

**TARTU ÜLIKOOL**  
**ÕIGUSTEADUSKOND TALLINNAS**  
**AVALIKU ÕIGUSE INSTITUUT**

Pille Tael

**RAVI RAHASTAMISE LEPINGUTE SÕLMIMISE KITSASKOHAD –**  
**KAS RAVIKINDLUSTUSE SEADUS VAJAB MUUDATUSI**

Magistritöö

Juhendaja: dr iur, Ants Nõmper

Kaasjuhendaja: PhD Ülle Madise

Tallinn

2015

## SISUKORD

SISSEJUHATUS.....	3
1. HAIGLAVÕRGU ARENGUKAVA HAIGLATE EELISTAMINE.....	10
1.1 Haiglavõrgu arengukava kujunemine ja olemus .....	10
1.2 Haiglavõrgu arengukava haiglate eelistamise õiguslik alus .....	20
1.3 Haiglavõrgu arengukava haiglate eelistamise võimalik absoluutsus .....	29
2. MITTERAHALINE TERVISHOIUTEENUSE HÜVITIS RAHALISE HÜVITISENA .....	50
2.1 Mitterahaline tervishoiuteenuse hüvitis ja sellest rahalise hüvitise kujunemine .....	50
2.2 Piiriülese tervishoiuteenuse hüvitis .....	57
2.3 Väljaspool ravijärjekorda osutatud tervishoiuteenuse hüvitis .....	64
KOKKUVÕTE.....	80
ZUSAMMENFASSUNG.....	87
KASUTATUD MATERJALIDE LOETELU .....	96
Kasutatud kirjandus.....	96
Kasutatud normatiivmaterjalid .....	97
Kasutatud kohtupraktika .....	99
Euroopa Kohtu lahendid.....	99
Eesti Kohtute lahendid .....	99
Kasutatud arvutivõrgu versioonid .....	100
Trükis avaldamata allikad .....	103
LISAD .....	104
Lisa 1 Infopäring Euroopa liidu tervishoiuteenuste kulu tagasimaksete kohta .....	104
Lisa 2 Vastus infopäringule EL tervishoiuteenuste kulu tagasimaksete kohta .....	105
Lisa 3 Avaldus Euroopa Liidu tervishoiuteenuste kulu tagasimakse kohta .....	107
Lisa 4 Ravivõimaluste ja hüvitiste võrdlustabel.....	111
Lisa 5 Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks .....	113

## SISSEJUHATUS

Käesolev magistritöö on kirjutatud teemal „Ravi rahastamise lepingute sõlmimise kitsaskohad – kas ravikindlustuse seadus vajab muudatusi“ ning uurimisesemeks ravikindlustust puudutavatest õigusaktidest tulenevalt haiglavõrgu arengukava haiglate eelistamise absoluutsus mitterahaliste ravikindlustushüvitiste (tervishoiuteenuste) rahastamiseks sõlmitavate ravi rahastamise lepingute sõlmimisel, mitterahaliste ravikindlustushüvitiste hüvitamine rahalistena ja nende kaudu ravikindlustuse seaduse muutmise või mittemuutmise vajadus.

Euroopa Liidu õigusest, Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiivist 2011/24/EL, 9. märts 2011, patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius<sup>1</sup> (edaspidi patsiendiõiguste direktiiv) artikkel 3 punktist a tulenevalt on tervishoiuteenused teenused, mida tervishoiutöötajad osutavad patsientidele, et hinnata, säilitada või taastada nende terviseseisundi, sealhulgas ravimite ja meditsiiniseadmete väljakirjutamine, väljastamine ja nendega varustamine.

Tervishoiuteenused riigisisese õigusakti, tervishoiuteenuste korraldamise seaduse<sup>2</sup> (edaspidi TTKS) § 2 mõistes on tervishoiutöötaja tegevused haiguse, vigastuse või mürgituse ennetamiseks, diagnoosimiseks ja ravimiseks eesmärgiga leevendada inimese vaevusi, hoides ära tema terviseseisundi halvenemist või haiguse ägenemist ning taastada tervist.

Igaüheõigusena Eesti Vabariigi põhiseaduse<sup>3</sup> (edaspidi PS) §-s 28 sätestatud õigus tervisekaitsele on küll subjektiivne õigus<sup>4</sup> <sup>5</sup>, kuid sätte põhisisust tulenevalt on see riigi 3 kohustus: kohustus mitte kahjustada inimeste tervist, kohustus tagada tervise eelduseks olevad asjaolud ja kohustus tagada tervishoiuteenuste kättesaadavus<sup>6</sup>.

---

<sup>1</sup> Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2011/24/EL, 9. märts 2011, patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. ELT L 088, 04.04.2011, Lk 0045 – 0065.

<sup>2</sup> Tervishoiuteenuste korraldamise seadus<sup>1</sup>. - RT I 2001, 50, 284 ... RT I, 26.02.2015, 15.

<sup>3</sup> Eesti Vabariigi Põhiseadus. RT 1992, 26,349 ... RT I 2011, 2.

<sup>4</sup> RKHKm 17. 06. 2004, 3-3-1-17-04.

<sup>5</sup> RKHKo 10.11.2003, 3-3-1-65-03.

<sup>6</sup> A. Nõmper, J. Sootak. Meditsiiniõigus. Juura 2007, lk 37-39.

Riigi kohustus tagada tervishoiuteenuste kättesaadavus sisaldab omakorda kolme elementi: faktiline, geograafiline ja finantsiline kättesaadavus.<sup>7</sup> Faktilise tervishoiuteenuse kättesaadavuse tagamiseks peab riik piisavalt koolitama tervishoiutöötajaid, hoidma otseselt või kaudselt käigus haiglaid jne<sup>8</sup>, geograafilise kättesaadavuse tagamiseks on võetud eesmärgiks tagada kogu Eestis kiirabi kättesaadavus ööpäev läbi, finantsilise kättesaadavuse tagamiseks on Eestis loodud ravikindlustuse süsteem ning sellega on tagatud kõikidele tasuta juurdepääs vältimatule abile ja kiirabile.<sup>9</sup>

Tervishoiuteenuste kättesaadavust PS § 28 tulenevalt reguleerib TTKS, mille § 56 lõike 1 punkti 4 alusel omakorda sotsiaalminister on kehtestanud tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõuded<sup>10</sup>. Tervishoiuteenuse kättesaadavusena käsitletakse vajamineva vältimatu abi, üldarstiabi, eriarstiabi, sh hambaarstiabi ja õendusabi õigeaegset ning kvaliteetset tagamist<sup>11</sup> patsiendile, lähtuvalt tervishoiuteenuse meditsiinilisest vajadusest, tervishoiuteenuse osutaja erialasest pädevusest ja raviressursi olemasolust.

Euroopa Liidu toimimise lepingu<sup>12</sup> artikli 168 punkti 7 kohaselt vastutavad liikmesriigid, sh ka Eesti, tervishoiu juhtimise ja tervishoiule määratud vahendite jaotamise eest.

PS kohustab riiki aktiivselt tegutsema,<sup>13</sup> kuid ei pane riigile kohustust tagada igaühele maksimaalne tasuta arstiabi, vaid annab seadusandjale terviseõiguse sisustamisel laia otsustusõiguse, kuna õiguse tagamise ulatus sõltub paljus riigi majanduslikest ressursidest ning nende käsutamise õigus on seadusandjal, kuid ta ei tohi samas piiritleda nende õiguste kasutamise tingimusi ebamõistlike kriteeriumidega.<sup>14</sup>

Käesolev töö on seotud PS põhisisust tuleneva viimase kohustusega – tagada tervishoiuteenuste kättesaadavus. Tervishoiuteenuste kättesaadavus tagatakse ravikindlustuse korraldamise ja ravikindlustushüvitiste võimaldamise kohustusega, mis on pandud Eesti

---

<sup>7</sup> A. Nõmper, J. Sootak 2007, lk 37-39.

<sup>8</sup> Merike Varusk. Ravi rahastamise lepingutega seotud probleeme. Juridica V/2014, lk 375.

<sup>9</sup> A. Nõmper, J. Sootak 2007, lk 39.

<sup>10</sup> Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõuded. SOMm 21.08.2008 nr 46. - RTL 2008, 73, 1019 ... RTL 2009, 96, 1438.

<sup>11</sup> Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded. SOMm 15. detsember 2004 nr 128. - RT L 2004, 158, 2376 ... RT I 06.11.2013, 6.

<sup>12</sup> Euroopa Liidu lepingu ja Euroopa Liidu toimimise lepingu konsolideeritud versioonid ELT C 326/1-407, 26.10.2012, lk 123-124.

<sup>13</sup> Eesti Vabariigi põhiseadus. Kommenteeritud väljaanne. E.-J. Truuväli jt (toim.). 2., täiend. väljaanne. Tallinn: Juura 2008, § 28, komm 1.

<sup>14</sup> RKHKo 10.11.2003, 3-3-1-65-03, p 14.

Haigekassa seaduse<sup>15</sup> (edaspidi HKS) § 2 lõike 1, § 2 lõige 2 punktiga 2 ja § 3 lõige 1 punktiga 1 Eesti Haigekassale (edaspidi haigekassa).

Haigekassa täidab HKS § 3 lõike 1 punktides 1 ja 2 tulenevalt ravikindlustushüvitiste võimaldamise kohustust muuhulgas tervishoiuteenuste eest tasumiseks sõlmitavate lepingute kaudu neis ettenähtud teenuste eest vastavalt lepingu tingimustele ja rahaliste hüvitiste maksmisega.

Ravikindlustushüvitised jagunevad mitterahalisteks ja rahalisteks.

Ravikindlustuse seaduse<sup>16</sup> (edaspidi RaKS) § 25 lõike 1 ja 2 mõistes on mitterahaline ravikindlustushüvitis täielikult või osaliselt rahastatav haiguste ennetamiseks või raviks osutatud kvaliteetne ja õigeaegne tervishoiuteenus (tervishoiuteenuse hüvitis), vajalik ravim ja meditsiiniseade (ravimihüvitis ja meditsiiniseadmehüvitis), mida kindlustatud isikule võimaldavad samas seaduses sätestatud tingimustel haigekassa ja temaga vastava lepingu sõlminud isikud ehk kindlustatud isik ise midagi ei maksa, kuna tasu maksmise kohustuse võtab seadusest tulenevalt tema eest üle haigekassa. Hüvitiste paketti ei kuulu nt ilukirurgia, alternatiivmeditsiin ja optometriisti teenused.

Sama seaduse § 25 lõike 4 mõistes on rahalised ravikindlustushüvitised – ajutise töövõimetuse hüvitis, täiskasvanute hambaraviteenuse hüvitis, täiendav ravimihüvitis, väljaspool ravijärjekorda osutatud tervishoiuteenuse hüvitis ja piiriülese tervishoiuteenuse hüvitis.

Töö autor käsitleb mitterahalistest hüvitistest tervishoiuteenuste hüvitist ehk haiguste ennetamiseks või raviks osutatud tervishoiuteenusega seonduvat ning rahalistest hüvitistest väljaspool ravijärjekorda osutatud tervishoiuteenuse hüvitist ja piiriülese tervishoiuteenuse hüvitist.

Sõlmitavad tervishoiuteenuse rahastamise lepingud on ravi rahastamise lepingud (edaspidi RRL) üldarstiabi, eriarstiabi sh hambaravi, õendusabi (enne 2014.aastat hooldusravi nime all), koolitervishoiu ja haiguste ennetamiseks osutatud tervishoiuteenuse eest tasumiseks.

---

<sup>15</sup> Eesti Haigekassa seadus. - RT I 2000, 57,374 ... RT I, 13.03.2014, 12.

<sup>16</sup> Ravikindlustuse seadus. - RT I 2002, 62, 377 ... RT I 23.03.2015, 18.

Lepinguvabaduse printsiibist tulenevalt on eraõiguses reeglina isiku enda otsustada, kellega ja millistel tingimustel ta lepinguid sõlmib. Avalikus õiguses, sh ravikindlustuse valdkonnas, piiratakse seda vabadust ja lepingu pooled allutatakse kindlatele reeglitele.

Haigekassa ei ole kohustatud RaKS § 36 lõikest 2 tulenevalt sõlmima RRL-uid kõigi tervishoiuteenuse osutajatega, kuid haigekassa praktikas on välja kujunenud haiglavõrgu arengukava loetelusse kuuluvate haiglate<sup>17</sup> (edaspidi HVA haiglate) eelistamine RRL sõlmimisel läbirääkimiste teel, kuna praktika ja kehtivad õigusaktid väljendavad riigi tahet korraldada tervishoiuteenust riigi kontrollitavate haiglate kaudu<sup>18</sup> ning selleks annab õiguse RaKS § 36 lõige 5. Ülejäänud tervishoiuteenuse osutajad, HVA haiglate loetelusse mittekuuluvad tervishoiuteenuse osutajad, osalevad RRL sõlmimiseks lepingupartnerite valikuprotsessis (edaspidi Valik) ning nende vahel jagatakse ravijuhud, mis HVA haiglate suutlikkuse või soovimatuse tõttu jäävad HVA haiglatest üle.

Eesti ravikindlustus tagab ulatusliku kaitse kindlustatud isikutele mitterahaliste ja rahaliste hüvitiste osas. Tervishoiuteenuste osutajate valik oli aastaid piiratud, kuna piirkondlikel haigekassadel (mis hiljem asendati piirkondlike osakondadega) olid lepingud sõlmitud peamiselt piirkondlike tervishoiuteenuste osutajatega, välja arvatud kõrgema taseme arstiabi puhul, mida osutati kahes Eesti regionaalhaiglas. Alates 2006. aastast võib patsient oma eelistustest lähtuvalt vabalt valida kõigi Eesti Haigekassaga lepingu sõlminud haiglate ja ambulatoorse arstiabi osutajate vahel. Peale patsiendi vabaduse teenusepakkuja valikul on tal ka arsti vaba valik. Sellist valikuvabadust võib piirata võimalus, et „eelistatumatel” arstidel on pikemad ootejärjekorrad.<sup>19</sup>

Töö autor käsitleb töö esimeses osas HVA haiglate eelistamist RRL-te sõlmimisel, keskendudes sellele, kas see on haigekassale absoluutne kohustus või mitte.

Tervishoiuteenuse osutamise ja saamise võib liigitada riigisiseseks ja mõnes teises riigis saadavaks, sh Euroopa Liidu (edaspidi EL) liikmesriigis<sup>20</sup>, samuti ambulatoorseks<sup>21</sup> ja statsionaarseks raviks<sup>22</sup>. Nii Eestis kui ka teises EL liikmesriigis saadav arstiabi<sup>23</sup> (edaspidi

---

<sup>17</sup> Haiglavõrgu arengukava. VVm 14.04.2003 nr 105. - RT I 2003, 35,223 ... RT I 09.01.2014, 21.

<sup>18</sup> M. Varusk 2014, lk 379, p 2.

<sup>19</sup> Koppel A, Kahur K, Habicht T, Saar P, Habicht J ja van Ginneken E. Eesti: Tervisesüsteemi ülevaade. Tervisesüsteemid muutustes. 2008; 10(1): 1–312. Lk 73.

<sup>20</sup> Liikmesriikide loetelu. - Arvutivõrgus: [http://europa.eu/abc/european\\_countries/eu\\_members/index\\_et.htm](http://europa.eu/abc/european_countries/eu_members/index_et.htm), 23.03.2015.

<sup>21</sup> Viide 2. § 2 lg 3- osutamiseks inimese ööpäevaringne viibimine haiglas ei ole vajalik.

<sup>22</sup> Viide 2. § 2 lg 2- osutamiseks on vajalik inimese ööpäevaringne viibimine haiglas.

piiriülene tervishoiuteenus) liigitub veel vältimatuks abiks<sup>24</sup>, vajaminevaks arstiabiks<sup>25</sup> ja plaaniliseks arstiabiks<sup>26</sup>.

Seega on inimesel õigus otsustada ja saada tervishoiuteenust nii Eestis kui ka väljaspool Eestit, kuid tema jaoks on oluline, kes selle teenuse eest tasub ja kuidas.

Eestis reguleerivad tervishoiuteenuse saamist ja hüvitamist riigisisised aktid ja eelkõige RaKS ning väljaspool Eesti Vabariiki riigisisestest aktidest sama seaduse kolm paragrahvi: § 27, § 27<sup>1</sup> ja § 36. Paragrahv 27 määratleb ravikindlustushüvitiste territoriaalsuse, paragrahv 27<sup>1</sup> käsitleb eelloa alusel välisriigis osutatud tervishoiuteenuse hüvitamist ning § 36 lõige 3 annab haigekassale õiguse sõlmida RRL-id ka välisriigis asuva tervishoiuteenuse osutajaga. Viimasele lepingule kohaldatakse kokkuleppehindasid, mis on üldjuhul teise riigi teenuse hind, isegi kui teenus sisaldub TTL-is<sup>27</sup>. Samuti on RaKS-s reguleeritud vastavalt siis § 66<sup>1</sup> väljaspool ravijärjekorda osutatud tervishoiuteenuse hüvitis, § 66<sup>2</sup> piiriülese tervishoiuteenuse hüvitis, § 66<sup>3</sup> selle eelloa tingimused ja § 66<sup>4</sup> hüvitamise piirangud.

