

The background is a deep blue gradient with abstract, flowing white and light blue lines that create a sense of movement and depth. These lines are concentrated in the top-left and bottom-right corners, leaving the center relatively clear for the text.

INVESTEERING TERVISHOIDU PARANDAB EESTI MAJANDUSE TERVIST

Ameerika Kaubanduskoda Eestis
2025

SISUKORD

Sissejuhatus

1.	Eesti tervishoiuprobleemide algpõhjus	3
1.1	Eesti tervishoiukulutuste osakaal SKP-st jääb EL-i keskmisest tunduvalt maha ning on palju väiksem kui Läänes ja Põhjamaades	3
1.2	Tervishoiule tehtavate riiklike kulutuste puhul on suundumus sama: Eesti jääb EL-i keskmisest, lääneriikidest ja Skandinaaviast tunduvalt maha	4
2.	Ebapiisava rahastuse tagajärjed	5
3.	Eesti elanikkonna peamised tervisenäitajad	8
3.1	Lühike oodatav eluiga	8
3.2	Suur sooline erinevus oodatava eluea seisukohast	8
3.3	Tervena elatud aastate vähenemine	8
3.4	Ennetatav suremus on suur	8
3.5	Välditav suremus on samuti väga suur	9
4.	Üleskutse tegutseda	10
5.	Tervishoiu tulevikku käsitleva ideekorje kaudu kogutud ideed edasiseks uurimiseks	11
5.1	Tervishoiuandmete kasutamise laiendamine teadmispõhiseks otsustamiseks	11
5.2	Riikliku ja eratervishoiu lõimimine, tagades, et patsiendile määratud rahalised vahendid on mõlemal juhul saadaval	12
5.3	Üleminek teenusepõhiselt tasustamisviisilt tulemuspõhisele rahastamisele	12
5.4	Töotervishoiu ja esmatasandi arstiabi lõimimine	12
5.5	Bioteaduste tööstuse (sh farmaatsiatööstuse ja biotehnoloogia) arendamine ning toetamine Eestis	12
5.6	Tööandjate maksuvabade tervishoiu- ja spordikulude piirmäära suurendamine 1200 euroni	13
5.7	Tervishoiutoodete käibemaksu vähendamine 5%-ni	14
5.8	Suitsetatava tubaka-, alkoholi- ja hasartmängumaksu tulude ülekandmine Eesti Tervisekassa eelarvesse	17

SISSEJUHATUS

Elanikkonna tervis on otseselt seotud majanduskasvu, konkurentsivõime ja tootlikkusega.¹ Eesti tööeline elanikkond kaotab haiguste ja/või enneaegse surma tõttu ligikaudu ühe kolmandiku (32%) oma elust.² Seda on tunduvalt rohkem kui meie põhjanaabritel (umbes 20–25%) või ka sarnasemate näitajatega riikides, näiteks Sloveenias (26%).³ Kui teisendada see 32% majandusmõjukuks, siis on selge, et **Eesti kaotab aastas vähemalt miljard eurot maksutulu**. Kui suudame haiguskoormust vähendada kasvõi mõne protsendi võrra, võidab Eesti lisamaksurahana miljoneid eurosid.

Pole kuigi tõhus keskenduda ainult tervishoiu arengu väiksematele osadele. Tähelepanu tuleks koondada tervishoiu alustalade kindlustamisele. Praegu on Tervisekassal 160 miljoni eurone puudujääk ja olukord halveneb järgmistel aastakümnetel veelgi.⁴ Selle puudujäägi vähendamiseks ei ole ilmselget lahendust ega meetmeid, sest sotsiaalmaksupõhine rahastamine ei kata kasvavaid kulusid ja omaosalus on juba praegu märksa suurem kui EL-is keskmiselt.⁵ Omaosaluse või sotsiaalmaksupõhise rahastamise osakaalu suurendamine piiraks veelgi rohkem vaesemat elanikkonda, halvendades tervishoiuteenuste kättesaadavust või teeks need hoopis kättesaamatuks.⁶

Kuidas edasi?

Jätkusuutlikuks arenguks on tarvis terviklikku pikaajalist strateegiat. Poliitikakujundajad peaksid seadma prioriteediks tervishoiu (ja sellega seotud sotsiaalhoolekande aspektid). Iga tervishoiu ökosüsteemi paigutatud euro on investering, mitte kulu.

McKinsey aruandes „Prioritizing health: A prescription for prosperity“⁷, milles käsitletakse majanduse ja tervishoiu seost, väidetakse, et inimeste tervis mõjutab majandusarengut sama palju kui haridus. Haiguskoormuse vähendamine suurendab majanduselus osalevate inimeste arvu ja tootlikkust. Kui keskenduda tervishoiule, võidaks maailmamajandus 2040. aastaks 12 triljonit USA dollarit, mis tähendaks iga aasta 0,4% täiendavat majanduskasvu. Selle tulemuse saavutamiseks tuleb täita neli eeltingimust: muuta tervishoid sotsiaalseks ja majanduslikuks prioriteediks, kaasata terviseetema käsitusse kõik osalised, muuta tervishoiusüsteeme ning hoogustada uuendusi.

Selleks et muuta tervishoid sotsiaalseks prioriteediks, tuleb rohkem rõhku panna piisavatele ennetusmeetmetele, sealhulgas lähtuda tervise alustõdedest kõigis poliitikavaldkondades.

¹ Grønstad, A. (2023). A healthy workforce is good for business. Here's why. World Economic Forum. Saadaval aadressil <https://www.weforum.org/stories/2023/07/business-benefits-of-boosting-employee-health-and-well-being/>

² Roser, M., & Ritchie, H. (2021). Burden of disease. Our World in Data. Saadaval aadressil <https://ourworldindata.org/burden-of-disease>.

³ Roser, M., & Ritchie, H. (2021). Burden of disease. Our World in Data. Saadaval aadressil <https://ourworldindata.org/burden-of-disease>.

⁴ Foresight Centre. (i.a.). Tervishoiu jätkusuutlikkus. Saadaval aadressil <https://arenguseire.ee/uurimissuunad/tervishoiu-jatkusuutlikkus/>

OECD. (2024). OECD Economic Surveys: Estonia 2024 (lk 93–94). Saadaval aadressil https://www.oecd.org/en/publications/oecd-economic-surveys-estonia-2024_33e6beee-en/full-report.html

⁵ Foresight Centre. (i.a.). Tervishoiu jätkusuutlikkus. Saadaval aadressil <https://arenguseire.ee/uurimissuunad/tervishoiu-jatkusuutlikkus/>

⁶ Foresight Centre. (i.a.). Tervishoiu jätkusuutlikkus. Saadaval aadressil <https://arenguseire.ee/uurimissuunad/tervishoiu-jatkusuutlikkus/>

⁷ McKinsey Global Institute. (2020). Prioritizing health: A prescription for prosperity. Saadaval aadressil <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/our-insights/prioritizing-health-a-prescription-for-prosperity> McKinsey Global Institute. (2020). Prioritizing health: A prescription for prosperity. Saadaval aadressil <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/our-insights/prioritizing-health-a-prescription-for-prosperity>

Ennetamine on taskukohasem kui ravi. Näiteks Eestis moodustavad peamise osa haiguskoormusest südame-veresoonkonnahaigused (27%) ja vähk (17%). Selleks et haiguskoormust võimalikult palju vähendada ja majandust edendada, peaksime suunama investeringud just nende põhihaiguste ennetamisse, söeluuringutesse ning ravisse.

