

Auditikompendium

| Rahvatervis

Aastatel 2014–2019 avaldatud auditaruanded

Kontakt: www.contactcommittee.eu

© Euroopa Liit, 2019.

Reprodutseerimine on lubatud tingimusel, et allikas on ära märgitud.

Allikas: Euroopa Liidu kõrgeimate kontrolliasutuste kontaktkomitee.

Järgmise materjali kasutamiseks või reprodutseerimiseks tuleb luba küsida otse autoriõiguse omajalt:

Joonised 1, 6 ja 8: © OECD / Euroopa Liit, 2018.

Joonised 2, 3, 7, 9, 12, 13 ja 14: © OECD.

Joonis 4: © Maailma Terviseorganisatsioon (WHO).

Avasõna	7
Kokkuvõte	8
I OSA. Rahvatervis ELis	9
Rahvatervis: toome ellu rohkem aastaid ja aastatesse rohkem elu	10
ELi tervishoiupoliitika	11
Õiguslik alus ja ülesanded	11
Poliitikaeesmärgid	12
Rahastamine	13
Rahvatervis ELi liikmesriikides	13
Ennetus ja kaitse	15
Tervishoiuteenuste kättesaadavus	19
Tervishoiuteenuste kvaliteet	23
Uued tehnoloogiad ja e-tervis	26
Rahanduslik jätkusuutlikkus ja muud rahanduslikud aspektid	31
II OSA. Ülevaade kõrgeimate kontrolliasutuste tööst	35
Sissejuhatus	36
Auditimetoodika	36
Auditeeritud ajavahemik	36
Ennetus ja kaitse	38
Auditi eesmärgid	38
Auditite peamised tähelepanekud	39
Tervishoiuteenuste kättesaadavus	39
Auditi eesmärgid	39
Auditite peamised tähelepanekud	40
Tervishoiuteenuste kvaliteet	41
Auditi eesmärgid	41

Auditite peamised tähelepanekud	41
Uued tehnoloogiad ja e-tervis	42
Auditi eesmärgid	42
Auditite peamised tähelepanekud	43
Rahanduslik jätkusuutlikkus ja muud rahanduslikud aspektid	43
Auditi eesmärgid	43
Auditite peamised tähelepanekud	44
Auditite järelkontroll	44
III OSA. Kõrgeimate kontrolliasutuste aruannete kokkuvõte	45
Ennetus ja kaitse	46
Belgia – Rekenhof – Cour des comptes – Rechnungshof	47
Flaami ennetav tervishoiupoliitika – poliitika tulemuslikkuse hindamine	47
Poola – Najwyższa Izba Kontroli	51
II tüüpi diabeedi ennetamine ja ravi	51
Prantsusmaa – Cour des comptes	55
Tervishoiuteenustega seotud nakkuste ennetamine: järgmised sammud	55
Sloveenia – Računsko Sodišče Republike Slovenije	59
Laste rasvumise vastane tegevus	59
Tervishoiuteenuste kättesaadavus	63
Leedu – Valstybės Kontrolė	64
Tervishoiuteenuste kättesaadavus ja patsiendikeskus	64
Malta – Riigikontroll	68
Perearsti roll – esmatasandi tervishoiu tuum	68
Portugal – Tribunal de Contas	72
Tervishoiu kättesaadavus kodanikele Portugali riiklikus tervishoiuteenistuses	72
Rumeenia – Curtea de Conturi a României	76
Tervishoiutaristu arendamine riigi, piirkonna ja kohalikul tasandil eesmärgiga suurendada tervishoiuteenuste kättesaadavust	76

Saksamaa – Bundesrechnungshof	80
Ortodontilise ravi väärtuse uurimiseks vajalikud terviseuuringud	80
Euroopa Liit – Euroopa Kontrollikoda	83
ELi piiriülese tervishoiu meetmed: eesmärgid on kõrgelennulised, kuid juhtimist on vaja parandada	83
Tervishoiuteenuste kvaliteet	87
Austria – Rechnungshof	88
Arstide kvaliteedi tagamine	88
Iirimaa – Office of the Comptroller and Auditor General	92
Plaanilise päevakirurgia juhtimine	92
Taani – Rigsrevisionen	96
Aruanne tervishoiu kvaliteedierinevuste kohta Taani haiglates	96
Uued tehnoloogiad ja e-tervis	99
Bulgaaria – Сметна палата на Република България	100
E-tervis	100
Eesti – Riigikontroll	104
Riigi tegevus e-tervise rakendamisel	104
Läti – Valsts Kontrole	108
Kas projekt „E-tervis Lätis“ on samm õiges suunas?	108
Rahanduslik jätkusuutlikkus ja muud rahanduslikud aspektid	112
Hispaania – Tribunal de Cuentas	113
Hispaania riigiametnike üldise vastastikuse sotsiaalkindlustusfondi (MUFACE) ravimihüvitise juhtimine ja kontroll	113
Itaalia – Corte dei conti	117
Riiklike tervishoiuasutuste kinnisvara renoveerimise ja tehnoloogilise ajakohastamise eriprogrammi rakendamine	117
Kreeka – Ελεγκτικό Συνέδριο	120
Horizontaalne temaatiline audit riigi võlgnevuste kohta seoses haiglate, riikliku tervishoiuteenuste osutamise organisatsiooni (EOPYY) ja piirkondliku tervishoiudirektoraadiga	120

Luksemburg – Cour des comptes	124
Haiglainvesteeringute riiklik rahastamine	124
Slovakkia – Nejvyšší kontrolní úřad Slovenskej republiky	128
Tervishoiuasutuste rahalised vahendid ja vara	128
Soome – Valtionalouden Tarkastusvirasto	132
Sotsiaalkindlustuskulude suundumusi käsitlevad prognoosid	132
Tšehhi Vabariik – Nejvyšší kontrolní úřad	136
Valitud haiglate poolt kulude hüvitamiseks kasutatud vahendid	136
Ungari – Állami Számvevőszék	140
Haiglate auditite käigus saadud kogemuste kokkuvõtlik analüüs	140
Osalevate ELi kõrgeimate kontrolliasutuste rahvatervise auditite loetelu alates 2014. aastast	143
Akronüümid ja lühendid	162
Mõisted	163

Avasõna

Hea lugeja

Euroopa Liidu kõrgeimate kontrolliasutuste kontaktkomitee on foorum, kus arutatakse ja käsitletakse ELi ja selle liikmesriikide avalike audititega seotud ühist huvi pakkuvaid küsimusi. Liikmetevahelise dialoogi ja koostöö tugevdamise kaudu tõhustab kontaktkomitee ELi poliitika ja programmide välisauditeid. See aitab ka suurendada ELi ja selle liikmesriikide vastutust ning täiustada ELi finantsjuhtimist ja head valitsemistava ELi kodanike hüvanguks.

Otsustasime oma 2017. aastal toimunud aastakoosolekul Luksemburgis, et teeme täiendavaid jõupingutusi, suurendamaks üldsuse teadlikkust ELi kõrgeimate kontrolliasutuste viimasel ajal tehtud audititest. Aasta hiljem, 2018. aastal avaldasime esimese auditikompendiumi, koondades ühte dokumenti ELi kõrgeimate kontrolliasutuste töö noorte tööhõive ja noorte tööturule integreerimise valdkonnas. Arvestades esimese väljaande edu, otsustas kontaktkomitee tegevust jätkata ja käsitleda ka muid üldist huvi pakkuvaid teemasid. Seetõttu on meil hea meel esitleda auditikompendiumi teist väljaannet, milles keskendutakse meie hiljutistele rahvatervist ja sellega seotud küsimusi puudutavatele audititele.

Viimasel paaril aastakümnel on ELi liikmesriikide tervishoiusüsteemides esile kerkinud mitu probleemi, nagu kulude pidev kasv ja elanikkonna vananemine, samuti asjaolu, et patsiendid ja ka tervishoiutöötajad liiguvad liikmesriikide vahel aina enam. Seepärast on rahvatervise valdkonnas vaja ELi ja kõigi liikmesriikide kooskõlastatud jõupingutusi ning see teema on poliitilises tegevuskavas kahtlemata tähtsal kohal veel mitu põlvkonda.

Euroopa Liidus on rahvatervis valdavalt liikmesriikide vastutusala. ELi ülesanne on eeskätt toetada riigi tasandil tehtavaid jõupingutusi, keskendudes eriti liikmesriikide rahvatervisega seotud meetmete täiendamisele või kooskõlastamisele. Sellest tulenevalt on rahvatervis ELi üleselt vaadelduna keerukas auditivaldkond.

Kompendiumi käesolevas väljaandes tutvustatakse üldiselt rahvatervist ning ELi ja liikmesriikide rolli selles poliitikavaldkonnas, samuti antakse ülevaade valitud ELi kõrgeimate kontrolliasutuste audititegevusest alates 2014. aastast, sealhulgas kokkuvõtte nende tööst. Kui soovite kõnealuste auditite kohta lisateavet, pöörduge asjaomaste kõrgeimate kontrolliasutuste poole.

Loodame, et auditikompendiumist saab teile kasulik teabeallikas.



Klaus-Heiner Lehne

Euroopa Kontrollikoja president
kontaktkomitee esimees ja projekti juht

Kokkuvõte

I Rahvatervis on teadus haiguste ennetamise ja eluea pikendamise kohta. See mõjutab inimeste igapäevaelu igal pool maailmas. Seetõttu kuulub see nii tänapäeva kui ka tulevaste põlvkondade ühiskonna poliitilisse tegevuskavasse.

II ELis on rahvatervis peamiselt liikmesriikide vastutusala. Seepärast on ELi liikmesriikide tervishoiusüsteemid väga erinevad. Euroopa Liit toetab riigi tasandi jõupingutusi, keskendudes eriti liikmesriikide rahvatervise valdkonna meetmete täiendamisele või kooskõlastamisele.

III Öeldut arvestades on rahvatervis ELi-ülevalt vaadelduna keerukas auditivaldkond. Samas on ELi kõrgeimad kontrolliasutused teinud rahvatervise tähtsuse tõttu sellega seotud teemadel palju auditeid.

IV Käesoleva auditikompandiumi esimeses osas antakse üldine ülevaade rahvatervisest ELis, selle õiguslikust alusest, peamistest eesmärkidest ja sellega seotud kohustustest. Samuti tuuakse välja peamised rahvatervise valdkonnas esinevad probleemid, millega seisavad silmitsi nii EL kui ka selle liikmesriigid.

V Auditikompandiumi teises osas on esitatud kokkuvõtte 23 osalenud liikmesriigi (Austria, Belgia, Bulgaaria, Eesti, Hispaania, Iirimaa, Itaalia, Kreeka, Leedu, Luksemburg, Läti, Malta, Poola, Portugal, Prantsusmaa, Rumeenia, Saksamaa, Slovakkia, Sloveenia, Soome, Taani, Tšehhi Vabariik ja Ungari) kõrgeima kontrolliasutuse viimase viie aasta valitud auditite tulemustest. Nendes valitud auditites käsitleti tähtsaid rahvatervisega seotud aspekte, nagu ennetavad meetmed, tervishoiuteenuste kättesaadavus ja kvaliteet, uute tehnoloogiate kasutamine ning riiklike tervishoiuteenuste rahanduse jätkusuutlikkus.

VI Auditikompandiumi kolmandas osas on esitatud üksikasjalikud teabelehed 23 liikmesriigi kõrgeimate kontrolliasutuste ja Euroopa Kontrollikoja läbiviidud valitud auditite kohta.

I OSA. Rahvatervis ELis

Rahvatervis: toome ellu rohkem aastaid ja aastatesse rohkem elu

01 Tervis ei ole tähtis mitte üksnes igas tänapäeva ühiskonnas tervikuna, vaid ka igaühele meist individuaalselt. See on tähtis, kui mitte tähtsaim elukvaliteeti määrav tegur.

02 Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) määratluse kohaselt on rahvatervis „**teadus haiguste ennetamiseks, elua pikendamiseks ja tervise edendamiseks ühiskonna organiseeritud jõupingutuste kaudu**“¹. See hõlmab igasugust tegevust, mille eesmärk on säilitada või edendada inimeste tervist.

03 Peale selle, et tervis on iseenesest väärtuslik, on see ka tähtis majanduslik tegur. Nagu peaaegu kõigis arenenud majandusega riikides, on ka Euroopas rahvatervis suurimaid ja kiiremini kasvavaid kuluvaldkondi. Tervishoiu- ja hoolekandetöötajad moodustavad umbes 8% ELi kogu tööjõust².

04 Viimasel paaril aastakümnel on Euroopa tervishoiusüsteemid seisnud silmitsi mitme probleemiga. Elanikkonna vananemine on suurendanud nõudlust tervishoiuteenuste järele ja teravdanud tähelepanu pikaajalisele hooldusele. Uuenduslik ja tõhusam tervisetehnoloogia ja ravi on paljudes valdkondades tervishoidu parendanud, kuid on mõnel juhul ka suurendanud tervishoiusektori kulusid. Rahalised vahendid on samas piiratud.

05 Seepärast peavad riiklikud tervishoiusüsteemid olema nii rahaliselt jätkusuutlikud kui ka vastupanuvõimelised: need peavad tulemuslikult kohanduma aina kiiremini muutuva keskkonnaga, kasutades ära nüüdisaegse tehnoloogia pakutavaid võimalusi.

06 ELi riiklikud tervishoiusüsteemid vahetavad omavahel aina rohkem teavet ja nii patsiendid kui ka tervishoiutöötajad liiguvad liikmesriikide vahel aina enam. Seepärast peavad EL ja kõik liikmesriigid tegema rahvatervise valdkonnas kooskõlastatud jõupingutusi ühise eesmärgiga pikendada eluaastaid ja tuua aastatesse rohkem elu.

¹ Acheson, 1988; WHO.

² OECD/EL (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle* (Tervishoiu kiirülevaade: Euroopa 2018: tervishoiu olukord ELi tsükliks), OECD Publishing, Pariis/EL, Brüssel, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.

ELi tervishoiupoliitika

Õiguslik alus ja ülesanded

07 Maastrichti lepinguga võeti tervishoid Euroopa tegevuskavva, sätestades, et: „ühendus annab oma panuse inimeste tervise kõrgetasemelise kaitse tagamisel, soodustades liikmesriikidevahelist koostööd ja vajaduse korral toetades nende tegevust“³. See sillutas teed liikmesriikide tervishoiu paremale toetamisele näiteks järgmistes valdkondades:

- ELi kodanike tervise edendamine;
- tervishoiutaristu ajakohastamine;
- tervishoiusüsteemide tõhustamine.

08 Euroopa Liidu toimimise lepingus (ELTL) rõhutatakse tervishoiupoliitika tähtsust veelgi, sätestades artiklis 168, et „[---] kõigi liidu poliitika ja meetmete määratlemisel ja rakendamisel tagatakse inimeste tervise kõrgetasemeline kaitse“.

09 Kooskõlas ELTLiga **lasub liikmesriikidel peamine vastutus** tervisekaitse ja eelkõige tervishoiusüsteemide eest ning ELi meetmetes tuleks täielikult arvesse võtta „[---] liikmesriikide vastutust oma tervisepoliitika määratlemisel, tervishoiuteenuste ja arstiabi korraldamisel ning kättesaadavaks tegemisel“.

10 Seega on **ELi peamine roll** toetada, täiendada või kooskõlastada liikmesriikide rahvatervise valdkonna meetmeid. Need meetmed peaksid olema eelkõige „[---] suunatud rahvatervise parandamisele, inimeste haiguste ennetamisele ja füüsilist ja vaimset tervist ohustavate tegurite kõrvaldamisele“⁴.

11 Euroopa Komisjonis vastutab **tervise ja toiduohutuse peadirektoraat (DG SANTE)** tervishoiustrategia üldise kooskõlastamise ja rakendamise eest. Peadirektoraat toetab liikmesriikide meetmeid järgmiselt:

- esitades õigusaktide ettepanekuid;

³ Maastrichti leping (1992), artikkel 129.

⁴ ELTL XIV jaotise artikli 168 lõige 1.

- andes rahalist toetust;
- kooskõlastades ja hõlbustades parimate tavade vahetamist ELi riikide ja tervishoiuekspertide vahel;
- võttes tervise edendamisele suunatud meetmeid.

Poliitikaeesmärgid

12 ELi tervishoiupoliitika strateegilised eesmärgid, mis on määratletud 2014.–2020. aasta terviseprogrammis⁵, on järgmised:

- **tervise edendamine, haiguste ennetamine ja tervislike eluviiside soosimine**, võttes tervist arvesse kõikides poliitikavaldkondades;
- ELi kodanike kaitsmine **piiriüleste terviseohtude** eest;
- panustamine innovaatilistesse, tõhusatesse ja jätkusuutlikesse **tervisesüsteemidesse** ning
- ELi kodanike juurdepääsu hõlbustamine **kvaliteetsetele ja turvalistele tervishoiuteenustele**.

13 Komisjoni **eriprioriteedid** rahvatervise valdkonnas **aastateks 2016–2020** on muu hulgas suurendada kulutõhusust, võidelda uute ülemaailmsete ohtudega, nagu antimikroobikumiresistentsus, käsitleda mittenakkuslike haiguste riskitegureid ja edendada vaktsineerimist.

14 Perioodi 2021–2027 hõlmavas **järgmises mitmeaastasest finantsraamistikust** kaetakse ELi terviseprogrammi kulud Euroopa Sotsiaalfond+-ist (ESF+). Praeguses ettepanekus on välja pakutud järgmised üldeesmärgid: kriisideks valmisolek, tervishoiusüsteemide võimaluste avardamine, ELi tervishoiualaste õigusaktide toetamine, integreeritud töö Euroopa tugivõrgustikega, tervisetehnoloogia hindamine ning parimate tavade ja innovatsiooni rakendamine rahvatervises.

⁵ Euroopa Parlamendi ja nõukogu 11. märtsi 2014. aasta määrus (EL) nr 282/2014, millega luuakse liidu kolmas tervisevaldkonna tegevusprogramm aastateks 2014–2020 ja tunnistatakse kehtetuks otsus nr 1350/2007/EÜ.

Rahastamine

15 ELi tervishoiupoliitikat võib rahastada mitmest vahendist. Ainult tervisele pühendatud peamine vahend on **ELi terviseprogramm**, mille perioodi 2014–2020 eelarve on umbes 450 miljonit eurot. Programmiga rahastatakse terviseedenduse, -turbe ja -teabe valdkonna algatusi.

16 Tervisega seotud tegevust võib rahastada ka muudest vahenditest, nagu

- teadusuuringute raamprogramm „**Horisont 2020**“, millega toetatakse näiteks bio- ja meditsiinitehnoloogia valdkonna projekte;
- **ELi ühtekuuluvuspoliitika**, millega toetatakse ELi riikide ja piirkondade tervishoidu tehtavaid investeeringuid;
- **Euroopa Strateegiliste Investeeringute Fond**.

Rahvatervis ELi liikmesriikides

17 Kuigi ELi liikmesriikide tervishoiusüsteemid põhinevad ühistel väärtustel – eelkõige võrdsus, kvaliteetse tervishoiu üldine kättesaadavus ja solidaarsus⁶ –, on need väga erinevad.

18 Tervishoiusüsteemide rahastamises ja toimimises on sisulisi erinevusi. ELis on eristatavad kolm rahastamise meetodite mudelit⁷:

- **Beveridge'i mudeli** puhul on tegemist riiklikest maksudest rahastatava süsteemiga, kus tavaliselt on kõik isikud kaetud ja mis sõltub residentsusest või kodakondsusest;
- **sotsiaalse tervisekindlustussüsteemi** ehk nn Bismarcki mudeli puhul rahastatakse tervishoidu kohustuslike sotsiaalkindlustusmaksete kaudu, mida tavaliselt peavad tasuma tööandjad ja töötajad;

⁶ Nõukogu järeldused ELi tervishoiusüsteemide ühiste väärtuste ja põhimõtete kohta, ELT C 146, 22.6.2006.

⁷ Euroopa Regioonide Komitee, *The Management of health systems in the EU Member States* (Tervishoiusüsteemide juhtimine ELi liikmesriikides).

- **segamudel** põhineb erasektori vahenditel, mis saadakse vabatahtlike kindlustussüsteemide või omaosaluse kaudu.

19 Komisjon käivitas 2016. aastal koostöös OECDga algatuse „State of Health in the EU“ (ELi tervishoiu olukord), mille eesmärk on aidata liikmesriikidel parendada oma tervishoiusüsteemide toimimist. Selle algatuse raames avaldas komisjon 2018. aastal analüüsi „**Health at a Glance**“ (Tervishoiu kiirülevaade), milles võrreldakse kõigi liikmesriikide andmeid nende vastava tervishoiusüsteemi toimimise kohta.

20 Analüüsis keskendutakse sellistele küsimustele nagu ennetusmeetmed, tervishoiusüsteemide kättesaadavus ja tõhusus ning rahanduse jätkusuutlikkus. Aruande peamised järeldused on kokku võetud [joonisel 1](#).

Joonis 1. Tõendid arukamate tervishoiuinvesteeringute vajalikkuse kohta



Allikas: Euroopa Komisjon, „State of Health in the EU“ (ELi tervishoiu olukord), aruande „Health at a Glance: Europe 2018“ (Tervishoiu kiirülevaade: Euroopa 2018) teabeleht (OECD, Euroopa Komisjon).

Ennetus ja kaitse

21 Haiguste ennetamine hõlmab tegevust, mille eesmärk on viia miinimumini haiguskoormus ja haigustega seotud riskitegurid⁸.

22 See liigitatakse järgmiselt:

- esmase ennetuse eesmärk on vältida haiguste esinemist;
- teisene ennetus on haiguse varajane avastamine;
- kolmandase ennetuse eesmärk on vähendada haiguse mõju.

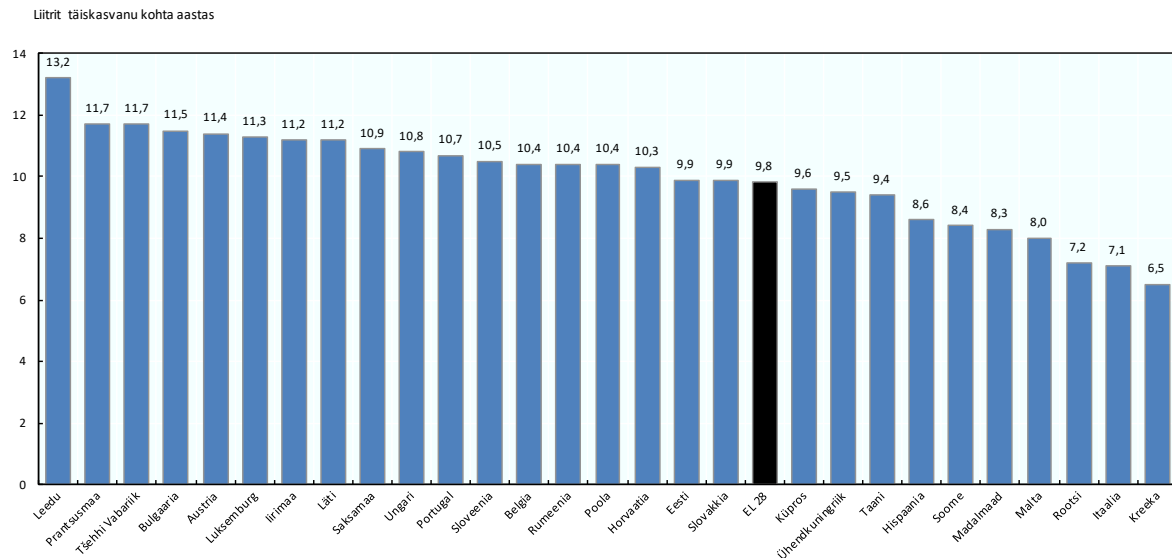
23 ELis suri 2016. aastal **enneaegselt** hinnanguliselt **790 000 inimest** suitsetamise, alkoholi tarbimise, ebatervisliku toitumise ja vähese kehalise aktiivsuse tõttu⁹. Nende inimeste elu oleks võib-olla saanud säästa, kui oleks jõulisemalt keskendunud terviseedendusele ja ennetusele.

24 Eelkõige põhjustavad mittenakkuslikud haigused (nt südame-veresoonkonna haigused, vähktõbi, Alzheimeri tõbi või diabeet) suure osa enneaegsetest surmadest ja suurendavad tervishoiukulusid. Selliseid surmi saab sageli ennetada, vähendades lihtsalt neid põhjustavaid peamisi riskitegureid (nt saaste, suitsetamine, vähene kehaline aktiivsus või alkoholi tarbimine) (vt *joonised 2, 3 ja 4*). See kehtib eriti ELi puhul, mis on endiselt piirkond, kus tarbitakse kõige rohkem alkoholi maailmas. Eurooplane joob aastas ligikaudu 10 liitrit alkoholi. Lisaks suitsetab ELis iga päev umbes 20% täiskasvanutest.

⁸ WHO, 2017.

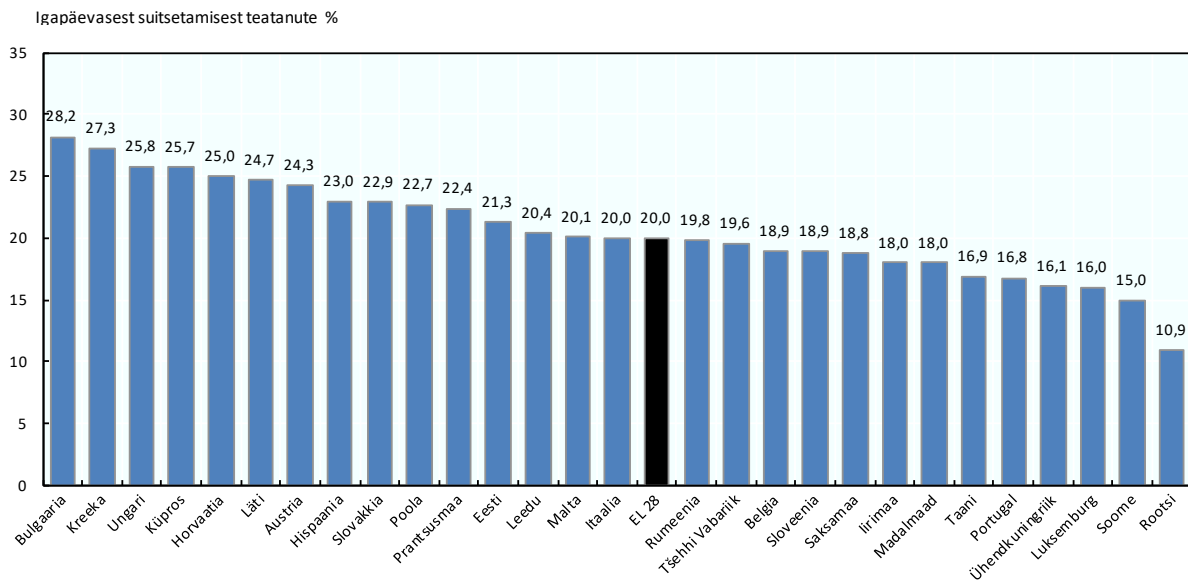
⁹ OECD/EL (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle* (Tervishoiu kiirülevaade: Euroopa 2018: tervishoiu olukord ELi tsüklis), OECD Publishing, Pariis/EL, Brüssel, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

Joonis 2. Alkoholi kogutarbimine täiskasvanute seas (2016 või viimane andmeaasta)



Allikas: OECD Health Statistics (Tervishoiustatistika).

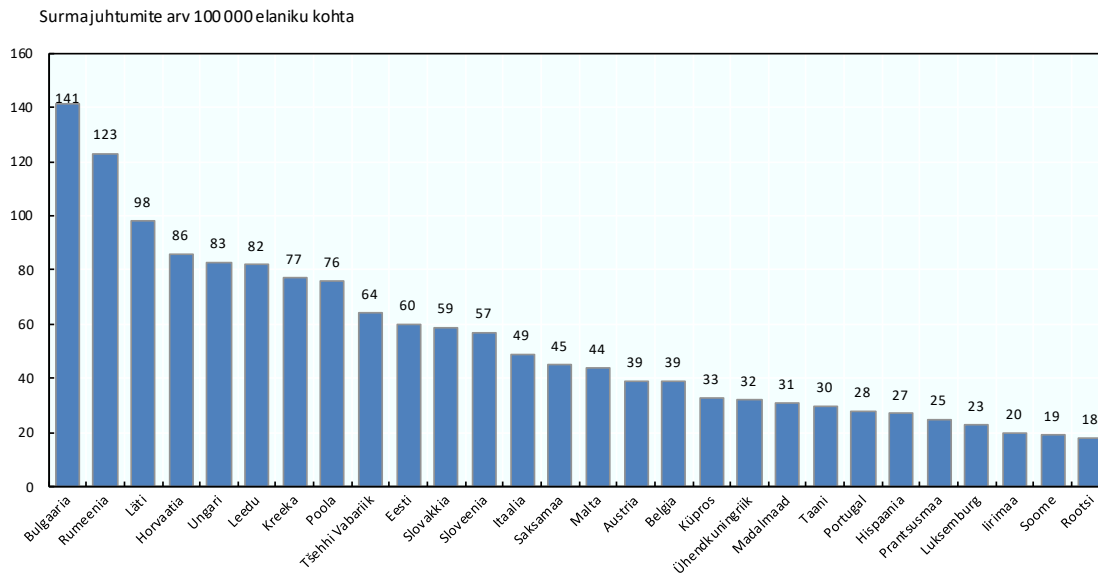
Joonis 3. Igapäevase suitsetamise määrad täiskasvanute seas (2016 või viimane andmeaasta)



Allikas: OECD Health Statistics (Tervishoiustatistika).

Joonis 4. Kodumajapidamiste ja välisõhu saaste koosmõjust tulenev suremus (100 000 elaniku kohta, 2016)

Kodumajapidamiste ja välisõhu saaste koosmõjust tulenev suremus (100 000 elaniku kohta), 2016



Allikas: World Health Statistics (Maailma tervishoiustatistika) (WHO).

25 Kuigi ennetus on esmatähtis mitte ainult elude, vaid ka **raha** säästmisel, vähemalt pikaajaliselt, **kulutatakse** sellele praegu **ainult ligikaudu 3%** tervishoiu kogukuludest¹⁰.

26 Ennetus on üksiti valdkond, mida iseloomustab **suur ebavõrdsus** enamikus, kui mitte kõigis liikmesriikides. Tervishoiu ennetusmeetmetest kasu saamise tõenäosus on tugevalt seotud hariduse ja/või sotsiaal-majandusliku staatusega, näiteks

- madalama haridustasemega täiskasvanutest on 20% rasvunud, samas kui kõrgema haridustasemega täiskasvanutest on rasvunud 12%;
- väiksema sissetulekuga täiskasvanud tegelevad väiksema tõenäosusega kehalise tegevusega soovitatud 150 minutit nädalas ja suurema tõenäosusega suitsetavad regulaarselt.

¹⁰ OECD/EL (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle* (Tervishoiu kiirülevaade: Euroopa 2018: tervishoiu olukord ELi tsükliks), OECD Publishing, Pariis/EL, Brüssel, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

27 Enneaegsete surmade arvu vähendamiseks ja inimestele pikema tervena elatud elu võimaldamiseks peab **rõhuasetus muutuma haiguste ravimiselt nende ennetamisele.**

28 Seetõttu on EL viimastel aastatel käivitanud mitu ennetusele keskenduvat algatust (vt [1. selgitus](#)).

1. selgitus

ELi ennetava tervishoiu algatused

Ennetus teabe kaudu

ELi ennetava tervishoiu meetmete peamine eesmärk on jagada piisavat asjakohast teavet, et võimaldada tarbijal teha teadlikke otsuseid.

Rasvumise probleemi käsitlemiseks võttis Euroopa Komisjon 2007. aastal vastu toitumise, ülekaalulisuse ja rasvumisega seotud terviseküsimumustega tegelemise Euroopa strateegia ja käivitas samas valdkonnas mitu erialgatust. Üks nendest algatustest käsitles toitumis- ja tervisealaste väidete (nt „vähese rasvasisaldusega“ või „kaltsium tervete luude ja hammaste heaks“) õigusraamistiku sätestamist. Praktiliselt keelati määrusega selliste toitumis- või tervisealaste väidete esitamine toidumärgistel või toidureklaamides, mis ei ole selged või täpsed või ei põhine teaduslikel tõenditel (määrus (EÜ) nr 1924/2006¹¹).

Lisaks avaldas komisjon laste rasvumist käsitleva tegevuskava¹², milles esitati peamised tegevusvaldkonnad ja võimalikud vahendid laste ja noorte ülekaalu ja rasvumise probleemi käsitlemiseks 2020. aastani.

ELi 2014. aasta tubakatoodete direktiiviga¹³ muudeti kohustuslikuks esitada **tubakatoodetel** ja seonduvatel toodetel terviseohu hoiatus ning keelati pakenditel mis tahes reklaamide või eksitavate elementide esitamine.

¹¹ Euroopa Parlamendi ja nõukogu 20. detsembri 2006. aasta määrus (EÜ) nr 1924/2006 toidu kohta esitatavate toitumis- ja tervisealaste väidete kohta.

¹² Laste rasvumist käsitlev ELi tegevuskava 2014–2020, 24. veebruar 2014 [ajakohastatud 12. märtsil ja 28. juulil 2014].

¹³ Euroopa Parlamendi ja nõukogu 3. aprilli 2014. aasta direktiiv 2014/40/EL tubaka- ja seonduvate toodete tootmist, esitlemist ja müüki käsitlevate liikmesriikide õigus- ja haldusnormide ühtlustamise kohta ning millega tunnistatakse kehtetuks direktiiv 2001/37/EÜ.

29 Üldisemal tasandil lõi Euroopa Komisjon 2018. aastal tervise edendamise, haiguste ennetamise ja mittenakkuslike haiguste ravi juhtrühma, et toetada riike, kes püüavad täita kestliku arengu eesmärkide hulka kuuluvaid tervisealaseid alleesmärke, eelkõige kolmandat eesmärki „hea tervis ja heaolu“. Juhtrühm nõustab komisjoni ja jagab sellega teadmisi terviseedenduse ja ennetuse valdkonnas.

30 Liikmesriigid on võtnud eri meetmed peamiste tervise riskitegurite käsitlemiseks:

- **suitsetamise** vähendamise meetmed hõlmavad teadlikkuse suurendamise kampaaniaid, hindu tõstvaid makse, suitsuvaba keskkonda käsitlevaid õigusakte ja reklaamipiiranguid;
- **alkoholitarbimisega** seotud riskide vähendamiseks on mitu liikmesriiki piiranud alaealiste noorte juurdepääsu alkoholitoodetele, tõstnud hindu ja kehtestanud rangemad reklaamieeskirjad. Kõik ELi riigid on kehtestanud autojuhtide vere lubatud alkoholisalduse piirmäärad;
- **rasvumine** – üha suurem arv liikmesriike on võtnud meetmed tervisliku eluviisi edendamiseks ja seega **rasvumise** ennetamiseks või vähendamiseks oma kodanike hulgas. Üks neist meetmetest on parema toitumisteabe jagamine, et võimaldada kodanikel teha tervislikke valikuid, näiteks toidu märgistamine või reklaamipiirangud lastele mõeldud toidu puhul;
- enamik liikmesriike võtab ka meetmeid **õhusaaste** vähendamiseks, arvestades, et igal aastal põhjustab saastunud õhk ELis endiselt 400 000 inimese surma¹⁴.

Tervishoiuteenuste kättesaadavus

31 Tervishoiuteenuste üldine kättesaadavus on määratletud kui **tervishoiuteenuste olemasolu õigel ajal, õiges kohas ja õige hinnaga**. See on võrdsete tervishoiuvõimaluste üks tähtsamaid eeltingimusi.

32 Õigus kvaliteetsele tervishoiule on sätestatud ELi põhiõiguste hartas (artikkel 35) ja on seega ELi tervishoiusüsteemide üks peamisi põhimõtteid. Pealegi on see üks ÜRO kestliku arengu eesmärkidest (kolmas eesmärk).

¹⁴ Vt kontrollikoja [eriaruanne nr 23/2018](#): „Õhusaaste: meie tervis ei ole veel piisavalt kaitstud“.

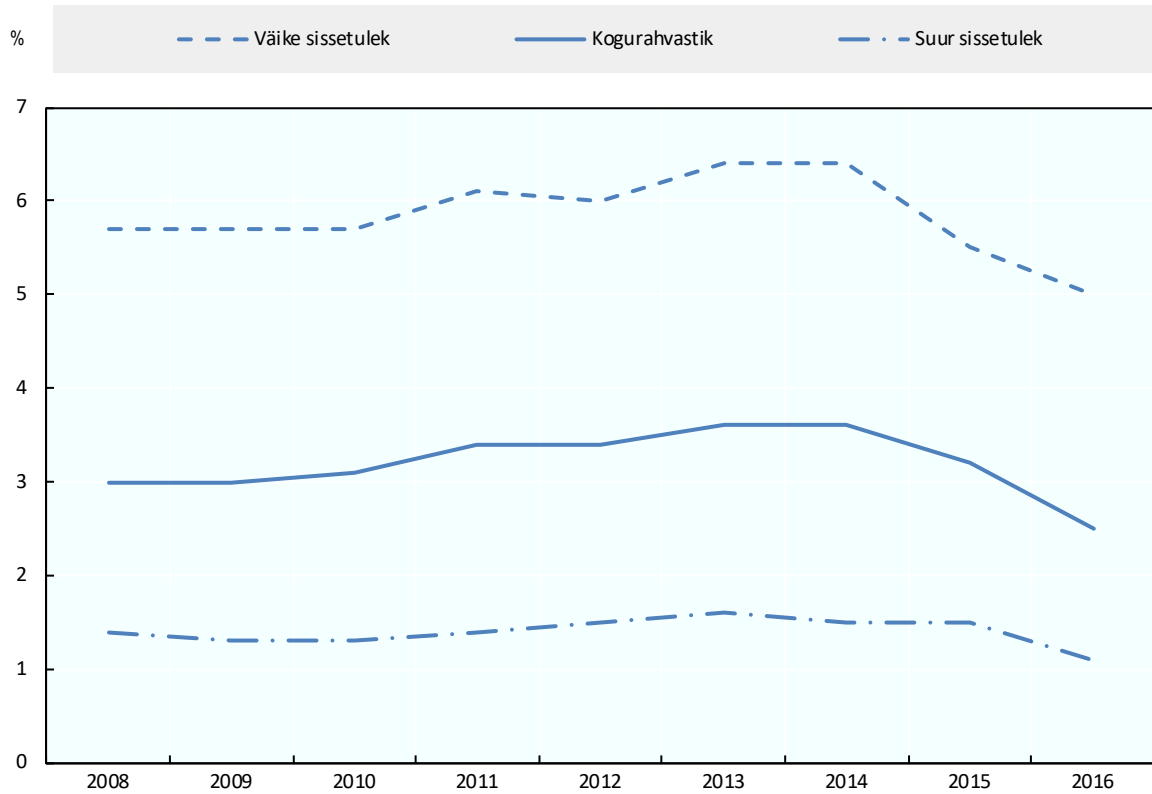
33 Tervishoiu kättesaadavuse mõõtmiseks kasutatakse üldjuhul näitajat „katmata tervishoiuvajadustest teatanud isikute arv“. Tervishoiuvajadused on katmata, kui vajalikud teenused ei ole kättesaadavad õigel ajal, õiges kohas või vähemalt osaliselt erasektorist rahastatavate tervishoiusüsteemide puhul taskukohase hinnaga.