Töö autor ei käsitle käesolevas töös vältimatut arstiabi ega paragrahvides § 27, § 27<sup>1</sup> ja § 36 lõikes 3 seonduvat, vaid puudutab põhiteema mõistmiseks põgusalt teises liikmesriigis ajutisel viibimisel tekkinud vajaminevat arstiabi ja selle hüvitamist ning keskendub eelkõige eeloata osutatud plaanilisele tervishoiuteenusele ning selle kulude hüvitamisele. Täpsemalt keskendub autor töö teises osas isiku kindlustajariigis Eestis pika ravijärjekorra tõttu plaanilisele ravile teise Euroopa liikmesriiki suundumisel teenuse saamiseks ja samal põhjusel Eestis teenuse eest ise tasumisel osutatud ja tasutud tervishoiuteenuste tasumise hüvitamisele

---

<sup>23</sup>Viide 1. Artikkel 3 punkt e. Patsiendiõiguste direktiivi esialgne sõnastus: piiriülese tervishoiuteenus on tervishoiuteenus, mida ei osutata liikmesriigis, kus patsient on kindlustatud, või tervishoiuteenust, mida ei osutata liikmesriigis, kus tervishoiuteenuse osutaja asub või kus ta on registreeritud või asutatud. Viimases jõustunud sõnastuses on piiriüleseks tervishoiuteenuseks nimetatud muus liikmesriigis kui kindlustajaliikmesriigis osutatud või määratud tervishoiuteenus.

<sup>24</sup> Viide 2. § 5 - tervishoiuteenus, mida tervishoiutöötaja osutab olukorras, kus abi edasilükkamine või selle andmata jätmine võib põhjustada abivajaja surma või püsiva tervisekahjustuse.

<sup>25</sup> Eesti Haigekassa. Arstiabi välisriigis. Arstiabi vajadus peab olema tekkinud teises riigis viibimise ajal. Tervishoiuteenuse vajadus peab olema meditsiiniliselt põhjendatud ja arst peab arvesse võtma eeldatava viibimise kestust ja tervishoiuteenuse olemust. Isik, kes viibivad teises liikmesriigis ajutiselt, saab vajaminevat arstiabi võrdsetel tingimustel selles riigis elavate kindlustatud inimestega. Selle sätte alla ei kuulu teise riiki minek eesmärgiga saada seal ravi. - Arvutivõrgus: <https://www.haigekassa.ee/et/euroopa-liit/arstiabi-valisriigis>, 22.03.2014.

<sup>26</sup> Planeeritud ambulatoorne või statsionaarne tervishoiuteenus.

<sup>27</sup> Pikaajalise kestvusega on sõlmitud leping Soome Punase ristiga luuüdi doonorite leidmiseks ja sobiva luuüdi transpordiks Eestisse. Tegemist on tervishoiuteenusega, mida Eestis teostatakse ja sisaldub tervishoiuteenuste loetelus ehk haigekassa hinnakirjas. Praktikas on juhtumeid, kus sobivat doonorit ei ole võimalik Eestis leida ja sobiva doonori otsingud on lahendatud läbi Soome Punase Risti. Igal konkreetsel juhul peab kindlustatud isik esitama välisravi taotluse ja seda menetletakse üldises korras. Antud juhul tegemist lepinguga, mis on sõlmitud välisriigis asuva rahvusvahelise organisatsiooniga, mis ei allu RaKS § 36 lõikele 3, kuid teenib RaKS § 27 lõikes 2 kirjeldatud eesmärgi saavutamist.

haigekassa poolt. Viimasel juhul on tegemist nn haigekassa raha eest tasutavate teenuste peetavast ravijärjekorrast ette ostmisega (väljaspool ravijärjekorda osutatud tervishoiuteenus).

Teemade olulisus tuleneb igapäevast tervise kaitsel ja riigi kohustusest korraldada tervishoiuteenuseid, mida riik teostab muuhulgas läbi haigekassa RRL sõlmimise ja ravikindlustushüvitiste võimaldamise. Jätkuvalt on teravalt päevakorras ja iga järgneva Valikuga on suurenenud vaatamata kohtupraktika olemasolule vaidluste hulk kohtutes HVA haiglate eelistamise põhjendusel. Ravikindlustushüvitiste temaatika on olnud peale patsiendiõiguste direktiivi rakendamist õigusloomes sage teema.

Eeltoodust lähtuvalt püstitab töö autor kaks hüpoteesi:

- RRL-te sõlmimisel HVA haiglate eelistamine ei ole absoluutne kohustus, kuid seeläbi puudub vajadus muuta RaKS-t;
- RaKS § 66<sup>1</sup> võimaldab hüvitada ravikindlustatud isikule väljaspool ravijärjekorda osutatud tervishoiuteenuse kulud ja seeläbi puudub vajadus RaKS-e muutmiseks.

Eelnevalt on RRL sõlmimisega seotud menetluse regulatsiooni ja halduspraktika kitsaskohti uuritud ühes magistritöös<sup>28</sup>, kuid teistest aspektidest.

Tulenevalt eesmärgist on töös kaks peatükki.

Esimeses peatükis uurib töö autor esmalt teema mõistmiseks HVA arengukava kujunemist ja heidab pilgu põgusalt HVA haiglate võrgustumisele, käsitleb HVA eelistamist ja uurib RRL olemust ja sõlmimise menetluse liiki ning leiab vastuse esimesele hüpoteesile HVA haiglate eelistamise mitteabsoluutsusest RRL-te sõlmimisel ja RaKS-e mittemuutmise kohta.

Teises peatükis käsitleb töö autor mitterahalist ravikindlustushüvitist, piiriülese tervishoiuteenuse hüvitist ja väljaspool ravijärjekorda osutatud tervishoiuteenuse hüvitist ning leiab vastuse teisele hüpoteesile mitterahalise ravikindlustushüvitise rahalisena võimaldamise osas ja RaKS-e mittemuutmise kohta.

Töö koostamisel on kasutatud peamiselt võrdlevat ning analüütilist õigusteaduslikku meetodit, tõlgendamist ja üldistamist ning tulemus on kirjas tekstina.

---

<sup>28</sup> Alle-Riin Nõgols. Ravi rahastamise lepingute sõlmimise menetluse regulatsiooni ja selle alusel Eesti haigekassa poolt välja kujundatud halduspraktika kitsaskohad ning nende ületamise võimalused. Magistritöö. Tallinn: 2012.

Olulisemate allikatena on töö koostamisel kasutatud EL ja Eesti Vabariigi õigusakte, nende eelnõusid ja kommentaare, Euroopa Kohtu ja Eesti kohtute otsuseid, õigusteaduslike väljaannete artikleid ja ajakirjanduse väljaandeid, haigekassa asjassepuutuvat statistikat, akte ja kodulehel leiduvaid andmeid ning illustreerimiseks ajakirjanduses leiduvaid artikleid. Kasutatud on võimalikult uusi materjale, neist vanemaid peamiselt püsivate põhimõtete või tausta selgitamiseks.

Töö autor tänab juhendajat Ants Nõmperit ja kaasjuhendajat PhD Ülle Madiset, kes aitasid kaasa asjalike ja toetavate märkustega töö valmimisele ning Avely Raid-Lelovit ja Tiivi Salvanit, kellel ei ole õnneks kommet aruteludes oma arvamust endale hoida.

# 1. HAIGLAVÕRGU ARENGUKAVA HAIGLATE EELISTAMINE

## 1.1 Haiglavõrgu arengukava kujunemine ja olemus

Eesti tervisesüsteem on üles ehitatud kohustuslikule solidaarsuse põhimõttest lähtuvale ravikindlustusele ja eraõiguslike teenuseosutajate poolt pakutavate teenuste üldisele kättesaadavusele. Tervisesüsteemi juhtimine ja järelevalve ning tervisepoliitika väljatöötamine on Sotsiaalministeeriumi ja selle hallatavate asutuste ülesanne. Tervishoiuteenuste rahastamine toimub peamiselt sõltumatu Eesti Haigekassa kaudu, kellel on olnud järjest juhtivam roll tervisesüsteemi uuendamisel. Sotsiaalministeerium ja selle ametid vastutavad rahvaterviseteenuste rahastamise ja juhtimise eest riigieelarvest makstava osa ulatuses. Kohalikel omavalitsustel on väike ja pigem vabatahtlik roll terviseteenuste organiseerimisel ja rahastamisel.<sup>29</sup>

Enne Nõukogude okupatsiooni 1940. aastal oli Eesti tervisesüsteem võrreldav teistes Lääne-Euroopa riikides toimunud tervisesüsteemidega. 20. sajandi alguseks oli välja töötatud tervisesüsteem, kuid sotsiaalkindlustussüsteem praegusel kujul puudus. Tervisesüsteem oli äärmiselt detsentraliseeritud, teenuste kujundamine ja juhtimine oli piirkondlik. Statsionaarset eriarstiabi osutavaid haiglaid oli kolme liiki: erahaiglad (osutasid suurema osa teenustest), mitu munitsipaalhaiglat vaestele inimestele ja mõned riigiomandis olevad haiglad. Riigihaiglate omandis ja hallata olid emade ja laste kliinikud, tuberkuloosidispersandid, sanatooriumid ja vaimuhaigete raviasutused. Suurema osa ambulatoorse ravi teenustest osutasid haigekassade ja koolide dispanserites töötavad eraarstid. Munitsipaalrõõmide ülesandeks oli ravida vaeseid.<sup>30</sup>

Eesti Vabariigi okupeerimine NSV Liidu poolt 1940. aastal katkestas tervisesüsteemi varasema arengu ja põhjustas nõukoguliku Semaško süsteemi kasutuselevõtmise, mille kohaselt tervishoidu rahastati riigieelarvest ja seda juhtis valitsus tsentraliseeritud planeerimise teel. Asetleidnud kiiretel muutustel olid pikaajalised tagajärjed.<sup>31</sup>

<sup>29</sup> Koppel /van Ginneken 2008, lk 51.

<sup>30</sup> Samas, lk 53-54.

<sup>31</sup> Samas, lk 53-54.

Peatähelepanu suunati koguselistele eesmärkidele ning selle tulemuseks oli ülemäära suur haiglavoodite arv. Nõukogude aja lõpuks kujunes NSV Liidu eri osade piirkondadeks jaotamise tulemusena välja kirurgiliste erialade liiga suur maht. See ülemaht oli osaliselt tingitud teenuste osutamisest väljaspool Eestit elavatele inimestele ja ka sellest, et Eestit peeti külma sõja perioodil strateegiliselt tähtsaks piirkonnaks.<sup>32</sup>

Pärast taasiseseisvumist 1991. aastal reformiti Eesti tervisesüsteemi rahastamine ja planeerimine taas peaaegu täielikult. 1990. aastate reformide eesmärk oli kehtestada rahastamine sotsiaalse ravikindlustuse kaudu ja soodustada detsentraliseerimist.<sup>33</sup>

Nõukogude perioodi pärandina jäi Eestisse suur, ebaefektiivne ja viletsas seisukorras haiglavõrk. 1990. aastatel läbi viidud struktuuriliste ja juhtimisalaste reformide käigus vähendati haiglate (ja haiglavoodite) arvu ning struktureeriti ümber teenuseosutajate võrgustik. Reformide eesmärk oli ajakohastada haiglavõrku ja võimaldada kõrgekvaliteediliste teenuste osutamist, tagades samas tervishoiuteenuste vajaliku kättesaadavuse.<sup>34</sup>

1991. aastal oli Eestis ligikaudu 120 haiglat umbes 18 000 voodikohaga.<sup>35</sup>

1991. aastal loodi teenuseosutajate litsentsimise süsteem, mis oli haiglavõrgu mahu vähendamise oluliseks eeltingimuseks, et tagada ressursside efektiivsem kasutus ning kvaliteedi areng. 1994. aastal viidi läbi põhjalik haiglate ülevaatus ja nõuetele mittevastavad teenuseosutajad suleti.<sup>36</sup> 1995. aastaks oli alles 83 haiglat 12 000 voodikohaga.<sup>37</sup>

Aktiivravihaiglate liiga suur voodikohtade arv, madal voodihõive, päevaraviteenuste madal osakaal, liiga kõrge keskmine haiglas viibimine (ing k *average length of stay*, ALOS) aktiivravi korral ning mõnede erialade puhul liiga väike teeninduspiirkond erialase kompetentsi säilitamiseks tingisid vajaduse haiglavõrgu ümberkorraldamiseks.<sup>38</sup>

---

<sup>32</sup> Koppel /van Ginneken 2008, lk 54.

<sup>33</sup> Samas, lk 54.

<sup>34</sup> Samas, lk 26.

<sup>35</sup> Samas, lk 163.

<sup>36</sup> Samas, lk 254.

<sup>37</sup> Samas, lk 163.

<sup>38</sup> Samas, lk 213.

Sotsiaalministeerium koostas Rootsi spetsialistide abiga Eesti haiglavõrgu arengukava aastani 2015 (*Hospital Master Plan 2015*), milles kirjeldati Eesti haiglavõrku 1999.aasta seisuga ja anti soovitused haiglavõrgu arendamiseks 2015. aastani.<sup>39</sup> Selles loetleti kolm eesmärki: tagada kvaliteetse arstiabi kättesaadavus, optimeerida kulutused haiglavõrgu rajamiseks ja toimimiseks, tagada haiglavõrgu jätkusuutlikkus.<sup>40 41</sup>

Kava kohaselt oli vaja vähendada aktiivravi voodikohtade arvu kahe kolmandiku võrra ja aktiivravi osutamine pidi koonduma 15 suuremasse haiglasse. Aastaks 2015 pidi läbi ühinemiste ja ümberstruktureerimiste tulemusena olema 68 haigla asemel 13 haiglat. Hoolimata üldsuse negatiivsest vastukajast võttis Sotsiaalministeerium haiglate arvu vähendamise kava poliitikute ja teenuseosutajatega peetavate edasiste arutluste aluseks ning struktureeris eelnevalt eraldiseisvalt tegutsenud väiksemad haiglad ja polikliinikud ümber neljaks haiglaks.<sup>42</sup> 2002. aastal liideti paljud haiglad ja 2003. aasta alguseks oli haiglate arv langenud 50ni.<sup>43</sup>

Pärast mitmeid konsultatsioone ja mõningaid kompromisse kiitis valitsus 2003. aasta aprillis heaks esialgse haiglavõrgu arengukava leebema versiooni. Vastuvõetud Eesti haiglavõrgu arengukava järgi on 19 haiglat (mitte 13) ning 14 väikest maakonnahaiglat said kinnituse, et neid ei kujundata lähemas tulevikus ümber tervisekeskusteks või hooldushaiglateks. Haiglate tegevuslubade ja eri tasandite haiglate teenuste osutamise otsustamisel võeti kriteeriumite väljatöötamisel arvesse arengukava, erialaseltside hinnanguid ja erialade arengukavasid.<sup>44</sup>

TTKS § 22 lõike 4 järgi jagunesid haiglad piirkondlikeks haiglateks, keskhaiglateks, üldhaiglateks, erihaiglateks, taastusravihaiglateks ja hooldushaiglateks. 2004. aastal võeti vastu seaduse muudatus, millega lisati nimekirja veel üks haiglatüüp, kohalik haigla. Käesolevaks hetkeks on loetelust kadunud hooldushaiglad. Piirkondlikud, kesk-, üld- ja kohalikud haiglad on aktiivravihaiglad, mis osutavad tervishoiuteenust ägeda haigestumise puhul, mis nõuab kiiret meditsiinilist sekkumist. Haiglate hierarhias on hooldushaiglad<sup>45</sup>

---

<sup>39</sup> Koppel /van Ginneken 2008, lk 163.

<sup>40</sup> Koppel /van Ginneken 2008, lk 213

<sup>41</sup> Hellers, G., Lundegårdh. G. *Estonian Hospital Master Plan 2015*. SC Scandinavian Care Consultants AB and SWECO International AB on behalf of Ministry of Social Affairs. Tallinn: 2000.

<sup>42</sup> Koppel /van Ginneken 2008, lk 156-157.

<sup>43</sup> Samas, lk 163.

<sup>44</sup> Samas, lk 156-157.

