

Tervishoiukorralduse seaduse eelnõu SELETUSKIRI

1. Sissejuhatus

Sissejuhatus. Eesti tervishoiureform algas ravikindlustusseaduse vastuvõtmisega 1991.a 12. juunil, mille alusel toimus üleminek kindlustusmeditsiinile ja tervishoiu ulatuslik detsentraliseerimine. Selle tulemusena muutusid tervishoiuteenuse osutaja ja selle ostja suhteliselt iseseisvateks. 18. jaanuaril 1994.a võeti vastu tervishoiukorralduse seadus, mis kohendas nõukogude ajast pärinevat tervishoiuorganisatsiooni ja viis selle vastavusse ravikindlustusseadusega. Radikaalsem tervishoiuorganisatsiooni ümberkorraldamine ei olnud võimalik kahel põhjusel. Esiteks oli kindlustusmeditsiin alles varases arengujärgus. Selle tõenduseks on 1994.a tervishoiuorganisatsiooni vapustanud kriis, mis oli tingitud tervishoiu finantseerimiseks ettenähtud vahendite ebaühtlasest jaotusest. Teiseks ei olnud selleks ajaks veel vastu võetud tsiviilseadustiku üldosa seadust ja üldine õiguskord oli alles kujunemisjärgus. Tervishoiureformi jätkumise huvides ei olnud aga tervishoiukorralduse seaduse vastuvõtmisega võimalik kauem viivitada. Pärast tsiviilseadustiku üldosa seaduse vastuvõtmist 1994.a sügisel alustati 1995.a alguses tervishoiukorralduse seaduse muutmise ettevalmistamist. 1996.a esitas tolleaegne Vabariigi Valitsus Riigikogule uue tervishoiukorralduse seaduse, mis aga esimese lugemise järgselt tagasi võeti.

Ülevaade hetkeolukorrast. Ravikindlustusseaduse vastuvõtmise järgselt on tervishoius, eriti arstiabi organisatsioonis, toimunud kuue aastaga olulisi muutusi. Tervishoiuteenuste nomenklatuur on suurenenud ja kasutusele on võetud hulgaliselt uut aparatuuri. Haiglate arv on vähenenud ligikaudu kolmandiku võrra peamiselt väikehaiglate sulgemise tõttu. Seisuga 1. detsember 1998.a on 79 tegutsevas haiglas avatud 10454 voodikohta (vrd. 1990.a ligikaudu 18 500 voodikohta). Keskmise ravikestvus on vähenenud kuni kaks korda, mis osutab märgatavale ravitöö intensiivsuse kasvule. Vaatamata sellele on täna pidevas kasutuses vaid ligikaudu 72 % voodifondist, mis osutab haiglaressursi kasutamise ebaefektiivsusele (haigla püsikulude suur osakaal tegevuskuludes). Erinevate voodiprofiilide lõikes kõigub näitaja 54-95% vahel. Arstide arv on viimasel aastakümnel püsinud peaaegu muutumatuna. 1998.a 1. detsembri seisuga on arstide registris 5746 töötavat arsti, sh. 860 hambaarsti.

1997.a on käivitunud perearsti reform, mille eesmärgiks on üldarstiabi (esmatasandi arstiabi) taseme parandamine ja kvaliteedi ühtlustamine. Seisuga 1. detsember 1998.a töötab riigis 195 perearsti, ligikaudu samapalju õpib kursustel või residentuuris. Kava kohaselt peaks 2004.a Eestis tegutsema 807 perearstipraksist, mis eeldab perearstivajaduseks u. 840-850 perearsti. Perearstireformi alguses läbiviidud üldarstiabi analüüs näitas selle ebaühtlast arengut kohalike omavalitsuste ja maakondade lõikes, seda eeskätt arstide kvalifikatsiooni ja arstiabi andmiseks vajalike ruumide, inventari ning aparatuuri seisukohalt. 1998.a sügisel läbiviidud EMOR-i küsitlus aga viitab elanikkonna rahulolu kasvule esmatasandi arstiabi osas, mis oli Lõuna- ja Kesk-Eestis suurem kui Tallinnas.

Rahva tervise üldiste näitajate osas nagu keskmine eluiga, vastsündinute suremus, loomulik iive, haigestumus südame-veresoonkonna haigustesse jne ei ole täheldatud olulisi muutusi ja need on jäänud suhteliselt halbadeks võrreldes arenenud riikide analoogiliste näitajatega. Suurenenud on haigestumus tuberkuloosi. Halvenenud on arstiabi järjepidevus, mille eest on Eestile teinud etteheiteid WHO ning PHARE eksperdid.

