

# Ravikindlustusest ja tervishoiukorraldusest

Tervishoiu edasiste arengute määratlemisel on kujunenud kriitiline olukord. Jääb mulje, et mitte keegi pole rahul ei olemasoleva olukorraga ega ka kavandatavate muudatustega. Patsiendi häält pole kuulda. Võib juhtuda, et ühiskonnas ei kujune piisavat toetust ega arusaamist vajalikest muutustest ja nii võib kogu edasiliikumine kraavi minna. Lähemal ajal on vaja teha olulised otsustused seoses uue ravikindlustusseadusega. Esitan siinkohal mõningaid rahandusnime, meditsiiniis võhiku, aga ikkagi võimaliku patsiendi mõtteid.

Küsisin ükskord tervishoiu tippjuhtidelt – kelle huvides on uue ravikindlustusseaduse rakendumine? Eelkõige rahandusministri huvides, vastasid nemad. No nii, aga see on vaid üks hääl ühiskonnas. Võibolla on veel mõni tuhat selget pooldajat. Aga kindlustatuid, potentsiaalseid ja tegelikke patsiente on 1,2 miljonit. Kuidas ja kelle huvides peaks töötama kogu süsteem? Millised on valikud? Kes peaks neid valikuid tegema?

Esimese valiku on teinud kodanik, maksumaksja läbi seaduseandja. 13% palgamaksu tervishoiu vajadusteks ei tõuse ilmselt ei lähemas ega kaugemas tulevikus. Seega 4,5 miljardit krooni tänavu ja kasv koos palgatulude kasvuga – see on raam, milles peab solidaarne tervisekindlustus hakkama saama. Sellele raamile on võimalik lisada vabatahtlikud lisamaksud. Isegi nõukogude süsteemis, kus lisatasud olid karmilt keelatud, ei õnnestunud takistada patsiente arstidele illegaalselt lisatasu maksmast. Miks peaksime meie sellise lisaraha vastu olema? On vaid tarvis raha liikumine korralikult ära reguleerida. Aga siin on patsiendi otsustamine ja valik määrav ja selge.

Järgmine küsimus on – kes üldse peaks solidaarsuskindlustuse raamide sees valikuid tegema? Praegu menetluses olevate tervishoiukorralduse seaduse (TKS) ja ravikindlustusseaduse (RKS) ning juba vastu võetud Eesti haigekassaseaduse (EHKS) järgi on praktiliselt kogu valikute tegemine jäetud haigekassale. See on väga nõrk koht. Kuigi lõpuks kinnitab kõik hinnad vabariigi valitsus, on raske uskuda, et kultuuri- või rahandusminister suudavad asjatundlikult muuta haigekassa ametnike poolt välja töötatud näiteks uroloogiaoperatsioonide hindu. Samuti on haigekassa määrav raha jagamisel haiglate, perearstide, tervishoiuasutuste vahel. Liiga suur vastutus, liiga suur oht meeevallaks. Tuleb liikuda kahes suunas – tuua rohkem põhimõttelisi otsustusi parlamenti seaduse tasemel ja jätta rohkem võimalusi otsuste tegemiseks patsientidele ja tervishoiuasutustele.

Selleks, et kujundada otsuste ja valikute tegemise süsteemi, peame püstitama teatud

selged kriteeriumid, keda me kavandatava süsteemiga eelistame, missuguseid protsessesse tahame suunata. Praeguses kompleksis (EHKS, TKS, RKS) pole see mitte väga selge.

Kõigepealt on valik – kuidas me jaotame ravikindlustusraha ravimise ja muude ettevõtmiste vahel. See tähendab peamiselt valikut ravimise ja kodusolemise abiraha vahel. Kumb on vajalikum, kumb on humaansem? Mina olen kindlasti ravi eelistamise poolt, see tähendab, et töövõimetushüvitist ravikindlustusrahadest võiks hakata maksma alles 11ndast töölt ära oldud päevast, nii nagu Soomes (jätame siinkohal käsitlemata kõik selle, mis seotud laste sünnitamisega ja hooldamisega, see on erijutt). Nii jääb meil otseselt ravitööks, ravimite jaoks ja ka tervishoiutöötajate palkadeks rohkem raha.

