

TALLINNA PEDAGOOGIKAÜLIKOOL

Sotsiaalteaduskond

Sotsiaaltöö osakond

Harry Raudvere

**EESTI TERVISHOIUKORRALDUS JA ARSTIABI
SAAMISE VÕIMALUSI**

Magistritöö

Juhendaja: prof Taimi Tulva

Tallinn 2004

SISUKORD

SISUKORD.....	1
RESÜMEE	3
SUMMARY	4
JOONISTE LOETELU	5
1 SISSEJUHATUS	6
2 UURIMUSE TEOREETILISED LÄHTEKOHAD	10
2.1. Süsteemiteooria.....	10
2.2. Teised teooriad ja lähtekohad	11
3 TEISTE RIIKIDE TERVISHOIUKORRALDUS	15
3.1. Euroopa Liidu maad.....	15
3.1.1. Suurbritannia	16
3.1.2. Hispaania.....	17
3.1.3. Prantsusmaa.....	19
3.1.4. Holland.....	21
3.2. Tervishoiusüsteem ja haiglate juhtimise põhimõtted USA-s	23
4 EESTI TERVISHOIUKORRALDUSE KÜSIMUSI.....	26
4.1. Üldine strateegia ja arengusuunad	26
4.2. Raviteenuste hinnapoliitika ja rahastamise alused.....	30
5 RIIGIHAIGLA JA ERAÕIGUSLIKU HAIGLA SUHTED	35
5.1. Riigihai gla.....	35
5.2. Eraõiguslik haigla.....	37
6 UURIMUSE TEOSTAMINE.....	41
6.1. Uurimuse eesmärgid ja uurimusprobleemi asetus	41
6.2. Uurimistöõ etapid.....	43
7 ANDMETE ANALÜÜS JA ARUTELU	45
7.1. Dokumentide analüüs ja arutelu	45
7.2. Tänavaküsitluse analüüs.....	68
8 KOKKUVÕTE JA JÄRELDUSED.	74
KASUTATUD KIRJANDUS	77
LISA: KÜSITLUSANKEET	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED. 3

RESÜMEE

HARRY RAUDVERE (2004). Eesti tervishoiukorraldus ja statsionaarse arstiabi areng. Tallinna Pedagoogikaülikool, sotsiaalteaduskond, sotsiaaltöö osakond. Magistritöö, 84 lk, 105 kirjanduse allikat, 6 joonist, 11 isa.

Käesoleva **magistritöö eesmärgiks** on kirjeldada Eesti tervishoiukorralduse arengusuundumusi ning sellega kaasnevat küsimusi statsionaarse arstiabi korraldamisel, mis lähtuvalt poliitilistest seisukohtadest ja nende raames vastuvõetud otsustest, asetavad rõhu tervishoiuteenuste osutamisel rahastamismehhanismide läbipaistvusele, jättes samas piisava tähelepanuta solidaarsusprintsibiil kogutud vahendite ratsionaalse kasutamise.

Uurimustöö **teema ning meetodi valik lähtub** avatud süsteemiteooriast kus väiksemad (ala)süsteemid eksisteerivad vastastikuse koosmõju toimel ja kus ühe alasüsteemi muutused toovad kaasa muutusi terviksüsteemis. Tervishoiusüsteemis toimuvad protsesse saab vaadelda kui erinevate alasüsteemide tegevust ühtse eesmärgi saavutamiseks, mille efektiivsus sõltub omavahelistest seostest ning olemasolevatest ressurssidest. Tegevuseks ettenähtud ressursside ebaratsionaalne kasutamine erinevate alasüsteemide poolt tekitab defitsiidi, mis pidurdab terviksüsteemi funktsioone, raskendades oluliselt seatud eesmärkide täitmist.

Empiiriline uurimus koosneb kvalitatiivsest ja kvantitatiivsest osast. Esimeses osas kasutatakse küsimustele vastuste leidmiseks seadusandlike akte, nende muutmist ning dokumentides ja kirjades väljendatud seisukohti, mis peegeldavad koos perioodikas ilmunud artiklitega protsesside dünaamikat ning valitseva ideoloogia seisukohti. Teises osas kasutatakse ankeetküsitlust, mille valimiks on inimesed tänavalt, kes hindavad tervishoiuteenuste osutamise kvaliteeti ja tänaseks rakendunud süsteemi vastavust nende ootustele.

Uurimuse tulemused näitavad, et tänane Eesti tervishoiukorralduse mudel kujutab endast õigusruumi, mille raames toimunud areng ja planeeritud tegevus on loonud olukorra, kus solidaarsusprintsibi alusel kogutud sihtotstarbelisi vahendeid kulutatakse ebaratsionaalselt, sest puuduvad adekvaatsed hinnakujundamise põhimõtted ning vaba turumajanduse egiidi all makstakse kogutud vahendite arvelt kinni eraettevõtjate põhikasumit. Senise süsteemi arenedes ei saagi jätkuda tervishoiu raha ning ühiskonnas süvendatakse arvamust, et olukorda on võimalik lahendada ainult täiendavate ressursside kaasamise näol omaosaluse või erakindlustusfirmade teenuseid kasutades.

Käesoleva magistritöö alusel saab väita, et Eesti poliitikud on valinud maailma kalleima ja kontrollile allutamatu tervishoiukorralduse printsibi.

Uurimisandmete analüüsist tuleneb, et ravikindlustuseelarve piiratud ressursi tingimuses ei saa kasutada liberaalse turumajanduse isereguleeruvat mudelit. Vajalik on fikseerida prioriteedid ja taastada riikliku regulatsiooni osatähtsus ja koordineeriv juhtimismudel, mis allub ühiskondlikule kontrollile.

Võtmesõnad: patsient, tervishoid, arstiabi, riigihai gla, tervishoiuteenused.

SUMMARY

Harry Raudvere (2004). The Estonian health care organization and the development of inpatient medical aid. Tallinn Pedagogical University, social faculty, department of social work. M. Sc. thesis 82p., 105 references, 6 figures, 1 Appendix.

The aim of the present M. Sc. thesis is to describe the trends of the development of the Estonian health care organization and the coinciding questions in organizing inpatient medical aid that proceeding from political standpoints and decisions accepted in their framework, emphasise in providing health services the transparency of financing mechanisms, at the same time paying not sufficient attention to the rational use of means collected on the solidarity principle.

The choice of the theme and investigation methods proceeds from the open system theory where the smaller (sub)-systems exist by the agency of mutual co-effect and where the changes of a sub-system bring about changes in the whole system. The processes taking place in the health care system may be examined as the activities of different sub-systems to achieve common aims, the efficiency of which depends on mutual relations and available resources. The irrational use of resources, foreseen for activities by various sub-systems, causes deficiency, breaking the functions of the whole system and aggravating essentially the fulfilment of the set aims.

The empirical investigation consists of a qualitative and a quantitative part. In the first part legal acts are used to find answers to the questions, their change and the standpoints expressed in the documents and letters that reflect together with the articles appeared in the press, the dynamics of the processes and the standpoints of the governing ideology. The questionnaires are used in the second part, the selection of which are the people in the street who evaluate the quality of the provided health services and correspondence of the system, applied by today, to their expectations.

The results of the investigation showed that the present Estonian health care organization model represents a legal room, in the framework of which the taken place development and planned activity has created a situation where the intended means collected on the solidarity principle are used irrationally, as the adequate price shaping principles are absent and under the auspices of the market economy the basic profit of the entrepreneurs are paid at the account of the collected means. Developing the hitherto system, the money cannot suffice in health care and an opinion is deepened in the society that the situation can be solved only by including additional resources, using the services of self-participation or private insurance companies. It may be stated on the basis of the present M. Sc. thesis that the Estonian politicians have chosen the most expensive health care organization principle, not subjected to control.

It proceeds from the analysis of the investigation data that the health insurance budget in the conditions of the limited resources cannot use the self-regulating model of the liberal market economy. It is necessary to fix the priorities and restore the relative importance and coordinating management model, subjected to public control.

Keywords: patient, health care, medical aid, public hospital, health services.

JOONISTE LOETELU

Joonis nr.1 Tervishoiukulude võrdlustabel riigiti- tervishoiukulud ühe elaniku kohta (USD). World Health Report 2002.....	25
Joonis nr. 2 Turumajandusele orienteeritud tervishoiukorralduse põhimõtteline skeem. Eesti Haigekassa juhatuse esimehe H. Danilovi ettekande alusel.....	30
Joonis nr. 3. Tervishoiu finantseerimisallikad.(Statistikaamet 2002).....	34
Joonis nr. 4. Uurimisprobleemi asetus.....	42
Joonis nr. 5 Arstide usaldamine tänavaküsitluse andmetel. 1. Kuni 25 aastaste grupp. 2. Kuni 40 aastaste grupp. 3. Üle 40 aastaste grupp.....	75
Joonis nr. 6 Vastanute rahulolu olemasoleva tervishoiusüsteemiga. 1. Kuni 25 aastaste vanusegrupp 2. Kuni 40 aastaste vanusegrupp 3. Üle 40 aastaste vanusegrupp.....	77

1 SISSEJUHATUS

Ühiskonna arengu ja rahvusliku koguprodukti suurendamise üheks olulisemaks teguriks on terved ja motiveeritud inimesed. Igal aastal jääb haiguspäevade arvelt loomata miljonite kroonide eest lisaväärtuseid, mis võiksid suurendada meie ühiskondlikku rikkust. Efektiivne tervishoiukorraldus arenevas, vaeses ning pideva negatiivse iibega väikeriigis, Eestis, omab olulist tähendust, sest piiratud ressursi kasutamine kindla eesmärgi tulemuslikuks saavutamiseks eeldab süsteemset, majanduslikult põhjendatud ja ratsionaalset tegutsemist.

Käesoleva magistritöö teema on aktuaalne sellepärast, et tähtis on analüüsida tervishoiukorraldust põhimõtteliselt, kuivõrd praeguses Eesti ühiskonnas rakendatud printsiibid ning vastuvõetud seadusandlus ei taga püstitatud ülesannete täitmist. Tegevus Eesti tervishoiukorralduses tugineb paljudel juhtudel meedia poolt loodud arvamusiidrite isiklikele seisukohtadele, huvigruppide tegevusele ning visioonidele, mitte tervishoiukorralduse riiklikele ülesannetele.

Vastuvõetud tervishoiukorralduse arenguprogrammid reguleerivad olukorda ulatuses, mis looks ellurakendumise korral territoriaalselt optimaalse raviasutuste süsteemi ning tervishoiuteenuste kättesaadavuse. Samuti määratletakse täiendavate rahastamisallikate olemus ning rahastamise põhimõtted. Samas jätaavad arengusuunad käsitlemata ega pea oluliseks solidaarsusprintsibil kogutud vahendite ratsionaalse kasutamise korraldamist. Senise süsteemi arenedes ei saagi jätkuda tervishoiu raha ning ühiskonnas süvendatakse arvamust, et olukorda on võimalik lahendada ainult täiendavate ressursside kaasamise näol omaosaluse või erakindlustusfirmade teenuseid kasutades. Omaks on võetud seisukohad, kus tervishoidu samastatakse majandusharuga, mis tugineb spetsiaalsele tööstuskompleksile ning mille eesmärgiks on tegevuse kaudu kasumi saamine, jättes ravitegevuse lisaväärtuse tekitamise vahendiks.

Vaatamata erinevate poliitiliste erakondade küllaltki sarnastest tervishoiukorralduse printsiipidest on reaalsuses lähtunud huvigruppide soovidest ning eesmärkidest, mille tulemusena on tänases Eestis kaotatud tervishoiusüsteem, kus arengu ning kvaliteedi osas oleks rahval, kui kõrgema võimu kandjal ja maksumaksjal, võimalus kaasa rääkida ressursside sihipärase kasutamise osas. Oleme tekitanud piiratud ressursi raames, milleks on ravikindlustuse eelarve, liberaalse turumajanduse mudel, jättes arvestamata asjaolu, et vaba ja isereguleeruv majandus saab normaalselt funktsioneerida ainult piisavate sisendite ja väljundite olemasolul ning mille tasakaalust väljaviimine põhjustab kriisi, mis süvenedes viib kogu süsteemi kokkuvarisemiseni. Piiratud ressursi arvelt ei ole võimalik kinni maksta eraettevõtete põhikasumit, paratamatult tekib defitsiit.

Käesolevas magistritöös püütakse analüüsida tänast tervishoiukorraldust. Vabariigi valitsuse istungil, kus valmistati ette tervishoiureformi, fikseeriti reformi peamine eesmärk. Selleks oli humaansuse printsiibile rajanev elanikkonna tervise paranemine, mille aluseks on solidaarsusprintsiibil kogutud vahendid ning nende ratsionaalne ja sihipärane kasutamine (Eesti Vabariigi Valitsuse istungi protokoll 02.03.1995 nr. 18).

Ka peab riigi poolne tervishoiuteenuste osutamine tuginema Põhiseaduses kehtestatud printsiipidele, mille alusel peab igasugune avalik-õiguslik tegevus toimuma eelkõige rahva kui kõrgema võimukandja huvides (RT 1992, 26, 349).

Magistritöös püüan leida vastuseid küsimustele, millised tervishoiukorralduse arengusuundumused võimaldavad tervishoiuteenuste kvaliteetsemat osutamist haiglavõrgustikus ning milliste põhimõtete alusel kujunevad raviteenuste hinnad.

Tuginedes tänasele olukorrale ja hinnates subjektiivselt raviteenuste kättesaadavust ning võimalikke arengusuundi olen püstitanud hüpoteesi, mille alusel Eesti riik, kui organisatsioon, peab piiratud ressursside korral olema kõrgema etapi ravitöö teostamisel koordineerivaks ning juhtivaks jõuks ja tagama kõigile kodanikele kvaliteetse arstiabi kättesaadavuse.

Oma magistritöös tahan selgitada, millised tegurid hakkasid toimima tervishoiusüsteemi tasakaalu muutumisel. Kas selle tegevuse ajendiks oli poliitiline küündimatus või huvigruppide sihipärane ja mõtestatud tegevus? Seadusandlikud aktid, mis peegeldasid valitseva ideoloogia seisukohti, löid eeldused riigi poolse osatähtsuse pidevaks vähendamiseks ja hakkasid kallutama tervishoiusüsteemi eelarve defitsiidi suunas.

Tervishoiuteenuste üldisele kättesaadavusele, kvaliteedile ja usaldusväärsusele saavad anda kõige adekvaatsema hinnangu teenuste otsesed tarbijad. Küsimuste täpsustamiseks on läbi viidud tänavaküsitlus (2003- 2004), mille vastuste analüüsist tulenevad seisukohad peegeldavad avalikku arvamust ning potentsiaalsete patsientide suhtumist tervishoiukorralduse küsimustesse.

Käesolev uurimus koosneb kaheksast peatükist. Sissejuhatavas osas on kirjeldatud uurimuse aktuaalsusest ning teguritest, mis on mõjutanud käesolevat uurimust. Uurimuse teine peatükk annab ülevaate uurimuse teoreetilistest lähtekohtadest ning milliseid meetodikaid kasutati uurimuse läbiviimisel. Peatükis analüüsitakse erinevaid uurimuse teoreetilist ainestikku. Kolmas peatükk kajastab teiste riikide tervishoiusüsteemide iseärasusi ning riikliku koordineerimise osatähtsust tervishoiukorralduse arengus. Neljanda peatüki eesmärgiks on anda ülevaade Eesti tervishoiukorralduse arengule ning tänasele olukorrale, milles peegelduvad rahastamise ning kulutuste proportsioonid. . Viiendas peatükis tuuakse esile riigihaijala ning eraõigusliku raviasutuse erinevused ning ühiskonna rolli solidaarsusprintsibiil kogutud rahaliste vahendite kasutamise kontrolli erineva juriidilise staatuse korral. Kuuendas peatükis vaadeldakse uurimuse eesmärke ning antakse vastus ülesande püstitusele. Uurimustöö seitsmes peatükk moodustab käesoleva töö empiirilise osa, kus analüüsitakse dokumentide, artiklite ning tänavaküsimuse kaudu saadud informatsiooni. Kaheksandas peatükis tehakse kokkuvõtteid uurimuse eesmärkide realiseerumise üle.

Käesolevas töös kasutatavad lühendid ja võtmesõnad on järgmised:

RT – Riigi Teataja

INSALUD - Instituto Nacional de la Salud - Riiklik Tervishoiuinstituut.

RTT - The National Health Service

SKT – Sisemajanduse kogutoodang

USA – Ameerika ühendriigid

USD - Ameerika dollar

DRG - *Diagnosis Related Groups*

Patsient - isik, kellele osutatakse tervishoiuteenust (RT I 2001, 81, 487).

Tervishoid – tervisekaitse- ja arstiabisüsteem, mille ülesandeks on inimese tervise kaitsmine ja tugevdamine, haiguste, puuete, vigastuste ja mürgistuste vältimine ning nende diagnostika ning ravi (RT I 1994, 10, 133).

Arstiabi - meditsiinilist kõrgharidust omavate arstide tegevus inimese tervise kaitsmisel, eluea pikendamisel ja elukvaliteedi paranemisel (RT I 1994, 10, 133).

Haigla - tervishoiuasutus, mis osutab ravi inimestele, kes kannatavad ägedate haiguste all, mis vajavad arstiabi ja õendust, kasutades selleks diagnostika raviseadmeid, mida ei saa kasutada patsiendi kodus ega arsti kabinetis (Lepnurm 2001, lk 8).

Tervishoiukorraldus- Riiklik süsteem inimeste haiguste, vigastuste või mürgituste ennetamiseks, diagnoosimiseks ja ravimiseks eesmärgiga leevendada inimeste vaevusi, hoida ära nende tervise seisundi halvenemist või haiguse ägenemist ning taastada tervist (RT I 2001, 50, 284).

2 UURIMUSE TEOREETILISED LÄHTEKOHAD

Uurimuse läbiviimiseks kasutan erinevaid teooriaid, mis toetavad uurimuse kulgu ning aitavad leida vastuseid uurimustöös püstitatud küsimustele.

2.1. Süsteemiteooria

Kesksel kohal uurimustöö läbiviimisel on avatud süsteemiteooria (vt. Payne 1991, 110), kus erinevad väiksemad (ala)süsteemid eksisteerivad vastastikuse koosmõju toimetel ja, kus ühe alaosüsteemi muutused toovad kaasa muutusi terviksüsteemis. Peamisteks vaadeldavateks süsteemideks on formaalsed (grupid)- ja ühiskonna poolt loodud süsteemid (haiglad) ning nendevahelised mõjud.

Tervishoiukorraldust saamegi vaadelda süsteemina, kus on olemas kindlad alaosüsteemid ühtse eesmärgi saavutamiseks. Alaosüsteeme saab grupeerida ühiste ja üheselt hinnatavate tunnuste järgi (n. haiglad). Erinevate alaosüsteemide ellukutsumine ühiskonna poolt ei pruugi tagada kogu süsteemi normaalset funktsioneerimist, sest mõnede alaosüsteemide energiavajadus ja tarbimine on sedavõrd suur, et need hakkavad ennast varustama teiste alaosüsteemide arvelt, mille tulemusena liigub terviksüsteem tasakaalust välja, jättes täitmata oma peamised funktsioonid.

Süsteemiteooria väidab, et kõik organismid on süsteemid, mis koosnevad all-süsteemidest ja need on omakorda supra-süsteemide osad. Tervishoiusüsteemi saame vaadelda kui avatud süsteemi, sest avatud süsteemi puhul ületab energia, erinevalt suletud süsteemist, läbilaskvaid piire, mis tervishoiusüsteemis peaks väljenduma tasakaalus sisendite ning väljundite omavahelise suhete võrdlusena.

Süsteemiteooria Tervishoiusüsteemi iseloomustavad ja tema seisundi määravad ära süsteemiteooria viis karakteristikut:

- püsiseisund – see kuidas süsteem ennast säilitab, saades ja kasutades sisestust
- homeostaas ehk tasakaal – võime säilitada oma põhilist iseloomu hoolimata sisestuste, läbindite ja väljundite mõjul toimunud muutustest
- diferentseerumine – aja jooksul muutuvad süsteemid üha keerukamateks uute komponentide lisandumisel
- mittesummatiivsus – tervik on enam, kui selle osade summa
- vastastikkus – kui üks süsteemi osa muutub, mõjutab see ka teisi osi, mis selle tagajärjel samuti muutuvad (Payne 1991, 111).

Süsteemiteooria peegeldab tervishoiusüsteemis toimuvaid muutusi kõige paremini, andes võimaluse märgata energia ebaõiget kontsentratsiooni. Vaadeldes tervishoiukorralduse ühte detaili, ei saa me ilma süsteemse käsitletuse ülevaadet toimuvatest protsessidest ja nendevahelistest seostest.

2.2. Teised teooriad ja lähtekohad

Teise olulise teooriana kasutan kommunikatsiooniteooriale tuginevaid seisukohti, sest kommunikatsiooniteooriale rajanevad uurimused kasutavad mõisteid, sõnavara ning tuginevad verbaalsele tagasisidele intervjuude ja küsitluste läbiviimisel. Kognitiivse mudeli põhialustest saan kasutada tajumise aspekti, sest nii kuidas toimub tajumine, nii toimub ka tunnetuslik protsess süsteemiteooriate omavahelistest suhetest. (Payne 1991).

Eesti tervishoiukorralduse arengu uurimise ja analüüsi protsessis ei saa mööda minna marksistlikest teooriatest, sest paratamatult kerkivad esile ühiskondlikud tootmissuhted, millele omakorda tuginevad ühiskondlikud sotsiaalsed suhted. Kapitalistlikud tootmissuhted vajavad oma eduks soodsat keskkonda, mille tagamiseks ja kindlustamiseks on ka tervishoiukorraldusel märkimisväärne roll. Marksistlikust teoriast lähtuvalt ei ole tänane Eesti kapitalistlike tootmissuhetele

rajanev kodanikuühiskond jõudnud oma arengus sellisele tasemele, et tunnistada ühiskondliku taastootmise regulaatorina riigi olemasolu.

Andes hinnangut Eesti tervishoius taasiseseisvumise järgsetele toimunud muudatustele, tuginen sotsiaalse tunnetuse kontseptsioonile (Rebane 1989, 128), mis lähtub inimese sotsiaalsest olemusest ning peegeldab dialektilis-materialistlikku maailmakäsitlust. Selle käsitluse eeliseks on orienteeritus oma ajastu teaduslikule maailmapildile, mis kirjeldab poliitiliselt tunnustatud mõtlemisstiili.

Ideoloogilise eelisprintsibi ülimuslikkuse ainsaks hindamiskriteeriumiks on praktika, mis on kõrgemal teoreetilisest tunnetusest ja mis on suunatud teadmiste kontrollile. Praktika kõlbab ka tegevuse hindamiseks, mis ei rajane teadmistele vaid ideoloogilistele seisukohtadele ja kompromisslepingutele. Nende seisukohtade väljaselgitamine ja mõjude hindamine selguvad praktilise eksperimendi käigus, arvestades ajafaktorit ning on mõõdetavad kindlas taustsüsteemis.

Praktika on kõrgem kui teoreetiline tunnetus, peegeldades objektiivset reaalsust ja on vastavuses inimteadvuses eksisteerivate erinevate subjektiivsete hinnangutega situatsioonidele, mis on kujunenud isiklikele kogemustele tuginedes. Praktika tõe kriteeriumina tähendab inimeste esemelis-materiaalset tegevust, mis on suunatud mingite teadmiste kontrollile. Tõde tähendab teadmisi, mis vastavad tegelikkusele (Rebane 1989).

Uurimustöö probleemistiku avamisel olen tuginenud isiklikele teadmistele ning kogemustele tervishoiuasutuse töö juhtimisel 1995. aastast kuni 1999. aastani.

Konkreetsed uurimustöid seonduva teemaga ei tea ma täna olevat. Teema ei ole juhtiva ideoloogia jaoks aktuaalne, sest objektiivsed tulemused võivad mõjuda negatiivselt liberaalse turumajanduse eelistuste väljatoomisel, luues aluse ühiskonnas seni propageeritavate ideoloogiliste tõekspidamiste ümbervaatumisele.