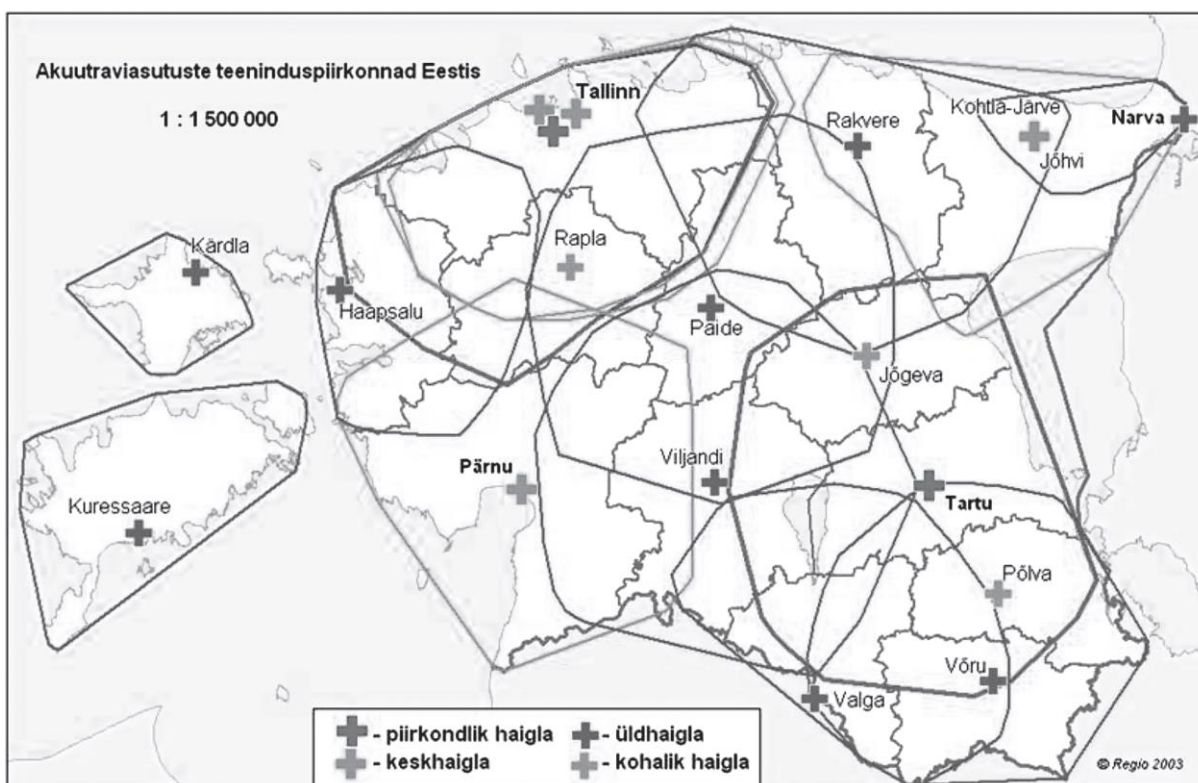
<sup>45</sup> HVA loetelu kehtestamise ajal. Nüüd on nimetatud haiglad õendushaiglad, mis tegutsevad eraldi õigusakti alusel, kuid hierarhia mõte on sama. Töö autori märkus.

kõige madalamal astmel ja piirkondlikud haiglad kõige kõrgemal. Mida kõrgem on haigla hierarhiaredelil, seda mitmekülgsemat ja spetsiifilisemat teenust see osutab.<sup>46</sup>

2006. aasta lõpus oli Eestis 55 haiglat: 20 hooldushaiglat, 12 üldhaiglat, seitse erihaiglat, kuus kohalikku haiglat, neli keskhaiglat, kolm taastusravihaiglat ja kolm piirkondlikku haiglat.<sup>47</sup>

Alljärgnevalt jooniselt on näha HVA haiglate teeninduspiirkonnad.

Joonis 1. Ülevaade piirkondadest, mida teenindavad haiglavõrgu arengukava haiglad.



Allikas: Tarmo Bakler. „Hospital Master Plan’ist” haiglavõrgu arengukavani. Eesti Arst. 2003, Lisa 5. Tervisefoorumi eriväljaanne. Lk 23–27.

Kohalikud ja üldhaiglad on aktiivravihaiglad, mis asuvad inimestele kõige lähemal. Need on enamasti 50–200 voodikohaga väikesed haiglad, kus ravitakse kergemaid haigusjuhte. Igas Eesti maakonnas on vähemalt üks kohalik või üldhaigla. Eranditeks on Tartu, Pärnu ja Harju maakond, kus haiglavõrgu arengukava järgi ei ole eraldi üldhaiglat, vaid neid teenuseid

<sup>46</sup> Koppel /van Ginneken 2008, lk 166.

<sup>47</sup> Koppel /van Ginneken 2008, lk 166.

osutab selle asemel kesk- või piirkondlik haigla. Kohalik haigla on vajalik keskustes, mis asuvad kaugemal kui 70 km.<sup>48</sup>

Haiglavõrgu planeerimise aluseks on teeninduspiirkondade määratlemine kriteeriumide alusel, milleks on teenindatava piirkonna suurus ja eriarstiabi kättesaadavus elanikkonnale ühe tunni jooksul või 70 km kaugusel. Eriarstiabiteenuse võrdse kättesaadavuse tagamiseks näeb haiglavõrgu arengukava ette 19 aktiivravihaigla olemasolu. See haiglavõrgu arengukava haiglate nimekiri hõlmab 12 üld- ja kohalikku haiglat, neli keskhaiglat ja kolm piirkondlikku haiglat.<sup>49 50</sup>

Alates 2001. aastast ei ole kohalikel omavalitsustel enam juriidilist vastutust tervishoiu rahastamise või korraldamise eest ning tervishoiuteenusete osutamine on peaaegu täielikult detsentraliseeritud.<sup>51</sup> Haiglate omandivorm, õiguslik seisund ja valitsemine on selgelt määratletud. Haiglasektoris domineerivad avaliku sektori haiglad, enamik haiglaid on riigi, kohalike omavalitsuste või avalik-õiguslike juriidiliste isikute omandis (või nende asutatud).<sup>52</sup>

Oma olemuselt kujutavad HVA haiglad haiglavõrgu arengukavasse<sup>53</sup> (edaspidi HVA loetelu) kuuluvaid haiglaid ja käesoleval hetkel on 19 erinevat liiki haiglat, mis oma omandivormilt on kas sihtasutused või aktsiaseltsid TTKS § 22 lõike 2 kohaselt.

Töö autor toob siinkohal ära HVA loetelusse kuuluvate haiglate omanikeringi/asutajad äriregistri elektroonilistele andmetele tuginedes 13.04.2015.a seisuga: ainuasutajaks on SA-le Põhja-Eesti Regionaalhaigla, SA-le Hiiumaa Haigla ja SA-le Viljandi Haigla Eesti Vabariik ning koos Tartu linna ja SA-ga Tartu Ülikool SA-le Tartu Ülikooli Kliinikum; kohalikud omavalitsused Tallinna linn SA-le Tallinna Lastehaigla ning asutajana Tallinna linnale aktsionärina Tallinna linnakantselei AS-le Ida-Tallinna Keskhaigla ja AS-le Lääne-Tallinna Keskhaigla; kohalikud omavalitsused Pärnu linn SA-le Pärnu Haigla, Kuressaare linn SA-le Kuressaare Haigla, Narva linn SA- le Narva Haigla, aktsionärid Paide Linnavalitus ja Türi Linnavalitsus AS-l Järvamaa Haigla, aktsionär Põlva Vallavalitsus AS-l „Põlva Haigla“, asutaja Valga Linnavolikogu ja aktsionär Valga Linnavalitsus AS-l Valga Haigla, asutaja Jõgeva Maavalitsus SA-le Jõgeva Haigla; SA Kohtla- Järve Haigla ja SA Puru Haigla

<sup>48</sup> Koppel /van Ginneken 2008, lk 166.

<sup>49</sup> Samas, lk 164.

<sup>50</sup> Käsitletud lähemalt alapunktis 1.3. Töö autori märkus.

<sup>51</sup> Koppel /van Ginneken 2008, lk 63.

<sup>52</sup> Samas, lk 215.

<sup>53</sup> Haiglavõrgu arengukava. VVm 14.04.2003 nr 105. - RT I 2003, 35,223 ... RT I 09.01.2014, 21.

(ühinemiskanne ning kustutatud) SA-le Ida-Viru Keskhaigla, asutaja ja aktsionär Rakvere Haigla MTÜ AS-l Rakvere Haigla; asutajana Terve Võrumaa MTÜ ja aktsionärid Terve Võrumaa MTÜ ja Tartu Ülikooli Kliinikum SA AS-l Lõuna-Eesti Haigla; Haapsalu linn ja SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla SA-le Läänemaa Haigla ja Rapla Omavalitsuste Liit koos SA-ga Põhja-Eesti Regionaalhaigla SA-le Raplamaa Haigla.

Seega on HVA haiglad enamal jaol allutatud riigi või kohaliku omavalitsuse kontrollile, mis on garantii PS § 28 sätestatud põhiõigusele.

Märkimist väärib asjaolu, et HVA loetelu kaotab kehtivuse § 4 lõike 1 kohaselt 2018. aastal, mistõttu on viimane aeg hakata mõtlema uue HVA loetelu kehtestamisele ning selles suunas tegutsema, arvestades sealjuures probleemkohtadega.

Sellele on mõtlema hakatud, sest tervisesüsteemi katusstrateegia ja poliitika „Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020“<sup>54 55</sup> kohaselt on tervishoiusüsteemi strateegiliseks eesmärgiks kõigile inimestele kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamine ressursside optimaalse kasutuse kaudu haiglavõrgu optimeerimisena. „Eesti tervishoiu arengusuunad aastani 2020“<sup>56</sup> (edaspidi Arengusuunad 2020) punktist 2.2. tulenevalt on eriarstiabi arengusuunaks haiglate võrgustumine: haiglate võrgustumise all mõistetakse eri liiki haiglate koostööprotsessi, mille eesmärk on tagada tervishoiuteenuste ühtlane kättesaadavus kogu riigi ulatuses. Võrgustumise käigus tagavad piirkondlikud haiglad kui pädevuskeskused (SA TÜK<sup>57</sup> ja SA PERH<sup>58</sup>) üld- ja kohalike haiglate vastutuspiirkondades reaalse võimekuse osutada vajalikke eriarstiabi teenuseid. Võrgustamise puhul mõeldakse erinevate tervishoiuteenuse osutajate omavahelist koostööd.

Samuti on Eesti Reformierakond, Sotsiaaldemokraatlik Erakond ning Erakond Isamaa ja Res Publica Liit on 08.04.2015. a. otsustanud moodustada aastateks 2015 kuni 2019 valitsusliidu ja kokku leppinud tegevuskava, milles sotsiaalkaitse ja tervishoiupoliitika osas arstiabi

---

<sup>54</sup> Koppel /van Ginneken 2008, lk 272.

<sup>55</sup> Sotsiaalministeerium. Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020. - [http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Tervis/2012\\_rta\\_pohitekst\\_ok\\_5.pdf](http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/2012_rta_pohitekst_ok_5.pdf) , 30.01.2015.

<sup>56</sup> Sotsiaalministeerium. Tervishoiu arengusuunad aastani 2020. - [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Tervis/tervishoiu\\_arengusuunad\\_2020.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/tervishoiu_arengusuunad_2020.pdf). 15.02.2015.

<sup>57</sup> Sihtasutus Tartu Ülikooli Kliinikum.

<sup>58</sup> Sihtasutus Põhja- Eesti Regionaalhaigla.

kvaliteedi ja kättesaadavuse punkti 10.44 kohaselt toetavad nad haiglate võrgustumist.<sup>59</sup> Tõsi küll, Ringkonnakohus on tervisepoliitika alla mõelnud Vabariigi Valitsuse, Sotsiaalministeeriumi ja Haigekassa RaKS § 2 lõikes 2 sätestatud eesmärkide täitmisele, raviteenuste osutamisele ning finantseerimisele suunatud otsuseid, Eesti haiglavõrgu arengukava<sup>60</sup> ja Riigikontrolli 2010. aasta aruannet Riigikogule<sup>61</sup>, kuid ei lugenud tervishoiupoliitikaks koalitsioonilepingut.<sup>62</sup>

Haiglate võrgustamisega seonduvalt on vaatamata eeltoodud avalikele materjalidele vastakaid seisukohti. SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla anesthesioloog Veiko Herodes vaagib, kelle huvides on patsiendi suunamine suurhaiglasse ja kuidas päästa väikseid maakonnahaiglaid. Maakonnahaiglate sulgemine oleks vaid kokkuhoid korraks ja raskendaks eriti maal elavate väiksema sissetulekuga isikutele ja eakatele inimestele tervishoiuteenuste kättesaadavust nende aja ja transpordikulude suurenemisega. Lisaks ressursi raiskamine kallil piirkondlike- ja keskhaiglate pinnal teostatud odavate teenuste osutamisega ja patsiendi elukoha kaugusest tulenevalt osadel teenustel ravijuhu kallinemine. Tema hinnangul töötavad suuremad haiglad praegu juba maksimumi lähedastel võimsustel ning erialaseltsi kogutud andmetel ei ole maakonnahaiglad sugugi kergemate ja keskmiste raskusastmetega haigusjuhtumite korral halvemad suurhaiglatest. Ebaselgetel põhjustel peetakse Tallinnas kolme suurhaiglat (paremateks<sup>63</sup>), kuid pole ühtegi tõsiselt võetavat uuringut ega auditit, mis tõestaks, et haigla A ravitulemused on paremad kui haiglas B, või et haiglas C oleks tüsistusi vähem kui haiglas A. On vaid legendid, et «kolkas on suhtlemishälbega kõrilõikajad».<sup>64</sup>

Töö autor nõustub V. Herodese kahes viimases lauses toodud seisukohaga, kuid märgib, et artiklis toodud erialaseltsi kogutud kirjeldatud andmetes ei kajastu raskemate haigusjuhtumite teemal võetav seisukoht. Ilmselt just need juhud ja asjaolu, et enamus ebakvaliteetse teenuse juhtumeist ei jõua avalikkuse ette ja jõuavad vähesed<sup>65 66 67 68 69</sup>, annab märkimisväärse aluse „kolka suhtlemishälbega kõrilõikajate“ legendide tekkele.

---

<sup>59</sup> Eesti Reformierakonna, Sotsiaaldemokraatliku Erakonna ning Erakonna Isamaa ja Res Publica Liit kokkulepe valitsuse moodustamise ja valitsusliidu tegevusprogrammi põhialuste kohta. - <http://www.sotsdem.ee/wp-content/uploads/2015/04/RE-SDE-ja-IRLi-valitsusliidu-lepe.pdf> , 12.04.2015.

<sup>60</sup> Haiglavõrgu arengukava. VVm 14.04.2003 nr 105. - RT I 2003, 35,223 ... RT I 09.01.2014, 21.

<sup>61</sup> Riigikontroll. Haiglavõrgu jätkusuutlikkus. Aruanne Riigikogule. Tallinn: 2.02.2010.

<sup>62</sup> TlnRnKo 06.10.2014, 3-14-50157, p 24. Jõustus RKHKm 11.02.2015, 7-1-3-685-14, millega menetlusluba ei ole antud.

<sup>63</sup> Töö autori märkus.

<sup>64</sup> V. Herodes. Suurhaigla arst: arsti juurde saamine ei tohi sõltuda postiindeksist. Postimees 26.03.2015. - <http://tervis.postimees.ee/3136281/suurhaigla-arst-arsti-juurde-saamine-ei-tohi-soltuda-postiindeksist> , 11.04.2015.

<sup>65</sup> Töö autor valis haigekassa Pärnu piirkonnas olevad HVA haiglad ning sisestas google.ee otsingusse sõnaühendi „haigla nimi patsien“ ning lappas otsingut kuni 3 lehekülge.

V. Herodese kartus maakonnahaiglate sulgemisest on hetkel ennatlik, sest täie hooga käivitunud haiglate võrgustamine ei näita maakonnahaiglate sulgemist. Haiglate võrgustamise ja maakonnahaiglate säilimist kinnitab asjaolu, et Vabariigi Valitsus on andnud korraldusega tervise- ja tööministrile riigi nimel volituse asutajaõigusi teostava isikuna otsustama sihtasutuse Põhja-Eesti Regionaalhaigla ja Sihtasutuse Läänemaa Haigla baasil loodava sihtasutuse ja Sihtasutuse RAPLA MAAKONNAHAIGLA baasil loodava sihtasutuse asutamises osalemiseks.<sup>70</sup>

Korralduse ja volituste tulemusel on HVA loetelus ja haigekassaga lepingulises suhtes olev Sihtasutus Läänemaa Haigla registri koodiga 90005917 muutnud 21.01.2015.a. oma nimeks Sihtasutus Haapsalu Haigla ja on asutatud 23.03.2015.a. täiesti uus sihtasutus Läänemaa Haigla registri koodiga 90013058. Haigekassaga lepingulises suhtes olev Sihtasutuse RAPLA MAAKONNAHAIGLA registri koodiga 90005509 küll äriregistri andmetel eksisteerib, kuid 17.03.2015 on asutatud Sihtasutus Raplamaa Haigla registrikoodiga 90013035. Kõik õigused ja kohustused on „vanadelt“ sihtasutustelt antud üle uutele ning sihtasutus Põhja-Eesti Regionaalhaigla on asutatud ühena sihtasutuste asutajaks<sup>71</sup>. Asutamisdokumentides ega äriregistrist ei nähtu õigusjärglust, seega on tegemist võlaõigusseaduse<sup>72</sup> (edaspidi VÕS) §§-ide 180–185 mõistes ettevõtte üleminekuga.

