



Õiguskantsler

Tanel Ross
juhatuse esimees
Eesti Haigekassa
info@haigekassa.ee

Teie 11.09.2012 nr 1-6/2036-2

Meie 28.11.2014 nr 6-8/120984/1404908

Soovitus õiguspärasuse ja hea halduse tava järgimiseks Õendusabi rahastamise lepingute sõlmimine

Lugupeetud Tanel Ross

Teile teadaolevalt analüüsisin omal algatusel Eesti Haigekassa praktikat ravi rahastamise lepingute sõlmimisel statsionaarselt osutatava õendusabi puhul. Täpsemalt kontrollisin, kas Eesti Haigekassa praktika, mille järgi eelistatakse haiglavõrgu arengukavasse kuuluvaid haiglaid teistele tervishoiuteenuste osutajatele, vastab põhiõiguste ja –vabaduste tagamise põhimõttele ning hea halduse tavale. Ettevõtjate võrdse kohtlemise küsimuse taustal pöörasin erilist tähelepanu tervishoiuteenust vajavate inimeste põhiõigustele.

Menetluse käigus Eesti Haigekassast, Sotsiaalministeeriumist ning tervishoiuteenuste kvaliteedi ekspertkomisjonist saadud teabega tutvumisel **selgus, et ravikindlustuse seadust on võimalik rakendada kooskõlas põhiõiguste ja –vabaduste tagamise põhimõtte ning hea halduse tavaga senisest paremini**. Seepärast soovitan menetluse tulemusel Teil **korraldada, et õendusabi rahastamine sõltuks nii valikumenetluses kui ka arengukavahaiglate puhul rohkem teenuse osutajate pakutava tervishoiuteenuse tegelikust kvaliteedist**.

Nimelt Teie senises praktikas ei põhine tervishoiuteenuste rahastamine alati teenuse osutajate objektiivsel hinnangul ja võrdlusel. Õendusabis olete keskendunud eelkõige teenuse ühtlase piirkondliku kättesaadavuse tagamisele ja suunanud raviraha eelisjärjekorras haiglavõrgu arengukavva kuuluvatele haiglatele. Seejuures ei ole Te enne lepingute sõlmimist läbipaistvalt hinnanud nende haiglate pakutava teenuse kvaliteeti. Kuigi Te hindate teenuse kvaliteeti arengukavahaiglaga sõlmitud lepingu täitmisele hinnangut andes, leian, et lõppastmes riivab lepingute sõlmimise üle otsustamisel pakutava teenuse kvaliteedi hindamata jätmine ravikindlustatud isikute põhiõigusi. Seda põhjusel, et pole tagatud, et patsient saab ravikindlustusraha ning omaosalusena tasutava summa eest võimalikult heal tasemel tervishoiuteenust. Seetõttu peaks Eesti Haigekassa enne ravi rahastamise lepingute sõlmimist kasutama talle seaduse järgi kuuluvat õigust otsustada, kas, kellega ja mis mahus ravi rahastamise lepingut sõlmida, eesmärgiga tagada patsientidele piisava kvaliteediga tervishoiuteenust. Lisaks leian, et kui Teil tekib adekvaatne ülevaade osutatava õendusabi kvaliteedist, tuleks Teil see teave koondada selgelt arusaadaval ning võrreldaval kujul ning teha see avalikuks koos Eesti Haigekassa hinnangutega, millest lähtuvalt on toimunud ravi rahastamise lepingute sõlmimine.

Palun Teil mulle vastata hiljemalt 30.01.2015, kas ja kuidas kavatsete minu soovitusi järgida.

Õiguskantsleri Kantselei

Kohtu 8, 15193 TALLINN. Tel 693 8404. Faks 693 8401. info@oiguskantsler.ee www.oiguskantsler.ee

Järgnevalt annan ülevaate menetluse asjaoludest (I) ja põhjendan, kuidas ma sellisele seisukohale jõudsin (II). Seejärel võtan analüüsi kokku ja esitan soovitusi (III).

I Menetluse lähtekohad

1. Asusin kontrollima õendusabiteenuse (edaspidi lühemalt *hooldusravi* või *õendusabi*) rahastamise mõju seda teenust osutada soovivate ja vajavate isikute põhiõigustele. Nimelt kui hooldusravi jaoks ette nähtud ravikindlustusraha jagab Eesti Haigekassa (edaspidi ka EHK või *haigekassa*) eelisjärjekorras haiglavõrgu arengukavva¹ (edaspidi ka HVA ja *arengukavahaiglad*) kuuluvatele haiglatele ilma, et viimastelt seejuures nõutaks kvaliteeti ja majanduslikku efektiivsust, kahjustab see lõppastmes inimeste õigusi, kes teenust vajavad.²

2. Paralleelselt selle menetlusega asusin mulle antud väärkohtlemise ennetusasutuse mandaadi alusel kontrollima hooldusravihaiglates kohapeal, kas ja kuidas on tagatud patsientide õigus inimväärikale kohtlemisele. Kokku olen kontrollinud ca 20 hooldusravihaiglat, neist 8 arengukavahaiglat ja 12 arengukavavälist.³

Arvestades minu järelevalve piiritletust, ei saa nende kontrollkäikude pinnalt anda võrdlevat ülevaadet õendusabi kvaliteedi kohta külastatud haiglates. Siiski on kontrollkäikude pinnalt võimalik järeldada, et hooldusravihaiglates on puudusi nt kaadri keeleoskusega ning osutatud teenuse dokumenteerimisega, sh ravimite manustamise puhul, vabaduspõhiõiguse alusetu piiramisega, arsti kättesaadavusega, patsientide värskes õhus viibimisega jne, mille tagajärjel riivatakse patsientide põhiõigusi. Üldisemat probleemi olen täheldanud seoses sellega, et sõltumata õendusabi vajaduse olemasolust või puudumisest pakutakse seda haigekassa kulul ajutise asendusteenusena patsientidele, kes viibivad sama teenusepakkuja juures üldhoolduse teenusel.⁴

Ravi rahastamine seaduse järgi

3. Eesti Haigekassa seaduse (HKS) § 2 lg 1 kohaselt on haigekassa eesmärk ravikindlustushüvitiste võimaldamine vastavalt ravikindlustuse seadusele, muudele õigusaktidele ja haigekassa eelarves ettenähtud ravikindlustuse kuludele.

4. Ravikindlustuse seaduse (RaKS) § 2 lg 2 näeb ette ravikindlustuse põhimõtted, milleks on kindlustatud isikute vajadustele vastavate teenuste osutamine, ravi piirkondlik võrdne kättesaadavus ja ravikindlustusraha otstarbekas kasutamine. Selleks, et ravikindlustusega kaetud isikud saaksid tervishoiuteenuseid haigekassa arvel, sõlmib viimane halduslepingud haiglate ja teiste tervishoiuteenuse osutajatega (edaspidi ka *teenusepakkujad*), millega võtab kindlustatud isikult üle kohustuse maksta tasu tervishoiuteenuse osutamise eest.⁵ RaKS § 36 lg 2 järgi ei ole haigekassa kohustatud sõlmima ravi rahastamise lepingut kõigi tervishoiuteenuse osutajatega. Haigekassal on kaalutusõigus, kas ja mis erialade osas ning millises mahus ja tingimustel ravi

¹ Kehtestatud tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 55 lg 1 alusel Vabariigi Valitsuse 02.04.2003 määrusega nr 105.

² Vt Terviseameti 2011. aasta järelevalvetulemuste kokkuvõtte hooldusraviteenuse osutajate kohta, lk 2 jj. Kättesaadav: www.terviseamet.ee, otsetee.

Vt ka Terviseameti 20.06.2012 uudis, kättesaadav: www.terviseamet.ee, otsetee.

³ Kõik kontrollkäigu kokkuvõtted on kättesaadavad arvutivõrgus: www.oguskantsler.ee, otsetee.

⁴ Nimelt on mulle teatavaks saanud, et mõned teenusepakkujad, kes osutavad nii üldhoolduse kui statsionaarse õendusabi teenuseid, võimaldavad oma üldhoolduse teenust tarbivatele klientidele haigekassa kulul perioodilist maksepuhkust, võttes kliendi nt kord aastas patsiendina hooldusravile.

⁵ Vt ravi rahastamise lepingu mõiste RaKS § 35.

rahastamise lepingut sõlmida. Seda kaalutlusõigust tuleb teostada kooskõlas volituse piiride, kaalutlusõiguse eesmärgi ning õiguse üldpõhimõtetega, arvestades olulisi asjaolusid ning kaaludes põhjendatud huve (haldusmenetluse seaduse § 4 lg 2).

5. Ravikindlustuse põhimõtete rakendamist ravi rahastamisel täpsustab RaKS § 36 lg 4, sätestades selleks asjaolud ehk kriteeriumid, millest haigekassa peab ravi rahastamise lepingu sõlmimise ning lepingu tähtaja üle otsustamisel lähtuma.⁶ RaKS § 36 lg 4¹ sätestab, et haigekassa sõlmib ravi rahastamise lepingu, arvestades eelviidatud RaKS § 36 lõikes 4 nimetatud asjaolusid, vähemalt kolmeaastase tähtajaga.⁷ RaKS § 36 lg 5 näeb ette, et haigekassa sõlmib vähemalt viieaastase tähtajaga ravi rahastamise lepingu isikuga, kes peab tervishoiuteenuste korraldamise seaduse (TTKS) § 55 lg 1 alusel Vabariigi Valitsuse määrusega kehtestatud haiglavõrgu arengukavas nimetatud haiglat.⁸

Haiglavõrgu arengukava on kehtestatud eesmärgiga tagada tervishoiuteenuste ühtlane kättesaadavus ning teha haiglate ehitamiseks, renoveerimiseks ja ümberprofileerimiseks vajalikud investeeringud (TTKS § 55 lg 1 punktid 1 ja 2). Selleks saavad arengukavahaiglad ühelt poolt riigilt toetust investeeringute tegemiseks. Teiselt poolt on arengukavahaiglatel erinevalt teistest haigekassa rahastatavatest teenuseosutajatest RaKS § 36 lg 5 alusel õigus sõlmida ravi rahastamise lepingud pikema tähtajaga (vähemalt viieks aastaks, samas kui teised saavad lepingute sõlmimisel arvestada vähemalt kolmeaastase tähtajaga).