Haiguste ennetamine algab piisavast tervisekasvatusest koolides. Praegu ei ole tervisekasvatus põhi- ja keskkoolides tähtsal kohal ning pole selge, kui tõhus selline haridus, olgugi et kasin, üldse on.⁸ Ebapiisavast haridusest põhjustatud suured kulud seavad Tervisekassale lisapiiranguid. Näiteks ülekaalulisusega seotud hinnangulised kulud on 124,7 miljonit eurot aastas.⁹ Alkoholi tarbimisest ja suitsetamisest tingitud otsesed kulud olid 2022. aastal vastavalt 50,5 miljonit ning 55,6 miljonit eurot.¹⁰

Selleks et muuta tervishoid majanduslikuks prioriteediks, peame suurendama investeringuid tervishoidu ja hoogustama uuendusi. Taani avaldas hiljuti oma bioteaduste strateegia aastani 2030¹¹. Sellele kirjutasid alla neli ministrit: ettevõtlusminister, sise- ja tervishoiuminister, välisminister ning kõrgharidus- ja teadusminister. Eelkõige nähakse strateegias ette eduka tööstuse ning tõhusa ja jätkusuutliku tervishoiusüsteemi seose tugevdamist: „[...] Taani peab ulatuslikumalt toetama uusi konkurentsivõimelisi bioteadustega tegelevaid ettevõtteid. [...] Taanil on vaja tõhustada teadustegevust ja IT-taristut, et meie ainulaadsed terviseandmed saaksid aluseks murrangulistele uuringutele, tehisintellekti levikule ning hoogsamale uuendustegevusele patsientide parema ravi nimel. [...] Tuleb edendada juurdepääsu uuenduslikele, tõhusatele ja tööjõuvabadele tervishoiulahendustele ning innovaatilistele ravimitele, et parandada kodanike tervist ja tagada tervishoiusüsteemi tulevikukindlus.“

Sellised strateegilised arutelud tuleb pidada kõige kõrgemal tasandil. Tervishoiu käekäik ei ole ainult sotsiaalministeeriumi asi. See peaks olema prioriteet kõigis ministeeriumites, eriti haridus- ja teadusministeeriumis, majandus- ja kommunikatsiooniministeeriumis ning rahandusministeeriumis. Eduka tervishoiusüsteemi (bioteaduste süsteemi) loomiseks peame panustama teadus- ja arendustegevusse. Soome kahekordistab avaliku sektori kulutusi teadus- ja arendustegevusele, et suurendada vastavaid avaliku ja erasektori koguinvesteringuid 2030. aastaks 4%-ni SKP-st.¹² Soome kulutab teadus- ja arendustegevusele juba praegu 3,09% SKP-st, Eesti aga ainult 1,84%.¹³

Tervishoiu ökosüsteem tervikuna peaks olema üks Eesti prioriteete ning **andmete ja parimate teadmiste põhjal** tuleks luua pikaajaline üldstrateegia. See saab toimuda ainult tihedas koostöös kõigi sidusrühmadega.

⁸ Ilves, K., Kubre, M.-A., Kalda, R., & Konstabel, K. (2022). Tõenduspõhiste sekkumiste rakendamise võimalused koos mõju hindamisega terviseharituse parandamisel Eestis (lk 59, 96–97). Sotsiaalministeerium. Saadaval aadressil https://www.sm.ee/sites/default/files/documents/2022-09/T%C3%9C_Terviseharituse_uuring_L%C3%95PPRAPORT_IS_BN.pdf

⁹ Tervise Arengu Instituut. (2025). Kehalise inaktiivsuse ja liigse kehakaalu kulu Eestis. Saadaval aadressil <https://www.tai.ee/et/valjaanded/kehalise-inaktiivsuse-ja-liigse-kehakaalu-kulu-eestis>
Tervise Arengu Instituut. (2025). Noorte kasvav kehakaal tekitab kasvavat muret, ligi kolmandik on liigse kehakaaluga. Saadaval aadressil <https://www.tai.ee/et/uudised/noorte-kasvav-kehakaal-tekitab-kasvavat-muret-ligi-kolmandik-liigse-kehakaaluga>

¹⁰ Sotsiaalministeerium. (2023). Eestis müüdi 2022. aastal 1066 sigaretti inimese kohta. Saadaval aadressil <https://www.sm.ee/uudised/eestis-muudi-2022-aastal-1066-sigaretti-inimese-kohta>

¹¹ Invest in Denmark. (i.a.). New Danish life science strategy. Saadaval aadressil <https://investindk.com/insights/new-danish-life-science-strategy>

¹² Business Finland. (2025). Innovation and Growth Research 2025. Saadaval aadressil <https://www.businessfinland.fi/4ae8ec/-globalassets/finnish-customers/news/calls/2025/innovation-and-growth-research-2025.pdf>

¹³ Eesti Teadusagentuur. (i.a.). Rahastamise üldpilt. Saadaval aadressil <https://etag.ee/en/activities/analysis/statistics-rd-funding-estonia/>

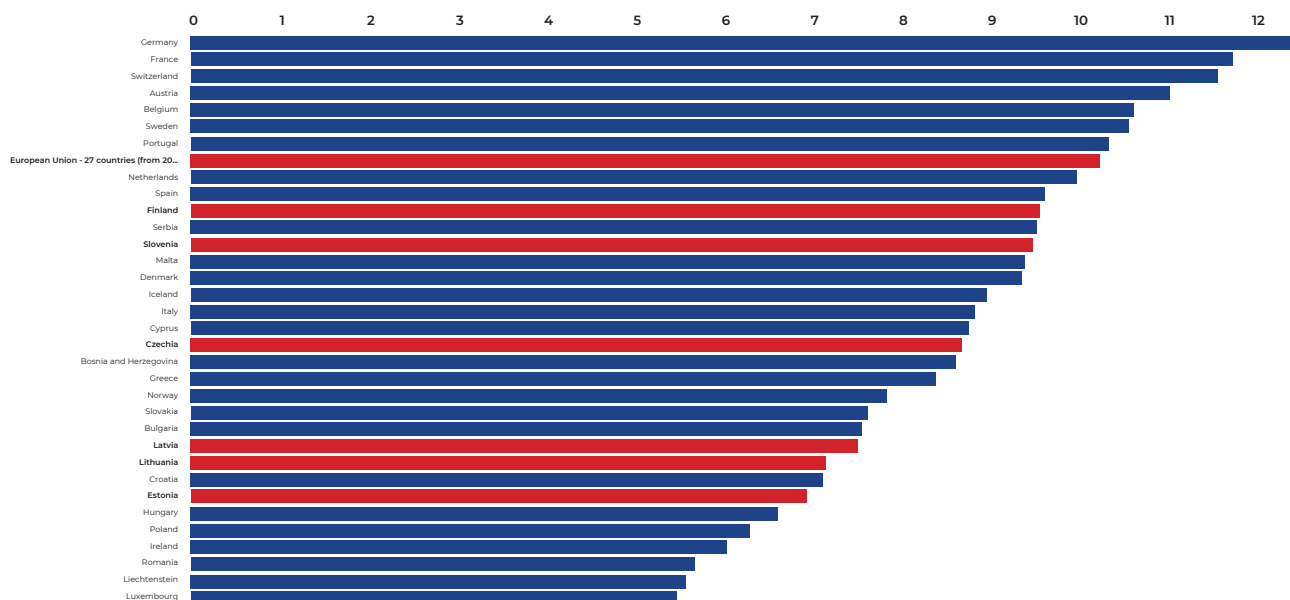
1. EESTI TERVISHOIU- PROBLEEMIDE ALGPÕHJUS

Euroopa Komisjon on märkinud, et Eestis ei ole suudetud muuta tervishoiu rahastamist jätkusuutlikuks. Komisjon soovib Eesti valitsusel parandada tervishoiu ja pikaajalise hoolduse kättesaadavust ning rahastamist maksubaasi laiendamise kaudu.¹⁴

1.1. Eesti tervishoiukulutuste osakaal SKP-st jääb EL-i keskmisest tunduvalt maha ning on palju väiksem kui Läänes ja Põhjamaadest

Kuna EL-i 2023. aasta andmed¹⁵ ei ole veel saadaval, saame adekvaatselt võrrelda ainult 2022. aasta tulemusi. 2022. aastal olid Eesti tervishoiukulutused 7%, samas kui EL-i keskmine oli 10,4%. Järelikult olid EL-i keskmised tervishoiukulutused peaaegu 50% suuremad kui Eesti omad.

Aastatel 2022–2023 jäi Eesti koguinvesteeringute osakaal SKP-st samalaadsesse vahemikku kui teistes Balti riikides. Kuid näiteks Sloveenia ja Tšehhi – meiega majandusliku jõukuse poolest sarnased riigid – on EL-i keskmisele palju lähemal (10,4%): vastavalt 9,6% ja 8,8% võrrelduna 7%-ga Eestis 2022. aastal. 2022. aastal olid Soome tervishoiukulutused peaaegu 40% suuremad kui Eestis: 9,7% vs. 7%.