34 Üldiselt on ELis tervishoiu kättesaadavus tagatud. Enamikus liikmesriikides ei ole valdaval osal kodanikest (tunduvalt üle 90%) enda sõnul katmata tervishoiuvajadusi ja sellistest katmata vajadustest teatanud inimeste osakaal on viimase kümne aasta jooksul veelgi vähenenud (vt [joonis 5 ja 6](#)).

35 Samas ei ole tervishoiu kättesaadavus ühtlaselt jaotunud ja eri riikide, kuid ka piirkondade ja erinevatesse sissetulekurühmadesse kuuluvate inimeste vahel on **püsivaid erinevusi**:

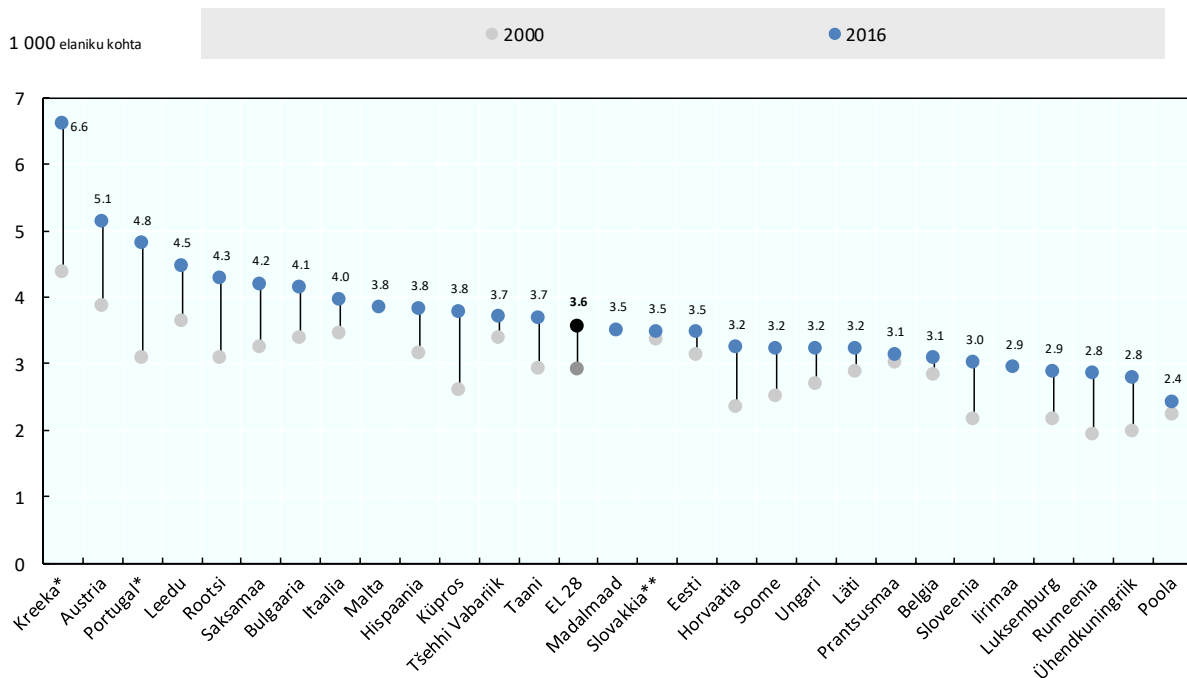
- katmata tervishoiuvajadused on endiselt probleem Eestis ja Kreekas, kus 2016. aastal oli üle 10% kodanikel enda hinnangul katmata tervishoiuvajadus;
- katmata tervishoiuvajadusi esineb viis korda suurema tõenäosusega väikese sissetulekuga leibkondades;
- maa- ja äärepoolsetes piirkondades on sageli puudus perearstidest ning korralise kirurgilise ravi ooteajad on viimastel aastatel paljudes ELi liikmesriikides pikenenud.

Joonis 5. Katmata ravivajadused sotsiaal-majandusliku staatuse järgi, kõik ELi liikmesriigid (2008–2016)



Allikas: Eurostati andmebaas.

Joonis 6. Tegevarstide arv 1 000 kodaniku kohta



* Andmed puudutavad kõiki tegevusloaga arste, mis põhjustab tegevarstide arvu suure ülehindamise (nt Portugali puhul u 30% võrra).

** Andmed ei hõlma mitte ainult patsientide otsest arstiabi andvaid arste, vaid ka neid, kes töötavad tervishoiusektoris juhtide, koolitajate, teadlastena jms (lisades arstidele juurde 5–10%).

Allikas: „Health at a Glance: Europe 2018“ (Tervishoiu kiirülevaade: Euroopa 2018) (OECD, Euroopa Komisjon).

36 ELi tasandil jälgitakse korrapäraselt tervishoiuteenuste kättesaadavust puudutavaid andmeid. Komisjon lõi 2016. aastal eksperdirühma, mis käsitleb muu hulgas tervishoiu kättesaadavust.

37 Tervishoiu kättesaadavuse suurendamine aga kuulub peamiselt **liikmesriikide vastutusalasse**. Riigid on võtnud mitu meetet tervishoiu kättesaadavuse suurendamiseks, näiteks¹⁵:

- esmatasandi tervishoiu tugevdamine, sealhulgas esmatasandi tervishoiu ja eriarstiabi parem kooskõlastamine;
- suurem ravikindlustuskate, vähendades nii omaosalust;
- kõrgemad palgad tervishoiusektori töötajatele;

¹⁵ Euroopa poolaasta temaatiline teabeleht: tervishoiusüsteemid.

- rahalised hüvitised arstidele piisava katteta piirkondades, eelkõige äärepoolsetes ja maapiirkondades.

38 Võetud on ka erimeetmeid, et tagada tervishoiu kättesaadavus teises ELi liikmesriigis (vt [2. selgitus](#)).

2. selgitus

ELi piiriülene tervishoid

Piiriülene tervishoid – mis kasu saavad sellest ELi kodanikud?

ELi piiriülese tervishoiu direktiivis, mis võeti vastu 2011. aastal, sätestati õigusraamistik tervishoiuteenuste kasutamiseks ELi liikmesriigis, mis ei ole ELi kodaniku elukohaliikmesriik.

Direktiiviga tagatakse välismaal tervishoiuteenuseid kasutada soovivale ELi kodanikule turvalise ja kvaliteetse tervishoiu kättesaadavus teises ELi liikmesriigis, nii et talle hüvitatakse sama summa, mis oleks hüvitatud, kui teda oleks ravitud elukohaliikmesriigis.

Lisaks on ELis loodud riiklikud kontaktpunktid, et jagada teavet ELi eri liikmesriikides kättesaadava tervishoiu ja teenuste hüvitamise tingimuste kohta.

Kuigi patsientide liikuvust mõjutab endiselt tugevasti kultuuriline ja geograafiline lähedus, on piiriülest tervishoidu käsitlev koostöö oluline samm Euroopa tervishoiukoostöö laiendamisel.

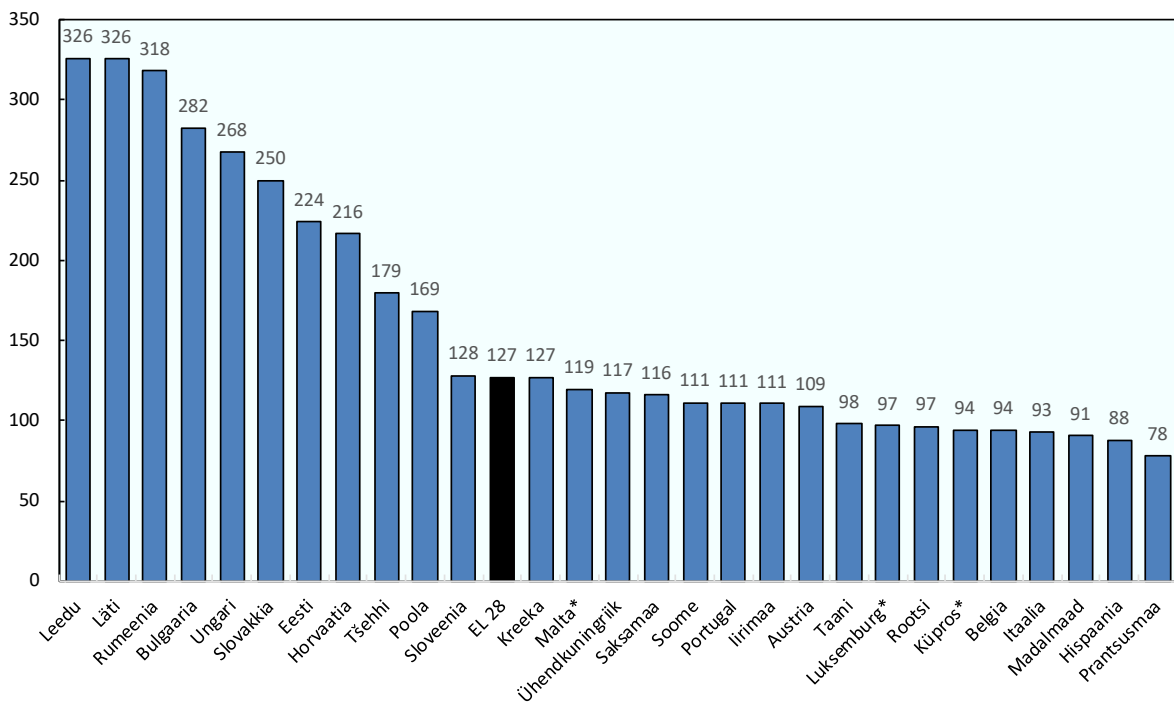
Tervishoiuteenuste kvaliteet

39 Kvaliteetsed tervishoiusüsteemid täidavad oma lõppeesmärgi: tõhusalt hoida ja parandada kodanike tervist. Tervishoiusüsteemide tõhususe mõõtmiseks kasutatakse sageli välditava suremuse mõistet (surmad, mida oleks saanud ära hoida õigeaegse ja kvaliteetse tervishoiu abil). Alternatiivsed näitajad on eeldatav eluiga või n-ö pehmemad näitajad, nagu patsiendikogemus või elukvaliteet pärast haigusest või vigastusest paranemist.

40 Välditava suremuse kontseptsioon on tihedasti seotud ennetatava suremuse kontseptsiooniga (surmad, mida oleks saanud ära hoida rahvatervise ja ennetuse abil). Ennetatava ja välditava suremuse määr kokku näitab surmade arvu, mida oleks saanud ära hoida. Tõhusate rahvatervist käsitleva poliitika, ennetusmeetmete ja tervishoiu puudumise tõttu suri 2015. aastal enneaegselt (enne 75. eluaastat) üle 1,2 miljoni inimese. Nendest

enam kui 570 000 surma peeti välditavaks (vt [joonis 7](#) välditava suremuse määra kohta riikide kaupa).

Joonis 7. Välditava suremuse määr (2015)



* Kolme aasta keskmine (2013–2015).

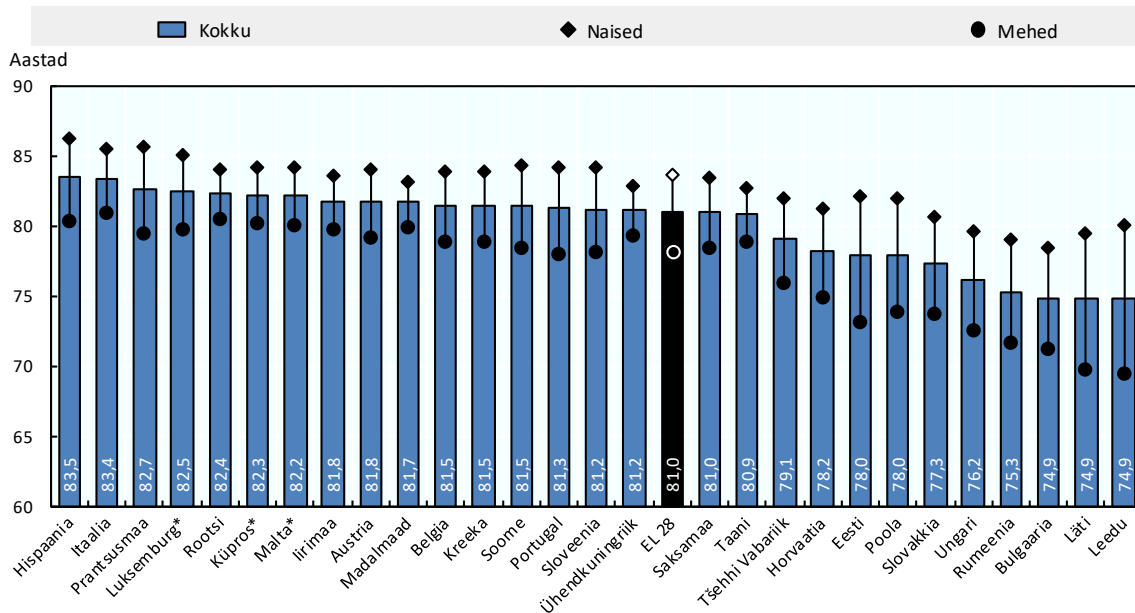
Allikas: OECD Health Statistics (Tervishoiustatistika) 2018.

41 Viimase kümne aasta jooksul on ELis märgatavalt paranenud eluohtlike haiguste **aktiivravi kvaliteet**. Ajavahemikus 2005–2015 vähenes haiglaravile võtmise järel surnud ägeda südamelihase infarktiga inimeste arv 30% ja insuldiga inimeste arv 20%. Seejuures aga on riikide ja ühe riigi haiglate vahel olukord endiselt erinev.

42 ELis on märkimisväärsed edusamme tehtud ka **vähipatsientide elulemuse** valdkonnas, peamiselt sõeluuringute programmide rakendamise ning tõhusama ja õigeaegsema ravi abil.

43 Praegu on ELis **keskmine eeldatav eluiga** 81 aastat (vt [joonis 8](#)). Olgugi et eeldatav eluiga tõuseb jätkuvalt, on see tõus viimastel aastatel aeglustunud, eriti Lääne-Euroopas. ELis on surma peamised põhjused endiselt vereringesüsteemi haigused ja vähktõbi, mis põhjustavad kokku enam kui 60% kõigist surmadest.

Joonis 8. Eeldatav eluiga sünnil sugude kaupa (2016)



* Kolme aasta keskmine (2014–2016).

Allikas: „Health at a Glance: Europe 2018“ (Tervishoiu kiirülevaade: Euroopa 2018) (OECD, Euroopa Komisjon).

44 Eeldatav eluiga on väga erinev mitte ainult soost, vaid ka sotsiaal-majanduslikust staatusest lähtudes. Madala haridustasemega inimeste eeldatav eluiga on meeste puhul kaheksa aastat ja naiste puhul neli aastat väiksem kui kõrge haridustasemega inimestel.

45 Tervishoiu kvaliteet ja tervishoiusüsteemide tõhusus on **tugevasti seotud teiste rahvatervise valdkondadega**, eelkõige tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ennetusega. Seepärast nõuavad tervishoiu kvaliteedi parandamise meetmed terviklikku lähenemisviisi.

46 Liikmesriigi tasandil tervishoiu kvaliteedi parandamiseks võetud meetmed on näiteks uudse tehnoloogia kasutamine, korralduslikud muudatused tervishoiuteenuste osutamisel ja üldine keskendumine lõimitumale ja üksikisikust rohkem lähtuval tervishoiule.

47 Nende meetmete tulemusi on aga endiselt keeruline hinnata. Kuigi on tehtud jõupingutusi tervishoiusüsteemide tõhususe kohta andmete kogumiseks, on teave kvalitatiivsemate näitajate, näiteks patsiendikogemuse või elukvaliteedi kohta endiselt piiratud.

48 Euroopa Komisjon on toetanud Euroopa peamiste tervishoiunäitajate väljatöötamist. Nende näitajatega jälgitakse ELi kodanike tervislikku seisundit ja ELi tervishoiusüsteemide tulemuslikkust. Samuti alustas komisjon koostöös OECDga aruannete „Health at a Glance“ (Tervise kiirülevaade) avaldamist.

49 Peale selle lõi komisjon tervishoiusüsteemide tulemuslikkuse hindamise eksperdirühma, et pakkuda ELi riikidele foorumit selles valdkonnas kogemuste vahetamiseks ja toetada riiklikke poliitikakujundajaid, töötades välja tervishoiusüsteemide tulemuslikkuse hindamise vahendid ning metoodika tihedas koostöös rahvusvaheliste organisatsioonidega, nagu WHO ja OECD.

Uued tehnoloogiad ja e-tervis

50 E-tervist ehk digitervist võib määratleda kui **kõiki vahendeid ja teenuseid, mis kasutavad info- ja kommunikatsioonitehnoloogiat**, et edendada tervishoius ennetust, diagnoosimist, ravi, järelvalvet ja juhtimist.

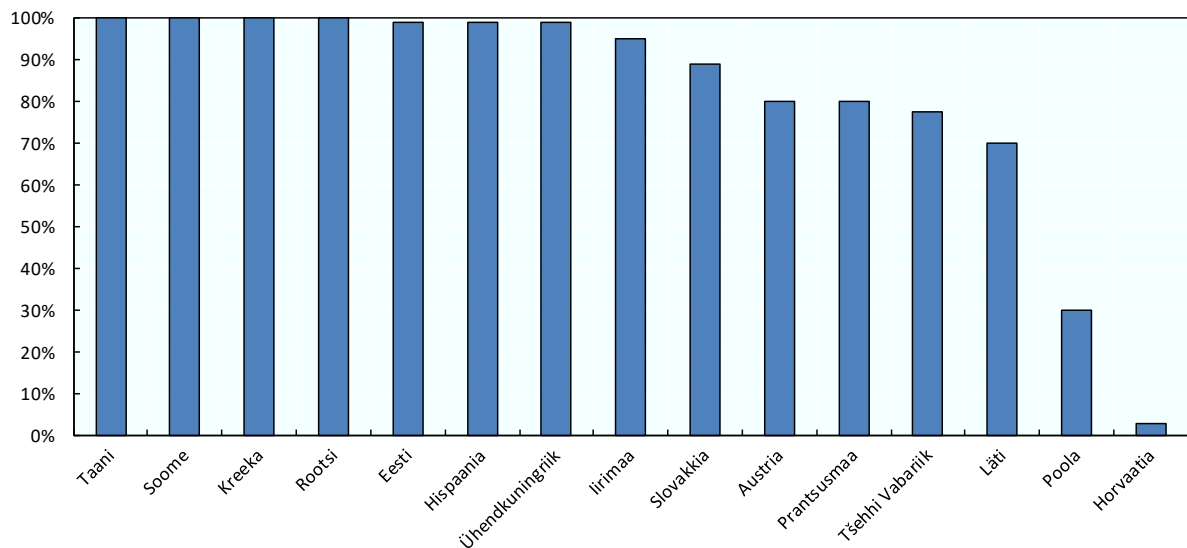
51 Uued tehnoloogiad võimaldavad oluliselt tõhustada ennetust ja tervishoiuteenuseid ning parandada nende kvaliteeti. Praegu kasutatakse uusi tervisetehnoloogiaid peamiselt järgmiselt:

- elektroonilised ravidokumendid: eri tervishoiuteenuste osutajad loovad arvutipõhiseid ravidokumente, mida nad parimal juhul ka omavahel jagavad;
- digiretseptid: elektrooniliste raviretseptide koostamine, edastamine ja salvestamine;
- terviseteave internetis;
- tervishoiuteenustele juurdepääs interneti kaudu (nt vastuvõtule registreerimine).

52 Kuigi kogu ELi rahvatervise valdkonnas kasutatakse uudseid tehnoloogiaid aina rohkem, esineb endiselt erinevusi vanuse- ja sotsiaal-majanduslike rühmade vahel.

53 Paljud liikmesriigid toetavad **elektrooniliste ravidokumentide** koostamist ja neid kasutatakse ELis aina rohkem. 15 liikmesriigis läbi viidud uuringust selgus, et 2016. aastal kasutas elektroonilisi ravidokumente 80% nende riikide esmatasandi arstidest (vt [joonis 9](#)). Enamikus nendes riikides on patsientidel juurdepääs oma ravidokumentidele ja mõnes riigis võivad patsiendid dokumentides esitatud teavet täiendada või muuta.

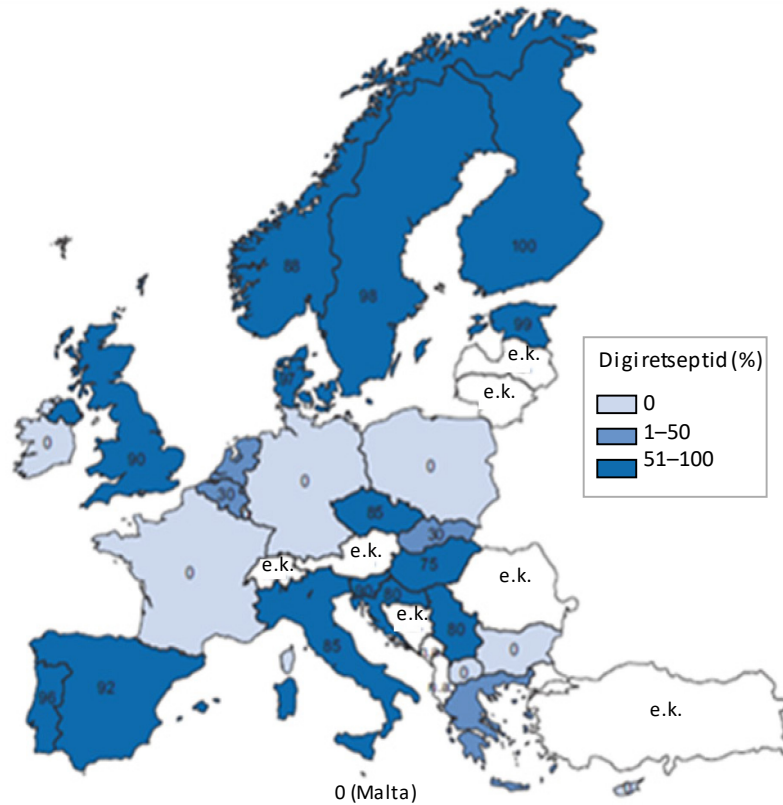
Joonis 9. Elektroonilisi ravidokumente kasutavate esmatasandi arstide osakaal (2016)



Allikas: OECD, „Survey of Electronic Health Record System Development and Use“ (uuring digiloo süsteemi väljatöötamise ja kasutamise kohta).

54 Digiretseptide puhul on olukord mitmekesisem. Mõnes riigis, näiteks Soomes, Rootsis, Taanis, Portugalis ja Hispaanias, moodustavad digiretseptid peaaegu 100% kõigist retseptidest, samas kui teistes riikides, nagu Prantsusmaal või Saksamaal, ei ole digiretseptuuri rakendatud (vt [joonis 10](#)). Digiretseptid peaksid aga muutuma tähtsamaks, sest eeldatavasti hakkavad 22 ELi liikmesriiki 2021. aasta lõpuks vahetama patsientide andmekaarte ja/või digiretsepte.

Joonis 10. Digireseptide osakaal jaemüügiapteekides (2018)



Allikas: Euroopa Liidu Farmaatsiagrupp (PGEU).

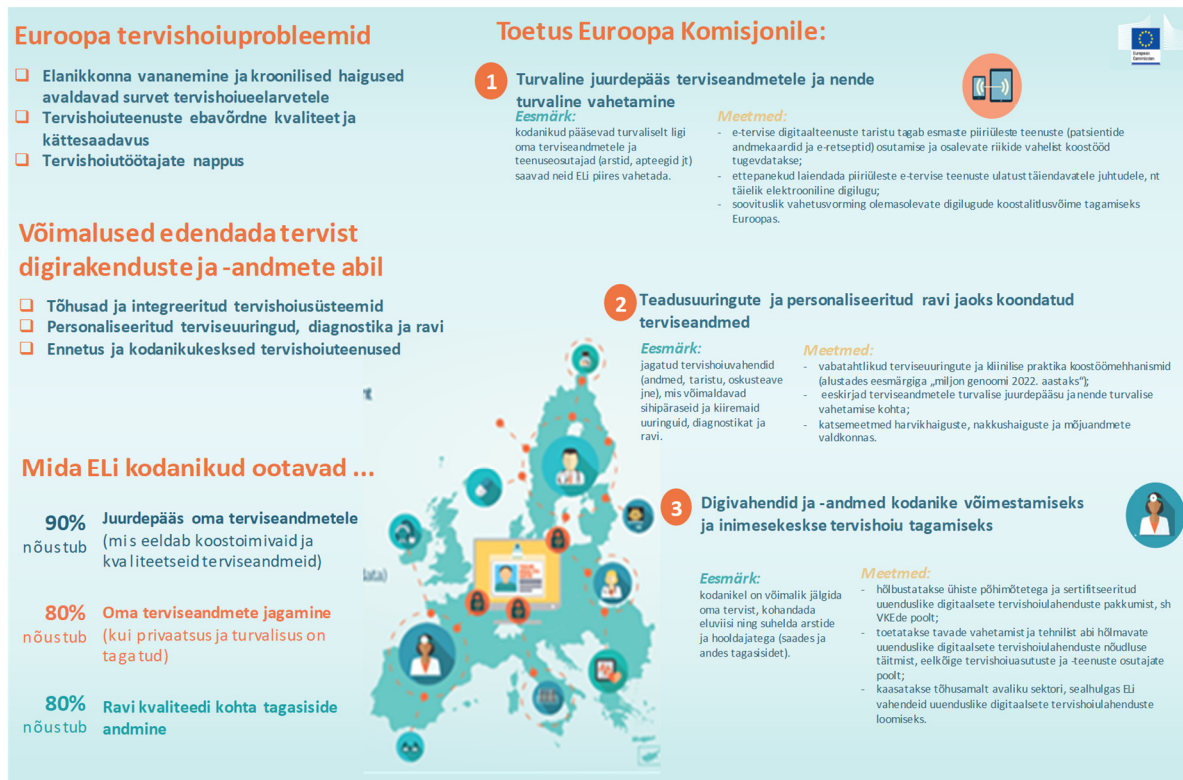
55 Tulenevalt **digitaalse ühtse turu strateegia** vastuvõtmisest **2015. aastal** kasutab Euroopa Komisjon digitehnoloogiat paremini ära kõikides valdkondades, sealhulgas tervishoiusektoris, mis on komisjoni üks peamisi prioriteete.

Joonis 11. Digitervis

E-tervis ja -hooldus



TERVISHOUI JA HOOLDUSE ÜMBERKUNDRAMINE DIGITAALSEL ÜHTSEL TURUL – andmetega seotud või maluste kasutamine, et võimestada kodanikke ja rajada te ravislikum ühiskond



Allikas: Euroopa Komisjon.

56 Aprillis 2018 avaldas komisjon teatise tervise- ja hooldusvaldkonna digiteerimise võimaldamise kohta, milles määratleti kolm eraldiseisvat keskset teemat (vt [joonis 11](#)):

- **turvaline juurdepääs andmetele ja nende turvaline jagamine.** Et parandada tervishoiu piiriülest kättesaadavust, ehitab komisjon üles e-tervise digitaalteenuste taristut, mis võimaldab tervishoiuteenuse osutajatel vahetada digiretsepte ja patsientide andmekaarte. Esimest korda vahetati neid piiriüleselt 2019. aastal. Pikemaajaliselt töötab komisjon selle nimel, et luua kõigile ELi kodanikele kättesaadav Euroopa digilugude vahetamise platvorm;
- **terviseandmete sidumine ja jagamine** teadusuuringute, kiirema diagnoosimise ja parema tervise nimel. Detsentraliseeritud Euroopa e-tervise taristuga kavatakse hõlbustada kohandatud diagnoosimist ja ravi, valmistada tervishoiuteenused paremini

ette piiriülestele terviseohtudele reageerimiseks ning edendada meditsiinitoodete väljatöötamist ja jälgimist;

- **kodanike mõjuvõimu suurendamine** ja üksikisikupõhise tervishoiu tugevdamine digitaalsete teenuste kaudu. Digitaalsed teenused võivad parandada krooniliste haiguste ennetamist ja ohjamist ning võimaldada patsientidel anda tervishoiuteenuste osutajatele tagasisidet.

57 Lisaks toetab komisjon olulisel määral liikmesriike tänapäevase tervisetehnoloogia kasutamisel ja riikide jõupingutuste kooskõlastamisel (vt [3. selgitus](#)).

3. selgitus

E-tervise algatused

Veebruaris 2019 esitas komisjon soovitusel sellise turvalise süsteemi loomiseks, mis võimaldab kogu ELi kodanikel tutvuda oma elektroonilise haiguslooga.

See uus süsteem põhineks olemasolevatel ravidokumentide vahetamise algatustel, hõlmates ka laboriuuringute, haiglast väljakirjutamise ja meditsiinilise kuvamise aruannete vahetamist.

ELi kodanikele tooks see muu hulgas järgmist kasu:

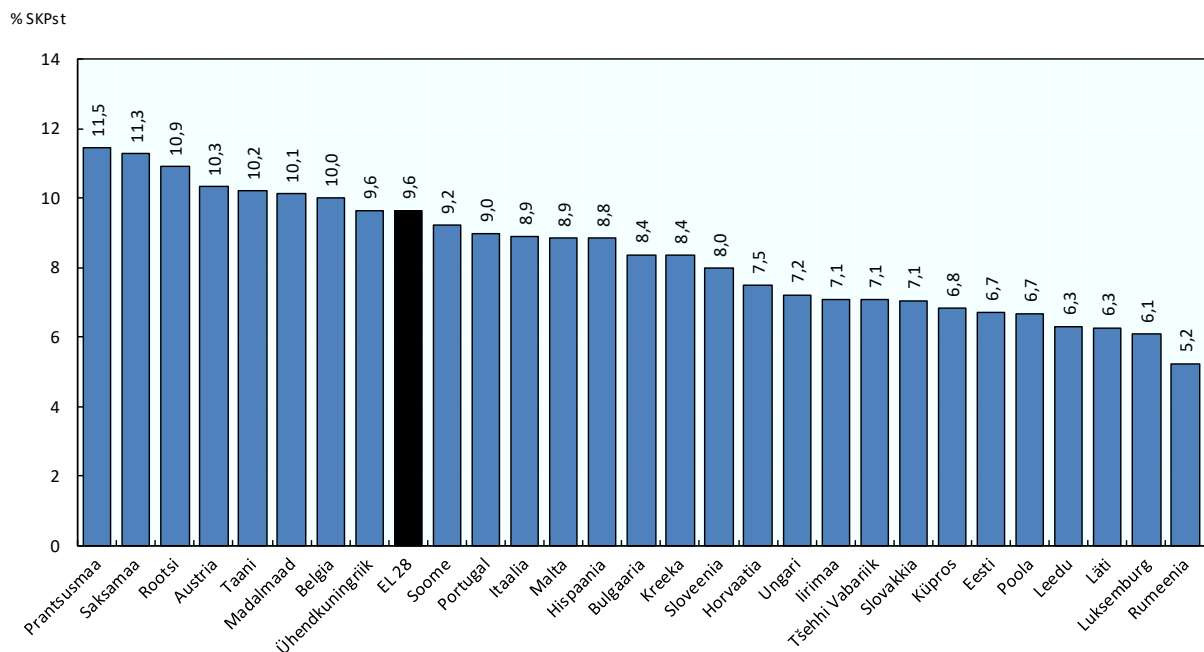
- kohene juurdepääs oma ravidokumentidele välismaal olles, sealhulgas hädaolukorras;
- tervishoiu parem kvaliteet ja järjepidevus välismaale kolivatele kodanikele;
- uued teadustöö võimalused tänu terviseandmete jagamisele (patsiendi nõusoleku korral);
- tõhususe kasv tänu sellele, et labori- või radioloogilisi analüüse ei pea kordama.

Rahanduslik jätkusuutlikkus ja muud rahanduslikud aspektid

58 Rahanduslik jätkusuutlikkus on liikmesriikide üks peamisi probleeme rahvatervise valdkonnas. Tervishoid maksab umbes 1,5 triljonit eurot (2016), olles nii üks suurimaid ja kiiremini kasvavaid eelarvepunkte ELi avaliku sektori kulutustes¹⁶.

59 2017. aastal moodustasid tervishoiukulud 9,6% ELi SKPst (2008. aastal 8,8%) ja tervishoiukulud inimese kohta olid 2773 eurot (vt [joonised 12 ja 13](#)).

Joonis 12. Tervishoiukulud osakaaluna SKPst (2017)

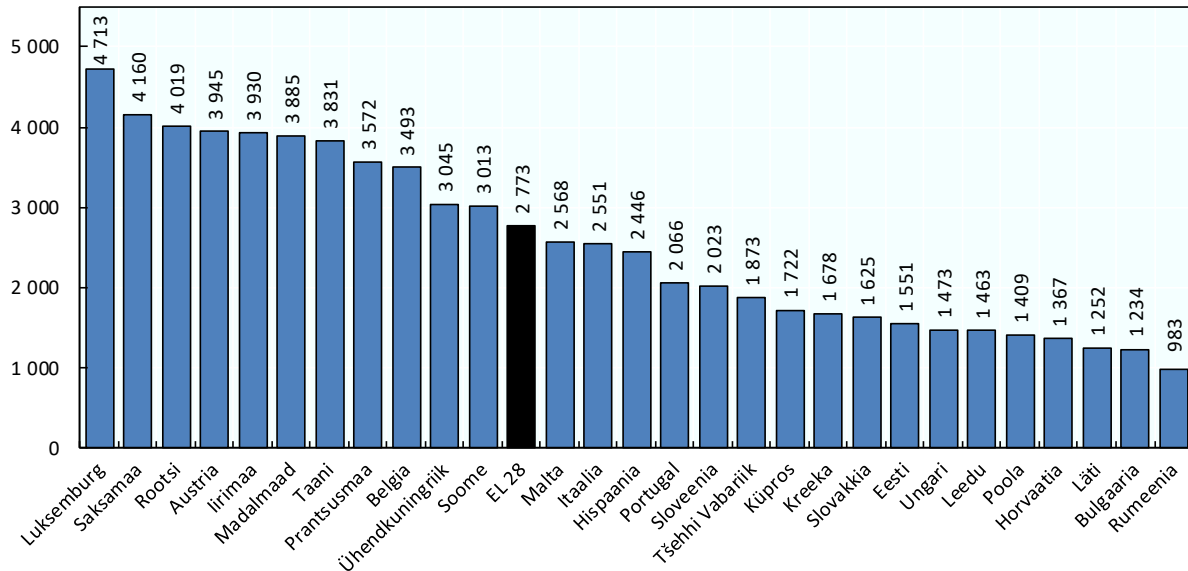


Allikas: OECD Health Statistics (Tervishoiustatistika) 2018.

¹⁶ Euroopa poolaasta temaatiline teabeleht: tervishoiusüsteemid.

Joonis 13. Tervishoiukulud inimese kohta (2017)

PPP, eurodes



Allikas: OECD Health Statistics (Tervishoiustatistika).

60 Prognooside kohaselt kasvavad tervishoiukulud veelgi, valdavalt **demograafiliste muutuste** ning uute meditsiini- ja tervisetehnoloogiate **maksumuse suurenemise** tõttu.

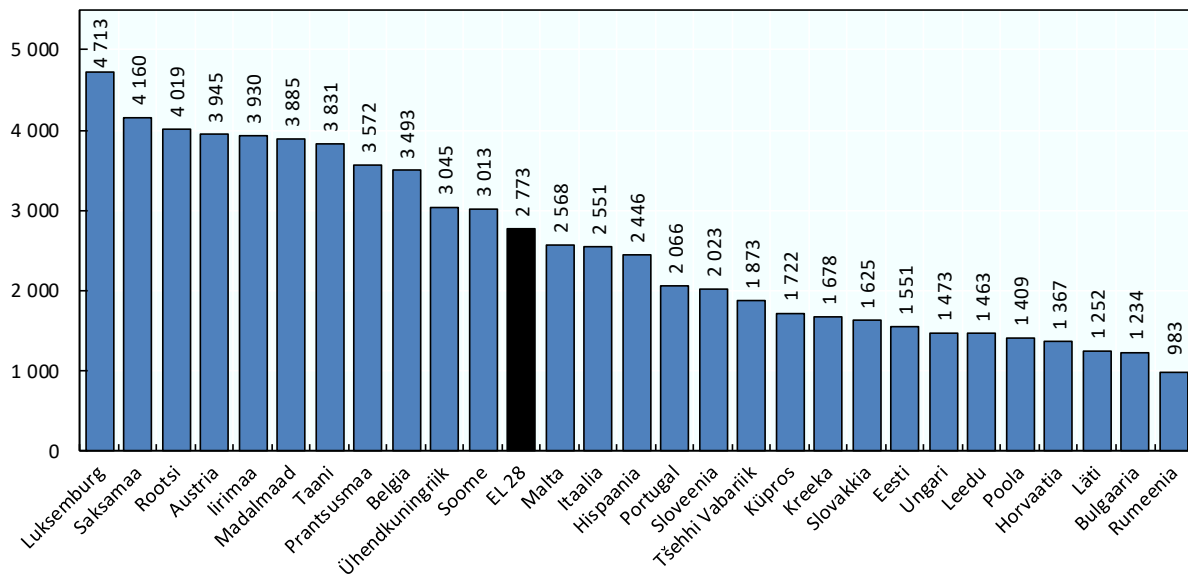
61 Samal ajal kontrollitakse tervishoiukulusid aina rohkem, sest rahalised vahendid on piiratud. Arvestades, et kahes kolmandikus liikmesriikides **rahastatakse üle 70% tervishoiukuludest avaliku sektori vahenditest**, on tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkus tihedasti seotud liikmesriigi ja ELi kui terviku majandusliku olukorraga.