Meedia on kajastanud seisukohti tervishoiukorralduse probleemidest, piirdudes üldjuhul olemasoleva süsteemi kriitikaga ning konkreetse probleemi kirjeldamisega.

Teiste maade uurimusi arvestades tuleb pidada silmas asjaolu, et sellist pretsedenti, kus sotsialistlik ühiskonnakord laguneb ning tekivad kapitalistlikud ühiskonnasuhted, koos riikliku tervishoiusüsteemi muutmisega, ei ole ajaloos enne olnud. Võime vaadelda ja võrrelda Eesti tervishoiuarengut teiste postsotsialistlike riikidega, kuid lõplikke järeldusi teha ühe või teise arengusuuna eelistest on täna veel pidevate arenguprotsesside tõttu vara.

Uurimistööga seonduva probleemistiku käsitlejaid võib jagada põhimõtteliselt kolme rühma:

Esimesed rühmad moodustavad (meedikute) poliitikud, kelle tegevus on kaootiline, kantud hirmust ebapopulaarsete otsuste ees ning, kes üldjuhul väldivad tervishoiutemaatikast tulenevate probleemide teaduslikku käsitlust, taandades konstruktiivsed arutelud demagoogilisteks sõnavõttudeks. Tüüpiline avalikkuse ees väljaöeldud seisukoht: kust me saame raha tervishoiusüsteemi juurde, et muuta midagi paremaks. Kas peame võtma mõnest muust valdkonnast ära või tõstma makse (Oviir 2002).

Teised rühmad moodustavad meedikud, kes soovivad süsteemi kriitika abil tõmmata tähelepanu saavutamaks poliitilist kapitali, toomata välja reaalseid muutusi süsteemi korrastamisel.

Keskerakonna volikogu sotsiaalkomisjoni esimees T. Kauba on kirjutanud: “Teise Tervishoiu korralduse seaduse muutmise äriseadustiku osaks on rumaluse musternäide. Liberaalsusega eputavate poliitikute tegevus tervishoiupoliitika korrastamisel sunnib küsima, kelle huvides on see, et riik oma kohustusi ei täida” (Kauba 2002).

“Riik peaks olema tervishoiuvõrgu planeerija, arstiabi hulga, hinna ning kättesaadavuse üle otsustaja ning ka oma otsuste täitmise kontrollija”, kirjutab P. Mardna. Ta ütleb, olles olnud ise poliitilise partei aktiivne liige, kelle

eestvedamisel valmistati ette eraõiguslike raviasutuste loomine: “Ei saa lasta tekkida olukorda, kus äriühingust ravila otsustab ise, kellele, kus ja millist abi annab ning arusaamatuste tekkimisel otsitakse lahendit kohtukulli ees. Kohtulahendi saabumisel ei pruugi abivajajal siin maises ilmas enam abi vaja olla” (Mardna 2000).

Kolmandate teemakäsitlejate rühmad moodustavad meditsiiniteenuste tarbijad, kelle kriitika piirdub üldjuhul konfliktsete üksikjuhtude kirjeldamisega ning kaudse tunnistamisega, et süsteemi töös esineb tõsiseid hälbeid.

Nii usub nelja-aastase Keni ema Marju Laumets, et poja päästis raskest haigusest vaid tema visadus arstide vahet käia, kuni häda põhjus lõpuks üles leiti (Pauts 2003).

Erilist käsitlemist väärivad raviteenuste hinnakujundamise mehhanism ning selle rakendamine raviteenuste pakkumisel, mis väljendub kõrgema etapi raviasutuste raviteenuste osutamise mahu ja eelarve defitsiidi suhetes, mille tulemusena oleksid enamus riigihaiqlaid pidanud oma tegevuse lõpetama makseraskuste tõttu juba 1997. aastal. Selle küsimuse analüüs võib anda vastuse raviteenuste hinnakujunduse adekvaatsusest ning kunstliku defitsiidi tekitamisest tekitades müüdi täiendavate rahavoogude juhtimise vajadustest tervishoidu. See teema on arenedes muutunud äärmiselt aktuaalseks ka tänasel päeval, kuna toetab teatud majanduslike huvigruppide äriplaane era- ravikindlustuse arendamiseks.

Uurimisteema käsitlemiseks tuleb kasutada erinevaid lähtekohti ning analüüsitava teema ise on äärmiselt tundlik, puudutades paljusid ühiskonna liikmeid, kes soovivad põhjendatult leida vastuseid küsimustele, miks tervishoiuteenuste kättesaadavus väheneb vaatamata järjest suurenevale ravikindlustuse eelarvele.

3 TEISTE RIIKIDE TERVISHOIUKORRALDUS

Teiste riikide kogemuste väljatoomisel juures on lähtunud põhimõttest, et tulenevalt iga riigi tervishoiusüsteemi unikaalsusest on reaalselt võrreldavad pigem üksikud lahendused kui süsteem tervikuna. Arvestades Eesti liitumist Euroopa Liiduga on Euroopa Liidu maade tervishoiusüsteemide vaatlemine oluline aspektist, millist rolli mängib riikliku regulatsiooni osatähtsus tervishoiule eraldatud vahendite kasutamises. Kindlasti ei kata käsitletavat teemat kogu Eesti tervishoiusüsteemi problemaatikat, vaid ainult teatud osa sellest, mis ei olegi antud võrdleva analüüsi eesmärk.

3.1. Euroopa Liidu maad

Erinevates riikides on erinevad ravikorralduse süsteemid, mida saab võrrelda põhimõtetega, mida on rakendatud tänases Eestis. Üle on võetud eesrindlikumad lahendused nagu mõnes riigis hästi toimiv esmatasandi süsteem ning raviks kuluvate vahendite kogumine. Samas on oluline vaadelda, kuidas on korraldatud kõrgema etapi ravitegevus ning milline staatus ning tööpõhimõtted on kõrgema etapi raviteenust pakkuvatel haiglatel.

Üldiselt on erinevates riikides mõistetud ühiselt, et üldhaigla osutab ravi inimestele, kes kannatavad ägedate haiguste all, mis vajavad arstiabi ja õendust, kasutades selleks diagnostika raviseadmeid, mida ei saa kasutada patsiendi kodus ega arsti kabinetis (Lepnurm 2001, 11).

Haiglate juhtimise areng on toimunud erinevates riikides erinevate mudelite järgi. Euroopa haiglates puudub üldarstidel vastuvõtu eesõigus ja erialaarstid, keda tavaliselt nimetatakse konsultantideks saavad kindlat kuupalka (ibd).

Euroopa haiglates on funktsioneerimise aluseks käskluste ahel, kusjuures vastutav juhataja võtab endale võimutäiuse kogu tegevuse üle. Sageli on Euroopa haigla vastutav juhataja administratiivse ettevalmistuse saanud arst. Tulemuseks on lihtne struktuur kindlalt väljajoonistatud võimupiirkondadega (ibd).

Selline süsteem on majanduslikult ratsionaalseim mudel kui arvestada kindlalt fikseeritud prioriteete ning püstitatud eesmärkide saavutamist eelarveliste

vahendite defitsiidi korral. Probleemaatiliseks muutub olukord sellise mudeli rakendamise korral siis, kui arstist juhendajal pole piisavalt pikka administratiivse töö praktikat ja tema juhtimisalane kogemus pole sama tugev kui elukutselisel juhil, mille tõttu kliinilise ja administratiivse vastutuse kombinatsioon on liiga keeruline ühe haiglajuhi jaoks.

Samasugune olukord valitses ka Eesti riigihaiates peale direktorite ametikohtade likvideerimist ja peaarstide seisuse taastamist.

3.1.1. Suurbritannia

Suurbritannias koordineerib ravitegevust Riiklik Tervishoiuteenistus – RTT Ühiskonna tervis on RTT vastutusalas ja tasuta kõigile Suurbritannia kodanikele (The British...).

RTT-d juhib Tervishoiu Riigisekretär ja Tervishoiuministerium. RTT on heaoluriigi keskne element apteekide ja igas kogukonnas üldarstide ja hambaarstide näol.

Tüüpilisel päeval pöördub Inglismaal 0,75 miljonit inimest arsti poole ja apteekidesse esitatakse 1,5 miljonit retsepti. Kiirabiautod teevad 8 000 väljasõitu, sünnib 2 000 last, 90 000 inimest külastab haigla ambulatooriumi ja üle poole miljoni majapidamise saab abi kodus (ibd).

RTT-l, kes osutab neid teenuseid, on aastane eelarve üle 41 miljardi naela, oma miljonilise personaliga on see üks suuremaid tööandjaid maailmas.

Süsteem loodi 1948. a. ja selle põhiprintsiibid kehtivad tänini: tervishoiuteenused peavad olema tasuta ja kättesaadavad vastavalt vajadustele sõltumata inimese sissetulekust.

RTT eesmärgid on selged. Nendeks on:

- tervise edendamise
- haiguste ennetamise
- haiguste ja vigastuste diagnoos ja ravi
- pikaajaliste haiguste- ja puuetega inimeste hooldamine.

Nende eesmärkide saavutamiseks osutab RTT laia diapasoonega ravi, millest peaaegu kõik on tasuta:

- esmatasandi arstiabi teostatakse perearstide, hambaarstide ja teiste tervishoiuspetsialistide kaudu
- teise etapi ravi toimub haiglate ja kiirabiteenuste kaudu. Inglismaal on ca 300 piirkondlikku üldhaiglat. Osutatavate teenuste diapsoon on lai, ulatudes vanuritest kuni sünnitusabini. Haiglate juures on ambulatoorne vastuvõtt.
- kõrgema etapi ravi teostatakse erihaiglate kaudu. Rahvusvaheliselt on tuntud Lastehaigla, Silmakliinik ja Riiklik Neuroloogia ja Neurokirurgia Haigla (ibd).

3.1.2. Hispaania

Hispaania tervishoiusüsteem on paljude põlvkondade pingutuste vili. See sai alguse Riikliku Abistamise Instituudi loomisega 1908. a. ja on arenenud edasi tänapäevani. Kohustuslik ravikindlustus käivitati 1942. a. ja 1963. a. kujunes välja sotsiaalkindlustuse tervishoiusüsteem (Social Security health care system) ja hiljem, 1978. a. loodi organ INSALUD (The National...).

Üldine Tervishoiuseadus liidab Sotsiaalkindlustuse tervishoiusüsteemi olemasolevate rahvatervise institutsioonidega Riiklikuks Tervishoiu Süsteemiks. Selle peamiseks iseloomujoonteks on üldine õigus tervishoiule ja selle finantseerimine riigituludest (ibd).

Hispaania konstitutsioon kehtestab riigi struktuuri koos selle autonoomsete piirkondadega ja tervishoiuga. Vastavalt territoriaalse detsentraliseerimisega on tervishoiu funktsioonid ja teenistused üle antud Kataloonia, Andaluusia, Baskimaa, Valencia, Galicia, Navarra ja Kanaari saarte autonoomsetele piirkondadele, haarates 61,27% riigi elanikkonnast.

Omalt poolt kannab riik INSALUDI kaudu hoolt 38,73% elanikkonna eest, kes elavad ülejäänud autonoomsetes piirkondades, olles riigi tervishoiuteenuste osutaja number üks.

Selleks, et kindlustada koostööd ja koordineerimist autonoomsete piirkondade vahel, on riiklikul tervishoiusüsteemil Territooriumide-vaheline Nõukogu. Selles on esindatud kõik autonoomsed piirkonnad ning seda juhib Tervishoiu ja Tarbijaküsimuste Ministeerium. Tervishoiukorralduse süsteemist väärivad välja toomist põhimõtted:

- Riiklik tervishoiusüsteem osutab tervishoiuteenuseid 99,5% elanikkonnast.
- Kõik teenused on täielikult tasuta.
- Vastavalt riiklikule tervishoiusüsteemile on samasugune kattuvus kogu Hispaania ulatuses. 40% väljakirjutatud ravimite hinnast kaetakse aktiivsete kasutajate maksudest.
- Krooniliste ja tõsiste haiguste ravimite hinnast katab patsient 10%, kuid mitte rohkem kui 439 peseetat.
- Pensionärid, invaliidid, toksilise sündroomi ja tööõnnetusega seotud isikud on vabastatud ravimite eest tasumisest.

- Tervishoiuteenus on riiklik teenus, mis teenib üldsuse küsitlustes kõrgeimaid punktihindeid (ibd).

3.1.3. Prantsusmaa

Kõik legaalsed Prantsusmaa kodanikud on kaetud riikliku ravikindlustusega, mis moodustab osa sotsiaalkindlustuse süsteemist. Riiklik ravikindlustussüsteem käivitati 1945. a. ja selle kaetus laienes aastate jooksul kõigile legaalsele kodanikele: jaanuaris 2000 puudus ainult väikesel osal elanikkonnast juurdepääs riiklikule ravikindlustusele (Couffinhal 2001).

Ravikindlustuse põhifond katab 80% elanikkonnast. Kaks teist fondi katavad füüsilisest isikust ettevõtjaid ja põllumajandustöötajaid (ibd)

Riiklik ravikindlustuse süsteem katab umbes 75% tervishoiu kogukuludest. Pool ülejäänud summast kaetakse patsientide poolt vahetutest maksetest ja teise poole katavad erakindlustuskompaniid. Selliste lisatervisekindlustustega võivad liituda üksikindiviidid kui ka grupid. Umbes 85%-l elanikest on selline kindlustus.

Prantsusmaa ravikindlustussüsteemi üks tähtsamaid iseärasusi on, et see katab laia diapasooni teenuseid ja kaupu, kaasa arvatud näiteks sanatooriume.

Lootuses kärpida tarbimist ja kulusid rakendatakse kaasmakseid, mis on pidevalt kasvanud. Need kaasmaksed on ambulatoorsete teenuste eest suhteliselt kõrged. Näiteks peavad patsiendid maksma 30% sotsiaalkindlustuse maksu visiidi eest arsti juurde. Umbes 40%-l eriarstidest ja 15%-l üldarstidest on lubatud nõuda peale tariifi veel lisatasu. Kaasmaksed on kõrged ka hambaravis ja optikakaupades. See ei võimalda vaesematel inimestel saada piisavalt arstiabi, kuna vähestel on lisakindlustus. Süsteemi ebavõrdsus sundis teostama reforme (ibd).

Jaanuaris 2000 hakati rakendama niinimetatud testitud vahendite riiklikku lisakindlustussüsteemi (Couverture maladie universelle), et kindlustada vaeste juurdepääsu raviteenustele. Nende inimeste eest, kelle sissetulek on madalam

teatud piirväärtusest (umbes 10% elanikkonnast), katab see kindlustus kõik riiklikud kaasmaksud ja pakub prillide ja hambaproteeside kulude katmiseks tervikväljamakset. Tervishoiutöötajatel pole õigust lisatasule kõrgemalt poolt kehtestatud riiklikust tervikväljamakse tariifist, mis tähendab teoreetiliselt tasuta ravi (ibd).

Paljud eksperdid soovivad muuta kehtivat süsteemi. Nad leiavad, et õiglasem oleks selgelt defineerida hädavajalikud teenused ja kaubad, mis peaksid olema kõigile 100% finantseeritud. Ülejäänud teenused ja kaubad on mõeldud nendele, kes neid võivad endale lubada (ibd).

Minu teada on Prantsusmaa ainuke maa, kus on ravi piiramatu: patsiendid võivad külastada niipalju arste ja nii sageli, kui nad seda soovivad. Patsiendid ei vaja suunamist eriarsti juurde ja üldiselt ei eksisteeri “väravavahti” esmatasandi arsti näol (ibd).

Riigi roll tervishoiu korraldamises:

- Riik otsustab, milline ravi ja mis määral hüvitatakse, defineerib osalejate kohustused ja kindlustab kogu elanikkonnale juurdepääsu tervishoiule.
- Riik kaitseb patsientide õigusi, jõustades vastava poliitika.
- Riik vastutab planeerimise eest. Tervishoiu ametkonnad otsustavad haiglate arvu ja suuruse üle, samuti haiglatesse kõrgtehnoloogia eraldamise. Riik organiseerib spetsialiseeritud ravitööd: transplantaadid, neurokirurgia., tervishoiuteenuste ööpäevaringset kättesaadavust ja kiirabi tööd jne.(Couffinhal 2001).

Prantsusmaa tervishoiusüsteemi iseloomulikud jooned:

- Vaatamata universaalsele kaetusele on arstiabi kättesaadavusel ebavõrdsus. Keskmiselt on 100 000 elaniku kohta on 335 arsti. Kuid Pariisi regioonis on kaks korda rohkem arste kui Picardies.

- Tervishoiu teenustes osalejate töö koordineerimatus. Süsteem soosib konkurentsi ja õõnestab koostööd. Riikliku ja erasektori vahel on ebaterve konkurents, sama on haiglate ja polikliinikute vahel.

Oluliseks põhjuseks, miks raviraha defitsiit süveneb on asjaolu, et ambulatoorsete protseduuride hinnad määratakse läbirääkimiste tulemusena, mitte arvestades realselt tehtavaid kulutusi. Alates 90-ndatest aastatest on kehtestatud mõnele sektorile piirkulud, näiteks erahaiglatele ja laboritele. Selle sektori hindu kas tõstetakse või langetatakse vastavalt püstitatud eesmärkide täitmisele. Alates 1996. aastast võtab parlament vastu ravikindlustuse aastaelarve, mille jaotusprintsipiibid ei ole ratsionaalsed, halvendades suhteid teenuste osutajate ja ametkondade vahel (ibd).

3.1.4. Holland

Hollandi tervishoiusüsteemi hinnatakse kõrgelt ning see süsteem kuulub kolme parima hulka maailmas. Kulud moodustavad 8,9% SKT-st. Hollandis kasvasid tervishoiukulutused 1980-ndatel aastatel ainult 1%. Vastandina võib tuua Ameerika Ühendriigid, kus on 39 kuni 52 miljonit kindlustamata inimest, kuigi tervishoiule kulutatakse 14% SKT-st ning see kasvab (Jackson 2002).

Hollandi kodanikele, kelle aasta keskmine sissetulek on 25 000 dollarit ja kes moodustavad 62% riigi elanikkonnast, on haigekassa poolt tagatud ravikindlustus. Seda finantseeritakse üldfondist, millest pool moodustub töötajate sissetuleku tulumaksust ja teine pool tööandjatelt, pensionikassast ja töötukassast. Töövõtjad ja tööandjad maksavad kohustuslikke makse pensioni- ja töötufondi, aidates niiviisi pensionäride ja töötute ravikindlustust. Kõik haigekassase pöördunud tuleb vastu võtta (ibd).

Ülejäänud osa elanikkonnast kas ostab erakindlustust, millele lisandub tööandja panus, mis katab pool raviteenuste maksumusest. Elanikkonnast on kindlustatud 30% riigiametnike kindlustusprogrammi raames ja ainult 2% tasub ravi eest ise (ibd).

Alates 1960-ndatest aastatest on Hollandi kodanikel õigus pikaravile, ema-laps tervishoiuteenustele, vaimsele tervishoiule, vaimse ja füüsilise puude ravile ja ravimitele vastavalt Erakorraliste Tervishoiukulude Seadusele. Nende teenuste ja ravimite eest maksab valitsus ja tööandja ning neil on kaasmakse nõue (ibd).

Võrreldes Ühendriikidega maksavad töövõtjad Hollandis tunduvalt suurema osa ravikindlustusmaksust, kuna taskust makstavad kulud on väiksemad. 1989. a. olid tööandja/töövõtja maksud pisut üle 8% brutopalgast, kusjuures tööandjad tasusid 4,95%. Katastroofimeditsiin, mida samuti finantseeritakse sissetulekuga seotud maksudest, nõudsid täiendavalt 5,4% töövõtjate palgast (ibd).

Esmatasandi arstidele makstakse patsientide ravi eest, kes on haigekassa liikmed, pearaha järgi ja erakindlustusega kaetutele tasu-teenuse-eest. Patsiendid saavad pöörduda eriarsti juurde ainult esmatasandi arsti suunamisel (ibd).

Haigekassad on seaduse järgi kohustatud sõlmima oma geograafilises piirkonnas lepingu iga arstiga. Patsiendil on õigus valida teenuse osutajat. On 60 haigekassat ja 75 erakindlustuskompaniid. Seaduse järgi peavad erakompaniid kindlustama minimaalse teenuste paketi riiklike hindadega (ibd).

Hollandis on 130 haiglat, kõik on mittetulunduslikud ja range riikliku kontrolli all. Alates 1983. a. peavad haiglad töötama kindlaksmääratud eelarve järgi, mille määravad läbirääkimiste tulemusena iga aasta haigekassad ja erakindlustajad. Haiglate kasvu piirab kapitali kulutamise reguleerimine valitsuse poolt. Haiglad peavad laienemiseks, uute spetsialistide töölevõtmiseks ja uue tehnoloogia ostuks loa saama (ibd).

Hollandi tervishoiusüsteemiga on rahul 47% elanikest, võrreldes Ameerika ühendriikidega, kus süsteemiga on rahul ainult 10 % elanikkonnast (ibd).

Hollandi esmatasandi omapära on see, et esmatasandi arstid saavad pearaha olenemata tellitud testidest, väljakirjutatud ravimitest või suunamistest. Arsti ei karistata ebaefektiivse praksise eest ja ei piirata patsiendi valikuvabadust valida endale arsti. Seetõttu puudub esmatasandi arstil efektiivseks tööks potentsiaalne ajend. Rahulolematu patsient võib lihtsalt pöörduda teise arsti poole. Lisaks saavad haigekassad valitsuselt lisatasu tegelike kulude eest. Samuti on haigekassadel piiratud võimalus mõjutada meditsiinipraksist, kuna nende juriidiline kohustus sunnib neid sõlmima lepinguid kõikide teenuste osutajatega antud piirkonnas (ibd).

Hollandi ravikulud moodustavad per capita ainult poole Euroopa keskmisest kulust ja neljandiku Ühendriikide samalaadsetest ravikuludest, annab tunnistust asjaolust, et Hollandi arstid töötavad väga efektiivselt (ibd).

Kokkuvõtteks võib öelda, et ükskõik milliseid ravikindlustussüsteemi lahendusi kasutavad üksikutes küsimustes vaadeldavad riigid, omab riik kindlalt süsteemi arendaja ning kontrollija funktsiooni. Ei ole piiratud ainult õigusruumi loomisega ega tekitanud maksumaksja vahendite arvelt haiglate vahel põhjendamatut ja kallist konkurentsi.

3.2. Tervishoiusüsteem ja haiglate juhtimise põhimõtted USA-s

USA-s puudub üldine riiklik tervisekindlustus. Erinevalt Euroopast muutus USA-s kaubaks (commodificated) mitte ainult kõrgtehnoloogiline meditsiin vaid ka tavameditsiin ja tervisekindlustus. Üha enam hakkas domineerima kasumi taotlemine, kus heategevuse osatähtsus vähenes. Enamik tervishoiu finantseerimisest toimub erasektori kaudu ning iseloomulik on turu segmenteeritus, st mitte ükski fond ei oma turul lõviosa. Riik tegeleb eeskätt haiguste ennetamise ja sanitaar- epidemioloogiliste küsimustega, mitte meditsiinilise tipp tehnoloogiaga. Riik tasub ravikulud vaid vaestele ja vanuritele, st. neile, kel endal puudub ostujõud. USA on unikaalne OECD riikide hulgas, kuna enamik tervishoiu rahasid on mitteriiklikud (Information...).

Üldiste tervisenäitajate poolest on USA kümne arenenud riigi seas üheksandal, laste suremuselt aga esimesel kohal (ibd).

Analoogselt teiste riikidega on ravikindlustuse ulatus sõltuv staatusega tööturul ja kuuluvusega ametiliitu. Inimesed, kel pole ravikindlustust moodustavad 17,4% rahvastikust, u 60% omab firmapoolset kindlustust, mis eeldab ka töövõtja sissemakseid (ibd).

