiohutus- ja ravitulemuste andmeid kasutatakse järjepidevalt teenuseosutajate töö parandamisel, rahastamisel ja järelevalves.

215. Et viia lõpule tervishoiu kvaliteedisüsteemi uuendused ja panna need tervikuna toimima, tuleks Sotsiaalministeeriumil teha järgmist:

- hinnata koostöös Finantsinspektsiooniga, kas kohustusliku vastutuskindlustuse rakendumisel on tagatud patsiendile seadusega ette nähtud kaitse, sealhulgas hüvitise taotlemise ja juhtumi tõendamise jõukohasus patsiendile; korraldada hiljemalt 01.01.2029 kavandatud mõjuhindamine ning teha selle tulemuste põhjal vajalikud ettepanekud regulatsiooni muutmiseks;
- tagada koos Terviseameti ja Tervisekassaga, et kvaliteedi- ja patsiendiohutusandmeid kasutataks teenuseosutajate kvaliteedi parandamisel, riskipõhise järelevalve suunamisel ning teenuste ostmisel ja lepingute kujundamisel;
- kujundada tervishoiutöötajate pädevuse hindamise korraldus, milles on määratud ka Terviseameti, teenuseosutajate ja erialaühenduste roll ja vastutus pädevusega seotud probleemide märkamisel, pädevuse hindamise algatamisel ja selle tulemuste põhjal tegutsemisel;
- viia koos Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskuse, Tervisekassa ning Tervise Arengu Instituudiga kasutusse dokumenteerimise, andmevahetuse ja andmekvaliteedi arendused ning hinnata, kas need parandavad andmete täielikkust, ajakohasust ja kasutatavust ravi juhtimisel, teenuste ostmisel ja järelevalves.

Raviteekondade arendamine ja rakendamine on edenenud, kuid kavandatust aeglasemalt

Raviteekond tähendab kõige laiemas mõttes patsiendi liikumist tervisesüsteemis esimesest kontaktist kuni ravi lõppemiseni.

Kitsamas tähenduses on see konkreetse terviseseisundi käsitlemiseks tehtud kokkulepe, mis määrab ravi etapid, tegevused, osapoolte rollid, infovahetuse ning kvaliteedi ja tulemuste hindamise korra.

Allikas: raviteekondade arendamise juhend

216. Raviteekondade arendamise eesmärk on muuta patsiendi liikumine eri ravietappide, asutuste ja spetsialistide vahel sujuvamaks nii, et patsiendile osutatud ravi on õigeaegne, kvaliteetne ja põhjendatud. Hästi korraldatud raviteekonnad vähendavad olukordi, kus patsient peab ise eri teenuseosutajate vahel liikumist korraldama, vajalik teave ei liigu, teenuseid dubleeritakse, patsient ei saa kõiki ettenähtud teenuseid või ravi katkeb.

217. Eestis on patsiendi raviteekonna lünkadele nii arstiabi erinevate tasandite (nt esmatasand, EMO ja eriarstiabi) kui ka tervise- ja sotsiaalsüsteemi vahel liikumisel juhtinud tähelepanu Maailmapank[52] ja

[52] Ravi terviklik käsitlus ja osapoolte koostöö Eesti tervishoiusüsteemis. Kokkuvõttev aruanne. Maailmapanga Grupp, 2015.

mitmed Riigikontrolli auditid[53]. Esimeste raviteekonna arendamise projektidega alustas Tervisekassa 2019. aastal.

218. Riigikontroll märkis 2022. aasta ülevaates „Eesti tervishoiu suundumused 2021–2022“, et raviteekondade projektid võivad parandada konkreetsete patsiendirühmade ravi, kuid üksikud projektid ei muuda veel patsiendi liikumist tervishoiu eri tasandite vahel tervikuna. Käesolevas aruandes hindas Riigikontroll, kui kaugele on Tervisekassa raviteekondade arendamisega jõudnud ja millised on senised tulemused.

Teadmiseks, et

- lokaalsed raviteekonnad keskenduvad patsiendi liikumisele ühe asutuse piires ning neid arendavad ja rahastavad asutused ise;
- piirkondlikud raviteekonnad tegelevad patsiendi teekonnaga piirkondlike teenuseosutajate vahel (nt haiglad ja esmatasand);
- üle-eestilised ravi-teekonnad hõlmavad eelnevaid ning lisaks liikumist tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi vahel.

Allikas: raviteekondade arendamise juhend

219. Raviteekondade arendamisel selgitatakse välja esmalt olemasolev teekond ja selle kitsaskohad. Seejärel lepitakse vajaduse korral kokku raviteekonna standard (sh tööjaotus, infovahetus ning kvaliteedi- ja tulemusnäitajad) ning uut korraldust katsetatakse enne laiemat rakendamist. Raviteekonnad võivad olla erineva ulatusega (vt infokasti). Tervisekassa juhib ja haldab üle-eestiliste raviteekondade arendamist.

220. Aastatel 2019–2026 on Tervisekassa eestvedamisel või toel koostöös erialaseltside ja tervishoiuteenuste osutajatega arendatud mitmeid raviteekondi: insuldipatsientide, endoproteesimise, kopsuvähi diagnoosimise, psoriaasipatsientide, südamepuudulikkusega patsientide ja müokardiinfarktihaigete haiglajärgse ravi, laste suutervise, meeleolu- ja ärevushäirete ning dementsusega patsientide raviteekondi.

221. Arendusprojektide ulatus ja protsess on olnud erinev: mõne puhul on alustatud raviteekonna standardi koostamise ja uue töökorralduse katsetamisega kohalikul tasandil, teistel puhkudel kohe üle-eestiliselt. Samuti on mõne puhul keskendutud ainult teekonna konkreetsele etapile (nt diagnoosimine või järelravi).

222. Tervisekassa raviteekonna projektidest on kõige kaugemale jõutud insuldipatsientide teekonnaga: arendusprojekt algas 2019. aastal, üle-eestiline standard rakendus tavapraktikas 2025. aastal ning alates 01.04.2026 kasutatakse ka raviteekonnapõhist tasustamist (vt p 233).

223. Endoproteesimise raviteekonna üle-eestilist standardit koostati ja testiti aastatel 2022–2025 ning 2026. aastal hinnatakse katseprojekti tulemusi. Tervisekassa eesmärk on rakendada endoproteesimise raviteekond tavapraktikasse 2027. aastal.

224. Kopsuvähi diagnoosimise üle-eestiline raviteekonna standard koostati aastatel 2024–2025 ja selle katsetamine algas 2026. aasta kevadel. Teised raviteekonnad on veel standardi koostamise etapis või vajavad katsetamiseks eeltegevusi.

[53] Vt nt „Pahaloomuliste kasvajate avastamine ja patsiendi ravile suunamine“ (2021); „Kiirabi korraldus“ (2025).

225. Tervisekassa arengukavas aastateks 2022–2025 oli eesmärk rakendada 2025. aasta lõpuks tavapraktikas viis raviteekonna standardit ning kolme terviseseisundi puhul raviteekonnapõhine tasustamine. Seda eesmärki ei saavutatud. 2026. aasta septembri seisuga oli tavapraktikasse jõudnud ainult insuldipatsientide raviteekonna üle-eestiline standard ning teekonnapõhine tasustamismudel.

226. Tervisekassa selgitas, et raviteekondade valmimine on võtnud kauem aega, sest nende arendamine on nõudnud oodatust enam ressurssi ja aega. Raviteekonna osapooled peavad standardi koostamisel ühiselt leppima kokku ravietapid, tegevused ja rollid, seadma kvaliteedi- ja tulemusnäitajad ning samuti tuleb tagada, et IT-, töökorraldus- ja rahastamislahendused toetavad raviteekonna rakendamist.

Teadmiseks, et

kiirendiprogrammi kutsuti osalema teenuseosutajaid, kes soovisid enda valitud raviteekonda arendada ja hiljem rakendada.

Programmi esimesse vooru valiti 19 taotluse seast kuus raviteekonda ning rakendamise ettevalmistamise vooru jõudsid kolm küpsemat algatust – kopsuvähi diagnoosimise, südame-puudulikkusega ja müokardiinfarktiga patsiendi haigla-järgse ravi teekonnad.

Allikas: Raviteekondade kiirendiprogramm

227. Tervisekassa hinnangul ei peaks raviteekondade arendamine jääma ainult nende algatuseks. Raviteekondade arendamise kiirendamiseks koostas Tervisekassa 2024. aastal raviteekondade arendamise juhendi ja korraldas kiirendiprogrammi. Raviteekondade juhend ja seniste projektide kogemus annavad teenuseosutajatele võimaluse korrastada ka asutusesiseseid ja piirkondlikke raviteekondi ning mitmed haiglad on seda juba teinud. Tervisekassa roll on eelkõige toetada suure mõjuga ja üleriigilist ühtlustamist vajavate raviteekondade arendamist.

228. Seniste projektide kogemus näitab, et ühtse standardi rakendamine on aidanud muuta patsiendi raviteekonda sujuvamaks ning esialgsete tulemuste põhjal mõjutanud positiivselt ka ravitulemusi.[54] Raviteekondade arendamisel on täpsustatud ka eri spetsialistide tööjaotust ja hinnatud, milliseid ülesandeid saavad arsti kõrval täita õed, eriõed ja teised spetsialistid. Intervjuude järgi on ühine arendustöö aidanud vähendada varasemaid eelarvamusi ülesannete ümberjagamise võimalikkuse kohta.

Teadmiseks, et

perearstidel on endoproteesimise raviteekonnas kohustus võtta patsiendiga pärast operatsiooni ühendust, kuid info operatsiooni toimumise kohta ei jõua perearstini automaatselt, vaid seda peab otsima epikriisist.

Alati ei pruugi aga ka epikriisis kirjas olla info, mida perearst vajaks.

Allikas: intervjuud Tervisekassa ja Eesti Perearstide Seltsiga

229. Raviteekondade rakendamist piiravad süsteemiülesed andme- ja IT-puudused. Puudub üleriigiline IT-lahendus, mis võimaldaks teenuseosutajatel hõlpsasti patsiendi raviteekonna kulgemist jälgida ja vahetada struktureeritult teavet järgmiste tegevuste kohta (vt infokast).

230. Samuti tuleb raviteekondade kvaliteedi ja ravi tulemuslikkuse hindamiseks parandada terviseandmete kvaliteeti ning lihtsustada nende kogumist. Näiteks on insuldipatsientide ja endoproteesimise raviteekonna projektides patsientide hinnangute kogumiseks kasutatud

[54] Insuldipatsientide raviteekonna juhtprojekti lõpparuanne näitas, et mitmed sekkumisrühma patsientide ravitulemused olid kontrollrühma patsientide ravitulemustega võrreldes paremad. Samas tuleb projekti lühikese kestuse ja eri haiglates kasutatud erinevate sekkumiste tõttu tulemusi tõlgendada ettevaatusega. Insuldi juhtprojekti lõpparuanne. Tervisekassa, 2023.

ajutisi lahendusi. Tavapraktikas rakendamiseks oleks aga vaja terviseinfosüsteemiga integreeritud lahendusi.

231. Mõne raviteekonna puhul piirab ühtse kliiniliselt soovitatava standardi rakendamist ka vajalike spetsialistide nappus. Näiteks on dementsusega patsientide raviteekonna arendamisel probleemiks geriaatrite piirkondlik vähesus. Sarnaseid tööjõupiiranguid võib tekkida ka vaimse tervise valdkonnas meeleolu- ja ärevushäiretega patsientide raviteekonna puhul. Raviteekonna arendamine võib samal ajal ise tekitada uue rolli või teenuse vajaduse, nagu insuldipatsientide teekonna puhul koordinaatori lisamine meeskonda.

232. Ressursimahukuse tõttu ei ole raviteekonna terviklik arendamine otstarbekas lahendus igale teenusekorralduse probleemile. Mõnel juhul piisab ühe ravietapi, tööjaotuse või koostööpõhimõtte täpsustamisest ning juhendmaterjali koostamisest. Samuti ei ole üksikasjalikku ühtset standardit võimalik kõigi haigusseisundite jaoks koostada. Krooniliste haiguste või vaimse tervise probleemide puhul võivad patsientide vajadused ja teekonnad oluliselt erineda, mistõttu saab standardiseerida eelkõige üldisi koostööpõhimõtteid, rollijaotust ja teenustevahelisi üleminekuid.

Tulemuspõhine rahastamine – tasustamisviis, kus tervishoiuteenuste rahastamine seotakse ravi tulemustega või kvaliteedinäitajatega, mitte üksnes osutatud teenuste mahuga.

233. Raviteekondi on kasutatud ka tulemuspõhiste rahastamismudelite katsetamiseks. Insuldipatsientide ja endoproteesimise raviteekonnas on osa rahastusest seotud standardis kokkulepitud kvaliteedi- ja ravitulemustega. Insuldipatsientide teekonnal on uus rahastamismudel jõudnud katsetamisest tavapraktikasse. Senine kogemus on veel liiga lühike, et hinnata uute rahastusmudelite pikaajalist mõju ravi tulemustele ja kuludele.

234. Tervisekassa on oma arengukavas 2026–2029 seadnud eesmärgiks, et 12% suurema eelarvemõjuga haiguste ravirahastusest sõltuks ravi tulemustest. 2026. aasta seisuga on vastav osakaal 3,3%.

235. Tervisekassa hinnangul ei ole seda eesmärki võimalik saavutada ainult üksikute raviteekonnapõhiste tasustamismudelitega, mistõttu otsib Tervisekassa ka teisi lahendusi. Näiteks on tulemuspõhist rahastamist võimalik kasutada laiemalt ühe eriala või piirkonna põhiselt. Samuti tuleb tulemuspõhise rahastamise laiemaks kasutamiseks parandada terviseandmete kvaliteeti ja struktureerimist ning muuta Tervisekassa jaoks lihtsamaks raviarvete sidumine ravi tulemusi näitavate terviseandmetega (vt ka p-d 208–211).

Raviteekondade ühtlustamine on vajalik, kuid selleks on vaja toimivaid süsteemiüleseid lahendusi

236. Kokkuvõttes on raviteekondade arendamisel pärast 2022. aastat tehtud suur samm edasi. Insuldipatsientide raviteekond on jõudnud projektist üle-eestilise standardi ja uue tasustamismudelini, endoproteesimise standard on läbinud üle-eestilise katsetamise ning kopsuvähi diagnoosimise raviteekond on jõudnud katsetamiseni. Samal

ajal on üle-eestiliste standardite ja uute töökorraldusmudelite jõudmine tavapraktikasse olnud kavandatust aeglasem.

237. Senine kogemus näitab, et killustunud raviteekondade korrastamiseks ei piisa üksnes patsiendi teekonna kindlaksmääramisest ja standardi kokkuleppimisest. Eri arstiabi tasanditel ja sotsiaalsüsteemis pakutavate teenuste omavaheliseks lõimimiseks on vaja süsteemiüleseid IT-lahendusi, mis võimaldaksid teenuseosutajatel raviteekonna kulgemist jälgida ning omavahel infot vahetada.

238. Samuti on koostööd ja ravi tulemuslikkust toetavate rahastamismudelite rakendamise eelduseks, et ravi tulemusi puudutav info on struktureeritud kujul kättesaadav ning Tervisekassal on võimalik seda tulemuste rahastamiseks raviarvetega siduda.

239. Raviteekondade edasisel arendamisel tuleks Sotsiaalministeeriumil teha järgmist:

- tagada koos Tervisekassa ning Tervise ja Heaolu Infosüsteemide Keskusega raviteekondade rakendamiseks vajalikud kesksed andme- ja IT-lahendused, et teekonna juhtimiseks vajalik teave liiguks teenuseosutajate vahel ning teekonna kvaliteeti ja tulemusi oleks võimalik mõõta ning raviarvetega siduda;
- hinnata seniste raviteekondade arendamise tulemusi ja ressursikulu ning selle põhjal otsustada, milliste raviteekondade üleriigiline ühtlustamine annab suurima lisaväärtuse ja millised lahendused saab viia tavapraktikasse.

Tervisevaldkonna kesksed probleemid ja juhtimine

Tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostöö reform võib inimesi abi saamisel aidata, kui maandatakse rakendusriskid ja tagatakse teenuste kättesaadavus

Teadmiseks, et

Riigikontroll on varem korduvalt märkinud, et tervishoiu- ja sotsiaalsüsteem toimivad Eestis eraldiseisvalt.

Abivajajate vaatenurgast ei liigu vajalik info teenuseosutajate vahel sujuvalt, teenused ei ole omavahel hästi seotud ning inimese vajadustele vastava tervikliku abi tagamine on keeruline. Seetõttu peab inimene sageli ise aru saama, kuhu ja millal pöörduda, ning olema asutustega suhtlemisel aktiivne ja järjepidev. Kõik abivajajad ei ole selleks võimelised.

240. Rahvastiku vananemise, koos esinevate krooniliste haiguste ja vaimse tervise häirete sagenemise ning toimetulekuvõime vähenemise tõttu vajavad inimesed üha enam korraga nii tervishoiu- kui ka sotsiaalteenuseid.[55] Eestis on nende valdkondade koostöö olnud killustatud ning inimene peab sageli ise leidma, millised on tema abi saamise võimalused ja kelle poole pöörduda.

241. Rahvusvahelised uuringud näitavad, et hästi korraldatud koostöö aitab märgata abivajadust varem, muuta inimeste liikumise teenuste

[55] Rahvastiku tervise aastaraamat 2026. Tervise Arengu Instituut, 2026.

vahel sujuvamaks[56] ning vähendada (korduvat) hospitaliseerimist[57, 58] ja erakorralise abi kasutamist[59].

242. Eestis on tervishoiu- ja sotsiaalteenuste lõimimiseks katsetatud mitut lahendust, mille ühine põhimõte on olnud hinnata keerulise abivajadusega inimese olukorda terviklikult ning koostada tema vajadustest lähtuv tegevusplaan, mille elluviimist ja teenuseosutajate koostööd koordineerib eraldi spetsialist.

243. Viljandi haiglas korraldatud katseprojekti 2024. aasta esialgses analüüsis oli sekkumisrühmas ligikaudu poole vähem EMO külastusi ja 40% vähem hospitaliseerimisi kui kontrollrühmas ning keskmised kulud patsiendi kohta olid 22% madalamad.[60] Need tulemused viitavad koordineeritud abi võimalikule kasule, kuid analüüs ei tõenda veel, et sama mõju saavutatakse üleriigilisel rakendamisel.

244. Senised tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostöölahendused on jäänud suuresti projektipõhiseks. Riigikogu menetluses oleva eelnõuga[61] soovib Sotsiaalministeerium kujundada püsiva üleriigilise koostöö-korralduse, määrates osapoolte ülesanded ning koordinatsiooniteenuse rahastamise ja andmevahetuse põhimõtted.

245. Kavas on luua TERVIKud ehk piirkondlikud koostöö-organisatsioonid. TERVIKutes osalemine on kohustuslik kohalikele omavalitsustele, perearstiabi osutajatele ja haiglavõrgu haiglatele; teised teenuseosutajad võivad võrgustikuga liituda. TERVIKute tegevust ja koordinatsiooniteenust hakkaks rahastama Tervisekassa.

246. TERVIKu ülesanne on korraldada piirkonna teenuseosutajate koostööd, mitte ise teenuseid osutada. Keerulise abivajadusega inimesele kavandatakse koordinatsiooniteenus, mida osutab perearsti-keskuse või haigla juures töötav terviseteejuht. Terviseteejuht aitab hinnata inimese abivajadust, koostada heaoluplaani ning jõuda vajalike teenusteni.

Teadmiseks, et

teiste riikide kogemuse kohaselt sõltub tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna lõimimise edukus sellest, kas suudetakse ületada tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna senine eraldatus ning kujundada ühiste eesmärkide, vastutuse, rahastuse, infovahetuse ja töökorraldusega terviklik süsteem, mis lähtub inimese vajadustest.