6. Minu hinnangul ei järeldu eespool toodud normidest see, et arengukavahaiglatega tuleks ravi rahastamise lepingud sõlmida valimatult, sõltumata nende vastavusest RaKS § 36 lõikes 4 sätestatud alustele. Olen seisukohal, et ravi rahastamise lepingute sõlmimine peab toimuma kooskõlas õiguse üldpõhimõtetega, mille hulka kuuluvad läbipaistvuse ja võrdse kohtlemise nõuded, samuti põhiõiguste ja -vabaduste võimalikult tõhusam kaitse (vt ka punktid 29 jj). Nimelt määratakse ravi rahastamise otsustega suuresti ära patsiendi võimalus valida turul tegutsevate teenusepakkujate vahel, sest ravikindlustatu jaoks on haigekassa kulul osutatud teenus tasuta või oluliselt odavam.⁹ Seega ravi rahastamise lepinguid sõlmides teeb haigekassa valiku ravikindlustatute eest (hoolimata sellest, et enda kulul säilib patsiendil võimalus valida teenuseosutaja, kellega haigekassal lepingut ei ole). Kuna patsiendi jaoks kujutab omaosaluse suurus barjääri tervishoiuteenuse kättesaadavusele, siis ei saa omavahel võrdsetel alustel konkureerida ettevõtja, kellel on haigekassa leping, ning ettevõtja, kellelt ravikindlustatu haigekassa raha eest tervishoiuteenust ei saa. Seepärast juhul kui haigekassa võiks sõlmida arengukavahaiglatega lepingud rahastamisotsuseid läbipaistvalt põhjendamata, siis ei oleks ühelt poolt tagatud tervishoiuteenuse osutajate võrdne kohtlemine, teiselt poolt aga RaKS § 2 lõikes 2 sätestatud kindlustatud isikute vajadustele vastavate teenuste osutamise põhimõtte järgimine. Seetõttu peab ravi rahastamise lepingute sõlmimine olema alati seotud RaKS § 36 lõikes 4 nimetatud asjaolude hindamisega.

⁶ Kõnealused kriteeriumid on järgmised: 1) kindlustatud isikute vajadus teenuse järele ja teenuse kättesaadavus; 2) teenuse osutamise kvaliteet ja tingimused; 3) teenuse hind; 4) teenuse osutamise võimalikkus vastavalt majutuse standardtingimustele; 5) tervishoiuteenuse osutajate piirarv; 6) tervishoiuteenuse osutamise keskmise koormuse näitajad; 7) riigi tervishoiupoliitika arengusuunad; 8) varasemate ravi rahastamise lepingute või sellesarnaste lepingute nõuetekohane täitmine tervishoiuteenuse osutaja poolt; 9) maksuvõlgnevuse olemasolu või puudumine ning tervishoiuteenuse osutaja üldine majanduslik seisund; 10) ravikindlustust ja tervishoidu reguleerivate õigusaktide nõuetekohane täitmine tervishoiuteenuse osutaja või temale tööd andva isiku poolt.

⁷ RaKS § 36 lg 4² täpsustab, et kui leping sõlmitakse esimest korda, siis on lepingu tähtjaks kuni kolm aastat.

⁸ Arengukavahaiglate hulka kuuluvad lisaks kolmele piirkondlikule ja neljale keskhaioglale 11 üldhaioglalt ja üks kohalik haigla.

⁹ Iseseisva statsionaarse õedusabi (kood 2063) omaosaluse määr on 15%. Vt Vabariigi Valitsuse 27.12.2013 määrus nr 188 „Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu“ § 13 lg 1.

7. Ühtlasi tuleneb esitatust, et kooskõlas hindamiskriteeriumide ja ravikindlustuse põhimõtetelega ei saa ravi rahastamise lepinguid sõlmida üksnes piirkondliku kättesaadavuse põhimõttel, jättes tähelepanuta, millisel tasemel tervishoiuteenust patsient lepingupartnerilt vastu saab, või jagada ravikindlustusraha selliselt, et see soodustab ebatõhusust (nt suunates raviraha arengukavahaiglasse, kus puudub vajalik kompetents vastava teenuse kvaliteetseks osutamiseks, kuigi lähtuvalt haigla liigist peaks tal see kompetents olema). Seetõttu HVA-sse kuulumine on üks asjaoludest, mida haigekassa peab ravi rahastamisel arvestama kõrvuti teiste asjakohaste kriteeriumidega, nagu pakutavate tervishoiuteenuste kättesaadavus, hind ja kvaliteet¹⁰.

8. Selleks, et tagada isikute põhiõiguste ja -vabaduste kaitse põhimõtte järgimine ravi rahastamise lepingute sõlmimise praktikas, tuleks minu hinnangul eelistada RaKS § 36 sellist tõlgendust, mis ei välista sama paragrahvi lg 4 järgi haigekassale kuuluvat kaalutusõigust võtta ka HVA-sse kuuluvate teenuseosutajatega lepingute sõlmimisel arvesse pakutava tervishoiuteenuse sisulist taset ja vastavust RaKS § 36 lõikes 4 täpsustatud ravikindlustuse põhimõtetele. Teisisõnu tuleks RaKS § 36 lõiget 5 tõlgendada nii, et see piirab haigekassale sama paragrahvi lõigetest 2 ja 4 tulenevat kaalutusõigust üksnes ravi rahastamise lepingu miinimumtähtaja üle otsustamisel. Samas RaKS § 36 lõigete 2 ja 4 järgi on haigekassal kaalutusõigus, kas ning millistel erialadel, mis mahus ja kui pika tähtjaga lepingut sõlmida. Leian, et nende normide taoline tõlgendamine annaks põhiõiguste ja -vabaduste tagamise põhimõtte järgimise seisukohalt oluliselt parema tulemuse kui tõlgendus, mille järgi tuleb kõikide arengukavahaiglaga igal juhul sõlmida leping küsitud erialadel ja mahus, sõltumata sellest, millisel tasemel selles arengukavahaiglas tervishoiuteenuseid osutatakse.

Ravi rahastamine haigekassa praktikas

9. Küsisin menetluses teavet Eesti Haigekassalt, Sotsiaalministeeriumilt ja tervishoiuteenuste kvaliteedi ekspertkomisjonilt. Arvestades vastustes¹¹ esitatud ja muud menetluses kogutud teavet, sh menetluse jooksul tehtud muudatusi haigekassa halduseeskirjades, saab välja tuua järgmised asjaolud.

10. Teie hinnangul on RaKS § 36 lg 5 imperatiivne säte, mille rakendamisel puudub haigekassal kaalutusõigus, kas arengukavahaiglaid ravi rahastamise lepingute sõlmimisel eelistada või mitte. Arengukavahaiglate eelisrahastamise sisulised põhjendused lähtuvad RaKS § 2 lõikes 2 ette nähtud ravikindlustuse aluspõhimõtetest, mille hulka kuulub ravi piirkondliku võrdse kättesaadavuse põhimõte. Nende põhimõtete rakendamisel tuginede ravi rahastamise praktikas eeskätt HVA-le kui tervisepoliitilisele meetmele. Kuidas täpsemalt olete korraldanud Teile seadusega antud kaalutusõiguse kasutamist, selgub halduseeskirjast „Ravi rahastamise lepingu sõlmimiseks tervishoiuteenuse osutajate valiku väljakuulutamise põhimõtted, ravi rahastamise lepingu sõlmimise asjaolude hindamise alused ja lepingu tähtaja üle otsustamise tingimused”¹², mida arengukavahaiglatega ravi rahastamise lepinguid sõlmides ei kohaldata. Ravi rahastamise lepingute sõlmimise ja haldamise üldine korraldus, mis hõlmab ka arengukavahaiglaid, on kirjeldatud halduseeskirjas „Ravi rahastamise lepingute sõlmimine ja

¹⁰ Seejuures pean oluliseks rõhutada, et tegevusloa olemasolu ei saa võrdsustada kvaliteediga: tegevusloa on tegevuse lubatavuse eelduseks, näidates teenuse osutaja vastavust üksnes n-õ miinimumnõuetele. Seetõttu ei või ka Vabariigi Valitsuse 02.04.2003 määruse nr 105 „Haiglavõrgu arengukava“ § 1 lõikes 2 sisalduvat viidet tegevusloale tõlgendada viisil, et see välistab kvaliteedi hindamise.

¹¹ Sotsiaalministri 03.09.2012 kiri nr 13.1-13/3802, EHK 11.09.2012 kiri nr 1-6/2036-2, Tervishoiuteenuste kvaliteedi ekspertkomisjoni (TKE) 05.09.2012 kiri nr 13.1-15/3813 ning Terviseameti (TA) 15.08.2012 kiri nr 1.3-8/6605-3.

¹² Kinnitatud EHK 01.11.2013 otsusega nr 20, kättesaadav: www.haigekassa.ee, [otsetee](http://otsetee.ee). Halduseeskirja punkte 7.2 ja 7.3 on muudetud EHK nõukogu 17.01.2014 otsusega nr 2.

haldamine”.¹³ Sõlmitud lepingute täitmist kontrollitakse vastavalt üldtingimustele, mis sisaldavad mh tingimusi teenuste kvaliteedi tagamise kohta.¹⁴ Lepingu täitmise kontrolliks saab haigekassa mh tellida kliinilisi auditeid.¹⁵

11. Teie arvates puudub Teil RaKS § 36 lõike 5 alusel õigus hinnata haiglavõrgu arengukavva kantud haiglatega ravi rahastamise lepingute sõlmimisel RaKS § 36 lõikes 4 sätestatud asjaolusid ehk kriteeriume, millega seadus seob rahastamisotsuste tegemise. See tähendab, et rahastatavate teenuste taset hinnatakse võrreldavatel alustel lepingupartnerite valikul üksnes haiglavõrgu arengukavva kandmata tervishoiuteenuse osutajate puhul (konkursi korras ehk nn valikumenetluses, mis kuulutatakse välja üksnes juhtudel, kui haiglavõrgu arengukavahaiglad ei suuda piirkonnas tagada kõikide haigekassa määratud ravijuhtude täitmist). Täpsemalt kirjeldate lepingumahtude jagamise praktikat oma halduseeskirja „Ravi rahastamise lepingute sõlmimine ja haldamine” punktis 7, mille järgi arengukavahaiglate puhul sõlmitakse lepingud valikut välja kuulutamata ning valikut rakendatakse üksnes arengukavahaiglatest ülejäävate mahtude korral.¹⁶ Arengukavahaiglate lepingute rahalised mahud (ravijuhtude arv, haigekassa ülevõetavate rahaliste kohustuste summa) jagatakse läbirääkimiste teel (p 7.2 a, p 7.3 a).