Märkimist väärrib asjaolu, et kui uus asutatud Sihtasutus Läänemaa Haigla eksisteerib nimetatuna HVA loetelus<sup>73</sup>, siis asutatud Sihtasutus Raplamaa Haigla loetelust puudub. Niinimetatud Rapla haigla nime ümber on ka varem keerelnud karussell. Nimelt on 2004.

---

<sup>66</sup>K. Klaus. Õnnetud omaksed teevad haiglale etteheiteid. Pärnu Postimees. 01.04.2015. - <http://www.parnupostimees.ee/3141877/onnetud-omaksed-teevad-haiglale-etteheiteid> , 12.04.2015.

<sup>67</sup> RKKKo 29.11.2010, 3-1-1-79-10.

<sup>68</sup> A. Tammela. Patsient sõitis arsti tõttu Tallinna vahet. Pärnu Postimees. 04.11.2011. - <http://www.parnupostimees.ee/622268/patsient-soitis-arsti-tottu-tallinna-vahet> , 12.04.2015.

<sup>69</sup> N. Niitra. Pettunud patsient nõuab haiglate ringkaitse murdmist. Postimees. 3.11.2011. - <http://www.postimees.ee/382215/pettunud-patsient-nouab-haiglate-ringkaitse-murdmist> , 12.04.2015.

<sup>70</sup> Vabariigi Valitsus. 15.01.2015 korraldus nr 22. Volituste andmine. RT III, 20.01.2015, 2.

<sup>71</sup>V. Riidas. Läänemaa haigla võrgustus PERHiga. Meditsiiniuudised. 13.02.2015. - 13. veebruaril 2015 kirjutasid Põhja- Eesti Regionaalhaigla juhatuse esimees Tõnis Allik ja Haapsalu aselinnapea Peeter Vikman alla sihtasutus Läänemaa Haigla asutamis dokumentidele. Tänapäevane otsus ei tähenda, et kaks haiglat oleks ühinenud. Läänemaa haigla jätkab iseseisva juriidilise isikuna. Regionaalhaigla on kaasatud Läänemaa haigla juhtimisse nõukogu tasemel. Vastavalt asutamisdokumentidele osutab uus haigla tervishoiuteenuseid vähemasti senises üldhaiglatele ettenähtud tervishoiuteenuste loetelu ulatuses ning ambulatoorset arstiabi osutatakse neil erialadel, millel pakuti teenust tänaseni. Kaks haiglat hakkavad tegema ka koostööd residentide väljaõppel ning arstiüliõpilaste praktika ja abiarstidena töötamise korraldamisel ning kliinilise personali täiendõppel. - <http://www.mu.ee/uudised/2015/02/13/laanemaa-haigla-vorgustus-perhiga> , 24.03.2015.

<sup>72</sup> Võlaõigusseadus. - RT I 2001, 81, 487 ... RT I, 11.04.2014, 13.

<sup>73</sup> Loetelus on haigla nimetus registrikoodita. Töö autori märkus.

aastal HVA haiglate loetelu muutmisel SA Rapla Haigla nimetatud ümber SA Rapla Maakonnahaiglaks.<sup>74</sup>

Eelnevalt on võrgustunud AS Lõuna-Eesti Haigla sihtasutusega Tartu Ülikooli Kliinikum. Esimese aktsionäriks on lisandunud sihtasutus Tartu Ülikooli Kliinikum.

Alljärgnevas tabelis 1 on näha, et võrgustumise poolt räägib rahvastiku üldine vähenemine ja vananemine ning eriti maakondades. Seda toetab tabelis 2 toodud haigekassa eriarstiabis rahastavate ravijuhtude statistika, mis näitab, et maakonnas elukohta omavatest isikutest kasutab maakonna üldhaiglas vaid poole või alla poole ravijuhtudest. Ülejäänud ravijuhud on osutatud muudes haiglates, üldjuhul kesk- ja piirkondlikes haiglates.

Tabel 1. Maakondliku rahvastiku arv aastatel 2004 ja 2013 ning prognoositav rahvastiku arv aastatel 2016 ja 2025.

maakond	RV0221: rahvastik, 1.jaanuari seisuga		RV092: prognoositav rahvaarv, aluseks 1. jaanuar 2012 rahvaarv		muutus 2025/2004	maakonna elanike osakaal kogu rahvastikust	
	2004	2013	2016	2025		2013	2025
<b>Kokku</b>	<b>1 366 250</b>	<b>1 320 174</b>	<b>1 312 728</b>	<b>1 275 996</b>	<b>-7%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
Harju	536 830	567 967	573 921	584 566	9%	43.0%	45.8%
Tartu	156 600	153 100	154 729	158 231	1%	11.6%	12.4%
Ida-Viru	172 450	151 909	148 553	134 903	-22%	11.5%	10.6%
Pärnu	90 090	83 677	82 139	76 690	-15%	6.3%	6.0%
Lääne-Viru	68 620	60 518	59 058	54 017	-21%	4.6%	4.2%
Viljandi	55 930	48 127	46 702	42 337	<b>-24%</b>	3.6%	3.3%
Rapla	37 460	35 069	34 893	33 248	-11%	2.7%	2.6%
Võru	38 300	33 826	32 706	29 465	-23%	2.6%	2.3%
Saare	34 340	31 815	30 683	27 961	-19%	2.4%	2.2%
Jõgeva	36 900	31 587	30 714	27 772	<b>-25%</b>	2.4%	2.2%
Valga	34 330	30 590	29 815	26 798	-22%	2.3%	2.1%
Järva	36 180	30 913	29 817	26 600	<b>-26%</b>	2.3%	2.1%
Põlva	30 950	27 816	26 916	24 389	-21%	2.1%	1.9%
Lääne	27 670	24 622	23 915	21 929	-21%	1.9%	1.7%
Hiiu	9 600	8 638	8 167	7 090	<b>-26%</b>	0.7%	0.6%

Allikas: Statistikaamet.<sup>75</sup>

<sup>74</sup> Vabariigi Valitsuse 16.12.2004 istungi kommenteeritud päevakord. P 5. - <https://valitsus.ee/et/uudised/valitsuse-16122004-istungi-kommenteeritud-paevakord> , 18.04.2015.

Tabel 2. Isiku elukoha maakondliku eriarstiabi 2014.a. kasutuse osakaal maakonna üldhaiglas.

Eriarstiabi (va valmisoleku tasu), isiku maakond	Ravijuhtu 2014	Läänemaa Haigla	Rapla Maakonna Haigla	Põlva Haigla	Valga Haigla	Lõuna-Eesti Haigla
LÄÄNE	55 569	<b>53%</b>	1%	0%	0%	0%
PÕLVA	70 653	0%	0%	<b>37%</b>	0%	3%
RAPLA	75 425	0%	<b>38%</b>	0%	0%	0%
VALGA	73 758	0%	0%	0%	<b>42%</b>	1%
VÕRU	76 540	0%	0%	1%	1%	<b>45%</b>
<b>Kokku</b>	<b>3 272 477</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>

Allikas: Eesti Haigekassa 2015.

Haigekassa statistika näitab, et hetkel järgneb perearsti visiidile sageli üldhaigla eriarsti visiit, kes omakorda suunab patsiendi kesk- või piirkondliku haigla eriarstile. Töö autor on seisukohal, et kui meditsiinilise põhjenduse olemasolul suunaks perearst patsiendi juba kohe eriarstiabi vastuvõtule kõrgemas etappi, väheneb arstivisiitide arv ja sellest tulenevalt on võimalik säästa eriarstiabile kuluvaid ressursse. Kokkuhoiule on viidanud ka Riigikontroll 2010. aasta aruandes Riigikogule, kuid läbi HVA haiglate liikide nõuete. Nimelt 2004. a lõpuni võisid AS Põlva Haigla ja SA Rapla Haigla tegutseda üldhaiglana, 2005. aastast pidid aga tegutsemist jätkama kohaliku haiglana. Mõlemad haiglad tegutsevad siiani<sup>76</sup> üldhaiglana, kuna sotsiaalminister on kahel korral (2004.a ja 2009.a) lükanud edasi haiglate staatuse muutmise.<sup>77</sup> Haigekassa arvutuste järgi võimaldaks Põlva ja Rapla haigla kohaliku haiglana tegutsemine ravikindlustusele säästa 6,8 miljonit krooni aastas.<sup>78</sup>

HVA haiglate võrgustamisega seoses muutub aktuaalseks RRL üldtingimuste punktis 14.2 toodud lepingutingimus. Nimetatud punkti kohaselt on tervishoiuteenuse osutajal keelatud lepingust tulenevate õiguste ja kohustuste üleandmine kolmandatele isikutele haigekassa kirjaliku nõusolekuta.<sup>79</sup>

<sup>75</sup> Statistikaamet. Rahvaarv ja rahvastiku koosseis. - [http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Rahvastik/01Rahvastikunaitajad\\_ja\\_koosseis/04Rahvaarv\\_ja\\_rahvastiku\\_koosseis/04Rahvaarv\\_ja\\_rahvastiku\\_koosseis.asp](http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Rahvastik/01Rahvastikunaitajad_ja_koosseis/04Rahvaarv_ja_rahvastiku_koosseis/04Rahvaarv_ja_rahvastiku_koosseis.asp), 12.04.2015.

<sup>76</sup> Ka käesoleva töö kirjutamise momendil. Töö autori märkus.

<sup>77</sup> Riigikontroll 2010, lk 8.

<sup>78</sup> Samas, lk 9.

<sup>79</sup> Eesti Haigekassa. Ravi rahastamise leping. - <https://www.haigekassa.ee/et/partnerile/raviasutusele/ravi-rahastamise-lepingud/ravi-rahastamise-lepingute-tuupingimused>, 18.04.2015.

Kuna magistratöö teema ei ole HVA haiglate võrgustumine ning kulude kokkuhoiu prognoosimine, piirdub töö autor toodud näidetega.

Nii avaliku sektori kui ka eraõiguslikel tervishoiuteenuse osutajatel võivad olla lepingud tervishoiuteenuste rahastamiseks haigekassaga. Tervishoiuteenuste rahastamiseks sõlmib haigekassa RRL-uid, kuid tal ei ole kohustust sõlmida lepinguid kõigi tervishoiuteenuse osutajatega ning alates 2003.aastast hakkas haigekassa lepingupartnereid valima. Haigekassa kuulutab välja avaliku valiku lepingupartnerite leidmiseks ning kõik vastavat tegevusluba omavad teenuseosutajad võivad esitada oma taotlused.

HVA haiglate eelistamine RRL-te sõlmimisel on olnud kõige sagedasem põhjus haigekassa Valiku RRL sõlmimise menetluse lõpptulemuste vaidlustamisel ja nimetatud eelistamise põhjendusel on Valiku tulemused vaidlustanud ja kohtule kaebuse esitanud Aktsiaselts Hanvar<sup>80</sup>, Aktsiaselts Fertilitas<sup>81</sup>, Aktsiaselts Nova Vita Kliinik<sup>82</sup>, osäühing Villa Medica<sup>83</sup>, Aktsiaselts Tapa Haigla<sup>84</sup>, Näo-Lõualuukirurgia Keskus OÜ<sup>85</sup>, aktsiaselts Medex<sup>86</sup> ning varasemast ajast Benita Kodu AS<sup>87</sup>, endise nimega Villa Benita AS.

Järgmises alapunktis käsitleb töö autor HVA haiglate eelistamise õiguslikku alust ja eelistamise võimalikku absoluutsust ning teema paremaks mõistmiseks peatub põgusalt RRL olemusel ja sõlmimise menetluse liigil.

## **1.2 Haiglavõrgu arengukava haiglate eelistamise õiguslik alus**

Käesolevas punktis käsitleb töö autor põgusalt RRL-u olemust ja sõlmimist ning Vabariigi Valitsuse määrusega tervishoiuteenuste ühtlase kättesaadavuse tagamiseks kehtestatud HVA loetelus<sup>88</sup> nimetatud piirkondlike, kesk-, üld-, kohalike ja erihaiglate ehk HVA haiglate eelistamise õiguslikku alust RRL-te sõlmimisel. Seonduvalt sellega aga järgmises punktis 1.3

---

<sup>80</sup> TlnRnKo 06.10.2014, 3-14-50157. Jõustus RKHKm 11.02.2015, 7-1-3-685-14, millega menetlusluba ei ole antud.

<sup>81</sup> TlnHKo 08.12.2014, 3-14-333. Töö autori valduses.

<sup>82</sup> TlnHKo 21.01.2015, 3-14-332. Jõustumata, 15.04.2015.a esitatud apellatsioonkaebus, Töö autori valduses.

<sup>83</sup> TlnHKm 15.05.2014, 3-14-50607. Kaebus tagastati ning vaidlustati seejärel Tallinna Ringkonnakohtus, määrus ei ole töö kirjutamise ajaks jõustunud.

<sup>84</sup> TlnHKm 09.09.2014, 3-14-334. Töö autori valduses.

<sup>85</sup> TlnHKo 24.11.2014, 3-14-50626. Apelleeritud. Töö autori valduses.

<sup>86</sup> TlnHKo 21.11.2014, 3-14-50641. Töö autori valduses.

<sup>87</sup> TlnHKo 18.11.2014, 3-11-797. Jõustumata, esitatud apellatsioonkaebus.

<sup>88</sup> Haiglavõrgu arengukava. VVm 14.04.2003 nr 105. - RT I 2003, 35,223 ... RT I 09.01.2014, 21.

süveneb autor HVA haiglate poolt osutatavate erialade loetelusse ning leiab samas vastuse esimesele hüpoteesile, kas RRL-te sõlmimiseks eelnevalt läbiviidava tervishoiuteenuse osutajate Valiku väljakuulutamise põhimõtte HVA haiglate eelistamisena RRL sõlmimisel on absoluutne kohustus või mitte ja asub seisukohale RaKS muutmise vajalikkuse või mittevajalikkuse teemal.

2001. aastal avalik-õigusliku juriidilise isikuna loodud Eesti Haigekassa kohustuseks on RaKS § 2 lõige 1, § 2 lõige 2, § 3 lõige 1 punkt 1 kohaselt korraldada ravikindlustust eesmärgiga võimaldada ravikindlustushüvitisi vastavalt seadusele, muudele õigusaktidele ja haigekassa eelarves ettenähtud ravikindlustuse kuludele ning järgida ravikindlustus rahade otstarbekat kasutamist.<sup>89</sup>

Haigekassa võtab ravikindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse tervishoiuteenuste, RaKS § 25 lõikes 1 sätestatud kui mitterahalise ravikindlustushüvitise, eest üle vastavalt RaKS 29 lõikele 1 juhul, kui tervishoiuteenus on kantud haigekassa tervishoiuteenuste loetellu<sup>90 91</sup> (edaspidi TTL), on osutatud meditsiinilisel näidustusel ning tervishoiuteenuse osutaja ja haigekassa vahel sõlmitud kehtiv RRL.<sup>92</sup> Õigusaktid annavad selge seisukoha, et RRL-ta puudub haigekassal tasu ülevõtmise kohustus ravikindlustatud isikule osutatud tervishoiuteenuse eest.

RaKS § 36 lõike 1 ja 2 kohaselt sõlmib haigekassa RRL-uid tervishoiuteenuse osutajaga või tervishoiuteenuse osutajatega, kuid tal ei ole kohustatud lepingut sõlmida kõigi tervishoiuteenuse osutajatega.

RaKS § 36 lõikest 1 tulenevalt saavad lepingu poolteks olla haigekassa ning Terviseametis<sup>93</sup> registreeritud vastavat tegevusluba omav tegutsev tervishoiuteenuse osutaja või osutajad ning seda eraõiguslike või avalik-õiguslike juriidiliste isikutena TTKS § 3 lõike 1 ja 2, § 4, § 40 ja tsiviilseadustiku üldosa seadus<sup>94</sup> (edaspidi TsÜS) § 24 alusel.

---

<sup>89</sup> Eesti Haigekassa. Haigekassa. - <http://www.haigekassa.ee/haigekassa>, 23.11.2014.

<sup>90</sup> Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu. SOMm 19.12.2014.a nr 194. - RT I, 29.12.2014, 55. Üldjuhul igale kalendriaastale kehtestatakse uus. Töö autori märkus.

<sup>91</sup> Tervishoiuteenuste TTL – sse kandmisel arvestatakse muude kriteeriumite hulgas tervishoiuteenuse vajalikkusega ühiskonnale ja kooskõla riigi tervishoiupoliitikaga.

<sup>92</sup> Haigekassal on EHS-st tulenevalt kohustus sõlmida tervise edendamise, haiguste ennetamise ja tervishoiuteenuste eest tasumiseks lepinguid.

<sup>93</sup> Terviseamet. Terviseameti registrid. - <http://mveeb.sm.ee/>.