Põhjus uue tervishoiukorralduse seaduse vastuvõtmiseks on 1994.a jõustunud tervishoiukorralduse seaduse ammendumine. Reformi jätkamiseks on tarvis muuta kehtivat seadusandlust.

Kontseptsioon. Seaduse aluseks oleva kontseptsiooni "nurgakiviks" on tervishoiuteenus ja abinõud selle kvaliteedi parandamiseks. Kvaliteetne tervishoiuteenus on selline tervishoiuteenus, mis säilitab ja/või parandab järjekindlalt eluiga ja/või elukvaliteeti. Tervishoiuteenusel on avalik ja eraaspekt. Tervishoiuteenus on avalik kaup - selle järele on laialdane, üldine vajadus ja see on üldkättesaadav ning selle eest tasutakse teenuse osutajale riigimaksuna kogutud vahenditega riikliku ravikindlustuse kaudu. Tervishoiuteenus on erakaup - seda osutatakse (alati) ühele kindlale (era)isikule ja teenuse toime on sageli individuaalne. Samas tulenevalt tervishoiuteenuse omaduste spetsiifilisusest ei oska teenuse tarbija selle omadusi adekvaatselt hinnata, millest tulenevalt tarbija vajab kaitset. Lähtudes eeltoodust peab tervishoiuteenus alati vastama teatud kindlatele nõuetele ja olema riigi poolt kontrollitav ning järelevalvatav. See on avaliku õiguse reguleerimisala - määrata kindlaks see üldine ja ühetaoline, millest lähtuvalt igasugune tervishoiuteenus, olenemata sellest, kes seda osutab, on garanteeritud hea kvaliteediga. Analoogiline tervishoiuteenuse käsitus on omane kõikidele arenenud Euroopa riikidele.

Kokkuvõtvalt kindlustab tervishoiukorralduse seaduse eelnõu reformi jätkumise tervishoius. Käesoleval etapil on reformi pearõhuks arstiabi organisatsiooni korrastamine, mille eesmärk on ühtlustada ja parandada arstiabi taset, tagada selle võimalikult hea kättesaadavus, kasutada säästlikult ravikindlustuse ja riigieelarve vahendeid. Vahendite säästlikum kasutamine annab võimaluse suurendada tervishoiuteenuste mahtu ja nomenklatuuri, investeerida, maksta vääriskamat tasu tervishoiutöötajatele.

Eelnõu koostamisest võtsid erinevate töörühmade liikmetena osa:

Georg Männik, Andres Rannamäe, Tiit Kütner, Ado Viik, Mait Karlis, Aivar Tooming, Martin Johanson, Sven Lindström, Sulev Piliste, Tarmo Bakler, Riivo Kotkas, Olev Silland, Urmo Kõöbi, Arvi Vask, Mati Kallas, Peeter Mardna, Anne-Reet Väljataga, Maris Jesse, Katrin Saluvere, Mati Senkel, Andrus Arro, Raul Talvik, Üllar Kaljumäe, Raul Kiivet, Helvi Tarien, Margit Vutt, Anne Poll ja Luule Teemusk.

2. Eelnõu sisu

Eelnõu jaguneb 7 peatükki:

1. peatükk. Üldsätted
2. peatükk. Tervishoiuteenuste osutamise korraldus
 1. jagu. Praksis

- 2. jagu. Üldarstiabi
- 3. jagu. Kiirabi
- 4. jagu. Eriarstiabi
- 3. peatükk. Tegevusluba
- 4. peatükk. Tervishoiuteenuste osutamise dokumenteerimine
- 5. peatükk. Tervishoiu rahastamine
- 6. peatükk. Tervishoiu juhtimine ja rahastamine
- 7. peatükk. Rakendussätted

Eelnõu selline ülesehitus on tingitud eelkõige sellest, et sisuliselt võib eelnõus lahutada kaks reguleeritavate küsimuste ringi. 1. - 3. peatükis reguleeritakse neid instituute, mille jaoks on eelnõu keskse tähendusega ning mis tegelikult sätestavad selle, mis on üldse tervishoiukorralduse õigusliku regulatsiooni esemeks ja kaardistavad tervishoiu korraldamise. Nii on iga tervishoiutöötaja eelduseks tervishoiuteenuste osutamiseks pädevussertifikaadi olemaolu, mis kõige kesksema institutsioonina on reguleeritud juba üldsätete peatükis. Sellele järgneb erinevate tervishoiuteenuste osutamise vormide käsitus. Piltlikult öeldes tähendab see seda, et kui tervishoiutöötajal on pädevussertifikaat, siis 2. peatükis sätestatakse mida, millises õiguslikus vormis ja millistel tingimustel on tal lubatud tervishoiuteenuseid osutada. 3. peatükk "Tegevusluba" seevastu sätestab täiendavad nõuded tööandjale, millele ta peab vastama, et arstiabi osutada ja millistel alustel on võimalik tema tegutsemine tervishoiuteenuste osutamise alal peatada või lõpetada.