USAle on iseloomulikud ka rassilised erisused- valgete hulgas on kindlustamata 14%, mustade hulgas 22% ja latiinode hulgas 30% (Toots, 2001).

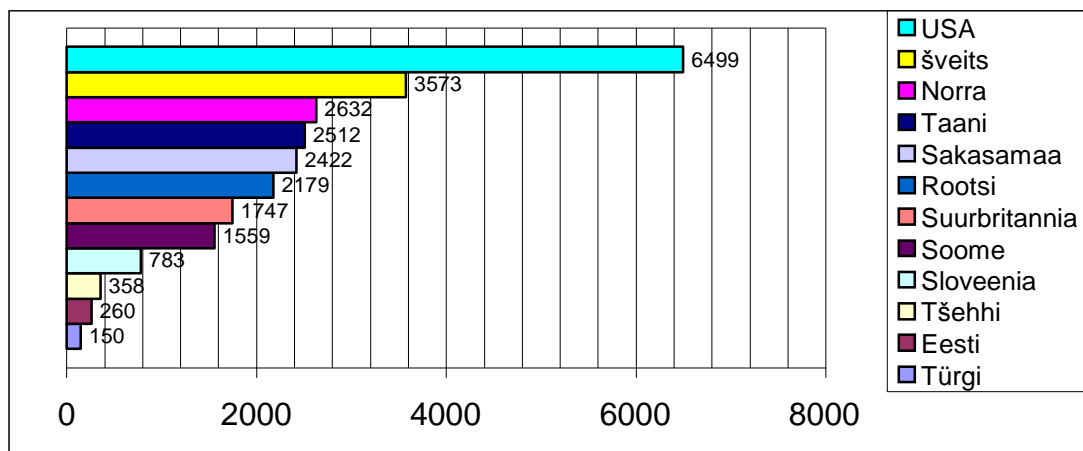
USA elanikkond kipub tervishoiuteenuste kättesaadavuse osas kihistuma. Madalaima kihi moodustavad kindlustamata iniviidid, kel on limiteeritud juurdepääs ülikoolide ja avaliku sektori kliinikutele ning esmaabile. Minimaalset kaetust (e. Medicaid) omavad väikeettevõtete töötajad (kelle ainsaks võimaluseks on endale ise kindlustus osta) või kindlustamata isikud, kes elavad kommuunides, mis on kaetud medkoolide või *public health department*-idega. Siiski põhiosa elanikkonnast moodustavad töötavad ning Medicare-ga (kindlustuspõhine riiklik tervishoiusüsteem) kaetud isikud. Viimasel ajal on ka viimaste valikuvabadus vähenenud. Sageli maksab tööandja vaid odavaima kindlustuse eest ning vahe tuleb töövõtjal endal katta. Levinud on ka tendents, et kaetakse vaid juhtivtöötajate kindlustuskulud. Tulemusena langeb järjest rohkem inimesi madalaimasse kihti (Särekanno 2001).

Kanada ja Ameerika haiglate juhtimise struktuur on keeruline kaksikhierarhia eraldi hierarhiaga meditsiinipersonalile ja teine õenduspersonalile ning muule kliinilisele personalile. Sellises struktuuris annavad meditsiinipersonali ülem ja vastutav direktor aru direktorite nõukogule (Lepnurm 2001).

Samasugune põhimõtteline skeem oli ka ettenähtud Eesti riigihaiaglate majandamise alusena, kuigi seadust ettevalmistav arstkont ei usaldanud direktoritele- haigla administraatoritele- võimutäiust, sest haigla ülemarst ei allunud otseselt direktorile (RTL 1995,10).

Vastutaval direktoril on võim haigla kõigi funktsionaalsete valdkondade üle, kaasa arvatud eelarvega seonduvad küsimused ja kõigi administratiivsete ametnike ja mittemeditsiinilise kliinilise personali töölevõtmine. Vastutav direktor on haigla strateegiline juht, kuid direktorite nõukogu kinnitab ülesanded, mis kujunevad vastavalt meditsiinipersonali erialadele. Näiteks Kanada haiglates töötab märksa vähem administratiivset personali, kui Ameerika haiglates finantsoperatsioonide korraldamisel, sest Kanadas on üksainus maksjaravikindlustussüsteem. Kuid Ameerika haiglad on raha iseseisva laenamisega tunduvalt paindlikumad oma ülesannete määratlemisel (Lepnurm 2001).

Vaadeldes erinevaid süsteeme Euroopa ning USA võrdleval näitel selgub, et ulatuslikke tervishoiuteenuste võrke omavate riikide tervishoiusektori probleeme ei saa, lahendada ilma valitsuse teatud tasemel sekkumiseta (Normand, 1999).



Joonis nr. 1 Tervishoiukulude võrdlustabel riigiti- tervishoiukulud ühe elaniku kohta Ameerika Dollarites. World Health Report 2002. <http://www.who.int/whr/2002/en/>

Kui võrrelda Eesti ja Ameerika ravikulutusi ühe inimese kohta, siis on arusaadav, et toimesüsteemid ning võimalused peavadki olema erinevad. Eesti oludes tähendab ravikuludeks olemasolev summa eriti hoolikat kokkuhoiupoliitikat, et olemasoleva ressursi arvelt kindlustada kõikidele inimestele pääs raviteenuste kasutamise juurde.

4 EESTI TERVISHOIUKORRALDUSE KÜSIMUSI

Peale taasiseseisvumist on Eesti tervishoiusüsteemis toimunud radikaalsed muutused, mille hulka kuuluvad perearstireform, munitsipaal- ja riigihaiaglate omandivormi muutmine eraõiguslikeks juriidilisteks isikuteks, piirkondlike haigekassade ühendamine Eesti Haigekassa alluvusse jms. Samal ajal eksisteerib tervishoius jätkuvalt mitmeid probleeme, mille lahendamine sõltub nii süsteemi sisestest kui ka välistest teguritest ja eeldab ennekõike tasakaalu leidmist ühiskonna erinevate huvigruppide vahel.

4.1. Üldine strateegia ja arengusuunad

Eesti tervishoiusüsteem on üles ehitatud solidaarse ravikindlustuse põhimõttel, kus riiklike institutsioonide roll tervishoiuturu korrastatuse tagamisel on suhteliselt suur. Siinkohal võib tekkida õigustatud küsimus, kas riiklik sekkumine tervishoiusüsteemis on üldse vajalik ning kui on, siis millisel määral. On selge, et ainult majanduslikult ja meditsiiniliselt läbikaalutletud, inimeste õiglustunnet silmas pidavad ja juriidiliselt korrektsed muutused tervishoiusüsteemis on aluseks Eesti elanike senisest paremale tervisele tulevikus (Haavel jt. 2001).

Eesti tervishoiukorraldust reguleerivad seadused on Ravikindlustuse seadus, mis jõustus 01.10.2002.a. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus, mis jõustus 01.01.2002.a. ja Võlaõigusseadus, mis jõustus 01.07.2002.a.

Ravikindlustuse seadus reguleerib tervishoiukulutuste katmise süsteemi kindlustatud isiku haiguste ennetamise ja ravi, ravimite ja meditsiiniliste abivahendite ostmise rahastamiseks ning ajutise töövõimetuse hüvitamise ja muu hüvitise maksmiseks. Ravikindlustus põhineb kindlustatud isikute solidaarsusel ja piiratud osalusel ning lähtub kindlustatud isikute vajadustele vastavate teenuste osutamise, ravi piirkondliku võrdse kättesaadavuse ravikindlustusraha otstarbeka kasutamise põhimõttest. Ravikindlustus on sundkindlustus (RT I 2002, 62, 377). Tervishoiuteenuste korraldamise seadus sätestab tervishoiuteenuste osutamise korralduse ja nõuded ning tervishoiu juhtimise, rahastamise ja järelevalve korra. Seadust ei kohaldata tervishoiuteenuste osutamise korraldusele kaitsevæes, välja

arvatud tervishoiutöötajate registreerimise ning ruumide, sisseseade ja aparatuuri järelevalve osas (RT I 2001, 50, 248).

Võlaõigusseaduses sätestatud kohaldatakse kõikidele seaduses või muudes seadustes nimetatud lepingutele, muu hulgas töölepingule, ja muudele mitmepoolsetele tehingutele, samuti lepingutele, mida ei ole küll seaduses nimetatud, kuid mis ei ole seaduse sisu ja mõttega vastuolus, samuti võlasuhetele, mis ei ole tekkinud lepingust (RT I 2001, 81, 487).

Optimaalse suurusega haiglavõrgu reformi läbiviimiseks tellis Sotsiaalministeerium 1999.aastal kahelt Rootsi firmalt, Scandinavian Care Consultants AB ja SWECO International AB, Eesti haiglate arengukava. Projekti väljatöötamist rahastati Maailmapanga poolt ning lõpparuanne valmis 2000.aasta kevadel. (Scandinavian Care Consultants...)

Arengukava näeb ette jaotada Eesti neljaks peamiseks teeninduspiirkonnaks ja korraldada haiglavõrk ümber vastavalt sellele. Igas piirkonnas hakkab paiknema keskhaigla või regionaalne haigla/ülikoolihaigla. Praegu Eestis tegutsevad teise ja kolmanda tasandi arstiabi andvad haiglad korraldatakse ümber järk-järgult järgmise 10-15 aasta jooksul. Kavandatud piirkondade haiglad on Eesti elanikule, arstiabi kättesaadavuse seisukohalt, ükskõik millisest geograafilisest punktist võetuna 70 km raadiuses ehk 60 min autosõidu kaugusel (ibid).

Eesti tervishoiuarenguks on vastuvõetud Tervishoiuprojekt 2015, mida viiakse ellu kahes etapis (Riigikontrolli kontrollaruanne 19.12.2003 nr 2-5/03/144).

Esimene etapp algas 1995. aastal, kui Vabariigi Valitsus algatas tervishoiureformi ning projekti rahastamiseks võttis Eesti Vabariik Maailmapangalt 18 mln USD laenu. Laenu kasutusaeg lõppes juunis 2000. Laenuga kaasnevalt osutasid doonorriigid projektile aastatel 1995–2000 ekspertabi 4,5 mln USD ulatuses, Eesti riigieelarvest kulus selleks 14 mln USD. Selle abil rahastati Tartu Ülikooli arstiteaduskonna prekliiniliste ainete õppehoone Biomeedikumi projekteerimist, ehitamist ja sisustamist, mis moodustas *ca* 80% kogu projekti maksumusest. Projekti kaudu on toetatud ka TÜ polikliinilise ja perearstiteaduse õppetooli arengut. Tervishoiuprojekti toel

korrastati ravikindlustussüsteem ja haigekassade organisatsiooniline struktuur ning käivitati ka perearstisüsteem (puudutab *ca* 20% Haigekassa ravikindlustuse raviteenuste rahast) (Riigikontrolli kontrollaruanne 19.12.2003 nr 2-5/03/144).

Teise etapi 2000–2015 prioriteediks on haiglainvesteeringute korrastamine, eriarstiabi laienemine ja selle kvaliteedi tõstmine (hõlmab *ca* 70% Haigekassa ravikindlustuse raviteenuste rahast). Praegune ravikindlustuse eelarve tingib vajaduse vaadata ümber senine põhimõte osta raviteenuseid hinna ja hulga alusel ning muuta see teenuse sisu ja kvaliteedi keskseks (ibid).

Printsiibid ja eeldused, milles projekti elluviimisel kokku lepiti, olid:

- tervishoiuteenuste kvaliteet ja kättesaadavus ei vähene;
- tervishoiuteenuste rahastamiseks laekuvat sotsiaalmaksu osa ei suurendata (ibid).

Kogu Eesti ravikorralduse süsteem on jaotatud kolme suurde rühma mis jaguneb:

- I tasand, ehk üldarstiabi. Selle tasandi alla kuulub peremeditsiin ning perearsti poole on õigus pöörduda kõikidel inimestel.
- II tasand, ehk eriarstiabi. Selle tasandi ala kuuluvad kõik spetsialistid, näiteks närviarstid, kopsuarstid jne.
- III tasand, ehk regionaalhaiglad. Nendeks haiglateks on Tartu Ülikooli Kliinikum ja Põhja- Eesti Regionaalhaigla. Nendes haiglatesse pääseb läbides I ja II tasandi (plaanilised operatsioonid) või teatud juhtudel ka otse I tasandist (erakorraline abi) (RT I 2002, 62, 377).

Ühiskonnas esinevad vastandlikud arvamused tervishoiukorraldusest ning pidevatest reformidest tulenev olukord võib osutada subjektiivselt ebaobjektiivseks, kui ei ole võimalik hinnata reaalselt olukorda inimeste pilgu läbi, kes nende küsimustega igapäevaselt tegelevad. Ebamäärasus tervishoiu planeerimisel on endiselt haiglareformi Achilleuse kannaks, seda näib varjutavat usk teenuse ostu-müügi kõike võimsasse reguleerivasse jõusse. Paraku on

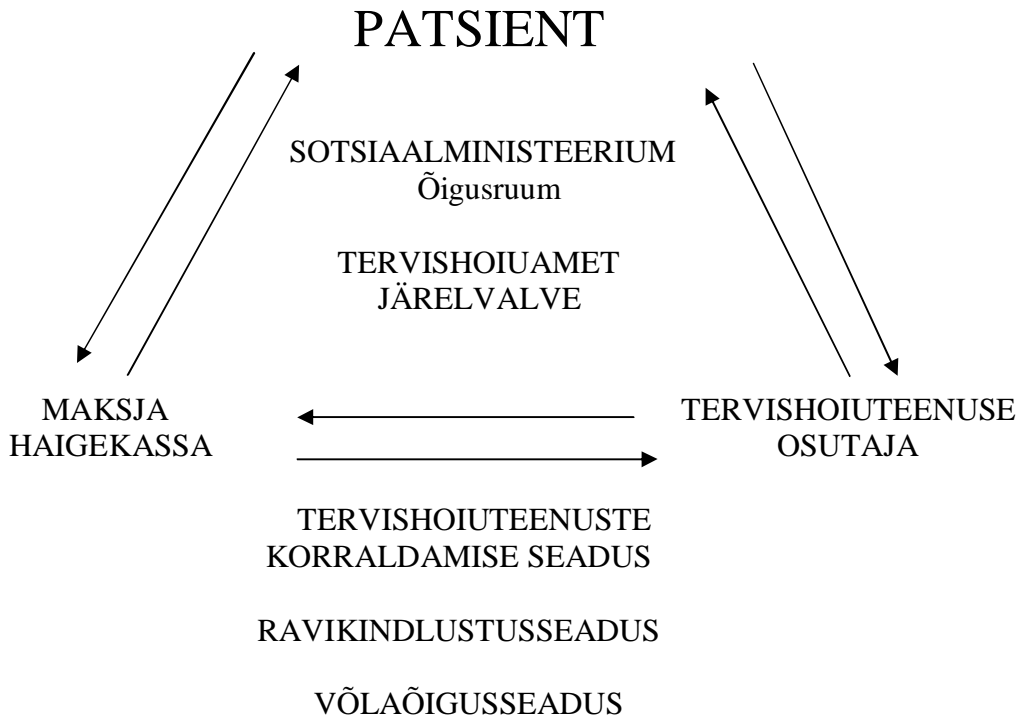
haigekassa hinnakujunduse mehhanismid osutunud teenuste planeerimisel ja ümberkujundamisel väheefektiivseteks ning ega haigekassa roll saagi olla tervishoiu suunaja ja arendaja (Lehtmets, 2002).

Eesti Arstide Liidu eestseisuse liige Andres Lehtmets on arvamusel, et arvestades Eesti rahvaarvu ja majanduse taset ei ole mõeldav olemasoleva avalik- õigusliku haigekassasüsteemi asendamine erakindlustusega, et Ravikindlustusseadus annab võimaluse kindlustusasutusel tutvuda arstisaladustega ning kindlustusasutuse töötajatele ei laiene konfidentsiaalsuse nõue, siis on oma olemuselt tegemist eetiliselt taunitava põhimõttega, kus finants- majanduslikele huvidele allutatakse sajanditevanused eetilised tõekspidamised. Kõik see mõjub lammutavalt meditsiini ühele aluspõhimõttele - usaldusväarsusele arsti ja patsiendi suhetes. Uskumusest, et arst peaks olema heas mõttes kui haigekassa kindlustusagent – sellest kaugemale ei ole meditsiinieetikas enam võimalik taanduda (Lehtmets 2003)!

Lehtmets toetab seisukohta, et haigekassa on sisuliselt kõige jõulisem tervishoiupoliitika mõjutaja, kuid küsimuseks jääb, kas ta ka vastutab tervishoiu arengu eest. Riigil peaksid olema selged tervishoiupoliitilised prioriteedid, kuid kokkuvõttes on tervishoid tervik, kus tuleks pürgida tasakaalustatud ja jätkusuutliku arengu poole, mida ei ole võimalik saavutada ilma koordineeriva tegevuseta (ibid).

Koordineeriv tegevus ei ole lihtsalt õigusruumi loomine, kus süsteem peaks olemasoleva seadusandluse abil ise ennast korrastama ning juhtima.

Vastupidisele seisukohale on jõudnud Eesti Haigekassa juhatuse esimees, Hannes Danilov, kes on elukutselt keemik. Ta esines Eesti rahvusraamatukogus 31. jaanuaril 2003.a. ajalehe Äripäev korraldatud tervishoiuseminaril “Ravikindlustuse seadus jõustunud – kuidas edasi”. Danilovi meelest on riigil vaja luua ainult õigusruum, kus süsteem ennast ise reguleeriks olemasoleva seadusandluse baasil ning tervishoiualast kontrolli teostaks tervishoiuamet.



Joonis nr. 2 Turumajandusele orienteeritud tervishoiukorralduse põhimõtteline skeem. Eesti Haigekassa juhatuse esimehe H. Danilovi ettekande alusel (2003).

Selle plaani kohaselt ei oma riik tervishoiuprioriteetide kehtestaja rolli ega võimalda solidaarsusprintsipi alusel loodud ravikindlustusvahendite ratsionaalset kasutamist.

4.2. Raviteenuste hinnapoliitika ja rahastamise alused

Eestis on kasutusel peamiselt solidaarsuskindlustusel põhinev tervishoiu finantseerimise skeem (sotsiaalne ravikindlustus), mille kohaselt teenuseid osutatakse vastavalt vajadusele ning teenuste eest makstakse vastavalt maksevõimele. Sellises süsteemis on haigekassa lüliks, mis ühendab neid kahte poolt. Euroopas on sotsiaalne ravikindlustus peamiseks tervishoiu finantseerimise allikaks Austrias, Belgias, Horvaatias, Madalmaades, Sloveenias, Tšehhis ning Ungaris. Sotsiaalse ravikindlustuse põhimõttelisteks alternatiivideks on valitsusepoolne finantseerimine läbi maksude (kasutatakse peamise finantseerimisallikana nt. Austraalias, Kanadas, Uus-Meremaal ning mitmetes Lääne ja Ida-Euroopa riikides), riskikindlustus ehk eraviisiline kindlustus (kasutusel Ameerika Ühendriikides) ja otsene teenuste eest tasumine patsiendi poolt. Raviteenuste hindade koostamise alustest sõltub otseselt tervishoiuteenuste

kättesaadavus. Hindadega saab reguleerida teenuste mahtu ning meditsiinipersonali töö intensiivsust. Raviteenuste hindade kujunemine on teinud teoreetilises plaanis läbi arengu, kus hind sõltus erialanõuniku oskusest enda soove ministeeriumis kehtestada (Valvuri 1998) või hinnakomisjoni poolsetest ettepanekutest. (Vask 1998).

Kontrollides tervishoiuteenuste hinda saab tagada tervishoiuteenuste kättesaadavust. Hind peab olema piisav tervishoiu jätkusuutlikuks arenguks (investeeringud, palgad, kvaliteet). Hinnakiri peab olema tasakaalus, et tagada süsteemi harmooniline areng. Hinnakirja kaudu saab toetada tervishoiupoliitilisi prioriteete (Lehtmets 2002).

Ravikindlustuse seaduse kohaselt koordineerib tänast raviteenuste hinnakujundust Haigekassa. Tervishoiuteenuste loetelu muutmise kriteeriumid ja hindamise korra ning hinna kujunemise meetodika on kehtestatud vabariigi valitsuse määrusega 05.08.2003. nr 209 (RTI 2003, 56, 380.) ja määrusega 24.09.2002. nr 301 (RTI 2002, 78, 467).

Ettepanekuid tervishoiuteenuste loetelu muutmiseks (sh teenuse lisamiseks, kustutamiseks, täiendamiseks või teenuse piirhinna-, piirangute-, nimetuse muutmiseks) võivad teha tervishoiuteenuste osutajate ühendused, erialaühendused ja Haigekassa. Ettepanekus, mis tuleb esitada hiljemalt muudatuse tegemisele eelneva aasta 1. märtsiks, peab olema esitatud tervishoiuteenuse tõendatud meditsiiniline efektiivsus, kulutõhusus, vajalikkus ühiskonnale ja kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga ning vastavus ravikindlustuse rahalistele võimalustele. Haigekassa nõukogu koostab ettepanekute kohta 1. septembriks arvamuse. Seejärel esitatakse taotlus sotsiaalministrile, kes omakorda esitab ettepaneku loetelu muutmiseks Vabariigi Valitsusele eelneva aasta 1. oktoobriks. Tervishoiuteenuste hinnakirja muutmist on põhiliselt taotlenud grupihuve esindavad erialaseltsid. Nende aktiivsus erineb suuresti: intervjuudest selgus, et määravaks osutub põhimõte “kes teeb paremat lobitööd, see parema hinna saab”.

Ettepaneku menetlemise ehk tervishoiuteenuse hindamise käigus on Haigekassa küsinud kuni kolm ekspert hinnangut, sh erialaühenduse teenuse meditsiinilise efektiivsuse osas, Sotsiaalministeeriumilt ühiskonnale vajalikkuse osas ning Haigekassa nimetatud tervishoiuökonomika spetsialistilt kulu-tõhususe osas. Lisaks on Haigekassa andnud hinnangu, kas ettepanek vastab ravikindlustuse rahalistele võimalustele (Riigikontrolli kontrollaruanne 19.12.2003 nr 2-5/03/144 Tervishoiuprojekt 2015).

Auditeerimisel ei selgunud, kas hinnataotlust menetlevate osapoolte vahel toimusid sisulised arutelud. Saadud hinnangute alusel võib väita, et hinnaläbirääkimistel terviklikult lähenevaid ja võrdseid osapooli praegu pole – on grupihuviseid esindavad hinnataotlejad, kuid erapooletu hinnakomisjon puudub (ibd).

Paljud kõrgelt hinnatud teenused kallinevad suhteliselt rohkem, neelates olulise osa Haigekassa rahast. See suurendab neid teenuseid osutavate raviasutuste survet Haigekassale suurema lepingumahu saamiseks, mis omakorda tekitab ebavõrdset konkurentsi. Tervishoiuteenuse hinnas olev kasumi (investeeringu)osa suurus ja Haigekassa lepingu maht määrab raviasutuse võimaluse investeerida oma arengusse. Näiteks Perearstide Selts on saavutanud pidevalt garanteeritud hinnatõusud koos Haigekassa lepingumahu 100%-lise kattega (seda nii pearaha kui ka praksise baasraha osas). Siinjuures ei sõltu hinnatõus üldse tehtud töö hulgast, vaid ennekõike nimistu suurusest ja koosseisust. Sama ei saa väita eriarstiabi kohta (ibd).

Riigikontroll intervjuudest haiglajuhtidega selgus, et mõnel erialal võimaldavad teenuste hinnad tegutseda, mõnele tuleb aga peale maksta. Eriarstiabi finantseerimine ei ole tuginenud piisavale majandusanalüüsile ja väljatöötatud kriteeriumidele, pigem on see olnud juhuslikku laadi ja põhinenud haiglajuhtide lobitööl (ibd).