<sup>94</sup> Tsiviilseadustiku üldosa seadus. - RT I 2002, 35, 216 ... RT I, 13.03.2014, 103.

RRL-te täitmiseks ettenähtud ravikindlustuse eelarve vahendid on piiratud avalik ressurs.<sup>95</sup>

Riigikohus on asunud seisukohale, et avaliku ressursi kasutusse andmine peab toimuma kohases menetluses, mis tagab ühetaolise kohtlemise, avalikkuse, läbipaistvuse ja proportsionaalsuse ning võimaldab võrdsetel alustel osaleda kõigil põhjendatud nõuetele vastavatel isikutel.<sup>96 97</sup>

TTKS § 21 ja § 22 eristab haiglavälist eriarstiabi ning haiglas osutatavat eriarstiabi.

Haiglavälist eriarstiabi võib osutada TTKS § 21 lõikest 1 tulenevalt vastava tegevusloaga äriühing, füüsilisest isikust ettevõtja või sihtasutus ning sama seaduse § 22 lõigetest 1 ja 2 tulenevalt on haigla ambulatoorsete ja statsionaarsete tervishoiuteenuste osutamiseks moodustatud majandusüksus, mida võib pidada vastava tegevusloaga aktsiaselts või sihtasutus.

Haigekassa praktikas on välja kujunenud haiglavõrgu arengukava haiglate eelistamine ravi rahastamise lepingute sõlmimisel läbirääkimiste teel, kuna praktika ja kehtivad õigusaktid väljendavad riigi tahet korraldada tervishoiuteenust riigi kontrollitavate haiglate kaudu.<sup>98</sup>

Haigekassa sõlmib RRL-e kahes etapis.

Esimeses etapis sõlmib haigekassa RaKS § 36 lõike 5 alusel isikuga, kes peab TTKS § 55 lõike 1 alusel määrusega kehtestatud haiglavõrgu arengukava loetelus<sup>99</sup> nimetatud haiglat ehk HVA haiglaga, vähemalt viieaastase tähtajaga RRL-u.

Kui HVA haiglad ei taga<sup>100</sup> kindlustatute ravivajadust ehk ei kata nõudlust, kuulutab haigekassa välja Valiku, et leida täiendavaid lepingupartnereid. Selles teises etapis sõlmib haigekassa RRL-d RaKS § 36 lõigete 4<sup>1</sup> ja 4<sup>2</sup> alusel isikutega, kes ei pea TTKS § 55 lõike 1 alusel kehtestatud HVA haiglate loetelus nimetatud haiglat ning vähemalt kolmeaastase tähtajaga RRL-u, v.a juhul, kui leping sõlmitakse esimest korda.

---

<sup>95</sup> RKHKo 29.11.2012, 3-3-1-29-12, p 14.

<sup>96</sup> RKHKo 15.12.2005, 3-3-1-50-05, p 17.

<sup>97</sup> RKHKo 29.11.2012, 3-3-1-29-12, p 14.

<sup>98</sup> M. Varusk 2014, lk 379, p 2.

<sup>99</sup> Haiglavõrgu arengukava. VVm 14.04.2003 nr 105. - RT I 2003, 35,223 ... RT I 09.01.2014, 21.

<sup>100</sup>Kui ei suuda või ei soovi teenuseid osustada talle õigusaktidega kohustuseks tehtud kohustuslikel erialadel, satub kahtluse alla ka PS § 28 sätestatud põhiõigus tervise kaitsesele. Töö autori märkus.

Ka HVA haiglate loetelu § 1 lõikes 2 on sätestatud, et haigekassa sõlmib HVA haiglate loetelus nimetatud haiglatega RRL-d vähemalt viieks aastaks, võttes arvesse nimetatud haiglate haigla liiki ja vastavat tegevusluba.

Mida kujutab endast siis see müstiline RRL, mille saamiseks peetakse kohtulahinguid?

Eesti õigus eristab selgelt avalikku õigust ja eraõigust ning vastavalt ka avalik-õiguslikke ja eraõiguslikke suhteid. Seejuures ei ole avaliku õiguse ja eraõiguse eristamine pelgalt teoreetiline probleem, vaid sel on väga praktiline tähendus: sellest sõltub nii vastus küsimusele, millist seadust konkreetsel juhul kohaldada, kui ka see, millisele kohtule alluvad võimalikud vaidlused (maakohtule või halduskohtule).<sup>101</sup> Otsustavaks saab siiski avaliku võimu volituste üleandmise fakti olemasolu.<sup>102</sup>

Haldusorganil on õigus sõlmida ka tsiviilõiguslikke lepinguid.<sup>103</sup> Erasisikut võidakse haldusülesandeid täitma volitada mh tsiviilõigusliku lepinguga, kui seadus ei näe ainuvõimalikuna ette halduslepingu sõlmimist, lepinguga ei reguleerita avaliku teenuse kasutaja või muu kolmanda isiku õigusi ega kohustusi, riiki või kohalikku omavalitsust ei vabastata tal lasuvatest kohustustest ja ülesande täitmisel ei kasutata täidesaatva riigivõimu volitusi. Kui lepingust ei nähtu selgelt poolte tahe sõlmida tsiviilõiguslik leping, eeldatakse, et tegemist on halduslepinguga.<sup>104 105</sup>

RaKS § 35 lõikes 2 sättest tulenevalt on RRL haldusleping ning sellele kohaldatakse haldusmenetluse seadus (edaspidi HMS) sätteid RaKS-is sätestatud erisustega.<sup>106</sup> Seega on RRL ainuvõimalik halduslepinguna, mis langetab ära vajaduse lepingu liigi ja seeläbi vastutuse ning kohtualluvuse küsimuse vaagimise üle.

Küsimuses, kas RRL on subordinatsiooniline või koordinatsiooniline haldusleping, saab asuda seisukohale, et subordinatsiooniline, sest ta on haldusõigussuhteid reguleeriv kokkulepe, mis on sõlmitud avaliku halduse kandja (riik, kohalik omavalitsus, muu avalik-õiguslik juriidiline isik või muu seaduse alusel avaliku halduse ülesandeid täitev isik) ning

---

<sup>101</sup> N. Parrest. Segadus mõistetes seoses avaliku võimu ülesannetega. *Juridica* X/2014. Lk 732.

<sup>102</sup> A. Aedmaa ja N. Parrest. Haldusleping. Riigikantselei õppematerjal. Tallinn 2004, lk 12.

<sup>103</sup> Aedmaa/ Parrest 2004, lk 12.

<sup>104</sup> RKHKo 19.06.2014, 3-3-1-19-14. P 14.

<sup>105</sup> Halduskoostöö seadus. - RT I 2003, 20, 17 .... RT I, 04.12.2014, 8. § 3 lg 4.

<sup>106</sup> Ravikindlustuse seadus. - RT I 2002, 62, 377 ... RT I 23.03.2015, 18.

füüsilise või eraõigusliku juriidilise isiku vahel<sup>107</sup>, kusjuures esimene on teisest lepingu poolest kõrgemal positsioonil, ja haldusakti andmise asemel sõlmitakse sama õigussuhte reguleerimiseks haldusleping.<sup>108 109</sup>

Halduslepingu võib sõlmida üksikjuhtumi või piiritlemata arvu juhtumite reguleerimiseks.<sup>110</sup> RRL-u esemeks olev ravijuhtude arv on piiratud, sest kokku lepatakse konkreetne osutatav ja haigekassa poolt ostetav ravijuhtude arv.

Asjakohane, kas ravi rahastamise leping reguleerib üksikjuhtumeid või piiritlemata arvu juhtumeid, on lähtuda analoogiast kahe teise haldustegevuse vormi – haldusakti ja määruse – eristamisel.<sup>111</sup> Haldusakt HMS § 51 lõike 1 kohaselt haldusorgani poolt haldusülesannete täitmisel avalik-õiguslikus suhtes üksikjuhtumi reguleerimiseks antud, isiku õiguste või kohustuste tekitamisele, muutmisele või lõpetamisele suunatud korraldus, otsus, ettekirjutus, käskkiri või muu õigusakt ja määrus on sama seaduse § 88 järgi õigusakt, mille haldusorgan annab piiritlemata arvu juhtude reguleerimiseks.

Kuna RRL esemeks on piiratud arv ravijuhte, on tegemist üksikjuhtumit reguleeriva halduslepinguga ning ühtlasi üksikaktiga<sup>112</sup> ja lepingu pooled on kindlad ning kolmandatele isikutele saab panna täiendavaid kohustusi üksnes nende isikute nõusolekul.<sup>113</sup> Kolmandad isikud RRL-us on tervishoiuteenust saavad isikud, kelle eest haigekassa võtab RRL-ga üle tervishoiuteenuse osutamise eest maksmise kohustuse ning täiendavateks kohustusteks lepingu valguses on nendesamade isikute poolt täiendavate lisatasude visiiditasu, voodipäevatasu, dokumendi väljastamise tasu ehk omaosalustasude maksmine RaKS § 67 alusel.

Haldusleping kujutab endast kahe või enama tahteavalduse põhjal sooritatud tehingut, mille sisuks on haldusõigussuhte tekkimine, muutmine või lõppemine. Samamoodi käsitleb

---

<sup>107</sup> A. Aedmaa, E. Lopman, N. Parrest, I. Pilving, E. Vene. Haldusmenetluse käsiraamat. Tartu: Tartu Ülikooli kirjastus, 2004. Lk 434.

<sup>108</sup> M. Hirvoja. Haldusleping. Mõiste, kasutusala ning mõned olulised õiguslikud jooned. - Juridica 1999/7, lk 324.

<sup>109</sup> õiguslikult staatuseelt samaväärsete isikute vahel.

<sup>110</sup> Haldusmenetluse seadus. – RT I, 58, 354 ... RT I, 23.02.2011, 8.

<sup>111</sup> Aedmaa/Vene jt. 2004, lk 436.

<sup>112</sup> Aedmaa/Vene jt. 2004, lk 436.

<sup>113</sup> Samas, lk 436.

halduslepingu mõistet ka haldusmenetluse seadus<sup>114</sup> (edaspidi HMS) §-s 95 sätestatud halduslepingu legaaldefiniitsioon.<sup>115 116</sup>

HMS §§-des 95–105 on sätestatud halduslepingu mõiste, pooled, sõlmimise alused, õiguspärasus, sõlmimine, jõustumine, samuti muutmine, lõpetamine, kehtivus ja tühisuse alused. RaKS §-s 36 ja §-s 37 on täpsustatud, kes saavad olla konkreetse lepingu (RRL) pooled, seatud kindlad tingimused kestusele ning määratletud olulised sisu tingimused, kuid ei ole sätestatud RRL-te menetlust. Seega peab menetluse suhtes pöörduma tagasi HMS sätete poole. Kuna RRL on üksikjuhtumit reguleeriv leping, siis kohaldatakse RRL-le HMS üldosa § 99 lõikele 1 tuginedes niivõrd, kuivõrd see ei ole vastuolus halduslepingu olemusega<sup>117</sup> ja tsiviilõiguslike lepingute kohta käivaid sätteid, arvestades HMS kehtestatud erisusi. Seega kujutab halduslepingu sõlmimise käik endast ühendit VÕS<sup>118</sup>-st ja HMS-ist, kui aga seadused peaksid olema teineteisega vastuolus, siis kuulub kohaldamisele HMS.<sup>119</sup>

Halduslepingu sõlmimise menetlus algab HMS § 35 lõige 3, 43 lõige 3 punktidest 1 kuni 3 lähtuvalt vastava ettepaneku tegemisega ning lõpeb halduslepingu sõlmimisega või kokkuleppega või ühe poole otsusega jätta haldusleping sõlmimata või halduslepingu poole surma või lõppemise korral.

Nagu juba eespool öeldud, sõlmib haigekass RRL-uid kahes etapis. Esmalt algab sõlmimise menetlus niinimetatud ettevalmistava etapiga, kus selgitatakse välja kogu vajalik ostetav ravijuhtude arv ning sellele järgneb HVA haiglatega lepingute sõlmimine. HVA haiglatest ülejäävate ravijuhtude osutamiseks ja ostmiseks kuulutab haigekassa välja Valiku ehk haigekassa juhatuse otsuse näol tehakse lepingu sõlmimise ettepanek HMS § 35 lõige 3 mõistes, mis kujutab endast pakkumust, piisavalt määratletud tahtväljendust, nõustumise korral olla lepinguga õiguslikult seotud, võlaõigusseaduse<sup>120</sup> (edaspidi VÕS) § 16 mõttes.

---

<sup>114</sup> Töö autori märkus.

<sup>115</sup> Aedmaa/Vene jt. 2004, lk 428.

<sup>116</sup> Haldusmenetluse seadus. – RT I, 58, 354 ... RT I, 23.02.2011, 8.

<sup>117</sup> Aedmaa/Vene jt. (viide 102), lk 442.

<sup>118</sup> Võlaõigusseadus. - RT I 2001, 81, 487 ... RT I, 11.04.2014, 13. Töö autori märkus.

<sup>119</sup> Aedmaa/Vene jt. (viide 102), lk 442.

<sup>120</sup> Võlaõigusseadus. - RT I 2001, 81, 487 ... RT I, 11.04.2014, 13.

Ettepanek ehk pakkumus käesoleval hetkel on avalikult haigekassa kodulehel ja üleriigilises ajalehes juhatuse otsusega Valiku väljakuulutamise lepingute sõlmimiseks seoses kindlustatutele tervishoiuteenuste osutamiseks.<sup>121</sup>

RRL-u sõlmimiseks tehtav ettepanek ei ole haldusakt ja seda ei saa vaidlustada halduskohtus. Halduskohtus saab taotleja (tervishoiuteenuse osutaja) vaidlustada HMS § 71 ja § 86 tulenevalt lepingu sõlmimisest keeldumise või mõne muu haigekassa argumendi, mis rikub tema õigusi või piirab tema vabadusi. Kõnealune haigekassa juhatuse otsus (ettepanek/pakkumus) sarnaneb hanketeatele või hankedokumendile, millega määratakse konkursi korraldaja ja pakkuja jaoks siduvalt kindlaks pakkumise esitamise nõuded, kvalifitseerimistingimused ning esitatud pakkumiste võrdlemise tingimused ning tegemist on eelhaldusaktiga.<sup>122 123</sup>

Merike Varusk<sup>124</sup> on jõudnud oma analüüsiga seisukohale, et tervishoiuteenused ei ole välistav erand riigihangete mõistes, kuid kohaldub lihtsustatud korras tellitavatele teenustele kohalduv erikord, millest tulenevalt tuleb jälgida riigihanke korraldamise põhimõtteid.<sup>125</sup>

Nimetatud üldpõhimõtted on riigihangete seaduse (edaspidi RHS) § 3 kohaselt hankija kohustus kasutada rahalisi vahendeid säästlikult ja otstarbekalt ning saavutada riigihanke eesmärk mõistliku hinnaga, tagades konkurentsi korral erinevate pakkumuste võrdlemise teel parima võimaliku hinna ja kvaliteedi suhte; kohustus tagada riigihanke läbipaistetus ja kontrollitavus; kohustus kohelda kõiki isikuid, kelle elu- või asukoht on Eestis, mõnes muus Euroopa Liidu liikmesriigis, muus Euroopa Majanduspiirkonna lepinguriigis või Maailma Kaubandusorganisatsiooni Riigihanke- lepinguga (*Government Procurement Agreement – GPA*) ühinenud riigis, võrdselt ja mittediskrimineerivalt ning jälgima, et kõik isikutele seatavad piirangud ja kriteeriumid oleksid riigihanke eesmärgi suhtes proportsionaalsed, asjakohased ja põhjendatud; kohustus tagada olemasoleva konkurentsi efektiivne ärakasutamine riigihankel, kusjuures avalik-õigusliku juriidilise isiku või avalikke vahendeid kasutava eraõigusliku isiku osalemine riigihankes ei tohi moonutada konkurentsi tema poolt avalike vahendite kasutamise tõttu; kohustus vältida konkurentsi kahjustavat huvide konflikti

---

<sup>121</sup> Eesti Haigekassa. Lepingupartnerite valiku tingimused eriarstiabi 2014. a. - <https://www.haigekassa.ee/et/partnerile/raviasutusele/ravi-rahastamise-lepingud/lepingupartnerite-valik>, 07.02.2015.

<sup>122</sup> RKHKm 12.12.2011, 3-3-1-52-11, p 21.

<sup>123</sup> RKHKo 29.11.2012, 3-3-1-29-12, p 16.

<sup>124</sup> Harju Maakohtu kohtunik ja Tartu Ülikooli õigusteaduskonna doktorant.

<sup>125</sup> M. Varusk 2014, lk 377-378.

ja kohustus võimaluse korral eelistada keskkonnasäästlikke lahendusi.<sup>126</sup> Töö autor nõustub nimetatud hea analüüsi ja seisukohaga ning põhimõtete sisul ei peatu.