12. Täiendavalt konkursiväliselt arengukavahaiglate rahastamisele olete korraldanud teiste lepingupartnerite valiku kaheetapilises valikumenetluses. Esimeses etapis võtate aluseks RaKS § 36 lg 4 punktis 1 ette nähtud kättesaadavuse kriteeriumi, arvestades seejuures eeskätt arengukavahaiglate paiknemist. Sellise eelvaliku tulemusel välistate valikule kvalifitseeruvate teenusepakkujate ringist kõik pakkujad, kes tegutsevad väljaspool kindlaksmääratud piirkonda. Muud RaKS § 36 lõikes 4 ette nähtud valikukriteeriumid alates teenuse kvaliteedist (p 2) ja hinnast (p 3) kuni ravikindlustust ja tervishoidu reguleerivate õigusaktide nõuetekohase täitmiseni (p 10) jätate esimeses etapis kõrvale.¹⁷ Neist lähtuvalt teete valiku alles teises etapis kvalifitseerunud ettevõtjate vahel. Eelvaliku tulemusel välistatud pakkujate teenuste taset Te sisuliselt ei hinda ning neil puudub võimalus haigekassa rahale konkureerida. Näiteks võib tuua Eesti Haigekassa juhatuse 13.12.2010 otsuse nr 295, millega tegite enne sisulist valikut piirkondliku eelvaliku, kuulutades välja valikualustel erialadel teenuste osutamise soovitud kohad piirkondade kaupa.¹⁸ Otsuses toodud valiku kohtades kuulutas haigekassa välja konkursi, sõlmimaks tervishoiuteenuse osutajatega ravi rahastamise lepingud. Kohtade valikut

¹³ Kinnitatud EHK juhatuse 30.12.2013 otsusega nr 496, kättesaadav [www.haigekassa.ee, otsetee](http://www.haigekassa.ee/otsetee).

¹⁴ Vt ravi rahastamise lepingu üldtingimused (lepingutele, mis on jõustunud pärast 01.01.2014), p 5. Kättesaadav: [www.haigekassa.ee, otsetee](http://www.haigekassa.ee/otsetee).

¹⁵ Eesti Haigekassa seaduse § 2 lg 2 p 4 järgi kontrollib haigekassa tema poolt osaliselt või täielikult rahastatavate teenuste kvaliteeti ja põhjendatust. Selle ülesande täitmiseks on haigekassa tellinud valitud erialadel tunnustatud erialaekspertidelt iga-aastaselt kuni viis [kliinilist auditit](#). Lisaks analüüsivad haigekassa usaldusarstid ravidokumentide põhjal haigekassa lepingupartnerite osutatud ravijuhte (nt 2013. aastal enam kui 12000 ravijuhtu). Vt Eesti Haigekassa majandusaasta [aruanne 2013](#), lk 4, kättesaadav: [www.haigekassa.ee, otsetee](http://www.haigekassa.ee/otsetee). Vt ka viidatud 2014.a ravi rahastamise lepingu üldtingimuste p 5.3.

¹⁶ Samuti kinnitas haigekassa mulle 11.09.2012 saadetud vastuse p-s 8, et valikumenetlus kuulutatakse välja siis, kui haiglavõrgu arengukavva kantud haiglad ei suuda piirkonnas tagada kõikide haigekassa määratud ravijuhtude täitmist.

¹⁷ EHK juhatuse 30.12.2013 otsusega nr 496 kinnitatud protseduuri „Ravi rahastamise lepingute sõlmimine ja haldamine“ p-dest 7.2 ja 7.4.2 selgub, et valik kuulutatakse välja üksnes kohtades, kus arengukavahaiglad ei kata ära põhjendatud nõudlust vastaval lepinguerialal. Valiku kohtade määramisel lähtutakse tervishoiuteenuse geograafilise kättesaadavuse põhimõttest ning halduri hinnangust valiku erialal arengukavahaiglate kaetava nõudluse ulatuse ning katmata nõudluse mahu piisavuse kohta valiku väljakuulutamiseks.

¹⁸ Otsuse lisades olid taastusraviteenuse osutamise valiku kohtadena Harju piirkonnas määratud Kallavere, Keila, Loksa ja Viimsi ning Lasnamäe ja Pirita linnaosad Tallinnas; Pärnu piirkonnas Haapsalu ja Märjamaa; Tartu piirkonnas Mustvee ja Elva. Statsionaarse hooldusravi osutamise valiku kohtadena olid Harju piirkonnas määratud Kallavere, Loksa ja Tallinn.

põhjendasite seejuures asjaoluga, et nimetatud kohtades ei katnud arengukavahaiglad nõudlust ära.¹⁹

13. Vastates küsimusele teenuse osutamise asukoha tähtsuse kohta RaKS § 36 lõigete 4 ja 5 rakendamisel, mõnsite, et hooldusravi puhul on geograafiline kättesaadavus oluline eeskätt ambulatoorse õendusabi osas, samas kui haiglas osutatava ehk statsionaarse hooldusravi puhul kodulähedus nii suurt rolli ei mängi. Seejuures tuleb märkida, et olete oma varasemas praktikas (enne käesolevat aastat) korraldanud statsionaarse ja ambulatoorse hooldusravi rahastamist erinevatel alustel ning lepingupartnerite valikuid välja kuulutanud eraldi.²⁰

14. Hooldusraviteenuse kvaliteedi hindamisel olete ravi rahastamise lepinguid sõlmides lähtunud eeldusest, et kui tervishoiuteenuse osutajal on kehtiv Terviseameti väljaantud tegevusluba, siis vastab ta õigusaktides tegevusloa saamiseks kehtestatud tingimustele. Ehkki Teie vastusest mulle selgub, et kvaliteetseks tervishoiuteenuseks annavad eelduse lisaks tegevusloa olemasolule arstide erialased pädevushindamised, patsiendikaebuste olemasolu või puudumine ja eelnevate ravi rahastamise lepingute täitmine, olete oma varasemas praktikas hooldusraviteenuse osutajate valikul RaKS § 36 lg 4 p 2 alusel piirdunud tegevusloa olemasolu kontrolliga.²¹ Teie 2013. aastal kinnitatud halduseeskirjas on mõned täiendavad kriteeriumid nagu õendusjuhi haridusnõue, toimiva õe väljakutse süsteemi olemasolu ning ratastooliga liiklemise võimalused.²² Hindamiskriteeriumeid on täiendatud ka tervishoiuteenuse osutamise keskmise koormuse näitajate osas.²³ Ravi rahastamise lepingu sõlmimise taotluse ankeedis kajastuvad veel mitmed õendusabi kvaliteediga seotud näitajad (sh küsimused personali kohta, hoolduse ja ravi vajaduse kindlakstegemise vorm, liidestumine e-tervisega, kuidas on korraldatud arsti konsultatsioon, füsioteraapia teenuse osutamine, patsiendi pesemistoolide kasutamine).²⁴ Sõlmitud lepingute täitmist kontrollitakse vastavalt üldtingimustele, mis sisaldavad tingimusi teenuste kvaliteedi tagamise kohta. Lepingu täitmise kontrolliks saab haigekassa mh tellida kliinilisi auditeid.

15. Sotsiaalminister Hanno Pevkur oli seisukohal, et RaKS § 36 lõiked 2, 4 ja 5 koostoimes TTKS § 55 lg 1 alusel kehtestatud arengukavahaiglate loeteluga peaksid tagama arengukavahaiglatele stabiilse rahastamise, kindluse investeeringute tegemiseks ning personaliga komplekteerimiseks, tagamaks tervishoiuteenuste kättesaadavuse elanikkonnale. Sotsiaalminister mõõnis, et HVA-s nimetatuta tervishoiuteenuse osutajatega sõlmib haigekassa ravi rahastamise

¹⁹ Riigikohus on seda põhjendust aktsepteerinud. Vt RKHK 29.11.2012 otsus asjas nr 3-3-1-29-12, p 21.

²⁰ Vt nt haigekassa lepingupartnerite valikud 2012, mh statsionaarses hooldusravis Tallinnas ning koduõenduses Märjamaal. Kättesaadav: www.haigekassa.ee, [otsetee](#). Viimastel aastatel olete õendusabi valikute korraldamist ühtlustanud, kuid statsionaarse õendusabi ja koduõendusabi nõudlust olete siiski hinnanud eraldi. Seejuures ei selgu, kuidas olete nõudluse hindamisel arvestanud patsiendi vajadusi küsimuses, kas teenust osutatakse haiglas või väljaspool haiglat. Vt Eesti Haigekassa juhatuse 31.03.2014 [otsus nr 145](#) ja selle [Lisa 1](#), kättesaadav: www.haigekassa.ee, [otsetee](#).

²¹ Vt Eesti Haigekassa nõukogu 19.10.2011 otsus nr 20 „Ravi rahastamise lepingu sõlmimise asjaolude hindamise alused ja lepingu tähtaja üle otsustamise tingimused“, p-d 2.2-2.3, kättesaadav: www.haigekassa.ee, [otsetee](#).

²² Seaduse järgi olid Teie lepingupartneritel vastavad kohustused ka varem. Nimelt on RaKS § 68 lg 1 järgi tervishoiuteenuse osutaja, kellega haigekassa on sõlminud ravi rahastamise lepingu, kohustatud tagama kindlustatud isikule statsionaarse tervishoiuteenuse saamise ajaks majutuse standardtingimustes. RaKS § 68 lg 2 täitmiseks vastu võetud sotsiaalministri 15.11.2002 määruse nr 132 „Haiglate majutuse standardtingimused“ § 2 lg 3 nõuab, et majutusruumid liikumis-, nägemis- ja kuulmispuudega patsientidele vastaksid nimetatud puudest tingitud erivajadustele; § 3 lg 4 järgi peab haigla igas palatis ja tualettruumis, välja arvatud psühhiaatriaosakonnas, olema õe väljakutse süsteem.

²³ Vt EHK nõukogu 01.11.2013 otsus nr 20, kättesaadav: www.haigekassa.ee, [otsetee](#), p-d 7.1 ja 7.2, Statsionaarse õendusabi osutajaga lepingu sõlmimise üle otsustamise hindamise alused.