Allikas: Struckmann, V. jt. How to implement integrated care? A framework with 12 overall strategies to transform care delivery (Policy Brief No. 62). European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe, 2024

[56] Collet, R., van Grootel, J. jt. The impact of multidisciplinary transitional care interventions for complex care needs: A systematic review and meta-analysis. The Gerontologist, 2025, 65(6), gnaf088.

[57] Kim, J., Wang, H. jt. Addressing social determinants of health in primary care patients may reduce hospital readmissions: A quasi-experimental study. Journal of General Internal Medicine, 2024, 39 (16), 3104–3112.

[58] Galper, K., Miguel, C. jt. Design and early evaluation of a social care network's impact on health care costs. Health Affairs Scholar, 2026, 4 (3), qxag051.

[59] Grove, L. R., Benzer, J. K. jt. Integrated care for people experiencing homelessness: Changes in emergency department use and behavioral health symptom severity. BMC Health Services Research, 2025, 25, Article 777.

[60] Viljandi haigla tagasiside tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna lõimimise väljatöötamis-kavatsusele.

[61] Rahvatervishoiu seaduse muutmise ja sellega seonduvalt teiste seaduste muutmise seadus (tervishoiu ja sotsiaalvaldkonna koostöö), 999 SE.

247. Riigikontrolli hinnangul võib reform muuta tervishoiu- ja sotsiaalteenuste koostöö senisest püsivamaks. Eelnõu menetlemisel vajavad aga lahendamist kolm põhimõttelist küsimust:

- inimese eelnev nõusolek tema andmete kasutamiseks ja kasutatud andmete ulatuse põhjendatus,
- uute ülesannete sobitamine olemasolevasse töökorraldusse ning
- reformi rahastamine ja vajalike teenuste kättesaadavus.

248. 2026. aasta oktoobri seisuga on eelnõu järgi kavas inimese võimaliku koordinatsioonivajaduse märkamiseks kasutada automaatset riskihindamist Tervisekassa käsutuses olevate tervise- ja teenusekasutuse andmete põhjal. Arvutatud riskitunnus annaks märku, et inimene võib vajada abi tervishoiu- ja sotsiaalteenusteni jõudmisel. Seejärel hindaks terviseteejuht inimese olukorda ja aitaks tal vajaduse korral abi saada.

249. Eelnõu seletuskirjas ei ole piisavalt põhjendatud, miks on riskitunnuse arvutamiseks vaja kõiki loetletud tervise- jm andmeid. Riigikontrolli hinnangul tuleb põhjendada kõigi kasutatavate andmete vajalikkust ning kasutada üksnes neid andmeid, mida on abivajaduse hindamiseks vaja. Samuti tohib inimese andmeid riskitunnuse arvutamiseks ja selle põhjal talle koordinatsiooniteenuse pakkumiseks kasutada üksnes tema eelneval nõusolekul.

250. Perearstikeskused, haiglad ja omavalitsused märkavad ning hindavad inimese abivajadust juba praegu. Enne koordinatsiooniteenuse käivitamist tuleb hinnata, kas terviseteejuhi ja teiste osapoolte kavandatud tööjaotus ning andmevahetus võimaldavad abi korraldada seniseid hindamisi ja andmesisestust dubleerimata.

251. Samuti tuleb tagada, et iga osapool saab oma ülesandeks vajaliku teabe, ilma et ligipääs inimese andmetele oleks põhjendamatult lai. Pärast teenuse käivitamist tuleb hinnata, kas inimesed on jõudnud vajaliku abini senisest sujuvamalt.

252. Koordineerimine üksi ei suurenda teenuste kättesaadavust. Kui inimese tervise- ja toimetulekuvajadust hakatakse senisest süsteemsemalt hindama, võib ilmneda täiendav vajadus näiteks koduteenuse, koduõenduse, taastusravi ja sotsiaaltranspordi järele. TERVIK ega terviseteejuht ei saa neid teenuseid ise juurde luua. Kui vajalikku teenust piirkonnas ei ole või inimene ei saa seda endale lubada, ei taga ka parem koordineerimine talle vajalikku abi.

253. Eelnõu seletuskirja järgi oleksid reformi rakenduskulud aastatel 2027–2030 ligikaudu 37 miljonit eurot. Samuti prognoositakse, et koordineeritud abi tulemusel väheneksid ravikulud ligikaudu 38 miljoni euro võrra. Võimalik sääst sõltub sellest, kas koordineeritud abi

Riskitunnus on näitaja, mis väljendab inimese tavapärasest suuremat riski vajada tervishoiuteenuseid ning aitab märgata võimalikku vajadust valdkondadeülese koordinatsiooniteenuse järele.

Riskitunnuse arvutamiseks on kavas kasutada

- ravi, terviseseisundi, geneetilisi, terviseriskide jm andmeid;
- mitterahaliste ravikindlustushüvitiste andmeid;
- rahaliste ravikindlustushüvitiste andmeid;
- retsepti- ja ravimiandmeid;
- meditsiiniseadmeandmeid.

Allikas: eelnõu 999 SE seletuskiri

Teadmiseks, et

koduteenuste hea kättesaadavus võib lükata edasi vajadust oluliselt kallima hooldekoduteenuse järele.

Riigikontrolli auditid näitavad, et koduteenuse peamine arenguvajadus seisneb selle juhtimise ja töökorralduse parandamises nii, et kasutada olevate ressurssidega oleks võimalik teenindada rohkem abivajajaid.

Samal ajal ei ole hooldereform seni toonud kaasa soovitud nihet kodus elamist toetavate teenuste suurema kasutuse suunas – 2023. aastal kasvas nii koduteenuse kui ka hooldekoduteenuse saajate arv võrdselt ning paljudel omavalitsustel ei jätku pärast hooldekoduteenuse rahastamist enam raha koduteenuste arendamiseks.

Allikas: Riigikontrolli auditiaruanded „Koduteenuste korraldus“ (2023) ja „Hooldereform“ (2025)

vähendab kavandatud määral haiglaravi ja erakorralise abi kasutamist. Samas tuleb reformi elluviimiseks raha ette näha sõltumata sellest, kas ja millal prognoositud ravikulude kokkuhoid saavutatakse.

254. Eraldi vajab kokkulepet reformi käigus ilmneda võiva täiendava teenusevajaduse rahastamine. Sotsiaalministeeriumi ühe stsenaariumi järgi 2030. aasta kohta oleks kodus elamist toetavate teenuste täiendav aastakulu ligikaudu 4,6 miljonit, Eesti Linnade ja Valdade Liidu hinnangul ligikaudu 12 miljonit eurot.

255. Hinnangud põhinevad erinevatel eeldustel ega ole otseselt võrreldavad, kuid näitavad, et riigil ja omavalitsustel ei ole täiendava teenusevajaduse kulude suhtes ühist arusaama. Enne reformi käivitamist tuleb kokku leppida, milliste eelduste põhjal kulusid arvestatakse ja kuidas lisanduvad kulud kaetakse.

Tervishoiu- ja sotsiaalteenuste lõimimise reform loob kauaoodatud ja vajaliku raamistiku, ent edu sõltub sellest, kas suudetakse tagada teenuste kättesaadavus

256. Kavandatav reform võib aidata keerulise abivajadusega inimesel jõuda tervishoiu- ja sotsiaalteenusteni, ilma et ta peaks ise eri asutustest abi otsima ja neile enda kohta infot vahendama. Riigikontrolli hinnangul peab inimene olema andnud nõusoleku enne, kui tema andmeid kasutatakse riskitunnuse arvutamiseks.

257. Reformi toimimiseks on vaja ka selget tööjaotust, piisavalt terviseteejuhte, püsivat rahastust ning vajalike teenuste kättesaadavust. Kui need tingimused jäävad täitmata, võib uus koordineerimistasand tööd juurde tuua, ilma et inimene kiiremini abi saaks.

258. Sotsiaalministeeriumil tuleks koostöös Tervisekassa ja kohalike omavalitsuste esindajatega esitada eelnõu menetluse käigus lahendused, mis

- tagavad, et inimene annab eelneva nõusoleku kasutada tema andmeid riskitunnuse arvutamiseks ja selle põhjal talle koordinatsiooniteenuse pakkumiseks;
- põhjendavad riskitunnuse arvutamiseks iga kavandatud andmeliigi vajalikkust ning piiravad andmekasutuse üksnes võimaliku koordinatsioonivajaduse märkamiseks vajalike andmetega;
- määravad reformi kulude arvestamise ühised eeldused ja püsiva rahastamise ning näitavad, kuidas kaetakse reformi käigus ilmneda võiv täiendav tervishoiu- ja sotsiaalteenuste vajadus.

259. Sotsiaalministeeriumil tuleks enne koordinatsiooniteenuse käivitamist hinnata koos Tervisekassa, kohalike omavalitsuste ja teenuseosutajatega, kas terviseteejuhte on plaanitud vajalikul hulgal ning kas tööjaotus ja andmevahetus võimaldavad inimest aidata, dubleerimata seniseid tegevusi. Pärast teenuse käivitamist tuleb hinnata, kas uus korraldus aitab inimestel vajalike teenusteni jõuda, ning vajaduse korral muuta töökorraldust.

Tervishoiu tööjõupuuduse leevendamiseks vaid järelkasvu suurendamisest ei piisa

Teadmiseks, et

Riigikontroll järeldas 2022. aasta ülevaates, et tervishoius on rahanappusest suuremaks probleemiks kujunenud tervishoiutöötajate aina süvenev puudus. Eriti terav oli puudus õdedest ja hooldustöötajatest, samuti perearstidest, psühhiaatritest ja erakorralise meditsiini arstidest. Eraldi probleemina tõi Riigikontroll välja tervishoiutöötajate ületundide suure kasvu.

Allikas: Riigikontrolli 2022. aastaaruanne „Eesti tervishoiu suundumused“

260. Tervishoiutöötajatest ning nende teadmistest ja oskustest sõltub tervishoiuteenuste kättesaadavus, kvaliteet, patsientide rahulolu ning laiemalt tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkus. Kuigi arstide ja õdede arv on viimastel aastatel kasvanud, näitavad tervishoiutöötajate keskmise vanuse tõus ning prognoositav asendusvajadus, samuti spetsialistide puudus mitmetel erialadel ja sage ületunnitöö, et tööjõupuudus püsib.

261. Tervishoiutöötajate arvu hindamisel kasutatakse peamiselt Terviseameti tervishoiutöötajate registrit ja Tervise Arengu Instituudi kogutud statistikat. Terviseameti registris oli 2026. aasta esimese kvartali seisuga üle 27 600 tervishoiutöötaja, sealhulgas lisaks arstidele ja õdedele ka füsioterapeudid, logopeedid, ämmaemandad jt spetsialistid. Eesti tervishoiusektoris töötas neist ligikaudu 18 600 ehk kaks kolmandikku.

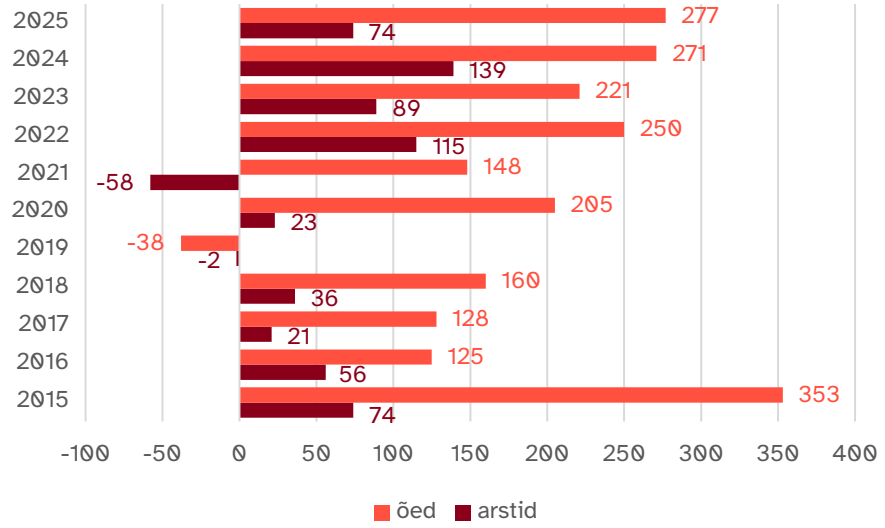
262. Ligikaudu 9000 Terviseameti registrisse kantud tervishoiutöötajat tervishoiusektoris ei töötanud. Nende hulgas oli 2430 arsti ja 5910 õde, kes võivad olla pensionile jäänud, töötada välismaal või mõnes muus valdkonnas või olla ajutiselt tööturult eemal. Osa neist arstidest ja õdedest võiks sobivate tingimuste korral tervishoidu naasta.

263. Tervise Arengu Instituudi andmetel suurenes aastatel 2020–2025 tervishoius töötavate õdede arv ligikaudu 1170 ehk 14% võrra ning arstide arv 360 ehk 8% võrra (vt joonis 14). Täistööajale taandatud ametikohtade arv kasvas samal ajal vähem: õdedel ligikaudu 1040 ja arstidel 186 võrra.

264. Sarnane trend on OECD andmetel[62] levinud ka teistes Euroopa Liidu riikides: arstide absoluutarv on kasvanud kiiremini kui nende täistööajale taandatud ametikohtade arv. See viitab suundumusele, et kuigi arste on rohkem, töötatakse väiksema koormusega.

[62] Health at a Glance: Europe. OECD, 2024, lk 26.

Joonis 14. Töötavate õdede ja arstide arvu muutus võrreldes eelmise aastaga, 2015–2025



* Muutus võtab arvesse tervishoiusektorisse aasta jooksul lisandunud, sealt lahkunud ja seal juba töötavad õed ja arstid.

Allikas: Tervise Arengu Instituut, tabel THT001

Teadmiseks, et

2025. aastal olid arstidest kõige kõrgema keskmise vanusega taastusarstid (60,7 aastat), töötervishoiuarstid (60), südamekirurgid (59,2), endokrinoloogid (57,6), lastearstid (57), neuroloogid (56,8), nahaarstid (56,3), kardioloogid (56,3) ja perearstid (56,1).

Allikas: Tervise Arengu Instituut, tabel THT004

265. Rahvastiku tervise arengukavas on võetud eesmärgiks arstide ja õdede arvu igal aastal järk-järgult suurendada. 2025. aasta sihttase oli 100 000 inimese kohta 365 arsti ja 742 õde. Tegelikult töötas 100 000 inimese kohta 366 arsti ja 709 õde (vt tabel 6). Arstide puhul oli 2025. aasta sihttase seega saavutatud, õdede puhul jäi tegelik näitaja sihttasemest 33 võrra madalamaks. Sihttaseme saavutamiseks oleks vaja, et täiendavalt asuks tööle ligikaudu 439 õde.

Tabel 6. Arstide ja õdede arv 1000 inimese kohta

Näitaja	Arste	Õdesid
Rahvastiku tervise arengukava sihttase 2030	3,8	8,5
Rahvastiku tervise arengukava sihttase 2025	3,7	7,4
Eesti tegelik näitaja (2025. aasta)	3,7	7,1
Euroopa Liidu keskmine (2023. aasta)[63]	4,3	8,5

Allikas: Tervise Arengu Instituut; rahvastiku tervise arengukava programm „Inimkeskne tervishoid 2025–2028“

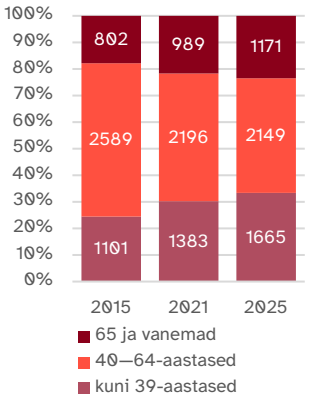
266. OSKA prognoosi järgi vajab tervishoid aastatel 2024–2033 ligikaudu 7700 uut töötajat. Ligikaudu pool vajadusest tuleneb vanemaealiste töötajate lahkumisest, 30% tervishoiuteenuste nõudluse kasvust ja 20% tööjõu voolavusest.[64] Seega ei tulene tööjõuvajadus

[63] State of Health in the EU. Eesti. Riigi terviseprofiil 2025. OECD Publishing, European Observatory on Health Systems and Policies.

[64] Tulevikuvaade tööjõuvajadusele. Tervishoid. OSKA, 2024.

niivõrd uute töökohtade loomisest, kuivõrd vajadusest asendada lahkuvad töötajad.

Joonis 15. Töötavate arstide vanuseline jaotus

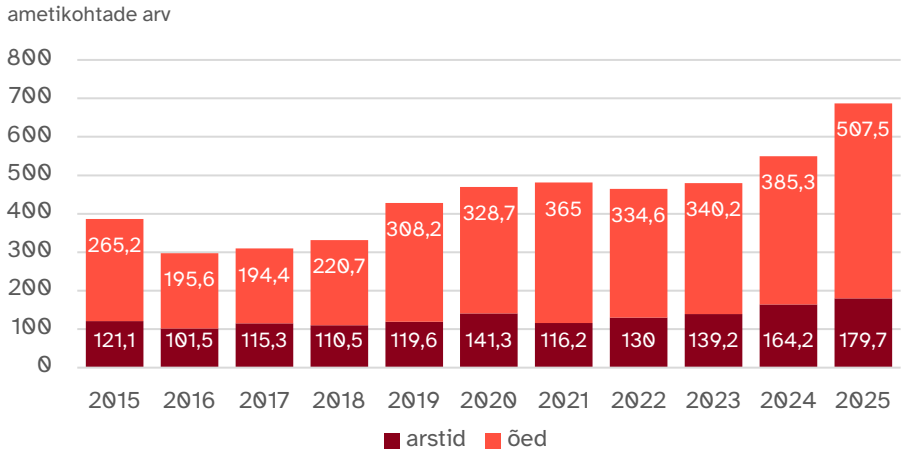


Allikas: Tervise Arengu Instituut, tabel THT002

267. Tervishoiutöötajate asendusvajadus on suur, sest märkimisväärne osa töötajatest on pensionieas või läheneb sellele. 2025. aastal olid vähemalt 55-aastased 44,2% arstidest ja 29,0% õdedest; 2015. aastal olid vastavad osakaalud 44,6% ja 25,4%. Vähemalt 55-aastaste arstide osakaal püsis seega peaaegu muutumatuna, kuid vähemalt 65-aastaste arstide osakaal suurenes samal ajal ligikaudu 18%-lt 24%-ni (vt joonis 15). OECD võrdluses kuulub Eesti nende riikide hulka, kus vähemalt 55-aastaste arstide osakaal on suurim.[65] Kuigi paljud tervishoiutöötajad jätkavad töötamist ka pärast pensioniea saabumist, osutab tööjõu vanuseline koosseis vajadusele leida lähikümnendil lahkuvate töötajate asemele suur hulk uusi spetsialiste.

268. Tööjõupuudusele osutab ka ületundide püsivalt suur maht. 2025. aastal vastasid arstide tehtud ületunnid ligikaudu 180 täistööajaga ametikoha ja õdede ületunnid 508 täistööajaga ametikoha tööajale (vt joonis 16). Võrreldes 2020. aastaga suurenes ületundide maht arstidel ligikaudu 38 ja õdedel 179 täistööaja ametikoha võrra. Pikaajaline sõltuvus ületundidest suurendab läbipõlemise ja töölt lahkumise ohtu. Sellise töökorralduse suurimaks riskiks on ravikvaliteedi halvenemine ja väljakutseks patsiendiohutuse tagamine.

Joonis 16. Ületundidest tulenev täiendav täistööajaga ametikohtade arv



Allikas: Tervise Arengu Instituut

269. Tervishoiutöötajate vajaduse hindamiseks on nende arvu kõrval oluline teada, millise koormusega nad töötavad. Sellise analüüsi tegemist raskendab asjaolu, et osa neist töötab mitme teenuseosutaja juures ning töösuhte andmetest ei selgu nende töökoormus igas asutuses. Maksu- ja Tolliameti andmetel oli 2026. aasta märtsis 24%-l tervishoiusektori töötajatest töösuhe vähemalt kahe tervishoiuteenuse

[65] Health at a Glance. OECD, 2025.

