

Ravikindlustuse seadus – kellele kasulik?

Väino Sinisalu – peatoimetaja

Ajaleht Äripäev korraldas 29. augustil Tallinnas Sakala keskuses seminari teemal “**Ravikindlustuse seadus – kellele kasulik?**”, et tutvustada üldsusele ja arstkonnale oktoobris 2002 jõustuma hakanud uue ravikindlustuse seaduse põhimõtteid. Käesolevas artiklis on refereeritud seminari ettekandeid.

Esimesena esines **Maris Jesse**, Eesti Haigekassa juht 1997–2002 ja ravikindlustuse seaduse tööühma liige.

Senine ravikindlustuse seadus kehtis juunist 1991. Uut seadust valmistati ette juba 1996. aastast. Ettevalmistatud eelnõu arutati kaua, selles osalesid meedia vahendusel aktiivselt poliitikud ja meedikud. Probleem on kõiki inimesi puudutav, kuid kahjuks ei ole selles üheseid ainuõigeid valikuid.

Seadust ette valmistades püstitati neli eesmärki: tulla ravikindlustuses toime 13% sotsiaalmaksuga, lähtuda monopoolse administreerijaga solidaarse ravikindlustuse printsiibist, tugevdada kindlustuspõhimõtet ja reguleerida paremini saadavaid hüvitisi, suurendada tervishoiuteenuste osakaalu. Ravikindlustuse seadus põhinebki elanike solidaarsusel ja piiratud omaosalusel ning lähtub kindlustatud isikute vajadusele vastavate teenuste osutamise, kõigi piirkonna elanikele ravi võrdse kättesaadavuse ning ravikindlustusraha otstarbeka kasutamise põhimõttest.

Seaduses valitud lahendused tugevdavad kõigepealt kindlustuspõhimõtet, sidudes maksumaksmise eest vastutavad isikud maksukohustuse täitmisega, piirates võimalusi hankida kindlustus ainult hüvitiste vajaduse perioodiks ja reguleerides tööaliste, kuid mitte makse maksvate isikute kindlustustingimusi.

Selgemini on välja toodud, milliseid hüvitisi ja millistel tingimustel kindlustatu peab saama. On

esitatud põhimõtted, mille alusel kujuneb kindlustatule tagatava teenuste ja ravimite loetelu. Nendeks on meditsiiniline efektiivsus, kulutõhusus, vajalikkus ühiskonnale, kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga ja vastavus ravikindlustuse rahaliste võimalustele.

Seadus reguleerib teenuse osutajate ning haigekassa suhteid lepinguvabaduse ja nende sõlmimise alusel. Edaspidi ei ole haigekassa kohustatud sõlmima lepinguid kõigi tegevusluba omavate raviasutuste ja arstidega – tal on õigus valida lepingupartnerid.

Seadus täpsustab kindlustatu omaosaluse maksimummäärad: eriarsti visiiditasu kuni 50 kr ja haiglapäeva tasu kuni 25 kr. Tervishoiuteenuste osakaalu suurendamise eesmärki teenivad seaduses kehtestatud meetmed ravimikulude tõusu piiramiseks, haigusraha arvestamisel maksuameti andmetel viimase kalendriaasta tulu alusel ja haigekassa kohustusliku reservi vähendamisel.

Haigekassa rollil ravikindlustuse seaduse rakendamisel peatus nüüdseks juba teisele tööle siirdunud haigekassa juhatuse liige **Toomas Palu**. Haigekassa kohustus on tagada kindlustatute ja partnerite rahulolu teeninduskvaliteediga, kvaliteetsete raviteenuste kättesaadavus, informeerida kindlustatuid oma õigustest ja kohustustest ning kasutada vahendeid efektiivselt, eesmärgipäraselt. Kogu tegevus peab olema läbipaistev.

Kindlustatute ja partnerite teavitamiseks on haigekassal meediaplaan. Avalikkusele tuleb selgitada ravikindlustusega vabatahtliku liitumise võimalusi. See puudutab eelkõige umbes 15 000 mittetöötavat tööalist kodanikku ning Eestis elavaid välisriikide vanaduspensionäre.