Ülejäänud eelnõu peatükid käsitlevad ennekõike neid küsimusi, mille suhtes see seadus on raamseadus ning millised sätestatakse põhjalikumalt teiste seaduste või muude õigusaktidega. Nii näiteks on tervishoiu rahastamine ravikindlustuse eelarvest reguleeritud ravikindlustuse seadusega ja tervishoiu juhtimine osaliselt Eesti Haigekassa seadusega, kuid eelnõu, olles tervishoiu valdkonna raamseaduseks, sätestab nii rahastamise, juhtimise, aga ka tervishoiuteenuste osutamise dokumenteerimise üldised põhimõtted, millest teistes tervishoidu reguleerivates õigusaktides lähtutakse.

Alljärgnevalt toome esile eelnõu olulisemad põhimõtted peatükkide kaupa:

1. peatükk. Üldsätted

Paragrahvis 2 määratletakse tervishoiuteenus ja teised kesksemad eelnõus kasutatavad mõisted. Kuigi tervishoiuteenuse määratluses võib esialgsel pilgul tunduda ülearusena anda tervishoiuteenuse eesmärki, on see igati põhjendatud, kuna tervishoiuteenuste osutamine eriti pingsat järelevalvet nõudva tegevusvaldkonnana (et vältida ohtu inimese tervisele või elule) ei saa olla üksnes tegevus, vaid see tegevus peab tagama kindla kvaliteedi ja eesmärgi saavutamise. Vastasel korral ei tohiks tervishoiuteenuste osutajatel tegutseda lasta (vt § 19 lg 1 p 3 ja § 40 lg 1 p 4). Tervishoiuteenuste osutamise kvaliteedi ja eesmärgipärasuse üle peab olema selge riiklik järelevalve.

Paragrahvi 2 lg-d 3 ja 4 on eelnõus vajalik esitada, kuna ambulatoorne ja statsionaarne tervishoiuteenuste osutamine on üheks aluseks erinevate tervishoiuteenuste osutamise vormide piiritlemisel ja eristamisel (vt näiteks § 10 lg 2).

Eelnõu §-s 3 sätestatakse üldnormina tingimused, millal tervishoiutöötajal on õigus või kohustus osutada tervishoiuteenuseid. Nii ei tohi tervishoiutöötaja üldjuhul väljuda pädevussertifikaadis sätestatud raamidest. Põhimõtteliselt tähendab see seda, et kui tervishoiutöötaja peaks olema osutanud tervishoiuteenuseid, milleks tal pädevussertifikaadi kohaselt õigus puudus ning põhjustab sellega näiteks patsiendi tervise halvenemist, vastutaks tervishoiutöötaja kriminaalkorras isikuvastase teo toimepanemise eest. Tervishoiuteenuse osutamisega sellisel juhul tegemist ei ole, kuna vastavalt eelnõu § 2 lg-le 1 saab tervishoiuteenust osutada vaid tervishoiutöötaja ning lg 2 kohaselt on tervishoiutöötaja pädevussertifikaati omav isik. Pädevussertifikaadipiiridest väljuv tervishoiuteenuste osutamine on aga samane pädevussertifikaadi puudumisega.

Pädevussertifikaadis sätestatud erinevate tervishoiuteenuste osutamine on mõeldav vaid § 3 lg-s 2 sätestatud juhul, mille kohaselt on tervishoiutöötaja alati kohustatud andma abivajajale vältimatut arstiabi. Sellise abi andmata jätmise eest, kui selleks oli olemas võimalus, on kriminaalkorras karistatav.

Paragrahvides 4 - 9 sätestatakse pädevussertifikaadiga seonduvad küsimused.

Vastavalt eelnõu § 4 lg-le 1 antakse pädevussertifikaat välja kutsekvalifikatsiooni omandamist tõendava dokumendi alusel. Mingeid lisanõudeid (eksamit, täiendavat koolitust, praktiseerimist) pädevussertifikaadi väljaandmiseks ei ole. Pädevussertifikaadi väljaandmise mõte seisneb eelkõige järgmises:

1. ühtlustada tervishoiutöötajatele väljastatav dokument, mis lisaks ühtsele kehtivusele Eesti Vabariigi territooriumil oleks ka ühtseks kutsekvalifikatsiooni omamist tõendavaks dokumendiks tervishoiutöötaja tööle asumisel välisriigis;
2. pidada arvestust tervishoiutöötajate üle, s.h. selle üle, kas tervishoiutöötaja töötab omandatud erialal ning kas seetõttu ei esine § 8 lg-s 2 nimetatud pädevussertifikaadi kehtetuks tunnistamise alust.