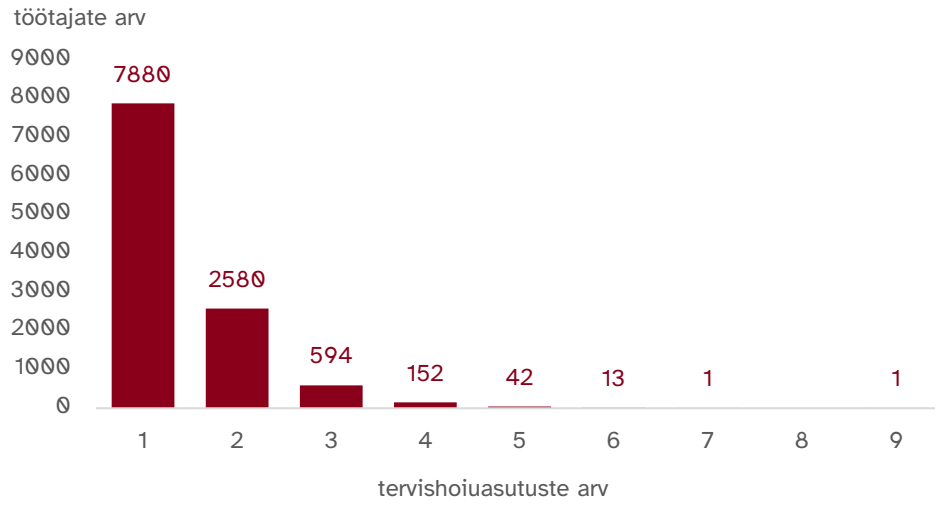
Haiglavõrgu arengukava haiglad – avaliku sektori haiglad, mis moodustavad võrgustiku, mille eesmärk on tagada kvaliteetse eriarstiabi kättesaadavus üle riigi. Need haiglad jagunevad järgmiselt:

- **piirkondlikud haiglad (3):** Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Tartu Ülikooli Kliinikum, Tallinna Lastehaigla;
- **keskhaiglad (4):** Ida-Tallinna Keskhaigla, Lääne-Tallinna Keskhaigla, Ida-Viru Keskhaigla, Pärnu Haigla;
- **üldhaiglad (11):** Järvamaa Haigla, Kuressaare Haigla, Läänemaa Haigla, Rakvere Haigla, Lõuna-Eesti Haigla, Narva Haigla, Viljandi Haigla, Valga Haigla, Hiiumaa Haigla, Põlva Haigla, Raplamaa Haigla;
- **lisaks (2):** Jõgeva Haigla, Haapsalu Neuroloogiline Rehabilitatsioonikeskus.

osutajaga ning haiglavõrgu arengukava haiglates oli vastav osakaal ligikaudu 30% (vt joonis 17).

270. Mitme tööandja juures töötamine oli arstlikest erialadest enim levinud ortopeedias, anestesioloogias ja günekoloogias; neile järgnesid üldkirurgia, radioloogia ja uroloogia. Kuivõrd töösuhete arv ei näita, millise koormusega arst iga teenuseosutaja juures töötab, ei saa täpselt öelda, kui palju arstide tööaega on mingil erialal või mingis piirkonnas tegelikult kasutada või kui palju töötajaid oleks vaja tavapärase tööaja korral.

Joonis 17. Asutuste arv, millega haiglavõrgu arengukava haiglates töötavad tervishoiutöötajad olid tööalaselt seotud 31.03.2026. aasta seisuga



Allikas: Riigikontroll Terviseameti andmete alusel

271. Ekspertide hinnangul on arstlikest erialadest suurem tööjõuvajadus perearstide, psühhiaatrite, erakorralise meditsiini ja sisehaiguste arstide, onkoloogide ning pediaatrite järele. Ekspertide hinnangut toetab riikliku residentuuritellimuse võrdlus Tartu Ülikooli tegeliku vastuvõtuga: aastatel 2021–2025 oli enim täitmata residentuurikohti erakorralise meditsiini (24 kohta), perearstiabi (20), sisehaiguste (19), taastusravi (12), töötervishoiu (7) ja psühhiaatria (6) erialal.[66] OSKA prognoosi kohaselt napib lisaks arstidele ka õdesid, hooldustöötajaid ja teisi tugispetsialiste, sealhulgas psühholooge, logopeede ja füsioterapeute.[67]

Teadmiseks, et

2023. aastal oli Eestis 4,5% arstidest ja 0,2% õdedest välispäritolu. Mõlema näitaja poolest on Eesti ELi riikidest viimaste seas.

Allikas: OECD. Health at a Glance 2025

272. Välismaalt saabunud tervishoiutöötajate lisandumine on tööjõupuudust leevendanud piiratud ulatuses. Aastatel 2022–2026 registreeriti Eestis 304 välisriigist tulnud tervishoiutöötajat, sealhulgas 87 arsti ja 66 õde. Enim lisandus Ukraina (115), Venemaa (81), Soome

[66] Riigikontroll Sotsiaalministeeriumi andmete põhjal.

[67] Tulevikuvaade tööjõuvajadusele. Tervishoid. OSKA, 2024.

(25) ja Läti (16) kodakondsusega tervishoiutöötajaid. 2026. aasta I kvartali seisuga töötas neist tervishoius endiselt ligikaudu 80%.

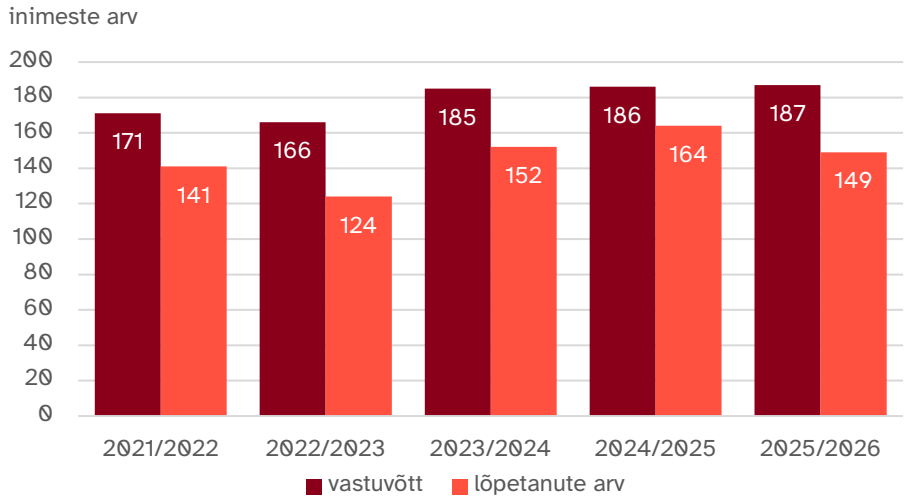
Järelkasvu koolitamise maht ei taga tulevikus piisava hulga tervishoiu-töötajate olemasolu

273. Järelkasvu koolitamine on tööjõupuuduse leevendamise üks peamisi hoobasid. Võrreldes Riigikontrolli 2022. aasta ülevaatega on suurendatud residentuuri ja õdede koolitustellimust, samal ajal kui arsti põhiõppe vastuvõtt on püsinud üldjoontes samal tasemel.

274. Aastatel 2021–2025 võeti eestikeelsesse arsti põhiõppesse vastu keskmiselt 179 üliõpilast aastas ning lõpetajaid on olnud samal perioodil igal aastal keskmiselt 146. Aastal 2023 tõusis vastuvõtt 185-ni ning on viimasel kolmel aastal püsinud samal tasemel (vt joonis 18).

275. Haridus- ja Teadusministeeriumi ning Tartu Ülikooli vahel 2026. aastal sõlmitud halduslepingu tagab aastatel 2026–2028 eestikeelses arstiõppes vähemalt 183 õppekoha rahastamise. Eksperdid ja Tartu Ülikool on viidanud vajadusele tõsta arstiõppe vastuvõtt 200 tudengini, kuid seni pole vajalikus lisarahastuses kokku lepitud.

Joonis 18. Eestikeelsesse arsti põhiõppesse vastuvõetute ja lõpetajate arv aastatel 2021–2025

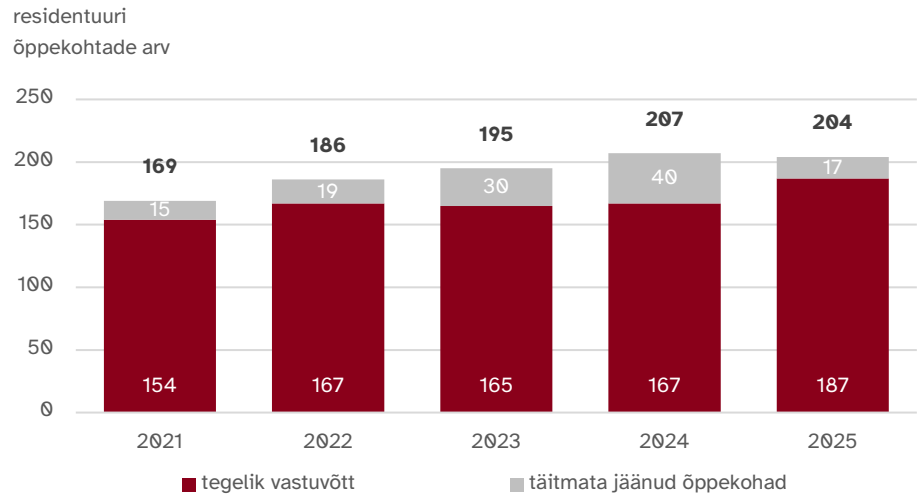


Allikas: Eesti Hariduse Infosüsteem. Haridussilm

276. Pärast põhiõpet järgneb eriarstiõpe residentuuris. Eriarstide residentuuri riiklikult rahastatud kohtade arv ehk residentuuritellimus on alates 2021. aastast peaaegu igal aastal kasvanud, ületades 2024. aastal 200 koha piiri. Residentuurikohtade täitumine ei ole aga kasvanud samas tempos: 2024. aastal asus õppima ligi 40 inimest vähem, kui riik oli tellinud. 2025. aastal suurenes residentuuri vastuvõetute arv 20 võrra, jõudes 187-ni (vt joonis 19). Aastatel 2021–2025 lõpetas residentuuri aastas keskmiselt 112 eriarsti.

277. Residentuuri õppekohtade koguarvu kõrval tuleb arvestada nende jaotust ja täitumist erialade kaupa, sest üldine vastuvõtu kasv ei vähenda tööjõupuudust, kui suurema vajadusega erialadel jäävad kohad täitmata (vt p 271).

Joonis 19. Riiklikult finantseeritud residentuuri õppekohtade arv, tegelik vastuvõtt ja täitmata õppekohad aastatel 2021–2025



Allikas: Riigikontroll Sotsiaalministeeriumi andmete põhjal

278. Suurendatud on ka õdede koolitustellimust. Riiklikult rahastatavate õe põhiõppe kohtade arv kasvas 2022. aasta 600-lt 2023. aastal 700-ni. 2025. aasta tervisevaldkonna rakenduskõrghariduse konsensusleppe järgi peab järgmise nelja aasta jooksul minimaalne vastuvõtt suurenema 720-ni ning eriõdede magistriõppe kohtade arv 80-lt 120-le.

279. Kuigi tervishoiukõrgkoolid oleksid valmis isegi rohkem õdesid koolitama, on pudelikaelaks praktilise õppe korraldamine, milleks napib nii praktikabaase ja -juhendajaid kui ka rahastust (vt infokasti).

280. Õdede väljaõppe üheks hästi toimivaks suunaks on olnud regionaalsete õppekohtade loomine Narvas, Kohtla-Järvel, Pärnus, Haapsalus, Rakveres ja Kuressaares. Erialaseltside hinnangul aitab regionaalne õpe leevendada piirkondlikku õdede nappust, sest kodu lähedal õppimine suurendab tõenäosust, et pärast õppe läbimist jäädakse piirkonda tööle.

281. Üksnes koolitusmahu suurendamisega ei ole aga kõiki tervishoiusektori tööjõupuudust põhjustavaid probleeme võimalik lahendada. OSKA uuringu[68] järgi ei tulene õdede tööjõuvajadus üksnes pensionile jäävate töötajate asendamisest, vaid olulisel määral ka tööealiste õdede lahkumisest oma ametialalt. Seetõttu tuleb järelkasvu koolitamise kõrval tegeleda ka olemasolevate töötajate hoidmisega, sealhulgas parandada töökorraldust ja -tingimusi, et vähendada ülekoormust ja ametialalt lahkumist.

282. Rahvastiku vananedes ning tööturule sisenevate noorte arvu kahanedes muutub töötajate hoidmine ja nende oskuste parem kasutamine veelgi olulisemaks, sest tööealiste inimeste vähenemisel ei

Teadmiseks, et

konsensusleppe järgi peab Sotsiaalministeerium tagama õdede tööpraktika juhendamise kulude katmise.

Sotsiaalministeeriumi sõnul ei kata aga olemasolev eelarve tegelikku praktika-juhendamise kulu ning vaja on lisaraha. 2026. aasta praktikajuhendamise eelarve oli 374 000 eurot, kuid ministeeriumi hinnangul oleks vaja ligi kaks korda suuremat summat.

Allikas: Konsensuslepe õppe-aastatel 2026/2027–2029/2030; Sotsiaalministeeriumi veebileht

Tööjõupuudust saaks leevendada töökorralduse muudatustega

[68] Tulevikuvaade tööjõuvajadusele. Tervishoid. OSKA, 2024.

pruugi tervishoiutöötajate arvu ja koolitusmahtude järjepidev suurendamine olla enam teostatav.

283. Rahvusvahelisele praktikale tuginedes nähakse ühe lahendusena ravimeeskonnas tööülesannete ümberjaotamist nii, et eri spetsialistid saaksid rakendada oma väljaõpet ja oskusi võimalikult täielikult ega kulutaks aega nende ülesannete täitmisele, milleks nende kvalifikatsiooni ei ole vaja.[69]

Eriõde on õde, kes on läbinud õe erialase koolituse õppekava või alates 2018. aastast terviseteaduse magistriõppekava õendusabi erialal (intensiivõendus, kliiniline õendus, terviseõendus, vaimse tervise õendus).

Eriõel on süvendatud kliiniline pädevus ja otsustusoskus omandatud erialal ning valmisolek töötada nii meeskonnas kui ka iseseisvalt. Eriõdedel on piiratud retseptiõigus.

Allikas: Eriõe baaspädevused. Eesti Õdede Liit, 2025

284. Arstide tööaja kokkuhoidmiseks ja ravi kättesaadavuse parandamiseks on Eestis alates 2006. aastast koolitatud eriõdesid, kes töötavad nii perearstikeskustes kui ka haiglates.

285. Eriõdede rolli ja vastutuse laiendamiseks on viimastel aastatel tehtud mitu olulist muudatust. 2024. aastal hakkas Tervisekassa rahastama eriõdede iseseisvaid vastuvõtte ja eriõed said õiguse vormistada saatekirju, et suunata patsiente teise tervishoiutöötaja vastuvõtule, uuringutele, andma analüüse. 2025. aasta aprillist saavad eriõed Tervisekassa rahastusel teha e-konsultatsioone teisele eriõele või õele.

286. Eriõdede pädevuse kasutamist piiravad siiski nii tervishoiuteenuste osutajate erinev töökorraldus kui ka kehtiv regulatsioon. Eesti Õdede Liidu hinnangul tuleks eelkõige ajakohastada eriõdede õigust kirjutada välja retsepte, et see vastaks paremini eriõdede pädevusele ja neile ravimeeskonnas antud ülesannetele. Sotsiaalministeerium soovib tulevikus eriõdede rolli veelgi suurendada.

287. Sotsiaalministeerium kavandab ka erialata arstide ehk üldarstide laiemat kasutamist tervishoiusüsteemis. Üldarstid töötavad juba praegu perearstikeskustes, haiglates ja EMOdes, kuid nende ülesanded ning see, kes nende tööd juhendab ja selle eest vastutab, sõltuvad suuresti konkreetse asutuse töökorraldusest.

288. 2026. aastal jõudis Riigikokku eelnõu[70], millega soovitakse ühtlustada ja täpsustada üldarsti staatust ja rolli tervishoiuteenuste osutamisel. Eesmärk on kasutada üldarste ülesannetes, mis ei nõua kindla eriala teadmisi ja oskusi, ning seekaudu vähendada eriarstide töökoormust.

289. Arstide ja õdede tööaega saab säästa ka kliinilise väljaõppeta töötajate abil. Haiglates on pikemat aega kasutatud kliinilisi assistente ning alates 2023. aastast rahastatakse nende tööd ka perearstiabis. Eesti Perearstide Seltsi hinnangul on kliiniliste assistentide tegevusel perearstimeeskonnas suur lisaväärtus, kuid lahendamist vajaks tervise

[69] Health and care workforce in Europe: time to act. World Health Organization, 2022.

[70] Ravikindlustuse seaduse ja tervishoiuteenuste korraldamise seaduse muutmise seadus (psühhiaatria saatekiri, e-konsultatsioon ja erialata arstid), 922 SE.

infosüsteemi juurdepääsu õiguste küsimus, et võimaldada assistentidele veel rohkem ülesandeid anda.

Tervishoiu tööjõupoliitika vajab pikaajalisemat vaadet kui neli aastat

290. Tervishoiutööjõu planeerimiseks peaks Sotsiaalministeeriumil olema terviklik ülevaade olemasolevast tööjõust ja järelkasvust, töötajate tegelikust töökoormusest ja tulevasest personalivajadusest. Praegu ministeeriumil sellist ülevaadet pole.

291. Tööjõu planeerimiseks vajaliku analüüsivõimekuse arendamiseks osales Sotsiaalministeerium aastatel 2023–2026 Euroopa ühisprojektis HEROES, mille käigus koostati Eesti andmete põhjal kolm prognoosimudelit riikliku koolitustellimuse ning kiirabi ja perearstiabi tööjõu planeerimiseks.

292. Prognoosimudelite koostamine näitas, et tööjõu pakkumisest ülevaate saamiseks on andmed üldiselt olemas. Puudulikumad on andmed, mida on vaja tööjõuvajaduse hindamiseks, eelkõige töötajate tegeliku töökoormuse ja ületundide kohta. Samale probleemile juhtis Riigikontroll tähelepanu ka 2022. aasta tervishoiuvaldkonna ülevaates.

293. Tervishoiutööjõudu tuleb planeerida pikema vaatega kui üks riigi eelarvestrateegia periood. Sotsiaalministeerium koostab 2026. aastal tööjõu tegevuskava aastateks 2026–2029, kuid tervishoiutöötajate väljaõpe kestab kauem ning suur osa järgmise kümnendi tööjõuvajadusest tuleneb praeguste töötajate asendamise vajadusest.

294. Seetõttu peaks tegevuskava lähtuma pikemaajalisest vaatest, mis arvestab koolitusvajaduse kõrval töötajate vanuselist struktuuri ja asendusvajadust, tervishoiuteenuste nõudluse muutust, kavandatavaid töökorralduse muudatusi ning piirkondlikke vajadusi.

Tervishoiutöötajate arvu kasv ei ole tööjõupuudust leevendanud

295. Kokkuvõttes on tervishoiutöötajate arv viimase viie aasta jooksul kasvanud ning õdede ja residentide koolitusmahtu on suurendatud, kuid tööjõupuudus ei ole leevenenud. Riigikontrolli 2022. aasta ülevaatega võrreldes on probleemid suuresti samad: märkimisväärne osa tööjõust on pensionieas või läheneb sellele, töötajate ületundide maht püsib suur ning mitmel suurema tööjõuvajadusega erialal jääb osa tellitud residentuurikohti täitmata.

296. Järelkasvu suurendamisel on omakorda piirangud. Õdede koolitusmahu edasist kasvu piiravad praktikakohtade ja juhendajate nappus ning rahastamisvõimalused. Arstide puhul on residentuurikohti küll juurde loodud, kuid osa riigi tellitud kohtadest jääb täitmata. Lisaks puudub residentuuri koolitusmahu suurendamiseks pikaajaline rahastamislahendus.

