

REGIOONI VÄLJAKUTSED ON EESTI VÕIMALUSED

EESTI FOKUSES
5/2010



Tervishoiuteenused 2018



EESTI TERVISE- JA HEALUTEENUSTE EKSPORDIVÕIMALUSED

ARENGUFOND
ESTONIAN DEVELOPMENT FUND

Raport on valminud Poliitikauuringute Keskuse PRAXIS ja Eesti Arengufondi koostöös.

Autorid PRAXISest:

Ain Aaviksoo, juhatuse liige, tervisepoliitika programmi direktor
Indrek Vainu, projektijuht
Gerli Paat-Ahi, tervisepoliitika analüütik

Autorid Eesti Arengufondist:

Kitty Kubo, arenguseire juht
Imre Mürk, teenusemajanduse ekspert

Küljendaja: Katrin Leismann

Eesti Arengufond, 2010
Eesti fookuses seeria
ISSN 1736-6550 (trükis)
ISSN 1736-6569 (võrguväljaanne)

Tervishoiuteenused 2018
Eesti tervise- ja heaoluteenuste ekspordivõimalused
ISBN 978-9949-21-375-7 (trükis)
ISBN 978-9949-21-376-4 (võrguväljaanne)



Käesolev raport on avaldatud Creative Commons'i litsentsitingimuste alusel
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

Saateks

Eesti majandus on ristteel. Ärialad ja tegevused, millega oleme seni oma sissetulekuid ja heaolu kasvatanud, on ennast senisel kujul ammendamas. Edasiminekuks on oluline välja arendada uusi tööstus-, aga eriti teenusvaldkondi, millel on tugev ekspordipõhine kasvupotentsiaal ning arvestatav lisandväärtus. Valdavalt on sellised valdkonnad ka üsna teadmus- ja tehnoloogiamahukad.

Tervishoiuteenused jäid Arengufondi Eesti majanduse uusi kasvuvõimalusi väljapeiliva seire radarile seetõttu, et vastavad hästi eeltoodud tingimustele. Sel alal on nii maailmas kui ka meie lähipiirkonnas oodata kiiret nõudlust ja rahvusvahelise äritegevuse kasvu, tervishoiuteenuste pakkumine baseerub kõrgelt kvalifitseeritud tööjõul ja kaasaegsel tehnoloogial ning on olulise lisandväärtusega. Lisaks on tervishoiu valdkond märkimisväärse tööhõive loomise potentsiaaliga, kuna enamus tegevusi on seotud inimkomponendiga, sh meditsiini toetavates funktsioonides. Töökohtade tekitamise võime on Eesti ees seisva pika-ajalise struktuurse tööpuuduse kontekstis omaette väärtuseks.

Tervishoiuteenuse ekspordiks on põhimõtteliselt neli erinevat viisi, mis eristuvad üksteisest selle poolest, kes või mis üle riigipiiride liigub. Liikuda võib patsient (tervishoiuturism), teenuse pakkumise mudel (otseinvesteering välisriiki), info ja teadmine (telemeditsiin) ja arst või muu tervishoiutöötaja (ajutine migratsioon).

Raportist selgub, et Eestil on eeltoodud neljast ekspordiviisist lähitulevikus võimalik ja ka mõistlik arendada eelkõige tervishoiuturismi. Lähedus Skandinaaviamaadele ja sealt Eestit külastav märkimisväärne turistide vool on kindlasti kõige kiiremaks võimaluseks, mille peale annab tervishoiuteenuse ekspordi ehitada, pakkuades kvaliteetset teenust siiski veel odavamama hinnaga ning lühemate järjekordadega.

Arenenud ja ühtlasi kiirelt vananeva elanikkonnaga riikide kodanikud on üha altimad tervishoiuteenust välisriigis tarbima, seda eelkõige madalama hinna või lühemate järjekordade tõttu. Lisatõuke Euroopa-siseseks patsientide liikumiseks annab EL tervishoiuteenuste vaba liikumise direktiiv. Tervishoiuturism Euroopas toimub eelkõige lähiriikide vahel ja patsientide liikumise suunad on arenenumatest riikidest arenevatesse madalama hinnatasemetega riikidesse.

Tervishoiuteenuste ekspordiga seotud peamisel hirmul - et selle tulemusena jääb oma riigi patsient tervishoiuäri hammasrataste vahele - on suured silmad. Hirmu on toitnud meedias võimendatud näiteid arengumaadest, kus kasina tervishoiusüsteemi taustal uhkeldavad oasidena tipp-tasemel haiglad USA meditsiinituristidele. Samas on erinevate uuringutega tõestanud pigem vastupidist: tervishoiuteenuste ekspordi tulemusena tõuseb tervishoiuteenuste standard ja kvaliteet teenuseid pakkuvas riigis üldiselt, millest võidab ka oma patsient. Tervishoiuteenuste ekspordi arendamisega luuakse riigis uusi töökohti, pakutakse stiimulit



Tervishoiuteenuste ekspordil loob riigis uusi töökohti, pakub kodumaalt lahkunud arstidele stiimulit tagasitulekuks ning innustab noori arstiks õppima.

kodumaalt lahkunud arstidele tagasitulekuks ning innustatakse noori arstiks õppima. Pooltargumendid ja kriitika võttis hästi kokku sotsiaalminister Hanno Pevkur ühel Arengufondi selleteemalisel ajurünnakul: "Üks ei välista teist, oluline on leida nendevaheline tasakaalupunkt".

Kokkuvõttes on tervishoiuteenuste ekspordi arendamisest võimalik võita nii Eesti majandusel kui ka tervishoiusüsteemil, mistõttu võiks see raporti autorite hinnangul olla üks nendest teedest, kuhu Eesti majandusega tänaselt ristteelt edasiminekut proovida.

Tervishoiuteenuste nõudluse ettenähtav kasv ning samaaegne turgude järjest avatumaks muutumine suurendavad konkurentsi ja võimaldavad muutunud situatsioonist kasu lõigata neil, kellel eeliseid olgu siis hinna, teenuse kättesaadavuse või kvaliteedi osas, aga ka võimekust ennast potentsiaalsetele klientidele-patsientidele välisriikides nähtavaks ning usaldusväärseks teha. Raport pakub aruteluks välja erinevad strateegiavalikud Eestile, mille alusel sõltuvalt seatava tulevikusihi ambitsioonikusest oleks mõistlik tegutsema hakata.

Tahame tänada Arengufondi partnerit uuringu läbiviimisel – Poliitikauuringute Keskust PRAXIS – ja eriti uuringumeeskonda juhtinud dr Ain Aaviksood. Samuti oleme tänulikud kõigile, kes on osalenud erinevatel aruteludel ning olnud nii Eesti ühe võimaliku uue kasvuala kontseptsiooni sünni juures.

Soovime tervishoiuteenuste seire meeskonna poolt Teile mõnusat lugemist ning jääme ootama Teie mõtteid ja ideid edasiseks diskussiooniks.

Kitty Kubo
Eesti Arengufond

Eessõna

Eesti tervishoiusüsteem on kahtlemata üks kuluefektiivsemaid, kui võrrelda elanikele osutatud teenuseid ning selleks kasutatud raha ühe inimese kohta. Viimase 20 aasta jooksul oleme suutnud oma süsteemi ümber korraldada edukamalt kui enamik Ida-Euroopa riike. Samal ajal on rahvastiku vananemine aidanud lõplikult selgusele jõuda, et pikemas perspektiivis on tervishoiu rahastamine ja teenuse kättesaadavus Eestis sattumas vastuollu ühiskonna ootustega süsteemi poolt pakutavate hüvede osas. Ent muutused on õhus ka mujal maailmas.

“Praegu pakutakse inimestele 21. sajandi meditsiinitehnoloogiat 19. sajandi organisatsiooni, struktuuride, juhtimistavade ja hinnakujunduspõhimõtetega,” ütlevad Michael E. Porter Harvardi ning Elizabeth O. Teisberg Virginia ülikoolist.¹ Samas seisavad kõik arenenud riigid silmitsi vananeva ühiskonnaga, mis ühelt poolt suurendab tervise tähtsust inimeste jaoks ning teisalt kasvatab teenuseid vajavate inimeste hulka – nii eakate kui tegelikult igas eas inimeste arvelt.



Lisaks tervishoiu korraldamisele on Eesti lähikümnendi väljakutseks ka kogu majanduse ühise ja kaugelenägeva tulevikuvisioni ja elluviimise kava kokkuleppimine. Eeldades teadmiste-, teenuste- ja ekspordipõhise majandusmudeli sobivust Eestile ning kombineerides seda tervishoiu- ja heaoluteenustega kui ühe kiiremini kasvava nõudlusvaldkonnaga, saame tulemuseks idee, mis kindlasti väärib tõsisemat kaalumist: tervishoiu majandusel võiks olla tulevikus Eesti ühiskonnas muuhulgas ka proaktiivne majandust toetav roll.

Oleme omaks võtnud, et Eesti tervishoiuspetsialistid on hinnatud ja saavad hakkama ka teistes riikides sealsele inimestele teenuse pakkumisega. Eestis käinud välismaalased tunnustavad valdavalt samuti neile osutatud teenust. Eelnevat loogiliselt kokku võttes tundub tervise- ja heaoluteenuste eksport võimalusena, mille tõhusama ärakasutamise nimel oleks arukas tõsiselt pingutada.

Loomulikult, igasuguse mõistliku mõttearenduse ühe nurgakivina tuleb arvestada, et riigi prioriteediks on vaieldamatult oma elanikele kvaliteetse tervishoiuteenuse tagamine. Tervishoiuteenuste eksporti võiks ka vaadelda kui lisavõimalust riikliku tervishoiusüsteemi tugevdamiseks.

Käesolev raport püüab otsida tulevikuvõimalusi olemuselt väga konservatiivses tervisevaldkonnas, mille roll pelgalt tervisehädadele leevenduse pakkujast on nüüdseks muutunud eduka individuaalse ja ühiskondliku arengu võimaldajaks. Uuenenud roll vajab kindlasti ka teistmoodi lähenemist kõigi võimaluste ärakasutamiseks. Nii nagu televiisor ei ole välja suretanud raadiot, ei ole usutavasti ka tervise- ja heaoluteenuste ekspordi arendamise tulemuseks viletsam tervishoiuteenus Eesti inimestele. Pigem vastupidi.

Ain Aaviksoo
Poliitikauringute keskus PRAXIS

¹ Porter, M. E., Olmsted Teisberg, E. Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Harvard Business School Press, 2006.

Sisukord

Kokkuvõte	7
1. Sissejuhatus	10
Eesmärk	11
Teema piiritlemine	12
Metoodika	13
Raporti ülesehitus	15
2. Tervishoiuteenuste ekspordi lähtekohad	16
Tervishoiuteenuste ekspordi kategooriad ja turu suurus	17
Tervishoiuturismi arendamise pooltargumendid ja kriitika	20
Tervishoiuturismi olukord Euroopas	22
3. Tervishoiuteenuseid mõjutavad trendid ja ekspordi tõuketegurid	26
Vananev, terviseteadlikum ja jõukam rahvastik	27
Ekspordi tõuketegurid	28
Tervishoiuteenuste vaba liikumine Euroopa Liidus	31
4. Eesti tugevused ja konkurentsieelised ekspordiks	34
Tervishoiusektori lühiülevaade	35
Tervishoiuteenuste ekspordi olukord	43
Eesti turismiturg	46
Tervishoiuteenuste valdkondade potentsiaal	47
Ekspordi laiem majanduslik mõju	54
Potentsiaalsed eksporditurud	57
5. Järeldused ja strateegilised valikud ekspordi arendamiseks	68
Uuringu järeldused	69
Põhimõttelised strateegiavõimalused tervishoiuteenuste ekspordi arendamiseks	72
Eesti strateegilised valikud	74
6. Lisad	78
Lisa 1 Valdkondade lühikirjeldused ja hinnangud ekspordile	79
Lisa 2 Näited Eesti tervishoiuteenuste ekspordist	120
Lisa 3 Tervishoiuteenuste ümarlaudades, töötoas ning ekspertgrupis osalenud	122

Kokkuvõte

Käesolev uuring on üks osa Arengufondi 2008. aastal käivitatud Eesti teenusemajanduse laiemast arenguseirest. Uuringus analüüsiti Eesti tervise- ja heaoluteenuste ekspordi kasvu-võimalusi järgneva kümnendi jooksul ning toodi välja strateegiavalikud ja tegevussoovitused.

Uuringuga testiti hüpoteesi, mille kohaselt Eestis on potentsiaali tervishoiuteenuste ekspordiks. Hüpotees lähtus kolmest eeldusest: valdkonna üleilmselt suurenevast teenuste mahust, Eesti tervishoiusüsteemi tunnetatud tugevusest ning Eesti soovist arendada teadmismahukat, valdavalt teenustel põhineva ekspordiorientatsiooniga majandust.

Uuringu teema piiritlemisel lähtuti asjaolust, et üleilmselt on tervishoiuteenuste piiriülese liikumise peamiseks viisideks otseinvesteeringud välisriiki (50% globaalsest ekspordikäibest) ja tervishoiuturism (40%). Erinevate ekspordivariantide vaagimise põhjal otsustati, et Eesti tervishoiuteenuste ekspordi kasvatamise võimalusi tasub otsida eelkõige tervishoiuturismist, mida raport seetõttu ka peamiselt käsitleb.

Tervishoiuturismi tõukavad tagant parema teenusekvaliteedi, odavama hinna ja lühemate järjekordade otsingud, seda nii üksikisikute kui ka riikide tervishoiusüsteemide (kindlustusandjate) tasandil. Siinkohal on oluline märkida, et vaatamata ohtudele, mida kriitikud tervishoiuturismiga seoses märgivad, lubab rahvusvaheline kogemus väita, et oskuslikul kavandamisel võimaldab see tuua süsteemi lisaraha ning tõsta tervishoiuteenuste kvaliteeti tervikuna. Sellesse uskus uuringu käigus läbi viidud küsitluse põhjal ka 68% Eesti tervishoiuasutuste ja -ettevõtete juhtidest.

Euroopas on riikide tervisesüsteemide siseturu kaitse väga aktiivne, kuid samas jätkub surve turgude avamisele. 2010. a detsembris võetakse suure tõenäosusega vastu nn Euroopa patsientide vaba liikumise direktiiv, mis korrastab reeglid ja sunnib liikmesriike kaotama suuresti infopuudusest tingitud barjäärid tervishoiuteenuste piiriülese liikumise teelt. Kui see jõuab Euroopa tarbijate teadvusse, luuakse eeldused tervishoiuteenuste ühisturu tekkeks ning teenuste aktiivsemaks liikumiseks riikide vahel. Kes end varem eesootavateks muutusteks valmis seab, võidab parema turupositsiooni.

Euroopa Liidus 2007. aastal läbi viidud küsitluse andmetel on üle poole eurooplastest valmis välisriigis tervishoiuteenust tarbima. Tõsi, vaid 4% (ehk ca 17 miljonit täiskasvanud elanikkonnast!) on seda aasta jooksul ise kogenud. Tulevikuplaanide seisukohast on oluline just asjaolu, et nooremad ja haritumad inimesed on rohkem valmis ja ka kasutavad reaalselt sagedamini teenuseid väljaspool kodumaad.

Eesti üldine tervishoiukorraldus loob hea eelduse tervishoiuteenuste ekspordiks. Eesti tugevuseks on tehnoloogilise ressursi nüüdisaegsus ja arvestav hulk koos kvaliteetse oskusteabega ning veel mõnda aega ka hinnaeelis.

Realistliku kava järgi, ent väga tõsiselt pingutades on võimalik tervishoiuteenuste ekspordi keskpikas perspektiivis kasvatada umbes 1-2 miljardi krooni suuruseks.

Kui Eestis soovitakse tervishoiuteenuste ekspordi arendada, siis sobiks selleks avaliku ja erasektori vahelise koostöö strateegia loomine.

Eesti tervishoiuteenuste ekspordi olukorra analüüsist selgus, et tervishoiuteenuste eksport (eeskätt tervishoiuturism) on Eesti tervishoiuteenuste pakkujate jaoks tuttav. 2009. aastal uuringu käigus läbi viidud küsitluse põhjal on sellega kokku puutunud 30% kõigist suurtest ja väikesteset teenuseosutajatest ning Eestis on ka ettevõtteid, kelle käibest moodustab eksport lõviosa. Täpset tervishoiuteenuste ekspordikäibe suurust on väga raske hinnata, kuid hinnanguliselt jääb see hetkel 250-360 miljoni krooni piiridesse. Enamik ettevõtete juhtidest uskus, et lähiaastatel teenuste eksport kasvab, kuigi valdav osa selle nimel aktiivselt ei pingutanud.

Sihtturgudest on mõnevõrra madalamad barjäärid turule sisenemiseks Soomes ja Venemaal.

Lühiajalises perspektiivis võib takistavaks teguriks osutuda personali vähesus, kohati ka olmetingimuste mahajäämus ekspordiks vajalikust tasemest. Küsitletud asutuste juhtide arvates on Eestis tervishoiuteenustel väga hea sisu, kuid puudub teenuse atraktiivne esitlemine ja müük välismaalastele nii, et see kliente Eestisse tooks. Oluliseks lähtekohaks on Eesti arvestatav välisturistide voog, mis loob head eeldused usalduse kasvatamiseks.

Tervishoiuturism on loogiline jätk turismi arendamisele, sest palju lihtsam on suurema lisandväärtusega tervishoiuteenust pakkuda inimestele, kes on Eestis turistidena juba käinud. Turismisektor otsib võimalusi esile tõsta sihtriigi turvalisust ja eripära, turistid eelistavad järjest enam erihuvidel põhinevaid reise.

Uuringu soovitusena on alustada tervishoiuteenuste ekspordipotentsiaali kasvatamist tervishoiuvaldkondadest (ehk erialadest), kus on olemas esmane ekspordivõime, sh teenusepakkujate suurem võimekus ja soov investeerida, ning kus potentsiaalsetel sihtturgudel on hinnanguliselt suur ja kiiresti kasvav nõudlus. Samal ajal on sobiva strateegia valikul võimalik saavutada märkimisväärne tulemus ka aeglasema stardiga valdkondades, kuigi mõnevõrra hiljem.

Üks võimalik mudel tervishoiuteenuste ekspordi arendamiseks Eestis oleks avaliku ja erasektori vahelise koostööplatvormi loomine (nn tervishoiu ekspordi agentuuri asutamine), mis arvestaks sihtturgude nõudlusega ja Eesti olemasolevate tugevustega, kasvatades muuhulgas positiivsete tulemuste najal toetust valdkondade endi sees ning ühiskonnas laiemalt.

Lisaks tervishoiuteenuste ekspordivõimekuste arendamisele tuleb ekspordiagentuuri kavandades algusest peale kindlasti silmas pidada sidusvaldkondade (IKT, biotehnoloogia, haridus) integreerimist ühise ekspordistrateegia elluviimisesse. Niisugusel lähenemisel on võimendusefekt ning mõju riigi majandusele kõikide osapoolte jaoks tervikuna märgatavalt suurem. Eduka piirkondliku meditsiinikeskuse tekkimine võimendab omakorda ekspordipotentsiaali sidusvaldkondades ja vastupidi: tippasemel teadus- ja arendustegevus muudab Eesti tervishoiuteenused välispatsientidele atraktiivsemaks.

Eestil on võimalik valida mitmete tegevusstrateegiatega vahel või ka kombineerida neid omavahel. Nii näiteks on tervishoiuteenuste ekspordi kasvuvõimalused kõige kiiremini realiseeritavad turismi, heaolu- ja raviteenuste vahelise sünergia ärakasutamisega. Pisut julgema strateegiana võiks kaaluda spetsialiseerumist valdkondades, milles Eesti teenuseosutajatel juba on olemas ekspordikogemus ning mida toetab suur ja jõudsalt kasvav turunõudlus lähiriikides. Seni kasutamata võimalused võivad aga peituda hoopis lähiriikides lahendamata probleemidele (nt alkoholism, ülekaalulisus) uute terviklike teenusepakettide väljaarendamises ja nende eksportimises. Kõige ambitsioonikama strateegia eesmärgiks sobiks Eestis rahvusvahelisel tippasemel meditsiini hub'i ehk keskuse väljaarendamine. See eeldab valmisolekut Eestis

meditsiiniteenustesse ja sellega seotud sidusvaldkondadesse sihikindlalt ja pikaajaliselt investeerida.

Tervishoiuteenuste ekspordimisel eristumiseks oleks tark ära kasutada tugevused muudes valdkondades, näiteks IKT-I põhinevate lahenduste integreerimine eksporditavate teenuste väärtusahelasse. Arvestades Eesti tehnoloogilist võimekust, on tulevikus IKT baasil uuenduslike teenuste ja ärimudelite juurutamine, samuti IKT abil piiriülese komponendi integreerimine teenuste ühe osana tõenäoliselt Eestile perspektiivikaks ekspordivaldkonnaks. Samas on see strateegiliselt suuremaid pingutusi nõudev eesmärk ning on nn ladvaõunana raskemini kättesaadav.

Sihtturgusid valides tuleb tõdeda, et täna ei ole selliseid riike, kuhu Eesti tervishoiuteenuseid vähesel määral ja kiire kasumiga eksporditakse. Rahvusvaheline kogemus näitab, et reeglina on kõige tõenäolisem saavutada edu nn naaberturgudel. Eesti jaoks on selles mõttes suurima potentsiaaliga Soome turg, kuhu sisenemine on lihtsam kui teistele turgudele, ent mille maht ei ole niivõrd suur, võrreldes kõrge sisenemisbarjääriga riikide Rootsi ja Norraga. Kindlasti on kasvava potentsiaaliga ka Loode-Venemaa, kus tervishoiu eksisteerivad kohalike elanike jaoks suured probleemid. Niisamuti Läti, Saksamaa, Ühendkuningriik jt, kuid nende puhul tuleb arvestada erinevate negatiivsete lisafaktoritega: turu ja ostujõu piiratus Läti puhul, Eesti suhteline tundmatuse ja kaugus Saksamaa ning Suurbritannia puhul.

Rahvastiku vananemine ning tehnoloogia areng sunnivad ühiskondasid kohanema senitundmatute oludega. Sellega seoses seisavad ka tervishoiuteenused silmitsi paratamatu muudatusvajadusega. Eestil on võimalik selles olukorras võtta aktiivne hoiak ning kasutada võimalusi, mida niisugune transformatsioon endaga kaasa toob. Tervishoiuteenuste ekspord ei ole lihtne, kuid selles peituvad head võimalused nii tervishoiusüsteemi kui ka riigi majandusarenguks laiemalt.

Tervishoiuteenuste ekspordi kasvatamine praeguselt 360 miljonilt kroonilt 1-2 miljardi kroonini on analüüsi arvesse võttes võimalik, kuid nõuab erinevate osapoolte koostööd ja tahet pikaajaliselt pingutada. Võrdluseks: see oleks Eesti tervishoiusüsteemi suurus arvestades umbes 10 korda parem tulemus kui seni Euroopa kõige edukamal tervishoiuteenuste ekspordijal Ungaril, kes suudab ca 1,5% oma tervishoiuteenustest ekspordiks müüa. Ühe-kahe miljardi suurune ekspordikäive on võrreldav Eesti infotehnoloogia teenuste ekspordiga.

Eestis on tervishoiuteenustel hea sisu, kuid puudub teenuse atraktiivne esitlemine ja müük välismaalastele.



1. Sissejuhatus

- Uuring lähtus hüpoteesist, et Eestis on potentsiaali tervise- ja heaoluteenuste ekspordiks.
- Hüpotees tugines valdkonna üleilmsetel kasvutrendidel ning Eesti tervishoiusüsteemi tunnetatud tugevustel.
- Uuringu meetoodika rõhuasetus oli regionaalse nõudluse tuvastamisel.
- Järelduste ja soovituseni jõuti kombineerides maailma trende ja -kogemust, originaalandmeid Eesti olukorrast ning valdkonna ekspertide hinnanguid.

Eesmärk

Uuring püüdis süstemaatilise lähenemisega luua selgust, millised võimalused on Eestil 10 aasta perspektiivis tervise- ja heaoluteenuseid ekspordida ja mida nende võimaluste realiseerimiseks tuleks 3-5 aasta perspektiivis ära teha.

Uuringu konkreetseks eesmärgiks oli välja selgitada Eesti jaoks ekspordi mõttes perspektiivseimad tervise- ja heaoluteenused ja turud ning algatada eri osapooli kaasavat strateegilist diskussiooni nende võimaluste ärakasutamiseks vajalike sammude osas.

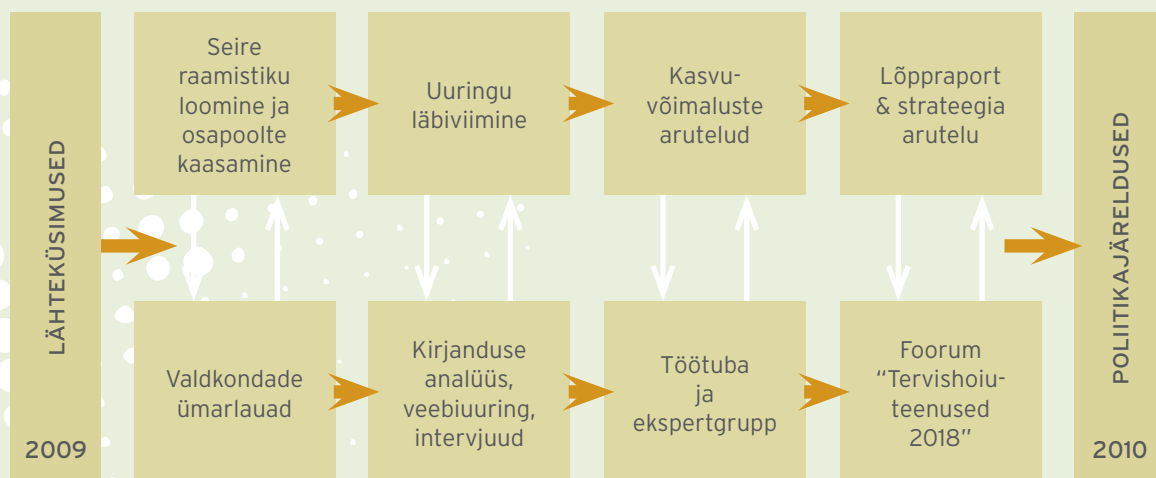
Eesti tervise- ja heaoluteenuste ekspordivõimaluste uuring on üks osa Arengufondi poolt 2008. aastal käivitatud Eesti teenusemajanduse arenguseirest. Seire eesmärgiks on kaardistada teenusemajanduse tõenäolisemad kasvuvaldkonnad ja nende hetkeseis Eestis, luua ettekujutus tulevikuväljavaadetest ning anda otsusetegijatele strateegilise tasandi soovitusi teenusemajandust ja eriti teenuste ekspordi soosiva poliitika kujundamiseks.

Seirele omaselt oli minevikuolukorra analüüsis ja hetkeolukorra kaardistamisest olulisem tulevikku vaatamine. See tähendab tulevikuarengut mõjutavate trendide uuteks kasvuvõimalusteks tõlgendamist.

Poliitikajäreldused töötati välja, arvestades rahvusvahelisi kogemusi, Eesti konteksti ning toimunud ümarlaudade ja intervjuude käigus kogutud tagasisidet huvirühmadelt ja turuosalistelt.

Uuringu eesmärgiks oli välja selgitada Eestile ekspordi mõttes perspektiivseimad tervishoiuteenused ja turud ning algatada strateegilist diskussiooni.

Tervishoiumajanduse arenguseire tööprotsess



Joonis 1. Tervishoiumajanduse arenguseire protsess
Allikas: Uuringu autorid 2010

Teema piiritlemine

Tervishoiu- ja heaoluteenused defineeriti kui vahetult inimese terviseseisundi (vaimse, füüsilise ja sotsiaalse heaolu) mõjutamisele orienteeritud teenused, mille osutamiseks on teenust pakkuval asutusel või selles osaleval professionaalil vajalik litsents.²

Muuhulgas eristab litsentseerimine³ ka ravispaasid (*medical spa hotels*) tavapäraest heaolu-spaadest (*wellness spa hotels*). Näiteks tavalist spaas ujumist me selle uuringu kontekstis tervise- ja heaoluteenuste alla ei kvalifitseeri, küll aga loeme nende hulka litsentseeritud arsti nõuandel patsiendile soovitatud vesi- ja kuurortravi, ravimassaaži, -võimlemise jms. Samuti kvalifitseeruvad niisuguse lähenemise korral tervishoiuteenuste hulka hotelliteenusele lisaks pakutavad ambulatoorsed eriarsti teenused, nii nagu see on kujunenud paljudes teistes, esmalt turismile orienteerunud riikides.

Tervishoiuteenuste ekspordi käsitlemisel lähtuti Maailma Kaubandusorganisatsiooni teenuste ekspordi neljast kategooriast:⁴

Esimeseks ja kõige traditsioonilisemaks ekspordiviisiks on teenuse osutamine välisriigi tarbijatele (patsientidele). Sel juhul liiguvad riikide vahel teenust kasutavad inimesed ja seda nimetatakse **tervishoiuturismiks** (*consumption abroad, medical tourism*).

Teise võimalusena toimub eksport läbi investeerimise teises riigis tervishoiuteenust pakkuvasse ettevõttesse. Sellisel juhul on tegemist **ärielse kohalolekuga välisriigis** (*commercial presence*).

Kolmandaks võib eksport toimuda viisil, kus riikide vahel liigub ainult informatsioon (näiteks digitaalsed pildid telemeditsiini teenuse puhul või koeproovid laboridiagnostika puhul). Seda nimetatakse teenuse **piiriüleseks osutamiseks** või ka **telemeditsiiniks** (*cross-border supply, telemedicine*).

Globaalses mastaabis on kõige mahukamad ekspordiviisid tervishoiuturism ning ärielse kohalolek välisriigis.

Neljast viis tervishoiuteenuste eksportimiseks seisneb **tervishoiutöötajate (ajutises) migratsioonis** (*movement of health care personnel*), mille puhul kasu võib sündida organisatsioonidevaheliste rahaliste tehingute (nt tööjõu rent), uute kogemuste omandamise või ka töötajate poolt kodumaale toodud palgaraha näol.

Globaalses mastaabis on kõige mahukamad ekspordiviisid tervishoiuturism ning ärielse kohalolek välisriigis. Kuigi piiriülene teenuse osutamine ei toimu täna veel olulises mahus, usutakse info- ja kommunikatsioonitehnoloogia arenguga seoses selle kasvavat potentsiaali. Tervishoiutöötajate liikumine toimub nii arenenud riikide vahel kui ka arenevatest riikidest arenenumatesse ja on enamjaolt ajendatud parema töö leidmise soovist.

Kõikide ekspordivormide lõpptulemusena jõuab raha ekspordivasse riiki tagasi, olgu siis tarbijate või kindlustusfirmade poolt makstud tasude või välisriigist teenitud töötasu või kasumi näol.

² Eestis registreerib tervishoiutöötajaid ning väljastab tervishoiuteenuste osutajatele tegevuslubasid Tervishoiuamet.

³ Eestis väljastab ravispaasid Eesti Spa Liit, mis on välja töötanud "Eesti spaahotellide kategooriad ja järkude andmise korra", milles ravispaasid esmaseks tingimuseks on haiglavälise arstiabi andmise tegevusluba. (Allikas: Eesti Spa Liit; 15.06.2009)

⁴ General Agreement on Trade in Services (GATS).

Metoodika

Analüüs lähtus hüpoteesist, et Eesti tervise- ja heaoluteenustel on ekspordipotentsiaali. Eesmärgiks oli uurida selle paikapidavust ning eeldusi, mis võivad ekspordi kasvu positiivselt mõjutada.

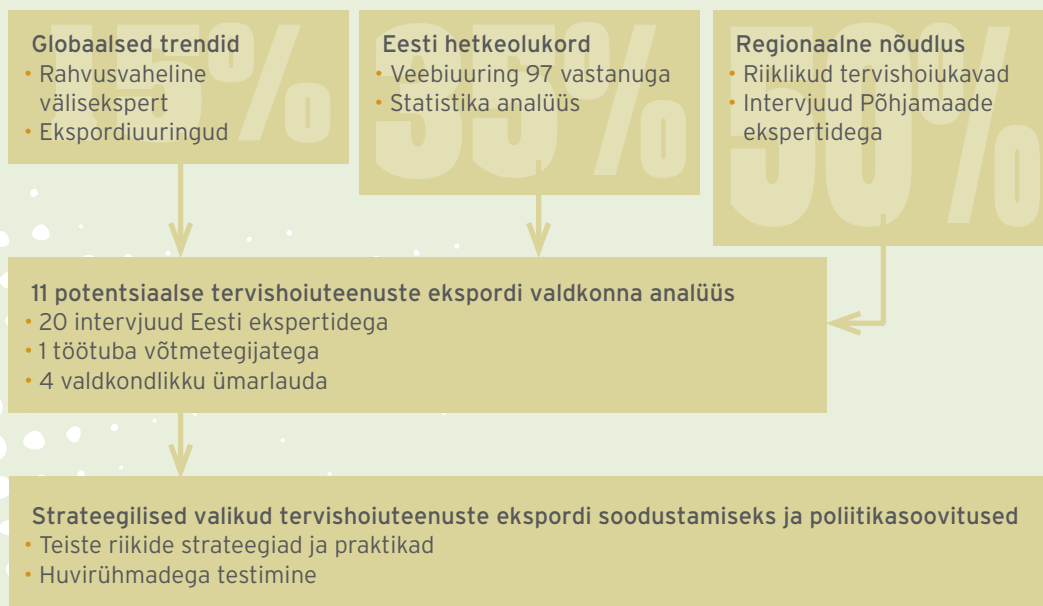
Hüpotees lähtus kolmest eeldusest:

- üleilmsetest suundumustest tervishoiuvaldkonna mahu, sh teenuste ekspordi kasvule;
- tunnetatud Eesti tervishoiusüsteemi tugevusest ja kasutamata potentsiaalidest;
- Eesti soovist arendada teadmistemahukat, valdavalt teenustel põhinevat tugevat ekspordi-orientatsiooniga majandust.

Uuringu kombineeriti eri allikatest pärit kvalitatiivne ning kvantitatiivne informatsioon. Uuringu läbiviimise kaasati turuosalisi ja eri valdkondade eksperte (nii Eestist kui välismaalt), et saada hinnangut teenuseosutajate ning tarbijate potentsiaalse käitumise kohta. Uurimis-meetoditena kasutati nn *desk-research*'i põhjal kogutud informatsiooni avalikest andmebaasidest ja publitseeritud raportitest Eestis ja välismaal, viidi läbi küsitlusuuring 97 teenuseosutaja hulgas Eestis, viidi läbi vastava valdkonna asjatundjatega 20 intervjuud Eestis ja 6 telefoniintervjuud välisriikides.

Uuringu käigus konsulteeriti Tai rahvusvahelise Bumrungradi haigla endise turundusdirektori ja Rahvusvahelise Meditsiiniturismi Assotsiatsiooni (International Medical Travel Association - IMTA) presidendi Ruben Toraliga, kes retsenseeris uuringu vahe- ja lõppraportit. Korraldati neli ümarlauda perspektiivsetes ekspordivaldkondades ning üks töötuba uuringu vahekokkuvõtete laiemaks tutvustamiseks ja tagasiside kogumiseks.

Uuringu rõhuasetus oli regionaalse nõudluse tuvastamisel



Joonis 2. Uuringu ülesehitus ja metoodika
Allikas: Uuringu autorid 2009

Hüpoteesi testimiseks analüüsiti kolme võtmetegurit, mis mõjutavad Eesti tervishoiuteenuste ekspordipotentsiaali.

Esmalt vaadeldi **tervishoiu üleilmseid trende**, mis üha enam viitavad tervishoiuteenuste ekspordi kasvule. Arvestades USA senist domineerimist globaalsete trendide kujundajana, on käesolevas uuringus hinnatud sellest tulenevate argumentide kaalu lõppjäreluste kujundajana suhteliselt väikeseks (tinglikult umbes 15%). Globaalsete trendide analüüsis tuginesime rahvusvaheliselt avaldatud uuringutele ja analüüsidele ning tervishoiuorganisatsioonide hinnangutele tervishoiuvaldkonna arengu kohta üldiselt ning eraldi ekspordi kohta.

Teise sisendtegurina analüüsiti **Eesti lähiregiooni turge ja teenuseid**. Potentsiaalsete eksporditurgede määratlemisel lähtuti laialdaselt aktsepteeritud põhimõttest, mille järgi tervishoiuteenuste tarbimise eesmärgil välismaale sõitmise maksimaalne aeg ei tohiks

Eksporditurge määratleti lähtuvalt põhimõttest, mille järgi tervishoiuteenuste tarbimise eesmärgil välismaale sõitmise maksimaalne aeg ei tohiks ületada 2,5 lennutundi.

ületada 2,5 lennutundi. Lähema vaatluse all oli välisriikide nõudlus teatud teenuseliikide lõikes, mida on võimalik rahuldada muuhulgas ka Eestis. Kuigi hinnangut välisriikide nõudluse kohta tervishoiu- ja heaoluteenuste ekspordi järele on info vähesuse tõttu raske anda, on äristrateegia seisukohast potentsiaalne turu nõudlus lähiregioonis Eesti tervishoiuteenuste ekspordi järele eeldatavasti kõige olulisem tegur (tinglikult umbes 50% osakaal) järeluste tegemisel. Info kogumiseks suhtlesime võimalike sihtturgede (Skandinaavia, Venemaa, Suurbritannia) tervishoiuvaldkonna

ekspertidega, töötasime läbi riiklikke tervishoiuülevaateid ning arengukavasid ning analüüsisime kogutud infot Eesti tervishoiuteenuste praeguse ekspordi kohta lähiregioonidesse.

Kolmanda tegurina analüüsiti **Eesti tervishoiuvaldkondade tugevusi ja konkurentsieeliseid**. Selle juures vaadeldi Eesti ressursse ning võimekust teenuseid välisriikidesse pakkuda. Eesti tugevuste ja konkurentsieelistega seotud argumentide tähtsust ekspordipotentsiaali kujunemisel ning lõppjäreluste kujundamisel hinnati mõõdukaks (tinglikult umbes 35% osakaal). Lisaks Eesti kohta avaldatud valdkondliku statistika ja kirjelduste ülevaatamisele viidi läbi ka ulatuslik veebipõhine küsitlus ning koguti andmeid intervjuude ja töötubadega.

Järeluste ja soovituseni jõudmiseks **sünteesiti** eelnevates analüüsi-etappides kogutud informatsiooni **teenusevaldkondade kaupa**, mis valiti välja indekseeritud hindamissüsteemi abil. Rakendati ühtsetele hinnangukriteeriumitele tuginevat (11-st võimekuse kategooriast ning 5-st nõudluse kategooriast koosnevat) hindamissüsteemi, mis võimaldas võrdlevat ekspordipotentsiaali hindmist valdkondade kaupa. Eraldi analüüsiti potentsiaalseid sihtturge, kirjeldades nende üldisi iseärasusi Eesti tervishoiuteenuste ekspordi kontekstis.

Lõpuks töötati välja uuringu **järeldused ja tegevussoovitused** 3-5 aasta perspektiivis. Neist on mõistlik lähtuda, kui kaugemaks sihiks on tervishoiuteenustest majanduse uue kasvuala väljaarendamine. Strateegiavalikute väljatöötamisel analüüsiti nii teiste riikide kui ka tervishoiuteenuste ekspordivate ettevõtete starteegeid ning nende edu- ja ebaedu põhjuseid. Eestile sobivaima strateegilise lähenemise leidmisel valideeriti erinevaid võimalusi ja valikuid ekspertgrupiga.

Raporti ülesehitus

Raport koosneb 5 osast ja lisadest.

1. osa defineeritakse uuringu kesksed mõisted: tervise- ja heaoluteenused ning nende eksport. Sellega määratletakse raamistik, milles analüüs läbi viidi. Peatükk annab ka ülevaate uuringu eesmärkidest, kasutatud meetoditest ja raporti ülesehitusest.

2. osa käsitleb tervishoiuteenuste ekspordi peamisi lähtekohti tuues välja globaalsed ekspordi mahud ning nende jagunemise teenuste nelja ekspordikategooria lõikes. Avatakse erinevate ekspordiviiside olemust ja võimalikku tähendust Eestile, põhjendades muuhulgas otsust keskenduda tervishoiuturismile. Tuuakse ära peamised tervishoiuteenuste ekspordi pooltargumendid ja kriitika. Kirjeldatakse tervishoiuteenuste piiriülese tarbimise olukorda Euroopa Liidus.

3. osa käsitletakse tervishoiuteenuste turu ja tarbimise kasvu enim mõjutavaid trende ja tüketegurid nii üleilmselt kui ka Euroopa tasandil.

4. osa keskendub Eesti tervishoiuteenuste ekspordipotentsiaali väljaselgitamisele. Tuues välja tervishoiuteenuste ekspordi seisukohast potentsiaalseimad teenusevaldkonnad ja sihtturud. Näidatakse tervishoiuteenuste ekspordi seoseid sidusvaldkondadega ning laiemat majanduslikku mõju.

5. osa sünteesib eelmiste peatükkide info ja toob välja tervishoiuteenuste ekspordi arendamise strateegilised valikud ja poliitikasoovitused.

6. osa koosneb lisadest.

Lisas 1 on erinevate tervishoiuvaldkondade lühikirjeldused ja hinnangud neile ekspordi seisukohast.

Lisas 2 on ülevaade Eesti senisest tervishoiuteenuste ekspordi praktikast.


Lisas 3 on ära toodud uuringu käigus toimunud töötoas, ümarlaudades ning ekspertgrupis osalenud.

Tehnilised lisad (nagu veebiuuringu küsimustik) leiab Arengufondi kodulehelt <http://www.arengufond.ee/foresight/services/tervis/lugemist/>





2. Tervishoiuteenuste ekspordi lähtekohad

- Globaalselt on tervishoiuteenuste ekspordi raskuskese tervishoiuturismil ja otseinvesteeringutel välisriiki.
 - Eesti tervishoiuteenuste ekspordivõimalused peituvad eelkõige tervishoiuturismis.
 - Tervishoiuturism võimaldab tuua tervishoidu lisaraha ning tõsta teenuste kvaliteeti.
 - Euroopas on üle poole inimestest valmis välisriigis tervishoiuteenust tarbima, samas vaid 4% on seda hiljuti ise kogenud.
- 

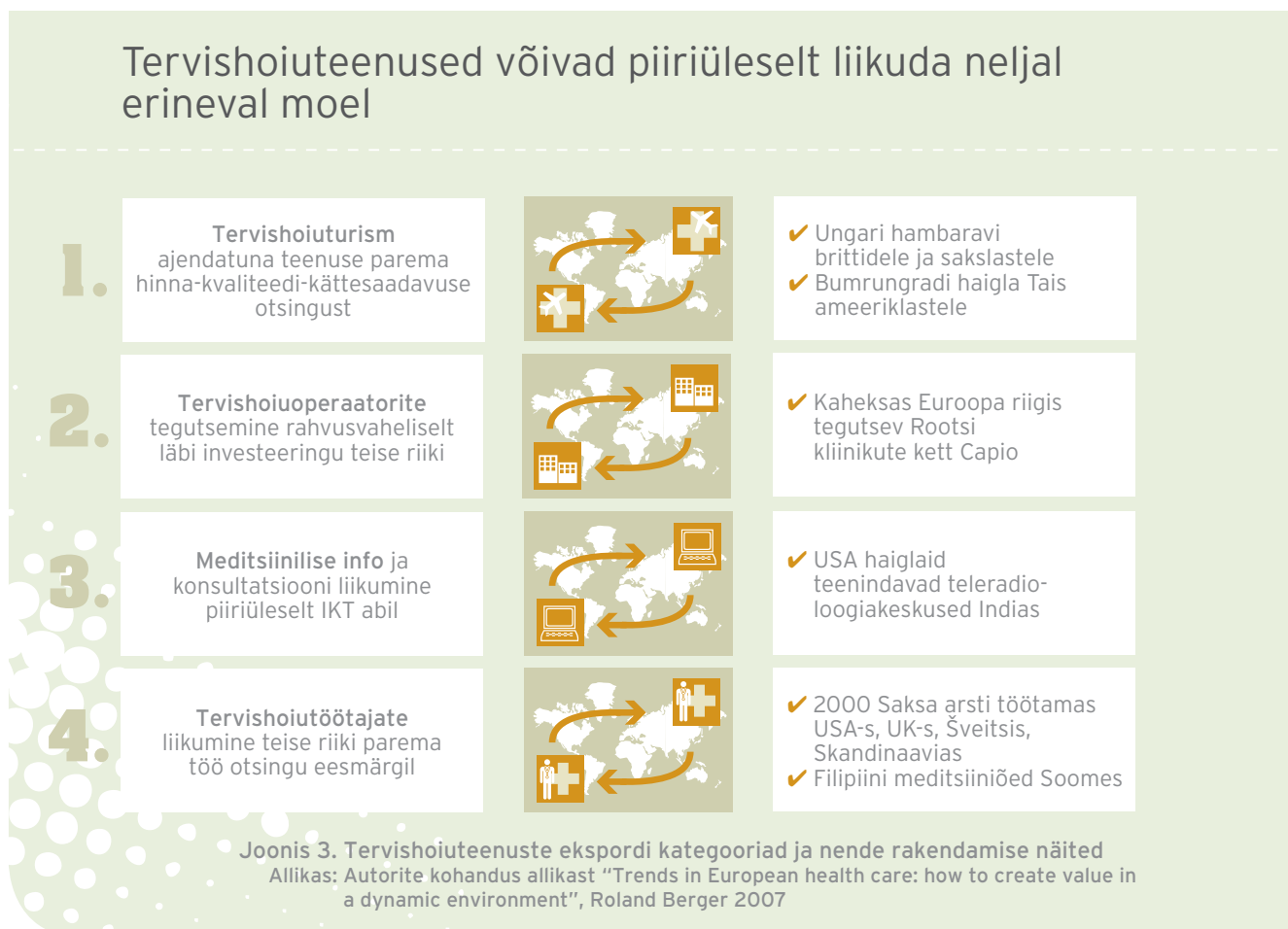
Tervishoiuteenuste ekspordi kategooriad ja turu suurus

Tervishoiuteenuste üleilmseks ekspordimahuks hinnati ÜRO Service Trade andmebaasi põhjal 33 miljardit USA dollarit (2005. a andmetel). Erinevate tervishoiuteenuse ekspordikategooriate (vt joonis 3) vahel jagunes see järgnevalt:⁵

- Kogumahust poole ehk 16,5 miljardit USA dollarit andsid otseinvesteeringud teise riiki;
- Tervishoiuturism moodustas kogumahust 40% ehk 13,3 USA dollarit;
- Tervishoiuteenuse piiriülesele osutamisele ja tervishoiutöötajate migratsioonile jäi napp 10% ehk 3,2 miljardit USA dollarit.

Sellest järeldub, et tervishoiuteenuste ekspordist moodustab kapitali liikumine valdava osa ning et inimeste liikumisega seotud käibest annab lõviosa terviseturism.

Tervishoiuteenused võivad piiriülevalt liikuda neljal erineval moel



⁵ Mortensen, J. *International Trade in Health Services*, DIIS Working Paper no 2008/11.

Prognoosid tuleviku osas on väga varieeruvad, kuna nähtus ise on suhteliselt noor ning võrreldavatel alustel kogutud andmeid ja uuringuid napib. Nii on kahe peamise selles valdkonnas globaalseid turumahu prognoose tegeva ettevõtte – Deloitte ja McKinsey – viimaste aastate ennustused olnud kas vasturääkivad või jäänud suurusjärgude võrra alla tegelikele arengutele. Näiteks hindas Deloitte 2008. aastal perioodiks 2007–2010 tervishoiuturistide arvu iga-aastasest kasvu 100% ja globaalse turumahu kasvu 100 miljardi USA dollarini koos välisriigis tervishoiuteenuseid tarbivate ameeriklaste arvu kasvuga 6 miljonini.⁶ 2007. aasta andmetel käis 750 000 ameeriklast tervishoiuteenuseid välismaal tarbimas. 2009. aastal tõdes Deloitte, et majanduskriisi aastatel 2007–2009 on ka tervishoiuturismi kasv kukkunud 13,6% ja korrigeeris oma varasemat ennustust 878 tuhandele 2010. aastaks koos pikema väljavaatega 1,6 miljonile aastaks 2012.⁷ Globaalse tervishoiuteenuste äri tulevikku nähakse nende poolt aga endiselt optimistlikes värvides: majanduse taastumise järgselt alates aastast 2010 ennustatakse selle valdkonna edasiseks aastaseks kasvumääraks 35%. Samas oli McKinsey 2008. aasta raporti kohaselt kogu maailma tervishoiuturistide arvuks kõigest 60 000–85 000, kuid nemad arvestasid väga kitsalt üksnes statsionaarse haiglaravi definitsiooniga ning prognoosisid Deloitte'ga sarnaste käibemahtudeni jõudmist lihtsalt paar aastat hilisemaks.⁸ Euroopa tervishoiuturismi turgu hinnatakse 1 miljardi euro suuruseks.⁹

Kokkuvõttes on globaalset tervishoiuteenuste ekspordi puudutavate andmete usaldusväärsus kesine, sest kasutatavad definitsioonid on erinevad, andmed lünklikud ning erinevatest arvestusest on välja jäetud osad ekspordikategooriatest. Samuti ei arvestata minevikuandmete tulevikku ekstrapoleerimisel tihtipeale tervishoiuteenuste edasisi arenguid mõjutavaid trende ja määramatust, mis võivad viia seni kogetust erinevatele arenguradadele.

Järgnevalt on analüüsitud tervishoiuteenuste ekspordikategooriate olemust ja võimalikku tähendust Eesti kontekstis.