Eriarstiabis on hinnatõusud olnud kaootilised, erinedes kordades nii erialati kui ka ühe eriala piires. Näiteks on viimasel viiel aastal oluliselt tõusnud magnetresonants-tomograafia uuringute (40–45%), juba algselt hästi tasustatud

kardiokirurgiliste protseduuride ja operatsioonide, liigeste proteesimise, katarrakti operatsioonide, mammograafia, samuti histoloogiliste ja tsütoloogiliste uuringute hinnad. Neid protseduure on raviasutustel kasulik teha, kuna haigla kulu nende tegemisel on väiksem kui Haigekassa hinnakirjas märgitud tasu. Seetõttu on nende abil võimalik katta ka kahjumlikke teenuseid. Hambaraviteenuste hinnad Haigekassa hinnakirjas on viimasel ajal tõusnud ca 30%, samal ajal kui alates 01.01.2003 on täiskasvanute hambaravi kõikidele patsientidele tasuline (ibd).

2002. aastal käivitati Tervishoiuprojekt 2015 raames pilootprojekt haiglate kuluarvestussüsteemide ühtlustamiseks ja võrreldavate andmete saamiseks teenuste hindade osas. Eesmärgiks oli üleminek seniselt tekke-põhiselt hinnakujunduselt juhupõhisele hinnakujundusele ehk DRG (*Diagnosis Related Groups*) süsteemile. Viimane põhineb diagnoosipõhisel komplekshinnal, mis eeldab raviasutuste detailset kuluarvestust. See võimaldab raviasutusel koostada tegevusel põhinev eelarve ja kasutada ressursse efektiivsemalt. Pilootprojektis osales 5 haiglat (TÜ Kliinikum, Põhja Eesti Regionaalhaigla, Lääne-Tallinna Keskhaigla, Pärnu Haigla, Tallinna Lastehaigla), kelle suhtes kasutati ühtset metoodikat (ibd).

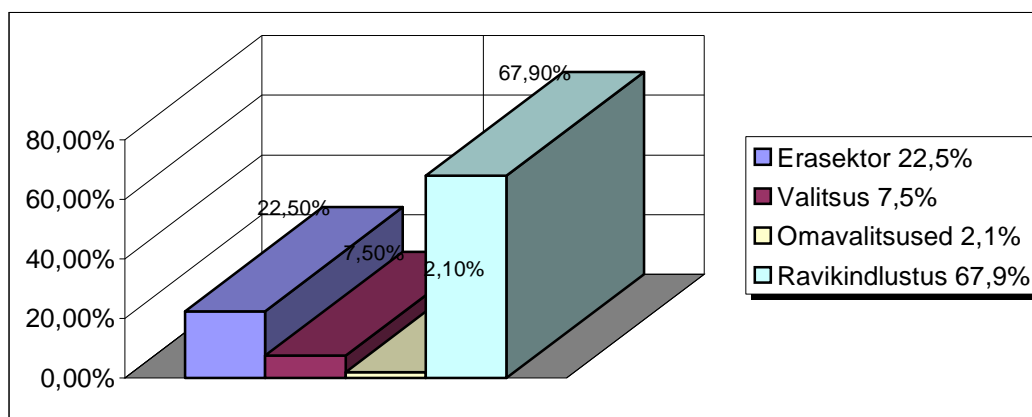
Diagnoosipõhine komplekshind võimaldab küll lihtsamat arvepidamist kuid tervishoiuteenustele eraldatud vahendite ratsionaalsemat kasutust ei kindlusta. Summeeritud hinnakujundus teenib pigem suurema kasumi saamise eesmärke, sest see mudel võimaldab komplekshinna raames jätta tegemata olulisi protseduure, mis kokkuhoiu mõttes halvendab ravi kvaliteeti.

Raviteenuste hindu koostades on vajalik eelkõige silmas pidada, et rahaliste ressursside paigutamine oleks efektiivne ning täidetud oleksid tervishoiupoliitika põhieesmärgid. Efektiivsus tervishoius tähendab etteantud eelarve korral võimalikult suure terviseefekti saamist või soovitava (etteantud) tervise taseme saavutamist vähimate kulutustega (Green 1999).

Kuidas mõjuvad valed hinnakujundusmehhanismid ravitöö korraldamisele selgub faktist, kui Põhja-Eesti Regionaalhaigla neurokirurgid Aadu Liivati

eestvedamisel moodustasid äriühingu, et leida suuremat rakendust ja teenida lisa. Koos viie kolleegiga tegid nad eelmisel aastal neurokirurgilisi operatsioone umbes kümne miljoni krooni eest. Liivat teatab: “ Me saame töötada vaid haigekassaga sõlmitud lepingu piires. Seda kümnet miljonit krooni täis teha kallite hindade juures on tühine asi. Piltlikult öeldes poole ajast sülitame lakke (Rozenhal 2003).

Tervishoiu rahastamise suurim ja suhteliselt stabiilne maksutulu on ravikindlustuse maksumäär 13% brutopalgast, mis 2002. aastal andis 67,9% eelarvemahust. Sellele järgnes erasektori 22,5% (ibd).



Joonis nr. 3 Tervishoiu finantseerimisallikad. (Statistikaamet2002)WWW.

Raviasutuste rahastamine põhineb lepingul Haigekassaga. Piirkondlikud haigekassad sõlmivad raviasutustega lepingu. Haigekassa tasub raviasutusele Haigekassa kindlustatud liikmetele osutatud teenuste eest vastavalt Sotsiaalministeeriumi määrusega kinnitatud raviteenuse hinnakirjale. 2003.aasta lõpuks sisaldas hinnakiri ligikaudu 1800 erinevat hinda (ibd).

Kokkuvõtteks võib tõdeda, et raviteenuste hinnakujundamise mehhanism ei vasta oma eesmärkidele. Peamiseks probleemiks on meetodika ebatäpsus ning pealiskaudsus, mille tulemusena ei ole võimalik kasutada ratsionaalselt ravikindlustuseelarve piiratud ressursse.

5 RIIGIHAIGLA JA ERAÕIGUSLIKU HAIGLA SUHTED

Riigihaiгла ja eraõigusliku haiгла olemust ei ole adekvaatselt kajastatud, sest paljude tervishoiuspetsialistide meelest ei erine nad oluliselt teineteisest, olles mõlemad raviteenuseid pakkuvaks asutuseks. Esmalt märkamatud erinevused võivad kujundada koos vale hinnapoliitika ning töö intensiivsuse vale planeeringuga situatsiooni, mille lahendusi nähakse ainult täiendavate ressursside kaasamises süsteemi, saamata aru problemaatikat tekitanud tõelistest põhjustest.

5.1. Riigihaiгла

Riik peaks täitma oma funktsioone riigiasutuste kaudu, mis Vabariigi Valitsuse seaduse §38 kohaselt jagunevad valitsusasutusteks ja valitsuse poolt hallatavateks asutusteks. Viimaste hulka kuulusid ka riigihaiглаd, kuivõrd nende põhiõiguseks ei olnud täidesaatva riigivõimu teostamine. Riigihaiглаd olid Sotsiaalministeeriumi poolt hallatavad tervishoiuasutused, millel puudus iseseisev õiguspädevus (RT 1992, 45, 574).

Riigihaiглаte haldamist hakkas korraldama ja reguleerima Reformierakonna sotsiaalminister Toomas Vilosius, kes asus ametisse 20.09.1994.a.. Tema initsiatiivil võttis Eesti Vabariigi Valitsuse juba 23.09.1994.a. vastu määruse Riigihaiглаte haldamine (RT I 1994, 65, 1121).

Selle määrusega moodustati riigihaiглаte haldamiseks riigihaiглаte haldusnõukogu ja kinnitati nimetatud haldusnõukogu koosseis.

Sotsiaalministeeriumile tehti nimetatud määrusega korralduseks kinnitada riigihaiглаte haldusnõukogu poolt hallatavate haiглаte nimekiri, riigihaiглаte põhimäärus ning riigihaiглаte haldusnõukogu põhimäärus.

Samuti kohustati riigihaiглаte haldusnõukogu sõlmima konkursi korras valitavate riigihaiглаte direktorite, ülemarstide ja ülemõdedega töölepinguid määratud ajaks (ibd).

Selle määruse alusel oli Riigihaiulate haldusnõukogu esimehel volitus olla riigihaiulate juhtidele tööandja esindajaks.

Riigihaiulate nimekiri kinnitati sotsiaalministri määrusega nr. 66 21. detsembril 1994.a. Riigihaiulate haldusnõukogu poolt hallatavate haiulate nimekiri:

1. Mustamäe Haigla
2. Tallinna Psühhiaatriaiaigla
3. Jämejala Psühhiaatriaiaigla
4. Tallinna Nahahaiguste Haigla
5. Kivimäe Haigla
6. Kutsehaiguste Haigla
7. Eesti Verekeskus
8. Haapsalu Neuroloogilise Rehabilitatsiooni Keskus
9. Eesti Onkoloogiakeskus

Riigihaiigla põhimäärus koostati sotsiaalministeeriumi juriidilises osakonnas kinnitati sotsiaalministri määrusega nr. 66 21. detsembril 1994.a.

Riigihaiulate põhimääruses defineeriti, et haigla on avalik – õiguslik juriidiline isik, kellel on arveldusarved pankades ja riigivapi kujutisega ja oma nimetusega pitsat ning sümboolika (RT 1995, 10).

Riigihaiulate finantseerimise alused olid kehtestatud Tervishoiukorralduse seadusega. (RT I 1994,10,133;1995,57,978). Selle seaduse § 28 alusel finantseeriti riigi tervishoiuasutuste kommunaal-, ehitus-, ja remondikulud riigieelarvest. Kulud, mis olid seotud kohustusliku ravikindlustusega, kaeti vastavalt tervishoiukorralduse seaduse § 26 ja ravikindlustusseadusele (RT 1991, 23, 272; RT I 1994, 23, 378) riikliku ravikindlustuse eelarvest. Neid summasid ei tohtinud muuks otstarbeks kasutada.

Riigi tervishoiuasutuste haldamine oli vastavalt tervishoiukorralduse seaduse § 14 p. 10 Sotsiaalministeeriumi ülesanne. Sama paragrahvi p.9 kohustas Sotsiaalministeeriumi analüüsima tervishoiuasutuste majanduslikku tegevust. Sotsiaalministeeriumi põhimääruse (RT I 1996, 80, 1442) punkti 12 alapunkti 4 alusel oli Sotsiaalministeeriumi kohustuseks läbi vaadata hallatavate asutuste riigieelarveliste vahendite taotlused ning valmistada ette koondettepaneku riigieelarve eelnõu koostamisel. Sellest järelduvalt oli riigi, kui riigihaiulate omaniku kohustus tagada riigihaiulate ülalpidamiskulud riigieelarve vahendite baasil.

5.2. Eraõiguslik haigla

Eraõiguslik juriidiline isik on kellegi erahuvides loodud isik, mille põhieesmärgiks on kasumi teenimine. Avalik-õiguslik juriidiline isik on juriidiline isik, mis on loodud seadusega avalikes huvides (RT I 1996, 52-54, 993).

Sihtasutus Põhja –Eesti Regionaalhaigla on eraõiguslik juriidiline isik, mis teenib klassikalises tähenduses kasumit läbi tervishoiuteenuste osutamise ehk tervishoiuteenuste müügist laekuvatest vahenditest, visiiditasust ja ravikindlustusega hõlmamata isikute ravi eest laekuvatest vahenditest (Sihtasutuse põhikirja 2002).

Kuigi sihtasutuse põhikirja järgi kasutatakse sihtasutuse vara ainult püstitatud eesmärgi saavutamiseks, milleks on oma vara valitsemise ja kasutamise kaudu osutada kõrgekvaliteedilist eriarstiabi ja kiirabi, olla tervishoiutöötajate kvalifikatsiooni omandamisele eelneva ja järgneva koolituse õppebaasiks ning tegeleda tervishoiualase õppe- ja teadustööga, ei saa ühiskond enam kontrollida solidaarselt ravikindlustuseelarvesse makstavate vahendite sihipärast kasutamist. (ibd.).

Haiglate majandamises finantsraskuste tekitamisega loodi eeldused haiglate omandivormi muutusteks. Parema majandamismudeli leidmiseks korraldati nõupidamisi ning seminare. Oma konkreetsete ettepanekutega esinesid erinevate

haiglate juhid, kes tundsid muret haiglate edasise saatuse pärast. Nii tegi Sotsiaalministeeriumile järelepärimise haigla võimaliku staatuse muutmise kohta Kuressaare Haigla. Sotsiaalministeeriumi tervishoiuosakonna juhataja Arvi Vask vastas oma kirjas nr. 1-5/2136 15.10.1997.a aastal, et ei pea otstarbekaks avalikes huvides loodud haigla organiseerimist äriühinguna (Vask 1997).

Sama põhimõtte alusel vastas Sotsiaalministeeriumi kantsler J. Rüütmann Kivimäe Haigla ettepanekule moodustada haiglast mittetulundusühingu struktuuriüksus. Kantsler esitas seisukoha, kus esitas seisukoha, et haigla ei peaks olema organiseeritud äriettevõttena vaid mittetulundusliku asutusena (sihtasutus, mittetulundusühing) või jääma mõne mittetulundusliku juriidilise isiku struktuuriüksuseks. Samas kirjas, esinedes ministeeriumi nimel ei pooldanud kantsler Kivimäe Haigla tervikvara üleandmist mittetulundusühingule Tuberkuloosi Vastu Võitlemise Põhja - Eesti Selts (Rüütmann 1997).

Antud vastusest jääb selgusetuks Sotsiaalministeeriumi ametnike seisukoht riigihaiaglate staatuse osas.

Arutelu haiglate staatuse osas kulmineerus Sotsiaalministeeriumi poolt korraldatava tervishoiureformi konverentsiga 7.ja 8. novembril 1997. aastal Tallinnas Sakala keskuses ja kandis pealkirja: "Eesti tervishoiustrategia mis muutub, miks ja kuidas"?

Konverentsil vastuvõetud deklaratsioon haiglate staatuse osas oli vastuoluline ning ebamäärane. Nähti ette, et haiglate reorganiseerimise eesmärk on suunata haiglate tegevus mitte kasumi teenimisele vaid inimeste põhiseadusega tagatud teenuste (avalike teenuste) osutamisele. Lahutada haiglateenused avaliku võimu teostamisest, seega parteipoliitikast. Ühtlasi tähendab see seda, et saavavad hakata toimima turumajanduslikud juhtimismudelid ning paraneb haiglasektori efektiivsus (Vask 1997).

Järeldati, et kui muuta haiglaid valdavalt äriühinguteks, siis on see täiendava surve tekitamine tervishoiukulutuste suurendamiseks ja tähendaks sisuliselt Ameerika tervishoiu mudeli käivitamist, mis on kalleim tervishoiukorralduse

udel maailmas. Väideti, et kohaliku omavalitsuse võimuorganeis ei ole üldjuhul mingit kompetentsi haigla juhtimise vallas ja ei ole mingit põhjendust praegustes Eesti oludes, miks haiglad peaksid olema munitsipaalasutuse või riigiasutuse staatuses. Sihtasutuse staatus võimaldaks käivitada ka haiglate süsteemis turumajanduslikud juhtimismehhanismid ja vabastada arstid juhikohustest, võimaldades neil keskenduda kliiniliste ülesannete täitmisele. (ibid.)

Eesmärgi saavutamiseks tuli alustada riigihaiaglate üleviimist eraõiguslike sihtasutuse juhtimise alla ja erilist tähelepanu tuli koondada põhikirjade koostamisele, et vähendada miinimumini pankrotistumise riski (ibid).

Riigihaiaglad olid asutused, mille kaudu riik viis ellu oma tervishoiupoliitikat. Ka tänasel päeval eksisteerivad avalik- õiguslikule juriidilisele isikule (riigile või kohalikele omavalitsusele) kuuluvad asutused, mille kaudu viiakse ellu tsiviilkohustusi. Nimetatud asutused funktsioneerivad eelarveliste asutustena ning nende eesmärgiks ei ole kasumi teenimine vaid ühiskonnale vajalike teenuste osutamine. Majandamisel on rakendatud segasüsteemi, mis koosneb kohaliku omavalitsuse eelarvest saadavatest vahenditest ja oma teenitud vahenditest, mida saadakse teenuste osutamisest elanikele.

Eraõiguslikkuse staatust ja sellega kaasnevat võimalust oma tegevusest aru mitte anda tunnistasid ka haiglad, kui neile esitati konkreetseid küsimusi lepingutest tulenevate kohustuste täitmise osas. Nii vastas Ida- Tallinna Keskhaigla oma senisele lepingupartneri Arvo Silla Kommunikatsioonid järelepärimise kohta, et Ida - Tallinna Keskhaigla on eraõiguslik juriidiline isik ja on kohustatud teavet andma ainult avalike teenuste osutamise osas.

Eraõiguslik juriidiline isik võib tegeleda kõikide tegevusaladega, millega tegutsemine ei ole seadusega keelatud, kuigi 2001 aastal vastu võetud Tervishoiuteenuste korraldamise seadus sätestab haigla kohta, et haigla on ambulatoorsete ja statsionaarsete tervishoiuteenuste osutamiseks moodustatud majandusüksus ja haiglat pidaval aktsiaseltsil või sihtasutusel ei või olla teist tegevusala peale eriarstiabi, kiirabi ja sotsiaalteenuste osutamise ning tervishoiualase õppe- ja teadustöö (RTI 2001, 50, 248).

Kokkuvõtteks võib öelda, et riigihaiгла ja riigile kuuluva eraõigusliku haiglal majandamisprintsipiid võivad olla sarnase iseloomuga, kuid erineva oluliselt osutatavate teenuste omahinnas. Küsimuse aktuaalsuse tingib asjaolu, et riigihaiгла ei ole orienteeritud mittetulundusliku majandamisvormina kasumi teenimisele. Kuigi eraõigusliku haigla tulubaas võib koosneda samadest komponentidest kui riigihaiгла tulubaas, ilmnevad erinevused kulutuste osas. Ühiskonna kontrolli alt väljunud solidaarsusprintsipi alusel kogutud vahendite sihipärase kasutamise asemel on võimalik hakata tasuma eraõiguslikele juriidilistele isikutele teenuste eest sisuliselt kontrollimatute hindade alusel, mille abil väheneb arstiabi kättesaadavus. Riigihaiглаte kui raviasutuste mudeli kiire lõhkumine peegeldab kitsaste huvigruppide soovi tekitada tervishoiukorraldusest kasumit teeniv tööstusharu, ning haiглаvõrku hallates saada kontroll ravikindlustuse eelarve üle.

6 UURIMUSE TEOSTAMINE

Peatükk annab ülevaate uurimustöö eesmärkidest, uurimusprobleemi asetusest ning uurimustöös kasutatavatest uurimusmeetoditest.

6.1. Uurimuse eesmärgid ja uurimusprobleemi asetis

Käesoleva uurimustöö eesmärgiks on selgitata Eesti Tervishoiukorralduse arengut ning selle raames vaadelda kõrgema etapi raviasutuste majandamist ning juriidilise staatuse kujundamisega seonduvaid asjaolusid. Magistritöös püüan leida vastuseid küsimustele, miks tervishoiuteenuste kättesaadavus väheneb, kuidas mõjutavad raviteenuste hinnakujundusmehhanismid tervishoiuteenuste kvaliteetsemat osutamist haiglavõrgustikus ning milliste põhimõtete alusel kujunevad raviteenuste hinnad.

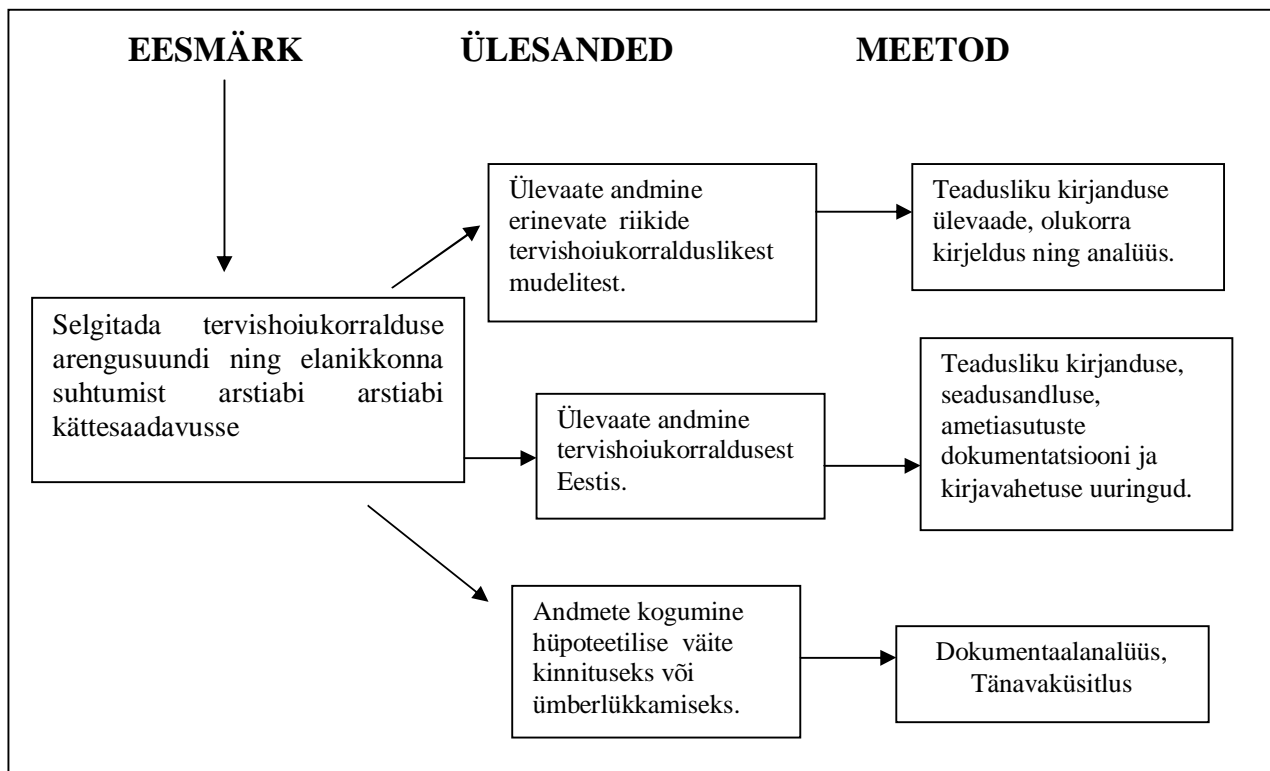
Magistritöös tahan selgitada, millised tegurid on mõjutanud tervishoiusüsteemi arengut ning milliseid tervishoiu mudeleid võeti eeskujuks, kui hakati kujundama Eesti tervishoiusüsteemi.

Väidan, et Eestis rakendatud tervishoiukorralduse süsteem on ebaratsionaalne ning ei arvesta ühiskonna vajadustega.

Väidan, et kõrgema etapi raviasutuste muutmine eraõiguslikeks juriidilisteks isikuteks muudab statsionaarsete tervishoiuteenuste osutamise kunstlikult kallimaks, mille läbi väheneb arstiabi kättesaadavus tervikuna.

Käesoleva magistritöö eesmärgiks on välja selgitada, kas riigi juhtiva ning koordineeriva rolli korral oleks võimalik ellu rakendada tervishoiupoliitikat, mille tulemuseks ei oleks pidev rahaliste vahendite defitsiit ning raviteenuste kättesaadavuse vähenemine.

Uurimistöö asetust iseloomustab joonis 4.



Joonis nr.4 Uurimisprobleemi asetust.

Uurimistöö läbiviimiseks püstitati ülesanded, mis seisnes erinevate maade tervishoiualaste kogemuste ning süsteemide toimimise kohta informatsiooni kogumises, et neid võrrelda Eestis eksisteerivate süsteemidega. Samuti koguti andmeid erinevatest allikatest, et kinnitada või lükata ümber uurimustöös püstitatud väiteid.

Teostati dokumentide analüüs (seadusandlikest aktidest, ametkondlikest dokumentidest, kirjavahetusest ning perioodikas ilmunud artiklitest) ning viidi läbi tänavaküsitlus, selgitamaks elanike arvamust tervishoiukorralduse suhtes.