297. Ainult uute tervishoiutöötajate koolitamisest tööjõupuuduse leevendamiseks ei piisa. Järgmisel kümnendil tuleb asendada suur hulk vanemaealisi töötajaid, samal ajal väheneb demograafiliste muutuste

tõttu koolitusikka jõudvate noorte arv ja rahvastiku vananemine suurendab tervishoiuteenuste vajadust. Seetõttu peab tervishoiutööjõu poliitika ühendama järelkasvu tagamise, olemasolevate töötajate hoidmise ja tervishoidu tagasitoomise ning töökorralduse muutmise nii, et eri spetsialistide oskusi ja tööaega kasutataks otstarbekamalt.

298. Tervishoiu tööjõupuuduse leevendamiseks tuleks Sotsiaalministeeriumil teha järgmist:

- leida koos Haridus- ja Teadusministeeriumiga võimalused, kuidas tagada õppeasutustega kokkulepitud koolitusmahu täitmine, kaasa arvatud piisava hulga praktikakohtade ja juhendajate olemasolu, ning toetada regionaalset õpet seal, kus see aitab leevendada piirkondlikku tööjõupuudust;
- suunata tööjõupoliitikas senisest rohkem tähelepanu olemasolevate töötajate hoidmisele, nende ülekoormuse vähendamisele ning tervishoius mittetöötavate kvalifitseeritud spetsialistide tagasitoomisele;
- arendada koos Tervisekassaga töökorraldust ja digilahendusi, mis säästavad tervishoiutöötajate aega ning võimaldavad eriõdedel, üldarstidel ja teistel spetsialistidel kasutada oma teadmisi ja oskusi;
- parandada tööjõu planeerimiseks vajalike, eelkõige töötajate töökoormust kajastavate andmete kvaliteeti ning kasutada neid andmeid, et hinnata regulaarselt tööjõuvajadust erialade ja piirkondade kaupa; lähtuda koolitustellimuse ja tööjõupoliitika kujundamisel pikaajalisest vaatest, mis arvestab muu hulgas töötajate asendusvajadust ja tervishoiuteenuste nõudluse muutust.

Tervishoiuvaldkonnas kavandatakse rohkem muudatusi, kui suudetakse ellu viia

299. Riigikontrolli viimaste aastate auditite läbiv järeldus on, et tervisevaldkonna probleemid ja arendusvajadused on küll valdavalt teada ning pikaajalised sihid sõnastatud, kuid alati ei ole selge, milliste tegevuste kaudu eesmärkideni jõutakse, kes nende eest vastutab ja milliste vahenditega need ellu viiakse.

300. Nii on näiteks tervishoiuteenuste kvaliteedi, tervishoiutöötajate järelevalve, terviseandmete ja kiirabiteenuse korraldamisega seotud probleemid olnud teada, kuid jäänud pikka aega lahendamata või on neid püütud leevendada üksikute arendusprojektide algatamise abil.

301. Tervisevaldkonna poliitilise ja strateegilise juhtimise eest vastutab Sotsiaalministeerium. Tervisepoliitika juhtimisel lähtub ministeerium rahvastiku tervise arengukavast 2020–2030, kus on kirjas tervisevaldkonna pikaajaline visioon ja eesmärgid. Arengukava viiakse ellu kolme programmi kaudu (vt infokasti), mis koostatakse nelja-aastaseks perioodiks ja mida uuendatakse igal aastal.

Teadmiseks, et

2022. aastal märkis Riigikontroll, et tervishoiu-valdkonna eesmärkide ja tegelike võimaluste vahel on suur lõhe ning kokkulepitud eesmärkideni jõudmise tee ei ole selgelt paigas.

Puudus ei ole analüüsidest ega sihtidest, vaid otsustest ja eestvedajatest.

Allikas: Riigikontrolli aruanne „Eesti tervishoiu suundumused“ (2022)

Teadmiseks, et

rahvastiku tervise arengukava 2020–2030 viiakse ellu kolme programmi kaudu. 2026. aasta riigieelarve järgi jagunes tervisevaldkonna eelarve (kokku 2,57 miljardit eurot) järgmiselt:

- tervist toetavate valikute programm – 26 miljonit;
- tervist toetava keskkonna programm – 8,6 miljonit;
- inimkeskse tervishoiu programm – 2,5 miljardit.

Inimkeskse tervishoiu programmi eelarvest moodustab Tervisekassa eelarve omakorda 2,48 miljardit, mida kajastatakse tegevuspõhise eelarve metoodikast tulenevalt ainult ühe eelarvereana.

Allikas: Sotsiaalministeeriumi veebileht

302. Programmid seovad arengukava eesmärgid tegevuste ja riigieelarvega, kuid see seos jääb sageli üldsõnaliseks. Programmide põhjal ei ole alati võimalik näha, milliste konkreetsete tegevustega eesmärkide poole liigutakse, kui palju need tervikuna maksavad, kes vastutab tulemuse eest, milline on aruandekohustus ja kuidas hinnatakse tegevuste tulemuslikkust.

303. Seetõttu kasutatakse arengukava ja programmide kõrval tervisevaldkonna juhtimiseks arvukalt muid strateegilisi dokumente, sealhulgas arengusuundasid ja tegevuskavasid. 2026. aasta septembris oli tervisevaldkonnas 16 sellist strateegiadokumenti ning koostamisel või planeerimisel veel seitse.[71]

304. Olenevalt teemast on nende strateegiadokumentide koostamise algatamine lähtunud ministeeriumi või erialaseltside soovist mõnele teemale rohkem tähelepanu pöörata. Sellest tulenevalt on dokumentide vorm, detailsus ja ajaline perspektiiv väga erinevad ning nende koostamisel ei ole alati arvestatud, kas elluviimiseks vajalikud eeldused ja ressursid on olemas.

305. Nii tekib oht, et kavatsuste kokkuleppimisele kulutatakse palju ressursse, kuid tegevuste rakendumine lükkub määramata ajaks edasi või ei jõuta nendeni üldse. Näiteks töötati strateegia „Ravimipoliitika 2030“ kallal koos erialaseltsidega kolm aastat, kuid pärast dokumendi valmimist 2023. aastal ei ole selle rakenduskava siiani kinnitatud.

306. Strateegiliste eesmärkide kokkuleppimine peab toimuma Sotsiaalministeeriumi eestvedamisel. Erialaorganisatsioonide ja teiste osaliste kaasamine eesmärkide seadmisesse on vajalik, kuid tervisepoliitika kujundamise ja elluviimise eest vastutab Sotsiaalministeerium, kes peab selgelt määrama, millised kokkulepped valdkonna arengut suunavad ja riigiasutusi seovad ning kuidas need ellu viiakse. Praegu ei ole see alati üheselt selge.

307. Näiteks valmis „Esmatasandi tervishoiu arengukava 2035“ küll Sotsiaalministeeriumi tellimusel, kuid Eesti Perearstide Seltsi juhtimisel. Kuna lõplik tulemus erineb Sotsiaalministeeriumi visioonist, ei käsitle ministeerium seda oma arengukavana, millest üks ühele juhinduda. Samal ajal on valdkonna osalistel ootus, et arengukavas kokkulepitud suunad viiakse ellu.

308. Sotsiaalministeeriumi vastutus ei lõpe eesmärkide seadmise, regulatsioonide kujundamise ja ülesannete andmisega valitsemisala asutustele. Ministeerium peab ka hindama ja tagama, et neil asutustel oleks ülesande täitmiseks vajalik võimekus ja ressursid, sealhulgas piisavalt kompetentset tööjõudu. Piiratud ressursside korral peab

[71] Sotsiaalministeeriumi valitsemisala muud strateegilised dokumendid. 07.09.2026.

ministeerium otsustama, millised tegevused viiakse ellu esimesena ning millised tuleb edasi lükata, ümber kujundada või lõpetada.

309. Reformide planeerimisel ja prioriseerimisel tuleks arvestada ka erialaühenduste ja teenuseosutajate suutlikkusega muudatusi ette valmistada ning oma töös rakendada. Riigikontroll on täheldanud, et pikalt teada olnud probleeme on püütud lahendada lühikese aja jooksul mitme samaaegse suure muudatusega.

310. Näiteks olid kiirabi ja perearstiabi pikaajalised arengusuunad aastaid uuendamata, kuid nüüd kavandatakse mõlemas valdkonnas korraga mitut ulatuslikku ja põhimõttelist muudatust. Samal ajal on käivitamisel tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna koostöö reform, mis puudutab ka perearstide ja kiirabi töökorraldust.

311. Muudatuste kuhjumine suurendab nii riigiasutuste, erialaseltside kui ka teenuseosutajate koormust, hajutab tähelepanu ning võib vähendada võimet täita põhiülesandeid. Kui süsteemi tegelikku suutlikkust muutusi vastu võtta ja ellu viia ei arvestata, suureneb risk, et reformide ettevalmistus jääb poolikuks, muudatuste rakendamine venib või jääb reformiga kavandatud mõju üldse saavutamata.

312. Sotsiaalministeerium on viimasel paaril aastal tervisevaldkonna strateegilise juhtimise korraldust muutnud. 2024. aastal alustas ministeerium üleminekut teenusepõhisele juhtimisele ja 2025. aastal kehtestati strateegiliste dokumentide koostamiseks ja elluviimiseks ühtsed põhimõtted. Nende muudatuste mõju valdkonna juhtimiskorraldusele oli aruande koostamise ajal veel vara hinnata.

Tervisekassa roll on märkimisväärselt laienenud

Teadmiseks, et

2017. aastal võttis Riigikogu vastu seaduse, millega laiendati Tervisekassa tulubaasi. Riik hakkas riigieelarvest maksma Tervisekassale raha mittetöötavate vanaduspensionäride eest. Riigieelarveline eraldis suurenes järkjärgult alates 2018. aastast ning jõudis 2022. aastal 13%-ni pensionimaksetelt.

Muudatuse üks eesmärke oli vähendada ravikindlustuse rahastamise sõltuvust üksnes sotsiaalmaksu laekumisest.

Allikas: Eesti Haigekassa seaduse muutmise seadus

313. Tervisevaldkonna juhtimist mõjutab Tervisekassa rolli märkimisväärne laienemine viimase kümnendi jooksul. Tervisekassa ei ole enam üksnes ravikindlustuse korraldaja ja tervishoiuteenuste rahastaja, vaid talle on lisandunud järjest rohkem teenuste korraldamise ja arendamise, digilahenduste loomise ja osaliselt ka rahvatervishoiu ülesandeid.

314. Uued ülesanded on Tervisekassale lisandunud järk-järgult. Suurem ümberkorraldus toimus 2017. aasta tervishoiu rahastamise reformiga, mille käigus laiendati Tervisekassa tulubaasi ja ühtlasi viidi mitu varem riigieelarvest otse rahastatud teenust üle Tervisekassale.

315. Hiljem on ülesandeid lisandunud uute reformide ja asutuste vahel ülesannete ümberkorraldamise kaudu. Näiteks liigutati Terviseametist Tervisekassasse perearstiabiteenuse korraldamine ning Justiitsministeeriumist vanglameditsiini teenuse korraldamine ja rahastamine. Ülevaade ülesannete lisandumisest perioodil 2018–2025 on esitatud lisas G.

316. Väljaspool 2017. aasta reformi lisandus Tervisekassale aastatel 2020–2025 veel 19 ülesannet. Nende ülesannete kulud olid aastatel 2020–2026 koos 2026. aasta prognoosiga kokku ligi 153,9 miljonit, samal ajal kui nende täitmiseks lisandus Tervisekassale riigieelarvest 20,7 miljonit eurot (vt lisa G, joonis 27). Koos 2026. aasta eelarve-prognoosiga jääb siis Tervisekassa üldisest tulubaasist kaetavaks osaks ligi 133,2 miljonit eurot.

317. Seega on hiljem lisandunud ülesanded suurendanud Tervisekassa tulubaasist kaetavaid kohustusi ning jätnud tervishoiuteenuste kasvava vajaduse ja parema kättesaadavuse rahastamiseks vähem lisaraha, kui 2017. aastal prognoositi (vt lisa G, tabel 15).

Teadmiseks, et

2026. aastal moodustas Tervisekassa eelarve ligi 96% kogu tervisevaldkonna riigieelarvelisest rahastusest.

Allikas: Sotsiaalministeerium

318. Tervisekassasse ülesannete koondamist on eelnõude seletus-kirjades põhjendatud eelkõige eesmärgiga viia tervishoiuteenuste rahastamine ühe asutuse kätte, et muuta rahastamislepingute haldamine tõhusamaks ning kasutada Tervisekassa andmeid ja võimalusi seada lepingutingimuste kaudu teenuseosutajatele nõudeid teenuste lõimituse parandamiseks.

319. Ülesannete üleandmise praktiliste põhjustena nimetati Riigikontrollile antud intervjuudes ka Tervisekassa head haldusvõimekust ja sotsiaalmaksul põhinevat tulubaasi. Seetõttu ei ole uute ülesannetega alati kaasnenud riigieelarvest lisaraha ning lisandunud on korralduslikke ülesandeid, mis varem on olnud Terviseameti vastutada.

320. Tervishoiu rahastamise ning teenuste korraldus- ja arendus-ülesannete koondamisega ühte asutusse kaasnevad samal ajal mitmed riskid. Kui uute ülesannetega koos ei kaasne nende täitmiseks piisavalt lisaraha, töötajaid või valdkondlikku kompetentsust, suureneb surve Tervisekassa eelarvele. Uued ülesanded konkureerivad senistega sama raha ja töötajate pärast ning võivad vähendada Tervisekassa võimalusi täita oma põhiülesandeid, eelkõige korraldada ravikindlustust ja rahastada tervishoiuteenuseid.

321. Tervisekassa ülesannete laienemisega võib tekkida ka pinge tema eri rollide vahel. Tervisekassa on tervishoiuteenuste rahastaja ja ostja, kes peab tegema valikuid piiratud eelarve piires. Teenuste korraldaja ja arendajana mõjutab ta samal ajal seda, kuidas teenuseid osutatakse ja arendatakse ning milliseid ressursse selleks vajatakse. Seetõttu võib sama asutus olla olukorras, kus tuleb kaaluda ühelt poolt kulude piiramist ning teiselt poolt kättesaadavuse, kvaliteedi, võrdse ligipääsu või tervisetulemuste parandamiseks vajalikku lisakulu.

322. Selline eesmärkidevaheline pinge ei tähenda iseenesest, et Tervisekassa otsustes oleks üks eesmärk teise üle domineerinud, kuid rollide järkjärguline koondumine suurendab läbipaistvate ja kontrollitavate otsustusprotsesside tähtsust.

323. Ülesannete ümberjagamine on muutnud keerukamaks ka asutustevahelise rolli- ja vastutusjaotuse. Riigikontroll leidis 2025. aasta kiirabiauditis, et kiirabi korraldamise ja rahastamise ülesannete jagamine Terviseameti ja Tervisekassa vahel muutis kiirabiteenuse juhtimise ja korraldamise keerukamaks, hajutas vastutust järelevalve tegemisel ning vähendas Sotsiaalministeeriumi võimalusi kiirabivaldkonna arengut vahetult suunata. Sarnase tagajärjega näiteid esineb veel, näiteks perearstiabi puhul.

Teadmiseks, et

Tervisekassa on avalik-õiguslik juriidiline isik, kes on loodud ja tegutseb Tervisekassa seaduse alusel.

Tervisekassa kõrgeim juhtimisorgan on Tervisekassa nõukogu. Tervisekassat juhib nõukogu valitav juhatus.

Nõukogul on suur otsustusõigus Tervisekassa juhtimise korraldamisel, sh juhatuse valimisel, arengukava ja eelarve kinnitamisel ning sisekontrolli toimimise tagamisel.

Allikas: Tervisekassa seadus

324. Tervisekassa rolli laiendamisel on oluline arvestada ka Tervisekassa õiguslikku staatust ja erilist juhtimiskorraldust (vt infokasti). Tervisekassa on avalik-õiguslik juriidiline isik ega ole Sotsiaalministeeriumi otsealluvuses. Tervisekassa kõrgeim juhtimisorgan on kuueliikmeline nõukogu, kuhu kuuluvad võrdselt kaks riigi esindajat, kaks tööandjate esindajat ja kaks patsientide esindajat. Nõukogu juhib tervisevaldkonna eest vastutav minister, kuid kõigil nõukogu liikmetel on otsustamisel üks hääl.

325. Tervisekassa osaline sõltumatus poliitilisest juhtimistasandist ravikindlustuse rahastaja ja tervishoiuteenuste ostjana on põhjendatud: see toetab rahastamise stabiilsust.[72] Ent mida rohkem koondub Tervisekassasse tervishoiuteenuste korraldamise ja arendamise ülesandeid, seda olulisemaks muutuvad Sotsiaalministeeriumi ja Tervisekassa vaheline koostöö, infovahetus ja aruandluskord, mis võimaldaksid ministeeriumil tervisepoliitilisi valikuid suunata ja Tervisekassa tegevuse tulemusi hinnata.

Tervisevaldkonnas on eesmärke rohkem, kui suudetakse ellu viia

326. Kokkuvõttes ei ole tervisevaldkonna juhtimise peamine kitsaskoht sarnaselt 2022. aastaga sihtide või arendusideede puudumine, vaid suur lõhe eesmärkide ja tegelike võimaluste vahel. Strateegiadokumentide ja reformide kavandamisel ei ole sageli arvestatud, kas planeeritud muudatuste hulk ja elluviimise ajakava on kooskõlas rakendamiseks olemasoleva raha ja tööjõuga ning analüüsi- ja IT-arenduste tegemise suutlikkusega. Kui reforme ja uusi ülesandeid kavandatakse rohkem, kui asutused ja teenuseosutajad suudavad korraga ette valmistada ja ellu viia, võivad seatud eesmärgid jääda saavutamata ning kannatada ka põhiülesannete täitmine.

327. Tervisekassale on viimase kümnendi jooksul ravikindlustuse tagamise ja tervishoiuteenuste rahastamise kõrval lisandunud hulk tervishoiu korraldamise ja teenuste arendamise ülesandeid. Ülesannete koondamisel Tervisekassasse ei ole aga alati arvestatud seda, kas ja kuidas muudab see tervisevaldkonna toimimist ja juhtimist tervikuna. Kohati on muudatuste ajendiks olnud Tervisekassa suurem haldusvõimekus ja tulubaas. Seetõttu on kasvanud surve Tervisekassa

[72] Hawkins, L., Kasekamp, K. jt. Governing health service purchasing agencies: Comparative study of national purchasing agencies in 10 countries in eastern Europe and central Asia. Health Policy OPEN, 2023, 5, 100111.

eelarvele, muutunud keerukamaks eri asutuste rolli- ja vastutusjaotus ning vähenenud Sotsiaalministeeriumi võimalused tervisepoliitika elluviimist otse suunata.

328. Tervisepoliitika kujundamisel ja juhtimisel tuleks Sotsiaalministeeriumil teha järgmist:

- käsitleda suuremaid reforme ja arendusi tervikuna ning seada muudatuste järjekord ja tempo vastavusse elluviimise tegelike võimalustega;
- võrrelda enne Tervisekassale uue korraldus- või arendusülesande andmist selle lahenduse eeliseid teiste võimalustega, sealhulgas ülesande täitmise tugevdamisega senises asutuses, ning hinnata ülesande ümberkorraldamise mõju asutustevahelisele rollide ja vastutuse jaotusele ning senise ülesandetäitja teiste ülesannete täitmise suutlikkusele;
- hinnata enne Tervisekassale uue ülesande andmist selle muudatuse pikaajalist mõju Tervisekassa eelarvele ning seda, kas Tervisekassal on ülesande täitmiseks vajalik võimekus;
- määrata Tervisekassale ülesannete andmisel selgelt Tervisekassa vastutus, otsustuspädevus ja aruandekohustus, et Tervisekassa saaks täita talle antud ülesandeid piisava iseseisvusega, kuid Sotsiaalministeeriumil säiliksid pärast ülesande üleandmist tervisepoliitika kujundamiseks ja strateegiliseks juhtimiseks vajalik teave, analüüsivõime ning tegelik võimalus valdkonna arengut suunata.