Tervishoiuturism (joonisel 3 esimene kategooria) on kõige levinum tervishoiuteenuste ekspordi määratlus ja sageli üksnes sellega ka piiratakse. Kuigi seniste andmete põhjal

Tervishoiuturismi kasvust kasu lõigata soovijate hulk kasvab ja konkurents tiheneb. Võitjad määrab see, kelle ambitsiooni toetavad realistlik spetsialiseerumispõhine strateegia ja järjekindel tegutsemine.

on see üks kahest olulisemast tervishoiuteenuste piiriülese tarbimise vormist, on selle potentsiaali mitmetes allikates ülehinnatud.¹⁰ Paljud riigid Lähis-Idas on investeerinud suuri summasid oma haiglate arendamiseks, kuid selles, kust tulevad patsiendid ning arstid, täit selgust veel ei ole. Samuti on suuremate globaalse turu teenindamiseks vajalike

tervishoiulinnakute töölepanemiseks vajalik tervishoiukindlustuse riikideülene kasutatavus, mis täna nii USA-s kui Euroopa Liidus on enamjaolt puudulik. Meditsiiniturismi olulisteks takistusteks on paljudes riikides siiani olnud piiratud võimsus ja puudulik infrastruktuur: transport, kommunikatsioon, vee kvaliteet. Majanduslik areng on võimaldanud riikidel oma positsiooni parandada. Näiteks on Filipiinide sotsiaalministeerium koostanud meditsiiniturismi brošüüri, mida levitatakse üle Euroopa. Korea meditsiiniturismi liit planeerib uute tervishoiuasutuste rajamist rahvusvaheliste patsientide jaoks. Taiwani valitsus kuulutas välja 318 miljoni dollarilise projekti riigi tervishoiuteenuste arendamiseks. Malaisias pikendas valitsus meditsiini viisa kehtivust 30 päevalt kuuele kuule. Singapur on seadnud eesmärgiks saada regiooni meditsiinikeskuseks, eristudes naabritest tiptasemel teenuse, mitte odavama hinna poolest. Eesti lähinaabritest

6 Deloitte Center for Health Solutions, "Medical Tourism: Consumers in Search of Value," October 2008.

7 Deloitte Center for Health Solutions, "Medical tourism: Update and implications", October 2009.

8 McKinsey Quarterly, "Mapping the market for Medical travel", May 2008.

(www.mckinseyquarterly.com/Mapping_the_market_for_travel_2134?pagenum=1, vaadatud 10.12.2009)

9 Williamson, Hugh. Medical tourism keeps hospital budgets healthy. Financial Times 1 March 2005.

10 Mortensen, J. *International Trade in Health Services*, DIIS Working Paper No 2008/11.

on Poola loonud hiljuti oma meditsiiniturismi portaali¹¹, Ungari on pikemat aega turustanud oma hambaraviteenuseid Ühendkuningriigis¹² ning hiljuti teatati Läti haiglate kavast alustada 2010. a aktiivset kampaaniat välispatsientide meelitamiseks riiki.¹³

Võib tõdeda, et meditsiiniturismil oleks Eesti puhul potentsiaali konkreetsete niššide leidmisel (sellele keskendume raporti lõpuosas), et osa saada reaalsest ja selgelt kasvavast, ent konkurentsivõimelisest turust. Rahvusvaheline kogemus näitab, et edukaks tervishoiuturismi arendamiseks on vaja eristuda ja sihtida oma strateegia õigetele kliendirühmadele.

Otseinvesteeringute

(joonisel 3

teine kategooria) puhul tervishoiuteenuste ekspordi

kontekstis on enamjaolt tegemist investeeringutega

mitte-OECD-riikidest mitte-OECD- ja OECD-riikidesse, kuigi mitte ainult. Möödunud aastakümne

suurepärase finantseerimiskliima ja kiire majanduskasv arenevates riikides koos optimistlike

tervishoiuteenuste turu kasvuprognosidega suurendasid oluliselt investeeringuid tervishoiu- ja

heaolusektorisse. Seda kasutasid nii kindlustusfirmad kui ka tugevamad teenuseosutajad selleks,

et laiendada teenuste pakkumise võimalusi odavates piirkondades. Nii Singapur kui Austraalia

soodustasid riiklikul tasemel osaluse omandamist välismaistes tervishoiuteenuseid osutavates

ettevõtetes, selleks et tagada klientuur tervishoiuteenuste ekspordiks.

Otseinvesteeringute tarbeks on vajalik esmalt finantsvõimekus ning praeguses majanduskliimas

ei ole Eestis vähemalt riigi tasandil ressursse, et välisriikide tervishoiuteenuse osutajatesse

investeerida. Ka erasektori võimekus suuremahulisi investeeringuid välisriikidesse teha on

kaheldav, arvestades väga pikka tasuvusaega. Tõenäolisem on väliskapitali kaasamine mõne

Eesti tervishoiuasutuse taseme tõstmiseks muuhulgas ka eksporti silmas pidades. Seetõttu antud

uuringu kontekstis otseinvesteeringute ekspordipotentsiaali lähemalt ei analüüsita.

Piiriülese teenuse

osutamise (joonisel 3 kolmas kategooria),

eeskätt telemeditsiini, aga ka laboriteenuse

puhul on tehnoloogiabarjääre vähendatud,

kuid takistuseks on jätkuvalt jäigad riiklikud

kvaliteedistandardite regulatsioonid (sageli

ka siseturu kaitse eesmärgil) ning keelebarjäär. Lisaks on üheks teenuse sisseostmise ajendiks

potentsiaalsetes importivates riikides kvalifitseeritud spetsialistide puudus, samal ajal kui neist on

puudus ka arenevates riikides. Hinnarõõm ja mastaabiefekti tõttu võimalik spetsialiseerumine

on peamisteks teguriteks, mis piiriülest tervishoiuteenuste osutamist toetavad. Samas loob tehnoloogia

areng ja inimeste usalduse kasv kindlasti uusi võimalusi piiriüleseks teenuste osutamiseks.

Eestil ei ole tervishoiuteenuste piiriüleseks osutamiseks olulist hinnaelist ning ainult kohalikke

spetsialiste arvestades pole ka spetsialiseerumine reaalne. Samas, arvestades Eesti tehnoloogilist

võimekust, on uuenduslike teenuste ja ärimudelite juurutamine, samuti piiriülese komponendi

integreerimine teenuste ühe osana tõenäoliselt perspektiivikaks ekspordivaldkonnaks tulevikus.

Käesolevas uuringus seda ekspordivaldkonda eraldi lähemalt ei analüüsita.

Välisinvesteeringute kaudu teiste riikide tervishoiuteenuste turgudele laienemine eeldab lisaks finantsvõimekusele edukust tõestanud teenuse pakkumise ärimudeli olemasolu.

Piiriülene meditsiiniinfo ja -teadmiste vahetamine info- ja kommunikatsioonitehnoloogia abil ei toimu täna veel märkimisväärses mahus, kuid on tulevikus kindlasti kasvav.

11 StatMedica 2009 (<http://www.statmedica.com/index.php?art=0>, vaadatud 10.12.2009)

12 MediTours 2009 (<http://www.meditourshungary.com/site/DM/Cosmetic%20dentistry/Our%20Dental%20Team/1/>, vaadatud 10.12.2009)

13 E24. "Läti meedikud asusid patsiente importima" 03.11.2009 (<http://www.e24.ee/?id=182843>, vaadatud 10.12.2009)

Tervishoiutöötajate migratsioon välisriikidesse (joonisel 3 neljas kategooria) on aktuaalne teema paljudes arenevates riikides – sajandivahetusel hinnati, et arengumaadest on pärit 56% kogu maailma migreeruvaist arstidest.¹⁴ Ajutine migratsioon võib tuua eksportivale riigile majanduslikku kasu näiteks arstide kaudu kodumaale jõudva palga näol, arenguabi osutamisel või ajutise tööjõupuuduse leevendamiseks organisatsioonidevaheliste rahastamiskokkulepete alusel.

Kuigi Eestis on tervishoiutöötajate välismaale siirdumine aktuaalne teema ja paljud neist tarbivad ning investeerivad osa välismaal teenitud palgast Eestis, pole tegemist äristrateegiaga tervishoiuteenuste ekspordis. Seetõttu ei käsitle käesolev raport tervishoiutöötajate migratsiooni.

Kokkuvõtteks on neljast ekspordivaldkonnast Eesti tervishoiuteenuste jaoks kõige atraktiivsem tervishoiuturism. Seetõttu keskendubki analüüs edaspidi peamiselt sellele.

Tervishoiuturismi arendamise pooltargumendid ja kriitika

Ajalooliselt ei ole meditsiin olnud globaalne äri. Vastupidi, aastatuhandeid on tegemist olnud üsna intiimse vahekorraga patsiendi kui abivajaja ning arsti kui erilist kunsti valdava professionaali vahel. Koos tervisekindlustusega tekkis inimese jaoks vaid võimalus hajutada haigestumisega seotud finantsriske, kuid arsti-patsiendi suhet muutis see üsna vähe – tegemist oli kuni 20. sajandi üsna viimaste kümnenditeni valdavalt lokaalse iseloomuga teenusega, välja arvatud sanatoorse kuurortravi ja eriti haruldaste haiguste või erilisi ravivõtteid praktiseerivate arstide puhul.

Tervishoiuturismi arendamise peamised pooltargumendid ja kriitika

Pooltargumendid	Kriitika
<ul style="list-style-type: none"> • Genereerib tervishoiusüsteemi täiendavat raha, sh infrastruktuuri investeeringuteks • Hoiab oma arstid ja spetsialistid kodus ning loob motiivi välisriikide spetsialistidele riiki tulekuks • Motiveerib teenuste kvaliteedi tõstmist, sh kohalikele • Tekitab selguse vastutuse jagunemisel, sh ravivigade osas • Kiirendab uute tehnoloogiate ja ravivõtete kasutuselevõttu • Tõstab spetsialistide erialaste teadmiste taset • Loob uusi töökohti, sh sidusaladel • Parandab riigi üldist kuvandit ja usaldusväärsus 	<ul style="list-style-type: none"> • Välispatsiendid tõmbavad endale kohalike elanike raviks ettenähtud piiratud investeeringuvahendid • Riigi rahaga ehitatud tervishoiu infrastruktuur teenindab välismaalasi • Parem osa arstidest tegeleb välispatsientidega • Vajadus täiendava personali järele tingib võõrtööjõu sissevoolu • Meditsiini käsitlemine ärina pole eetilise • Tehtud protseduuridele on raske välisriigis järelravi organiseerida

Tabel 1. Tervishoiuturismi enamlevinud pooltargumendid ja kriitika
Allikas: Uuringu autorid väliskirjanduse põhjal

14 Adams, O., Kinnon, C. A Public Health Perspective. In: United Nations Conference on Trade and Development and World Health Organization. International trade in health services: A development perspective. Geneva: UNCTAD-WHO, 1998. (UNCTAD/ITCD/TSB/5 WHO/TFHE/98.1)

Riigi prioriteediks on vaieldamatult oma riigi kodanikele kvaliteetsete tervishoiuteenuste tagamine. Tervishoiuteenuste ekspordistrateegia on lisavõimalus riikliku tervishoiusüsteemi tugevdamiseks: see võimaldab tuua riiklikku tervishoiusüsteemi lisaraha, tõsta tervishoiuteenuste kvaliteedistandardeid ning parandada tervishoiuasutuste olmetingimusi. Samuti luuakse meditsiiniturismi pakkumisega riigis uusi töökohti, pakutakse head töövõimalust kodumaalt lahkunud arstide tagasitulekuks, innustatakse noori arstideks õppima ning saadakse lisateadmisi.¹⁵

Tervishoiuteenuste eksport toob tervishoiusüsteemi lisaraha ning tõstab tervishoiuteenuste kvaliteedistandardeid.

Meditsiiniturismi kritiseeritakse, kuna kardetakse, et välisriikide patsiendid tõmbavad endale kohalike elanike raviks ettenähtud piiratud investeeringud ja inimressursi, jättes kohalikud elanikud tahaplaanile. Vastuargumendiks on seisukoht, et erasektorit ei saa süüdistada riikliku tervishoiusüsteemi ebaefektiivsuses. Pigem vastupidi, tervishoiuteenuste eksport võimaldab hea koostöö ja läbimõeldud strateegia korral kodumaisel (sh riiklikul) tervishoiusüsteemil teenida lisaraha ning selle kaudu parandada võimalusi ka oma elanike teenindamiseks.

Teiseks sagedase kriitika objektiks on asjaolu, et välisriigis tehtud protseduuridele on raske kodumaal järelravi organiseerida.¹⁶ Siin tuleks võrrelda potentsiaalse kasu ja kahju vahekorda tervishoiuteenuste ekspordi piiramise või siis asjakohase kvaliteedikontrolli ja koostöö arendamise korral. Ka tehnoloogia areng (telekonsultatsioonid, elektroonilised haiguslood jms) loob võimalusi selle riski maandamiseks.

Euroopa Liidus võitlesid liikmesriigid õiguse eest korraldada suveräänselt oma tervishoidu seni, kuni Euroopa Kohus tegi selgeks, et mitmesugustele erisustele vaatamata on tervishoiuteenuste puhul tegemist eeskätt teenustega, mis peaksid majandusloogikat ja inimeste soove arvestades vabalt liikuma sedavõrd, et see ei ohustaks kodumaise süsteemi jätkusuutlikkust.

USA-s ning teistes liberaalse elukorraldusega ühiskondades, kus tervishoiule administratiivselt kehtestatud reegleid on vähem, tekkis oma tervishoiusüsteemi ebaefektiivsuse tõttu väga kiiresti arvestatav patsientide liikumine parima hinna ja kvaliteedi suhtega teenuseosutajate juurde niipea, kui suudeti luua piisav usaldus nende vastu. Kui tekkis reaalne oht patsientide liikumiseks välismaale, reageerisid kodumaised teenuseosutajad sellele hindade alandamisega.¹⁷

Tervishoiuteenuste ekspordi läbimõtlematu arendamise ohuks on kohaliku patsiendi tahaplaanile jäämine.

Lisaks patsientide füüsilisele liikumisele ehk meditsiiniturismile liigub tänapäeval vabalt ka kapital ning informatsioon, mis loob lisavõimalusi tervishoiu- ja heaoluteenuste ekspordimiseks ehk tulu teenimiseks välismaal. Niisiis, kui enne läksid arstid arenguriikidest Lääne-Euroopasse ja Ameerikasse, kuna kodumaal ei leitud neile väärilist rakendust, siis nüüd pööratakse see ümber ning patsiendid on need, kes arstide asemel liikuma hakkavad.¹⁸

Siinkohal on teiste riikide kogemuse põhjal jälgitav huvitav muster, mille kohaselt esmalt liiguvad inimesed mingisse riiki turistidena, seejärel hakkavad kasutama lihtsamaid heaoluteenuseid ning mõne aja pärast on nõus ennast ka võõral maal ravida laskma, kusjuures ka siin toimub areng lihtsamatelt protseduuridelt keerukamate suunas. Suure tõenäosusega on tegemist

15 Benavides, D. "Trade policies and export of health services: a development perspective". WHO 2005

16 <http://www.cbc.ca/news/background/healthcare/medicaltourism.html>

17 Deloitte Center for Health Solutions. "Medical tourism: Update and implications". October 2009.

18 <http://hbswk.hbs.edu/item/5814.html>

eri tasemega usalduse võitmise jadaga, kus rahvusvahelise kogemuse põhjal suuri hüppeid ei ole võimalik teha. Näiteks enne südameoperatsiooni peab ostja riigi elanikel olema üsna suur usaldus teenust pakkuva riigi suhtes, mida on kõige lihtsam ehitada eri keerukusega teenuseid järele proovides. Lihtsamat seost heaolu- ja terviseteenuste vahel võib märgata ka sama riigi piires, kus esialgu vaid hotelli- ja lõõgastusteenust pakuvad asutused on rikastanud oma teenuseportfelli järjest enam meditsiiniga seotud teenustega, tulles nii vastu klientide soovidele, mis on ajendatud terviseteadlikkuse paranemisest. Põhimõtteliselt on tegemist omaaegse kuurorti mudeli toomisega tänapäeva, kus inimesed soovivad oma tervist turgutada mitme kuu asemel mõne päeva või siis nädala jooksul.

Seega toimib meditsiini- ja healuteenuste vahel ekspordi silmas pidades sümbioos: tervishoiusektoril on võimalik ära kasutada healuteenuste pakkujate loodud usaldust ning leida sealt teenuse kasutajaid. Healuteenuste pakkujad omakorda saavad pakkuda klientidele suurema lisandväärtusega teenuseid või kasutada turunduses meditsiiniteenuste ekspordi loodud tugeva usalduse kuvandit.

Kokkuvõttes ei ole tervishoiuteenuste ekspord (ja eeskätt tervishoiuturism) täielik lahendus riigi tervishoiusüsteemi parandamiseks, kuid samavõrd pole põhjust riikliku süsteemi ebaefektiivsusest tingitud probleeme kasutada selle piiramiseks. Kui leitakse tasakaalupunkt kohalikele ja välispatsientidele tervishoiuteenuste pakumisel, võib ekspord olla süsteemi efektiivsemaks ja kvaliteetsemaks muutmise edukas abivahend ning tuua lisaraha tervishoiusüsteemi ja riiki tervikuna.

Tervishoiuturismi olukord Euroopas

Ühelt poolt on minevikust pärit hoiakute põhjal tuleviku kujundamine riskantne. Teisalt aitab seniste hoiakute mõistmine vajalikke ja sageli paratamatuid muudatusi paremini ette valmistada. Seetõttu vaadeldakse järgnevalt meditsiiniturismi populaarsust 2007. aasta Eurobaromeetri tervishoiuteenuste piiriülese kasutamise uuringu põhjal.¹⁹

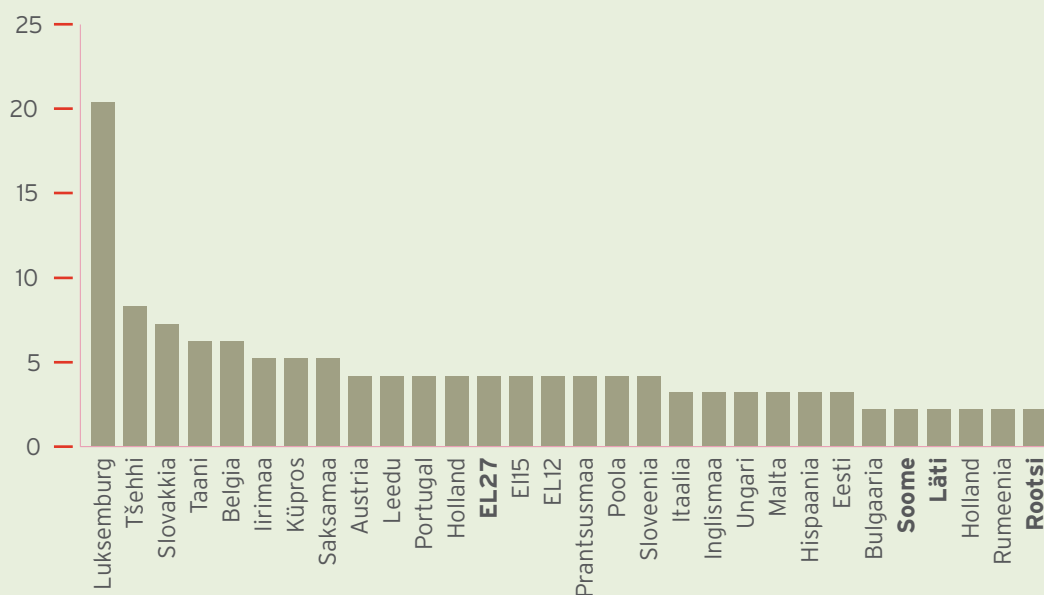
Uuringu käigus viidi läbi 27 200 telefoniintervjuud 27 liikmesriigi üle 15-aastaste elanike hulgas. Eesmärgiks oli teada saada Euroopa elanike suhtumist meditsiiniteenuste tarbimisse väliriikides ja sellega seotud kogemust.

Üle poole eurooplastest on avatud tervishoiuteenuse tarbimisele välisriigis, samas on vaid 4% seda viimase aasta jooksul ise kogenud.

Kokkuvõttes selgus, et 54% eurooplastest on avatud tervishoiuteenuse tarbimisele teistes liikmesriikides, tuues peamiste ajenditena välja teenuse (hüpoteetilise) puudumise koduriigis, kiirema abi saamise võimaluse ja parema teenuse kvaliteedi. Samas vaid 4% eurooplastest on viimase 12 kuu jooksul saanud meditsiinilist abi mõnest teisest Euroopa Liidu riigist. Need 42% eurooplastest, kes ei ole avatud tervishoiuteenuse tarbimisele teises liikmesriigis, toovad põhjusteks rahulolu koduriigi teenustega ning teenuse läheduse. Kõige enam olid viimase aasta jooksul välisriigist meditsiiniteenust saanud Luksemburgi elanikud (20%). Järgnesid Tšehhi, Slovakkia, Taani ning Belgia. Eesti ja meie naaberriikide (Soomes, Läti, Rootsi) inimesed kuulusid kõige harvemini välisriigist tervishoiuteenuseid tarbinute hulka (vt joonis 4).

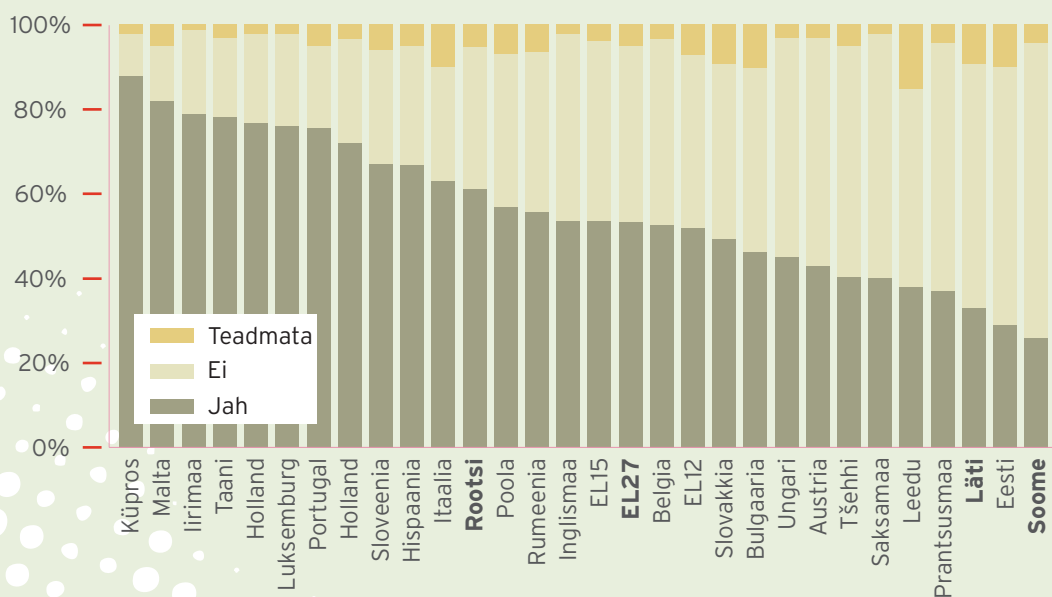
¹⁹ http://ec.europa.eu/health-eu/doc/crossbordereurobaro_en.pdf

Seni on eurooplased end välisriigis harva ravinud



Joonis 4. Viimase 12 kuu jooksul mõnes teises EL-i liikmesriigis tervishoiuteenust tarbinute %

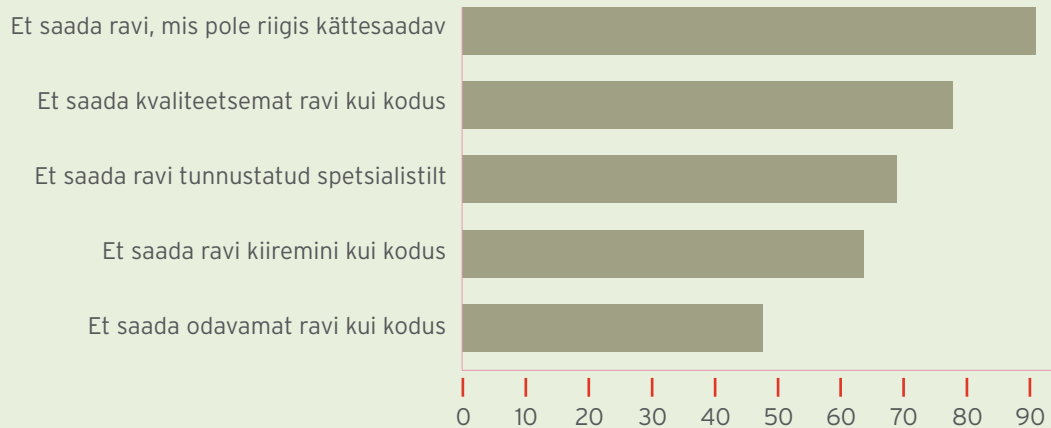
Eesti lähiregioonis on valmidus teises riigis tervishoiuteenust tarbida suurim Rootsis



Joonis 5. Valmisolek EL-i sees tervishoiuteenuse tarbimise jaoks reisis

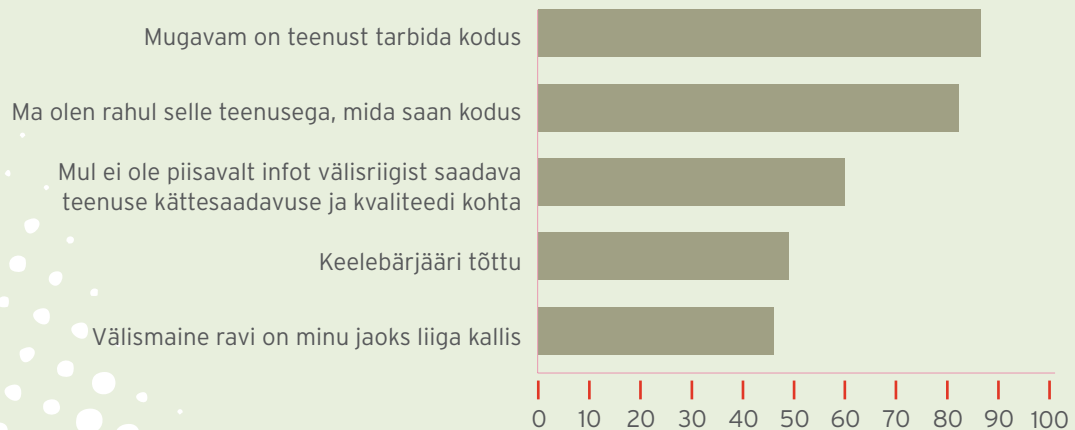
Allikas: Eurobaromeeter 2007

Teise riiki minema ajendavad teenuse kättesaamatus koduriigis või parema kvaliteedi otsingud



Joonis 6. Mõnes teises EL-i riigis tervishoiuteenust tarbima ajendavad tegurid

Teise riiki minekut pärsivad teenustega rahulolu ja lähedus oma koduriigis



Joonis 7. Mõnes teises EL-i riigis tervishoiuteenuse tarbimist takistavad tegurid

Allikas: Eurobaromeeter 2007

Eesti tervishoiuteenuste ekspordi vaatevinklist on oluline välisriikide inimeste põhimõtteline valmisolek teiste riikide teenust tarbida. Uuringust selgus, et see erineb EL-i sees suuresti. Kõige enam olid nõus teise riiki teenust tarbima minema Küprose elanikud (88%), kellele järgnesid Malta (82%) ja Iirimaa (79%). Kõige väiksem oli valmisolek teise riiki teenuse järele minna soomlastel (26%). Eesti elanike valmisolek oli eelviimane (29%), meist koha võrra kõrgemal olid lätlased (33%). Seevastu Rootsi elanike valmisolek välisriiki minna oli üle EL-i keskmise.

Tervishoiuteenuse välisriigis tarbimise võimaluse osas on positiivsemalt meelestatud nooremad ja haritumad eurooplased.

Samas on oluline märkida, et nii Ungaris, Balti riikides, Bulgaarias kui ka Slovakkias oli tugev korrelatsioon välisriigis meditsiiniteenuse kasutamise ning sinna riiki uuesti tagasi minekuga nõustumise vahel. EL-i keskmise näitaja puhul oli 66% varem välisriigis teenust kasutanuist ning 55% mittekasutanuist sellest ka edaspidi huvitatud.

Niisamuti on perspektiivi silmas pidades oluline kõrgemalt haritud (56% pärast 20. eluaastat õpinguid jätkanuist) ja nooremate (66% 15-24-aastastest) inimeste suurem valmisolek välisriigis tervishoiuteenuseid tarbida, võrreldes vähem haritud (43% enne 16. eluaastat õpingud lõpetanuist) ja vanemate inimestega (43% üle 55-aastastest).

Teenuse tarbimiseks välisriiki minemise peamiseks ajendiks EL-is on teenuse kättesaamatus koduriigis. Lisaks on motiveeriv parem kvaliteet ning ravi saamine tuntud arsti käest. See on oluliseks näitajaks, et tervishoiusüsteemis on usaldus väga olulisel kohal ning motiveerib patsiente ka liikuma. Inimeste endi hinnangul ei ole madalam hind välisriiki teenuste järele mineku põhiline argument. See on ilmselt seletatav Euroopa avalikult rahastatud tervishoiusüsteemide rikkaliku teenusepaketi, mille puhul teenust tarbides inimene ise raha maksma ei pea.

Peamised põhjused, miks välisriiki ei minda, on ikkagi koduriigis teenuse kättesaadavus ning lähedus. Samas on teise riiki minekul takistuseks usaldusväärse ja võrreldava info vähene kättesaadavus seal pakutavate võimaluste ja eeliste kohta.

Makseraskusi välisriiki tervishoiuteenust tarbima minemise takistusena mainisid kõige vähem Belgia, Luksemburgi, Hollandi, Austria ja Rootsi kodanikud. Kõige hinnatundlikumad olid Läti, Slovakkia ja Tšehhi kodanikud.


Kokkuvõtteks saab väita, et valmisolek tervishoiuteenuste kasutamiseks väljaspool oma koduriiki (teistes EL-i riikides) on olemas enamikul, eriti aga noorematel ning haritumatel inimestel. Samas kasutatakse praegu seda võimalust tagasihoidlikult. Näiteks Soome ja Läti elanike kogemus ja valmisolek on kõige väiksemad Euroopas. Teisalt, Rootsi elanikud, kes seni kõige vähem on meditsiiniteenuseid väljaspool oma kodumaad kasutanud, sooviksid seda teha keskmisest eurooplasest innukamalt.

Eurooplast motiveeriks teise riiki tervishoiuteenust tarbima minema info parem kättesaadavus välisriigi ravivõimaluste kohta, lühem ravijärjekord, kõrgema kvaliteediga teenus ja kindlustunne teenuse tasumise osas.

Peamised tegurid, mis motiveeriksid eurooplasi enam otsima ravivõimalusi oma kodumaalt väljaspool, on info parem kättesaadavus, ravijärjekordade lühenemine, kõrgema kvaliteediga ravi ning kindlustunne teenuste eest tasumise osas. Huvitaval kombel ei näidanud uuring teenuse taskukohasemat hinda välismaale ravile siirdumise juhtiva argumendina, kuigi Euroopas tervikuna oli see oluline enam kui poolte vastanute jaoks.



3. Tervishoiuteenuseid mõjutavad trendid ja ekspordi tõuketegurid

- Vananev, terviseteadlikum ja jõukam rahvastik teeb tervishoiuteenustest lähikümnenendi suurima globaalse kasvuala.
 - Tervishoiuturismi tõukavad tagant parema teenusekvaliteedi, odavama hinna ja lühemate järjekordade otsingud.
 - Euroopa patsientide vaba liikumise direktiiv loob inimeste teadvusse jõudes eeldused tervishoiuteenuste ühisturu tekkeks.
- 

Vananev, terviseteadlikum ja jõukam rahvastik

Kogu maailm seisab silmitsi vananeva ühiskonnaga. ÜRO hinnangul on arenenud riikides 2050. aastaks kolmandik elanikest üle 60-aastased (praeguse viiendiku asemel) ning maailmas kokku prognoositakse nende arvuks üle 2 miljardi (praegu ca 750 miljonit).²⁰

Ühiskonnas tähendab see suuremat koormust töötegijatele, et toita oma lapsi ning toetada vanemaid. Tervishoiu kontekstis tähendab see suuremat hulka inimesi, kes sõltuvad tervishoiuteenustest olukorras, kus teenuse kulud kasvavad kiiremini, kui ühiskond tervikuna lisandväärtust suudab luua. Maailma Terviseraporti 2008 kohaselt on 2/3 arenenud riikide ravikuludest seotud krooniliste haigustega nagu depressioon, diabeet, südame-veresoonkonna haigused, vähk ning lihase- ja liigesehaigused ning suur osa pensioniealistest inimestest põeb mitut kroonilist haigust üheaegselt. See omakorda suurendab survet leidmaks uusi, tõhusamaid ja odavamaid viise tervishoiuteenuste pakkumiseks.

Vananemine tähendab suuremat hulka tervishoiuteenustest sõltuvaid inimesi olukorras, kus teenuse kulud kasvavad kiiremini, kui ühiskond tervikuna lisandväärtust suudab luua.

Vaatamata 2008. a lahvatanud üleilmsele majanduskriisile on **suure hulga elanike jõukus** viimastel aastakümnetel kasvanud ning tõenäoliselt jätkab kasvamist nii arenenud kui ka arenevates riikides, ent mõnevõrra aeglasemas tempos. See loob inimestele võimaluse kulutada raha tegevustele või viisil, mida varem ei saanud endale lubada. Tehnoloogia areng on muutnud suure osa tervishoiust hädatarviliku teenuse asemel nn heoluelustiili teenuseks. Lisades siia juurde terviseteadlikkuse kasvu, saame tulemuseks kasvava nõudluse tervishoiuteenuste järele vaatamata tervishoiukulude kasvule.

Perspektiiv elada kauem ja jõukamalt ning riikide sihikindel selgitustöö tervise väärtustamise osas on oluliselt **kasvatanud arenenud riikide elanike terviseteadlikkust**. Suuresti sellega seletatakse ka 1970. aastatel tekkinud lõhet elanike tervise osas Ida- ja Lääne-Euroopa riikide vahel. Lisaks tervist toetavale käitumisele suurendab terviseteadlikkus ka ootusi meditsiinisüsteemile: lisaks ravivõimalustele soovitakse ka diagnostika- ja haigusi ennetavaid teenuseid. Seega ei oota senisest enam tervishoiuteenuseid mitte üksnes suurem hulk vanemaid inimesi, vaid nende tarbimine kasvab kogu elukaare jooksul. Näiteks USA-s on viimase paarikümne aasta jooksul peamine tervishoiukulude kasv toimunud 6-64-aastaste elanike arvelt - keskmiselt igal aastal ühe elaniku kohta 3,5% rohkem. 65-aastaste ja vanemate inimeste puhul on kasv samal ajaperioodil olnud vaid 2% ühe elaniku kohta aastas.²¹

Info- ja kommunikatsioonitehnoloogia (IKT) murranguline mõju inimeste võimalustele informatsiooni tarbida ja enda huvides ära kasutada toetab eelkirjeldatud globaalseid trende, kuid loob eraldi lisavõimalusi teenuste arendamiseks ja pakkumiseks üleilmises võrgustikus. Esmalt võimaldab IKT hõredalt asustatud ääremaaadel, kus on vähe arste ning teenuse saamiseks vaja pikki vahemaid läbida, paremat ligipääsu professionaalsetele

²⁰ WHO World Health Report 2008. http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf

²¹ Reinhardt, U. E. Does The Aging Of The Population Really Drive The Demand For Health Care? Health Affairs 2003; 22 (6): 27-39.

tervishoiuteenusele. Tehnoloogiaid kasutatakse edukalt kaugdiagnoosiks, -monitoorimiseks ning -konsultatsiooniks (näiteks EKG-analüüs infarkti tuvastamiseks automaatse signaaliedastamise kaudu).²² Lisaks võimaldab tehnoloogia vähendada ravivigade arvu ning seeläbi suurendada tervishoiuteenuste turvalisust. Samuti võimaldab info koondamine ja selle põhjal inimese tervise tervikpildi analüüs suurendada ravi tõhusust ning vähendada tervishoiukulutusi.

Haigusinfo liikumine üle riigipiiride võimaldab arendada uusi teenusmudeleid.

IKT vähendab põhimõtteliselt arsti (ja hiljem tervishoiusüsteemi) aastatuhandeid kestnud võimu abivajaja üle professionaalse info valdamise ja kasutusoskuse tõttu. Inimene on nüüdisajal palju vabam tegema otsuseid oma tervise ja sellega seotud teenuste osas, kusjuures kasvav

põlvkond on ka vabam võtma vastutust otsuste eest, kasutades IKT loodud võimalusi.

Kokkuvõttes on mitmeid olulisi ja usaldusväärseid märke selle kohta, et nõudlus tervishoiuteenuste järele kasvab lähiaastakümnetel märkimisväärselt ning uuenduslikud ja efektiivsed teenuse pakkumise mudelid on oodatud ning võimalusterohked.

Ekspordi tõuketegurid

Lisaks üleilmsetele trendidele eksisteerib mitmeid tegureid, mis ajendavad inimesi ostma teenuseid välisriikidest ning tervishoiuteenuste valdkonna kapitali, professionaale ja teenuseid liikuma üle riigipiiride. Eurobaromeetri 2007. a läbiviidud uuringu põhjal on peamisteks motivaatoriteks välisriiki teenust tarbima minemisel teenuse kättesaamatus koduriigis, parem kvaliteet ning ravi saamine tuntud arsti käest (vt lk 24).

Soome ja Eesti hambaravihindade vahe on uuringu käigus kogutud eksperdihinnangute kohaselt kuni kahekordne.

Üks põhjustest, miks otsitakse teenuse ostmise võimalust välisriigist, võib olla selle **kallis hind kodumaal**. Tervishoiuteenuste hinnaerinevused võivad eri riikides olla mitmekordsed, tulenevalt riikide tervishoiusüsteemide korralduslikest või siis üldise majandusliku arengutaseme erinevustest. Tihtipeale ei kata ka tervisekindlustus

kogu vajalikku teenusekulu ning siis on üksikisikul patsiendina tugev motivatsioon otsida parima hinnaga usaldusväärset teenuseosutajat, muuhulgas välisriigist. Näiteks Soome ja Eesti hambaravihindade vahe on uuringu käigus kogutud eksperdihinnangute kohaselt kuni kahekordne.

Lisaks panevad inimesi riikide vahel liikuma **pikad ravijärjekorrad koduriigis**. Tulenevalt tervishoiusüsteemide eripärast võivad protseduuride järjekordade pikkused riigiti suuresti erineda ning ooteaja vähendamiseks reisivõime välisriiki teenust tarbima. Euroopa Kohtu lahendite põhjal kehtib juba täna põhimõte, mille kohaselt ebamõistlikult pika ravijärjekorra puhul on inimesel õigus oma maa "haigekassa" hüvitisele välisriigis saadud teenuste eest. Täpsemad reeglid tervishoiuteenuste ühise turu kohta Euroopa Liidus on plaanis kehtestada ettevalmistamisel oleva ja loodetavasti 2010. a lõpus vastuvõetava direktiiviga.

22 WHO World Health Report 2008 (http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf)

Tervishoiuteenuseid lähitulevikus mõjutavad globaalsed trendid

Vananev rahvastik

USA keskmine eluiga on 2050. aastal 84, Soomes ja Rootsis 87 ja Eestis 83 aastat. Nii Eestis, Soomes kui ka Rootsis on aastaks 2050 üle 40% ühiskonnast üle 65 aasta vana (ÜRO andmebaas, 2010). Vananev rahvastik toob endaga kaasa krooniliselt haigete ja kallist ravi vajavate inimeste osakaalu suurenemise ühiskonnas. See on koormav probleem riigi tervishoiusüsteemile ja selle senisele rahastamisele. Vajadus ravi ennetava tegevuse järele suureneb.

Jõukad kliendid

“Hallpeade turu” (üle 60-aastased tarbijad) kaupade ja teenuste mahtu hinnatakse globaalselt 700 miljardile USD-le aastas. (Boston Consulting Group, Megatrends: Tailwinds for Growth in Low-Growth Environment, 2010)

Tervishoiuturism

Ahvatlevalt soodsa hinnaga kvaliteetne teenus mujal paneb patsiendid liikuma teistesse riikidesse. Deloitte'i hinnangul kasvab USA-st lähtuv patsientide voog 2012. aastaks 1,6 miljonini. (Deloitte healthcare tourism, 2009)

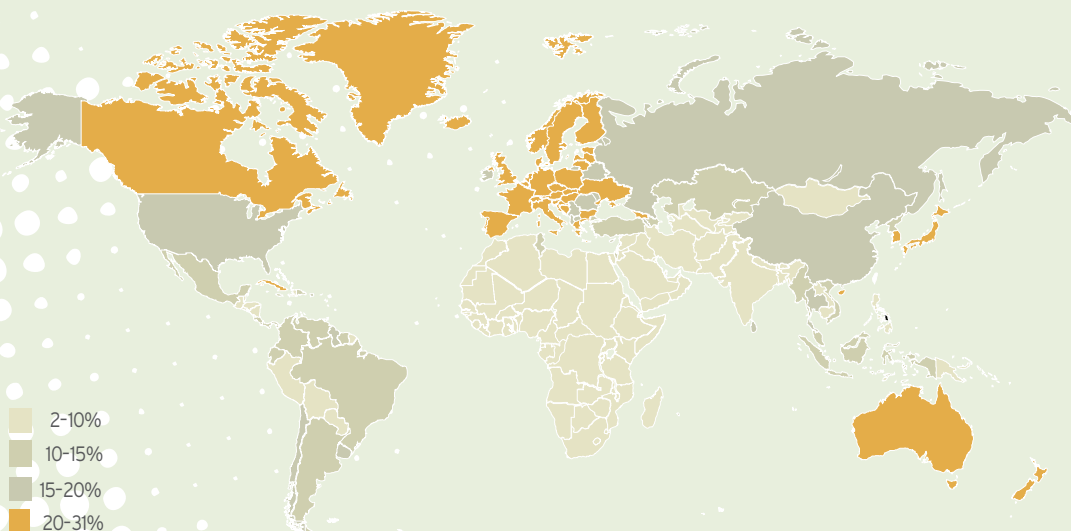
Nõudluse kasv Aasias

Aasia riikide (eelkõige Hiina ja India) majanduste üldisest kasvust tulenev kiire kulutuste kasv tervishoiule loob globaalselt tervishoiuteenuseid pakkuvatele ettevõtetele uusi võimalusi laienemiseks kasvavatele turgudele. Näiteks India kulutused tervishoiule kasvavad 2012. aastaks praeguselt 34-lt 40-le miljardile USD-le. (Harvard Business Review, 2010)

Suurenevad kulud tervishoiule

Uute tehnoloogiate arenduskulud ja kallid lahendused ning vananevast rahvastikust ja globaliseerumisest tulenev kasv nõudlus tõstab tulevikus tervishoiuteenuste maksumust. Mõju avaldab ka raviinfo parem kättesaadavus ning globaalselt kasvav maksejõuliste inimeste hulk - “kuldne miljard”. Tõenäoliselt muutuvad nii riikide tervishoiusüsteemid kui ka nende rahastamise skeemid. Näiteks viimase 30 aasta jooksul on kulutused tervishoiule suurenenud USA-s ligi 10 korda - 2,4 triljoni USD-ni. (U.S. Bureau of Labor Statistics, 2010)

65 a ja vanemate osakaal rahvastikust, prognoos aastaks 2030



Tervishoiuteenuste hinnad Euroopas võivad varieeruda kuni 75%

Protseduur	UK hind (£)	Odavam riik	Hind (£)	Sääst
Põlve artroskoopia	2200	Poola	583	74%
Katarakti operatsioon	2175	Bulgaaria	490	77%
Südame veresoonte angioplastika	13650	India	4721	71%
Puusaproteesi operatsioon	9500	Tuneesia	2900	69%
Silma laseroperatsioon (LASIK)	1100	Ungari	458	58%
Veenilaiendid	1985	Poola	461	77%
Hamba implantaat	565	Läti	156	72%
Hammaste valgendamine	315	India	97	69%

Tabel 2. Ühendkuningriigi tervishoiuteenuste hindade võrdlus madalaimat hinda pakkuvate riikidega
Allikas: www.treatmentabroad.com, 2010

Kolmas ning mitte vähe oluline tõuketegur välisriigis teenuste tarbimiseks on **kodumaal puuduvad ravivõimalused**. Need võivad olla uued ravivõimalused või siis ka korralduslikel või eetilistel kaalutlustel puuduvad teenused (näiteks abort või viljatusravi). Väiksemates riikides ei pruugi olla spetsiifiliste teadmistega eriarste ning kaasaegset aparatuuri, millega keerulisemaid protseduure sooritada. Lisaks on haigusi võimalik ravida eri meetoditega ning patsiendile sobilikke või tema poolt eelistatud ravimeetodeid ei pruugi tema koduriigis olla.

Eelnevad tõuketegurid kehtivad nii üksikisikutele kui ka tervisekindlustuse organisatsioonidele. Kõige lihtsam on otsust teenuse ostuks välisriigist teha üksikisikul, kuid ka erakindlustusfirmad otsivad innukalt viise, kuidas kulusid kokku hoida ning samal ajal klientidele suurema lisandväärtusega, kvaliteetsemad või mugavamad teenuseid pakkuda. Kui protseduuride hinna vahe on mõnel juhul pea kaheksakordne, siis on kindlustusfirmal odavam inimene välisriiki saata, tema reisikulud kinni maksta, teenuse eest maksta ja lisaks veel taskuraha ka anda.²³

Ka avaliku sektori teenuseosutajad otsivad viise, kuidas järjekordi vähendada või kulusid kokku hoida. Euroopas on seda kasutanud näiteks Suurbritannias NHS (National Health Service) liigeseproteeside paigaldamiseks, röntgenipiltide kirjeldamiseks ja ka hambaravi puhul. Hollandi kindlustusseltsid on otsinud võimalusi kulude vähendamiseks, sõlmides lepinguid haiglatega Belgias.

Kindlustusseltside surve kulusid vähendada on omakorda motiveerinud arenenud riikide haiglate operaatoreid investeerima vähemarenenud riikidesse, et saata sinna oma patsiente.²⁴ Mitmed kindlustusseltsid pakuvad ettevaatlikult võimalust kasutada teatud tingimustel välismaal raviteenuseid, kuigi esialgu pole pilootprojektidest kaugemale jõutud.²⁵

²³ Medical Tourism Magazine, February 8, 2009
(<http://www.medicaltourismmag.com/detail.php?Req=173&issue=8>, vaadatud 10.12.2009)

²⁴ Fastcompany Magazine, <http://www.fastcompany.com/magazine/125/medical-leave.html>

²⁵ Deloitte Center for Health Solutions. "Medical tourism: Update and implications". October 2009
(http://www.deloitte.com/assets/Dcom-UnitedStates/Local%20Assets/Documents/us_chs_MedicalTourism_111209_web.pdf, vaadatud 10.12.2009)

Välisriigis tervishoiuteenuste tarbimise populaarsust suurendavaks lisateguriks on **mugavus kasutada teenuseid puhkuse ajal** (nt turistid Tais kasutavad puhkusel olles sealsete haiglate teenuseid²⁶). Paljudes riikides on suuremates turismipiirkondades välja arendatud rahvusvahelistele normidele vastavad haiglad, kus turistide jaoks on meditsiinilise kontrolli ja protseduuride saamine võimalikult lihtsaks tehtud. Tihti on teenuse tarbijad ka välismaale emigreerunud kodanikud, kes endisesse koduriiki teenuseid tarbima tulevad (nt türklased, kes Saksamaal elavad, tarbivad tervishoiuteenuseid Türgis ja Ühendkuningriigis elavad indiaalsed Indias).

Välisriigis tervishoiuteenuste tarbimise populaarsust suurendavaks lisateguriks on mugavus kasutada teenuseid puhkuse ajal.

Meditsiiniturismi ajendiks globaalses mastaabis on suuresti USA tervishoiusüsteemi nõrkus. Euroopas on tervishoiuteenuste liikumine üle riigipiiride arenemas seoses uue arutlusel oleva direktiiviga, millega luuakse selged reeglid seni Euroopa Kohtu pretsedendiõigusel põhinevale patsientide õigusele kasutada tervishoiuteenuseid kõigis EL liikmesriikides.

Eelnevale lisaks mõjutavad tervishoiu- ja heaoluteenuste sektoris toimuvat oluliselt **paranenud ja odavnenud reisimisvõimalused** globaalselt. Nii nagu pisut üle sajandi tagasi pani rongiliiklus aluse kuurortide arengule Eestis, loob moodne reisimisvõimaluste kättesaadavaks muutumine uusi võimalusi turismi, aga sealt edasi ka teiste liikumisega avarduvate võimaluste ärakasutamiseks, sealhulgas tervise- ja heaoluteenuste tarbimiseks väljaspool oma kodukohta.

Patsiendi vaatevinklist on oluline teenuse kiire kättesaadavus ning usaldus.

Patsiendid ise on otsustajaks selle üle, kuhu riiki nad oma tervise jaoks kulutatava raha (*out-of-pocket*) jätavad. Patsiendi vaatevinklist on oluline teenuse kiire kättesaadavus ning usaldus. Kuna tervise puhul on tegemist väga personaalse valdkonnaga, siis patsiente mõjutavaks teguriks on **välisriigi imago** ja selle tajumine. See määrab **patsiendi usalduse** välisriigis teenuse tarbimise osas.

Kokkuvõttes võib tõdeda, et tõuketegurid, mis mõjutavad patsienti tervishoiuteenust välisriigis tarbima, on küll universaalsed, kuid realiseeruvad igas konkreetsetes riigis erinevalt vastavalt selle riigi lahendamata probleemide ulatusele. Kõige vahetumalt mõjutavad efektiivsuse-, kättesaadavuse ja kvaliteedi taotlus üksikisikuid ja eeskätt otsetasutud (*out-of-pocket*) teenuste puhul, kuid kokkuvõttes reageerivad stiimulitele ka era- ja avalikud tervisekindlustuse pakkujaid ning isegi teenuseosutajad. Praeguse olukorra põhjal tulevikku prognoosides tuleb arvestada, et globaalset pilti mõjutab väike hulk riike - eeskätt USA ja aktiivsed turismipiirkonnad.

Tervishoiuteenuste vaba liikumine Euroopa Liidus

Euroopas on universaalselt kättesaadav ulatuslik avalik tervishoiuteenus oluline osa heaoluriigist. Valdavalt eeldatakse, et iga riigi tervishoiusüsteem tagab vajalikud teenused oma elanikele kohaliku infrastruktuuri ja spetsialistidega. Kuna tervishoid on osa suurest ja keerukast sotsiaalkaitstesüsteemist, mille eetilised põhimõtted on Euroopas küll sarnased, kuid korraldus ja finantseerimine erinevad riigiti oluliselt, siis on püütud tervishoiuturgu hoida eksklusiivselt väljaspool Euroopa siseturu reeglistikku.

26 Medical Tourism Guide 2007, <http://medicaltourismguide.org/popularity/>

Olukord ja arusaamine tervishoiuteenuste eksklusiivsusest muutus märgatavalt 1998. a pärast Euroopa Kohtu otsuseid nn Kohlli ja Deckeri juhtumite osas – tervishoiuteenuste osutamise vabadus hõlmab teenusesaajate, sealhulgas arstiabi vajavate inimeste vabadust minna teenuste saamiseks teise liikmesriiki.²⁷

Sellest alates on Euroopa Liidus selgelt toimunud protsess ühelt poolt tervishoiuturu liberaliseerimise ning teisalt riikidevaheliste reeglite ühtlustamise suunas. 2008. a juulis algatas Euroopa Komisjon läbirääkimised direktiivi üle patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius.²⁸ Aasta hiljem lisas Euroopa Parlament direktiivi eelnõusse 122 muudatusettepanekut ning 2010. a juulis lisasid riikide tervishoiuministrid veel muudatusi ning võtsid selle vastu kvalifitseeritud häälteenamusega (*qualified majority*). Teine lugemine direktiivi lõplikuks jõustamiseks toimub Euroopa Parlamendis 2010. a detsembris. Seega on hetkel tõeliselt lahtine vaid küsimus, kas liikmesriikidele antakse direktiiviga sätestatud patsientide vaba liikumise põhimõtete rakendamiseks aega 2012. või 2014. aastani.

Direktiivi ettepanek põhineb Euroopa Liidu asutamislepingu artiklil 95, mis sätestab siseturu rajamise ja selle toimimise. Eesmärgiks on luua ohutute, kvaliteetsete ja tõhusate piiriüleste tervishoiuteenuste osutamise Euroopa Liidu raamistik ning tagada tervishoiuteenuste vaba liikumine ja tervisekaitse kõrge tase, võttes arvesse liikmesriikide vastutust tervishoiuteenuste ja arstiabi korraldamisel ja kättesaadavaks muutmisel. Viimane puudutab eeskätt kohustust tagada oma tervishoiusüsteemide poolt osutatavate tervishoiuteenuste kättesaadavus, kvaliteet ja ohutus koos jätkusuutliku finantseerimise, üldise korraldamise ja haldamisega.

