

# Eesti ravikindlustuse tulevikust haigekassa silmade läbi

## Hannes Danilov – Eesti Haigekassa



Hannes Danilov

Selleks et rääkida ravikindlustussüsteemi tulevikust, tasuks meenutada, millistele põhimõtetele kunagi Eesti praegune tervishoiukorraldus rajati. 1990. aastate alguses töötati toonases tervishoiuministeeriumis välja järgmised Eesti ravikindlustussüsteemi põhimõtted:

- riigieelarvest kaetakse ainult raviasutuste kapitalikulud;
- tervishoiuasutused asuvad tööle võrdselt kõigi teiste ettevõtetega autonoomsete äriettevõtetenä;
- tervishoiuasutused antakse riigi omandist munitsipaalomandisse ning luuakse võimalused nende erastamiseks;
- tervisekindlustuskassad luuakse iga maakonna ja linnavalitsuse haldusterritooriumile ning tervisekindlustuskassa on loodava iseseisva kindlustusfirma juriidilise isiku õigustega allasutus;
- tervisekindlustuskassade katusorganisatsiooniks on kindlustusfirma, mis oleks otstarbekas luua aktsiaseltsina;
- kohustusliku tervisekindlustuse maksu määraks kehtestatakse 13%;
- nähakse ette vabatahtlik tervisekindlustus, vabatahtliku kindlustusmaksu määraks on 3–5% töötasult, kindlustusleping sõlmitakse 5aastase tähtajaga, vabatahtlikud tervisekindlustusmaksed jäävad tulude arvestamisel maksuvabaks.

Hinnates nüüd seda loetelu, näeme, et üksnes vabatahtlik kindlustusmaks ei ole leidnud rakendamist, kuid ülejäänud põhimõtted on suures osas siiani meie tervishoiukorralduse alustaladeks.

Tookord fikseeritud põhimõtted olid pigem asutuste ja korralduse kesksed, süsteemi aluseks olevad väärtused (solidaarsus, võrdne kohtlemine, kaitse finantsriski eest jms) jäid neis kajastamata. Küllap ei osatud sel ajal ette näha, et võib tekkida olukord, kus inimene ei pääse mingil põhjusel arsti vastuvõtule. Hilisemates õigusaktides on hakatud rõhutama ka mainitud väärtusi tagavaid põhimõtteid.

Solidaarsusprintsiipt tähendab, et tervishoiu rahastamine peab olema iga inimese keskne ja kõik peaksid saama arstiabi ühiskonnas aktsepteeritud tasemel. Solidaarsusprintsiiibi järgimine on riigi jaoks oluline poliitiline valik, sest me maksame ravikindlustusmaksu siis, kui oleme terved ja tugevad, kuid teenust võivad kasutada samal ajal need, kes vanusest tingituna ravikindlustusmaksu ei maksa. Samuti ei sõltu saadav abi isiku panustamise suurus: abi saadakse vajaduse järgi ja süsteemi panustatakse võimaluste järgi.

Tervisesüsteemi rahastamisel tuleb järgida võrdse kohtlemise põhimõtet. Selle järgimine annab patsiendile kindluse, et vaatamata tema elukohale või rahalisele panusele on tal võimalik saada võrdse kvaliteediga arstiabi. Kuigi tihedama asustusega piirkondades on teenusepakkumine ja sellega seoses raviteenuse kättesaadavus paratamatult suurem, püüdleb haigekassa selle poole, et ka maapiirkondade inimesed jõuaksid vajaduse ilmnemise korral õigel ajal arsti juurde. Kindlasti tuleb jälgida, et patsient oleks kaitstud liigse finantsriski eest. Kui tekib vajadus saada arstiabi, ei tohi selle saamiseks tehtavad kulud tekitada patsiendile vaesusriski ohtu. Piltlikult öeldes ei tohi inimest panna valiku ette, kas osta lastele süüa või vajalikke ravimeid.

Väga oluline on ka tervishoiu rahastamise läbipaistvus. Rahastamise läbipaistvus tagab kõigile osapooltele, s.t raviasutustele, meditsiinitöötajatele ja patsientidele võimaluse aru saada, milliste reeglite järgi vahendeid jagatakse ja kuidas neid kasutatakse. Ilmselt ei juhtu kunagi, et kõigi soovid tervishoius saavad rahuldatud, mistõttu tuleb raha suunamisel ühele või teisele tervishoiuteenuse osutajale järgida läbipaistvaid ja kõigile arusaadavaid reegleid. Läbipaistvuse, aga ka kasutajasõbralikkuse suurendamiseks oleme visalt arendanud erinevaid infotehnoloogilisi vahendeid andmete vahetamiseks raviasutuste, aptee-

kide ja patsientide vahel. Siinkohal võib nimetada raviasutuse ja apteekide elektrooniliste arvete esitamist ja maksmist, digiresepti, lähemal ajal juurutatavat e-töövõimetuslehte jms.