Riigikontrolli varasemaid auditeid tervisevaldkonnas

17.03.2026	Kõrgvererõhktõve kui kroonilise haigusega patsientide ravi ja jälgimine
05.12.2025	Terviseandmete õigsuse, täpsuse ja ajakohasuse tagamine
13.01.2025	Kiirabi korraldus
02.12.2024	Järelevalve tervishoiutöötajate üle ja nende tegutsemisõiguse piiramine
03.10.2024	Tervishoiutöötajate pädevushindamine
07.03.2024	Riigi tegevus tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisel
01.11.2022	Ülevaade riigi vara kasutamisest ja säilimisest 2021.–2022. aastal. Eesti tervishoiu suundumused
06.12.2021	Pahaloomuliste kasvajate avastamine ja patsiendi ravile suunamine
16.11.2021	Täiskasvanute hambaravihüvitis
23.10.2018	Erakorraline meditsiin
03.11.2016	Riigi tegevus laste tervise hoidmisel ja ravimisel
03.02.2015	Riigi tegevus iseseisva õendusabi korraldamisel

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

Lisa A. Tervishoiu rahastamine: kirjanduse ülevaade

Lisasse on koondatud Eesti tervishoiu rahastamise kohta avaldatud uuringute, rahvusvaheliste võrdlusallikate ning Sotsiaalministeeriumi, Tervisekassa, Tervise Arengu Instituudi ja Arenguseire Keskuse viimaste analüüside põhisõnumid. Tegu on kirjanduse põhjal tehtud ülevaatega, mille eesmärk on anda rahastamisteemale taust ja poliitikavalikute raamistik.

Rahvusvahelises tervishoiu rahastamise kirjanduses on käsitletud rahastamist kolme omavahel seotud küsimuse kaudu: kuidas raha kogutakse, kuidas jagatakse ravikulude risk inimeste vahel ning kuidas kasutatakse kogutud raha tervishoiuteenuste ostmiseks ja nende eest tasumiseks.

Tervishoiusüsteemi rahastamismudeli põhijooned

Eesti tervishoiusüsteem põhineb solidaarsel ravikindlustusel ja Tervisekassal kui keskse ostja mudelil. Solidaarsus tähendab, et inimese õigus ravile ja rahastatava ravi maht sõltuvad ravivajadusest, mitte tema makstud sotsiaalmaksu suurusest. Suurte ravikulude risk jagatakse kindlustatute vahel.

Samas sõltub Tervisekassa tulubaas tugevalt tööjõumaksudest. 2025. aastal moodustas 85% Tervisekassa tuludest sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa ja 13% riigi tegevustoetused.[73] Töötavad kindlustatud inimesed moodustavad umbes poole ravikindlustatutest. Selline mudel võimaldab kuluriske laialt jagada, kuid muudab tulubaasi tundlikuks tööhõive ja rahvastiku vanuselise koosseisu muutuste suhtes.[74]

Eesti tervishoiukulud on Euroopa võrdluses madalad

Euroopa Liidu riigid kulutasid 2023. aastal tervishoiule keskmiselt 10% SKPst, Eesti 7,5%. 2024. aastal ulatusid Eesti tervishoiukulud 3,169 miljardi euroni ehk 8%-ni SKPst; sellest 77% kaeti avaliku sektori vahenditest ja 21% leibkondade omaosalusena. Ühe elaniku kohta oli tervishoiukulu 2305 eurot, millest 1766 eurot kaeti avaliku sektori vahenditest ja 487 eurot tuli inimestel endal tasuda.[75] 2025. aastal tõusid Eesti tervishoiukulud 3,354 miljardi euroni (kokku 8,1% SKPst).[76] Eraraha osakaal on Eestis ELi keskmisest suurem ning see tuleneb eelkõige omaosalusest, eriti hambaravi ja ravimite puhul.[77]

Arenguseire Keskus on hinnanud, et kui Eesti tervishoiu rahastamine oleks Euroopa Liidu keskmisel tasemel, oleks tervishoius ligikaudu 1 miljard eurot aastas rohkem raha.[78] Selline võrdlus ei näita siiski, kui palju lisaraha Eesti tervishoiusüsteem tingimata vajab, sest tervishoiusüsteemide kulustruktuur ja töökorraldus erinevad. See näitab eelkõige Eesti tervishoiu suhteliselt madalat ressursitaset.

Senist kulude kasvu on vedanud hinnad, tööjõukulud ja teenusekasutus

2025. aastal maksis Tervisekassa tervishoiuteenuste eest 1,96 miljardit eurot.

[73] Tervisekassa 2025. aasta majandusaasta aruanne.

[74] Analüüs tervishoiu rahastamise hetkeolukorra kohta: Miks tervishoiukulud kasvavad ja teenusekasutus muutub? Kitsaskohad ja lahendused Eesti tervishoiusüsteemis. Sotsiaalministeerium, 2026.

[75] Rahvastiku tervise aastaraamat 2026: Eesti rahvastiku tervis ja selle mõjurid. Tervise Arengu Instituut, 2026.

[76] Eurostat. Total health care expenditure. 2026.

[77] State of Health in the EU. Eesti. Riigi terviseprofiil 2025. OECD Publishing, European Observatory on Health Systems and Policies.

[78] Tervishoiu jätkusuutlikkus: Stsenaariumid aastani 2035. Arenguseire Keskus, 2025.

Sotsiaalministeeriumi 2026. aasta analüüs[79] võimaldab eristada Tervisekassa kulude kasvu peamisi põhjusi. Aastatel 2007–2024 moodustas Tervisekassa isikustatud kulude kasvust (v.a ajutise töövõimetuse hüvitised) ligikaudu 50% Eesti üldisest hinnakasvust kiirem hinnakasv, 29% üldine hinnakasv, 9% nõudluse või teenusemahu kasv ning 11% rahvastikumuutused. Seega ei ole senist kulukasvu võimalik selgitada peamiselt rahvastiku vananemisega.

Eesti üldisest hinnakasvust kiirem tervishoiusektori hinnakasv on seotud muu hulgas tööjõukuludega. Tervishoiutöötajate palgad mõjutavad Tervisekassa teenusehindu otseselt ning tervishoiutöötajate hoidmiseks peab nende palk olema konkurentsivõimeline nii Eesti tööturul kui ka teiste riikide tervishoiutöötajate palkadega võrreldes.

Rahvastiku vananemise mõju on aga pikaajaline ja kumuleeruv. Sotsiaalministeeriumi arvutuse järgi oleksid Tervisekassa 2024. aasta kulud olnud 2000. aasta rahvastiku vanuselise struktuuri korral ligikaudu 154 miljonit eurot ehk 8,6% väiksemad. Kui rahvastik muutub nii, nagu Eurostat on prognoosinud, võivad tervishoiukulud suureneda üksnes demograafiliste muutuste tõttu 2060. aastateks 2024. aasta vääringus üle 260 miljoni euro ehk ligikaudu 14%.

Rahvusvahelised võrdlused näitavad siiski, et tervishoiusüsteemi tulemuslikkus ei sõltu ainult rahast. Oluline on ka see, kuidas ressursid süsteemis jaotuvad ning milliseid teenuseid rahastatakse ja ravitulemusi oodatakse.[80]

Teenusekasutus kasvab nii vanemaealistes rühmades kui ka noorte seas

Teenuste kasutamine ei kasva vanuserühmades ühtlaselt. Sotsiaalministeeriumi analüüsi[81] järgi suurenes aastatel 2015–2024 tervishoiuteenuste kasutamine ühe inimese kohta 80-aastaste ja vanemate seas 68%, 70–79-aastaste seas 48% ning 60–69-aastaste seas 43%. Kiire kasv toimus muu hulgas sisehaigustes, hematoloogias ja statsionaarses õendusabis. Tähelepanu väärib ka 10–19-aastaste teenusekasutuse 47% kasv, mida mõjutasid muu hulgas hambaravi ja vaimse tervisega seotud teenused. See näitab, et kulu suurenemine ei tulene ainult vananemisest, vaid ka haiguskoormuse, ravipraktika ja teenusekasutuse muutustest.

Omaosaluse kasv suurendab ebavõrdsust

Tervise Arengu Instituudi andmetel moodustas leibkondade omaosalus 2024. aastal 21% tervishoiukuludest ning see ületab nii Euroopa Liidu keskmist kui ka WHO soovitatud ligikaudset 15% piiri. Suurima osa omaosalusest moodustasid hambaravi (32%), õendus- ja hooldusabi (18%) ning retseptiravimid (15%).[82]

Tervishoiu rahastamine sotsiaalmaksu kaudu vähendab ebavõrdsust, sest kõik maksavad oma sissetulekust võrdse osa. Samas suurendab ebavõrdsust omaosalus, sest see mõjutab tugevamalt väiksema sissetulekuga inimesi. Nende jaoks on omaosalus tervishoiukuludes suhteliselt suurem ning see võib tähendada teenusest loobumist või selle edasilükkamist.[83] Hambaravi näide kinnitab seda

[79] Analüüs tervishoiu rahastamise hetkeolukorra kohta: Miks tervishoiukulud kasvavad ja teenusekasutus muutub? Kitsaskohad ja lahendused Eesti tervishoiusüsteemis. Sotsiaalministeerium, 2026.

[80] Cylus, J., Thomson, S. jt. Paying for health: Learning from international experience in health financing. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization Regional Office for Europe, 2026.

[81] Analüüs tervishoiu rahastamise hetkeolukorra kohta: Miks tervishoiukulud kasvavad ja teenusekasutus muutub? Kitsaskohad ja lahendused Eesti tervishoiusüsteemis. Sotsiaalministeerium, 2026.

[82] Rahvastiku tervise aastaraamat 2026: Eesti rahvastiku tervis ja selle mõjurid. Tervise Arengu Instituut, 2026.

[83] Võrk, A., Piirits, M. Tervishoiu rahastamise ebavõrdsus ja omaosaluse mõju vaesusele. Arenguseire Keskus, 2020.

mustrit: avalik hüvitis on kasutamist suurendanud, kuid suur omaosalus ja ühesugune hüvitis ei taga, et abi jõuab eeskätt väiksema sissetulekuga ja suurema ravivajadusega inimesteni.[84]

Sama järelduseni on jõutud ka rahvusvahelises kirjanduses: omaosalus suurendab tervishoiuteenuste kasutamise ebavõrdsust, vähendab vajaliku ravi kasutamist ning suurendab rahalistesse raskustesse sattumise riski eeskätt väiksema sissetulekuga inimeste hulgas.[85]

Ravikindlustus ei hõlma kõiki Eesti inimesi

2025. aastal oli ravikindlustatud 93% Eesti rahvastikust ning püsiva ravikindlustuseta oli ligikaudu 89 000 inimest.[86] Ravikindlustamata inimeste osakaal on püsinud ligikaudu 6–7% juures. Kindlustuse puudumine piirab plaanilise ravi kasutamist ning nihutab koormust erakorralisse abisse. Tervisekassa andmete põhjal on ravikindlustuseta inimeste EMO ambulatoorse ravi maksumus ligikaudu 27% ja EMOst hospitaliseeritud patsientide statsionaarse ravi keskmine maksumus ligikaudu 33% suurem kui ravikindlustatud inimestel.[87]

Sotsiaalministeerium ja Tervisekassa on laiendanud vabatahtliku ravikindlustuse võimalusi ning 2026. aastal jätkub laiendamise lahenduste analüüs. Vabatahtlik kindlustus ei lahenda siiski täielikult kindlustamata inimeste probleemi, sest kindlustuse kättesaadavus sõltub inimese maksevõimest.

Tervisekassa tulubaasi tugevdamine vajab poliitilist otsust

2017. aasta rahastamisreformiga Tervisekassasse üle antud teenuste kulud on kasvanud esialgsetest prognoosidest kiiremini. Aastatel 2020–2025 lisandus kokku veel 19 ülesannet, mille täitmiseks antud raha kulusid ei katnud. Koos 2026. aasta eelarveprognoosiga tuleb Tervisekassal katta nende ülesannete kuludest ligi 133,2 miljonit eurot üldisest tulubaasist (vt ka lisa G). Selline kulude kasv suurendab vajadust otsustada Tervisekassa tulubaasi laiendamine.

Eesti tervishoiu rahastamise pikaajaline küsimus on, kui suurel määral peaks süsteemi tulubaas sõltuma tööjõumaksudest. Rahvastiku vananedes suureneb tervishoiuteenuste vajadus, samal ajal kui tööealiste inimeste osakaalu vähenemine piirab tööjõumaksudest saadava tulu kasvu.

Üks võimalus on suurendada tervishoiu rahastamist üldistest maksutuludest. Sotsiaalministeerium on 2026. aasta analüüsis[88] pakkunud välja ühe pikaajalise võimalusena kaaluda, kas suurendada alates 2029. aastast riigieelarve eraldist nii, et mittetöötavate pensionäride kõrval makstakse Tervisekassale raha ka teiste ravikindlustatutega võrdsustatud rühmade, näiteks alla 19-aastaste laste eest.

Sellise muudatuse mõju sõltub sellest, kas riigieelarve eraldis suurendab tervishoiule suunatava avaliku raha kogumahtu või kujutab endast olemasoleva rahastuse ümberkorraldamist. Seetõttu tuleb poliitilisel tasandil otsustada nii tervishoiule suunatava avaliku raha kogumaht kui ka see, kui suurel määral peaks Tervisekassa tulubaas tulevikus sõltuma tööjõumaksudest ja kui suurel määral muudest maksutuludest.

---

[84] Täiskasvanute hambaravihüvitis. Riigikontroll, 2021.

[85] Cylus, J., Thomson, S. jt. Paying for health: Learning from international experience in health financing. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization Regional Office for Europe, 2026.

[86] Rahvastiku tervise aastaraamat 2026: Eesti rahvastiku tervis ja selle mõjurid. Tervise Arengu Instituut, 2026.

[87] Analüüs tervishoiu rahastamise hetkeolukorra kohta: Miks tervishoiukulud kasvavad ja teenusekasutus muutub? Kitsaskohad ja lahendused Eesti tervishoiusüsteemis. Sotsiaalministeerium, 2026.

[88] Analüüs tervishoiu rahastamise hetkeolukorra kohta: Miks tervishoiukulud kasvavad ja teenusekasutus muutub? Kitsaskohad ja lahendused Eesti tervishoiusüsteemis. Sotsiaalministeerium, 2026.

Eraraha ja erakindlustus ei asenda avalikku rahastust

Eraraha ja erakindlustus ei lahenda kirjanduse põhjal avaliku süsteemi rahastuspuudujääki. Arenguseire Keskuse ja Tartu Ülikooli uuringu järgi on erakindlustuse potentsiaal Eesti-suguses väikese turumahuga ja universaalse ravikindlustusega riigis piiratud. Rahvusvaheline kogemus ei kinnita, et erakindlustus vähendaks avaliku sektori kulusurvet või suurendaks süsteemi tõhusust.[89]

Eestis oli 2024. aastal eratervisekindlustusega kaetud 60 535 töötajat ehk 9,6% töötavatest ravikindlustatutest; tööandjate kindlustusmaksed olid 21,2 miljonit eurot, millest maksti välja 14,1 miljonit. Samas on kindlustus enam levinud suurema sissetuleku ja kõrgema haridusega töötajate seas ning kõrgemapalgalistes sektorites.[90] Eesti sissetuleku- ja elutingimuste uuringu 2023.–2024. aasta andmetel oli tööandja pakutava erakindlustusega kaetud 11,7% kõrgeimasse sissetulekudetsiili kuuluvatest tööealistest, kuid vaid 2,6% madalaimasse detsiili kuulujatest.[91] Seetõttu on risk, et erakindlustus loob lisaraha kõrval süsteemi, kus osa patsiente pääseb ravile kiiremini kui teised, suurendab konkurentsi piiratud tervishoiutööjõu pärast ning süvendab ebavõrdsust.[92, 93]

Rahvusvaheline kirjandus toetab järeldust, et vabatahtlik erakindlustus ei ole üldjuhul tõhus vahend universaalse tervisekaitse saavutamiseks. Vabatahtlikku tervisekindlustust kasutavad sagedamini kõrgema sissetulekuga inimesed ning selle mõju rahvastiku tervisekaitse parandamisele on piiratud. Tervishoiusüsteemi toimivust on enamasti tõhusam parandada avalikult rahastatud teenuste kättesaadavuse tugevdamise kaudu kui vabatahtliku tervisekindlustuse laiendamisega.[94]

Seetõttu ei käsitle Sotsiaalministeeriumi 2026. aasta analüüs[95] eraraha avaliku rahastamise asendajana. Pigem nähakse võimalust suunata eraraha täiendavalt sellistesse tegevustesse nagu ennetus ja terviseedendus, säilitades universaalse ravikindlustuse põhiosa avaliku rahastamise kaudu.

Tervishoiusüsteemi tõhustamise meetmed on vajalikud, kuid ei lahenda lisarahastuse küsimust

Sotsiaalministeeriumi analüüs loetleb tervishoiusüsteemi tõhususe suurendamiseks mitmeid juba töös või kavandamisel olevaid muudatusi: strateegiline ostmine ja tulemuspõhise rahastamise arendamine, haiglavõrgu ja teenusepakettide korrigeerimine, esmatasandi tugevdamine, tervishoiu- ja sotsiaalteenuste lõimimine, e-konsultatsioonide laiendamine, tööjõu planeerimine ja töökorralduse muutmine, ravimite ühishanked ja biosimilaride (bioloogilise ravimi soodsam, aga raviomadustelt võrdväärne alternatiiv) laialdasem kasutus, töövõimetushüvitiste reform ja kvaliteedikeskuse loomine.

Samas rõhutab raport, et Tervisekassa praeguse defitsiidi tingimustes ei ole võimalik näiteks ennetust laiendada ega geriaatria ja palliatiivravi teenusemudelit üle Eesti ilma lisarahastuseta kättesaadavaks

[89] Võrk, A., Kasekamp, K. jt. Erakindlustuse roll Eesti tuleviku tervishoiusüsteemis. Tartu Ülikool, Arenguseire Keskus, 2025.

[90] Tervishoiu jätkusuutlikkus: Stsenaariumid aastani 2035. Arenguseire Keskus, 2025.

[91] Habicht, T. The development of voluntary health insurance in Estonia. Health Systems and Policy Monitor. European Observatory on Health Systems and Policies, 2026.

[92] Lapidus, J. Private health insurance in Sweden: Fast-track lanes and the alleged attempts to stop them. – Health Policy, 2017, 121 (4), 442–449.

[93] Lapidus, J. Privatising, liberalising and dividing a welfare state without affecting universality? – Health Economics, Policy and Law, 2022.

[94] Cylus, J., Thomson, S. jt. Paying for health: Learning from international experience in health financing. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization Regional Office for Europe, 2026.

[95] Analüüs tervishoiu rahastamise hetkeolukorra kohta: Miks tervishoiukulud kasvavad ja teenusekasutus muutub? Kitsaskohad ja lahendused Eesti tervishoiusüsteemis. Sotsiaalministeerium, 2026.

teha; samuti vajavad lisainvesteeringuid tulemuspõhise rahastamise jätkamine ja tervishoiutöötajate järelkasvu tagamine.[96]

Rahvusvahelises kirjanduses nähakse süsteemi ühe võimaliku tõhustamise meetmena ka madala väärtusega teenuste vähendamist või nende osutamise lõpetamist. Sellised on teenused, mille tervisekasu patsiendile on piiratud või mille kulud ei ole saadava kasuga proportsioonis. Selliste teenuste vähendamine võib vabastada ressursse, kuid eeldab kvaliteetseid andmeid, ravitulemuste mõõtmist ning suutlikkust hinnata teenuste tegelikku mõju patsientide tervisele.[97]

Tervishoiuteenuste strateegiline ostmine seob raha tervisevajaduse ja -tulemustega

Strateegiline ostmine tähendab, et tervishoiuteenuste ostja otsustab inimeste ravivajaduse ja tõendite põhjal, milliseid teenuseid, millistelt teenuseosutajatelt ning milliste tasustamispõhimõtete alusel osta.[98]

Teenuste valiku, lepingute, hindade, tasustamisviiside ja kvaliteedinõuete kaudu saab Tervisekassa mõjutada teenuseosutajaid nii, et need toetaksid teenuste kättesaadavust, kvaliteeti, ravi järjepidevust, teenuseosutajate koostööd ja tervisetulemusi. Näiteks loob teenuste tasustamine üksnes nende mahu alusel tõuke suurendada osutatud teenuste arvu, samas kui raviteekonna või ravitulemustega seotud rahastamine võib soodustada teenuseosutajate koostööd ja keskendumist patsiendi tervisetulemusele. Selleks peab aga olema piisav teave ravivajaduse, teenusemahu, kvaliteedi ja ravitulemuste kohta ning võimalus seostada see lepingute ja tasustamisega. Seetõttu sõltub strateegilise ostmise mõju otseselt terviseandmete kvaliteedist, tulemusnäitajate olemasolust ja rahastaja analüüsivõimekusest.

