

MEMO

Pealkiri Eesti ravikindlustussüsteemi toimimise põhimõtted, haigekassa kui strateegilise ostja eesmärgid
Kuupäev: 14.03.2014.a

Eesti ravikindlustussüsteemi toimimise põhimõtted

- 1.1. **Maailma Terviseorganisatsiooni** (edaspidi WHO) tervishoiu rahastamise raamistiku¹ kohaselt peab iga rahastamissüsteem tagama järgmiste eesmärkide saavutamise:
 - a) pakkuma kaitset finantsriski vastu;
 - b) tagama rahastamiskoormuse õiglase jaotuse elanikerühmade vahel;
 - c) tagama ravi õiglase kättesaadavuse;
 - d) olema ühiskonna ees läbipaistev ja aruandev;
 - e) soodustama kvaliteetsete ja kulutõhusate tervishoiuteenuste osutamist;
 - f) olema administratiivselt efektiivne.
- 1.2. **Eesti ravikindlustussüsteemi põhimõte** on sätestatud ravikindlustuse seaduses järgmiselt: „*Ravikindlustus põhineb kindlustatud isikute solidaarsusel (a ja b) ja piiratud omaosalusel (a ja b) ning lähtub kindlustatud isikute vajadustele vastavate teenuste osutamise (e), ravi piirkondliku võrdse kättesaadavuse (c) ja ravikindlustusraha otstarbeka kasutamise põhimõttest (d ja f).*“

Seega on Eesti ravikindlustuse põhimõtted igakülgselt kooskõlas WHO raamistikus toodud eesmärkidega.
- 1.3. Haigekassa peab süsteemi eesmärkide saavutamisel lähtuma ravikindlustuseks ettenähtud rahalistest vahenditest, st **haigekassa jaoks on võtmeküsimus, kuidas ravikindlustuse eelarve raames eelnimetatud ravikindlustuse põhimõtteid võimalikult hästi saavutada.**
- 1.4. **Eesti tervishoiukulud on rahvusvahelises võrdluses suhteliselt madalad** moodustades 2011.a 5,9% SKPst. Võrdluseks ELi keskmine 9,6% ja ELi riikides on see näitaja madalaim vaid Rumeenias². **Ostujõu pariteedile kohandatud dollarites** kulutati Eestis tervishoiule 2011.a **isiku kohta 1303 dollari**, ELi keskmine näitaja oli ligi kolm korda kõrgem, s.o 3307 dollarit. Ravikindlustuse eelarve moodustab ligikaudu 70% kogu tervishoiule kuluvast rahast. Arvestades Eesti nii suhteliselt kui absoluutsemelt võrdlemisi madalaid kulusid ning asjaolu, et meditsiiniseadmete ja ravimite hinnad vastavad üldjuhul maailmaturu tasemele, tuleb ravikindlustusraha kasutada ülimalt otstarbekalt, et võimalikult hästi saavutada süsteemile seatud eesmärgid.
- 1.5. Kindlustatud isikute **solidaarsus tähendab** põhimõtet, et inimesed panustavad süsteemi lähtuvalt nende eest tööjõumaksuna tasutavast sotsiaalmaksust ning hüvitisi saadakse vastavalt vajadusele. Erinevate osapoolte poolt on korduvalt juhitud tähelepanu

¹ Kutzin, J. Health financing policy: a guide for decision-makers. Geneva, World Health Organization, 2008.

² <http://data.euro.who.int/hfad/b/>

asjaolule, et tänane süsteem, kus põhiosa haigekassa tuludest saadakse töötavate isikute poolt makstava sotsiaalmaksu kaudu, ei ole pikas perspektiivis jätkusuutlik.

1.6. Eesti ravikindlustus põhineb **piiratud omaosalusel**, mis rahvusvahelises võrdluses süsteemi tasemel makronäitajana (**omaosaluse % tervishoiu kogukuludest**) on mõnevõrra kõrgem EL-i keskmisest näitajast (2011.a)³: Eesti 19%, EL keskmine 16%, EL (enne 2004) 14%, EL (pärast 2004) 23%.

