



Hr Andrus Mäesalu
Eesti Arstide Liit
eal@arstideliit.ee

Teie 19.12.2011

Meie .01.2012 nr 13.1-8/6288

Pr Iivi Luik
Eesti Tervishoiutöötajate Kutseliit
kutseliit@kutseliit.eu

Vastused tervisesüsteemi rahastamise ettepanekutele

Lugupeetud härra Mäesalu ja proua Luik

Pöördusite Eesti Haigekassa nõukogu ja Riigikantselei poole ettepanekutega arstiabi kättesaadavuse tagamiseks. Riigikantselei edastas teie pöördumise vastamiseks Sotsiaalministeeriumile.

Täname teid esitatud ettepanekute eest ja anname nendele alljärgnevad vastused ja selgitused.

1. Lühendada ravijärjekordi eriarstiabis ja taastada 2009. a kehtinud kord, et ravijärjekordade maksimumpikkus ambulatoorses eriarstiabis ei tohi ületada 4 nädalat.

Eesti Haigekassa seaduse § 12 lõike 1 punkti 2¹ alusel on ravijärjekorra maksimumpikkuse kehtestamine haigekassa nõukogu pädevuses. Eesti Haigekassa nõukogu 6. märtsi 2009. a otsusega nr 4 sätestati ambulatoorse eriarstiabi, välja arvatud päevakirurgia (päevaravi) ja viljatusravi, ravijärjekorra maksimumpikkuseks 6 nädalat. Nõukogu vaatab ravijärjekordade uute maksimumpikkuste kehtestamise võimalused üle igal aastal. Ravijärjekordade maksimumpikkuste kehtestamisel saab lähtuda tervishoiuteenuste osutamise tegelikust olukorrast. Märgime, et vaatamata sellele, et haigekassa suunas 2011. aastal ambulatoorsete ravijuhtude rahastamisele täiendavaid vahendeid, ei olnud tervishoiuteenuste osutajate ravijärjekorrad 2011. aastal võrreldes 2010. aastaga oluliselt lühenenud. Haigekassa andmetel ei ole enamasti pikkade ravijärjekordade põhjuseks rahaliste vahendite ebapiisavus. Seega on probleemiga tegelemine mitmetahulisem, vajab muudatusi haiglate töökorralduses ning haiglate tõhusamat koostööd perearstidega. Ravijärjekordade ohjamiseks on oluline tõhustada koostööd tervishoiu valdkonna erinevate tasemetel vahel, eriti oluline on koostöö krooniliste haigete ravi korraldamisel. Samuti on oluline parandada perearstide ja eriarstide vahelist koostööd patsiendi puudutava informatsiooni liikumise osas. Ravi rahastamise lepingute ja lepingumahtude täitmise üle teeb järelevalvet haigekassa (sh jälgib ka ravijärjekordade pikkust). Seetõttu pöörab haigekassa järgnevatel aastatel enam tähelepanu tervishoiuteenuste osutajate poolt ravijärjekordade pidamise jälgimisele, et leida ühiselt raviastutustega lahendusi pikkade ooteaegade lühendamiseks. Haigekassa on 2012. a eriarstiabi kulude planeerimisel eelduseks võtnud tervishoiuteenuste

kättesaadavuse tagamise vähemalt eelneva aasta tasemel. Haigekassa 2012. aasta eelarve maht on võrreldes 2011. aastaga ligi 8% suurem. Jaotamata tulemit plaanitakse kulude katteks kasutusele võtta 6,6 miljoni euro ulatuses.

2. Suurendada tunduvalt taastus- ja hooldusravi rahastamist.

Toimiv hooldusravisüsteem tervishoius on aktiivravi efektiivsuse tõstmise ja ressursside säästlikuma kasutamise eelduseks. Hooldusravi rahastamise mahu suurendamine haigekassa eelarves on olnud üks prioriteetidest. Eesti Haigekassa eelarves on hooldusravi rahastamise maht aastatel 2005-2010 suurenenud 100% ehk kaks korda, eriarstiabi rahastamise maht on samal perioodil suurenenud 66%. Ka hooldusravi osakaal tervishoiuteenuste üldmahust on eelarves tõusnud: 2005. aastal oli see 2,4% ning 2010. aastal 2,9% (tegelikku täitmist hinnates).

Kindlustatute vanuserühmade struktuuri alusel prognoositakse üle 65-aastaste isikute arvu suurenemist alates 2012. aastast. Hooldusravi kulude prognoosi koostamisel lähtus haigekassa järgmistest eeldustest: aastateks 2012-2015 on hooldusravis kättesaadavuse parandamiseks planeeritud 10%-line kasv aastas ja hooldusravi kättesaadavuse parandamiseks on ennekõike vajalik suurendada ambulatoorsete hooldusraviteenuste rahastamist.