62 Tervishoiusüsteemide rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks tuleb määratleda ka võimalik kokkuhoid. Praegu on **hinnangute kohaselt kuni viiendik tervishoiukuludest välditavad** ja järelikult saaks neid mujal paremini kasutada¹⁷. Sageli võimaliku kokkuhoiuga seostatavad kaks valdkonda on haiglaravi (eelkõige voodikohtade arv (vt [joonis 14](#)) ja välditav haiglaravile jäämine) ja ravimid (nt mitteoptimaalne valik, hange ja hinnastamine).

¹⁷ OECD, „Tackling Wasteful Spending on Health” (Tervishoiukulude raiskamise vastane tegevus), jaanuar 2017.

Joonis 14. Haiglate voodikohtade arv 1000 elaniku kohta (2016)

PPP, eurodes



Allikas: OECD Health Statistics (Tervishoiustatistika).

63 Tervishoiusüsteemide rahalise jätkusuutlikkusega on tihedasti seotud küsimus nende vastupanuvõimest, mida määratletakse kui nende suutlikkust reageerida asjakohaselt muutustele. Nimelt ei eelda tänapäeva ühiskonna demograafilised muutused ainult osutatavate tervishoiuteenuste laiendamist, vaid ka ümberkujundamist, sest haiglapõhine aktiivravi asendub pikemaajalise inimesekesksema ja kogukonnapõhise tervishoiuga.

64 Euroopa Komisjon on järjekindlalt rõhutanud **rahvatervisesüsteemide reformi vajadust**, et tagada jätkusuutlikkus, säilitades samas kvaliteetse tervishoiu üldine kättesaadavus. Komisjon toetab liikmesriike selles töös, jagades analüüse, suuniseid ja järelevalve- või hindamisvahendeid ning soovitades reforme Euroopa poolaasta kontekstis.

65 Lisaks lõi komisjon sõltumatute ekspertide rühma, et anda nõu tervishoiuinvesteeringute kohta, ja mitu algatust, et suurendada riiklike tervishoiusüsteemide tõhusust ja vastupanuvõimet, suurendades sellega nende jätkusuutlikkust. Üks selline algatus on tervisetehnoloogia hindamine kui teaduslik lähenemisviis tervisetehnoloogia tõhususe hindamisele. Liikmesriigid teevad võrgustiku kaudu koostööd¹⁸, et vähendada riikide tasandil töö dubleerimist.

¹⁸ Euroopa Parlamendi ja nõukogu 9. märtsi 2011. aasta direktiiv 2011/24/EL patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius.

66 Konkreetsemalt toetab komisjon ka liikmesriikide jõupingutusi kooskõlastada oma teadusuuringute ja e-tervise valdkonna algatusi, et suurendada tõhusust ja hoida kokku kulusid. Seda toetatakse peamiselt programmist „Horisont 2020“ ja järgmistest teadusuuringute programmidest pärit ELi vahenditega.

67 ELi liikmesriigid on teinud **järjepidevalt jõupingutusi, et reformida** oma tervishoiusüsteemi eesmärgiga muuta see mitte üksnes tõhusamaks, vaid ka rahaliselt jätkusuutlikuks ja vastupanuvõimeliseks.

68 Kuigi mõnes valdkonnas on juba tehtud edusamme, näiteks haiglatega seotud kokkuvõid, keskendutakse rahvatervishoius sellele protsessile veel palju aastaid.

II OSA. Ülevaade kõrgeimate kontrolliasutuste tööst

Sissejuhatus

69 Selles auditikompndiumi osas esitatakse kokkuvõtte 23 osaleva liikmesriigi kõrgeimate kontrolliasutuste¹⁹ ja Euroopa Kontrollikoja läbiviidud valitud auditite tulemuste kohta.

Auditimetoodika

70 Kõrgeimad kontrolliasutused teevad oma auditeid kooskõlas kõrgeimate kontrolliasutuste rahvusvaheliste standarditega ja riigi tasandil väljatöötatud asjakohaste rakendusstandarditega, et tagada audititöö ja -aruannete kvaliteet.

71 Valitud ja kohaldatud auditimetoodika ja -menetlustega sooviti tagada, et audititulemusi täidetakse võimalikult tõhusalt.

72 Audititulemusi koguti dokumentide ja (statistiliste) andmete analüüsimise, samuti riiklike ja piirkondlike ametiasutuste või teenusesaajatega läbiviidud intervjuude kaudu. Asjakohasel juhul täiendati seda küsitlustega, et saada teada suurema ja/või laiemast vastajaskonnast arvamused. Muud kasutatud meetodid olid otsene testimine ning juht- ja võrdlusuuringud.

Auditeeritud ajavahemik

73 Sageli on struktuurimeetmete ja programmide mõju varases etapis keeruline auditeerida. Käesolevas kompendiumis käsitletud auditites keskenduti ajavahemikus 2011–2019 rakendatud mitmeaastastele programmidele.

74 *Tabelis 1* antakse ülevaade kõrgeimate kontrolliasutuste auditite peamistest teemadest.

¹⁹ Austria, Belgia, Bulgaaria, Eesti, Hispaania, Iirimaa, Itaalia, Kreeka, Leedu, Luksemburg, Läti, Malta, Poola, Portugal, Prantsusmaa, Rumeenia, Saksamaa, Slovakkia, Sloveenia, Soome, Taani, Tšehhi Vabariik, Ungari.

Tabel 1. Käesolevas auditikompendiumis kajastatavate ELi kõrgeimate kontrolliasutuste auditite ülevaade

Kontrolliasutus	Auditi nimetus	Põhiteema				
		Ennetus ja kaitse	Tervishoiuteenuste kättesaadavus	Tervishoiuteenuste kvaliteet	Uued tehnoloogiad ja e-tervis	Rahanduslik jätkusuutlikkus ja muud rahanduslikud aspektid
Austria	Sõltumatute tervishoiuspetsialistide kvaliteedi tagamine			✓		
Belgia	Flaami ennetav tervishoiupoliitika – poliitika tulemuslikkuse hindamine	✓				
Bulgaaria	E-tervis				✓	
Eesti	Riigi tegevus e-tervise rakendamisel				✓	
Hispaania	Hispaania riigiametnike üldise vastastikuse sotsiaalkindlustusfondi (MUFACE) ravimihüvitise juhtimine ja kontroll					✓
Iirimaa	Plaanilise päevakirurgia juhtimine			✓		
Itaalia	Riiklike tervishoiuasutuste kinnisvara renoveerimise ja tehnoloogilise ajakohastamise eriprogrammi rakendamine					✓
Kreeka	Audit riigi võlgnevuste kohta seoses haiglate ja riikliku terviseinstituudiga					✓
Leedu	Tervishoiuteenuste kättesaadavus ja patsiendikeskus		✓			
Luksemburg	Haiglainvesteeringute rahastamine					✓
Läti	Kas projekt „E-tervis Lätis“ on samm õiges suunas?				✓	
Malta	Perearsti roll – esmatasandi tervishoiu tuum		✓			
Poola	II tüüpi diabeedi ennetamine ja ravi	✓				
Portugal	Tervishoiu kättesaadavus kodanikele Portugali riiklikus tervishoiuteenistuses		✓			
Prantsusmaa	Tervishoiuteenustega seotud nakkuste ennetamine	✓				
Rumeenia	Tulemusaudit tervishoiutaristu arengu kohta riigi, piirkonna ja kohalikul tasandil eesmärgiga		✓			

Kontrolliasutus	Auditi nimetus	Põhiteema				
		Ennetus ja kaitse	Tervishoiuteenuste kättesaadavus	Tervishoiuteenuste kvaliteet	Uued tehnoloogiad ja e-tervis	Rahanduslik jätkusuutlikkus ja muud rahanduslikud aspektid
	suurendada tervishoiuteenuste kättesaadavust					
Saksamaa	Ortodontilise ravi väärtuse uurimiseks vajalikud terviseuuringud		✓			
Slovakkia	Tervishoiuasutuste rahalised vahendid ja vara					✓
Sloveenia	Laste rasvumise vastane tegevus	✓				
Soome	Prognoos sotsiaalkindlustuskulude suundumuste kohta					✓
Taani	Tervishoiu kvaliteedierinevused Taani haiglates			✓		
Tšehhi Vabariik	Valitud haiglate poolt kulude hüvitamiseks kasutatud vahendid					✓
Ungari	Haiglate auditi kokkuvõtlik analüüs					✓
Euroopa Kontrollikoda	ELi piiriülese tervishoiu meetmed: eesmärgid on kõrgeleulised, kuid juhtimist on vaja parandada		✓			

Ennetus ja kaitse

Auditi eesmärgid

75 Neljas kompendiumisse valitud auditis keskenduti peamiselt haiguste ennetamisele ja tervisekaitsele. Nendes auditites käsitletakse mitut eri valdkonda, alustades Belgia haiguste ennetamise üldpoliitikast ja lõpetades konkreetsete küsimustega, nagu diabeedi ennetamine (Poola), laste rasvumine (Sloveenia) ja tervishoiuteenustega seotud nakkused (Prantsusmaa).

76 Nende auditite üldeesmärk oli hinnata, kas eri poliitikad ja neist johtuvad meetmed on hästi kavandatud ja tõhusad. Mõnes auditis pöörati erilist tähelepanu ilmajätuse ohus olevatele elanikkonnarühmadele.

Auditite peamised tähelepanekud

77 Kõigis auditites märgiti, et ennetavas tervishoius ja tervisekaitses on puudujääke. Näiteks Belgia auditis järelitati, et tervishoiupoliitikat rakendati täiesti erinevatel viisidel, olenevalt sihiks seatud tervishoiualastest eesmärkidest. Rakendavad organisatsioonid ei olnud üldiselt väga tulemustele orienteeritud ja sageli puudus aruandlusest asjakohane teave, et hinnata rahastatud sekkumiste mõju. Ka ei olnud paljud kampaaniad ja sekkumised piisavalt kohandatud ebasoodsas olukorras olevatele elanikkonnarühmadele.

78 Poola kõrgeima kontrolliasutuse aruandes nenditi, et hoolimata sellest, et Poolas põeb palju ja aina rohkem inimesi diabeeti, ei ole veel koostatud haiguse ennetamise või ravi riiklikku strateegiat.

79 Sloveenia auditis järelitati, et ministriumid ja asjaomane instituut aitavad tõepoolest võidelda laste rasvumise vastu. Ühe puudujäägina mainiti aga seda, et rahastatud meetmed ja tegevus ei jõua alati kõigi lasteni ega taga seega võrdset kohtlemist. Üldiselt hinnati süsteemset tervisliku eluviisi edendamist tõhusamaks kui konkreetsete projektide elluviimist.

80 Prantsusmaa kõrgeima kontrolliasutuse sõnul on tervishoiuteenustega seotud nakkuste ennetamise poliitika elluviimine Prantsusmaal endiselt ebatõhus. Nakkuste levimus ei ole 2006. aastast saadik enam vähenenud ja välisarandlus nende nakkuste kohta ei ole terviklik. Samas peetakse sammuks õiges suunas hiljuti võetud meetmeid, nagu tervishoiuteenustega seotud nakkuste kontrolli keskuste loomine. Nüüd tuleb luua uued algatused selle poliitika laiendamiseks kõigile tervishoiutegevuse segmentidele ja vaadelda põhjalikult antibiootikumiresistentsuse põhjustatavat ohtu.

Tervishoiuteenuste kättesaadavus

Auditi eesmärgid

81 Kuues auditis hinnati tervishoiuteenuste kättesaadavust. Neist kolmes (Leedu, Portugal ja Rumeenia) käsitleti tervishoiuteenuste üldist kättesaadavust, ühes (Saksamaa) keskenduti ortodontilisele ravile ja ühes (Malta) vaadeldi perearstide rolli tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamisel. Euroopa Kontrollikoda uuris omalt poolt, kas ELi meetmed piiriüleste tervishoiuteenuste valdkonnas toovad patsientidele kasu.

82 Peale II tüüpi diabeedi ennetamisele keskendumise hindas Poola kõrgeim kontrolliasutus, kas diabeediga patsientidel on juurdepääs spetsialiseeritud teenustele ja viimase põlvkonna ravimitele.

83 Läbiviidud auditite põhieesmärk oli hinnata, kas tervishoiuteenuste ja spetsialistide konsultatsioonide kättesaadavus on tagatud ning kas tervishoiuteenuste kättesaadavuse parandamiseks rakendatud meetmed on tõhusad.

84 Ühe spetsiifilisema auditiga püüti saada ülevaade ortodontilise ravi kuludest ja protseduuridest (Saksamaa) ning teisega teha kindlaks, mil määral perearstid hõlbustavad tervishoiuteenuste kättesaadavust (Malta).

Auditite peamised tähelepanekud

85 Üldiselt järeldati auditites, et tervishoiuteenused ei ole alati kättesaadavad õigel ajal, õiges kohas ega taskukohase hinnaga.

86 Leedu auditis tuvastati puudujääke tervishoiuteenuste ootejärjekordade haldamises ja lühendamises ning tervishoiutöötajate nõudluse kavandamises.

87 Seda märgiti ka Portugali kõrgeima kontrolliasutuse auditis, milles järeldati, et kolmel aastal, s.o 2014–2016, spetsialistide konsultatsioonide ooteajad hoopis pikenesid ja operatsiooni ootejärjekorras olevate patsientide arv suurenes.

88 Rumeenia kõrgeim kontrolliasutus järeldas, et tervishoiusektori taristuinvesteeringutega täideti tervishoiuteenuste kättesaadavuse suurendamise eesmärk vaid osaliselt. Aruandes kirjeldatud peamised puudujäägid on seotud vahendite prioriseerimise, koordineerimise, investeeringute järelkontrolli ja hankemenetlustega.

89 Saksamaa kõrgeima kontrolliasutuse auditiaruandes leiti, et ortodontilise ravi kasulikkus ei ole teaduslikult tõestatud ja et sageli peavad patsiendid täiendavate ortodontiliste teenuste ja ravi eest ise maksma.

90 Malta auditiaruanne oli positiivsem, selle hinnangul on perearstide roll kooskõlas riikliku tervishoiusüsteemi strateegias määratletud strateegiliste meetmetega. Seejuures

märgiti, et perearsti funktsiooni edasine laiendamine, et muuta see patsiendikesksemaks, eeldaks muutust vahendite jaotuses.

91 Euroopa Kontrollikoda leidis, et komisjon aitas liikmesriikidel hästi täiustada teavet, mis puudutab patsientide õigust piiriülesele tervishoiule, kuigi selles oli veel puudujääke.

92 Poola kõrgeim kontrolliasutus järeldas, et diabeedi (II tüüp) spetsialiseeritud ravi ei ole kättesaadav õigel ajal ega õiges kohas. Spetsialistide konsultatsioonide ooteajad pikenesid ja tervishoiuteenuste kättesaadavuses avastati suuri piirkondlikke erinevusi.

Tervishoiuteenuste kvaliteet

Auditi eesmärgid

93 Kompendiumisse kuuluvas kolmes auditiaruandes, mille koostasid Austria, Iirimaa ja Taani kõrgeimad kontrolliasutused, käsitleti tervishoiuteenuste kvaliteeti.

94 Neist kahes keskenduti haiglate konkreetsetele kvaliteediaspektidele: Taani kõrgeim kontrolliasutus hindas Taani haiglate tervishoiu kvaliteeti ja analüüsis haiglatevahelisi kvaliteedierinevusi. Iirimaa kõrgeim kontrolliasutus vaatles plaanilise päevakirurgia juhtimist. Analüüsi haiglatevaheliste erinevuste põhjuseid, et teha kindlaks päevakirurgia määrade tõstmise võimalused ja sellega seotud takistused. Ühtlasi analüüsi teabe jagamist ja seda, millisel määral see hõlbustab heade tavade seotud ideede edendamist.

95 Austria kõrgeim kontrolliasutus hindas föderaalvalitsuse sõltumatute tervishoiuspetsialistide kvaliteedi tagamise korraldust, valitud subjekte ja läbipaistvust.

96 Oma auditis „Tervishoiuteenustega seotud nakkuste ennetamine“ analüüsis Prantsusmaa kõrgeim kontrolliasutus ka tervishoiuteenustega seotud nakkuste ulatust ja kulusid ning hügieenieeskirjade ja antibiootikumide õige väljakirjutamise tähtsust.

Auditite peamised tähelepanekud

97 Auditites järeldati, et tervishoiuteenuste kvaliteet varieerub ja teatud valdkondades on arenguruumi.

98 Taani haiglate tervishoiu kvaliteeti käsitlevas aruandes täheldati puudujääke patsientide ravis ja järjepidevuse puudumist tervishoiu kvaliteedis. Tervishoiu erinevused mõjutavad patsientide haiglasse naasmise ja surma riski. Samas tulenevad paljude erinevuste põhjused teguritest, mis ei ole haiglate kontrolli all.

99 Iirimaa aruandes plaanilise päevakirurgia kohta jõuti sarnastele järeldustele: hoolimata üldisest jõupingutusest suurendada päevakirurgia osakaalu statsionaarravi asemel, oli haiglate vahel märkimisväärseid erinevusi. Võimalikud põhjused seisnesid selles, et puudusid kirjalikud eeskirjad ja päevakirurgiasse patsientide valimise kontrollnimekirjad, ning selles, et kõrgem juhtkond ei jälginud või ei vaadanud üle päevakirurgiaks sobivate patsientide arvu.

100 Austria aruandes sõltumatute tervishoiuspetsialistide kvaliteedi tagamise kohta märgiti ära puudujäägid, mis on seotud kvaliteedisuuniste, väljundite kvaliteedimeetmete, standarditud diagnoosimise ja tulemuslikkust puudutavate dokumentide kehtivusega. Lisaks soovitati selles, et tuleks hinnata võimalusi suurendada arstide enesehindamise õigsuse kontrollide arvu arstikabinettide inspekteerimise kaudu.

101 Prantsusmaa kõrgeim kontrolliasutus leidis, et statsionaarse raviga seotud nakkuste levimus lakkas vähenemast 2006. aastal. Selles valdkonnas on hädavajalik jõustada nõuetekohaselt hügieenieeskirju ja kirjutada antibiootikume välja õigesti. Ühtlasi eeldab nakkusohu aktiivsem juhtimine ka kvaliteedinäitajate paremat arvessevõtmist tervishoiuteenuste osutamise reguleerimisel.

Uued tehnoloogiad ja e-tervis

Auditi eesmärgid

102 Kompendiumi kolmes aruandes (Bulgaaria, Eesti ja Läti) keskendutakse e-tervisele ja uute tervisetehnoloogiate kasutamisele. Nendes kolmes aruandes vaadeldakse, kas e-tervise kasutuselevõtu ja edasiarendamise eeltingimused on täidetud ja kas e-tervist on tõhusalt rakendatud. Läti kõrgeim kontrolliasutus hindas veel seda, kas e-tervis on täitnud oma eesmärgi tõhustada tervishoidu.

Auditite peamised tähelepanekud

103 Kõigis kolmes aruandes sedastati, et kuigi e-tervist peetakse riiklikuks tervishoiu prioriteediks, ei vastanud rakendamise ootustele ja eesmärgid täideti vaid osaliselt.

104 Tulemusel on mitu erinevat põhjust. Bulgaaria aruandes viidati e-tervise tõhusaks rakendamiseks vajalike eeltingimuste puudumisele. Need puuduvad tingimused on eelkõige õigusraamistik, kohustuste kõikehõlmav määratlus ja tõhus süsteem osalejate tegevuse kooskõlastamiseks ja ühtlustamiseks. Seepärast esines Bulgaaria e-tervise rakendamises viivitusi ja võetud meetmed olid tõhusad vaid osaliselt.

105 Ka Eesti kõrgeima kontrolliasutuse auditis järeldati, et e-tervise eesmäärke ei täidetud, kuna digireseptuur on ainus tehniline lahendus, mida auditi ajal aktiivselt kasutati. Digiloo ja pildiviitade kasutamine jäi tagasihoidlikuks ning digiregistratuuri (e-süsteem vastuvõtu broneerimiseks) ei rakendatud. Täiendavaid puudujääke täheldati e-tervise strateegilises kavandamises ja juhtimises. Peale rakendamise viibimise oli see algselt kavandatust märksa kulukam.

106 Läti kõrgeima kontrolliasutuse aruandes jõuti sarnase hinnanguni, sest selles täheldati samuti puudujääke e-tervise rakendamises, peamiselt tähtsaimate sidusrühmade vähest kaasamist, kuid ka probleeme projekti juhtimises ja järelevalves. Seega hinnati ka Läti auditis, et e-tervise eesmärk täideti vaid osaliselt.

Rahanduslik jätkusuutlikkus ja muud rahanduslikud aspektid

Auditi eesmärgid

107 Kompendiumi kaheksas auditis analüüsiti rahvatervise jätkusuutlikkust või teisi eelarveaspekte. Neist neljas auditis (Kreeka, Slovakkia, Tšehhi Vabariik ja Ungari) vaadeldi nõuetele vastavusega seotud probleeme, ülejäänud neljas (Hispaania, Itaalia, Luksemburg ja Soome) aga süveneti rahandusliku jätkusuutlikkuse ja finantsjuhtimise üldisematesse aspektidesse.

108 Viimasena nimetatud neljas auditis käsitletud valdkonnad on sotsiaalkindlustuskulude suundumuste prognoos (Soome), avaliku sektori investeeringud tervishoiusektoris (Itaalia ja Luksemburg) ning ravimiettevõtjatele tehtavate maksete usaldusväärne finantsjuhtimine (Hispaania).

Auditite peamised tähelepanekud

109 Vastavusauditites märgitud levinuimad probleemid on puudujäägid hankemenetlustes, sisekontrollis, finantsjuhtimises ja tähtajaks täitmata kohustuste haldamises.

110 Soome auditis sotsiaalkindlustuskulude suundumusi käsitlevate prognooside kohta tehti kindlaks kasutatava mudeli arendamise ja meetodika dokumentide täiustamise võimalused ning täheldati, et prognooside tulemusi ei avaldatud korrapäraselt.

111 Luksemburgi kõrgeima kontrolliasutuse auditis avastati puudujääke suuremate investeeringutega seotud lubades, kooskõlastamises, aruandluses ja järelmeetmetes.

112 Sarnaseid probleeme täheldas Itaalia kõrgeim kontrolliasutus, kes järeldas, et tehtud aruandlus ei olnud piisav, et jälgida projektide elluviimist. Lisaks ei kasutatud asutuse hinnangul tõhusalt avaliku ja erasektori partnerlust.

113 Hispaania aruandes järeldati, et ravimihüvitiste maksed apteekidele ja haiglatele tehti ainult osaliselt kooskõlas asjakohaste eeskirjadega ja usaldusväärse finantsjuhtimise põhimõtetega.

Auditite järelkontroll

114 Üldjuhul kontrollivad kõik kõrgeimad kontrolliasutused vastavalt heale tavale oma soovitude täitmist. Tegevusviis sõltub iga kõrgeima kontrolliasutuse sise-eeskirjadest. Võidakse jälgida iga soovitude täitmist või teha järelevalvet muu auditiülesande raames.

115 Tavaliselt tehti järelkontrolli üks kuni kolm aastat pärast soovitude täitmise tähtaega vastavalt kõrgeima kontrolliasutuse sise-eeskirjadele. Mõned kõrgeimad kontrolliasutused teevad oma audititega seoses järelkontrolli, kuid ei järgi konkreetset ajakava.

III OSA. Kõrgeimate kontrolliasutuste aruannete kokkuvõte

III OSA. Kõrgeimate kontrolliasutuste aruannete kokkuvõte

46

Ennetus ja kaitse



Belgia

Rekenhof – Cour des comptes – Rechnungshof

Flaami ennetav tervishoiupoliitika – poliitika tulemuslikkuse hindamine

Ülevaade

116 Belgia kõrgeima kontrolliasutuse auditis hinnati Flaami ennetava tervishoiupoliitika tulemuslikkust 2014. aastast kuni 2015. aasta alguseni.

117 Flaami rahvatervise ministri poliitilise memorandumi üks eesmärke on kasutada ennetust, et edendada tervishoidu ja suurendada elanikkonna heaolu. Flaami ennetav tervishoiupoliitika koostati mitme tervishoiu-eesmärgina ja seda rakendas mitu organisatsiooni, mida poliitika raames rahaliselt toetati.

Auditi läbiviimine

118 Hindamine põhines järgmistel küsimustel.

- Kas ennetava tervishoiupoliitika elluviimine on hästi kavandatud ja korraldatud?
- Kas kavandatud ennetav poliitika on kvaliteetselt ellu viidud?
- Millisel määral pöörati elluviimisel erilist tähelepanu ebasoodsas olukorras olevatele elanikkonnarühmadele?

119 Peamised auditeeritavad üksused olid Flaami heaolu-, rahvatervise- ja perekonnaküsimuste minister ning Flaami hoolekande- ja tervishoiuamet. Hindamine põhines valdavalt dokumentide analüüsil ja intervjuudel.

Peamised tähelepanekud

120 Leiti, et praktikas on rakendamine tervishoiu-eesmärkide kaupa märkimisväärselt erinev ja kohapealse töö korraldust on võimalik parandada.

- Mõned tervishoiu-eesmärgid hõlmasid mitut rakendusorganisatsiooni, kuid ülesanded ei olnud alati selgesti piiritletud, mistõttu oli tarvis laialdast konsulteerimist ja kokkuleppimist.
- Teiste tervishoiu-eesmärkide täitmiseks ei olnud kohapeal peaaegu ühtki organisatsiooni, nii et toetus ei olnud piisav.
- Vahendite jaotus tervishoiu-eesmärkide ja rakendusorganisatsioonide vahel ei olnud piisavalt põhjendatud ja põhines varem kehtinud jaotusel.

121 Et rakendusorganisatsioonid valiti konkursimenetluse põhjal, oli vähe teadmiste vahetamist ja asjaomaste organisatsioonide vahel tekkisid pinged.

122 Rakendusorganisatsioonid ei olnud meetodika arendamise valdkonnas väga tulemustele orienteeritud. Nende aruandluses oli liiga vähe teavet nende töö mõju hindamiseks.

123 Piisavalt tähelepanu ei pööratud ka ebasoodsas olukorras olevatele elanikkonnarühmadele.

Soovitused

124 Rakendamine

- Ühtlustada tuleks enesetapu ennetamise rakendusstruktuuri, tubaka-, alkoholi- ja uimastitarbimise ennetusega seotud üleanded peaksid põhinema selgetel kokkulepetel ning diabeedi ennetuse valdkonnas tuleks rohkem ära teha kohapeal.
- Vahendid, millega suurendatakse teadlikkust vähktõve sõeluuringute programmide kohta, peaksid olema paremini kooskõlastatud ja suunatud sihtrühmadele, kelleni ei ole seni piisavalt jõutud.

- Õnnetuste ennetamises tuleks rohkem keskenduda valdkondadevaheliste konsultatsioonide soodustamisele, töötades välja selge töömeetodi, ülesannete jaotuse ning eri osalejate vahelised koostöölepingud.
- Kehalise aktiivsuse kohta tuleks välja töötada pikaajaline visioon. Tuleks tagada, et toitumist ja liikumist käsitleva tervishoiu-eesmärgi metoodika rakendamist toetatakse kohapeal.
- Vahendite jaotus eri tervishoiu-eesmärkide või ennetusvaldkondade vahel peaks olema selgesti põhjendatud.

125 Ennetava tervishoiupoliitika elluviimine

- Valitsus peab jätkama konkursimenetluse eeliste ja puuduste kaalumist.
- Partnerorganisatsioonide väljund metoodika arendamise valdkonnas väärrib paremat kavandamist ja jälgimist ning peaks olema seotud eelarvega.
- Flaami rahvatervise minister peaks püüdma suurendada kaasatust ennetustöösse kohalikul ja provintsi tasandil.
- Halduslepingute sõlmimine tuleks viia võimalikul määral kooskõlla tervishoiu-eesmärkide tegevuskavadega.
- Flaami hoolekande- ja tervishoiuamet peaks tagama, et tegelik rakendamine on võimalik ühitada iga-aastases tegevuskavas esitatud algatustega.
- Paremini tuleks arendada õpilasnõustamisega tegelevate keskuste rolli Flaami tervishoiu-eesmärkide täitmisel.

126 Logos (kohalikud tervishoiuvõrgustikud)

- Flaami hoolekande- ja tervishoiuameti, Flaami terviseedenduse ja haiguste ennetamise instituudi ning Logose suhteid tuleks täpsustada ja optimeerida.
- Logose roll metoodika arendamises tuleks üle vaadata ja seda täiustada.
- Registreerimissüsteemi teabe järjepidevust ja kvaliteeti tuleks parandada.

127 Projektid

- o Flaami valitsus peaks tõendama (partner)organisatsioonidele ennetusprojektide eest makstava toetuse lisaväärtust.
- o Juba mitu aastat väldanud projekte tuleks hinnata, et otsustada, kas kaasata need rakendusorganisatsiooni tavapärasesse tegevusse.

128 Ebasoodsas olukorras olevad rühmad

- o Flaami valitsus peaks investeerima rohkem selliste meetodite ja materjali väljatöötamisse, mis motiveerivad tõhusalt vaesuses elavaid inimesi säilitama tervislikku eluviisi, sealhulgas suurendades rakendusorganisatsioonide teadmisi selles valdkonnas.

Avaldamine ja järelkontroll

129 Aruanne avaldati 23. veebruaril 2016 elektrooniliselt Belgia kontrollikoja veebisaidil ja esitati 8. märtsil 2016 Flaami parlamendi heaolu-, rahvatervise- ja perekonnaküsimuste komisjonile. Iga soovitus järelkontroll on üldjuhul esitatud ministri iga-aastastes poliitilistes suunistes.

Eeldatav mõju

130 Auditi tegemise ajal muudeti kehtivaid õigusakte ja loodi mitu algatust, millega kaotati mõned kitsaskohad (nt suunis ennetusmeetodite väljatöötamise ja hindamise kohta).

Septembris 2017 võeti vastu uus tervishoiu üldeesmärk tervisliku toitumise, istuva eluviisi, kehalise aktiivsuse, tubaka, alkoholi ja uimastite kohta.



Poola Najwyższa Izba Kontroli

II tüüpi diabeedi ennetamine ja ravi

Ülevaade

131 Poola kõrgeima kontrolliasutuse auditis hinnati II tüüpi diabeedi ennetamist ja ravi aastatel 2013–2017 ambulatoorses arstiabis ja aastatel 2015–2017 statsionaarses arstiabis.

132 Hinnangute kohaselt võib Poolas diabeeti (I ja II tüüp) põdeda üks inimene üheteistkümnest ja haigust põdevate patsientide arv suureneb igal aastal 2,5%. Ravimata diabeet põhjustab mitmesuguseid negatiivseid tagajärgi, nagu insult, kõrge vererõhk ja jäsemete amputeerimine (diabeetilise jala sündroomiks nimetatav tüsistus), ning seega töövõimetute ja seetõttu sotsiaalhüvitist saavate inimeste arvu suurenemist.

Auditi läbiviimine

133 Hindamine põhines järgmisel peamisel auditiküsimusel.

- o Kas tervishoiusüsteem tagab, et II tüüpi diabeeti põdevad või sellesse riskirühma kuuluvad inimesed tehakse varakult kindlaks ja rakendatakse tõhusaid meetodeid selle haiguse raviks?

134 Konkreetsed küsimused:

- o kas tervishoiuministerium on sõnastanud riikliku tervishoiupoliitika diabeedi ennetamiseks ja haigust põdevate inimeste tervise edendamiseks;
- o kas riiklik tervishoiufond on taganud teenuste ja vahendite kättesaadavuse diabeedi ja selle põhjustatavate tüsistuste raviks;
- o kas tervishoiuteenuste osutajad on võtnud meetmeid II tüüpi diabeedi ennetamise, varase avastamise ja ravi valdkonnas;

- o kas nad on taganud II tüüpi diabeediga patsientidele spetsialiseeritud teenuste kättesaadavuse;
- o kas nad on rakendanud II tüüpi diabeedi ravimeetodeid, mille raames kasutatakse viimase põlvkonna ravimeid.

135 Peamised auditeeritud üksused olid tervishoiuministerium, riikliku tervishoiufondi peakorter ja tervishoiuteenuste osutajad. Kasutatud metoodika hõlmas dokumentide, küsitluste ja auditeeritavate üksuste ja teiste organisatsioonide töötajate esitatud selgituste läbivaatamist.

Peamised tähelepanekud

136 Diabeeti peetakse tsivilisatsioonihaiguseks ja sellevastane võitlus on riikliku tervishoiupoliitika väljatöötamist juhtiva tervishoiuministri üks prioriteete. Paraku ei ole diabeedi ennetamise või seda haigust põdevate inimeste ravi ja hoolekande riiklikku strateegiat välja töötatud.

137 Tervishoiuminister ei ole asjakohaselt tuvastanud tervishoiuvajadusi ega määratlenud, mitut diabeedispetsialisti on vaja haigust põdevate patsientide eest hoolitsemiseks. Ka ei ole minister suutnud piisavalt suurendada üldsuse teadlikkust diabeedi kohta.

138 Üldjuhul ei ole II tüüpi diabeedi uuenduslikud ravimeetodid Poola patsientidele kättesaadavad, sest ükski tervisetehnoloogia hindamise ameti soovitatav ravim, s.o inkretiin ja glifloosiin sisaldavad ravimid, ei ole lisatud hüvitatavate ravimite nimekirja.

139 Olgugi et riiklik tervishoiufond võttis meetmeid, et edendada II tüüpi diabeediga patsientide ravi, suureneb spetsialiseeritud diabeedikliinikute ja haiglaravi järjekorda lisatavate patsientide arv ja teenuste ooteaeg. Samal ajal väheneb riikliku tervishoiufondiga lepingu sõlminud teenuseosutajate arv.

140 Asjakohaste kirjade vähesus ravidokumentides viitab ka sellele, et paljudel juhtudel ei järginud arstid diabeedi riskirühma kuuluvate inimeste ja II tüüpi diabeediga patsientide ravi Poola diabeediliidu (PTD) soovitusel sätestatud põhimõtteid või et nende dokumentatsioon ei olnud usaldusväärne. Mõnel juhul ei järginud patsiendid arstide

soovitusi. Seetõttu ei olnud ravitulemused piisavalt head ja II tüüpi diabeedi põhjustatud tüsistuste ravikulud olid suured.

Soovitused

141 Kõrgeim kontrolliasutus esitas alljärgnevad soovitused.

- Tervishoiuminister peaks välja töötama tervikliku üleriikliku tegevusprogrammi diabeedi ennetamiseks, varaseks diagnoosimiseks ja raviks.
- Tervishoiuminister peaks võtma meetmeid, et hinnata, kui palju inimesi on diagnoosimata ja teadmatuses sellest, et neil on diabeet, töötama välja meetodid, et nende inimesteni jõuaks asjakohane teave haiguse sümptomite ja mõju kohta, ning julgustama neid taotlema asjakohast diagnoosi ja ravi.
- Tervishoiuminister peaks suurendama jõupingutusi meditsiinitöötajate tellimuse mudeli väljatöötamiseks.
- Riikliku tervishoiufondi president peaks võtma meetmeid, et tagada tervikliku ambulatoorse spetsialiseeritud diabeediravi ja krooniliste haavandite tervikliku ravi raames osutatavate teenuste kättesaadavus kogu riigis.
- Tervishoiuteenuste osutajad peaksid:
 - saatma diabeedipatsiendid diagnostilistele testidele ja spetsialistide konsultatsioonile nii sageli, kui seda soovitab Poola diabeediliit;
 - saatma patsiendid diabeedi sõeluuringutele vastavalt Poola diabeediliidu soovitustele;
 - järgima Poola diabeediliidu soovitusi II tüüpi diabeedi ennetamise kohta;
 - täitma individuaalseid ravidokumente nii, et oleks tagatud täielik ja usaldusväärne teave patsiendi diagnoosi ja ravi kohta.

142 II tüüpi diabeedi vähendamiseks Poolas peaksid ka riigiasutused koos tervishoiu- ja patsiendiorganisatsioonidega võtma ühiseid kooskõlastatud meetmeid, et edendada tervislikku eluviisi, sh liikumise ja toitumise valdkonnas.

Avaldamine ja järelkontroll

143 Aruanne avaldati 26. märtsil 2018 Poola kõrgeima kontrolliasutuse veebisaidil ja saadeti kõrgeimatele ja kesktasandi riigiasutustele. See pälvis suurt huvi meedias ja seda kommenteerisid paljud tervishoiuekspertid.

144 Vastuseks aruandele teavitas Poola tervishoiuminister kõrgeimat kontrolliasutust auditi soovituste rakendamiseks võetud meetmetest, nagu vajaduste analüüs, uue tervishoiuprogrammi kava väljatöötamine ning terviseteabe ja haiguste ennetamise tõhustamise meetmed.