Direktiivi eelnõu valmistati sisuliselt ette alates 2004. aastast. Eelnõu ettevalmistamiseks koostati Euroopa Tervishoiusüsteemide ja Tervishoiupoliitika Vaatluskeskuse (European Observatory on Health Systems and Policies) poolt sõltumatu eksperdi hinnang, milles käsitleti patsientide õigusi piiriüleses tervishoius.²⁹ Nimetatud raport kiideti eelnevalt heaks Euroopa Parlamendi poolt 2008. a. Selles käsitleti piiriüleste tervishoiuteenustega seotud seitset aspekti: eelluba ja juurdepääs tervishoiuteenustele, kvaliteet ja ohutus, patsiendiõigused, piiriülene koostöö, tervishoiuteenuste korvid ja tariifid, piiriüleste tervishoiuteenuste mõju minevikus ning andmed piiriüleste tervishoiuteenuste kohta. Muuhulgas kirjeldatakse raportis, kuidas praegune õiguslik ja muu ebakindlus on mõjutanud piiriüleste tervishoiuteenuste osutamist üldiselt ja eelkõige eespool nimetatud aspekte (nüüd ja minevikus) ning keda, mil viisil ja mil määral on mõjutatud.

Euroopa Liidus on selgelt toimunud protsess ühelt poolt tervishoiuturu liberaliseerimise ning teisalt riikidevaheliste reeglite ühtlustamise suunas.

Direktiiv ei loo sisuliselt uusi õigusi, vaid koondaks juba varem kehtinud õigused, mida täiendatakse selgete vastutuse ja koostöö põhimõtetega. Juba praegu kehtivad regulatsioonid EC nr 1408/71 ja 574/72, mis võimaldavad kodanikel teistest liikmesriikidest tervishoiuteenuseid saada. Teiseks eksisteerivad riikidevahelised patsiendi liikumist lubavad kokkulepped, mis jäävad välja EC 1408/71

haardest. Ning kolmandaks on olemas 1998. aastal Euroopa Kohtu poolt Kohlli ja Deckeri kohtuprotsesside käigus tehtud otsused, mis lõid lisaks kahele eelmainitule veel kolmanda õigussätete komplekti teistest liikmesriikidest tervishoiuteenuse saamiseks.

27 EÜT L 178, 17.7.2000, lk 1.

28 Euroopa Ühenduste Komisjon. KOM (2008) 414 lõplik; 2008/0142 (COD), Brüssel 2. juuli 2008.

29 Wismar, M., Palm, W., Figueras, J. jt. Cross-Border Healthcare: Mapping and Analysing Health Systems Diversity, European Observatory on Health Systems and Policies, 2007.

Lühidalt on praegune piiriülene tervishoiuteenuste tarbimine Euroopa Liidus korraldatud järgmiselt.^{30 31} Liikmesriigis kindlustuskatet omavatel inimestel, kes viibivad teises liikmesriigis ajutiselt ning kellel arstiabi vajadus tekkis teises riigis viibimise ajal, on õigus saada erakorralist arstiabi võrdsetel tingimustel selles riigis elavate kindlustatud inimestega. Arveldamine riikide vahel toimub pädevate kindlustusorganisatsioonide kaudu.

Juhul, kui teise riiki minek toimus ravimise eesmärgil ja teenust osutatakse haiglas (ehk tegemist on nn plaanilise haiglaraviga), tuleb teenuse eest hüvitise saamiseks taotleda elukohajärgselt kindlustusandjalt eelnevalt luba. Loa olemasolu korral toimub arveldamine teenust osutanud riigi reeglite kohaselt (reeglina maksab haiglale kindlustusandja).

Haiglavälise ehk ambulatoorse ravi korral ei ole Euroopa Kohtu otsustele tuginedes inimesel kohustust eelnevat luba taotleda. Inimene võib loa taotlemisest loobuda ja reisida kohe riiki, kus ta soovib ravi saada (ravi saamise riik), ning taotleda kulude hüvitamist kodumaale naasmisel. Sel juhul kaetakse ravikulud selle riigi tingimuste alusel, kus asub patsiendi ravikindlustusasutus. Olemasoleva ebamäärase õigusruumi tõttu (haiglaravi mõiste on selgelt defineerimata) soovitatakse siiski eelnevalt luba taotleda. See tagab kulude kompenseerimise samamoodi nagu eelnevalt kooskõlastatud haiglaravi puhul.

Nii erakorralise abi kui plaanilise ravi saamise korral välismaal tuleb patsiendil endal maksta omavastutuse tasud (visiiditasu, voodipäevatasu jne) asukohamaa tariifide järgi, samuti riikidevahelise transpordi kulud. Neid kulusid ei hüvitata ka hiljem. Erisused on tingitud ka sellest, kas ravi on hüvitatav selle riigi õigusaktide kohaselt, kus ollakse kindlustatud. Näiteks ravikuurid sanatooriumis kuuluvad mõnes riigis hüvitamisele, mõnes teises aga mitte.

Euroopa Komisjon ja Euroopa Parlament on selgelt väljendanud soovi kaotada põhjendamatud piirangud tervishoiuteenuste piiriülesele liikumisele. Seda lähenemist toetab ka Euroopa Kohtu lahendite pidevalt täienev loetelu inimeste, teenuste ja kaupade vaba liikumise põhimõtte kehtivuse kohta ka tervishoius. Vaba liikumise põhimõtte kasutamist patsientide jaoks pärsib peamiselt nii info- kui ka kokkulepitud reeglite puudus olemasolevate hüvede ja teenuse tarbimise jaoks vajalike tingimuste, kulude jagamise, teenusepakujate kvaliteedi ning akrediteeringu kohta.

Euroopa Komisjon ja Euroopa Parlament on selgelt väljendanud soovi kaotada põhjendamatud piirangud tervishoiuteenuste piiriülesele liikumisele.


Euroopas on ühelt poolt riikidesisene tervisesüsteemide siseturu kaitse väga aktiivne, kuid teiselt poolt on surve turgude avanemisele olemas ning patsientide õiguste kasv suurendab ilmselt ka survet suuremaks valikuvõimaluseks, sh tervishoiuteenuste tarbimiseks välismaal. Kindlasti suurendab õigusliku selguse saabumine piiriülest liikumist ning annab võimaluse sellest kasu lõigata riikidel, mis tulevikuks paremini on valmistunud.

30 Eesti Haigekassa: Arstiabi EL-s. (http://www2.haigekassa.ee/kindlustatule/arstiabi_val, vaadatud 31.07.2009)

31 Euroopa Komisjon: Planeeritud ravi. (<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=569&langId=et>, vaadatud 31.07.2009)



4. Eesti tugevused ja konkurentsieelised ekspordiks

- Eesti üldine tervishoiukorraldus loob hea eelduse tervishoiuteenuste ekspordiks.
 - Eesti tugevusteks on arvestatav välisturistide käive, kaasaegse tehnoloogia olemasolu ning samuti mõningane hinnaeelis tervishoius.
 - Kõige kiiremini realiseeritava potentsiaaliga valdkonnad on diagnostika, hambaravi, ravispaad, plastiline kirurgia ja ortopeedia.
 - Eesti tervishoiuekspordi lootustandvamad turud jäävad 2,5 lennutunni raadiusesse.
- 

Tervishoiusektori lühiülevaade

Tervishoiuteenuste korralduspõhimõtted

Eesti praegune tervishoiusüsteem kujunes välja mitmes etapis toimunud reformide tulemusena aastaks 2002. Pärast Eesti taasisesivsustumist toimusid tervishoiuvõrgus mitmed muutused, mis olid eelkõige seotud väikehaiglate sulgemise või nende ümberprofileerimisega peamiselt hooldusravi osutavateks haiglateks.

1991. aastal oli Eestis 120 haiglat 18 000 voodikohaga. 2007. aasta lõpuks oli nende arv vähenenud 57-ni ning kokku oli neis 7473 ravivoodit.

Tervishoiuteenuste osutamist reguleerib tervishoiuteenuste korralduse seadus, mille alusel kõik Eesti tervishoiuteenuste osutajad on määratletud eraõiguslike juriidiliste isikutena.

Tervishoiuteenuste osutajatel on õigus otsustada investeeringute, soetuste ja vara müügi üle, õigus võtta laenu. Nad vastutavad ise majandustulemuste eest ja kogu teenitud tulu jääb tervishoiuteenuse osutajale.

Palgakorraldust mõjutab üleriigiline arstide ja õdede esindusühingute ning haiglate liidu vaheline palgakokkulepe, mis sätestab arstide, õdede ja hooldustöötajate miinimumtunnitasud. Muus osas on töö tasustamise süsteemide kujundus, sealhulgas motivatsioonikomponentide üle otsustamine tervishoiuasutuste juhtkondade pädevuses. Töötajatele tasu maksmise osas on põhimõtteliselt võimalik, kuigi mitte valdav osutatud teenuse põhine rahastamine, eriti era- ja väiksemates haiglates.

Teenuste eest tasumine toimub teenusepõhiselt vastavalt teenuste hinnakirjale. Teenuste hind sisaldab reeglina kõiki teenuse osutamiseks vajalikke fikseeritud ja muutuvaid kulusid, sealhulgas investeeringukulu.

Seega on Eesti tervishoiuasutustel tervishoiukorralduse üldiste põhimõtete osas eeldused tervishoiuteenuste ekspordiks olemas: asutustel on õigus otsustada oma tuleviku- strateegia ja töökorralduse üle, saadav tulu jääb asutusele. Asutused on harjunud arveldama patsiendipõhiselt ning teenustel on olemas kõiki kulusid sisaldavad hinnad.

1991. aastal oli Eestis 120 haiglat 18 000 voodikohaga. 2007. aasta lõpuks oli haiglate arv vähenenud 57-ni ning kokku oli neis 7473 ravivoodit (vt tabel 3).

Haiglavõrgu planeerimise aluseks on haiglaliik, mille alusel on haiglad Eestis jaotatud järgnevalt:

- piirkondlikud haiglad, teeninduspiirkonnaga üle 500 000 inimese (3 haiglat);
- keskhaiglad, teeninduspiirkonnaga 100 000–500 000 inimest (4 haiglat);
- üldhaiglad, teeninduspiirkonnaga 50 000–100 000 inimest (11 haiglat), mis asuvad üldjuhul maakonnakeskustes.

18 aktiivravihaigla kohta on kehtestatud Vabariigi Valitsuse määrusega haiglavõrgu arengukava, mis on aluseks riiklike investeeringute kavandamisel ning pikaajaliste ravilepingute sõlmimisel Eesti Haigekassaga.

Lisaks on tegevusload väljastatud veel:

- kohalikele haiglatele, teeninduspiirkonnaga kuni 40 000 inimest (6 haiglat), mis asuvad tõmbekeskustes paiknevatest kõrgema etapi haiglatest kuni 70 km kaugusel;
- erihaiglatele, kus osutatakse tervishoiuteenust ühel või kahel eriarstiabi erialal (7 haiglat); üldjuhul on tegemist erakapitalil põhinevate haiglatega;
- hooldusravihaiglatele;
- taastusravihaiglatele.

Enamik arste ja õdesid töötavad Eestis kolmes piirkondlikus haiglas ning neljas keskhaiglas

Haigla liik	Haiglate arv	Voodikohtade arv	Arstide arv	Õdede arv
Piirkondlik haigla	3	2 422	1486	2596
Keskhaigla	4	1 782	902	2069
Üldhaigla	11	1 894	538	1314
Kohalik haigla	6	375	70	176
Taastusravihaigla	3	178	19	47
Hooldusravihaigla	21	541	35	165
Erihaigla	9	281	94	141
KOKKU	57	7 473	3144	6508

Tabel 3. Eesti haiglad liikide kaupa, voodikohad, arstide ja õdede arv seisuga 21.12.2007
Allikas: Tervise Arengu Instituut

Lisaks haiglatele on Eestis 733 ambulatoorset (st haiglaravi mitte osutavat) tervishoiuteenuse osutajat, kellest 488 osutasid üldarstiabi (sh perearstiabi) ning 245 ambulatoorset eriarstiabi. Hambaraviga tegelevaid asutusi oli registreeritud 446, diagnostikateenuse osutajaid 9 ning iseseisva õendusabi pakkujaid 22.

Ambulatoorsete tervishoiuteenuse osutajate hulka kuuluvad ka kõik Eesti ravispaad, kuna neis pakutakse mittemeditsiinilisele majutusteenusele lisaks ambulatoorseid kuurort- ja taastusravi- protseduure. Eesti Spa Liit on 2010. aasta seisuga tunnustanud kaheksat ravispaad.

Spaateenuste pakkumine

Eesti kuurortide ajalugu ulatub kahe sajandi taha, esimesed mudaravilad avati Eestis 1820. aastatel. Haapsalu ja Narva-Jõesuu piirkonnad kujunesid Venemaa tsaari õukonna, vene rikaste ettevõtjate ning kõrgintelligentsi eelistatuteks puhkepaikadeks pärast raudtee ehitamist 1870. aastatel. Samal ajal kujunesid kuurortlinnadeks ka Pärnu ja Kuressaare.

Eesti Spa Liitu, mis asutati 1996. aastal, kuulub 17 liiget üle Eesti.³² Varem ühendas liit vaid ravi- spaa (*medical spa*) teenuseid pakkuvaid ettevõtteid, kuid nüüd kuuluvad ühendusse ka heaolu- (*wellness*) ja iluteenuseid ning mitmekülgseid vaba aja veetmise võimalusi pakuvad majutus- asutused.

32 Saaremaa Spa Hotellid ei kuulu alates 2009. a Eesti Spa Liidu liikmete hulka.

Spaahotellid on äriettevõtetena aktiivsed nii sise- kui välisturul. Ravispaades on vähemalt pooled külastajatest välismaalased, kellele on ka orienteeritud suur osa teenuste disainist. Pikem kirjeldus ravispaade kohta on lisas (vt lisas lk 86).

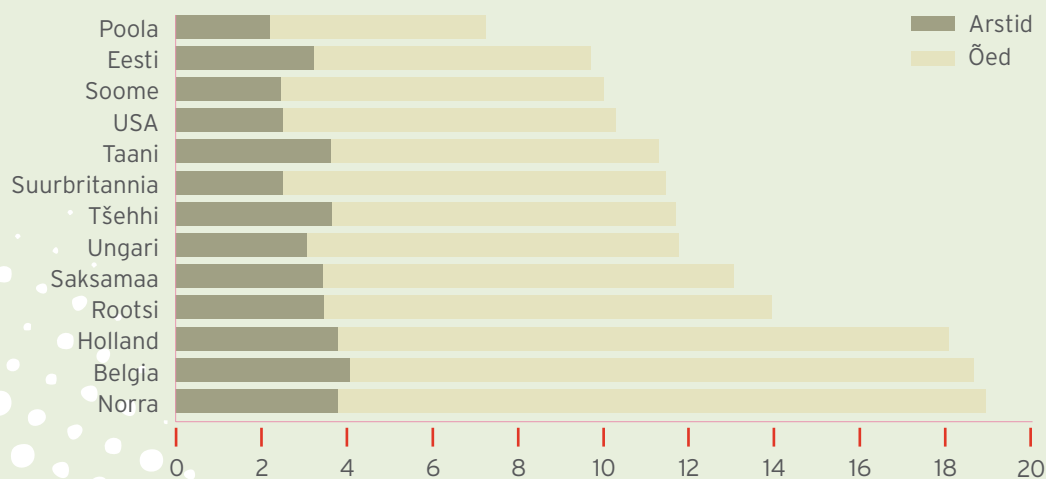
Eestis on valdav osa tervishoiuteenuse pakkujatest avaliku sektori kontrolli all, mis on ootuspärane, arvestades teenuse avalikku iseloomu ning avalikest allikatest rahastamise suurt osakaalu. Siiski - 3,8% ravivooditest, 3,0% arstide ning 2,2% õdede ametikohtadest on erahaiglates, kusjuures nende hulk on viimastel aastatel suurenenud. Mitmed polikliinikud, valdav osa hambaravi pakkujatest ning tervisespaad põhinevad kõik erakapitalil. Tervishoiuteenuste ekspordi seisukohast on erakapitalil suurem motivatsioon ning valmisolek otsida kliente väljastpoolt asukohariiki, mistõttu on käesoleva uuringu kontekstis neile eraldi tähelepanu pööramine põhjendatud.

Tervishoiupersonal

Eestis on kokku 4274 arsti, 100 000 elaniku kohta teeb see 319 arsti, õdesid on ligikaudu kaks korda rohkem, 645 õde 100 000 elaniku kohta. Joonisel 9 on toodud Eesti arstide ja õdede suhtarv võrdluses OECD riikidega (3 kõige suurema tervishoiutöötajate hulgaga riiki ning Eesti potentsiaalsed eksporditurud). Jooniselt on näha, et lisaks Eesti tervishoiu inimressursi väikesele absoluutarvule on rahvusvahelises võrdluses ka tervishoiupersonali suhtarv suhteliselt väike.

Kuigi arstide üldine suhtarv ei erine riigiti oluliselt, on erialade lõikes erinevused suuremad, mistõttu üldine võrdlus ei ole alati kohaldatav spetsiifilistele valdkondadele.

Eestis on arste rohkem kui Soomes (1000 elaniku kohta)



Joonis 9. Arstide ja õdede arv 1000 elaniku kohta valitud OECD riikides (valikuliselt)
Allikas: OECD 2007, Sotsiaalministeerium 2008

Soomes ja Taanis on nüüdseks tunnistanud olulist arstide puudust (eriti esmatasandil), mida kinnitab ka rahvusvaheline võrdlus. Eesti puhul on lisaks üldarvule oluline silmas pidada ka vanuselist koosseisu. 1990. aastatel vähendatud arstide ja õdede vastuvõtt ülikooli koos personali suurenemine väljavooluga välismaale on loonud olukorra, kus lähiaastatel jõuab pensioniikka oluliselt enam personali kui neid juurde tuleb. Õdede puhul on olulisemaks erialatöölt lahkumise põhjuseks siirdumine teistesse valdkondadesse (sh heaoluteenused), mitte niivõrd välismaale. Lisaks on probleemiks eriala vähene populaarsus ning õppimisealiste noorte hulga järsk vähenemine, mistõttu vaatamata pingutustele ja rahastamise suurendamisele ei ole suudetud piisavalt järelkasvu tagada. Seega võib personalipuudus keskpikas perspektiivis ka Eestis probleemiks muutuda.

Tervishoiupersonali poolest kuulub Eesti pigem vähese ressursiga riikide hulka, seda eriti õdede osas. Tervise- ja heaoluteenuste eksportimiseks on tõenäoliselt vajalik inimeste juurdetoomine süsteemi.

Tehnoloogiline varustatus

Viimasel kümnendil on Eesti tervishoid läbi teinud märkimisväärse arengu, mille üheks iseloomujooneks on paljude varem kättesaamatute tehnoloogiate ja korralduslike põhimõtete toomine argipraktikasse. Kõrgtehnoloogiliste seadmete arv on haiglates iga aastaga suurenenud - kui 2001. aastal oli Eestis 8 kompuutertomograafi, siis 2008. aastal 20, magnetresonantstomograafe oli Eestis 2001. aastal 4 ja 2008. aastal 11 (vt tabel 4). Soomes on näiteks miljoni elaniku kohta 14,2 kompuutertomograafi ja umbes sama palju magnetresonantstomograafe.

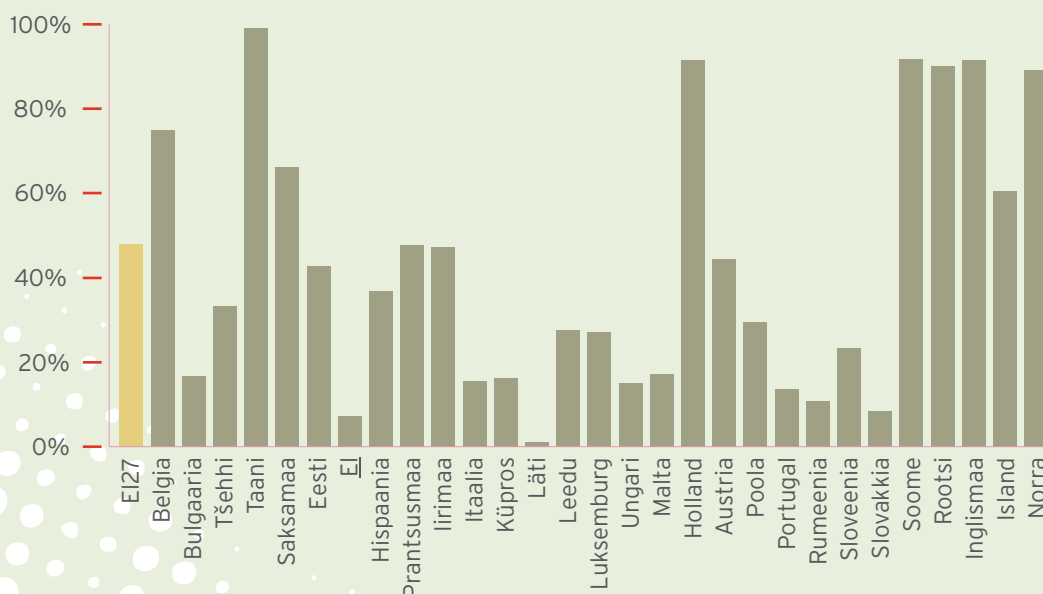
Seoses uuenenud ja rohkema aparatuuriga on kasvanud ka diagnostika ja ravimenetluste hulk. Uuringute koguarv on alates 21. sajandi algusest suurenenud keskmiselt poole võrra. Samas on eeskätt kaasaegsete ja kallimate uuringuliikide (biokeemilised uuringud, kompuuter- ja magnet-

Tehnoloogiline varustatus on Eestis läbi teinud kiire arengu

Seade	kokku	haigla			ambulaatorne asutus
		piirkondlik haigla	keskhaigla	üldhaigla	
Kompuutertomograaf	20	7	4	7	2
Magnetresonantstomograaf	11	2	1		8
Gammakaamera	3	2	1		
Digitaalse subtraktsiooniga angiograaf	10	6	3		1
Litotripsiaseade	2	1	1		
Positronemissioonitomograaf	1	1			
Kiiritusraviseade	3	3			

Tabel 4. Kõrgtehnoloogiliste seadmete arv asutuse liigi järgi 2008. a
Allikas: Tervise Arengu Instituut

Eesti perearstide IKT valmisolek on hea



Joonis 10. Perearstide osakaal, kes vahetavad elektrooniliselt erialast infot vähemalt ühel põhjusel

Allikas: OECD 2007, Sotsiaalministeerium 2008

resonantstomograafia) kasutamine suurenenud mitmekordselt.³³ Eelarvekasvu pidurdumise või negatiivseks pöördumise korral tekib kindlasti ka surve leida soetatud aparatuurile rakendust. Samas ei ole Eestis arenenud riikidega võrreldes kõrgtehnoloogilise aparatuuri üleküllust, kuigi selle mõistlik koormamine eeldaks suuremaid kulutusi tervishoiule.

Info- ja kommunikatsioonitehnoloogia olukord tervishoiusüsteemis

2007. aasta lõpu seisuga kasutas kõigi Eesti tervishoiuasutuste ligi 28 000 töötajat arvutit 60%, see hulk ei ole muutunud 2003. aastast alates.³⁴ Tippspetsialistidest on kõige tagasihoidlikumad arvutikasutajad õed ja hambaarstid - mõlemas rühmas on arvutikasutajaid alla 70%. Iga arvuti kohta on tervishoiuasutustes 1,6 kasutajat, koos mittekasutajatega kokkuvõttes 2,6 töötajat arvuti kohta. Rahvusvaheliste põhimõtete ning kogemuste järgi on selline arvutite arv liiga väike selleks, et arendada turvalist ja kaasaegset tervishoiuteenust.

Eestis võib perearstide IKT valmisolekut lugeda üheks kõige arenenumaks. Juba 2003. a oli arvutikasutus nende hulgas 100% ning internetikasutus 88%, mis oli parim tulemus Euroopa Liidus. Viimaste aastate uuringud näitavad, et infotehnoloogilise valmisoleku ära kasutamine on Eestis hakanud teistest riikidest maha jääma. Näiteks 2007. a vahetas elektrooniliselt erialast infot vähemalt ühel põhjusel mõne teise partneriga vaid 42% perearstidest Eestis, samal ajal kui Taanis oli vastav näitaja ligi 100% ning kõigis Põhjamaades u 90% (vt joonis 10).

³³ Tervise Arengu Instituut: Kõrgtehnoloogilised seadmed, diagnostika ja ravimenetlused (sh. kirurgilised protseduurid). (<http://www.tai.ee/?id=5916>, vaadatud 10.12.2009)

³⁴ Tervise Arengu Instituut: Terviseteeenuseosutajate arvuti kasutus. (<http://www.tai.ee/index.php?id=5914>, vaadatud 31.07.2009)

Kulutused IKT-le on Eesti tervishoiuteenuse osutajate hulgas kasvanud napilt

	2004	2007
Infotehnoloogia (inventar ja teenused)	0,75%	0,84%
sh riistvara	0,24%	0,28%
sh tarkvara	0,15%	0,25%
sh andmeside teenused, arendustöö, muud infotehnoloogilised kulud	0,24%	0,18%
sh infotehnoloogiaga seotud remont ja hoolduskulu	0,11%	0,14%

Tabel 5. Eesti tervishoiuasutuste IKT-kulud (% tegevuskuludest)
Allikas: Tervise Arengu Instituut

Kulutused IKT-le on Eesti tervishoiuteenuse osutajate hulgas küll pisut kasvanud, kuid jäävad endiselt alla 1% kõigist tegevuskuludest (vt tabel 5). Samal ajal erinevad teenuseosutajate näitajad suures ulatuses – parima IKT tasemega haiglais ja polikliinikutes investeeritakse kuni 4% oma vahenditest IKT arendustegevusse. Rahvusvaheliselt peetakse üldise arengutasemega kaasaskäimiseks optimaalseks IKT-investeeringute tasemeks 2% ning eesliinile jõudmiseks vähemalt 4% kuludest.

Positiivne on see, et peale mõningate apteekide ja hambaraviasutuste on kõik tervishoiuteenuse pakkujad ühendatud turvalise internetiühendusega, mis potentsiaalselt võimaldab arendada tervise teenuseid. 2009. a alguses käivitus üleriigiline Eesti Tervishoiu Infosüsteem, mis koos selleks otstarbeks loodud õigusruumiga võimaldab e-teenuste arendamist ja teenuseosutajate integreerimist uuel kaasaegsel tasandil.

Kokkuvõttes on Eesti tervishoiuteenuse osutajate IKT-suutlikkus enam-vähem Euroopa keskmisel tasemel, kuid süsteemi kasutatavus hakkab teistest riikidest (sh Põhjamaadest, Suurbritanniast ja Hollandist) maha jääma, kuigi üksikud teenuseosutajad on oma arengus jõudnud tipptasemele. Euroopa tasemele jõudmiseks peab hiljuti käivitatud üleriigiline Tervishoiu Infosüsteem kaasa tõmbama kõik teenuseosutajad (sh apteegid ja hambaravikeskused) ja tervishoiutöötajad.

Tervishoiuasutuste majandustegevus

Tervishoiu kogukulud SKP-st moodustasid 2007. aastal 5,4% ja 2006. aastal 5,1%. Aastal 2007 olid Eesti tervishoiukulud 12,8 miljardit krooni, mis on 2,3 miljardi krooni ehk 22,6% võrra rohkem kui eelmisel aastal (10,5 miljardit krooni). Võrreldes 2000. aastaga kasvasid tervishoiu kogukulud 2007. aastaks nominaalväärtuses 2,5 korda.

Avaliku sektori tervishoiukulud on kasvanud võrreldes 2005. aastaga 45,7% ja moodustasid 9,7 miljardit krooni. Suurimat osa avaliku sektori kulutustest (85%) finantseeriti Eesti Haigekassa vahenditest. Viimase viie aasta jooksul on avaliku ning erasektori osatähtsus tervisega seotud kulutuste finantseerimisel jäänud enam-vähem samaks.

Erasektori osakaal tervishoiu rahastamises on kasvanud

Rahastamisallikas	1995	2000	2005	2007
Avalik sektor	89,8	76,4	76,7	76,1
maksud (riigi- ja munitsipaalmaksud)	12,4	10,4	10,5	11,6
sotsiaal- ja tervisekindlustus	77,4	66	66,2	64,0
Erasektor	7,5	23,3	23	23,3
omaosalus	7,5	19,7	20,4	21,9
eratervisekindlustus	0	1	0,3	0,3
Muu	0	2,6	2,3	1,1
Välisallikad	2,7	0,3	0,3	1,1

Tabel 6. Tervishoiu peamiste rahastamisallikate osakaal 1995-2006
Allikas: Eesti Statistikaamet

Tervishoiule kulutasid leibkonnad 2007. aastal kokku 2,9 miljardit krooni, mis moodustab kõigist erasektori tervishoiukulutustest 94%. Aastatel 2000-2007 on inimeste omaosalus tervishoius kasvanud 2,1 protsendipunkti. 2007. aastal kulus inimestel meditsiinitoodetele (peamiselt ravimid) 1,8 miljardit krooni, mis moodustab kogu omaosalusest 62%.³⁵

Eesti Statistikaamet kogub tervishoiu ja sotsiaalhoolekande sektori³⁶ kohta ettevõtlusstatistika jaoks andmeid kõigist selle tegevusala ettevõttest, kes on registreeritud kas aktsiaseltsi, osaühingu, usaldusühingu, täisühingu, tulundusühistu või välismaa äriühingu filiaalina. Paraku jäävad sellisel juhul arvestusest välja sihtasutused, mis teostavad lõviosa haiglaravist (sh SA Tartu Ülikooli Kliinikum, SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla, SA Ida-Viru Keskhaigla ning SA Pärnu Haigla). Samal ajal ei ole nende asutuste osa tervishoiu- ja heaoluteenuste ekspordis märkimisväärne, kuna põhitähelepanu on pööratud Eesti elanike teenindamisele.

Eesti Statistikaameti järgi tegutses tervishoiu ja sotsiaalhoolekande sektoris 2007. aastal 1014 ettevõtet, mis moodustasid kogu Eesti ettevõtete arvust 1,9%. Samas on perioodil 2003-2007 selles sektoris tegutsevate ettevõtete arv suurenenud ligi 40% võrra, keskmiselt 8,8% aastas. Seega tekib juurde üha uusi ettevõtteid. Selle sektori panus kogu majandustegevusse ettevõtete müügitulu ja kasumi kasvatamisel on jäänud siiski marginaalseks (vastavalt 0,8% ja 0,5% kogu tegevusalade vastavatest näitajatest) vaatamata sellele, et perioodil 2003-2007 on ettevõtete müügitulu ja puhaskasum kahekordistunud.

Tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandettevõtted pakuvad eelkõige teenuseid siseturule, nende eksport moodustas müügitulust 2007. aastal üksnes 6,9%, ning perioodil 2003-2007 pole ettevõtete ekspordile orienteeritus suurenenud, vaid pigem vähenenud. Samas on

³⁵ Tervise Arengu Instituut, Tervishoiu kogukulud Eestis. (<http://www.tai.ee/?id=5619>, vaadatud 10.12.2009)

³⁶ ESA kasutab oma avaldatud statistika puhul NACE/EMTAK 2003. a klassifikatsiooni:

85.1 851 Tervishoid
85.11 8511 Haiglaravi
85.12 8512 Meditsiinipraksis
85.13 8513 Hambaravi
85.14 8514 Muud tervishoiualad (teenused)

ekspordikäivet siiski kasvatatud keskmiselt 16,3% aastas. 2007. aastal tekkis selles sektoris töötaja kohta 206 000 krooni lisandväärtust, mis jäi siiski alla kõikide tegevusalade keskmisele näitajale. Sarnaselt paljudele teiste tegevusalade ettevõtetega oli perioodil 2003-2007 selle sektori ettevõtete tööjootootlikkuse kasvutempo aeglasem tööjookulude kasvutempost, viidates ettevõtete konkurentsivõime ja jätkusuutlikkuse vähenemisele.

Kokkuvõtvalt moodustas 2008. aastal tervishoiu ja sotsiaalhoolekande ettevõtlussektor SKP-st 3,3%. Hõivatute osatähtsus selles sektoris moodustas hõivatute koguarvust 4,7%. Sektori panus kogu Eesti ettevõtete müügitulusse ja kasumisse on suhteliselt marginaalne, moodustades vastavalt 0,8% ja 0,6%. Siiski, kogu Eesti ettevõtete lisandväärtusest moodustab tervishoiusektoris loodud lisandväärtus 2,2% ja tööd pakutakse ligi 3,3%-le kogu tegevusalade töötajatest.

Eesti tervishoiu- ja heaoluteenuste osutajate majandustegevuse osakaal riigi majandusest on rahvusvahelises võrdluses suhteliselt väike. Samas, arvestades valdavalt siseturule orienteeritust ning sihiteadlikku kulude ja konkurentsi kontrolli, mis on seotud tugeva efektiivsus- taotlusega, on seesugune tulemus ootuspärane. Siiski - statistikaameti andmetel on selles sektoris lisandväärtus töötaja kohta väiksem Eesti keskmisest näitajast, mida tingib suur inimtöö maht tervishoiuteenuste osutamisel.

Eesti tervishoiuettevõtete müügitulu on 7 aastaga kasvanud ligi 2 korda

	2003	2004	2005	2006	2007	2007	kogu perioodi muutus (2007-2003, %)	perioodi aasta keskmine kasvutempo (%)
Ettevõtete arv	725	782	843	935	1014	1,9	39,9	8,8
Keskmine töötajate arv	13 266	13 406	13 990	14 235	14 948	3,1	12,7	3,0
Müügitulu, tuhat krooni	2 624 943	2 965 259	3 575 090	4 178 875	5 279 437	0,8	101,1	19,2
müük mitteresidentidele, tuhat krooni	200 043	245 745	288 665	333 760	364 481	0,2	82,2	16,3
mitteresidentidele müügi osatähtsus müügitulus, %	7,6	8,3	8,1	8,0	6,9	26,3	-0,7	-0,2
Tööjookulud, tuhat krooni	1 185 717	1 344 238	1 641 381	1 925 238	2 509 574	3,1	111,7	20,8
töötaja kohta, tuhat krooni	89,4	100,3	117,3	135,2	167,9	98,3	87,8	17,2
Lisandväärtus, tuhat krooni	1 535 623	1 687 440	2 065 772	2 388 251	3 118 929	2,2	103,1	19,6
töötaja kohta, tuhat krooni	115	125	147	167	206	70,3	79,1	15,8
Ärikasum, tuhat krooni	208 688	195 679	300 326	283 861	375 842	0,6	80,1	18,5
Puhaskasum, tuhat krooni	177 122	173 608	275 843	261 256	338 523	0,5	91,1	20,3

Tabel7. Eesti tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandesektori peamised majandusnäitajad 2003-2007
Allikas: Eesti Statistikaamet

Teenuseid müüb välisklientidele kolmandik tervise- ja heaoluteenuste osutajatest

Asutuse tüüp	On teenuseid eksporditud	Ei ole teenuseid eksporditud	Märgitud ekspordisumma 2008. a
Haigla	3	10	1 300 000
	23%	77%	
Polikliinik/kliinik	4	6	13 000 000
	40%	60%	
Hooldusravi	0	4	0
	0%	100%	
Spaa/taastusravi	4	2	65 600 000
	67%	33%	
Hambaravi	8	20	610 000
	29%	71%	
Muu	10	26	2 132 000
	28%	72%	
Kokku	29	67	82 700 000
	30%	70%	

Tabel 8. Tervise- ja heaoluteenuste eksport 2008. a
Allikas: Veebiküsitlus

Tervishoiuteenuste ekspordi olukord

Veebiuuringu käigus selgus, et kõigist 97-st küsimustikule vastanud asutusest on oma teenust eksporditud 30%. Kõige enam (67%) on oma teenuseid eksporditud spaa-, taastusravi- ja sanatooriumiteenuseid pakkuvad asutused. Oma teenuseid ei ole üldse eksporditud küsitluses osalenud hooldusravi pakkuvad asutused. Vastajate hinnangul viimase 5 aasta jooksul ekspordikäive valdavalt ei muutunud või isegi pisut vähenes (56% vastanutest). Siiski, kõik polikliinikud, spa- ja taastusraviasutused hindasid, et nende ekspordikäive viimastel aastatel suurenes.

Mitmed vastajad mainisid ka, et ekspordi osakaal on liiga väike, et seda eraldi välja tuua, või siis selle üle ei peeta arvestust. Arvestades seda ning vastajate kogukäivet, mis moodustas pisut üle poole kogu vastava valdkonna kogukäibest, võib veebiuuringu põhjal hinnanguliselt oletada, et 2008. a moodustas tervishoiu- ja heaoluteenuste ekspordimaht umbes 160 miljonit krooni.³⁷

³⁷ Hinnang erineb Statistikaameti andmetest, sest tervishoiuga mitteseotud tegevusi (näiteks tavapärase majutusteenus hotellis) ei arvestatud tervishoiuteenuste hulka.

Peamiseks ekspordituruks on Soome

Teenus	Teenuseosutaja asutuse tüüp	Riigid, mille patsientidele teenust osutatakse
Hambaraviteenused	Hambaraviasutused	Soome, Rootsi, Norra, USA, Saksamaa, Iirimaa, Holland
Plastiline ja rekonstruktiivkirurgia	Erakliinikud/-polikliinikud	Soome, USA, Hispaania,
Ortopeedia	Haiglad	Soome, Läti, Venemaa
Viljatusravi - IVF	Erakliinikud/-polikliinikud	Skandinaaviamaad
Silmaoperatsioonid	Silmakeskus	Soome, Norra
Spaateenused	Spaa/taastusravi/sanatoorium	Soome, Rootsi
Radioloogia	Haiglad	Soome, Läti, Venemaa
Diagnostilised teenused	Haiglad Erakliinikud/-polikliinikud Spaa/taastusravi/sanatoorium	Soome, Rootsi, Läti, Venemaa, Norra
Muud teenused		
Psühhiaatria	Haiglad, kliinikud/polikliinikud	Soome
Füsioteraapia	Spaa/taastusravi/sanatoorium	Soome, Rootsi
Ambulatoorne kirurgia	Spaa/taastusravi/sanatoorium	Soome
Konsultatsioonid	Muu	Soome, Rootsi
Kliinilised ravimiuuringud	Polikliinikud, muu	
Hooldusravi	-	-
Kardiovaskulaarkirurgia	-	-
Neurokirurgia	-	-
Onkoloogia	-	-

Tabel 9. Eesti tervise- ja healuteenuste ekspordivaldkonnad ja sihtriigid (2008)
Allikas: Veebiküsitlus

Tabelis 9 on toodud teenusevaldkonnad ning riigid, kuhu vastavat teenust eksporditi. Hambaraviteenuseid ja diagnostilisi teenuseid osutati kõige rohkemate riikide patsientidele. Nende valdkondade praegust eksporti soodustab see, et eelnev konsultatsioon patsiendiga ei ole tingimata vajalik. Väärtusahelate analüüsile tuginedes on võimalik teenust osutada kliendile ilma klienti eelnevalt nägemata. See tähendab, et klient ei ole tingimata seotud eriarstiga kodumaal, mis kergendab kliendi otsust Eestisse teenust tarbima tulla.

Kõige enam ekspordivad teenuseid haiglad, erakliinikud ja spaad/sanatooriumid. Soome on ekspordituruks kõikides teenusevaldkondades, järgnevad ülejäänud Skandinaaviamaad, eelkõige Rootsi. Lisaks figureerivad mitmes valdkonnas ka teised naaberriigid - Läti ja Venemaa. Ükski küsitlusele vastanud asutustest ei märkinud eksporditeenuseks hooldusravi, kardio- või neurokirurgiat ega onkoloogiat.

Valdav osa (66%) eksporditeenuse kasutajatest jõuab Eesti teenuseosutajateni ise. Seda pidasid ainukeseks ravile jõudmise viisiks haiglad ning valdavalt ka hambaarstid ja ambulatoorsed kliinikud. Siiski, arvestataval määral (23%) jõuavad vastajate hinnangul kliendid Eesti teenuseosutajateni ka vahendajate kaudu. Nende seas on kõige enam spaa- ning hambaraviteenuste tarbijaid välisriikidest. Põhimõtteliselt olid vastuste hulgas esindatud kõik väljapakutud võimalused välisklientide jõudmiseks Eestisse (välisriigi tervishoiuasutuse, erakindlustuseltsi või avaliku sektori kindlustusorgani kaudu), kuid eri võimalusi märkisid üksikud teenuseosutajad.

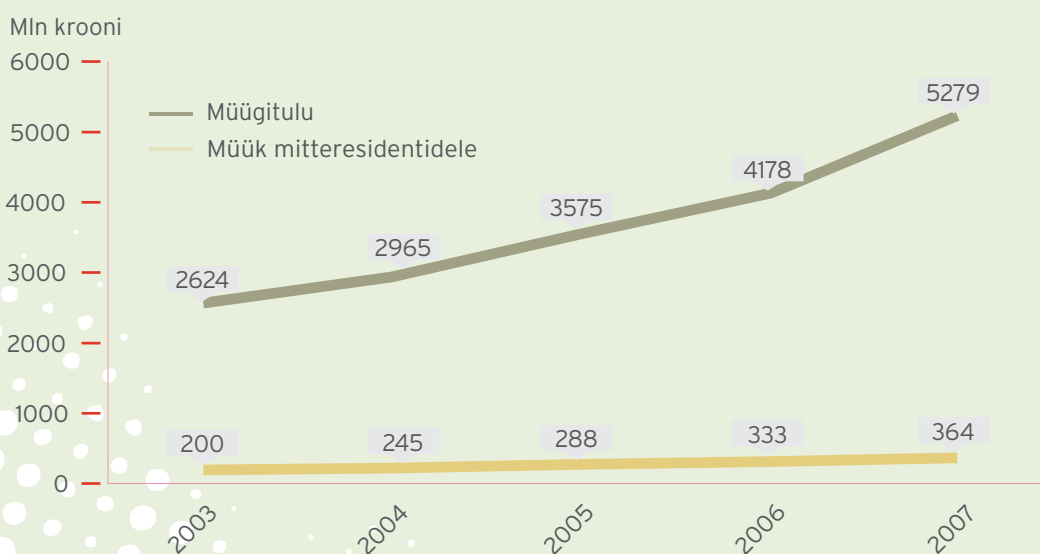
Teenusevaldkondade analüüsi käigus vaatasime ka valdkondade praegust eksporditaset. Kõige aktiivsem on ekspord ravispaade hulgas, kus välisklientide arv moodustab küllastajatest hinnangu kohaselt ligikaudu 50%. Lisaks tegeldakse ekspordiga veel hambaravis, kus valdkonna ekspertide hinnangul toimub aktiivne ekspord 4-5 Tallinna hambaravikliinikus. Plastilises kirurgias moodustab osa kliinikute käibest pea poole ekspord, kuid tuleb silmas pidada, et selliseid kliinikuid on Eesti ainult paar tükki. Ülejäänud valdkondades ei mängi ekspord praegu veel kesket rolli.

Eesti tervise- ja heaoluteenuste ekspordi kohta leitava statistika kohaselt moodustas müük mitteresidentidele 2007. aastal 364 miljonit krooni.

Kokkuvõttes võib järeldada, et tervishoiu- ja heaoluteenuste ekspord ei ole praegu Eestis märkimisväärne tuluallikas valdavale osale vastava valdkonna ettevõtetele. Samal ajal on nähtus täiesti olemas ning üksikute sihi-kindlate eksporditajate tulemuslikkuse põhjal võib oletada, et tegemist on seni kasutamata võimalusega Eesti teenuseosutajate jaoks. Osalt on see seletatav haigekassa rahastamise väga kiire kasvuga viimastel aastatel, mistõttu keskenduti peamiselt kohalike elanike teenindamisele.

Eesti tervise- ja heaoluteenuste ekspordi statistika kohaselt moodustas müük mitteresidentidele 2007. aastal 364 miljonit krooni.

Ekspord moodustab Eesti tervishoiusektoris väga väikese osa



Joonis 11. Praegune tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandeettevõtete ekspord on 364 miljonit krooni
Allikas: Eesti Statistikaamet

Eesti turismiturg

Tervise- ja heaoluteenuste eksportimisel tuleb arvestada sellega, et palju lihtsam on teenust pakkuda inimestele, kes on Eestis turistidena juba käinud. Inimesele, kel puudub igasugune ettekujutus Eestist, on tervishoiuteenuste müümine peaaegu võimatu. Seda on kogunud

Turismi osa on hinnanguliselt 8% Eesti SKP-st ja see sektor annab tööd enam kui 40 tuhandele inimesele.

näiteks nii Tai kui Küpros oma tervishoiuteenuste ekspordikavade realiseerimisel. Seega tuleb tervishoiuteenuste ekspordistrateegia kavandamisel analüüsida Eestisse tulevate turistide voogu ning nende profiili.

Turismi osa on hinnanguliselt 8% Eesti SKP-st ja see sektor annab tööd enam kui 40 tuhandele inimesele. 2008. aastal oli Eesti tulu väliturismist 17,6 miljardit krooni. Seda on 9,3% ehk 1,5 miljardit krooni rohkem kui 2007. aastal. Samas oli väliskülastajate arvu poolest tippaasta 2006. Väliskülastajad kulutasid Eestis mullu ligi 13 miljardit krooni, väliskülastajate maksed Eesti transpordifirmadele olid ligi 4,8 miljardit krooni.³⁸

Peale soomlaste on Eesti muutunud atraktiivseks ka vene turistidele



Joonis 12. Peamine väliturist on soomlane
Allikas: Eesti Statistikaamet

³⁸ EAS. Eesti turism 2008 (esialgsed andmed, avaldatud 10.02.2009).
http://eas.ee/index.php?option=com_content&view=article&Itemid=738&id=2992 (vaadatud 31.07.2009)

Eestis ööbis 2008. aastal 1,97 miljonit välisturisti, mis on 3,7% enam kui 2007. aastal. Neist 1,43 miljonit ööbis majutusettevõtetes. Väliküllastajate majutusettevõtetes veedetud ööde arv kasvas turistide arvust tagasihoidlikumalt. Eelkõige tulenes see ööbimiste jätkuvast vähenemisest spaa- ja ravireisidel.

Pea poole Eestit 2008. aastal külastanud välisturistidest moodustasid soomlased, kellele järgnesid venelased, sakslased, rootslased ja norralased. Keskmise turisti profiili moodustab soomlane, kelle reisieesmärgiks on puhkusereis, kes külastab Eestit maist septembrini ning kes peatub kas Tallinnas või Pärnus. Samal ajal on viimasel neljal aastal vähenenud soomlaste ööbimised eeskätt spaades, millest tulenevalt vähenes ka nende majutusettevõtetes veedetud ööde arv kokku. Niisamuti on sama tegur mõjutanud vähenenud küllastuste arvu sanatooriumides ning spaades.

Väliküllastajate maksed Eesti laevafirmadele kasvasid 21%. Sama kasvu kogesid laevafirmad 2007. aastal. Laevaliikluse tihenemine andis impulsi Soome turistide saabumisele. Eesti liitumine Schengeniga suurendas turistide arvu Venemaalt - nende arv suurenes märkimisväärselt mitte ainult 2007. aastaga võrreldes, vaid ka languse-eelse 2006. aastaga võrreldes.

Jätkuvalt vähenes Eesti lennufirmade välisturistidelt saadud tulu. 2007. a oli langus 19%, eelmisel aastal 8%. Kui lennuühenduste lisandumine aasta alguses aitas kaasa Saksa turistide arvu kasvule, siis aasta lõpus lennuühenduste arv taas vähenes ja seetõttu hakkas ka Saksa turistide arv aasta viimastel kuudel vähenema. Suurema osatähtsusega välisturgudest vähenes Rootsi, Norra ja Suurbritannia turistide arv. Rootsi ja Suurbritannia turistide arv on vähenenud juba mitu aastat, mis viitab Eesti konkurentsipositsiooni üldisele nõrkusele mõlemas riigis.³⁹

Muuhulgas võib oletada, et näiteks rootslaste küllastuste vähenemise üheks põhjuseks on Läti-suunaliste ühendusvõimaluste (otse laeva- ja lennuliinid) paranemine.

Ühelt poolt kinnitab rahvusvaheline kogemus turismi olulist seost tervishoiuteenuste ekspordiga. Teisalt otsib turismisektor maailmas ja ka Eestis võimalusi esile tõsta sihtriigi eripära.

Turism on Eesti jaoks oluline eksporditartikkel. Ühelt poolt kinnitab rahvusvaheline kogemus turismi olulist seost tervishoiuteenuste ekspordiga. Teisalt otsib turismisektor maailmas ja ka Eestis võimalusi esile tõsta sihtriigi turvalisust ja eripära, arvestades turistide kasvavat erihuvidel põhinevate reise eelistust ning vananeva ühiskonna suuremat mugavusetaotlust ka reisimisel. Seega on turismisektori ja tervishoiuteenuste ekspordi koos käsitlemine otstarbekas.

Tervishoiuteenuste valdkondade potentsiaal

Uuringu käigus analüüsiti ekspordi vaatevinklist 11 tervishoiuteenuse valdkonda. Analüüsi tulemusena koorusid välja üldised hinnangud Eesti tervishoiuteenuste ekspordipotentsiaalile ning koostati ülevaatlilik graafik valdkondade ekspordipotentsiaali kohta (vt joonis 14, lk 52).

Tervise- ja heaoluteenuste valdkond on väga heterogeenne ning maailma senine kogemus toetab samuti valdkonnaspetsiifilise lähenemise olulisust. Teenustepõhise lähenemise eesmärk on vaadata turupotentsiaali ja väärtusahelat konkreetsemate teenuste lõikes, kuna näiteks hambaravi ja ortopeediline kirurgia erinevad teineteisest nii ravi maksumuse, korralduse kui ka ravivajaduse otsustamise seisukohast. See võimaldab paremini arvestada konkreetse teenusevaldkonna spetsiifikat ning potentsiaali Eesti lähiturgudel. Käesoleva analüüsi raames vaatleme 11 teenusevaldkonda, mille detailsed kirjeldused on ptk 6.

39 http://eas.ee/index.php?option=com_content&view=article&Itemid=738&id=2992

Valdkondade valik lähtub tervishoiuteenustest, mida on rahvusvahelise (peamiselt USA) kogemuse põhjal enam eksporditud. Selle põhjal on peamised meditsiinilised protseduurid, mille pärast välisriiki arstiabi saama minnakse, hambaravi (sh juureravi, proteesid, kroonid, ortodontia, lõualuukirurgia); kosmeetiline kirurgia (sh näokirurgia, rindade suurendamine ja korrektsioon); ortopeedia (sh puusad, põlved, õlad, lülisammas, puusaproteesid, artroskoopia); kardiovaskulaarsed operatsioonid; onkoloogia; viljatusravi (IVF) ja healuteenused. Muuhulgas võtsime arvesse ka eelnevalt kirjeldatud Eesti praegust tervishoiuteenuste ekspordi olukorda teenuse osutajate hulgas läbi viidud küsitluse põhjal.