Lisaks eelnimetatud riigihanke korraldamise üldpõhimõtetele kohalduvad läbiviidavale menetlusele haldusmenetluse põhimõtted: seaduslikkuse; proportsionaalsuse; kaalutusõiguse; vormivabaduse, eesmärgipärasuse ja tõhususe, viivitamatuse; uurimis, avalikkuse ja andmekaitse ja muud õiguse üld- ja põhiseaduslikud põhimõtted<sup>127</sup>.

Halduskohtumenetluse seadustiku<sup>128</sup> (edaspidi HKMS) § 6 lõikes 1 sätestatu kohaselt loetakse haldusleping halduskohtumenetluses haldusaktiks.

Seega enne igat lepinguperioodi lõppu kuulutatakse välja Valik uueks lepinguperioodiks lepingupartnerite leidmiseks ravijuhtude ja erialade osas, mida HVA haiglad ei suuda või ei soovi täita. Valik kuulutati kuni 2014.aastani välja eraldi eriarstiabis (sh hooldusravi) ja laste hambaravis (sh laste hambahaiguste ennetus), 2014. aastast lahutati eriarstiabi Valikust iseseisvaks õendusabi (endine hooldusravi) ja lisandus haiguste ennetuse Valik ennetusprojektide näol. Valikule kuuluvad vajadusel ravijuhud nii ambulatoorse, päevaravi<sup>129</sup>, kui statsionaarse teenuse puhul. Haigekassa praktika näitab, et lepinguperioode soovitakse ühildada, kuna viimased HVA loetelus mitternimetatud haiglatega sõlmitud lepingud on neljaaastase tähtajaga<sup>130</sup>.

Riigikohus on Ringkonnakohtu kaudu öelnud, et RaKS § 36 ega mujal õigusaktides ei ole otseselt sätestatud HVA haiglate eelistamist, kuid on tuletatav erinevate õigusaktide ja normide tõlgendamise teel. Olukorras, kus õigusnormi sõnastusest ei selgu täpselt vastava normi mõte, ei piisa üksnes grammatilisest tõlgendamismeetodist, vaid sellisel juhul tuleb kasutada lisaks teisi tunnustatud tõlgendamismeetodeid, sh teleoloogilist tõlgendamismeetodit.<sup>131</sup>

---

<sup>126</sup> Riigihangete seadus. RT I 2007, 15, 76 ... RT I, 12.07.2014, 1.

<sup>127</sup> demokraatia, õiguskindlus ja õiguspärane ootus, võrdne kohtlemine ja asja arutamine mõistliku aja jooksul. Töö autori märkus.

<sup>128</sup> Halduskohtumenetluse seadustik. RT I, 23.02.2011, 3 ... RT I, 31.12.2014, 9.

<sup>129</sup> ambulatoorne tervishoiuteenus, mille osutamise käigus on vajalik inimese seisundi lühiajaline jälgimine ja mille järel lahkeb inimene tervishoiuteenuse osutaja juurest samal päeval.

<sup>130</sup> Eriarstiabi halduslepingu sõlmimise ettepanekus on sõlmitava lepingu perioodiks 01.04.2014– 30.06.2018. a.

<sup>131</sup> TlnRnKo 06.10.2014, 3-14-50157, p 16.

HVA - haiglate eelistamine on tuletatav RaKS § 36 lõigetest 1, 2 ja 5 kooskõlas HVA<sup>132</sup> § 1 lõikega 2 ja kooskõlas määrusega nr 103<sup>133</sup>. Kuigi Riigikogu ei pidanud vajalikuks RaKS muudatust 11.06.2008 muudatusettepanekutena realiseerida RaKS § 36 lg 4 kohtuliku kontrolli läbimise tõttu<sup>134</sup>, on RaKS ja Eesti Haigekassa seaduse muutmise seaduse 246 SE & 196 SE II-1 menetlemise materjalidest näha seadusandja soov sõlmida esmalt ravi rahastamise leping HVA haiglatega ning seejärel, kui HVA-haiglad vajalikku ravimahtu ei taga, kuulutada välja valik ravi rahastamise lepingute sõlmimiseks teiste tervishoiuteenuse osutajatega.<sup>135</sup>

Lisaks on Kohus võtnud seisukoha varem lepingulises suhtes olnud isiku suhtes ja öelnud, et RaKS ei sätesta, et kui isikuga on RRleping varem sõlmitud, tuleb temaga ilmtingimata uuesti RRleping sõlmida. Vastupidi, RaKS § 36 lg-te 1 ja 2 kohaselt ei ole vastustaja kohustatud sõlmima RRlepingut kõikide tervishoiuteenuste osutajatega. Sellise sättega on seadusandja üheselt arusaadavalt ja kavatselt välistanud õiguspärase ootuse tekkimise olukorras, kus isikuga on varem RRleping sõlmitud, kuid uuel perioodil seda sõlmida ei saa, kuna puuduvad vajalikud ravijuhud.<sup>136</sup>

Kohus on öelnud, et kehtivast õigusest ei tule tänase ravikindlustussüsteemi kohustust tagada patsientidele absoluutne valikuvabadus ja seeläbi ei muutu tervishoiuteenuste kättesaadavus raskemaks<sup>137</sup> ning kui riik peab otstarbekaks avalikku ülesannet täita ise või täielikult enda kontrollitavate äriühingute kaudu, ei peaks riigiasutused ega riigi äriühingud eelneva kohaselt konkureerima võrdsetel alustel erafirmadega.<sup>138</sup>

Kohtulahenditele tuginedes nõustub töö autor kohtu seisukohaga, et HVA haiglate eelistamine on tuletatav erinevate õigusaktide ja normide tõlgendamise teel, kuid ei nõustu seisukohaga<sup>139</sup>, et HVA haiglate lauseelistamine RRL sõlmimisel tuleneb RaKS § 36 lõigetest 1, 2 ja 5 kooskõlas HVA loetelu § 1 lõikega 2 ja kooskõlas haigla liikide nõuete määrusega.

Töö autor põhjendab oma seisukohata asjaoluga, et tõlgendatud normide eesmärk ei ole HVA haiglate absoluutne eelistamine, kuna normid sätestavad vaid HVA haiglatega sõlmitavate

---

<sup>132</sup> HVA haiglate loetelu. Töö autori märkus.

<sup>133</sup> Haigla liikide nõuded. SOMM 19.08.2004 nr 103. - RTL 2004, 116, 1816 ... RT I, 17.01.2014, 8. Töö autori märkus.

<sup>134</sup> Riigikogu sotsiaalkomisjoni 11.06.2008 muudatusettepanekud ravikindlustuse seaduse ja Eesti Haigekassa seaduse muutmise seaduse eelnõule, p 8.

<sup>135</sup> TlnRnKo 06.10.2014, 3-14-50157, p 17.

<sup>136</sup> TlnHKo 21.03.2014, 3-14-50157, p 44.

<sup>137</sup> TlnHKo 21.03.2014, 3-14-50157, p 41.

<sup>138</sup> RKHKo 05.03.2014, 3-3-1-2-14, p 24.

<sup>139</sup> TlnRnKo 06.10.2014, 3-14-50157, p 17.

RRL-te tähtaja ja haigla liikide nõuete määrusest ei tulene haiglatele kohustust osutada tervishoiuteenuseid kõigil erialadel.

Seisukoha põhistamiseks süveneb töö autor alljärgnevas punktis esmalt HVA haiglate osutatavate erialade loetelusse ning leiab samas vastuse esimesele hüpoteesile.

### **1.3 Haiglavõrgu arengukava haiglate eelistamise võimalik absoluutsus**

HVA haiglate kohustuslikud ja mittekohustuslikud erialad ei ole olnud senini HVA haiglate loetelus nimetatud HVA haiglatega RRL-te sõlmimise eelistamise kohtuvaidluste esemeks, kuid esimese astme kohus on oma otsuses öelnud, et tervishoiuteenuste osutamiseks tuleb rahalised vahendid tagada RRL-ga ning haigekassa peab eelistama HVA haiglaid teenuste osas, mis on kohustuslikud või mida haigla on otsustanud täiendavalt osutada.<sup>140</sup> Töö autori hinnangul on kohus täiendavalt osutatud teenuste all tõenäoliselt silmas pidanud mittekohustuslikke, kuid lubatud erialasid haigla liikide nõuetest<sup>141</sup> ja õendushaigla määrusest<sup>142</sup> tulenevalt.

Otsusest võib küll nähtuda kohtu kohustuslike ja mittekohustuslike erialade ühetaoline käsitus, kuid kuna see küsimus ei olnud kaebuse esemeks, asub töö autor seisukohale, et vahe tegemine haigla liikide nõuetes sätetatud kohustuslike ja mittekohustuslike erialade vahel võib osutada vajalikuks HVA haiglate eelistamisel RRL-te sõlmimisel, rääkimata erialadest, mille suhtes haigla liikide nõuetes ei ole seisukohta võetud konkreetse haigla liigi juures. Haigla liikide nõuete määrusest ei tulene HVA haiglatele kohustust osutada tervishoiuteenuseid kõigil erialadel.

HVA haiglate absoluutse eelistamise või mitte eelistamise kohustus on otsesõnu õigusaktidesse kirjutamata (seadus peab olema selge ja lihtne<sup>143144</sup>), käesoleval hetkel ei ole

---

<sup>140</sup> TlnHKo 21.03.2014, 3-14-50157, p 28.

<sup>141</sup> Haigla liikide nõuded. SOMm 19.08.2004 nr 103. - RTL 2004, 116, 1816 ... RT I, 17.01.2014, 8.

<sup>142</sup> Õendushaiglas iseseisvalt osutada lubatud õendusabiteenuste loetlele ja nende hulka kuuluvad tegevused ning nõuded statsionaarse õendusabi iseseisvalt osutamiseks vajalikule töötajate koosseisule, ruumidele, sisseseadele, aparatuurile ja töövahenditele. SOMm 13.01.2014 nr 3. - RT I, 17.01.2014, 4.

<sup>143</sup>A. Jõks., C. Ginter. Majanduse teataja. Aasta 2009 õigusloomes - kärpekrokodill õiguste kallal. - <http://www.majanduseteataja.ee/artiklid.php>, 24.03.2015. - Õigusselgus ehk kindlus kehtiva õiguse sisus on üks õigusriigi alustalasid. Õigusselguse põhimõte tuleneb nõudest, et isikul peab olema mõistlik võimalus ette näha õiguslikke tagajärgi, mida tema tegevus võib kaasa tuua – isikul peab olema õigusnormidele tuginedes võimalik prognoosida avaliku võimu käitumist. Kõnealune põhimõte tähendab seda, et õigusnormid peavad olema piisavalt selged ja üheselt arusaadavad nii ametnikele kui ka isikutele.

tegemist õigusselgusetusega vaid normitehnilise puudusega, mis on ületatav tõlgendamise teel.<sup>145</sup> Imperatiivse kohustusena on RRL sõlmimise kohustus teatud tähtajaga.

Tõlgendamiseks vaatab töö autor alljärgnevalt HVA haiglate osutatavaid erialasid ja sellega seonduvat.

HVA haiglate loetelusse kuuluvad nagu juba eespool öeldud, erinevat liiki 19 haiglat:

§ 2 lõike 1 kohaselt piirkondlike haiglatena SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla, SA Tartu Ülikooli Kliinikum ja SA Tallinna Lastehaigla;

§ 2 lõike 2 kohaselt keskhaiglatena SA Pärnu Haigla, SA Ida-Viru Keskhaigla, AS Ida-Tallinna Keskhaigla ja AS Lääne-Tallinna Keskhaigla;

§ 2 lõike 3 kohaselt üldhaiglatena SA Kuressaare Haigla, SA Hiiumaa Haigla, SA Läänemaa Haigla, SA Rapla Maakonna Haigla, AS Järvamaa Haigla, AS Rakvere Haigla, AS Lõuna-Eesti Haigla, AS Põlva Haigla, SA Viljandi Haigla, AS Valga Haigla ja SA Narva Haigla ning

§ 2 lõike 4 kohaselt kohaliku haiglana SA Jõgeva Haigla.

Haiglal ei tohi olla TTKS § 22 lõikest 3 tulenevalt teisi tegevusalasid peale eriarstiabi, kiirabi, iseseisvalt osutatavate õendusabi teenuste ja sotsiaalteenuste osutamise, tervishoiualase õppe- ja teadustöö, haiglaapteegi pidamise, täisvere ja verekomponentide tootmise ning rakkude, kudede ja elundite käitlemise. Töö autor lähtub hüpoteesina püstitatud HVA haiglate eelistamise absoluutsuse või mitteabsoluutsuse tuvastamisel allpool haiglate tegevusaladest eriarstiabi ja iseseisvalt osutatavate õendusabi erialadest.

TTKS alusel kehtestatud eriarstiabi erialade loetelu<sup>146</sup> § 2 ja § 3 sätestavad eriarstiabi erialad, milleks on suu-, näo-, lõualuukirurgia, ortodontia ning restauratiivne hambaravi erihambaarstide erialadena ning puhtalt eriarstiabi erialadena 38 eriala: anestesioloogia, allergoloogia-immunoloogia, dermatoveneroloogia, endokrinoloogia, erakorraline meditsiin, gastroenteroloogia, hematoloogia, infektsioonhaigused, kardiokirurgia, kardioloogia, kardiovaskulaarkirurgia, kohtuarstiteadus, laborimeditsiin, lastekirurgia, meditsiinigeneetika, nefroloogia, neurokirurgia, neuroloogia, oftalmoloogia, onkoloogia (kiiritus- ja keemiaravi

---

<sup>144</sup> Eesti Vabariigi põhiseadus. Kommenteeritud väljaanne. E.-J. Truuväli jt (toim.). 2., täiend. väljaanne. Tallinn: Juura 2008, § 13, p 5.2.

<sup>145</sup> Samas. § 13, p 5.2.2.

<sup>146</sup> Eriarstiabi erialade loetelu. SOMm 28.11.2001 nr 110. - RTL 2001, 130, 1880 ... RT I, 28.06.2013.

tähenduses), ortopeedia, otorinolarüngoloogia, patoloogia, pediaatria, peremeditsiin, plastika- ja rekonstruktiivkirurgia, psühhiaatria, pulmonoloogia, radioloogia, reumatoloogia, sisehaigused, sünnitusabi ja günekoloogia, taastusravi ja füsiaatria, torakaalkirurgia, töötervishoid, uroloogia, vaskulaarkirurgia ja üldkirurgia. Erihambaarsti erialasid töö autor ei käsitle.

Õendusabi erialad on sätestatud õendusabi erialade loetelus<sup>147</sup> ning selle loetelu § 2 lõigete 1 kuni 5 kohaselt on õendusabi erialadeks intensiivõendus, kliiniline õendus, terviseõendus, vaimse tervise õendus oma alaerialadega ning iseseisvalt osutatavateks õendusabi erialadeks iseseisvalt osutada lubatud ambulatoorsete õendusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvate tegevuste määruse<sup>148</sup> § 1 lõikest 3 tulenevalt koolitervishoiuteenus ja koduõendusteenus ning statsionaarne õendusabiteenus määrus, õendushaiglas iseseisvalt osutada lubatud õendusabiteenuste loetlelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning nõuded statsionaarse õendusabi iseseisvalt osutamiseks vajalikule töötajate koosseisule, ruumidele, sisseseadele, aparatuurile ja töövahenditele (edaspidi õendushaigla määrus), § 1 lõike 1 ja 2 tulenevalt.

HVA haiglatele on haigla liikide nõuete määruse § 2 lõikes 1, § 13 lõikes 1, § 31 lõikes 1 ja § 75 lõikes 1 on kehtestatud tervishoiuteenused, mida nad siis kas on kohustatud osutama või § 2 lõigetest 2 ja 3, § 13 lõikest 2, § 31 lõikest 1 ei pea aga võivad osutada ja § 75 lõigetest 2 ja 3 tulenevalt võivad osutada<sup>149</sup> (sõltuvalt kontekstist töös ka nimetatuna sõnaga lubatud või mittekohustuslikud) ning statsionaarse õendusabi puhul eraldi õendushaigla määruse § 2 lõike 2 kohaselt osutada võiva teenusena<sup>150</sup> teenused, kui on täidetud sama määruse paragrahvis 6 toodud tingimused.

Hädaolukorra seaduse<sup>151</sup> § 34 lõike 4 punkt 1 järgi on piirkondliku ja keskhaigla pidaja TTKS § 22 lõikes 4<sup>1</sup> nimetatud elutähtsa teenuse ehk statsionaarse eriarstiabi osutajad.

Haigla liikide nõuete määruse § 31 lõige 1 ja lõige 2 sätestavad, et piirkondlik haigla, SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla, SA Tartu Ülikooli Kliinikum, SA Tallinna Lastehaigla, on

<sup>147</sup> Õendusabi erialade loetelu. SOMm 11.06.2001 nr 58. - RTL 2001, 75, 1016 ... RTL 2007, 31,559.

<sup>148</sup> Iseseisvalt osutada lubatud ambulatoorsete õendusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused. SOMm 13.08.2010 nr 55. - RT I 2010,57,388 ... RT I 17.01.2014, 9.

