

Mida toob kaasa uus ravikindlustuse seadus?

Andres Lehtmets – EAL president

Seni kehtinud ravikindlustuse seadus oli oma aja paratamatult ära elanud. See põhines tervishoiusüsteemil, kus patsient ei olnud arstiga võrdväärne partner, vaid pigem riigi poolt võimaldatavate raviteenuste kasutaja. Ehkki traditsioonilises mõttes arstiabi osutamist see eriti ei häirinud, oli süsteemil ravikindlustuse aspektist mitmeid puudusi: näiteks olid patsiendi võimalused kahju korral nõudega kohtusse pöörduda piiratud ja arstil puudus õigus ravimise eest patsiendilt tasu võtta. Uus ravikindlustusseadus põhineb arsti ja patsiendi vahelisel lepingulisel õigussuhtel vastavalt selle aasta juulis jõustunud lepingute ja lepinguväliste kohustuste seadusele. Selle seaduse § 758 (1) toob sisse lepingulise suhte mõiste: tervishoiuteenuse osutamise lepinguga kohustub arst (tervishoiuteenuse osutaja) osutama tervishoiuteenust ehk siis ravima. Sama seaduse § 761 ütleb, et tervishoiuteenuse osutamise eest tuleb maksta tasu; kindlustatud isiku korral võtab haigekassa tasu maksmise kohustuse üle. Seega peab nüüd kindlustatud isik ravi eest maksma ainult haigekassa poolt tasumata kohustuse ulatuses (piirhinnas sätestatud omaosalus) ja seadusega sätestatud juhtudel ka lisatasu. Kui haigekassa tasu maksmise kohustust üle ei võta – näiteks isik möödub järjekorrast või läheb ilma saatekirjata eriarsti juurde – peab maksma patsient ise.

Uus ravikindlustuse seadus täpsustab tervishoiuteenuse mõistet: haigekassa võtab tasu maksmise kohustuse kindlustatud isikult üle nende tervishoiuteenuste eest, mis on kantud haigekassa tervishoiuteenuste loetellu ja osutatud meditsiinilistel näidustustel (§29 lg 1). Tervishoiuteenuste loetelu kehtestab Vabariigi Valitsus määrusega sotsiaalministri ettepanekul, millele on lisatud

haigekassa nõukogu kirjalik arvamus ettepaneku kohta (§30 lg 1). Lahenduseta jäävad aga ka uues seaduses mitmed senised ravikindlustusega seotud probleemid, eeskätt tervishoiuteenuste maht piiratud eelarve tingimustes ja selle seos teenuste hinnaga. Seadus määratleb ravikindlustuse rolli järgnevalt: ravikindlustus on tervishoiukulude katmise süsteem kindlustatud isiku haiguste ennetamise ja ravi ... rahastamiseks ... käesolevas seaduses ettenähtud korras (§2 lg1). Seega on haigekassa ülesandeks kindlustatutele võimalikult kvaliteetse ja piisavas mahus arstiabi tagamine. Raviteenuste maht ja tervishoiuteenuste hind on aga teatavasti omavahel seotud: hindade tõus ilma eelarve suurenemiseta toob kaasa teenuste kättesaadavuse vähenemise. Seega peab riik kontrollima tervishoiuteenuste hinda, et tagada teenuste kättesaadavus. Uus seadus ütleb vägagi konkreetselt (§ 30 lg 4), et tervishoiuteenuse piirhind hõlmab kõiki teenuse osutamiseks vajalikke kulusid (v.a teadustegevus ja õppetöö). Seega on nüüdsest hinna sisse arvatud ka kapitali-investeeringud. On selge, et tervishoiutöötajate jaoks on eriti oluline see, kuidas kajastuvad hinnas kulutused tööjõule, eeskätt arstide ja õdede palgad. Täpsustama peaks hinnakujunduse metoodikat (vastav kord sätestatakse sotsiaalministri määrusega). Kahtlemata on ja jääb hinnakiri üheks tugevamaks tervishoiupoliitiliseks vahendiks. Teenuse hind peab olema piisav tervishoiu jätkusuutlikuks arenguks, et tagada vajalikud investeeringud, konkurentsivõimelised palgad ja teenusele seatud kvaliteedinõuded. Hinnapoliitika peaks kindlustama ka kõikide erialade jätkusuutliku arengu soovitud proportsioonides – siin tekib riigil võimalus seada tervishoiupoliitilisi prioriteete.