### Kuidas edasi?

Seoses demokraatia arenguga ühiskonnas süveneb üha enam inimesekeskne mõtteviis ning tervishoius tähendab see, et süsteemi keskmes peab olema patsient oma vajadustega. Viimaste aastate jooksul oleme üsna heale järjele viinud oma tervisesüsteemi tehnoloogilise poole ja ka taristu. Need on olnud vajalikud investeeringud, kuid samas teadvustame järjest rohkem, et meie tegevuse tegelik sihtmärk on inimesed: nii need, kes arstiteenust osutavad, kui ka need, kes seda teenust tarbivad.

Järjest suuremat tähelepanu tuleb pöörata ravi tõenduspõhisusele ja ohutusele patsiendi jaoks ning patsientide aktiivsele kaasamisele endi raviprotsessi. Koostöös raviasutustega on vaja järjest rohkem teadvustada vajadust avalikult võrrelda raviasutusi erinevate tegevusnäitajate osas.

Tervishoiu planeerimisel tuleb arvestada mitmete arenguprotsessidega, millest ühtesid suudame juhtida, teisi mitte. Meie võimuses ei ole juhtida rahvastiku vananemist ning vananemisega kaasneb järjest rohkem haigusi, mida on vaja pikaajaliselt ravida. Paljud algselt kiire lõpuga haigused on tõhusate ravivõtete tulemusena muutunud krooniliseks ning need haiged vajavad kestva hoold. Kiires tempos areneb ka tehnoloogia, mis suurendab järjest inimeste ootusi haiguse ajal ravi kiirendamiseks ja kergendamiseks ning elukvaliteedi säilitamiseks. Esitatud asjaolud moodustuvad arenguspiraali, mille puhul tervisesektori kulutused pidevalt suurenevad. Vaadates kirjeldatud väljakutseid riigi tervisepoliitika seisukohalt, tekibki küsimus, kuidas nendele vastata nii, et ühiskonnas aktsepteeritav vajalik arstiabi ka kõigi ühiskonnaliikmeteni jõuaks.

Ilmselt ei suuda praegune tervishoiusüsteemi tulubaas tulevikus väga kaua võimalike ja oodatud teenuste pakkumist tagada. Samuti ei ole loota, et süsteemi tulud lähiajal järsult kasvaksid. Palju on arutletud, kas ravikindlustusmaksu peaks maksma ka töövõtja. Selle eesmärk oleks

suurendada tema huvi tervishoius oleva raha kulutamise vastu ning see tekitaks suurema nõudlikkuse raviasutuste tegevuse vastu. Teiste maade kogemus on paraku näidanud, et süsteemi toimimise tõhususe seisukohalt ei ole suuremat tähtsust, kas maksab tööandja või töövõtja.

Sotsiaalmaksu suurendamine pärsib tootlikkust, mis pikema mõjuringiga hakkab ravikindlustuse tulusid hoopis piirama. Siiski tuleb ravikindlustuse tulubaasi kindlasti laiendada, sest ühiskonna jaoks ei ole reaalne taluda pikka aega olukorda, kus inimestele ei suudeta pakkuda euroopalikke ravivõimalusi ning meditsiinitöötajatele vastavaid töötingimusi. Haigekassa arengukavas oleme juba mitmeid aastaid pakkunud välja võimaluse eraldada riigieelarvest ravikindlustuse eelarvesse raha pensionäride ravikulude katmiseks. See ei pea olema 13% pensionide summast, võib ju väiksema summaga alustada. Tulubaasi laiendamine toob tervishoiusüsteemi raha juurde ja võimaldab katta suurenevaid vajadusi, samal ajal avardub ka panustajate ring ning süsteemi rahastamine ei lasu ainult töötajate õlgadel.

Arenguruumi on raviprotsessi tõhusdamisel ja selle kvaliteedi parandamisel. Lähiajal saab võtmetegevuseks ravi tõenduspõhisuse ja kulutõhususe analüüs. Esimese analüüs peab vastama küsimusele, kas uue meetodi või ravimi mõju inimese tervise seisundile on märkimisväärselt parem võrreldes juba olemasolevate võimalustega, ja teine andma vastuse küsimusele, kas nende kasutamine on rahaliselt ratsionaalne. Jätakuvalt ei tohi alahinnata võimalusi tervisesüsteemi sees teenuste osutamist optimeerida. Alati on võimalik tõhustada koostööd tervishoiusüsteemi eri tasemetel vahel ja suurendada teenuste osutamise tõenduspõhisust. Arstide, õdede ja teiste meditsiinitöötajate koostöö tõhustamine muudab patsiendile arstiabi saamise kiiremaks ja mugavamaks.

Kuigi igal keerukal süsteemil on oma nõrgad kohad, on oluline selle tugevaid külgi võimendada ja puudusi minimeerida. Tähtis on fikseerida ja kinni hoida alusprintsipiidest, siis läheb süsteemi korraldamine ka õiges suunas.

*hannes.danilov@haigekassa.ee*