<sup>149</sup> Haigla liikide nõuded. SOMm 19.08.2004 nr 103. - RTL 2004, 116, 1816 ... RT I, 17.01.2014, 8.

<sup>150</sup> Õendushaiglas iseseisvalt osutada lubatud õendusabiteenuste loetlelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning nõuded statsionaarse õendusabi iseseisvalt osutamiseks vajalikule töötajate koosseisule, ruumidele, sisseseadele, aparatuurile ja töövahenditele. SOMm 13.01.2014 nr 3. - RT I, 17.01.2014, 4.

<sup>151</sup>Hädaolukorra seadus. RT I 2009, 39, 262 ... RT I 16.12,2014, 14.

kohustatud osutama ambulatoorseid ja statsionaarseid tervishoiuteenuseid kõikidel erialadel, va erialadel, mille teenuseid samas piirkonnas osutab teine piirkondlik haigla või keskhaigla piirkondliku haigla nõuetele vastavalt.

Töö autor saab siit teha järelduse, et kõik eriarsti erialad on piirkondlikule haiglale kohustuslikud ning kohustus langeb ära vaid juhul, kui teenuseid samas piirkonnas osutab teine piirkondlik haigla või keskhaigla piirkondliku haigla nõuetele vastavalt. Töö autor ei süvene asjaolusse, kes peab teenuse tagamiseks osutatavatele erialadele osas järelevalvet, kuid eeldab, et seda teostab tõenäoliselt tegevusloa andmisel Terviseamet. Erand on muidugi statsionaarne õendusabi, mis on mittekohustuslik, kuigi ta on tegevusalalt lubatud ja statsionaarne teenus, mis on hädaolukorra seaduse mõistes elutähtis teenus, on ta siiski õendusabi ning ei ole eriarstiabi. Hädaolukorra seadus käsitleb elutähtsa teenuse osutajana statsionaarse eriarstiabi osutajaid. Seega on haigekassal RRL-te sõlmimisel piirkondlike haiglate eelistamine HVA haiglana eriarstiabi erialadel absoluutne kohustus ning õendusabi erialadel, kaasa arvatud statsionaarne õendusabi teenus, mitte.

Sama määruse § 13 lõike 1 järgi peab keskhaiglas, SA Pärnu Haigla, SA Ida-Viru Keskhaigla, AS Ida-Tallinna Keskhaigla, AS Lääne-Tallinna Keskhaigla, osutama ambulatoorseid ja statsionaarseid tervishoiuteenuseid järgmistel 16 erialal: anestesioloogia, erakorraline meditsiin, infektsioonhaigused, kardioloogia, laborimediitsin, neuroloogia, ortopeedia, patoloogia, pediaatria, psühhiaatria, radioloogia, sisehaigused, sünnitusabi ja günekoloogia, taastusravi ja füsiatria, uroloogia ja üldkirurgia.<sup>152</sup>

Keskhaiglas ei pea osutama haigla liikide nõuete § 13 lõike 5 alusel infektsioonhaiguste, psühhiaatria, pediaatria ja patoloogia tervishoiuteenust, kui seda teenust osutab samas piirkonnas teine kesk- või piirkondlik haigla. Juhul kui keskhaiglas ei osutata patoloogia teenust, peab haiglal olema leping patoloogia teenuste ostmiseks teiselt eriarstiabi osutajalt. Töö autor eeldab, et nende erialade osas teostab järelevalvet tõenäoliselt tegevusloa andmisel Terviseamet analoogselt piirkondlike haiglatega.

Keskhaiglas võib osutada sama määruse § 13 lõike 2 alusel ambulatoorseid tervishoiuteenuseid 10 erialal: dermatoveneroloogia, endokrinoloogia, gastroenteroloogia, hematoloogia, nefroloogia, oftalmoloogia, otorinolarüngoloogia, pulmonoloogia, reumatoloogia ja töötervishoid ning § 13 lõikest 4 tulenevalt statsionaarseid

---

<sup>152</sup> Töö autor on lugemise lihtsustamiseks pannud erialad tähestikulisse järjekorda siin ja edaspidi.

tervishoiuteenuseid tervishoiuteenuse osutaja pädevuse piires oftalmoloogia ja otorinolarüngoloogia erialal üldkirurgia eriala vooditel ning § 13 lõike 3 kohaselt dermatoveneroloogia, endokrinoloogia, gastroenteroloogia, hematoloogia, nefroloogia, pulmonoloogia ja reumatoloogia erialadel sisehaiguste eriala vooditel. Lisaks võib osutada statsionaarse õendusabi teenust, kui on täidetud õendushaigla määruse paragrahvis 6 toodud tingimused.

Ülejäänud 12 eriala, allergoloogia-immunoloogia, kardiokirurgia, kardiovaskulaarkirurgia, kohtuarstiteadus, lastekirurgia, meditsiinigeneetika, neurokirurgia, onkoloogia (kiiritus- ja keemiaravi tähenduses), peremeditsiin, plastika- ja rekonstruktiivkirurgia, torakaalkirurgia, ja vaskulaarkirurgia, ei ole keskhaiglatele kohustuslikus ega ka osutada võivas loetelus.

Töö autor on seisukohal, et loetelus mitteesinevate eriala (nimetatud 12 eelmises lõigus) puhul on keskhaiglatel teenuse osutamine siiski lubatud, kuna erialad kuuluvad lubatud tegevusalade hulka TTKS järgi. HVA haiglatega RRL-te sõlmimisel ei ole nende erialade puhul keskhaiglate eelistamine ei ole kohustuslik nagu ka osutada võivas loetelus sisalduvate erialade puhul nende mittekohustuslikkuse tõttu. Sama kehtib ka statsionaarse õendusabi teenuse osutamise kohta.

Kohustuslikel erialadel on keskhaiglate eelistamine RRL-te sõlmimisel haigekassale kohustuslik.

Üldhaigla pidaja peab haigla liikide nõuet § 2 lõiget 1 järgides üldhaiglas, SA Kuressaare Haigla, SA Hiiumaa Haigla, SA Läänemaa Haigla, SA Rapla Maakonna Haigla, AS Järvamaa Haigla, AS Rakvere Haigla, AS Lõuna-Eesti Haigla, AS Põlva Haigla, SA Viljandi Haigla, AS Valga Haigla, SA Narva Haigla, osutama ambulatoorseid ja statsionaarseid tervishoiuteenuseid järgmistel 6 erialal: anestesioloogia, erakorraline meditsiin, laborimeditsiin, radioloogia, sisehaigused ja üldkirurgia.

Üldhaiglas võib osutada ambulatoorseid ja statsionaarseid tervishoiuteenuseid kõnealuse määruse § 2 lõike 2 järgi 3 erialal: patoloogia, pediaatria ning sünnitusabi ja günekoloogia.

Lõige 3 annab lisaks eelmises lõigus loetletule õiguse osutada üldhaiglas lubavate erialadena ambulatoorseid tervishoiuteenuseid 16 erialal: oftalmoloogia, ortopeedia, otorinolarüngoloogia, uroloogia ja dermatoveneroloogia, endokrinoloogia, gastroenteroloogia, kardioloogia,

nefroloogia, neuroloogia, psühhiaatria, pulmonoloogia reumatoloogia ning infektsioonhaigused, taastusravi ja füsiaatria, töötervishoid. Kuid lõiked 5 kuni 6 seavad omakorda piirangu ja sätestavad, et neist nelja esimese teenuse statsionaarselt osutamisel tervishoiuteenuse osutaja pädevuse piires osutatakse üldkirurgia eriala vooditel ja järgmist üheksat sisehaiguste eriala vooditel ning kolme viimast vaid ambulatoorselt ja haiglas statsionaarsel ravi viibivatele patsientidele ambulatoorse taastusravi struktuuriüksuse baasil põhihaiguse profiiliga vooditel tagatakse taastusravi tervishoiuteenused vähemalt füsioteraapia mahus (liikumisravi, massaaž, füüsikaline ravi). Muidugi võib osutada statsionaarse õendusabi teenust, kui on täidetud õendushaigla määruse paragrahvis 6 toodud tingimused.

Ülejäänud 13 eriala, allergoloogia - immunoloogia, hematoloogia, kardiokirurgia, kardiovaskulaarkirurgia, kohtuarstiteadus, lastekirurgia, meditsiinigeneetika, neurokirurgia, onkoloogia (kiiritus- ja keemiaravi tähenduses), peremeditsiin, plastika- ja rekonstruktiivkirurgia, torakaalkirurgia, ja vaskulaarkirurgia, ei ole üldhaiglatele ei kohustuslikus ega ka lubatavas loetelus, mistõttu töö autor saab teha järelduse ja asuda seisukohale, et kuna erialad kuuluvad lubatud tegevusalade hulka TTKS järgi, on nende erialade osutamine üldhaiglatel siiski lubatud aga HVA haiglatega RRL-te sõlmimisel nende erialade puhul ei ole üldhaiglate eelistamine kohustuslik nende mittekohustuslikkuse tõttu. Sama on osutada võivate erialadega. Statsionaarse õendusabi osutamine on lubatav eriala, kuna hädaolukorra seaduse kohaselt ei ole üldhaigla statsionaarse teenuse kohustuslik osutaja ja õendusabi ei ole eriarstiabi eriala.

Kohustuslike erialade osas on üldhaiglate eelistamine RRL sõlmimisel haigekassale kohustuslik.

Kohalikus haiglas, SA Jõgeva Haigla, peab osutama haigla liikide nõuete § 75 lõike 1 kohaselt ambulatoorseid ja statsionaarseid tervishoiuteenuseid 5 erialal: anestesioloogia, erakorraline meditsiin, laborimeditsiin, radioloogia ja sisehaigused.

Edasi sama paragrahvi lõige 2 sätestab kohaliku haigla lubatavad erialad ning lõige 3 ja lõige 4 koos sama määruse § 2 lõike 3-ga kehtestavad kitsendused. Kohalikus haiglas võib osutada ambulatoorseid ja statsionaarseid tervishoiuteenuseid järgmistel erialadel: pediaatria, sünnitusabi ja günekoloogia (günekoloogia tervishoiuteenused) ja üldkirurgia ning lisaks vaid ambulatoorselt tervishoiuteenuseid dermatoveneroloogia, endokrinoloogia, gastroentero-

loogia, infektsioonhaigused, kardioloogia, nefroloogia, neuroloogia, oftalmoloogia, ortopeedia, otorinolarüngoloogia, psühhiaatria, pulmonoloogia, uroloogia, reumatoloogia, taastusravi ja füsiaatria ja töotervishoiu erialal. Haiglas statsionaarsel ravil viibivatele patsientidele tagatakse ambulatoorse taastusravi struktuuriüksuse baasil taastusravi tervishoiuteenused vähemalt füsioteraapia mahus (liikumisravi, massaaž, füüsikaline ravi).

Lisaks võib osutada statsionaarse õendusabi teenust, kui on täidetud õendushaigla määruse paragrahvis 6 toodud tingimused.

Ülejäänud 14 eriala, allergoloogia-immunoloogia, hematoloogia, kardiokirurgia, kardiovaskulaarkirurgia, kohtuarstiteadus, lastekirurgia, meditsiinigeneetika, neurokirurgia, onkoloogia (kiiritus- ja keemiaravi tähenduses), patoloogia, peremeditsiin, plastika- ja rekonstruktiivkirurgia, torakaalkirurgia ja vaskulaarkirurgia ning statsionaarselt osutatavatest teenustest 16 eriala, dermatoveneroloogia, endokrinoloogia, gastroenteroloogia, infektsioonhaigused, kardioloogia, nefroloogia, neuroloogia, oftalmoloogia, ortopeedia, otorinolarüngoloogia, psühhiaatria, pulmonoloogia, uroloogia, reumatoloogia, taastusravi ja füsiaatria ja töotervishoiu erialal, ei ole kohalikule haiglale ei kohustuslikus ega ka lubatavas loetelus, mistõttu töö autor saab teha järelduse, et kuna erialad kuuluvad lubatud tegevusalade hulka TTKS järgi, on nende erialade osutamine kohalikus haiglas siiski lubatud, kuid HVA haiglatega RRL-te sõlmimisel nende erialade osas kohalike haiglate eelistamine ei ole kohustuslik nende mittekohustuslikkuse tõttu. Ka osutada võivate erialade osutamisel kohaliku haigla eelistamine on mittekohustuslik. Statsionaarse õendusabi osutamine on lubatav eriala, kuna hädaolukorra seaduse kohaselt ei ole kohalik haigla statsionaarse teenuse kohustuslik osutaja ja õendusabi ei ole eriarstiabi eriala.

Haigekassal tuleb eelistada kohalikku haiglat tema kohustuslike osutatavate erialade puhul RRL sõlmimisel.

Haigla liikide nõuete § 65 lõikes 1 ja §-s 72 on sätestatud erihaiglates ja taastusravihaiglates osutatavad tervishoiuteenused, kuid HVA haiglate loetelus erihaiglaid nimetatud ei ole. Töö kirjutamise hetkega on kehtetu hooldushaiglaid puudutav osa. Iseseisvat statsionaarset õendusabiteenust (endine hooldusravi) võib osutada õendushaigla määruse § 2 lõike 2 järgi ka üldhaiglas, keskhaiglas, piirkondlikus haiglas, taastusravihaiglas ja kohalikus haiglas, kui on täidetud nõuetele vastavad tingimused.

Seega kokkuvõtvalt asub töö autor seisukohale, et kehtivaid õigusakte aluseks võttes peab haigekassa RRL-te sõlmimisel eelistama HVA loetelus nimetatud haiglaid nende kohustuslikult osutatavate erialade osas, kuid osutada võivate, sh kummaski loetelus nimetatuta, erialade osas eelistamise kohustus puudub.

Oma seisukoha põhendamiseks võtab töö autor vaatluse alla viimasel 2014.a. Valikul olnud statsionaarse õendusabi (endine statsionaarne hooldusravi) eriala, mida HVA haiglad õendusabi määruse § 2 lõikest 2 tulenevalt võivad osutada, kuid ei pea osutama.

Riigi tervishoiupoliitikanähtena on õigusakti tasandil reguleeritud haiglavõrgu arengukava, kuid Eesti hooldusravivõrgu arengukava 2004-2015<sup>153</sup> ei ole eksisteeriv õigusaktina.

TTKS § 55 lõike 1 punkti 1 kohaselt tuleb haiglavõrgu arengukavas määrata tervishoiuteenuste ühtlase kättesaadavuse tagamiseks piirkondlike haiglate, keskhaiglate, üldhaiglate, kohalike haiglate, taastusravihaiglate ja õendushaiglate loetelu. Nagu juba eespool öeldud, ei ole kehtivas HVA loetelus taastusravihaiglate ja õendushaiglate loetelu. Võimalik, et ei ole peetud vajalikuks eraldi õendushaiglate võrgustikku tekitada, sest nad ei ole HVA haiglatega võrreldes sama tähtsusega või teenust osutatakse hetkel HVA-de vahendusel<sup>154</sup>.

Vaatamata haigla liikide nõuetes HVA haiglatele mittekohustusliku erialana olemast, on ta sätestatud osutada võiva erialana eraldi õendushaigla määrukses. Töö autor on seisukohal, et haigekassaga lepingulises suhtes olev HVA haigla võib RRL-u selle hetkel kehtiva lisa 1 punkti 16.1 ja 16.8 alusel kirjalikult 60 päeva ette teatades üles öelda eriala mittekohustuslikkusest tulenevalt. Ainus, mis HVA haiglatele sel juhul järgneb, on kehtiva RRL-u võimalikud õiguskaitsevahendid. Töö autori seisukohta tõendab asjaolu, et vähemalt kahel korral on HVA haiglad lõpetanud haigekassaga RRL-u mittekohustuslikel erialadel teenuse osutamise ja rahastamise. Esimene neist SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla poolt, kui see võõrandas 16.05.2011.a. Keila Haigla PJV Hooldusravi SA-le ning värskeim neist üldhaiglanähtena SA Narva Haigla, kes võib haigla liikide nõuete § 2 lõike 3 järgi osutada

---

<sup>153</sup> Sotsiaalministeerium. Eesti hooldusravivõrgu arengukava 2004 – 2015. - [http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/Eesti\\_hooldusravivorgu\\_arengukava\\_2004-2015.pdf](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/Eesti_hooldusravivorgu_arengukava_2004-2015.pdf) , 12.04.2015.

