



EESTI PUUETEGA INIMESTE KODA
ESTONIAN CHAMBER OF PEOPLE WITH DISABILITIES

Sotsiaalministeerium

17.09.2024 nr 49

info@sm.ee

Eesti Puuetega Inimeste Koja võrgustiku seisukoht eriarsti visiidi- ja teiste planeeritavate tasude tõstmise osas

Eesti Puuetega Inimeste Koda (EPIKoda) ja EPIKoja võrgustiku organisatsioonid (EPIKoja liikmed) juhivad tähelepanu, et eriarsti visiidi- ja teiste planeeritavate tasude tõstmise analüüsimisel, arutamisel ja menetlemisel pole arvestatud hea kaasamise tavaga, kuivõrd planeeritavaid muudatusi, mis puudega ja vähenenud töövõimega inimesi ning kroonilisi haigeid ja nende peresid otseselt puudutavad ei ole sihtgruppidele tutvustatud ega arvamust küsitud, sisuliselt on üks oluline mõjustatud osapool jäetud kaasamata. Ka ei ole teostatud niivõrd olulise teema puhul planeeritava muudatusega kaasnevat mõjude analüüsi, mistõttu puudub terviklik ja süsteemne vaade.

Mõistame riigipoolset vajadust teha muudatusi ja võtta vastu otsuseid, kuid tervishoiu rahastamisega seonduvad probleemid on olnud asjaosalistele teada juba aastakümneid, mistõttu puuduvad veenvad ja arusaadavad argumendid sihtgrupi jaoks oluliste muudatuste tegemiseks ilma sihtgruppi kaasamata. Seda enam olukorras, mil vastavad muudatused on sihtgrupi jaoks koormavad tuues kaasa rahalise kohustuse suurenemise.

EPIKoja poole on viimase nädala jooksul pöördunud arvukalt inimesi, EPIKoja liikmeid ning ka ajakirjanikke, kelle jaoks on planeeritavad muudatused samuti arusaamatud. Inimestel on suur mure muudatustega kaasnevate kasvavate kuludega, ravi kättesaadavuse vähenemise ning võimaliku krooniliste terviseprobleemide ägenemistega seoses. Lisaks on palju arusaamatust tasude tõstmise plaanide kommunikeerimise ja sellega seotud teadmatusega seoses, puudub arusaam, keda muudatused otseselt või kaudselt puudutavad ja millisel määral ja mahu.

EPIKoda ega EPIKoja liikmeid muudatustega seonduvatesse aruteludesse kaasatud ei ole, sh ei ole me näinud kirjalikke põhjendusi, analüüse ega argumente, mistõttu saame avaldada seisukoha üksnes senini avalikkuses esitatu pinnal.

1. Ministeerium plaanib tõsta retsepti-, eriarsti visiidi- ja voodipäevatasu põhjendustega saada muudatustega raha juurde riigikassasse.

Inimeste omaosalus tervishoiuga seonduvate kulude katmisel on juba hetkel liiga suur ning inimeste jaoks liigselt koormav (rahvusvaheliselt on vastav näitaja keskmiselt 15%, Eesti keskmine on 2022 aasta andmetel 22%). Eelneva tõttu ei saa olla lahenduseks tervishoiu omaosaluse tõstmine. Viitame ka Sotsiaalministeeriumi 2021. aasta analüüsile, kus on leitud, et elanikkonna omaosaluse suurendamine ei saa olla lahendus tervishoiu rahastamise jätkusuutlikumaks muutmisel. Analüüsis on täiendavalt märgitud, et Eestis on tõsine proovikivi vähendada tervishoiukuludest tingitud vaesumist. Lisaks leitakse, et tervishoiukulude omaosaluse mõju tervishoiuteenuste kättesaadavusele ja vaesumisele on suur. Ebavõrdsus tervises ja tervishoiuteenuste kasutamises inimeste piiratud finantsvahendite tõttu on ebaõiglane, mistõttu peab riik otsima poliitikameetmete kaudu võimalust, kuidas inimeste omaosalust tervishoius vähendada ning inimesi suurte kulude ja vaesumise eest kaitsta.¹

Sotsiaalministeeriumi kodulehel on viitega WHO raportile märgitud, et tervishoiusüsteemide liiga suur patsiendi omaosalus muudab paljudele vajaliku ravi kättesaamatuks, süvendades inimeste seas aina kasvavat ravivajadust. Suur omaosalus toob kaasa suhtelise vaesuse tõusu ning kasvatab ka absoluutses vaesuses elavate inimeste arvu.² Lisaks on sotsiaalminister 2023 aastal

¹ [Tervishoiu rahastamise analüüs \(sm.ee\)](https://sm.ee)

ajakirjanduses avaldanud, et Eestis valitseb tervishoius suur ebavõrdsus, mis osaliselt on põhjustatud omaosaluse kõrge tasemest, kaaluda tuleb omaosalusele lae kehtestamist.²

Lähtudes eeltoodust leiame, et tervishoiuteenuste puhul omaosaluse tõstmine ei ole sihtgrupi huvidest ega vajadustest lähtuv, pigem tekib võimalus et inimeste kroonilised terviseprobleemid ägenevad kuna puudub rahaline võimekus minna eriarsti juurde, haiglas viibitakse vähem aega või ei osteta vajalikke ravimeid välja, sest see on liiga kulukas. Tulemuseks on aga see, et haigus süveneb ja lõppkokkuvõttes läheb ravi riigile veelgi rohkem maksma.

