

# Riina Sikkut: patsiendikindlustus tähendab fundamentaalset muutust ja seda on vaja

1. novembrist kehtima hakkava patsiendikindlustuse puhul saab kahju kannatanud patsient hüvitise nii, et kedagi süüdi ei mõisteta, vastutus ei ole isiklikult arsti oma – see on fundamentaalne muutus ja seda on vaja, ütles terviseminister Riina Sikkut intervjuus Med24 toimetajale Madis Filippovile.

## Valitsus toetas Tervisekassa reserve kasutamist, et aidata katta uue aasta puudujääki tervishoius. Mida see oleks tähendanud, kui reserve poleks saanud kasutusele võtta?

Peale Rahandusministeeriumi suveprognoosi oli Tervisekassa prognoositav puudujääk järgmiseks aastaks 210 miljonit eurot, mis on umbes kümme protsenti tervishoiuteenuste eelarvest. Kümneprotsendist kärbet tervishoius on keeruline ette kujutada. Umbes 200 000 inimest oleksid jäänud ravita. Minu meelest ei ole riik olukorras, kus sellised otsused oleksid vältimatud. Õnneks saavutati kompromiss võtta 168 miljonit eurot Tervisekassa reservidest, lisaks jaotame ümber omaosaluskoormust ja Tervisekassa tegeleb tõhustamisega.

## Mis saab järgnevatest aastatest?

Järgnevad kolm aastat on valitsuses plaanina kokku lepitud ja reserve kasutamist lubatakse kõigil aastatel. Arutelud pikaajalise rahastamise üle peavad aga jätkuma. Paralleeli võib tuua pensionisüsteemiga. Esimese samba pensionid on olnud puudujäägis juba 2004. aastast, aga keegi ei küsi, kuidas me järgmisel aastal pensione välja maksame, kuidas puudujääk kaetakse. Kõige suurem puudujääk, mida on esimeses sambas kaetud, on 400 miljonit eurot aastas. Kas keegi mäletab mingisugustki avalikku arutelu, kas vähendada pensione või katta puudujääk? Samamoodi – kas kärpida Tervisekassat või lubada reserve kasutusele võtmist? Sellist vaidlust meil pensionisüsteemi puhul pole olnud ja igal aastal kaetake puudujääk üldistest eelarvetuludest. Näiteks 2023. aastal kaeti üldistest riigieelarve tuludest ilma vaidluseta

87 miljonit eurot. Ka tervishoius on meil samasugune olukord, et sotsiaalmaksust ei piisa ja tegelikult tuleks puudujääk katta üldistest eelarvetuludest. See tundub õiglane.

Tervisekassa puhul on praeguses keerulises olukorras reserve olemasolu õnn ja nii on võimalik paar aastat nende najal elada. Edaspidi on meie süsteemi sobiv lahendus see, et riik hakkab laste eest sotsiaalmaksu maksma ehk riik suunab Tervisekassasse üldistest eelarvetuludest täiendava summa laste arvu järgi. See ei muuda olukorda lihtsaks või mugavaks ja see ei tähenda, et raha on siis kuidagi üle, aga see võimaldab vähemalt senisel tasemel teenuste osutamisega jätkata. Tegelikult on vaja mahtude kasvu, kui mõtleme näiteks vaimse tervise või palliatiivravi peale.

## Kui inimese tervisekindlustus pole seotud üksnes töötamisega, vaid tuleb ka riigieelarvest, siis tundub õiglane, et tervisekindlustusega inimeste hulk kasvab?

Ka minule tundub see loogiline ja õiglane, aga see on poliitilise otsuse koht. Kahjuks tundub meil nii poliitikas kui ka ühiskonnas laiemalt, et arstiabi saad siis, kui oled õigesti käitunud ehk õige lepingu alusel töötanud ja piisavalt makse maksnud, ning see ei ole Lääne-Euroopa kontekstis tavaline. Arutelud on olnud näiteks loovisikute ravikindlustuse üle, kus sul ei pruugi olla regulaarset sissetulekut, aga sa teed ikkagi ühiskonna jaoks olulist tööd. Selles mõttes ei ole vahet, kas depressioon on ministril või kunstnikul – kui on olemas tõenduspõhine ravi, siis seda tuleks võimaldada, sest tervisevajadus on objektiivne.