Ka taastusravi rahastamise maht on aasta-aastalt suurenenud ning tõus on olnud suurem kui summaarselt kogu eriarstiabi rahastamine. Sealjuures on ambulatoorse taastusravi rahastamine suurenenud enam kui statsionaarse ravi rahastamine. Taastusravi vajaduse kasv tuleneb elanikkonna vananemisest ja esmaste traumade arvu kasvust. Ravijuhtude arvu ja kulude kasv on tingitud vajaduse suurenemisest nimetatud teenuste järele. Taastusravi rahastamise kasv aastatel 2005-2010 on olnud 113%, eriarstiabi rahastamise kasv sama ajaperioodi jooksul oli 66%.

3. Hüvitada vähemalt osaliselt patsientide kulutused hambaravile.

Haigekassa ravikindlustushüvitiste kulud saab jagada kaheks: avatud kohustused ja lepinguliste kohustustega kaasnevad kulud.

Avatud kohustused, milleks on soodusravimid, töövõimetushüvitised, muud rahalised hüvitised ja ravikulud Euroopa Liidu liikmesriikides, tähendavad haigekassale seda, et need tuleb hüvitada ka siis, kui selleks eelarvesse planeeritud rahalistest vahenditest ei piisa. Ainuke võimalus neid kulusid vähendada on seaduses kehtestatud kohustuste vähendamine. Majandusliku surutise tingimustes seda tehtigi, kui alates 1. jaanuarist 2009. a lõpetati tööealistele isikutele hambaravihüvitise maksmine. Hambaravihüvitise maksmise lõpetamise otsust toetas ka haigekassale esitatud hambaravihüvitise taotluste statistika. Haigekassa statistikast on näha, et vaatamata võimalusele taotleda hambaravihüvitist enne 1. jaanuarit 2009. a osutatud hambaraviteenuse eest, isikud seda võimalust aktiivselt ei kasutanud. Arvestada saab veel asjaoluga, et isik saab hambaraviteenuste vajadust mõjutada ka oma valikutega – suuhügieen ja kuni 19-aastaste isikute profülaktilised läbivaatused ning vajaduse korral hambaravi loovad tugeva vundamendi, et täiskasvanuna ei pruugi isiku hambaraviteenuse vajadus nii suur olla.

Vajaduse korral on kindlustamata isikutele tagatud tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 6 kohaselt vältimatu hambaravi. Toimetulekutoetuse saajal või muul vähekindlustatud isikul on toimetulekuraskuste korral võimalus pöörduda elukohajärgse valla- või linnavalitsuse poole sotsiaaltoetuste, vältimatu sotsiaalabi ja muu abi taotlemiseks.

Märgime, et hambaravihüvitiste maksmise kord säilis töövõimetus- või vanaduspensionäridele ning üle 63-aastastele kindlustatud isikutele, samuti rasedatele, alla üheaastase lapse emadele ja neile, kellel on tervishoiuteenuse tagajärjel tekkinud suurenenud hambaraviteenuse vajadus. Samuti on isikutel, kellele on määratud riikliku pensionikindlustuse seaduse alusel töövõimetus- või vanaduspension ja üle 63-aastasele kindlustatud isikutel üks kord kolme aasta jooksul õigus saada hambaproteeside eest tasutava summa hüvitamiseks 255,65 eurot.

Haigekassa praegune prioriteet on taastada majandusliku surutise eelne tervishoiuteenuste rahastamine. Hambaravihüvitise maksmise korra taastamine või ülevaatamine lükkub edasi. Tulevikus on eelarve seisu paranemisel võimalik kogu ravikindlustushüvitiste paketi taustal teha

põhjalik analüüs selle kohta, kas ja kuidas laiendada täiskasvanute hambaravi kindlustuskaitset, et leida tõhusaid vahendeid kehtiva omaosaluse vähendamiseks.

4. Vähendada patsientide ebaproportsionaalselt kõrget omaosalust ravimite ostmisel.

Esmalt märgime, et esitatud ettepaneku rakendamisele saavad arstid suuresti ka ise kaasa aidata, kirjutades ravimeid välja toimeainepõhiselt ning soovitades patsientidel küsida ja valida apteegist soodsaimat ravimit, samuti märkides retseptile asjakohase näidustuse, mis annaks patsiendile õiguse saada ravimit suurima võimaliku soodusmääraga.

Sotsiaalministeerium ootab erialaseltside konkreetseid ettepanekuid nende ravimite soodusmäära tõstmiseks, mis on praegu halvasti kättesaadavad.