Tulemuspõhine rahastamine ei tähenda ühest tasustamisviisist teise üleminekut

Tulemuspõhise rahastamise puhul seotakse osa teenuseosutaja tasust osutatud teenuste mahu kõrval kokkulepitud kvaliteedi- või ravitulemustega. Selle eesmärk võib olla muu hulgas toetada teenuse-osutajate koostööd ja keskendumist patsiendi tervisetulemusele.

Tervishoius kombineeritakse tavaliselt eri tasustamisviise ning tulemuspõhine komponent moodustab ühe osa rahastamismudelist. Sobiv lahendus sõltub teenusest ja patsiendirühmast.

Tulemuspõhist rahastamist ei saa käsitada automaatse kokkuhoiumeetmena. Selle rakendamine eeldab selgeid eesmärke, kvaliteetseid kliinilisi ja rahastamisandmeid ning võimalust mõõta ravi kvaliteeti ja tulemusi. Nende eelduste puudumisel võib uus tasustamisviis suurendada halduskoormust, ilma et patsiendi ravi või süsteemi tulemuslikkus paraneks.

Digilahendused eeldavad investeeringuid ja kvaliteetseid andmeid

Digilahendused ja tehisintellekt võivad vähendada tervishoiutöötajate halduskoormust, parandada otsusetuge ning võimaldada olemasolevat tööjõudu tulemuslikumalt kasutada. See ei ole siiski tasuta kokkuhoiumeede: Sotsiaalministeeriumi hinnangul eeldab andmepõhise ja tehisintellekti toetatud

[96] Analüüs tervishoiu rahastamise hetkeolukorra kohta: Miks tervishoiukulud kasvavad ja teenusekasutus muutub? Kitsaskohad ja lahendused Eesti tervishoiusüsteemis. Sotsiaalministeerium, 2026.

[97] Cylus, J., Thomson, S. jt. Paying for health: Learning from international experience in health financing. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization Regional Office for Europe, 2026.

[98] Cylus, J., Forman, R. jt. Introduction. Rmt: J. Cylus, R. Forman jt. Paying for health: Learning from international experience in health financing. Cambridge University Press, 2026.

tervishoiu suunas liikumine perioodil 2027–2032 investeeringut suurusjärgus 60 miljonit eurot. Suurem osa sellest kuluks andmetaristu, platvormivõimekuse ja masinloetavate terviseandmete arendamisele.[99]

Investeeringu võimalik kasu sõltub sellest, kas lahendused jõuavad tervishoiutöötajate igapäevasesse töökorraldusse ja vähendavad tegelikult ajakulu või parandavad ravi. Ka siin on eelduseks kvaliteetsed ja standarditud andmed ning toimiv andmevahetus.

Kokkuvõte: lisaraha ja tõhusam rahakasutus on mõlemad vajalikud

Eesti tervishoiu rahastamist käsitlevad analüüsid on jõudnud põhiküsimustes sarnasele järeldusele. Eesti kulutab tervishoiule Euroopa võrdluses suhteliselt vähe ja inimeste omaosalus on suur. Tervisekassa tulubaas sõltub suuresti tööjõumaksudest, samal ajal kui kulusid kasvatavad tervishoiu-sektori hinnad ja tööjõukulud, teenusekasutuse muutused, uued ravimid ja tehnoloogiad ning pikemas vaates rahvastiku vananemine.

Tõhusam rahakasutus võib vähendada väheväärtuslike tegevuste osa, parandada teenuste koordineerimist ning suunata rohkem raha ennetusse ja paremate tervisetulemuste saavutamisse. Selle potentsiaal sõltub aga andmetest, kvaliteedi ja ravitulemuste mõõtmisest, tööjõust ning reformide elluviimise võimekusest. Samuti nõuavad mitmed tõhusust suurendavad muudatused ise alguses investeeringuid.

Seetõttu ei tule Eesti tervishoiu pikaajalise rahastamise puhul valida lisaraha ja tõhususe vahel. Tarvis on mõlemat. Poliitilisel tasandil tuleb otsustada, kuidas tugevdada avalikku tulubaasi ja vähendada selle sõltuvust üksnes tööjõumaksudest, milline roll jääb inimeste omaosalusele ja muule erarahale ning kuidas kasutada Tervisekassa käsutuses olevat raha viisil, mis toetab ennetust, ravi järjepidevust, teenuseosutajate koostööd ja paremaid tervisetulemusi.

[99] Analüüs tervishoiu rahastamise hetkeolukorra kohta: Miks tervishoiukulud kasvavad ja teenusekasutus muutub? Kitsaskohad ja lahendused Eesti tervishoiusüsteemis. Sotsiaalministeerium, 2026.

Lisa B. 2-aastaste laste hõlmatus vaktsineerimisega maakonniti

Tabel 7. 2-aastaste laste hõlmatus vaktsineerimisega WHO soovitustes nimetatud haiguste vastu maakonniti 2025. aastal (%)

Maakond	Leetrid, mumps, punetised (2-aastased)	Difteeria, teetanus, läkaköha, poliomüeliit, Hib* ja B-viirushepatiit (2-aastased)
Harjumaa	82,6	81,9
Hiiumaa	77,2	78,9
Ida-Virumaa	83,9	83,9
Jõgevamaa	88,8	87,1
Järvamaa	87,2	87,6
Läänemaa	85,3	85,9
Lääne-Virumaa	85,0	83,9
Põlvamaa	81,6	81,6
Pärnumaa	77,9	78,5
Raplamaa	85,8	84,4
Saaremaa	80,6	79,0
Tartumaa	86,3	86,4
Valgamaa	69,7	70,3
Viljandimaa	80,4	81,7
Võrumaa	84,1	82,4

* Hib ehk *Haemophilus influenzae* põhjustab imikutel ja väikelastel mädast ajukelmepõletikku ehk meningiiti.

Allikas: Riigikontroll Terviseameti andmete põhjal 01.09.2026. aasta seisuga

Lisa C. Sihtrühmade hõlmatus emakakaela-, rinna- ja jämesoolevähi sõeluuringutega

Tabel 8. Vähi sõeluuringutega hõlmatus maakonniti 2025. aastal (%)

Maakond	Emakakaelavähi sõeluuring	Rinnavähi sõeluuring	Jämesoolevähi sõeluuring
Harjumaa	65,4	64,2	58,2
Hiiumaa	66,5	71,7	72,5
Ida-Virumaa	53,3	58,2	53,0
Jõgevamaa	68,0	71,3	69,0
Järvamaa	68,4	66,6	69,0
Läänemaa	65,2	70,2	68,4
Lääne-Virumaa	66,3	67,0	65,6
Põlvamaa	67,2	70,0	71,2
Pärnumaa	66,9	67,8	66,8
Raplamaa	66,9	66,6	64,7
Saaremaa	67,8	70,4	67,4
Tartumaa	70,6	69,7	73,0
Valgamaa	61,3	59,8	59,6
Viljandimaa	66,8	67,6	65,0
Võrumaa	67,9	68,0	73,3

Allikas: Riigikontroll Tervise Arengu Instituudi andmete alusel

Lisa D. E-konsultatsiooni kasutamine erialade kaupa

Tabel 9. E-konsultatsiooni erialad, arv ja osakaal 2025. aastal

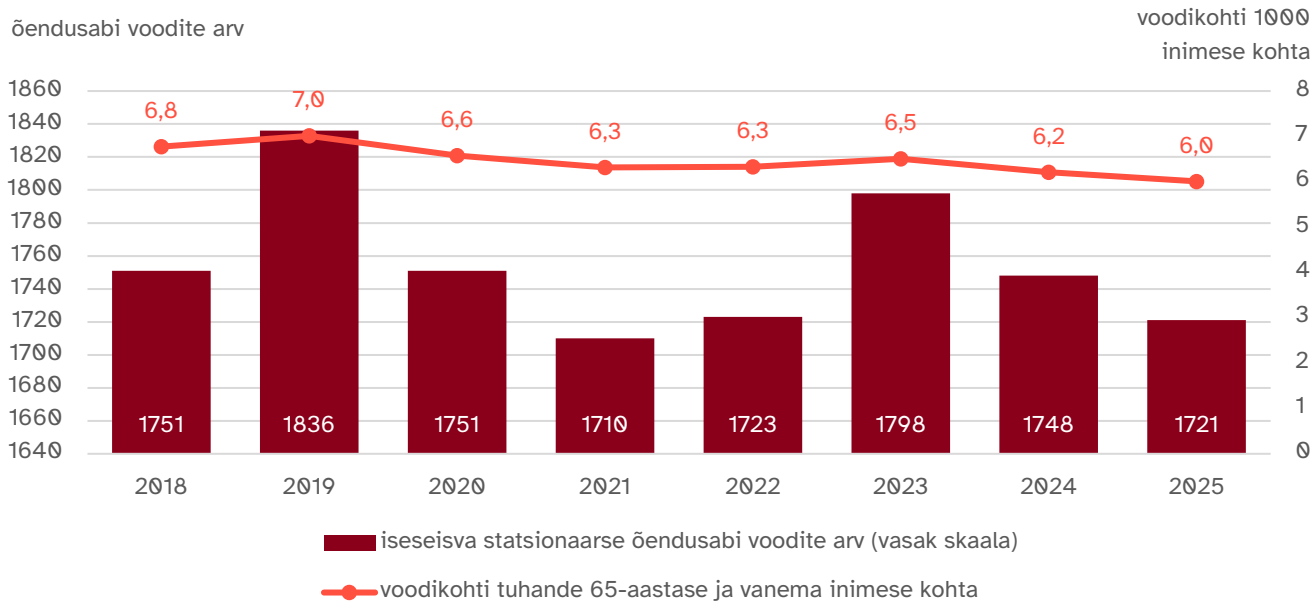
E-konsultatsiooni eriala	E-konsultatsioonide arv	Osakaal (%)
allergoloogia-immunoloogia	3917	3%
anestesioloogia	1160	1%
dermatoveneroloogia	8011	5%
endokrinoloogia	7744	5%
gastroenteroloogia	7461	5%
hematoloogia	3847	3%
infektsioonhaigused	1353	1%
kardioloogia	9864	7%
laste oftalmoloogia	563	0%
lastekirurgia	826	1%
lastepsühhiaatria	3833	3%
meditsiinigeneetika	940	1%
nefroloogia	1616	1%
neurokirurgia	7539	5%
neuroloogia	15571	11%
oftalmoloogia ja optomeetria	1689	1%
onkoloogia	1763	1%
ortopeedia	22895	16%
otorinolarüngoloogia	4493	3%
pediaatria	7706	5%
plastika- ja rekonstruktiivkirurgia	197	0%
psühhiaatria	4890	3%
pulmonoloogia	3826	3%
radioloogia	216	0%
reumatoloogia	4242	3%
sisehaigused	2559	2%
suu- ja hambahaigused	656	0%
suu-, näo- ja lõualuukirurgia	1171	1%
sünnitusabi ja günekoloogia	336	0%
taastusravi ja füsiaatria	2833	2%
töötervishoid	111	0%

E-konsultatsiooni eriala	E-konsultatsioonide arv	Osakaal (%)
uroloogia	6087	4%
vaskulaarkirurgia	1545	1%
üldkirurgia	3837	3%
teadmata	560	0%
kokku	145857	

Allikas: Riigikontroll Tervisekassa andmete alusel

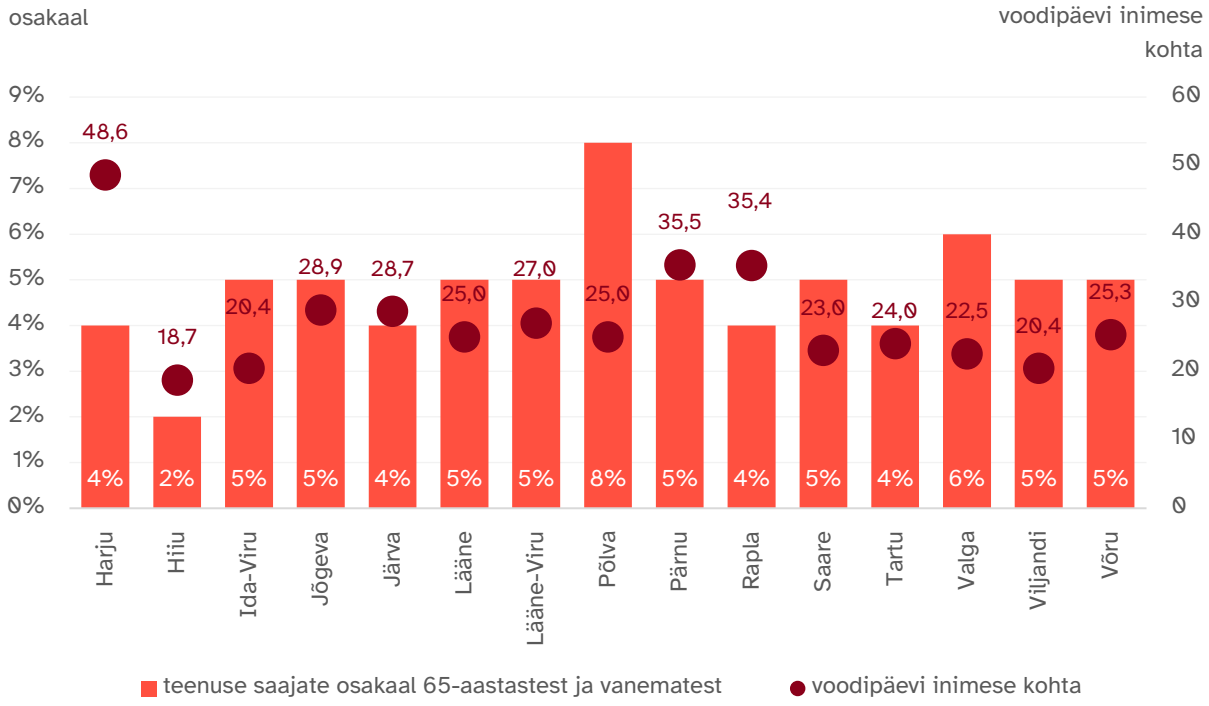
Lisa E. Statsionaarse õendusabi, hospiitsravi ja koduõendusteenuse kasutamine

Joonis 20. Iseseisva statsionaarse õendusabi voodikohtade arv ja voodikohtade arv 1000 vähemalt 65-aastase inimese kohta aastatel 2018–2025



Allikas: Riigikontroll Tervise Arengu Instituudi ja Statistikaameti andmete põhjal

Joonis 21. Statsionaarset õendusabi saanud 65-aastaste ja vanemate inimeste osakaal maakonniti ning voodipäevade arv ühe patsiendi kohta 2025. aastal



Allikas: Riigikontroll Tervisekassa andmete põhjal

Tabel 10. Statsionaarset õendusabi ja hospiitsravi kasutanud isikute ja ravijuhtude arv 2025. aastal

Maakond	Statsionaarne õendusabi		Statsionaarne hospiitsravi	
	Isikute arv	Ravijuhtude arv	Isikute arv	Ravijuhtude arv
Harjumaa	4552	11843	608	711
Hiiumaa	45	66		
Ida-Virumaa	1687	2507	103	186
Jõgevamaa	322	415		
Järvamaa	330	449		
Läänemaa	256	323		
Lääne-Virumaa	674	1038		
Põlvamaa	466	622	45	45
Pärnumaa	909	1334		
Raplamaa	311	412	37	45
Saaremaa	368	484	9	9
Tartumaa	1033	1294	441	530
Valgamaa	402	520		
Viljandimaa	550	731	93	101
Võrumaa	428	572	7	7
Kokku	**12333**	**22610**	**1343**	**1634**

Allikas: Riigikontroll Tervisekassa andmete põhjal

Tabel 11. Koduõendusteenus maakonniti – isikute arv, raviarvete arv ja teenuste hulk 2025. aastal

Patsiendi maakond	Isikute arv	Arvete arv	Teenuste hulk
Harjumaa	3607	19772	162898
Hiiumaa	88	452	3285
Ida-Virumaa	1420	5870	43019
Jõgevamaa	110	759	5742
Järvamaa	158	704	4440
Läänemaa	328	2002	11761
Lääne-Virumaa	67	339	2252
Põlvamaa	588	1973	19803
Pärnumaa	137	728	4515
Raplamaa	119	551	4330
Saaremaa	213	1370	10840
Tartumaa	856	4847	32040

Valgamaa	208	1126	10701
Viljandimaa	523	1790	12154
Võrumaa	411	2136	13423
Teadmata	16	53	283
Kokku	**8836***	**44472**	**341486**

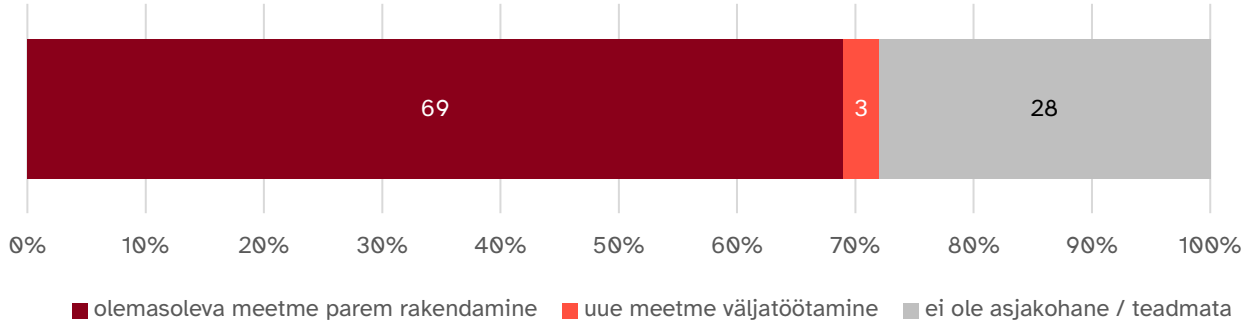
* Rida „Kokku“ näitab unikaalseid isikuid, mõni isik on aasta jooksul elanud erinevates maakondades.