Iga teenuse juures on kesksel kohal teenuse iseloomustus ekspordipotentsiaali seisukohast (vt ptk 6). See sisaldab esmalt teenuse defineerimist ja väärtusahela kirjeldamist, kus tuuakse välja patsiendi tegutsemisviisi ning sammud, kuidas patsient antud teenust välismaal tarbib. Lisaks vaatame teenuste puhul potentsiaalset turu suurust ning samuti Eesti konkurentsieelist ja potentsiaali. Analüüsi tulemusena kujunevad välja konkreetse tegevusvaldkonna esmased äristrateegiad, kuidas antud valdkonna teenust Eestis ekspordida.

Teenusevaldkondi iseloomustavate tegurite analüüs

Rahvusvahelise kogemuse analüüsist koorusid välja kesksed tervise- ja healuteenuste ekspordi iseloomustavad võtmetegurid: võimekus ekspordida, konkurentsieelis, ekspordi realiseeritavus, praegune eksporditase.

Ärimudelid sünnivad valdkondade ja ekspordiviiside sümbioosist

Teenusevaldkond	Patsiendid liiguvad	Telemeditsiin	Kapital liigub	Personal liigub
Diagnostika				
Hambaravi				
Hooldusravi (-teenused)				
Kardiokirurgia				
Taastusravi				
Onkoloogia				
Ortopeedia				
Plastiline ja rekonstruktiivkirurgia				
Radioloogia				
Terviseprotseduurid				
Viljatusravi				
Piiriülene ravi (piirilinnad)				

TURG
VÄÄRTUSAHEL
EESTI POTENTSIAAL
KONKURENTSIEELIS

↓

ÄRISTRATEEGIAD

Joonis 13. Teenuste analüüs
Allikas: Uuringu autorid 2009

Kõiki 11 teenusevaldkonda on hinnatud nende tunnuste alusel, tuginedes avalikult kättesaadavale andmestikule ning uuringu käigus läbi viidud intervjuudele ja ekspordikonsultatsioonidele. Niisuguste tegurite koosmõjust moodustunud tulem võimaldab välja tuua konkreetse teenusevaldkonna potentsiaali (vt joonis 14, lk 52).

Valdkondade omavaheliseks võrdlemiseks kasutasime käesoleva uuringu jaoks välja töötatud indekseerimissüsteemi, kus eelnimetatud 4 tegurit hinnati 11 tunnuse põhjal (vt tabel 10), kasutades valdkonna kirjelduses toodud informatsiooni. Tegemist ei ole empiirilise analüüsi-vahendiga, vaid see peegeldab uuringu autorite ning selle koostamises osalenud inimeste seisukohti. Kokkuvõtliku hindamise eesmärk on ülevaatlikult ning võrreldavalt esitleda käesoleva uuringu raames kogutud infot.

Järgnevalt toome iga võtmeteguri ja tunnuse kohta selgituse, millest lähtusime hinnangute andmisel.

Võimekus

Ühe keske võtmetegurina tuli selgelt välja, et teenuse suuremahuliseks ekspordimiseks puudub Eestis valdkonniti vajalik arstide arv. Kui suuremates valdkondades saab arstide arvu mõõta sadades, siis mõnes valdkonnas (nt plastiline kirurgia) on arstide arv alla 10.

Ühe keske võtmetegurina tuli välja, et teenuse suuremahuliseks ekspordimiseks puudub Eestis valdkonniti vajalik arstide arv.

Vähene arstide arv seab jäigad piirid teenuse pakkumise mahule ning ka sealt teenitavale tulule. Õdede arvu eraldi hindamine võimaldab arvesse võtta mõne eriala (nt hooldus- ja taastusravi) puhul õdede suurt rolli teenuse pakkumisel. Arvestades Eesti üldist tehnoloogilist taset, tegime eelduse, et olemasolev personali hulk on korrelatsioonis ka valdkonna tehnilise varustatuse tasemega, mis muuhulgas seletab arstide ja õdede absoluutarvu suurt osakaalu koguhindes.

Olemasolev ressurss on suuresti hõivatud Eesti siseturu nõudluse rahuldamisega ning ekspordiks vajaliku vaba inimressursi maht parema töökorralduse korral hinnati tagasihoidlikult 15-20%-ni.

Personali kvaliteedi eeldasime kõikide valdkondade puhul võrdväärseks arenenud riikide tasemega, keeleoskuse taset võtsime arvesse praeguse eksporditaseme hindamisel.

Konkurentsieelis

Kui praegu on paljudes valdkondades peamiseks Eesti konkurentsieeliseks odav hind, siis pikemas perspektiivis võib eeldada, et hinnaeelis kaob. Tõdeti, et üha olulisemaks muutub keskendumine kvaliteedile ning niššide leidmisele. Mõnes valdkonnas (südame-veresoontekirurgia, onkoloogia, diagnostika) on parim võimalik viis teenust ekspordida kompetentsikeskuse kaudu, kus on vajalik piisava kriitilise massi saavutamine, et välisurgudel eristuda ja täisteenust pakkuda. Ühe olulise võimalusena nähti kompetentsikeskuste koostööd ravispaadega, et katta terve teenuse väärtusahel (majutus, lisateenused, erialateenused).

Kui praegu on paljudes valdkondades peamiseks Eesti konkurentsieeliseks odav hind, siis pikemas perspektiivis võib eeldada, et hinnaeelis kaob.

Hinna kõrval võib konkurentsieelisena käsitleda ka olmetingimusi kui kliendi jaoks ühte olulist kvaliteedikriteeriumit. Väliskliendile, kes maksab raha, et Eestisse reisida ja siin teenust saada, peab pakkuma teenust kvaliteetsetes ning mugavates tingimustes. Praegused olmetingimused

Eesti tervishoiuasutustes ei vasta sageli väliskliendi ootustele. Lisaks olmele tuleb välisriikide patsientide seas parandada ka Eesti mainet ning usaldusvärsust. Väljaspool Skandinaaviat ja Venemaad ei ole Eesti riik piisavalt tuntud, et siia patsiente meelitada.

Kvaliteet on kindlasti oluline konkurentsieelis teenuste ekspordi arendamisel. Käesolevas uuringus eeldasime, et kõikide teenusevaldkondade kvaliteeditase on võrdväärne, kuna olemasolev info ei võimaldanud neid selle põhjal rahvusvahelises võrdluses eristada.

Ekspordi realiseeritavus

Kapitalimahukus on tervishoiuteenuste valdkonnas põhimõtteliselt oluline tegur arendustegevuses, sh ekspordi kavandamisel. Samas erinevad peamiselt ambulatoorsed või päevakirurgilised teenused (hambaravi, silmakirurgia) oluliselt statsionaarsetest teenustest (kardiokirurgia, ortopeediline kirurgia) kapitalimahukuse poolest. See määrab muuhulgas, kui kiiresti on võimalik mingi valdkonna ekspordikava realiseerida.

Ekspord on samuti lihtsamini realiseeritav valdkondades, kus patsient on harjunud teenuse osutamise võimalusi ise (sh välismaalt) otsima, näiteks viljatusravis ja esteetilises kirurgias. Viljatusravi puhul töötavad paarid aktiivselt internetis läbi kliinikute kodulehti ning teise riigi teenuseosutaja külastamine on selles vallas tavapärane. Esteetilise kirurgia vallas ostetakse teenust kas madalama hinna või siis privaatsuse tõttu. Ka hambaravi puhul on patsient internetilehekülge külastades võimeline kiirelt otsusele jõudma ning Eestit külastama (seda eelkõige soomlaste puhul). Reeglina areneb selline klientidest tingitud potentsiaal käsikäes erakapitali aktiivsusega tervishoiuteenuste turul.

Paljudes valdkondades toodi välja valdkonnasisest võimetust koostööd teha.

Paljudes valdkondades toodi välja valdkonnasisest võimetust koostööd teha. Koostöövõimetus puudub nii valdkonna teenusepakujate omavahelist koostööd kui ka Eesti riigi sisest koostööd tervishoiuasutuste, turismiteenusepakujate ja riiklike struktuuride vahel. Ainult koostöö abil on tervishoiuteenust võimalik pakkuda välisriikidesse organiseeritult ja sihipäraselt, suurendades sedasi välis- patsientidele pakutavate teenuste arvu ning käivet.

Praegune eksporditase

Praeguse eksporditaseme hindamiseks kasutasime peamiselt kahte näitajat. Esmalt kaalusime praeguse teenuse osutamisel keelebarjääri igas teenusevaldkonnas, kus barjääri puudumine

Eesti teenuse pakkumiseks välisriigi patsientidele on vaja investeerida arstide ja abipersonali keeleoskusesse.

on ekspordipotentsiaali soodustavaks asjaoluks. Barjääri puudumine näitab võimet teenindada kliente nende emakeeles. Keele valisime üheks mõõdikuks, kuna tervishoiuteenuse puhul on oluline arsti/õe ja patsiendi vaheline kommunikatsioon (nt diagnoosi selgitamine, raviplani koostamine). Patsiendiga tema emakeeles suhtlemata võivad väiksed, kuid olulised nüansid mõistetamatuks

jääda. Seetõttu, mida väiksem on keelebarjäär, seda kvaliteetsemat tervise- ja heaoluteenust suudetakse pakkuda.

Eesti teenuse pakkumiseks välisriigi patsientidele on vaja investeerida arstide ja abipersonali keeleoskusesse. Keelebarjäär sõltub nii teenuse enese olemusest kui ka lühemast või pikemast kogemusest teenuse osutamisel välismaalastele.

Valdkondade ekspordipotentsiaali koondhinne moodustub neljast komponendist ehk võtmetegurist

EESTI EKSPORDIPOTENTSIAAL VALDKONNAS	Maksimumpunktid
VÕIMEKUS	
Arstide absoluutarv	3
Õdede absoluutarv	1
Vaba inimressurss	2
KONKURENTSIEELIS	
Olme	3
Hind	3
Kvaliteet	1
EKSPORDI REALISEERITAVUS	
Kapitalimahukus	2
Eraraha osakaal ja kliendi valmisolek liikuda	1
Koostöövõime	1
EKSPORDITASE PRAEGU	
Keelebarjääritus	1
Teenindustase	1
KOONDHINNE	19

Tabel 10. Valdkonna ekspordipotentsiaali hindamise tunnused
Allikas: Uuringu autorid 2009

Teise olulise näitajana valisime praeguse eksporditaseme hindamiseks teenindustaseme. Seda kasutasime seetõttu, et välisriikide (nt Skandinaavia) patsientide ootused teenindustasemele on kõrged tingituna nende endi kodumaa kõrgest teenindustasemest. Uuringu käigus läbi viidud intervjuudest tuli korduvalt välja, et teenindustase on tervishoiuteenuste ekspordi kriitiline edutegur olukorras, kus hinnaeelis on kadumas (vrd Singapuri eristumist Taist ja Malaisiast). Hindamisel kasutasime eeldust, et praegune edukas eksport viitab asjakohasele teenindustasemele ning on seetõttu ekspordi kasvatamise seisukohast eelistatum.

Ekspordipotentsiaali võtmetegurite kokkuvõtte ja kasutatud tunnuste osakaalud koondhindest (maksimaalsed punktid) on esitatud tabelis 10.

Valdkonna nõudlus

Teiseks dimensiooniks tervishoiuteenuste valdkondade ekspordipotentsiaali hindamisel valisime nõudluse valdkonna teenuste järele. Nõudluse hindamisel võtsime arvesse teenuseid vajavate inimeste hulka, seda, kui võrd globaalsed trendid toetavad valdkonna kasvu, teenuste rahalise käibe osakaalu kogu teenuste mahust Eestis (teenuse vähese arengu korral Eestis hindasime ka mahtu arenenud riikides), patsiendi omaosaluse määra teenuste eest tasumisel ning senist ekspordi üleilmselt. Sarnaselt ekspordipotentsiaaliga andsime igale tunnusele osakaalu (maksimaalse punktide määra) koondhindest vastavalt tunnuse olulisusele valdkonna nõudluse kujunemisel.

Valdkonna nõudluse hindamismõddiku kokkuvõtte ja kasutatud tunnuste maksimaalsed punktid on esitatud tabelis 11.

Valdkonna nõudluse hindamisel oli kaalukaasil 5 tegurit

VALDKONNA NÕUDLUS	Maksimumpunktid
Teenuseid vajavate inimeste arv	3
Teenuste rahalise mahu osakaal kogu teenuste mahust	4
Valdkonna kasvu toetavad globaalsed trendid	4
Patsiendi omaosaluse määr teenuste eest tasumisel	2
Senine globaalne eksport	3
KOONDHINNE	16

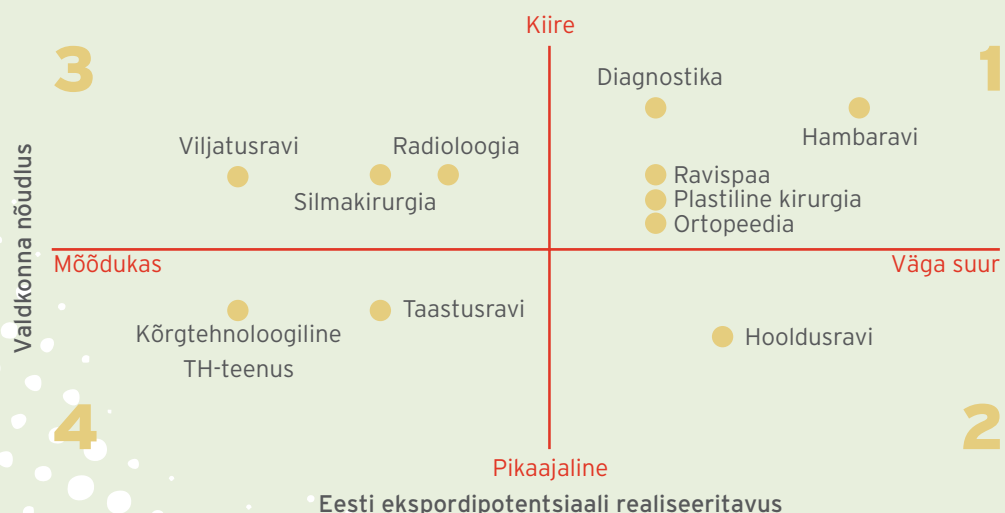
Tabel 11. Valdkonna nõudluse hindamise komponendid
Allikas: Uuringu autorid 2009

Valdkondade analüüsi kokkuvõte

Kõikide valdkondade hindamise tulemused koondasime kokkuvõtlikult indeksitena ühte maatriksisse (joonis 14), mis võtab kokku Eesti tervishoiuteenuste valdkondliku ekspordipotentsiaali. Maatriksil on kaks mõõdet. Horisontaalteljel on valdkonna nõudlus ning see peegeldab meie hinnangut turumahule ning selle kasvule. (välised tegurid - mida muuta ei saa). Vertikaalteljel on Eesti ekspordipotentsiaali realiseeritavus ehk valdkonna spetsiifikast ja Eesti hetkeseisust tulenev hinnanguline ekspordi kasvatamise kiirus (sisemised tegurid - mida muuta saame).

Iga valdkonna kirjeldused koos indeksitega on esitatud peatükis 6.

Ideid äristrateegia kujundamiseks: nõudlus × kiirus



Joonis 14. Tervishoiuvaldkondade ekspordipotentsiaali kokkuvõtlik maatriks
Allikas: Uuringu autorid 2009

Strateegia vaatevinklist on maatriksil neli eri potentsiaaliga sektorit.

Esimeses sektoris on valdkonnad, mis antud uuringu tähenduses võiksid olla “madalad viinamarjad” (diagnostika, hambaravi, ravispaad, plastiline kirurgia, ortopeedia). Nendes on suhteliselt hea ekspordipotentsiaal ning samuti on valdkonna järele välisturgudel nõudlust. Teisisõnu on esimese sektori teenusevaldkondadesse investeerides Eesti sisemised ja välised tegurid soodsad ekspordi kiireks kasvatamiseks lühiajalises perspektiivis.

Teises sektoris on valdkonnad, mille järele on globaalses plaanis kasvav nõudlus, ent mille konkurentsivõimet on vaja Eestis suurendada (hooldusravi). Nendes valdkondadesse investeerimine on pikaajalise tootlusega tegevus.

Kolmandas sektoris on teenusevaldkonnad, kus Eestil on küll ekspordipotentsiaali, ent nende valdkondade kasvupotentsiaal praegust globaalset taset arvestades on väiksem (radioloogia, viljatusravi, silmakirurgia). Tegemist on konkurentsitihedate valdkondadega ning ekspordivõimaluste realiseerimiseks tuleb selgelt eristuda.

“Madalad viinamarjad” võiksid olla diagnostika, hambaravi, ravispaad, plastiline kirurgia, ortopeedia.

Neljandas sektoris on valdkonnad, kus Eestil ei ole märkimisväärset ekspordipotentsiaali ning mille järele ei ole meie hinnangul lähiajal kasvavat nõudlust (taastusravi ja kõrgtehnoloogiline tervishoiuteenus). Antud valdkondadesse investeerimine on seotud suure riski ja pika tasuvusajaga, mistõttu ei ole esimese valikuna mõttekas.

Valdkondade analüüsi kokkuvõtte põhjal saab teha rea olulisi järeldusi.

Esiteks, Eestil on olemas tervishoiuteenuste valdkonnad, kus on võimalus realiseerida ja kasvatada suhteliselt kiiresti teenuste ekspordit. Neis valdkondades on olemas nõudlus turgudel ning samal ajal on Eestis olemas ekspordikogemus koos aktiivse erasektoriga. Samal ajal tuleb arvestada tiheda konkurentsiga, kuna uusi turge ja kasvuvõimalusi otsivad paljud riigid.

Teiseks, hinnanguline tulu on tervishoiuteenuste sektori jaoks märkimisväärne, kuid teiste riikide kogemust arvestades nõuab selle realiseerimine märkimisväärseid pingutusi. Optimistliku hinnangu kohaselt ja kogu potentsiaali realiseerides võiks otsene eksporditulu nendest valdkondadest küündida 900 miljoni kuni 1,8 miljardi kroonini aastas. Eestis oleks tegemist täiendava 10-20% tuluga võrreldes praeguste raviteenuste käibemahtudega (8,9 miljardit krooni 2007. a). Teise võrdlusena oleks tegemist 2,5-5%-ga kogu Eesti teenuste ekspordist (36,7 miljardit 2007. a). Kolmanda võrdlusena ekspordib Euroopa riikidest suhteliselt suurim tervishoiuteenuste eksporditaja Ungari 1,5% oma tervishoiuteenuste kogumahust.

Kolmandaks, ootuspäraselt on kõikides valdkondades tunda erasektori suuremat valmisolekut laieneda eksporditurgudele. Avaliku kontrolli all olevad tervishoiuteenuste osutajad, eriti suurhaiglad, ei pea praegu ekspordit strateegiliseks võimaluseks. Mõningatel juhtudel nähakse ülemäärases ekspordile orienteerituses koguni ohtu kodumaisele süsteemile, kuigi põhimõtteliselt ei välistanud tervishoiuteenuste ekspordit ükski haigla.

Neljandaks, eri gruppides asuvate tervishoiuteenuste valdkondade potentsiaali realiseerimiseks ja konkurentsivõime parandamiseks on vajalikud erinevad tegevused. Neid käsitleme pikemalt strateegia peatükis (ptk 5).

Ekspordi soodustavaks teguriks on jõukate ning vananevate Skandinaavia riikide lähedus. Elanikkonna vananemine loob nõudluse teenuste järele. Ortopeedia, hooldusravi ja silmakirurgia on valdkonnad, kus üha vananev elanikkond vajab teenuseid ning kus Skandinaavia riikides on sageli pikad järjekorrad. Potentsiaalsete eksporditurgude üldine analüüs on toodud ülejäärmises peatükis (ptk 6), kuna iga teenusevaldkonna kohta kõikidel turgudel ülevaate andmine oleks väljunud käesoleva uuringu fookusest. Edaspidi oleks iga valdkonna puhul vaja läbi viia analüüs iga turu jaoks eraldi, kuna lisaks üldistele põhimõtetele on riigiti suured korralduslikku ja kultuurilist laadi erinevused, mis tervishoiuteenuste ekspordi realiseeritavust oluliselt mõjutavad.

Ekspordi soodustavaks teguriks on jõukate ning vananevate Skandinaavia riikide lähedus.

Lisaks on Eestil mõttekas eristuda tehnoloogiapõhiste teenustega. Mitmetes valdkondades tuleb pakkuda innovaatilisi teenuseid ning ära kasutada Eestis leiduvat tippaparatuuri (diagnostika, silmakirurgia). Uute tehnoloogiapõhiste teenuste pakkumine võimaldab eristuda ning muudab Eesti patsientide silmis atraktiivseks (näiteks Skype'i- või muu internetipõhine videokonsultatsioon osana teenuse väärtusahelast). Ka radioloogia ja laborimeditsiini puhul tuleb luua pakutavale tavateenusele lisandväärtust, et välisriikide seas esile tõusta. Näiteks kui radioloogias ei ole Eestil võimalik mahuga konkureerida, nagu teevad suurriigid (India), siis tuleb fokuseerida konkreetse teenuse lisandväärtuse pakkumisele (nt patsiendi informatsiooni tölgendamisele ja selle interneti kaudu patsiendile kättesaadavaks tegemisele).

Ekspordi laiem majanduslik mõju

Vastastikusest teineteist toetavast seosest tervishoiuteenuste ning sidusvaldkondade (biotehnoloogia, IKT, haridus ja turism) vahel sünnib oluline võimendusefekt. Ühelt poolt eeldab konkurentsivõimeline tervishoiuteenuste pakkumine tugevat taset baas- ja kliinilise meditsiini hariduses, samuti uute tehnoloogiate tundmist ja kasutamist. Teisalt on kõrgetasemeline meditsiinisüsteem oluliseks tellijaks ja hindamatuks katsebaasiks innovaatilisele teadus-arendustegevusele.

IKT loob seejuures tervishoiuteenuste ekspordi seisukohast lisaks veel võimalusi täiesti uute teenuste arendamiseks (telemeditsiin) või siis tehnoloogia integreerimise teel traditsiooniliste teenuste lisandväärtuse suurendamises ning konkurentsivõimelisest eristumiseks. Biotehnoloogia alase arendustegevuse potentsiaali paremaks realiseerimiseks loob kvaliteetne meditsiini keskkond samuti lisavõimalusi, alates uute toodete arendamisest ning lõpetades kliiniliste (ravimi-) uuringute võimekuse kasvuga. Haridusvaldkonna jaoks pakub tervishoiuteenuste ja sellega seotud valdkondades eesliinil olemine täiendavaid võimalusi hariduse ekspordi arendamisel.

Lisaks ekspordi otsesele mõjule töökohtade ja lisatulu näol tervishoiusektoris luuakse uusi töökohti ka seda teenindavates ettevõtetes.

Niisamuti võib tervishoiuteenuste arendamisel tekkiv täiendav koolitusnõudlus olla lisaargumendiks välisõppejõudude tulemisel Eestisse.

Lisaks otsesele mõjule töökohtade ja lisatulu näol tervishoiuteenuste sektoris luuakse seeläbi uusi töökohti neid teenindavates ettevõtetes, samuti arenduskoostööd tegevates sidusvaldkondade organisatsioonides. Teenuste ekspordi, aga eeskätt tervishoiuturismi puhul tekib täiendav tulu muude kohapealsete kaupade ja teenuste tarbimisest. Tugevasse tervishoiuteenuste ja sellega seotud sektoritesse on oluliselt tõenäolisem väliskapitali juurdevool kliiniliste (sh ravimi-) uuringute ning riskikapitali investeringute näol. Täiendav nn teise ringi kaudne efekt on võimalik saavutada Eesti kui tipptasemel tervishoiuteenuste pakkuja maine ülekandumisest kõigile ekspordivaldkondadele.

Sünergia sidusvaldkondadega

Tehnoloogia ja teadmiste areng on tihedalt seotud meditsiinivaldkonna arenguga – täpsemad ja võimsamad aparaadid võimaldavad kvaliteetsemat, tõhusamat ja ohutumalt diagnoosimist ning ravi. Niisamuti pakub arenenud meditsiinisüsteem võimalusi uute võimaluste otsimiseks ja väljatöötamiseks sellega seotud valdkondades. Vastastikusest seosest sünnibki võimendus-efekt. Ühelt poolt eeldab konkurentsivõimeline tervishoiuteenuste pakkumine tugevat taset baas- ja kliinilise meditsiini hariduses, samuti uute tehnoloogiate tundmist ja kasutamist. Teisalt on kõrgetasemeline meditsiinisüsteem oluliseks tellijaks ja hindamatuks katsebaasiks innovaatilisele teadus-arendustegevusele.

Info- ja kommunikatsioonitehnoloogia (IKT) loob seejuures tervishoiuteenuste ekspordi seisukohast lisaks veel täiesti uusi võimalusi. IKT-d kasutatakse edukalt kaugdiagnoosiks, -monitoorimiseks ning -konsultatsiooniks (näiteks EKG analüüs infarkti tuvastamiseks automaatse signaali-edastamise kaudu).⁴⁰ Lisaks võimaldab tehnoloogia vähendada ravivigade arvu ning seeläbi suurendada tervishoiuteenuste turvalisust. Täpsemad masinad ning suuremate infohulkade koondamine väärtuslikuks infoks võimaldab vähendada vale ravimidoosi määramise võimalust ja kirurgilisi vigu ning suurendada diagnoosi täpsust. Samuti võimaldab info koondamine ja selle põhjal inimese tervise tervikpildi analüüs suurendada ravi tõhusust ning vähendada tervishoiukulutusi. Haigusinfo liikumine üle riigipiiride võimaldab arendada uusi teenuseid (telemeditsiin), aga samuti integreerida parimaid võimalusi eri tervishoiusüsteemidest.

Arengufondi IKT arenguseire järelduste kohaselt avaldub IKT panus majandusarengusse selle nutikas kasutuselevõttus valdkondades, kus on olulised ühiskondlikud ja majanduslikud väljakutsed (sh tervishoius).⁴¹ Nende strateegiliste valdkondade areng (sh inim- ja tehnoloogilise ressursi ning infrastruktuuri olemasolu) Eestis mõjutab omakorda olulisel määral edukate IKT-lahenduste väljatöötamist ja juurutamist.

Seni on Eesti edukamaid IKT-lahendusi tervishoius – Doc@Home kaugmonitooringu seadet ning OÜ Vihmapuu tervishoiu infosüsteeme – lõpptootena arendatud vastavalt Suurbritannias ja USA-s. Kindlasti mängib oma rolli siin tervishoiuteenuste sektori nõrkus tellijana. Eestis kulutavad tervishoiuasutused keskmiselt 0,9% oma tegevuskuludest IKT arendusele.⁴²

Biotehnoloogia ja meditsiini integreerimisel on võimalik haiguste varajasem avastamine ning diagnostikale kuluva aja vähendamine. Samuti tekivad uued, senisest täpsemad lähenemised teraapias. Põhimõtteliselt tugineb biotehnoloogiatööstus teadmistele rakkude funktsioneerimise molekulaarsetest mehhanismidest, mida kasutatakse inimesele vajalike ainete tootmiseks. Eesti "Biotehnoloogia strateegia 2008-2013" kohaselt on selle valdkonna eesmärgiks muutuda Eesti kõige kiiremini arenevaks sektoriks 1,3 miljardi kroonise aastakäibega.⁴³ Strateegia kohaselt peab biotehnoloogia sektori areng ning selle laialdane rakendamine traditsioonilistes majandusharudes (sh tervishoiuteenuste sektoris) aitama parandada ka kogu Läänemere regiooni konkurentsivõimet.

Seni on Eesti edukamaid IKT-lahendusi tervishoius – Doc@Home kaugmonitooringu seadet ning OÜ Vihmapuu tervishoiu infosüsteeme – lõpptootena arendatud väljaspool Eestit, vastavalt Suurbritannias ja USA-s.

40 WHO World Health Report 2008. http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf

41 Arengufond, Spikker 1/2009. IKT arenguseire järeldused ja poliitikasoovitused. http://www.arengufond.ee/upload/Editor/EST_IT/EstIT-policy-brief-Spikker-web.pdf (vaadatud 31.07.2009)

42 Tervise Arengu Instituut, Tervishoiuteenuste osutajate majandustegevus, 2007. <http://www.tai.ee/?id=5939> (vaadatud 31.07.2009)

43 Eesti biotehnoloogia strateegia 2008-2013. http://www.biotech.ee/data/doc//Eesti_biotehnoloogia_strateegia_2008_-_2013.f.v..pdf (vaadatud 31.07.2009)

Eesti biotehnoloogiaettevõtetes töötab ligikaudu 400 inimest, kellest ca 300 on teadustöötajad nii bioloogia, keemia kui ka meditsiini valdkondades. Sünergia tervishoiuteenuste ekspordiga on ilmne eelkõige laboridiagnostikas, kus biotehnoloogiaettevõtted aitavad kaasa uute diagnostikumide loomisele ja seeläbi muuhulgas ka uute teenuste disainimisele (vt ptk 6). Samasugune seos kehtib ka ravimiarenduses, kuid ahel laborist ravimite kliinilise kasutamiseni on oluliselt pikem. Samal ajal saavad meditsiiniteenuste osutajad võimendada biotehnoloogia arengut, olles partneriks spetsialistide ja katsebaasina.

Mida kaugemasse arendusfaasi toode liigub, seda suurem on arendatava toote väärtus. Seega on kvaliteetse meditsiinikeskkonna olemasolu oluline biotehnoloogia alase arendustegevuse potentsiaali paremaks realiseerimiseks. Siiski, teatud hetkest alates muutub meditsiiniga seotud uute tehnoloogiate arendustegevuse takistuseks Eesti tervishoiuturu väiksus. Tervishoiuteenuste eksport võib seda mõnevõrra suurendada, kuid mitte märkimisväärselt. Eesti turu väikisusest on võimalik üle saada osaledes rahvusvahelistes uuringutes.

Haridusvaldkond ja tervishoiuteenused on omavahel seotud

mõlema valdkonna ekspordi vastastikuste võimendajatena. Personali vähesus või lausa puudus tervishoiuteenuste ekspordi barjäärina tuli raporti koostamise jooksul välja kõikide valdkondade spetsialistide intervjuudest, aga samuti rahvusvahelisest kogemusest ekspordistrateegiate süstemaatilisel arendamisel. Et tervishoiuteenuste osutamisel on ja jääb inimfaktori osakaal reeglina suureks, siis tuleb Eestist teenuse pakkumise jätkusuutlikkuse tagamiseks tagada ka vajalik kompetentne personal. Puuduvaid töötajaid võib sisse tuua, koolitada välismaal või siis arendada paralleelselt tervishoiuteenuste osutamise kohas ka vajalikku koolitusvõimsust. Muuhulgas võib rahvusvaheliste õppijate toomine Eestisse omakorda olla lisaargumendiks välisõppejõudude tulemisel Eestisse.

Hariduses on omakorda väljakutseks nende valdkondade leidmine, millele spetsialiseerudes ollakse võimelised saavutama maailma tippaset ja rahvusvahelist nähtavust. Tervishoiuteenused on globaalselt üks kindlamini kasvavaid valdkondasid, mistõttu selles ja sellega seotud valdkondades eesliinil olemine pakub kindlasti täiendavaid võimalusi ka hariduse ekspordi arendamiseks.

Majanduslik mõju ja ülevooluefekt

Tervishoiuteenuste ekspordi laiem majanduslik mõju on oluliselt suurem vahetult välisklientide poolt nende eest tasutud summadest,⁴⁴ mis toovad lisatulu ja tekitavad töökohti sektoris.

Erinevatel andmetel luuakse iga tervishoiusektori töökohta kõrvale 0,5-1 uut töökohta.

Erinevatel andmetel luuakse iga tervishoiusektori töökohta kõrvale 0,5-1 uut töökohta (tööturu võimendusindeks 1,5-2), kusjuures mõju ja lisandväärtus on seda suurem, mida mitmekesisem ja kõrgetasemelisem on tervishoiuasutus. Kõige vahetumalt on tervishoiuteenuste sektorist mõjutatud neid teenindavad ettevõtted alates koristus- ja ehitusettevõtetest ning lõpetades pankade, aga samuti juriidiliste jm konsultatsiooniteenuste pakkujatega.

Kaudne tööturu võimendus tekib ka eelmises alapeatükis mainitud arenduskoostööd tegevates sidusvaldkondade organisatsioonides – biotehnoloogia, IKT ning haridus (sh ülikoolid, teadusarendusasutused ja äriettevõtted). Tervishoiuteenuste ekspordi puhul lisanduvad kaudse positiivse tööturu mõjuga siia ringi kõik traditsioonilised turismisektori ettevõtted.

44 Näiteks Iowa Ülikooli Tervisekeskuse kaudne mõju piirkonna äritegevuse mahule moodustas 125% (1,9 mld USD) lisaks otsesele tervishoiuteenuste osutamisele seotud käibele (1,5 mld USD), tööturu võimendusindeks oli 1,8 ning lisaraha teadusuuringuteks saadi 5% meditsiiniteenuste käibest. (Allikas: <http://www.uihealthcare.com/about/uihealthcare/economic.html>; vaadatud 31.07.2009)

Kui eesmärgiks seada 2-miljardiline tervishoiuteenuste ekspordikäive, siis oleks selle teenindamisega hõivatud orienteeruvalt 1500 inimest tervishoiusektoris ning veel kuni 1500 täiendavat töökohta väljaspool seda.

Arvestades tervishoiuteenuste sektori sotsiaalset tähtsust ja nõudluse püsivat iseloomu, on arenenud riikides võimaluse korral ka majanduslanguste ajal säilitatud tervishoiuvaldkonna investeeringud ja üldine avalik rahastamine. Käesoleva üleilmse majanduskriisi puhul säilisid samuti kõige kauem töökohad just tervishoiusektoris ning haridusvaldkonnas. Eesti puhul, tõsi, on sotsiaalvaldkonna rahastamine viimase majanduslanguse ajal oluliselt kannatanud, sealhulgas ka seoses pingutustega euro kasutuselevõtuks. Samas jätkati suuri kapitali-investeeringuid haiglate ehitusse ning pikemas perspektiivis nähakse ette sektori laienemist.

Kui eesmärgiks seada 2-miljardiline ekspordikäive, siis oleks selle teenindamisega hõivatud orienteeruvalt 1500 inimest tervishoiusektoris ning veel kuni 1500 täiendavat töökohta väljaspool seda.

Tervishoiuga seotud töökohtade puhul on riskiks peetud nende **madalamat tööviljakust**, võrreldes teiste kaasaegsete teenusvaldkondadega. Tervishoiusektori töökohtade madalamat tööviljakust seostatakse peamiselt suure inimtöö mahuga ühelt poolt ning teisalt sõltuvusega avaliku sektori rahastamisest. Seega on tervishoiuteenuste arendamisel oluline pöörata eraldi tähelepanu just innovaatilist ja kaasaegset tehnoloogiat oskuslikult rakendavate teenuste väljatöötamisele ning erarahastamise senisest suuremale kaasamisele (sh ekspordi toel).

Teenuste ekspordi, aga eeskätt tervishoiuturismi puhul tekib täiendav tulu muude kohapealsete **kaupade ja teenuste tarbimisest**, alates patsientide poolt kasutatud hotellijm reisisest ja lõpetades nende enda või kaaslaste toitlustuse, ostlemise ja meelelahutusega seotud tuludega.

Tugevasse tervishoiu- ja teistesse sellega seotud sektoritesse on oluliselt tõenäolisem **väliskapitali juurdevool** kliiniliste (sh ravimi-) uuringute ning riskikapitali investeeringute näol.

Täiendav nn teise ringi kaudne efekt on võimalik saavutada Eesti kui tiptasemel tervishoiuteenuste pakkuja **maine ülekandumisest** sisuliselt kõigile ekspordivaldkondadele.

Potentsiaalsed eksporditurud

Turgude analüüsi puhul keskendume välisturgude põhitunnustele, mis võimaldavad või siis takistavad teenuste eksportimist Eestist. Käesoleva tervishoiuteenuste eksporditurgude analüüsi eesmärgiks ei olnud välja tuua konkreetseid tegevusvaldkondasid või nimelisi tervishoiuasutusi sihtturgudel. Peatükk püüab anda ülevaate põhimõttelistest tunnustest, mis iseloomustavad potentsiaalseid tervishoiuteenuste eksporditurge ja mida on otstarbekas detailsemalt analüüsida konkreetsetes teenusvaldkondades eksporditurgude kavandades.

Potentsiaalsete tervishoiu- ja heaoluteenuste eksporditurgude hindamisel lähtusime laialdaselt aktsepteeritud põhimõttest, mille järgi on 2,5 lennutundi optimaalne kaugus tervishoiuteenuste tarbimise eesmärgil välismaale sõitmiseks. Kuigi näiteks USA elanikud kasutavad tervishoiuteenuseid ka Kagu-Aasias, on seal meditsiiniturismi lisaargumendiks kohati üle 10-kordne hinnaerinevus ning tervishoiuteenuste seostamine turismiga. Kumbagi tegurit ei ole tervishoiuteenuste praegust ekspordisituatsiooni arvestades mõttekas Eesti jaoks eelduseks seada.



Eelnevast lähtuvalt valisime Eesti analüüsi aluseks meie lähiriigid: Soome, Rootsi, Norra ning Venemaa. Antud turud said valitud eeskätt seetõttu, et nendest riikidest tuleb Eestisse igal aastal kõige rohkem turiste. Tervishoiuteenuste tarbijaskonna Eestisse meelitamiseks on hädavajalik klientide teadlikkus Eestist: arusaam riigi võimekusest, teenuse kvaliteedist,

Tervishoiuturistide Eestisse meelitamiseks on hädavajalik klientide teadlikkus Eestist: arusaam riigi võimekusest, teenuse kvaliteedist, professionaalsest tasemest, turvalisusest jne.

professionaalsest tasemest, turvalisusest jne. Eestit varem külastanud turistidel on teadlikkus suurem kui mõne suurema Euroopa riigi kodanikel, kes Eestisse pole sattunud.

kuid riigi elanike üldine tervishoiuteenuste ostujõud on väike. Saksamaa ja USA käsitlemise peamine argument on nende turgude suurus ja suured sisemised probleemid, mis soodustavad lahenduste pakkumist väljastpoolt, kuigi Eesti on praegu nende jaoks suhteliselt väike turismiturg.

Lühidalt käsitlesime ka Lätit, Saksamaad ja USA-d. Läti puhul on turistide arv küll suur,

Tervishoiusüsteemid erinevad riigiti oluliselt ning seetõttu ei ole ühtset mudelit, mida tervishoiuteenuste ekspordi puhul kopeerida. Lisaks on igal tervishoiuteenusevaldkonnal veel oma spetsiifika ning eri riikides on nõudlus erinevate tervishoiuteenuste järele.

PRAXIS viis 2004. a läbi küsitlusuuringu Eesti sanatooriume külastanud välismaalastest klientide hulgas. Neist olid suhteliselt vähesed tarbinud ka muid tervise- ja healuteneuseid Eestis (peamiselt hambaravi). Toona hindasid pooled vastajatest tervishoiu mainetegureid heaks või väga heaks. Samas, 20% välistas siia ravile tuleku ja 50% ei olnud sellele võimalusele mõelnud. Peamise takistusena nimetati informatsiooni puudust (38%), viiendik vastajaist väljendas kahtlusi ka ravi ebaühtlase kvaliteedi pärast.

Sihhturgude lühiülevaade

Üks oluline tegur välisriigist tervishoiuteenuste ostmisel on teenuse tarbija omaosalus teenuse eest tasumisel - üksikisiku motivatsioon parima hinna ja kvaliteedi suhte leidmiseks on kõige suurem. Eksportiva riigi seisukohast on turu valikul oluline lisaks konkreetsete klientide maksevalmidusele ka nende hulk.

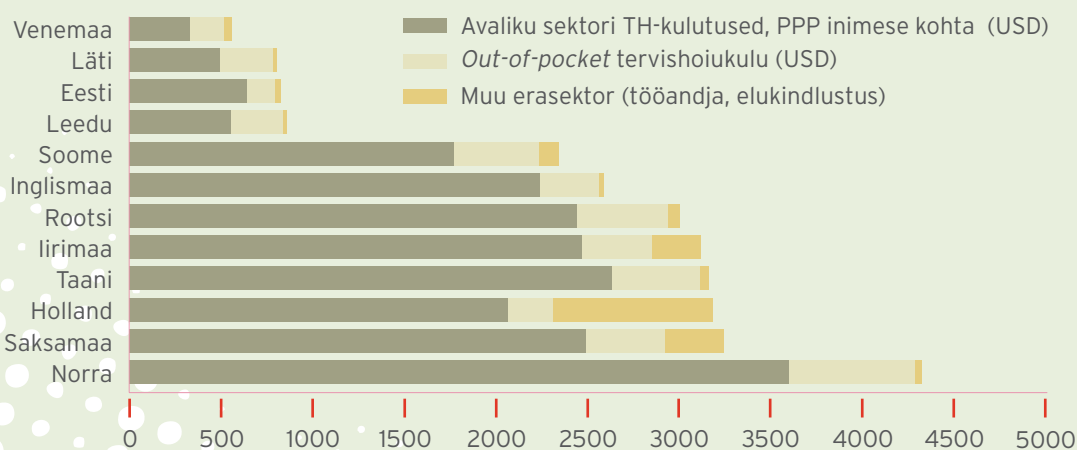
Joonisel 15 on toodud ülevaade riikide tervishoiukulutuste mahust ning kuludest ühe inimese kohta vastavalt allikale (avalik rahastamine, inimeste omaosalus ja muu erasektori panus).

Lühikest ja keskmist perspektiivi silmas pidades on Eesti jaoks atraktiivsed riigid, kus elanikud maksavad vahetult teenuse osutamise hetkel kõrget omaosalustasu (*out-of-pocket*).

Jooniselt on näha, et erinevate riikide tervishoiukulude tase ühe elaniku kohta erineb väga oluliselt. Nii teenustele kulutatav absoluutsumma kui ka elanike endi omaosalus selles on ühed olulisemad tegurid, mis määravad teenuste ekspordi silmas pidades potentsiaalse ostjaskonna ja selle ostujõu.

Lühikest ja keskmist perspektiivi silmas pidades on Eesti jaoks atraktiivsed riigid, kus elanikud maksavad vahetult teenuse osutamise hetkel kõrget omaosalustasu (*out-of-pocket*). See viitab inimeste võimele ning valmisolekule tervishoiuteenuse eest ise tasuda, mis muuhulgas suurendab ka välisriigist teenuse ostmise tõenäosust ehk meditsiiniturismi. Eesti lähinaabruskonna sihturgude puhul on näha, et enamikus neist on võrdlemisi suur *out-of-pocket* tervishoiukulu osakaal (Norra, Rootsi ja Soome). Suhteliselt suur on omaosalus ka

Eesti jaoks on atraktiivsemad Soome, Rootsi, Norra ning Loode-Venemaa



Joonis 15. Valitud riikide tervishoiukulud 1 elaniku kohta ja rahastamise allikad
Allikas: WHO Health for All database, OECD Health data 2009

Lätis, Leedus ja Venemaal, kuid absoluutsummad erinevad kordades Skandinaaviamaadest. Tõsi, Venemaa puhul kompenseerib seda riigi suhteline suurus (isegi kui arvestada vaid Loode-Venemaa ehk Leningradi oblastiga).

Soome

5,3 miljoni elanikuga Soomes pakutakse tervishoiuteenuseid valdavalt avaliku sektori poolt kontrollitud teenustepakkujate poolt, mida omakorda rahastatakse maksudest. Soome tervishoiu kogukulud on ligikaudu 13,6 miljardit eurot ehk 2 586 eurot *per capita* ning tervishoiu kogukulud moodustavad 8,2% SKP-st.⁴⁵ Tervishoiupoliitikat kujundab sotsiaalministeerium ning tervishoiuteenuseid pakuvad kohalikud omavalitsused. Soomes on 348 kohalikku omavalitsust, mille keskmine suurus on ligikaudu 6 000 elanikku. Soome on jagatud 20 teeninduspiirkonnaks, milles olevaid eriarstiabi pakkuvaid haiglaid omavad ja finantseerivad sellesse piirkonda jäävad omavalitsused.

Omavalitsus maksab tervishoiuteenustest 93% ning patsientide enda makstav kulu (*out-of-pocket* kulu) on 7%⁴⁶ (WHO allikatele tuginedes ca 449 USD inimese kohta aastas). 2006. aastal hüvitas riiklik tervisekindlustus soomlaste ravikulud välismaal 206 miljoni euro ulatuses, 131 miljonit eurot sellest moodustasid planeeritud tervishoiuteenused.⁴⁷

Soome tervishoiuteenuste kvaliteeditase on väga kõrge. Soome SKP inimese kohta on Eesti omast kolm korda kõrgem (vastavalt 51 898 USD ning 17 299 USD elaniku kohta), mis väljendub ka tervishoiutöötajate palkades.

45 National Public Health Institute of Finland, 2006. <http://www.ktl.fi/hif/hif.pdf>

46 Sitra raport, http://www.sitra.fi/en/Programmes/health_care/publications/publications.htm

47 Allikas: STAKES.

Soome ühiskonnale läheb erinevatest haigusgruppidest kõige kallimaks ravida vereringe-haiguseid, vaimsed haiguseid, tugi-liikumisaparaadi haiguseid ning hingamisteede haiguseid. Neli gruppi moodustavad kokku 52% kogu haigestumise kuludest.⁴⁸

2007. aastal tehtud uuringute käigus selgus, et soomlaste huvi välisriikidest tervishoiuteenuseid osta on leige. Kõigest 26% vastanud soomlastest ütles, et nad on nõus teise Euroopa Liidu riiki tervishoiuteenuseid tarbima minema (70% vastas, et nad ei ole nõus). Vastanutest 2% olid viimaste 12 kuu jooksul EL liikmesriigist tervishoiuteenuseid ostnud.⁴⁹

Eestit külastavatest turistidest moodustavad soomlased ligikaudu poole, mis on eelkõige tingitud kahe riigi vahelisest kiirest ning taskukohasest laevaühendusest.

Eestit külastavatest turistidest moodustavad soomlased ligikaudu poole, mis on eelkõige tingitud kahe riigi vahelisest kiirest ning taskukohasest laevaühendusest. Soome turistide soomekeelse teenindamisega saab enamik teenindustevõtteid hakkama. Tervishoiuteenuse

pakkumisel on vaja teada spetsiifilisemaid keelelisi nüansse, ent soome keele oskust eestlaste hulgas võib võrrelduna teiste skandinaavia keeltega hinnata heaks. Vajadusel kiiret kohanemisvõimet Eesti tervishoiuteenuste osutajate poolt kinnitasid käesoleva uuringu raames läbi viidud intervjuud ning ka senine suhteliselt edukas ekspordikogemus.

Rootsi

9,2 miljoni elanikuga Rootsi tervishoiusüsteem on detsentraliseeritud ning tervishoiuteenust pakuvad 20 maakonda ja 290 munitsipaalpiirkonda. Maakondade elanike arv varieerub 60 000–1 900 000 elaniku vahel. Maakondadel on tervishoiuteenuste korraldamisel suur sõnaõigus, millele lisandub riiklik korraldus Socialstyrelsen'ilt (National Board of Health and Welfare). Rootsi tervishoiukulud moodustasid 2005. aastal 9% SKP-st ning olid 175 miljardit Rootsi krooni. Tervishoidu finantseeritakse 71% kohalikest maksudest, 16% riigilt ja patsiendi omaosalusena 3% (ligikaudu 488 USD inimese kohta aastas) ning 10% eelarvest tuleb muudest toetustest.⁵⁰

Rootsi tervishoiuturgu võib pidada suhteliselt suletuks. Muuhulgas viitab sellele EL kõige madalam välisriigis meditsiiniteenuse kasutamise kogemus – 2% Eurobaromeetri 2007. a uuringu põhjal.

Sarnaselt Soomega on Rootsi tervishoiuteenuste kvaliteeditase väga kõrge. Elatustasemelt on Rootsi SKP inimese kohta Eesti omast ligikaudu kolm korda kõrgem (vastavalt 52 790 USD ja 17 299 USD elaniku kohta). See kajastub ka tervishoiutöötajate palkades.

Rootsi tervishoiuturgu võib pidada suhteliselt suletuks. Muuhulgas viitab sellele EL kõige madalam välisriigis meditsiiniteenuse kasutamise kogemus – 2% Eurobaromeetri 2007. a uuringu põhjal. Samal ajal on rootslaste huvi välisriikidest tervishoiuteenuseid osta Euroopa Liidu keskmisest kõrgem: 61% vastanud rootslastest ütles, et nad on nõus teise Euroopa Liidu riiki tervishoiuteenuseid tarbima minema (34% vastas, et nad ei ole nõus).⁵¹

Eestit külastavatest turistidest moodustavad rootslased alla kümnendiku. Rootsi turistide teenindamine toimub täna pigem inglise keeles ning tervishoiuteenuse pakkumiseks vajaliku rootsi keele taseme õpetamiseks on vaja teha investeeringuid personali koolitamiseks.

48 National Public Health Institute of Finland, 2006. <http://www.ktl.fi/hif/hif.pdf>

49 Eurobarometer, juuni 2007.

50 <http://www.sweden.se/eng/Home/Work-live/Society-welfare/Health-care/Facts/Swedish-health-care/>

51 Eurobarometer, juuni 2007.

Rootsi hüvitab oma kodanikele kõige enam Eestis saadud hambaravi teenust

2008. a avaldusi Eestis saadud ravi kohta	Kinnitatud avaldused	Tagasilükatud avaldused	Avaldusi kokku	Hüvitised (SEK)
Hambaravi	121	25	146	312 342
Lihasskeleti- ja sidekudede haigused	1	1	2	3 293
Kõrvahaigused	0	2	2	0
Seedetrakti haigused	0	1	1	0
Närvisüsteemi haigused	1	0	1	3 164
Endokriin- ja toitumishaigused	0	1	1	0
Muud haigused	0	2	2	0
Kokku	123	32	155	318 799

Tabel 12. EL leppe 49 ja 50 kohaselt Rootsis hüvitatud avaldused Eestis tervishoiuteenuste kasutamise eest 2008. a
Allikas: Forsakringkassan (Rootsi Sotsiaalkindlustuse Agentuur) 2008

Välisriigist tehtud planeeritud ravikulude hüvitamiseks on Rootsis kolm võimalust.

Esiteks võivad maakondade nõukogud patsiente välisriikidesse ravile saata kohaliku seaduse kohaselt (Hälso- och sjukvårdslagen). Antud teenuse puhul maksab välisriigis saadud patsiendi omaosalust ületava teenuse hinna eest maakond.

Teiseks võib Rootsi Sotsiaalkindlustuse Agentuur (Swedish Social Insurance Agency) vastavalt EL määrusele 1408/71 anda loa toetuste tervishoiuteenuste eest täiendavaks tasumiseks teistes Euroopa Majanduspiirkonna riikides resideeruvatele Rootsi kodanikele. Kindlustusagentuur ise otsustab maksete üle ning ka teostab makseid. Välisriigis teenust ostnud patsient maksab tavalise omaosalustasu. Aastatel 2004-2008 hüvitas agentuur 484 Rootsi elaniku avaldused 1026-st. 2008. aastal lükati kahest esitatud taotlusest mõlemad tagasi.