Tervishoiukulutuste osakaal SKP-st EL-i riikides.¹⁶

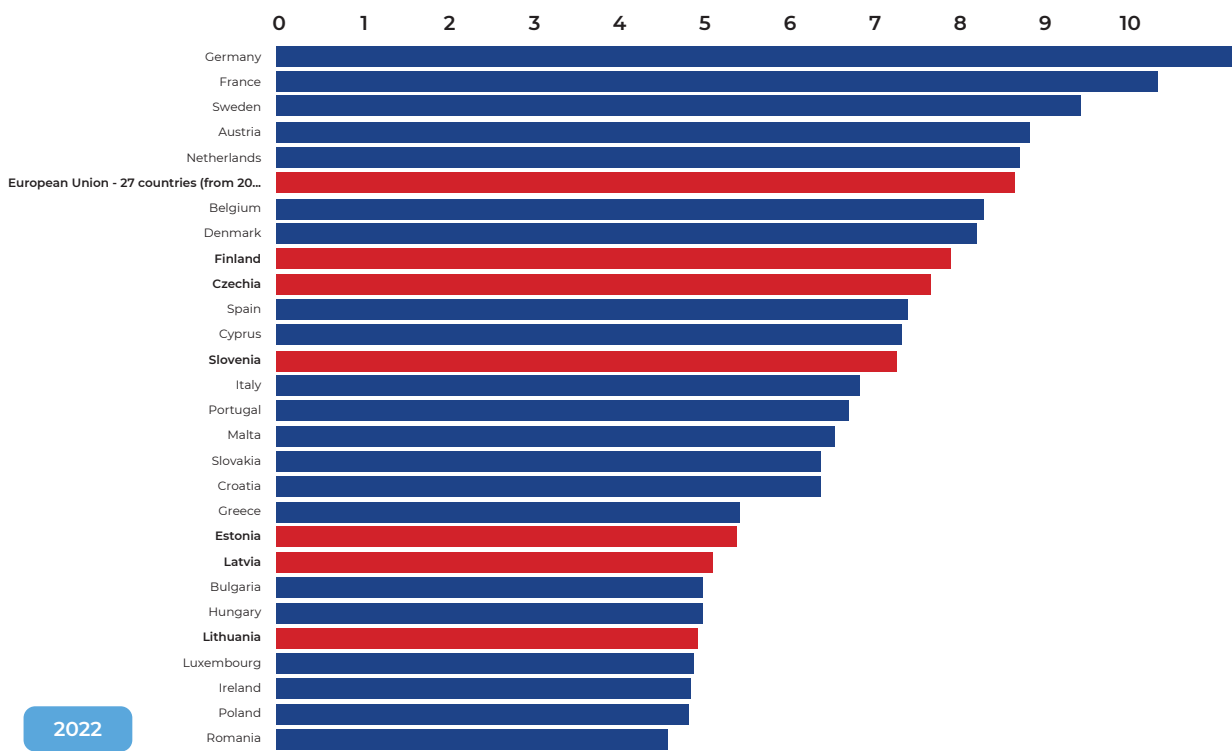
¹⁴ Council of the European Union. (2024). Council recommendation on the economic, social, employment, structural and budgetary policies of Estonia. Saadaval aadressil https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=5ca0e522-0973-493f-aa99-e7c054d040d0_en

¹⁵ 2023. aastal moodustasid Eesti tervishoiukulutused 7,6% SKP-st.

¹⁶ Eurostat. (2024). Health care expenditure by function. Saadaval aadressil https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00207/default/bar?lang=en&category=t_hlth.t_hlth_care

1.1. Tervishoiule tehtavate riiklike kulutuste puhul on suundumus sama: Eesti jääb EL-i keskmisest, lääneriikidest ja Skandinaaviast tunduvalt maha

Eesti avaliku sektori kulutused tervishoiule moodustasid 2022. aastal vaid 5,3% SKP-st, samas kui EL-i keskmine on riiklike ja kohustuslike skeemide puhul 8,4%, s.o 60% rohkem kui Eestis. Kui võrrelda meid majanduskeskkonna poolest sarnaste riikidega, siis Sloveenia valitsemissektori ja kohustuslike skeemide kulutuste osakaal SKP-st on 7,1% ning Tšehhis 7,5% (vastavalt 35% ja 43% rohkem kui Eestis).



Avaliku sektori kulutused tervishoiule EL-i riikides.¹⁷

Eesti elanikud maksavad juba praegu suure osa tervishoiukuludest oma taskust kinni: 2023. aastal maksid patsiendid ise kuni 22%¹⁸, mis ei jäta palju ruumi omaosaluse suurendamiseks, arvestades rahvusvahelist soovitusi hoida see 15% juures.¹⁹

Eesti riikliku tervishoiu arengukava 2020–2030 kohaselt peaksime suurendama riiklike tervishoiukulutusi 2040. aastaks 7,8%-ni SKP-st, võttes arvesse elanikkonna vananemist.²⁰

Kas 2040. aastaks avaliku sektori tervishoiukulude eesmärgiks seatud 7,8% (meenutagem, et 2022. aastal oli EL-i keskmine 8,4%) on piisav, et luua Eestis jätkusuutlik tervishoiusüsteem, parandada meie elanike tervisenäitajaid ja elavdada majandust?

¹⁷ Eurostat. (2024). Health care expenditure by financing scheme. Saadaval aadressil https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_sha11_hf_custom_15670446/default/bar?lang=en

¹⁸ K. Kasekamp, T. Habicht, A. Vörk, K. Köhler, M. Reinap, K. Kahur, H. Laarmann, Y. Litvinova (2024). Estonia: Health System Summary, 2024. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 9789289059602-eng.pdf.

¹⁹ Sotsiaalministeerium. Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/rta_05.05.pdf

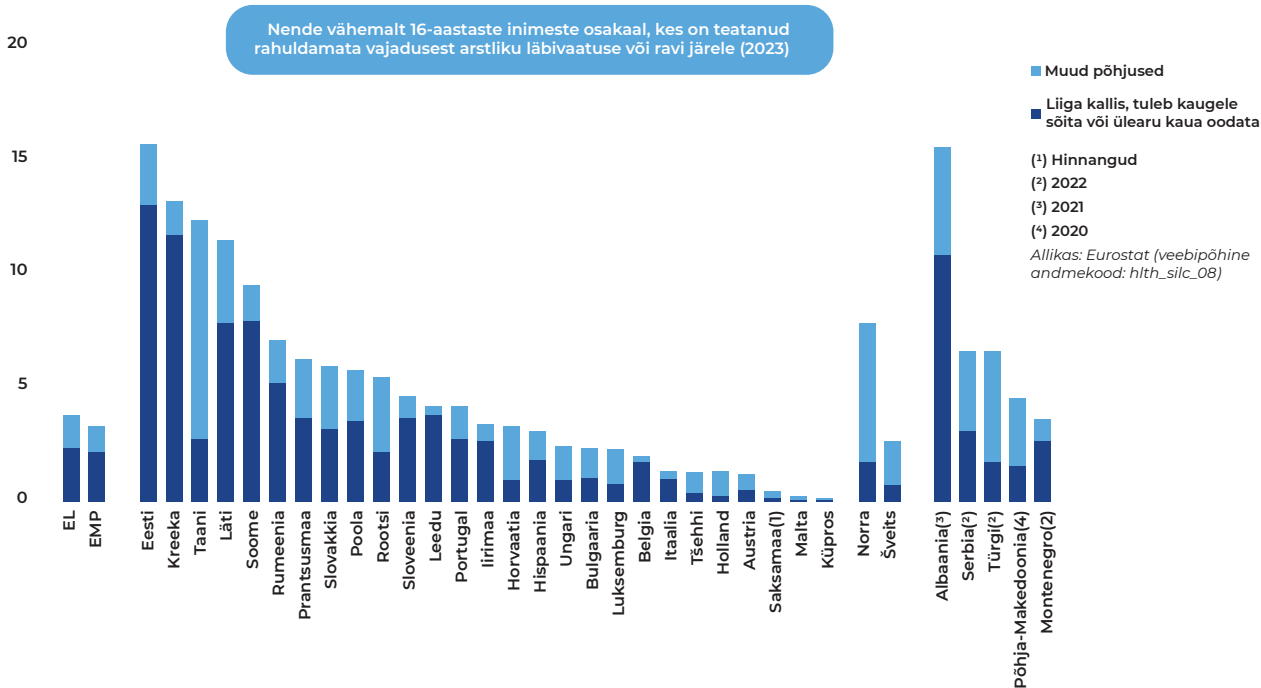
²⁰ Sotsiaalministeerium. Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030. Saadaval aadressil https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/rta_05.05.pdf (07.03.2025)..