²⁴ Vt taotluse vorm statsionaarses õendusabis, Lisa 5 EHK juhatuse 31.03.2014 otsusele nr 145 „Valikule kuuluvate koduõenduste ja statsionaarse õendusabi teenuste ning nende mahu ja osutamise kohtade kinnitamine ravi rahastamise lepingute sõlmimiseks“, kättesaadav: www.haigekassa.ee, [otsetee](#).

lepingud juhul, kui arengukavahaiglate võimekus osutada tervishoiuteenust (sh hooldusraviteenust) osutub väiksemaks piirkonna vajadustest. Sotsiaalministri selgitusel on arengukavahaiglaid koheldud erinevalt võrreldes teiste teenuseosutajatega selleks, et ressursse piisaval määral tsentraliseerides tagada teenuste jätkusuutlikkus läbi majandusliku efektiivsuse ning ühtlasi ressurside, sh eriti napi personaliressursi, otstarbekas kasutamine. Suure hulga teenuseosutajate vahel ressurside killustamine võib sotsiaalministri arvates viia olukorrani, kus tagatud ei ole jätkusuutlikkus (st lõppkokkuvõttes kättesaadavus) ja ka piisav kvaliteet. Samas on sotsiaalminister viidanud märkimisväärsetele summadele, mis on Euroopa Liidu struktuurifondidest suunatud hooldusravi infrastruktuuri rahastamiseks just peamiselt arengukavahaiglates. Samuti nähtub haigekassa vastusest arengukavahaiglate plaan oluliselt suurendada hooldusravi pakkumist statsionaarses vormis ehk haiglateenusena. Nimelt on kavandatud hooldusravi voodikohtade arvu mitmekordistumist kõigis haigekassa piirkondades, v.a Harju piirkond.²⁵

16. Sotsiaalministri vastusest selgus, et ehkki TTKS § 55 lg 5 sätestab menetluse arengukavahaiglate loetelu täiendamiseks, ei näe ta selleks vajadust, kuna statsionaarsete ravivoodite arv on pidevas langustrendis tingituna statsionaarse ravi osatähtsuse vähenemisest ja ravijuhtude lühenemisest. Samast selgus, et sotsiaalminister ei ole kasutanud võimalust algatada menetlus kellegi arengukavahaiglate loetelust välja arvamiseks vastavalt TTKS § 55 lõikele 6.²⁶

17. Terviseamet kinnitas oma vastuses, et haigekassa ei ole hooldusravi rahastamise lepingute sõlmimisel küsinud Terviseametilt teenuse kvaliteedi kohta, küll aga olete küsinud Terviseameti tegevuslubade osakonnalt andmeid tegevuslubade kehtivuse ja hooldusravi teenuse osutajate nõuetele vastavuse kohta. Lisaks on Terviseamet nimetanud ühte juhtumit (2008. aastast), kus seoses patsientide kaebustega teenuse kvaliteedi üle küsis haigekassa Terviseametilt teavet hooldusraviteenuse osutaja kvaliteedi kohta hiljem, st ravi rahastamise lepingu tingimustele vastavuse kontrollimiseks.

18. Tervishoiuteenuste kvaliteedi ekspertkomisjon kirjeldas mulle, milline on olnud tema kvaliteedialane teabevahetus haigekassa ja Terviseametiga ning millest ekspertkomisjon lähtub statsionaarselt osutatava õendusabi kvaliteedi hindamisel. Kuna haigekassa praktikas teenuseosutajate valiku läbiviimisel on üheks tingimuseks valiku kinnitamise otsuse kalendriaastale eelneval kolmel kalendriaastal ekspertkomisjonile esitatud põhjendatud kaebuste olemasolu, siis olete palunud iga aasta algul enne ravi rahastamise lepingute sõlmimist ekspertkomisjonilt tema viimase aasta töö kokkuvõtet, milles on märgitud nimeliselt kõik tervishoiuteenuste osutajad, kelle kohta eksperthinnang on antud ning kas kaebus oli ekspertkomisjoni hinnangul põhjendatud või mitte.

II Minu seisukoht

²⁵ Vt ka Riigikontrolli 2010 .a auditiaruanne „Haiglavõrgu jätkusuutlikkus“, lk 41: „Euroopa Regionaalarengu Fondist on aastatel 2007–2013 eraldi infrastruktuuri arendamiseks ette nähtud „tervishoiu ja hoolekande infrastruktuuri” prioriteetse suuna all kokku kuni 2,646 miljardit krooni, millele lisandub 805 137 251 krooni Eesti kaasfinantseeringut. Prioriteetne suund on jagatud kolme eraldi meetmega haiglate, õendushooldusteenuste ning hoolekandeesutuste vahel.“ Kättesaadav: www.riigikontroll.ee, [otsetee](#).

²⁶ Viidatud sätte järgi on sotsiaalministril õigus teha Vabariigi Valitsusele ettepanek, mis on kooskõlastatud haigekassaga, haigla pidaja haiglavõrgu arengukavas nimetatud haiglate loetelust väljaarvamiseks, kui haigla pidaja ei tegutse kooskõlas seadusega, talle väljastatud tegevusloaga või ta rikub haigekassaga sõlmitud ravi rahastamise lepingut. Kui haiglat pidava isiku tegevusluba on tunnistatud kehtetuks või haigla tegevus on lõpetatud, teeb sotsiaalminister Vabariigi Valitsusele ettepaneku haigla pidaja kohe haiglavõrgu arengukavas nimetatud haiglate loetelust välja arvata. See ettepanek ei vaja haigekassaga kooskõlastamist.

19. Eespool toodust nähtub, et olete eelistanud ravi rahastamisel arengukavahaigilaid hindamata rahastatava teenuse tegelikke omadusi. Selline praktika riivab põhiõigusi ning nõuab kaalukaid põhjendusi, kuna sellega kahjustatakse mitte ainult konkurentsi teiste tervishoiuteenuse osutajate suhtes, vaid luuakse soodsad tingimused ebakvaliteetse teenuse osutamiseks, mis lõppastmes võib seada ohtu ravikindlustatu põhiõigused.

20. Järgnevalt hindan haigekassa praktika kooskõla põhiõiguste ja –vabaduste tagamise põhimõttega. Selle tegemisel selgitan kõigepealt tõstatatud küsimuse põhiseaduslikku tausta (p-d 21-26). Seejärel käsitlen ravi rahastamise lepingute sõlmimise praktika kooskõla võrdsuspõhiõigusega ning õigusega heale haldusele, rõhuasetusega patsiendi õigusel saada kvaliteetset tervishoiuteenust (p-d 27-39). Lõpuks toon välja, mida haigekassa saaks isikute põhiõiguste ja –vabaduste senisest paremaks tagamiseks teisiti teha (p-d 40-48).

Põhiseadusest tulenev

21. Eesti Vabariigi põhiseaduse (PS) §-st 13 tulenevalt on riigil üldine kaitsekohustus, mis avalik-õiguslike suhete kõrval laieneb eraõiguslikele suhetele ja hõlmab kohustust tagada põhiõigusi ja –vabadusi tasakaalustavad meetmed. Ehkki riigi kaitsekohustus eraõiguslikes suhetes on piiratud, õigustab see sekkumist mh selleks, et vältida ühtede eraisikute kahjustamist teiste äri- või kutsealase tegevuse läbi. Nii on seadusandja sätestanud tarbijakaitse ehk tarbija kui kaubanduslikes suhetes eeldatavalt nõrgema osapoole kaitse võlaõigusseaduses ja tarbijakaitseaduses, on allutanud mitmete üldhuviteenuste osutajad hinnaregulatsioonile ja riiklikule järelevalvele, sidunud avalike teenuste rahastamise kvaliteedikontrolliga jne.

22. PS § 28 lg 1 sätestab põhiõiguse tervise kaitsele. Ka rahvusvaheline õigus paneb riigile seonduvalt tervise kaitsega mitmeid kohustusi.²⁷ Sõltumata tervishoiusüsteemist ja selle rahastamise mudelist peab riik seisma hea selle eest, et hea kvaliteediga tervishoiuteenused (sh arsti- ja õendusabi) oleksid inimestele kättesaadavad. Seejuures on riigil kohustus rakendada meetmeid inimeste kaitseks tervishoiuteenuste kvaliteedi alal.²⁸

23. Tervishoiuteenuste osutamise tagamiseks on riik loonud sotsiaalmaksust rahastatava ravikindlustussüsteemi ning asutanud Eesti Haigekassa, kes täidab avalik-õigusliku juriidilise isikuna talle seadusega usaldatud ülesandeid, sh korraldab ravikindlustuse seaduse alusel tervishoiuteenuste rahastamist. Haigekassa on oma tegevuses seotud seadusega, sh ravikindlustuse seaduses sätestatud ravikindlustuse põhimõttega, milleks on kindlustatud isikute vajadustele vastavate teenuste osutamine, ravi piirkondlik võrdne kättesaadavus ja ravikindlustusraha otstarbekas kasutamine.

24. Haigekassa jagatav ravikindlustusraha on avalik raha, mis ei ole ravikindlustatu omandis. See tähendab, et ravikindlustatul ei ole õigust tema eest makstud sotsiaalmaksu ravikindlustuse osa vabalt vallata, kasutada ega käsutada, sh valida, milliselt tervishoiuteenuse osutajalt ta haigekassa kulul arsti- või õendusabi saab. Küll laieneb omandipõhiõigus sotsiaalkindlustushüvitistele, mistõttu ravikindlustatul tekkiv õigus²⁹ tervishoiuteenusele on

²⁷ Vt T. Annus, K. Muller, A. Henberg. Kommentaarid PS §-le 28, p 6.2 jj. Eesti Vabariigi põhiseadus. Kommenteeritud väljaanne 2012, kättesaadav: www.pohiseadus.ee, [otsetee](#).

²⁸ Vt nt M. S. Giorgi. The Human Right to Equal Access to Health Care. School of Human Rights Research, Intersentia, 2012, lk 47.

²⁹ RaKS § 25 lg 1 järgi on ravikindlustushüvitis kvaliteetne ja õigeaegne tervishoiuteenus, vajalik ravim ja meditsiiniseade, mida kindlustatud isikule võimaldavad käesolevas seaduses sätestatud tingimustel haigekassa ja temaga vastava lepingu sõlminud isikud (mitterahaline hüvitis), ning rahasumma, mida haigekassa on kohustatud

PS § 32 kaitsealas.³⁰ Riive esineb juhul, kui ravikindlustatul on tekkinud õigus ravikindlustushüvitisele, kuid ta ei saa seda endast olenematutel põhjustel realiseerida (nt kuna haigekassa rahastatavate teenusepakkujate valik on nii piiratud või ooteajad nii pikad, et kvaliteetne ja õigeaegne tervishoiuteenus ei ole kättesaadav). Sellisel juhul ravikindlustushüvitist võimaldamata jättes riivab riik tervisepõhiõiguse (PS § 28) kõrval omandipõhiõigust (PS § 32).

25. PS § 12 lõikest 1 tuleneb üldine võrdsuspõhiõigus. Selle sätte järgi ei tohi sarnases olukorras olevaid isikuid kohelda meelevaldselt erinevalt, st erinev kohtlemine peab olema põhjendatud. Koostoimes PS §-s 31 tagatud ettevõtlusvabadusega tuleneb sellest sättest ettevõtjate ebavõrdse kohtlemise keeld. Põhiseadus keelab riigil luua põhjendamatu konkurentsieeliseid valitud ettevõtjatele või piirata konkurentsi diskrimineerivalt, kahjustades sellega vaid mõnede isikute huve. Kui riik on otsustanud mõnes valdkonnas konkurentsi piirata, tuleb tal ühtlasi tagada, et seetõttu ei jääks tarbija kaitseta, sh et osutatava teenuse hind ja kvaliteet ei kujuneks halvemaks kui vaba konkurentsi tingimustes.