Eeldatav mõju

145 Tervishoiusüsteemi tugevdamine, tagades diabeediennetuse ja -ravi tõhusama järelvalve, tõhustades diabeediteavet ning kooskõlastades uute diabeedijuhtude esinemise vähendamiseks võetavaid meetmeid.



Prantsusmaa Cour des comptes

Tervishoiuteenustega seotud nakkuste ennetamine:
järgmised sammud

Ülevaade

146 Prantsusmaa kõrgeima kontrolliasutuse auditis hinnati tervishoiuteenustega seotud nakkuste ennetamist ajavahemikus 2010–2018.

147 Nakkust peetakse tervishoiuteenustega seotuks, kui see tekib patsiendi ravimisel tervishoiutöötaja poolt, ambulatoorses ravis, sotsiaalses tervishoiuasutuses või tervishoiuasutuses (viimasel juhul liigitatakse see haiglanakkuseks). See ei kattu tingimata ajaliselt raviga: see võib tekkida 48 tundi kuni üks aasta pärast ravi.

148 Viimase 30 aasta jooksul on Prantsusmaa rakendanud struktuurset avalikku poliitikat tervishoiuteenustega seotud nakkuste ennetamiseks, peamiselt haiglates, ja patsientidele kulude hüvitamiseks. Patsiendiorganisatsioonidel on olnud otsustav roll selle poliitika edasiviimisel pärast seda, kui meedias kajastati teatavates tervishoiuasutustes ilmnenud kollektiivseid nakkusjuhtumeid.

149 Rakendatud meetmetega on vähendatud nakatunud patsientide kaudu levimust haiglates ja seejärel hoitud seda stabiilsena ligikaudu 5% patsientide juures (ehk umbes 470 000 nakatunud patsienti aastas). Kuigi tervishoiuteenustega seotud nakkused põhjustavad enamasti lühiajalist ebamugavust, võivad neil olla ka palju raskemad tagajärjed. Nakatunud patsientide kaudu levimus ambulatoorses ravis ei ole aga teada ja selle mõõtmine on sotsiaalse tervishoiu sektoris veel varases arenguetapis.

Auditi läbiviimine

150 Hindamine põhines järgmistel küsimustel.

- Üldine auditiküsimus: mida hõlmab tervishoiuteenustega seotud nakkuste ennetamise poliitika?

- See küsimus jagati järgmisteks alaküsimusteks.
 - Millised on tervishoiuteenustega seotud haiguste ulatus ja kulud?
 - Milliseid tulemusi on saavutatud solidaarsus- ja tervishoiuministeeriumi ning selle eri üksuste elluviidud poliitikaga?
 - Kuidas võtta arvesse probleeme, mis on seotud patsiendi liikumisega väljaspool haiglaid ja antibiootikumiresistentsusega?
 - Millisel riskijuhtimise tasemel tuleks hallata riikliku tegevuse ümberstruktureerimist?
 - Kuidas panna eri osalejaid vastutama?

151 Peamised auditeeritud üksused olid Prantsusmaa solidaarsus- ja tervishoiuministeerium, selle poliitikat jõustavad eri organid nii riigi kui ka piirkonna tasandil ning riigihaglad.

152 Hindamine põhines intervjuudel ja kõigile asjaomastele asutustele saadetud küsimustikel.

Peamised tähelepanekud

153 Cour des comptes tegi alljärgnevad tähelepanekud.

- Viimase 30 aasta jooksul on riigiasutused ja tervishoiuasutused ja -spetsialistid ellu viinud avalikku haiglanakkuste ennetamise poliitikat. Selle tulemused ei ole endiselt piisavad. Statsionaarse raviga seotud nakkuste levimuse vähenemine lakkas 2006. aastal ja haiglanakkuseid käsitlev välisaruandlus ei ole terviklik. Nüüd tuleb astuda järgmine samm selle poliitika laiendamiseks kõigile tervishoiutegevuse segmentidele ja vaadelda põhjalikult antibiootikumiresistentsuse põhjustatavat ohtu.
- Hiljuti kõigis piirkondades rajatud tervishoiuteenustega seotud nakkuste kontrolli keskused peaksid võimaldama koos spetsialistidega välja töötada meetmed ambulatoorse ravi ja sotsiaalse tervishoiu valdkonnas ning kooskõlastada neid paremini piirkondlike tervishoiuametitega. Selle uue struktuuri raames peab solidaarsus- ja

tervishoiuministerium rahvaterviseameti kaudu asuma täitma oma õiget rolli avalike meetmete juhtimisel ja kooskõlastamisel.

- Samuti on nende uute probleemidega toimetulemiseks hädavajalik anda kõigile sidusrühmadele suuremad volitused hügieenieeskirjade nõuetekohaseks jõustamiseks ja antibiootikumide õigeks väljakirjutamiseks. Nakkusohu aktiivsem juhtimine eeldab ka kvaliteedinäitajate paremat arvessevõtmist tervishoiuteenuste osutamise reguleerimisel ja hüvituskeemide läbivaatamist vastutustundlikkuse suurendamise nimel.

Soovitused

154 Cour des comptes andis järgmised soovitused:

- korraldada riiklik uuring tervishoiuteenustega seotud nakkuste levimuse kohta ambulatoorses arstiabis, kasutades vajaduse korral kohandatud meetodikat, et keskenduda riski hõlmavatele sektoritele ja väljatöötatavatele meetmetele;
- teha riiklikule terviseametile (Santé Publique France) kui solidaarsus- ja tervishoiuministeriumi järelevalve alla kuuluvale riigiasutusele sõnaselgelt ülesandeks kooskõlastada tervishoiuteenustega seotud nakkuste kontrolli keskuste eesmärgid ja vahendid;
- rakendada meetmeid, mille eesmärk on vähendada antibiootikumide tarbimist ja kohandada rahvaterviseiga seotud eesmärkidel põhinevaid tasusid, mida makstakse erapraksise arstidele, et tagada nende tulemuslikkus;
- piirkondlikud tervishoiuametid peaksid seadma prioriteediks tervishoiuasutuste inspekteerimise ja kontrolli ning jõustama kõiki nende tegevuse kohta tehtud järeldusi, sealhulgas vajaduse korral nende tegevuse peatama;
- vaadata läbi tervishoiuasutuste operatiivsete hügieenirühmade suuruse ja koosseisu määramise kriteeriumid vastavalt nende tervishoiuasutuste tegevusele ja rahvusvahelistele soovitustele. Riigihaiqlates tuleks need rühmad moodustada piirkondlike haiglarühmade raamistikus (*groupements hospitaliers de territoire*);
- muuta taas kohustuslikuks tervishoiutöötajate vaktsineerimine gripi vastu (korduv soovitus).

Avaldamine ja järelkontroll

155 Cour des comptes'i esimene president esitas 2019. aasta riigiaruande Prantsuse Vabariigi presidendile 4. veebruaril 2019. Seejärel esitleti seda meediale ja see avaldati 6. veebruaril 2019 elektrooniliselt kontrolliasutuse veebisaidil. Lisaks esitleti seda 6. aprillil 2019 Rahvussamblale ja 7. aprillil 2019 Senatile.

156 Cour des comptes pühendab erilist tähelepanu oma soovitude täitmise järelevalvele. Kolm aastat pärast oma aruannete avaldamist uurib asutus, mil määral on selle soovitusi rakendatud ja milline on rakendatud soovitude tegelik mõju. Iga-aastane riiklik aruanne võib hõlmata seirearuannet.

Eeldatav mõju

157 Tervishoiuteenustega seotud nakkuste ennetamise poliitika on vajalik. Arvestades mõjutatud patsientide arvu, tuleb rakendada tõhusaid meetmeid, et pakkuda ravi võimalikult turvalises keskkonnas.



Sloveenia

Računsko Sodišče Republike Slovenije

Laste rasvumise vastane tegevus

Ülevaade

158 Sloveenia kõrgeima kontrolliasutuse auditis hinnati, kas laste rasvumise vastase tegevuse vahendid on tõhusad ja tulemuslikud. Audit hõlmas aastaid 2015–2016.

159 Sloveenia kõrgeim kontrolliasutus otsustas auditeerida laste rasvumise vastast tegevust ülekaalulisi ja rasvunud lapsi käsitleva murettekitava statistika tõttu.

160 Sloveenia Vabariigis oli 1989. aastal algklasside lastest 12,5% ülekaalulised ja 2,35% rasvunud. Ehkki ülekaaluliste ja rasvunud algkoolilaste osakaal on 2010. aastast saati vähenenud, olid 2016. aasta näitajad vastavalt 43,2% ja 193,6% suuremad kui 1989. aastal.

161 Kaalu- ja rasvumisprobleemid sõltuvad suurel määral perekonna sotsiaal-majanduslikust staatusest ja iga isiku pühendumusest. Riik saab üksnes ellu viia tervislikku eluviisi edendavat poliitikat.

Auditi läbiviimine

162 Hindamine põhines peamiselt auditiküsimusel „Kas Sloveenia Vabariik võitleb asjakohaselt laste rasvumisega?“ ja järgmistel alaküsimustel.

- Kas laste rasvumise vastased eesmärgid ja meetmed on asjakohaselt kavandatud?
- Kas tervishoiuministeriumi, haridus-, teadus- ja spordiministeriumi ning riikliku rahvatervise instituudi tegevus laste rasvumise vastaste meetmete rakendamisel on tõhus?
- Kas laste rasvumise vastased eesmärgid on täidetud ja kas ületoidetud ja rasvunud laste osakaal väheneb?

163 Peamised auditeeritud üksused olid tervishoiuministerium, haridus-, teadus- ja spordiministerium ning riiklik rahvatervise instituut. Auditimetoodika hõlmas dokumentide, veebisaitide, meediakajastuste ja muude avalike teabeallikate läbivaatamist, intervjuusid auditeeritavate ja teiste sidusrühmadega ning andmeanalüüsi.

Peamised tähelepanekud

164 Kõrgeim kontrolliasutus järeldas, et riik (tervishoiuministerium, haridus-, teadus- ja spordiministerium ning riiklik rahvatervise instituut) edendas laste tervislikku eluviisi süsteemselt (reguleerides tervislikku toitumist ja kehalist aktiivsust) ja ka valitud projektide kaudu.

165 Kuigi laste rasvumise vastase riikliku tegevuse mõju saab nähtavaks alles aja jooksul ega ole otseselt mõõdetav, andis kõrgeim kontrolliasutus hinnangu, et riik aitab teataval määral võidelda laste rasvumise vastu, sest seda näitas kaudselt muutus ületoidetud ja rasvunud laste suhtarvudes. Siiski võiks riik laste rasvumise vastast võitlust täiustada kõigi lasteni jõudvate meetmete ja tegevusega, mis seda võitlust tõhustaks.

166 Kõrgeim kontrolliasutus sedastas konkreetset järgmist:

- o koolid osalevad mitmes täiendavas tervislikku eluviisi edendavas projektis ja programmis. Paraku ei ole projektide elluviimine sama tõhus kui süsteemne lähenemisviis. Projektid on ajas piiratud, ei taga alati laste võrdset kohtlemist ja põhjustavad täiendavat halduskoormust ja täiendavaid halduskulusid;
- o tervisliku koolitoidu süsteem on asjakohaselt kasutusele võetud ja tagab kõigi laste võrdse kohtlemise;
- o algkoolis tegeletakse kehalise kasvatuses vähem kui Maailma Terviseorganisatsiooni soovitatud 180 minutit nädalas.

Soovitused

167 Tervishoiuministeeriumil soovitati:

- o kaaluda, kuidas parandada koolitoidu ja toitumissuuniste omavahelist vastavust;
- o muuta kehalise kasvatuse tundidest puudumise või eritoitumise kohta arstitõendite väljastamise eeskirju;
- o vaadata üle laste rasvumise vastaste varajaste meetmete võtmise ja rasvumisega seotud haiguste võimaliku ravi vajadused ja määratleda vastav kord.

168 Haridus-, teadus- ja spordiministeeriumil soovitati:

- o vaadata üle koolitoidu pakkumist korraldavatele üksustele kehtivad nõuded, kaasa arvatud koolitoidu jaoks toiduainete ostmiseks korraldatavate avalike hankemenetluste lihtsustamise ja ühtlustamise võimalused; kaaluda, kas sellel teemal tuleks korraldada korrapäraseid koolituskursusi ja kes seda peaks tegema;
- o analüüsida eri spordiprogrammide tõhusust ja tulemuslikkust;
- o arendada välja teadlikkuse suurendamise ja tervisliku toitumisega seotud projektide kulude-tulude analüüs ning uurida võimalusi kaasata projektide ja programmide sisu regulaarsetesse koolitus- ja hariduskavadesse;
- o kaaluda koolitõtjatele, lastele ja lapsevanematele tervisliku eluviisi tähtsust käsitlevate koolituskursuste pakkumist;
- o kaaluda õpetajate koolitamist terviseedenduse valdkonnas;
- o üksikasjalikult analüüsida, kui palju töötajaid ja vahendeid on vaja, et igal nädalal oleks kõigil lastel 5 kehalise kasvatuse tundi.

Avaldamine ja järelkontroll

169 Aruanne esitati auditeeritud üksustele ja avaldati 11. septembril 2018 Sloveenia kõrgeima kontrolliasutuse veebisaidil.

Eeldatav mõju

170 Auditi peamine tulemus seisnes selles, et auditiga teavitati üldsust praegusest olukorrast ning laste ülekaalulisusest ja rasvumisest tulenevatest probleemidest.

171 Muu hulgas võib audit mõjutada muutma eeskirju, eelkõige seoses soovitatud kehalise kasvatuse tundide arvuga.

III OSA. Kõrgeimate kontrolliasutuste aruannete kokkuvõte

63

Tervishoiuteenuste kättesaadavus



Leedu Valstybės Kontrolė

Tervishoiuteenuste kättesaadavus ja
patsiendikesksus

Ülevaade

172 Leedu kõrgeima kontrolliasutuse auditis hinnati tervishoiuteenuste kättesaadavust ja patsiendikesksust. Audit hõlmas aastaid 2014–2016. Uuriti ka 2017. ja 2018. aasta andmeid, kui need olid tähtsad toimunud muutuste seisukohast.

Auditi läbiviimine

173 Hindamisel keskenduti järgmistele küsimustele:

- o tervishoiuteenuste ooteaegade haldamine;
- o tervishoiutöötajate vajaliku arvu kavandamise asjakohasus;
- o raviasutustele kuuluvate kulukate seadmete kasutamise tõhusus;
- o selliste tingimuste väljatöötamine, mis on vajalikud, et tagada uusima ravitehnoloogia kättesaadavus, ja juba kasutusel oleva tehnoloogia läbivaatamine;
- o patsientide ootuste väljaselgitamine, hindamine ja haldamine.

174 Peamised auditeeritud üksused olid tervishoiuministerium, riiklik tervishoiuteenuste akrediteerimise amet ning riiklik ravikindlustusfond.

175 Lisaks koguti andmeid ja teavet avaliku ja erasektori raviasutustelt, omavalitsustelt, tervishoiutöötajate kutseorganisatsioonidelt, patsiendiorganisatsioonidelt ja teadusasutustelt.

176 Auditimetoodika hõlmas dokumentide läbivaatamist, võrdlusuuringuid, raviasutuste ja omavalitsuste ning elanikkonna küsitlemist, intervjuusid, andmeanalüüsi ja teste.

Peamised tähelepanekud

Teenuste ooteaegade vähendamiseks kavandatud meetmed ei ole tõhusad

177 Tervishoiuministeeriumil puudus objektiivne teave ooteaegade, suundumuste ja alustegurite kohta, mis pärssis ooteaegade vähendamiseks võetavate tõhusate meetmete kavandamist. Ka ei suutnud ministeerium analüüsida kasutatud meetmete mõju ooteaegade kõikumisele. Ooteaegade vähendamise meetmetega ei saavutatud soovitud tulemusi, sest ei suudetud tegeleda patsiendivoo, e-tervise süsteemi toimimise, tervishoiutöötajate struktuuri tasakaalustamatuse jms põhiküsimustega. Teenuse kättesaadavuse probleemi lahendusena kasutas 17% patsientidest tasulisi teenuseid (neist pooled liiga pikkade järjekordade tõttu) ja 19% ravis end ise.

Nõudlust tervishoiutöötajate järele on vaja paremini kavandada

178 Teadus- ja haridusasutustele tervishoiutöötajate koolitustellimuse koostamisel ei hinnanud ministeerium muutusi teenuste struktuuris, piirkondade nõudlust nende teenuste järele, töötajate töökoormust, töökohast lahkuvate arstide arvu ega väljarändeprognose. Ministeerium püüdis ainult asendada pensionile jäävad arstid, kuid ei võtnud arvesse nõudlust meditsiiniõdede järele. Arstide arv oli suurem kui ELi keskmine, kuid nappis eksperte konkreetsetes valdkondades, nagu kardioloogia, oftalmoloogia ja neuroloogia, ning õdesid, mistõttu vähenes teenuste kättesaadavus.

Kulukaid seadmeid kasutatakse raviasutustes ebatõhusalt ja puuduvad stiimulid uute tehnoloogiate hindamiseks

179 Enam kui poolte (59%) kulukate raviseadmete (maksumus üle 29 000 euro) kasutamise sagedus oli väike ja 7% seadmeid ei kasutatud üldse. Auditiperioodil alustas ministeerium uute seadmete hankemenetlusi, kuid ei algatanud kulukate seadmete ümberjagamist, jättes seega lahendamata olemasolevate seadmete ebatõhusa kasutamise probleemi.

180 Kuna uute ja heakskiidetud tervisetehnoloogiate kasutamist ei rahastatud piisavalt, alustati uute tehnoloogiate hindamisega aeglaselt (nelja-aastaselt perioodil esitasid raviasutused ja erasektori teenuseosutajad hindamiseks ainult 11 tehnoloogialahendust). Kui uudse tehnoloogiaga siiski esile tulli, juhtus sageli, et seda tehnoloogiat ei hinnatud. Seetõttu ei suudetud tagada kõigile patsientidele uudseimat tehnoloogiat hõlmavat ravi.

Patsiente ei kaasatud tervishoiuteenuste arendamisse, mis oleks aidanud täita nende ootusi

181 Ministeerium ega raviasutused ei kasutanud ära patsientide ootuste väljaselgitamiseks mõeldud patsiendiküsitlusi. Olgugi et pooled auditeeritud omavalitsustest kogusid raviasutuste kohta andmeid, ei kasutanud nad neid teenuste korralduse kohta otsuste langetamisel. Patsientide esindatus oli killustatud: patsientide esindajad kaasati patsientidele tähtsatest tööühmadest ainult 40% tegevusse. Patsiente ei teavitatud nende õigustest ja kohustustest põhjalikult, mis aitas kujuneda olukorral, kus ligikaudu 20% patsientidest ei jõudnud vastuvõtule, mistõttu ooteajad pikenesid veelgi.

Soovitused

182 Tervishoiuteenuste kättesaadavamaks muutmiseks, ooteaegade lühendamiseks ja olemasolevate vahendite tõhusamaks kasutamiseks soovitas kõrgeim kontrolliasutus järgmist:

- jälgida ja analüüsida korrapäraselt teenuste kasutamist ja kättesaadavust, patsiendivooge ja ooteaegade lühendamiseks võetavate meetmete mõju ning lähtuda meetmete rakendamisel sellise jälgimise ja analüüsi tulemustest;
- töötada andmeanalüüsi põhjal välja tervishoiutöötajate nõudluse kavandamise süsteem;
- laiendada asutuste iga-aastast hindamist, hõlmates kulukate meditsiiniseadmete kasutusnäitajad;
- täpsustada hindamise läbinud uute tehnoloogiate rahastamise korda ja vaadata läbi juba kasutusel olevad tervisetehnoloogiad ning hinnata neid uuesti.

183 Tervishoiusüsteemi muutmiseks patsiendikesksemaks soovitas kõrgeim kontrolliasutus järgmist:

- o laiendada ja/või üle vaadata ministeeriumi ja raviasutuste poolt patsientide ootuste väljaselgitamiseks läbiviidud perspektiivuuringuid ja -küsitlusi, mida võib seejärel kasutada tervishoiu paremaks korraldamiseks;
- o laiendada teavet, mille eesmärk on innustada patsiente täitma oma kohustusi ja kasutama enda õigusi, ning selle teabe jagamise viise;
- o sätestada kriteeriumid patsiendiorganisatsioonide kaasamiseks komisjonide ja töörühmade otsustusprotsessi, mis hõlmab tervishoiu parendamist.

Avaldamine ja järelkontroll

184 Auditaruannet esitleti auditeeritud üksustele, parlamendi auditikomisjonile, raviasutustele ja üldsusele (kõrgeima kontrolliasutuse 2018. aastal korraldatud rahvusvahelisel konverentsil „Signals 2018“).

185 Kooskõlas aruandes kokkulepitud soovitude rakendamise tähtaegadega esitatakse parlamendikomisjonidele iga poole aasta järel aruanded.

Eeldatav mõju

186 Eeldatavasti toob audit kaasa korralduslikud/menetluslikud muudatused (teenuste kättesaadavuse jälgimise, tervishoiutöötajate nõudluse kavandamise, meditsiiniseadmete kasutamise hindamise, patsientide ootuste väljaselgitamise ja patsiendiorganisatsioonide kaasamise valdkonnas) ning rahastamisotsuste ümberhindamise (uute tehnoloogiate tõttu).



Malta Riigikontroll

Perearsti roll – esmatasandi tervishoiu tuum

Ülevaade

187 Malta kõrgeima kontrolliasutuse auditis hinnati perearstide funktsiooni ja rolli esmatasandi tervishoius. Audit hõlmas aastaid 2014–2016.

188 Riiklikes ja Euroopa Liidu dokumentides mõeldakse, et hoolimata esmatasandi tervishoiuteenuste märgatavast laiendamisest selle aja jooksul, ei ole see sektor asjakohasel viisil Malta tervishoiuteenuste esirinnas.

189 Malta kõrgeim kontrolliasutus on juba hinnanud perearstide ülesandeid tervisekeskustes 2001. aastal tulemusauditi „Esmatasandi tervishoid – perearstide funktsioon tervisekeskustes“ raames. Auditis toodi välja, et sellel ajal oli perearstiteenuste kasutajate seas rahulolu väga suur. Samas tõstatati aruandes küsimusi teenuste osutamise eri aspektide kohta. Peamiselt olid tõstatatud küsimused seotud tervishoiu järjepidevuse tagamisega personaliseerituma teenuse kaudu, perearstide ebaühtlase jaotusega tervisekeskustes, vastuvõtule registreerimise süsteemi mittekasutamisega ja teenuste kulutõhususega.

Auditi läbiviimine

190 Auditi eesmärk oli välja selgitada, millisel määral:

- o teeb perearsti funktsioon sellega seotud teenused kättesaadavaks ja tagab esmatasandi tervishoiu eesmärkide piisavalt kvaliteetse täitmise;
- o hõlbustavad korraldus- ja haldusstruktuurid teenuste osutamist;
- o on osutatavad teenused kulutõhusad.

191 Peamised auditeeritud üksused olid esmatasandi tervishoiu osakond (Malta), Gozo üldhaigla (Gozo) ja Mater Dei haigla hädaabi- ja kiirabiosakond.

192 Auditimetoodika hõlmas dokumentide läbivaatamist, poolstruktureeritud intervjuusid ja küsitlust ning eri perearstiteenuste maksumuse hindamist. Audit ei hõlmanud tervisekeskuste muude meditsiinitöötajate osutatavaid teenuseid.

Peamised tähelepanekud

193 Auditist nähtus selgesti, et üldjuhul tegutsesid perearstid Malta riikliku tervishoiusüsteemi strateegias määratletud riiklike strateegiliste meetmete kohaselt ning teenuseid arendati ja laiendati.

194 Teisalt ilmnesis läbivaatamisel ka teatavad probleemid. Praeguse korralduse juures oleks perearsti funktsiooni edasine laienemine selle patsiendikesksemaks muutmise kaudu ebatõenäoline, kui ei muudeta vahendite jaotust, et see kajastaks realistlikumalt esmatasandi tervishoidu tehtavate investeeringute pikaajalisi sotsiaal-majanduslikke eeliseid. Lisaks oleks võimalik rohkem kasutada era- ja avaliku sektori omavahelisi sidemeid ja võimalikku koostööt. Seetõttu võiks riikliku tervishoiu perearstide tegevus aidata sidusrühmade tihedama koostöö kaudu rohkem kaasa esmatasandi tervishoiu seadmisele riiklike tervishoiuteenuste keskmesse.

Soovitused

195 Malta kõrgeim kontrolliasutus andis alljärgnevad soovitused.

- Esmatasandi tervishoiu ametil soovitati põhjalikumalt hinnata, kas oleks võimalik perearsti funktsiooni laiendada ja arendada, kasutades ära avaliku ja erasektori arstide osutatavate teenuste omavahelist täiendavust – sealhulgas avaliku ja erasektori partnerluste ning alltöövõtu kaudu.
- Tuleks kaaluda, kas suunata rohkem tervishoiusektori eelarvealdisi esmatasandi tervishoidu.
- Esmatasandi tervishoiu ametil soovitati kohandada Malta 2014.–2020. aasta riikliku tervishoiusüsteemi strateegias loetletud strateegilisi meetmeid ja muid dokumente

rakendatavate projektikavadega. See hõlmaks vajalike vahendite ja rakendustähtaegade sätestamist.

- Tuleks suurendada jõupingutusi, et luua kõigis tervisekeskustes krooniliste haiguste ohjamise kliinik. See edendaks veelgi tervishoiu järjepidevust ja patsiendikeskseid põhimõtteid ning muudaks pikas perspektiivis perearstide tegevuse kulutõhusamaks.
- Esmatasandi tervishoiu ametil soovitati jätkata jõupingutusi, et selle teenustes tähtsustataks vältimatu arstiabi asemel rohkem terviseedendust ja haiguste ennetamist. Esmatasandi tervishoiu ametil oli võimalus arendada olemasolevaid teavituskampaaniaid, innustades perearste toonitama nende kampaaniate sõnumeid patsientide vastuvõttudel.
- Tuleks kaaluda strateegilise, haldus- ja operatiivkoostöö suurendamist Malta ja Gozo tervisekeskustes. See tagaks ühtlasemad ja kohandatumad teenused ning teenusearenduse valdkonna kogemuste vahetamise.
- Finantsjuhtimist puudutav teave tuli muuta kättesaadavamaks – finantsseksioon vajab endiselt toetust asjakohasesse IKT-taristusse tehtavate investeeringute kaudu.
- Esmatasandi tervishoiu ametil soovitati paremini kasutada olemasolevat info- ja kommunikatsioonitehnoloogiat, nagu kliiniliste patsientide haldussüsteem, et tagada patsientide kontaktandmete täpne statistika. Selline teave tugevdaks esmatasandi tervishoiu ameti tegevuse strateegilist kavandamist ja halduskontrolli.
- Suurendada tuli jõupingutusi külaapteekide liitumiseks digiretseptuuriga. See sõltus asjakohastest IKT-investeeringutest.
- Esmatasandi tervishoiu ametil soovitati edendada koostööd Mater Dei haigla hädaabi- ja kiirabiosakonnaga, et viia miinimumini nende patsientide arv, kes pöörduvad ebavajalikult sellesse osakonda, kuigi nad saaksid soovitud abi tervisekeskuse perearstilt.

Avaldamine ja järelkontroll

196 Aruanne esitati 27. juunil 2016 esindajatekoja esimehele, kes edastas selle esindajatekojale. Aruannet arutati ka avaliku sektori raamatupidamisarvestuse komisjonis. Kõnealuse aruande esitlemisel parlamendis avaldas Malta kõrgeim kontrolliasutus selle oma veebisaidil. Veel avaldati nii malta- kui ka ingliskeelne pressiteade, mis sisaldab kokkuvõtet peamistest ja tähtsaimatest leidudest ja järeldustest. Kõrgeim kontrolliasutus edastas aruande koopiad meediale ja teistele huvitatud sidusrühmadele.

197 Malta kõrgeim kontrolliasutus tegi tulemusauditi järelkontrolli 2018. aastal. Järelkontroll hõlmas peamiselt poolstruktureeritud intervjuusid esmatasandi tervishoiu ameti tähtsaimate ametnikega ja asjassepuutuva dokumentatsiooni läbivaatamist. Järelauditist nähtus üldiselt, et esmatasandi tervishoiu amet alustas aktiivselt aruande soovitude täitmist. Aruande kaks soovitud oli täielikult ellu viidud ja ka ülejäänud kaheksa soovitude täitmiseks oli olulisel määral tööd tehtud.

Eeldatav mõju

198 Aruande eeldatav pikaajaline mõju väljendub korralduslikes ja menetluslikes muudatustes, perearstiameti vahendite ja inimressursside suurendamises ning IT-taristu tugevdamises. See peaks kaasa tooma ka patsiendikesksemad teenused ja suurema keskendumise tervishoiu järjepidevusele ja perearstiteenuste laiendamisele. Pikaajaline mõju hõlmab ka teise tasandi tervishoiu nõudluse ja Mater Dei haigla hädaabi- ja kiirabiosakonnale esitatavate nõudmiste vähendamist. Pikaajaline mõju võib olla ka see, et esmatasandi tervishoid suurendab teadlikkust eluvalikute kohta, mõjutades nii Malta elanikkonna seas levinud krooniliste haiguste esinemist.



Portugal Tribunal de Contas

Tervishoiu kättesaadavus kodanikele Portugali riiklikus tervishoiuteenistuses

Ülevaade

199 Portugali kõrgeima kontrolliasutuse auditis hinnati tervishoiu kättesaadavust kodanikele Portugali riiklikus tervishoiuteenistuses ajavahemikus 2014–2016. Riikliku tervishoiuteenistuse tervishoiuteenuste, eelkõige haiglate eriarstide konsultatsioonide ja operatsioonide kättesaadavust kodanikele ohustavad järjepidevad probleemid, eriti seoses ooteaegadega.

Auditi läbiviimine

200 Auditi eesmärk oli kindlaks teha, kas

- o riiklik tervishoiuteenistus vastab kliiniliselt vastuvõetaval ajal kodanike vajadustele pääseda eriarsti esmakonsultatsioonile ja plaanilisele operatsioonile;
- o ootejärjekorda lisamise ja ootejärjekorra muutmise kord vastas kehtivatele eeskirjadele;
- o ministeeriumi poolt juurdepääsuprobleemide lahendamiseks rakendatud meetmed olid tõhusad.

201 Peamised auditeeritud üksused olid tervishoiuministeeriumi teatavad teenistused ja valitud haiglaüksused.

202 Riikliku tervishoiuteenistuse tulemuslikkust haiglate esmakonsultatsioonide ja operatsioonide kättesaadavuse näitajate valdkonnas hinnati järgmise põhjal:

- o tervishoiuministeeriumi, selle allüksuste ja tervishoiu reguleerimisasutuse koostatud tehnilised aruanded;

- o analüüs tervishoiusüsteemi keskadministratsiooni esitatud andmete ja teabe kohta, mis puudutavad patsientide lisamist konsultatsioonide ja operatsioonide ootejärjekorda ja ootejärjekorra muutmist.

203 Arvutatud näitajate ja alusdokumentide kvaliteeti hinnati järgmise põhjal:

- o intervjuud tervishoiusüsteemi keskadministratsiooni, Lissaboni ja Tejo oru piirkondliku tervishoiuadministratsiooni ning auditivalimisse kuuluvate haiglaüksustega;
- o auditeeritud haiglaüksustelt kogutud teave ja andmed, sealhulgas kontrollikeskkonna ning konsultatsioonide ja operatsioonide järjekorda patsientide lisamise ja järjekorra muutmise korra läbivaatamine.

Peamised tähelepanekud

204 Tribunal de Contas järeldas, et haiglate eriarstide konsultatsioonide ja plaaniliste operatsioonide kättesaadavus patsientidele vähenes kolmeaastaselt perioodil 2014–2016, mistõttu

- o haiglate eriarstide esmakonsultatsiooni keskmine ooteaeg pikenes 115 päevalt 121 päevani ning maksimaalse tagatud reageerimisaja mittejärgimine suurenes 25%-lt 2014. aastal 29%-ni 2016. aastal;
- o i) operatsiooni ootejärjekorras olevate patsientide arv suurenes 27 000 kasutaja võrra (+15%);
ii) operatsiooni keskmine ooteaeg suurenes 11 päeva võrra (+13%) ja
iii) maksimaalse tagatud reageerimisaja mittejärgimine suurenes 7,4%-lt 2014. aastal 10,9%-ni 2016. aastal.

205 Lisaks järeldas kontrolliasutus, et tervishoiusüsteemi keskadministratsiooni poolt 2016. aastal rakendatud kesktasandi algatused riikliku tervishoiuteenistuse haiglate eriarstide esmakonsultatsioonide ootejärjekordade kontrollimiseks ja korrastamiseks hõlmasid väga vanade taotluste eemaldamist haldussüsteemist, mis moonutas teatatud tulemusnäitajaid.

206 Operatsioonide puhul leiti, et ooteaegu pikendas suutmatus väljastada ravijärjekorras olevatele patsientidele õigel ajal ja korrapäraselt operatsioonikuponge ja saatelehti, mis oleks võimaldanud neid opereerida teistes, reageerimissuutlikes haiglaüksustes.

207 Tribunal de Contas järeldas, et tervishoiusüsteemi keskadministratsiooni poolt üldsusele kättesaadavaks tehtud ravijärjekordade teave ei olnud usaldusväärne mitte üksnes korduvate vigade pärast haiglatebe lisamises haiglate konsultatsioonide ja operatsioonide kättesaadavuse haldamise kesksüsteemidesse, vaid ka eelnimetatud kesksete algatuste tõttu.

Soovitused

208 Tribunal de Contas andis oma auditileidude põhjal mitu soovitusi, sealhulgas

tervishoiuministrile:

- o luua vahendid operatsioonikupongide automaatseks väljastamiseks enne kohustuslikku tähtaega, kui riikliku tervishoiuteenistuse haiglates ei ole võimalik järgida maksimaalset tagatud reageerimisaega, nii et suund hoida operatsioonid riikliku tervishoiuteenistuse haiglates ei kahjusta patsiendi õigust saada ravi kliiniliselt vastuvõetava aja jooksul;
- o luua tervishoiusüsteemi keskadministratsiooni väline organ, mis kontrollib korrapäraselt kajastatud haiglate esmakonsultatsioonide ja plaaniliste operatsioonide kättesaadavuse näitajate kvaliteeti;

tervishoiusüsteemi keskadministratsiooni haldusnõukogule:

- o mitte rakendada haldusmenetlusi, mis vähendavad kunstlikult ravijärjekordi ja ooteaegu;
- o kui muudetakse haiglakonsultatsioonidele ja operatsioonidele pääsemise haldamiseks kasutatavaid infosüsteemi keskandmebaase, koostada vigade parandamiseks aruanded, milles selgitatakse vastuvõetud kriteeriume, meetodeid ja saavutatud tulemusi.

Avaldamine ja järelkontroll

209 Aruanne saadeti auditeeritud üksustele ja nende eest vastutavatele valitsuse liikmetele. See avaldati ka Tribunal de Contase veebisaidil koos üheleheküljelise kokkuvõttega ja meediale saadeti teadaanded.

210 Avaldamise järel kuulati Vabariigi Kogu tervishoiukomisjonis ära Tribunal de Contase presidendi ja tervishoiuministri seisukohad.

211 Et järgida aruande lõpus esitatud nõudeid, andsid soovitude adressaadiks olevad asutused nende võetud meetmete kohta aru kolme kuu jooksul. Toimus ka teabevahetus. Soovitude põhjal võetud meetmeid analüüsiti 2018. aasta septembris ja järeldati, et 47 soovitusest rakendati 20 soovitust (43%) ja osaliselt rakendati 21 soovitust (45%). See hõlmas järgmist:

- o rakendusmenetlused esmakonsultatsioonidele ja plaanilistele operatsioonidele pääsemise andmete täpsustamiseks eesmärgiga tagada, et kasutusel olevate infosüsteemide vigade parandamiseks tehtav töö oleks standarditud, läbipaistvam ja lihtsam auditeerida;
- o teenuste allhange, et tagada operatsioonikupongide katkematu ja õigeaegne väljastamine ravijärjekorras olevatele patsientidele.

Eeldatav mõju

212 Muudatused konsultatsioonide ja operatsioonide ootejärjekordade haldamise operatiiv- ja kontrollimenetlustes. Aruandekohustuse edendamise seoses ravijärjekordade tõhusa haldamise, maksimaalse reageerimisaja järgimise ja menetluste läbipaistvusega.



Rumeenia Curtea de Conturi a României

Tervishoiutaristu arendamine riigi, piirkonna ja kohalikul tasandil eesmärgiga suurendada tervishoiuteenuste kättesaadavust

Ülevaade

213 Rumeenia kõrgeim kontrolliasutus hindas tervishoiutaristu arendamiseks eraldatud vahendite kasutamist. Audit hõlmas aastaid 2011–2015.

Auditi läbiviimine

214 Peamine auditeeritud üksus oli tervishoiuministeerium.

215 Auditimetoodika hõlmas ministeeriumi olemasolevate audititeemat käsitlevate dokumentide uurimist, vahetuid tähelepanekuid, küsimustikke ja auditeeritud üksuse töötajatega tehtud intervjuusid.