Kolmanda võimalusena hüvitab Rootsi Sotsiaalkindlustuse Agentuur EL riikides saadud tervishoiuteenuste eest vastavalt Euroopa Kohtu otustele põhinevatele EL artiklitele 49 ja 50 ambulatoorse arstiabi kulud.⁵² Aastatel 2004-2008 on sellisel moel Rootsis hüvitatud 5 330 kodaniku avaldused kokku 56,6 miljoni Rootsi krooni eest. Viimastel aastatel avalduste arv oluliselt muutunud ei ole, jäädes pisut alla 1200 avalduse aastas.

Tabelis 12 on toodud andmed 2008. a EL lepingute artiklite 49 ja 50 alusel Eestis kasutatud ambulatoorse ravi hüvitiste kohta. Sellest on näha, et Eestis kasutatud teenuste osas rahuldati 123 avaldust (2,3% kõigist avaldustest), mille eest hüvitati kokku 319 tuhat Rootsi krooni (0,6% kõigist hüvistest)

52 Allikas: Forsakringkassan (Rootsi Sotsiaalkindlustuse Agentuur).

Rootsis on iga visiidi eest ette nähtud omaosalustasu: perearsti visiidi puhul 100-150 Rootsi krooni, eriarsti visiidi ja erakorralise abi puhul 200-300 ning haiglapäeva eest 80 Rootsi krooni. Suurte kulutuste eest on kodanikud kaitstud nii üldise ravi (üle 900 Rootsi krooni aastas) kui ka hambaravi puhul, kuid hambaravi puhul vaid osaliselt (50-85% sõltuvalt kulude suuruselt). Hambaravi hinnad kehtestab iga teenuseosutaja ise.

Loode-Venemaa (Leningradi oblast)

8 miljoni elanikuga Peterburi ja seda ümbritsev Leningradi oblast (1,7 miljonit) on Eesti jaoks suure potentsiaaliga piirkonnad. Kuigi suhtelised tervishoiukulutused Venemaal on madalad - 2006. a 5,3% SKP-st (elaniku kohta 638 USD) - moodustab see kokku vähemalt 6,4 miljardit USD (7,7 miljardit USD arvestades piirkonna elatustaset ostujõu pariteedi alusel) suuruse

Ekspordi seisukohast on oluline, et kolmandiku sellest (umbes 2,5 miljardit USD) moodustab eraisikute omaosalus.

tervishoiuturu, mis Venemaa majanduspotentsiaali arvestades on kasvav.⁵³ Ekspordi seisukohast on samavõrra oluline, et kolmandiku sellest (umbes 2,5 miljardit USD) moodustab eraisikute omaosalus ning avaliku raha ostuotsustused teevad erakindlustusseltsid.

Venemaa tervishoiusüsteem on viimase 10 aasta jooksul püsinud nn lõpetamata reformi seisundis, pärast seda, kui Nõukogude Liidu ajast päritud riiklikku süsteemi asuti asendama avalikul rahastamisel ja konkureerivatel erakindlustusfirmadel põhineva kohustusliku tervisekindlustusega. Selle tulemusena vähenes tervishoiu avalik rahastamine dramaatiliselt ning vaatamata Euroopa piirkonna ühele mahukamale infrastruktuurile ja suurimale tervishoiutöötajate arvule elanikkonna kohta, on teenuste kättesaadavus vähenenud. 2006. a käivitatud ulatusliku riikliku tervishoiu investeeringute programmi (3,2 miljardit USD) üks eesmärke on suurendada kõrgtehnoloogilise meditsiini pakkumist 10-40% ulatuses vajaminevast.⁵⁴

Rahastamises on seega toimunud muutus erakindlustusele (umbes 300 pakkujat) ja ilmselt lähiajal seda süsteemi pigem täiustatakse kui asendatakse millegi muuga. OECD soovib arendada tõelist konkurentsi kindlustusfirmade vahel kindlustatutele parima ja soodsaima teenuse pakkumises. Samal ajal on teenuse osutajate võrgustik püsinud suhteliselt samasugusena: eksisteerivad polikliinikud, erinevate eluvaldkondade paralleelsüsteemid. Lisandunud on vaid erahaiglad. Tõenäoline on teenuseosutajate võrgustiku oluline vähenemine, kuna olemasolev süsteem on väga kulukas.

Peterburi keskmine sissetulek on võrreldav Eesti keskmise palgaga (ca 9 000 krooni), samal ajal igapäeva kulutused (kommunaalkulud, energia, toit) on oluliselt väiksemad ning enamasti eluasemelaenu inimestel ei ole. Kihistumine on suur üle Venemaa, kuid Peterburis on see väiksem, sest eksisteerib reaalne keskklass.

Uuringu käigus läbi viidud intervjuudest selgus, et Peterburis on suur puudus inglise keelt kõnelevatest arstidest, samal ajal on seal palju välissaatkondasid ja -ettevõtteid. Samal ajal usaldatakse kõrgelt EL (näiteks Soome) kvaliteeti ja kohalikult erakliinikud reklaamivad võimalust suunata patsiente ravile välisriikidesse, muuhulgas näiteks Soome sünnitama.⁵⁵ Ka Eesti spaa-teenuse pakkujad on märganud Venemaalt pärit klientide kasvu, mida on sihiteadliku müügitööga edukalt võimalik ära kasutada (näiteks Värskas sanatoorium).

53 WHO/EURO Country information: Russia,

<http://www.euro.who.int/countryinformation/CtryInfoRes?COUNTRY=RUS> (vaadatud 31.07.2009)

54 Tompson, W. Healthcare reform in Russia: problems and prospects. ECO/WKP(2006)66 OECD 2006.

[http://www.oecd.org/olis/2006doc.nsf/LinkTo/NT000076DA/\\$FILE/JT03220416.PDF](http://www.oecd.org/olis/2006doc.nsf/LinkTo/NT000076DA/$FILE/JT03220416.PDF) (vaadatud 31.07.2009)

55 Kliinik Andros. <http://www.andros.ru/suomi/index.html> (vaadatud 31.07.2009)

Kuigi vormiliselt on kõigile Venemaa elanikele tagatud riigi poolt kindlustatud esmane meditsiiniabi, on ilma erakindlustuseta väga raske saada kaasaegsel tasemel arstiabi ka avalikes tervishoiuteenustes. Samas on kohati olemas maailma tasemel tehnoloogilise ja professionaalse varustusega nn superhaiglad (4-tärni hotelli tasemel). Turul on üks põhiline kohalik kindlustusfirma (ZOKAS), lisaks sellele palju rahvusvahelisi firmasid, kes enamasti teenindavad välismaalasi.

Probleemiks Venemaal on vilets infrastruktuur ning arstide nõukogude ajast pärit suhtumine (kiputakse "haltuurat" tegema), mistõttu paremal kvaliteedil on konkurentsieelis ja seda argumenti kasutatakse ka välismaale ravile suunamise reklaamimisel. Turul tehtav reklaam on väga isikupõhine ning orienteeritud hea nimega arstidele.

Peterburi erakliinikutes on kohati teenuse maksimaalsed hinnad kõrgemad kui Eesti Haigekassa hinnad. Erameditsiini investeerimist peavad mitmed inimesed kohapeal väga perspektiivikaks ning pikaajalises perspektiivis isegi tulusamaks kui naftaäri.

Peterburi erakliinikutes on teenuse maksimaalsed hinnad kõrgemad kui Eesti Haigekassa hinnad. See muudab erameditsiini investeerimise väga perspektiivikaks.

Vastupidiselt üldlevinud arvamusele ei ole Eestil olulisi maineprobleeme Peterburi piirkonna elanike silmis. Üldiselt meeldib neile Eestis käia, nad on rahul teenustega, mida siin pakutakse. Suurimaks probleemiks on mugavate ühendusvõimaluste puudumine, keeruline piiriületus ja viisarežiim. Hinnangut Eesti potentsiaalile Peterburi jaoks võib lugeda välja Ivangorod-Peterburi maantee laiendamisest. Eesti oluliseks konkurentsieeliseks tervishoiuteenuste ekspordi seisukohast on väga hea vene keele oskus.

Norra

4,8 miljoni elanikuga Norra tervishoiusüsteemi koordineerib Norra tervishoiuministerium, mille alla omakorda käivad 4 Norra regiooni, igaühel neist on oma tervishoiupakkujad ja haiglad. 2006. aastal kulus eriarstiabile 70 miljardit Norra krooni, hooldusravile (*nursing and care*) 42 miljardit, muudele teenustele 18 miljardit ning esmatasandi ravile 2 miljardit Norra krooni. Kokku teeb see tervishoiukuludeks ca 132 miljardit Norra krooni.⁵⁶

WHO andmetel on patsientide enda poolt vahetult makstav tasu tervishoiuteenuste eest ligikaudu 679 USD inimese kohta aastas. Norra tervishoiuturu kaitstuse kohta on raske asjakohaste andmete puudumisel adekvaatset hinnangut anda. Norra SKP on *per capita* Eesti omast ligikaudu viis korda kõrgem (vastavalt 95 062 USD *versus* 17 299 USD *per capita*).

Norra riikliku tervishoiustrateegia 2007-2010 eesmärk on pakkuda kõigile elanikele kvaliteetset tervishoiuteenust aktsepteeritavate järjekordadega, hoolimata nende rahalisest sissetulekust, vanusest ja etnilisest taustast. Plaani fookus on haiguste ennetamisel. Väljakutsena Norra tervishoiusüsteemile tuuakse välja üha suurenevat vanemate inimeste osakaalu, peamiste haiguste osakaalu muutust ning uute ja kallite ravimite ja ravimeetodite arendamist. Strateegia toonitab, et järjekorrad on teatud erialade lõikes pikad ning et inimestele tuleb rohkem sõna anda tervishoiusüsteemi korraldamisel, kuna on aktiivseid patsiente, kes teavad, kuidas nad peaksid ennast ravima.⁵⁷

56 <http://www.regjeringen.no/Upload/HOD/Vedlegg/Engelsk/National%20Health%20Plan.pdf>

57 http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00063/Report__Trends_in_he_63569a.pdf

2007. aastal Eurobaromeetri uuringut Norras läbi ei viidud ning seetõttu on keeruline anda hinnangut Norra kodanike huvile tervishoiuteenuseid välisriikidest osta. Eestit külastavatest turistidest moodustavad norralased alla kümnendiku. Norra turistide teenindamine toimub täna pigem inglise keeles ning tervishoiuteenuse pakkumiseks vajaliku norra keele taseme õpetamiseks on vaja teha investeeringuid personali koolitamiseks.

Muud turud

Lisaks ülalmainitud turgudele on tervise- ja heaoluteenuseid võimalik müüa veel teistele Euroopa turgudele (Ühendkuningriigid, Saksamaa jt). Need riigid oleme välja toonud, sest nende puhul võib eeldada riigi kodanike huvi osta tervishoiuteenuseid välismaalt, kuna neis endis on teenused kas liiga kallid või raskesti kättesaadavad. Siiski võib uuringu käigus kogutud arvamuste kohaselt väita, et suurtele turgudele on raske teenuseid müüa ilma väga häid kontakte omamata, sest nendel turgudel valitseb kõrge konkrents. Suuremate riikide puhul tuleb arvestada, et nende riikide kodanikel on väga piiratud teadlikkus Eestist ning vähesed neist on Eestit külastanud. Seetõttu tuleb enne tervishoiu- ja heaoluteenuste ekspordi tekitada

välisriigi kodanike seas teadmine ja positiivne kuvand Eesti riigist.

Igal aastal reisib välismaale tervishoiuteenuseid tarbima ligikaudu 70 000 britti, kellest 40% ostab välismaalt hambaraviteenust ning 25% ilukirurgiateenust.

61 miljoni elanikuga Ühendkuningriikides (UK) vastutab tervishoiuteenuste pakkumise eest National Health Service, millel on oma harud nii Šotimaal kui Wales'is. Riiklikud tervishoiu kogukulud 2008. aastal

moodustasid kokku 102 miljardit naelsterlingit, mis on 7,19% riigi SKP-st.⁵⁸ Uuringu käigus viisime läbi intervjuu Ühendkuningriikide ühte suurimate tervishoiu eksporditeenuste portaali haldava ettevõtte Private Healthcare UK juhiga. Tema hinnangul reisib igal aastal välismaale tervishoiuteenuseid tarbima ligikaudu 70 000 britti, kellest 40% ostab välismaalt hambaraviteenust ning 25% ilukirurgiateenust. Eestil puudub hetkel praktiline kogemus UK-sse eduka teenuse müümisel.

82 miljoni elanikuga Saksamaa tervishoiusüsteemi iga-aastased kulud moodustavad 10,7% riigi SKP-st (ehk ligikaudu 366 miljardit USD). Tervishoiusüsteem on oma ülesehituselt Eestile sarnane ning 85%-l rahvastikust on riiklik tervisekindlustus. WHO andmetel on sakslaste iga-aastane *out-of-pocket* kulu tervishoiuteenuste eest 426 USD (Eestis on vastav number 159 USD)

ning tervishoiusüsteemi finantseerib 77% ulatuses riik.⁵⁹ Sakslasi võib välisriigist tervishoiuteenuseid ostma panna koduriigi kõrged tervishoiukulud. Uuringu käigus kogutud arvamuste kohaselt võib ühe võimalusena luua sidemeid Saksa erakindlustusfirmadega, kes võiksid olla huvitatud oma klientide Eestisse uuringutele saatmisest.

2,2 miljoni elanikuga Läti näol võib tegemist olla nišituruga Lõuna-Eesti piirkonda teenindavatele tervishoiuasutustele.

2,2 miljoni elanikuga Eesti lõunanaaber Läti võib olla nišituruks Lõuna-Eesti piirkonda teenindavatele tervishoiuasutustele. Valga haigla pakkus 2008. aastal tervishoiuteenuseid paarikümnele Läti kodanikule, kuna Valka haigla suleti. Põhja-Läti elanikele tervishoiuteenuste pakkumisest võib tulu teenida ka Tartu Ülikooli Kliinikum, ent oluliste tõuketegurite puudumisel võivad Lätist tulevate patsientide mahud jääda mõnekümne patsiendini aastas ilma olulist lisatulu loomata.

58 UK Public Spending, 2008. http://www.ukpublicspending.co.uk/uk_health_care_spending_10.html#ukgs302

59 Wikipedia, http://en.wikipedia.org/wiki/Health_care_in_Germany

306 miljoni elanikuga Ameerika Ühendriikide tervishoiusüsteemi kogukulud moodustavad SKP-st üle 15% ehk kokku umbes 2260 miljardit USD. Ameerika tervishoiu ebaefektiivsus on üheks meditsiiniturismi leviku põhjuseks. Ameeriklased otsivad Aasiast ning Ladina-Ameerikast väiksema raha eest kättesaadavamaid tervishoiuteenuseid. Lihtsa näitena võib tuua fakti, et Ameerikas on lähiajal pensionile minemas 75 miljonit *baby boomer*'it. Hiljutise uuringu järgi on Ameerika vanadekodu koha keskmine hind 3000 USD kuus, Mehhikos maksab sama teenus kõigest 1000 USD kuus.⁶⁰

Hoolimata Ameerika turu suuruselt on Eestil täna keeruline ameeriklasi siia ravile meelitada, sest puudub konkurentsieelis Ladina-Ameerika ja Aasia turgude ees ning olukorra teeb keerukamaks kehv transpordiühendus kahe riigi vahel. Mõned üksikud firmad pakuvad täna Eestist Ameerika tervishoiuasutustele IT lahendusi (näiteks Tartus asuv ettevõtte Raintree Estonia), ent säärase ettevõtete näol on tegu pigem üksikute eranditega.

Kokkuvõte

Eksporditurgude potentsiaali kirjeldamiseks kasutasime samuti eksperthinnangut kahes dimensioonis: barjäärid tervishoiuteenuste ekspordimisel sihtriiki ning sihtturu suurus.

Turu suurusena hindasime esmalt riigi kodanike poolt tervishoiule kulutatavat nn vahetut omaosalust ja riigi elanike arvu ning kahe arvu korrutisena saimegi hinde konkreetse turu suurusle. Kuigi ekspordipotentsiaali ei peegelda ainult inimeste endi poolt kulutatud raha, on see esmalt kõige lihtsam turule sisenemise kriteerium. Teisalt – absoluutsumma kasutamine võtab arvesse ka riigi elanike ostujõudu kombinatsioonis tervishoiule kulutatava rahaga ühiskonnas. Sellisel viisil saadud "turu suurus" on seega tinglik näitaja turupotentsiaalid.

Valitud lähenemise tulemusena on Eesti jaoks nelja suurima potentsiaaliga riikide hulgas kõige suurem tervishoiuteenuste eksporditurg Rootsis ja Norras (vastavalt 4,49 ja 3,26 miljardit USD). Soomes on vastav näitaja 2,38 ja Loode-Venemaal 1,41 miljardit dollarit. Riikide kogukulud tervishoiuteenustele olid samuti kõige suuremad Norras ja Rootsis, vastavalt 28 ja 21 miljardit dollarit (vt ka tabel 14). Võrdluseks Eestis moodustasid 2006. a kogukulud tervishoiule 1,31 miljardit dollarit ja omaosalus kokku 0,27 miljardit dollarit.

Turule sisenemise barjääride puhul püüdsime hinnata, kuivõrd kerge on tervishoiuturismi seisukohast Eesti tervise- ja heaoluteenuseid vastavasse riiki pakkuda. Barjääritaseme koondhinde saime läbi erinevate hinnangute, kuhu kuulusid nii iga-aastane riigist Eestisse tulev turistide arv, soov välisriigist tervishoiuteenust osta, turu kaitstud ning Eestisse jõudmise lihtsus. Hinnangute osakaalud on esitatud tabelis 13.

Barjääride osas selgus, et madalaima barjääriga ehk suurima potentsiaaliga on just **Soome** ja **Loode-Venemaa**. Põhiliselt tuleneb see keeleoskusest ja senisest aktiivsest turismikogemusest. Soome puhul lisab täiendavalt võimalusi väga hea transpordiühendus. Venemaa suunal vähendab tervishoiuteenuste ekspordipotentsiaali lisaks kehvale ühendusele ka sealne üldiselt madalam elatustase, mistõttu Eesti teenustel ei ole hinnaelist. Samas tuleb arvestada, et kuigi nende puhul on tõenäosus teenuse ekspordi edukaks käivitamiseks üldjuhul suurem, võivad barjäärid teenusvaldkondade lõikes oluliselt kõikuda.

60 Medical Tourism Magazine, <http://www.medicaltourismmag.com/detail.php?Req=173&issue=8>

Mida rohkem tuleb riigist välisturiste, seda kergem on sinna turule siseneda

Barjäärid välisriiki teenuse pakkumiseks	Maksimum-punktid	Selgitus
Eelnev turismi kogemus	3	Osakaal Eesti välisturistidest
Soov välisriigist tervishoiuteenust osta	2	Eurobaromeetri uuring
Välisriigist tervishoiuteenuse tegelik ostmine	2	Eurobaromeetri uuring
Keeleoskus	3	Ekspert hinnang
Lihtsus Eestisse pääsemiseks (transport, viisad)	3	Ekspert hinnang
Elatustase võrreldes Eestiga	2	SKP suhe
Turu kaitstus (seadusandlus, ametiühing)	3	Ekspert hinnang
KOONDHINNE	18	

Tabel 13. Turubarjääride hindamise kriteeriumid
Allikas: Uuringu autorid 2009

Norra ja Rootsi puhul on tõenäoliseks takistuseks eeskätt kehvem keeleoskus, suhteliselt väiksem turismikogemus ning tervishoiuturu suurem kaitstus välismaiste pakkujate eest. Samas jälle elatustaseme suur erinevus võiks Eesti tervishoiuteenuste pakkujatele anda hinnaeelise.

Analüüsitud ekspordipotentsiaali aspektide ülevaatliskokkuvõtte nelja Eestile lähima potentsiaalse turu kohta on toodud tabelis 14.

Sellise lähenemisega tekib vaadeldud nelja riigi puhul kaks gruppi.

Soome ja Loode-Venemaa on riigid, mille turule sisenemise barjäärid on madalamad, kuid nii turu maht tervikuna kui ka elanike poolt vahetult teenuse eest tasutud kogusumma on nendel turgudel väiksem võrreldes Norra ja Rootsi. Nende riikide puhul on tõenäosus teenuse edukaks eksportimiseks üldjuhul suurem, kuid arvestada tuleb, et barjäärid võivad teenusvaldkondade lõikes oluliselt kõikuda.

Rootsi ja Norra turu maht on suhteliselt suurem, ent turule sisenemine mõnevõrra keerulisem. Nende riikide puhul tervikuna on tõenäosus tervishoiuteenuste ekspordi kiireks kasvatamiseks väiksem, kuid arvestades, et barjäärid võivad teenusvaldkondade lõikes oluliselt kõikuda, on võimalik välja arendada mõni edukas nišivaldkond. Kokkuvõttes, arvestades nende riikide suuremat turumahtu, võib ikkagi tegemist olla atraktiivsete sihtturgudega.

Ülejäänud riikide (Läti, Suurbritannia, Saksamaa jt) kohta sarnast analüüsi käesolevas raportis ei tehtud, kuna seni suhteliselt vähene üldine turismikogemus muudab laiaulatusliku tervishoiuteenuste pakkumise võimalikele sealsetele klientidele üsna halvasti ennustatavaks. Samas on strateegilise tegevuse korral otstarbekas ka neid turgusid silmas pidada, arvestades väga suurt turu mahtu.

Soome turule sisenemise barjäär on madalaim, Rootsi puhul ahvatleb suur eraturg

	Elanike arv (mln)	Kulutused tervishoiuteenustele kokku (mln USD PPP)	Vahetu omaosalus tervishoiukuludes (mln USD PPP)	Turule sisenemise barjääri hinnang* (1 = kõrgeim; 18 = madalaim)
Rootsi	9,26	27 891	4 517	8
Norra	4,8	20 789	3 266	9
Soome	5,33	12 254	2 176	12
Loode-Venemaa	8,0	4 488	1 405	11

Tabel 14. Tervishoiuteenuste ekspordipotentsiaal Eesti lähiriikidesse
Allikas: WHO/HFA-DB, 2006. a andmed, * uuringu autorid 2009

Kokkuvõttes ei ole täna selliseid sihtturge, kuhu lihtsa vaevaga Eesti tervise- ja heaaluteenuseid kiire kasumiga ekspordida. Suurima potentsiaaliga on Soome turg, kuhu sisenemine on lihtsam kui teistele turgudele, ent mille maht ei ole niivõrd suur võrreldes suure sisenemisbarjääriga riikide Rootsi ja Norraga.

Venemaa on samuti suure potentsiaaliga - tervishoiuvaldkonnas on seal kohalike elanike jaoks palju probleemset. Teenused on ebaühtlase kvaliteediga, turg on välja arenemata ning hinnanguliselt on *out-of-pocket* ehk patsientide omaosalus teenuse eest maksmisel Venemaa tervishoiusüsteemis tervikuna küllaltki suur.

Tervishoiuteenuste ekspordi strateegilisel arendamisel on mõistlik sihtida ka teisi potentsiaalseid turge (Läti, Saksamaa, Suurbritannia jt), kuid nende puhul tuleb arvestada erinevate negatiivsete lisafaktoritega: turu ja ostujõu piiratus Läti puhul, Eesti suhteline tundmatus ja kaugus Saksamaa ning Suurbritannia puhul.

Välisriikide avalike või erakindlustusorganisatsioonide-poolne kompenseerimine on oluline argument patsientide Eestisse tulekul, vaatamata omaosaluse tähtsusele. Seda eriti suuri kliendihulkasid silmas pidades. Näiteks hambaravis kompenseerib Soome KELA 50% Eestis pakutavast teenusest oma kindlustatutele (sarnaselt teenuse kasutamisele Soomes). Sama kehtib ka Rootsi riigi patsientide puhul. Kohaliku riigi poolne kulude hüvitamine on väga suureks motivaatoriks patsientide Eestisse tulekul. Põhimõtteliselt on mõeldav ka teiste EL liikmesriikide avalike või eratervisekindlustuse organisatsioonidega koostöö arendamine, kuid senist kogemust arvestades on see pikaajaline protsess ning tuleb arvestada olulise siseriikliku turu kaitsega importiva riigi teenuseosutajate poolt.

Mugavate transpordivõimaluste olemasolu (rong, lennuk) on kõikide riikide puhul tervishoiuteenuste ekspordi arendamisel kriitilise tähtsusega.

Mugavate transpordivõimaluste olemasolu on kõikide riikide puhul tervishoiuteenuste ekspordi arendamisel kriitilise tähtsusega.



5. Järeldused ja strateegilised valikud ekspordi arendamiseks

- Hinnanguliselt on Eesti tervishoiuteenuste ekspordi võimalik keskpikas perspektiivis kasvatada umbes 1-2 miljardi krooni suuruseks.
- Eestile sobiks tervishoiuteenuste ekspordi arendamiseks avaliku ja erasektori partnerluse mudel, mis on suunatud süsteemse muutuse saavutamisele.
- Neli ekspordi arendamise strateegia võimalust erinevad vajamineva ressursi ja teostamiseks kuluva aja poolest.

Uuringu järeldused

Uuringu käigus saadud infot analüüsidest tulid välja mitmed olulised tähelepanekud Eesti tervise- ja heaoluteenuste ekspordi võimaluste kohta. Alljärgnevalt oleme välja toonud peamised järeldused, millel võiks põhineda edasine arutelu tervise- ja heaoluteenuste ekspordi arendamise võimaluste ja vajaduste üle Eestis.

Riiklikku strateegiat planeerides on oluline tunnetada valdkonna enda valmisolekut investeerida turu märkimisväärse kasvatamise nimel. Praegu on valdkonna, eriti suurte avaliku sektori haiglate, aga ka arstkonna suhtumine tervishoiuteenuste ekspordi mõttekusse pigem skeptiline ja äraootav.

2009. aastal uuringu käigus läbiviidud veebiküsitluse tulemusena selgus, et eksporditulu valdava osa (73%) vastanud asutuste investeerimiskäitumist ei mõjuta. Siiski olid üksikud ettevõtted valmis suurendama investeeringuid või siis kaaluma prioriteete ekspordipotentsiaalset lähtuvalt.

Järgnevateks aastateks oli olulisi investeeringuid planeerinud umbes kolmandik vastanud asutustest. Sellest valdava osa moodustasid aktiiv- ja hooldusravihaiglad, mis ilmselt peegeldas vähemalt osaliselt riiklikku toetust selle valdkonna asutustele Euroopa Liidu struktuuri- vahenditest. Siiski, ka arvestatav hulk ambulatoorseid kliinikuid (30%), hambaraviasutusi (22%) ning mitmed väiksemad erakliinikud kavandasid olulisi investeeringuid. Samal ajal vastasid kõik spaad eitavalt investeerimisvalmidusele lähiaastatel.

Vaatamata sellele, et valdav enamus vastajatest nägi ekspordis tulevikuvõimalust, ei kavandanud suurem osa (82%) neist mingisuguseid aktiivseid samme selle võimaluse realiseerimiseks. Kuigi investeeringuid ei planeeritud, kavandasid kõige enam tegevusi ekspordi suurendamiseks spaa- ja taastusraviteenuse pakkujad. Küsitletutest olid kõige vähem ekspordisuunalist arendustegevust kavandanud aktiivravi- ja hooldushaiglad. Need asutused, kel oli kavas aktiivselt ekspordi edendamiseks tegeleda, planeerisid kõige enam veebilehe arendamist eri keeltes (67%) ning aktiivset turundust sihtturgudel (61%).

Praegune tervishoiuteenuste ekspordimaht on ligi 360 miljonit krooni. Realistliku kava järgi on hinnanguliselt võimalik tervishoiuteenuste ekspordi keskpikas perspektiivis kasvatada umbes 1-2 miljardi krooni suuruseks. Võrdluseks – see oleks Eesti tervishoiusüsteemi suurusega võrreldes umbes 10 korda edukam tulemus kui seni Euroopa kõige edukamal eksporditajal Ungaril, kes suudab ca 1,5% oma tervishoiuteenustest ekspordiks müüa. Lisaks välisklientide poolt tervishoiuteenuste eest tasutud summadele on ekspordi eeldatav laiem majanduslik mõju kordades suurem nii töökohtade kui üldise majanduskäibe osas.

Realistliku kava järgi on võimalik tervishoiuteenuste ekspordi keskpikas perspektiivis kasvatada umbes 1-2 miljardi krooni suuruseks.

Näiteks võib tuua maailma ühe juhtiva tervishoiuteenuseid välismaalastele pakkuva Bumrungradi haigla Tais. Haigla teenindab aastas umbes 1 miljonit patsienti, kellest 40% on välismaalased. Haigla käive 2008. aastal oli 2,8 miljardit krooni ning kasum 0,382 miljardit krooni. Arvestades Tai riigi suurust (63 miljonit elanikku) ning kulutusi tervishoiule (239 miljardit krooni), moodustab Bumrungradi haigla käive umbes 1,1% Tai riigi tervishoiukulutustest.

Muuhulgas võivad sidusvaldkonnad (IT, haridus, biotehnoloogia) koostöös tervishoiuteenuseid eksportivate tervishoiuasutustega luua uuenduslikke lahendusi ja tooteid, millest saadav tulu võib olla palju suurema marginaaliga kui pelgalt teenuste müügist saadav. Seetõttu võib Eesti võimaluseks olla ühelt poolt tervishoiuteenuste eksport, uute ja huvitavate haigusjuhtumitega tegelemise võimalus arstidele ning teisalt sünergiline efekt sidusvaldkondadega, mis loovad tervishoiuteenuste ekspordiga seoses uusi tooteid ja lahendusi, mida välisriikidesse skaleeritavalt müüa. Seega tuleks lisaks tervishoiuteenustele algusest peale silmas pidada sidusvaldkondade integreerimist ühise ekspordistrateegia elluviimisesse.

Eestis on tervise- ja heaoluteenustel hea sisu, kuid puuduseks on **teenuste vähene turundus** välismaalastele. Enamik uuringus osalejaid nõustus, et Eesti arstide tase on hea, ent teenuseid ei ole osatud piisavalt hästi pakendada, et see välismaalt kliente Eestisse meelitaks.

Eestis on tervishoiuteenustel hea sisu, kuid puuduseks on väheatraktiivne turundus välismaalastele.

Välisriikide partnerid (haiglad, kindlustusettevõtted, vahendajad, riiklikud tervisekindlustuse pakkujad, turismiagentuurid) on vajalikud patsientide kriitilise massi saavutamiseks ja tervikliku väärtusahela pakkumiseks. Tervishoiuturismi populaarsus on maailmas kasvamas, kuid tuleb silmas pidada, et ainuüksi

moodsate haiglate ning kvaliteetse teenuse pakkumisest patsientide Eestisse meelitamiseks ei piisa. Enne investeeringute tegemist on otstarbekas omada kokkuleppeid välisriikide partneritega kindlustamaks välispatsientide Eestisse tulemist.

Tervishoiuteenuste ekspordistrateegia kavandamisel on tarvilik analüüsida Eestisse tulevate turistide voogu, nende profiili ja vajadusi, sest olemasolevatele turistidele suurema lisandväärtusega tervise- ja heaoluteenuste pakkumine on esmaseks võimaluseks, kuidas tervishoiuteenuste eksporti suurendama hakata.

Patsientide liikumine sõltub nii välisriigi tervishoiusüsteemi eripäradest kui ka teenusevaldkonna erisustest. Riikide tervishoiusüsteemid on erinevad ning seetõttu varieerub neis ka nõudlus valdkonniti. Tervishoiuteenuste eksportimisel tuleb selgitada sihtturu eripärasid ning luua selge arusaam antud riigi nõudluse kohta konkreetses teenusevaldkonnas.

Tervishoiuteenuste eksport on edukam siis, kui Eesti-siseselt **asutuste vahel koostööd** teha. Koostöö suurendamise vajalikkust mainiti uuringu koostamise käigus tehtud intervjuudes sagedasti. Koostöö võimaldab vahetada kliente ja väliskontakte ning pakkuda täisfunktsionaalseid teenuseid kogu väärtusahela lõikes.

Eestil on otstarbekas leida oma tervishoiuteenuste nišid, millega **teistest riikidest eristuda**. Kuna Eesti ei suuda välisriikidega kogu tervishoiuteenuste skaalas konkureerida, siis tuleb keskenduda valdkondadele, kus meil on piisav konkurentsieelis. Teisalt tuleb eristumiseks ära kasutada tugevused muudes valdkondades (näiteks IKT, teadus-arendustegevus).

Arvestades tervishoiuteenuse avalikku iseloomu ja olulist tähendust, tuleb vältida personali ning kapitali äravoolu oma riigi elanikele pakutavate teenuste süsteemist. Selleks on vaja soodustada, et osa välistulust investeeritaks kodumaise süsteemi komponentidesse tagasi. Samal ajal tuleb säilitada ka teenusepakkujate ja erakapitali motivatsiooni asjaga tegelemiseks. Eesti tervishoiuteenuste ekspordi kasv võimaldab oskuslikul kavandamisel tugevdada Eesti tervishoiusüsteemi.

Põhimõttelised strateegiavõimalused tervishoiuteenuste ekspordi arendamiseks

Ekspordipotentsiaali realiseerimiseks on mitmeid strateegilisi võimalusi. Rahvusvahelise kogemuse põhjal⁶¹ on need võimalik üldistatult liigitada nelja kategooriasse: riiklikud strateegiad, era- ja avaliku sektori koostöö strateegiad, valdkonnapõhised strateegiad ning üksikute teenusepakkujate strateegiad. Kõige selgemalt eristuvad need strateegiad avaliku sektori osalemise määra poolest.

Riiklike strateegiate puhul edendatakse tervishoiuteenuste ekspordi riiklikult planeeritud tegevusena. See võib olla riikliku kindlustusorganisatsiooni üks konkreetseid ülesandeid. Riiklikud strateegiad on enamasti kasutusel maades, kus tervishoiuteenus on kodanikele enamjaolt tasuta ning teenust pakuvad ainult riiklikud teenusepakkujad. Näiteks võib tuua Kuuba, kes 1980-ndate lõpus meelitas riiki aktiivselt välispatsiente ning saatis oma tervishoiutöötajaid välisriikidesse. Teisks võimaluseks on tervishoiusüsteemi planeerimine ja suunamine tugeva tsentraalse kontrolli all, mis võimaldab laiaulatuslikke ja pikaajalisi tegevusi ellu kutsuda ja vahetult kontrollida. Siia sobib näitena Singapur, kus 1990-ndatel alustati ning 21. sajandil uuendati strateegilist plaani muutuda Kagu-Aasia tervishoiu tippkeskuseks ning rakendati selle idee teenistusse inimesed ja raha riigi kõikidel tasanditel.

Avaliku ja erasektori koostöö strateegia põhineb jagatud vastutusega üleriigilisel konsortsiumil või agentuuril, milles riigil on oluline roll, kuid samaväärselt osalevad strateegia arendamisel ning vastutavad selle

elluviimise eest erasektori teenuseosutajad. Selle strateegia puhul peab avaliku sektori teenusepakkujate kõrval olema piisava tugevusega erakapitalil põhinevate teenusepakkujate võrgustik. Niiuguse strateegia edukaks näiteks on Austraalia, kes moodustas konsortsiumi ning töötas välja ja rakendas tegevusplaani oma tervishoiusüsteemi lisaraha toomiseks, pakudes tervishoiuteenuseid teistele Okeania piirkonna riikidele. Teise näitena saab tuua 1990. aastatel loodud organisatsiooni London Medicine, mille eesmärk oli suurendada Londoni juhtpositsiooni tervishoiuteenuste pakkujana. Strateegia käigus koostati detailne ülevaade Londoni tervishoiuasutuste tugevustest ning ekspordi takistavatest teguritest. Ida-Euroopa riikidest on Poola loonud spetsiaalse meditsiiniturismi portaali, mis tutvustab välituristidele konkreetseid riigis pakutavaid tervishoiuteenuseid.⁶²

Tervishoiuteenuste ekspordistrateegia võib olla riigi poolt eest veetud, avaliku ja erasektori koostööl põhinev, valitud valdkonna või ühe teenusepakkuja keskne.

Valdkonnapõhised strateegiad põhinevad ühiste huvidele vastava valdkonna jõulisel (eelis)arendamisel eesmärgiga arendada välja tugev nišš. Lisaks valdkonna spetsialistidele osalevad selles eestvedajatena enamasti eraettevõtted, kes ühiste huvide põhjal koondudes oma teenuseid ekspordivad. Ühe näitena sellise lähenemise kohta saab kirjeldada Ungarit, kes oma hambaraviteenuseid reklaamib üle maailma ning on praeguseks riigi tervishoiusüsteemi suurust arvestavate suhtarvude poolest kõige suurem tervishoiu- ja heaaluteenuste ekspordija Euroopas.

Individaalse eraettevõtte strateegia tähistab lähenemist, mis rajaneb ühe või mõne üksiku teenusepakkuja või operaatori teadlikul arendamisel teenuste ekspordi tippkeskuseks. Lisaks konkreetse füüsilises asukohas ulatuslikule teenuste pakkumisele võivad sellised keskused arendada välja toetava võrgustiku eksportival maal, aga samuti omandada

61 Benavides, WHO.

62 StatMedica, 2009. <http://www.statmedica.com/index.php?art=0>

eri riikides teenusepakkujaid ja koondada need oma brändi alla. Üheks seni edukamaks näiteks maailmas on Bumrungradi haigla Tais.

Strateegia elluviimise seisukohast vaadeldi kolme kriitilist komponenti: riskide maandamist, investeringute tegemist ja strateegia järjepidevust. Riskide maandamise all peetakse silmas teenuse eduka väliturule pakkumise tõenäosuse suurendamise viise. Investeringute strateegia all mõeldakse, mil moel tagatakse investeerimiseks vajalik kapital. Strateegia järjepidevuse all peetakse silmas võimet pikaajaliselt strateegia elluviimisesse panustada.

Tabelis 15 on strateegilisi võimalusi võrreldud lähtuvalt nende lähenemisest kirjeldatud eduteguritele.

Kindlasti pole toodud strateegilised võimalused teineteist välistavad alternatiivid, kuid nii elluviimise seisukohast kui ka lõpptulemusel eri momentide väärtustamise seisukohast on neil

Ekspordipotentsiaali elluviimise strateegilised võimalused

	Välituruga seotud riskide maandamine	Investeringute strateegia	Strateegia järjepidevuse tagamine (siseriiklik)
Riiklik strateegia	<ul style="list-style-type: none"> • Ekspordi eelisarendamine tervishoiusektori ja riigi üldise eksporditegevuse kontekstis • Oma läbirääkimisjõu kasutamine teistesse riikidesse teenuse müümisel 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliku rahaga toetuskeemid tervishoiuteenuste ekspordi elavdamiseks • Vajadusel ühekordse suure investeringu tegemine 	<ul style="list-style-type: none"> • Välitulu suunamine siseriikliku tervishoiusüsteemi arendamisse • Sõltumine poliitilistest otsustest
Avaliku ja erasektori partnerluse strateegia	<ul style="list-style-type: none"> • Kõiki osapooli kaasava eestvedaja loomine (nt agentuur) • Ühtne riiklik turundustegevus ja läbirääkimised välisriikidega 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliku ja erakapitali kaasamine ja investeerimisriski hajutamine • Riiklike soodustuste ja erainitsiatiivi ühendamine 	<ul style="list-style-type: none"> • Laiapõhjaline osapoolte kaasamine pikaajalise tulu eesmärgil
Valdkonna-põhine strateegia	<ul style="list-style-type: none"> • Välisriikide valdkonna-põhiste otsekontaktide jagamine ja realiseerimine 	<ul style="list-style-type: none"> • Investeringu kontsentreerimine tugevasse nišivaldkonda 	<ul style="list-style-type: none"> • Valdkonna arenguks kogu väärtusahela mobiliseerimine täisfunktsionaalse teenuse pakkumiseks
Tugeva erakapitalil põhineva tippkeskuse strateegia	<ul style="list-style-type: none"> • Tugeva välispartneri kaasamine suure haigla erastamise kaudu • Otsekontaktide kaudu välispatsientide hulga kohene tagamine 	<ul style="list-style-type: none"> • Suur strateegiline investor välismaalt • Võimalikud riiklikud soodustused 	<ul style="list-style-type: none"> • Kiire tulemuse tagamine • Kvaliteedistandardi tõstmine kogu riigis

Tabel 15. Eesti tervishoiuteenuste ekspordi edendamise strateegilised tegevused
Kohandatud allikast: Mortensen, J. "International Trade in Health Services DIIS Working Paper" 2008/11

mõned olulised, kohati ka põhimõttelised erinevused. Järgnevalt analüüsiti eri strateegiate tugevusi ja nõrkusi Eesti tervishoiuteenuste ekspordi suurendamise seisukohast. Eesti tervishoiuteenuste ekspordi strateegia lõplikul valikul tuleks asjaga seotud osapooltel kaaluda kõiki strateegiaid, et kujundada suurima toetusega seisukoht edasiseks tegutsemiseks.

Riikliku strateegia tugevuseks on võime pärast sisulise otsuse tegemist mobiliseerida ressursid strateegia elluviimiseks (personalitoolitus, teadus-arendustegevus jm) ning teha ühekordseid suuri investeeringuid, milleks erakapitalil põhinevatel ettevõtetel ei pruugi võimekust olla. Samuti on lihtsam kujundada tervishoiusüsteemi nii, et tervishoiuteenuste ekspordist tulenevat lisatulu saab suunata riikliku tervishoiusüsteemi arendamiseks. Riikliku strateegia suurimad puudused on sarnased kõigi avalike institutsioonide puudustega: sõltuvus poliitilisest riskist, inertsus ja bürokraatia. Teenusepakkujate piisava kaasamiseta ning kehvade "mängureeglite" tõttu võib probleemiks saada kõikide oluliste teenusepakkujate ja ka avalikkuse toetuse puudus. Samas on riigil võime läbi rääkida ja sõlmida koostöökokkuleppeid välisriikide suurorganisatsioonidega tipptasemel, luues niimoodi võimalusi pikaajaliseks kasvuks.

Avaliku ja erasektori partnerluse strateegia elluviimine tähendaks tervishoiu ekspordi agentuuri loomist.

Avaliku ja erasektori partnerluse strateegia suurimaks tugevuseks on võime koondada enda alla nii tervishoiuasutusi, turismiettevõtteid kui ka riiklikke organisatsioone, luues laiapõhjalise huvitatud osapoolte kogumi pikaajalise tulu saamise eesmärgil. Tehniliselt tähendaks see nn tervishoiuteenuste ekspordi agentuuri loomist, mis kaasaks kõikide osapoolte huvid ja potentsiaali ning toimiks jõulise eestvedajana. Tulemuseks on valdkonna (sh erasektori ja investorite) initsiatiivi maksimaalne ärakasutamine, toetades seda riigi poolt soodsate tingimuste loomisega. Selline ühishuvidel põhinev agentuur võimaldab välisurgudel Eesti tervishoiuteenuste ühtset turundustegevust ning kodumaal ühiste tegevuste ja ressursi arendamise koordineerimist. Strateegia nõrkuseks on osapoolte erinevate huvide ühitamise ning osalemise motivatsiooni saavutamise raskus. Puuduseks võib tuua ka selle, et tervishoiuteenuse agentuuri loomisel ei pruugita pöörata võrdset tähelepanu kõikidele potentsiaalsetele valdkondadele ning seetõttu võivad teatud teenusevaldkonnad otsustusprotsessist kõrvale jääda.

Valdkonnapõhine strateegia võimaldab kiirelt mobiliseerida professionaalid koostöövalmis valdkonnast ning kasutada valdkonnaspetsiifilisi otsekontakte välisriikide edasimüüjate ning klientidega tervishoiuteenuste ekspordi suurendamiseks. Valdkondlikke Eesti teenusepakkujaid ühendades on võimalik kontakte jagades pakkuda klientidele täisfunktsionaalseid teenuseid kogu väärtusahela lõikes, mis suurendab Eesti atraktiivsust välisriikide silmis (Eesti kui teatud teenusevaldkondade "one-stop-shop"). Suurim pluss on strateegia käivitamise kiirus ja tegevusplaani täpsema fokuseerimise võimalus. Antud strateegia puuduseks on suuremahulise investeeritava kapitali puudumine, mis võib saada takistuseks kvaliteetse teenuse pakkumise jaoks vajaliku infrastruktuuri loomisel. Niisamuti ei pruugi väikesele hulgale valdkondadele keskendumise puhul tekkida vajalikku ülevooluefektiga tervishoiusüsteemidele, mis on vajalik strateegilise investeeringu õigustamiseks ja avalikkuse toetuse püsimiseks. Viimane on eriti oluline, kui tegevusse investeeritakse avalikku raha.

Tugeva erakapitalil põhineva tippkeskuse strateegia tugevusteks on selge fookuse, kiire otsustusmehhanismi ja piisava kapitali olemasolu ning otsekontaktide kaudu piisava välispatsientide hulga kohene tagamine. Antud strateegia kaudu on võimalik lühikese ajaga käivitada hästi toimiv ning kasumile orienteeritud ettevõte. Strateegia puudusteks on riiklikku tervishoiusüsteemi toodava lisaraha vähesus. Erakapitalil põhinev haigla võib riiklikust süsteemist arste üle võtta ega pruugi tuua täiendavat tulu riiklikku tervishoiusüsteemi.

Eesti strateegilised valikud

Kui Eestis soovitakse tervishoiuteenuste ekspordi arendada, siis sobiks selleks kõige paremini avaliku ja erasektori koostöömudel, mis on suunatud süsteemsel tasemel muutuse saavutamisele. Üksiku teenuseosutaja potentsiaalile rajatud strateegia jääb ilmselt vajalike investeeringuvahendite puudumise taha ning puhas riigi poolt eestveetav strateegia avaliku toetuse puudumise taha.

Hetkel on Eesti tervishoiuteenuste eksport ligikaudu 360 miljonit krooni aastas, millest lõviosa moodustab tervisespaade käive.

Strateegia käivitamine on otstarbekas, kui tervishoiuteenuste ekspordimahu sihiks on vähemalt 1-2 miljardit krooni aastas. See on majanduskriisist taastuvas Eestis ja maailmas optimistlik kasvuprognos, kuid põhimõtteliselt realiseeritav. Hetkel on Eesti tervishoiuteenuste eksport ligikaudu 360 miljonit krooni aastas, millest lõviosa moodustab tervisespaade käive. Uuringu käigus tehtud kvalitatiivanalüüsi ning valdkonna ekspertide hinnangute põhjal on

5 aasta perspektiivis realiseeritav täiendav ekspordikäive laboridiagnostikas 500-1000 miljonit, hambaravis 100-150 miljonit, ravispaades 100 miljonit, plastika- ja rekonstruktiivkirurgias 75 miljonit, ortopeedias 75 miljonit, viljatusravis 40 miljonit, radioloogias 20 miljonit, silma-kirurgias 15 miljonit krooni (2009. a hindasid arvestades).

Neli strateegiavõimalust Eestile

Joonisel 16 on kokkuvõtvalt kujutatud Eesti tervishoiuteenuste ekspordi strateegiavõimalusi.

Turism + heaoluteenused + ravi

- Eesti tervishoiuteenuste ekspordi kasvuvõimalused on kõige kiiremini realiseeritavad turismi, heaoluteenuste ja raviteenuste vahelise sünergia suurendamise teel.
- Strateegia vundamendiks on Eestit külastav arvestatav välituristide voog, millele on võimalik üles ehitada heaoluteenuste ja suurema lisandväärtusega raviteenuste pakkumist.
- Spaadele tähendaks see strateegia teenusepakettide rikastamist, pakkudes oma klientidele koostöös tervishoiuasutustega võimalusi ka raviteenuste tarbimiseks (diagnostika, hambaravi, päevakirurgia jms). Näiteks võiks tuua Viimsi Spa poolt oma klientidele raviteenuste vahendamist.
- Strateegia realiseerimiseks ei ole kriitilised mahukad lisainvesteeringud, vaid koostöö kolme osapoolle vahel ning partnerlus riigiga nii teenuste disaini, kuvandi loomise kui ka ühisturunduse osas.
- See strateegia on vähese riski ja madala ambitsioonikusega ega eelda suuri investeeringuid. Pigem on tegemist tänaste arengute loomuliku jätkuga.

Spetsialiseerumine

- Eestis on olemas ekspordikogemusega tervishoiuettevõtteid valdkondades, milles eksisteerib suur ja jõudsalt kasvav turunõudlus meie lähiriikides. Sellisteks valdkondadeks on näiteks hambaravi, diagnostikateenused, plastiline kirurgia ja ortopeedia.
- Spetsialiseerumise strateegia ekspordimahu suurendamiseks tähendab valitud valdkondadele keskendumist ning investeerimist seal tegutsevate teenusepakujate koostöövõrgustikesse ja uutesse ärimudelitesse. Välisurgude suunal ühiselt tegutsedes

Strateegiavõimalused erinevad vajamineva ressursi ja teostumiseks kuluva aja poolest



Joonis 16. Eesti tervishoiuteenuste ekspordi kasvuvõimalused tervishoiuturismi mudeli põhjal
Allikas: Uuringu autorid 2009

on võimalik jagada arendus-, investeerimis- ja turunduskulusid, mis muidu käiksid üksikutele ettevõttele üle jõu. Konkurentsieelise saavutamiseks on oluline arendada uut tüüpi ärimudeleid ja neid piloteerida.

- Spetsialiseerumisstrateegia näiteks on Ungari erinevate hambaravikliinikute poolt ekspordi edendamiseks moodustatud konsortsiumid või ainult liigese proteesimistele keskendunud Coxa kliinik Soomes.
- Spetsialiseerumise mudeliga olulise ekspordimahu kasvu saavutamine keskpikas plaanis eeldab lähema 3-5 aasta jooksul täiendavaid investeeringuid nii infrastruktuuri kui uutesse ärimudelitesse ja juhtimisvõtetesse ning avaliku ja erasektori koostöövormidesse.
- Võrreldes eelmise strateegiaga on spetsialiseerumisel teenuste lisandväärtus suurem, samuti kaasneb sünergia sidusvaldkondadega (biotehnoloogia, haridus, IKT).

Komplekslahendused kasvavates nõudlusvaldkondades

- Meie regiooni riikidel on terve rida tõsiseid rahvatervise probleeme (nt alkoholism, viljatus, ülekaalulisus), millele täna veel häid lahendusi ei pakuta ja mille kasvupotentsiaal on märkimisväärne.
- Tervishoiuteenuste ekspordi seisukohast on tegemist kasutamata võimalusega.
- See ei tähenda mitte niivõrd keeruka tehnoloogia rakendamist, kuivõrd uute terviklike teenusepakettide väljatöötamist ning lähiturgudel tärkavate uute nõudlusvaldkondade head tundmist ning ära kasutamist.
- Näiteks otsib kasvav hulk Venemaa elanikke alkoholismist ning muudest sõltuvustest vabanemiseks privaatset rehabilitatsiooni- ja raviteenust Aasia riikidest.
- Hetkel on regiooni riigid selles osas ühisel stardijoonel, kuid kiiremini tegutsedes on Eestil võimalik võita patisientide suurem usaldus ning saavutada seeläbi konkurentsieelis.