Järgmine küsimus on – keda me 1,2 miljonist ravikindlustatust eelistame, kellele pöörame rohkem tähelepanu? Pakun välja kaks eelistust – esiteks, tagame ravi ja hoolduse parandamatult haigetele, teiseks – loome eelised inimestele, kes ise oma tervise eest hoolitsevad ja haigusi väldivad.

Parandamatult haigete all mõtlen ma mitte ainult vähihaiged, vaid kõiki pöördumatuid, kroonilisi haigusi põdevaid haiged, näiteks parandamatu kõrgvererõhktõbi, igasugused keerulised närvipõletikud. Siin pole inimesel endal enam midagi teha, siin peab aitama ravikindlustuse solidaarsus. Noor turd meesterahvas, kes rasvub, ei tee sporti, suitsetab ega hooli oma tervisest, ei saa olla samal alusel rahastatav, kui vanainimene, kellest selles vallas enam palju ei sõltu.

Mainitud eelistuste tekitamine on võimalik eelkõige omaosaluse kaudu. See on praeguses RKSis väga nõrk koht. Nõrk on juba mõiste – omaosalus. Tegelikult räägime me ju omavastutusest. Omaosalus on ettevaatlikult mainitud RKS neljas kohas. Sellega on lihtsalt öeldud, et osa vajalikust ravikulust tuleb inimesel teatud

tingimustel ise tasuda. Milline osa? Selle määrab? Selle kohta on vaid viide, et see kehtestatakse raviteenuste hinnakirjaga. Loomulikult tekib meis ohutunne. Sisuliselt on nii tähtsa asja kujundamine jäetud ikkagi haigekassa ametnike otsustada. Omavastutuse põhimõtted ja ulatus tuleb kehtestada seadusega. Millest lähtuda? Kas kehtestada kõikidele teenustele ja kõikidele kindlustatuteke võrdne omavastutus? Või võtta aluseks sotsiaalne seisund ja majanduslik olukord? Arvan, et kui me soovime mõjutada meie inimest harrastama tervislikke eluviise ja ise tegema kõik selleks, et haigusi vältida, siis peame omavastutuse määramisel lähtuma haigustest ja nende ennetamise võimalusest.

Näiteks:

- külmetushaigused – 100% omavastutust,
- pahaloomulised kasvaja – 0%,
- kõikide (?) haiguste ravi inimestel, kes on pöördumatult kaotanud töövõime – 0%,
- haigused raseduse ajal – 0%,
- väikelaste (1-3 a) haigused – 0%,
- hambaravi – 100%,

Seega kinnitab valitsus haigekassa poolt ette valmistatud hinnad, nähes ette omavastutuse, selle määrad aga annab seadus ette. Millised need on, see on loomulikult arutelu aines.

RKS sätestab niisuguse nähtuse nagu ravijärjekord. See on loogiline ja paratamatu, et kui pole piisavalt ressursse kõiki raviteenuseid osutada, siis tuleb teenuse osutamist hajutada ajas – moodustub järjekord. Sellel järjekorral on omad kindlad reeglid, mis peavad olema seaduses sätestatud, nagu näiteks see, et kellegi ravimine väljaspool järjekorda (kui loomulikult pole tegemist vältimatu abiga) on lubamatu ja karistatav. Ei saa olla võimalust ennast järjekorrast mööda osta, muidu jääks osa abivajajaid igavesti number 676ndaks. Samal ajal on eelnõudes halvasti lahendatud erasektori, eraarstiabi osavõtt täien-dava teenuse pakkumisest. Oleks ju hea,