2. Avalikkuses on toodud välja erinevaid sihtgruppe, keda visiiditasu tõus ei puuduta. Kuna EPIKoda ega EPIKoja liikmeid muudatustega seonduvatesse aruteludesse kaasatud ei ole, siis saame tugineda üksnes ajakirjanduses toodule, erinevates artiklites on aga vastavad sihtgrupid loetletud erinevalt. Nt mõnes artiklis on viidatud loeteluna nimetatud töötud, rasedad, puudega inimesed ja vähenenud töövõimega inimesed, mõnes artiklis on lisandunud ka toimetulekutoetuse saajad, lapsed ja eakad. Puudub arusaam, keda ja millisel määral on plaanis tasude tõusust vabastada või soodustavat erisust teha.

Lisaks juhime tähelepanu ka asjaolule, et Eestis elab suhtelises vaesuses üle 20% elanikkonnast, Statistikaameti hinnangu on suhteline vaesus kasvanud eelkõige lastega peredes, üksi elavate 65-aastaste ja vanemate vanusegrupis on suhtelise vaesuses näitaja 79,1% elanikkonnast.³ Arvestades eeltoodut ning asjaolu, et peaaegu pooltel Eesti inimestest on vähemalt üks krooniline haigus ja ligi kolmandikul vähemalt kaks kroonilist haigust⁴ tuleb viidatud muudatuste mõju hinnata erilise tähelepanuga ja kõiki võimalikke muudatuse sihtgruppe arvestades.

Viitame ka hiljutisele terviseuuringule, kus on leitud, et terviseseisundis, tervisekäitumises ja hinnangutes terviseseisundile on jätkuvalt palju ebavõrdsust, vaja on muuta ravikindlustuse katvuse ning omaosaluse poliitikat ning tervishoiuteenuse ostmist, et vähendada sotsiaalset ja piirkondlikku ebavõrdsust tervishoiuteenuste kättesaadavuses, sest väiksema sissetulekuga inimesed kalduvad pigem vajalikust ravist loobuma.⁵ Analüüsi kohaselt peavad madala

² [Sikkuti hinnangul tuleks tervishoius omaosalusele lagi kehtestada | Eesti | ERR](#)

³ [Absoluutses vaesuses elavate inimeste arv kasvas kaks ja pool korda | Statistikaamet](#)

⁴ [Kolmandikul Eesti inimestest on kaks või enam kroonilist haigust \(postimees.ee\)](#)

⁵ [Eesti tervisesüsteemi ülevaade: enim eluaastaid kaotame ebavõrdsusele | Sotsiaalministeerium \(sm.ee\)](#)

sissetulekuga inimesed maksuma tervishoiuteenustele ära suurema osa oma sissetulekust ja loobuvad seetõttu ka suurema tõenäosusega loobuvad vajalikest tervishoiuteenustest.

3. Küsisime planeeritava muudatusega seoses ka EPIKoja liikmete arvamust, saadud teabe põhjal edastame kokkuvõtvad tähelepanekud:

- Autoimmuunse haiguse puhul peab suurem osa sihtrühma patsiente peale peamise eriarsti külastama ka teisi eriarste, mistõttu hakkab visiiditasu tõus nimetatud patsientide toimetulekut mõjutama ning seda eeskätt madala sissetulekuga patsientide puhul ning patsientide puhul, kelle peamiseks sissetulekuks on töövõimetoetus ja puudega inimese sotsiaaltoetus.

Muudatusega seonduvalt tekivad küsimused: kas kõrgem visiiditasu tähendab, et ravijärjekorrad lühenevad ja eriarstide koormus väheneb; kas ravikvaliteet tõuseb ning paraneb eriarsti ja patsiendi vaheline koostöö; kuidas reguleeritakse raviasutustes Tervisekassa poolt eraldatud visiidiaegade ja tasuliste visiidiaegade suhe.

- Krooniliste haigete hulgas on väga palju inimesi, kellel ei ole töövõimet hinnatud või vähenenud töövõime tuvastatud, aga eriarsti juures peavad palju käima (nt diabeetikud peavad külastama lisaks endokrinoloogile veel 3-4 eriarsti), mistõttu tähendab kolmekordne hinnatõus diabeetikule mitmekordset lisakulud (20 euro asemel 100 eurot) ning seda kas iga kuu või iga paari kuu järel ning pidevalt.

- Reumahaiged on aktiivsed ja võimalusel töötavad, kuid saavad sageli üksnes miinimumpalka. Haiguse kontrolli all hoidmiseks tuleb iga 1-3 kuu tagant reumatoloogi konsultatsioonil käia, et hinnata ravi efektiivsust ja vajadusel seda muuta, mis tähendab muudatuse pinnal olulist lisakulu.