Üldarstiabi rahastamiseks on uudne see, et järgmisest aastast sõlmitakse lepingud ainult nende perearstidega, kellel on vastav kvalifikatsioon. Sellega on lõppenud 10 aastat kestnud esmas- tasandi arstiabi reform.

Tulevikus tuleb arvestada perearstide grupeerumise vajalikkust, et tagada valmisolek töövabal ajal ja vajadusel vastastikune asen- damine. Samuti võimaldab see T. Palu hinnangul paremini eelarve riske juhtida. Uudne on ka see, et täpselt reguleeritakse uute teenuste kord. Seda menetleb haigekassa, ekspertarvamuse kaudu osalevad sotsiaalministeerium, erialaspetsialistid ja tervishoiuökonomistid.

Lepingupartnerite valikuks kavatseb haigekassa korraldada konkursse. Kindlasti oleks mõistlik pikemaajaliste raamlepingute sõlmimine raviasutustega. Nii on ka raviasutustel võimalik oma tegevust pikemaajaks kavandada. Seni pole aga selge, kui palju ja millised raviasutused Eestis tööle jäävad.

Lepingute sõlmimisel peab haigekassa lähtuma kindlustatute vajadusest. Praegu analüüsitaksegi 7 haigekassa piirkonna varasemat tööd. Võrreldakse, kui palju ja milliseid haigusjuhte on 1000 elaniku kohta aastas ja kui palju maksab keskmine ravijuhtum. Samuti analüüsitakse ravile pääsemise ooteaja pikkust. Haiglaravi rahastamisel on kavas üle minna komplekshindadele.

Seadustatud on, et kuni 19aastaste kodanike hambaravi kompenseerib haigekassa. Täis- kasvanud kindlustatud hakkavad saama rahalist hüvitist, kui nad on vajanud hambaravi. Selle hüvitise määr hakkab sõltuma haigekassa võimalustest ja selle kehtestab sotsiaalminister. Hüvitiste maksmise menetluse korra töötab välja haigekassa.

T. Palu suhtus skeptiliselt võimalusse hoida ravikulude eelarve 20% piires raviteenuste eelarvest.

Haigekassa on välja töötanud soodusravimite strateegia. See hõlmab ravimite piirhindade - referents- ja kokkuleppehindade määramise, ravimihüvitiste parema planeerimise, kokkulepeid

ravikulude proportsioonide ja prioriteetide osas ning paremat ravimikasutuse analüüsi ning kontrolli. Oluline on farmakoökonomika põhimõtete jälgimine. Kavas on ühtlustada ravimikasutuse ja kompenseerimise süsteemi Balti riikide vahel.

Haigekassa on analüüsinud perearstide poolt väljakirjutatud soodusravimitele tehtud kulutusi. Siin on individuaalsed erinevused väga suured. Nii tekibki kaks küsimust: üks osa arste on ilmselt soodusravimeid mitteküllaldase põhjendusega välja kirjutanud; teine osa perearste pole patsientidele ravimeid määranud ning patsiendid pole saanud adekvaatset ravi.

Neli ettekannet oli pühendatud ravimitega seotud probleemidele.

Ravimiameti peadirektor **Kristin Raudsepp** analüüsis olukorda ravimiregulatsioonis.

Uue ravimi müügiletuleku loa annab Ravimiamet, kes jälgib, et ravim oleks kvaliteetne, kindla toimega ja sihipärasel kasutamisel ohutu. Ravimi hinda Ravimiamet selles otsustusprotsessis ei arvesta.

Aastas registreeritakse kuni 400 uut ravimit. Praegu on meil müügil umbes 3000 erinevat preparaati, mida vahendavad 303 jaemüügi apteeki. Ravimikäive on pidevalt kasvanud. Hüppeline tõus - 27% - oli aastatel 1999-2000, ajavahemikul 2000-2001 kasvas ravimikäive 15%. Maailmas kasvab ravimikäive keskmiselt 10% aastas. Ravimi müügihinnast moodustab tootjahind umbes 64%, hulgi müügi juurdehindlus on 9%, juurdehindlus apteegis 22%. Lisandub veel 5% käibemaks. Ravimi tootjahinda püüab reguleerida ravikindlustuse seadus, vahendajate juurdehindlust on riigil võimalik kontrollida.