Haigekassa kui strateegilise ostja eesmärgid

Kindlustatud isikute vajadustele vastavate teenuste osutamisel ja ravi piirkondliku võrdse kättesaadavuse tagamisel on haigekassa n.ö ostja rollis võttes kindlustatu inimese eest üle tasu maksmise kohustuse. Passiivse maksja asemel peab haigekassa tegutsema strateegilise ostjana. Strateegilise ostmise mõiste defineeriti 2000. aasta Maailma Tervise Aruandes⁴, mille kohaselt see tähendab pidevat tegutsemist süsteemi eesmärkide saavutamisel läbi erinevate otsuste: (a) milliseid teenuseid osta; (b) kellelt osta; ja (c) kuidas osta.

- **Haigekassa saab strateegilisel ostmisel lähtuda ravikindlustuse seaduse raamidest**, mis annab ka haigekassale raamid, mille piires eelnimetatud eesmarke saavutada. Tervishoiuteenuste ostmisel saab siinkohal rääkida järgmistest võimalustest:
 - a) tervishoiuteenuste valik n.ö teenuste pakett;
 - b) tervishoiuteenuste hindade kujundamine;
 - c) ravi rahastamise lepingu tingimused ja õigusaktidega sätestatu;
 - d) lepingupartnerite valik ja lepingumahtude läbirääkimine;
 - e) rahastamise põhjendatuse kontroll.
- WHO ja Sotsiaalministeeriumiga koostöös valminud uuringus „Võimalused Eesti tervisesüsteemi rahalise jätkusuutlikkuse tagamiseks⁵“ (2010) järeldati, et tervisesüsteemi toimivuse tagamiseks pikemas perspektiivis tuleb lisaks tulubaasi ülevaatamisele tõhustada ka kulude juhtimist, mh tugevdades haigekassa kui strateegilise ostja rolli.
- **Ravi piirkondliku võrdse kättesaadavuse tagamisel tuleb haigekassal lähtuda kahest kättesaadavuse dimensioonist:**
 - a) **geograafilist kättesaadavusest** ehk kaugusest teenuseosutajani;
 - b) **ajalisest kättesaadavusest** ehk ooteaegadest.
- **Ajalise kättesaadavuse tingimused on kehtestatud sotsiaalministri ja haigekassa nõukogu poolt järgmiselt:**
 - a) sotsiaalministri määruse kohaselt peab perearsti vastuvõtule pääsema ägeda tervisehäirega samal päeval ja teistel juhtudel viie tööpäeva jooksul;
 - b) haigekassa nõukogu otsuse kohaselt on ambulatoorse eriarstiabi maksimaalne lubatud ooteaeg kuus nädalat ning plaanilise haiglaravi puhul (v.a. üksikud erisused) 8 kuud.

³ Allikas: <http://data.euro.who.int/hfad/>

⁴ <http://www.who.int/whr/2000/en/>

⁵ http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/aruanne_EST_2010color.pdf