6.2. Uurimistöo etapid

Uurimuse läbiviimiseks süstematiseeriti kogutud materjal erinevate ajajärgude järgi.

Kogu uurimisperiood hõlmab ajajärku 1995 aastast kuni 2003. aastani. Esimene materjali kogumise etapp algas 1995. aastal, ning sisaldas erinevate ministrite ning ministeeriumi ametnike tegevust puudutavaid otsuseid ning esitatud seisukohti.

Teine materjali kogumise periood hõlmas aastaid 2001 kuni 2002. Sellel perioodil sai kogutud andmeid erinevate maade tervishoiukorralduse kohta ning leidis aset probleemi täpsustamine. Kogutud andmed pärinesid internetis avaldatud materjalidest, erinevatest teaduskirjutistest ning Sotsiaalministeeriumi poolt esitatud väljaannetest.

Kolmas uurimusmaterjali kogumise periood hõlmas aastaid 2002 kuni 2003. Sellel perioodil toimus dokumentide süstematiseerimine ning analüüs, mille käigus otsiti vastust küsimustele haiglate majandamisprintsipi erinevuste kohta ning hinnakujunduse toimetehhanismidest.

Tänavaküsitlus viidi läbi 05.-09. jaanuarini 2004. aastal Tallinna linnas, Nõmmel ja Mustamäel. Tänavaküsitlust aitasid läbi viia Nõmme Raadio vabatahtlikud abilised, kellel olid eelnevad tänavaküsitluse läbiviimise kogemused. Küsitluse läbiviimisel osales viis inimest Kokku pöörduti 1968 inimese poole, kellest vastas 1521 inimest, ehk 76,5%. Vastanutest olid 864 naised, ehk 57% ja 657 mehed, ehk 43%. Vanuselisel jaotati vastanud inimesed kolme gruppi. Esimese grupi moodustasid isikud vanuses kuni 25 aastat. Teise grupi moodustasid kuni 40 aastased vastanud ja kolmanda grupi moodustasid üle 40 aasta vastanud isikud. Esimeses vanusegrupis oli vastanutest naisi 122 ehk 14% vastanud naiste üldarvust. Teises vanusegrupis oli vastanud 415 naist, ehk 48% vastanud naiste üldarvust ja kolmandas vanusegrupis oli 327 vastanud naist, ehk 38% vastanud naiste üldarvust. Meesest kuulus esimesse vanusegruppi 261 meest, ehk 39%

vastanud meeste üldarvust. Teise vanusegruppi kuulus 294 meest, ehk 45% vastanud meeste üldarvust ja kolmandasse gruppi kuulus 102 meest ehk 16% vastanud meeste üldarvust.

7 ANDMETE ANALÜÜS JA ARUTELU

Kogutud andmete analüüs annab võimaluse saada ülevaate teguritest, mis mõjutasid tervishoiukorralduse süsteemi efektiivset funktsioneerimist ja peegeldavad reaalsel olukorda.

7.1. Dokumentide analüüs ja arutelu

Dokumentide analüüsimiseks on kasutatud erinevaid allikaid alates 1995. aastast. Peamised kasutatud dokumendid on Sotsiaalministeeriumi arhiivis talletatud kirjavahetus, sotsiaalministri määrused ja korraldused. Kasutatud on ka sellest ajast ilmunud ajaleheartikleid, kirjutisi, seminaride materjale ning intervjuusid. Kokku kasutati uurimustöös 76 dokumenti ja 92 ajalehte.

Dokumentide analüüs avab riigihaiulate majandamise printsiibid ning vastuolud erinevate poliitiliste ideoloogiate ning huvigruppide taotluste vahel. Samuti kajastab raviteenuste hinnakujundamise probleemistikku ning peegeldab arstkonna seisukohti prioriteetide kehtestamise vajalikkusest. Dokumentide analüüsist selgub, et 1997. aastast alates vähendati Sotsiaalministeeriumi poolt riigihaiulate majandamiseks ettenähtud kulutusi. Riigihaiulate juhtide ühises pöördumises õiguskantsler Eerik- Juhan Truuvälja poole paluti selgitust, kuidas tekkinud olukorras vältida haiulate maksujõuetuks muutumist. Õiguskantsleri vastus sätestas täpselt, et Sotsiaalministeeriumi ülesandeks on hallatavate asutuste majandamiskulude katmine ning sotsiaalministeeriumil puudub õigus selleks otstarbeks eraldatud summasid teistel eesmärkidel kasutada. (Õiguskantsleri kiri haiglajuhtidele nr. 21/65 25.04.97.)

Samuti pöördusid riigihaiulate juhid Sotsiaalministeeriumi poole et saada teada milline on sotsiaalministeeriumi, kui riigihaiulate omaniku seisukoht.

Sotsiaalministeeriumi kantsleri Jaan Rütmani vastusest 20.05.1997.a. nr. 1-5/892 selgub, et Sotsiaalministeeriumi ülesanne on tagada arstiabi kättesaadavus kõigile Eesti territooriumil viibivatele inimestele, seetõttu on riigieelarvest

toetatud mitte ainult riigi omanduses olevaid haiglaid vaid kõiki haiglaid. Haiglahujule tehti otseseks ülesandeks majandada arvestades reaalselt kõiki olemasolevaid ressursse.

Konkreetselt on võimalik anda hinnang Kivimäe Haigla majandustegevusele, kuna Kivimäe Haigla oli ainukene riigihaiгла, kes töötas välja konkreetse haigla arengukava ja esitas selle Riigihaiглаte haldusnõukogule kinnitamiseks, mille ka haldusnõukogu heaks kiitis. (Riigihaiглаte haldusnõukogu koosoleku protokoll nr. 9. 21.10.1996.a.) Ekspert hinnangu Kivimäe Haigla funktsionaalse programmi kohta andsid Sotsiaalministeeriumi Meditsiinitehnoloogia büroo ja üldosakonna spetsialistid. Nende seisukohtade alusel oli projekti materjal esitatud piisavas mahus ning võis olla aluseks edasise etapiviisilise rekonstrueerimise kavade realiseerimisel. (Intelmann 1996).

Lisaks arengukavale esitas Kivimäe Haigla direktor detailse aruande haigla majandamisel avastatud puudustest ning nende likvideerimisest (Riigihaiглаte haldusnõukogu koosoleku protokoll nr 9. 21. 10 .1996.).

Sellest aruandest selgub, et haigla vastuvõtmisel kontrolliti personali nimekirja, tööaja tabelite ning reaalselt tööl viibivate töötajate vastavust. Kontrollimise käigus avastati, et haigla 360 töötajast olid 52 töötajat fiktiivset, st. nende andmed olid kantud töötabelitesse ning nende tööraamatud töötasid haiglas aga palga said teised isikud. Samuti on märkimisväärne, et haigla ülevõtmisel kontrolliti lõpetamata lepingute vastavust tegelikult tehtavate töödega. Vahe lepingutes ja tehtud töödes oli kalkulatsioonide järgi 2,4 miljonit krooni, mille kohta esitas direktor kõik lepingutega seonduvad materjalid Sotsiaalministeeriumi kantslerile. Sellest intsidendist kandis kantsler J. Rüütman ette Riigihaiглаte haldusnõukogu koosolekul 28. 03. 1996.a. Informatsioon võeti teadmiseks ning rohkem sellega keegi ei tegelenud. Sotsiaalministeeriumi arstidest ametnike selline käitumine kontrollimise käigus esilekerkinud asjaoludest, annab tunnistus olukorrast, kus haiglad olid kontrollimatud raha väljakantimise allikad ning valitses mentaliteet, et see on

loomulik ning iseenesest mõistetav. Selle väite kinnituseks on Riigikontrolli poolt tuvastatud reaalsed faktid nii Mustamäe Haigla kontrollimise kohta (Riigikontrolli akt nr. 40-12/026), mida arutati Riigihaiqlate haldusnõukogu koosolekul 28. mail. 1996.a.(Riigihaiqlate haldusnõukogu koosoleku protokoll nr. 6 28.05.1996).

Kontrollitav periood oli 1994. a. ja 1995.a., millal Mustamäe Haiglat juhatas peaarst T. Lainevee. Ta tunnistas, et nimetatud perioodil teostasid ehitus ja remonditöid mitmed firmad ning kõik selle perioodi majandustegevust ehitusvaldkonnas korraldanud spetsialistid on tänaseks töölt lahkunud. Vabanduseks esitas ta seisukoha, et haiglas oli vaja teha kõiki töid väga kiiresti. Remonditöid tehti osakondade nõudmisel ja ilma eelneva kalkuleerimiseta. T. Lainevee tunnistas, et dokumentide vormistamisel esines tõsiseid vigu- puudusid eelarved ja kooskõlastused rahaliste vahendite tagamiseks, majandustegevuse kontroll ja koordineerimine olid ebapiisavad (ibd).

Rahandusministeeriumi spetsialist S. Ausing püstitas küsimuse: kuidas said raamatupidamise eest vastutavad isikud puudulikud aktid vastu võtta ja nende alusel raha välja maksta, sest peab olema täpselt fikseeritud mida tehti ja millises mahus? Küsimusele vastas nõupidamisele kutsutud haigla peaökonomist H. Chevaljer, kes väitis, et oli korduvalt juhtinud tähelepanu asjaolule, et enne lepingute sõlmimist ja tööde alustamist on vaja koostada eelarved. Korduvalt ületasid ehitustööde maksumused lepingus fikseeritud summad. Summad olid suuremad kui lepingus kirjas, põhjendustega, et töid tehti kokkuleppehindadega. Remondi käigus kasvasid nõuded töö kvaliteedile, samuti kõik kallines kiiresti(ibd).

Korralageduse ühes suuremas riigihaiqlas võttis haldusnõukogu teadmiseks (ibd). Riigikontroll tuvastas ka teistes haiqlates puudusi majandustegevuses. Riigikontrolli peakontrolõri otsuses nr. 70-13/039-3 01.09.1997.a on välja toodud puudused, mis avastati Tartu Ülikooli Kliinikumi Maarjamõisa Haigla majandustegevuse kontrollimisel. Kontrollitaval perioodil puudus haiqlal

kinnitatud eelarve. Puudus koosseisude nimestik koos palgamääradega. Töövõtulepinguid hoonete ja ruumide remondi kohta esitati kontrollimiseks ainult osaliselt, kusjuures puudus ka olemasolevate lepingute register. Tööde andmine ehitustööde ettevõtetele toimus kokkuleppeliselt töövõtjate poolt pakutavas hinnas. Kontrollija hindas, et ehitustööde läbiviimisel püüti vältida valitsuse 23.01. 1997.a. määrusega nr. 23 kinnitatud ehitustööde piirmaksumuse (300 000 krooni) rakendamist (ibid).

On loomulik, et sellise majandustegevuse organiseerimise korral ennustas Maarjamõisa Haigla peaarst, Urmo Kööbi, et kui ravikindlustuseks laekuva raha hulk ei suurene, tuleb varsti hakata Eesti suuremaid haiglaid sulgema. Ta sõnas: "Haigekassa ravikindlustuslepingute maht pole viimasel ajal suurenenud, samas tuleb haiglatel katta valveteenistuse ning kardio- ja neurokirurgia kalli aparatuuri kulud, väidan, et varsti sulgeme suuremad haiglad (Pau, M 1997).

Kui puudub kontroll vahendite ratsionaalse kasutamise üle, siis tulebki kogu aeg raha juurde nõuda, et katta ebamajanduslikku tegevust. Arstkonna poolt 1997. aastal juurutatud praktika on leidnud kasutamist ka tänapäeva rahastamisküsimusi kajastades.

Riigikontrolli peakontrolöri otsusest nr. 40 –13/123 17. maist 1999. saame teada, kuidas ministeeriumi tollane juhtkond käitus riigihaiaglatele eraldatud vahenditega. Nimetatud otsuse p. 2.3 on öeldud, et 1997. aasta riigieelarves tervishoiuasutuste kommunaal- ja remondikulude katmiseks ettenähtud rahast eraldati 26,3 miljonit krooni muude (põhiosas tervishoiuga seotud) kulude katmiseks. Samal ajal kaeti riigi tervishoiukulud ainult osaliselt ning tekkinud võlgnevused on mõnedel tervishoiuasutustel tasumata kuni käesoleva ajani. (Riigikontrolli Peakontrolöri otsus 17. 05. 1999. nr. 40-13/12).

Võlad püsisid kuni 2003. aastani kui Haigekassa kustutas 33, 28 miljoni krooni eest Ida Tallinna Keskhaiigla ja Põhja Eesti Regionaalhaiigla võlgu. Võlad pärinesid aastatest 1994-1996.a. (Päevaleht 03.15. 2003).

Kui Vabariigi valitsuse määruses Riigihaiulate haldamise kohta oli kehtestatud põhimõte, et töölepingu riigihaiulate juhtidega sõlmib Riigihaiulate haldusnõukogu, siis Riigihaiula põhimääruses oli sissekirjutatud printsiip, et haldusnõukogu pädevus on korraldada vastavate ametikohtade täitmiseks konkursse, kuid lepingu sõlmib minister isiklikult. Nimetatud printsiip muutis haiulate haldamise vastuoluliseks, sest nii direktori kui ülemarsti tööandjaks oli sotsiaalminister. Direktori otseste kohustuste hulka kuulus haiula majandustegevuse korraldamine ja sellega kaasnev vastutus. Haiula ülemarst asendas direktorit tema äraolekul ja ei vastutanud sisuliselt millegi eest. Haiula ülemarstil olid vastavalt riigihaiula põhimäärusele volitused koos haiula ravinõukoguga teha haldusnõukogule ettepanekuid direktori ennetähtaegseks vabastamiseks. Nimetatud küsimusi haiula ebamäärase staatuse ning töölepingute sõlmimise osas kommenteeris Sotsiaalministeeriumi juriidilise osakonna jurist, et see oli ministri isiklik korraldus, et valed inimesed ei satuks käsutama haiulate rahalisi vahendeid (Väljataga 1995).

Riigihaiulate haldusnõukogu põhimäärus kinnitati samuti sotsiaalministri määrusega nr. 66 21. detsembril 1994.a., kus fikseeriti Riigihaiulate haldusnõukogu ülesanded ja staatus.

Riigihaiulate haldusnõukogu esimene koosolek toimus alles 18.01.1995. aastal ja päevakorra olulisemateks punktideks olid riigihaiulate nimekirjade täpsustamise küsimused ja riigihaiulate juhtivpersonali kohtadele väljakuulutatud konkursi suhtes tekkinud probleemid. Koosolekul esines Sotsiaalministeeriumi kantsler Jaanus Pikani, kelle informatsiooni kohaselt soovis enamus haiulaid minna üle kohaliku omavalitsuse haldusalasse (ibid).

Valmistati ette riigihaiulate peaarstide ja direktorite ametipalga määramise kord, mis kinnitati sotsiaalministri käskkirjaga nr. 85 22.03.1995.a.

Riigihaiulate haldusnõukogu tööle hakkamisega ilmnisid probleemid, mis olid seotud seniste riigihaiulate juhtimise ning majandamisega. Haiglaid juhtinud paaristidel ei olnud piisavalt majandusalaseid kogemusi ning esines palju rahaliste vahendite ebasihipärast ning põhjendamata kasutamist. Ühe esimese olulise sammuna otsustati teha põhjalik analüüs hallatavate haiulate tegevuse kohta (Riigihaiulate haldusnõukogu istungi protokoll nr 2 09.02.1995.).

Haldusnõukogule saabunud informatsioon haiulate võlgade kohta ei tekitanud haldusnõukogu liikmetel küsimusi, miks on konkreetsel raviasutusel võlad tekkinud. Nii võeti teadmiseks Eesti Onkoloogiakeskuse maksuvõlg Tallinna Soojustvõrkude ees 580 309 krooni suuruses summas ja kohustati Onkoloogiahaiglat nimetatud võlg likvideerima. Tõdeti ka Mustamäe Haigla võlga 680 000 krooni suuruses summas. Probleemina käsitleti küsimust, kas ka arvestatav viivis on kantud võlasumma hulka (Riigihaiulate haldusnõukogu istungi protokoll nr 2.09.02.1995.).

Riigihaiulate haldusnõukogu koosseis muutus tihti ja oli seotud ministrite vahetusega ministeeriumis. Konfliktisituatsioonid ministeeriumi juhtkonna ja Riigihaiulate haldusnõukogu vahel said alguse Haapsalu Neuroloogilise Rehabilitatsioonikeskuse direktori ametikohale konkursi korraldamisega 28. 03. 1996. a. Riigihaiulate haldusnõukogu poolt osutus valituks Rein Kariis, kelle poolt hääletasid kõik 8 haldusnõukogu liiget. Sotsiaalminister Toomas Vilosius ei jäänud rahule haldusnõukogu valikuga ja keeldus oma resolutsioonis haldusnõukogu otsust kinnitamast, reageerides esimehe kirjale, paludes selles korraldada uus konkurss (ibid).

Peale Riigihaiulate haldusnõukogu poolt korraldatud konkursse asusid haiglaid juhtima direktorid. Konkurssidel kandideerinud direktorite ettevalmistus oli küllaltki erinev. Konkursil kandideerimise eelduseks oli omandatud kõrgharidus (RTL 1995, nr.10.).

Direktorite eelnevast majandamiskogemusest ning oskusest haigla majandust hinnata sõltus haiulate edasine areng. Positiivse näitena saab märkida Tallinna

Psühhiaatriahaigla direktori ning ülemarsti premeerimist korrektse aruandluse esitamise eest ühe kuupalga ulatuses (Riigihaiglate haldusnõukogu koosoleku protokoll nr 3. 21.03.1997.).

1996. aasta majandustulemusi hinnates on võimalik saada ülevaade, kuidas on majandustulemustele mõjunud haiglate juhtimiskorralduse muutmine. Riigihaiglate haldusnõukogu 21.03.1997.a. toimunud koosolekul läbivaadatud riigihaiglate majandustulemuste analüüsist selgub huvitav seaduspärasus, et haiglad, kus direktoriteks ei olnud arstid, olid majandusnäitajad oluliselt paremad (Riigihaiglate haldusnõukogu protokoll 21.03.1997. nr 3).

1. Tallinna Psühhiaatriahaigla

Haigla esitas lisaks majandusaruandele ka audiitori aruande, mis näitas, et aruanded olid kooskõlas kehtivate eelarveliste asutuste raamatupidamise korraldamise eeskirjadega. Haigla 1996. aasta tulud ületasid jooksivaid kulusid 1529,2 tuh. krooni ja tulud kasvasid võrreldes 1995. aastaga 22,8 %, ning personalikulud 19,7%. Haigla suutis tasuda ka vajalikud summad laenude ja laenuintresside eest kokku 1282,4 tuhande krooni ulatuses (ibd).

2. Kivimäe Haigla

Haigla esitas lisaks majandusaruandele ka audiitori aruande, mis näitas, et aruanded olid kooskõlas kehtivate eelarveliste asutuste raamatupidamise korraldamise eeskirjadega. Haigla kulud ületasid tulusid 189,2 tuh. krooni ulatuses, ka vähenesid rahalised vahendid pangas 1314,6 tuh. krooni võrra, kuid olid aasta lõpuks siiski 773,6 tuh. krooni. Kulude suurenemine 1996. aastal oli otseselt seotud teostatud kapitaalremondiga 2832,8 tuhande krooni ulatuses. Võrreldes 1995. aastaga kasvasid haigla tulud 34,4% ja personalikulud 26 %.

Kose osakonnas ehitati välja pikaajalistele tuberkuloosihaigetele ja personalile pesemisruumid, mis seal puudusid. Ehitati kahele haiglakorpusele autonoomsed katlamajad, mille majanduslik efektiivsus selgus juba 1997. aasta

majandustulemuste analüüsis. Selle võrdluse alusel oli 1997. aastal haigla põhikorpuste 9 kuu küttekulu 635, 4 tuh. krooni, siis 1996. aastal oli see summa sama perioodi eest 1 727 tuh. krooni, mis kinnitas majandustegevuse õiget juhtimist (Vilgats 1997).

3. Haapsalu Neuroloogiline Rehabilitatsioonikeskus

Majandusaruanne oli esitatud kooskõlas kehtivate eeskirjadega. Kulud ületasid tulusid 115, 3 tuh. krooni. Tulud kasvasid aastaga 39,1% ja kulutused personalile suurenesid 32,7%.

4. Nahahaiguste Haigla

Majandusaruanne oli esitatud kooskõlas kehtivate eeskirjadega. Haigla tulud suurenesid võrreldes 1995. aastaga 48%. Haldusnõukogu pidas liiga suureks palkadeks suunatud vahendite kasvu, mis suurenes 1995. aastaga võrreldes 72 % tulude 48, 1 % suurenemise juures.

Nahahaiguste Haigla poolt planeeritud palgafondi kasv 72 % ei olnud suur tulude suurenemise 48,1 % juures. Palgafond moodustas üldistese kulust 1995. a. 48%. Kogutulu suurenemise korral 48, 1% võrra oleks töötasufondi suurendamise korral 72% võrra moodustanud töötasufond üldisest tulust ca 55%, mis oleks siis olnud Kivimäe Haigla töötasufondiga ühesugune.

5. Põhja – Eesti Verekeskus

Haigla esitas lisaks majandusaruandele ka audiitori aruande, mis näitas, et aruanded olid kooskõlas kehtivate eelarveliste asutuste raamatupidamise korraldamise eeskirjadega. 1996. aasta kulud ületasid tulusid 3600, 4 tuh. krooni võrra. Kreditoridele suurenes võlgnevus 2760,7 tuh. krooni. See näitas, et verekeskus ei suuda oma tuludega katta kulusid õigeaegselt. Kuludest suunati 1266,7 tuh, krooni kapitaalremondiks ja personalikulud suurenesid 27,8% , kuigi tulude kasv oli ainult 9, 7%. Verekeskusele tehti ettepanek abinõude osas kulude

vähendamiseks või tulude suurendamiseks, sest rahaliste vahendite jäägi arvelt kulude katmist ei peetud võimalikuks jätkata.

6. Kutsehaiguste Kliinik

Kutsehaiguste Kliiniku majandustegevust ei olnud kontrollinud audiitor ning bilansis esines vigu. Kulud ületasid tulusid 92,7 tuh. krooni, mistõttu vähenes raha jääk arvelduskontol ja haigla võlad kasvasid 119, 1 tuh. krooni võrra.

Tulude kasv võrreldes 1995. aastaga oli 27,6%, kulud kasvasid aga 44,7% ning personalikulud suurenesid 39,7%. Kui tulud ei kata jooksvaid kulusid, siis palga maksmist vahendite jäägi arvelt ei peetud õigeks.

7. Onkoloogiakeskus

Onkoloogiakeskuse olukord oli komplitseeritum kui teistel haiglatel, sest eelmiste peaarstide poolt võetud laenude maksetähtajad olid 1996. aastaks saabunud. Onkoloogiakeskuse bilanss ja omatulude eelarve oli kooskõlas kehtivate raamatupidamiseeskirjadega. Tulud kasvasid 1995. aastaga võrreldes 36%, kulud suurenesid 6%. Personalikulu suurenes 34,9%. Pangaarve seis vähenes 4 063, 6 tuh. kroonilt 1041,5 tuh kroonile. Aruande alusel kulus 1997.a. laenude tasumisele 6 165,8 tuh. krooni. Haiglal kästi võtta tarvitusele abinõud, kulude maksimaalseks vähendamiseks ja tulude suurendamiseks, et toime tulla 1997.aasta kohustustega.

8. Jämejala Haigla

Jämejala Haigla aastaaruande kohta oli arvamuse esitanud audiitor. Haigla lõpetas aasta kasumiga. Tulud suurenesid võrreldes 1995 aastaga 12 %, kulud 54% ja personalikulu 32%. Osa kulusid kaeti aasta alguse jäägi arvelt. Pangakonto jääk oli aasta lõpuks 8 530,2 tuh. krooni, mis vähenes aastaga 1 143,4 tuh. krooni võrra.