26. Põhiõiguste ja -vabaduste tagamine on PS § 14 järgi avaliku võimu kohustus, millele muu hulgas vastab isiku õigus korraldusele ja menetlusele, sh heale haldusele.³¹ Nimetatud põhiõiguste tagamine eeldab haldusorganitelt mitte ainult kahjustavast tegevusest hoidumist, vaid sihipärast tegevust, planeerimist ja korraldamist, et välistada oma tegevuses omavoli ja tagada õiguse üldpõhimõtete järgimine muu hulgas menetlustes, mille abil haldusorgan jagab ettevõtjate vahel avalikku raha, lähtudes omaenda paremast äranägemisest. Kohane menetlus on ühtlasi vajalik tagatis tarbijatele, kes vajavad teenust, mille pakkumist on riik otsustanud konkurentsivabaduse arvel (PS § 31) piirata.

Hinnang haigekassa praktikale

27. Tervishoiuteenuste osutamisel on riigil PS §-st 28 tulenev kohustus kaitsta patsienti kui eeldatavalt nõrgemat poolt suhetes teenusepakkujaga. Nii peaks tegevusloaandue ja riiklik järelevalve hoidma nõuetele mittevastavad teenusepakkujad turult eemal. Ravi rahastamise lepingu sõlmimiseks ei piisa aga pelgalt tegevusloa olemasolust (vt RaKS § 36 lg 4 p 2, mille järgi peab haigekassa hindama teenuse kvaliteeti). Arvestades kehtivat tervishoiuteenuste rahastamise süsteemi, tuleb haigekassal seepärast luua majanduslik motivatsioon, et iga tervishoiuteenuse osutaja oleks tõepoolest huvitatud pakkuma parimat tervishoiuteenust, mida haigekassa kulul on võimalik osutada.

28. Ehkki üldjuhul tagab teenusmajanduses parima hinna-kvaliteedi suhte konkurents, siis see ei tähenda, et kõik ravikindlustusest rahastatavad tervishoiuteenused peaksid olema konkurentsile avatud.³² Näiteks võib riigil olla mõistlik koondada teatud tervishoiuteenuste

käesolevas seaduses sätestatud tingimustel maksma kindlustatud isikule tema tervishoiuks tehtud kulutuste eest ja ajutise töövõimetuse korral (rahaline hüvitis).

³⁰ Omandipõhiõiguse kaitse ulatub kinnis- ja vallasasjade kõrval ka rahaliselt hinnatavatele õigustele ja nõuetele. Vt RKÜK 17.06.2004 otsus asjas 3-2-1-143-03, p 18. Rahaliselt hinnatavate õiguste hulka kuulub näiteks õigus pensionile. Vt RKÜK 26.06.2014 otsus asjas 3-4-1-1-14, p 88. Euroopa Inimõiguste Kohtu praktika kohaselt kuuluvad sotsiaalkindlustushüvitised konventsiooni protokoll nr 1 artikli 1 („Vara kaitse“) kaitsealasse.

³¹ Põhiõigus heale haldusele seob vahetult täitevvõimu, kes peab sellega arvestama nii toimingute tegemisel kui ka individuaal- ja universaalaktide andmisel. [...] Vt N. Parrest. Kommentaarid PS §-le 14, p 3.2.2. Eesti Vabariigi põhiseadus. Kommenteeritud väljaanne 2012, kättesaadav: www.pohiseadus.ee/otsetee.

³² Kui vaadata arenenud riikide praktikat, siis haiglate rahastamisel on keskne planeerimine tavapärane (juba tulenevalt erasektori väiksest turuosast). Analüüsides konkurentsi võimalusi haiglateenuste alal, on leitud, et konkurentsi tulemuslikuks rakendamiseks peaks sellega kaasnema riigi aktiivne roll teenuse kvaliteedi ja kulupõhisuse tagamisel. Ka on leitud, et haiglateenuste ressursside jaotamine tuleks korraldada kas planeerimise või turu abil, mitte aga rakendada mõlemat samaaegselt. Nimelt ei ole tõenäoline, et planeerimine ja turg (vaba valiku teel) viiksid raha jagamisel ühesugusele tulemusele. Avalikud haiglad ei ole seejuures erandiks. Vt „Policy

pakkumine suurematesse haiglatesse, lähtudes kesksest planeerimisest vastavalt elanikkonna vajadustele. Sedalaadi planeerimine võib olla põhjendatud ühelt poolt haiglaraviteenuste kättesaadavuse tagamise ning teiselt poolt kulude kontrolli ja ressursside kokkuhoiu kaalutlustega. Seejuures on aga küsitav, kas nt hooldusravi pakkumise koondamine arengukavahaiglatesse annab seesugust lisaväärtust, mis patsiendi ja ravikindlustuse seisukohalt õigustaks arengukavahaiglate valimatut eelisrahastamist sel erialal.³³

29. RaKS § 36 lg 4 p 2 järgi on teenuse osutamise kvaliteet üheks asjaoluks, millest haigekassa peab ravi rahastamise lepingute sõlmimisel lähtuma. Minu hinnangul on see põhiõiguste seisukohalt väga oluline punkt, mida ei tohiks tõlgendada kitsendavalt. Seejuures pean silmas ühelt poolt haigekassa praktikat sõlmida arengukavahaiglatega lepinguid kõigil erialadel ja kõigi mahtude osas eelisjärjekorras (mistõttu kvaliteedi hindamine ei ole rahastamisega vahetult seotud) ning teiselt poolt Teie senist praktikat taandada valikualuste tervishoiuteenuste kvaliteedi hindamine tegevusloa olemasolu või puudumise faktile ning mõningatele kvaliteedinäitajatele³⁴ (mistõttu raha on antud pakkujate kvaliteeti piisavalt võrdlemata). Ka sotsiaalministri selgitused annavad alust arvata, et hooldusravi rahastamisel on teenusepakkujate võrdne kohtlemine põrkunud kitsalt pragmaatiliste kaalutlustega (raviraha antakse samadele haiglatele, kuhu on läinud struktuuritoetused) ning ravikindlustuse põhimõtted (ravikindlustatu vajadustele vastavus ja heal tasemel teenuse kättesaadavus, aga ka raviraha otstarbekas kasutamine) on seejuures jäänud tagaplaanile. Kuni eelisrahastamise sisuline põhjus jääb läbipaistmatuks, puudub ka kindlus, et õendusabiks ette nähtud ravikindlustusraha jätkuv suunamine eelisjärjekorras arengukavahaiglatesse tagab teenuse jätkuva osutamise kooskõlas ravikindlustuse põhimõtetega.

30. Tõsi, Riigikohus on selgitanud, et RaKS § 36 lg 2 annab haigekassale õiguse selekteerida lepingute taotlejaid ning kuigi RaKS § 36 lg 4 sätestab asjaolud, mida haigekassa ravi rahastamise lepingu sõlmimisel ning lepingu tähtaja üle otsustamisel hindab, võib haigekassa kaaluda erinevate tingimuste olulisust.³⁵ Viidatud lahendis selgitas Riigikohus, et ravi rahastamise lepingute sõlmimisel eelvaliku tegemine ei ole iseenesest keelatud,³⁶ kuid oluline on tagada, et pakkujate seleksioon ei tooks kaasa isikute ebavõrdset kohtlemist.³⁷ Seega on Teil ravi rahastamise korraldamisel väga laialdane kaalutusõigus. Siiski ei ole see haldussuva piiramat.

31. Nagu öeldud, saab RaKS § 36 lõiget 5 tõlgendada ka nii, et sellest sättest ei tulene arengukavahaiglatele õigust nõuda, et haigekassa sõlmiks nendega ravi rahastamise lepingud valimatult kõigi erialade osas, millel nad teenust osutavad, ja kõigi ravimahtude osas, mida nad taotleavad. Seetõttu ei saa Teie praktikat arengukavahaiglate eelisrahastamisel põhjendada pelgalt viidatud sättega. RaKS § 36 lõiget 5 saab kooskõlas põhiõiguste ja –vabaduste tagamise

Roundtables. Competition in Hospital Services“ DAF/COMP(2012)9, lk 10 jj, lk 153-154 (Soome raport). Kättesaadav: www.oecd.org, otsetee.ee.

³³ Sarnane küsimus on tekkinud ka teiste seesuguste tervishoiuteenuste puhul, mida haigekassa on rahastanud HVA väliselt ehk nn valikute abil. Vrd Konkurentsiameti 21.04.2014 ettepanek konkurentsiolekorra parandamiseks raviteenuste rahastamisel, lk 15, kättesaadav www.konkurentsiamet.ee, otsetee.ee. Vt ka Tervishoiusüsteemi pettuseid ja korruptsiooniriske kaardistav uuring. TÜ, RAKE, lk 49-52. Kättesaadav: www.korruptsioon.ee, otsetee.ee. Selles Justiitsministeeriumi tellimusel 2011. aastal valminud uuringus rõhutati vajadust suurendada läbipaistvust ja kindlust ravi rahastamise alustes ning määratleda, mis teenuste osas ja mis mahtudes on mõistlik kasutada konkurentsil põhinevat rahastamise skeemi ning mis valdkondades pigem eelarvelist planeerimist. Seejuures pandi ette määratleda konkurentsialused ja võimalused Eesti tervishoius. Konkurents soovitati näiteks hooldusravi alal, mis nõuab vähemas mahus arstide tööjõudu ja ka lähedus patsiendi elukohale on suhteliselt väiksema tähendusega.

³⁴ Vt kvaliteedinäitajate kohta p-i 14 eespool.

³⁵ RKHK 29.11.2012 otsus asjas nr 3-3-1-29-12, p 17.

³⁶ Vt RKHK 29.11.2012 otsus asjas nr 3-3-1-29-12, p 22.

³⁷ Vt ka RKHK 16.01.2008 otsus asjas nr 3-3-1-81-07, p 22.

põhimõttega tõlgendada ka nii, et sellest ei tulene, et arengukavahaiglatega lepingute sõlmimine peaks toimuma kuidagi teisiti kui RaKS § 36 lõikes 4 ettenähtud alustest lähtuva hindamise tulemusel. Seda enam, et seadus otsesõnu ei sätesta, et arengukavahaiglatega tuleb sõlmida ravi rahastamise lepingud tingimata nende soovitud mahus. See, et arengukavahaiglate eelisrahastamise kasuks võib rääkida näiteks ravi võrdse piirkondliku kättesaadavuse põhimõte, ei tähenda, et seda põhimõtet peaks rakendama teiste ravikindlustuse põhimõtete arvel. Sellest lähtuvalt ei peaks Te kõigi tervishoiuteenuste rahastamisel ühtviisi hoolitsema kõigepealt võrdse üleriigilise kättesaadavuse eest, vaid samavõrd oluline on vaadata teisi näitajaid nagu pakutavate teenuste tase ja hind. Seega saab ravikindlustuse seadust tõlgendada moel, mis tagab parema põhiõiguste ja –vabaduste kaitse.