Peamised tähelepanekud

216 Rumeenia kõrgeim kontrolliasutus tegi järgmised tähelepanekud:

- o tervishoiuministeerium ei põhjendanud asjakohaselt tervishoiusüsteemi tehtavate investeeringute rahastamiseks vajalikke vahendeid;
- o tervishoiuministeerium ei kooskõlastanud tõhusalt investeeringute rakendamist funktsionaalsete osakondade kaudu, mis põhjustas puudulikku juhtimist nii ministeeriumi kui ka sellele alluvate sanitaariusüste tasandil, mis omakorda tähendas, et 19 aasta jooksul täideti ainult kaks suurt investeerimiseesmärki;
- o soetatud meditsiiniseadmete paigaldamine viibis 90–800 päeva;

- o ei suudetud luua ministeeriumile rahvatervise üksuste esitatud investeeringute rahastamise taotluste keskregistrit ega põhjendada investeeringute rahastamise kinnitamata jätmist;
- o ei järgitud säästlikkuse, tõhususe ega tulemuslikkuse põhimõtet. Tervishoiuüksused otsid kuvamisteenuseid välistelt teenuseosutajatelt, kuigi nende valduses olid seadmed, millega nad oleksid saanud selliseid teenuseid ise osutada;
- o valdavalt eraldatakse investeerimisvahendeid eelarveaasta teises pooles. Mõnikord ei viidud hankemenetlusi lõpule eelarveaasta jooksul, mistõttu kaotati vahendeid;
- o puuduvad meditsiiniseadmete kesksed riigihanked. Seadmeid omandas iga tervishoiuüksus detsentraliseeritult, mistõttu ostuhinnad erinesid;
- o tervishoiuministeerium ei kehtestanud füüsilisi ega tõhususnäitajaid, et jälgida investeeringute tulemusi, tervishoiutaristu arendamist, tervishoiuasutustele meditsiiniseadmete andmist või kehtestatud näitajate saavutamise taset. Füüsilisi ega tõhususnäitajaid ei analüüsitud korrapäraselt;
- o puudus arusaam sanitaarasutuste olukorrast kõrgtehnoloogiliste meditsiiniseadmete vallas (KT, MRT, angiograafid, lineaarsed kiirendid);
- o tervishoiuministeerium ei kavandanud ega viinud läbi kontrole, mis kinnitaksid tervishoiutaristu arendamiseks eraldatud vahendite kasutamist.

Soovitused

217 Rumeenia kõrgeim kontrolliasutus esitas järgmised soovitused:

- o luua asjakohased vahendid kapitalikulude/-siirete rahastamiseks, et eraldatud vahendeid tõhusalt kasutada;
- o seada sisse sanitaarüksuste finantsvahendite kasutamise alaline järelevalve, töötada välja menetlused, et kehtestada alluvatele üksustele kohustuslik kasutamata summade õigeaegse aruandluse raamistik;
- o tagada kinnitatud investeeringute ja meetmete asjakohane rahastamine, et toetada alluvaid üksuseid eesmärgipäraselt;

III OSA. Kõrgeimate kontrolliasutuste aruannete kokkuvõte

Tervishoiuteenuste kättesaadavus

78

- o osaleda järjepidevalt sanitaarüksuste tegevuses, asetades rõhku investeeringute optimaalsele ja õigeaegsele tegemisele ja tellimisele;
- o korraldada investeerimistegevuse perioodilist kontrolli, et hinnata, millises etapis investeeringute tegemisega ollakse;
- o luua toimiv sanitaarüksuste esitatud finantsinvesteeringute taotluste register, mida kasutada teabeallikana vahendite saajate valimiseks ja investeeringute prioriseerimiseks objektiivsete kriteeriumide alusel;
- o analüüsida vähemalt kõrgtehnoloogiliste seadmete keskhangete meetmeid ja töötada välja meetmed riigi raha tõhusa kasutamise tagamiseks;
- o luua füüsilised ja tõhususnäitajad, et jälgida tervishoiusüsteemi taristu arendamist;
- o analüüsida kõrgtehnoloogilise arvutisüsteemi väljatöötamise, rakendamise ja kasutamise viise ning olemasolevate, kuid seni kasutamata teostatavusuuringute ja nende eeluuringute, arhitektuurisuuniste ja tehniliste projektide kasutamise võimalikke mooduseid;
- o kooskõlastada ja jälgida sanitaarüksuseid tagastamatute vahendite kasutamise jooksul, et suurendada kasutussuutlikkust;
- o võtta kõik vajalikud meetmed, et täita eeltingimused ja vabastada 2014.–2020. aasta piirkondliku rakenduskava kaudu antavad tagastamatud vahendid;
- o võtta kõik vajalikud meetmed, et saada juurdepääs ELi poolt piirkondliku rakenduskava kaudu kättesaadavaks tehtud vahenditele ja Rahvusvahelise Rekonstruktsiooni- ja Arengupangaga sõlmitud laenulepinguga eraldatud vahenditele ning neid tõhusalt kasutada;
- o rakendada riiklikku tervishoiutaristu andmebaasi.

Avaldamine ja järelkontroll

218 Aruanne esitati kokkuvõtlikult Rumeenia presidendile, valitsusele, saadikutekojale, senatile, Rumeenia akadeemiale, arstiteaduse akadeemiale, Rumeenia parlamendi erikomisjonidele, mõningatele ministeeriumidele ja riiklikule haigekassale. Aruanne avaldati 2017. aasta juulis kokkuvõttena Rumeenia kõrgeima kontrolliasutuse veebisaidil.

219 Oktoobris 2018 koostati järelaruanne, milles kutsuti tervishoiuministeeriumit üles astuma samme kõrgeima kontrolliasutuse nõutud meetmete rakendamiseks.

Eeldatav mõju

220 Nõutud meetmete rakendamise järel saavutatud parimate tulemuste ja väljapakutud eemärkide täitmata jätmise põhjuste väljaselgitamine.



Saksamaa Bundesrechnungshof

Ortodontilise ravi väärtuse uurimiseks
vajalikud terviseuuringud

Ülevaade

221 Saksamaa kõrgeima kontrolliasutuse auditis hinnati ortodontilise ravi väärtust. Audit hõlmas aastaid 2014–2016.

222 Kohustusliku ravikindlustuse fondid hüvitavad ortodontilise ravi (nt breketid) ainult juhul, kui vale hambumus või lõualiigeste asend segab või võib hakata segama märkimisväärselt närimist, hammustamist, rääkimist või hingamist. Viimastel aastatel on kulud patoloogilise juhu kohta ligikaudu kahekordistunud. Hinnangute kohaselt saavad ortodontilist ravi enam kui pooled kõigist Saksamaa lastest ja noorukitest. Bundesrechnungshof, millel on volitus auditeerida Saksamaa kohustusliku ravikindlustuse süsteemi, vaatas seepärast läbi, kuidas käsitlevad ravikindlustusfondid hüvitisetaajatele osutatavaid ortodontiateenuseid.

Auditi läbiviimine

223 Auditi eesmärk oli saada teavet kulude ja menetluste kohta, mida kohustusliku ravikindlustuse fondid kasutavad ortodontilise ravi heakskiitmisel, rakendamisel ja arveldamisel.

224 Lisaks uuris Bundesrechnungshof, kas ja millisel määral tagas föderaalne tervishoiuministerium nende teenuste tõhususe.

225 Peamised auditeeritavad üksused olid föderaalne tervishoiuministerium, valitud ravikindlustusfondid ja kohustusliku ravikindlustuse fondide katusorganisatsioon.

226 Audit põhines peamiselt föderalse tervishoiuministeeriumi, ravikindlustusfondide, patsiendikonsultatsiooni organite ja lepinguliste hambaarstide autonoomsete organite esitatud dokumentide (ortodontilised protseduurid, lepingud, ortodontia-uuringud jms) läbivaatamisel ning selliste organite esindajatega toimunud intervjuudel.

Peamised tähelepanekud

Teadusuuringud ei kinnita ortodontilise ravi väärtust

227 Bundesrechnungshof jäeldas, et föderaalsel tervishoiuministeeriumil ja ravikindlustusfondidel puudus terviklik ülevaade patsientidele osutatavatest konkreetsetest ortodontiateenustest. Puudu oli üleriiklikke andmeid, näiteks ravi liigi, kestuse ja edukuse, ravitud vanuserühmade, ravi aluseks olnud diagnooside ning lõpetatud ja poolelijäetud ravijuhtude kohta. Samuti puudusid sellistel andmetel põhinevad hindamised ortodontilise ravi lisaväärtuse kohta. Järelikult ei ole kättesaadavat teavet selle kohta, miks kulutavad ravikindlustusfondid aastas ortodontilisele ravile üle 1 miljardi euro, ega teavet sellise ravi edukuse kohta, kui seda üldse on.

Tihti maksavad hüvitisesaajad ortodontilise ravi eest juurde

228 Bundesrechnungshof leidis veel, et sageli pakkusid hambaarstid lisateenuseid, mille eest pidid hüvitisesaajad ise maksma. Need omaosalusega teenused hõlmasid peamiselt muid ravimeetodeid, diagnostikat ja ortodontilisi seadmeid (nt breketid).

229 Ühe ravikindlustusfondi uuringu kohaselt oli kolm neljandikku uuringus osalejatest leppinud neid ravivate ortodontidega eraviisiliselt kokku omaosalusega teenustes. Peaaegu pooled uuringus osalejatest olid maksnud üle 1000 euro. Enamikul juhtudel ei olnud ravikindlustusfondid teadlikud nende hüvitise saajatele antud ortodontilisest ravist ega omaosalusega teenustest. Ravikindlustusfondid said antud ravist ja teenustest teada ainult erandjuhtudel, näiteks kui hüvitisesaajad oma hambaarstide peale kaebasid. Ka siin ei olnud selge, kui edukas oli ravi olnud.

Soovitused

230 Bundesrechnungshof soovitas korraldada küsitlusi ja koguda andmeid ortodontilise ravi olukorra, ravivajaduste ja -eesmärkide ning kvaliteedinäitajate ja -kontrolli, sealhulgas

omaosalusega teenuste kohta. Föderaalne tervishoiuministeerium peaks alustama hindamisi ja vajaduse korral tegema tööd vajalike kohustuslike tingimuste loomise nimel. Kohustusliku ravikindlustuse raames osutatud ortodontiateenuste liik tuleb kindlaks määrata, et kajastada selliste tervishoiu-uuringute tulemusi. Kui ravikindlustusfondide praegu pakutavate teenuste asemel eelistatakse omaosalusega teenuseid, peaksid asjaomased organid kaaluma nende lisamist ravikindlustusfondide pakutava tervishoiu alla.

Avaldamine ja järelkontroll

231 Bundesrechnungshof esitas oma aruande *Bundestagi* eelarvekomitee avaliku sektori raamatupidamise komiteele föderaalvalitsuse riiklikku finantsjuhtimist käsitleva iga-aastase aruande raames.

232 Auditoriaruanne avaldati 2018. aasta aprillis Bundesrechnungshofi veebisaidil. Selle avaldamisel tehti ka pressiteade (vt www.bundesrechnungshof.de/en/themen/health-health-insurers/health-health-insurers, kolmas aruanne loetelus).

233 Bundesrechnungshof kavatseb kontrollida, kas föderaalne tervishoiuministeerium võtab tõhusaid meetmeid, et aidata tagada ortodontilise ravi kindlustushüvitiste kulutõhusus.

Eeldatav mõju

234 Bundesrechnungshofi soovitusel vastuseks tellis föderaalne tervishoiuministeerium teadusaruande, et uurida, esitleda ja hinnata praeguseid meditsiiniteadmisi ortodontilise ravi pikaajalise mõju kohta suuõõne tervisele.

235 Ministeerium kavatseb koos ravikindlustusfondide ja lepinguliste hambaarstide keskliitudega hinnata ekspertide antud tegevussoovitusi ning arutleda, milliseid samme astuda terviseuuringute täiustamiseks ja ortodontia väärtuse hindamiseks.



EUROOPA
KONTROLLIKODA

Euroopa Liit

Euroopa Kontrollikoda

ELi piiriülese tervishoiu meetmed: eesmärgid on kõrgelennulised, kuid juhtimist on vaja parandada

Ülevaade

236 Euroopa Kontrollikoda hindas, kas ELi meetmed piiriüleste tervishoiuteenuste valdkonnas toovad patsientidele oodatud kasu. Audit hõlmas aastaid 2008–2018.

237 2011. aastal vastu võetud ELi piiriülese tervishoiu direktiivi eesmärk on tagada ELis turvaline ja kvaliteetne piiriülene tervishoid ning välismaal kasutatud teenuste kulude hüvitamine samadel alustel nagu koduriigis. Ühtlasi püütakse sellega hõlbustada tihedamat koostööd e-tervise valdkonnas, patsientide andmete piiriülest vahetamist ning harvikaigusi põdevate patsientide juurdepääsu tervishoiuteenustele Euroopa tugivõrgustike arendamise kaudu.

238 Audiitorid uurisid, kas Euroopa Komisjon on jälginud ELi piiriülese tervishoiu direktiivi rakendamist ja juhendanud liikmesriike patsientide teavitamisel nende õigustest. Lisaks hindasid nad terviseandmete piiriülese vahetamise alal saavutatud tulemusi ja kontrollisid tähtsaimaid ELi meetmeid harvikaiguste valdkonnas.

Auditi läbiviimine

239 Üldine auditiküsimus oli järgmine: kas ELi meetmed piiriüleste tervishoiuteenuste valdkonnas toovad patsientidele kasu?

240 Lisaks uuris kontrollikoda, kas

- o komisjon tegi ELi piiriülese tervishoiu direktiivi rakendamise üle liikmesriikides piisavat järelevalvet;
- o terviseandmete piiriülese vahetamise alal siiani saavutatud tulemused vastasid ootustele;

- o ELi meetmed harvikaiguste valdkonnas lisisid väärtust liikmesriikide jõupingutustele lihtsustada patsientide juurdepääsu piiriülestele tervishoiuteenustele.

Peamine auditeeritud üksus oli Euroopa Komisjon.

241 Metoodika hõlmas intervjuusid komisjoni esindajatega ja viie liikmesriigi asutustega, kes vastutavad direktiivi rakendamise eest (Itaalias, Leedus, Madalmaades, Rootsis ja Taanis). Piiriülese tervishoiu eksperdirühma kuuluvate kõigi liikmesriikide esindajate ja e-tervise võrgustiku esindajate hulgas viidi läbi küsitlus. Lisaks hinnati ELi rahastatud projekte ja peeti nõu ekspertidega.

Peamised tähelepanekud

242 Kontrollikoda tegi alljärgnevad tähelepanekud.

ELi piiriülese tervishoiu direktiivi rakendamine

- o Komisjon jälgis direktiivi ülevõtmist liikmesriikide õigusesse ja direktiivi rakendamist liikmesriikides.
- o Samuti aitas komisjon liikmesriikidel täiustada teavet, mis puudutab patsientide õigust piiriülesele tervishoiule, kuid selles oli veel puudujääke.

Terviseandmete piiriülene vahetamine

- o Komisjon ei hinnanud asjakohaselt ei võimalikku kasutajate arvu ega piiriüleste terviseandmete vahetamise kulutõhusust.
- o Terviseandmete piiriülese vahetamise prognoosid osutusid liiga optimistlikuks. Auditi ajal 2018. aasta novembris oli liikmesriikides patsientide terviseandmete elektroonilise vahetamine alles algusjärgus.

Euroopa tugivõrgustikud

- o Euroopa harvikaiguste tugivõrgustikud on ambitsioonikas uuendus, mis pälvib laialdast toetust arstidelt, tervishoiuteenuste osutajatelt ja patsientidelt.
- o Siiski esines tugivõrgustike loomisel puudujääke ja nende rahalist jätkusuutlikkust ohustasid märkimisväärsed probleemid.

Soovitused

243 Kontrollikoda soovib komisjonil:

- o toetada riiklike kontaktpunkte senisest enam, et parandada patsientidele antavat teavet nende õiguste kohta piiriülestele tervishoiuteenustele;
- o terviseandmete piiriülest vahetamist paremini ette valmistada;
- o toetada rohkem Euroopa tugivõrgustikke ja täiustada nende juhtimist, et lihtsustada harvikaigusi põdevate patsientide juurdepääsu tervishoiule.

Avaldamine ja järelkontroll

244 Kontrollikoda tutvustab oma eriaruandeid Euroopa Parlamendile ja Euroopa Liidu Nõukogule ning teistele huvitatud pooltele, nagu liikmesriikide parlamendid, ettevõtlusringkondade sidusrühmad ja kodanikuühiskonna esindajad.

245 Aruanne avaldati 4. juunil 2019 kontrollikoja veebisaidil ELi 23 keeles koos pressiteatega.

246 Tavakorra kohaselt kontrollitakse aruande järgimist kolm aastat pärast seda, kui kontrollikoda on selle avaldanud.

Eeldatav mõju

247 Kontrollikoda eeldab järgmist mõju:

- o ELi patsientidele antakse selgemat teavet nende õiguse kohta kasutada piiriüleseid tervishoiuteenuseid;
- o Euroopa harvikaiguste tugivõrgustikke käsitlevat teavet jagatakse riiklike kontaktpunktide veebisaitidel;
- o hinnatakse tervishoiuandmete piiriülese vahetamise tavasid ja kulutõhusust ning seda, kas sellise andmevahetuse panus riiklikesse tervishoiusüsteemidesse on otstarbekas;

III OSA. Kõrgeimate kontrolliasutuste aruannete kokkuvõte

Tervishoiuteenuste kättesaadavus

- o ELi meetmed harvikaiguste ja piiriülese tervishoiu valdkonnas lihtsustavad harvikaigusi põdevate patsientide juurdepääsu kiiremale diagnoosile ja asjakohasele ravile;
- o hinnatakse ELi harvikaiguste strateegia tulemusi;
- o tagatakse Euroopa tugivõrgustike jätkusuutlikkus, lihtsustatakse võrgustikele tulevikus antavate ELi vahendite juhtimisstruktuuri ja seega vähendatakse nende halduskoormust.

III OSA. Kõrgeimate kontrolliasutuste aruannete kokkuvõte

87

Tervishoiuteenuste kvaliteet



Austria Rechnungshof Arstide kvaliteedi tagamine

Ülevaade

248 Austria kõrgeima kontrolliasutuse auditi eesmärk oli hinnata föderaalvalitsuse poolt tehtava erapraksise arstide kvaliteeditagamise korraldust, valitud valdkondi ja läbipaistvust. Audit hõlmas aastaid 2013–2016.

Auditi läbiviimine

249 Hindamisel keskenduti järgmistele elementidele:

- o kvaliteeditagamise õiguslik ja tehniline alus, sealhulgas kvaliteeditagamise eesmärgid ja kasulikkus;
- o kvaliteeditagamise, sealhulgas osalejate, struktuuride ja tegevuse korraldus;
- o kvaliteeditagamises kasutatud finants- ja inimressursside hindamine;
- o kvaliteeditagamise valitud prioriteetide hindamine: kvaliteeditagamise menetlused, kvaliteedijuhtimise süsteemid ja kvaliteedi mõõtmise projektid ambulatoorsete patsientide tasandil;
- o kvaliteeditagamise aruandlus.

250 Peamised auditeeritud üksused olid tervishoiu- ja naisküsimuste ministeerium (auditi ajal tervishoiuministeerium), Austria arstide koda ning Austria meditsiini kvaliteeditagamise ja kvaliteedijuhtimise ühing (ÖQMed).

251 Auditimetoodika hõlmas Austria ja rahvusvaheliste uuringute hindamist, intervjuusid peamiste auditeeritud üksuste töötajatega ja kogutud tõendite analüüsi, sealhulgas seda, kas ja kuidas eesmärgid täideti.

Peamised tähelepanekud

252 2005. aastast, kui jõustus tervishoiukvaliteedi seadus, kuni 2012. aastani avaldas föderaalne tervishoiuministeerium kolm kvaliteedisuuniste kogu erapraksise arstidele. Et nende kehtivusaeg oli piiratud ja ministeerium ei esitanud järelmeetmete eeskirju õigeks ajaks, siis vähemalt kaks nendest 2017. aastal enam ei kehtinud.

253 2013. aasta tervishoiureformi raames tehti otsus hakata mõõtma erapraksise arstide väljundi kvaliteeti. Sestsaadik ei ole aga ambulatoorsete patsientide ravi kvaliteedi standardset mõõtmist välja töötatud ega rakendatud. Seetõttu puudub endiselt sõltumatu föderaalne platvorm patsientidele ravikvaliteeti käsitleva teabe andmiseks.

254 Austria kõrgeim kontrolliasutus täheldas ka, et föderaalvalitsus, liidumaad ja sotsiaalkindlustusasutused ei kasutanud standardseid dokumente ambulatoorsete patsientide diagnoosi ja ravitulemuste kohta, olgugi et selles lepiti kokku juba 2005. aasta tervishoiureformi raames ja katseprojektiga oli kinnitatud selle tehnilist teostatavust.

255 Kuigi kvaliteeditagamise ülesanded olid üldsuse huvides, andis föderaalvalitsus need ülesanded Austria arstide kojale, mille peamine eesmärk on kaitsta arstide kutse-, sotsiaal- ja majandushuve. Seega täitis ÖQMed kvaliteeditagamise ülesandeid sisuliselt Austria arstide koja nimel. Et aga ÖQMed on Austria arstide koja tütarettvõte, on see arstide kojaga organisatsiooniliselt ja eelarveliselt tihedalt seotud.

256 Arstiseaduse kohaselt peavad arstid hindama oma kabinetis osutatavate teenuste kvaliteeti iga viie aasta järel. Selleks täitsid nad ÖQMedi antud enesehindamise küsimustikud. Küsimustikus olid võimalikud vastused ainult „jah“, „ei“ või „ei ole asjakohane“. Nende paigutus ja sisu soodustasid positiivsete vastuste andmist.

257 Ajavahemikus 2012–2016 küsimustiku täitnud arstidest 97% väitsid, et nad järgivad täielikult küsimustikus nimetatud kriteeriumeid. Ometi näitas ÖQMedi läbiviitud enesehindamiste õigsuse kontroll, mille raames inspekteeriti juhuvalimisse kuuluvaid arstikabinette, et umbes 18% arstikabinettidest ei vastanud vähemalt ühele kriteeriumile. Samas oli ÖQMedi analüüsivalimisse sattumise võimalus ainult 7%; statistiliselt satub arstikabinet valimisse ainult iga 70 aasta järel.

Soovitused

258 Austria kõrgeim kontrolliasutus tegi järgmised tähelepanekud

tervishoiuministeeriumile:

- võimalikult kiiresti töötada välja siduvate kriteeriumide ja/või sätetega kvaliteedistandardid ning tagada seeläbi, et täidetakse seadusandliku kogu poolt tervishoiukvaliteedi seaduses sätestatud eesmärk;
- koostada järeelmeetmete eeskirjad kehtivuse kaotanud föderaalsete kvaliteedisuuniste kohta. Tulevikus tuleks kvaliteedistandardite avaldamisel teha selgeks, kas need on siduvad või ainult soovituslikud;
- esitada tulemuskontrolli komisjonile resolutsiooni ettepanek riiklike tervishoiuprogrammide täiendava prioriseerimise ja rakendamise kohta, mis tuleks kiiresti välja töötada ja rakendada;
- töötada selle nimel, et mõõta ambulatoorsete patsientide raviväljundi kvaliteeti, mis on föderaalse põhiseaduse artikli 15a alusel sätestatud tervishoiusüsteemi korralduse ja rahastamise kokkuleppes; see peaks põhinema tulemuskontrolli perioodil 2017–2021 kokkulepitud kontseptsioonil;
- luua õigusliku aluse kohaselt võimalikult kiiresti ambulatoorsete patsientide diagnooside dokumentatsioon;
- töötada välja stsenaariumid rahaliselt ja korralduslikult sõltumatu kvaliteeditagamise institutsiooni rajamiseks;
- edaspidistes kvaliteediaruannetes tuleks eraldi kirjeldada ja võrrelda, milline on nõuetele mittevastavuse määr erapraksise arstide enesehindamiste ja kvaliteeditagamise eest vastutava institutsiooni õigsuskontrollide puhul. Peale selle tuleks hinnata kõrvalekaldeid ja võtta meetmed (nt teavitus- ja nõustamisteenused), et ennetada enesehindamistes valeavalduste tegemist;

föderaalsele tervishoiuministeeriumile ja Austria arstide kojale:

- muuta enesehindamiste küsimustikes valikvastused neutraalseks;

- o kaaluda õigsuskontrollide arvu suurendamise võimalusi. Õigsuskontroll tuleks muuta siduvaks, et tagada arstikabinettide vajalik kvaliteet ja et see toimiks nõustamisteenusena uut arstikabinetti loovatele arstidele. Lisakulud võiks katta asjaosalistelt võetava tasuga.

Avaldamine ja järelkontroll

259 Aruanne saadeti 2018. aasta juulis Austria parlamendile, tervishoiuministeeriumile ja Austria kantslerile ning avaldati samal päeval Austria riigikontrolli veebisaidil. Seda esitleti 2018. aasta novembris Austria parlamendi avaliku sektori raamatupidamiskomisjonile ja arutati 2019. aasta jaanuaris Austria parlamendis. Austria riigikontroll kavatseb uurida 2019. aastal soovitude rakendamise seisu ja selle tulemused avaldatakse 2019. aasta lõpus riigikontrolli veebisaidil. Uurimise tulemustest lähtuvalt võidakse korraldada järelaudit, mis hõlmab kohapealset audititööd ja eraldi aruannet.

Eeldatav mõju

260 Et auditis uuritakse tehtut ja selle tõhusust, parandab see eeldatavasti raviväljundi kvaliteedi juhtimist. Auditi ajastust arvestades võivad selle tulemused soodustada korralduslikke ja menetluslikke muudatusi ning aidata eelarvepiirangute ajal vahendeid asjakohasemalt suunata ja prioriseerida.



Iirimaa Office of the Comptroller and Auditor General

Plaanilise päevakirurgia juhtimine

Ülevaade

261 Iirimaa kõrgeima kontrolliasutuse auditis hinnati edusamme üleminekul statsionaarselt ravilt päevakirurgiale. Auditis eesmärk oli teha kindlaks üleminekut hõlbustavad või takistavad tegurid ja hinnata, kas päevakirurgia kasutamist on võimalik laiendada. Auditis käsitleti päevakirurgiat Iirimaa riiklikes aktiivravi haiglates aastatel 2006–2012.

Auditi läbiviimine

262 Auditis keskenduti ühele üldisele küsimusele: kas statsionaarse ravi juhtude arvu on võimalik vähendada, tagades, et kui meditsiiniliselt on asjakohane, käsitletakse selliseid juhtumeid päevakirurgiana?

263 Selle üldise küsimuse raames uuriti auditi käigus, kas

- o tervishoiuteenistus analüüsis haiglatevaheliste erinevuste põhjuseid, et selgitada välja võimalikud parendused;
- o päevakirurgia määrade tõusu takistavad tegurid on tuvastatud ja kõrvaldatud;
- o haiglate/tervishoiuteenistuse tegevus lihtsustas teabe jagamist, et saada ideid heade tavade kohta.

Peamised auditeeritud üksused olid tervishoiuteenistus ja tervishoiuministerium.

Hindamine põhines peamiselt päevakirurgia kohta kogutud andmetel, tähtsaimate töötajatega tehtud intervjuudel ja kõigile tervishoiuteenistuse alla kuuluvatele riiklikele aktiivravi haiglatele esitatud küsimustikul. Hindamine viidi läbi koostöös kahe Ühendkuningriigis tegutseva ravikonsultandiga (anestesioloog ja neurokirurg).

Peamised tähelepanekud

264 Iirimaa kõrgeim kontrolliasutus tegi alljärgnevad tähelepanekud.

- Aastatel 2006–2012 suurenes aruandluse kohaselt järjepidevalt päevakirurgiana läbiviidud plaaniliste operatsioonide osakaal. Riiklikes aktiivravi haiglates läbiviidud plaaniliste kirurgiliste protseduuride arv suurenes 26%, samas kui nende hulgas päevakirurgiana läbiviidud protseduuride määr tõusis samas ajavahemikus 55%-lt 69%-le.
- Haiglate tulemuslikkus oli väga erinev, mis viitab, et teatavate haiglate päevakirurgia operatsioonide määra on võimalik märgatavalt suurendada.
- Ajavahemikus 2006–2012 aktiivravi haiglates tehtud sihtrühma mittekuuluvate plaaniliste päevakirurgia operatsioonide arv suurenes, kuid sihtrühma mittekuuluvate statsionaarravi protseduuride arv sellele vastavalt ei muutunud. See võib tähendada, et statsionaarses ravis viiakse läbi aina rohkem väiksemaid kirurgilisi protseduure.
- Kriteeriumid, mille alusel arstid otsustavad, kas lisada patsient päevakirurgia või statsionaarse ravi järjekorda, ei pruugi olla selged või järjepidevad, sest puuduvad kirjalikud eeskirjad ja kontrollnimekirjad. Juhtkonnal ei pruugi olla võimalik hinnata, miks patsienti peeti päevakirurgiaks sobimatuks.
- Et kõrgem juhtkond ei jälgi ega vaata üle päevakirurgiaks sobimatuks peetud patsientide arvu, on haiglatel raske välja selgitada, kus on arstide või erialade päevakirurgia määrad madalad, ja uurida selle põhjuseid.
- Märkimisväärselt paljudes haiglates ei viida korrapäraselt läbi operatsioonieelset hindamist, kuigi see on tähtis, et tuvastada tegurid, mille tõttu ei ole päevakirurgia konkreetse patsiendi puhul sobiv. Vähem kui pooled küsitletud haiglatest jälgivad kavandatud päevakirurgia tühistamismäära.
- Meditsiiniõed vastutavad ainult umbes 50% haiglast väljakirjutamise juhtude eest, kuigi asjakohaselt koolitatud õdede kasutamisega võib olla võimalik leevendada arstide koormust. Haiglast väljakirjutamisel antakse päevakirurgia patsientidele vähe kirjalikku teavet.

Soovitused

265 Iirimaa kõrgeim kontrolliasutus esitas järgmised soovitused.

- Tervishoiuteenistus peaks jälgima päevakirurgia taset haiglate, protseduuride ja erialade kaupa, et kindlaks teha, kus on päevakirurgia protseduuride osakaal sagedaste protseduuride hulgas väike, ning keskendama jõupingutused tulemuslikkuse suurendamisele nende juhtude korral. Haiglad peaksid püstitama igale arstile konkreetsed eesmärgid päevakirurgia määrade kohta. Arstide ravitulemuste hindamise läbivaatamisel tuleks kaaluda päevakirurgia tulemuslikkuse määrasid.
- Plaaniliste protseduuride päevakirurgia määrade optimeerimiseks peaks tervishoiuteenistus seadma igale kirurgilisele protseduurile eraldi asjakohased eesmärgid. Igale protseduurile seatud üldised päevakirurgia eesmärgid peaksid põhinema parima sooritusega haiglate tulemuslikkusel ja edukaimate hulka juba kuuluvatele haiglatele võiks püstitada kõrgemad eesmärgid.
- Et haiglad pööraksid kindlasti tähelepanu kõigi plaaniliste operatsioonide päevakirurgiana läbiviimise määrade tõstmisele, peaks tervishoiuteenistus suurendama nende protseduuride arvu, millele ta püstitab päevakirurgia määrade eesmärgid.
- Tervishoiuteenistus peaks jälgima praegu päevakirurgia juhtumiteks liigitatavaid juhtumeid, tagamaks, et kõik haiglad suunavad kirurgiajuhtumid kõige asjakohasemasse ja otstarbekamasse teenuse osutamise keskkonda.
- Kõik haiglad peaksid kehtestama kohalikul tasandil kokkulepitud eeskirjad ja kontrollnimekirjad, milles sätestatakse selgesti päevakirurgiaks sobivate patsientide valimisel arstidele kehtivad kriteeriumid. Tervishoiuteenistus peaks seda protsessi jälgima, et tagada haiglate lähenemisviisi järjepidevus.
- Et kindlaks teha madalate päevakirurgia määradega valdkonnad, peaks haigla juhtkond jälgima päevakirurgia määrasid arstide ja erialade kaupa. Tervishoiuteenistus peaks nõudma haiglatelt kinnitust, et madalaid päevakirurgia määrasid arutatakse sageli asjaomaste ravimeeskondadega.
- Haiglad peaksid tagama operatsioonieelsete hindamismenetluste kehtestamise, et tuvastada varakult päevakirurgiaks sobimatud patsiendid.

- Haiglad peaksid tagama, et päevakirurgia patsientidele tehakse haiglast väljakirjutamisel kättesaadavaks asjakohane kirjalik teave. Kirjalik teave peaks olema selge, täielik ja kättesaadav asjakohastes keeltes. Tervishoiuteenistus peaks abistama haiglaid selle teabe andmisel.
- Eelistatavalt peaksid patsientide väljakirjutamise asjakohasust hindama meditsiiniõed, kasutades ettenähtud kriteeriumeid.

Avaldamine ja järelkontroll

266 Aruanne esitati Dáil Éireanni (Iirimaa parlament) avaliku sektori raamatupidamisarvestuse komisjonile. See avaldati 19. augustil 2014 Iirimaa kõrgeima kontrolliasutuse veebisaidil. Avaldamisega kaasnes pressiteade. Tervishoiuteenistus on nõustunud rakendama auditi soovitusi. Selle mõju plaaniliste operatsioonide tõhususele ja kuludele või patsientidele osutatavate teenuste kvaliteedile selgub hiljem.

Eeldatav mõju

267 Tervishoiuteenistusel tekivad võimalused tõhustada plaanilisi päevakirurgia operatsioone ja nende kulusid.



Taani Rigsrevisionen

Aruanne tervishoiu kvaliteedierinevuste kohta Taani haiglates

Ülevaade

268 Taani kõrgeima kontrolliasutuse auditi eesmärk oli hinnata võimalikke erinevusi Taani haiglate tervishoiu kvaliteedis. Audit hõlmas aastaid 2007–2016.

269 Taani tervishoiuseaduses on sätestatud, et kõigil patsientidel peab olema lihtne ja võrdne juurdepääs kvaliteetsele tervishoiule. Tervishoiuministerium ja piirkonnad on keskendunud tervishoiu kvaliteedi geograafilistele erinevustele mitme algatuse kaudu. Alates 2012. aastast jälgivad Taani kliinilised registrid (RKKP) tervishoiu kvaliteedi andmeid. RKKP jälgib, kas patsientidele pakutav ravi vastab kliinilise tegevuse suunistele. Selleks kogub RKKP teadmisi piirkondades pakutava ravi kvaliteedi ning piirkondade ja haiglate vaheliste erinevuste kohta.

Auditi läbiviimine

270 Auditis keskenduti tervishoiu kvaliteedile ja erinevustele nelja levinud haiguse puhul: südamepuudulikkus, krooniline obstruktiivne kopsuhaigus, insult ja puusaluu murd. Need haigused valiti uuringusse, sest need mõjutavad paljusid patsiente ja neid ravitakse enamikus riigi haiglates. Auditi eesmärk oli leida vastus järgmistele küsimustele.

- Kas tervishoiuministerium ja piirkonnad on kehtestanud raamistikud, mis tagavad asjakohaselt, et kõigil patsientidel on võrdne juurdepääs haiglates pakutavale kvaliteetsele tervishoiule, ning võimaldavad piirkondadel ja haiglatel välja selgitada haiglates pakutava tervishoiu kvaliteedierinevuste põhjused ja vähendada põhjendamatuid erinevusi?

- Kas on põhjendamatuid erinevusi selles, millisel määral vastab haiglates südamepuudulikkuse, kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse, insuldi või puusaluu murruga patsientidele pakutav ravi kõigile asjakohastele protsessinäitajatele (tervishoiu kvaliteedi näitajad)?

271 Peamised auditeeritud üksused olid Taani tervishoiuministeerium ja viis Taani piirkonda (tervishoiuteenused kuuluvad Taani piirkondade peamiste ülesannete hulka).

272 Auditi läbiviimisel lähtuti dokumentide läbivaatamisest, intervjuudest ja registripõhisest analüüsist.

Peamised tähelepanekud

273 Rigsrevisionen tegi alljärgnevad tähelepanekud.

- Analüüsist nähtus, et märkimisväärsele arvule südamepuudulikkuse, insuldi või puusaluu murruga patsientidele ei tagatud täit soovitatud raviprogrammi. Lisaks näitas analüüs, et kõigi nelja haiguse puhul ei olnud ravi kvaliteet järjepidev. Erinevused ei olnud põhjendatavad asjaoludel või patsientide vajadustel ja soovidel põhinevate erialaste teadlike otsustega.
- Analüüsist nähtus, et tervishoiuerinevused mõjutasid patsientide haiglasse naasmise või surma riski. Üksiti näitas registripõhine analüüs, et valdav osa haiglasse naasmise ja surmaga seotud erinevustest tulenes teguritest, mis ei olnud haiglate kontrolli all.
- Registripõhine analüüs näitas, et halvimate väljavaadetega patsientidele antud ravi oli kõigi asjakohaste protsessinäitajatega (tervishoiu kvaliteedi näitajad) vähem kooskõlas kui parimate väljavaadetega patsientidele antud ravi. See kehtis kõigi nelja haiguse puhul.
- Seega ilmnes registripõhisest analüüsist, et patsientide puhul, kellel on neljast haigusest kolme puhul halvimad väljavaated, võivad ravi kvaliteedierinevused mõjutada nende haiglasse naasmise või surma riski.

- o Uuringust selgus, et ministeerium ja piirkonnad jälgisid haiglates pakutava ravi kvaliteedi piirkondlikke erinevusi ja nende põhjuseid. Samas ei korraldatud kvaliteeditagamist ega keskendunud järelmeetmena konkreetselt sellele, kas sarnaste ravivajadustega, kuid erinevates oludes patsiendid said sama kvaliteetset ravi. See tähendas, et ministeeriumil ega piirkondadel ei olnud andmeid erinevates oludes patsientidele antud ravi kvaliteedierinevuste kohta ja nad ei teadnud, kuidas erinevused võivad mõjutada patsientide haiglasse naasmise või surma riski.

Soovitused

274 Rigsrevisionen soovitas tervishoiuministeeriumil ja piirkondadel korrapäraselt hinnata, kas suutmatust pakkuda ravi kooskõlas kõigi asjakohaste protsessinäitajatega mõjutab vaid teatavate omadustega patsiente. Selline teave võiks olla alus seda tüüpi patsientide ravi kvaliteedi parandamisele ja seega toetada ministeeriumi ja piirkondade eesmärki pakkuda järjepidevalt kvaliteetset ravi kõigile patsientidele.