Paragrahv 4 lõike 3 põhimõte seisneb selles, et tagada arvestus tervishoiutöötajate liikumise üle ning järelevalve § 8 lg-s 2 nimetatud pädevussertifikaadi kehtetuks tunnistamise aluse esinemise või mitteesinemise üle. Nimetatud põhimõte haakub ka eelnõu §-s 33 tooduga. Nimelt tähendab sellisel kujul süsteemi töötamine, et näiteks kui isik taotleb endale pädevussertifikaadi mõnele uuele praktilisele pidajale esitamiseks, siis see teave säilitatakse riigiasutuses ning kui praktilise pidaja tuleb hankima tegevusloa arstiabi osutamiseks, on tegevusloa väljaandjal võimalik kontrollida seda, kas taotlejal on piisavalt ja vajaliku kvalifikatsiooniga tervishoiutöötajaid taotletavate tervishoiuteenuste osutamiseks. Seega § 33 kohaselt tegevusloa taotleja ise ei pea enam esitama tema juures tööle asuvate tervishoiutöötajate andmeid.

Kuivõrd pädevussertifikaadi ja selle ärakirjade väljaandmine kaetakse riigieelarvest ning isikutelt selle eest riigilõivu ei võeta, ei ole tegemist liigse isikute õiguste piiramisega, vaid tervishoiuteenuste osutamise kvaliteedi ühe tagatisega.

Paragrahv 4 lg-s 4 toodud kahekuuline tähtaeg on vajalik selleks, et teha kindlaks kutsekvalifikatsiooni tõestava dokumendi ehtsus.

Vastavalt § 7 lg-le 1 kehtib pädevussertifikaat tähtajatult. Seega, kui tervishoiutöötaja osutab tervishoiuteenuseid oma erialal ning tema suhtes ei tule kohaldamisele §-s 8

nimetatud pädevussertifikaadi kehtetuks tunnistamise alused, ei ole tal vaja taotleda mingeid uusi sertifikaate ega täita perioodiliselt mingeid täiendavaid nõudeid.

Ainus erisus on esitatud § 7 lg-s 2 ning seda põhjusel, et konkreetsetel juhtudel võivad välisriigi tervishoiutöötajad tulla Eestisse mingite konkreetsete tervishoiuteenuste osutamiseks, näiteks operatsiooni läbiviimiseks. Sellisel juhul ei ole põhjust talle väljastada n.ö. eluaegset pädevussertifikaati; seda ei tema enda ega ka riigi huvides. Nimelt kuna kehtib nõue tööandja vahetumisel pädevussertifikaadi ära kirja taotlemiseks, siis on välisriigi tervishoiutöötajal pärast tagasipöördumist välisriiki seda väga keeruline teha. Samuti ei ole võimalik tagada riiklikku kontrolli sellise tervishoiutöötaja edasise tegevuse osas.

Kui pädevussertifikaat on tunnistatud kehtetuks § 8 lg 2 alusel, oleks põhjendamatu nõuda, et sellisel juhul on pädevussertifikaat kehtetu terve isiku eluaja, kuna pädevussertifikaadi kehtetuks tunnistamisega ei kaota isik oma kutsekvalifikatsiooni ega seda tõendavat dokumenti. Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamiseks peab aga sellisel juhul isik läbima uuesti kutsekvalifikatsiooni omandamisele järgneva koolituse (residentuur), et tõestada oma kutsekvalifikatsiooni säilimist endisel tasemel.

2. peatükk. Tervishoiuteenuste osutamise korraldus

Kogu tervishoiuteenuste korralduse eelnõu lähtub põhimõttest, et tervishoiuteenuste osutamine peab eelkõige toimuma erasektori poolt ning seda riigi järelevalve all (vt 3. peatükk).

1. jagu. Praksis

Kuigi praksise kaudu tervishoiuteenuste osutamine on tervishoiuteenuste kogumahtu arvestades küllalt väikesemahuline, on see eelnõu 2. peatükis esitatud kõige esimesena ja seda tulenevalt sellest, et praksise kaudu tervishoiuteenuste osutamine on kõige vähemal määral reguleeritud ning praksise kaudu osutatakse tervishoiuteenuseid kõigil nendel juhtudel, kui seadus ei sätesta karmimaid nõudeid õiguslikule vormile, tegevusalade piiramisele vms. Nii näiteks on ka eriarstiabi puhul (4. jagu) § 29 lg-s 3 kirjas, et eriarstipraksisele (näiteks hambaarstipraksis) kohaldatakse 1. jaos sätestatud.