32. Teie selgitusest mulle nähtub, et ravi rahastamise lepingute sõlmimisel arengukavahaiglaid eelistades olete jätnud paljuski kasutamata RaKS § 36 lõigetes 2, 4 ja 5 ettenähtud kaalutusõiguse lepingupartnerite vahel põhjendatud ning läbipaistva valiku tegemiseks. Selle asemel olete rahastamisotsused teinud tuginedes esimeses järjekorras HVA-le kui dokumendile, millest lähtumine peaks justkui iseenesest tagama ravikindlustuse põhimõtete realiseerumise.

33. Patsiendi seisukohalt pole üldiselt põhjust eeldada, et hooldusravi geograafiline kättesaadavus oleks patsiendi seisukohalt olulisem kui pakutava teenuse hind või kvaliteet. Nii võib vajalik teenus osutada kättesaamatuks või vastuvõetamatuks mitte teenuseosutaja asukoha, vaid hoopis muude asjaolude tõttu, nagu teenuseosutaja pakutav kvaliteet või omaosalusena tasumisele kuuluv hind. Kui patsiendid ei taha elukohajärgsesse haiglasse minna, sest peavad sealset teenust kehvaks ning pöörduvad selle asemel hoopis teistes paikkondades asuvasse haiglasse, siis selle üheks tagajärjeks on teenuse kvaliteedi langus kohapealses haiglas.³⁸ Seega suunates ravikindlustusraha teatud kindlatele haiglatele, tegemata eelnevalt kindlaks, kuidas seal tervishoiuteenuseid osutatakse ehk mida sealt ravikindlustusraha eest vastu saab, jäävad lõppastmes ravikindlustatu huvid kaitseta.

34. Seetõttu leian, et Te ei peaks taandama oma kaalutusõigust ravi rahastamisel HVA-le kui tervishoiupoliitilisele dokumendile, vaid looma võimaluse sisuliselt hinnata, kas arengukavahaiglate eelistamine on kõigil juhtudel õigustatud.³⁹ Kuna statsionaarse õendusabi osutamine ei kuulu ühegi HVA haiglaliigi kohustuste hulka⁴⁰, siis selle teenuse rahastamist arengukavahaiglates ei saa üldjuhul õigustada lähtuvalt haigla liigist. Märgin siiski, et ravikindlustusraha ei tohiks suunata valimatult arengukavahaiglasse lähtuvalt eesmärgist säilitada arengukavahaigla staatus HVA-s (s.t kas tegemist on nt keskhaiгла, kohaliku või üldhaiглаga). Nimelt leian, et kui arengukavahaigla ei suuda tagada mõne selle haigla liigi puhul kohustusliku tervishoiuteenuse osutamist piisava kvaliteediga (nt olukorras, kus kvaliteet on juba langenud tasemele, kus ei käi piisavalt patsiente, et arstide kompetentsi säilitada), siis lahendus peaks olema mitte ravikindlustusraha jätkuv suunamine taolise teenuse osutamiseks, vaid haigla liigi muutmine. Olen seisukohal, et Teil on kohustus lepingu sõlmimisel hinnata teenuse

³⁸ See on teadaolev asjaolu, millega põhjendatakse vajadust muudatuste järele haiglavõrgus. „Eesti haiglavõrgu suunad aastani 2020“, [dokument aruteluks, lk 2.](#)

³⁹ Ravi piirkondliku võrdse kättesaadavuse põhimõte ei anna üleüldist õigustust muude asjakohaste kaalutluste kõrvalejätmiseks. Sarnaselt peab haigekassa piirkondliku eelvaliku korraldamisel näitama ära kaalutlused, millest lähtuvalt määratakse kindlaks valiku piirkond ning millega on põhjendatud pakkujate kõrvalejätmine, kes osutavad teenust väljapool määratud piirkonda. Võrdle RKHK 16.01.2008 otsus asjas nr 3-3-1-81-07, p-d 16 ja 22 (kaalutusõigus ravi rahastamise kriteeriumide arvestamisel) ning RKHK 29.11.2012 otsus asjas nr 3-3-1-29-12, p-d 17-19 (kaalutusõigus ja põhjendamine teenuse osutamise kohtade valikul).

⁴⁰ Sotsiaalministri 19.08.2004 määrus „Haiгла liikide nõuded“ § 31 lg-te 1 ja 2 järgi ei ole statsionaarse õendusabi osutamise kohustust ka piirkondlikul haiглаl, kui teenust osutab tema piirkonnas teine piirkondlik või keskhaiгла piirkondliku haiгла nõuetele vastavalt.

kvaliteeti koostoides teiste selle teenuse osutamise seisukohalt oluliste tingimustega. See tähendab, et näiteks õendusabi rahastamisel on Teil õigus eelistada mõnda seda teenust kvaliteetsemalt osutavat arengukavahaiglat mõnele teisele arengukavahaiglale, isegi kui teenuse piirkondlik võrdne kättesaadavus peaks selle tagajärjel mõnevõrra vähenema.

35. Sarnaselt arengukavahaiglate automaatsele eelistamisele ei saa ravi rahastamine rajaneda pelgalt kaalutlusel, et haiglad ei suudaks haigekassa rahastamise vähendamise korral tagada saadud toetuste sihtotstarbelist kasutamist. Teadaolevalt nt Keila hooldusravihaigla, mille SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla müüs 2011. aastal SA-le PJV Hooldusravi, sai samuti kõnealust toetust struktuurifondidest, kuid müügi järgselt ei kuulu ta enam arengukavahaiglate hulka.⁴¹ Kui hooldusravi rahastamisel lähtuda üksnes majanduslikust otstarbekohasusest (ehk ravi rahastamisel välistada risk, et Euroopa Liidust saadud toetused ei saa nõuetekohaselt kasutatud ja riik peab raha tagasi maksma), siis peaks haigekassa hooldusravi rahastamise valikute korraldamisel eelistama mitte üksnes arengukavahaiglaid, vaid kõiki selliseid haiglaid, kes on saanud struktuurifondist raha.⁴² See tähendab, et ravi rahastamisel eelistatakse ühte ettevõtjat teisele üksnes seetõttu, et talle on varem antud toetust infrastruktuuri arendamiseks. Kui niisugune eelisrahastamine toimub sõltumata rahastatava tervishoiuteenuse sisulistest näitajatest, siis seeläbi kahjustatakse konkurentsi ja lõppastmes ravikindlustatute huve.

36. Haigekassa senine praktika arengukavahaiglate eelisrahastamisel ei välista võimalust, et rahastuse saab tervishoiuteenuse osutaja, kelle osutatav teenus on ilmselgelt kallim ja ebakvaliteetsem ning seda üksnes põhjusel, et tegemist on arengukavahaiglaga.⁴³ Tegelikult tähendaks see mitte ainult ettevõtjate ebavõrdset kohtlemist, vaid ka seda, et kui ravi rahastamise otsus tehakse ilma pakutava teenuse kvaliteeti sisuliselt hindamata, siis selle tulemusena jääb patsient ilma võimalusest saada ravikindlustusraha eest võimalikult heal tasemel tervishoiuteenust.

37. Leian veel, et valikumenetlust saab seaduse järgi läbi viia teisiti kui Te olete seda oma praktikas korraldanud⁴⁴ ning Teil on võimalik senisest enam hinnata pakutava tervishoiuteenuse kvaliteeti ja mitte ületähtsustada piirkondlikku kättesaadavust. RaKS § 36 lg 4 p 2 järgi on teenuse osutamise kvaliteet üheks asjaoluks, millest haigekassa peab ravi rahastamise lepingute sõlmimisel lähtuma. Minu hinnangul on see põhiõiguste seisukohalt väga oluline punkt, mida ei tohiks tõlgendada kitsendavalt.

38. Hooldusravi valikutel olete jätnud kvaliteedi piisavalt hindamata, kontrollides vaid tegevusloa kehtivust ja mõningaid kvaliteedinäitajaid. Näiteks tegevusloa olemasolu ei anna RaKS § 36 mõttes piisavalt teavet tervishoiuteenuse kvaliteedi kohta: kui valikul osalevad kaks hooldusravi tegevusloa omanikku, kellest ühel on üks hooldusõde kahekümne patsiendi kohta ja

⁴¹ Vt „SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla ja SA PJV Hooldusravi allkirjastasid Keila haigla müügilepingu“, 16.05.2011, kättesaadav: www.regionaalhaigla.ee, [otsetee](#).

⁴² EHK nõukogu 01.11.2013 otsusega nr 20 kinnitatud halduseeskirja „Ravi rahastamise lepingute sõlmimine ja haldamine“ p 7.3 näeb ette, et statsionaarse õendusabi osutajaga ravi rahastamise lepingu sõlmimise üle otsustamisel hindab haigekassa RaKS § 36 lg 4 p-s 7 sätestatud asjaolu (riigi tervishoiupoliitika arengusuunad) lähtuvalt sellest, kas teenuse pakkumiseks kasutatavad ruumid on renoveeritud või ehitatud Vabariigi Valitsuse 3.12.2009 korralduse nr 519 „Meetme „Õendus- ja hooldusteenuste infrastruktuuri arendamine“ investeringute kava kinnitamine“ alusel riigieelarve vahenditest.

⁴³ Vt Konkurentsiameti 21.04.2014 ettepanek konkurentsiolekorra parandamiseks raviteenuste rahastamisel, lk 10, kättesaadav www.konkurentsiamet.ee, [otsetee](#). Vt ka OECD 2012 „[Competition in Hospital Services](#)“, lk 56 (Box 7, [Hospital failures](#)), kus selgitatakse, miks ebaefektiivsetel haiglatel tuleks lasta turult kaduda. Kättesaadav: www.oecd.org, [otsetee](#).

⁴⁴ Vrd Tallinna Halduskohtu (kohtunik Villem Lapimaa) 25.03.2011 otsus asjas 3-11-97 (OÜ BioDesign ja AS Villa Benita kaebustes), p-d 25- 29.

teisel üks hooldusõde kümne patsiendi kohta, siis kui mõlemad saavad selle eest ühepalju punkte üksnes seetõttu, et mõlemal on tegevusluba, jääb teenuse tegelik kvaliteet tagaplaanile. Sarnane on olukord mitmete muude õendusabiteenuse hulka kuuluvate tegevustega⁴⁵, mille kohta tegevusluba ei näita enam kui nõutava miinimumi täitmist.