## **Ütlesite, et reservide najal saab rasked ajad üle elada, aga millisesse seisu saab Tervisekassa reservi üldse lasta?**

Tervisekassal on seadusest tulenev kohustus reserve koguda, et rasketel aegadel oleks võimalik teenuse osutamist jätkata, sest ei ole ju mõeldav, et paned päevapealt EMO ukSED kinni või loobud retseptiravimite hüvitamisest. See kohustus reserve hoida jääb endiselt. Aga selge see, et praegune lahendus on plaaster, tervishoidu jätkusuutliku rahastuse leidmine peab jätkuma.

## **Kui võimalikuks peate, et Tervisekassa peab tulevikus mingitest teenustest loobuma?**

Ma ütleks, et ei pea võimalikuks. Omal ajal tehtud otsused Tervisekassa rahastamiseks olid õiged ja need on meid hästi teeninud, aga demograafiline olukord, meie rahvastiku struktuur on muutunud. Vanematel inimestel on rohkem kroonilisi haigusi, nendega seotud ravi ja ravimite kulud tuleb katta – sellest ei saa loobuda. Inimesed soovivad lühemaid ravijärjekordi. Inimesed ootavad rohkem vaimse tervise abi ja piirkondliku kättesaadavuse paranemist, palliatiivravi, ennetustegevusi... Nii et küsimus ei ole selles, mida ära jätta, vaid millises tempos teenuseid juurde lisada. Need otsused võimaldavad pikemas plaanis kulude kasvutempot väiksemana hoida, kui me sekkume õigel ajal ja sobival viisil. Sama on ravimitega. Meditsiin ja teadus arenevad. Kui naaberriigid võimaldavad oma inimestele uusi elupäästavaid ravimeid, siis meil on oma riigis väga keeruline kaitsta seisukohta, et me oma inimestele neid ei võimalda. Need on keerulised arutelud ja rasked otsused, aga ma ei näe, et me saaksime kuidagi liikuda täiesti teist rada pidi ja öelda, et me proovime seda, mida teised teevad 10–12 protsendi SKP eest, teha 7 protsendi eest, anda oma parima ja see ongi meie lagi. Tervishoidu tuleb rohkem raha suunata.

## **Käimas on kollektiivlepingu läbirääkimised, kus arstid soovivad 10protsendist palgatõusu. Kuidas suhtute praeguses olukorras arstide palgaootusesse?**

Palgatõusu ootus on arusaadav. Aga taust on selline, et õpetajate, päästjate ja teiste rühmade palk ei tõuse, avalikus sektoris on tööjõukulude kärbe. Järgmise nelja

aasta plaanides ei ole Tervisekassa eelarves palgatõusuga arvestatud, aga kuidagi tuleb kokkuleppele jõuda ja ma arvan, et nii raskeid läbirääkimisi ei ole mitu aastat olnud.

Kuna mina ei ole läbirääkimiste osapool, siis saan kõrvalt kommenteerida. Vaatamata sellele, et räägime kogu aeg rahast, on meie peamine mure ju hoopis tervishoiutöötajate nappus. Meie õed on kõrgharidusega erialaspetsialistid, kes teevad iseseisvaid vastuvõtte ja väljastavad teatud juhtudel retsepte. Nende oskused on hinnas ka naaberriikides, kus samuti õdesid napib. Mina vaatan kollektiivläbirääkimisi selles valguses, et milline signaal sealt antakse noortele, kes plaanivad tervishoiuvaldkonnas õppima asuda või juba õpivad. Ametikohtade atraktiivsuse hoidmine, sh püsiva sissetuleku kasvu näitamine on vajalik.

## **Millal tuleb konkreetsem info eriars-ti visiiditasu kohta – kes hakkavad saada soodustust?**

Eelnõu on Riigikogus ja valmistatakse ette esimest lugemist. Need haavatavad rühmad, kellel on kõrgem hambaravihüvitis ja madalam visiiditasu, on samad. Ehk siis lapsed, rasedad, alla 1-aastase lapse emad, üle 63 aasta vanused inimesed, vähenenud töövoimega inimesed, töötud, toimetulekutoetuse saajad. Kuna samadel alustel maksatakse hambaravihüvitist, on need andmed Tervisekassas olemas, et otsustada, kas inimene maksab visiiditasu 5 või 20 eurot.

Lisaks on tähtis, et me ei räägi vaid tasude tõstmisest, vaid koormuse õiglasest ümberjaotamisest. See tähendab, et statsionaarses öendusabis, kus on kõige suurem omaosalus, on minu ettepanek langetada seda inimese jaoks kolmandiku võrra.