2. jagu. Üldarstiabi

2. peatüki 2. jagu sätestab perearstisüsteemi korralduse, nõuded perearstidele ja perearstipraksise pidamise õiguslikud vormid.

Perearsti süsteem on korraldatud maakondade kaupa. Sellest tuleneb ka teistest tervishoiuteenuste osutamise vormidest erinev riigi järelevalve, mida perearstide üle korraldab maavanem maakonnaarsti kaudu.

Perearstile ei laiene eelnõu 3. peatükis sätestatud tegevusloa nõue. Perearstipraksise pidamise õiguslikud vormid on küllalt mitmekesised. Lähtuvalt perearstisüsteemi eripärast, mille kohaselt riigi tasandil ei ole oluline mitte praksiste pidajate hulk, vaid selgelt määratletud perearstide hulk ning seetõttu on oluline teostada järelevalvet üksikute perearstide üle, ei oleks tegevusloa sisseseadmine perearstipraksiste

pidajatele millegagi põhjendatud. Näiteks, ühe aktsiaseltsis tegutseva perearsti töö halva kvaliteedi korral võiks tegevusloa nõude olemasolul oma õiguse perearstina tegutseda kaotada mitu teist perearsti, kelle praksiseid peab sama aktsiaselts (võimalus pidada mitut praksist on antud § 22 lg-ga 4). Selline lähenemine oleks perearstide õiguste liigne piiramine.

Seetõttu on perearstina tegutsemise sätestatud järgmiselt:

1. Paragrahvi 16 kohaselt viib maavanem juhul, kui mõni perearsti koht on maakonnas katmata, läbi konkursi nimistu moodustamise õiguse andmiseks
2. Konkursi ajal moodustatakse nimistud, mis esitatakse maavanemale.
3. Konkursi võitnud perearst saab perearstina tegutsemise õiguse.
4. Eelnõu kohaselt ei pea perearstina tegutsemise alustamise ajaks olema perearstil veel perearstipraksise pidamiseks vajalikke ruume, sisseseadet ja aparatuuri; seda põhjusel, et perearst saab õiguse Eesti Haigekassaga lepingu sõlmimiseks alles konkursi võitmisel ning senini oleks liigne nõuda temalt vajalike ruumide, sisseseade ja aparatuuri soetamiseks piisavate vahendite olemasolu. Samuti ei oleks õige nõuda perearstilt kogu vajaliku varustuse olemasolu enne, kui ta on konkursi võitnud, sest konkursi kaotamise korral ei ole tal selle muretsetud varustusega midagi peale hakata. Seetõttu on eelnõu kohaselt perearstil õigus tegutseda n.ö. nõuetele mittevastavalt kahe kuu jooksul arvates nimistu kinnitamise korralduse jõustumisest (§ 17 lg 3). Kui aga perearst selle aja jooksul perearstipraksise pidamiseks vajalikke tingimusi täita ei suuda, kaotab ta § 20 lg 1 p 3 alusel õiguse perearstina tegutseda.

Perearstina tegutsemise piirangud on sätestatud §-s 15. Nimetatud piirangud tulenevad eelkõige asjaoludest, et:

1. lähtuvalt üldarstiabi olulisusest nimistusse registreerunud elanike jaoks ei tohi lubada olukorda, kus üldarstiabi osutatakse muude tegevusalade kõrval ning seeläbi võib kannatada osutatavate teenuste kvaliteet;
2. kuna üldarstiabi on enamuses ravikindlustuse eelarvest rahastatav, tuleb piirata võimalust, et seda raha kasutataks muuks otstarbeks kui üldarstiabi osutamine.
3. Paragrahv 15 lg-s 2 sätestatu väldib sellise võimaluse teket, kus näiteks lisaks perearstipraksisele eriarstipraksist pidav perearst võiks oma patsiente suunata temale kuuluvasse eriarstipraksisesse, milles pakutavad teenused on oluliselt kallimad riigi poolt rahastatavate teenustest.

Seega kaitstakse §-ga 15 just patsientide õigusi. Sama mõtet kannab ka § 24.