Allikas: Riigikontroll Tervisekassa andmete põhjal

Lisa F. Patsiendiohutuse iseloomustus ning vastutuskindlustuse kahjunõuded ja väljamaksed

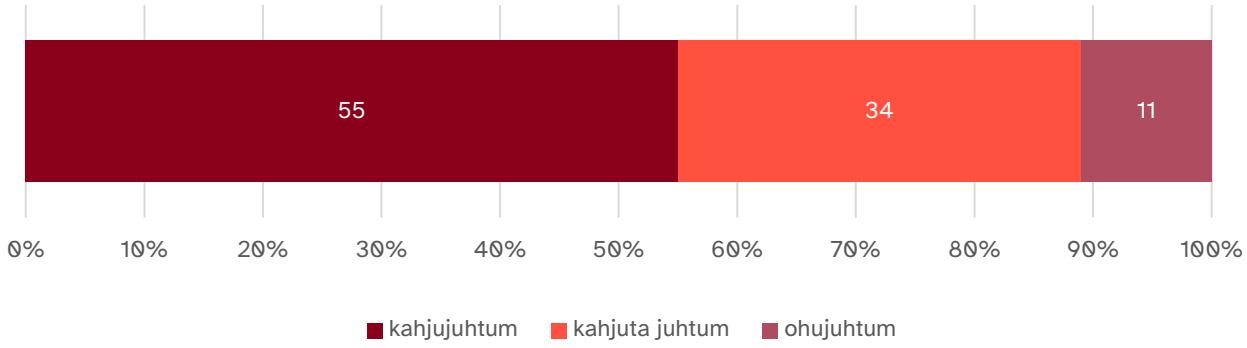
Patsiendiohutusjuhtumid

Joonis 22. Potentsiaalselt välditavate juhtumite ennetamise viisid, %



Allikas: Riigikontroll Terviseameti andmete alusel

Joonis 23. Patsiendiohujuhtumite olemus 01.01.2024–30.04.2026, %



Allikas: Riigikontroll Terviseameti andmete alusel

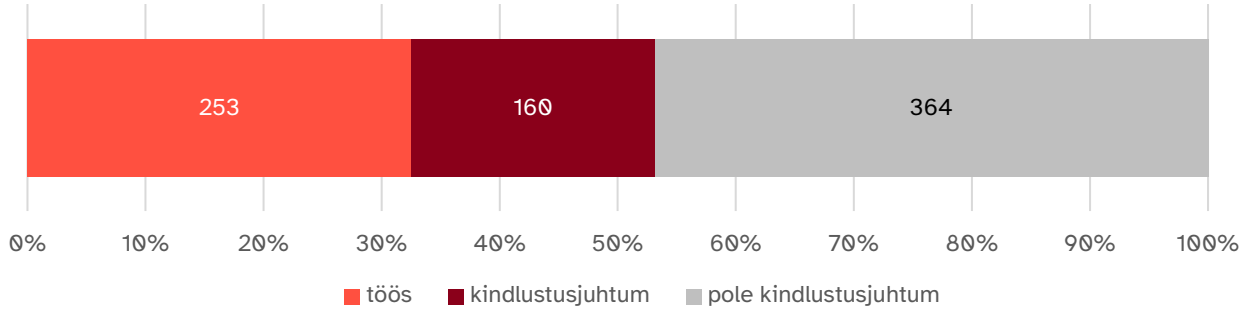
Tabel 12. Patsiendiohujuhtumi tagajärg või võimalik tagajärg 01.01.2024–30.04.2026, %

Juhtumi tagajärg või võimalik tagajärg	Osakaal
Ajutine muutus terviseseisundis, mida patsient ei märganud	25
Ajutine muutus terviseseisundis, millest patsient taastus täielikult	30
Patsiendile tekkis potentsiaalselt püsiv, kuid funktsioneerimisvõimet mittepiirav tervisekahju	5
Patsiendile tekkis potentsiaalselt püsiv ja funktsioneerimisvõimet piirav tervisekahju	3
Surm	6
Teadmata	31

Allikas: Riigikontroll Terviseameti andmete alusel

Vastutuskindlustusjuhtumid

Joonis 24. Kindlustusele esitatud kahjunõuded 01.11.2024–13.05.2026



Allikas: Riigikontroll Terviseameti andmete alusel

Tabel 13. Hüvitatud kahjujuhtumid liikide kaupa 01.11.2024–13.05.2026

Hüvitatava kahjujuhtumi liik	Osakaal
Diagnoosimis- või raviviga	81,7%
Nakkus	13,3%
Vale või kõlbmatu ravim või selle annus	3,2%
Seadme rike	1,3%
Korraldusliku kohustuse rikkumine	0,6%

Allikas: Riigikontroll Terviseameti andmete alusel

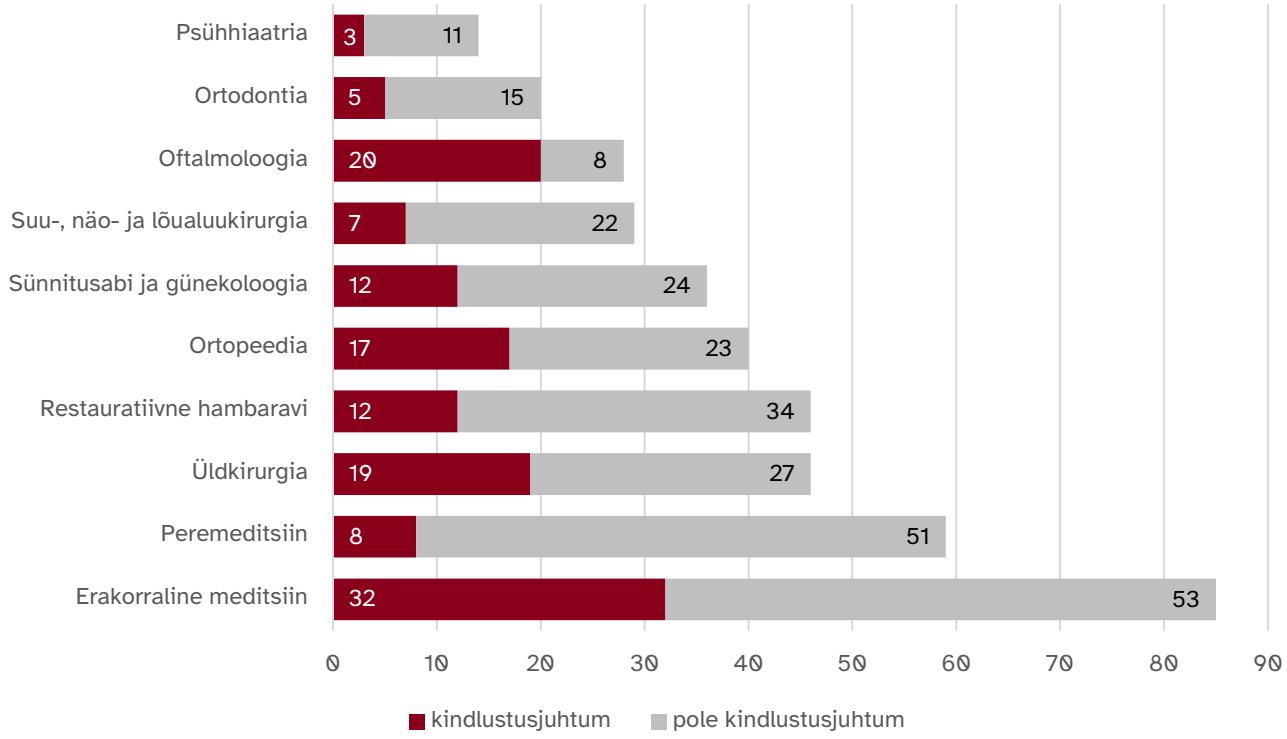
Tabel 14. Hüvitiste ülevaade

	eurodes
Välja makstud kokku	602 530,6
Suurim hüvitis	32 642,1
Eraldiste* summa	2 202 649,0

* Eraldis – hinnanguline summa, mis reserveeritakse teadaolevate või tõenäoliste kahjujuhtumite katteks, isegi kui lõplik otsus või väljamakse pole veel tehtud.

Allikas: Riigikontroll Terviseameti andmete alusel

Joonis 25. Kümme meditsiinieriala, mille kohta esitati kindlustusele kõige rohkem kahjunõudeid, ajavahemikul 01.11.2024–13.05.2026



Allikas: Riigikontroll Terviseameti andmete alusel

Lisa G. Tervisekassale lisandunud ülesanded ja nende rahastamine

2017. aasta reformi ja aastatel 2020–2025 tehtud muudatustega on Tervisekassale lisandunud kokku 35 ülesannet. Ülesannete lisandumise ajajoon on toodud joonisel 26.

Joonis 26. Tervisekassale ülesannete lisandumise ajajoon

2018
- Kiirabiteenuse rahastamine
- Hambaravihüvitise rahastamine
- Täiendava ravimihüvitise rahastamine
- Viljatusravi rahastamine
- Perearstide asendustasude rahastamine
- HIVi/AIDSi ravikonsiiliumi töö korraldamine
- Meremeeste ööpäevaringse meditsiinilise kaugkonsultatsiooni tagamine
- Sügava vaimupuudega täiskasvanute üldanesteesias hambaravi rahastamine

2019
- HIVi-/AIDSi-ravimite soetamine
- Ravikindlustamata isikute vältimatu abi rahastamine
- Immuunpreparaatide soetamine
- Tuberkuloosiravimite soetamine
- Antidootide soetamine

2020
- Residentuuri rahastamine
- Riikliku siirdamisasutuse ülesannete täitmise tagamine
- Tervise Arengu Instituudi teenuste (nt tubakast loobumise nõustamine, alaealiste sõltuvusravi) rahastamine
- Digiregistratuuri, digisaatekirjade ja e-konsultatsioonide arendus ja ülalpidamine
- E-kiirabi arendus ja ülalpidamine

2021

2022
- Perearstiabi korraldamine
- Tahtest olenematu psühhiaatrilise ravi rahastamine
- Riiklikult hangitavate ravimite laopidamine ja logistika
- Vaktsineerimisega seotud kommunikatsiooni korraldamine (sh vaktsineeri.ee lehe haldamine)
- Vaktsiinikahjude hüvitamine

2023
- COVID-19-vaktsiinide hankimine ja logistika
- Alkoholi liigtarvitamisest loobumise nõustamise rahastamine
- Tervisejuhtimise töölaua arendus ja ülalpidamine
- Terviseportaali arendus ja ülalpidamine
- Personaalmeditsiini teenuste haldamine
- Arstliku ekspertiisi komisjoni töö korraldamine
- Tuberkuloosi otseselt kontrollitava ravi rahastamine

2024
- Tervishoiuspetsialistide (kliiniline psühholoog, logopeed, füsioterapeut) töö rahastamine
- Vanglameditsiini korraldamine
- Patsiendikindlustuse rakendamine
- Perearstide digiteenindusplatvormide rahastamine

2025
- Erihooldekodudes õendusteenuse rahastamine

• 2017. aasta reformiga lisandunud ülesanded • Täiendavalt lisandunud ülesanded 2020–2026

Allikas: Riigikontroll Tervisekassa andmete alusel

2017. aasta tervishoiu rahastamise reformiga lisandunud ülesanded

Suurem ülesannete ümberkorraldamine toimus 2017. aastal alanud tervishoiu rahastamise reformi käigus. 2017. aastal võttis Riigikogu vastu seaduse,[100] millega laiendati alates 2018. aastast Tervisekassa tulubaasi täiendava riigieelarvelise eraldisega mittetöötavate vanaduspensionäride eest. Muudatuse eesmärk oli vähendada ravikindlustuse rahastamise süsteemi sõltumist üksnes tööhõivel põhineva sotsiaalmaksu laekumisest, kuna rahvastiku vananedes jääb tööealisi inimesi vähemaks. Eraldise määr suurenes järk-järgult aastatel 2018–2022 ning alates 2022. aastast makstakse riigieelarvest Tervisekassa eelarvesse iga mittetöötava vanaduspensionäri pensionimakse kohta 13%.

Koos tulubaasi laiendamisega viidi Tervisekassasse kokku 16 uut ülesannet, millest osa rahastati varem Sotsiaalministeeriumi, Terviseameti või Tervise Arengu Instituudi poolt otse riigieelarvest (nt kiirabi rahastamine; HIVi ja AIDSi ravimite, vaktsiinide ja antidootide soetamine; tubakast loobumise nõustamine) ning osa olid täiesti uued kohustused (nt täiendav ravimihüvitis ja hambaravitoetus). Muudatuse eesmärk oli koondada riigieelarvest rahastatud, kuid olemuselt tervishoiuteenused ühte asutusse, et vähendada tervishoiu rahastamise killustatust.

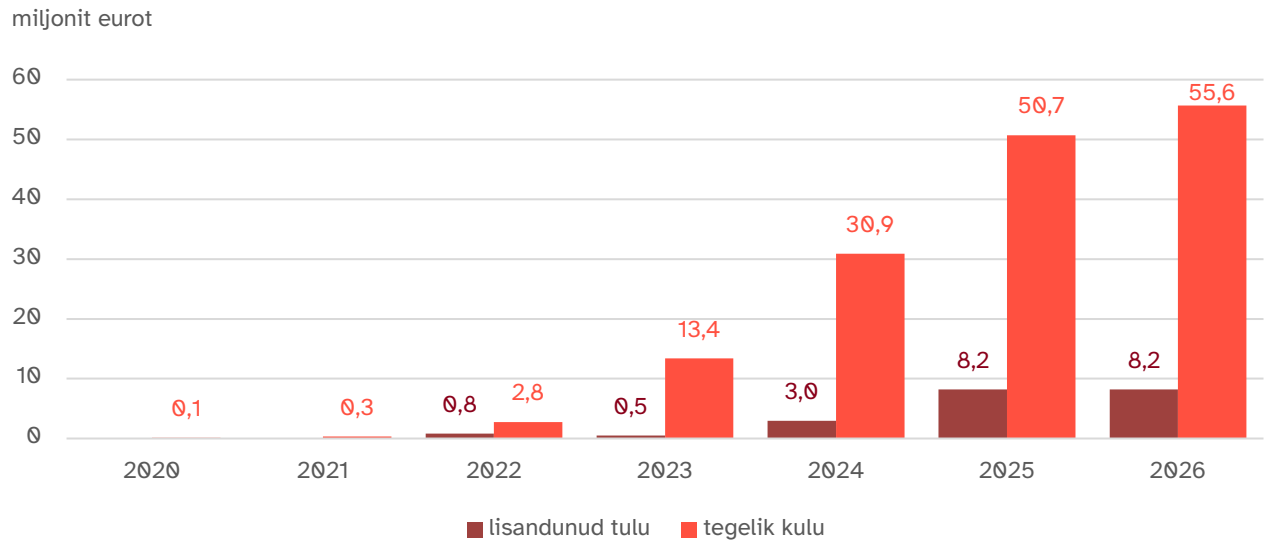
Aastatel 2020–2025 lisandunud ülesanded

Väljaspool 2017. aasta tervishoiu rahastamise reformi on Tervisekassale aastatel 2020–2025 lisandunud veel 19 täiendavat ülesannet. Ülesannete lisandumise põhjused on olnud erinevad: kohustusi on lisandunud uute reformidega (nt vaktsiinikahjude fondi ja patsiendikindlustuse loomine; tervishoiu-töötajatega võrdsustatud tervishoiuspetsialistide töö rahastamine), aga ka asutuste vahel ülesannete ümberkorraldamise kaudu. Näiteks liikus Terviseametist Tervisekassasse perearstiabi korraldamine ja riiklikult hangitavate ravimite laopidamine, Justiitsministeeriumist vanglameditsiini korraldus ja rahastamine ning Sotsiaalkindlustusametist erihooldusteenuse ajal osutatava õendusteenuse rahastamine. Samuti on lisandunud digitaalplatvormide arendamise ja ülalpidamise rahastamise kohustusi (nt Terviseportaal ja digiregistratuur).

Aastatel 2020–2025 lisandunud ülesannete täitmiseks on riigieelarvest eraldatud täiendavaid tulusid vaid viie ülesande (vaktsiinikahjude hüvitamine, vanglameditsiini korraldamine, patsiendikindlustus, tahtest olenematu psühhiaatrilise ravi rahastamine ja erihooldekodudes osutatava õendusteenuse rahastamine) puhul ning sedagi väiksemas mahus kui tegelik kulu (vt joonis 27). Näiteks eraldati vanglameditsiini korraldamiseks ja rahastamiseks aastatel 2024–2025 Tervisekassale riigieelarvest 7,1 miljonit, kuid tegelik kulu oli 12,3 miljonit eurot. Tahtest olenematu psühhiaatrilise ravi rahastamiseks eraldati Tervisekassale 2022. aastal ühekordselt 434 000 eurot, kuigi teenuse rahastamise kulu aastatel 2022–2025 on olnud kokku 24,1 miljonit eurot.

[100] Eesti Haigekassa seaduse muutmise ja sellega seonduvalt teiste seaduste muutmise seadus. RT I, 28.12.2017.

Joonis 27. Tervisekassale aastatel 2020–2025 antud ülesannete täitmiseks lisandunud tulu ja kulu aastani 2026*, miljonit eurot



* 2026. aasta andmed põhinevad eelarve prognoosil, mitte tegelikel kuludel.

Allikas: Riigikontroll Tervisekassa andmete alusel

Reformiga lisandunud tulude ja ülesannete rahaline koosmõju

2017. aasta reformi seaduseelnõu seletuskirjas[101] prognoositi, et 2021. aastal, kui kõik uued ülesanded on Tervisekassale üle antud, on reformiga lisandunud ülesannete kulu aastas 100 miljonit ning mittetöötavate pensionäride eest lisanduv tulu 176 miljonit eurot. Seega eeldati, et lisandunud ülesannete kulud moodustavad 2021. aastal umbes 57% lisanduvast tulust ehk mittetöötavate pensionäride eest tehtavast riigieelarvelisest eraldisest. Ülejäänud lisaraha oli mõeldud tervisesüsteemi rahastamise jätkusuutlikkuse tagamiseks ja tervishoiuteenuste kättesaadavuse parandamiseks. Tegelikkuses on lisandunud ülesannete kulu olnud prognoositust suurem ning juba 2021. aastal moodustas see ligi 70% lisandunud tulust (vt tabel 15).

Aastatel 2020–2025 täiendavalt lisandunud ülesannete kulu Tervisekassa eelarvele on aastatel 2020–2026 koos 2026. aasta eelarveprognoosiga kokku ligi 153,9 miljonit, kuid samal perioodil on riigieelarvest Tervisekassale nende täitmiseks ette nähtud kokku 20,7 miljonit eurot (vt tabel 15). Lisandunud ülesannete kulud ületasid nende täitmiseks riigieelarvest eraldatud raha sel perioodil 133,2 miljoni euro võrra. Lisandunud ülesannete kulud on suurendanud Tervisekassa üldisest tulubaasist kaetavaid kohustusi ja seega on 2017. aasta reformiga tervishoidu suunatud lisarahast eeldatust suurem osa kulunud uute kohustuste katmiseks, mitte tervishoiuteenuste kasvava vajaduse ja parema kättesaadavuse rahastamiseks. 2025. aastal sai Tervisekassa mittetöötavate pensionäride eest ja lisandunud ülesannete täitmiseks riigieelarvest kokku 318,2 miljonit eurot. Samal ajal moodustasid kõikide lisandunud ülesannete kulud 2025. aastal kokku 256,8 miljonit eurot. Seega, kui 2017. aastal prognoositi, et lisanduvad kulud moodustavad 57% lisanduvatest tuludest, siis 2025. aastal oli tegelik osakaal 80,7% (vt tabel 15).

[101] Seaduseelnõu 512 SE seletuskiri.

Tabel 15. Tervisekassale lisandunud ülesannete kulu ja nende täitmiseks lisandunud tulu, miljonit eurot

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026*	2018–2026
Lisanduv tulu kokku	90,9	132,8	164,0	190,9	221,3	257,5	290,9	318,2	339,8	2006,4
Mittetöötavate pensionäride eest lisanduv tulu	90,9	132,8	164,0	190,9	220,5	257,0	287,9	310,1	331,7	1985,7
2020–2025 lisandunud ülesannete täitmiseks eraldatud tulu					0,8	0,5	3,0	8,2	8,2	20,7
Lisanduv kulu kokku	69,4	103,1	125,3	135,0	146,7	177,8	224,2	256,8	273,7	1512,1
Tervishoiu rahastamise reformi käigus lisandunud ülesannete kulu	69,4	103,1	125,2	134,7	143,9	164,4	193,3	206,1	218,1	1358,2
2020–2025 lisandunud ülesannete kulu			0,1	0,3	2,8	13,4	30,9	50,7	55,6	153,9
Kulude osakaal tuludest	76,3%	77,6%	76,4%	70,7%	66,3%	69,1%	77,1%	80,7%	80,5%	75%

* 2026. aasta andmed põhinevad eelarve prognoosil, mitte tegelikel kuludel.