Avaldamine ja järelkontroll

275 Aruanne esitati avaliku sektori raamatupidamisarvestuse komisjonile, kes lisas sellele oma märkused enne tervishoiuministri vastuse küsimist.

276 Aruanne on internetis tasuta kättesaadav ja avaliku sektori raamatupidamisarvestuse komisjon oli valmis vastama ajakirjanike küsimustele.

277 Kuna aruanne on üsna värske (jaanuar 2019), ootab Rigsrevisionen ministri avaldust ja jätkab aruande järgimise hoolikat seiret, kuni on rakendatud rahuldavaid meetmeid.

Eeldatav mõju

278 Aruande mõju on liiga vara kindlaks määrata.

III OSA. Kõrgeimate kontrolliasutuste aruannete kokkuvõte

99

Uued tehnoloogiad ja e-tervis



Bulgaaria

Сметна палата на Република

България

E-tervis

Ülevaade

279 Bulgaaria kõrgeima kontrolliasutuse auditis hinnati, kas Bulgaarias on e-tervis tõhusalt välja arendatud. Audit hõlmas ajavahemikku 1. jaanuarist 2012 kuni 30. juunini 2016.

280 Bulgaaria alustas e-tervise kasutuselevõtuga 2006. aastal ning valitsuse strateegiates ja kavades viidatakse sellele kui prioriteedile. Asjakohast tervishoiusüsteemi, mis 1) annaks otsustamiseks vajalikku teavet ja 2) võimaldaks terviseandmeid piiriüleselt vahetada, ei olnud 2016. aastaks veel kasutusele võetud.

Auditi läbiviimine

281 Üldine auditiküsimus oli: kas Bulgaarias on e-tervis tõhusalt välja arendatud?

282 Selle üldise küsimuse raames otsis kontrolliasutus vastust kahele alaküsimusele:

- o kas e-tervise kasutuselevõtu ja väljaarendamise eeltingimused on kehtestatud?
- o Kas e-tervise kasutuselevõtu ja väljaarendamise eesmärgid on täidetud?

283 Peamised auditeeritud üksused olid tervishoiuministerium, riiklik ravikindlustusfond ning riiklik rahvatervise ja analüüsikeskus.

284 Auditi eesmärkide täitmiseks kasutati andmete kogumisel ja analüüsimisel standardmeetodeid, nagu dokumentide läbivaatamine, intervjuud tervishoiuministeriumi, rahvatervise ja analüüsikeskuse ning ravikindlustusfondi ametnikega ja juhtumiuuringud.

285 Digilugude õigsust ja terviklust hinnati anonüümse kontrollivahendiga. Bulgaaria kõrgeim kontrolliasutus võttis erimeetmeid osalejate isikuandmete kaitsmiseks. Kodanike rahulolu ja teadlikkust mõõdeti spetsialiseeritud asutuse läbiviidud arvamusuuringutega.

Peamised tähelepanekud

286 E-tervise tõhusaks rakendamiseks vajalikke eeltingimusi ei loodud:

- o puudus e-tervise ja selle osade õigusraamistik;
- o tervishoiuministeeriumi, rahvatervise ja analüüsikeskuse ning ravikindlustusfondi tasandil esines puudujääke strateegiliste eesmärkide, meetmete ja tegevuse operatiivses kavandamises ja jaotuses;
- o e-tervise arendamist mõjutasid väga sagedad struktuuri- ja personalimuutused nii kõrgeima juhtkonna kui ka ekspertidest töötajate tasandil ning see halvendas protsessi jälgitavust ja eesmärkide täitmist;
- o e-tervise loomise ülesannete jaotus ei olnud piisavalt terviklik ega asjakohane;
- o meetmete, projektide ja riigihangete kooskõlastamiseks ja ühtlustamiseks asutuste seas ei loodud tõhusat süsteemi ning seetõttu kulutati riigi raha ebatõhusalt ja viivitati strateegiliste prioriteetide täitmisega.

287 Auditiperioodil viivitati Bulgaarias e-tervise loomisega ja asutuste meetmeid võis pidada ebatõhusaks järgmistel põhjustel:

- o puudus süsteemi ülesehitamise selge kontseptsioon ja vajalike rahaliste vahendite hankimise kava; esines teiste asutuste tegevuse ja projektide dubleerimist jms;
- o 30. juuniks 2016 ei olnud välja töötatud ega heaks kiidetud riiklikke terviseteabe standardeid ega ravidokumentide vorme, mis võimaldaksid ravi- ja terviseteabe elektroonilist töötlemist ja vahetamist;
- o asjakohast integreeritud tervise infosüsteemi ei olnud veel kasutusele võetud;
- o tervishoiu infosüsteemid ja registrid ei olnud integreeritud ja nende reaajas andmevahetust ei olnud rakendatud;

- o peaaegu 10 aastat pärast seda, kui elektrooniliste saatekirjade, digireseptide ja muude andmete reaajas jagamise tarkvara kuulutati strateegiliseks prioriteediks, ei olnud seda välja arendatud;
- o 30. juuni 2016. aasta seisuga ei olnud loodud terviklikku digilugude andmekogu, mis annaks kodanikele ja meditsiinitöötajatele vajalikku teavet, et teha asjakohaseid otsuseid diagnoosimisel, ravis ja taastusravis;
- o auditiperioodi lõpuks ei olnud loodud toimivat riiklikku terviseportaali, mida kasutada elektrooniliste tervishoiuteenuste ühtse juurdepääsupunktina ja mis annaks tähtsat teavet ennetava tervishoiu, tervisealase hariduse jms kohta;
- o läbiviidud riikliku representatiivse uuringu tulemused kinnitasid, et e-tervise rakendamiseks võetud meetmed ei olnud tõhusad.

Soovitused

288 Tervishoiuministrile esitati 20 soovitus, et parandada

- o õigusraamistikku ja ülesannete reguleerimist;
- o meetmete kavandamise ja rakendamise üldist korraldust;
- o rakendamise kooskõlastamise, jälgimise ja kontrolli süsteemi.

289 Riikliku ravikindlustusfondi juhile anti seitse soovitus andmete automaatse reaajas vahetamise ja infosüsteemide täiustamise kohta.

Avaldamine ja järelkontroll

290 Aruannet esitleti Bulgaaria parlamendi eelarve- ja rahanduskomisjonile ning tervishoiukomisjonile. Aruanne avaldati 28. juulil 2017 elektrooniliselt kõrgeima kontrolliasutuse veebisaidil. Avaldamisega kaasnes pressiteade.

291 Auditiaruannet kajastati laialdaselt ka Bulgaaria eri meediakanalites: ajalehtedes, Bulgaaria riigiraadios, Bulgaaria riigiteleviisioonis, teabeagentuurides ja elektroonilises meedias.

292 Tavakorra kohaselt kontrollitakse aruande järgimist pärast soovitude täitmise tähtaja möödumist.

Eeldatav mõju

293 E-tervise rakendamine on keeruline ja kulukas protsess. Seda arvesse võttes avaldab audit eeldatavasti järgmist mõju:

- o õiguskeskkonna edendamine;
- o e-tervise arendamise selge kontseptsiooni väljatöötamine kõigi sidusrühmade osalusel;
- o parem koostöö, et kõrvaldada riigi raha ebatõhusa kulutamise riskid;
- o asjaomaste asutuste kiire tegevus selliste tähtsimate avalike meetmete rakendamiseks nagu digilugude andmekogu, digireseptuur, e-saatekirjad, riiklik terviseportaal ja riiklik tervise infosüsteem.



Eesti Riigikontroll

Riigi tegevus e-tervise rakendamisel

Ülevaade

294 Eesti kõrgeima kontrolliasutuse auditis hinnati riikliku e-tervise infosüsteemi rakendamist.

295 Esimesed e-tervise kavad koostati Eestis 2004. aastal. Valitsus kiitis 2005. aastal heaks Eesti tervise infosüsteemi arengukava 2005–2008. Eesti E-tervise Sihtasutus loodi 2005. aasta novembris. Kuigi tervise infosüsteem oleks pidanud täielikult toimima alates 2013. aastast, oli digiloo andmekogu (keskne tervise andmebaas) rakendatud ainult osaliselt, tervishoiuteenuste osutajad (kui e-tervise teenuste peamised kasutajad) ei olnud süsteemiga rahul ja raha kulutati rohkem kui algselt kavandatud.

296 Auditiperiood oli 2005–2012, hõlmates Eesti E-tervise Sihtasutuse loomisest saadik toimunud kogu tegevust.

Auditi läbiviimine

297 Üldised auditiküsimused olid järgmised:

- 1) kas e-tervise infosüsteemi eesmärgid on täidetud ja kas seda on rakendatud kavakohaselt? Kui ei, siis mis on selle põhjused;
- 2) kas praeguse e-tervise süsteemi eeltingimused võimaldavad täita selle eesmärgid tulevikus.

298 Peamised auditeeritud üksused olid Sotsiaalministeerium, Eesti E-tervise Sihtasutus, Eesti Haigekassa ja Riigi Infosüsteemi Amet (RIA).

299 Auditimetoodika hõlmas dokumentide ja aruannete analüüsi, küsitlust ligikaudu 200 arsti seas, andmeanalüüsi, e-tervise infosüsteemide vaatlemist (nt nende funktsionaalsus ja arstide kasutajaliides) koostöös tervishoiuteenuste osutajatega ning intervjuusid auditeeritavate üksuste ja tervishoiuteenuste osutajatega.

Peamised tähelepanekud

300 Eesti kõrgeim kontrolliasutus leidis, et e-tervise eesmärke ei täidetud, sest

- o hoolimata algsetest plaanidest ei saanud e-tervise süsteemi andmeid kasutada riikliku statistika koostamiseks, registrite pidamiseks ega järelevalve tegemiseks ning arstid ei kasutanud seda aktiivselt raviga seotud eesmärkidel;
- o riigi loodud e-lahendustest kasutati aktiivselt vaid digiretsepti;
- o digiloo ja pildiviitade kasutamine jäi tagasihoidlikuks ning digiregistratuur (vastuvõtule registreerimise e-süsteem) polnud selle valmimisest möödunud viie aasta jooksul käivitunud;
- o e-tervisel puudus riigi huvidest lähtuv strateegiline juht ja see pärssis rakendamist;
- o e-tervise loomine ja juurutamine läks maksma planeeritust oluliselt enam ja polnud teada, kui palju raha veel kulub;
- o e-tervis ei aidanud kaasa ravikindlustusraha säästmisele ega arstide tööaja optimeerimisele;
- o riigi institutsioonid ei saanud veel e-tervise süsteemis olevaid andmeid kasutada, kuna palju andmeid oli puudu või need ei olnud kvaliteetsed. Kuigi tervishoiuteenuste osutajad peavad ravidokumendid e-tervise süsteemi esitama, ei tehtud seda süstemaatiliselt ning paljusid andmeid ei esitatud üldse.

301 Kõrgeim kontrolliasutus leidis, et e-tervise nõrga käivitumise taga oli Sotsiaalministeeriumi kui e-tervise arendamise ja juurutamise eest vastutava strateegilise juhi eesmärgipäratu ja juhuslik tegevus. Kontrolliasutus järeldas, et e-tervise edu sõltub Sotsiaalministeeriumi juhtrolli tugevnemisest.

Soovitused

302 Eesti kõrgeim kontrolliasutus andis mitu soovitusi. Peamised soovitused on loetletud alljärgnevalt:

- o määrata kindlaks, millised on riigi huvid e-tervise rakendamisel, ning kujundada sellest lähtudes Sotsiaalministeeriumi ja Eesti E-tervise Sihtasutuse ülesanded e-tervise rakendamisel;
- o viia lõpule ning rakendada juba alustatud e-tervise projektid (ennekõike digiregistratuur ja digilugu), enne kui üritada luua uusi teenuseid;
- o tervishoiuteenuste osutajaid tuleks kohustada alustada viivitamata e-tervise infosüsteemi kasutamist ning vajaduse korral siduda teenuste eest tasumine süsteemi kasutamisega;
- o koostöös Eesti E-tervise Sihtasutusega arendada edasi e-tervise kasutajasõbralikkust.

Avaldamine ja järelkontroll

303 Aruanne esitati auditeeritud üksustele, Riigikogu sotsiaalkomisjonile ja riigieelarve kontrolli erikomisjonile.

304 Aruanne avaldati kõrgeima kontrolliasutuse veebisaidil. Avaldamisega kaasnes pressiteade. Päev enne avaldamist toimus kõrgeimas kontrolliasutuses pressi infotund.

305 Riigikogu riigieelarve kontrolli erikomisjon korraldas 10. veebruaril 2014 avaliku kohtumise, millest võtsid osa e-tervise süsteemi ja kõrgeima kontrolliasutuse peamised sidusrühmad. Kohtumist edastati otseülekandena Riigikogu veebisaidil ja suurimas uudisteportaal. Lisaks kirjutas kõrgeim kontrolliasutus artikli auditi peamiste tähelepanekute kohta, mis avaldati juhtivas päevalehes.

306 Aruande järelkontroll toimus 2019. aasta aprillist septembrini. Leiti, et viimase viie aasta jooksul on tehtud e-tervise süsteemi arendamises suuri edusamme. Peale digireseptuuri on juurutatud digipildi süsteem ja patsiendiportaal. Lisaks käivitati 2019. aasta augustis arstivastuvõtude riiklik digiregistratuur. Ometi on jäänud veel mitu olulist kitsaskohta. Näiteks ei ole seni suurendatud digiloo kasutajasõbralikkust, nii et

tervishoiutöötajatel ei ole kiiret juurdepääsu kogu teabele, mida on vaja õigeaegse ja kvaliteetse teenuse osutamiseks patsiendile. Ka e-kiirabi süsteem vajab parandamist, et teave liiguks tõhusalt kiirabiautode ja haiglate vahel, nii et patsientidele antaks võimalikult kiiret ravi. Ühtlasi tuleb parandada e-tervise süsteemi statistilist ja analüütilist võimekust, et hinnata tervishoiuteenuste kvaliteeti.

Eeldatav mõju

307 Eeldati, et audit innustab Sotsiaalministeeriumi täitma e-tervise süsteemi strateegilise juhi rolli ja määrama kindlaks riigi huvid e-tervise rakendamisel. Oli tähtis, et ministeerium tagaks strateegilise ja rahalise kavandamise integreerimise, sest auditist nähtus, et toona puudus ülevaade sellest, kui palju e-tervise projekti elluviimine ja rakendamine maksab. Kokkuvõttes eeldati, et auditiaruanne aitab arendada e-tervise süsteemi, nii et selle pakutavad võimalused tervishoiuteenuste osutajatele, patsientidele ja riigile saavutatakse täielikult.



Läti Valsts Kontrole

Kas projekt „E-tervis Lätis“ on samm õiges suunas?

Ülevaade

308 Läti kõrgeima kontrolliasutuse auditis hinnati, kas tervishoiuministeriumi ja riikliku tervishoiuteenistuse tegevus oli tõhus, viljakas ja keskendatud e-tervise kasutuselevõtu eesmärkide täitmisele ning kas investeringuid Läti e-tervisesse kasutati säästlikult ja tulemuslikult. Audit hõlmas ajavahemikku 1. jaanuarist 2007 kuni 1. aprillini 2015.

309 E-tervise rakendamise tähtaeg oli 2015. aasta lõpp. Üheksa aasta jooksul oli investeeritud 14,5 miljonit eurot, kuid e-tervise teenused ei olnud kasutajatele kättesaadavad. Seejuures muudeti e-tervise infosüsteem 1. jaanuarist 2016 kõigile tervishoiuteenuste osutajatele kohustuslikuks (ambulatoorne ja statsionaarne ravi, elektrooniline vastuvõtule registreerimine, elektroonilised saatekirjad uuringutele või ravile, elektroonilised retseptid ja elektroonilised haiguslehed).

Auditi läbiviimine

310 Üldine auditiküsimus oli järgmine: kas e-tervist on rakendatud nii, et täidetakse selle eesmärk edendada tõhusamat tervishoidu?

311 Selle üldise küsimuse raames uuris kõrgeim kontrolliasutus, kas

- o e-tervise süsteem aitaks lahendada probleeme ja täita eesmärgi;
- o riikliku tervishoiuteenistuse tegevus e-tervise kasutuselevõtuks oli asjakohane eesmärkide täitmiseks;
- o värskest väljatöötatud e-tervise infosüsteem tagas infoturbe ja isikuandmete kaitse;
- o seati sisse projekti „E-tervis Lätis“ tõhus järelevalve ja kontroll.

312 Peamised auditeeritud üksused olid tervishoiuministerium ja sellele alluv riiklik tervishoiuteenistus, mis vastutas e-tervise rakendamise eest.

313 Auditimetoodika hõlmas järgmist: ministeriumiväliste õigusnormide analüüs, tervishoiuministeriumi elluviidud poliitika hindamine, e-tervise vastavust andmeohutuse ja (patsientide) isikuandmete kaitse nõuetele käsitlev hindamine, küsitlused, dokumentide läbivaatamine ning intervjuud tervishoiuministeriumi ja riikliku tervishoiuteenistuse ametnikega.

Peamised tähelepanekud

314 Tervishoiuministeriumi elluviidud projekt on samm õiges suunas tervishoiuteenuste tõhustamisel. See annab patsientidele suurema kontrolli oma tervise üle, innustades neid järgima tervislikku eluviisi, ja aitab otsuseid paremini põhjendada, kiirendab tervishoiuteenuste osutamist ning tagab kvaliteetse ja kättesaadava teabe.

315 Siiski ei rakendatud tervishoiuministeriumi poolt e-tervise valdkonnas ettevalmistatud poliitikat kavandatud ulatuses ega tähtajaks, mistõttu täideti tervishoiuteenuste tõhustamise eesmärk vaid osaliselt.

316 Kohe e-tervise projekti rakendamise alguses ilmnisid suured puudujäägid (vead). Näiteks ei kaasatud projekti valdkonnaeksperte, tehti mitu muudatust projekti elluviivas asutuses, projektijuhtimine ei olnud tõhus ning projekti järelevalve ei olnud piisav.

- Ehkki tervishoiuministerium oli koostanud e-tervise rakendamise kavandamisdokumendi, ei ajakohastatud seda üheksa aasta jooksul (alates 2007. aastast) ja see ei vastanud tegelikkusele.
- Olgugi et e-tervise projekti algusest (2007) oli möödunud üheksa aastat ja tervishoiuministerium oli projekti investeerinud 14,5 miljonit eurot, ei olnud tervise infosüsteem ja kavandatud e-teenused 1. aprilli 2015. aasta seisuga kasutajatele kättesaadavad.
- Oli oht, et e-tervise süsteem ei saa elanikkonna ja tervishoiuteenuste osutajate seas piisavalt populaarseks, sest süsteem ei olnud kõigile võimalikele kasutajatele mõistetav ega kättesaadav.

- E-tervise infosüsteem ei olnud 1. aprilli 2015. aasta seisuga valmis andmeohutuse ja isikuandmete kaitse seisukohast.
- E-tervise rakendamise järelevalve ja kontroll, mida tegi tervishoiuministerium, ei olnud piisavalt tõhus.

Soovitused

317 Läti riigikontroll andis mitu soovitus. Peamine soovitus tervishoiuministeriumile seisnes selles, et institutsioon peaks muutma määrust e-tervise infosüsteemi kohustusliku kasutamise alguskuupäeva kohta, kehtestades ajavahemiku tuvastatud puudujääkide kõrvaldamiseks, ja määratlema mõistliku perioodi – vähemalt kuus kuud –, et võimaldada sidusrühmadel liituda e-tervise infosüsteemiga vabatahtlikult.

318 Kõrgeim kontrolliasutus soovitas, et tervishoiuministerium teeks e-tervise infosüsteemi edukaks käivitamiseks järgmist:

- testiks korduvalt kõiki väljaarendatud e-tervise lahendusi tehniliste kirjelduste nõuete kohaselt, et saada kinnitus süsteemi toimimise, teiste süsteemidega koostalitsemise võime ja semantilise ühilduvuse kohta;
- kõrvaldaks kõik andmeohutuse ja füüsiliste isikute andmekaitsega seotud puudujäägid ja ebakõlad;
- töötaks tervishoiu tõhustamiseks välja ettevõtjate kava, mis hõlmaks kõiki e-tervise infosüsteemi kasutavaid tervishoiuteenuste osutajaid;
- korraldaks sihipärase teavituskampaania e-tervise infosüsteemi edendamiseks, siis kui e-tervise infosüsteem on käivitatud ja tervishoiuteenuste osutajatel on võimalik süsteemiga vabatahtlikult liituda.

Avaldamine ja järelkontroll

319 Aruanne esitati parlamendi avaliku sektori kulutuste ja auditikomisjonile. Aruanne avaldati 8. septembril 2015 Läti riigikontrolli veebisaidil. Avaldamisega kaasnes pressikonverents ja pressiteade.

320 Tervishoiuministerium peab Läti riigikontrolli teavitama soovitude täitmisest kokkulepitud aruandlusperioodi jooksul. Pärast teabe saamist hindab Läti riigikontroll tervishoiuministeriumi tehtud edusamme. Tervishoiuministerium täitis 2019. aastaks 70% kõigist soovitudest.

Eeldatav mõju

321 Audit viidi läbi ajal, kui e-tervise infosüsteem oli alles rakendusetapis ega olnud veel kohustuslik, mistõttu eeldati, et kõik auditisoovitused aitavad kaasa e-tervise rakendamisele ja tagavad lõpuks e-tervise süsteemi eduka kasutamise kõigi sidusrühmade poolt, et tõhustada tervishoiuteenuste osutamist. Alates 2016. aastast on e-tervise infosüsteem ja e-teenused tehtud kasutajatele aegamööda kättesaadavaks. Statistika kohaselt on kõige sagedamini kasutatavad e-tervise teenused digihaigusleht ja digiretsept: 2018. aastal väljastati 1 miljon digihaiguslehte ja 11,7 miljonit digiretsepti.

III OSA. Kõrgeimate kontrolliasutuste aruannete kokkuvõte

112

Rahanduslik jätkusuutlikkus ja muud rahanduslikud aspektid



Hispaania Tribunal de Cuentas

Hispaania riigiametnike üldise vastastikuse sotsiaalkindlustusfondi (MUFACE) ravimihüvitise juhtimine ja kontroll

Ülevaade

322 Hispaania kõrgeima kontrolliasutuse auditis hinnati Hispaania riigiametnike üldise vastastikuse sotsiaalkindlustusfondi (MUFACE) ravimihüvitise juhtimist ja kontrolli. Auditiperiood oli eelarveaasta 2015.

323 MUFACE koondab endas arvukalt liikmeid, kellel on õigus ravimihüvitistele, selle raames tehakse palju ja suuresummalisi makseid ning selles osaleb arvukalt eraettevõtjaid. Lisaks on tuvastatud puudujääke ja enamakstud summasid teiste sarnaste organite rahastatud ravimihüvitiste puhul. Nende organite juhtimist analüüsiti juba varem.

Auditi läbiviimine

324 Auditi peaesmärk oli kontrollida, kas ravimihüvitiste arvete saatmine apteekidele ja haiglatele ning nende väljamaksmine toimus kehtivate eeskirjade ja usaldusväärse finantsjuhtimise põhimõtete kohaselt.

325 Konkreetsem eesmärk oli analüüsida MUFACE rakendatud menetlusi, mille abil kontrollida ravimihüvitiste arvete esitamist ja maksmist apteekidele ja haiglatele kooskõlas eelnimetatud normide ja põhimõtetega. Teine konkreetne eesmärk oli hinnata, kas MUFACE rahastas raviretsepte kohaldatavate õigusnormide ja Hispaania piirkondlike apteekide kodade üldnõukoguga sõlmitud lepingu kohaselt.

326 Peamine auditeeritud üksus oli MUFACE, mis on territoriaalpoliitika ja avaliku teenistuse ministeeriumi alla kuuluv autonoomne organ.

327 Hindamisel kasutati dokumentide läbivaatamist, intervjuusid, valimianalüüsi ja kohapealse tegevuse käigus tehtud andmeanalüüsi. Analüüsiti ravimihüvitise saajaid hõlmavaid andmebaase ja maksedokumente ning kontrolliti ravimihüvitise dokumentide haldamiseks kasutatavat arvutirakendust.

Peamised tähelepanekud

328 Hispaania kõrgeim kontrolliasutus tegi alljärgnevad tähelepanekud.

- MUFACE sätestatud piirnormid psühhotroopsete ainete tarbimisele olid kõigi toimeainete puhul ühised, olenemata sellest, millised olid Hispaania ravimite ja tervisetoodete ameti soovitatud suurimad annused igat liiki ravimite puhul.
- Hoiatussüsteemis, mis loodi ravimite normaalset tarbimist ületavatele liikmetele retseptide andmise piiramiseks, oli mitu puudujääki (puudusid juhised ja hoiatused liikmete kohta, kes olid kas juba MUFACEst lahkunud või ei kasutanud enam ravimeid või kasutasid neid liiga palju).
- Detsentraliseeritud ravimihüvitiste tasumise kord ei vastanud ühelegi kolmest võimalusest, mis on sätestatud Hispaania 26. novembri 2003. aasta eelarveseaduses nr 47/2003.
- Kaks korda esitatud arveid tuvastati kogusummas 55 998 eurot.
- Kuna teatavate ravimite 2015. aasta kulu ülempiir oli ületatud, kuulus 31. detsembri 2016. aasta seisuga diskonteerimisele 329 988 euro suurune summa.
- MUFACE rahastatava C-hepatiidi ravimi dokumentidest nähtus, et vastav summa oli tasutud, kuid üldjuhul ei vähendanud haiglad summat 7,5% võrra, nagu on ette nähtud Hispaania kuningliku dekreet-seaduse nr 8/2010 artiklis 9.

Soovitused

329 Hispaania kõrgeim kontrolliasutus esitas järgmised soovitused:

- o tugevdada kontrolli, võrrelda perioodiliselt MUFACE, Hispaania maksuameti (sissetulekute taseme kontroll) ja riikliku sotsiaalkindlustusinstituudi (liikmesuse kontroll) andmebaase;
- o edendada elektroonilise raviretseptide süsteemi kasutuselevõttu, et võimaldada ulatuslikumalt kontrollida ravimeid välja kirjutavaid arste ning ravimite muude kehtivus- ja väljastamisnõuete täitmist;
- o võtta asjakohaseid meetmeid retseptide ja nende tootmise ja jagamise nõuetekohaseks haldamiseks ning varude kontrollimiseks;
- o kohandada ravimihüvitiste korda käsitlevaid juhiseid nende hüvitiste töötlemise tegeliku korraga, kaotada praegused puudujäägid ravimite tarbimise hoiatussüsteemis, täiustada ja laiendada sel eesmärgil kehtestatud kontrolli ning sätestada tarbimispiirangud olenevalt iga ravimi toimeainest;
- o kehtestada meetmed haiglatele C-hepatiidi ravimi rahastamiseks enamakstud summade tagasinõudmiseks ja võtta asjakohaseid meetmeid, et haiglad vähendaksid haiglatest väljastatavate ravimite arveid 7,5% võrra;
- o muuta haiglatest väljastatavate ravimite eest MUFACE pangaarvete kaudu tehtavate maksete halduskorda.

Avaldamine ja järelkontroll

330 Aruande esialgne kavand saadeti MUFACE-le märkuste esitamiseks. Lõplik auditaruanne esitati 16. novembril 2017 parlamendikomisjonile.

331 Auditaruanne on Hispaania riigikontrolli veebisaidil kättesaadav alates 1. oktoobrist 2017. Põhijäreldusi ja -soovitusi kokkuvõttev pressiteade avaldati 16. oktoobril 2017. Parlamendikomisjoni 23. novembri 2017. aasta resolutsioon avaldati riigi teatajas 26. veebruaril 2018.

332 Aruandes esitatud soovitude järelkontroll toimub kas järelkontrolli eriaruande vormis või siis, kui täidetakse selle üksusega seotud uusi auditiülesandeid. Seni ei ole järelmeetmeid võetud, sest aruande kinnitamisest on möödunud vähe aega.

Eeldatav mõju

333 MUFACE peadirektor teavitas 27. märtsil 2018 Hispaania riigikontrolli mitme korraldus-, menetlus- ja õigusmuudatuse rakendamisest:

- o tervishoiulepingu muudatused;
- o 23. mai 2012. aasta ülesannete delegeerimise resolutsiooni muudatused;
- o muudatused MUFACE raamatupidamiseeskirjades, mis on seotud kulude, maksete, finantskontrolli ja raamatupidamisarvestusega;
- o kontrolli tugevdamine, korrapärase ristkontrolli tegemine liikmeid hõlmavates andmebaasides, eelkõige hüvitisesaajate ja kindlustusvõtjate kohta;
- o kavakohaselt pidi 2018. aastal rakendatama ravimitasude haldamise arvutirakendust;
- o meetmete võtmine haiglatele C-hepatiidi ravimi rahastamiseks enammakstud summade tagasinõudmiseks;
- o e-retsepti süsteemi rakendamine, ravimite ületarbimise tuvastamise ja ennetuse tõhustamine, asjakohaste meetmete võtmine retseptide nõuetejärgseks haldamiseks.



Itaalia Corte dei conti

Riiklike tervishoiuasutuste kinnisvara renoveerimise ja tehnoloogilise ajakohastamise eriprogrammi rakendamine

Ülevaade

334 Itaalia kõrgeima kontrolliasutuse auditis hinnati riiklike tervishoiuasutuste kinnisvara renoveerimise ja tehnoloogilise ajakohastamise eriprogrammi.

335 Audit hõlmas aastaid 2012–2016.

336 Hoonete renoveerimise ja tehnoloogilise ajakohastamise programm võeti vastu seadusega nr 67/88 ja esimene etapp lõpetati 1996. aastal. Corte dei conti on juba teinud ühe auditi, mille aruanne esitati 2011. aasta mais.

Auditi läbiviimine

337 Üldine auditiküsimus oli järgmine:

- o kas on võimalik tasakaalustada riigi huvi raamatupidamisarvestuse stabiilsuse vastu terviseohutuse ja struktuuride turvalisuse prioriteetide ja vajadustega?

338 Peamine auditeeritud üksus oli tervishoiuministerium.

339 Hindamisel kasutati tõendeid, mis hangiti taristuinvesteeringute kava rakendamise eest vastutavale tervishoiuministeriumile (tervishoiu kavandamise peadirektoraat) esitatud teabe- ja dokumendipäringute kaudu.

Peamised tähelepanekud

340 Itaalia kõrgeim kontrolliasutus tegi alljärgnevad tähelepanekud.

- o tervishoiuministerium ei olnud veel vastu võtnud seadusandlikus dekreedis nr 228/2011 sätestatud **mitmeaastast kavandamisdokumenti**;
- o nn Mexa-metoodika ei võimaldanud tegelikult hinnata sekkumiste tõhusust;
- o piirkondade poolt tervishoiuministeriumile esitatud aastaaruannet ehitustööde edusammude kohta ei peetud piisavaks, et jälgida projektide elluviimist. Piirkondadelt üks kord aastas saadav dokument ehitustööde arengujärgu kohta ei ole asjakohane, sest selles ei kajastata tegelikku arengut;
- o avaliku ja erasektori partnerlust ei kasutatud tõhusalt ja erasektori vahendeid nappis.

Soovitused

341 Itaalia kõrgeim kontrolliasutus esitas järgmised soovitused:

- o tervishoiuministerium peaks vastu võtma seadusandlikus dekreedis nr 228/2011 sätestatud mitmeaastase kavandamisdokumendi;
- o Mexa-metoodika peaks võimaldama nii strateegilise kontrolli kui ka tulemusauditi läbiviimist. Avaliku sektori investeeringute hindamine, sealhulgas nii eesmärkide püstitamine kui ka saavutatud tulemuste hindamine, peaks kuuluma halduskontrollisüsteemi alla.

342 Lisaks tuleks arendada avaliku ja erasektori partnerlust, et

- o luua avaliku ja erasektori vahel suhteid ja sidemeid;
- o suurendada projekti nähtavust eesmärgiga kaasata erasektori partner täiel määral otsustusprotsessi;
- o projektidega seotud riske asjakohasemalt juhtida.

343 Lisaks peaks ministerium eelistama eraettevõtjaid, kes on orienteeritud pikemaajalistele investeeringutele ja suudavad rahastada projekte nende algusetapis.

344 Kava rakendamise juhtimisprotsessi käsitleva haldus- ja raamatupidamisteabe kogumine tuleb tingimata ümber korraldada ning seda täiustada.

345 Tervishoiuministerium peaks olema kursis kohalike üksuste loodud tervishoiutaristu algatustega, mida rahastatakse riiklikest või Euroopa vahenditest. Üksiti peaks ministerium võtma kasutusele andmebaasi, kuhu kogutakse kavandamistegevuse täiustamiseks ja investeeringute optimeerimiseks vajalik teave.

Avaldamine ja järelkontroll

Aruande esitlemine

346 Aruannet esitleti parlamendile, majandus- ja rahandusministeriumile, tervishoiuministeriumile ning Veneto, Emilia Romagna ja Calabria piirkondadele.

347 Aruanne avaldati 9. aprillil 2018. aastal Corte dei conti veebisaidil.

Eeldatav mõju

348 Itaalia kõrgeim kontrolliasutus eeldab järgmist mõju:

- o seadusandlikud muudatused, et hõlbustada rahvatervise sektori kinnisvara renoveerimist ja tehnoloogilist ajakohastamist;
- o auditeeritud üksuste esiletõstetud kriitiliste küsimuste parem hindamine, et välja töötada uued lahendused;
- o keskendumine hoonete turvalisusele, eelkõige maavärina- ja tulekindlatele materjalidele.



Kreeka

Ελεγκτικό Συνέδριο

Horisontaalne temaatiline audit riigi võlgnevuste kohta seoses haiglate, riikliku tervishoiuteenuste osutamise organisatsiooni (EOPYY) ja piirkondliku tervishoiudirektoraadiga

Ülevaade

349 Kreeka kõrgeim kontrolliasutus hindas riigi võlgnevuste kuhjumist.

350 Audit hõlmas perioodi 31. detsembrist 2016 kuni 30. septembrini 2017.

Auditi läbiviimine

351 Üldised auditiküsimused olid järgmised:

- o kas võlgnevuste arveldamiseks ettenähtud Euroopa stabiilsusmehhanismi vahendeid on kasutatud eesmärgipäraselt;
- o miks võlgnevused jätkuvalt kuhjuvad.

352 Peamised auditeeritud üksused olid kuus haiglat, riiklik tervishoiuteenuste osutamise organisatsioon (EOPYY) ja esimese Atika piirkonna tervishoiudirektoraat.

353 Tõendeid saadi peamiselt intervjuudest, kolmandatele pooltele (tarnijatele) saadetud esialgseid leide sisaldavatest kirjadest, kaupade tarne ja teenuste osutamise kohapealsetest etteteatamata kontrollidest, dokumentide läbivaatamisest ning dokumentide ja menetluste õiguspärasuse ja nõuetelevastavuse kontrollidest.

Peamised tähelepanekud

Tähtajaks täitmata kohustused – võlgnevused

354 Audit tõi esile järgmist:

- o ebakorrapärasused võlgnevuste aegumises ja puudulikud lisa- või maksedokumentid kaupade ja teenuste kohta;
- o puudusid intresside ja rahaliste karistuste maksete jälgimise mehhanismid ning andmed kohtuasjade staatuse kohta;
- o märkimisväärne arv kohustusi ei olnud kohustuste registris registreeritud või oli registreeritud vigaselt või neid ei kajastatud IT-süsteemides;
- o IT-süsteemidest ei olnud võimalik eksportida kindlaid koond- ja analüüsiaruandeid tasaarveldamise kohta.

Võlgnevuste arveldamise kava

355 Kreeka kõrgeim kontrolliasutus leidis järgmist:

- o juhtumid, kus ei järgitud lihtjärjekorra (FIFO) põhimõtet või kohustuste arveldamise tähtaegu, lahknevused läbivaadatud dokumentides ja puudujäägid maksemenetluses; leiud andmete ja aruandlussüsteemide usaldusväärsuse kohta puudutasid peamiselt kohustuste dokumenteerimise süsteeme ning
- o aruandlussüsteemides tuvastati lahknevusi.

356 Lisaks keskenduti auditis uute võlgnevuste allikate väljaselgitamisele. Auditileiud on esitatud alljärgnevalt.

- o Puudus likviidsus, mis omistati ebarealistlikele eelarvetele; Euroopa stabiilsusmehhanismiga kehtestati kulutuste ülemmäärad; allahindlus- ja tagastamismehhanismide kohaldamisel esines viivitusi; tulude kogumisel esines viivitusi; erikokkulepetega vähendati asjakohaseid nõudeid.

- Hankemenetluste õigusraamistiku keerukuse (ja kohatise ebamäärasuse) tõttu ei viidud hankemenetlusi alati lõpule (põhjuseks bürokraatia ja liiga piirav õigusraamistik, mis tõi kaasa loendamatu kohustusi ja õiguspärasusega seotud probleemidest tulenevaid viivitusi tagasimaksmisel) ning võlgnevuste arveldamiseks oli nõutav suur hulk lisadokumente.
- Võlgnevuste tasumise kava tulemuste hindamisest selgus, et kava ei olnud piisavalt kõikehõlmav ja et mõnel juhul ei järgitud iserahastamise (oma kohustuste tasumine omavahenditest) põhimõtet.