Suuremad hulgi müüjad Eesti ravimiturul on Magnum Medical 48%-lise ja Tamro 31%-lise turuosaga.

Apteekide käibest moodustavad retseptiravimid 60%. Apteekide jaemüügi käive oli 2001. a 1,5 miljardit krooni.

Rauno Pukonen - Rahvusvahelise Ravimi- tootjate Liidu Eesti juhatuse esimees - alustas oma

ettekannet tõdemusega, et Eestis on ravimiturg kasvanud. Sellel on mitu põhjust: inimeste majandusliku heaolu kasv, haiguste diagnoosimise ja ravi paranemine, uute ravivõimaluste lisandumine, inimeste teaduslikkuse ja ootuste suurenemine, aga ka rahvastiku vananemine ja sellest tulenev ravivajaduse kasv. Ravimihinnad on tõusnud, nüüd on nad samal tasemel teiste arenenud riikidega. Eestis kulutatakse aastas ravimitele 1,53% rahvuslikust koguproduktist (SKP). Sellega oleme arenenud riikide hulgas keskmiste seas. Samal ajal moodustavad tervishoiu kogukulud 6% SKPst. Maailma arenenud riigid kulutavad selleks keskmiselt 8%. Võib väita, et meil on tervishoid alafinantseeritud. Analüüsidest haigekassa finantsnäitajaid, ilmneb kõigile teadaolev fakt, et kulutused soodusravimitele on kasvanud jõudsalt, kuid kulutused raviteenustele on viimastel aastatel jäänud 1999. a tasemele. Ettekandja arvates ei pea see olema tingimata negatiivne nähtus, pigem kasvab ambulatoorse abi osakaal, mis on kindlasti kuluefektiivsem. Siiski vajab see sügavamat analüüsi.

Huvitav on teada, et viie sagedamini väljakirjutatud ravimi käive 2001. aastal oli ligi 118 mln krooni. Selles edetabelis on juhtpositsioonil Norvasc (Pfizer) umbes 29 mln ja Adalat Oros (Bayer) ligikaudu 25 mln kroonise käibega aastas.

Ravikindlustuse seadus püüab reguleerida ravimiturgu piir- ja kokkuleppehindade kehtestamisega ning sätestab ravimisoodustuste võimalused 100%, 75% ja 50% piirides.

Praegu ei ole teada, millised piirhinnad kehtestatakse. Seda võidakse teha odavaima toimepõhise ravimi alusel. Kallima (ja efektiivsema) ravimi eest peab haige täiendavalt juurde maksma. Kindlasti peab abivajajale olema tagatud kvaliteetne ja toimiv ravim. Senini on omaosaluse määr ravimikulude katmisel Eestis samal tasemel teiste Euroopa maadega, ka ravimihinnad on samad.

R. Pukonen jõudis oma ettekandes järgmiste järeldusteni: uue ravikindlustuse jõustumisega patsiendi omavastutus suureneb, hinnakokku-

lepped võimaldavad ravimikulutusi optimeerida ja prognoosida, haigekassal ei peaks olema eelarve täitmisega suuri probleeme, kuid 20% piiri hoidmine eelarvest ravimite tarbeks ravimite kättesaadavust halvendamata on ebatõenäoline.

Ravimitega seotud küsimustest rääkisid veel **Kaidi Vendla** – Eesti Apteekrite Liidu peaproviisor – ning **Andrus Sonnenberg** – vastloodud Sotsiaalministeeriumi ravimipoliitika osakonna ravimisektori koordineerija. EAL president **Andres Lehtmets** analüüsis arsti ja patsiendi suhteid uue seaduse valguses (vt A. Lehtmetsa artikkel käesolevas numbris).