Rõhutada tuleb veel §-s 25 sätestatut, mis oma olemuselt annab taas edasi samu põhimõtteid, mis §-d 15 ja 24. Nimelt võivad perearstipraksist pidava äriühingu osanikuks või aktsionäriks olla ainult perearstipraksise kaudu tervishoiuteenuseid osutavad perearstid. Samas on sellel nõudel ka perearste endid kaitsev tähendus. Eelpool kirjeldati riigi järelevalve erisusi üldarstiabi osutamise üle, s.t. üldarstiabi puhul ei teostata riiklikku järelevalvet mitte praksise pidaja, vaid konkreetsete perearstide ja perearstipraksiste üle. Piirang, et perearstipraksist pidava äriühingu osanikuks või aktsionäriks võivad olla ainult perearstipraksise kaudu tervishoiuteenuseid osutavad perearstid, aitab vältida olukordi, kus mitut perearstipraksist pidavas äriühingus võetakse suund vaid konkreetse või konkreetsete perearstide perearstina tegutsemise õiguse kaotamisele, s.t. näiteks aktsiaseltsis suunatakse kõik vahendid vaid mõne perearstipraksise nõuetele vastavuse kindlustamiseks ning mõned perearstipraksised jäävad alla nõuetele vastavuse piiri.

Kuna tervishoiuteenused on selgelt avalikku tähendust omavad teenused (riigi huvides on tagada tervishoiuteenuste osutamise kättesaadavus kõigile elanikele), ei saa selles valdkonnas tihti peale lasta toimida puhastel turumajanduse reeglitel. Turumajanduse reegleid tuleb kohaldada nii palju kui võimalik, kuid tingimusel, et teenuse kvaliteet ei halveneks.

3. jagu. Kiirabi

4. jagu. Eriarstiabi

Nii kiirabi kui eriarstiabi osutamine haiglas on kahtlemata tervishoiuteenuste osutamise vormid, mille tagamisel ja kvaliteedi kontrollimisel on tegu riigi kõrgendatud huviga:

1. Kui 1. jaos sätestatud praksiste arv ei ole riigis piiratud, neid ei rahastata riigi vahenditest ja seega piirdub kontroll vaid neis osutatavate teenuste kvaliteedi kontrollimisega, siis kiirabi on täielikult rahastatav riigieelarvest (§ 51 lg 1 p 1) ja haiglas osutatav eriarstiabi enamuses rahastatav riigieelarvest ja ravikindlustuse eelarvest.

2. Mõlema arstiabi vormi puhul nagu ka perearstisüsteemigi puhul on tegemist suures osas piiratud teenuste pakkumisega, et vältida puhast piiramatut konkurentsi kõige rohkem inimese tervist ja elu mõjutavaid tervishoiuteenuseid pakkuvate isikute vahel.

Eeltoodust tulenevalt on ka nii kiirabi osutamise kui haiglas eriarstiabi osutamise juures ette nähtud võimalus, et kiirabipraksise pidajaks või haiglaks on Sotsiaalministeeriumi hallatav riigiasutus; seda juhuks, kui erasektor ei suuda katta riigi elanikkonna vajadust kiirabi või haiglas osutatava eriarstiabi järele. Samas on ka siin selgelt riigi huvi see, et enamus kiirabipraksiste ja haiglate pidajatest peaks olema eraõiguslikud isikud ning riik vaid kontrolliks nende tegevust.

Kiirabipraksiste (senini kiirabibrigaadide) arv maakonnas on piiratud (§ 27 lg 2) ning kiirabipraksise pidajale kohaldatakse perearstipraksise pidajaga sarnaseid tegevuspiiranguid (§ 28).

Eraldi väljatoomist vajab § 30. Vabariigi Valitsuse kinnitatav haiglate arengukava on dokument, mille alusel määratakse ära riigi vajadus haiglate järele. See omakorda tähendab ka seda, et kuigi erahaiglate arv riigis on piiramatu, rahastatakse ravikindlustuse eelarvest vaid nende haiglate tegevust, mis mahuvad haiglate arengukavas sätestatud piiridesse. See piirab riigi rahaliste vahendite ülemäärast kulutamist. **Ravikindlustuse eelarvest rahastatavate haiglate määramise kord ja nendega ravikindlustuse lepingu sõlmimise kord reguleeritakse ravikindlustusseadusega.**

3. peatükk. Tegevusluba

Tegevusloa regulatsiooni on analoogiline teistes seadustes sätestatud tegevuslubade regulatsiooniga. Väljatoomist vajaksid vaid mõned erimomendid.

Nagu eelnevalt öeldud, ei vaja tegevusluba perearstipraksise pidamine ja seda lähtuvalt erinevast kontrollimehhanismist - perearstide puhul ei kontrollita mitte praksis(t)e pidajat, vaid järelevalvet teostatakse perearstide ja üksikute praksiste üle.