kui lisaks nappidele solidaarse ravikindlustuse ja riikliku arstiabi võimalustele lisanduksid ka eraarstiabi võimalused. On kaks vastandlikku võimalust. Ühel juhul ma lihtsalt lähen erakliinikusse ja maksan kogu arve. Teisel juhul maksab haigekassa minu eest erakliinikule kinnitatud hinna ja mina maksan vaid lisaks nii palju, kui küsitakse. Mõlematel on olulised puudused. Kui ma pean maksma kogu arve, siis tekib küsimus, miks ma maksan 13% oma palgast ja selle eest midagi ei saa. Pealegi on mulle esitatud täisarve kindlasti päris kallid ja neid, kes ise tahaksid ning suudaksid maksta kogu arve, ei ole palju. Sellise variandi puhul pole erameditsiinil praktiliselt eluruumi ja ta sureb välja. Kui haigekassa maksab erakliinikule sama hinna, mis järjekorra alusel töötavale riiklikule asutusele, siis tekib ebaõiglus asutuste vahel. Ühed peavad pidama rangetest reeglitest kinni, teised võivad mitte pidada ja neil on ka õigus veel lisatasu korjata.

Mis oleks, kui kehtestaksime vahepealse variandi. Juhul kui patsient ootab järjekorras riikliku ravi saamiseks ja talle tehakse järjekorra saabumisel vastav plaaniline lõikus, maksab haigekassa 100% hinnast miinus omavastutus. Kui patsient soovib minna sama lõikust tegema erakliinikusse maksab haigekassa 75% riiklikust hinnast siis, kui muidu peaks ootama järjekorras ja 50% siis, kui järjekorda pole. Nii on erameditsiinil võimalus näidata paremat kvaliteeti ja ka tulu saada, osa jõukamate patsientide peale vajalikust rahalisest ressursist aga jääb solidaarsena teiste kättesse.

Nüüd küsimus, kuidas pääseb üldse arsti juurde? Praegu on nii, et kõigepealt peab pöörduma perearsti poole, kes patsiendi pärast esialgset läbivaatust eriarsti juurde suunab. RKS paragrahv 69 välistab eriarsti juurde mineku ilma üldarsti (perearsti) saatekirjata. Kui perearst on juba teinud südame elektrokardiogrammi, siis eriarst seda ilma üldarsti nõusolekuta

uuesti teha ei saa, kuigi olukord võib vahepeal oluliselt muutunud olla. Ka üks eriarst ei saa patsienti saata naabertuppa teise eriarsti juurde, kui tal on mingi selle asjatundja valdkonda kuuluv kahtlus tekkinud. Ta peab saama patsiendi perearsti saatekirja. Aga perearst ei tarvitse anda oma nõusolekut just sinna naaberkabinetti minekule, sest tal on võib-olla vastavad koostöölepped hoopis mõne teise asutuse ja teise spetsialistiga või ei taha ta lasta täiendavaid analüüse teha või ei saa teda lihtsalt kätte. Igavene sekeldamine, patsiendile ebamugav ja mitte ainult. Tema olukord võib lihtsalt vahepeal väga halvaks minna. Sellise asjaajamise tagamõte on vältida olukorda, kus eriarstid korraldavad ringi, mida mööda patsient muudkui liigub, ka siis, kui vaja polegi, ja raha muudkui haigekassast voolab. Perearst on see filter, mis peab tagama rahade otstarbeka jaotuse erinevate analüüsise, protseduuride, eriarstide vahel. Mulle ei tundu asja selline korraldus veenev, pealegi on selles patsiendi jaoks küllalt ebamugavusi. Miks arvatakse, et perearst tegutseb ratsionaalselt kui teised? Miks tema ei või hakata manipuleerima erinevaid tellimusi ja suunamisi? Kes teda kontrollib? Perearsti monopol patsiendi ravi suunamisel võib osutuda perearstile endale ülejõukäivaks, vastutus liiga suureks.