Tervishoiuteenuse hind on sõnastatud kui piirhind, mis sisaldab haigekassa poolt ülevõetava tasu maksmise kohustuse piirmäära ja kindlustatud isiku omaosaluse määra. Enamikus hindades omaosaluse määra esialgu ilmselt ei kehtestata; kui seda tehakse, seab seadus piiriks 50%. Oluline on, et kindlustatud isikult ei tohi nõuda tervishoiuteenuse eest täiendavat maksmist muul viisil kui lisatasuna ja nn täiendava omaosalusena. Lisatasud on visiidimaks ja voodipäevatasu, nende piirmäärad on seadusega kehtestatud (vastavalt 50 ja 25 krooni) ja neid muudetakse vastavalt tarbijahinna indeksile.

Täiendavat omaosalust kasutatakse siis, kui haigekassa ei võta üle teenuse eest tasumise kohustust – isik möödub ravijärjekorrast või eriarstiabi osutatakse ilma perearsti saatekirjata. On siiski ka kolmas võimalus kindlustatud isikult maksmist nõuda – see on tasuna majutuse eest standardtingimustest paremates oludes; see peab aga seaduse kohaselt vastama pakutavate lishüvede (lisatoit, üksikpalat) väärtusele.

Ülaltoodud hinnapoliitikast johtub, et haigekassaga lepingulistest suhetes olevad tervishoiuteenuse pakkujad ei tohi enam nõuda patsiendilt meditsiiniteenuse osutamise eest täiendavat maksmist. Ühelt poolt seab see patsiendi kõikjal võrdsetesse tingimustesse; teiselt poolt sunnib aga teenuse osutajat tegema valiku kas taotlema haigekassaga lepingut või mitte. Leping on kasulik üksnes siis, kui selle maht on piisav optimaalse koormusega teenuse osutamiseks kindlustatutele. Seaduse § 36 lg 2 rõhutabki, et haigekassa ei ole kohustatud sõlmima ravi rahastamise lepingut kõigi tervishoiuteenuse osutajatega; ära on toodud ka olulisemad valikukriteeriumid: teenuse hind, majutuse standardtingimused, teenuse osutajate piirarv, tervishoiuteenuse osutamise keskmise koormuse näitajad, riigi tervishoiupoliitika arengusuunad, varasemate lepingute nõuetekohane täitmine, maksuvõlgnevuse puudumine ja osutaja majanduslik seisund ning õigusaktide nõuetekohane täitmine.

Seadus näeb ette võimaluse rakendada plaanilise tervishoiuteenuse ravijärjekordi, mille maksimumpikkuse kehtestab haigekassa nõukogu. Kindlustatul on õigus saada teenust väljaspool järjekorda, kui see ei halvenda järjekorras olijate võimalusi ravi saamiseks – sellisel juhul tasub ta teenuse eest ise.

Seaduse probleemseks osaks tuleb pidada haigekassa õigust rikkuda arstisaladust. Seaduse § 18 lg 2 kohaselt on haigekassal õigus õigusaktides sätestatud juhtudel nõuda temaga lepingu sõlminud isikutelt kindlustatud isiku andmeid, sealhulgas delikaatseid isikuandmeid ning muid andmeid, kui need on vajalikud haigekassale seadusega pandud ülesannete täitmiseks. Haigekassale võib andmeid väljastada kindlustatud isiku nõusolekuta. Eesti Arstide Liidu arvates seab § 18 ohtu arsti ja patsiendi suhte konfidentsiaalsuse.

Uue seaduse positiivseks suunaks on katse tasakaalustada kulutusi ravimihüvitistele, mis ei tohi ravikindlustuse aastaeelarves ületada 20% tervishoiuteenuste osutamise kuludest. Samuti on soodusretsepti väljakirjutamise õigus nüüd igal tegevusloaga arstil, sõltumata sellest, kas tal on leping haigekassaga või mitte. Eelnõu arutelu käigus kõrvaldati seadusest sätted, mis nägid arstile ette ravimieelarve.

Ravikindlustuse seaduses suudeti menetlemise ajal säilitada olulisemad lähteseisukohad. Samas on selge, et kindlustatute arvu vähenemine ja kindlustatud isikuga võrdsustatud isikute arvu suurenemine muudab ravikindlustuse mõiste tavakodanikule üha hägusemaks. Kindlustamata isikutele tagatava arstiabi ulatus vajab täpsustamist; rahvatervise seisukohalt on oluline ravi kättesaadavuse tagamine siiski võimalikult paljudele. Oodatav ühinemine Euroopa Liiduga toob kaasa patsientide ja tervishoiutöötajate vaba liikumise ning esitab sellega uue väljakutse ka ravikindlustusele.