Kuivõrd tervishoiuteenuste osutamise tegevusluba on piisavalt põhjalik dokument, milles võetakse arvesse osutatavaid tervishoiuteenuseid ja nende osutamise vormi (§ 36), on sisse seatud ka teatamiskohustus (§ 39). Teatamiskohustuse eesmärk on anda järelevalve teostajale teavet selle kohta, kas esineb asjaolusid, mis tingivad tegevusloa muutmise, näiteks mõne praksise sulgemise vajaduse. Teatamiskohustuse täitmise omakorda tagab asjaolu, et vastavalt § 40 lg 1 p-le 1 on teatamiskohustuse korduv mittetäitmine tegevusloa peatamise aluseks.

Paragrahvis 42 nähakse ette võimalus tegevusloa osaliseks peatamiseks või kehtetuks tunnistamiseks. Sellise instituudi sissetoomine on vajalik seetõttu, et kui näiteks haigla sünnitusosakonnas on esinenud mitu vastsündinute surmajuhtumit, ei ole selle tõttu otstarbekas peatada kogu haigla tegevusluba, tuginedes § 40 lg 1 p-le 4, kuivõrd sellega rikutaks liialt tegevusloa omaja õigusi; samuti aga ka patsientide õigusi, kes kaotaksid võimaluse saada sama haigla teistest osakondadest arstiabi, kuigi neid teistes osakondades ei ole probleeme täheldatud. Seetõttu antakse §-ga 42 võimalus tegevusluba peatada tegevusluba vaid osaliselt (antud näites sünnitusosakonna suhtes) ning anda haigla pidajale aega puuduste kõrvaldamiseks.

Paragrahvis 43 on sätestatud uue tegevusloa taotlemise alused ja kord. Kuivõrd tegevusluba on tähtjatu (§ 38 lg 2), tekib vajadus uue tegevusloa taotlemise järele vaid juhul, kui tervishoiuteenuseid soovitakse hakata osutama senises tegevusloas sätestatud suuremas ulatuses. Uue tegevusloa väljaandmise kord on samane esialgse tegevusloa väljaandmise korraga (§ 43 lg 2).

Arvestades haiglate olulisust tervishoiuteenuste osutamisel on eelnõus peetud vajalikuks ette näha haiglate tegevusloa kehtetuks tunnistamisel või uue tegevusloa väljaandmisel teavitada sellest ka avalikkust riigi ametlikus väljaandes "Ametlikud teadaanded", mida avaldatakse Riigi Teataja seaduses sätestatud korras (eelnõu § 41 lg 3 ja § 43 lg 4).

4. peatükk. Tervishoiuteenuste osutamise dokumenteerimine

5. peatükk. Tervishoiu rahastamine

Nii eelnõu 4. kui 5. peatükki iseloomustab see, et neis esitatud regulatsioonid on suhteliselt üldised. Tervishoiuteenuste osutamist tõendavate dokumentide üldregulatsioon on vajalik anda tervishoiukorralduse seaduses, kuna just nende dokumentide kontrollimises seisneb enamus tervishoiu järelevalve funktsiooni teostamisest (§ 58). Rahastamise sätetega näidatakse tervishoiu üldkorralduse küsimusena ära tervishoiu rahastamise skeem, kuid tervishoiukorralduse seadus ei ole õige koht kogu rahastamise problemaatika reguleerimiseks. Nii on ka § 52 lg-s 3 sätestatud viitenorm ravikindlustuse seadusele.

6. peatükk. Tervishoiu juhtimine ja järelevalve

Enamus tervishoiu juhtimise sätteid ei ole tegelikult koondatud 6. peatükki. Tervishoiu juhtimine on suuresti eelnõu § 4 lg-s 2 nimetatud riigiasutuse pädevuses,

kuid enamuse selle asutuse pädevusse kuuluvaid küsimusi on eelnõus esitatud läbivalt erinevate instituutide regulatsiooni juures. Selliselt on eelnõu kindlasti paremini loetav ja arusaadav.

Paragrahvis 55 on esitatud volitusnormide loetelu sotsiaalministri määruste kehtestamiseks. Paragrahvis toodud määruste kehtestamine on hädavajalik, kuid seaduse ülesehituses ei ole sobivamat kohta nende volitusnormide esitamiseks. Samuti ei kuulu need volitusnormid ühegi teise tervishoiualase seaduse reguleerimisalasse.