2. EBAPIISAVA RAHASTUSE TAGAJÄRJED

Kuigi Eesti tervishoiusüsteemi on kiidetud kulutõhususe eest, on selle põhiprobleemid Maailma Terviseorganisatsiooni hinnangul sotsiaal-majanduslike rühmade ebavõrdsus, ravi kättesaadavus ja tööjõupuudus tervishoiusektoris.²¹ Riigikontroll oli sunnitud oma 2022. aasta aruandes tunnistama, et kui süsteemis muudatusi ei tehta, võivad 2035. aastaks inimeste omaosaluskulud kahekordistuda, ravijärjekorrad veelgi pikeneda ja Tervisekassa eelarve puudujääk küündida 900 miljoni euroni.²²

1) 2023. aastal paistis Eesti Euroopa Liidus halvas mõttes silma suurima rahuldamata tervisekontrolli vajaduse poolest: 12,9% elanikest teatas, et on loobunud arstiabist, sest see on liiga kallis või eeldab kaugele sõitmist või ülearu pikka ooteaega. Samal ajal oli Euroopa vastav näitaja keskmiselt vaid 2,4% – umbes 5 korda väiksem.²³

Leedus on teatanud vaid 3,8% ja Lätis 7,8% elanikest, et nende tervisekontrolli vajadus on rahuldamata, kuna see on liiga kallis või eeldab kaugele sõitmist või ülearu pikka ooteaega. Tähelepanu väärib tõik, et Tšehhis on ainult 0,4% elanikest teatanud, et nende tervisekontrolli vajadus on nimetatud põhjustel rahuldamata.



Täitmata vajadused arstliku läbivaatuse või ravi järele.²⁴

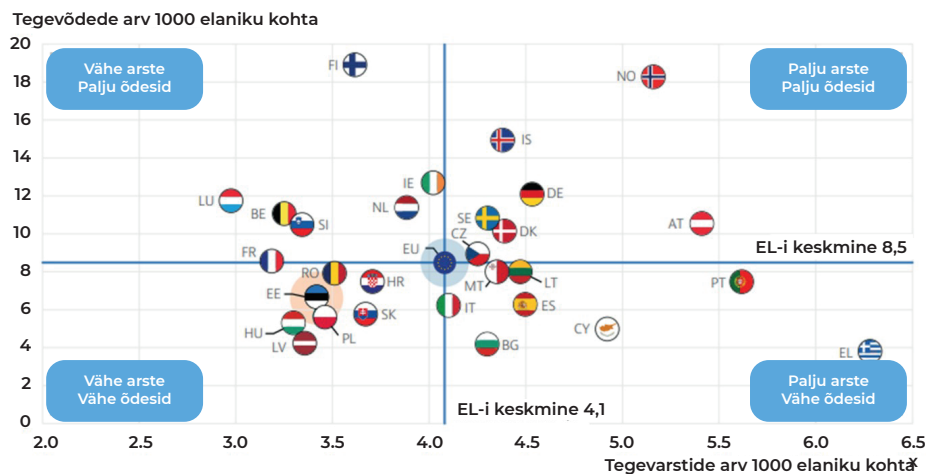
²¹ Sotsiaalministeerium. (i.a.). Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030. Saadaval aadressil https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/rta_05.05.pdf

²² Riigikontroll. (2022). Eesti tervishoiu suundumused. Saadaval aadressil <https://www.riigikontroll.ee/Suhtedavalikkusega/Pressiteated/tabid/168/557GetPage/4/557Year/-1/ItemId/2378/amid/557/language/et-EE/Default.aspx>

²³ Kasekamp, K., Habicht, T., Vörk, A., Köhler, K., Reinap, M., Kahur, K., Laarmann, H., & Litvinova, Y. (2024). Estonia: Health system summary, 2024. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Saadaval aadressil <https://apps.who.int/iris/handle/10665/378592>

2) Eesti tervishoiusüsteemis on puudu tervishoiutöötajatest, eelkõige õdedest, perearstidest ja vaimse tervise spetsialistidest.

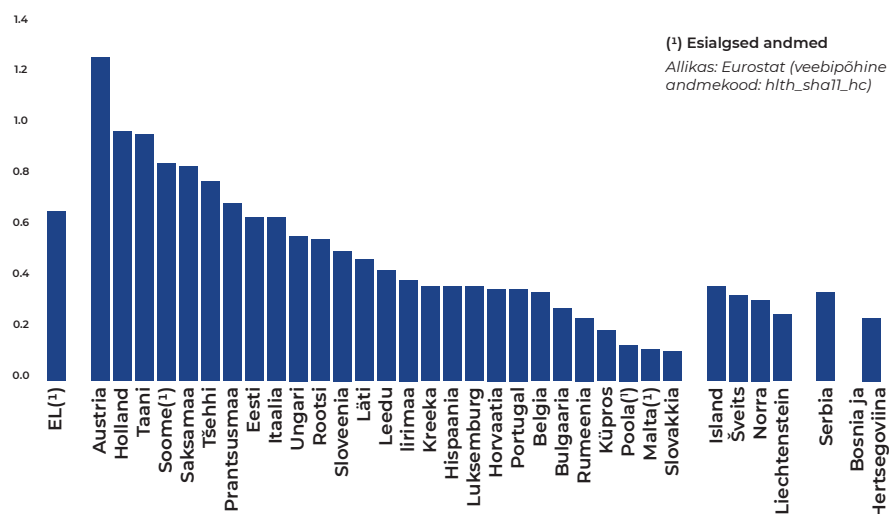
2021. aastal oli Eestis 17% vähem arste (3,4 arsti 1000 elaniku kohta) ja 24% vähem õdesid (6,5 õde 1000 elaniku kohta) kui EL-is keskmiselt (vastavalt 4,1 ja 8,5). Võrreldes teiste Balti riikidega paistab Leedu silma selle poolest, et seal on märksa rohkem arste kui Eestis (ligikaudu 1 arst rohkem 1000 elaniku kohta). Arste on meil ligikaudu sama palju kui Sloveenias, kuid õdede arv 1000 elaniku kohta on märkimisväärselt väiksem.



Tegevarstide ja -õdede arv.²⁵

3) Haiguste ennetamine on alati parem kui ravi ning kuigi Eesti kulutused ennetusele on Euroopa Liidu keskmisel tasemel (umbes 0,65% SKP-st), jääb Eesti Lääne-Euroopast ja Põhjamaadest siiski tunduvalt maha.

Jooksvad kulutused ennetavale tervishoiule võrreldes SKP-ga (2021)



Kulutused ennetavale tervishoiule võrreldes SKP-ga (2021).²⁶

²⁴ Eurostat. (2024). Share of people aged 16 years or over reporting unmet needs for medical examination or treatment, 2023 (%). Saadaval aadressil https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/3/32/Share_of_people_aged_16_years_or_over_reporting_unmet_needs_for_medical_examination_or_treatment%2C_2023_%28%25%29_Health2024.png

²⁵ OECD. (2023). Estonia: Country health profile 2023. Saadaval aadressil https://www.oecd.org/en/publications/estonia-country-health-profile-2023_bc733713-en.html

²⁶ Eurostat. (2024). Preventive health care expenditure statistics. Saadaval aadressil https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Preventive_health_care_expenditure_statistics

Kõigi ennetusliikide hulgas paistab immuniseerimine silma investeeringu tasuvuse ning kulude ja tulude suhte poolest²⁷. Kui aga võrrelda Eestit teiste Euroopa Liidu riikidega, siis pikas vaates on meie üldsuse usaldus vaktsiinide vastu hakanud järk-järgult vähenema²⁸. Eestis on vaktsineerimisprogrammi hõlmatus aastate jooksul kahanenud²⁹.