Siingi oleks tarvis patsiendi jaoks paindlikumat asjaajamist. Üks võimalus on rakendada ravijärjekorrast väljumise võimalusega sarnast varianti. Kui eriarst saadab kohe teise eriarsti juurde, siis tasub haigekassa selle eest näiteks vaid osa teenuse maksumusest. Teine võimalus on usaldada ka eriarstide suunamisi ja tagada tõhus järelkontroll ja karistused juhul, kui eriarst ei ole tegutsenud mitte patsiendi, vaid asutuse sissetuleku huvides ja asutus esitab haigekassale arve osutatud raviteenuse eest, mida tegelikult polnudki tarvis teha. Analoogia teeseldud tehinguga, mis ärimaailmas on teatavasti karistatav.

Uues ravikindlustuse seaduses on sees võimalus kehtestada voodipäeva tasu, aga selle põhimõtteid on halvasti kirjeldatud. Kui palju? Mis tingimustel? Seaduses on see tundlik teema tarvis palju rohkem lahti kirjutada. Inimese jaoks pole haiglasse sattumine mingi meelakkumine ega väga vabatahtlik asi. Seega on patsiendi seisukohalt karm karistada teda veel ka täiendava tasuga voodipäeva eest. Samal ajal on voodipäev haiglas ülikallis, 32% kõikidest ravikuludest, ja süsteem peab olema suunatud voodipäevade arvu viimisele miinimumini. Ka on see patsiendi huvides, et mitte ülemäära palju haiglas olla. Seadus peab ütlema, kas ja kes ja kui palju peab maksma voodipäeva eest. Kas samal põhimõttel, nagu määratakse omaosalus? Kas on voodipäeva tasu üks osa raviteenusest ja selletõttu teeb haigla ise kõik, et rohkem raha jääks tervishoiutöötajate palkadeks ja otsesteks ravikuludeks (koos ravimitega)? Või maksab patsient kinni näiteks toiduraha, mis muidu kuluks tal niikuinii?

Præguses süsteemis on ette nähtud, et investeeringud nendele haiglatele, mis on sisse kirjutatud haiglate arengukavasse, katab riik. See on väga halb variant, mis muudab kogu raviteenuse hinnakujunduse valeks. Investeeringud tuleb kindlasti rahastada haigekassa rahaga, vaid siis saame vältida nn võidurelvastumist tehnikaga ja investeeringuid tarbetutesse ehitustesse.

Samal ajal, kui investeeringud peaksid olema raviteenuse hinnast, ei pea ajutise töövõimetuse toetused seda hoopiski olema. Kulutame ravikindlustuse raha eelkõige ravile ja tervishoiu arendamisele, mitte toimetulekutoetustele. Kõik abirahad võiksid tulla kohalikust eelarvest. Kui see põhimõte on vastuvõetav, tähendaks see suuri muutusi ravikindlustuseelarves. Võib isegi tekkida võimalus vähendada palgalt makstavat ravikindlustusmaksu, tagades samal ajal riigi- ja kohalike eelarvete muude tuludega töövõimetusalirahad.

Samuti võiks üleüldist toetuste süsteemi konsolideerida.

Täna kavandatavas ravikindlustuse süsteemis pole praktiliselt midagi ette nähtud haigestumise ennetamiseks peale ühe uduse formuleeringu. Mis oleks kui haigekassa maksaks igale kindlustatule kinni ühe lihtsama ennetava läbivaatuse aastas? Kahe aasta jooksul? Vereanalüüs, kopsude läbivaatus, kardiogramm jms? Arvan, et see on hoopis suuremate murede ja ka kulude (nii ravikindlustuse kui ka inimese enda) vältimise seisukohalt kasulik.

Kõige keerulisem on raviteenuse hinna kujundamise küsimus. Kuidas teha nii, et hind töötaks raviteenuse kõrgema kvaliteedi ja tervishoiukorralduse tõhususe suunas, kui samal ajal ei ole võimalik täielikult rakendada turumajandusliku hinnakujunduse põhimõtteid? Igal juhul peavad monopolse hinnakujunduse teatud põhimõtted olema seaduses kajastatud.

4. aprill 2001

**SIIM KALLAS**