Soovitused

357 Kreeka kõrgeim kontrolliasutus soovitas järgmist:

- ajakohastada IT-süsteeme ja nende kasutamist tavaeelarvete toetamiseks;
- kasutada neid süsteeme kõigi nõutavate aruannete automaatseks väljavõtmiseks;
- ajakohastada kohustuste registrit automaatselt; teha selles konkreetseid muudatused ja parandused, et tagada kohustuste ja võlgnevuste dokumenteerimise ja tasumise seaduslikkus ja korrektsus;
- kohaldada kohustuste tasumisel lihtjärjekorra põhimõtet ja ühitada maksed automaatselt vanemate arvetega;
- muuta täielikult toimivaks rahvatervise valdkonna riiklik keskne hankija;
- kehtestada raviprotseduuride kaupa tootmisprotokollid, hangete ja maksete haldusmenetluste sisekontroll, ühtne kodifitseerimine ja klassifitseerimine, ühtsed tehnilised kirjeldused ning tarbekaupade, materjali ja meditsiiniseadmete ühised vötkoodid ja registrid;
- parandada varude haldamist;
- kiirendada hankemenetluste pakkumuste hindamist;
- võtta kõigis haiglates vastu ühine konsolideeritud IT-süsteem;
- kohaldada näitajaid, võtmetähtsusega tulemuslikkuse põhinäitajaid, sihttasemeid, kuluarvestust ja tekkepõhist arvestussüsteemi;

- o kohaldada tervishoiuteenuste osutajatele õigel ajal tagastamismehhanismi;
- o töötada välja realistlikud eelarved;
- o kehtestada sise-eeskirjad, menetluste sisekontroll ja siseauditijuhend;
- o parendada haiglate riskianalüüsi; suurendada töötajate piisavust ja täiustada nende jaotust;
- o kiirendada arveldus- ja maksemenetlusi;
- o maksta valitsemissektori toetusi igal kuul.

Avaldamine ja järelkontroll

358 Kõiki kaheksat aruannet esitleti 2018. aasta oktoobris parlamendile selle alalise majanduskomisjoni ja alalise sotsiaalkomisjoni ühisel koosolekul. Aruanded avaldati Kreeka riigikontrolli veebisaidil. Mainitud esitlus kanti üle parlamendi telekanalis.

359 Järelkontroll viiakse läbi ühe aasta jooksul.

Eeldatav mõju

360 Horisontaalse auditi eesmärk oli välja selgitada valitsemissektori võlgnevuste põhjused ja aidata valitsusel välja töötada strateegiad selle probleemi lahendamiseks ning vajalike reformide läbiviimiseks asutustes, et ennetada uusi probleeme.



Luksemburg Cour des comptes Haiglainvesteeringute riiklik rahastamine

Ülevaade

361 Luksemburgi kõrgeim kontrolliasutus hindas haiglainvesteeringute riiklikku rahastamist ajavahemikus 2011–2017.

Auditi läbiviimine

362 Auditi eesmärk oli kontrollida selliste nõuete täitmist, mis on sätestatud suurhertsogi määruses, milles käsitletakse üksikasjalikke eeskirju riigi osaluse kohta haiglainvesteeringutes. Kõrgeim kontrolliasutus analüüsis ka seda, kui tõhusad ja järjepidevad on tervishoiuministeriumi kontrollimehhanismid, mida kasutatakse haiglate esitatavate hüvitistaotluste kontrollimiseks.

363 Peamised auditeeritud üksused olid tervishoiuministerium ja riigi vahendite saajatest moodustatud valim.

364 Auditimetoodika hõlmas intervjuusid auditeeritud üksustega ja esitatud dokumentide analüüsi.

Peamised tähelepanekud

Riigi osalemine haiglate moderniseerimise, renoveerimise ja ehitamise rahastamises

365 Tervishoiuministerium ei esitanud finantselgitust, milles võrreldaks õiguslikult kinnitatud projektide kulusid tegelike investeeringukuludega, ega põhjendusi kinnitatud kulutõusu ületavate kulude kohta.

Õigusnormid

366 Kuigi õiguslikult nõutav, puudus teatavatel haiglaprojektidel abi andmise leping, näiteks ühe haigla laiendamise ja teise haigla keskse steriliseerimisrajatise ehitustööde puhul. Lisaks tehti ühe projekti raames tööd ilma tervishoiuministri eelneva ametliku volitusega.

367 Seaduses on ka ette nähtud, et määrusega tuleb sätestada rahalise abi andmise üksikasjalik kord, näiteks dokumentide läbivaatamise tähtajad ja kord, kohustuslikud lisadokumendid ning vajadusi ja mõju käsitleva uuringu kohustuslikkus ja ulatus. Auditi toimumise ajaks ei olnud aga sellist määrust vastu võetud.

Ehitus- ja/või moderniseerimisprojektide järelevalve

368 Valimisse kuuluva nelja projekti juhid koostasid korrapäraselt eduaruandeid, kuid ei esitanud neid süstemaatiliselt ministeeriumile, kuigi see on määrusekohane nõue.

369 Audiitorid leidsid ka mitu ebakõla riigi tulude ja kulude eelarve raames koostatud haiglataristu fondi mitmeaastase kava ja toetatud projektide järelevalvetabelite vahel. Tabelid koostas iga haigla kohta tervishoiuministeerium.

370 Seoses haiglainvesteeringute projektide eelarve kohandamisega ehitushinnaindeksi muudatuste arvesse võtmiseks märkisid audiitorid, et tervishoiuministeeriumil ei olnud vahendeid, et teha täpselt kindlaks käimasoleva projekti olemasolev eelarve või kontrollida haiglate arvutusi.

Hüvitistaotlused

371 Audiitorid sedastasid, et 1) projekte kinnitasid ja toetasid erinevad üksused; 2) need üksused ei suhelnud omavahel ning 3) hüvitistaotluste kontrollimise eest vastutas üksainus ametnik.

372 Seaduse järgi vastutab riiklike toetuste ja hüvitistaotluste jagamise kontrolli eest valitsuse haiglavolinik. Audiitorid leidsid, et kuigi tema volitusi on suurendatud, ei saa ta oma ülesandeid täielikult täita piisavate inimressursside puudumise tõttu.

373 Seaduse kohaselt katab riik 80% tervishoiuministri kinnitatud haiglate vallas- ja kinnisvarainvesteeringute kuludest. Audiitorid täheldasid aga, et tervishoiuminister eiras seda eeskirja mitu korda.

374 Seoses valdkondadega, mida tervishoiuministereerium ei saa toetada, on määruses täpsustatud, et kui mittetoetatav osa on projekti lahutamatu osa, arvutatakse selle kulud ehitustööde lõpus. Valimi ühe projekti puhul aga hinnati projekti lõpus ümber ainult maa-aluse parkla kulud. Teises projektis hinnati mittetoetatavate osade kulusid tõepoolest uuesti, kuid eraldamise vajalikkus jäi selgusetuks, sest mitut üksikasja ei olnud esitatud.

375 Kuigi määruses on sätestatud, et tervishoiuminister võib vastu võtta kõigile haiglatele ühtsed abikõlblikkuse eeskirjad, ei ole seda tehtud.

Soovitused

Riigi osalemine haiglate moderniseerimise, renoveerimise ja ehitamise rahastamises

376 Tervishoiuministereerium peaks

- o teavitama saadikutekoda perioodiliselt suurte riiklikult rahastatavate haiglainvesteeringute projektide edusammudest;
- o järgima korda, mis sarnaneb saadikutekojas riiklikult elluviidavate taristuprojektide puhul järgitavale korrale. See tähendab, et kõik tähtsad programmimuudatused tuleb läbi vaadata ja alati, kui projekti kulud ületavad 5% kinnitatud summast, tuleb esitada uus seaduse eelnõu ning iga rahastamise seaduse alusel kinnitatud projekti kohta tuleb esitada kulude lõplik jaotus.

Ehitus- ja/või moderniseerimisprojektide järelevalve

377 Tervishoiuministeerium peaks

- o täpsustama, millist teavet ta vajab, ja nõudma, et aruandeid saadetakس korrapäraselt;
- o vaatama üksikasjalikult läbi projektide finantsandmed ja kasutama selleks ühtset järelevalvevahendit;
- o looma oma vahendi eelarvekohanduste arvutamiseks ja teavitama korrapäraselt haiglaid allesjäänud eelarvest.

Hüvitistaotlused

378 Moderniseerimis- ja/või ehitusprojektide kinnitamise ja rahastamise ülesanded tuleks koondada uude eraldiseisvasse üksusesse, mis hõlmab üldkasutatavate hoonete haldamise eksperte. Ministeerium peaks koostama nimekirja rahastamiskõlbmatutest investeerimiskuludest, kehtestama teatud liiki kuludele rahalised piirmäärad ja lisama selle nimekirja tulevikus sõlmitavatesse rahastamislepingutesse. Kõiki osi tuleks projekti lõpus uuesti hinnata ja esitada liigendatult tegelikud kulud.

Avaldamine ja järelkontroll

379 Ära kuulamisetapis saadeti tähelepanekud ja soovitused 15. novembril 2018 auditeeritud üksusele. Eriaruanne esitati 29. aprillil 2019 saadikutekojale ja avaldati seejärel koos pressiteatega kõrgeima kontrolliasutuse veebisaidil.

380 Kõrgeima kontrolliasutuse eriaruannete suhtes teeb järelkontrolli saadikutekoja eelarve täitmise komisjon, koostades aruande meetmete kohta, mida asjaomased asutused on võtnud vastusena kontrolliasutuse soovitustele.

Eeldatav mõju

381 Eeldatavasti optimeeritakse haiglainvesteeringute toetusmenetlusi ja teavitatakse saadikutekoda korrapäraselt suurte riiklikult rahastatavate haiglainvesteeringute projektide edusammudest.



Slovakkia

Najvyšší kontrolný úrad Slovenskej republiky

Tervishoiuasutuste rahalised vahendid ja vara

Ülevaade

382 Slovakkia kõrgeima kontrolliasutuse auditis hinnati tervishoiuasutuste rahaliste vahendite ja vara vastavust õigusnormidele.

383 Audit hõlmas aastaid 2011–2015. Mõne auditeeritava asjaolu objektiivseks hindamiseks võeti arvesse ka teisi aastaid.

Auditi läbiviimine

384 Üldised auditiküsimused olid järgmised.

- Kas auditeeritava üksuse eelarve on realistlik?
- Kas on järgitud tasakaalus eelarve põhimõtet?
- Milline on raviasutuste rahaline seisund?
- Kas auditeeritavate üksuste kohustused on tasutud?
- Kas auditeeritav üksus on investeerinud uute meditsiiniseadmete soetamisse ja kas on koostatud investeerimiskavad?
- Kas riigihanked on läbipaistvad ja mittediskrimineerivad ning kas järgiti säästlikkuse ja tõhususe põhimõtteid?
- Kas auditeeritavates valdkondades on erinevusi tervishoiuasutuste vormides (omandi seisukohast)?

385 Peamised auditeeritavad üksused olid haiglad ja raviasutused, sealhulgas 22 avaliku sektori asutust (14 riiklikku ja 8 isemajandavat üksust), 10 asutust, mille ettevõtlusvormi oli muudetud (aktsiaseltsid, piiratud vastutusega äriühingud, mittetulundusühendused), ja 6 eraettevõtjat.

386 Auditimetoodika hõlmas dokumentide läbivaatamist, intervjuusid, võrdlusuuringuid ja statistilist andmeanalüüsi.

Peamised tähelepanekud

387 Paljud tähelepanekud kehtisid igat liiki tervishoiuasutuste (riiklik, isemajandav, muudetud, eraettevõtja) suhtes, ent mõnes valdkonnas oli juhtimine märgatavalt erinev.

- Riiklike ja isemajandavate asutuste eelarvestamine ja eelarve heakskiitmine ei olnud realistlik, sest eelnenud aastatel oli majandustulemus negatiivne. Asutajad, kes eelarveid heaks kiidavad ja neid kontrollivad, vastutavad teataval määral ka eelarvete ebapiisava kvaliteedi eest. Paremat eelarvejuhtimist ja varahaldust täheldati ettevõtlusvormi vahetanud asutustes ja eriti eraettevõtetes.
- Juhtimistaseme, eelarvehendite kontrolli ja saavutatud majandustulemuste vahel oli otsene seos. Enamik ettevõtlusvormi vahetanud tervishoiuasutusi ja erahaiglaid teenis kasumit (v.a üks ettevõtlusvormi vahetanud asutus ja üks erahaigla).
- Tervishoiukulud suurenesid, kuid tulu neid ei katnud. Auditeeritud üksused teatasid märkimisväärsest tasumata tervishoiuteenuste mahust. Slovakkia kõrgeim kontrolliasutus peab haiglate võlgade üheks peamiseks põhjuseks seda, et ravikindlustusandjad ei tasu kindlustusega hõlmatud tervishoiu eest.
- Auditeeritud perioodist (2011–2015) kuni kolmandiku vältel registreeriti kohustuste suurenemine aastast aastasse.
- Avaliku sektori tervishoiuasutustes olid investeeringud meditsiinitehnoloogiasse väikesed, mistõttu suurenesid remondi- ja hoolduskulud. Lisaks puudus investeerimiskava.

- o Riigihangete valdkonnas leitud puudujäägid olid pakkujate diskrimineerimine, mõne pakkuja infoeelis, meditsiiniseadmete hanke sidumine ehitustöödega ning kokkumängu ja liiga kõrge hinna määramise kahtlustused. Erasektori asutustes oli meditsiiniseadmete hankehind märksa väiksem kui muu omandivormiga asutustes.
- o Riiklikes ja isemajandavates tervishoiuasutustes sõlmiti mitu ebasoodsat teenuselepingut.
- o E-tervise ja diagnostikaga seotud rühmade eesmäärke ei täidetud täielikult.

Soovitused

388 Slovakkia kõrgeim kontrolliasutus soovitas kõrvaldada tuvastatud puudujäägid ja parandada tervishoiuasutuste avalike vahendite juhtimist ja varahaldust. Kontrolliasutuse soovitused olid peamiselt seotud finants- ja materjalikulude haldamise ja auditeerimisega, aruandluse ja andmesalvestuse ühtlustamisega parameetrite optimeerimise eesmärgil ning võimalusega soetada meditsiiniseadmeid tsentraalselt.

Avaldamine ja järelkontroll

389 Aruanne saadeti Slovaki Vabariigi presidendile, Slovaki Vabariigi rahvusnõukogu presidendile, kahele parlamendikomisjonile ja Slovaki Vabariigi peaministrile. Tulemused saadeti ka Slovaki Vabariigi monopolidevastasele ametile, tervishoiu järelevalveametile, riigihangete ametile, Slovaki Vabariigi tervishoiuministeeriumile, Slovaki Vabariigi riigiprokuratuurile ja riiklikule kriminaaluurimisasutusele. Audititulemusi esitleti ajakirjandusele, raadiole ja televisioonile.

390 Slovakkia kõrgeimat kontrolliasutust käsitleva seaduse kohaselt olid auditeeritud haiglad/tervishoiuasutused kohustatud võtma meetmed tuvastatud puudujääkide kõrvaldamiseks ning esitama need tähtjaks kõrgeimale kontrolliasutusele. Kokku on auditeeritud üksused võtnud 168 meetet, millest 122 meetet võtsid avaliku sektori asutused, 41 meetet ettevõtlusvormi vahetanud asutused ja 5 meetet erasektori tervishoiuasutused.

391 Nimetatud seadust järgides esitasid auditeeritud üksused Slovakkia kõrgeimale kontrolliasutusele kirjalikud aruanded tuvastatud puudujääkide kõrvaldamiseks võetud meetmete rakendamise seisu kohta. Esitatud aruannete põhjal jälgis kõrgeim kontrolliasutus võetud meetmete rakendamist ja tegi ettepanekud täiendavate menetluste kohta (nt meetmete rakendamise edasine järelevalve, audit meetmete rakendamise kohta konkreetses auditeeritud üksuses jne).

Eeldatav mõju

392 Audititulemused võivad kaasa tuua järgmist:

- o korralduslikud/menetluslikud muudatused Slovaki Vabariigi tervishoiuministeriumis, et juhtida sellele alluvaid organisatsioone, riiklike tervishoiuasutuste eelarvete koostamist ja heakskiitmist ning nende suhteid ravikindlustusandjatega;
- o uutesse meditsiiniseadmetesse investeerimise otsuse läbivaatamine;
- o menetlused meditsiiniseadmete kesksete riigihangete tagamiseks;
- o muud süsteemsed muudatused tervishoiupoliitika rakendamises.



Soome

Valtiontalouden Tarkastusvirasto

Sotsiaalkindlustuskulude suundumusi käsitlevad prognoosid

Ülevaade

393 Soome kõrgeima kontrolliasutuse auditis hinnati sotsiaalkindlustuskulude suundumusi käsitlevate prognooside usaldusväärsust. Nendest prognoosidest lähtutakse poliitiliste otsuste langetamisel ja majandusliku jätkusuutlikkuse kohta hinnangute tegemisel.

394 Auditis keskenduti makromajandusliku mudeli kasutamisele sotsiaalkindlustuskulude prognooside puhul. Mudelit täpsustati aastatel 2007–2009 ja auditis keskenduti peamiselt perioodile pärast 2010. aastat. Auditis käsitleti sotsiaalkindlustuskulude suundumuste pikaajalisi prognoose, mida kasutati sotsiaal- ja tervishoiupoliitika otsuste tegemiseks. Osa suundumusi käsitlevatest prognoosidest tehti sotsiaal- ja tervishoiuministeriumis sotsiaalkindlustuskulude analüüsimudeli (SOME-mudel) alusel.

Auditi läbiviimine

395 Üldine auditiküsimus oli järgmine: kui usaldusväärsed on sotsiaalkindlustuskulude suundumusi käsitlevad prognoosid, mida kasutati poliitiliste otsuste ja majandusliku jätkusuutlikkuse hinnangute alusena?

396 Selle üldise küsimuse raames küsis riigikontroll järgmist:

- 1) milliseid sotsiaalkindlustuskulude suundumusi käsitlevaid prognoose või ennustusi otsuste langetamiseks tehakse;
 - a) mis on nende peamised erinevused;
 - b) kuidas neid otsustusprotsessis kasutatakse;

- c) milline on nendes prognoosides Soome statistikaameti tehtud rahvastikuprognoside roll;
- d) milline on prognoose tegevate ja kasutavate asutuste koostöö;
- 2) kas sotsiaal- ja tervishoiuministeerium suudab mudelit nõudluse kohaselt arendada;
 - a) kui paindlik on mudel, et seda arendada;
 - b) kas ministeeriumil on piisavad vahendid ja oskusteave mudeli arendamiseks;
- 3) kas sotsiaalkindlustuskulude suundumusi käsitlevate prognooside valdkonnas põhineb poliitikakujundamine avatud ja läbipaistvatel meetoditel;
 - a) kuidas dokumenteeritakse mudeleid ja nende aluseks olevaid eeldusi;
 - b) kas eeldustel põhinevaid tundlikkusanalüüse tehakse ja avaldatakse süstemaatiliselt.

397 Peamised auditeeritud üksused olid sotsiaal- ja tervishoiuministeerium ning rahandusministeerium.

398 Tõendeid hangiti suundumusi käsitlevate prognooside läbipaistvuse ja meetoodika hindamisest, mis viidi läbi sotsiaal- ja tervishoiuministeeriumis, intervjuudest sotsiaal- ja tervishoiuministeeriumi, rahandusministeeriumi ning teiste suundumusi käsitlevaid prognoose tegevate asutuste (Soome sotsiaalkindlustusamet (Kela) ja Soome pensionikeskus) ekspertidega, võrreldes ja analüüsisid sotsiaal- ja tervishoiuministeeriumis kasutatud SOME-mudeli meetodeid Kela ja pensionikeskuses suundumuste kohta prognooside tegemiseks kasutatud meetoditega.

Peamised tähelepanekud

399 Riigikontroll tegi alljärgnevad tähelepanekud.

- o Sotsiaalkindlustuskulude suundumuste kohta pikaajaliste prognooside tegemisel osutus SOME-mudel kõige põhjalikumaks. Raamatupidamistava oli selge struktuuriga ja hea alus edasiarenduseks.

- Mudeli kirjeldus ja tehniline juhend olid terviklikud ja üksikasjalikud. Samas ei olnud kirjeldust ajakohastatud, ehkki mudelis oli selle kasutuselevõttust saadik tehtud mitu muudatust.
- Vaja oli mudeli edasiarendatud versioone. Näiteks tekitas sotsiaal- ja tervishoiureform (SOTE-reform) vajaduse sotsiaalkindlustuskulude suundumusi käsitlevate prognooside järele konkreetsetes SOTE-piirkondades.
- SOME-mudel oli keskne rahandusministeeriumi jätkusuutlikkuse valdkonna mahajäämuse hinnangutes, sest see võeti vanusega seotud kulusid puudutavate hinnangute aluseks. Vanusega seotud kulude suundumuste kohta tegid sotsiaal- ja tervishoiuministeerium ning rahandusministeerium prognoose ühiselt ja mitteametlikult. Ülesannete jaotus selles koostöös jäi selgusetuks, kuigi jätkusuutlikkuse mahajäämist käsitleva hinnangu eest vastutas lõplikult rahandusministeerium. Vanusega seotud kulude puhul jätkusuutlikkuse mahajäämuse hindamisel kasutatud meetoodika kirjeldus oli üldine ja läbipaistmatu.
- SOME-mudeli põhjal valminud stsenaariume ja tundlikkusanalüüse ei avaldatud korrapäraselt. Tulemuste süstemaatiline avaldamine paneks aluse ekspertidevahelisele dialoogile, muudaks avatumaks sotsiaal- ja tervishoiupoliitika kujundamise ning rahandusministeeriumi tehtud jätkusuutlikkuse valdkonna mahajäämuse hinnangud ja lihtsustaks mudeli arendamist.
- SOME-mudelile eraldatud vahendid ei olnud ilmtingimata piisavad mudeli arendamiseks vastavalt nõudlusele ja viisil, mis võimaldaks tulemusi süstemaatiliselt analüüsida.

Soovitused

400 Riigikontroll esitas alljärgnevad soovitused.

- Sotsiaal- ja tervishoiuministeerium peaks tagama SOME-mudeli tehnilise juhendi ajakohastamise. Samuti tuleks korrapäraselt avaldada SOME-mudeliga tehtud stsenaariumiarvutusi käsitlevaid ja tundlikkusanalüüse hõlmavaid aruandeid.
- SOME-mudeli arendamisel peaks sotsiaal- ja tervishoiuministeerium võtma arvesse SOTE-reformist tulenevaid uusi teabevajadusi. Ministeerium peaks eraldama piisavad vahendid arendustegevuseks ja regulaarseks analüüsiks ning tagama piisava

eksperditasandi koostöö sotsiaalkindlustuskulude suundumusi käsitlevaid prognoose tegevate ja nende jaoks teavet andvate teiste organisatsioonidega.

- Läbipaistval viisil tuleks kirjeldada sotsiaal- ja tervishoiuministeeriumi ning rahandusministeeriumi vahelist koostööd, mille eesmärk on anda hinnang mahajäämusele jätkusuutlikkuses, et arvutada välja vanusega seotud kulud. Rahandusministeerium peaks koostama põhjaliku ja läbipaistva kirjelduse jätkusuutlikkuse mahajäämist käsitleva hinnangu metoodika kohta ning kasutama jätkusuutlikkuse mahajäämist käsitleva hinnangu korrapärasel aruandluses tundlikkusanalüüsi, näiteks sotsiaalkindlustuskulude suundumuste kohta.
- Mudelil põhinevat analüüsi võiks laialdasemalt kasutada ka lühiajalise poliitika kavandamisel.

Avaldamine ja järelkontroll

401 Aruanne esitati auditeeritud üksustele ja parlamendi auditikomisjonile. Aruanne avaldati 16. jaanuaril 2017. aastal riigikontrolli veebisaidil. Avaldamisega kaasnes pressiteade.

402 Järelkontroll viidi kavakohaselt läbi 2018. aasta sügisel. See seisnes auditeeritud üksustele saadetud küsimustikus. Järelaruanne on avaldatud riigikontrolli veebisaidil.

Eeldatav mõju

403 Eeldati, et SOME-mudeli eest vastutav sotsiaal- ja tervishoiuministeerium teeb jõupingutusi mudeli arendamiseks ja metoodika dokumenteerimiseks ning prognooside tulemuste süstemaatiliseks avaldamiseks. Samuti eeldati, et rahandusministeerium muudab läbipaistvamaks majandusliku jätkusuutlikkuse hinnangute metoodika ja SOME-mudeli kasutamise selles kontekstis.



Tšehhi Vabariik *Nejvyšší kontrolní úřad*

Valitud haiglate poolt kulude hüvitamiseks kasutatud vahendid

Ülevaade

404 Tšehhi kõrgeima kontrolliasutuse auditis hinnati ülikoolihaiglate vastavust õigusnormidele nende materjali, kaupade ja teenuste hankimisel ning seda, kas ministriumid kui haiglate asutajad täitsid seadusest tulenevaid kohustusi. Audit hõlmas aastaid 2014–2016.

405 Kõrgeim kontrolliasutus auditeeris märkimisväärset koguses ravimite ja meditsiiniseadmete ostmist. Lisaks uurisid audiitorid ülikoolihaiglate kohustust valida tarnijaid riigihangete kaudu ja hindasid, kas ministriumid täitsid seadusega asutajatele kehtestatud kohustusi.

Auditi läbiviimine

406 Auditis käsitleti järgmisi üldiseid küsimusi:

- o kas ülikoolihaiglate materjali, kaupade ja teenuste (eelkõige meditsiinivahendid ja -seadmed) hanked on kooskõlas õigusnormidega ning efektiivsed ja kulutõhusad;
- o kas ülikoolihaiglate vahel on märkimisväärseid ühiku ostuhinna erinevusi;
- o kas tervishoiuministrium ja kaitseministrium täidavad oma rolli ülikoolihaiglate asutajatena.

407 Peamised auditeeritud üksused olid ülikoolihaiglate asutajad, s.o tervishoiuministrium ja kaitseministrium, ning Brno ülikooli haigla, Motoli ülikoolihaigla ja sõjaväe keskhaigla ehk sõjaväe ülikoolihaigla Prahas.

408 Hindamisel lähtuti kogutud tõendite analüüsist, dokumentide läbivaatamisest, intervjuudest ja võrdlustest.

Peamised tähelepanekud

409 Tšehhi kõrgeim kontrolliasutus tegi alljärgnevad tähelepanekud.

- Materjali ja kaupade hanked olid otstarbekad, kuid alati mitte kulutõhusad või õigusaktidega kooskõlas. Teenuste ostmine ei olnud alati kulutõhus või õigusaktidega kooskõlas. Teatavatel juhtudel ei täitnud ministriumid seadusega asutajatele kehtestatud kohustusi.
- Ülikoolihaiglad ostsid ravimeid kas hankemenetluste kaudu või otse tarnijatelt. Ülikoolihaiglatel ei olnud alati võimalik valida tarnijat hankemenetluse tulemuste põhjal, sest kasutatavaid ravimeid ja meditsiiniseadmeid oli palju, tähtsam oli tagada patsientide elutalitlus, turul oli ainult üks tootja või hankemenetlus ebaõnnestus. Väljaspool hankemenetlusi soetatud tarnete osakaal oli märkimisväärne, kuigi kõik ülikoolihaiglad (v.a Brno) põhjendasid ravimite ja meditsiiniseadmete ostmist ilma hankemenetluseta.
- Pakkumuste hindamiseks sätestatud kriteeriumid ei olnud ülikoolihaiglates ühtsed.
- Ühte auditivalimisse kuuluvate samade ravimite ja meditsiiniseadmete ühiku ostuhindade võrdlus ülikoolihaiglate vahel tõi esile märkimisväärseid erinevusi nii absoluutväärtustes kui ka osakaaludes.
- Ülikoolihaiglate võrdluses erines ühte valimisse kuuluvate ravimite ja meditsiiniseadmete ühiku ostuhind märgatavalt, sageli isegi samalt tarnijalt ostetud kauba korral. Need hinnaerinevused tulenesid peamiselt sellest, et tarnijad tegid allahindlusi, turul oli ainult üks tootja, tarnijaid nappis, kaupa osteti väljaspool hankemenetlusi, tarnija turustas kaupa otse, hüvitamises tehti muudatusi või turule lasti geneeriline ravim. Kõrgeim kontrolliasutus näeb nendes märkimisväärses hinnaerinevustes võimalust kulude vähendamiseks.

- o Tervishoiu boonusesüsteemis puudusid selged eeskirjad ravimite ja meditsiiniseadmete ostmiseks. Boonuse mõistet ei olnud seaduses määratletud, see põhines vaid ülikoolihaigla ja tarnija vahelise konkreetse lepingulise suhte tingimustel. Ülikoolihaiglad ei järginud ühtset korda boonuste üle läbirääkimiste pidamisel ja boonusetulu kasutamisel. Tavaliselt sõlmisid ülikoolihaiglad boonuselepingud peamisest tarnesuhtest eraldiseisvalt. Ärisaladusele viidates ei avalikustanud ülikoolihaiglad boonuselepinguid lepingute registris ega lepingujärgsete boonuste väärtust.
- o Brno ülikoolihaigla rikkus eelarvedistsipliini, kasutades meditsiiniseadmete ja jäätmekäitlusteenuste hankimisel vahendeid põhjendamatult.
- o Sõjaväe keskaigla kasutas oma vara ebatõhusalt, sest puudusid veenvad lõplikud tõendid osutatud õiguskonsultatsioonide eest esitatud 15 arve kohta.

Soovitused

410 Tšehhi kõrgeim kontrolliasutus soovitas

- o ülikoolihaiglatel osta ravimeid ja meditsiiniseadmeid hankemenetluste alusel, mis on seadusest tulenev kohustus ning vahendite säästliku haldamise ja tarnijate läbipaistva valimise eeltingimus;
- o tervishoiuministeeriumil ja kaitseministeeriumil kehtestada tervishoiutoodete tarnijate antavate boonuste vastuvõtmise, aruandluse ja käsitlemise selged eeskirjad;
- o ülikoolihaiglatel seada hankemenetlustes kriteeriumiks mitte üksnes hind, vaid ka boonus, kui seda antakse, arvestades riigihanke eseme laadi ja keerukust;
- o tervishoiuministeeriumil tegeleda arengustrateegiatega ja välja töötada oma kontseptsioon otsejuhitavate organisatsioonide arengu kohta;
- o tervishoiuministeeriumil ja Brno ülikoolihaiglal uurida ülikoolihaigla toetusfondi kasulikkust ja eeliseid ning kaaluda selle jätkuva kasutamise põhjuseid;
- o kaitseministeeriumil käsitleda sõjaväe keskaiglale vahendite andmisega seotud tuvastatud riski.

Avaldamine ja järelkontroll

411 Aruanne esitati valitsusele 8. aprillil 2019.

412 Aruanne avaldati 3. septembril 2018. aastal kõrgeima kontrolliasutuse veebisaidil. Kõrgeim kontrolliasutus avaldas selle auditijärelduse oma bülletäänis nr 4/2018. Avaldamisega kaasnes pressiteade.

413 Aruande järelkontrolli ei ole veel tehtud.

Eeldatav mõju

414 Eeldatakse muudatusi ülikoolihaiglate menetlustes ja seda, et ministriumid täidavad oma rolli paremini, eelkõige võttes vastu eeskirjad boonuste ja hankemenetluste kohta ning jälgides ülikoolihaiglate tegevuse praktilisust, säästlikkust ja kulutõhusust.



Ungari Állami Számvevőszék

Haiglate auditite käigus saadud kogemuste
kokkuvõtlik analüüs

Ülevaade

415 Ungari kõrgeima kontrolliasutuse analüüsis esitati kokkuvõte haiglate auditeerimisel saadud kogemustest.

416 Analüüsitav periood hõlmas aastaid 2008–2016.

Auditi läbiviimine

417 Analüüsis keskenduti järgmisele:

- o juhtorganite ülesannete täitmine;
- o haiglate sisekontrollisüsteem;
- o haiglate finantsjuhtimine;
- o haiglate varade haldamine;
- o tervikluse lähenemisviisi elluviimine.

418 Peamiste auditeeritud üksuste hulka kuulus 21 haiglat, inimressursside ministeerium ja riiklik tervishoiuteenuste keskus.

419 Metoodika hõlmas dokumentide läbivaatamist, võrdlusuuringuid ja (statistilist) andmeanalüüsi.

Peamised tähelepanekud

420 Ungari riigikontroll tegi alljärgnevad tähelepanekud.

- Haiglate juhtimise põhinõuded sätestasid juhtorganid. Tekkinud ebakõlad olid seotud kesktasandi juhtorgani tegevusega hanke- ja heakskiitmismenetlustes. Paraku ei toonud juhtorganite kontrollitegevus kaasa haiglate asjakohast juhtimist.
- Haiglate juhid ei taganud nõutaval määral asjakohase sisekontrollisüsteemi kasutuselevõttu ja toimimist.
- Haiglate finantsjuhtimises (kavandamises, assigneeringute haldamises ja riigihangetes) ilmnenud ebakõlad ohustasid riigi raha kasutamise läbipaistvust ja vastutustundlikkust.
- Riigi vara seadusjärgset ja läbipaistvat haldamist puudutavaid nõudeid ei täidetud ei vara soetamise, paigaldamise, registreerimise, amortiseerimise ega vara ja kohustuste inventuuri käigus.
- Haiglates tugevdati tervikluse lähenemisviisi, kuid tervikluse kontroll ei olnud täiesti tulemuslik, põhjustades finantsjuhtimises ebakorrapärasusi.

Soovitused

421 Kokku esitati 441 soovitus: 16 ministrile, 21 kesktasandi juhtorganile ja 404 haiglajuhtidele.

422 Soovituste valdkonnad on järgmised:

- sisekontrollisüsteem;
- finantsjuhtimine;
- varahaldus;
- juhtorganite tegevus.

Avaldamine ja järelkontroll

423 Analüüsi esitleti 2019. aasta aprillis toimunud pressikonverentsil ja see avaldati Ungari riigikontrolli veebisaidil.

Eeldatav mõju

424 Mõju eeldatakse riskivaldkondade kindlakstegemise tõttu. Analüüs võib tuua kaasa selle, et asutustes pööratakse rohkem tähelepanu õigusnõuete järgimisele halduses ning aidatakse sektori teisi asutusi usaldusväärse juhtimise ja korrakohase tegevusega.

Osalevate ELi kõrgeimate kontrolliasutuste rahvatervise auditite loetelu alates 2014. aastast

425 Loetelu annab ülevaate ELi kõrgeimate kontrolliasutuste audititest, milles käsitletakse täielikult või osaliselt rahvatervist. Kui soovite asjakohase auditi kohta lisateavet, pöörduge asjaomase kõrgeima kontrolliasutuse poole.