4) Eesti paistab silma uuenduslike ravimite kehva kättesaadavuse poolest. WAIT indikaatori aruande kohaselt on Eesti patsientidel ligipääs vaid 19%-le (31-le 167-st) Euroopa Liidus aastatel 2019–2022 registreeritud ravimitest.³⁰

Näiteks onkoloogias on ligipääs ainult 17%-le (8-le 48-st) kõigist aastatel 2019–2022 registreeritud onkoloogilistest ravimitest. Harvikravimite puhul on olukord veelgi halvem: Eesti patsientidel on ligipääs 11%-le (7-le 63-st) kõigist aastatel 2019–2022 registreeritud harvikravimitest.

OECD aruande³¹ kohaselt on Eestis probleeme uute ravimite hüvitamisega riiklikest vahenditest, sest paljud uued ravimid, mis on mujal Euroopas kättesaadavad, jõuavad Eesti soodusravimite nimekirja alles palju hiljem. See on tingitud pikematest taotluste esitamise tähtaegadest ja hinnaläbirääkimistest. Uute ravimite puhul kulus Eestis Euroopa Raviameti (EMA) heakskiidu saamisest kuni soodusravimina registreerimiseni 559 päeva, mis on rohkem kui EL-i keskmine 516 päeva. Suure kliinilise kasuga uuematest vähiravimitest on riiklikult hüvitatud või kaetud 46%, mida on vähem kui keskmised näitajad EL-is tervikuna (59%) ja Eestile majanduslikult sarnaste riikide seas (54%).

²⁷ The European House – Ambrosetti, in collaboration with Vaccines Europe and IFPMA. (2024). The value of prevention for economic growth and the sustainability of healthcare, social, and welfare systems. Saadaval aadressil <https://www.ambrosetti.eu/en/news/the-value-of-prevention-for-economic-growth-and-the-sustainability-of-healthcare-social-and-welfare-systems/>

²⁸ The European House – Ambrosetti, in collaboration with Vaccines Europe and IFPMA. (2024). The value of prevention for economic growth and the sustainability of healthcare, social, and welfare systems. Saadaval aadressil <https://www.ambrosetti.eu/en/news/the-value-of-prevention-for-economic-growth-and-the-sustainability-of-healthcare-social-and-welfare-systems/>

²⁹ Rudi, H. (2024). Eestis kasvab risk lokaalseks difteeria puhanguks. ERR. Saadaval aadressil <https://www.err.ee/1609463980/eestis-kasvab-risk-lokaalseks-difteeria-puhanguks>

³⁰ European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations. (2024). EFPIA patient wait indicator 2024. Saadaval aadressil <https://efpia.eu/media/vtapbere/efpia-patient-wait-indicator-2024.pdf>.

³¹ OECD. (2025). Estonia: Country cancer profile 2025. Saadaval aadressil https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/02/eu-country-cancer-profile-estonia-2025_a876820e/bb4eec73-en.pdf

3. EESTI ELANIKKONNA PEAMISED TERVISENÄITAJAD

3.1. Lühike oodatav eluiga

Viimase kümne aasta jooksul (2002–2023) on eestlaste oodatav eluiga pikenenud Euroopa Liidu riikidest kõige kiiremini (7,4 aasta võrra). Samas jääb see endiselt alla Euroopa keskmise, samuti alla kõigi Lääne-Euroopa ja Skandinaavia riikide vastavate näitajate. 2023. aastal oli oodatav eluiga 78,8 aastat – 2,7 aastat lühem kui EL-i keskmine (81,5 aastat). Võrreldes teiste Balti riikidega oli Eestis oodatav eluiga 1,5 aastat pikem kui Leedus ja peaaegu 3 aastat pikem kui Lätis.³²

3.2. Suur sooline erinevus oodatava eluea seisukohast

Naiste oodatav eluiga on tunduvalt pikem kui meestel. Eesti, Läti ja Leedu on selle soolise erinevuse poolest EL-is kolme esimese seas.³³ 2022. aastal oli Eestis meeste ja naiste oodatava eluea vahe 9 aastat – samal ajal oli see Euroopa Liidus keskmiselt 5,3 aastat ehk ligikaudu 40% väiksem.

3.3. Tervena elatud aastate vähenemine

Tervena elatud aastate arvu suurenemine on inimeste, riigi ja majanduse seisukohast eriti tähtis. Kuigi meie oodatav eluiga pikeneb, on tervena elatud aastate arvu kasv aeglustunud ja 2023. aastal hakkas see isegi vähenema. Erinevus meeste ja naiste vahel on märkimisväärne: 2023. aasta andmete kohaselt elab Eesti mees tervena keskmiselt 3 aastat vähem kui Eesti naine.³⁴ Euroopa keskmine tervena elatud aastate arv on meestel ja naistel peaaegu võrdne – 2022. aastal oli vahe vaid 0,4 aastat. Järelikult elavad inimesed Eestis kauem, kuid haiguste ja muude tervisega seotud piirangutega, mis mõjutavad nende osalemist tööturul ja ühiskonnas laiemalt ning hoogustavad riigi tervishoiukulude kasvu.³⁵

Eurostati andmetel³⁶ oli 2022. aastal Eesti meestel tervena elatud aastaid sünnihetkest arvestatuna 58 ja naistel 61. 2023. aastal oli Eesti meeste ja naiste tervena elatud aastaid meeste puhul 1,5 aasta ning naiste puhul 1,1 aasta võrra vähem. 2022. aastal elas Eesti naine tervena EL-i keskmisest 2,2 aastat vähem ja Eesti mees 4,4 aastat vähem. Kui võrrelda meid teiste Balti riikidega, siis oleme tunduvalt paremas olukorras kui Läti, kuid Leedu on meist ette jõudnud, eriti naiste puhul: Eesti naised elavad tervena 1,7 aastat vähem kui Leedus. Eestis on nii naiste kui ka meeste puhul tervena elatud aastaid 7–8 aasta võrra vähem kui Sloveenias. Võrreldes Soomega on Eesti naistel tervena elatud aastaid märksa rohkem (+4 aastat), kuid meestel vähem: mehed elavad tervena 1,3 aastat vähem kui Soomes.

3.4. Ennetatav suremus on suur

Ennetusmeetmete või raviga ennetatav suremus on näitaja, mis aitab hinnata tervishoiusüsteemi tõhusust, ennetustegevuse tulemuslikkust ja ravi kättesaadavust. Kuigi ennetatav ja välditav suremus on Eestis aja jooksul pidevalt vähenenud, on need endiselt märkimisväärselt suured: 50% üle EL-i

³² QERY. (2024). Life expectancy in EU countries in 2023. Saadaval aadressil <https://qery.no/life-expectancy-in-eu-countries-in-2023/>

³³ Eurostat. (2025). Mortality and life expectancy statistics. Saadaval aadressil https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mortality_and_life_expectancy_statistics&oldid=664524

³⁴ Statistikaamet. (2024). Eesti elanike oodatav eluiga oli mullu läbi aegade kõrgeim, tervena elatud aastate arv aga vähenes. Saadaval aadressil <https://stat.ee/et/uudised/eesti-elanike-oodatav-eluiga-oli-mullu-labi-aegade-korgeim-tervena-elatud-aastate-arv-aga-vahenes>

³⁵ Sotsiaalministeerium. (i.a.). Rahvastiku tervise arengukava 2020–2030. Saadaval aadressil https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/rta_05.05.pdf

³⁶ Eurostat. (2024). Healthy life years statistics. Saadaval aadressil https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics

keskmise. Sloveenia, mis sarnaneb Eestiga suuruse ja majanduse poolest, paistab heas mõttes silma. Sloveenias jääb ennetatav suremus EL-i keskmise lähedale.

Võrreldes Skandinaavia riikidega oleme tunduvalt maha jäänud: meil on ennetatav suremus näiteks peaaegu kaks korda suurem kui Soomes.³⁷

Tõenäolised põhjused, mis aitavad Eestis suurele suremusele kaasa, on näiteks ebatervislikud eluviisid, sotsiaal-majanduslikud takistused, mis piiravad juurdepääsu tervishoiuteenustele ja vähi sõeluuringute ebapiisav hõlmatus. Ennetatavaid surmasid saab ära hoida tõhusate tervishoiuteenuste ja esmase ennetustööga enne haiguste või vigastuste tekkimist.