Informeerime, et eesmärgiga vähendada patsientide omaosalust on menetluses ravikindlustuse seaduse muutmise eelnõu, millega kaotatakse 50 % ravimisoodustuse 12,78-eurone maksimaalmäär.

5. Tagada kindlustamata isikutele esmatasandi arstiabi.

Nõustume, et ravikindlustusega hõlmamata isikutele üldarstiabi kättesaadavaks muutmise küsimus vajab lahenduse leidmist, kuid arvestades pingelist riigieelarvet, on praegu raske leida täiendavaid vahendeid ravikindlustuseta isikutele esmatasandi arstiabi teenuse pakkumiseks.

Sotsiaalministeerium töötas välja ja esitas 2008. aasta aprillis Vabariigi Valitsusele ravikindlustuseta isikutele perearstiteenuse pakkumise kontseptsiooni, mille kohaselt perearstiteenus ja ravimite hüvitis oleks kättesaadav ka ravikindlustusega hõlmamata isikutele.

Vabariigi Valitsus võttis Sotsiaalministeeriumi esitatud kontseptsiooni teadmiseks. Kontseptsioonis esitati kaks lahendusvarianti:

1. lisaks vältimatule arstiabile oleks tagatud perearstiteenus ja kaasnevalt ravimite kompenseerimine ehk osaline ravikindlustuspakett kõigile ravikindlustamata isikutele (2008. aastal tehtud arvestuste kohaselt oleksid riigieelarve kulud 2009. aastal suurenenud 219 762 225 krooni võrra);

2. tagatud oleks kogu tervishoiupakett ehk 100%-line ravikindlustus, mis hõlmab vältimatu arstiabi, perearstiteenuse, eriarstiabi ja ravimihüvitise (2008. aastal tehtud arvestuste kohaselt oleksid riigieelarve kulud 2009. aastal suurenenud 274 435 152 krooni võrra).

Sotsiaalministeerium on taotlenud kontseptsiooni rakendamiseks vahendeid, viimati ka 2012 aasta eelarvesse. Võttes arvesse väga pingelist riigieelarvet on Sotsiaalministeeriumi edasised tegevused ravikindlustuseta isikutele perearstiteenuse pakkumise kontseptsiooni osas praegu edasi lükatud.

Samas märgime, et kindlustamata isikutele on tagatud vältimatu abi. Töötutoetust või töötuskindlustushüvitist saavad ning tööturumeetmetes osalevad töötud omavad ravikindlustust, mistõttu on neile tagatud ka esmatasandi- ja eriarstiabi. Riik on loonud töötute ravikindlustamiseks võimalused, mille kasutamine sõltub isikust. Ka võimaldavad paljud omavalitsused oma ravikindlustuseta isikutele arstiabi.

6. Pidurdada tervishoiutöötajate lahkumist, milleks

- kehtestada selged reeglid töökoormuse arvestamiseks ja ületunnitöö hüvitamiseks,
- kehtestada eriarstidele töökoormuse ülempiiriks ambulatoorses töös 4500 vastuvõttu aastas ja statsionaaris mitte rohkem kui 350 ravitud haiget aastas,
- kehtestada arst-residentidele 40-tunnine töönael,
- tõsta arstide, õdede ja hooldajate töötasu alammäära.

Selgitame, et tööaja arvestamise ja ületunnitöö hüvitamise reeglid on sätestatud töölepingu seadusega ning need laienevad ka tervishoiuteenuse osutajatele. Töötajate töö korraldamine on tööandja kohustus. Residentuuri raamnõuded ja residentuuri läbiviimise kord on kehtestatud

sotsiaalministri 4. juuni 2001. a määrusega nr 56. Määrus reguleerib ka baasasutuse ja arst-residendi vahelise töölepingu sõlmimist.

Sotsiaalministeerium peab tähtsaks konkurentsivõimeliste palkade olemasolu tervishoiusektoris. Juhime tähelepanu sellele, et tervishoiutöötajate palgatõus on otseses seoses Eesti Haigekassa eelarvevõimalustega. Käesoleval aastal jõustus Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu muudatus, millega kaotati tervishoiuteenuste piirhindadele rakendatud koefitsient, et taastada teenuste tegevuspõhised hinnad. Muudatus annab tervishoiuteenuse osutajatele paremad võimalused 2012. aasta personalikulude planeerimiseks. Eesti Haigekassa nõukogu on 30. mai 2011. a otsuses nr 13 "Eesti Haigekassa 4-aasta kulude ja kulude katteallikate planeerimise põhimõtete ja Eesti Haigekassa 2012. a eelarve projekti ettevalmistamise nõuete kinnitamine" prognoosinud 2013. aastaks tervishoiuteenuste hindades tervishoiutöötajate tööjõu kulu komponendi 3%-lise suurenemise. Järgnevatel aastatel planeeritakse ka järk-järgult arvestada inflatsiooni mõjudega ning võimalusel tõstetakse teenustes sisalduvat meditsiinitöötajate palgakomponenti. Milliseks kujunevad 2013. aasta reaalsed võimalused tervishoiutöötajate (sh residendid) palgatõusuks, sõltub 2012. aasta kevadisest majandusprognoosist ja riigieelarve strateegias 2013-2016 kehtestatud fiskaalraamistikust.