Piirkondlik meditsiini hub

- Kõige ambitsioonikam strateegiavalik tähendab Eestis tasemel meditsiinihubi ehk tippkeskuse väljaarendamist.
- Sellise strateegia kasuks otsustamine tähendab Eestis meditsiiniteenuste ja sellega seotud sidusvaldkondade (biotehnoloogia, turism, IKT, meditsiiniharidus) eelisarendamist, eesmärgiga saavutada rahvusvaheline tipptase ja konkurentsivõime.
- Eduka piirkondliku meditsiinikeskuse tekkimine võimendab omakorda ekspordi-potentsiaali sidusvaldkondades ja vastupidi: näiteks rahvusvahelisel tasemel teadus- ja arendustegevus biotehnoloogia vallas muudab Eesti tervishoiuteenused välispatsientidele usaldusväärsemaks.
- Eeskujuks võiks olla Singapuri tervishoiuvaldkonna tippkeskuseks kujunemise strateegia, kus tervishoiuteenuste ekspordi kasvu vankri ette rakendati nii haridusasutused, teadus- ja arendustegevuse rahastamine kui ka meditsiiniga seotud tehnoloogiate arendamine (ravimid, biotehnoloogia, IKT).
- Niisugune strateegia on mõeldav üksnes pikaajaliste sihikindlate investeeringute, laiapõhjalise siseriikliku ja rahvusvahelise koostöö ning oskusliku turunduse toel.
- Põhimõtteliselt on võimalik selleni jõuda etapiliselt, kolme eelnevat strateegiat edukalt ellu viies ning selle käigus saadud kogemust ja loodud positiivset kuvandit ära kasutades.

Kolm olulisemat tegevussoovitust eelduste väljakujundamisel (sõltumata strateegiavalikust)

Koostööplatvormi loomine ja selle ülesanded

Välisriikide kogemust ja Eesti tervishoiusektori suhtelist väiksust arvestades tuleb strateegia elluviimiseks käivitada avaliku ja erasektori koostöös nn tervishoiuteenuste ekspordiagentuur, mis koostööplatvormina kaasab kõikide osapoolte huvid ja potentsiaali ning toimib jõulise eestvedajana. Muuhulgas oleks sellise agentuuri ülesandeks:

- Eesti kui kvaliteetse tervishoiuteenuste pakkuja kuvandi loomine ja jõuline turustamine
- riikidevahelise strateegilise koostöö arendamine välisurgudel
- osalemine riiklike poliitikate kujundamisel tervishoiuga seotud valdkondades (majandus, eksport, tervishoid ja haridus)
- tervishoiuvaldkondade ja sidusvaldkondade vahelise koostöö toetamine
- tervishoiuteenustega seotud kapitali- ja tehnoloogiainvesteeringute koordineerimine (nii riiklikud kui ka välisinvesteeringud).

Tervishoiuteenuste ekspordiaagentuur võiks 3-5 aasta jooksul kujuneda tugevaks innovatsiooni arengumootoriks Eestis.

Sidusvaldkondade integreerimine

Tervishoiuteenuste ekspordieelduste väljaarendamisel tuleb algusest peale silmas pidada kõikide ekspordi arengu seisukohalt oluliste sidusvaldkondade integreerimist ühise ekspordistrateegia elluviimisse. Sellisteks sidusvaldkondadeks on näiteks meditsiiniharidus, biotehnoloogia, majandus- ja teadusarenduspoliitika, IKT jms. Niisugusel lähenemisel on võimendusefekt kõikide osapoolte jaoks suurem ning seega mõju riigi majandusele tervikuna märgatavalt olulisem.

Sihtturgude analüüs

Mõnevõrra madalamad turule sisenemise barjäärid on Soomes ja Loode-Venemaal, kuid valdkonnapõhine lähenemine pakub võimaluse nišiteenuste arendamiseks ka teistel turgudel. Kindlasti tuleb edaspidi läbi viia iga strateegilise tervishoiuteenuste valdkonna detailne turu-uuring planeeritud sihtturgudel.

Ekspordistrateegia kavandamisel tuleb samuti detailsemalt analüüsida Eestisse tulevate turistide voogu, nende vajadusi ja profiili, sest praegustele turistidele suurema lisandväärtusega tervise- ja heaoluteenuste pakkumine on üheks võimaluseks, kuidas tervishoiuteenuste ekspordi suurendama hakata.



6. Lisad

- 1 Valdkondade lühikirjeldused ja hinnangud ekspordile
 - 2 Näiteid Eesti tervishoiuteenuste ekspordist
 - 3 Tervishoiuteenuste ümarlaudades, töötoas ning ekspertgrupis osalenud
-

Lisa 1 Valdkondade lühikirjeldused ja hinnangud ekspordile

Diagnostika (laboriteenus ja terviseuuringud)

Tinglikult käsitleme käesolevas uuringus diagnostika valdkonna all nii laboridiagnostikat (ehk nn materjali uurimist) kui ka diagnoosimise eesmärgil vahetult inimestele osutatavat arstlikku teenust (nn terviseuuringud). Mõlemal puhul on tugiteenusena tegemist osaga pikemast teenuseahelast, kuid teatud sümbioosis on seda võimalik arendada ka eraldiseisvana.

Laboridiagnostika puhul ei liigu reeglina patsient, vaid tema koeproovid (näiteks veri, vedelikud) toimetatakse laborisse, kust tagasi liigub digitaalne info. Terviseuuringute puhul osutatakse inimesele diagnoosimise eesmärgil teenust (nt töötervishoiu-, spordimeditsiini- või muud eriotstarbelised uuringud) ravimise protsessist sõltumatult.

Laboridiagnostika puhul ei liigu reeglina patsient, vaid tema koeproovid (nt veri, vedelikud) toimetatakse laborisse.

Radioloogiat kui piltdiagnostika erijuhtu käsitletakse eraldi alapeatükis. Niisamuti on eraldi käsitletud ravispaades toimuv, millel on palju seoseid ka diagnostikavaldkonnaga.

Hetkeolukord

Eestis on eelpool kirjeldatud määratlust järgides keeruline hinnata inimeste hulka või ka tegevuste mahtu, mis oleks seotud puhtalt diagnoosimisega. Otseselt diagnostika valdkonnas on täidetud 121 laboriarsti, 41 patoloogi ja 57 töötervishoiuarsti ametikohta (2007. a andmed). Indikatsioonina valdkonna potentsiaalile moodustavad ambulatoorsetes eriarstiabi osutavates asutustes täidetud ametikohad ligi 10% kogu arstkonnast ning ligi 5% kogu õendusala töötajaskonnast Eestis. Viimane näitaja iseloomustab kaudselt ambulatoorse ehk väljaspool haiglat toimuva tervishoiuteenuse osutamise potentsiaali, kuid mitte kõik sellest pole seotud pelgalt diagnostikaga, samal ajal kui valdav osa diagnostilisest tegevusest toimub haiglates.

2007. aastal teostati Eestis keskmiselt iga 100 ambulatoorse visiidi kohta 7,2 funktsionaaldiagnostilist ja 63,8 laboratoorset uuringut (lisaks veel endoskoopilised, röntgen- ja ultraheli-diagnostilised uuringud). Kokku tehti Eestis 2007. aastal 8,8 miljonit ambulatoorset visiiti.

Hinnanguliselt moodustab laboridiagnostika kogu tervishoiusüsteemi mahust ca 5-10%, mida valdavalt osutavad erakapitalil põhinevad ettevõtted (ka haiglad ostavad laboriteenust sageli sisse). Näiteks Soomes hinnatakse laboridiagnostika aastaseks turumahuks ca 500 miljonit eurot. Töötervishoiu visiite tehti 2007. aastal 128 000 (3% eriarstiabi visiitidest), täpne statistika spordimeditsiiniliste või muude tervisekontrollide kohta Eestis puudub. Tulevikku silmas pidades on selge, et arvestades tervishoiu- ja heaoluteenuste kasvu tervikuna on diagnostika selle sees selgelt kasvav valdkond. Ühelt poolt patsiendile diagnoosi panek muutub interdistsiplinaarsemaks ja vajab infot mitmest allikast. Teisalt on tehnoloogia arenguga diagnostika võimalused arenenud väga kiiresti nii terviseteadlikkuse tõusu kui ka ennetuse tähtsustamise tõttu.

Olulist eksporti diagnostika valdkonnas Eestis hetkel ei toimu, kuid valdkonna ekspertide endi hinnangul on konkureerimiseks Eestis piisaval tasemel aparatuur ning arvestatav tehniline väljaõpe. Puudusena tuleb märkida laiaulatusliku töötervishoiu- ja spordiuuringute traditsiooni ning vastavale aparatuuri arendamisele suunatud teadus-arendustegevuse puudumist. Samal ajal potentsiaali olemasolust Eestis annab märku tippspordi meditsiinilise toe tase ning Tartu Ülikoolis välja arendatud müomeeter ehk lihaspinge mõõtmise aparaat, mida tänaseks kasutatakse üsna laialdaselt, sh näiteks Venemaa kosmoseuuringute valdkonnas. Niisamuti on märk tulevikuvõimalustest mitmete koduste diagnostikumide (näiteks suguhaiguste test või siis isaduse DNA-proov) jõudmine turule.

Nn terviseuuringu tüüpi diagnostiliste teenuste eksport on USA elanike hulgas suhteliselt populaarne (suure hinnavahe tõttu käiakse Kagu-Aasia riikides teenust tarbimas). Eesti puhul piirab sarnast teenuse eksporti Euroopa riikide suhteliselt helde avalik tervishoiusüsteem ning sealne kvaliteetne pakkumine. Kuigi teoreetiliselt võiks Eesti võimalus seisneda olemasoleva väga kõrgetasemelise meditsiinitehnoloogia ärakasutamises suurema võimsusega, kasutades selleks eksporti, eeldab see väga head ning vastastikku sisukat koostööd arenenud naaberriikidega, eeskätt Põhjamaadega. Eesti eeliseks võiks kujuneda ka suhteliselt hästi arenenud IT-võimekus, mis võimaldab oma tegevust sujuvalt integreerida seelses teenusevõrgustikku. Lisaks on diagnostiliste uuringute puhul Eesti arstidel kõrge tase võrreldes naaberriikidega.

Kokkuvõttes võib tõdeda, et Eestis on olemas tehnilised teadmised ja aparatuur kvaliteetse teenuse pakkumiseks. Terviseuuringute puhul on piiravaks teguriks inimressursi vähesus, mis muuhulgas takistab mastaabiefekti ärakasutamist hinnakujunduses. Positsioneerimisel on oluline võimalus suhteliselt arenenud IT-võimekus.

Hindamisel andsime valdkonnale järgmised punktid:

EESTI EKSPORDIPOTENTIAAL DIAGNOSTIKAVALDKONNAS	Punktid	Max punktid
VÕIMEKUS		
Arstide absoluutarv	3	3
Õdede absoluutarv	1	1
Vaba inimressurss	2	2
KONKURENTSIEELIS		
Olme	2	3
Hind	1	3
Kvaliteet	1	1
EKSPORDI REALISEERITAVUS		
Kapitalimahukus	2	2
Soov investeerida (eraraha osakaal)	1	1
Koostöövõime	1	1
EKSPORDITASE PRAEGU		
Keelebarjääritus	1	1
Teenindustase	1	1
KOONDHINNE	16	19

DIAGNOSTIKAVALDKONNA NÕUDLUS	Punktid	Max punktid
Teenuseid vajavate inimeste arv	3	3
Teenuste rahalise mahu osakaal kogu teenuste mahust	4	4
Valdkonna kasvu toetavad globaalsed trendid	3	4
Patsiendi omaosaluse määr teenuste eest tasumisel	1	2
Senine globaalne eksport	1	3
KOONDHINNE	12	16

Valdkonna väärtusahel

Teenusteespordi väärtusahela seisukohast on terviseuuringud ning laboridiagnostika üsna erinevad ning isegi laboridiagnostika siseselt tuleb eristada nn vahetult eksporditavat osa (proovid, mis taluvad transporti analüüsi võtmise asukohast kesklaborisse) ning neid proove, mida tuleb analüüsida kohapeal (vaja paari tunniga ära teha).

Teenust on võimalik müüa nii otse patsiendile, raviteenust osutavale asutusele (arstile) kui ka näiteks tööandjale (töötervishoiuteenus). Äristrateegia valik sõltubki sellest, kes otsustab teenuse kasutamise vajaduse ja põhjuste üle. Erinevalt raviteenustest ei ole kindlustusfirma reeglina vahetu diagnostikateenuse ostja. Väärtusahela seisukohast on väga oluline, kas diagnostikateenust pakutakse eraldi või nn arstliku teenusena koos tulemuste interpretatsiooni ning raviteenusega. Viimane on ühiku mõttes suurema marginaaliga, kuid otseselt piiratud inimtöö mahuga.

Laboriteenused võibki ekspordipotentsiaali silmas pidades täiendavalt jagada veel kaheks vastavalt inimtöö mahule:

- Automatiseeritud süsteemid: lihtsad ja odavad analüüsid (veri, antikehad), mis on suuresti nn tootestatud - on olemas vastavad masinad ja aparaadid ning inimese (arsti, spetsialisti) osakaal teenuse osutamisel on väike.
- Nn mittetootestatud analüüsid, milles inimese (arsti, spetsialisti) osakaal teenuses on suur. Siia kuuluvad mikro- ja molekulaarbioloogia, nakkushaiguste ja onkoloogia diagnostika (tsütoloogia ja patoloogia).

Automatiseeritud laboridiagnostika puhul on oluline, et inimressursi vähesus ei piiraks oluliselt osutatavate teenuste mahtu. Nii on võimalik väga lühikese aja jooksul tegevusmahtu mitmekordistada.

Mõlema teenuse puhul on strateegilistel ja ka taktikalistel kaalutlustel mõeldav otseinvesteeringu kasutamine teenuse ekspordimiseks. Niimoodi on võimalik tagada kontroll kogu/pikema väärtusahela üle. Alternatiiviks sobib ka strateegiline partnerlus mõne sihtturu teenuseosutajaga. Eriti asjakohane on see laboridiagnostika puhul, kus teenuse ostjaks on tüüpiliselt teine teenuseosutaja (haigla, perearstikeskus vm).

Alljärgnevalt on graafiliselt kujutatud laboridiagnostika ning terviseuuringute väärtusahel ekspordi (v.a kapitali otseinvesteeringud) seisukohast.

- 1. Teenuse ostmise kohta otsusele jõudmine**
 - Tervishoiuasutus/arst otsib partnerit laboriteenuste osutamiseks
 - Inimene otsib arsti soovitusel või oma initsiatiivil soodsat/sobivat kohta kallima diagnostilise teenuse ostmiseks
 - Tööandja otsib partnerit kohustusliku töötervishoiuteenuse ostmiseks

- 2. Tegevuskava ja logistika kinnitamine**
 - Diagnostikateenuse osutaja usaldatavuse hindamine (keeleoskus, kvaliteet, internetist leitav info) ja arsti/kabineti valimine
 - Tervishoiuasutus või tööandja sõlmib pikaajalise kokkuleppe
 - Laboratoorse diagnostika proov võetakse kliendi kodumaal ja saadetakse Eestisse
 - Inimene otsib lühiajaliselt soodsaimat/mugavaimat pakkumist (näiteks paketi puhkuse ja spaa-teenustega); vahendajatel on oluline roll

- 3. Diagnostilise teenuse saamine**
 - Eestis teostatakse laborianalüüsi ning analüüsi vastus edastatakse kliendi kodumaale elektrooniliselt
 - Patsient tuleb Eestisse ning viiakse läbi terviseuuring; eelnev konsultatsioon kodumaal ei ole üldjuhul vajalik

- 4. Järe ravi**
 - Järe ravi ei ole vajalik

Visioon

Visiooniks võib olla ühelt poolt tsentraliseeritud organisatsioon harudega välisriikides, kus osutatakse suurt hulka väikese marginaaliga teenuseid (laboridiagnostika). Teisalt võib olla sihiks tippkeskus, mis pakub uut tüüpi suure marginaaliga tervikteenust (terviseuuringud) ning teeb koostööd (konverentsi)turismi korraldajate, ravispaade ja hooldusraviasutustega.

Laboridiagnostikas on valdkonna ekspertide hinnangul võimalik ühel ettevõttel mõne aasta jooksul kasvatada teenusemahtusid tänasega võrreldes 3-4 korda. See tähendaks praegusega võrreldes sadu miljoneid kroone lisatulu aastas.

Tõenäolisemad sihtturud on Põhjamaad (võimalik, et ka Läti ja Leedu), arvestades nende lähedust, teenusemahtusid ja inimfaktori väiksemat mõju (teenusega seotud töökohad) võrreldes paljude teiste valdkondadega. Venemaa osas on tõenäoliselt lähiajal piiranguks madal ostujõud. Teisalt on pikaajalist strateegiat silmas pidades kaasaegse oskusteabe ja tehnoloogiaga turule minek asjakohane. Maailmas toimuv ketistumine toetab suuremate ekspordipotentsiaaliga teenuseosutajate tekkimist. Samal ajal võib see olla oluliseks lisastiimuliks, kuid ka riskiks, juhul kui tegevushaarde laiendamise jäädakse hiljaks.

Täiendavalt loob tootearenduse eesmärgil lisandväärtust koostöö teadus-arendusasutustega ja erinevate ettevõtetega. Tekkiv sünergia annab ühelt poolt võimalusi ekspordipotentsiaali kasvuks neis valdkondades ning teisalt suurendab võimalike täiendavate nn *premium*-teenuste müüki rahvusvahelistele ravimi- ja biotehnoloogia-ettevõtetele.

Terviseuuringute puhul on võimalik teha nutikalt allhanget või ka pakkuda tervikteenust. Tervikteenuse puhul võib üheks nišiks olla tervisekontrolli teenuse pakkumine. Selle puhul tulevad siia suurfirmade töötajad oma terviseteste tegema, olles samal ajal ka lihtsalt puhkusereisil. Inimesed tuleksid siia, sest nende terviseteadlikkus on suurenenud ning Eestis on hinnad madalamad. Külastajad tahavad saada terviklahendust - *wellness*, ravipakett, majutus jne. Tervikteenuse osutamisel peab tegema ettevalmistusi ning kaasama ka erainvesteeringuid.

Keskuste rajamine jääb oskusteabe (vähene ja lühiajaline kogemus ning traditsioonid), tööjõu ja eristuva konkurentsieelise (näiteks soe kliima või kuurortitraditsioonid) puudumise taha. Arvestades Eesti väiksust mahuks siia üks korralik keskus. Inimeste arv, kes Eestisse võiks ravile tulla on 10 000-50 000. Arvestades teenuse komplekshinnaks 5000 krooni, oleks käibemaht kuni 250 miljonit krooni aastas (sellele lisanduvad mittemeditsiinilised tulud, hotelli-, spaa- jm turismiteenuste eest hinnanguliselt 10 000 krooni inimese kohta).

Kuidas jõuda soovitud visioonini?

Laboridiagnostika puhul on kõigepealt oluline turundustegevus sihtturgudel (eeskätt Skandinaavias), kapitali kaasamine tegevuse laiendamiseks ning ülitõhusa logistikavõrgu väljaarendamine. Samuti on oluline edendada riikliku tervishoiuteenuse tippkvaliteedi kuvandit. Investeeringute maht on samas väiksem kui valdava osa teiste tervisevaldkondade puhul, kuna nii füüsilist ruumi kui inimtööjõudu teenuse osutamiseks kulub reeglina vähem. Välisurgudel kiireks laienemiseks on tõenäoliselt otstarbekas sihtturul mõne kohaliku ettevõtja kaasamine.

Tervikliku keskuse töölepanemiseks on vaja keskusesse ligikaudu 50 arsti, kellest valdav osa tuleks tänasega võrreldes täiendavalt tervishoiuvaldkonda juurde tuua (koolitada või importida). Samuti on vajalik suhteliselt suurt investeeringut infrastruktuuri (aastas 10 000 kliendini jõudmiseks on vaja tööpäevas teenindada ca 40 inimest, mis välismaiste klientide puhul eeldab ka majutusvõimalust) ja kliendibaasi väljaarendamisse (turundus, läbirääkimised suurpartneritega). Keskuse edukaks töölepanemiseks on vajalik tekitada sünergia arstide ja uurijate vahel, et ühendada endas teadus ja tippmeditsiin ning pakkuda seda teenust läbi tipp tehnoloogia. See võimaldab regioonis eristuda ning kliente Eestisse meelitada. Lisaks on oluline arendada sünergiat ravispaadega. Rahvusvahelist kogemust arvestades võiks kaaluda järgnevate teenuste osutamist:

- üldine tervisekontroll (sh geenidiagnostika);
- spetsiifilised ja kallid uuringud (näiteks Venemaa või Läti elanikele, kus inimesed tasuvad selle eest sageli ise);
- eriotstarbelised diagnoosimisega seotud tegevused (näit spordimeditsiiniline testimine).

Üks võimalus kiirendada ekspordimahtude kasvu on asjakohase oskusteabe ja/või olemasoleva välismaise kliendibaasiga strateegilise investori kaasamine.

Visioonis tuleb ära kasutada uudseid tehnoloogilisi lahendusi (nt Skype, telekonsultatsioon, digitaalne haiguslugu jms), mis võimaldavad kommunikatsiooni- ja patsiendi transpordikuludelt kokku hoida, arendada kaasaegseid müügikanaleid ning pakkuda selgelt eristuvat toodet. Lisaks tuleb teha tihedat koostööd teadusarendusettevõtete ja -asutustega.

Hambaravi

Hambaravi tegeleb suu piirkonna pehmete ja kõvakudede haiguste, defektide, traumade ja kaasasündinud anomaaliade diagnostika, ravi ja ennetusega. Hambaravi eesmärgiks on säilitada ja/või taastada maksimaalselt nii funktsioon kui ka esteetika.

Hambaravi teenused jagunevad erinevatesse valdkondadesse. Eristatakse hambaravi, esteetilisi protseduure ja proteesimist.

Implantaatide ja proteeside paigaldamisel teevad hambaarstid tihedat koostööd hambatehnikutega, kes pakuvad oma teenuseid läbi spetsiaalsete hambalaborite. Hambalaborid asuvad nii hambakliinikutes kui ka eraldiseisvate ettevõtetenä, kus pakutakse teenust üle Eesti. Antud uuringu kontekstis vaatleme eksporditava teenusena eelkõige hambaravi, hambalabori eksport on välja toodud eraldi juhtumite kirjelduses.

Hetkeolukord

Hambaarste oli Eestis 2007. aasta seisuga 1140, sellest hambaraviarste 962, näo-lõualuukirurge 17, ortodonte 50 ja proteesiarste 111. Hambaravivaldkonnas töötavaid hambatehnikuid oli 2007. aastal 161, dentiste 34 ning hambaraviasutustes töötavaid abispetsialiste 347. Hambaraviõpe toimub Eestis Tartu Ülikoolis ning igal aastal lõpetab hambaarstiteaduskonna ligikaudu 30 hambaarsti. Kui suur osa neist Eestisse tööle jääb, ei ole täpselt teada, ent uuringu käigus kogutud arvamuste kohaselt suunduvad nii mõnedki neist pärast ülikooli lõpetamist välismaale tööle. Välismaale suundutakse eelkõige parem palga pärast.

Hambaravi vastuvõtte teostati 2007. aastal kokku 1 998 905.⁶³ Eesti Haigekassa poolt toetatavate ravijuhtude arv oli 2008. aastal kokku 404 963. Selle moodustasid laste hambaravi 300 889 juhtu, ortodontia 37 719 juhtu, hambahaiguste ennetus 45 738 juhtu ning täiskasvanute vältimatu hambaravi 20 617 juhtu.⁶⁴ Hambaravile kulus Haigekassal 2008. a kokku peaaegu 300 miljonit krooni, mis sisaldas laste hambaravi 231 miljonit krooni, ortodontiat 43,6 miljonit krooni, hambahaiguste ennetus 10,5 miljonit krooni ja taiskasvanute vältimatut hambaravi 13,9 miljonit krooni. Kõigist tervishoiuteenuste kuludest moodustasid hambaravi kulud 4%.

Praegu pakuvad aktiivselt välismaalastele hambaraviteenuseid 4-5 kabinetti Tallinnas (nt võib tuua Kliinik32, Viru Hambakliinik, Eurodent ja CityMed). Lisaks pakub aktiivsemalt välismaalastele hambaraviteenuseid Pärnu Hambakliinik, kes teeb koostööd Pärnu spaadega.

Hambaraviteenuste ekspordi peamiseks seniseks sihtturuks on olnud Soome.

Ekspordiga aktiivsemalt tegelevate kliinikute sõnul moodustavad välismaalased nende patsientuurist ligikaudu viiendiku.

Hambaraviteenuste ekspordi peamiseks seniseks sihtturuks on olnud Soome. Seda eelkõige selle tõttu, et soomlased on harjunud

Eestis käima ning nende teadlikkus Eestist on teiste riikide turistide omast kõrgem. Soomlaste teenindamise eelduseks on ka teenust pakkuvate Eesti hambaarstide piisav soome keele oskus ning heal tasemel olev teeninduskultuur.

63 TAI, 2007.

64 Eesti Haigekassa majandusaasta aruanne 2008.

Lisaks Soomele pakutakse hambaraviteenuseid ka teistesse Skandinaavia riikidesse, eelkõige Rootsi ja Norrasse. Rootsi ja Norra patsiente on hambaarstide sõnul küll soomlastega võrreldes vähem, ent tänu teadlikkusele Eestist ning heale transpordiühendusele käib nii Norrast kui Rootsist siiski inimesi Eestis hambaravi saamas. 2008. aastal esitati Rootsi Haigekassale 146 taotlust Eestist saadud hambaravi teenuste hüvitamiseks ning sellest hüvitati kokku 121 juhtu kogusummas 312 341 Rootsi krooni (ligikaudu 446 000 Eesti krooni).⁶⁵ Venemaalt tulevad patsiendid satuvad Eestisse hambaravile pigem juhuslikult, sest aktiivset kampaaniat Vene turistidele tehtud ei ole. Venelaste jaoks on vähese külastatavuse põhjusteks raskused viisade saamisel ning kehv transpordiühendus Eestiga.

**Hambaarste oli Eestis
2007. aasta seisuga 1140.**

Olmetingimused eksportivates hambaravikliinikutes on võrdväärised Skandinaavia kliinikutega, sest Eestis on pidevalt investeeritud nii tehnika kui kabinettide uuendamisse. Kui Skandinaavia patsientide Eestisse toomiseks piisab olemasolevast tehnoloogiast, siis jõukamatele venelastest patsientidele ei pruugi Eestis pakutav teenuse kvaliteet olla piisav. Olles harjunud Lääne-Euroopa eksklusiivsemate kliinikutega, on jõukamate venelaste Eestisse hambaravile toomine riskantne.

Välisriikide patsientidele tehtavad tööd on üldjuhul keerulisemad kui tavaline esteetiline hambaravi. Populaarseimateks töödeks on kallimad protseduurid, näiteks laminaadid, kroonid, proteesid ja implantaadid. Kalleimaid töid tehakse klientidele, kellel on mitmete aastate jooksul tekkinud suuremad hammaste probleemid ning kes on juba pikemat aega planeerinud oma hambaid võimalikult soodsa hinna eest korrastada. Paljud tänased väliskliendid on soomlased, kes on pikemat aega suuremaid töid edasi lükanud ning kes kulude kokkuhoiu nimel Eestisse tulevad, sest kallimate protseduuride hinnad on Eestis pea kaks korda madalamad kui Soomes.

Hindamisel andsime valdkonnale järgmised punktid:

EESTI EKSPORDIPOTENTSIAAL HAMBARAVIVALDKONNAS	Punktid	Max punktid
VÕIMEKUS		
Arstide absoluutarv	3	3
Õdede absoluutarv	1	1
Vaba inimressurss	1	2
KONKURENTSIEELIS		
Olme	3	3
Hind	2	3
Kvaliteet	1	1
EKSPORDI REALISEERITAVUS		
Kapitalimahukus	2	2
Soov investeerida (eraraha osakaal)	1	1
Koostöövõime	0	1
EKSPORDITASE PRAEGU		
Keelebarjääritus	1	1
Teenindustase	1	1
KOONDHINNE	16	19

65 Allikas: Forsakringskassan (Rootsi Sotsiaalkindlustuse Agentuur).

HAMBARAVIVALDKONNA EKSPORDINÕUDLUS	Punktid	Max punktid
Teenuseid vajavate inimeste arv	3	3
Teenuste rahalise mahu osakaal kogu teenuste mahust	4	4
Valdkonna kasvu toetavad globaalsed trendid	3	4
Patsiendi omaosaluse määr teenuste eest tasumisel	2	2
Senine globaalne eksport	3	3
KOONDHINNE	15	16

Valdkonna väärtusahel

Hambaraviteenuste üheks iseloomujooneks on, et teenuse pakkumiseks ei ole enamasti vaja põhjalikku eelkonsultatsiooni. See tähendab, et patsient võib ilma eelnevalt nõu pidamata Eestisse ravile tulla ning juba esimesel visiidil alustatakse kohe tema raviga. Selline paindlikkus tõstab hambaraviteenuste ekspordipotentsiaali.

Hambaraviteenuste üheks iseloomujooneks on, et teenuse pakkumiseks ei ole enamasti vaja põhjalikku eelkonsultatsiooni.

Teenuse ostmise kohta otsusele jõudmiseks kogub patsient esmalt internetist informatsiooni erinevate hambaravikliinikute ning hindade kohta. Uuringu käigus läbi viidud hambaraviteenuste ümarlaual toonitati hea kodulehe olulisust, sest välispatsiendid

tahavad enne kliiniku külastamist informatsiooni koguda. Väga oluliseks hindamiskriteeriumiks on ka tuttavate soovitusel.

Edasine on juba reisi planeerimine ning Eestist teenuse saamine. Kiire transpordiühendus Skandinaaviaga (eelkõige Soomega) teeb Põhjamaade välisturistile Eestisse tuleku mugavaks. Välispatsient hindab Eestist saadud teenuse puhul arsti suhtlemisoskust ja kliiniku olmetingimusi. Kui patsient jääb Eestist saadud teenusega rahule, siis üldjuhul on ta nõus ka edaspidi Eesti kliinikut külastama. Oluline ongi võita patsiendi esmane usaldus, sest sedasi suudetakse tekitada püsikliente, kes omakorda oma tuttavate seas Eesti kliinikuid soovivad. Järelravi vajadus on hambaraviteenuste puhul üldjuhul väike ning patsiendi hambaid on võimalik ravida paari visiidi käigus (välja arvatud keerukamad tööd).

1.

Teenuse ostmise kohta otsusele jõudmine

- Inimene saab informatsiooni reklaami kaudu
- Tuttavate soovitusel, kes on Eestis hambaraviteenust tarbinud
- Arsti usaldatavuse hindamine (keeleoskus, kvaliteet, internetist leitav info) ja arsti/kabineti valimine

2.

Hambaraviteenuse saamine

- Patsient tuleb Eestisse ning teostatakse vastavad protseduurid
- Eelnev konsultatsioon kodumaal ei ole üldjuhul vajalik
- Suuremate tööde puhul 2-3 visiiti, järelravi üldjuhul vajalik ei ole

Visioon

Hambaravivaldkonna eesmärgiks on eelkõige suurendada Soome patsientidele pakutavat teenusemahtu. Visiooni soodustavaks teguriks on Soome haigekassa poolt pakutav riiklik hambaraviteenuste hüvitiste süsteem. Kansaneläkelaitos (KELA) maksab soomlastele kinni kuni 50% Eestis osutatud hambaraviteenuse hinnast. Soodustus kehtib tavalisemate tööde puhul (näiteks juureravi ja kirurgia) ning ei kehti kallimate protseduuride puhul (näiteks proteesid). Arvestades, et Soomes on hambaravijärjekorrad kuni pool aastat pikad, võib eeldada patsientide soovi Eestist hambaraviteenuseid osta. Seetõttu on vajalik olemasolevate Soome patsientide hulka suurendada ning jõulisemalt ja organiseeritumalt soomlastele teenuseid pakkuda.

Kuidas jõuda soovitud visioonini?

Hambaravi puhul on oluline organiseeritud, fokuseeritud ja pikaajaline turundustegevus sihtturgudel (eeskätt Soomes). Tänapäevane keskmine Soome turist saabub Eestisse laevaga ning seetõttu reklaamivad ka mitmed hambaravifirmad ennast nii sadamas kui laevadel jaotatavates turismibrošüürides.

Peamiseks takistuseks, miks soomlased täna Eestist hambaraviteenuseid ei osta, on nende vähene teadlikkus, et Eestis pakutakse kvaliteetset hambaraviteenust ning et KELA hüvitab Eestis tasutud ravikulud. See muudab Eesti hambaravihinnad võrreldes Soomega väga konkurentsivõimeliseks. Hind on välismaalastele aastaid olnud esimene argument hambaraviteenuse ostmiseks ning Soomega võrreldes on Eesti hinnad täna kuni kaks korda odavamad. Visioonini jõudmiseks tuleb jõulisemalt teavitada soomlasi, et KELA kompenseerib neile teatud osa Eestis tehtud tööst.

Peamiseks takistuseks, miks soomlased täna Eestist hambaraviteenuseid ei osta, on nende vähene teadlikkus Eestis pakutavatest võimalustest.

Üha enam tähelepanu tuleb pöörata ka Eestis välismaalastele pakutava hambaraviteenuse kõrgele kvaliteedile ja kättesaadavusele. Eesti hambaravikabinetid on teinud püsivalt investeeringuid kaasaegsetesse tehnoloogiatesse ja hambalaboritesse. Lisaks sellele on järjekorrad arsti juurde pääsemiseks lühemad kui Soomes ning kliendiga ollakse võimelised soome keeles suhtlema.

Ekspordi realiseeritavust hindasid antud raporti koostamise käigus osalenud hambaarstid positiivselt ning erinevatel hinnangutel on vaba ressursi ekspordi kasvatamiseks 10-15%. Soov välisriikide patsientidele hambaraviteenuseid pakkuda on kliinikute hulgas suurenenas, arvestades, et praegusel majanduskriisist toibumise ajal võib Eesti kohalik hambaraviteenuste turg väheneda.

Soomlaste Eestisse meelitamiseks ei olegi niivõrd vajalikud koheselt tehtavad suured investeeringud, kuivõrd püsiv turundustegevus.

Soomlaste Eestisse meelitamiseks ei olegi niivõrd vajalikud koheselt tehtavad suured investeeringud, kuivõrd püsiv turundustegevus, et luua soomlaste hulgas teadlikkus Eestis pakutavatest hambaraviteenustest. Usalduse fooni loovad ka positiivsed artiklid välisajakirjanduses siinsete teenuste uudsuse ja kvaliteedi kohta. Teadlikkuse tõstmisele kulub hinnanguline aeg on 2-5 aastat ning siinjuures on oluline kliinikutevaheline koostöö, sest üksikutele firmadele käib välisriikides kampaaniate korraldamine üle jõu. Olulist rolli saab mängida ka erialaliit. Riigilt oodatakse eelkõige abi õiguslikel teemadel (välisriigi regulatsiooni väljauurimine) ning tuge välisriiki teenuse pakkumiseks vajaliku nõuetekohase dokumentatsiooni koostamisel.

Lisaks lähiriikidele Skandinaavias on võimalik teenust pakkuda ka kaugematele turgudele (nt Ühendkuningriik), ent sealsele turule minek eeldaks ka ärimudeli muutust. Vaja on luua kontakte seal tegutsevate kliinikutega, kes oleksid huvitatud oma patsientide Eestisse saatmisest. Näiteks võib tuua patsiendid, kes ei soovi maksta keerulisemate protseduuride eest koduriigis kallist hinda, kuid keda UK kliinik ka kohaliku konkurendi juurde ei soovi saata. Nende jaoks võiks olla lahenduseks koduriigi kliinikus esmase diagnoosi ning raviplaani koostamine, mille alusel patsienti Eestis ravitaks. Sellise süsteemi korral ei kaota kliinik oma patsienti, kuid kindlasti peab märkima, et taolise suuremahulise teenuse käivitamine on väga aeganõudev protsess.

Ravispaad

Spaad jagunevad definitsiooni järgi kaheks. Heaoluspaades (*wellness spa*) pakutakse lisaks ööbimisvõimalusele ka lõõgastust (nt saun, teraapia, veekeskus). Ravispaad (*medical spa*) pakuvad lisaks ka litsentseeritud arstide teenuseid. Ravispaad pakuvad mitmepäevaseid ravi-pakette (4-, 5-, 7-, 10-, 14-päevased paketid). Teenustena pakutakse füsioteraapilist taastusravi - operatsioonijärgset lihaskonna taastamist, vanemate inimeste liigesevaeguste ravi, lõõgastavat ravi (laserravi, soojusravi, vesiravi, massaažid). Erinevalt taastusravikeskustest ei tegele ravispaad insuldi- või infarktjärgse taastusraviga. Antud uuringu kontekstis keskendume just ravispaadele.

Hetkeolukord

Ravispaadele on Eestis kehtestatud järgunõuded ning kokku on Eestis 10 ravispaad: Toila, Viimsi Spa, Laine, Fra Mare, Värska, Viking, Estonia, Tervis, Tervise Paradiis ja Pühajärve spaa. Ravispaad tegelevad aktiivselt oma teenuste ekspordiga ning peamised sihtriigid, kust Eesti spaadesse tullakse, on Soome, Rootsi ja Norra.

Välisriikide kliendid on teenuseteadlikud ning teavad, milliseid teenuseid neile vaja on.

Ravispaades müüdavaks ühikuks on üks voodipäev ühele inimesele. Teenus sisaldab üldjuhul voodikohta kaheses toas, kolme söögikorda päevas, 2-3 protseduuri päevas ning arsti vastuvõttu. Eesti ravispaades on kokku ca 2500 voodikohta. Arstide arv ravispaades on täna ligikaudu 30. Uuringu käigus

kogutud eksperthinnangute kohaselt on välisklientide osakaal hetkel ligikaudu 50% ning ravispaade täituvus on keskmiselt 65%. Alates 2006. aastast ei ole spaaturg Eestis kasvanud.⁶⁶ Hinnangute kohaselt kolme aasta perspektiivis spaade täituvus langeb, kuid 10 aasta perspektiivis võiks oodata 20% kasvu.

Populaarsemad turud, kust Eesti ravispaadesse tullakse, on Soome, Rootsi ja Norra. Välisriikide kliendid on teenuseteadlikud ning teavad, milliseid teenuseid neile vaja on. Hinnatundlikeks klientideks nimetati uuringu käigus kogutud arvamuste kohaselt soomlasi ja norralasi. Venemaa omab turuna potentsiaali, kuid Eesti-Vene suhete ja sellest tuleneva ebamugava piiriületuse tõttu on venelaste Eestisse toomine komplitseeritud. Kui üldse, siis täna külastavad venelased pigem Kirde- ja Kagu-Eesti spaasid.

66 Eesti Turismi Põhinäitajad 2008, EAS <http://public.visitestonia.com/files/statistika/Eesti-stat2008-2.pdf>

Ühendkuningriigist ja Saksamaalt satub kliente Eesti ravispaadesse harva. Ühelt poolt on see tingitud vähesest informeeritusest, teisalt on Lääne-Euroopa spaaturiste Eestisse keeruline meelitada, kuna lääne-eurooplastel on mitmeid kvaliteetseid alternatiive ka kodule lähemal (nt Saksamaal, Tšehhis ja Slovakkias). Samuti ei ole keskmine Lääne-Euroopa inimene harjunud 7-päevaste pakettreisidega Eestisse, vaid tuleb siia pigem nädalalõppu veetma.

Hindamisel andsime valdkonnale järgmised punktid:

EESTI EKSPORDIPOTENTSIAAL RAVISPAA VALDKONNAS	Punktid	Max punktid
VÕIMEKUS		
Arstide absoluutarv	2	3
Õdede absoluutarv	1	1
Vaba inimressurss	2	2
KONKURENTSIEELIS		
Olme	2	3
Hind	1	3
Kvaliteet	1	1
EKSPORDI REALISEERITAVUS		
Kapitalimahukus	0	2
Soov investeerida (eraraha osakaal)	1	1
Koostöövõime	1	1
EKSPORDITASE PRAEGU		
Keelebarjääritus	1	1
Teenindustase	1	1
KOONDHINNE	13	19

RAVISPAA VALDKONNA NÕUDLUS	Punktid	Max punktid
Teenuseid vajavate inimeste arv	2	3
Teenuste rahalise mahu osakaal kogu teenuste mahust	2	4
Valdkonna kasvu toetavad globaalsed trendid	3	4
Patsiendi omaosaluse määr teenuste eest tasumisel	2	2
Senine globaalne eksport	3	3
KOONDHINNE	12	16

Väärtusahel

Tänane keskmine ravispaa-turist jõuab Eestisse läbi vahendajate või soovitajate, sh perearsti. Edasise raviprotseduuri valikul kaalutakse Eestisse tulekut eelkõige soodsa hinna ja kvaliteedi suhte pärast. Kliente vahendavad Eestisse peamiselt edasimüüjad, kes on spetsialiseerunud ravispaaepakettide müümisele. Lisaks tegutsevad vahendajatena välismaalastest FIE-d, kes külastajate rühmi komplekteerivad ning välisriikide erialaliidud, kes oma liikmete seas Eesti ravispaasid soovitada oskavad. Samuti on klientide hulgas neid, kes iseseisvalt internetis teenusepakujate kodulehti külastades ning hindu võrreldes otsustele jõuavad.

- 1. Vajadus füsioteraapialise taastusravi järele**
- Operatsioonijärgne lihastetaastus
 - Vanusest tingitud vajadus
 - Toonuse tõstmine

- 2. Vahendajad, kes inimesi Eestisse suunavad**
- Edasimüüjad - spetsialiseerunud taastusravi paketi müüjad. Need on turismibürood, mille üks osakond tegeleb n-õ sanatooriumiturismiga.
 - Rühmavedajad - isikud, kes teavad Eestis pakutavaid pakette ning komplekteerivad ise seenioridest gruppe kokku.
 - Ühendused - nt südameühendus, vähiliit - otsivad enda klientidele meditsiinilisi pakette.
 - Iseseisev klient - see, kes enamasti otsib infot internetist ning on alaga kursis. Tihti on saanud soovitusi oma riigi perearstilt.

- 3. Ravispaas viibimine**
- 7-, 10-, 14-päevane kuur
 - Lisateenuste ostmine lisaks tavapärastele teenustele

Visioon

Eesmärgiks võib seada ravispaas 90%-lise täituvuse. Arvestades, et välisklientide osakaal ravispaades on ca 50% ja et ühte voodikohta on võimalik müüa hinnaga 700 krooni öö, on ekspordipotentsiaal aastas $2500 \times 90\% \times 700 \text{ krooni} \times 365 \text{ päeva} \times 50\% = 287\,437\,500$ krooni. 2009. aasta ca 65% täituvuse juures oli ligikaudne ekspordikäive ca 200 miljonit krooni. Täituvuse tõstmine 65%-lt 80%-le annaks ekspordile juurde ca 80 miljonit krooni.

Kuidas jõuda soovitud visioonini?

Eesti üheks peamiseks konkurentsieeliseks on hind, mis paketi puhul on ca 30-40% odavam Põhjamaade hinnast. Hinnaeelis ilmneb ka patsientide poolt kohapeal juurde ostetud uuringute puhul, mille hind kodumaal on Eesti hinnast kuni kaks korda suurem. Keeleoskus (soome, rootsi, vene, inglise) on ravispaades hea. Kombineerides seda kvaliteetse teeninduskultuuriga, saab väliturist ootustele vastava hinna ja kvaliteedi suhtega teenuse.

Samas jäi uuringu käigus tehtud intervjuudes kõlama arvamus, et 3-5 aasta perspektiivis Eestis hinnaeelis väheneb ning kvaliteet ja eristumine muutuvad üha olulisemaks. Arvestades Põhjamaade elanikkonna vananemist suureneb nõudlus ravispaade teenuste järele ning ravispaade ja tavapäraste heaoluspaade erinevus kasvab veelgi. Üha enam tuleb tähelepanu pöörata konkreetsete niššide leidmisele (näiteks individuaalsete treeningplaanide koostamine või spetsiifilisemate protseduuride pakkumine). Eristumine võimaldab välisklientide hulgas silma paista ning neid paremini Eestisse meelitada.

Sihtturgudena nähakse endiselt Skandinaavia riike ning ennustatakse ka Venemaa potentsiaali kasvu. Soome teeb atraktiivseks sealne KELA, kellega oleks otstarbekas riiklikul tasemel suhelda. KELA võiks pikemaajalise koostöö tulemusena hakata Eestist teenust sisse ostma. Venemaa potentsiaal peitub eelkõige hiliskeskealises elanikkonnas, kellel on vaja tööspeetsiifikast tulenevat taastusravi (n-õ sanatooriumiturismi).

Uuringu käigus tehtud intervjuudes toonitati spaade, turismiliitude ning riigi omavahelise hea koostöö olulisust ning vajadust väliskliendile infot läbi interneti paremini levitada. Eesti spaad peaksid rohkem panustama teenuste disainile ja strateegilisele müügile, mille kõrval on oluline ka riigi tugev imidž. Samuti oleks kasulik aktiivsemalt rakendada info- ja kommunikatsioonitehnoloogia võimalusi. Väärtusahelas on oluline osa nii *online*-turundusel kui hästi ette valmistatud valmispakettidel. Eesti spaade kohta infot otsides jääb kliendi jaoks otsustavaks see, kas tekib usaldus teenust pakkuva asutuse vastu. Usaldus Eesti riigi ning eelkõige teenust pakkuva asutuse ja teenuse kvaliteedi vastu määrab, kas klient tuleb Eestisse seda tarbima või mitte.

Eesti spaad peaksid rohkem panustama teenuste disainile ja strateegilisele müügile, mille kõrval on oluline ka riigi tugev imidž.

Praegu konkureerivad Eesti spaad Soome turule teenust pakkudes omavahel, ent vahendite killustatuse tõttu ei saavuta spaad omapäi tegutsedes oodatud tulemust. Riiklike ja Euroopa Liidu programmide abiga (nt EAS) tuleks soodustada ühtset ravispaade teenuste müüki välisriikidesse ning ainult läbi koostöö on võimalik välisriikides tõsta Eestis pakutavate teenuste usaldusväarsust.

Tuleb arendada ka koostööd ravispaade ning tervishoiuasutuste vahel. Üheks võimaluseks on saata ravispaade kliente Eesti tervishoiuasutustesse põhjalikele uuringutele. Sedasi saavad ravispaasid külastavatest turistidest kasu ka erinevad tervishoiuasutused, kes saavad süvameditsiiniteenuseid välismaalastele müüa. Riik saab ravispaade ekspordi toetada turustades Eesti ravispaasid kui terviklikku terviseturismi toodet. Üheks võimaluseks on käivitada spetsiaalne terviseturismi agentuur, kes loob kontakte välisriigi vahendajate, erialaliitude ja era-kindlustusfirmadega ning toob Eestisse suuremahuliselt ravispaade turiste. Agentuuri riikliku toel abil oleks võimalik välisriikide asutustega kõrgel tasemel suhelda ning efektiivsemalt koostööni jõuda.

Plastiline ja rekonstruktiivkirurgia

Plastiline kirurgia tegeleb inimkeha vormi ja funktsiooni korrektoori ja taastamisega. Eri-valdkondadeks on antud teenuse all näiteks naha ja naha-aluskoe healoomuliste kasvajate eemaldamine, silmalaugude plastika, otsmiku ja kulmude plastika, laserlihvimine, täitesüstid, rasvaimu, rindade suurendamine ja kuju korrigeerimine, näo ja kaela pinguldusoperatsioonid.

Hetkeolukord

2007. aasta seisuga oli Eestis 5 plastikakirurgi. Teenuse pakkumisega tegelevad peamiselt 2-3 arstiga töötavad kliinikud Tallinnas, Tartus ja Pärnus (nt Clinica, Villa Medica). Praegu on plastilist ja rekonstruktiivkirurgiat pakkuvate ettevõtete näol tegemist väikeettevõtetega. Tegevusele seavad teatud piiranguid väikeettevõtete suur aruandluskoormus tervishoiu-ameti, maksuameti ja statistikaameti ees, arstide vähesus ja eraldiseisvate turundustöötajate puudumine.

Täna ei ole osad esteetilise kirurgia teenused (nt liposuktsioon ehk rasvaimu) riiklikult tunnustatud plastikakirurgiaks. Niikaua, kui teenus ei ole Haigekassa loendis, võib teenust pakkuda ilma litsentsita. See on riskantne, kuna ühe Eestis välismaalasele tehtud ebaõnnestunud protseduuri tõttu võib väheneda patsientide vool ka teistesse kvaliteetsetesse Eesti kliinikutesse. Meediakajastus välisriikides peab olema positiivne, sest stabiilsus ja usaldusväarsus on meditsiiniteenuse juures põhilised müügiargumendid.

Osade kliinikute puhul moodustab ekspordi osakaal teenuse kogumahust ligikaudu poole. Teenust müüakse peamiselt Soome ja Rootsi. Soomlastele müüakse esteetilist kirurgiat. Rootsi patsiendi jaoks on oluliseks argumendiks pikk ravijärjekord koduriigis ning ametiühingud, mis ei lase arstidel nädalavahetusel töötada. Eesti arstide kvaliteetne väljaõpe on tulnud suuresti isiklikust initsiatiivist ning pidevast täiendkoolitusest. Olmetingimused Eesti kliinikutes vastavad Põhjalaade klientide nõudmistele ning kliinikud kasutavad aktiivselt enda turundamiseks internetti.⁶⁷

Läti ja Leedu on hinnatasemelt odavamad kui Eesti ning rootslased käivad aktiivselt ka Riias. Läti puhul on tugevuseks hea lennuühendus. Saksamaa kliendid käivad Tšehhis, sest naaberriikide vahel on hea lennuühendus. Venemaa patsiendid satuvad Eestisse pisteliselt, kuna venelastel on Eesti viisa saamisega raskusi. Peterburis on palju teenusepakkujaid ning hind on Eestiga sarnane. Venemaa klientide silmis on võimalik kvaliteediga positiivselt eristuda.

Hindamisel andsime valdkonnale järgmised punktid:

EESTI EKSPORDIPOTENTSIAAL PLASTILISE KIRURGIA VALDKONNAS	Punktid	Max punktid
VÕIMEKUS		
Arstide absoluutarv	0	3
Õdede absoluutarv	0	1
Vaba inimressurss	2	2
KONKURENTSIEELIS		
Olme	3	3
Hind	1	3
Kvaliteet	1	1
EKSPORDI REALISEERITAVUS		
Kapitalimahukus	1	2
Soov investeerida (eraraha osakaal)	1	1
Koostöövõime	1	1
EKSPORDITASE PRAEGU		
Keelebarjääratus	1	1
Teenindustase	1	1
KOONDHINNE	12	19

PLASTILISE KIRURGIA VALDKONNA NÕUDLUS	Punktid	Max punktid
Teenuseid vajavate inimeste arv	1	3
Teenuste rahalise mahu osakaal kogu teenuste mahust	2	4
Valdkonna kasvu toetavad globaalsed trendid	4	4
Patsiendi omaosaluse määr teenuste eest tasumisel	2	2
Senine globaalne eksport	3	3
KOONDHINNE	12	16

67 Villa Medica koduleht, <http://www.plastic-surgery-estonia.com/plastic-surgery-abroad/clinic-abroad.html>

Väärtusahel

Plastikakirurgia üheks iseloomujooneks on, et teenuse pakkumiseks ei ole enamasti vaja põhjalikku eelkonsultatsiooni. See tähendab, et patsient võib ilma eelnevalt nõu pidamata Eestisse teenust tarbima tulla. Vajadusel saab eelkonsultatsiooni korraldada läbi telefoni/Skype'i. Selline paindlikkus tõstab plastikakirurgia ekspordipotentsiaali, sest soodustab patsientide piiriülest liikumist.