Tähelepanu väärib tõik, et Eesti kulutused ennetusele (protsent SKP-st) on EL-i keskmisel tasemel (0,65%)³⁸ – järelikult saaks ennetustööd palju tõhusamaks muuta.

Eesti tervishoiusüsteem on tagajärjepõhine. Näiteks on Eesti emakakaelavähi suremuse poolest Euroopa Liidus teisel kohal.³⁹ Teismeliste poiste inimese papilloomviiruse ehk HPV vaktsiinid lisati riiklikku vaktsineerimiskavasse alles 2024. aastal – ligi kümme aastat hiljem kui mitmes teises riigis, näiteks Rootsis. Rootsi alustas tüdrukute vaktsineerimist juba 2010. aastal ja poiste vaktsineerimist 2020. aastal.⁴⁰ Sellega on nad eeskujuks varajase tervishoiuinnovatsiooni rakendamisel ning teel saama maailmas esimeseks riigiks, mis kõrvaldab 2027. aastaks emakakaelavähi. Kuivõrd Eestis on aga HPV-sse haigestumus ja suremus siiski Euroopa kõrgemate seas, viitab see sellele, et innovatsiooni rakendatakse meil sageli liiga hilises etapis, isegi kui tegu on vaid protsessiinnovatsiooniga.

3.5. Välditav suremus on samuti väga suur

Mis puudutab välditavat suremust, siis 2021. aastal oli see Eestis 45% üle EL-i keskmise. Sarnane suundumus ilmneb ennetatavate haiguste puhul, kui võrrelda Eestit teiste Balti riikidega. Eesti on saavutanud paremaid tulemusi kui Läti (ligikaudu 50% väiksem suremus) ja Leedu (ligikaudu 40% vähem surmasid, mis on tingitud ennetatavatest põhjustest). Samas on välditav suremus Sloveenias EL-i keskmisest märkimisväärselt (peaaegu 30%) väiksem. See võiks olla Eestile sobiv võrdlusalus. Eesti on kõigist Skandinaavia riikidest märkimisväärselt maha jäänud, näiteks Soomega võrreldes on meie välditav suremus peaaegu kaks korda suurem.⁴¹

Välditavat suremust saab vähendada õigeaegsete ja tõhusate tervishoiumeetmetega. Teenuste kättesaadavus suurendab sõeluuringutes osalemise määra. Näiteks on alates 2021. aastast võimaldatud HPV kodutestimine, mis on suurendanud naiste osalust sõeluuringutes.⁴² Meie elanike osalemine vähi sõeluuringutes paraneb pidevalt, kuid ei ole siiski veel saavutanud soovitatavat eesmärki, milleks peetakse vähemalt 70% osalust. 2023. aastal ületas hõlmatus kõigis kolmes vähi sõeluuringu programmis esimest korda 60%: 64,5% kutsutud naistest osales rinnavähi sõeluuringus ja 64% emakakaelavähi sõeluuringus ning 60,4% kutsutud meestest ja naistest osales kolorektaalvähi sõeluuringus.⁴³ Kuid näiteks rinnavähi sõeluuringu puhul on mõni Põhjamaa (Soome, Rootsi ja Taani) saavutanud üle 80% hõlmatus.⁴⁴

³⁷ Eurostat. (2025). Standardised preventable and treatable mortality. Saadaval aadressil https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_03_42/default/bar?lang=en

³⁸ Eurostat. (2024). Preventive health care expenditure statistics. Saadaval aadressil https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Preventive_health_care_expenditure_statistics

³⁹ OECD & European Commission. (2023). Estonia: Country cancer profile 2023. OECD Publishing. Saadaval aadressil https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/02/eu-country-cancer-profile-estonia-2023_b38a083f/8434f41c-en.pdf

⁴⁰ Union for International Cancer Control (UICC). (2025). Sweden's journey to eliminate cervical cancer. Saadaval aadressil <https://www.uicc.org/news-and-updates/news/swedens-journey-eliminate-cervical-cancer>

⁴¹ Eurostat. (2024). Standardised preventable and treatable mortality. Saadaval aadressil https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_03_42/default/bar?lang=en

⁴² Lääne-Tallinna Keskhaigla. (2021). 26 000 naist saavad emakakaelavähi sõeluuringu raames teha HPV testi kodus. Saadaval aadressil <https://www.synnitusmaja.ee/26-000-naist-saavad-emakakaelavahi-soeluuringu-raames-teha-hpv-testi-kodus/>

⁴³ Tervise Arengu Instituut. (2024). TAI ja Tervisekassa: eelmisel aastal osales vähi sõeluuringutel rekordarv inimesi. Saadaval aadressil <https://www.tai.ee/et/uudised/tai-ja-tervisekassa-eelmisel-aastal-osales-vahi-soeluuringutel-rekordarv-inimesi>

⁴⁴ Eurostat. (2024). Cancer screening statistics. Saadaval aadressil https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cancer_screening_statistics

4. ÜLESKUTSE TEGUTSEDA

Aastaid on öeldud, et tervisekulutused on investering. Mitmes uuringus on leitud, et iga tervishoiule ja sotsiaalhoolekandele ennetavalt kulutatud euro annab majandusele tagasi 14 eurot.⁴⁵ Need andmed on ülitähtsad tulevase jätkusuutliku ja piisava tervishoiu rahastuspoliitika kujundamisel.

KUTSUME KÕIKI SIDUSRÜHMI ÜLES:

1. korraldama põhjaliku Eestile eriomase uuringu, et analüüsida tervishoiu lisainvesteeringute mõju tervisetulemustele ja majandusele;
2. looma tihedas koostöös kõigi sidusrühmadega pikaajalise kõikehõlmava strateegia tervishoiu ökosüsteemile tervikuna. Peale strateegia loomise on oluline ka selge tegevuskava ning valmisolek selle rakendamiseks.

Ühenduse Ameerika Kaubanduskoda Eestis (American Chamber of Commerce Estonia, AmCham) tervishoiu komitee on pühendunud sellele, et kaasata aktiivselt sidusrühmi, hõlbustada uuringu kavandamist, kaasrahastada teadustegevust ja aidata luua pikaajalist strateegiat. Et uuring hõlmaks asjakohaseid teemasid ja annaks sisukaid tulemusi, kutsume eri valdkondade tervishoiuasjatundjaid töötama ühiselt uuringu ja strateegia kallal, sh koostama selle ülesehituse ning määrama uurimisküsimused, meetodid ja muud tähtsad komponendid.

Eesti vajab pikaajaliseks strateegiaks julgeid ideid. Siinkohal kutsume kõiki sidusrühmi üles kaaluma juba esitatud ettepanekuid. Näiteks võiks arutada Võrgu ja Piiritsa 2023. aasta analüüsi⁴⁶ või 2024. aastal kogutud ideid tervishoiu tulevikku käsitlevalt platvormilt.⁴⁷

⁴⁵The European House – Ambrosetti, in collaboration with Vaccines Europe and IFPMA. (2024). The value of prevention for economic growth and the sustainability of healthcare, social, and welfare systems. Saadaval aadressil <https://www.ambrosetti.eu/en/news/the-value-of-prevention-for-economic-growth-and-the-sustainability-of-healthcare-social-and-welfare-systems/>

⁴⁶Vörk, A., & Piirits, M. (2023). Eesti tervishoiu rahastamise senised uuringud ja uuendatud stsenaariumid. Poliitikaanalüüs. Saadaval aadressil https://www.sm.ee/sites/default/files/documents/2023-05/Vork-PiiritsTervishoius%C3%BCsteemij%C3%A4tkusuutlikkus_1905.pdf

⁴⁷Tulevikutervishoid. (i.a.). Eesti tervishoiu tulevik. Saadaval aadressil <https://tulevikutervishoid.ee/>

5. TERVISHOIU TULEVIKKU KÄSITLEVA IDEEKORJE KAUDU KOGUTUD IDEED EDASISEKS UURIMISEKS

5.1. Tervishoiuandmete kasutamise laiendamine teadmistepõhiseks otsustamiseks

Eestis on üliarenenud digiühiskond, kus TEHIK-u kaudu kogutakse ulatuslikke meditsiiniandmeid. Samas kasutatakse neid andmeid analüüsid liiga vähe, mistõttu sageli põhinevad otsused pigem piiratud teabel või emotsioonidel kui faktidel. Tervishoiuandmete põhjalikum ja tõhusam analüüs on vajalik selleks, et tõenduspõhise poliitikakujundamisega saavutataks tervishoiu valdkonnas pikaajalised eesmärgid.