9. Mustamäe Haigla

Mustamäe haigla lõpetas 1996. aasta kahjumiga (-6678,1 tuh. krooni). Haigla arveldusarvel oli raha 10 092,6 tuh. krooni. Arvestuslikult kujunes kahjum bilansi koostamise uute eeskirjade tõttu, kus arvesse tulid eelolevatel aastatel tasumata laenud, mida oli kokku 21 498,1 tuh. krooni. Bilansis ei kajastunud otseselt liisinguga ostetud inventar, mille algmaksumus oli 18 835,9 tuh. krooni ja millest oli makstud 8 037,3 tuh. krooni. Kokku tuli 1997. aastal liising ja laenulepingute järgi tasuda 12 824,4 tuh. krooni, mis oli haldusnõukogu seisukohalt väga tõsine kohustus. Haigla jooksvad tulud kasvasid 1995. aastaga võrreldes 45% ja kulud 71%, mille suuruse põhjustasid enamuses võetud laenukohustuste kustutamine ja personalikulu, mis kasvas 1995. aastaga võrreldes 61% (ibid).

Vaadeldes haiglate arengudünaamikat, mis ilmneb Riigihaiiglate haldusnõukogu protokollist selgub, et haiglate tulud suurenesid 1996. aastal märgatavalt.

Samasugune suundumus valitses ka järgnevatel aastatel, kui haiglad olid direktorite juhtida. 1998. aasta lõpuks olukord muutus ja haiglate majandusnäitajad halvenesid oluliselt. Enne riigihaiiglate liitmist Põhja Eesti regionaalhaiglaks 25. juulil 2001. a. oli kahjum riigihaiiglate peale kokku ligi 40 miljonit krooni. Audiitorfirma KPMG prognoosis kahjumi kasvamist 2001. aasta lõpuks kuni 75 mln kroonini (Kallikorm 2002).

Riigihaiiglate haldamisega seonduvate küsimuste ja Riigihaiiglate haldusnõukogu saatuse kohta liikus 1997. aasta alguses palju erinevat informatsiooni. Ametliku seisukoha saamiseks kirjutas Riigihaiiglate haldusnõukogu liige ja riigihaiiglate

haldamissüsteemi üks autoritest dr. Andres Ellamaa 14. 02. 1997.aastal Eesti Vanariigi peaministrile kirja, milles kirjeldas haldusnõukogu tegevuse vastuolusid Sotsiaalministeeriumi juhtkonnaga ja teatavaks saanud informatsiooni kavast muuta Riigihaiulate haldusnõukogu koosseisu, kuna see “ei võimaldanud riigihaiulate finantsmajandusliku tegevuse piisavalt asjatundlikku analüüsi ja kontrolli” (Ellamaa 1997).

Oma kirjas kirjeldab ta detailselt olukorda, mis tekkis 1996.aastal Riigihaiulate haldusnõukogu ja reformierakondlasest ministri T. Vilosiuse ja tema ametisse kutsutud kantsleri J. Rüütmani vahel. Haldusnõukogu, kelle viimasesse koosseisu kuulusid Rahandusministeeriumi, Sotsiaalministeeriumi, Keskhaigekassa, kohalike omavalitsuste, Meditsiinitehnoloogia büroo kui ka tegevarstid lähtus oma tegevuses põhikirjalistest eesmärkidest ning püüdis olla objektiivne ja sõltumatu, teenis ära ministri rahulolematuse (ibid).

Vastuolu kulmineerus Põhja - Eesti Verekeskuse direktori ametissemääramisel. Nimetatud ametikohta ei õnnestunud täita sobiva kandidaadi puudumise tõttu.

Kuigi Põhja - Eesti Verekeskuse põhikiri näeb ette direktori ametikoha täitmise konkursi teel, määrati Sotsiaalministeeriumi kantsleri ja sotsiaalministri T. Vilosiuse initsiatiivil isik, kelle haldusnõukogu poolt moodustatud konkursikomisjon oli tunnistanud sobimatuks (Riigihaiulate haldusnõukogu koosoleku protokoll nr 11 21.11.1996).

Haldusnõukogu arvamus osutus õigeks- uue direktori ebakompetentsus ning ambitsioonikus on destrueerimas haigla tegevust. Dr. Ellamaa juhtis tähelepanu asjaolule, et uue kavandatava haldusnõukogu 8 liikmest on Sotsiaalministeeriumi kantsleri vahetud alluvad ning kolm arstiabi probleemidest kaugel seisvad isikud. Samas märkis ta, et ta näeb Sotsiaalministeeriumi kavast muuta Riigihaiulate koosseisu, sihipärast tegevust koondada kümnete miljonite kroonide sisuliselt kontrollimatu käsutamiseõigus kantsleri või väga väikese grupi ametnike kätte (ibid).

Sotsiaalministri vastusest selgub, et ministeeriumi ametnike seisukohalt oli sotsiaalministeeriumi haldusalas olevate riigihaiqlate töö koordineerimine ja nende bilansis oleva riigivara haldamine läbi riigihaiqlate haldusnõukogu seaduspärane seni, kuni riigihaiqlad (tulenevalt NL aegsetest reeglitest) olid juriidilised isikud (Aro 1997).

Vabariigi Valitsuse seadus (RT I 1995, 94, 1628) ning Sotsiaalministeeriumi põhimäärus (RT I 1996, 80, 1442) sätestavat ministeeriumi valitsemisala asutuste tegevuse juhtimise, teenistusliku järevalve ja varade haldamise vahetult ministeeriumi poolt (sisuliselt võrdub valitsusasutuse hallatava riigiasutuse staatus ministeeriumi osakonna staatusega) (ibid).

Sotsiaalminister leidis, et praeguses õigusruumi kohaselt tuleb riigihaiqlate haldamise senine korraldus tunnistada kehtetuks, mille kohta Sotsiaalministeerium on oma ettepaneku Vabariigi Valitsusele juba esitanud (ibid).

Sotsiaalminister oli seisukohal, et olukord, kus riigihaiqla eest vastutab otseselt ministeerium, pole normaalne. Selleks, et haiqlad saaksid töötada autonoomsete üksustena, tuleb neile leida kehtivatest seadustest tulenev juriidiline vorm (staatus), mille sotsiaalministeerium loodab kehtestada käesoleva aasta jooksul. Kuni seda pole tehtud, ei võimalda praegune seadusandlus vastutust ministeeriumist väljapoole delegeerida (ibid).

Haldusnõukogu koosseisu muutuse plaani võis tingida ka asjaolu, et Mustamäe Haiqla, kui suurema riigihaiqla munitsipaliseerimise otsused olid vastu võetud 1994. aastal Tallinna Linnavolikogu poolt 1994. a. ja Erastamisagentuuri Nõukogu oli vastava otsuse langetanud 17. mail 1995.a.

Mustamäe Haiqla munitsipaliseerimise küsimuse arutelu leidis aset Riigihaiqlate haldusnõukogu istungil 21.10.1996.a. Sellel koosolekul oli Riigihaiqlate haldusnõukogu jaoks otsustav tähtsus, kuna nurjati suurema riigihaiqla erastamise võimalused.

Direktor R. Allikvee tutvustas haiglat. Haiglas oli 580 voodikohta, vajadusel oli võimalik lisada veel 30 voodit. Lepingute maht haigekassadega oli 112,56 milj. krooni (1995. aastal oli haigekassadega sõlmitud lepingute maht ainult 60 milj. krooni ja voodikohti oli 680.) (Mustamäe Haigla 1995. aasta eelarve. Kinnitatud Riigihaiulate haldusnõukogu esimehe V. Vahula poolt 21. aprillil 1995.a.)

Mustamäe Haigla munitsipaliseerimise kohta võttis sõna A. Ellamaa. Ta avaldas arvamust, et haigla munitsipaliseerimisega kaotab riik käest võimaluse reguleerida arstiabi.

Sotsiaalministeeriumi kantsler J. Rüütman selgitas, et Tallinn on avaldanud valmisolekut munitsipaliseerida Mustamäe Haigla. Ta esitas ka valitsuse seisukoha, et maksimaalselt tuleb riigihaiglaid üle anda kohalikele omavalitsustele ja nad erastada (ibd).

Kinnise hääletuse tulemusena otsustati Mustamäe haigla munitsipaliseerimine. Munitsipaliseerimise poolt oli 3 häält, vastu oli 4 häält ning üks jäi erapooletuks. (Riigihaiulate haldusnõukogu koosoleku protokoll nr. 9. 21.10.1996)

Analüüsidest sündmusi on märgata huvitavaid kokkulangevusi. Nimelt soovis Sotsiaalministeeriumi kantsler J. Rüütman Riigihaiulate haldusnõukogu istungil 21.10.1996.a läbi suruda suurima riigihaiгла munitsipaliseerimise ja erastamise plaani. Haldusnõukogus läbiviidud hääletus ei toetanud reformierakondlasest minister T. Vilosiuse ja tema ametnike plaani.

Kui sellel Riigihaiulate koosolekul kaitses Sotsiaalministeeriumi kantsler Rüütman pretsedenditult suurema Riigihaiгла munitsipaliseerimise ning erastamise plaani, siis vastused teiste riigihaiulate juhtidele surusid maha igasuguse analoogilise tegutsemisinitsiatiivi.

Juba 12. 11. 1996.a. on võttis Vabariigi Valitsus vastu oma määrusega nr. 283 Sotsiaalministeeriumi uue põhimääruse, mis koondab kogu võimu ministeeriumi valitsemisealas olevate hallatavate riigiasutuste osas Sotsiaalministeeriumi kantsleri kätte. Küsimuse lahendamiseks on olnud kiire, sest juba 01.12.1996. a. astub seoses valitsuskriisiga tagasi ka Sotsiaalminister T. Vilosius.

Arstkond pöördus korduvalt Sotsiaalministeeriumi poole tervishoiu reformi puudutavate küsimustega. Kuid ühelegi konkreetsele küsimustele ei suutnud sotsiaalminister Tiiu Aro vastata, kirjutab oma kirjas arstkonnale Magdaleena Haigla peaarst dr. Peeter Mardna. Ta lisab, et tervishoiureformi viiakse läbi jäärpäiselt, sest ministeeriumi poolne seisukoht "meie arvame" kaalub üles kõik loogilised arutelud, sest arutelud ei ole avalikud, vaid nendes kaasatakse ainult ministri poolt määratud seltskond. Ta lisab, et keelustatakse fluorograafia profülaktiliste kopsuuringute teostamised, põhjendades seda kiiritusega saadava tõestamata ohufaktoriga, jättes märkimata, et ohufaktorite võrdlemisel on suitsetamisest saadav oht elanikkonnale võrdne 700 kopsuülesvõttega igale kodanikule. Absurd on meie vaesuse juures loobuda momendil kohe ja täielikult fluorograafiast, kui see arvutuslikult nõuab vähemalt 60-80 miljonit EEK-i lisakulutusi aastas. Dr. Mardna küsib, et miks me seda teeme ning miks arstkond sellest ei räägi, ning vastab ise- küllap on kellelegi see kasulik.

Sotsiaalministri vastus Ellamaale Riigihaiaglate haldusnõukogu staatuse küsimustes oli samuti vastuoluline. Sotsiaalministeeriumi seisukoha alusel ei ole normaalne, et riigihaiagla tegevuse eest vastustab otseselt ministeerium, kuigi kirjas viidatud Sotsiaalministeeriumi põhimääruse II osa p 6. sätestab ministeeriumi ülesandena rahva tervise kaitse ja arstiabi, mis tagatakse p.8 alusel sotsiaalministeeriumi tegevuse kaudu, milleks on elanikele arsti- ja ravimiabi andmise suunamine, koordineerimine ja korraldamine. Just korraldamine ja mitte nende ülesannete delegeerimine äriseadustiku alusel töötavatele eraõiguslikele juriidilistele isikutele (RT I 1996, 80, 1442).

Sotsiaalministeeriumi põhimääruses on sätestatud, IV p 17. kantsleri kohustused, mille hulgas ta koordineerib ministeeriumi hallatavate riigiasutuste tegevust ja teeb ministrile ettepanekuid nende asjaajamise ja töökorralduse kohta. Sotsiaalminister sõlmib põhimääruse III p.8. alusel kantsleri ettepanekul töölepinguid ministeeriumi hallatavate riigiasutuste juhtidega (ibd).

Sotsiaalministeeriumi põhimäärus nägi ette ministeeriumi haldusalas olevate hallatavate asutuste olemasolu ja nende funktsioneerimise riikliku tervishoiupoliitika elluviimisel (ibd).

Ka täna eksisteerivad ministeeriumite juures hallatavad asutused, mida juhivad direktorid, kelle pädevus on põhimäärusega fikseeritud. Näiteks Veterinaar- ja Toidulaboratoorium või Sotsiaalministeeriumi haldusalas olev tervishoiuasutus Põhja-Eesti Verekeskus (Põhja-Eesti Verekeskuse põhimäärus).

Vabariigi Valitsuse 18. märtsi 1997. a. määrusega nr. 62 tunnistati kehtetuks riigihaiulate haldamine haldusnõukogude kaudu (RT I 1997, 24, 368).

Viimane Riigihaiulate haldusnõukogu koosolek toimus 21. märtsil 1997.a. kolm päeva peale vabariigi valitsuse määruse vastuvõtmist. Usutavasti ei olnud informatsioon Vabariigi Valitsuse määrusest veel haldusnõukogu liikmeteni jõudnud.

Päevakorra ühe punktina arutati Sotsiaalministri vastust 17.03.1997 nr. 1-5/481 dr. Ellamaa kirjale. Haldusnõukogu liikmed olid üksmeelsel seisukohal, et haldusnõukogu laialisaatmise juriidiline põhjendus ei ole korrektne (viide Vabariigi Valitsuse seaduse paragrahvidele 43 ja 49) (Riigihaiulate haldusnõukogu protokoll 21. 03.1997.a. nr. 3).

Olulise päevakorrapunktina oli arutelu teemaks Põhja - Eesti Verekeskuse edasise tegevusega seonduvad küsimused. Põhja-Eesti Verekeskuse tootmisosakond esitas materjalid, et albumiini tootmine ei ole sugugi kahjumit andev. Verekeskuse tootmisosakonna juhataja M. Paberit selgitas, Rootsi spetsialistide hinnangul ei vasta verekeskuse tootmistingimused Euroopa normidele, kuid kaader on valitsevatest ohtudest teadlik ning tuleb antud tingimustes tööga toime. Verekeskuse ülemarst T. Plahhova seisukoha järgi on vereteenistuse peamine ülesanne kindlustada haiulatele kvaliteetsed verekomponendid ning plasmaderivaadid nõutavas nomenklatuuris. Verekeskuse tootmise kvaliteedi parandamiseks oli direktori hinnangul vaja 750 000 krooni, millest 300 000 krooni kuluks uute külmutusseadmete ostuks (ibd).

Teisel seisukohal oli Sotsiaalminister T. Aro, kes kinnitas Sõnumilehele, et Verepreparaatide valmistamine Eestis tähendanuks selle iga-aastast doteerimist miljoni dollariga. (Sank 1997).

Leping on kavas sõlmida kaheks aastaks. Tootmise taastamise võimalikkusest lepingu lõppemisel arvas minister: "Kui leiame 10 miljonit USA dollarit tänapäeva nõuetele vastava väiketootmise sisseadmiseks pluss suudame igal aastal tootmist ühe miljoni dollariga doteerida, siis tuleb kõne alla." (ibd).

Tootmise asjatundjad on Sõnumilehes varem kinnitanud, et vere fraktsioneerimine võinuks jätkuda olemasolevaid seadmeid tasapisi vahetades. Nii läinuks ajakohastamine nende ja ka sotsiaalministeeriumi kantsleri hinnangul maksma kokku 10 miljonit Eesti krooni. Summa, mida soomlased küsivad ainult teenustasuks, tuleb aasta kohta suurem (ibd).

"Mul on sügavalt häbi, et nii paljud inimesed kulutavad energiat sellele vahule, mis on löödud verepreparaatide valmistamise ümber," sõnas Aro. "Eesti inimesed ei kaota sellest sentigi, et see tootmine ära lõpetati." (ibd).

Riigihaiulate haldusnõukogu likvideerimisega muutus ka haigla juhtimine. Kõikide küsimustega, mis väljusid haigla direktori kompetentsist, tuli pöörduda otseselt kantsleri poole, kelle isiklikust sümpaatiast sõltus haigla direktori töökoht.

Internetiportaalis DELFI vastas 04. septembril 2003.aastal lugejate küsimustele Eesti Haigekassa Juhatuses esimees, Hannes Danilov. Küsimusele, miks on Tallinnas likvideeritud kõrgema etapi avalik - õiguslik tervishoiuteenus ja asendatud ainult eraõiguslikuga ning keda selle eest peaks vastutusele võtma - vastas Danilov, et Eestis ei ole avalik-õiguslik tervishoiuteenus likvideeritud, kõik Tallinna haiglad on asutatud riigi või Tallinna linna poolt, millised mõlemad on avalik-õiguslikud (Danilov 2003).

Antud vastus tekitab kahtlusi, kas tervishoiuküsimuste eest vastutavad ametiisikud on üldse kompetentsed mõistma probleemistikku või püüavad varjata üldsuse eest meditsiinitemaatikaga seonduvaid küsimusi. Danilovi vastus

peegeldab suhtumist, mille alusel riigijuhid ei ole pidanud demokraatliku sotsiaalse süsteemi loomist üleüldse vajalikuks. Valitsev ideoloogia määrab vastutuse kõrgemaks kriteeriumiks poliitilise vastutuse. Kui räägitakse poliitilisest vastutusest, siis Eesti tänapäeva ühiskonnas tähendab see sisuliselt vastutuse puudumist (Graf 2000).

Samas opereerivad seaduseandjad peaauglikult kellegi arvamusega, olukorda puudulikelt peegeldavate statistikaandmetega, omaenda äraarvamisoskusega ning selle üle, kuidas ja milleks kasutada Eesti rahva looduslikke või tööga toodetud rikkusi, otsustatakse tegelikkuses piiri taga (ibd).

Muidugi ei ole siis juttugi rahva huvides toimiva juhtimiskorralduse konkreetsest loomisest. Elu on näidanud, et seal kus kerkib küsimus võimu- ja varade kasutamise suvalisest piiramisest, on meie muidu nii erinevust rõhutavad parteid äkitselt ühisrindes??? Rahvale pole aga oma eluliste huvide kaitseks loodud ametlikult mitte mingisuguseid tõhusaid juhtimishoobi (ibd.)

Pööramata tähelepanu sellele, kas tegemist oli sotsialistliku riigi majandussüsteemi asendamise tõttu erastamisele kuuluvate või ühiskonna huvides hädatarvilike tingimuste loomiseks vajalike ressurssidega likvideerisid Eesti riigijuhid hoogsalt rahva ühisvarasid. Eesti riigijuhtimisaparaat pole rahva huvides toimima korraldatud ja miski ei sunni riigijuhte neile rahva poolt sihtotstarbeliselt antud võimu ja varasid sihipäraselt Eesti rahva huvides kasutama. Samasugused suundumused valitsevad ka tervishoiu valdkonnas.

Et kogu võim ja vara on antud poliitikute poolt osavalt tehtud seaduste alusel väikesearvuliste parteidele meelevaldseks kasutamiseks, siis pole vahendeid ega regulatsioonimehhanisme, millega tagada rahvale tõelise info saamist riigijuhtimise kohta (ibd).

Reformierakonna esimees, endine peaminister Siim Kallas, on väitnud, et poliitika on eelkõige võimuvõitlus, mille eesmärgiks on kehtestada ühiskondlikke norme ja jaotada ümber rahvuslikku rikkust. Tema näeb poliitilist võitlust selle

nimel, missuguste elanike gruppide huvid pääsevad rohkem võimule, missugused vähem (Kallas 1998).

Riikliku kõrgema etapi tervishoiusüsteemi kaotamine, lähtudes üleüldisest riigijuhtimise tüübist, mis tagab võimulolevatele poliitikutele võimaluse rahvavõimu ja rahva ühisvaraga iseendi ja oma grupi huve realiseerida, võib nimetada võimulolijate diktatuuriks (Graf 2000).

Raviraha vähesusele viidates organiseerivad haiglate administratsioonid ravijärjekordade lühendamise põhjendusega haiglates eraviisilisi vastuvõtte. Näiteks kes tahab järjekorrast pääseda või ei saa tööajast kardioloogi vastuvõtule tulla, võib seda Põhja-Eesti regionaalhaiglas teha raha eest, sest kardioloogid dr Ülle Planken ja dr Toivo Laks võtavad patsiente vastu eritasu eest (Päevaleht 26.12.2003).

“Tippspetsialistide juurde on kõige suuremad ooteajad ja et seda leevendada, otsustas haigla kahe kardioloogi vastuvõtu muuta tasuliseks,” ütles haigla kommunikatsioonidirektor Kristjan Hamburg. Regionaalhaiglal on plaanis ka teiste erialade tippspetsialistide tööajavälised vastuvõtud tasuliseks muuta, praegu pole veel võimalik öelda, millistel erialadel tasuline vastuvõtt korraldatakse. Tasulisi teenuseid pakub regionaalhaigla juba töötervishoiu alal, reisimeditsiini kabinetis ja nahahaiguste ravil (ibid).

Ajalehe Eesti Päevalehe andmetel otsustas Põhja – Eesti Regionaalhaigla juhatus hakata 50-kroonist visiiditasu võtma kõigilt traumapunkti külastajatelt, tegemata erandeid isegi pensionäridele. Ka Tartu Ülikooli Kliinikumi traumapunkti patsiendid hakkavad maksma sama suurt visiiditasu, pensionäridelt küsitakse poole vähem. Aprillist peab iga abivajaja Põhja-Eesti Regionaalhaigla traumapunkti Mustamäel kaasa võtma 50 krooni, mille tasumise järel ta abi saab (Sikk 2002).

"Ega me kedagi abistamata ei jäta, kui raha kaasas pole," on Regionaalhaigla juhatuse liikme Jaak Tälli seisukoht. "Anname abi järel arve kaasa." Tälli lisas, et ühe ja sama murega, näiteks luumurru pärast mitu korda arsti külastamise eest

mitu korda raha ei võeta, mis on tema sõnul patsientidele oluline vastutulek.(www.uno.ee. 20.10.03).

Sellise turumajandusliku mudeli vastu on praktiseerivad arstid, kes ütlesid oma seisukohad välja "Eesti juhtivate meditsiinasjatundjate arstieetika ja ravimipoliitika" teemalisel ümarlaual, mis toimus 11. septembril 2002. aastal Reval Hotell Olümpia konverentsisaalis. Ümarlauda juhtis Nõmme Sotsiaalmaja direktor Harry Raudvere ja ürituse salvestas Nõmme Raadio.

Ümarlauas olid esindatud erinevate erialade juhtivad spetsialistid: prof. Toomas Sulling, prof. Rein Teesalu, dr. Sergei Nazarenko, dr. Jüri Anissimov, dr. Svea Rosenthal jt. Patsiente esindas riigiprokurör Kaido Kolu ja Sotsiaalministeeriumi ministri nõunik Kai Kotka.

Ümarlaua vestlusringis selgus, et Sotsiaalminister Siiri Oviiri poole pöördus Eesti Perearstide seltsi juhatus konkreetsete ettepanekutega enne 1. oktoobril 2002.a. jõustuva Ravikindlustusseaduse vastuvõtmist, et teha konkreetseid ettepanekuid perearstindust puudutavates küsimustes, sest seaduseprojektis välja toodud sätted ei taganud patsientide ega ka perearstide huvide kaitset. Uue seadusega tekib situatsioon, kus perearstid on ettevõtlusvormilt eraettevõtjad, aga finantseeritakse neid nagu riigi töötajaid. Selle tulemusena kulub oluline osa rahast, mis on mõeldud inimeste uuringuteks, kommunaalkuludeks. Puuduvad kindlad hinnakujundamise alused, et oleks üheselt mõistetav millest tuleneb pearaha maksmine. Minister keeldus perearstidega nimetatud teemat arutamast. Sama probleemi esinemist konstateerisid erinevate erialaseltsidesse kuuluvad arstid, keda on kaasatud raviteenuste hinnakujundamise protsessis osalema. Korduvalt on nad esitanud oma põhjendatud seisukohti Sotsiaalministeeriumile ja väga harva on nendega arvestatud (ibd).