Teenuse ostmise kohta otsusele jõudmiseks kogub patsient esmalt internetist informatsiooni erinevate kliinikute ning hindade kohta. Seega on oluline omada sisukat kodulehte, sest välispatsiendid tahavad enne kliiniku külastamist infot koguda. Väga oluliseks hindamiskriteeriumiks on ka tuttavate eelnevad kogemused ning meedias levinud artiklid.

Edasisteks sammudeks on juba reisi planeerimine ning Eestis teenuse tarbimine. Kiire transpordiühendus Skandinaaviaga (eelkõige Soomega) teeb Põhjamaadest tulevatele välis-turistile Eestisse jõudmise mugavaks. Välispatsient hindab Eestist saadud teenuse puhul arsti suhtlemisoskust, kliiniku olmetingimusi ning kui patsient jääb Eestis saadud teenusega rahule, on ta üldjuhul nõus ka edaspidi Eesti kliinikut külastama. Oluline ongi võita patsiendi esmane usaldus, sest sedasi suudetakse luua püsiklientuur, kes omakorda oma tuttavate seas Eesti kliinikuid soovitab.

1.

Teenuse ostmise kohta otsusele jõudmine

- Patsiendil on vajadus teenuse järele
- Konsulteerib kodumaal arstiga ravivajaduse osas
- Otsib usaldusväärset kliinikut välisriigis

2.

Tegevuskava ja logistika kinnitamine

- Sobiva teenuseosutaja otsimine ja valimine
- Reisiplaanide koostamine / koostöö vahendajatega
- Võimalik kliiniku külastus välisriigis

3.

Protseduur viiakse läbi

- Lõikus
- Vahetu operatsioonijärgne tulemuse ja tüsistuste kontrollimine

4.

Protseduurijärgne järelravi (Eestis või kodumaal)

- Funktsiooni taastamine (rehabilitatsioon) / järelkontroll / edasiste juhiste saamine
- Patsiendi naasmine kodumaale (võib toimuda ka enne taastusravi) (koostööpartner sihtriigis)

5.

Järelkontroll

- Arsti kontroll / komplikatsioonide tuvastamine patsiendi kodumaal (koostööpartner sihtriigis)

Visioon

Visioonina võib Eestis pakkuda plastilise ja rekonstruktiivkirurgia teenust välisriikide (eelkõige Põhjamaade) patsientidele. Töö tõhustamisega oleks võimalik osadel kliinikutel oma käivet tõsta 50-100%.

Kuidas jõuda soovitud visioonini?

Peamised põhjused, miks Skandinaaviast Eestisse teenust tarbima tullakse, on ühelt patsiendilt teisele antud soovitus, hea hinna ja kvaliteedi suhe ning mõnedel puhkudel ka anonüümsus. Hinnatasemelt on Eestis pakutavad teenused ligikaudu 25–30% Põhjamaadest odavamad.

Eesti tugevusteks on kvaliteetne aparatuur ning oskuslikud arstid. Kvaliteedi taseme hoidmine ning selle kasutamine turundussõnumina välisriikides on üheks võimaluseks teenusvaldkonna eksportkäibe tõstmiseks.

Kvaliteedi taseme hoidmine ning selle kasutamine turundussõnumina välisriikides on üheks võimaluseks teenusvaldkonna eksportkäibe tõstmiseks.

Teisalt on visioonini jõudmiseks oluline koostöö Eesti teenusepakkujate vahel. Ilma koostööta ei suudeta piisavalt kriitilist massi tekitada ning üksikute ettevõtete välisurgudele läbimurdmise ponnistuste realiseerumise tõenäosus on väike.

Alternatiivina pakuti intervjuudes välja ka Eestisse plastikakirurgiakeskuse loomist, kus tegeletakse teenuste arendamisega ning kogu väärtusahela lõikes teenuste pakkumisega välisklientidele. Samuti nähti edu ühe võtmena koostööd spaadega.

Visioonini jõudmiseks on oluline ka siseriiklik kvaliteedi ja standardite kontroll. Iga eksimust võimendatakse arstide hinnangul välismeedias üle ning vigade vältimiseks tuleb luua vastavad kvaliteedistandardid. Samuti aitaks plastikakirurgia ühtne liit või katusorganisatsioon välispatsientide küsimustele vastata ning probleeme lahendada. Turunduses tuleks asetada enam rõhku internetile ning populariseerida Eestit kui Skandinaavia oskuste ja Eesti hinnaga teenusepakkujat. Riigil on oluline roll kuvandi loomisel ning siin nähakse aktiivset koostööd riigi ja eraettevõtete vahel.

Ortopeedia

Ortopeedia ehk luu- ja liigesekirurgia on kasvava nõudlusega meditsiinivaldkond seoses elanikkonna vananemisega, sest vanusega kaasnevad paratamatult degeneratiivsed muutused. Koormust liigestele suurendavad samal ajal nii ülekaal kui ka elanikkonna kasvanud liikumisaktiivsus. Peamised protseduurid, mille arv suureneb väga kiiresti, on artroplastika (ehk liigeste endoproteesimine) ning artroskoopilised (otseselt liigese avamiseta teostatavad) operatsioonid. Eksporditeenusena on olulised eeskätt artroplastika ning ka artroskoopia.

Artroplastika näol on tegemist on elektiivse (valikulise) operatsiooniga, millega kaasneb suur risk. Kuid samas on tegemist ka potentsiaalselt ühe suurema, objektiivselt elukvaliteeti parandava meditsiinilise protseduuriga.

Hetkeolukord

Ortopeede oli Eestis 2007. aasta andmetel 114, ravijuhtumeid oli kokku 263 959 (neist ambulatoorseid 245 812, statsionaarseid 13 854 ja päevaravi 4 293). Eestis teostati 2007. a 3149 endoproteesimist (neist 1148 totaalset puusaproteesi), mis moodustab 2,4% kõikidest operatsioonidest. Eesti Haigekassa poolt hüvitatud juhtudest moodustas ortopeedia 7,7% (520 miljonit krooni) kõigist ning 9,2% (374 miljonit krooni) haiglaravi kuludest.

Ortopeediateenuste (sh haiglaravi) osutamise tegevusluba on Eestis 12 teenuseosutajal, kellest 3 põhinevad erakapitalil. Lisaks neile on veel 12 asutusel (kõik erakapitalil) eraldi päevakirurgia teenuste (sh artroskoopia) osutamise luba.

Protseduur on äärmiselt kallis ning hindade erinevus riikide vahel võib olla kuni 10-kordne. Samuti esitab niisugune protseduur väga kõrged nõudmised personalile ja operatsiooni läbiviimise tingimustele. Artroplastika edukaks õnnestumiseks on oluline järel- ja taastusravi, mille tase tänases Eestis jääb alla kõrgema elatustasemega riikidele (vähemalt Haigekassa poolt kompenseeritud protseduuride puhul). Seega on teenuse eksportimisel väga oluline tagada operatsioonijärgne etapp kas Eestis või sihtriigi partnerinstitutsioonides.

Viimastel kümnenditel on teenuse osutamise maht ja sagedus kasvanud väga kiiresti. Suhteline kasv 1990-ndatel oli 2-3 korda, seda peamiselt üle 60-aastase elanikkonna hulgas.⁶⁸ Lisades siia juurde vanemaealise elanikkonna üldise kasvu, on nõudluse suurenemine väga kiire.

Näiteks Suurbritannias hinnatakse aastaks 2010 kuni 100 000 suurte liigeste (põlv ja puus) esmast proteesilõikust aastas,⁶⁹ kusjuures teiste arenenud riikidega võrreldes on vastavate lõikuste arv UK-s väiksem seoses avaliku tervishoiusüsteemi alarahastusest tingitud senise väiksema pakkumise tõttu. Sellele lisanduvad veel kordusoperatsioonid, kuna asendatud liigese funktsionaalne iga on sageli lühem kui inimese eluiga. Arenenud riikides on aktiivse kirurgilise tegevuse tulemusel eeldatav kordusoperatsioonide osakaal täiendavalt 20% lisaks esmastele proteesimistele.

Suurbritannias prognoositakse aastaks 2010 kuni 100 000 suurte liigeste (põlv ja puus) esmast proteesilõikust aastas.

Teine oluline trend, mida on täheldatud arenenud riikides, on liigeseproteesimise patsientide demograafia muutus. Teenuse kasv toimub põhiliselt üle 60-aastaste inimeste hulgas, kuigi nõudlus artroplastiliste operatsioonide järele tekib juba peale 45 eluaastat. Tavaliselt on tegemist füüsiliselt aktiivsete, kõrgema hariduse ning pikema eeldatava elueaga patsientidega.⁷⁰ Nad on nõudlikumad ja teadlikumad ravikoha valikul.

Ortopeediliste teenuste kasutamine väljaspool oma kodumaad on suhteliselt levinud just arenenud riikides. Suurbritannias on selle põhjuseks näiteks artroplastika pikad järjekorrad - riiklik kindlustussüsteem on aktiivselt ise saatnud patsiente välisriikidesse. USA-s on põhjuseks teenuse väga kõrge hind, mistõttu kindlustusfirmad või siis patsiendid ise otsivad soodsamaid võimalusi välismaal ravimiseks.

Euroopas rahastavad ortopeedia-eriala teenust reeglina riiklikud ravikindlustuse organisatsioonid, kuid sellega seoses kujunevad väga pikad ravijärjekorrad (Suurbritannias kuni 3 aastat). Erandiks on artroskoopiline kirurgia, mille hind on odavam. Samal ajal suurendab kogu arenenud maailmas ühiskonna vananemine jätkuvalt nõudlust artroplastika järele. Aktiivne sportimine ja ülekaal suurendavad omakorda nõudlust artroskoopiliste operatsioonide järele. Üle 60-aastasest elanikkonnast kannatab 10% osteoartroosi all, mis on olulisemaks ja kõige kiiremini kasvavaks artroplastiliste operatsioonide põhjuseks.⁷¹ Teiste kirurgilist vahelekkumist nõudvate haiguste (näiteks reumatoidartriit, kasvajad, kaasasündinud haigused jm) esinemissagedus on mitmeid kordi väiksem, mistõttu edasistes teenuse ekspordipotentsiaali arvutustes ei ole neid arvestatud. Küll aga võivad need olla eksporditeenuse korral asjakohased patsiendirühmad.

68 Prevalence of Primary and Revision Total Hip and Knee Arthroplasty in the United States From 1990 Through 2002. Steven Kurtz, PhD1, Fiona Mowat, PhD2, Kevin Ong, PhD1, Nathan Chan, PhD2, Edmund Lau, MS2 and Michael Halpern, MPH, MD, PhD3.

69 Annals of the Rheumatic Diseases 2004;63:825-830; doi:10.1136/ard.2003.012724

Trends in hip and knee joint replacement: socioeconomic inequalities and projections of need T. Dixon, M. Shaw, S. Ebrahim and P. Dieppe

70 Changing Demographics of Patients with Total Joint Replacement. SECTION II Clinical Orthopaedics & Related Research. 443:266-272, February 2006. Crowninshield, Roy D PhD*; Rosenberg, Aaron G MD*; Sporer, Scott M MD+).

71 The burden of musculoskeletal conditions at the start of the new millennium. Report of a WHO Scientific Group. WHO Technical Report Series No 919. World Health Organization, Geneva 2003.

Ortopeedia erialal toimub ka praegu Eestis teenuse eksport, kuid selle maht ei ole märkimisväärt ning eraldi müügitgevust välismaalastele on proovinud vaid vähesed. Käesoleva uuringu raames läbi viidud veebiküsitluse põhjal on põhilised välismaised patsiendid ortopeedia erialal Soomest, Lätist ja Venemaalt.

Välisriikidest (Saksamaa, Soome, Rootsi) on tehtud päringuid ja taustauuringut regulaarse teenuse ekspordi käivitamiseks Eestist (st teenuse osutamist nende riikide elanikele). Seni on suuremahuline eksport jäänud teenuste peamiste rahastajate - riiklike kindlustusorganisatsioonide - vähese huvi taha, sest ei taheta raha riigist välja suunata. Seega piiravad teenuse ekspordit sellisel viisil Euroopa riikide suhteliselt helled avalikud tervisesüsteemid. Eesti eeliseks võiks kujuneda ka suhteliselt hästi arenenud IT-võimekus, mis võimaldab oma tegevust sujuvalt integreerida teenusekasutajate kodumaa teenusevõrgustikku.

Hindamisel andsime valdkonnale järgmised punktid:

EESTI EKSPORDIPOTENTSIAAL ORTOPEEDIAVALDKONNAS	Punktid	Max punktid
VÕIMEKUS		
Arstide absoluutarv	2	3
Õdede absoluutarv	1	1
Vaba inimressurss	1	2
KONKURENTSIEELIS		
Olme	1	3
Hind	2	3
Kvaliteet	1	1
EKSPORDI REALISEERITAVUS		
Kapitalimahukus	0	2
Soov investeerida (eraraha osakaal)	1	1
Koostöövõime	1	1
EKSPORDITASE PRAEGU		
Keelebarjääratus	0	1
Teenindustase	1	1
KOONDHINNE	11	19

ORTOPEEDIAVALDKONNA NÕUDLUS	Punktid	Max punktid
Inimeste arv, kes vajavad teenust	3	3
Teenuste rahalise mahu osakaal kogu teenuste mahust	3	4
Valdkonna kasvu toetavad globaalsed trendid	3	4
Patsiendi omaosaluse määr teenuste eest tasumisel	1	2
Senine globaalne eksport	2	3
KOONDHINNE	12	16

Väärtusahel

Otsuse ortopeedilise operatsiooni vajalikkuse kohta teeb reeglina ortopeed patsiendi meditsiinilise seisundi põhjal. Siiski määrab lõpliku raviprotseduuri läbiviimise ka selle kättesaadavus (järjekorrad avaliku rahastamise korral võivad küündida mitme aastani), patsiendi omaosaluse määr ning patsiendi soov ja usaldus operatsiooni läbiviimise suhtes.

Suure riski tõttu on pikaajalise strateegia puhul väga oluline tüsistuste ravi korraldus ning sellega seotud õiguslik ja rahaline korraldus. See tähendab lisaks operatsiooni teostavale haiglale ka häid partnerlussuhteid suunavate ning järelravi ja järelkontrolli läbi viivate asutustega.

Teenuse väärtusahel graafiliselt kujutatuna on järgmine:

1.

Teenuse ostmise kohta otsusele jõudmine

- Patsiendil on liigesevaevused
- Konsulteerib kodumaal arstiga ravivajaduse osas
- Otsus ravi läbiviimiseks välismaal (näiteks pika järjekorra või hinna tõttu)

2.

Tegevuskava ja logistika kinnitamine

- Sobiva teenuseosutaja otsimine ja valimine
- Reisiplaanide koostamine / koostöö vahendajatega
- Esmased kliinilised uuringud kodumaal (koostööpartner sihtriigist)

3.

Protseduur viiakse läbi

- Ravi haiglas
- Vahetu operatsioonijärgne tulemus ja tüsistuste kontrollimine

4.

Protseduurijärgne järelravi (Eestis või kodumaal)

- Funktsiooni taastamine (rehabilitatsioon) / järelkontroll / edasiste juhiste saamine
- Patsiendi naasmine kodumaale (võib toimuda ka enne taastusravi) (koostööpartner sihtriigis)

5.

Järelkontroll

- Arsti kontroll / komplikatsioonide tuvastamine patsiendi kodumaal (koostööpartner sihtriigis)

Visioon

Ortopeedia näol on tegemist kasvava turuga. Eestil on võimalus pakkuda ortopeedilisi operatsioone välisriikide patsientidele arvestatavas mahus. See võib toimuda nii artroplastika kui ka artroskoopia teenuste osas. Arenenud riikidele (eeskätt Põhjamaad) on võimalik pakkuda odavamat hinda ning lühemat ooteaega, Loode-Venemaa patsientidele on võimalik pakkuda Euroopa tasemel ravi soodsamalt kui riigi enda erakliinikutes, samal ajal koos emakeelse teenindusega.

Teenuse osutamiseks oleks otstarbekas välja arendada üks või mitu nn tippkeskust, kus pakutakse spetsialiseeritud teenust koos kõrgekvaliteedilise olme- ja teenusestandardiga.

Seda võib arendada koostöös mõne suure avaliku sektori haiglaga, kuid kindlasti teenusena, mille olme- ja teenindustase on kõrgem, kuna välispatsientide mittemeditsiinilised ootused on samuti suuremad. See kehtib nii avaliku või erakindlustusorganisatsiooni poolt "lähetatud", kuid eriti ise teenuse eest maksvate klientide puhul.

Ühes spetsialiseeritud osakonnas on aasta jooksul võimalik paigaldada kuni 1000 alajäseme proteesi, mis 2009. aastal kehtinud Eesti Haigekassa hinnakirja järgi tähendaks aastatulu 54 miljonit krooni. Lisades siia juurde 3000 artroskoopilist operatsiooni aastas, on võimalik teenida lisaks veel 20 miljonit krooni. Sellise plaani realiseerimine tähendaks vastavate teenuste mahtudes 50%-list kasvu. Tööd hästi korraldades oleks sellisel juhul personali töötundide juurdekasv 25-30%.

Kuidas jõuda soovitud visioonini?

Visioonini võib jõuda mitmel viisil. Sõltumata korralduslikust ärimudelist on kõige olulisemad kvalifitseeritud personal, sobiv tehniline varustatus, hea olmega infrastruktuur ja tugev müügitöö sihtturgudel (eeldatavasti nii riiklikul tasemel kui teenuseosutajate endi poolt). Eesti konkurentsieeliseks võiks olla Euroopa kvaliteediga teenuse pakkumine odavamalt ja parema kättesaadavusega.

Põhimõtteline otsustuskoht ekspordikava tegemisel seisneb selles, kas rajada paar tippkeskust või arendada suuremat hulka võrgustikupõhiselt koostööd tegevaid raviautusi. Igal juhul on oluline teenuse tsentraalne müük välisriikidele.

Kõige olulisem on kvalifitseeritud personal, sobiv tehniline varustatus, hea olmega infrastruktuur ja tugev müügitöö sihtturgudel.

Tippkeskuse võib rajada nii suurema haigla juurde eraldi üksusena kui ka erakapitalil põhineva haigla baasil. Viimasel juhul on ühe alternatiivina mõeldav ka mõne tänase avaliku sektori haigla erastamine. Ühe võimalusena võiks keskus

toimida sarnaselt hotellile, kus on toad ning baasteenused ning kus arst või erinevad teenuse pakkujad rendivad ruume keskuselt. Võrgustikupõhise lähenemise miinuseks on vajadus kaasajastada suure hulga haiglate infrastruktuur välismaiste patsientide ootustele vastavaks.

Ortopeedia kui kirurgiline ja kõrgtehnoloogiline valdkond vajab suuri investeeringuid, mistõttu on kindlasti vajalik kaasata strateegiline investor. Lisaks kapitalile võimaldaks sobiva partneri kaasamine sihtturult kiirendada usalduse saavutamist ja seega tagada piisav patsientide hulk. Ärimudeli vaatevinklist tuleb luua kokkulepped kindlusfirmadega ning võimalusel välisriikide haigekassadega, et tagada siia pidev patsientide voog. Loodav keskus peab vastama rahvusvahelistele kvaliteedistandarditele (ISO, JCI).

Asukoha mõttes ning rahvusvahelist logistikat arvestades oleks kõige otstarbekam koht Tallinn. Peterburi-suunalise rongiliikluse taastumisel oleks Venemaa patsientidele sobilik teenuse osutamise koht ka Ida-Virumaa.

Täiendavaks võimaluseks võib olla kogu väärtusahela katmine, st diagnostika, ravi ja taastusravi peale operatsiooni. Selles osas on otstarbekas arendada koostööd teiste erialadega, sh ravi- spaadega.

Ortopeedias on teenuse laienemiseset huvitatud ka proteeside tootjad, kellega partnerluse arendamine on kindlasti oluline visiooni teostumisel. Niisamuti on rahvusvahelise maine edendamiseks, parimate spetsialistide kaasamiseks ning täiendava tulu hankimiseks oluline teadus- ja arendustegevus.

Hooldusravi

Hooldusravi mõistega tähistasime käesoleva uuringu raames lihtsuse mõttes nii tervishoiuteenuse osutamise seotud hooldusravi kui ka hooldekodude teenuseid, mille puhul meditsiinilisi teenuseid ei pakuta. Hooldusravi ja hooldekodude sisu ei ole tihti selgelt eristatav ning valdavalt eristatakse neid selle põhjal, kes teenust rahastab (Eesti puhul näiteks haigekassa või kohalik omavalitsus). Käesoleva ekspordiuuringu tähenduses ei ole selline eristamine väga oluline, kuna enamasti vajavad patsiendid mõlemaid teenuseid. Hooldusravi eesmärk on patsiendile parima võimaliku elukvaliteedi ja/või toimetuleku saavutamise olukorras, kus patsient oma püsiva kroonilise haigusseisundi tõttu seda ise enam ei suuda.

Eestis on asutusi, kus pakutakse inimestele nii hoolduskodus viibimise kui ka hooldusravile omast meditsiinilist teenust. Antud uuringu käigus intervjueeritud ekspertide hinnangul võib kahel teenusel kõige lihtsamat moodi vahet teha eristades, kas hoone, kus teenust pakutakse, on ehitatud vastavalt meditsiinasutuse nõuetele. Meditsiiniteenuseid pakkuvad hooned peavad jälgima konkreetseid ettekirjutusi ning lähtuvalt ettekirjutustele vastamisest saab hooned jagada kas hooldusraviasutusteks või hooldekodudeks.

Hetkeolukord

Hooldusravi üheks iseloomujooneks on suur hooldusõdede arv võrreldes arstide arvuga. Seda on näha ka statistikast, sest hoolekandeaasutustes töötab Eestis 16 arsti ning 1935 hooldusõde (pöetajat). Ravivoodeid on hooldusravihaiglates 541.⁷² Ravijuhtumeid kokku on aastas 30 484, neist statsionaarseid 13 221 ja ambulatoorseid 17 263. Ühe ravijuhu keskmine maksumus on 7806 Eesti krooni (statsionaarne 15 039 ja ambulatoorne 2267 krooni).⁷³ Erakapitalil põhinevaid hooldusasutusi on Eestis vähe, ent ühe asutusena võib esile tuua Villa Benita, kus tegeldakse nii hooldusravi kui ka hooldekodu teenuse pakkumisega nii Eesti kui välisklientidele. Haigekassa kulutused hooldusravile olid 2008. a ligi 238 miljonit krooni, kus statsionaarsele hooldusravile kulus kokku 198,8 miljonit krooni ja ambulatoorsele hooldusravile (sh koduõendus, vähihaigete kodune ravi, geriaatriline hooldus) kulus 39 miljonit krooni. Kokku moodustasid hooldusravi kulud 2008. a kõigist tervishoiuteenuste kuludest 3%.

Kuna hooldusraviasutustes viibitakse üldjuhul pikema perioodi jooksul (üks kuu ja rohkem), siis on oluline, et personal oskaks rääkida ka välisriigi patsiendi emakeeles.

Täna Eestis hooldusravi ekspordiga aktiivselt ei tegelda.

Peamiselt osutavad hooldusravi asutused teenust eestlastele, kes vajavad kõrvalabi ja õendushooldust, kuna ei saa endaga hakkama kroonilistest haigustest tingitud funktsionaalsete häirete ja puuete tõttu. Ilmse seose tõttu krooniliste haiguste ja vanuse vahel on selge, et valdava enamuse sihtgrupist moodustavad eakad inimesed. Samas on arusaadav, et kõrge iga iseenesest ei ole hooldusravi näidustuseks. Vajadus hooldusravi teenuste järele põhineb füüsilise, vaimse ja sotsiaalse seisundi ning vastavalt isiku individuaalsete vajaduste hinnangul.

Hooldusravi on kulumahukas teenus, sest hooldusravi pakkumiseks peab olema piisava suurusega kaader, kes suudab klientidele püsivalt tähelepanu pöörata ning nendega tegeleda (valdkonna heaks taseme näitajaks on töötaja-patsiendi suhe 1:1). Antud uuringu käigus selgus, et lisaks piisava suurusega kaadri olemasolule on vaja ka välisklientide teenindamiseks osata heal tasemel võõrkeelt. Kuna hooldusraviasutustes viibitakse üldjuhul pikema perioodi jooksul (üks kuu ja rohkem), siis on oluline, et personal oskaks rääkida ka välisriigi patsiendi emakeeles.

72 TAI, 2007.

73 EHK majandusaasta aruanne 2008.

Lisaks keeleoskusele on vajalik kõrge teeninduskultuur, sest patsiendi jaoks tähendab pikaajalisele ravile tulek Eestisse "ajutise kodu" loomist ning patsiendi mugavuse mõttes peab teenindustase vastama tema koduriigi teenindustasemele. Eesti hooldusravi teeninduskultuuri taset on raske hinnata, ent tänaste valdkonna madalate palkade juures võib olla raske leida motiveeritud ning kvalifitseeritud kaadrit.

Hindamisel andsime valdkonnale järgmised punktid:

EESTI EKSPORDIPOTENTSIAAL HOOLDUSRAVIVALDKONNAS	Punktid	Max punktid
VÕIMEKUS		
Arstide absoluutarv	1	3
Õdede absoluutarv	1	1
Vaba inimressurss	0	2
KONKURENTSIEELIS		
Olme	1	3
Hind	2	3
Kvaliteet	1	1
EKSPORDI REALISEERITAVUS		
Kapitalimahukus	0	2
Soov investeerida (eraraha osakaal)	0	1
Koostöövõime	0	1
EKSPORDITASE PRAEGU		
Keelebarjääritus	0	1
Teenindustase	0	1
KOONDHINNE	6	19

HOOLDUSRAVIVALDKONNA NÕUDLUS	Punktid	Max punktid
Teenuseid vajavate inimeste arv	3	3
Teenuste rahalise mahu osakaal kogu teenuste mahust	3	4
Valdkonna kasvu toetavad globaalsed trendid	4	4
Patsiendi omaosaluse määr teenuste eest tasumisel	2	2
Senine globaalne eksport	1	3
KOONDHINNE	13	16

Väärtusahel

Ekspordina pakutava hooldusravi potentsiaalseks sihtgrupiks on vanemad Skandinaavia elanikud, kes on Eestit varasemalt külastanud ning kes on Eesti elatustasemest teadlikud. Maailmapraktikas on hooldusravi planeerimisel sihtgrupina üldkasutatavad 65-aastaste ja vanemate elanikkonnagruppide arvnäitajad, kusjuures arvestatakse sellega, et samaaegselt vajab hooldusravi teenuseid 5-10% vastavast sihtgrupist. Soomes on 65-aastaseid ja vanemaid kogu rahvastikust 16,5%⁷⁴ ning Rootsis on vastav näitaja 18,8%.⁷⁵

74 Wikipedia, 2006 http://en.wikipedia.org/wiki/Demographics_of_Finland

75 Wikipedia, 2006 http://en.wikipedia.org/wiki/Demographics_of_Sweden

Hooldusravi sihtrühmaks võib lugeda ka nooremaid inimesi, kellel on püsiv tervisekahjustus või funktsionaalne häire. Siiski on nooremate püsiva tervisekahjustuse ja funktsionaalsete häiretega inimeste regionaalne paiknemine raskesti fikseeritav.

Teenuse ostmisprotsessis on kliendi jaoks esmalt oluline vastava asutuse välja valimine. Kuna hooldusraviasutusse minnakse üldjuhul pikemaks perioodiks, siis on oluliseks hindamiskriteeriumiteks asutuse olustik (nii maja arhitektuuriline meeldivus kui teenust pakkuva asutuse õhkkond ja hoiak välismaalastest klientide teenindamiseks). Lisaks on oluline hea transpordiühendus Eestiga, sest see võimaldab kliendi sugulastel-tuttavatel klienti Eestis tihedalt vaatamas käia. Pärast asutuse külastamist, taustinfo kogumist ning vajaduse korral ka koduriigis oleva eriarsti või perearstide konsulteerimist suundub klient Eestis hooldusraviasutusse.

- 1.** Teenuse ostmise kohta otsusele jõudmine
 - Eakate inimeste lapsed / lähisugulased otsivad infot teenuse kohta
 - Konsultatsioonid vahendusfirmadega / tuttavatega

- 2.** Tegevuskava ja logistika kinnitamine
 - Hooldusraviasutuse külastamine
 - Reisiplaanide koostamine

- 3.** Hooldusraviasutuses viibimine

Visioon

Hooldusravi üheks võimalikuks visiooniks on pakkuda lähiriikide Soome ja Rootsi eakamatele kodanikele kõigi mugavustega hooldusasutust, kus inimesed saavad oma vanaduspõlve veeta, olles samaaegselt arstide järelevalve alla ning omades ligipääsu tervishoiuteenustele. Teenus oleks eeskätt suunatud eelnevalt Eestis külastanud Soome ja Rootsi kodanikele, kes ei rahuldu enam tavapärase lühikese spaa külastamisega ning tahavad oma tervisega pikema perioodi vältel intensiivsemalt tegeleda.

Kuidas jõuda soovitud visioonini?

Uuringu käigus tehtud intervjuudest selgus, et visioonini jõudmiseks tuleb välisriikide kodanikele luua meelepärane ja kodune õhkkond ning pakkuda elamistingimusi, mis vastavad väliskliendi (arhitektuurilistele) ootustele ja standarditele. Olmetingimused peavad hooldusravi teenuse välismaalastele pakkumiseks oleme võrdväärsed hotellide standarditega, sest välispatsient kehvadesse tingimustesse mitmeks nädala elama ei tule.

Madal hinnatase mängib klientide Eestisse meelitamisel rolli, sest hinnavahe kliendi koduriigiga on kliendile tuntav just pikemaajaliste Eestis viibimiste puhul, kus teenuse koguhind võib olla märkimisväärselt madalam koduriigist. Ainuüksi hinnast aga klientide Eestisse toomiseks ei piisa ning tuleb teha investeeringuid kaadri teenindustaseme kvaliteedi tõstmiseks ja keeleoskuse parandamiseks. Suuremahulisemalt soomlastele ja rootslastele teenuse pakkumisel peab kogu teenindav personal valdama välisriigi keelt ning see nõuab kaadri koolitamiseks mahukaid investeeringuid.

Hooldusraviteenuse pakkumine on kapitalimahukas, sest teenuse tarbeks on vaja ehitada välisklientide ootustele vastav majade kompleks. Hinnanguliselt võib tervishoiustandarditele vastava hooldusraviasutuse hinna saada, korrutades planeeritavate voodikohtade arvu 1 miljoni krooniga. Hooldusraviasutuse tasuvus on väga pikaajaline, sest ainuüksi ehitusprotsess võtab aega. Lisaks sellele kulub aega asutuse tutvustamiseks välisriikides, klientide leidmiseks ning piisavalt järjepideva kliendibaasi loomiseks.

Lisavõimaluseks on teha koostööd teiste Eesti tervishoiuasutustega. Kliente vahetades on võimalik näiteks diagnostilisi uuringuid tegeva asutuse väliskliente majutada kvaliteetsetes hooldusraviasutustes. Kui täna on Eestisse tervishoiu-uuringuid tegema tuleva kliendi ainsaks ööbimisalternatiiviks hotell või spaa, siis hooldushaiglas saab kliendile võimaldada pidevat meditsiinilist järelevalvet, pakkudes samal ajal hotelli mugavust. See on oluline patsientide puhul, kes tunnevad, et vajavad oma tervisliku seisundi tõttu pidevat arsti järelevalvet.

Ekspordi edendamisel on oluline leida huvitatud osapooled, kes on nõus investeerima välisklientide nõudmistele vastavate hoonete ehitamisse. Ent ainuüksi hoonete ehitamisest ei piisa, sest on vaja suhelda aktiivselt Skandinaavia riikide haigekassade ning maakondlike tervishoiusteenuse korraldajatega, et tagada püsiv klientide vool, mis omakorda kindlustab investeeringu tasuvuse.

Taastusravi

Taastusravi on aktiivravi, mille eesmärk on kahjustunud funktsioonide taastamine või iseseisva hakkamasaamisvõime säilitamine. Tervisehäirete skaala, mida taastatakse, on lai, alates tavapärasest operatsioonijärgsest taastumisest keerulisemate funktsioonide taastamiseni. Taastusravi käigus taastatakse inimese funktsioone kas maksimaalse või osalise paranemiseni. Osalise paranemise puhul on eelduseks ja taastusravile suunamise näidustuseks töövõimelisuse taastamine ja inimese iseseisva toimetuleku paranemine - see vähendab ühiskonna sotsiaalkulutusi.

Taastusraviteenus koosneb mitmete erialaspetsialistide koostööst. Haigestumise järgselt hindavad patsiendi seisundit neuroloog, kardioloog, pediaater, ortopeed, reumatoloog jt eriala- arstid, kes konsulteerivad taastusarstiga või suunavad patsiendi taastusarsti konsultatsioonile (Eestis kehtib reegel, et taastusravile suunamise annab spetsialist - taastusarst, kuna sageli püütakse taastusravile suunata hooldusravi vajavaid haigeid). Taastusravile suunamisel on haigel kaasas täpne väljavõte, kus on informatsioon saadud ravi kohta ja raviarsti ravisoovitused

Taastusravi eesmärk on kahjustunud funktsioonide taastamine.

(medikamentoosne ravi, koormuspiirandud ortopeediliste haigete puhul, operatsiooni kirjeldused ja uuringud). Taastusarst hindab haige sobivust taastusraviks ja koostab taastusravi plaani, jälgib haige seisundit taastusravi protsessis, vajadusel tõhustab või vähendab ravi intensiivsust, korraldab medikamentoosne ravi, vajalikud uuringud ja vajadusel konsulteerib eriala- arstidega. Meeskonda kuuluvad füsioterapeut, tegevusterapeut, logopeed, sotsiaaltöötaja, psühholoog, statsionaarsetes taastusravi osakondades taastusravi õde.

Füsioterapeudi tegevuseks on füüsiliste funktsioonide taastamine, valude vähendamine, puudega kohandamine jms. Füsioterapeut kasutab oma töös erinevaid meetodikaid, sealhulgas terapeutilisi harjutusi, erinevaid füüsilise ravi võtteid (sooja- ja külmaravi ning aparaatset füsioteraapiat), elektrilist stimulatsiooni jt kehaasendit ja kõndi soodustavaid/treenivaid

metoodikaid, sh kõnniroboteid jms, lisaks rakendab vajadusel massaaživõtteid. Tegevusterapeut viib läbi käelisi harjutusi, treenib peenmotoorikat, õpetab patsienti igapäevaelu toimingutes (tualett, riietumine, pesemine, söömine, toiduvalmistamine), kohandab puudega, õpetab uute traumade vältimist, soovib ja õpetab vajalike abivahendite kasutamist. Logopeed hindab patsiendi kõne- ja neelamishäireid ning teostab vastavalt kõneravi, soovib sobivat dieeti. Psühholoog hindab patsiendi kognitiivset seisundit (mälu, orientatsioon, meeleolu ja käitumine), teostab psühhoteraapiat ja nõustab edasise ravi osas. Sotsiaaltöötaja nõustab patsienti sotsiaalsete õiguste ja võimaluste osas. Taastusraviõde jälgib patsienti taastusravi osakonnas, tegeleb üldmeditsiiniliste protseduuridega (vererõhu mõõtmine, ravimite andmine, sidumised, süsted jms) ja informeerib arsti haige seisundist. Taastusraviõde tegeleb ka sekundaarse preventsiioniga: nõustab patsienti läbipõetud haiguse tähenduse, valu ravi, dieedi, eluviisi muutmise osas. Lisaks kuuluvad meeskonda hooldajad. Taastusravi meeskond korraldab statsionaaris meeskonna nõupidamisi haige ravi analüüsimiseks ja taastusravi teostamiseks. Taastusravi meeskond teeb koostööd vajadusest lähtuvalt ka proteeside ja ortooside meistritega, abivahendite väljastajatega, kuid need spetsialistid esindavad eraettevõtjaid ja ei kuulu riiklikult töötava taastusravi meeskonna koosseisu.

Hetkeolukord

Taastusraste on Eestis ligikaudu 125 (riikliku süsteemi taastusravi osakondades ja ambulatoorses võrgus töötab ca 60 taastusrasti) ning taastusraviõdesid 425. Ravikehakuultuuri instruktorid on nn füsioterapeutide eelkäijad, kes varsti tööd ei leia. Ravivoodite arv taastusravihaiglates oli 2007. aastal kokku 178. 2008. a andmetel tasus Eesti Haigekassa taastusravi kulused järgmistes mahtudes: ambulatoorses ravis 66 658 000 krooni, statsionaarses ravis 78 000 000 ja kokku 144 658 000 krooni ulatuses. Ravijuhtusid tasuti ambulatoorses ravis 7293 korral, statsionaarses taastusravis 53 822 korral, kokku seega 61 115 korral. 2009. aastal vähendati ravimahtusid ravirahade osas, vähendamata sealjuures ravijuhtusid: haigekassa planeeris kevadel kompenseerida taastusravi kokku 140 628 194 krooni ulatuses 63 202 ravijuhtu kohta.

Eestis on taastusravi juhtivaid keskusi 4. Nendeks on Tartu Ülikooli Kliinikumi spordimeditsiini ja taastusravi kliinik (edaspidi TÜK spordimeditsiini ja taastusravi kliinik), Haapsalu Neuroloogiline Rehabilitatsioonikeskus (edaspidi Haapsalu NRK), Ida-Tallinna Keskhaigla ja Keila Taastusravikeskus. Voodikohtade arvult suudab statsionaarselt kõige enam teenindada Haapsalu NRK, neile järgnevad pea võrdse voodikohtade arvuga Keila Taastusravikeskus ja Ida-Tallinna Keskhaigla ning neile järgneb TÜK spordimeditsiini ja taastusravi kliinik. Haapsalu NRK on kujunenud seljaajukahjustustega patsientide taastusravikeskuseks Eestis. Ida-Tallinna Keskhaigla teostab võrdses mahus taastusravi neuroloogilistele, ortopeedilistele ja traumatoloogilistele patsientidele, lisaks sellele viibib ravil ka kardioloogiliste ja reumatoloogiliste haigustega ning amputeeritud jäsemetega patsiente. Keila Taastusravikeskus osutab taastusraviteenust suuremas mahus neuroloogilise profiiliga haigetele, lisaks sellele ka traumatoloogilisi, ortopeedilisi ja onkoloogilisi haigusi põdevatele patsientidele.

Ambulatoorselt on taastusravi mahud kõige suuremad TÜK spordimeditsiini ja taastusravi kliinikul, Ida-Tallinna Keskhaiglal ja SA Tallinna Lastehaiglal. Mitmel keskusel, aga mitte kõigil, on vesivõimlemise võimalus. Mitmel asutustel on soov keskusi arendada ja mahtusid suurendada, kuid seda piirab põhiliselt haigekassa poolt ostetud ravijuhtude vähene hulk ja madal hind. See piirab ka osutatava teenuse kvaliteeti (näiteks haigekassa ravijuht võib olla ainult 2 kuu pikkune, korraga ei saa osutada ravivõimlemist basseinis ja füsioterapiat jne).

Täna taastusravis eksport olulist rolli ei mängi. Ühelt poolt on Eesti siseturul piisavalt nõudlust teenuse järele. Teisalt on põhjuseks taastusravi ekspordi tarbeks vajalik suur investeeringute hulk. Taastusravi peab oma iseloomult olema väga hästi eesmärgistatud tegevus ning see nõuab patsientidele suurt pühendumist, mis omakorda nõuab suurt kaadrit. Taastusravi statsionaaris kehtib printsiip - vastavalt haigusele on ca 3-5-8 patsiendi kohta 1 füsioterapeut + teised meeskonnaliikmed, taastusraste on sõltuvalt haigusest ca 7-10 haige kohta ühel juhul, kui on piisavalt õdesid, sekretäre ja teisi meeskonnaliikmeid. Eestis abipersonali ega taastusravispetsialiste, assistente ega taastusõdesid piisavalt ei ole ja arstile langeb suur koormus, ka haigete arv on valdavalt oluliselt suurem ühe arsti kohta. Meeskonna teeb suureks vajalike spetsialistide (psühholoogid, tegevusterapeutid, logopeedid) suur arv. Eeldatav suhe taastusarsti ja teiste spetsialistide vahel võiks olla 1 : 12 : 3 (taastusarst / füsioterapeut / tegevusterapeut), aga tegelikkuses on see suhe orienteeruvalt 1 : 5 : 0,5 (arvudes väljendatuna 60 : 300 : 25 inimest). Taastusravi arengukavale vastavalt on planeeritud 2015. aastaks personali 954 füsioterapeuti ja 100 tegevusterapeuti.

Praegu on taastusravis probleemiks ka personalipuudus: taastusarstidest paljud on eakad, füsioterapeute, psühholooge ja tegevusterapeute ei jätku.

Praegu on taastusravis probleemiks ka personalipuudus: taastusarstidest on paljud eakad, füsioterapeute, psühholooge ja tegevusterapeute ei jätku. Muuhulgas tegi Eesti Haigekassa majandussurutise olukorras suuri ravirahade kärpeid just taastusravis, mistõttu ei ole kadunud oht, et osa defitsiitsetest personalist on sunnitud töölt lahkuma ja ei naase enam erialasele tööle Eestis.

Hindamisel andsime valdkonnale järgmised punktid:

EESTI EKSPORDIPOTENTSIAAL TAASTUSRAVIVALDKONNAS	Punktid	Max punktid
VÕIMEKUS		
Arstide absoluutarv	2	3
Õdede absoluutarv	1	1
Vaba inimressurss	0	2
KONKURENTSIEELIS		
Olme	0	3
Hind	3	3
Kvaliteet	1	1
EKSPORDI REALISEERITAVUS		
Kapitalimahukus	0	2
Soov investeerida (eraraha osakaal)	0	1
Koostöövõime	0	1
EKSPORDITASE PRAEGU		
Keelebarjäärirus	0	1
Teenindustase	0	1
KOONDHINNE	7	19

TAASTUSRAVIVALDKONNA NÕUDLUS	Punktid	Max punktid
Teenuseid vajavate inimeste arv	2	3
Teenuste rahalise mahu osakaal kogu teenuste mahust	2	4
Valdkonna kasvu toetavad globaalsed trendid	3	4
Patsiendi omaosaluse määr teenuste eest tasumisel	1	2
Senine globaalne eksport	0	3
KOONDHINNE	8	16

Väärtusahel

Taastusravile tuleb inimene pärast suuremat terviseriket. Taastusravile satub inimene pärast ajuinsulti või -infarkti, südameinfarkti või -operatsiooni, kopsu transplantatsiooni vm rasket haigust või traumat, pärast jäseme aputeerimist jms. Kui patsient läbib haiglas tehtavad uuringud ning tema seisukord on stabiilne, suunatakse ta edasi taastusravile. Enamik taastusravikeskustesse tulevatel patsientidel saabubki otse haiglastest.

Taastusravikeskuses viibimise aeg varieerub. Omaosaluseta statsionaarse taastusravi korral on see Eestis 24-18-14 päeva, omaosalusega taastusravi korral 10 päeva ja omaosaluseta ehk täistasulise statsionaarse ravi korral on ravi pikkus vastavalt vajadusele. Ambulatoorse taastusravi osutamisel on ravi aeg piiratud 2 kuuga, füsioteraapia teenust võib osutada kokku kuni 12 korda. Taastusravi kestus on üldjuhul pikk, sest vajalike funktsioonide taastamiseks kulub aega. Eestis on Haigekassa kehtestanud taastusravile piirmäära 36 päeva. Välisriikide patsientidele taastusravi pakkumiseks tuleb omada häid kontakte välisriikide haiglatega, sest just haigla suunamisel on võimalik saada patsiente Eesti taastusravikeskustesse. Taastusravi puhul ei pruugi ühest paarikümne-päevalisest raviprotseduurist piisata ning patsient peab kas ravikuuri kordama või pikemalt taastusravikeskusesse jääma.

Lisaks tuleb arvestada ka mitmete teenusele omaste nüanssidega. Esmalt peab patsiendi tervislik seisund oleme piisavalt hea, et teda on võimalik Eestisse transportida. Teisalt peavad olema tagatud ööbimistingimused patsiendi lähedastele, sest insuldi- või infarktijärgne patsient vajab lähedaste tuge. Lähedaste tugi suurendab ka patsiendi motivatsiooni raviga tegelemiseks ning parandab ravi efektiivsust.

1. Inimesel on insult või infarkt

2. Suurhaiglas pannakse patsiendile diagnoos

- Tehakse esmane ravi
- Arstid suunavad teatud patsiendid taastusravikeskusesse

3. Taastusravikeskuses viibimine

- 15-50 päevane ravikuur
- Eesmärgistatud ravi koos spetsiaalselt komplekteeritud meeskonnaga

Visioon

Visioonina on võimalik Eestis pakkuda Skandinaavia patsientidele pikaajalist taastusravi. Skandinaavia riikide kodanikud on Eestist teadlikud ning hea transpordiühendus teeb Eestisse jõudmise lihtsaks. Ravi osaks on ka patsientide sugulastele-tuttavatele elamistingimuste loomine või alternatiivina väga heade külastamisvõimaluste pakkumine. Võimalusteks on ühelt poolt välismaalastele spetsialiseeritud taastusravikeskuste loomine, mis eeldab suuri investeeringuid ning heade kontaktide loomist välisriikide haiglatega. Teisalt on võimalik eksportida väiksemate

Skandinaavia riikide kodanikud on Eestist teadlikud ning hea transpordiühendus teeb Eestisse jõudmise lihtsaks.

mahtudega luues olemasolevatesse keskustesse välismaalastele spetsialiseerunud osakonnad.

Soovides head kvaliteeti, on soovitatav luua keskus kas mõne sanatooriumi baasil (majutustingimused, vesivõimlemiseks bassein, võimlemissaal jm) kuid täiendada seda statsionaaris töötava meditsiinipersonaliga või siis arendada hotelliteenust raviasutuse kõrval. Keskuse(te) loomisel on mõttekas luua nn temaatilisi keskusi - insuldi- jm neuroloogiliste haigete, ortopeediliste haigete, südameinfarkti põdenute ja rasvunute taastusravikeskused jne.

Kuidas jõuda soovitud visioonini?

Taastusravi eksport on kulumahukas teenus. Tänapäevased olmetingimused taastusravikeskustes peavad vastama välisriikide patsientide kõrgetele nõudmistele ning see eeldab suuremahulisi investeeringuid hoonete renoveerimiseks ning patsientide teenindamiseks vajaliku infrastruktuuri loomiseks. Lisaks tuleb meeskonda koolitada, et teenusepakkujana oldaks võimeline patsienti tema emakeeles teenindama. Keel on taastusravis olulise tähtsusega, sest patsiendi ja arsti vahel peab olema väga hea kommunikatsioon. Seetõttu on vaja välisriigi patsiendi emakeelt ja spetsiifilist erialakeelt oskavaid arste, füsioterapeute ja teisi meeskonnaliikmeid. Lisaks on vaja ette valmistada juriidilised dokumendid, vormid ja avaldused, mis peavad olema patsiendile arusaadavad ning tema koduriigiga kooskõlas.

Eesti konkurentsieeliseks on Skandinaavia riikidega võrreldes madalam hind. Taastusravi hind koosneb voodipäevast, protseduuride arvust ja uuringutest. Keskmiselt on Eestis ravipäeva hind 1200 krooni. Hinnavahe Põhjamaadega on mitmekordne, kuna Soomes ja Rootsis on keskmine päeva hind ca 5000 krooni. Samas osutatakse kallima hinna eest Põhjamaades ka kvaliteetsemat teenust kui Eestis. Kui Eestis pakutava teenuse kvaliteet viia Soome tasemele, siis ei pruugi hinnavahe enam nii suureks jääda.

Enne investeeringute tegemist on vaja esmalt teada taastusraviteenuse tellimise miinimummahtu ning millises riigist patsiendid tulema hakkavad. Taastusravi iseloomustab pikk tasuvusperiood ning enne teenuse pakkumist välisriigi kodanikele on vaja sõlmida konkreetsed lepingud konkreetsete riikide asutuste ja organisatsioonidega, mis kindlustavad patsientide püsiva voolu. Sedasi on võimalik õpetada meeskonda konkreetses keeles suhtlema ning tagada nende valmisolek patsientide teenindamiseks.

Taastusravi valdkonnast patsientide Eestisse toomisega seotud riskid on kõrged, sest tegemist on pikaajalise investeeringuga. Lisaks sellele vajab taastusravi pakkumine välisriigi patsientidele investeeringuid Eesti arstidesse ja õdedesse. Lisavõimaluseks on spetsialiseeruda näiteks sportlaste taastusravile, millel on oma spetsiifika, kus saab ühendada meditsiinilised teadmised ja sportlaste treeningu, toitumise ja taastumise alased teadmised. Oluline on silmas pidada ka teenuse kvaliteeti. Kui näiteks soomlastele teenust osutada, peab teenus vastama ka Soome kvaliteedinõudmistele. Taastusravi puhul on vajalik omada head klienditeenindustaset ning selles vallas on Eestil veel Skandinaaviaga võrreldes puudujääke.

Radioloogia

Radioloogia puhul on võimalik eksportida telemeditsiini teenust, mille all mõeldakse inimkeha osadest erinevate seadmetega (röntgen, MRT, CT) tehtud piltide tõlgendamist. Eksporditavaks teenuseks on piltide kirjeldamine. Peamine tõuketegur on diagnostika kasvava mahu ja radioloogide väikese arvu tõttu tekkinud suur nõudlus koos kasvanud hinnaga. Telemeditsiin võimaldab hinda paremini ohjata, samuti suure hulga arstide spetsialiseerumise kaudu saavutada täiendav võit mastaabiefektist.

Hetkeolukord

Radiolooge oli Eestis 2007. aasta andmetel 185 ning radioloogiaõdesid 320. Iga statsionaarse haige kohta tehakse Eestis ca 120 radioloogilist uuringut - 2007. aastal teostati kokku 1,1 miljonit uuringut (2001. aastal 965 000), neist kompuutertomograafiaid 166 000 ning magnet-resonantstomograafiaid (MRT) 34 000 (2001. aastal vastavalt 35 tuhat ning 8,5 tuhat). Kirjelduse hinnaks loevad valdkonna asjatundjad ca 60-75 krooni ühe kujutise kohta - Eesti radioloogiliste piltide kirjelduste teenusemaht kokku on seega orienteeruvalt 75 miljonit krooni.

Tulevikku silmas pidades on selge, et arvestades tervishoiu- ja heaoluteenuste kasvu tervikuna on radioloogia selle sees selgelt kasvav valdkond. Teisalt tuleb arvestada suhteliselt väikest (20-30%) Eesti hinnaerinevust võrreldes arenenud riikidega ning väga suurt inimressursi osakaalu teenuse hinnas, mistõttu väga suurt kasvupotentsiaali teenusel olla ei saa, kuna välismaalt radioloogide sissetoomine, selleks et kirjeldada kolmandate riikide ülesvõtteid, ei ole väga mõttekas. Valdkonna asjatundjate endi arvates on kasutamata potentsiaal, mida on võimalik müüa välisriikidesse, ca 20-30% tänasest teenusemahust ehk ca 20 miljonit krooni aastas.