- Haigekassa andmetel oli 2013. a tagatud ägeda tervisehäirega patsientide **pääs perearsti vastuvõtule** samal päeval 100% juhtudest ja muudel juhtudel viie tööpäeva jooksul 98-99% juhtudest, kusjuures keskmine ooteaeg viimasel juhul oli keskmiselt kaks tööpäeva. Selle põhjal võib kindlalt väita, et **perearstiabi ning seeläbi patsiendi tervishoiusüsteemi esimese pöördumise kättesaadavus on tagatud väga heal tasemel. Eriarstiabis pääses 2013. a lõpus lubatud ooteajal ambulatoorsele vastuvõtule 74% patsientidest**, mida ei saa pidada halvaks näitajaks, kuna toimib „cito“-saatekirjade süsteem perearst-eriarst vahel ning ägeda tõsise tervisehäirega on alati võimalik pöörduda haiglate juures tegutsevate erakorralise meditsiini osakonda (EMOsse).
- Haigekassa pikaajalised kogemused kinnitavad, et **ambulatoorse eriarstiabi pikkade ooteaegade põhjuseks ei ole enamasti rahanappus** ja haigekassa poolt rahastatavate ravijuhtude vähesus, vaid pikkade ooteaegade põhjused on oluliselt mitmekülgsemad. Esiteks on pikad ooteajad enamasti erialadel, kus puudub perearsti saatekirja nõue nagu seda on nt oftalmoloogia ja dermatoveneroloogia. Saatekirja nõude puudumine tähendab sisuliselt seda, et patsient langetab ise otsuse eriarstile pöördumise osas ja seetõttu lihtsamate tervisehädadega, nt optometriisti teenuse vajajad ja perearsti pädevusse kuuluvate nahahaigustega patsiendid pöörduvad eriarstile, mis omakorda ei ole süsteemi kui terviku mõttes ressursside (nii raha kui ka eriarstide spetsiifiline kompetents) mõistlik kasutamine. Teiseks pika ooteaja põhjuseks on perearstide ja eriarstide töökorraldus, st need juhtumid, kus perearstide pädevus võimaldaks võtta suuremat rolli, kuid erinevatel põhjustel suunatakse patsiente eriarstile, nt endokrinoloogia, neuroloogia, uroloogia.
- **Kokkuvõtvalt on eriarstiabi pikkade ooteaegadega tegelemise lahenduseks ennekõike esmatasandi arengu toetamine läbi suurema vastutuse (saatekirja nõude laiendamine kõigile eriarstiabi erialadele), oskuste arendamise, telemeditsiini ja e-tervise lahenduste arendamise ja rahastamise suurendamise kaudu. Samuti tuleb Eestil kaasa minna üha enam arenenud riikides rakendatud suunaga, et sõltuvalt terviseküsimumusest ei pea patsiendi esimene kontakt tervishoiusüsteemiga olema arsti kvalifikatsiooni omava spetsialistiga, vaid vastavalt terviseküsimumusele õe, ämmaemanda või apteekriga.**
- **Geograafilise kättesaadavuse tagamise põhimõtted** on kirja pandud haiglavõrgu arengukavas (70km ja 1 tunni reegel) ja sellega seotult sotsiaalministri kehtestatud haigla liikide nõuete kaudu, mis haiglaliigist johtuvalt panevad haiglavõrgu arengukava haiglate kohustuse (HVA haiglad) tagada nii erakorralist kui plaanilist abi määruses ettenähtud tingimustel ja erialade.
- Geograafilise kättesaadavuse põhimõtete juures tuleb tähele panna, et piiratud tervishoiutöötajate ressursi juures kaasnevad elukoha lähedasema kättesaadavuse võimaldamisega sageli pikemad ravi ooteajad. Lisaks personali ressursi optimaalsele kasutusele on väga oluline kaalutluskoht ka ravikorralduse optimaalsus ja ravi kvaliteet, mis on otseselt seotud ka tervishoiu kuludega. Teenuse osutamise optimaalsus ja kvaliteet on saavutatav, kui teenust osutavale tervishoiutöötajale ja vajalikele ruumidele/seadmetele on tagatud piisav töökoormus teenuse osutamise kohas. **Teisisõnu on kindlustatutele kaasagse ja kvaliteetse tervishoiuteenuse pakkumiseks oluline hoolikalt kaaluda, kus erinevaid eriarstiabi tervishoiuteenuseid on otstarbekas osutada ja haigekassa poolt rahastada.**
- **Eeltoodut arvestades on haigekassas selgelt defineeritud erinevate tervishoiuteenuste geograafilise kättesaadavuse põhimõtted. Sellest tulenevalt**

tuleb juhtida tellimust strateegiliselt eesmärgiga tagada kvaliteetse ja kaasaegse ravi kokkulepitud ooteajale vastav kättesaadavus ning ravikindlustusraha otstarbekas kasutamine.