Näiteks Hollandi riiklik tervishoiuinstituut (Zorginstituut Nederland) annab hinnanguid tervishoiusekkumiste kohta ning lisab poliitikakujundajatele mõeldud soovitusesse haiguskoormuse ja eelarvemõju analüüsi. Selle uurimistegevuse kaudu prognoositakse krooniliste haiguste mõju eelarvele ja arutatakse poliitilist mõju Hollandi tervishoiu kontekstis laiemalt. Majandushinnangud suunavad ja vormivad tervishoiupoliitika kujundamist, et parandada tervishoiutulemusi ning tõhustada kulude juhtimist.

Näiteks on Holland teatanud, et südame-veresoonkonnahaiguste valdkonnas võib terviklik ravikorraldus vähendada haiglaravile võtmiste arvu 20–25%. Terviklike ravimudelite rakendamine vähendas südamepuudulikkuse tõttu haiglaravile sattumise kordade arvu aastas umbes 10 000 võrra, mis tähendab tervishoiusüsteemile suurt kokkuhoidu (hinnangute järgi 50 miljonit eurot aastas).⁴⁸

Teine näide: Hollandis parandati insuldipatsientide ravi kvaliteeti, nii et aastail 2005–2015 vähenes insuldi esinemise sagedus 15%. See on parandanud patsientide ravitulemusi ning vähendanud insuldihaigete pikaajalise hooldusega seotud otseseid ja kaudseid kulusid, mis on hinnangute järgi 300 miljonit eurot aastas.⁴⁹

On tõestatud, et tõenduspõhine poliitikakujundamine suurendab tõhusust, vähendab topelttööd ja võimaldab keskenduda algpõhjustele, saavutamaks soovitud tulemuse suurema tõenäosusega. See on näide, kuidas uusi tervishoiuteenuseid saab tõhusalt ja sihipäraselt arendada, võttes arvesse pikemat vaadet. Praeguse tehnoloogilise arengu ning Eesti tervishoiuandmebaasides juba olemasolevate andmete põhjal toetaksid sellised analüüsid ja aruanded tervishoiupoliitika kujundamist märkimisväärselt. Terviseandmete parem kasutamine parandaks ka kulutõhusust, vähendades väheväärtuslikke või tulemusteta meetmeid ja suunates vahendid suurima mõjuga valdkondadesse.

⁴⁸ Wang, Y., et al. (2016). Structured management programs for patients with cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *European Heart Journal*, 37(4), 325–334

⁴⁹ Lanting, L. C., et al. (2015). Improving quality of stroke care: National guidelines and stroke prevalence in the Netherlands. *Stroke*, 46(9), 2456–2460.

5.2. Riikliku ja eratervishoiu lõimimine, tagades, et patsiendile määratud rahalised vahendid on mõlemal juhul saadaval

Eratervishoiu riiklik rahastamine on suurenenud, mistõttu on hakatud rohkem kasutama erakliinikutes osutatavaid ambulatoorseid teenuseid, sest mõne elanikurühma ostujõud on kasvanud ja esineb vajadus kiirema arstiabi järele. Tööandja pakutav eratervisekindlustus on samuti sagenenud, kuid väikeettevõtete ülekaalu ja vajaduse tõttu tegeleda krooniliste haigustega ei ole see kindlustusandjatele kuigi huvipakkuv.

Avalik ja erasektor võiksid konkureerimise asemel üksteist täiendada. Riiklik süsteem on vajalik erialade puhul, mis ei ole erasektorile kasumlikud. Seetõttu oleks tarvis erinevaid rahastamismehhanisme. Tervisekassa võiks hüvitada osa eratervishoiu valinud patsientide kuludest, et kiirendada ravile saamist ja lühendada ooteaegu riiklikus süsteemis. Avaliku ja erasektori koostöö ei ole kasulik üksnes erasektorile: eratervishoiu lõimimine võib tuua riiklikku tervishoidu lisaraha, vähendada ravijärjekordi ning tõhustada kulutuste tegemist.

Eesti tervishoiu paljude probleemide algpõhjus on siiski arstide ja õdede puudus, mida ei saa täielikult lahendada vahendite ümberpaigutamisega avalikust sektorist erasektoris.

5.3. Üleminek teenusepõhiselt tasustamisviisilt tulemuspõhisele rahastamisele

Praegune teenusepõhine tasustamisviisi (fee-for-service, FFS) mudel on aegunud, kuna selle puhul on teenuse maht tähtsam kui ravikvaliteet. Eriarstiabi rahastatakse Eestis suuresti selle mudeli kaudu, kuigi see pigem soodustab kordusvisiitide ja -protseduuride tegemist, kui tagab õigeaegse ning igakülgse ravi.

Näiteks Taanis, Saksamaal, Hollandis, USA-s ja Ühendkuningriigis kasutatakse FFS-i üha vähem, kuna see ei paranda patsientide tulemusi ega ennetavat ravi. Selle asemel tuleks kasutusele võtta tulemuspõhised või kombineeritud mudelid, millega rahastada kogu raviprotsessi diagnoosist taastumiseni. See annaks tervishoiuteenuse osutajatele paindlikkuse leida tõhusaim ravi.

Hoolimata Eestis üle kümne aasta kestnud aruteludest nõuab selle muutuse elluviimine julgust ja süsteemset reformi. Kui meetmeid ei võeta, esineb oht, et tervishoiusüsteemis toimuvad järsud ja häirivad muutused, mis lõppkokkuvõttes teeksid patsientidele kahju. On aeg minna üle rahastusmudelitele, mis keskenduvad tegelikele tervisetulemustele.

5.4. Töötervishoiu ja esmatasandi arstiabi lõimimine

Töötervishoid peaks olema liidetud esmatasandi arstiabiga, sest tervisekontrolliga tehakse kindlaks töökohaga seotud riskid ja üldisemad tervisehäired, mis nõuavad pere- või eriarsti sekkumist. Samal ajal on töö- ja esmatasandi arstidest suur puudus ning teenuste kattumine muudab olukorra ebatõhusaks. See reform vähendaks kulusid ja leevendaks tööjõupuudust mõlemas valdkonnas.

5.5. Bioteaduste tööstuse (sh farmaatsiatööstuse ja biotehnoloogia) arendamine ning toetamine Eestis

Eesti farmaatsia- ja biotehnoloogiasektori edendamine aitaks peale Eesti majanduse kui terviku arengu parandada ravimite kättesaadavust, säästa kulusid ning vähendada sõltuvust impordist. Kohalik tootmine tagaks varustuskindluse, võimaldaks paremat hinnakontrolli ja looks kõrgelt hinnatud töökohti. Riiklikud investeeringud, ülikoolide ja ettevõtete partnerlus ning paindlikud eeskirjad võiksid muuta Eesti konkurentsivõimeliseks ravimi- ja biotehnoloogiatootmise keskuseks.

See on kooskõlas ka EL-i prioriteediga investeerida teadus- ja arendustegevusse ning katsetega suurendada kõigis EL-i riikides kliinilistesse uuringutesse kaasatud patsientide arvu, mis on praegu Eestis äärmiselt väike. Eesti valitsus ja poliitikakujundajad võiksid soodustada Eestis välismaiste kliiniliste uuringute korraldamist, astudes dialoogi uuenduslike üleilmsete farmaatsiaettevõtete kohalike tütarettvõtetega. Kliinilisi uuringuid tuleks pidada üheks võimaluseks patsiendirühmadele, kes on ammendanud teised ravivõimalused (nt onkoloogias kooskõlas ESMO ja NCCN-i suunistega) haruldaste lastehaiguste ja muude tervisehäirete ravis. Kliiniliste uuringute optimeerimine Euroopas, sealhulgas Eestis, võib suuresti aidata kaasa EL-i eesmärkide (Euroopa konkurentsivõime suurendamine ning uuenduste ja vastupanuvõime edendamine tervishoius) saavutamisele. Teine tähtis aspekt tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse tagamisel on koostöö tulevikuseire kontekstis, et edaspidi kavandada, jälgida ja hõlbustada patsientide kiiremat ligipääsu uuenduslikele väärtust lisavatele tervishoiulahendustele. See nõuab uuendustest ülevaate saamist, arutelusid erialaseltside ja reguleerivate asutustega (Euroopa Ravimiamet, Eestis Ravimiamet) ning biofarmaatsia- ja teiste ettevõtete kohalike esindajatega, et mõista tulevikuväljavaateid, kavandada nendega seotud investeeringuid, rahastusmudeleid ja rajatise ning olla valmis uuteks ravimeetoditeks (nt geeni- ja rakuteraapia), millega võidakse edaspidi ravida mõnda praegu kroonilist haigust (nt vereloome kasvaja, harviku- või autoimmuunhaigused).