Haiguse ägenemisel vajavad reumahaiged enamasti erinevate eriarstide visiite. Lisaks on reumahaigetel sageli mitmed kaasuvad haigused nagu südame-veresoonkonna haigused, diabeet, neeruhaigused, kopsuhaigused, mis tähendab samuti erinevaid eriarstide visiite. Taastusraviarsti juures tuleb käia regulaarselt töövõime säilitamise eesmärgil ning peale ägenemist taastumise eesmärgil. Kõik eelnev kogumina tähendab erinevaid eriarstide visiite ja seda korduvalt, tegemist ei ole üksnes ühekordse 20-eurose visiiditasu tasumisega. Samas ei ole eriarstiabi kättesaadav igas piirkonnas, mis tähendab veel täiendavat transpordikulu ja töölt eemal

viibimisega seonduvat kulu. Ka taastusraviarstid on väga mures, kuna plaan on tõsta ka statsionaarse taastusravi omaosalust.

Omaosaluse tõstmine tööealiste puhul on suure koormusega just kroonilistele haigetele. Juba praegu on keeruline, kohati lausa võimatu saada eriarstile aega. Lisaks aja saamise keerukusele võib nüüd piiravaks faktoriks saada ka suurenenud visiiditasu. Samas on ravi katkestamine juba praegu väga suur probleem, mis hiljem muutub suureks koormaks erakorralise meditsiini osakonnale. E-konsultatsioonid ei ole reumahaigete puhul haiguse ägenemise korral alternatiiv, kuna paistes ja haigete liigeste palpeerimine ei ole virtuaalselt võimalik, samuti tuleb vaatluse teel jälgida patsiendi kõnnimustrit ja mõõta liigeste liikumisulatust jms. EMO tasu tõstmine võib viia omakorda hoopis kiirabi kutsumise tõusuni.

- Insuldipatsiendid seisavad täna sageli silmitsi sellega, et korduvhindamise perioodil enam vähenenud töövõimet ei tuvastata, mistõttu on sissetulek piiratud ning igasugune raviga seonduvate kulude tõus on mõeldamatu. Eriarsti juurde pääsemine on samuti insuldipatsientide jaoks väga keeruline ja kui järjekorrad veel pikemaks venivad ning visiiditasud ka lisaks kasvavad, halveneb inimeste olukord drastiliselt. Insult on raske, sageli surmaga lõppev haigus, abi saamine on juba täna väga konarlik. Meie hinnangul ei too muudatus ka EMO koormuse vähenemist, kuna insuldist tingitud valud jm tekitavad sageli ärevust ja hirmu, mil helistatakse pigem kiirabisse, kui pöörduakse perearsti poole.

- Enamus Eesti Põletikulise Soolehaiguse Seltsi liikmeid ei ole puuduva töövõimega ega ole tuvastatud ka puude raskusastet. Eriarsti visiiditasu tõus kuni 20 euroni võib tuua patsientidele kaasa mitmeid tõsiseid ohte ehk kõrgem visiiditasu võib takistada väiksema sissetulekuga patsientidel arsti juurde jõudmist, mis võib omakorda halvendada nende tervislikku seisundit. Ka võib kõrgema hinna tõttu tekkida kiusatus arsti juurde minekut edasi lükata, mis omakorda toob kaasa hilinenud diagnoosid ja ravivõimalused süvendades haiguse kulgu. Kui arsti ei külastata hinna tõttu, võivad terviseprobleemid süveneda ja hiljem vajada keerulisemat ning kallimat ravi. Töötajatele ja sagedast arstiabi vajavatele patsientidele tähendab kõrgem tasu täiendavat rahalist survet, mis võib mõjutada nende igapäevast toimetulekut. Visiiditasu tõus suurendab

tervishoiuteenuste kättesaamatust madalama sissetulekuga inimestele, süvendades sotsiaalset ebavõrdsust ja luues suurema lõhe tervishoiusüsteemi kasutamise võimalustes.

Leiame kokkuvõttes, et planeeritav muudatus ei arvesta sihtgrupi huve ja vajadusi, muudatus on ennatlik ning krooniliste haigete jt sihtgruppidega kooskõlastamata, muudatuse tagajärg on patsientide kui mõjutatud osapoolte jaoks lubamatult koormav. Lisaks puudub muudatuste mõju terviklik hinnang, mis arvestaks erinevate sihtgruppide vajadustega (sh siseriiklike ja rahvusvahelisi soovitusi omaosaluse vähendamiseks) ning hindaks ka võimalikke kaasuvaid tagajärgi (ravimata haiguste ägenemine, vaesusriski suurenemine jms). Lähtudes eeltoodust leiame, et juhul kui Sotsiaalministeerium ka planeerib retsepti-, eriarsti visiidi- ja voodipäevatasude tõstmist, siis tuleb alkatada vastav korrektne protsess kaasates kõiki olulisi ja puudutatud osapooli ning teostada põhjalik mõjude analüüs.

Lugupidamisega

(digitaalselt allkirjastatud)

Maarja Krais-Leosk

Tegevjuht

Eesti Puuetega Inimeste Koda

Kristi Rekand

Jurist

6715909, kristi.rekand@epikoda.ee