Arstid leidsid, et fikseeritud tervishoiukorralduse eesmärkidena on toodud seisukohad, kuidas kasutada rahalist ressursi, kuid on jäetud märkimata tulemust mõõtvad ja hindavad kriteeriumid, mille tulemusena võib väita, et tervishoiupoliitikas tervishoiu kontseptsioon puudub.

Üldist meditsiini kvaliteeti saab mõõta eelkõige keskmise eluea tõusuga, mis on ka arenenud riikide tervishoiu kvaliteedi hindamise üheks kriteeriumiks. Selle saavutamiseks on vaja määratleda prioriteedid ning määratleda riiklik arenguprogramm, mitte juhtida tervishoiutööd ühekordsete projektide alusel.

Väga palju esineb põhjendamatu kulutusi, sest haiglate vahel tekitatakse konkurents, mille tõttu töötab väga palju kallist meditsiinitehnikat alakoormusega, väga suured ja põhjendamata on haiglate majandamiskulud, mille ratsionaalsust ei ole võimalik kontrollida.

Ägeda kriitika osaliseks said ravimipoliitika põhimõtted, sest haigekassal puudub igasugune arvestatav farmako-ökonoomika ning kogu tegevusest kumab läbi ravimifirmadele “suuremate kasumite võimaldamise” strateegia.

Prof. Teeslau selgitas, et arstid ravivad kindlate raviskeemide järgi ning lülitada nii palju ravimeid soodusravimite nimekirja on põhjendamatu ja ebaratsionaalne. Ta esitas konkreetset näidet olukordadest, mis võimaldavad ravimifirmadel kontrollimatult tõsta ravimite hindu ning põhjendas, miks ei kõlba praegused soodusravimite määratlemise põhimõtted, võttes hindamiskriteeriumiks toimeaine molekuli. Tema poolt esitatud näited ravimite doteerimisest annavad tunnistust asjaolust, et huvigruppide mõjutused võimaldavad tekitada olukorra, kus konkreetseks otstarbeks eraldatud raha kasutatakse ebaratsionaalselt. Prof. Teesalu selgitas, kui üks firma tuleb kindla toimeaine molekuliga turule, mis maksab näiteks 100 krooni ja saab soodustuseks 90%, siis võib see firma tulla sama toimeaine molekuliga turule uue partiiga ja kehtestada hinnaks 1000 krooni, mis saab ka 90% ulatuses haigekassa poolt kompenseeritud. Kui see ei ole süsteemiloojate ning ravimifirmavaheline ühine tegevus soodusravimitele ettenähtud raha varastamiseks, siis mis see on? Parim sellelaadne näide on Morfiini hinna hüppeline tõus (ibid).

Teise põhimõttelise küsimusena tõstatas prof. Teesalu üles küsimuse toimeaine omastamise võimest. Ta väitis, et kui originaalravimis on mingit toimeainet 25 ühikut ja geneerikus samuti 25 ühikut, siis molekul on molekul ja teeb oma tööd, ainult originaalravimist jõuab sihtorganini näiteks 80% ja geneerilisest ravimist

ainult 40%. Prof. Teesalu sõnas: “On olemas biosaadavus ning ma ei mõista kuidas nendele arstidele on üleüldse väljastatud Tartu Riiklikus Ülikoolis arstidiplom, kes unustavad ära, et ravimi efektiivsuse määrab ära biosaadavus. Teine asi on lisaained, mis võivad molekuli modifitseerida. Need kaks aspekti lükkavad ümber väite, et tegemist on identsete asjadega. On ju kõigile meedikutele teada, et abiaineid tootjafirmad ei avalikusta” (ibid).

Lisaks ravimipoliitika ebaadekvaatsele käsitlusele on ei toimi ka majanduslik mõtlemine haiglate igapäevases majandamises. Tervishoius peab majanduslik mõtlemine olema siiski professionaalsete oskuste teenistuses ja ülimalt eesmärgiks peaks jääma kvaliteetne ja kättesaadav arstiabi.

Haiglatel on ravitöö kõrval kanda ka patsientide “majutamise” ülesanne, siis annab suure osa säästust ühtne majandamine – hoonete haldamine, toitlustamine, pesupesemine jne. Parem on need tegevused jätta professionaalidele ning haigla saab keskenduda inimeste ravimisele (Kallikorm 2002).

Põhimõtteliselt võib olla õige kasutada iga töö teostamiseks professionaale, selle väite kinnitamiseks sai korraldatud 20. 09. 2002.a. eksperiment Nõmme Sotsiaalmajas, mis on Tallinna linna hallatav asutus, mille koosseisu kuulub hooldekodu ning haldamise põhimõtted ei erine oluliselt tavalisest haiglast . Sotsiaalmajal on üldpinda 3605 m² ja territooriumit on 13454 m². Sotsiaalmaja eelarvest nähtub, et ruumide korrashoiu ja territooriumi hoolduseks kulub koos koristajate palkade ning hooldusvahenditega 23 000. kooni kuus (Nõmme Sotsiaalmaja 2003.a. eelarve).

Nõmme Sotsiaalmaja tegi pakkumise kinnisvarahooldusfirmale, et nemad võtaksid üle nende tööde teostamise. Kinnisvarahooldusfirma hinnapakumise analoogiliste töömahtude osas oli 58 000 krooni (Hinnapakumine 25.09.2002).

Antud eksperiment kinnitab väidet, et vahendite puudusel on oluliselt odavam organiseerida ise majandamistegevust, seda delegeerimata erafirmadele, kellele tuleb niigi nappide ressursside arvelt maksta kinni kasumit, mille määra suhte ilmestamiseks on toodud eelolev näide. Samuti tõendab tervishoiusüsteemis

oleva rahaliste vahendite piisavust Põhja-Eesti Regionaalhaigla suutlikkus tasuda aastaga 40 milj. krooni võlgu ja jõuda kasumisse.

Kui Põhja-Eesti Regionaalhaigla aasta tagasi loodi, anti kõik täitmata kohustused sihtasutusele üle, nende katmiseks mingeid lisavahendeid eraldamata. Enne liitmist oli kahjum riigihaiaglate peale kokku ligi 40 miljonit krooni. Haiglate kulude kokkuliitmine on andnud võimalusi kulude kokkuhoiuks. Ennekõike tähendas see kahjumist kasumisse jõudmist (Kallikorm 2002).

Haiglate võlgade teke ning rahaprobleemid on otseselt seotud juhtivate poliitikute suhtumisega seaduslikkusesse ning nende majandamissuutlikkusega. Poliitiliste otsuste alusel ressursse juhtima seatud ebakompetentsed ametnike tegevus on olnud omakasupüüdlik ning küündimatu. Näiteks Sotsiaalminister Tiiu Aro lasi endale maksta ebaseaduslikke preemiaid 1997. ja 1998. aastal 56 000 krooni, mida ta keeldus tagasi maksmast, põhjendades, et riik on ise süüdi, et ministri alluv talle ebaseaduslikult preemiat maksis (Sõnumileht arhiiv 14.11.2003).

Avalikkuse survele oli ta sunnitud seadusevastaselt saadud preemiaid tagasi maksuma (Õhtuleht arhiiv 04.09.2003)

Rahaliste vahendite seadusevastane kasutamine oma tarbeks ei olnud määravaks põhjuseks tervishoiusüsteemi tabanud vahendite defitsiidis. Saatuslikuks sai tervishoiuvahendite paigutamine Maapanka enne pankroti saabumist. Selle tulemusena ei olnud ka ministeeriumil võimalik lisaraha leida meditsiiniõdede ja arstide palgatõusuks. Sotsiaalministeeriumi kantsleri Jaan Rüütmani sõnul ei olnud ministeeriumil kavas taotleda haiglatele valitsuse reservfondist või lisaeelarve kaudu toetust. "Tänavu on rong juba läinud ja mingeid täiendavaid vahendeid ministeeriumil pole," ütles Rüütmann (Seaver, 1998).

Riigi lõplikuks võlanõudeks jäi pankrotistunud Maapanga vastu 875,3 milj. krooni, millest sotsiaalministeeriumi osa oli 330 milj. krooni (Liibak 1998).

Samuti jäi kolmandik keskhaigekassa rahast pankrotistunud Maapanka, mis põhjustas piirkondlikel haigekassadel raskusi arvete tasumisel.

Keskhaigekassa pearaamatupidaja Juta Püvi sõnul jäi Keskhaigekassal Maapanka 115,6 miljonit krooni, tähtajaliste hoiustena 47 miljonit krooni. Kokku jäi pankrotistunud Maapanka 37% kogu ravikindlustusvahenditest (ETA 1998).

Nii tegi Riigikontroll peaministrile kaaluda Sotsiaalminister T. Aro sobivust oma ametikohale, mille tingis ravikindlustuse raha paigutamine Maapanka enne pankrotti (Suviste 1998).

Tänases Eestis ei vastuta õigupoolest keegi konkreetselt tervise ja terviseteenuste rahastamisega seotud probleemide sihipärase käsitlemise ja lahendamise eest. (Männik 2003).

Demokraatlikus ühiskonnas saab rahastamise ulatus muutuda kahel viisil, milleks esimene on ühiskonna väärtushinnangute muutumine, mis väljendub valimistulemustes ja teine “*lobby*”- gruppide tegevuses, mis suunab rahastamise prioriteete. (Danilov 2003).

Paljudele poliitikutele ning meditsiinikorraldust juhtima volitatud isikutele ei meeldi olemasolev süsteem, kuid nad ei mõista, mida tuleks muuta, et olukorda reguleerida. Nähakse detaile, millega konkreetselt kokku puututakse, kuid ei tunnetata tervikut, sest tervikliku hoomamiseks on vaja teada palju erinevatest valdkondadest, omada teoreetilisi teadmisi ning praktilisi kogemusi, et sünteesida üks ja toimiv tervishoiumudel, mille eesmärgiks oleks kaasa aidata väikerahva jätkusuutlikkusele ja inimeste keskmise eluea pikenemisele.

Seda tunnistab ka ausalt Sotsiaalministeeriumi kantsler M. Mändmaa intervjuus ajalehele Postimees. Ta ütleb: ”Kui aus olla, siis isiklikult mulle valitud süsteem ei meeldi... õigemini ma ei saa sellest päris hästi aru. Tervishoiuteenus on avalik teenus, mis on poliitilise otsusega antud erasektori täita. Äriettevõtete juhatus peabki ajama äri ja saama kliendid endale- ehitama ehk ilusad majad, paigaldama värvilisemad sildid, saama endale paremad spetsialistid... “(Maimets 2003).

Riik on igal juhul väljapressimise olukorras, sest ta peab suutma igal juhul tagada elanikele arstiabi. Siia on tegelikult konflikt sisse kodeeritud (ibid).

Antud analüüsist selgub, et tervishoiukorraldust juhtima seatud isikute tegevus ei lähtu rahva üldistest huvidest. On kujunenud olukord, kus probleemide raskuskese on kallutatud oluliselt ebaolulisele ning tegevus tugineb printsiibile, mille muutmine ei suuda muuta süsteemi terviklikult paremaks. Reformide edukaks läbiviimiseks on vaja riikliku regulatsiooni osatähtsuse taastamist ning selle kaudu tervishoiualaste prioriteetide kehtestamist.

7.2. Tänavaküsitluse analüüs

Emori uuring inimeste rahulolust arstiabiga (2003) näitab, et hoolimata kõigest on arstide tegevusega rahul koguni 86% vastanutest. Sellest järeldub, et kui juba arsti juurde pääsed, on abi korralikul tasemel. Kvaliteedinõuete täitmine ongi olnud tsentraliseerimise üks eesmärgi (Danilov 2003).

Selle artikli kohta oli internetis 37 kommentaari, mis andsid enamuses (89%) negatiivse hinnangu nii tervishoiukorraldusele, haigekassa tegevusele kui ka medikute tööle.

Selguse saamiseks, kuidas meditsiiniteenuste tarbijad saavad aru tervishoiukorralduse põhimõtetest ning on rahul olemasoleva tervishoiusüsteemiga ja arstide tööga korraldati koostöös Nõmme Raadioga tänavaküsitlus.

Küsimustik oli koostatud põhimõtte järgi, et kõik küsimused oleksid lihtsad ning vastamise peale kuluks minimaalselt aega. Küsimused olid küsimustikku asetatud ebaloogiliselt, et saada maksimaalselt spontaanseid ning objektiivseid vastuseid.

Küsitleti 8 küsimusest ja küsimustik hõlmas inimeste hinnanguid tervishoiukorraldusest, arstiabi kättesaadavusest ning riigi osatähtsusest ravitegevuse korraldamisel.

Küsimusele, "Kas te teate kuidas haigestumise korral võtta ühendust oma perearstiga?", vastas 1051 inimest ehk 69% vastanutest, et nad teavad, kuidas võtta ühendust oma perearstiga. 470 inimest ehk 31 % vastanutest ei teadnud.

Küsimuse kohta, "Kas Te haigestumise korral pöörduksite riigi- või erahaiglasse?", eelistas 1066 inimest, ehk 70% vastanutest pöörduda riigihaiglasse. Erahaigla kasuks otsustasid 455 inimest, ehk 30% vastanutest.

Küsimuse kohta, "Kas Te olete viimasel ajal olnud haige ja pöördunud arsti poole?", vastas 649 inimest, ehk 43% vastanutest, et on olnud viimasel ajal haiged ning pöördunud arsti poole. Haiged ei olnud viimasel ajal olnud 872 inimest, ehk 57% vastanutest.

Küsimuse kohta, "Kui te haigestute ja pöördate arsti poole, kas usaldate arsti pimesi?", usaldas arsti pimesi 402 inimest, ehk 26 % vastanutest. Arsti ei usaldanud pimesi 1119 inimest, ehk 74 % vastanutest.

Küsimuse kohta, "Kas arste võib rohkem usaldada, kui neile makstakse suuremat palka?", vastas 524 inimest, ehk 34 % vastanutest, et suurema palga maksmine arstile suurendab arsti usaldusväarsust. Vastupidisel seisukohal oli 997 inimest, ehk 66 % vastanutest.

Küsimuse kohta, "Kas praegune tervishoiukorraldus on Teie meelest suunatud inimese ravile või kasumi teenimisele?", uskus 802 inimest, ehk 53% vastanutest, et praegune tervishoiusüsteem on orienteeritud inimeste ravile. Vastupidisel seisukohal oli 719 inimest, ehk 47% vastanutest.

Küsimuse kohta, "Kes Teie meelest peaks kujundama tervishoiupoliitikat?", eelistas riiki tervishoiupoliitika kujundajana 1085 inimest, ehk 71% vastanutest. Vabaturu regulatsiooni eelistas 436 inimest, ehk 29% vastanutest.

Küsimuse kohta, "Kas Te olete rahul praeguse tervishoiusüsteemiga?", vastas 708 inimest, ehk 47 % vastanutest, et nad on rahul olemasoleva süsteemiga. Rahul ei olnud 813 inimest, ehk 53 % vastanutest

Kui vaadelda vastanute gruppe soolise ning vanuselise tunnuste alusel ilmneb korrapärasus, kus nooremad on oluliselt rohkem orienteeritud tervishoiukorralduslikele turusuhetele, ning ei ole tervishoiusüsteemi

funktsioneerimisest eriti teadlikud. Olulised erinevused ilmnevad ka meeste ja naiste suhtumises.

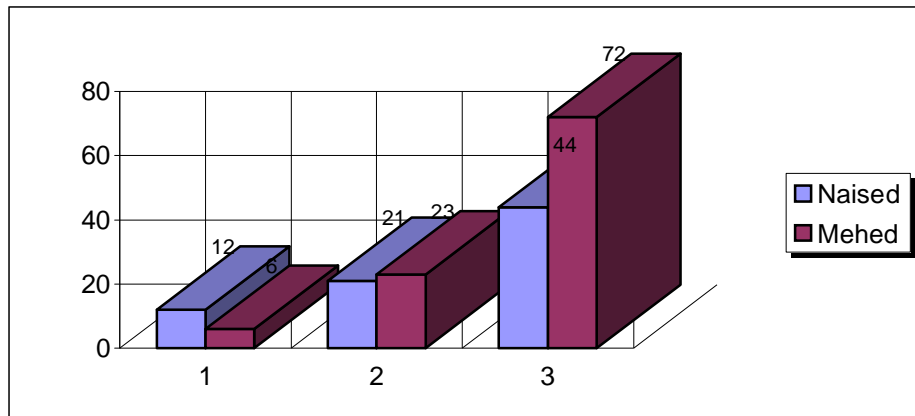
Oma perearstiga oskasid ühendust võtta naiste kuni 25 aastaste vanusegrupist 64 naist, ehk 52%. Kuni 40 aastaste vanusgrupis teadis kuidas oma perearstiga ühendust võtta 382 naist, ehk 92 % vastanutest ning üle 40 aastaste naiste vanusegrupist 268 naist, ehk 82 % vastanutest. Meestest teadis kuni 25 aastaste vanusegrupist kuidas võtta perearstiga ühendust 79 vastanut, ehk ainult 30%. Kuni 40 aastaste vanusegrupist teadis kuidas perearstiga ühendust võtta 162 meest, ehk 55% vastanutest ning üle 40 aastaste grupist teadis kuidas perearstiga ühendust võtta 96 meest, ehk koguni 94 % vastanutest.

Riigihai glasse pöördumist eelistas naiste kuni 25 aastaste vastanute grupist 56 naist, ehk 46% vastanutest. Meeste samast vanusegrupist eelistas riigihai glasse pöördumist 131 meest, ehk 50% vastanutest. Kuni 40 aastaste naiste grupist eelistas riigihai glat 360 naist, ehk 87% vastanutest. Samast meestegrupist eelistas riigihai glat 167 meest, ehk 57% vastanutest. Naiste üle 40 aastaste grupist eelistas riigihai glasse pöördumist 265 naist, ehk 81 % vastanutest ja meestes samas grupis 87 meest, ehk 85 % vastanutest.

Viimasel ajal olid olnud haiged ja pöördunud arsti poole naiste kuni 25 aastaste grupist 31 naist, ehk 25% vastanutest. Meeste samast vanusegrupist olid viimasel ajal haigestunud ja pöördunud arsti poole 63 meest, ehk 24% vastanutest. Naiste kuni 40 aastaste vanusegrupist oli viimasel ajal arsti poole pöördunud 198 naist, ehk 48% vastanutest. Meeste samas vanusegrupis 145 meest, ehk 49% vastanutest. Üle 40 aastaste naiste vanusegrupis oli viimasel ajal haigestunud 131 naist, ehk 40% vastanutest ning sama vanusegrupi meestest oli viimasel ajal haigestunud ja arsti juurde pöördunud 81 meest, ehk 79% vastanutest.

Arsti usaldasid pimesi kuni 25 aastaste naiste grupist 15 naist, ehk 12% vastanutest. Samas vanuses meestegrupist usaldas pimesi arsti 16 meest, ehk 6% vastanutest. Naiste kuni 40 aastaste vanusegrupist usaldas pimesi arsti 86 naist, ehk 21% vastanutest. Sama vanusegrupi meestest usaldas pimesi arsti 68 meest, ehk 23 % vastanutest. Üle 40 aastaste naiste grupist usaldas pimesi arsti 144

naist, ehk 44 % vastanutest. Sama vanusegrupi meestest usaldas pimesi arsti 73 meest, ehk 72% vastanutest.



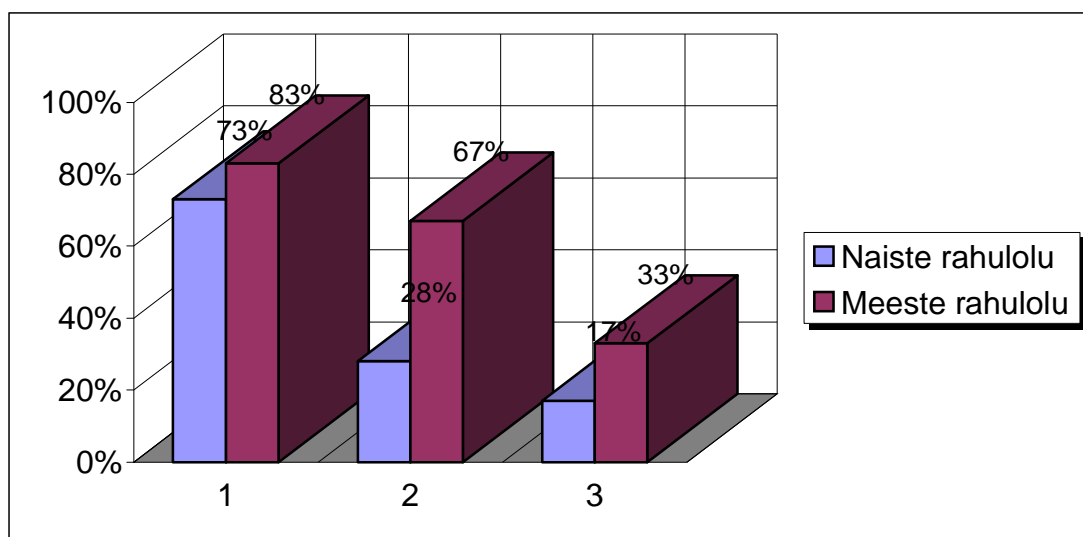
Joonis nr. 5 Arstide usaldamine tänavaküsitluse andmetel. 1. Kuni 25 aastaste grupp. 2. Kuni 40 aastaste grupp. 3. Üle 40 aastaste grupp.

Arsti usaldusväarsuse suurenemist täiendava töötasu maksmisega hindasid positiivseks kuni 25 aastaste naiste vanusegrupis 28 naist, ehk 23 % vastanutest. Sama vanusegrupi meestest hindasid arsti usaldusväarsuse seost suurema töötasuga 196 meest, ehk 75% vastanutest. Kuni 40 aastaste naistegrupis hinnati arsti usaldusväarsuse suurenemist töötasu suurenemisel 61 naise poolt, ehk 15% vastanutest. Sama vanusegrupi meeste poolt usuti arsti usaldusväarsuse suurenemist 91 mehe poolt, ehk 31% vastanutest. Üle 40 aastaste naiste grupis uskus arsti usaldusväarsuse suurenemisse 115 naist, ehk 35% vastanutest ja sama vanusegrupi meeste poolt uskus arsti usaldusväarsuse suurenemisse 33 meest, ehk 32% vastanutest.

Praeguse tervishoiukorralduse orienteeritust kasumi teenimisele uskus kuni 25 aastaste naiste grupist 31 naist, ehk 25% vastanutest. Sama vanusegrupi meeste poolt uskus kasumi teenimisele 104 meest, ehk 40% vastanutest. Kuni 40 aastaste naiste grupist uskus tervishoiukorralduse orienteeritust kasumi teenimisele 269 naist, ehk 65% vastanutest. Sama vanusegrupi meestest uskus kasumi teenimisele orienteeritud tervishoiukorraldust 74 meest, ehk 25% vastanutest. Üle 40 aastaste naiste vanusegrupis uskus kasumi teenimisele orienteeritud tervishoiukorraldust 282 naist, ehk 86% vastanutest. Sama vanusegrupi meestest uskus kasumi teenimisele orienteeritud tervishoiukorraldust 42 meest, ehk 41 % vastanutest.

Tervishoiupoliitika kujundajana eelistati riiki kuni 25 aastaste naiste grupis 48 naise poolt, ehk 39% vastanutest. Sama meestegrupi poolt eelistati riigi juhtrolli tervishoiupoliitika kujundamisel 71 mehe poolt, ehk 27% vastanutest. Kuni 40 aastaste naiste poolt eelistes riigi juhtrolli 321 naist, ehk 77% vastanutest. Sama vanusegrupi meeste poolt eelistasid riigi juhtrolli 244 meest, ehk 83% vastanutest. Üle 40 aastaste naiste poolt eelistati riigi juhtrolli 310 naise poolt, ehk 95% vastanutest. Sama vanusegrupi meestest eelistas riigi juhtrolli 91 meest, ehk 89% vastanutest.