AmChami tervishoiu komitee liikmed, kes esindavad Eestis üleilmseid biofarmaatsiaettevõtteid, võiksid jagada Eesti poliitikakujundajatele teavet teiste Euroopa riikide (nt Skandinaavia maade) kohta, kus on sellised protsessid algatatud, et pidada dialoogi võimalikult tõhusalt ja luua lahendusi üheskoos. Lõppeesmärk on tagada õigeaegne juurdepääs väärtust lisavatele uuenduslikele (võrreldes praeguse standardraviga) lahendustele ja korvata puudujäägid Eesti patsientide ravis. Võib ka võtta eeskujuks mõne teiste EL-i riikidele ühiselt loodud lahenduse, mis on saanud võimalikuks tänu riskijagamiskokkulepetele, kohalike elektrooniliste terviseandmete kasutamisele tulemuste analüüsimiseks jne. Selleks on vaja uuenduslikke meetodeid, avameelset dialoogi ja koostööd.

5.6. Tööandjate maksuvabade tervishoiu- ja spordikulude piirmäära suurendamine 1200 euron

Selleks et parandada tervishoiusüsteemi rahastamist, õigeaegse ravi kättesaadavust ja terviseriskide ennetamist, teeme ettepaneku suurendada maksuvabastuse piirmäära 1200 euron

2018. aastal kehtestatud 400 euro suurune maksuvabastus töötajate tervise- ja spordikulude puhul ei ole seitsme aasta jooksul muutunud ning on sellisena aegunud. Arvestades inflatsiooni, peaks 2018. aastal kokkulepitud maksuvaba piirmäär olema praeguseks suurenenud ligikaudu 800 euron.

Selle aja jooksul on ravijärjekorrad pikenenud ja üldine juurdepääs ravile halvenenud. Ühelt poolt vajab Eesti tervishoiusüsteem hädasti lisarahastamist, teiselt poolt peab riik võimaldama tööandjatel rohkem investeerida oma töötajate tervisesse. Selleks et parandada tervishoiusüsteemi rahastamist, õigeaegse ravi kättesaadavust ja terviseriskide ennetamist, teeme ettepaneku suurendada maksuvabastuse piirmäära 1200 euron

Võrdluseks: meie naaberriikides Lätis ja Soomes on maksuvabastuse piirmäär vastavalt 750 eurot ja 1400 eurot töötaja kohta aastas. OECD 2022. aasta andmete kohaselt on nende naaberriikide suuremad piirmäärad seotud ka kulude jagamisega nende tervishoiusüsteemides: Lätis 31% ja Soomes 32%, kuid Eestis 23%. Leedus võivad tööandjad osta oma töötajatele maksuvaba ravikindlustust kuni 25% ulatuses nende aastapalgast (meditsiiniteenuseid ei saa Leedus maksuvabalt osta).

5.7. Tervishoiutoodete käibemaksu vähendamine 5%-ni

Tervishoiutoodete käibemaksu vähendamine parandaks Eesti elanike juurdepääsu elutähtsatele ravimitele, soodustaks varasemat meditsiinilist sekkumist ja vähendaks ravimata jäänud terviseprobleemide hulka. Kui inimesed tunnevad, et nad saavad endale ravi lubada, pöörduvad nad suurema tõenäosusega õigel ajal arstiabi saamiseks tervishoiutöötaja poole. Eurostati andmed näitavad, et 12,9% Eesti elanikkonnast on jätnud arstiabi kasutamata, kuna ooteajad on pikad, tuleb liiga kaugele sõita või arstiabi ei suudeta ise kinni maksta. Eestlased maksavad juba praegu 22% oma tervishoiukuludest, ületades sellega EL-i 15% piiri.

Naaberriikide kogemused näitavad, et vähendatud käibemaksumäärad võivad parandada tervishoiutoodete kättesaadavust. Näiteks Leedu kehtestas 2020. aastal osale ravimitele ja meditsiinilistele abivahenditele 5% käibemaksu. Horvaatia kohaldab samuti 5% maksumäära ja Läti töötab selle nimel, et alandada ravimite käibemaksumäära 12%-lt 5%-le. Lätis on seda meetod toetavale petitsioonile alla kirjutanud üle 21 000 inimese.

Eestil tasub nendest näidetest õppust võtta. Käibemaksu vähendamine kahandaks kulusid, eriti väikse sissetulekuga ja haavatavate rühmade puhul, ning vabastaks lisavahendeid Eesti Tervisekassa eelarves. Kuigi Eesti Tervisekassa katab juba praegu hüvitatavate ravimite käibemaksu, vähendaks madalam määr kulusid veelgi. See muudatus oleks kasulik tervishoiule ning toetaks Eesti majanduslikku ja sotsiaalset arengut, edendades pikaajalisi eesmärgi, mis on seotud võrdsuse ja elukvaliteediga.

5.8. Suitsetatava tubaka-, alkoholi- ja hasartmängumaksu tulude ülekandmine Eesti Tervisekassa eelarvesse

Ettepaneku eesmärk on kanda osa suitsetatava tubaka-, alkoholi- ja hasartmängumaksu tuludest otse Tervisekassasse. See võimaldaks rakendada terviklikke, teaduspõhiseid kontrolli-, ennetus- ja kahjude vähendamise strateegiaid, et kõrvaldada või vähendada riskiteguritest põhjustatud kahju. Teaduspõhise poliitika, teadusuuringute ja tõendus põhiste tõhusate meetmete abil pikendame oodatavat eluiga ning parandame rahvastiku tervist, vähendades alkoholi, tubaka ja muude psühhoaktiivsete ainete kasutamist ning nende põhjustatud kahju.

Tubaka-, alkoholi- ja hasartmängumaksud on märkimisväärne tuluallikas. Alkoholi- ja tubakaaktsiisist saadavate tulude osakaal Eesti riigieelarves on Euroopa Liidus üks suuremaid, moodustades peaaegu 4,8% eelarvest. Näiteks 2023. aastal koguti Eestis 263 miljonit eurot, mis moodustas 2,1% riigieelarve maksutuludest.

Nendest maksutuludest osa suunamine osaliselt Tervisekassasse annaks stabiilse ja jätkusuutliku rahastamisallika tervishoiuvajaduste rahuldamiseks. Lisatuluga saaks rahastada ennetavaid tervishoiuprogramme, sõltuvusravi, nõustamist ja muid tervishoiuteenuseid. Tubakamaksust saadavat tulu saaks suunata suitsetamisest loobumise programmidesse ning kopsuvähi sõeluuringutesse ja ravis. Alkoholimaksu tulusid saaks kasutada sõltuvusraviprogrammide rahastamiseks ning hasartmängumaksu tuludest on võimalik toetada vaimse tervise teenuseid ja hasartmängusõltuvuse programme. Rakendades teaduspõhiseid kahjude vähendamise meetmeid poliitikakujundamisel, saame kõrvaldada või vähendada alkoholi, tubaka või muude kahjulike ainete põhjustatud tervisekahju.

Kindlate maksutulude suunamine tervishoidu tagab, et neid kasutatakse konkreetsel eesmärgil, ja seob maksustamise laiema kasuga, mis aitab leevendada avalikkuse võimalikku vastuseisu. Eri riikide kogemused on näidanud, et tubakaaktsiisist saadava tulu ülekandmine sotsiaal- ja tervishoiuprogrammidesse võib saada avalikkuse heakskiidu tingimusel, et maksutulu kasutatakse kooskõlas poliitikute antud lubadustega.