## **Kas kaalusite, et visiiditasu maksimisel oleks inimesele aasta peale mingisugune n-ö lagi?**

Kaitsemehhanismid on mingil määral paigas. Kui patsienti suunatakse ühe haigla sees, siis ta ei maksa korduvalt visiiditasu. Nüüd sõnastasime seaduses selgemalt, et korra aastas, näiteks kui lähed gastroenteroloogi juurde veebruaris ja uuesti oktoobris, maksad visiiditasu ainult ühe korra.

## **See on siis nii konkreetnes haiglas?**

Tegelikult võiks see olla eriala puhul üks kord aastas. Kui infotehnoloogiliselt oleks võimalik panna personaalsed laed nii, nagu

on täiendava ravimihüvitise puhul, siis oleksime soovinud seda rakendada, aga sellist visiiditasu maksmise rakendust oleks poole aasta jooksul keeruline tööle panna. Ma ise pean seda õigeks. OECD soovitus meile on olnud paremini sihtida omaosalust ja soodustusi – sellele kriteeriumile uus visiiditasude skeem vastab. Tervisekassa sooviks selle tulevikus siduda sissetulekuga, aga praegu seadus ega andmed seda lahendust ei võimalda. Kui suund on vajaduspõhisema ja personaalsema toetamise järele, siis sinna skeemi sobiks väga hästi ka see, et omaosalus seotakse suuremal määral sissetulekuga.

**1. novembrist hakkab kehtima kaua oodatud tervishoiutöötaja vastutuskindlustus, kuid kuna pakkujaid on ainult üks, on kindlustuse hinnad tervishoiuteenuse osutajate hinnangul liiga kõrged, eriti võrreldes vabatahtliku vastutuskindlustusega. Leitakse, et kindlustusselts kasutab monopolset olukorda ära. Milline on praeguses olukorras teie sõnum tervishoiuteenuse osutajatele?**

Õnneks pole see poliitiline teema, sest kui poliitikul on oma valdkonnas jama, mida on võimalik edasi lükata, siis tuleks tal seda teha. Aga see poleks praegusel juhul õige. Tervishoiuvaldkonnas on olnud pikalt soov, et vastutus oleks mittesüüline. Räägime küll väga palju kindlustuslepingutest ja summadest, aga me soovime saavutada muutust, et patsient ei peaks pöörduma kohtusse, ta saab hüvitise lihtsamalt, ohujuhtumeid registreeritakse ja teenuse kvaliteediga tegeletakse. Mündi teine pool on see, et patsient saab hüvitise nii, et keegi ei pea saama süüdi mõistetud, vastutus ei ole isiklikult arsti oma. See on fundamentaalne muutus ja seda on vaja.

See valikukoht oli juba aastaid tagasi, kas valida avalik fond või erakindlustus. Enamus toetas eralahendust, eeskujuks oli liikluskindlustus. Olukorras, kus meil turul on ligi 15 kindlustusfirmat, tundus, et kindlustusturg on toimiv. See, et kindlustusfirmade omanikud nüüd keerulistes majandusoludes otsustavad uute toodetega meie piirkonda mitte tulla, ei ole riiklikult juhitav areng. Aga kuna kindlustuspakkumised tehti konkurentsiolekus, kui veel



Terviseminister Riina Sikkut

kolm kindlustusfirmat plaanisid turule tulekut, siis ei saa öelda, et keegi on monopolset seisu ära kasutanud.

**Pakkumisi tehakse ju ka praegu ja konkurentsi enam pole.**

Jah, aga ega nende mudelid ja pakkumised ei ole muutunud. Meil on vaja ohujuhtumite registreerimist ja hüvitiste statistikat aasta või paari kohta, et tekiks veendumus, et väljamaksed ei kujune liiga suureks. Pikemas plaanis peaksid kindlustusmaksed langema.

Väga palju võrreldakse praegusi pakkumisi varasema vastutuskindlustusega. Tuuakse välja, et näiteks varem maksti 300 eurot aastas ning 30 aasta jooksul pole ühtegi juhtumit olnud. Tuleb arvestada, et lävi on olnud patsiendi jaoks oluliselt kõrgem, sest patsient on pidanud kohtusse pöörduma. Nüüd peaks see muutuma ja me tegelikult tahame selle muutumist.

Praegune ekspertkomisjon hüvitist välja ei mõista, aga tulevikus peaks patsient saama hüvitise. Kuna patsient saab hüvitise olukorras, kus seni ei saanud, siis sellepärast ongi kindlustus kallim kui varem.