Põhimõtteliselt oleksid välisriigid nõus Eestis teenust ostma, kuna Eestis on teenus nende koduriikidest odavam. Samas on hinnavahe viimaste aastatega vähenenud. Taanis maksab ühe röntgenpildi kirjeldamine ca 7 eurot, Eestis on pildi kirjeldamise hind ca 1-2 eurot odavam. Keerulisemate piltide puhul (nt MRT) on hinnavahe suurem. Sellise uuringu vastus võib EL-i riikides jääda vahemikku 18-250 eurot ning enne konkreetsele sihtturule teenuse pakkumist tuleb teha täpsem turu-uuring teenuse hinna väljaselgitamiseks. Eestis moodustab pildi kirjeldamise hinnast ca 50% aparadi hind ning 50% tööjõukulu.

Suuremahuline eksport on seni jäänud pidama välismaiste rahastajate (riiklikud kindlustusorganisatsioonid või haiglad) vähese huvi taha raha riigist välja suunata. Väga oluline survegrupp selleks on ka kohalikud arstid. Ekspordi edendamise eeldab väga head ning vastastikku sisukat koostööd sihtturgudega, eeskätt Põhjamaadega, mida on tervishoiuteenuse ekspordi strateegilisel arendamisel otstarbekas teha riigi tasandil. Muuhulgas võiks Eesti eeliseks kujuneda ka suhteliselt hästi arenenud IT-võimekus, mis võimaldab oma tegevust sujuvalt integreerida teenusekasutajate kodumaa teenusevõrgustikku.

Suuremahuline eksport on seni jäänud pidama välismaiste rahastajate (riiklikud kindlustus-organisatsioonid või haiglad) vähese huvi taha riigist raha välja suunata.

Kokkuvõttes võib konstateerida, et Eestis on olemas tehnilised teadmised ja aparatuur kvaliteetse teenuse pakkumiseks. Radioloogiateenuste ekspordi puhul on piiravaks teguriks inimressursi vähesus, mis muuhulgas takistab mastaabiefekti ära kasutamist hinnakujunduses. Positsioneerimisel on oluline võimalus, mida kasutada, suhteliselt arenenud IT-võimekus.

Hindamisel andsime valdkonnale järgmised punktid:

EESTI EKSPORDIPOTENTSIAAL RADIOLOOGIAVALDKONNAS	Punktid	Max punktid
VÕIMEKUS		
Arstide absoluutarv	3	3
Õdede absoluutarv	1	1
Vaba inimressurss	1	2
KONKURENTSIEELIS		
Olme	3	3
Hind	1	3
Kvaliteet	1	1
EKSPORDI REALISEERITAVUS		
Kapitalimahukus	1	2
Soov investeerida (eraraha osakaal)	1	1
Koostöövõime	0	1
EKSPORDITASE PRAEGU		
Keelebarjääritus	0	1
Teenindustase	1	1
KOONDHINNE	13	19

RADIOLOOGIAVALDKONNA NÕUDLUS	Punktid	Max punktid
Teenuseid vajavate inimeste arv	3	3
Teenuste rahalise mahu osakaal kogu teenuste mahust	1	4
Valdkonna kasvu toetavad globaalsed trendid	3	4
Patsiendi omaosaluse määr teenuste eest tasumisel	0	2
Senine globaalne eksport	2	3
KOONDHINNE	9	16

Väärtusahel

Radioloogia puhul tuleb arvestada, et teenust kasutab mingi eriala spetsialist ning seda ostab teenuseosutaja (haigla, tervisekeskus), mitte kindlustusorganisatsioon ega patsient. Eraldi näitena võib tuua USA või ka teised riigid, kus suure osa teenuse hinnast tasuvad patsiendid ise, mistõttu kallimate uuringute (MRT ja mitmed uudsed skaneerimisviisid) teostamine välisriikides on väga mõistlik, kusjuures kaasnevat kvaliteediriski hinnatakse väga madalaks, sest kasutatakse standardiseeritud tehnoloogiat. Siiski pööratakse sellisel juhul mõne raviteenuse pakkuja poole, mitte spetsiifiliselt radioloogi või kitsalt sellise teenuse pakkuja poole. Selle kohta on põhjalikumalt kirjutatud diagnostika ning ravispaade alapeatükis, käesolevas käsitleme peamiselt teleradioloogiat. See määrab muuhulgas ära ka otsuse sündimise teenuse kasutamise vajaduse ning põhjuste kohta ja vastava äristrateegia.

Järgnevalt on graafiliselt kujutatud laboridiagnostika ning terviseuuringute väärtusahel ekspordi (v.a kapitali otseinvesteeringud) seisukohast.

- 1.** Teenuse ostmise kohta otsusele jõudmine
 - Tervishoiuasutus / arst otsib partnerit diagnostikateenuste osutamiseks
- 2.** Tegevuskava ja logistika kinnitamine
 - Radioloogiateenuse osutaja usaldatavuse hindamine (keeleoskus, kvaliteet)
 - Tervishoiuasutus või tööandja sõlmib pikaajalise kokkuleppe
 - Radioloogiline uurig teostatakse patsiendi kodumaal ja saadetakse Eestisse
- 3.** Teleradioloogilise teenuse saamine
 - Radioloogilist pilti tõlgendatakse Eestis ning vastus edastatakse kliendi kodumaale elektrooniliselt
- 4.** Järeldravi
 - Järeldravi ei ole vajalik

Visioon

Radioloogias oleks suureks eesmärgiks piirkondliku keskuse loomine, mis tähendab tegelikult mitte ainult Eesti, vaid ka teiste lähiriikide, eeskätt näiteks Läti või endiste NL-i liikmete, sidumist ühtseks võrgustikuks, kes osutab teenuseid Euroopa, aga miks mitte ka globaalsele turule. Eestil on olemas tehnoloogiline võimekus ning kogemus selliste süsteemide ülesehitamisel, kuid pelgalt üksikute radioloogide või ka üksikute ettevõtete tasemel teleradioloogia teenuse müük arenenud riikidesse ei ole strateegiline tegevus.

Eesti enda ekspordimahu kasv võiks lähiajal olla suurusjärgus 20 miljonit krooni, kuid arvestades teenuse põhimõttelist nõudlust Euroopas oleks potentsiaali palju enamaks. See eeldab suurema hulga radioloogide värbamist, kui see Eestis võimalik oleks.

Alternatiivseks strateegiaks on innovaatiliste radioloogia-lahenduste väljatöötamine. Innovatsioon võib seisneda nii uudemate kommunikatsioonikanalite kaasamises teenusepakkumisse, andmete põhjal kliendile väärtusliku informatsioonikihi loomises tarkvaraarenduses kui ka piltide tõlgenduste automaatse süsteemi arendamises. Lähiturgudel võiks olla innovaatilisele teenusele potentsiaali ning sellist teenust on võimalik pakkuda ka läbi raviautustuste koostöö.

Eesti enda võimalik ekspordimaht võiks lähiajal olla suurusjärgus 20 miljonit krooni, kuid arvestades teenuse põhimõttelist nõudlust Euroopas oleks potentsiaali palju enamaks.

Kuidas jõuda soovitud visioonini?

Visiooni realiseerimiseks on Eestis heal tasemel tehnoloogia, ent sellest ainuüksi ei piisa. Ainult piltide tõlgendamise peale on raske ehitada konkurentsieelist, sest sarnast teenust võivad pakkuda ka kõik ülejäänud riigid. Eristuda võib ühelt poolt innovaatilise teenusega või siis teisalt luua kompetentsikeskus, kuhu koondada rohkem ressursse ning pakkuda väärtusahela lõikes teenust mahukamalt.

Esmalt tuleb luua usaldus, mida on põhimõtteliselt võimalik ehitada varasematele selle valdkonna edukatele pilootprojektidele (näiteks BITNET, Baltic eHealth, R-Bay⁷⁶). Samuti osutavad Eesti arstid praegugi teenust välismaistele sarnastele teleradioloogia vahendajatele.

Eraldi lahendamist vajav teema on vastutus ja õiguslikud küsimused, kuna teleradioloogia ei ole iseseisev tegevus, vaid osa raviprotsessist. Tervishoiuteenuse puhul on kriitiline kvaliteedi eest vastutaja roll, samuti probleemide lahendamine, kui juhtub tahtmatu viga.

Täna kirjeldavad Eesti radioloogid pilte valdavalt ingliskeelsesesse keelekeskkonda.

Teenuse osutamisel tuleb oluliste aspektidena arvestada, et keel on äärmiselt oluline ning sellest võib kujuneda suur barjäär, kui seda efektiivselt ei lahendata. Täna kirjeldavad Eesti radioloogid pilte valdavalt ingliskeelsesesse keelekeskkonda. Teistes keeleruumidesse tõlgete tegemise lahenduseks võiks olla automatiseeritud tõlkesüsteemide arendamine (ühildatud kirjelduse algoritmid ja semantika), mille loomine on küll väga kulukas ja aeganõudev, ent võimaldab luua konkurentsieelist.

Üks võimalus kiirendada ekspordimahtude kasvu on asjakohase oskusteabe ja/või olemasoleva välismaise kliendibaasiga strateegilise investori kaasamine.

Visiooni realiseerimisel tuleks ära kasutada uudseid tehnoloogilisi lahendusi (nt Skype, telekonsultatsioon, digitaalne haiguslugu jms), mis võimaldavad arendada kaasaegseid müügi-kanaleid ning pakkuda selgelt eristuvat toodet. Lisaks tuleb teha tihedat koostööd teadusarendusettevõtete ja asutustega.

Viljatusravi

Hetkeolukord

Viljatusravi alla mõistetakse üldisemalt kehavälist viljastamist (*in vitro fertilization*, edaspidi ka IVF) protseduuri. Protseduuri käigus stimuleeritakse hormonaalselt munasarja, eraldatakse munarakud, toimub munarakkude viljastamine, embrüod inkubeeritakse ning siirdatakse seejärel emakasse. Eestis pakuvad viljatusravi Elite Kliinik Tartus ja Nova Vita Kliinik Tallinnas, lisaks veel TÜ Kliinikumi Naistekliinik ja Ida-Tallinna Keskhaigla Naistekliinik. 2008. aastal tehti 1960 protseduuri ning keskmine maksumus oli 19 587 krooni, mis teeb valdkonna ligikaudseks käibeks 40 miljonit krooni.

Kehavälist viljastamist on tehtud alates 1978. aastast ning hinnanguliselt kasutab seda ligikaudu 5% kõikidest paaridest. Lääne-Euroopas tehakse 1000 protseduuri 1 miljoni elaniku kohta aastas. Põhjamaades tehakse 1500 IVF protseduuri ühe miljoni elaniku kohta aastas, kokku teeb see ligikaudu 37 000 IVF protseduuri aastas. Eestis on vastav number 1300-1400 protseduuri ühe miljoni elaniku kohta aastas. IVF protseduuri kompenseerib Eestis patsiendile Eesti Haigekassa 100% ulatuses kuni 40-aastastele naistele. Ravimite maksumusest (keskmine maksumus 15 000 krooni) tasub Eesti haigekassa 2/3. Seni on Eestis viljatusravil olnud keskmiselt 5-10% paaridest välismaalt, kuid ajalooliselt on see number olnud ka kõrgem.

Hindamisel andsime valdkonnale järgmised punktid:

76 R-Bay projekt, <http://www.r-bay.org/modules/tinycontent/?id=1>

EESTI EKSPORDIPOTENTSIAAL VILJATUSRAVIVALDKONNAS	Punktid	Max punktid
VÕIMEKUS		
Arstide absoluutarv	1	3
Õdede absoluutarv	0	1
Vaba inimressurss	2	2
KONKURENTSIEELIS		
Olme	2	3
Hind	2	3
Kvaliteet	1	1
EKSPORDI REALISEERITAVUS		
Kapitalimahukus	1	2
Soov investeerida (eraraha osakaal)	1	1
Koostöövõime	1	1
EKSPORDITASE PRAEGU		
Keelebarjääritus	1	1
Teenindustase	1	1
KOONDHINNE	13	19

VILJATUSRAVIVALDKONNA NÕUDLUS	Punktid	Max punktid
Teenuseid vajavate inimeste arv	1	3
Teenuste rahalise mahu osakaal kogu teenuste mahust	1	4
Valdkonna kasvu toetavad globaalsed trendid	2	4
Patsiendi omaosaluse määr teenuste eest tasumisel	1	2
Senine globaalne eksport	1	3
KOONDHINNE	6	16

- 1. Teenuse ostmise kohta otsusele jõudmine**
 - Viljatu paar otsib infot teenuse kohta
 - Konsulteerib vahendusfirmade / tuttavatega

- 2. Tegevuskava ja logistika kinnitamine**
 - Esmased kliinilised uuringud / kliiniku külastamine
 - Reisiplaanide koostamine

- 3. Protseduur viiakse läbi**

- 4. Protseduurijärgne ülevaatus**
 - Komplikatsioonide tuvastamine / kontroll / edasiste juhendite saamine
 - Koju naasmine

- 5. Järelkontroll**
 - Arsti kontroll kodumaal

Visioon

Võimekust on 2013. aastal teha kuni 4000 kehavälise viljastamise protseduuri - 2000 protseduuri eestimaalastele ja 2000 protseduuri teistest riikidest pärit patsientidele.

Kuidas jõuda soovitud visioonini?

Turg viljatuse raviks on suur, kuna viljatuse probleem esineb 10-20% paaridest (Eestis on see pigem 20%). Eesti konkurentsieeliseks antud valdkonnas on eelkõige soodne hind. Kui võtta aluseks ainult protseduur (ja välja arvata ravimid), siis on Eestis protseduuri hind 20 000 krooni. Võrdluseks on see hind Põhjamaades 30 000-40 000 krooni, Saksamaal 40 000, Ühendkuningriigis 50 000 ja USA-s 100 000 krooni.

Lisaks on Eesti viljatusravi- kliinikutes hea protseduuri tulemuslikkus, mis ületab Euroopa keskmist 5-10% võrra.

Lisaks on Eesti viljatusravikliinikutes hea protseduuri tulemuslikkus, mis ületab Euroopa keskmist 5-10% võrra. Samuti on oluline, et Eesti seadusandlus, mis reguleerib viljatuse ravi (Kunstliku viljastamise ja embrüokaitse seadus), on suhteliselt liberaalne ning võimaldab kasutada küllaltki

laialdasi võimalusi viljatuse ravis. Piiratud seadusandlus - ennekõike Kesk-Euroopa riikides - on üheks tähtsamaks teguriks, miks viljatud paarid peavad ravi saama teistes Euroopa riikides. Seetõttu toimub viljatute paaride liikumine Kesk-Euroopast (Saksamaa, Itaalia, Šveits) teistesse Euroopa Liidu liikmesriikidesse, näiteks Hispaaniasse, Tšehhi Vabariiki ja Sloveeniasse.

Eksportivõimalusena on võimalik läbi viia kehavälise viljastamise protseduur: 3-4 päeva jooksul pakkuda kallist ja kõrgtehnoloogilist ravi. Siin on vaja head koostööd patsiendi kodumaa arstidega. Eesti konkurentsieeliseks võiks kujuneda eelkõige kiire ja kvaliteetne teenus, mille eest klient on nõus maksma.

Kõige levinuma nn jaotatud kehavälise viljastamise korral viiakse munasarjade hormonaalne stimulatsioon (kestab kuni 2-3 nädalat) läbi kodumaal ning patsient liigub teise riiki ainult munarakkude eraldamiseks munasarjadest (munasarjade punktsioon), nende viljastamiseks ja embrüote siirdamiseks, mistõttu ta peab olema teises riigis ainult 3-4 päeva.

Eesti viljatusravi kliinikud on alustanud koostööd, et viljatud patsiendid tuleksid Eestisse ravile. Eestis on 4 kliinikut - Nova Vita Kliinik kolis 2009 sügisel uude renoveeritud kliinikusse, TÜ Kliinikumi Naistekliinikul on uus maja, Elite Kliinikul on uus maja ja ka Ida-Tallinna Keskhaigla Naistekliinikul on renoveeritud ruumid. Samuti on Eestis igas kliinikus 2 suurte kogemustega günekoloogi ning vajadusel saame kiiresti arste lisaks koolitada. Samuti on olemas kliinikutes vastav aparatuur, mis võimaldaks läbi viia 2-3 korda rohkem protseduure.

Eesti viljatusravi kliinikud olid asutajaks Reproduktiivmeditsiini ja Bioloogia Tehnoloogia Arenduskeskuse AS loomisel, mille eesmärgiks on viljatusravi tehnoloogiate arendamine. Vastav koostöö käib kliinikute, biotehnoloogia firmade ning Eesti ülikoolide vahel. Nimetatud projekti raames on plaanitud jätkata tehnoloogiaarenduse projekte, mis omavad suurt potentsiaali nii ekspordil kui ka patsientide teenindamisel Eestis, mis omakorda suurendaks Eesti võimalusi olla reproduktiivmeditsiini sihtriigiks paljudele viljatutele paaridele. Esimesed geneetilised testid mehe viljatuse põhjuste ja loote kromosoomipatoloogiate tuvastamiseks peaksid valmima juba lähema aasta jooksul koostöös Eesti ühe suurema biotehnoloogia toodete ja teenuste eksportija Asper Biotech'iga.

Silmakirurgia

Silmahaiguste osas on käesoleva ekspordiuuringu kontekstis kõige olulisem silmakirurgia areng. Silmakirurgia on kasvava nõudlusega meditsiinivaldkond, selle põhjuseks on elanikkonna vananemine ning diabeedi sagenemine. Vanusega kaasnevad paratamatult degeneratiivsed muutused, mis silmahaigustes tähendab peamiselt katarakti (silmakae) suhtelist sagenemist.

Silmaoperatsioonide arv kasvab pidevalt eeskätt katarakti arvel. Euroopa arenenud riikides moodustavad kataraktioperatsioonid kõigist silmaoperatsioonidest ca 75%. 1000 elaniku kohta teostatakse 6-7 kataraktioperatsiooni aastas, kusjuures see suhtarv kasvab vastavalt elanikkonna vananemisega. Samal ajal on just viimastel aastatel tänu tehnoloogia ja operatsioonitehnika arengule kasvanud ka muude keerulisemate operatsioonide arv. Maailma Terviseorganisatsiooni hinnangul kasvab pimedate ja nõrgaltnägijate arv maailmas kahekordseks aastaks 2020 sajandi algusega võrreldes.

Hetkeolukord

Eesti tugevuseks silmakirurgias võib lugeda ühelt poolt tugevat nn nõukogude koolkonda, mis on samal ajal väga kiiresti väljaõppe ning tehnilise taseme poolest jõudnud arenenud Euroopa riikidega võrdväärsele tasemele. Ida-Tallinna Keskhaigla Silmakliinik on kujunenud koguni silmakasvajate ja silmakoopapatoloogiate ravikeskuseks Balti riikides.

Formaalselt on Eesti silmahaiguste ravi (sh kirurgiline teenistus) maailmatasemel alates väljaõppest ning lõpetades kehtestatud standardite ja ravitulemustega. Arvestades tehnoloogia suurt rolli kaasaegses silmahaiguste kirurgilises ravis on ka kvaliteeditase vähem sõltuvuses üksikutest arstidest - valdav osa Eestis töötavatest silmakirurgidest on saanud kaasaegse väljaõppe ning valdavad nii tehnikat kui töömeetodeid.

Põhjamaades on ühe silmakirurgi aastaseks koormuseks ca 350 operatsiooni, Eestis on see näitaja veel mõnevõrra madalam. Operatsioonide arv ühe kirurgi kohta on seotud just kataraktioperatsioonide teostamise hulgaga vastavas riigis.

Põhiliseks turuks võiks pidada Põhjamaid, kus on väga suur nõudlus ning sellega seoses on järjekorrad silmaoperatsioonidele pikemad kui Eestis (>1,5 aasta!). Reeglina toimub suunamine perearsti saatekirjaga ning rahastamise piirangute kaudu hoitakse operatsioonide arv kontrolli all vastavalt sellele, kui palju iga riik jõuab teenuse eest tasuda. Samal ajal teenuse kasutajate arv pidevalt nooreneb, sest võimalusel püütakse operatsioon läbi viia haiguse varases staadiumis. Venemaa (sh Loode-Venemaa) potentsiaali määrab ära senine väga tagasihoidlik teenuse pakkumine (20. saj lõpu teostati seal ca 1500 operatsiooni 1 miljoni elaniku kohta aastas).

Põhiliseks turuks võiks pidada Põhjamaid, kus on väga suur nõudlus ning sellega seoses järjekorrad silmaoperatsioonidele pikemad kui Eestis (>1,5 aasta!).

2007. aastal oli Eestis täidetud 112 silmaarsti ametikohta, nendest ca 25 (20%) töötab silmakirurgidena. Jaotus avaliku ja erasektori teenuseosutajate vahel oli ligikaudu 50/50. 2008. a olid Haigekassa kulutused oftalmoloogia erialale kokku 251,5 miljonit krooni (129 mln ambulatoorsele ravile, 106,5 mln krooni päevaravile ja 15,8 mln krooni statsionaarsele ravile).

Hindamisel andsime valdkonnale järgmised punktid:

EESTI EKSPORDIPOTENTSIAAL SILMAKIRURGIA VALDKONNAS	Punktid	Max punktid
VÕIMEKUS		
Arstide absoluutarv	1	3
Õdede absoluutarv	0	1
Vaba inimressurss	1	2
KONKURENTSIEELIS		
Olme	3	3
Hind	2	3
Kvaliteet	1	1
EKSPORDI REALISEERITAVUS		
Kapitalimahukus	1	2
Soov investeerida (eraraha osakaal)	1	1
Koostöövõime	1	1
EKSPORDITASE PRAEGU		
Keelebarjääritus	1	1
Teenindustase	1	1
KOONDHINNE	13	19

SILMAKIRURGIA VALDKONNA NÕUDLUS	Punktid	Max punktid
Teenuseid vajavate inimeste arv	2	3
Teenuste rahalise mahu osakaal kogu teenuste mahust	1	4
Valdkonna kasvu toetavad globaalsed trendid	2	4
Patsiendi omaosaluse määr teenuste eest tasumisel	2	2
Senine globaalne eksport	1	3
KOONDHINNE	8	16

Väärtusahel

Silmaoperatsioonide eelkontrolli (esmast visiiti, et selgitada välja ravivajadus) on võimalik korraldada koostöös esmatasandi teenuseosutajatega, kasutades isegi keskmeditsiinilist personali. Silma seisukorra fikseerimine on võimalik, kasutades spetsiifiliste, kuid piiratud tehniliste oskustega personali ning kaasaegset aparatuuri. Silmakirurg võib esmaseks diagnoosimiseks (ehk kirurgilise ravivajaduse väljaselgitamiseks) kasutada digitaalset informatsiooni. Ka järelkontrolli on võimalik tüsistumata juhtudel korraldada optometri sti vm esmatasandil töötava spetsialisti poolt. Põhimõtteliselt on võimalik nii kirurgilisele ravile eelnev kui ka järgnev raviapp korraldada patsiendi kodumaal.

1.

Teenuse vajaduse väljaselgitamine

- Vajaduse tuvastab regulaarne kontroll (skriining)
- Inimene ise pöördub (esmatasandi) arsti juurde

2.

Tegevuskava ja logistika kinnitamine

- Sobiva teenuseosutaja otsimine ja valimine
- Reisiplaani koostamine / koostöö vahendajaga
- Esmased kliinilised uuringud (sh silmakontroll diagnostilise aparatuuriga)

3. Esmane telemeditsiiniline konsultatsioon (vajadusel /võimalusel)

4. Protseduur viiakse läbi

- Operatsioon silmakliinikus
- 1-3 päeva ravi

5. Järelkontroll

Visioon

Ekspordi seisukohast on silmakirurgial mitmeid eeliseid: 1) enamasti ei vaja operatsioon pikka haiglaravi, patsient on reeglina töövõimeline 2-3 päeva pärast; 2) operatsioon ei ole väga kallis, kuid funktsiooni paranemine inimese jaoks on märkimisväärne; 3) järelravi ei vaja reeglina kirurgi korduvkonsultatsiooni; 4) ravi järele on väga suur nõudlus ning kõigis arenenud riikides on suured järjekorrad, mida ollakse teatud tingimustel valmis leevendama ka kvaliteetse raviga välismaal.

Arvestades, et üks kirurg suudab aastas opereerida 350 patsienti ning ca 20% võiks toimuda teenuse ekspordi raames, on aastane võimekus olemasoleva inimressursiga maksimaalselt 1750 operatsiooni aastas. Kehtiv kataraktioperatsiooni komplekshind Eesti Haigkassa hinnakirja järgi oli 6579 krooni ning silmahaiguste voodipäeva hind 861 krooni. Refraktiivse laseroperatsiooni hind erakliinikutes on 12-14 tuhat krooni. Arvestades kataraktioperatsioonide refraktsiooni laseroperatsioonide osakaaluks vastavalt 75 ja 25% , võiks potentsiaalne kiirelt saavutatav eksport-teenuste maht olla u 14-16 miljonit krooni. Suuremaks kasvuks on vajalik täiendava personali valdkonda juurde toomine.

Kaelõikust hetkel ei ekspordita, seda tehakse Eesti inimestele. See on lihtne lõikus, välisriigid saavad ise selle mahu ära teha. Laserilõikust on võimalik ekspordida. Oluline on näha, kus on võimalik välismaal nõudlust tekitada. Tuleb keskenduda ühele-kahele turule esimeses faasis (näiteks Venemaa ja Soome). Venemaal on kohapeal silmakirurgias tugev tase (näiteks Fjodorovi kliinik Venemaal).

Kuidas jõuda soovitud visioonini?

Siin on olulised märksõnad usaldus, ravijärjekord ja hind. Patsiendi usaldus on silmakirurgias paljude teiste valdkondadega võrreldes kriitilisem teenuse osutaja valikul, sest nägemisega seotud elukvaliteedi muudatust tajub inimene kohe ja väga teravalt. Seda saab ära kasutada positiivsete tulemuste võimendamisel, kuid sellega tuleb arvestada ka ebaõnnestumiste puhul. Eesti jaoks on teenuse mahu oluline kasvatamine kinni peamiselt väikeses silmakirurgide arvus. Väga kiireks strateegilise mõju avaldamiseks kogu tervishoiusüsteemile tuleks järsult kasvatada personali arvu.

Lisaks kataraktioperatsioonidele, mille eest Euroopas reeglina maksab avalik kindlustussüsteem (patsiendi omaosalus varieerub), on kasvava trendiga ka refraktiivkirurgia (silma nägemisteravuse korrigeerimine), mida toetab tehnoloogia areng. Mitmetes riikides makstakse ka see (vähemalt osaliselt) avaliku kindlustusandja poolt kinni, kuid järjest suurem osa inimesi on nõus selle eest ise tasuma.

Eestil on Põhjamaade ees oluline hinnaeelis (peamiselt tööjõu- ja infrastruktuuri kulude arvelt), samal ajal kui tehnoloogiline tase on võrdväärne ning professionaalide hulgas peetakse Eestis tehtud tööd usaldusväärseks.

Kõrgtehnoloogiline tervishoiuteenus (südamekirurgia ja onkoloogia)

Kõrgtehnoloogiliste tervishoiuteenuste puhul peame käesolevas uuringus silmas kitsa spetsialiseerumisega erialasid, kus kasutatakse kallist tehnoloogiat ning spetsiifiliste oskustega arste. Rahvusvahelise kogemuse põhjal on levinumateks kõrgtehnoloogilise tervishoiuteenuse ekspordivaldkondadeks südamekirurgia ning vähi- ehk onkokirurgia. Tegemist on erialadega, mille puhul patsient kasutab väga piiritletud teenust pikema teenuseahela osana. Mõnevõrra sarnane eriala on ka ortopeedia, kuid seda käsitlesime eraldi alapeatükis.

Hetkeolukord

Eestis on täidetud 24 kardiovaskularkirurgi ametikohta, onkoloogilisi operatsioone teostavad enamasti üldkirurgid, aga samuti torakaal- ja neurokirurgid, uroloogid - kokku neil erialadel 235 täidetud ametikohta. Seega on personali alusel valdkondade mahtu keeruline hinnata. Indikatsioonina valdkonna potentsiaali kohta moodustasid vähidiagnoosiga patsiendid Eestis 2007. a ca 3,8% kõigist ravijuhtudest ning ligi 10% kõikidest eriarstiabi kuludest.

Kitsa spetsialiseerumisega kõrgtehnoloogilist ravi osutatakse reeglina üksikutes tippkeskustes. Eestis on kardiovaskulaarkirurgia ning onkoloogilise kirurgia erialadel põhilised teenusepakkujad piirkondlikud haiglad Tartu Ülikooli Kliinikum ning Põhja-Eesti Regionaalhaigla, kuid väiksemaid onkoloogilisi operatsioone teostatakse kõigis keskhaiglates ja mõnevõrra ka maakonnahaiglates. Lisaks avalikule sektorile on Eestis olemas ka erakapitalil põhinevad teenuseosutajad, kes peamiselt osutavad ambulatoorseid vastuvõtte, kuid veresoontekirurgias omavad lepingut ka haigekassaga, sh haiglaravi osutamiseks.

Eestis teostatakse aastas umbes 1000 kardiokirurgilist operatsiooni ning erinevatel erialadel ca 3000 onkoloogilist operatsiooni. Haigekassa kulutas 2008. a kardiokirurgilistele operatsioonidele 163,3 miljonit krooni ja onkoloogiale ligi 553 miljonit krooni (onkoloogia on ka üks suurima ravimikuluga erialasid - 224,6 miljonit krooni).

Erasektoril on kardiokirurgias 1980.-90-ndatest aastatest ka näide suhteliselt edukast ekspordist Soome (dr Sulling), mis samas lõppes väga järsult pärast ainsat kvaliteediprobleemi.⁷⁷ Vähiravis pole teadolevalt Eestis eksporditegevust toimunud. Uuringu käigus läbiviidud veebiküsitluses ei mainitud ükski teenuseosutaja, et niisugust ekspordi toimuks.

Tehnoloogia arenguga on nii südame- kui vähikirurgia operatsioonide hulk kasvanud, näidustused laienenud ning seoses pikeneva elueaga kasvab vajadus ka tulevikus. Eestis, nii nagu valdavas osas Euroopas, tasub teenuse eest reeglina avalik sektor, Euroopa kontekstis kasutatakse erakindlustust eelkõige kiirema kättesaadavuse tagamiseks. Euroopa, eriti Skandinaavia riikide puhul on piiriülese nõudluse peamiseks faktoriks pikk järjekord kodumaal. Teine piiriülese teenuse osutamise põhjus on vajadus raviks, mida kodumaalt ei saa.

Kuigi Eesti raviasutuste tehnoloogiline varustatus ja personali väljaõpe on väga kõrgel tasemel, ei ole meil ühtki nn tippkeskuse või nn spetsiifilise koolkonna tüüpi haiglat, mis sellistes valdkondades tervishoiuteenuse eksportimiseks on väga oluline.

Näiteks keerukamaid ja harvemaid laste südameoperatsioone teostatakse ka Eesti lastel välisriikides.

77 Postimees, 2009 <http://www.tarbija24.ee/?id=111027>

Kõrgtehnoloogiliste (kirurgiliste) tervishoiuteenuste eksportimisega on seotud väga kõrged riskid, samal ajal kui tegemist on ka kõrge lisandväärtusega teenusega. Valdkonna kõrge tunnustus sihtturgudel võimaldab selle edukal praktiseerimisel positiivse kuvandi ülekandumist ka teistele pakutavatele teenustele.

Põhimõtteliselt soodustab Euroopa Liidu tervishoiuteenuste vaba liikumise direktiiv nn tippkeskuste arendamist ning sellega seotud teenuste eksporti. Eestisse on niisuguse keskuse loomine äärmiselt keeruline ja kulukas, vaatamata heale tehnoloogilisele ja professionaalsele tasemele.

Hindamisel andsime valdkonnale järgmised punktid:

EESTI EKSPORDIPOTENTSIAAL SÜDAME-VERESOONTEKIRURGIA VALDKONNAS	Punktid	Max punktid
VÕIMEKUS		
Arstide absoluutarv	1	3
Õdede absoluutarv	0	1
Vaba inimressurss	0	2
KONKURENTSIEELIS		
Olme	1	3
Hind	3	3
Kvaliteet	1	1
EKSPORDI REALISEERITAVUS		
Kapitalimahukus	0	2
Soov investeerida (eraraha osakaal)	0	1
Koostöövõime	1	1
EKSPORDITASE PRAEGU		
Keelebarjääritus	0	1
Teenindustase	0	1
KOONDHINNE	7	19

SÜDAME-VERESOONTEKIRURGIA VALDKONNA NÕUDLUS	Punktid	Max punktid
Teenuseid vajavate inimeste arv	1	3
Teenuste rahalise mahu osakaal kogu teenuste mahust	3	4
Valdkonna kasvu toetavad globaalsed trendid	2	4
Patsiendi omaosaluse määr teenuste eest tasumisel	0	2
Senine globaalne eksport	0	3
KOONDHINNE	6	16

Väärtusahel

Tegemist on teenusega, mille ekspordipotentsiaal tuleneb kas kõrgest hinnast koduturul (rikkamate riikide patsiendid või kindlustusfirmad soovivad kulusid kokku hoida) või siis soovist erioskuste (valdkondlikud tippkeskused või nn kindel koolkond) ning eksperimentaalsete ravi-võtete kasutamise järele. Teenuse vajadus selgitatakse alati välja patsiendi kodumaal, mistõttu eksportimiseks peab sihtturgudel toimima väga hea koostöö valdkonna spetsialistidega ning tõhus müügitöö.

Tegemist on elektiivse (valikulise) operatsiooniga, millega kaasneb suur risk. Samuti esitab niisugune protseduur väga kõrged nõudmised personalile ja operatsiooni läbiviimise tingimustele. Kõrgtehnoloogilise tervishoiuteenuse edukaks õnnestumiseks on oluline järel- ja taastusravi, mille tase tänases Eestis jääb alla kõrgema elatustasemega riikidele (vähemalt Haigekassa poolt kompenseeritud protseduuride puhul). Seega on teenuse eksportimisel väga oluline tagada operatsioonijärgne etapp kas Eestis või sihtriigi partner-instituutides.

Suure riski tõttu on pikaajalise strateegia puhul väga oluline tüsistuste ravi korraldus ning sellega seotud õiguslik ja rahaline korraldus.

Graafiliselt näeb kõrgtehnoloogilise tervishoiuteenuse väärtusahel välja järgmine:

- 1. Teenuse ostmise kohta otsusele jõudmine**
 - Patsiendil diagnoositakse kodumaal vähk või südamehaigus, mis vajab agressiivset ravi
 - Kodumaa arst otsustab põhimõttelise ravivajaduse
 - Otsus ravi läbiviimiseks välismaal (pikk järjekord, kõrge hind, spetsiifiline ravi ei ole kättesaadav)

- 2. Tegevuskava ja logistika kinnitamine**
 - Sobiva teenuseosutaja otsimine ja valimine
 - Reisiplaanide koostamine / koostöö vahendajaga (kodumaa raviasutusega, kindlustusega)
 - Esmased kliinilised uuringud kodumaal (koostööpartner sihtriigis)

- 3. Protseduur viiakse läbi**
 - Ravi haiglas
 - Vahetu operatsioonijärgne tulemuse ja tüsistuste kontrollimine

- 4. Protseduurijärgne järelravi (Eestis või kodumaal)**
 - Funktsiooni taastamine (rehabilitatsioon) / järelkontroll / edasiste juhiste saamine
 - Patsiendi naasmine kodumaale (võib toimuda juba enne järelravi alustamist) (partner sihtriigis)

- 5. Järelkontroll**
 - Arsti kontroll / komplikatsioonide tuvastamine patsiendi kodumaal (koostööpartner sihtriigis)

Visioon

Kõrgtehnoloogilise tervishoiuteenuse osutamise visioonis võiks lähtuda dr Sullingu omaaegsest kogemusest, mille põhjal on võimalik Eestis osutada väga keerukat ning suurt usaldust nõudvat teenust. Eesmärgiks peaks olema nn tippkeskuse rajamine, mille tegevusmaht peaks olema piisavalt suur spetsiifiliste patoloogiatega tegelemiseks kvaliteetsel tasemel. Kuid reaalselt oleks vähikeskuse Eestisse rajamine kõige realsem ilmselt mõne USA/Euroopa Liidu vähikeskuse filiaalina.

Arvestades ühe kirurgi optimaalseks aastaseks tegevusmahuks 150 operatsiooni ning ühe operatsiooni hinnaks 100 000 krooni, on ühe kirurgi võimalik käibemaht 15 miljonit krooni.

Taktikaliselt võiks esmalt sihtida Loode-Venemaa ning Läti turgusid, arvestades Eesti suhtelist tehnoloogilist, organisatoorset ja professionaalset edukust ja positiivset mainet sealsete tervishoiusüsteemidega võrreldes. Eduka ida-suunalise ekspordi korral on kindlasti asjakohane püüelda Euroopa Liidu tasemel tippkeskuseks kujunemise poole. Südame- ja vähihaiguste kasvupotentsiaal, eriti selles osas, mis kõrgtehnoloogilist ja kirurgilist sekkumist vajab, on keskpikas perspektiivis visiooni teostamiseks tõenäoliselt soodne.

Visiooni teostamiseks tuleks arendada tihedat teaduskoostööd, mis võimaldaks tuua lisaraha, kasvatada mainet ja olla atraktiivne andekatele spetsialistidele.

Sellise visiooni elluviimine on sobivatel välistingimustel, hoolikal planeerimisel ning sihikindlal tegutsemisel koos piisava hulga rahaga olla võimalik.

Kuidas jõuda soovitud visioonini?

Visioonini jõudmiseks on vajalik tiheda koostöösuhte loomine sihtriigi spetsialistidega, suured ja pikaajalise sihiga investeeringud, väga hea personalipoliitika, teenuse tsentraliseerimine või vähemalt erialasisene spetsialiseerumine Eestis, mis eeldab väga head koostööd Eestis valdkonna sees. Lisaks on oluline mainekampaaniate läbiviimine, teaduskoostöö ning teadusarendustegevuse planeerimine. Visiooni on iseseisvalt raske saavutada ning tuleb toetuda Eesti tervishoiusüsteemi üldisele kuvandile. Kaaluda võib näiteks suurte riiklike haiglate kaasamist teenuse osutamise ahelasse või suure (näiteks keskhaigla) erastamist välisinvestorile, mis tagaks kiire patsiendivoo ja pikaajalise stabiilse rahastamise.

Lisa 2 Näited Eesti tervishoiuteenuste ekspordist

Juhtum 1

Eksportiva ettevõtte nimi	Ida-Tallinna Keskhaigla (ITK)
Ekspordi valdkond	Telemeditsiin
Sihtturg	Taani
Mis teenust pakutakse	Baltic Key Health projekti käigus alustati koostööd ITK ja Svendholmi haigla vahel. ITK-s vaadati läbi kuni paarsada taanlaste poolt saadetud diagnostilist pilti.
Kuidas ja miks välisklient saadi	Taanlased ostsid Eestist teenust, kuna töö käis rahvusvahelise projekti raames ning Eestis teenuse eest küsitav hind oli Taani hindadest madalam. Üheks koostöö alustamise eduteguriks oli ka Eestis asuv tippaparatuur.
Saadud kogemus	ITK-s loodi selge arusaam, kuidas telemeditsiini teenust teistesse riikidesse pakkuda. Seda nii tehniliste kanalite loomisel, õiguslike dokumentide koostamisel, maksesüsteemide loomisel kui ka piltide kirjelduste tõlgete tegemisel. Koostöö hääbus, kui Taanis viidi läbi tervishoiureform, mis haaras enamiku Taani haigla vabadest ressurssidest ning ei võimaldanud enam Eestiga koostööd jätkata.

Juhtum 2

Eksportiva ettevõtte nimi	Valga Haigla
Ekspordi valdkond	Piiriülene tervishoiuteenus
Sihtturg	Valka, Läti
Mis teenust pakutakse	2008. aastal pakuti teenust ca 30-40 Valka elanikule. Pakutavate teenuste hulgas peamiselt günekoloogia, päevakirurgia ja pisemate traumade ravimise teenused.
Kuidas ja miks välisklient saadi	7000 elanikuga Valka linnas suleti sealne haigla ning osad Valka elanikud tulid Valga haiglasse teenust saama. Valga haiglas töötab ka paar Läti arsti, mis soosib Läti kodanikele teenuse pakkumist. Piiriülest teenusepakkumist soodustas ka Schengeni viisaruumiga ühinemine, mis elanikele piiriületamise mugavaks tegi.
Saadud kogemus	2009. aasta eesmärgiks oli teenindada kuni 100 Läti kodanikku. Esmane klientidelt saadud tagasiside oli positiivne. Tehnika ja erialaspetsialistid teenuse pakkumiseks on Valga haiglas olemas ning lisaks saab vajadusel Tartu Ülikooli Kliinikumist eriarste teenuse osutamiseks Valga haiglasse tuua.

Juhtum 3

Ekspordi eestvedaja	Dr Toomas-Andres Sulling
Ekspordi valdkond	Südamekirurgia
Sihtturg	Soome
Mis teenust pakutakse	1980-ndate aastate lõpupoole opereeriti dr Sullingu poolt Tallinnas Soome patsiente 3-4 aasta vältel ning teostati kokku ligikaudu 100 operatsiooni ⁷⁷ .
Kuidas ja miks välisklient saadi	Soomlastega olid loodud head sidemed ning tegevuse alustamiseks läbiti tihe bürokraatia kadalipp, et tõendada teenuse vastavust Soome nõuetele. Samuti saadi Soomest moodsat aparatuuri, millega soomlasi ravida.
Saadud kogemus	Soome erakliinikud olid Eestis pakutava teenuse vastu ning tegevus katkes, kui Eestis leiti doonorverest toona tundmatu maksaviirus. Positiivse kogemusena õpiti tegevuse käigus töötama moodsa aparatuuriga ning võimaldati arstidele tolle aja kohta head palka maksta.

Juhtum 4

Eksporditava ettevõtte nimi	Dentes
Ekspordi valdkond	Hambalabor
Sihtturg	Skandinaavia ja Saksamaa
Mis teenust pakutakse	Eksporditava teenusena pakutakse välisriikide hambaravikliinikutele hambaproteeside valmistamist. Tehtavate tööde hulka käivad metallo-keramilised sillad, keramilised kroonid, partiaalproteesid, tihvtkõndid ning hübriidproteesid.
Kuidas ja miks välisklient saadi	Turunduskanalitena on läbi aegade kasutatud erinevaid variante. Kasutatud on nii väliskaubandusliitu kui ka konsultante kontaktide loomiseks, ent parima tulemuse on andnud välisturul klientide leidmiseks kohalikud hambaravivaldkonda tundvad arstid. Välisturule müümisel on kohalike edasimüüjatega sidemete omamine olulise tähtsusega, kuna võimaldab turul olevate klientide usaldust kergemini võita. Väliskliendid tellivad töid Eestist hea hinna ja kvaliteedi suhte tõttu.
Saadud kogemus	Saadud kogemuse najal on eesmärgiks võetud suurendada eksporti lähiaastatel läbi sihtturgudel olevate edasimüüjate.

78 Postimees, 2009. <http://www.tarbija24.ee/?id=111027>

Juhtum 5

Eksportiva ettevõtte nimi	Viimsi Spa
Ekspordi valdkond	Ravispaa
Sihtturg	Soome
Mis teenust pakutakse	Pakutakse 4- kuni 14-päevaseid ravipakette välituristidele. Teenustena pakutakse mitmeid erinevaid füsioteraapilisi raviteenuseid - näiteks laserravi, soojusravi, vesiravi, massaaži. Teenuseid pakutakse nii vanematele inimestele, kellel on liigesevaegused, kui ka operatsiooni-järgsetele inimestele, kes vajavad oma lihaskonna võimekuse taastamist.
Kuidas ja miks välisklient saadi	Väliskliente saadakse vahendajate kaudu. Kliente vahendavad Eestisse välismaalastest FIE-d, kes küllastajate rühmi komplekteerivad ning välisriikide erialaliidud, kes oma liikmete seas Eestis ravispaasid soovitada oskavad. Samuti on välisriikides turismibürood, kes on spetsialiseerunud ravispaade pakettide müümisele. Väliskliendid tulevad Viimsi Spaasse eelkõige hea hinna ja kvaliteedi suhte pärast.
Saadud kogemus	Käibest üle ¾ moodustab eksport ning aastate jooksul kogutud kogemuste põhjal osatakse tervisepakette üha paremini kliendi soovidest lähtuvalt kokku panna. Välisriikide kliendid (soomlased, rootslased, norralased) on teadlikud oma vajadustest ning oskavad teenuse hinna ja kvaliteedi suhet hästi hinnata. Konkurentsieelisena pakutakse teenindust kliendi emakeeles ning võimalust lisateenusena küllastada Tallinna tervishoiuasutusi põhjalikumate terviseuuringute tarbeks.

Lisa 3 Tervishoiuteenuste intervjuudes, ümarlaudades, töötoas ning ekspertgrupis osalenud

Raporti koostamise käigus viidi läbi **intervjuud** järgnevate ekspertidega:

- Aire Toffer, Eesti Spa Liit
- Arne-Petter Sanne, Norwegian Directorate of Health (Norra)
- Dag Nurm, Keila Taastusravikeskus
- Erki Mölder, AS Quattromed
- Hannes Danilov, Haigekassa
- Heli Tooman, Pärnu Kolledž
- Ilkka Kaartinen, hambaravi
- Jane Halop, Haigekassa
- Jonathan Olsson, Forsakringskassan (Rootsi)
- Keith Pollard, <http://www.treatmentabroad.com/> (UK)
- Kersti Kont, Turismi Liit
- Marek Seer, Valga Haigla
- Maria Nilsson, Sotsiaalministeerium (Rootsi)
- Peep Pree, Clinica
- Peeter Kukk, Viimsi Spa
- Peeter Ross, Ida-Tallinna Keskhaigla
- Ragnar Viir, Väraska Spa

Ralf Allikvee, Ida-Tallinna Keskhaigla
 Ruben Toral, MedNet Asia (Tai)
 Tarmo Bakler, Ida-Viru Keskhaigla
 Terje Kross, Villa Benita
 Tiit Sarapuu, Dentes

Ümarlaudades osalejad

Raporti koostamise käigus viidi läbi 4 valdkonna ümarlauda.

Reproduktiivmeditsiini ümarlaud - 13. aprillil 2009

Andres Salumets, Andrus Tasa, Merle Rosman, Silja Toimla, Tiiu Evert, Madis Aaren,
 Reet Rättnik, Ferenc Szirko, Aleksander Trošin, Raiko Uri, Indrek Kask, Jaanus Pikani,
 Meelis Roosimägi, Imre Mürk, Kitty Kubo, Olavi Otepalu

Plastika- ja rekonstruktiivmeditsiini ümarlaud - 5. mail 2009

Osalejad: dr Merle Sellend, dr Tatjana Raie, dr Olavi Vasar, dr Romek Mertsin, dr Katrin
 Krüünvald, dr Peep Pree, Margus Krüünvald, Imre Mürk, Kitty Kubo, Ain Aaviksoo

Tervise ja heaolu spaade ümarlaud - 20. mail 2009

Osalejad: Hardi Kerde, Aire Toffer, Urmas Sukles, Jaan Ratnik, Tauri Sumberg, Mark Vuuk,
 Vello Saar, Evelin Tsirk, Imre Mürk, Kitty Kubo, Ain Aaviksoo

Hambaraviteenuse ekspordi ümarlaud - 26. mail 2009

Osalejad: Erik Pallase, Liina Mägi, Lauri Vahtra, Veikko Keiman, Jane Edel, Timo Paberit,
 Tarmo Marrandi, Imre Mürk, Kitty Kubo, Ain Aaviksoo

28. mail 2010 viidi läbi tervise- ja heoluteenuste **töötuba**, mille käigus tutvustati raporti vahetulemusi ning arutati tervishoiuteenuste potentsiaali üle Eestis.

Osavõtjateks olid:

Margus Ulst, Marek Seer, Priit Eelmäe, Dag Nurm, Peeter Ross, Arvi Vask, Ragnar Viir,
 Erki Mölder, Peep Pree, Tatjana Raie, Jüri Kullamaa, Katrin Krüünvald, Margus Krüünvald,
 Irene Väli, Agu Kivilo, Aire Toffer, Hardi Kerde, Terje Kross, Jaanika Meriloo, Hannes Danilov,
 Jane Alop, Kai Tomasberg, Triin Tabur, Siim Nahkur, Eero Merilind, Boriss Gabaidulin,
 Maarjo Laas, Indrek Kask, Mark Vuuk, Andre Lall, Ruth Hoole, Imre Mürk, Kitty Kubo, Ott Pärna,
 Neeme Raidvere, Ain Aaviksoo, Indrek Vainu, Jari Kukkonen, Hanno Pevkur, Gerli Paat,
 Katariina Rebane, Jaan Männik, Allan Noor, Leila Tuisk

Tervishoiuteenuste ekspertgrupp

Tervishoiuteenuste ekspertgrupi arutelu toimus 8.09.2009 Arengufondis

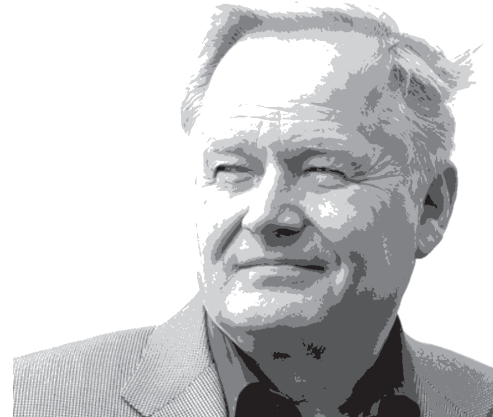
Ekspertgrupi koosseis:

Andrus Loog, Olavi Vasar, Arvi Vask, Peeter Ross, Jaanus Pikani, Terje Kross

“Me võiksime toetada meditsiini eksporti. Rootsisis ja Soomes on väga hea tervishoiusüsteem, mis 15 aasta pärast muutub. Inimeste vananemise tõttu ei jaksa nad seda kauem ülal pidada. Eestis on sama head arstid kui neil. Meie arstid lähevad siit ära Põhjamaadesse.”

Jaan Männik,

Eesti Panga nõukogu esimees
Eesti Päevaleht, 25. veebruar 2009



„Üks valdkond, millel on tulevikus suur osa majandusarengus, on tervishoid. Euroopa Komisjon on teele saatnud seadusandliku algatuse patsientide piiriüleste võimaluste ja õiguste kohta /.../ Asi on tegelikult lihtne - parema teenuse pakkujad hakkavad rohkem teenima. Kes selleks valmis on, on eduseisus. See eeldab konkurentsi teenuste pakkujate vahel ja teenuste pakkujate lahtisidumist tervisekindlustuse korraldamisest. Eestil oleks siin nii mõndagi mõelda.”

Siim Kallas,

Euroopa Komisjoni transpordivolinik
Eesti Päevaleht 17. november 2008



Eesti Arengufond
Tornimäe 5, 10145 Tallinn
Tel 616 1100
info@arengufond.ee
www.arengufond.ee

TULEVIKUIDEEDE KOHTUMISPAIK

Vaata lisaks:

Foorumi “Tervishoiuteenused 2018” videosalvestus 07.10.2010
Sisaldab käesoleva raportit tutvustuse ja strateegiavisandite kõrval mõtlemapanevaid kogemusi UKst, Lätist ja Ungarist. Ja muidugi - sektori tegijate endi sõnavõttud.

<http://www.arengufond.ee/videocasts/videocast1798/>