39. Kokkuvõttes olen seisukohal, et tervishoiuteenuse kvaliteeti tuleks ravi rahastamisel nii arengukavahaiglate kui ka valikumenetluse teenuse osutajate puhul jälgida, kuna viletsal tasemel osutatav tervishoiuteenus ei vasta patsiendi vajadustele ning seetõttu läheb selle rahastamine vastuollu ravikindlustuse põhimõtetega (RaKS § 2 lg 2). Ebakvaliteetse tervishoiuteenuse võrdse piirkondliku kättesaadavuse tagamine ei ole eesmärk, mille elluviimist haigekassa peaks ravikindlustuse seaduse alusel tagama. Seepärast leian, et **ravi rahastamine peab ühel või teisel viisil olema alati seotud hinnanguga rahastatava tervishoiuteenuse kvaliteedile. Vastasel korral koheldakse ebavõrdselt pakkujaid, kes osutavad teenust suhteliselt kõrgema kvaliteediga, ja selle tagajärjeks on, et ravikindlustatu ei saa haigekassa kulul võimalikult heal tasemel arsti- ja õendusabi, mis oleks tema tervisele maksimaalselt kasulik ja minimaalse riskiga.** Tervishoiuteenuste rahastamine olenemata teenuse sisulisest tasemest (kvaliteedist) võib luua olukorra, mis riivab inimeste põhiõigust tervise kaitsele. Näiteks võib niisugune halduspraktika tuua kaasa selle, et teenusepakkujale on kasulik panna liigseid diagnoose, osutada teenust ülearu ning madalama kvaliteediga. Taolist ebakohast motivatsiooni on täheldatud seoses haigekassa praktikaga näiteks taastusravi rahastamisel.⁴⁶ Selleks, et ravi rahastamine saaks tegelikult toetada tervishoiuteenuse kvaliteedi paranemist, on oluline kujundada ravi rahastamise tingimused selliselt, et tervishoiuteenuse osutajad ei oleks rahaliselt huvitatud käituma vastupidiselt soovitud eesmärkidele.⁴⁷

Mida võiks haigekassa teisiti teha

40. RaKS § 36 lg 4 p 2 alusel peab haigekassa jälgima pakutava teenuse kvaliteeti ja tingimusi ning p 10 järgi arvestama, kas teenusepakkuja on täitnud ravikindlustust ja tervishoidu reguleerivaid õigusakte nõuetekohaselt.⁴⁸ Seejuures ei pea Te üksnes tuginema teiste riigorganite tegevuse tulemusel tekkinud teabele ning piirduma kvaliteedi hindamisel tegevusloa olemasolu kontrollimisega. Selleks on Teil HKS § 2 lg 2 p 4 järgi pädevus kontrollida enda poolt osaliselt või täielikult rahastatavate teenuste kvaliteeti ja põhjendatust. Näiteks saate Te tugineda oma sõlmitud lepingute täitmise kontrolli tulemustele.

41. Kuna haigekassa pädevuses ei ole valvata tervishoiuteenuste korraldamise seaduse ja selle alusel kehtestatud nõuete täitmise järele, on Teil olukorras, kus vajate rahastatavate teenuste kvaliteedi kohta rohkem teavet kui Teil on võimalik iseseisvalt välja selgitada, võimalik arvestada TTKS alusel pädevate organite tegevuse tulemusi (sh Terviseameti järelevalve tervishoiuteenuste dokumenteerimise ning kvaliteedi tagamise⁴⁹ nõuete järgimise osas)⁵⁰. Ka

⁴⁵ Vt sotsiaalministri 31.01.2014 määruse „Õendushaiglas iseseisvalt osutada lubatud õendusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning nõuded statsionaarse õendusabi iseseisvalt osutamiseks vajalikule töötajate koosseisule, ruumidele, sisseseadele, aparatuurile ja töövahenditele“ § 5.

⁴⁶ Vt dr. Ivo Kolts, ettekanne teemal „Kuhu kaob tervishoiu maksumaksja raha?“, 24.09.2013 toimunud konverentsil „Miks raha ei liigu koos patsiendiga?“, kättesaadav: www.mu.ee, [otsetee](#).

⁴⁷ Vt nt V. McLoughlin ja S. Leatherman, „Quality or financing: what drives design of the health care system?“, Qual Saf Health Care 2003; 12; 136-142, lk 141. Kättesaadav: www.ncbi.nlm.nih.gov, [otsetee](#).

⁴⁸ Nii olete RaKS § 36 lg 4 p 10 osas (ravikindlustust ja tervishoiu reguleerivate õigusaktide nõuetekohane täitmine) tuginenud tervishoiuteenuste kvaliteedi ekspertkomisjoni praktikale, võttes arvesse, kas valikule eelneva kolme aasta jooksul on komisjonile esitatud kaebusi, mida komisjon on lugenud kas osaliselt või täielikult põhjendatuks.

⁴⁹ Muu hulgas peavad õendushaiglas olema olemas tegevusjuhised patsiendi kukkumisriskide ennetamiseks ja hindamiseks ning lamatiste ennetamiseks ja ravimiseks ning lamatiste tekkeriski hindamiseks.

valvab Terviseamet ravimiseaduse ja selle alusel kehtestatud õigusaktide⁵¹ nõuete täitmise järele tervishoiuteenuse osutaja ja tervishoiutöötaja tegevuses.

42. Tervishoiuteenuse kvaliteeti määravate tegurite hulka kuulub kindlasti ka tervishoiuteenuse osutaja keeleoskuse tase, kuna teenust pole võimalik kvaliteetselt osutada olukorras, kus personal ei oska omavahel vajalikul määral suhelda, ei mõista arsti juhiseid ega suuda patsientide muredest aru saada. Arstide jt tervishoiutöötajate keeleoskuse nõuded on kehtestatud keeleseaduse § 23 lg 4 alusel⁵² ning nende nõuete täitmise järele valvamine on Keeleinspektsiooni pädevuses. Seejuures on inspektsiooni tegelikud võimalused selleks, et motiveerida tervishoiuteenuse osutajaid investeerima oma töötajate keeleoskusesse ning mitte võtma tööle umbkeelseid arste, õdesid jt patsientidega suhtlevaid töötajaid, oluliselt kehvemad kui Teil, kellel on selleks RaKS § 36 lg 4 p 2 järgi kasutada otsene rahaline hoob.⁵³

43. Nagu eespool olen juba välja toonud, siis õendushaiglatesse tehtud kontrollkäikude tulemusel olen leidnud mitmeid puudusi seoses isikute põhiõiguste ja –vabaduste kaitsega, mis ühtlasi mõjutavad tervishoiuteenuse kvaliteeti ning mida seetõttu tuleks võtta arvesse ravi rahastamise lepingute sõlmimisel. Lisaks juba nimetatud õe väljakutse süsteemi toimimisele, mida Teie 2013 täiendatud halduseeskirja järgi juba arvestatakse, väärivad siinkohal märkimist:

- töötajate keeleoskus⁵⁴
- vabaduse piiramine / ohjeldusmeetmete rakendamine⁵⁵
- ravimite käitlemise nõuete järgimine⁵⁶

⁵⁰ Vt sotsiaalministri 31.01.2014 määrus „Õendushaiglas iseseisvalt osutada lubatud õendusabi teenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning nõuded statsionaarse õendusabi iseseisvalt osutamiseks vajalikule töötajate koosseisule, ruumidele, sisseseadele, aparatuurile ja töövahenditele“, sotsiaalministri 18.09.2008 määrus nr 56 „Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord“ ja 15.12.2004 määrus nr 128 „Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded“. Nt 2012. aastal hooldusravi rahastamisel oli Teil võimalik võtta arvesse Terviseameti koostatud aruande „Terviseameti kokkuvõtte hooldusravihaiglate kontrollist 2011. aastal“ (13.01.2012) andmeid.

⁵¹ Sh ravimite käitlemise, hävitamise ja arvestuse nõuded, vt nt sotsiaalministri 17.02.2005 määrused nr 19 „ravimite säilitamise ja transportimise tingimused ja kord“ ja nr 20 „Ravimialase arvestuse eeskirjad tervishoiuteenuse või veterinaarteenuse osutamisel ning hoolekandeesutuses“.

⁵² Vastavalt Vabariigi Valitsuse 20.06.2011 määrusele nr 84 „Ametniku, töötaja ja füüsilisest isikust ettevõtja eesti keele oskuse ja kasutamise nõuded“ § 8 p 9 järgi kehtib ämmaemandatele ja meditsiiniõdedele B2 ning sama määruse § 9 p 8 järgi arstidele C1 tasemel keeleoskuse nõue.

⁵³ Patsient võib esitada kaebuse keeleinspektsioonile, kellel on õigus teha arstile ettekirjutus nõutava keeleoskuse omandamiseks või tööandjale ettepanek temaga töölepingu lõpetamiseks. Keeleametnik võib trahvida nii arsti kui ka tema tööandjat, kes vastutab selle eest, et arst oskaks eesti keelt. Keeleinspektsiooni peadirektori sõnul ei ole see aga piisav, et tagada keelenõuete täitmine tervishoiuteenuse osutajate tegevuses. Vt Ilmar Tomusk: „Riigikeeleta ei ravi“, 12.02.2014, www.postimees.ee, [otsetee](#).

⁵⁴ „[---] Kuna mitmed haiglas viibinud patsiendid märkisid, et neil ei ole võimalik suhelda töötajatega eesti keeles ja neid ei mõisteta, võib õiguskantsleri hinnangul haiglas ette tulla olukordi, kus patsient ei saa vajalikku tervise- või hooldusabi, mis omakorda võib viia nii terviseõiguse kui ka inimväärikuse riiveteni. Samuti võib keelebarjääri tõttu jääda patsiendil saamata vajalik teave teda puudutavate meditsiini- ja hooldustoimingute osas. [---]. Seda, et keelebarjäär võib olla takistuseks patsiendi jaoks olulise teabe ülekandmiseks, on välja toonud ka erialaekspertid (vt European Union Agency for Fundamental Rights. „[Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare](#)“ 2013, lk 49). [---]“ Kontrollkäik AS-i Kallavere Haigla, lk 9-10 (p 4.4), kättesaadav: www.oiguskantsler.ee, [otsetee](#).