Seminari lõpetas **Eiki Nestor** – Rahvaerakonna Mõõdukad aseesimees –, kes rääkis poliitilistest valikutest tervishoius.

Kogu ühiskond seisab paratamatuse ees: rahvastik vananeb, ühiskonna kulutused tervishoiule suurenevad, uued ja head lahendused meditsiiniabis maksavad rohkem. Paratamatult tuleb vastata, kes ja kuidas maksab. Valikuid on kaks: maksame kõik solidaarselt või igaüks maksab ise, kui abi vajab. Oleme teinud valiku, et maksame solidaarselt. E. Nestor rõhutas, et solidaarsus ei ole poliitiline mõiste, vaid euroopaliku kultuuri osa. Meie ühiskonnas kohtab aga sageli pool-solidaarsust – oleme nõus solidaarselt saama, mitte andma. Maksumaksja, kes arstiabi ei vaja, nuriseb, et peab maksma. Ta unustab, et tal on mittetöötavad vanemad ja lapsed, kes seda vajavad.

Võimalusi tervishoidu korraldada on samuti kaks: avaliku võimu korraldatud või kindlustuspõhimõttel korraldatud tervishoid. Avaliku võimu korraldatud tervishoid on lihtne ja arusaadav, kuid selle negatiivne külg on, et avalikul võimul on kohustus korraldada paljusid ühiskondliku elu avaldusi ja tervishoiuvajadused ei ole alati prioriteetsed. Meil rakendatud sundkindlustus on avatud ja paindlik. Nõrk külg selle juures on, et on ka kindlustamata inimesi.

Tegelikkuses korraldab ka avalik võim tervishoidu, rahastades kiirabi ja kindlustamata

isikute vältimatut abi. Meil areneb tööandja kohustuslik kindlustus – kindlustus töötajatele kutsehaiguste ja tööõnnetuste korral. Sundkindlustusele lisaks areneb aja jooksul kindlasti ka isiku vabatahtlik tervisekindlustus.

Pika staapiga Riigikogu liikme ja endise sotsiaalministrina peatus E. Nestor ka mõnel seisukohal, millega ta on oma töös kokku puutunud ja mida ta nimetas ohtlikeks uitmõteteks: 1) humanistlik-naivistlik käsitlus – meie oleme võimelised ravima, teie ärge meid selles piirake ja makske see kinni. See pole aga üheski ühiskonnas võimalik; 2) töövõimetushüvitiste väljajätt ravikindlustusest – see seab aga ettevõtted täiendava maksukoorma alla ja paljud neist lõpetaks tegevuse; 3) riigieelarve fenomen – lootus, et riigieelarve on lõppematu rahaallikas; 4) “minu haigla” ja “minakeskne suhtumine” – selle tulemuseks on meil paiguti tasakaalust väljas ja mõneti subjektiivne raviteenuste hinnakiri.

Tervishoiu olukorda hästi tundva inimesena tõi ettekandja välja viis soovi: 1) tervishoidu on vaja

investeeringuid, alustama peab riik; 2) tervishoiukulutusi on vaja eesmärgipäraselt kavandada, peavad olema koolituskavad; 3) hooldusravi süsteem on vaja tööle rakendada; 4) tuleb luua tervishoiu innovatsioonifond, selleks peavad vahendid leidma haigekassa, riik, kaasata tuleb ka teisi. Juurutama peab uusi ravi- ja diagnostikameetodeid; 5) teha selget vahet mingi tegevuse programmi ja põhitegevuse vahel. Näiteks tõi E. Nestor AIDSi programmi, mis tegelikult on püsiv põhitegevus ja seda peaks rahastama riik.

E. Nestori üks ja ainus järeldus oli, et ühiskonna ees seisva paratamatusega vähegi mõistusepäraselt tegeledes tuleb kasutada paindlikult kõiki võimalusi, mis ühiskonnas on olemas.

Seminari korraldajad tegid osavõtjate hulgas ka ankeetküsitluse, mille põhjal tunnistati parimaks esinejaks Eiki Nestor, järgnesid Andres Lehtmets ja Rauno Pukonen.