7. peatükk. Rakendussätted

Paragrahvides 59 ja 60 on esitatud üleminekusätted tagamaks uue tervishoiukorralduse regulatsiooni sujuv rakendumine. Nii nähakse ette üleminekuperiood nii pädevussertifikaatide kui ka tegevuslubade väljastamisele.

Tervishoiukorralduse seaduse eelnõus ei ole põhjalikult sätestatud vastutuse küsimusi (näiteks juriidilise isiku vastutus), vaid piiratakse hädavajalike paranduste sisseviimisega haldusõiguserikkumiste seadustikku. Seda seetõttu, et pädevussertifikaatide ja tegevuslubade institutsiooniga ning kontrolliga nendele dokumentidele vastava tegevuse üle on loodud piisav halduslik mehhanism, vältimaks ebaseaduslikku tegevust. Täiendav haldusvastutuse loomine oleks ebaotstarbekas (riigi ülesanne ei saa olla trahvimine) ega võimaldaks riigi järelevalvefunktsiooni paremini täita. Samuti on Justiitsministeeriumis ettevalmistamisel haldussunni seaduse eelnõu, millega tulevikus luuakse üldine mehhanism järelevalve teostamiseks

3. Eelnõu terminoloogia

Selgitamist vajaks termineid “tervishoiuteenus” ja “arstiabi” vahekord eelnõus. Termin “arstiabi” puhul on selgelt tegemist üldterminina, millega on võimalik tähistada tervishoiuteenuste kogumit, kuid mida ei ole võimalik kitsendada üksikute tervishoiuteenuste osutamisele. Samas on vajalik eristada ka üksikuid tervishoiuteenuseid, kuna nendest moodustuvad erinevad erialad (vt näiteks § 29 lg 2). Seetõttu on eelnõus nimetatud termineid kasutatud paralleelselt, kuid arstiabi vaid üldisemas tähenduses, kui räägitakse erinevatest arstiabi (tervishoiuteenuste kogumi, mis osaliselt isegi kattuvad) liikidest (2. peatüki jagude pealkirjad).

4. Eelnõu vastavuse Euroopa Liidu õigusele

Kas siis üldse on midagi kirjutada??? Kui, siis ehk § 2 lg 2 ja § 5 kohta???

5. Seaduse mõjud

Seaduse vastuvõtmisega suunatakse tervishoiuteenuste osutamine selgelt erasektorisse ning erasektorile antakse laiad piirid erinevas õiguslikus vormis tegutsemiseks. Samas säilib tugev riigi kontroll tervishoiuteenuste osutamise üle.

Seadusega luuakse uus riigiasutus Sotsiaalministeeriumi valitsemisalas (§ 4 lg 2). Nimetatud asutus hakkab täitma mitmeid eelnõus toodud funktsioone, et tagada riigi järelevalve tervishoiuteenuste osutajate ja osutatavate teenuste kvaliteedi üle.

6. Seaduse rakendamiseks vajalikud kulutused

Pädevussertifikaatide tasuta väljaandmine

Uue asutuse loomine

Riigieelarvest rahastatavate valdkondade ringi laienemine

.....

7. Rakendusaktid

Eelnõu alusel kehtestatakse rida rakendusakte. Samas ei vaja kõik rakendusaktid sugugi vastuvõtmist, kuna tegemist on juba vastuvõetud määrustega, mis tuleb uue tervishoiukorralduse seadusega vastavusse viia. Selleks on § 67 lg-s 2 esitatud üleminekusäte, mille kohaselt kehtetuks tunnistatava tervishoiukorralduse seaduse alusel kehtestatud õigusaktid tuleb viia vastavusse käesoleva seadusega ühe aasta jooksul, arvates seaduse jõustumisest.

Siinkohal oleks vaja esitada loetelu määrustest, mis sisuliselt juba praegu olemas on ja mis vajavad vaid uue seadusega vastavusse viimist, samuti loetelu määrustest ja ka nende kavandid, mis on täiesti uued. Kes seda teeks??? Mina seda teha ei mõista

8. Seaduse jõustumine

Seaduse jõustumisajaks on §-s 68 pakutud 1.jaanuar 2001. Nimetatud tähtpäeva määramisel on lähtunud järgmistest asjaoludest:

1. valmistada ette ja kehtestada korrigeeriv mitmed olulised tervishoiualased seadused, mida valmistatakse ette Sotsiaalministeeriumis – ravikindlustuse seadus, Eesti Haigekassa seadus jne.;
2. jõustada seadus eelarveaasta algusest, et tagada seaduse rakendamiseks vajaliku raha olemasolu riigieelarves;
3. anda piisav *vacatio legis* uute tervishoiukorralduse põhimõtetega tutvumiseks.