

3
Hr. Pavel Ivanov
Tootepealik
GUVATRAK
fax: 6 406 124

Tallinnas, 16.05.1997

Lp. hr. Ivanov

Vastavalt kokkuleppele meie eisel vestlusel saadan Teile tutvumiseks omapoolse visiooni probleemidest, mis takistavad tervishoiureformi edenemist ja mida ei ole piisavalt valgustatud avalikkusele. Probleemide paremaks mõistmiseks esitan lühikese tervishoiu finantseerimise skeemi ja seejärel lühidalt ülevaate põhilistest probleemidest.

1992.aastast, vaid mõni kuu enne rahareformi, alustati Eestis ravikindlustuse juurutamist tervishoiu finantseerimisel. Sellest ajast alates saame kõnelda riiklikust kohustuslikust ravikindlustusest, kus toimub ravikindlustumaksust (13 % brutopalgast) laekuvate rahaliste vahendite ümberjagamine vastavalt solidaarsusprintsibile, s.t. iga töövõtja maksab maksu kolme inimese eest (lisaks enesele ka oma mittetöötava lapse ja pensionärist vanema eest). Ravikindlustumaksust ja sotsiaalkindlustumaksust (kokku 33% brutopalgast) kujuneb riigieelarvest eraldiseisev sotsiaalkindlustuse eelarve, mille maht on üsna hästi prognoositav. See on oma olemuselt "mittepoliitiline" raha, kuna selle suurus ei sõltu Riigikogu suvast. Laekuv ravikindlustuse ressurss jaotatakse piirkondlike haigekassade vahel ümber vastavalt teenindudpiirkonna elanike hulgale (NB! Mitte vastavalt piirkonnast laekuvale ravikindlustumaksule). Nii laekub igasse haigekassasse raha, millega peab ta katma oma piirkonnas elavate ravikindlustatud isikute arstiabi vajadused, s.o. sõlmima raviteenuste ostu-müügi lepingud raviasutustega. Raviteenuste hinnad on välja töötatud sotsiaalministeeriumi juures asuva hinnakomisjoni poolt ja arvlemine raviasutuse ja haigekassade vahel toimub vastavalt ministri poolt kinnitatud hinnakirjale. Lisaks kasutavad raviasutused veel riigi- ja kohalike eelarvetest eraldatud raha, millega vastavalt tervishoiukorralduse seadusele kaetakse vastavalt riigi- või munitsipaalomanduses olevate raviasutuste "karbikulud" (s.o. kommunaal-, ehitus- ja remondikulud). Siinjuures on tegemist selgelt "poliitilise" rahaga, kuna selle hulk sõltub riigikogulaste suvast. Kõige tagasihoidlikuma osa tervishoiu rahadest moodustab patsientide poolt makstud raha (visiiditasu, mille ülemmäära kehtestab minister oma määrusega - täna on see 5 kr.). Seega kujuneb raviasutuse eelarve kolmest allikast:

- 1) ravikindlustuse vahenditest läbi haigekassade vastavalt osutatud raviteenustele,
- 2) riigi- või munitsipaalelarvest vastavalt seadusejärgsele omanikukohustustele ja
- 3) vastavalt omavastutuse printsibile patsientide taskust.

Täna peame kinni maksma ka pärandi viimaste dekaadide tervishoiu organisatsioonist, kus raviasutuste võrgu planeerimisel ei lähtunud mitte üksnes kohalikest vajadustest. Kui Euroopas tuleb keskmiselt 100 000 elaniku kohta üks korralikult varustatud haigla, siis meil on 40 000 elanikule üks haigla. Ühe arsti kohta tuleb nii Euroopas kui Eestis keskmiselt 3000 elanikku. Eestis on tegemist teatava eriarstide düsproportsiooniga (näit. nn. polikliinikute spetsialistid), mis tuleneb selgesti senisest tervishoiu organisatsioonist.

Eeltoodu taustal saab esile tuua järgmised põhilised probleemid, mis hakkavad kujutama endast tõsist ohtu arstiabi kättesaadavusele elanikkonnale:

1. Riiklik ravikindlustusressurss on määratud laekuva ravikindlustusmaksuga. Kui sellest maha arvata hüvitiste väljamaksed (ravimite kompensatsioon, töövõimetuslehed), siis saame määrata raviteenusteks jääva raha. **Ravikindlustusmaksu laekub kuni 94% ja üha kasvav hüvitiste osakaal "sööb ära" ravirahad.**
2. Tänapäeval on piiritlemata arstiabi maht, mida on võimalik pakkuda riikliku ravikindlustuse vahenditest. Arstiabi kättesaadavuse languse vältimiseks ei kinnita minister meditsiiniteenuste hinnakirja, mis on välja töötatud hinnakomisjoni poolt ja mis arvestab tegelikke kulutusi antud teenuste osutamisel. **Raviasutused on sunnitud teenust müüma sageli alla omahinna, mis viib arstiabi kvaliteedi langusele.**
3. Piiritlemata raviteenuste maht riikliku ravikindlustuse vahenditest loob ka takistuse erasektori arenemiseks tervishoius. **Praeguses olukorras on määratlematud nii erakindlustuse kui ka erameditsiini tegevusvaldkonnad.**
4. Raviasutuste omanike seadusejärgne rahastamine on langenud veerandini vajalikust, kuna ei riigi- ega kohalikes eel arvetes ei ole vastavaid vahendeid lihtsalt ette nähtud. **Omanikult saamata jäänud "karbikulude" raha tuleb leida raviteenuste müügist teenitud vahenditest.**
5. Olukorras, kus on terav puudus põetusravi kohtadest, peame endiselt üleval ülejõu käivat hulka kallihinnalist varustust eeldavat spetsialiseeritud osakondi. **Raviasutuste praegune struktuur ei vasta tegelikele vajadustele.**
6. Eksisteeriva rahanappuse tingimustes aitaks **patsientide omavastutuse juurutamine** (differentseeritud visiiditasu, osalemine haiglaravi hotellikuludetasumisel) kindlasti kaas ravikindlustusressursi efektiivsemale kasutamisele ja säästaks hulga vahendeid.
7. Eelmainitud põhjustel on külmutatud meditsiinitöötajate palgad sisuliselt 1996.aasta algusest, kuna nad on "sponsoreerinud" oma palga arvel nii täitmata jäänud riigikohustusi kui ka ebaõiglaseid raviteenuste hindasid. **Tervishoiutöötajate reaalpalga langemine hävitab motivatsiooni arstiabi kvaliteediedendamise protsessis osalemiseks.**

Eeltoodu on väga põgus ülevaade tervishoiu valupunktidest, mis vajaksid asjatundlikku elanikkonnale selgitamist ning mis võiks saada täiendatud ja paremini esitatud meie edasistel diskussioonidel. Loodan, et sellest materjalist võiks olla abi vastava PR kontseptsiooni projekti loomisel. Ootan lahkesti küsimusi, kui eeltoodust on midagi arusaamatuks jäänud. Helistada võib ka nädalavahetusel minu mobiiltelefonile .

Parimate tervitustega

Indrek Oro