Mis puudutab küsimuses tõstatatud arstide töökoormust, siis Sotsiaalministeeriumil on koostöös Tervise Arengu Instituudi ja Terviseametiga kavas selle aasta jooksul uuringu tegemine, et täpsustada arstide töökoormust. Uuringu valmimisel saab arstide töökoormuse küsimuste juurde tagasi tulla. Märgime, et regulaarsed tervishoiutöötajate palgauuringud näitavad, et 2011. aasta märtsiks oli vaatamata kärpetele arstide kuupalk taastunud majanduslanguse eelsele tasemele ja isegi ületas seda, samas ei olnud õendustöötajate ja hooldajate palk 2011. a märtsiks jõudnud veel 2008. aasta tasemeni. Riigi keskmisest palgast oli arstide palk üle kahe korra kõrgem, õendustöötajate palk ületas riigi keskmist 9% ning hooldajate keskmine palk moodustas riigi keskmisest palgast 62%.

7. Katta haiglate nn kapitalikulud riigieelarvest, nagu sätestab tervishoiuteenuste korraldamise seadus; maksta ravikindlustamata isikute eest pearaha riigieelarvest Terviseameti kaudu; viia töövõimetushüvitiste maksmine haigekassa kohustuste hulgast välja ja katta need riigieelarvest.

2009. aastal alanud majanduslangus sundis ümber hindama kõiki riigi kulutusi, sealhulgas ka kulutusi tervishoiule. 2009. aastal võeti vastu kaks negatiivset lisaelarvet. Kõige ulatuslikumad kärped olid seotud sotsiaalmaksu laekumise prognoosi halvenemisega.

Majandusprognoose silmas pidades taotles Sotsiaalministeerium 21. juuni 2011. a kirjas Rahandusministeeriumile Sotsiaalministeeriumi valitsemisala 2012. aasta riigieelarve projekti lisataotluses vahendeid 7 912 371 euro ulatuses tervishoiuteenuste osutajatele ehitise kumi katmiseks. Seejärel toimusid Rahandusministeeriumi ja Sotsiaalministeeriumi vahelised läbirääkimised, kus riigieelarve võimalusi ja majanduslikku situatsiooni arvesse võttes vaadati üle ja langetati otsused lisataotluste riigieelarves kajastamise kohta. Rasket otsust jätta tervishoiuteenuste osutajate ehitiste kulum riigieelarvepoolse rahastuseta aitas teha asjaolu, et Eesti Haigekassa tasub vastavad kulud riigieelarvest sõltumata tervishoiuteenuse osutajatele teenuste hinna osana ning Eesti Haigekassal lubatakse 2012. aastal kasutada eelmiste perioodide jaotamata kasumit. Lisaks arvestati otsuse langetamisel ka seda, et 2012. aastal on planeeritud riigieelarvesse haiglate investeeringuteks ERFi vahenditest 25 mln eurot. Sotsiaalministeerium kavandab kumi katmisega seotud kulud organisatsiooni 2013-2016 finantseerimiskavasse ning nimetatud kulu on kavandatud kajastada ka eelarve taotluses. Milliseks kujunevad riigi reaalsed rahalised võimalused, on praegu võimatu ennustada.

Ravikindlustamata isikute esmatasandi ravi hüvitamise küsimusele andsime vastuse punktis 5. Sotsiaalministeerium on alustanud koostöös Rahandusministeeriumiga lahenduste ja võimaluste otsimist töövõimetushüvitise maksmiseks koos tööõnnetus- ja kutsehaiguskindlustuse süsteemi loomisega, mille kohaselt ei makstaks enam töövõimetushüvitisi ravikindlustuse eelarvest.

Kokkuvõtteks märgime, et Sotsiaalministeerium on alati avatud diskusioonideks ja eespool nimetatud probleemidele lahenduste leidmiseks huvigruppidega.

(allkirjastatud digitaalselt)
Hanno Pevkur
Minister

Teadmiseks: Riigikantselei
Eesti Haigekassa nõukogu

Ülle Jordan 626 9139
ulle.jordan@sm.ee