Allikas: Riigikontroll Tervisekassa andmete alusel

Riigikontrolli aruanded 10.2025–10.2026

Tervishoid, haridus ja sotsiaalkaitse

Terviseandmete õigsuse, täpsuse ja ajakohasuse tagamine
05.12.2025

Millised on tervishoiuteenuste dokumenteerimise probleemid ja mida on riigiasutused teinud nende lahendamiseks?

Terviseandmete õigsus, täpsus ja ajakohasus on kvaliteetse ravi eelduseks, sest need võimaldavad teha põhjendatud raviotsuseid. Riigikontrolli hinnangul on patsientide terviseinfo Eestis sageli puudulik: teave on ebatäpne või raskesti mõistetav ning dokumente esitatakse tervise infosüsteemi hilinenult või üldse mitte. Kuigi sellistest puudustest tulenevad otsesed ravivead on harvad, ohustab kehv andmekvaliteet ravi järjepidevust, tekitab inimestele põhjendamatuid raskusi ja piirab ligipääsu sotsiaaltoetustele. Lisakoormus ja -kulu langeb ka tervishoiutöötajatele ning riigiasutustele.

Sotsiaalministeerium on kuni viimase ajani käsitlenud dokumenteerimise puudulikkust paratamatusena – nõuded on ajakohastamata, valdkonnal puudub selge eestvedaja ning otsust tänapäevasele rahvusvahelisele dokumenteerimisstandardile ülemineku kohta ei ole tehtud.

Riigi tegevus inseneride järelkasvu tagamisel
11.03.2026

Kas Inseneriakadeemia aitab kaasa inseneride puuduse leevendamisele ja järelkasvu tagamisele?

Inseneride nappus on Eestis püsiv probleem, mis piirab majanduse tootlikkuse kasvu ja raskendab riigi strateegiliste eesmärkide saavutamist. Seda ilmestab ka asjaolu, et Eesti paiknes 2023. aastal inseneride kättesaadavuse poolest Euroopa riikide seas viimasel kohal. Inseneride puudusest väljatulemiseks on Haridus- ja Teadusministeerium käivitanud Inseneriakadeemia programmi, suunates aastatel 2023–2029 inseneride järelkasvu arendamiseks ligikaudu 37 miljonit eurot Euroopa Liidu raha lisaks.

Inseneriakadeemia on oluline ettevõtmine ja aitab lühikeses vaates kasvatada inseneeriaõppesse astujate arvu. Programmi eesmärgi – viia lõpetajate arv vastavusse tööjõuvajadusega – saavutamine on aga vähetõenäoline. Programm keskendub peamiselt kutse- ja kõrgkoolide inseneeriaõppe tugevdamisele ja populariseerimisele, ent probleemi juured on üld- ja huviharidusõppes: reaalainete õpetamine on ebaühtlane, õpetajaid napib ning noortel ei kujune piisavat huvi valdkonna vastu. Ilma nende kitsaskohtade lahendamiseta ei ole inseneride järelkasvu vastavusse viimine tööjõuvajadusega realistlik ka pikemas vaates. Seetõttu ei piisa Inseneriakadeemiast praegusel kujul

ning Haridus- ja Teadusministeerium peab senisest mõjusamalt tegelema ka üld- ja huvihariduse arendamisega, et inseneride kasvupind laieneks.

Kõrgvererõhktõve kui kroonilise haigusega patsientide ravi ja jälgimine
24.03.2026

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

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 käsitlus põhjustab märkimisväärset haiguskoormust. 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.

Infotehnoloogia

Riigi teenuste toimimine andmeside katkemise korral
29.01.2026

Kas riigi jaoks olulised teenused toimivad andmeside katkestuse korral?

Auditis vaadeldud olulised teenused – kiire abi abivajajale, elanikkonna ohuteavitus, pankadevahelised maksed ja riigikassast rahastatud kulude katmine – on üldjuhul kättesaadavad ka andmesidekatkestuse korral, kuid teenused on oluliselt häiritud. Teenuste osutamiseks kavandatud andmesidest sõltumatute alternatiivsete lahenduste puhul tuleb arvestada täiendava ajakulu ja ebamugavusega.

Kiirabi, politsei ja päästeüksuse jõudmist abivajajani on võimalik korraldada ka ilma hädaabinumbri 112 toimimiseta, kuid see on abivajajale palju ebamugavam ja pikendab tõenäoliselt aega, mis kulub abi kohalejõudmiseks.

Inimeste teavitamine ohtudest toimib andmesidest sõltumatult vaid raadiolevi abil. Teiste kanalite (nt sireenid või telepilt) toimepidevamaks muutmisega vastutavad asutused tegelevad.

Pankadevahelisi makseid ning riigikassa kaudu tehtavaid makseid saab teha ka ilma andmesideta, kuid maksete toimumise kiirus väheneks andmeside katkemisel oluliselt.

Justiits- ja Digiministeerium on elutähtsa andmesideteenuse toimepidevuse korraldamisel lähtunud hädaolukorra seaduse nõuetest, ent korraldamisel on mõned olulised puudujäägid. Ministeerium on hädaolukorra lahendamise plaanis sõnastanud olulised andmeside toimepidevuse põhimõtted, kuid ei selgita, kuidas sideettevõtted peaksid neid põhimõtteid rakendama.

Märgukiri riigiasutuste infotehnoloogia majutusteenuste kohta
31.08.2026

Kas riigiasutuste IT-majutusteenuste korraldus on eesmärgistatud, riskipõhine ja toetab seatud eesmärkide täitmist?

Riigikontroll viis 2026. aasta märtsist juunini läbi riigiasutuste infotehnoloogia majutusteenuste auditi, mille eesmärk oli hinnata, kas riigiasutuste IT-majutusteenuste korraldus on eesmärgistatud ja riskipõhine ning kas püstitatud eesmärgid saavutatakse. Auditi toimingute läbiviimisel selgus, et IT-majutusteenuste korralduses on mitmeid olulisi probleeme ja püstitatud eesmärkide täitmiseni tähtaegselt ei jõuta, mistõttu lõpetas Riigikontroll auditi märgukirjaga.

Muu hulgas tuvastasime, et kriitiliste infosüsteemide määramine ja käitlemine väljaspool Eestit ei ole edenenud, nagu eesmärgiks on seatud. Justiits- ja Digiministeeriumil puudub keskne IT-majutusteenuste riskianalüüs ja ohustsenaariumide kirjeldus. IT-majades puuduvad IT-majutuslahenduste kohta kulude arvutused ja teadmine nende lahenduste kogukulust. Riigipilve teenuseid kasutatakse suhteliselt vähe ja enam selgust vajab, milliste kriteeriumide põhjal valida andmekogude välismaale paigutamiseks pilvelahendused.

Kohalikud omavalitsused

Regionaalarengu juhtimine Kagu-Eesti näitel
28.04.2026

Kuidas on täidetud Vabariigi Valitsuse otsust osutada Kagu-Eesti regionaalarengule eritähelepanu?

Eritähelepanu Kagu-Eesti arengule eksisteerib rohkem paberil kui päriselus. Vabariigi Valitsuse heakskiidul on regionaalministri käskkirjaga kehtestatud Kagu-Eesti tegevuskava, kuid see ei ole piirkonna arengu suunamisel toimiv tööriist. Peamine ootus kavale on koordineerida valdkonnapoliitikaid, kuid kava staatus võrreldes riigi muude strateegiadokumentidega, samuti selle toimeloogika ei toeta seda. Vähe on näiteid, kus Kagu-Eesti tegevuskava on ministeeriumide valikuid mõjutanud. Vähe on ka Kagu-Eesti spetsiifilisi meetmeid. Samal ajal püsib Kagu-Eesti mahajäämus mitmete rahvastiku- ja majandusarengu näitajate põhjal ja vajadus

riigile kuuluvat taristut (nt elektri- ja teedevõrk) arendada on Kagu-Eestis kohati suurem kui mujal Eestis.

Eritähelepanu kindla piirkonna arengule on poliitiline valik, kuid see ei tohi jääda praktilise sisuta ja näiliseks. Sama kehtib regionaalarengu kohta üldiselt. Riigikontrolli arvates peaks regionaalminister algatama Vabariigi Valitsuses arutelu, kuidas Kagu-Eesti tegevuskava, samuti Ida-Virumaa tegevuskava ja regionaalse arengu tegevuskavaga jätkata. Suures plaanis on kaks võimalust. Panna need kavad siduvate kokkulepetega Vabariigi Valitsuse tasemel toimima, nii et probleemid on meetmetega vastavuses, meetmete mõju on võimalik seirata ja vajaduse korral meetmeid korrigeerida, või kui selliseks lahenduseks poliitiline tahe puudub, võiks neist kavadest Riigikontrolli arvates loobuda.

Asutuste võrk ja kinnisvara kohalikes omavalitsustes pärast haldusterritoriaalset reformi
08.05.2026

Kuidas on omavalitsustes hallatavate asutuste võrku ja kinnisvara kasutust aastatel 2018–2024 korrastatud?

2017. aasta haldusreformiga loodeti muu kõrval parandada ka kohalike omavalitsuste (KOV) avalike teenuste majanduslikku tõhusust, mille üheks eelduseks on vajadustele ja võimalustele vastavaks kohandatud asutuste võrk ja kinnisvara kasutus. KOVides viimastel aastatel toimunu näitab, et ümber on korraldatud nii asutuste struktuuri kui ka kinnisvaraportfelli.

Haldusreformi järel on hallatavate asutuste arv KOVides vähenenud 613 võrra ehk *ca* 30%. 2017. aasta novembris oli hallatavaid asutusi KOVides 2070, kuid 2025. aasta mais 1457. Lõpetati 743 tegevus ja juurde loodi 130 asutust. Asutuste arvu vähendanud KOVides on kahanenud valdkonnajuhtide arv ja aeglustunud juhtide personalikulu kasv. Kuigi eraldiseisvate hallatavate asutuste arvu on vähendatud, on teenuse osutamine senistes asukohtades enamasti jätkunud.

2016. aasta hoonetest oli 2024. aastal jätkuvalt KOVide hooneportfellis 85%. Vahepeal on reformi läbi teinud KOVides võõrandatud või lammutatud 14% hoonetest, reformist eemale jäänud KOVides 10%. Samas on hoonete hulk enamikus KOVides (58%) viimastel aastatel mõnevõrra kasvanud. Selle põhjused on erinevad: on ehitatud uusi, soetatud kordategemiseks vanu, võetud arvele peremehetut vara jne.

2018–2024 on investeeritud hoonefondi uuendamiseks KOVides suurusjärgus 1,2 miljardit eurot. Investeerimistempo on olnud keskmiselt 6–8% hoonete soetusmaksumusest. Toetusi on investeeringuteks saadud 450 miljonit eurot, millest 75% on euroraha ja 20% CO_2-kvoodi raha.

Riigikaitse ja siseturvalisus

Riigi tegevusvaru moodustamine ja kasutuselevõtt
14.01.2026

Kas ASi Eesti Varude Keskus moodustatava toiduvaru ja tervishoiuvaru saab ettenähtud mahus kasutusele võtta?

AS Eesti Varude Keskus on moodustanud toiduvaru, millest peaks hinnanguliselt piisama 10%-le elanikkonnast 30 päevaks. Varu suurus ei ole aga seotud ühegi konkreetse hädaolukorra või riigikaitselise kriisi aegse võimaliku vajadusega ning see ei vasta ka Vabariigi Valitsuse seatud sihile tagada toiduvaru kogu elanikkonnale 14 päevaks. Seega ei saa öelda, et varu on piisav ja jõuab kriisi ajal toiduainete nappuse korral kõigi abivajajateni.

Tervishoiuvaru on moodustatud ettenähtud nomenklatuuris ja koguses, välja arvatud apteegiravimite varu, millest on olemas veidi üle 90%.

Varu sujuvas kasutuselevõtus saab olla kindel vaid apteegiravimite varu puhul, mille kasutuselevõtu protsess on kõigile osapooltele selge ning mida on juba kolmel korral ka tegelikult kasutusele võetud. Toiduvaru, veterinaarravimite varu, isikukaitsevahendite varu ning meditsiiniseadmete ja -tarvikute varu puhul pole väljaostetud osa kasutusele võtmine terviklikult kokku lepitud ega läbi harjutatud, mistõttu ei pruugi nende kasutuselevõtt sama edukas olla.

Taristu, energeetika ja keskkond

Riigi tegevus põhjavee kaitsmisel
08.07.2026

Kas Kliimaministeeriumi tegevuse tulemusel on põhjavee seisund paranenud?

Põhjavee puhtusest sõltub otseselt inimeste ja ökosüsteemide tervis. Suure nitraadisisaldusega joogivesi suurendab terviseriski ning ökosüsteemides kahjustab reostus looduslikku tasakaalu ja elurikkust.

Eestis on põhjavee nitraadireostus kasvanud. Elanike rajatud uutes joogiveekaevudes on leitud väga suuri nitraadinäitajaid ning ka riiklik põhjaveeseire nitraaditundlikul alal näitab reostuse suurenemist.

Samas võib Kliimaministeeriumi ametlik hinnang põhjavee seisundile olla tegelikkusest parem, sest seirevõrk on puudulik, kõiki andmeid ei kasutata ning proove võetakse enamasti ajal, mil reostusnäitajad on väiksemad, ja kohtadest, mis põllumajandus-reostust ei näita. Seetõttu puudub kindlus, millises seisus Eesti põhjavesi tegelikult on. Euroopa Komisjonile antud lubadust – tagada kogu Eesti põhjavee hea seisund aastaks 2027 – täita ei

suudeta, mistõttu ohustab Eestit halvemal juhul rikkumismenetlus ja trahv.

Rahandus ja riigihaldus

Riigi 2025. aasta raamatupidamise aastaaruande õigsus ja tehingute seaduslikkus
28.08.2026

Kas riigi 2025. aasta raamatupidamise aastaaruanne on õige ja majandustehingud tehtud kooskõlas riigieelarve seadustega?

Riigi 2025. aasta raamatupidamise aastaaruanne, mis näitab riigi konsolideeritud tulemiks 0,4 miljardit eurot ja konsolideeritud varade mahuks 31.12.2025. aasta seisuga 27,5 miljardit eurot, v.a märkus varude saldo kohta, kajastab kõigis olulistes osades õiglaselt riigi finantsseisundit ning lõppenud aruandeperioodi majandustulemust ja rahavoogusid.

Riigikontrollil ei olnud võimalik veenduda riigi konsolideeritud ja konsolideerimata bilansi kirjel „Varud“ 31.12.2025. aasta seisuga kajastatud Kaitseministeeriumi varude saldo õigsuses summas 1,2 miljardit eurot ja 31.12.2024. aasta seisuga 0,8 miljardit eurot, kuna Kaitseväe varude arvestuses esineb olulisi puudusi ning pole selge, millised varud, millises mahus ja millises maksumuses on bilansis kajastatud ning millised on jäetud põhjendamatult kajastamata.

Riigikontrolli arvates on riigi majandustehingud olulises osas sooritatud kooskõlas riigieelarve seaduse, 2025. aasta riigieelarve seaduse, riigi 2025. aasta lisaeelarve seaduse ja riigi 2025. aasta teise lisaeelarve seadusega.

Riigikontrolli hinnangul annab riigi 2025. aasta eelarve täitmise aruanne, mis näitab eelarvetulusid 18,3 miljardit, kulusid 18,1 miljardit, investeeringuid 1,0 miljardit ja finantseerimistehinguid 0,2 miljardit eurot, usaldusväärset teavet riigi kogutud tulude, tehtud kulude, investeeringute ja finantseerimistehingute kohta.

Riigi tegevus riskikapitalifondides
13.08.2026

Kuidas on Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium korraldanud SmartCapi fondidele eesmärkide seadmise, fondidesse investeerimise ja järelevalve fondide tegevuse üle?

Majandus- ja Kommunikatsiooniministeerium on SmartCapi riskikapitaliinvesteeringuteks maksnud sisse kokku 465,7 miljonit eurot. Riigieelarvest raha eraldamise maht ja ajastus ei ole lähtunud fondide tegelikust investeerimisvõimekusest, mistõttu seisab suur osa riskikapitaliinvesteeringuteks ettenähtud rahast pikka aega sihipärase kasutuseta. Samal ajal emiteeris Rahandusministeerium korduvalt riigi igapäevase rahavoo tasandamiseks lühiajalisi võlakirju.

SmartCapi fondide strateegiliste eesmärkide saavutamise hindamiseks kasutatavatele näitajatele ei ole määratud

mõõdetavaid sihttasemeid ega ajahorisonti, mistõttu on keeruline objektiivselt hinnata, kas investeeringud on olnud tulemuslikud või kas fondivalitseja tegevus vastab riigi ootustele. SmartCapi juhtimisstruktuuris on koondunud mitmed ülesanded samade isikute kätte. See võib tekitada rollide kattuvuse riski ja vähendada otsustusprotsesside läbipaistvust.

Riigieelarve kasutamata raha
18.12.2025

Miks jääb osa eelarveaastaks kavandatud kuludest ja investeeringutest tegemata ja kas selle mõjusid valitsemisalade eesmärkidele ning tulemustele jälgitakse?

Ministeeriumid ja eelarvepoliitikat koordineeriv Rahandusministeerium ei veendu, et pikendatakse ainult sellise rakendamata jäänud riigieelarve raha kasutusõigust, mis on seadusega lubatud ja tingimata vajalik.

Reaktsioonina valitsuse soovile riigi kulusid kärpida jätavad ministeeriumid osa riigieelarve rahast kasutamata ja kannavad selle üle järgmisse aastasse, et hoida finantsilise toimetuleku puhvrit. Sellise praktika mõju valitsemisala tegevustele ja tulemustele ei jälgita.

Osa rahast, mis eelarveaastal kasutamata jääb, on valitsemisalade väitel juba erinevate kohustustega broneeritud ja ootab väljamaksmist või raamatupidamisliku kulu tekkimist järgmisel aastal. Probleem on, et pole ühtseid andmeid, mis võimaldaks hinnata, kui suur sellise raha osakaal ikkagi on. Suur osa riigieelarve kuludest libiseb aastast aastasse, ilma et ministeeriumid ja Rahandusministeerium hindaks piisavalt kriitiliselt, kas kulu on oluline ja hädavajalik.

Ülevaade tehisintellekti lahenduste loomisest avaliku sektori asutustes
09.04.2026

Riigikontrolli koostatud ülevaade rahvusvahelise tehisintellektiteemalise koostööauditi tarvis

Viimaste aastate areng tehisintellekti valdkonnas on loonud märkimisväärselt uusi võimalusi. Paljud Eesti avaliku sektori asutused on asunud arendama, testima ja kasutama uudseid tehisintellektil põhinevaid lahendusi. Selliste lahenduste kasutuselevõtt peaks aitama asutustel paremini oma ülesandeid täita, sh osutada kvaliteetsemaid teenuseid, teha kiiremaid otsuseid, vähendada kulusid.

Kaheteistkümne EUROSAIsse kuuluva kõrgeima auditiasutuse koostöös oli valmimas 2026. aasta alguses ühisaudit, mille eesmärk oli hinnata valitsussektori valmisolekut tehisintellekti lahenduste kasutuselevõtuks. Riigikontroll osales ühisauditis ja on koostanud selle tarbeks ülevaate, kuidas Eesti avaliku sektori asutused arendavad ja kasutavad tehisintellekti lahendusi ning missugused on peamised takistused selles valdkonnas.

Justiits- ja Digiministeeriumi kokku pandud krattide nimekirja järgi on avalikus sektoris loodud 130 lahendust, kuid see nimekiri ei anna ülevaadet viimaste aastate arengust ning ekspertide hinnangul ei ole neist mitmete puhul tegu tehisintellekti lahendusega. Riigikontrolli küsitlusele vastanud asutustes on tehisintellektil põhinevaid lahendusi loodud ligikaudu 30. Enamik neist lahendustest on alles katsetamisel ja ei paku olulist kulude kokkuhoidu, kvaliteetsemaid avalikke teenuseid ega võimalda teha kiiremaid otsuseid.