Austria

- Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte [Arstide kvaliteedi tagamine] – Bund 2018/37] (2018)

Belgia

- Vlaams preventief gezondheidsbeleid – Evaluatie van het uitvoeringslandschap [Flaami ennetav tervishoiupoliitika – poliitika tulemuslikkuse hindamine]

Bulgaaria

- Ефективност на системата на психиатричното обслужване (одитът да бъде завършен и публикуван през 2020) [Psühholoogilise tervishoiu süsteemi tõhusus, valmib ja avaldatakse 2020. aastal]
- Електронно здравеопазване [E-tervis] (2017)
- Дейност на Центъра за асистирана репродукция [Kunstliku viljastamise keskuse tegevus] (2017)
- Одит за съответствие при финансовото управление на Изпълнителна агенция по лекарствата за периода [Ravimite rakendusameti finantsjuhtimise vastavusaudit] (2016)
- Одит за съответствие при финансовото управление на Министерството на здравеопазването [Tervishoiuministeeriumi finantsjuhtimise vastavusaudit] (2016)
- Ефективност на контрола върху дейностите по профилактика и диспансеризация на задължително здравноосигурените лица в РБ на възраст до 18 [Alaealistele

suunatud ravikindlustusteenuste raames toimuva ennetava tervishoiu ja ravimitega seotud tegevuse järelvalve tõhusus Bulgaarias] (2016)

- Дейност по оказване на спешна медицинска помощ [Erakorralise meditsiiniabi teenuste toimimine] (2015)
- Механизъм за договаряне на изпълнението на болнична помощ [Haiglaravi pakkumise läbirääkimiste mehhanism] (2014)
- Одит на изпълнението на проекти, реализирани от Министерството на здравеопазването по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси” [Tervishoiuministeriumi poolt rakenduskava „Inimressursside arendamine“ raames ellu viidud projektide tulemusaudit] (2014)

Eesti

- E-tervise ülevaade (2019)
- Erakorraline meditsiin (2018)
- Riigi tegevus laste tervise hoidmisel ja ravimisel (2016)
- Riigi tegevus tervishoiu järelvalve korraldamisel ja kvaliteedi hindamisel (lõppes märgukirjaga) (2015)
- Riigi tegevus iseseisva õendusabi korraldamisel (2015)
- Riigi tegevus e-tervise rakendamisel (2014)

Hispaania

- 1231.- Fiscalización sobre la gestión y control de las prestaciones farmacéuticas a cargo de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, ejercicio 2015 [Audit Hispaania riigiametnike üldise vastastikuse sotsiaalkindlustusfondi (MUFACE) ravimihüvitise juhtimise ja kontrolli kohta, eelarveaasta 2015] (28. september 2017)
- 1213.- Fiscalización sobre la gestión del buque sanitario y de apoyo logístico “Esperanza del Mar”, ejercicio 2015 [Audit meditsiini- ja logistilise abi laeva Esperanza del Mar juhtimise kohta, eelarveaasta 2015] (29. märts 2017)

- 1205.- Fiscalización sobre la gestión y control de las prestaciones farmacéuticas a cargo del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, ejercicio 2015 [Audit, milles käsitletakse ravimivarude juhtimist ja kontrolli relvajõudude sotsiaalkindlustusinstituudi poolt, eelarveaasta 2015] (23. veebruar 2017)
- 1200.- Fiscalización de la Fundación Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares Carlos III, ejercicio 2014 [Südame-veresoonkonna haiguste teadusuuringute sihtasutuse Carlos III riikliku keskuse audit, eelarveaasta 2014] (26. jaanuar 2017)
- 1199.- Fiscalización sobre la gestión del buque sanitario y de apoyo logístico “Juan de la Cosa”, ejercicio 2015 [Audit meditsiini- ja logistilise abi laeva Juan de la Cosa juhtimise kohta, eelarveaasta 2015] (26. jaanuar 2017)
- 1185.- Fiscalización de la actividad económica desarrollada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en relación con el área farmacéutica, ejercicios 2014 y 2015 [Audit tervishoiu-, sotsiaalteenuste ja võrdõiguslikkuse ministeeriumi ravimitega seotud majandustegevuse kohta, eelarveaastad 2014. ja 2015] (19. detsember 2016)
- 1167.- Fiscalización sobre la gestión y control de las prestaciones farmacéuticas a cargo de la Mutualidad General Judicial [Audit, milles käsitletakse ravimivarude juhtimist ja kontrolli kohtutöötajate üldise vastastikuse kindlustusskeemi poolt] (22. juuli 2016)
- 1119.- Fiscalización sobre la gestión y el control efectuados por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social en materia de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos [Audit riikliku kindlustussüsteemi kutseõnnetuste ja -haiguste vastastikuste kindlustusseltside juhtimis- ja kontrollitegevuse kohta seoses välisvahenditega korraldatud meditsiiniabiga] (26. november 2015)

lirimaa

- Managing elective day surgery [Plaanilise päevakirurgia juhtimine] (2014)

Itaalia

- L'attuazione del programma straordinario di ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico [Riiklike tervishoiuasutuste kinnisvara renoveerimise ja tehnoloogilise ajakohastamise eriprogrammi rakendamine] (2018)

Kreeka

- Οριζόντιος θεματικός έλεγχος στις ληξιπρόθεσμες υποχρεώσεις του Κράτους και ειδικότερα, μεταξύ άλλων, έξι νοσοκομείων, του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ) και μίας περιφερειακής διοίκησης υγείας (1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής). [Horisontaalne temaatiline audit riigi võlgnevuste kohta seoses haiglata, riikliku tervishoiuteenuste osutamise organisatsiooni (EOPYY) ja piirkondliku tervishoiudirektoraadiga] (2018)

Leedu

- Kaip vykdoma onkologinė sveikatos priežiūra [Onkoloogilised tervishoiuteenused] (2014)
- Visuomenės sveikatos stiprinimo organizavimas savivaldybėse [Omavalitsusüksuste rahvatervise edendamise korraldamine] (2015)
- Ar užtikrinamas kompensuojamųjų generinių vaistų prieinamumas [Hüvitatavate geneeriliste ravimite kättesaadavuse tagamine] (2016)
- Viešosioms sveikatos priežiūros įstaigoms perduoto valstybės turto valdymas [Riiklikele tervishoiuasutustele üle antud riigi kinnisvara haldamine] (2017)
- Elektroninės sveikatos sistemos kūrimas [E-tervise süsteemi väljatöötamine] (2017)
- Savižudybių prevencija ir postvencija [Enesetapu ennetamine ja enesetapu tõttu lähedase kaotanud inimeste toetamine] (2017)
- Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas [Personaliseeritud tervishoiuteenuste kvaliteet: ohutus ja tõhusus] (2018)

- Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą [Tervishoiuteenuste kättesaadavus ja patsiendikesksus] (2018)
- Sveikatos priežiūros sistemos vertinimas [Tervishoiusüsteemi hindamine (ülevaatearuanne)] (2019)

Luksemburg

- Rapport spécial sur le financement public des investissements hospitaliers [Haiglainvesteeringute riiklik rahastamine] (2019)

Läti

- Cilvēkresursi veselības aprūpē [Tervishoiu inimressurss] (2019)
- Vai rehabilitācija ir pilnvērtīga veselības aprūpes pakalpojumu sastāvdaļa? [Kas taastusravi on tervishoiuteenuste lahutamatu osa?] (2019)
- Vai ambulatorā veselības aprūpes sistēma Latvijā ir pilnveidojama? [Kas Läti ambulatoorse tervishoiu süsteemi on võimalik edendada?] (2017)
- Vai ievēroti rezidentūras finansēšanas noteikumi? [Kas haiglata residentuuri rahastamise eeskirju järgitakse?] (2016)
- Vai projekts „E-veselība Latvijā” ir solis pareizajā virzienā? [Kas projekt „E-tervis Lätis” on samm õiges suunas?] (2015)

Malta

- Follow-up Audit: Follow-up Reports by the National Audit Office, 2018 [Järelaudit: riigikontrolli 2018. aasta järelaruanded] – oktoober 2018
 - General Practitioner Function – The Core of Primary Health Care [Perearsti roll – esmatasandi tervishoiu tuum] (aruande lk 46–52)
 - An Analysis of the Pharmacy of Your Choice Scheme [Apteegi ise valimise skeemi analüüs] (aruande lk 71–81)
- Performance Audit: A Strategic Overview of Mount Carmel Hospital [Tulemusaudit: Mount Carmeli haigla strateegiline ülevaade] – juuli 2018

- An Investigation of the Mater Dei Hospital Project [Mater Dei haigla projekti uurimine] – mai 2018
- Performance Audit: Outpatient Waiting at Mater Dei Hospital [Tulemusaudit: ambulatoorsete patsientide ooteaeg Mater Dei haiglas] – november 2017
- Follow-up Audit: Follow-up Reports by the National Audit Office, 2017 [Järelaudit: riigikontrolli 2017. aasta järelaruanded] – november 2017
 - The Management of Elective Surgery Waiting Lists [Plaaniliste operatsioonide järjekordade haldamine] (aruande lk 69–77)
 - The Provision of Residential Long-Term Care for the Elderly through Contractual Arrangements with the Private Sector [Pikaajalise koduhooldusteenuse osutamine eakatele erasektoriga sõlmitud lepinguliste kokkulepete kaudu] (aruande lk 78–87)
- Performance Audit: Service Agreements between Government and Richmond Foundation Malta [Tulemusaudit: valitsuse ja Malta sihtasutuse Richmond vahelised teenuselepingud] – september 2016
- Performance Audit: The General Practitioner Function – The core of primary health care [Tulemusaudit: perearsti roll – esmatasandi tervishoiu tuum] – juuni 2016
- Information Technology Audit: Mater Dei Hospital [Infotehnoloogia audit: Mater Dei haigla] – mai 2016
- Performance Audit: Service Agreements between Government and INSPIRE Foundation [Tulemusaudit: valitsuse ja sihtasutuse INSPIRE vahelised teenuselepingud] – veebruar 2016
- Performance Audit: Provision of residential long-term care for the elderly through contractual arrangements with the private sector [Tulemusaudit: pikaajalise koduhooldusteenuse osutamine eakatele erasektoriga sõlmitud lepinguliste kokkulepete kaudu] – aprill 2015

Poola

- System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian (megainformacja) [Poola tervishoiusüsteem – hetkeseis ja soovitud muutused (kokkuvõttev aruanne)] (2019)
- Dostępność refundowanych wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie i bezpieczeństwo ich stosowania [Hüvitatavate laenatud meditsiiniseadmete kättesaadavus ja ohutus] (2019)
- Funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej [Esmatasandi tervishoiu toimimine] (2019)
- Bezpieczeństwo pacjentów przy stosowaniu antybiotykoterapii w szpitalach [Patsientide ohutuse tagamine haiglas antibiootikumiravi ajal] (2019)
- Wsparcie osób z autyzmem i zespołem Aspergera w przygotowaniu do samodzielnego funkcjonowania [Iseseisvaks eluks valmistuvate autismi ja Aspergeri sündroomiga inimeste toetamine] (2019)
- Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej [Palliativne hooldus ja hooldushaiglas osutatav hooldusteenus] (2019)
- Pomoc państwa realizowana w formie środowiskowych domów samopomocy udzielana osobom z zaburzeniami psychicznymi [Riigi rahastatavad kogukondlikud eneseabikeskused psühhiaatriliste häiretega inimestele] (2019)
- Wdrożenie przez podmioty lecznicze regulacji dotyczących ochrony danych osobowych [Andmekaitse-eeskirjade jõustamine raviasutustes] (2019)
- Profilaktyka uzależnień od alkoholu i narkotyków [Alkoholi- ja uimastisõltuvuse ennetamine] (2019)
- Dostępność leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży [Laste ja noorte psühhiaatrilise ravi kättesaadavus] (2019)
- Działania podejmowane przez wojewodę wobec placówek udzielających całodobowej opieki bez wymaganego zezwolenia [Maavanema meetmed ööpäevaringset hooldusteenust ilma vajaliku loata osutavate asutuste vastu] (2019)

- o Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie [Podlaasia e-tervise infosüsteem] (2018)
- o Profilaktyka i leczenie cukrzycy typu 2 [II tüüpi diabeedi ennetus ja ravi] (2018)
- o Tworzenie map potrzeb zdrowotnych [Tervishoiuvajaduste kindlakstegemine] (2018)
- o Żywienie pacjentów w szpitalach [Patsientide toitumine haiglates] (2018)
- o Funkcjonowanie aptek szpitalnych i działów farmacji szpitalnej [Haiglaapteekide ja haiglaapteegiüksuste toimimine] (2018)
- o Dostępność świadczeń ginekologiczno-położniczych finansowanych ze środków publicznych na terenach wiejskich [Riigi rahastatava günekoloogilise tervishoiu ja sünnitusabi kättesaadavus maapiirkondades] (2018)
- o Zapobieganie i leczenie depresji [Depressiooni ennetus ja ravi] (2018)
- o Opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym [Koolilastele ja noortele osutatavad tervishoiuteenused] (2018)
- o Zakażenia w podmiotach leczniczych [Nakkused raviasutustes] (2018)
- o Ochrona intymności i godności pacjentów w szpitalach [Patsientide privaatsuse ja väärikuse kaitse haiglates] (2018)
- o Bezpieczeństwo badań genetycznych [Geneetiliste uuringute ohutus] (2018)
- o Działalność organów państwa na rzecz zapewnienia dostępności produktów leczniczych [Riigiasutuste meetmed ravimite kättesaadavuse tagamiseks] (2018)
- o Realizacja strategicznego programu badań naukowych „Profilaktyka i leczenie chorób cywilizacyjnych” – STRATEGMED [Strateegilise teadusuuringute programmi „Tsvivilisatsioonihaguste ennetus ja ravi“ (STRATEGMED) rakendamine] (2018)
- o Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2017 roku [Riikliku tervishoiufondi tulemuslikkus 2017. aastal] (2018)
- o Pozasądowe dochodzenie roszczeń przez pacjentów [Patsiendivaidluste kohtuväline lahendamine] (2018)

- Finansowanie i realizacja „Programu inwestycji rozwojowych i modernizacyjnych w szpitalach wojewódzkich na lata 2009-2016” w województwie kujawsko-pomorskim [2009.–2016. aasta haiglate arendamise ja ajakohastamise investeerimisprogrammi rahastamine ja rakendamine Kujawy-Pomorze vojevoodkonnas] (2018)
- Nadzór nad obrotem i stosowaniem produktów zawierających substancje anaboliczne, hormonalne, odurzające i psychotropowe w leczeniu zwierząt, w tym towarzyszących [Loomade ravis anaboolseid, hormonaalseid, narkootilisi ja psühhotroopseid aineid sisaldavate toodete ning seotud toodete turundamise ja kasutamise järelevalve] (2018)
- Wykorzystywanie naturalnych surowców leczniczych w lecznictwie uzdrowiskowym [Looduslike ravimite toorainete kasutamine spaaholduses] (2018)
- Dostępność i efekty leczenia nowotworów [Vähiravi kättesaadavus ja tulemused] (2017)
- Przeciwdziałanie sprzedaży dopalaczy [Seaduslike uimastite müügi vastased meetmed] (2017)
- Realizacja programów wczesnego wykrywania raka piersi oraz raka szyjki macicy w województwie lubelskim [Rinna- ja emakakaelavähi varajase avastamise programmide rakendamine Lublini vojevoodkonnas] (2017)
- Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia [Ennetusravi tervishoiusüsteemis] (2017)
- Realizacja zadań Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego [Riikliku vaimse tervise kaitse programmi tulemuslikkus] (2017)
- Dostępność i finansowanie diagnostyki laboratoryjnej [Laboridiagnostika kättesaadavus ja rahastamine] (2017)
- Przygotowanie i wdrażanie pakietu onkologicznego [Onkoloogiapaketi ettevalmistamine ja rakendamine] (2017)
- Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimerera oraz wsparcie dla ich rodzin [Alzheimeri tõvega patsientide hooldus ja nende perekondade toetamine] (2017)

- Profilaktyka stomatologiczna dzieci i młodzieży w województwie lubelskim [Lublina vojevoodkonna laste ja noorte ennetav hambaravi] (2017)
- Respektowanie praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej [Patsientide õiguste austamine piiriüleles tervishoius] (2017)
- Dostępność terapii przeciwbólowej [Valuravi kättesaadavus] (2017)
- Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 roku [Riikliku tervishoiufondi tulemuslikkus 2016. aastal] (2017)
- Realizacja zadań związanych z zapewnieniem pracownikom badań profilaktycznych [Töötajate ennetava tervisekontrolliga seotud ülesannete täitmine] (2017)
- Realizacja świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii przez publiczne i niepubliczne podmioty lecznicze [Südameravi teenuste osutamine avaliku ja erasektori raviasutustes] (2016)
- Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych [Meditsiinitöötajate koolitus ja kutsealane areng] (2016)
- Tworzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej [Ravidokumentide koostamine ja jagamine] (2016)
- Dostępność profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego [Hingamisteede haiguste ennetuse ja ravi kättesaadavus] (2016)
- Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego [Tervishoiupoliitika kavade rakendamine kohalikes omavalitsustes] (2016)
- Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych [Sünnituseelne hooldus sünnituspalatites] (2016)
- Korzystanie z usług zewnętrznych przez szpitale publiczne [Väliteenuste kasutamine riigihaiqlates] (2016)
- Przygotowanie szpitali do leczenia pacjentów z udarem mózgu [Haiqlate valmisolek insuldipatsientide raviks] (2016)
- Badania prenatalne w Polsce [Sünnituseelsed uuringud Poolas] (2016)

- System szczepień ochronnych dzieci [Laste vaktsineerimise süsteem] (2016)
- Restrukturyzacja wybranych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej korzystających z pomocy ze środków publicznych [Valitud sõltumatute riigi rahastatavate tervishoiuasutuste ümberkorraldamine] (2016)
- Wykonywanie przez Państwową Inspekcję Farmaceutyczną zadań określonych w ustawie Prawo farmaceutyczne [Riikliku ravimiinspektsiooni ravimiseadusest tuleneva kohustusliku rolli täitmine] (2016)
- Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r [Riikliku tervishoiufondi tulemuslikkus 2015. aastal] (2016)

Portugal

- o Auditoria orientada às dívidas ao Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P. [Portugali vere- ja elundisiirdamiskeskuse saadaolevate summade audit] (2018)
- o Auditoria às práticas de gestão no Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, e no Centro Hospitalar de São João, EPE [Raviasutuste CHLN, EPE ja CHS João, EPE juhtimistavade audit] (2018)
- o Auditoria à Conta Consolidada do Ministério da Saúde – Exercícios de 2015 e 2016 [Tervishoiuministeeriumi konsolideeritud raamatupidamise aastaaruande audit (eelarveaastad 2015 ja 2016)] (2017)
- o Auditoria orientada à situação financeira da SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE [Tervishoiuministeeriumi allasutuse Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE finantsseisundi audit] (2017)
- o Auditoria ao Acesso a Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde [Riikliku tervishoiuteenistuse tervishoiuteenuste kättesaadavuse audit] (2017)
- o Auditoria aos acordos celebrados entre a Administração Regional de Saúde do Norte, IP, e a Santa Casa da Misericórdia do Porto [Administração Regional de Saúde do Norte, IP ja Santa Casa da Misericórdia do Porto vaheliste lepingute audit] (2017)
- o Auditoria à prestação de contas por entidades do Ministério da Saúde [Tervishoiuministeeriumi allüksuste aruandekohustuse täitmise audit] (2017)
- o Auditoria Financeira ao Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE – Exercício de 2014 [Raviasutuse CHLN, EPE eelarveaasta 2014 finantsaudit] (2017)
- o Auditoria à execução do Contrato de Gestão do Hospital de Braga em Parceria Público-Privada (PPP). [Audit Braga haigla juhtimislepingu täitmise kohta avaliku ja erasektori partnerluses] (2016)
- o Auditoria orientada a procedimentos de contratação pública das unidades de saúde do setor empresarial do Estado. [Riigi ettevõtlussektoris tegutsevate raviasutuste riigihankemenetluste audit] (2016)
- o Auditoria de Seguimento de Recomendações Formuladas no Relatório de Auditoria ao Desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários

[Esmatasandi tervishoiuasutuste tulemuslikkust käsitlevas auditiaruandes antud soovitude järelaudit] (2016)

- o Auditoria de resultados ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar do Algarve, EPE [Raviasutuse Centro Hospitalar do Algarve, EPE erakorralise arstiabi tulemusaudit] (2016)
- o Auditoria de Seguimento das Recomendações formuladas no Relatório de Auditoria ao Sistema de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (Relatório n.º 12/2015 – 2ª Secção) [Avalike teenistujate sotsiaalkaitsesüsteemi käsitlevas auditiaruandes antud soovitude järelaudit (aruanne nr 12/2015, 2. jagu)] (2016)

Prantsusmaa

- o Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale [Aruanne sotsiaalkindlustuse rahastamise seaduste rakendamise kohta] (2019)
- o La politique de prévention des infections associées aux soins: une nouvelle étape à franchir [Tervishoiuteenustega seotud nakkuste ennetamise poliitika: järgmine samm edasi] (2019)
- o La politique de prévention et de prise en charge du VIH en France depuis 2010 [HIV ennetamise ja ravi poliitika Prantsusmaal alates 2010. aastast] (2019)
- o Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018, chapitre VI La lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires: une priorité à donner à la prévention et à la qualité des soins [Aruanne sotsiaalkindlustuse rahastamise seaduste rakendamise kohta, oktoober 2018, VI peatükk – Südame- ja neurovaskulaarhaiguste vastane võitlus: prioriteedina tuleks käsitleda ennetust ja tervishoiu kvaliteeti] (2018)
- o Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018, chapitre VII Les soins visuels: une prise en charge à réorganiser [Aruanne sotsiaalkindlustuse rahastamise seaduste rakendamise kohta, oktoober 2018, VII peatükk – Silmade tervishoid: ümberstruktureerimine on vajalik] (2018)
- o Le rôle des centres hospitaliers universitaires (CHU) dans le système de santé [Ülikoolihaiglate roll Prantsusmaa tervishoiusüsteemis] (2018)

- L'avenir de l'assurance maladie [Ravikindlustuse tulevik] (2017)
- Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool [Kahjuliku alkoholitarbimise vastane poliitika] (2016)

Rumeenia

- Dezvoltarea infrastructurii de sănătate la nivel național, regional și local în vederea creșterii accesibilității la serviciile de sănătate [Tervishoiutaristu väljatöötamine riigi, piirkonna ja kohalikul tasandil, et suurendada tervishoiuteenuste kättesaadavust] (2017)

Saksamaa

- Prüfung der Krankenhausabrechnungen durch die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung – Bericht an den Rechnungsprüfungsausschuss des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO [Audit, milles käsitletakse haiglaravi arvete arveldamist riiklike ravikindlustusandjate poolt – Saksamaa föderaalne eelarvekoodeksi artikli 88 lõike 2 kohane aruanne Saksamaa Bundestagi eelarvekomitee auditikomisjonile] (6. mai 2019)
- Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrasturktur – Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO [E-tervisekaardi ja telemaatikataristu loomine – Saksamaa föderaalne eelarvekoodeksi artikli 88 lõike 2 kohane aruanne Saksamaa Bundestagi eelarvekomiteele] (18. jaanuar 2019)
- Finanzierung der Versorgung mit Rettungsfahrten und Flugrettungstransporten – Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO [Kiirabiautode ja -lennukite kasutuselevõtu rahastamine – Saksamaa föderaalne eelarvekoodeksi artikli 88 lõike 2 kohane aruanne Saksamaa Bundestagi eelarvekomiteele] (20. august 2018)
- Krankenkassen und Krankenhäuser vereinbaren unzulässige pauschale Rechnerkürzungen in Millionenhöhe und umgehen Abrechnungsprüfungen – Bemerkungen [Ravikindlustusandjad ja haiglad lepivad ebaseaduslike kindlasummaliste arvete allahindamisel kokku miljonites ja väldivad arvete auditeid – tähelepanekud] 2018

- Steuervorteile für Tabakindustrie abschaffen – Bemerkungen [Tubakatööstuse maksusoodustuste tühistamine – tähelepanekud] 2017
- Nutzen kieferorthopädischer Behandlung muss endlich erforscht werden – Bemerkungen [Ortodontilise ravi kasulikkust tuleb lõpuks uurida – tähelepanekud] 2017
- Haftpflichtversicherung für kassenärztliche Behandlungsfehler gesetzlich sicherstellen – Bemerkungen [Kohustuslikes kindlustuskavades arstide rikkumiste eest kaitsva erialase vastutuskindlustuse muutmise õiguslikult nõutavaks – tähelepanekud] 2017
- Hilfsmittelversorgung durch die Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung – Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO [Riiklike ravikindlustusandjate pakutavad meditsiinilised abivahendid – Saksamaa föderaalse eelarvekoodeksi artikli 88 lõike 2 kohane aruanne Saksamaa Bundestagi eelarvekomiteele] (20. juuni 2016)
- Erstattung von Reiseschutzimpfungen: Rechtsgrundlage noch zeitgemäß? – Bemerkungen [Reisivaktsiini hüvitamine: kas õigusraamistik vajab ajakohastamist? – tähelepanekud] 2015

Slovakkia

- Verejné financie a majetok zdravotníckych zariadení [Tervishoiuasutuste rahalised vahendid ja vara] (2017)

Slovenia

- Obvladovanje debelosti otrok [Laste rasvumise vastane tegevus] (2018)

Soome

- Ohjauksen vaikutus ensihoitopalvelun toimivuuteen [Suunamise mõju kiirabiteenuste toimimisele], 2019. aasta tulemusaudit
- Asiakkaan lasten huomioiminen aikuisten mielenterveyspalveluissa [Täiskasvanutele mõeldud vaimse tervise teenuste klientide lastega arvestamine], 2018. aasta tulemusaudit
- Sosiaalimenojen kehitysarviot [Sotsiaalkindlustuskulude suundumusi käsitlevad prognoosid], 2017. aasta ülevaade
- Lasten mielenterveysongelmien ehkäisy ja hyvinvoinnin tukeminen kouluterveydenhuollossa [Laste vaimse tervise probleemide ennetamine ja nende heaolu edendamine kooli tervishoiuteenuste kaudu], 2017. aasta ülevaade
- Paljon palveluja tarvitsevat ja käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollossa [Põhiliste tervishoiuteenuste sagedad kasutajad], 2017. aasta tulemusaudit
- Työnjaon kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa [Sotsiaalhoolekande- ja tervishoiutöötajate parem jaotamine], 2016. aasta tulemusaudit
- Teknisten apuvälineiden hyödyntäminen kotiin annettavissa vanhuspalveluissa [Tehniliste abivahendite kasutamine eakatele koduteenuste osutamisel], 2015. aasta tulemusaudit
- Pienhiukkasten terveys- ja kustannusvaikutusten huomioonottaminen strategioiden valmistelussa [Tahkete peenosakeste tõttu tervisele ja kuludele avalduva mõju arvestamine strateegiate ettevalmistamisel], 2015. aasta tulemusaudit

Taani

- Beretning om lægemiddelanbefalinger [Ravimisoovituste aruanne] (2019)
- Beretning om forskelle i behandlingskvaliteten på sygehusene [Aruanne Taani haiglata tervishoiu kvaliteedierinevuste kohta] (2019)
- Beretning om rettidigheden i indsatsen over for kræftpatienter [Aruanne vähiraviteenuste kättesaadavuse kohta vähipatsientidele] (2018)

- Beretning om forløbet for flygtninge med traumer [Aruanne traumaga pagulaste võimaluste kohta] (2018)
- Beretning om udredningsretten [Aruanne, milles käsitletakse patsientide õigust kiirele uurimisele] (2018)
- Beretning om Sundhedsplatformen [Aruanne tervishoiuplatvormide kohta] (2018)
- Beretning om salget af Statens Serum Instituts vaccineproduktion [Aruanne riigile kuuluva seerumiinstituudi vaktsiinitoodangu müügi kohta] (2018)
- Beretning om forebyggelse af hospitalsinfektioner [Aruanne haiglanakkuste ennetamise kohta] (2017)
- Beretning om 3 regioners beskyttelse af adgangen til it-systemer og sundhedsdata [Aruanne Taani kolme piirkonna IT-süsteemide ja terviseandmete kaitse kohta] (2017)
- Beretning om Region Hovedstadens akuttefon 1813 [Aruanne Taani pealinnapiirkonna kasutusele võetud meditsiinilise nõuandetelefoni 1813 kohta] (2017)
- Beretning om Beskæftigelsesministeriets data om ressourceforløb [Aruanne tööhõiveministeeriumi ressursiprogrammide andmete kohta] (2017)
- Beretning om indsatsen over for patienter med hjerneskade [Aruanne omandatud ajukahjustusega patsientidele suunatud jõupingutuste kohta] (2016)
- Beretning om hospitalslægers bibeskæftigelse [Aruanne haiglaarstide kõrvaltegevuse kohta] (2016)
- Beretning om regionernes styring af ambulans behandling af voksne patienter med psykiske lidelser [Aruanne vaimsete häiretega patsientide ambulatoorse ravi korralduse kohta Taani piirkondades] (2016)
- Beretning om Patientombuddets arbejde med utilsigtede hændelser [Aruanne patsientide ombudsmani töö kohta patsiendihutuse juhtumite valdkonnas] (2015)
- Beretning om Fødevareministeriets indsats mod husdyr-MRSA [Aruanne toiduministeeriumi jõupingutuste kohta LA-MRSA vastases võitluses] (2015)

- o Beretning om hospitalernes brug af personaleresurser [Aruanne personali rakendamise kohta Taani haiglates] (2015)
- o Beretning om forskningsmidler på hospitalerne [Aruanne teadusuuringute välisrahastamise kohta Taani haiglates] (2015)
- o Beretning om second opinion-ordningen [Aruanne teise arvamuse programmi kohta] (2014)
- o Beretning om problemerne med at udvikle og implementere Fælles Medicinkort [Aruanne digitaalse jagatud raviregistri väljatöötamise ja rakendamisega seotud probleemide kohta] (2014)
- o Beretning om indsatsen for at få sygemeldte tilbage i arbejde [Aruanne haiguspuhkusel olevate inimeste tööle naasmisele kaasa aitamiseks tehtud jõupingutuste kohta] (2014)
- o Beretning om kvindekrisecentre [Aruanne naiste varjupaikade kohta] (2014)
- o Beretning om regionernes præhospitale indsats [Aruanne piirkondade pakutava haiglaeelse ravi kohta] (2014)

Tšehhi Vabariik

- o Nr 18/14 – Prostředky vybírané na základě zákona ve prospěch Vojenské zdravotní pojišťovny České republiky [Seaduse alusel Tšehhi Vabariigi sõjaväelaste ravikindlustusandjale kogutud vahendid]
- o Nr 18/13 – Závěrečný účet kapitoly státního rozpočtu Ministerstvo zdravotnictví za rok 2017, účetní závěrka Ministerstva zdravotnictví za rok 2017 a údaje předkládané Ministerstvem zdravotnictví pro hodnocení plnění státního rozpočtu za rok 2017 [Tervishoiuministeeriumi puudutavate 2017. aasta riigieelarve peatükkide sulgemiskontod, tervishoiuministeeriumi 2017. aasta finantsaruanded ning tervishoiuministeeriumi esitatud andmed 2017. aasta riigieelarve täitmise hindamiseks]
- o Nr 18/11 – Peněžní prostředky státu určené na podporu rozvoje a obnovy materiálně technické základny regionálního zdravotnictví [Piirkondliku tervishoiu materiaalse-

tehnilise baasi arendamise ja uuendamise toetamiseks ette nähtud riiklikud vahendid]

- Nr 17/19 – Peněžní prostředky vynakládané vybranými fakultními nemocnicemi na úhradu nákladů z činnosti [Valitud haiglade poolt kulude hüvitamiseks kasutatud vahendid]
- Nr 17/14 – Majetek a peněžní prostředky státu, se kterými je příslušná hospodařit příspěvková organizace Národní ústav duševního zdraví [Riikliku vaimse tervise instituudi hallatav riigi vara ja vahendid]
- Nr 17/13 – Majetek a peněžní prostředky státu, se kterými je příslušná hospodařit příspěvková organizace Státní zdravotní ústav [Riikliku terviseinstituudi hallatav riigi vara ja vahendid]
- Nr 17/03 – Zdravotnické informační systémy ve správě organizačních složek resortu zdravotnictví [Tervishoiu ministriumide korraldusüksuste hallatavad tervishoiu infosüsteemid]
- Nr 16/28 – Peněžní prostředky vynakládané vybranými nemocnicemi na úhradu nákladů z činnosti [Valitud haiglade kulutatud raha nende tegevuskulude katmiseks]
- Nr 16/18 – Majetek a peněžní prostředky státu, se kterými je příslušný hospodařit Státní ústav pro kontrolu léčiv [Riikliku uimastikrolli instituudi hallatav riigi vara ja vahendid]

Ungari

- A kórházak ellenőrzési tapasztalatait összegző elemzés [Haiglade auditite käigus saadud kogemuste kokkuvõtlik analüüs] (2019)

Euroopa Kontrollikoda

- Eriaruanne nr 7/2019: ELi piiriülese tervishoiu meetmed: eesmärgid on kõrgelennulised, kuid juhtimist on vaja parandada (2019)
- Eriaruanne nr 28/2016: Tõsiste piiriüleste terviseohtudega tegelemine ELis: palju on juba tehtud, ent võtta tuleb veel täiendavaid meetmeid (2016)

Akronüümid ja lühendid

DG SANTE: tervise ja toiduohutuse peadirektoraat

EFSI: Euroopa Strateegiliste Investeeringute Fond

EOPYY: Kreeka riiklik tervishoiuteenuste osutamise organisatsioon

ESF+: Euroopa Sotsiaalfond+

IKT: info- ja kommunikatsioonitehnoloogia

KT: kompuutertomograafia

MRT: magnetresonantstomograafia

MUFACE: Hispaania riigiametnike üldine vastastikune kindlustusfond (Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado General)

OECD: Majanduskoostöö ja Arengu Organisatsioon

PGEU: Euroopa Liidu Farmaatsiagrupp

PPP: avaliku ja erasektori partnerlus

PTD: Poola diabeediliit

RIA: Riigi Infosüsteemi Amet

RKKP: Taani kliinilised registrid

SKP: sisemajanduse koguprodukt

SOME-mudel: Soome sotsiaalkindlustuskulude analüüsimudel

SOTE-reform Soome sotsiaal- ja tervishoiureform

WHO: Maailma Terviseorganisatsioon

ÖQMed: Austria meditsiini kvaliteeditagamise ja kvaliteedijuhtimise ühing (Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin)

ÜRO: Ühinenud Rahvaste Organisatsioon

Mõisted

Beveridge'i mudel: riiklikest maksudest rahastatav ravikindlustussüsteem, kus tavaliselt on kõik isikud kaetud ja mis sõltub residentsusest või kodakondsusest.

Digireseptuur: elektrooniliste ravireseptide koostamine, edastamine ja salvestamine.

Digitaalne ühtne turg: turg, kus on tagatud inimeste, teenuste ja kapitali vaba liikumine ning kus üksikisikutel ja ettevõtetel on olenemata kodakondsusest või elukohast võimalus pääseda sujuvalt juurde veebis toimuvale ja ka ise veebis tegutseda ausa konkurentsi tingimustes ja nii, et tagatud on tarbija- ja isikuandmete kaitse kõrge tase.

ELi piiriülese tervishoiu direktiiv: direktiiv, mille eesmärk on tagada ELis turvaline ja kvaliteetne piiriülene tervishoid ning välismaal kasutatud teenuste kulude hüvitamine samadel alustel nagu koduriigis.

ELi ühtekuuluvuspoliitika: poliitika, mille eesmärk on Euroopa Liidu sisese majandusliku ja sotsiaalse ühtekuuluvuse edendamine ELi eri piirkondade arengutaseme vaheliste erinevuste vähendamise teel.

Ennetatav suremus: surm oleks olnud välditav rahvatervise ja ennetuse kaudu.

E-tervis: kõik vahendid ja teenused, mis kasutavad info- ja kommunikatsioonitehnoloogiat, et edendada tervishoiu ennetust, diagnoosimist, ravi, järelevalvet ja juhtimist.

Euroopa peamised tervishoiunäitajad: näitajad ELi kodanike tervisliku seisundi ja tervishoiusüsteemide tulemuslikkuse jälgimiseks.

Euroopa poolaasta: Euroopa Liidu majanduspoliitika koordineerimise raamistik. See võimaldab ELi riikidel arutada oma majandus- ja eelarvekavu ning jälgida edusamme konkreetsetel ajahetkedel aastas.

Euroopa Sotsiaalfond+ (ESF+) / struktuurifondid: ELi fondid, mis koosnevad Euroopa Regionaalarengu Fondist (ERF) ja Euroopa Sotsiaalfondist (ESF). Koos Ühtekuuluvusfondiga on nende tegevuse (millega toetatakse regionaalarengut ja soodustatakse töökohtade loomist) maksumuseks programmitöö perioodil 2007–2013 308 miljardit eurot (2004. aasta hindades).

Euroopa Strateegiliste Investeeringute Fond (EFSI): EIP grupi (Euroopa Investeerimispank ja Euroopa Investeerimisfond) ja Euroopa Komisjoni ühisalgatus, mille eesmärk on aidata kaotada ELi praegune investeeringute puudujääk. EFSI on Euroopa investeerimiskava üks

kolmest sambast, mille eesmärk on ergutada investeerimist maailmajao strateegilistesse projektidesse, et raha jõuaks reaalmajandusse.

Euroopa tugivõrgustikud: Euroopa tervishoiuteenuste osutajaid hõlmavad virtuaalsed võrgustikud. Nende eesmärk on hõlbustada arutelu keeruliste või haruldaste haiguste ja seisundite kohta, mis nõuavad väga spetsiifilist ravi ning teadmiste ja ressursside koondamist.

Flaami piirkondlikud näitajad (VRIND): Flaami valitsuse järelevalvevahend.

Kestlik areng: 1987. aastal ÜRO Peaassambleele esitatud aruandes (tuntud ka kui „Brundtlandi aruanne“) määratletakse kestlik areng kui areng, mis vastab praeguse põlvkonna vajadustele, ilma et see ohustaks tulevaste põlvkondade võimet oma vajadusi rahuldada.

Logos: kohalikud tervishoiuvõrgustikud (Belgia).

Programm „Horisont 2020“: rahastamisvahend, millega viiakse ellu juhtalgatus „Innovaatiline liit“, mis on strateegia „Euroopa 2020“ juhtalgatus ja mille eesmärk on tagada Euroopa konkurentsivõime üleilmsel tasandil.

Rahvatervis: teadus haiguste ennetamiseks, eluea pikendamiseks ja tervise edendamiseks ühiskonna organiseeritud jõupingutuste kaudu.

Ravikindlustuse segamudel: ravikindlustussüsteem, mis põhineb erasektori vahenditel, mis saadakse vabatahtlike kindlustussüsteemide või omaosaluse kaudu.

Sotsiaalne tervisekindlustussüsteem (ehk Bismarcki mudel): tervisekindlustussüsteem, mille puhul tervishoidu rahastatakse kohustuslike sotsiaalkindlustusmaksete kaudu.

Tervisetehnoloogia hindamine: teaduslik lähenemisviis tervisetehnoloogia tõhususe hindamisele.

Tervishoiuteenuste üldine kättesaadavus: tervishoiuteenuste olemasolu õigel ajal, õiges kohas ja õige hinnaga.

Tervishoiuteenustega seotud nakkus: nakkus, mis tekib patsiendi ravimisel tervishoiutöötaja poolt, ambulatoorses ravis, sotsiaalses tervishoiuasutuses või tervishoiuasutuses.

Välditav suremus: surm oleks olnud välditav tõhusa ja õigeaegse tervishoiu abil.

Võta ühendust ELiga

Isiklikult

Kõikjal Euroopa Liidus on sadu Europe Directi teabekeskusi. Teile lähima keskuse aadressi leiate: https://europa.eu/european-union/contact_et

Telefoni või e-postiga

Europe Direct on teenus, mis vastab Teie küsimustele Euroopa Liidu kohta. Teenusega saate ühendust võtta:

- helistades tasuta numbril: 00 800 6 7 8 9 10 11 (mõni operaator võib nende kõnede eest tasu võtta),
- helistades järgmisel tavanumbril: +32 22999696 või
- e-posti teel: https://europa.eu/european-union/contact_et

ELi käsitleva teabe leidmine

Veebis

Euroopa Liitu käsitlev teave on kõigis ELi ametlikes keeltes kättesaadav Euroopa veebisaidil: https://europa.eu/european-union/index_et

ELi väljaanded

Tasuta ja tasulisi ELi väljaandeid saab alla laadida või tellida järgmisel aadressil: <https://publications.europa.eu/et/publications>. Suuremas koguses tasuta väljaannete saamiseks võtke ühendust talitusega Europe Direct või oma kohaliku teabekeskusega (vt https://europa.eu/european-union/contact_et).

ELi õigus ja seonduvad dokumendid

ELi käsitleva õigusteabe, sealhulgas alates 1952. aastast kõigi ELi õigusaktide konsulteerimiseks kõigis ametlikes keeleversioonides vt EUR-Lex: <https://eur-lex.europa.eu>

Open data from the EU

ELi avatud andmete portaal (<http://data.europa.eu/euodp/et>) võimaldab juurdepääsu ELi andmekogudele. Andmeid saab tasuta alla laadida ja taaskasutada nii ärilisel kui ka mitteärilisel eesmärgil.