⁵⁵ „[---] Ringkäigul haiglas ilmnes, et haigla mõnede palatite ustel oli ukseingid puudu nii sise- kui välisküljel, samas oli ustel olemas keeled, mis võimaldasid ukse sulgemist selle avamise võimaluseta (ust oli võimalik avada vaid lingi toomisega). [---] Täiendavalt ilmnes vestlusest töötajatega, et haiglas on tulnud ette juhtumeid, kus lähedaste nõusolekul on patsienti voodi külge kinni seotud.“ Kontrollkäik SA PJV Hooldusravi Keila haigla hooldusravi osakonda, lk 2 (p 4.1), kättesaadav: www.oiguskantsler.ee, [otsetee](#). [Põhjalikult olen suletud uste/ puuduvate linkide teemat käsitlenud SA Pärnu-Jaagupi Hoolduskodu 09.12.2013 kontrollkäigu kokkuvõttes, kättesaadav: www.oiguskantsler.ee, otsetee.](#)

- arsti kättesaadavus (sh seoses ravimite manustamisega)⁵⁷
- kuidas on tagatud patsientide viibimine värskes õhus jms.⁵⁸

44. Lisaks eespool loetletud sisulistele kvaliteedinäitajatele tuleks ravi rahastamise lepingu sõlmimisel ja lepingumahu kindlaksmääramisel minu hinnangul arvesse võtta dokumenteerimiskoostade täitmist. Kuna tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimata jätmise või ebapiisav dokumenteerimine raskendab osutatud teenuse kvaliteedi kontrollimist,⁵⁹ siis peaks dokumenteerimise nõuete rikkumisel olema ravi rahastamisele samaväärsed tagajärjed nagu tuvastatud kvaliteedirikkumistel. Vastasel juhul on haigekassa lepingupartnerid rahaliselt motiveeritud mitte selleks, et oma teenuste osutamist põhjalikult dokumenteerida, vaid vastupidi selleks, et võimalikult vähe dokumenteerida, et võimalikud kvaliteedipuudujäägid välja ei tuleks. Samuti on asjakohane tervise infosüsteemi⁶⁰ võimaluste kasutamine (sh digiloo ja digiregistratuuri rakendamine), mis aitab tagada rahastatavate teenuste kättesaadavust ja kvaliteeti tervishoiuteenuse osutajate tegevuses.

45. Olen oma tegevuses leidnud, et tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise järelevalve, mida on pädev tegema Terviseamet, alati ei toimi.⁶¹ See asjaolu kinnitab veelgi vajadust innustada tervishoiuteenuse osutajaid oma tegevuse senisest paremaks dokumenteerimiseks, kasutades selleks rahalisi motivaatoreid. Selleks on Teil võimalik täpsustada ravi rahastamise tingimusi.

⁵⁶ Vt kokkuvõtte kontrollkäigust AS Järvamaa haigla õendusabi osakonda, lk 11 (p.4.5), kus ravimite hoiustamise ruumi uks oli avatud ja ravimid ei olnud lukustatud kappides. Veel selgus, et osakonnas hoiustatakse lahkunud patsientidele välja kirjutatud retseptiravimeid, mida vajadusel manustatakse teistele patsientidele. Kättesaadav: www.õiguskantsler.ee, [otsetee](#). Vt ka juba viidatud SA PJV Hooldusravi kontrollkäigu kokkuvõtte, lk 7-8 (p 4.3).

⁵⁷ Olen täheldanud probleemi seoses ravimite manustamisega, mis peab toimuma arsti kontrolli all. Seda ei saa asendada meddõdedele antud üldised juhised / blankoveksel olukorras, kus arst ise piisavalt kohal ei käi. Tagamaks hooldusraviteenusel viibivate patsientide terviseõiguse kaitse, nägi sotsiaalministri 19.08.2004 määrus nr 103 „Haigla liikide nõuded“ ette, et ülddõdede ja hooldajate kõrval pidid hooldushaiglas töötama ka arstid (määruse § 74 lg 2). Iseenesest ei näinud määrus ette, kui suure koormusega pidi arst hooldushaiglas töötama. Alates 20.01.2014 tuleb iseseisva statsionaarse õendusabiteenuse osutajal (senise hooldusraviteenuse osutajal) sotsiaalministri 13.01.2014 määruse nr 3 „Õendushaiglas iseseisvalt osutada lubatud õendusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning nõuded statsionaarse õendusabi iseseisvalt osutamiseks vajalikule töötajate koosseisule, ruumidele, sisseseadele, aparatuurile ja töövahenditele“ § 6 lg 5 järgi tagada arsti konsultatsioon vähemalt üks kord nädalas iga patsiendi kohta. Vt ka juba viidatud kontrollkäik SA PJV Hooldusravi Keila haigla hooldusravi osakonda, lk 9-10 (p 4.5) ja kontrollkäik AS Järvamaa haigla õendusabi osakonda, lk 9-10 (p 4.4).

⁵⁸ Kontrollkäigul õendushaiglasse selgitasid töötajad, et välja viivad nad patsiente (sh ratastooliga patsiente) ainult suvel. Lamajaid haigeid aga ei vii töötajad välja ka suvel. Lisaks nägin probleemi seoses sellega, et patsienti suhtutakse kui objekti (ei pöörata piisavalt tähelepanu ega pakuta tegevust jms), mis kokkuvõttes haavab patsiendi inimväärikust. Vt juba viidatud AS-i Kallavere Haigla kontrollkäik, lk 7-9 (p 4.3).

⁵⁹ Dokumenteerimiskohustus kannab endas võimalust anda hinnang tervishoiuteenuse osutamisele. Tervishoiuteenuse osutamise raames koostatud dokumendid on põhilised allikad, mille alusel saab otsustada ravi nõuetekohasuse üle. Nii olen psühhiaatrikliinikuid külastades pidanud tõdema, et mehhaaniliste ohjeldusmeetmete rakendamise õiguspärasust oli raske hinnata, kuna ohjeldamise põhjendatust polnud vajalikus ulatuses dokumenteeritud. Vt SA Tartu Ülikooli Kliinikum psühhiaatrikliiniku 10.04.2014 kontrollkäigu kokkuvõtte, lk 4, vt ka järeldus lk-l 8. Kättesaadav: www.õiguskantsler.ee, [otsetee](#). Vt minu seisukohta täpsemalt ka AS Wismari Haigla kontrollkäigu kokkuvõtetest. Kättesaadav: www.õiguskantsler.ee, [otsetee](#).

⁶⁰ Riigikontrolli 05.02.2014 avaldatud auditi „Riigi tegevus e-tervise rakendamisel“ hinnangul on e-tervis käesoleva ajani suuresti kasutamatu, mille üheks põhjuseks on tervishoiuteenuse osutajate huvipuudus, mis omakorda on tingitud rahaliste stiimulite puudumisest. Vt Riigikontrolli kontrolliaruanne „Riigi tegevus e-tervise rakendamisel“, p-d 134, 142-143, www.riigikontroll.ee, [otsetee](#). Vt ka Eesti E-tervise Sihtasutuse veebilehelt www.e-tervis.ee: [liidestumine tervise infosüsteemiga](#) ning [kommentaari Riigikontrolli auditle](#).

⁶¹ Vt nt 15.10.2013 soovitus Terviseametile p-d 19-23, kättesaadav: www.õiguskantsler.ee, [otsetee](#). Vt ka kokkuvõtet õiguskantsleri 2013. aasta tegevuse ülevaates, lk 42. Kättesaadav: www.õiguskantsler.ee, [otsetee](#).

46. Leian, et ükski nimetatud asjaoludest ei ole õendusabi osutamise kvaliteeti silmas pidades ebaoluline ning nende arvestamata jätmist ei saa põhjendada pelgalt mõõdetavuse kaalutlusega (elik väites, et ühte või teist aspekti on 10-palli skaalal raske hinnata). Küsimus on selles, et RaKS § 36 lg 4 p 2 põhiõiguste ja –vabaduste tagamise põhimõttega kooskõlas oleva tõlgenduse järgi olete Te kohustatud ravi rahastamise lepingute sõlmimisel alati arvesse võtma tervishoiuteenuse osutamise tingimusi ja kvaliteeti, kusjuures olulisi kriteeriume ei ole Teil õigus kõrvale jätta. Seda hoolimata tõsiasiast, et tervishoiuteenuse kvaliteedi objektiivne võrdlemine pole niisama lihtne nagu nt teenusepakkuja geograafilise paiknemise tuvastamine, mida aluseks võttes olete hinnanud pakkujate vastavust teenuse kättesaadavuse kriteeriumile (RaKS § 36 lg 4 p 1).⁶²

47. Selleks, et ravi rahastamine toetaks tõepoolest heal tasemel tervishoiuteenuste pakkumist, on haigekassal võimalik eelkõige korraldada tervishoiuteenuste kvaliteedi alase teabe seostamine võrreldaval kujul nii, et seda oleks võimalik arvestada kõigi ravi rahastamise lepingute sõlmimisel. Seejuures tuleks tagada, et RaKS ja TTKS nõuete täitmise kõrval sõltuks rahastamine ka sellest, kuidas õendushaiglas ravimeid käideldakse, millisel tasemel on töötajate keeleoskus jne. Kuna kvaliteeditingimuste täitmine on võrdselt oluline kõigi Teie lepingupartneriks olevate õendusabi osutajate puhul, siis tuleks Teil kvaliteedi hindamine korraldada võimalikult ühtsetel alustel, sõltumata sellest, kas tegemist on arengukavaaigla või valiku alusel leitava lepingupartneriga.

48. Kui õendusabi rahastamisel tekib Teil piisav ja usaldusväärne teave kõigi selle eriala lepingupartnerite lõikes, siis sellise info avaldamine parandaks oluliselt patsiendi võimalusi teha informeeritud valik haiglate vahel, kust on võimalik teenust haigekassa kulul saada. Rahvusvaheline kogemus kinnitab, et kus on loodud eeldused patsientide ligipääsuks kvaliteediteabele, seal on see sundinud haiglaid panustama osutatavate teenuste kvaliteeti.⁶³ Toimiva kvaliteedikonkurentsi tekkimine eeldab ühelt poolt tõhusa kvaliteedikontrolli olemasolu ning selle tulemuste avalikkusele kättesaadavaks tegemist, et patsiendid saaksid sellest oma valikute tegemisel juhinduda, ning teiselt poolt, et teenuse osutajad peaksid arvestama võimalustega, et patsiendid hakkavad oma valikutes enam lähtuma teadmistest, millisel tasemel teenust erinevatest haiglatest saab. Kui vaid üksikud patsiendid valdavad teavet kvaliteedi kohta, on haiglatel vähene huvi konkureerida kvaliteedi pärast.⁶⁴

Lugupidamisega

/allkirjastatud digitaalselt/

Indrek Teder

Teadmiseks: Sotsiaalministeerium
Riigikontroll

⁶² Vt nt „Õendusabi rahastamise lepingute sõlmimise ja teenuse osutamise kohtade määramise alused [---]“, Lisa 1 EHK juhatus 31.03.2014 otsuse nr 145 juurde. Kättesaadav: www.haigekassa.ee, [otsetee](#).

⁶³ Haiglateenuste konkurentsi arendamise positiivsest kogemusest Suurbritannias ja infoasümmeetria ületamise võimalustest vt: Cooper, Zack. „The Very English Experience With Competition: Lessons From Britain’s National Health Service“, DAF/COMP(2012)9, lk 325 jj. Kättesaadav: www.oecd.org, [otsetee](#).

⁶⁴ Vt Gaynor, Martin. „Reform, competition and policy in hospital markets“. DAF/COMP(2012)9, lk 336-337, vt ka lk 353. Kättesaadav: www.oecd.org, [otsetee](#).