Praeguse tervishoiukorralduse süsteemiga olid rahul kuni 25 aastaste naiste grupist 89 naist, ehk 73% vastanutest. Sama vanusegrupi meeste poolt oli rahul 216 meest, ehk 83% vastanutest. Kuni 40 aastaste naiste grupis oli rahul 116 naist, ehk ainult 28% vastanutest ning samast meestegrupist oli rahul 196 meest, ehk 67% vastanutest. Üle 40 aastaste naiste grupist oli praeguse tervishoiukorraldusega rahul 57 naist, ehk 17% vastanutest ja sama vanusegrupi meestest oli rahul 34 meest, ehk 33% vastanutest.



Joonis nr. 6 Vastanute rahulolu olemasoleva tervishoiusüsteemiga.

1. Kuni 25 aastaste vanusegrupp 2. Kuni 40 aastaste vanusegrupp 3. Üle 40 aastaste vanusegrupp.

Vastuste analüüsist selgub, et enamus inimesi ei usu, et täiendava raha lisamine praegusesse tervishoiusüsteemi muudaks arstide suhtumist patsienti ning suurendaks arstiabi kvaliteeti. Enamus vastanutest usub, et tervishoiusüsteemi orientatsioon ja eelistused on eelkõige kasumi teenimisele ning usaldus riigi

poolt võimaldatavasse haiglaravisse on oluliselt suurem kui eraõigusliku süsteemi poolt pakutavasse haiglaravisse. Küsitluse tulemusena saadud andmed on aktuaalsed sellepolest, et ametnike poolt meedia kaudu edastatav informatsioon väidab vastupidist. Väidetakse, et täiendavate rahade kaasamine tervishoidu erakindlustusfirmade ning omafinantseerimise kaudu muudab arstiabi teenuse kvaliteetsemaks ning kättesaadavamaks.

8 KOKKUVÕTE JA JÄRELDUSED.

Käesolev magistritöö on andis ülevaate kuidas tervishoiukorralduse eesmärgid teenivad ülesandeid, mis püstitati Vabariigi valitsuse istungil tervishoiuteenuste reformi ette valmistades.

Käesoleva magistritöö eesmärgiks oli välja selgitada ideoloogilistele seisukohtadele tuginevad süsteemikäsitluse asjaolud, mille tulemusena on kujunenud tervishoiukorralduse ühe osa - kõrgema etapi ravitöö - korraldamise põhiprintsiip.

Magistritöös püstitatud hüpotees leidis kinnitust. Võime väita, et Eesti riik, kui organisatsioon, peab piiratud ressursside korral olema kõrgema etapi ravitöö teostamisel koordineerivaks ning juhtivaks jõuks ning tagama mõtestatud tegevuse läbi kõigile kodanikele kvaliteetse arstiabi kättesaadavuse.

Samuti leidsid kinnitust väited, et Eestis rakendatud tervishoiukorralduse süsteem on ebaratsionaalne ning ei arvesta ühiskonna vajadustega ning kõrgema etapi raviasutuste muutmine eraõiguslikeks juriidilisteks isikuteks muudab statsionaarsete tervishoiuteenuste osutamise kunstlikult kallimaks, mille läbi väheneb arstiabi kättesaadavus tervikuna.

Andmete analüüsist selgus, kuidas poliitiliste otsuste tulemusena hakati lõhkuma toimivat süsteemi, minnes üle turumajanduslikule mudelile, mille eesmärgiks on eelkõige tervishoiusüsteemist kujundada tööstusharu, mille abil oleks võimalik tervishoiuteenuseid müües teenida kasumit. Samas on riigi juhtiva ning koordineeriva rolli korral võimalik ellu rakendada tervishoiupoliitikat, mille tulemuseks ei oleks pidev rahaliste vahendite defitsiit ning raviteenuste kättesaadavuse vähenemine.

Eesti poliitikud on võtnud endale vastutuse korraldada tervishoiuteenuste pakkumine iseregulatsiooni põhimõttel, kus loodud õigusruumis toimiva seadusandluse abil korrastatakse süsteem nõudmise ja pakkumise vahekorda arvestades. Oleme valinud rahva jaoks kõige kallimad lahendused ning olukorra, mis võimaldab kunstlikult tekitada raviteenuste defitsiiti, mille

kompenseerimiseks vajatakse lisavahendeid omaosaluse näol. Pikkade ravijärjekordade põhjus ei ole vahendite nappuse vaid vale hinnapoliitika tagajärg, mille alusel kujundatud teenuste defitsiit annab võimaluse kontrollimatult küsida patsientidelt lisaraha nii otsese kui ka kaudse teenuse pakkuja kasumimarginaalide suurendamiseks.

Käesolevast magistritööst selgub kuidas majandasid avalik-õiguslikku teenust pakkuvad riigihai glad, kuidas nende tegevust riiklikult korraldati ja selguvad riigihai glate likvideerimise tagamaad

Magistritööst selgub, et sisuliselt kontrollimatu raviteenuste hinnapoliitika võimaldab suunata ravitöö intensiivsust, kus kalli hinna ja piiratud ressursi korral kaob tervishoiuteenuseid osutaval struktuuriüksusel vajaduski töötada majanduslikult efektiivselt. Eelarvelise piiratud ressursi lõppedes on võimalik rakendada ühiskondlike baasvahendite arvelt erapraksist, millest saadav tulu liigub otse teenuste osutajate taskusse. Selliste rakenduste korral ei saa lootagi isereguleeruva süsteemi toimimise võimalustele.

Käesolevast magistritööst on selgunud, et eelarve piiratud ressursside tingimustes ei ole kindlate eesmärkide saavutamiseks otstarbekas rakendada liberaalse turumajanduse mudelit. Tegevuse delegeerimisega nii põhi- kui ka abitegevuse vallas lisandub otsestele kuludele eraõigusliku juriidilise isiku põhikasum, mida võib kasutada ühiskonna hüvanguks oluliselt ratsionaalsemalt.

Nimetatud käsitlus ei välista vaba ettevõtlust, sest vaba turu tingimustes peab olema võimalus antud kõigile soovijatele. Riik peab olema ise oma kodanikele eluliselt olulistes valdkondades teenuseid pakkuv ja konkurentsi edendav institutsioon.

Olen veendunud, et statsionaarsete tervishoiuteenuste paremaks osutamiseks ning rahaliste vahendite ratsionaalsemaks kasutamiseks tuleb taastada ühiskonna kontroll ravikindlustusvahendite kasutamise osas. Samuti tuleb taastada tervishoiukorralduses riigi juhtpositsioon, mis väljenduks päevapoliitikast sõltumatute kompetentsete isikute kaasamises ravitegevusega seonduvate küsimuste lahendamiseks.

Ühiskonna väärtushinnangute muutumine on komplitseeritud, sest ei ole veel reaalselt poliitilist jõudu ega ka vastuvõetavat ideoloogiat, mis oleks suunanud oma tegevuse riigi kui kodanikuühiskonna regulatsioonimehhanismi arendamisele. Olukord muutub, kui antagonistlikud vastuolud parteides enestes tekitavad olukorra, kus valijate, lihtliikmete ning parteiladviku elulised huvid ristuvad.

Efektiivne tervishoiukorraldus vaeses, arenevas ning pideva negatiivse iibega väikeses riigis omab olulist tähendust, sest piiratud ressursi kasutamine kindla eesmärgi tulemuslikuks saavutamiseks eeldab süsteemset, majanduslikult põhjendatud ja ratsionaalset tegevust. Selleks on vaja kehtestada riigi poolt prioriteedid ja omada kindlat arenguplaani.

KASUTATUD KIRJANDUS

Green, M. (1999) The Economics of Health Care, 2nd ed., Office of Health Economics, London, UK.

Aro ahnus - Sõnumileht.

<http://www.sloleht.ee/index.aspx?s=Tiiu%2bAro&id=59641> (14.11.2003).

Beaufort, B. (1990). Jr. Management Practices for the Health Professional, 4th edition. Appleton & Lange. Norwalk.

Couffinhal, A. (2003). The French Health Care System: A brief overview. Presentations prepared for the PWG meeting Agnes Coffinhal, CREDES. <http://www.credes.fr/english/wp/pwg.pdf> (12.10.2003).

Danilov, H. (2003). Eesti jaoks muutub maailm avatumaks. DELFI . <http://www.delfi.ee/news/paevauudised/euroopa/article.php?id=6258467> (04.09.2003).

Danilov, H. (2003). Tervishoiu hetkeseis muutunud seaduse valguses. Ravikindlustuse seadus jõustunud- kuidas edasi? Ettekanne seminaril Eesti Rahvusraamatukogus 31.01.2003.

Danilov, A. (2003). Ravijärjekorrad ja haiglate liitmine- Eesti Päevaleht 2003, 12.09.

Eesti haiglate arengukava aastani 2015. Scandinavian Care Consultants AB, SWECO International AB.. 15.aprill 2000.

Eesti Vabariigi põhiseadus – Riigi Teataja 1992, nr 26, art 349.

Eksminister maksab võlga. – Õhtuleht.

<http://www.sloleht.ee/index.aspx?s=Tiiu%2bAro&id=86579> (04.09.2003).

Graf, E.-M., Paul., (2000). Ohjeldamatu korrupsioon Eestis – paratamatus või tahtlik poliitika? Tallinn.

Information about social issues in OECD countries.

<http://www1.oecd.org/els/social/> (12.10.2003).

Jackson J. L. The Dutch Health Care System: Lessons for Reform in the United States. <http://www.sma.org/smj/96jun3.htm> (15.10.2003).

Kadastik, M. Mittepõhimõtteline tervishoid – Postimees. 2003, 03.26.

Kallas, S. See rikutud, räpane ja paha poliitika – Postimees 1998, 27.02.

Kallikorm, A. Haiglate ühendamine peatas kahjumi – Eesti Päevaleht 2002, 07.25. <http://www.epl.ee/artikkel.php?ID=210626>. (20.10.2003).

Kasepalu, M. Riigikontroll Tallinna Psühhiaatria haiglas. Intervjuueeriija Harry Raudvere. 22.06.1998. Tallinn. Käsikiri.

Kauba, T. Rahva tervis ei ole katsetamiseks - Postimees. 2002, 02.18.

Keskhaigekassa raha jäi Maapanka – ETA.

<http://www.sloleht.ee/index.aspx?s=maapank&id=23276> (26.10.2003).

Laev, S. Suurhaigla juhiks valiti arstihariduseta Tõnis Allik - Eesti Päevaleht. 2003,07.04.

Laev, S. Tuberkuloosi haigestub üha rohkem vanureid - Eesti Päevaleht. 2003, 01.27. http://www.epl.ee/artikkel_226107.html&P=1 (27.01.2003).

Lehtmets, A. Arst ja patsient uue seaduse valguses. Ravikindlustuse seadus – kellel kasulik? Ettekanne seminaril Sakala keskuses. 29. 08. 2002.a.

Lehtmets, A. Kasumlikkus pole tervishoiu eesmärk – Eesti Päevaleht. 2002, 07. 30.

Lehtmets, A. (2003). Ravikindlustuse head ja vead arsti pilgu läbi. Tervishoiufoorum 2003. Eesti arst. Lisa 5. 2003.

Lepnurm, R., Mitt, K., Põlluste, K. (1997). Tervishoiusüsteemi strateegiline juhtimine. Tallinn.

Leppnurm, R. (2001). Tervishoiu- ja sotsiaalasutuste juhtimine. Saskatchewan Ülikool.

Lindmäe, E. jt. (1997). Eesti Tervishoiu Kvaliteedipoliitika. Tallinn.

McKee, M., Healy, J. (2000). The role of the hospital in a changing environment. Bull World Health Organ, 78(6), 803-810.

Maimets, A. Kantsler Mändmaa: vaadet me kinni ei maksa - Postimees. 2003, 04.01.

Mardna, P. Kas tervishoiujuhid on majanduskurjategijad? Kiri arstkonnale 26. 11. 1997. Kiri H. Raudvere valduses.

Mardna, P. Tervishoiupoliitika ja õdede palgatõus - Äripäev. 2000.10,16.

Margus Kasepalu hagi Eesti Vabariigi vastu töölepingu lõpetamise hüvitise ja lõpparve kinnipidamise eest keskmise palga saamiseks. Riigikohtu otsus-3-2-1-138-00 - Riigi Teataja III osa, 2001, nr 2, art 18.

Michelson, T. Kopsumeedikud süüdistavad ülemarsti pingelise õhkkonna loomises – Sõnumileht. 1998, 03. 27.

Lõhmus, Haavel & Viisemann. (2001). Valikuline ülevaade Eesti tervishoiuproblemaatikast ja lahendusvariantidest.

http://finants.tervishoiuprojekt.ee/docs/est/tervishoiu_problemaatika.pdf

Normand, C., Weber, A. (1999). Sotsiaalne ravikindlustus: planeerimisalane käsiraamat. 2. trükk, MaailmaTervishoiu Organisatsioon (WHO), 105 lk.

Pau, M. Suuremad haiglad võidakse sulgeda – Sõnumileht 1997, 04. 09. <http://www.sloleht.ee/index.aspx?s=Tiu%2bAro&id=1613> (14.11.2003).

Pauts, K. Arstid arvasid, et olen krooniline viriseja - SL Õhtuleht. 2003. 03, 28.

Payn, M. (1991). Tänapäeva sotsiaaltöö teooria: kriitiline sissejuhatus.

Põhja-Eesti Verekeskuse põhimäärus.

<http://www.verekeskus.ee/index.php?lang=est&id=1,16> (15.10.2003).

Ravikindlustuse seadus - Riigi Teataja I osa, 2002, nr 62, art 377.

Ravikindlustusseadus - Riigi Teataja, 1991, nr 23, art 1628; Riigi Teataja I osa, 1994, nr 23, art 378.

Rebane, J. (1986). Tunnetusteooria põhiprobleemid. Tallinn.

Regionaalhaiglas visiidi- ja voodipäevatasu. BNS. 2003.04.01.

<http://bnsnews.bns.ee/> (01.04.2003).

Regionaalhaigla kardioloogid õhtuti tasu eest - Eesti Päevaleht 2003,12.26.

Riigihaigla põhimäärus - Riigi Teataja Lisa, 1995, nr 10.

Riigikontrolli kontrollaruanne 19.12.2003. nr. 2-5/03/144.

http://www.riigikontroll.ee/fake_index.php?lang=et&uri=%2Fpressiteade.php%3Fnr%3D199%26arvamus%3D30 (22.12.2003).

Riigikontrolli kontrollakt 26.05.1998. nr 40 –12/031.

Riigikontrolli peakontrolöri otsus 18.06.1998. nr 40-13/031.

Rozenhal, V. Ajukirurgid tegid ärifirma - Äripäev. 2003, 02. 21.

<http://www.delfi.ee/news/majandus/aripaev/article.php?id=5177126> (21.02.2003).

Seaver, U. Meditsiiniõed jäid taotletud palgatõusuta – Sõnumileht 1998, 02. 19.

<http://www.sloleht.ee/index.aspx?s=Tiiu%2bAro&id=17217> (15.11.2003).

Sihtasutuse Põhja-Eesti Regionaalhaigla asutamine. Riigi Teataja Lisa, 2001, nr 97, art 1343.

Sihtasutuse Põhja-Eesti Regionaalhaigla põhikiri.

<http://www.regionaalhaigla.ee/?op=body&id=17> (17.04.2003).

Sikk, R. Traumapunkti minek tasuliseks - Eesti Päevaleht. 2002, 11. 14.

Sotsiaalministeeriumi kantsleri Jaan Rüütmani kiri riigihaiglate juhtidele.

20.05.1997. nr. 1-5/892. Säilitatakse Sotsiaalministeeriumi arhiivis.

Sotsiaalministeeriumi majandustegevuse kontrollimine. Peakontrolöri 17. mai

1999.a otsus nr. 40-13/12. file//C:\My Documents\Peakontrolöri otsus SM.htm. (15.12.2000).

Sotsiaalministeeriumi põhimäärus - Riigi Teataja I osa, 1996, nr 80, art 1442.

Sotsiaalministeeriumi kantsler Jaan Rüütmani kiri Kivimäe Haiglale.

30.09.97. nr.1-5/1514. Säilitatakse Sotsiaalministeeriumi arhiivis.

Sotsiaalministeeriumi Meditsiinitehnoloogia büroo juhataja Alli Intelmanni ja Sotsiaalministeeriumi Üldosakonna peaspetsialisti T. Jaska kiri Riigihaiulate haldusnõukogule 21. 11. 1996. Säilitatakse sotsiaalministeeriumi arhiivis.

Sotsiaalministeeriumi kiri hallatavatele riigihaiulatele. 07.07.1997. nr 1-5/1521. Säilitatakse Sotsiaalministeeriumi arhiivis.

Sotsiaalministeeriumi Tervishoiuosakonna juhataja Arvi Vask vastus Vippile. 15.10.1997. nr.1-5/2136. Säilitatakse Sotsiaalministeeriumi arhiivis.

Sotsiaalministeeriumi Tervishoiuosakonna juhataja asekantsleri ülesannetes A. Vase kiri erialanõunikele. 23.02.1998. nr 1-5/229. Säilitatakse Sotsiaalministeeriumi arhiivis.

Sotsiaalminister Tiiu Aro kiri Andres Ellamaale. nr 1-5 /481. 17. 03. 1997.

Sotsiaalminister T. Aro kiri Kivimäe Haigla direktorile. 08.10.1998. nr 1-5/1080. Säilitatakse Sotsiaalministeeriumi arhiivis.

Sotsiaalministri määrus Sotsiaalministri 4. septembri 1998.a. määruse nr. 48 “Kivimäe Haigla põhimääruse kinnitamine” muutmise. 15.10.1998. nr 51. Säilitatakse Sotsiaalministeeriumi arhiivis.

Statistikaamet. Statistika andmebaas. <http://gatekeeper.stat.ee:8000/px-web.2001/dialog/statfilere.asp> (15.12.2003)

Suviste, M. Valitsus venitab hinnanguga – Sõnumileht 1998, 08. 27. <http://www.sloleht.ee/index.aspx?s=Tiiu%2bAro&id=26672> (15.11.2003).

Suurte haiglate võlad korstnasse - Eesti Päevaleht. Juhtkiri. 2003, 03.15.

Sank, E. Seewaldi töötajad pärivad ministeeriumilt aru – Sõnumileht.1998, 07, 04.

Sank, E. Veretööstus käib Eestile üle jõu- Sõnumileht 1997,12.09.

Talving, S. Nõrga riigi kaitsetud. - Eesti Päevaleht. 2003, 02.14.

Tervishoiukorralduse seadus - Riigi Teataja I osa, 1994, nr 10, art 133; 1995, nr 57, art 978.

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus - Riigi Teataja I osa, 2001, nr 50 art 248.

The British Health and Welfare System. http://www.britcoun.org.pl/h_what.htm (17.10.2003).

The National Health System in Spain <http://koti.mbnet.fi/helmi/health/spanishHCS.htm> (17.10.2003).

The World Health Report 2002. <http://www.who.int/whr/2002/en/> (15.12.2002).

Toots, A. ja E. Tuppits, (2001) Heaoluriigi Mudelid konspekt, TPÜ,
<http://lepo.it.da.ut.ee/~allans/sarekanno.doc>

Traumapunkti minek muutub tasuliseks.

http://www.uno.ee/news/story/28889/?show_sendtofriend=1 (20.10.2003).

Tsiviilseadustiku üldosa seadus - Riigi Teataja I osa, 2002, nr 35, art 216.

Vabariigi Valitsuse määrus 05.08.2003. a määrus nr 209 - Riigi Teataja I osa, 2003, nr 56, art 380.

Vabariigi Valitsuse määrus 24.09.2002. a määrus nr 301 – Riigi Teataja I osa, 2002, nr 78, art 467.

Vabariigi Valitsuse seadus - Riigi Teataja I osa, 1995, nr 94, art 1628.

Vabariigi Valitsuse 23. septembri 1994. a. määruse nr. 342 «Riigihaiulate haldamine» ja 16. jaanuari 1996. a. määruse nr. 20 «Riigihaiulate haldusnõukogu koosseisu kinnitamine» kehtetuks tunnistamine. - Riigi Teataja - I osa, 1997, nr 24, art 368.

Äriseadustik – Riigi Teataja I osa, 1996, nr 25-54, art 993.

AVALDAMATA ALLIKAD

Andres Ellamaa kiri peaminister Tiit Vähile. 14.02.1997. Säilitatakse Sotsiaalministeeriumi arhiivis.

AS Ida-Tallinna Keskhaigla Juhatusesimehe Meelis Roosimägi kiri Arvo Sillale 11. 03. 2003. Kiri Arvo Silla valduses.

Eesti Vabariigi Valitsuse istungi protokoll. 02.03.0995 nr. 18. Säilitatakse Sotsiaalministeeriumi arhiivis.

Heli Raidvee Tööõigusabi AS kiri sotsiaalministrile 15. 09. 1998. nr 183. Säilitatakse Sotsiaalministeeriumi arhiivis.

Mustamäe Haigla 1995. aasta eelarve. Kinnitatud Riigihaiulate haldusnõukogu esimehe V. Vahula poolt 21.04. 1995. Säilitatakse Sotsiaalministeeriumi arhiivis.

Männik, G. Tervise rahastamise hetkeseis. Ettekanne seminaril Ravikindlustuse seadus jõustunud- kuidas edasi? 31.01.2003.

Nõmme Sotsiaalmaja. 2003.a. eelarve.

Riigihaiulate haldusnõukogu koosoleku protokoll nr 2. 09.02.1995. Säilitatakse Sotsiaalministeeriumi arhiivis.

Riigihaiulate haldusnõukogu koosoleku protokoll nr 3. 21.03.1997. Säilitatakse sotsiaalministeeriumi arhiivis.

Riigihaiulate haldusnõukogu koosoleku protokoll nr 9. 21.10.1996. Säilitatakse sotsiaalministeeriumi arhiivis.

Riigihaiulate haldusnõukogu koosoleku protokoll nr 11. 21.11.1996. Säilitatakse sotsiaalministeeriumi arhiivis.

Särekanno, U. (2000). HEAOLURIIGI MUDELID GØSTA ESPING-ANDERSENI JAOTUSE ALUSEL. Relatiivne uurimustöö. Tartu Ülikool.

Sotsiaalministri käskkiri nr. 85. 22.03.1995. Säilitatakse sotsiaalministeeriumi arhiivis.

Sotsiaalministri määrus 04.09.1998. nr 48. Säilitatakse Sotsiaalministeeriumi arhiivis.

Kivimäe Haigla direktor H. Raudvere kiri Sotsiaalministeerium kantslerile J. Rüütmannile 13.06.1997. 163/1-9. Säilitatakse Sotsiaalministeeriumi arhiivis.

Kivimäe Haigla arstide kiri Sotsiaalministrile. Koostöö võimatusest ülemarstiga. 15.04.1998.

Kivimäe Haigla Ravinõukogu koosoleku protokoll 11.12.1997. Säilitatakse Sotsiaalministeeriumi arhiivis.

Kohtupsühhaatrianõuniku P. Valvuri kiri Sotsiaalministeeriumi kantsler J. Rüütmannile. 11.02.1998. Säilitatakse sotsiaalministeeriumi arhiivis.

Kopsuarstide seltsi juhatuse kiri EV Sotsiaalministrile. 25.03.1998. Säilitatakse Sotsiaalministeeriumi arhiivis.

Vilgats, A. Kivimäe Haigla käibeteatmik. 1997. 9 kuud.

Väljataga. Intervjuu. Vastuolud riigihaiгла põhimääruses. Intervjueerija Harry Raudvere 26.10.1995. Sotsiaalministeerium. Käsikiri.

Õiguskantsleri kiri riigihaiulate juhtidele. 25.04.97. nr. 21/65 Säilitatakse Sotsiaalministeeriumi arhiivis.