<sup>154</sup>Eesti Haigekassa. Lepingute mahud seisuga 11.02.2014.a. Õendusabi. – <https://www.haigekassa.ee/et/inimesele/arsti-ja-oendusabi/eriarstiabi/lepingupartnerid> , 14.02.2015. - Näiteks haigekassa Pärnu piirkondliku osakonna hallatavatel kõigil HVA haiglatel, Läänemaa Haigla SA, Pärnu Haigla SA, Rapla Maakonnahaigla SA, SA Hiiumaa Haigla, Kuresaare Haigla SA ja Ida-Tallinna Keskhaigla AS, on RRL statsionaarse õendusabi rahastamiseks.

statsionaarse psühhiaatria teenust pädevuse piires sisehaiguste erialade vooditel, otsustas psühhiaatria osakonna sulgemise tõttu SA Narva Haigla ja haigekassa vahel alates 01.01.2014. a. sõlmitud RRL nr 6034314 alates 01.01.2015. a. kehtima hakanud lisa 3-15-2 kohaselt rahastatud psühhiaatria eriala stacionaarsete teenuste osutamise lõpetada. Alates 01.06.2015a. nimetatud teenust haigekassa haiglale ei rahasta. Töö autorile teadaolevalt ei ole mõlemal juhul rakendatud HVA haiglale RRL-st tulenevaid sanktsioone.

Seega ei pea haigekassa HVA haiglaid mittekohustuslike tervishoiuteenuste osas RRL sõlmimisel eelistama. Siit on omakorda võimalik tõlgendada, et RaKS § 36 ja haigla liikide nõuded ei kohusta HVA haiglate mittekohustuslike tervishoiuteenuste erialade puhul eelistama HVA haiglaid.

Töö autori seisukohta toetab omakorda Riigikohus, kes asjas 3-3-1-29-12 tehtud otsuse punktis 23 tunnustas haigekassa õigust moodustada haigekassa piirkondlikust osakonnast väiksemaid territooriume. Nii näiteks on 2011.a. lepingupartnerite Valikul haigekassa moodustanud hooldusravis haigekassa Harju piirkondliku osakonna piirkonnast väiksemaid piirkondi: Tallinn, Kallavere ja Loksas; Pärnu piirkondliku osakonna territooriumil teenuse osutamise kohaga Märjamaa, Kilingi-Nõmme, Lihula, Pärnu-Jaagupi ja Vändra.<sup>155</sup> Viimasel 2014. aasta Valikul on piirkonnana statsionaarses õendusabis välja kuulutatud maakond, kuid ka see on piirkondlikust osakonnast väiksem üksus. Kui HVA haiglate eelistamine oleks absoluutne kohustus, ei saaks niimoodi piirkondi moodustada.

Lisaks on Riigikohus läbi Ringkonnakohtu öelnud, et kehtivast õigusest ei tule tänase ravikindlustussüsteemi kohustust tagada patsientidele absoluutne valikuvabadus ja seeläbi ei muutu tervishoiuteenuste kättesaadavus raskemaks.<sup>156</sup> Töö autori hinnangul võib absoluutse valikuvabaduse alla paigutada ka HVA haiglates osutatavad mittekohustuslikud teenused.

Lisaks on kohus öelnud, et erahaiglad ja arengukava haiglad ei ole omavahel võrreldavad. Mõlemad küll osutavad tervishoiuteenuseid, kuid arengukava haiglate kaudu täidab riik temale PS §-st 28 tulenevat kohustust. Lisaks on arengukavas toodud haiglatel määrusest nr 103 tulenevalt kohustused, milliste täitmisest ei saa nad keelduda ning mille täitmist ootab neilt ka avalikkus.<sup>157</sup> Töö autor tõi ilmekad näited, et loobuda saab mittekohustuslikest

---

<sup>155</sup> Eesti Haigekassa. Haigekassa kuulutab välja lepingupartnerite valiku aastateks 2011-2014. - <https://www.haigekassa.ee/et/uudised/haigekassa-kuulutab-valja-lep> , 14.03.2015.

<sup>156</sup>TlnHKo 21.03.2014, 3-14-50157, p 41.

<sup>157</sup>TlnHKo 08.12.2014, 3-14-333, p 41. Esitatud apellatsioon. Töö autori valduses

erialadest, mistõttu saab kohtu seisukohas toodud /.../ kohustused, milliste täitmisest ei saa nad keelduda /.../ kohustusi tõlgendada vaid kohustuslike erialadega, kuna ülejäänud erialad ei ole põhiõiguse eesmärgi tagamiseks ja kaitsmiseks vajalikud.

Töö autori seisukohta toetab ka asjaolu, et TTL-s on määratletud mõningate tervishoiuteenuste puhul piirangud teenuste eest tasu maksmise kohustuse üle võtmisele kindlustatud isikult ja neid teenuseid ei saagi näiteks haigekassa üldhaiglatelt TTL kehtiva sõnastuse kohaselt osta. Tasumise kohustus võetakse üle vaid RRL olemasolul ja juhul, kui seda teenust on osutatud piirkondlikus või keskhaiglas. Töö kirjutamise ajal kehtiva TTL sõnastuse kohaselt on sellisteks teenusteks § 21 lõikes 9 toodud kood 7436 - eesnäärme vähi brahhüteraapia radioaktiivsete, lühikese poolestusajaga ja madala aktiivsusega püsivate implantaatidega; § 26 lõike 2 punkti 2 kood 7046 - ambulatoorne pikaajaline hapnikravi kopsuhaigele (ööpäevahind); § 35 lõike 6 kood 7568 - seedetrakti ülaosa endoskoopia ultraheliendoskoobiga, v.a ultrahelisonidiga; § 40 lõike 4 kood 7733 - patsiendi tsentraalse kehatemperatuuri kontroll intravaskulaarse jahutuskateetri abil. Seega muul juhul võib küll teenust osutada tegevusloa ja pädevuse olemasolul (nii personali kui aparatuuri) aga raha teenuse eest tasumiseks ei tule haigekassalt.

HVA loetelu § 3 lõikes 1 tuuakse ära HVA haiglate vajalike investeeringute hinnanguline maksumus ning teise lause kohaselt kinnitatakse vajalike investeeringute maksumus iga haigla puhul eraldi sotsiaalministri käskkirjaga pärast haigla funktsionaalse arengukava ja ehitusprojekti meditsiinitehnoloogia osa kinnitamist. Funktsionaalne arengukava peab arvestama hädaolukorraks valmisoleku vajadusi. Seega on seadusandja eraldi ära märkides oluliseks pidanud eelkõige hädaolukorra valmisoleku vajadusi ja neisse investeeringuid. Hädaolukorra seaduse kohaselt peab statsionaarsed teenused tagama piirkondliku ja keskhaigla pidaja. Piirkondlik haigla peab niikuinii kõiki teenuseid osutama ja seetõttu on ta haigekassa absoluutse eelistusega hõlmatud, samamoodi keskhaiglad kohustuslike erialade ja statsionaarse teenuse puhul.

Kohus on öelnud, et põhjendatud ei oleks olukord, kus riigieelarvelistest vahenditest pannakse investeerimiskohustus, aga ei tagata vajalikku arvu ravijuhte selleks, et investeering õigustaks ennast majanduslikult parimal viisil.<sup>158</sup> Sellisel juhul muutuksid tehtavad investeeringud

---

<sup>158</sup>TlnHKO 08.12.2014, 3-14-333, p 21. Esitatud apellatsioon. Töö autori valduses.

vähemalt osaliselt avalikke vahendeid raiskavateks. Kui siin on räägitud investeringu õigustusest, mitte lepingu tagamisest läbi ravijuhtude.

Samas ütleb Riigikontroll, et haiglahooneid ei ole suudetud korrastada kavandatud mahus. Riik planeeris haiglavõrgu arengukava koostamisel haiglavõrgu investeerimisvajaduse, kuid riigi ja Euroopa Liidu eraldiste abil on investeerimissüste arengukava haiglate hoonete kordategemiseks saanud seni ainult mõned suured haiglad.<sup>159</sup> Mõnesse suurhaiglasse investeringuga ei saa riigieelarvelistest vahenditest pandud investeerimiskohustusega põhjendada kogu HVA haiglate loetelusse kuuluvate HVA haiglate eelistamist, kuna ravijuhud on saanud ka investeringuteta ning sel juhul on keeruline põhjendada HVA haiglate eelistamist.

Seega grammatiliselt tõlgendades, aluseks võttes RaKS § 2 lõige 2, TTKS § 55 lõige 1 § 36 lõige 1 ja 2, § 36 lõige 5 ja HVA haiglate loetelu § 1 lg 2, § 3, eriala liikide määrus § 1 lõige 1, hädaolukorra seaduse § 34 lõike 4 punkt 1, tuleb absoluutse kohustusena HVA haiglatega sõlmida RRL teatud tähtajaga, kehtestatud on HVA haiglatele osutatavate kohustuslike ja lubatud statsionaarsete ning ambulatoorsete tervishoiuteenuste loetelu, kuid RRL-u sisu (maht või ulatus) on määratud vaid kohustuslike erialade eelistamise puhul, muudel juhtudel määramata.

Töö autor asub seisukohale, et senini ja kaasates eelmise alapunktis käsitletut, ei tulene grammatiliselt tõlgendamisest HVA haiglate absoluutset eelistamist kõigil erialadel.

Töö autori seisukohta toetab lisaks grammatilisele tõlgendusele ajalooline tõlgendus. Üheski seaduseelnõus, seaduseelnõu seletuskirjas ega parlamendiarutelu stenogrammis ei leidu HVA haiglate eelistamise absoluutset kohustust RRL-te sõlmimisel kõigil erialadel. Absoluutne kohustus on RRL sõlmimine.<sup>160 161</sup> Nimetatud S. Oviiri sõnavõtust nähtub tahe sõlmida HVA haiglatega 5-aastase kestusega lepingud, mis on sätestatud ka kehtivas RaKS-es imperatiivselt. Erialati ja teenuseti käsitus puudub. Samas HVA haiglate loetelus mitternimetatud haiglate puhul on konkreetselt viidatud /.../selles haiglas osutatavate tervishoiuteenuste/.../, seega kõigile osutatavatele teenustele. HVA haiglate puhul täpsustus puudub.

---

<sup>159</sup> Riigikontroll 2010, lk 2.

<sup>160</sup> Riigikogu IX koosseisu VII istungjärgu 05.06.2002.a. stenogramm. Ravikindlustuse seaduse eelnõu (914 SE D) teise lugemise jätkamine. S. Oviiri sõnavõtt. - <http://www.riigikogu.ee/?op=steno&stcommand=stenogramm&date=1023271200#pk2000008905>, 24.03.2015.

<sup>161</sup> Arvamus, seisukoht jne- ei ole kirjas seaduse eelnõus. Töö autori märkus.

Nii on RaKS eelnõu seletuskirja sissejuhatuse kohaselt tekkinud seadusandlikku baasi korrastamise vajadus käivitunud haiglakorralduse reformi edukaks läbiviimiseks.<sup>162</sup> Ei seaduseelnõu seaduse eesmärgi ega ka tervishoiuteenuste kvaliteedi kirjeldamise lõigus ole öeldud, et HVA haiglate eelistamine on absoluutne.<sup>163</sup> Samuti puuduvad seisukohad HVA absoluutse eelistamise kohta Riigikogus erinevatel aastatel eelnõu lugemisel 13% sotsiaalmaksu kasutamise<sup>164</sup> ja ravikindlustuse eelarve arutelus<sup>165</sup>.

Otseselt puutumuses olevatest õigusaktidest on 2003. aastal kehtestatud HVA loetelu 2004. aastal muudetud ja § 1 lõike 2 muudatuses on sätestatud haiglate loetelus nimetatud haiglatega RRL sõlmimine vähemalt viieks aastaks, võttes aluseks loetelus toodud haigla liiki ja vastavat tegevusluba. Eelnõu seletuskirja punkti 2 kohaselt /.../millised sõlmivad Eesti Haigekassaga vähemalt 5-aastased lepingud raviteenuste osutamiseks/.../ ja punkti 3 kohaselt /.../Loetelu (HVA haiglate loetelu – autori märkus) ei piira tervishoiuteenuste osutamist loetellu mittekuuluvate haiglate poolt, tervishoiuteenuse osutamise õiguse annab Terviseameti väljastatav tegevusluba.<sup>166</sup> Seletuskirjast selgub kohustus HVA haiglatega sõlmida leping, kuid teenuste maht (erialad) on määratlemata ja HVA loetelus mittednimetatud haiglatel sõltub teenuse osutamine tegevusloast. Tuleb tõdeda, et ainsana on siin mainitud lepingu mahtu, kuna eelnõu ettevalmistuse tingis vajadus täpsustada haiglatele tegevusloa väljastamist tulenevalt haiglate loetelus määratud haigla liigist ning haigla liik määrab haigla poolt osutatavate teenuste loetelu ja seega ka lepingu mahu.<sup>167</sup>

Töö autori seisukohta toetab veel Riigikontrolli 2010. aasta aruanne, kus öeldakse, et praegune haiglate loetelu ja neis osutatavate teenuste maht ei vasta HVA eesmärgile: haiglate loetelus on piirkondliku haiglana ka Tallinna Lastehaigla ning Tallinnas osutavad

---

<sup>162</sup> Riigikogu. Ravikindlustuse seadus 914 SE. Seletuskiri. -

<http://www.riigikogu.ee/?page=eelnou2&op=ems2&eid=914&assembly=9&u=20150324135147> 24.03.2015.

<sup>163</sup> Riigikogu. Ravikindlustuse seadus 914 SE. Seletuskiri. II seaduse eesmärk. 4 pt rakendussätted. Eelnõus käsitletud õigusinstituudid. -

<http://www.riigikogu.ee/?page=eelnou2&op=ems2&eid=914&assembly=9&u=20150324135147> , 24.03.2015.

<sup>164</sup> Riigikogu IX koosseisu VI istungjärgu 05.12.2001.a. stenogramm. Ravikindlustuse seaduse eelnõu (914 SE I) esimene lugemine. E. Nestor sõnavõtt. -

<http://www.riigikogu.ee/?op=steno&stcommand=stenogramm&date=1007550000&pkpkaupa=1&paevakord=200008358> , 24.03.2015.

<sup>165</sup> Riigikogu IX koosseisu VII istungjärgu 05.06.2002.a. stenogramm. Ravikindlustuse seaduse eelnõu (914 SE I) teise lugemise jätkamine. S.Oviir sõnavõtt. -

<http://www.riigikogu.ee/?op=steno&stcommand=stenogramm&date=1023271200#pk2000008905> , 24.03.2015.

<sup>166</sup> Sotsiaalministeerium. 26.03.2003 esituskiri nr 1-3/1537.Vabariigi valitsuse määruse „haiglavõrgu arengukava“ eelnõu juurde. Seletuskiri. Töö autori valduses.

<sup>167</sup> Vabariigi Valitsuse 16.12.2004 istungi kommenteeritud päevakord. P 5. -

<https://valitsus.ee/et/uudised/valitsuse-16122004-istungi-kommenteeritud-paevakord> , 18.04.2015.

piirkondliku haigla ehk kolmanda tasandi tervishoiuteenuseid mõnel erialal (näiteks kardioloogia, nefroloogia, sünnitusabi ja günekoloogia, oftalmoloogia) ka kaks keskhaiglat. Sellist teenuste killustamist erinevate haiglaliikide vahel võimaldab sotsiaalministri haiglaliikide määrus, mis sätestab, milliseid teenuseid tuleb kindlasti osutada, kuid ei keela osutada muid teenuseid.<sup>168</sup>

Riigikontrolli hinnangul on haiglavõrgu arengukavas ette nähtud aktiivravi haiglavõrk liiga suur ning jätkusuutmatu, sest kõigile haiglatele ei jätku tulevikus patsiente, kvalifitseeritud arste ega raha haiglate korrastamiseks.<sup>169</sup> Eesti haiglavõrgu arengukava ja praegune haiglavõrk ületab Eesti vajadusi ja ennekõike riigi võimalusi.<sup>170</sup> Praegune haiglavõrk on suurem isegi haiglavõrgu arengukavas toodust.<sup>171</sup>

Riigikontroll on öelnud välja, et patsiendid käivad järjest vähem ravil oma kodumaakonna üldhaiglas ning lisaks osutavad mitmes maakonnas märkimisväärse osa ambulatoorsetest teenusest teised kohapealsed raviasutused ja see nõrgestab sealse üldhaigla jätkusuutlikkust veelgi.<sup>172</sup> Esimest fakti kirjeldas töö autor tabelis 2 töö käesoleva peatüki esimeses punktis. Riigikontrolli väljaõeldu kinnitab töö autori seisukohta, et isikud ei eelista kohapeal HVA haiglaid teenuste osutamisel ja soovivad valikuvõimalusi, vastasel juhul ei tarbiks nad HVA väliste teenuseosutajate teenuseid. Läbi HVA haiglate eelistamise on isikutelt võetud valikuvõimalus.

Riigikontrolli seisukohad kinnitavad veelkord töö autori järeldusi, et HVA haiglate eelistamine ei saa olla absoluutne kõigil erialadel, vaid kohustuslikel erialadel, sest arvestama peab ka riigi võimalustega. Osutada võivatel erialadel on jätnud riik võimaluse vajadusel neid mitte rahastada ehk kui on rahalise ressursi nappus. Läbi HVA haiglate kohustuslike erialade rahastamise tagab riik PS §-st 28 tuleneva tervishoiuteenuste kättesaadavuse ning igapäevase tasuta arstiabi riigi võimaluste piires, sh vältimatu abi.

Riigikohus on nõustunud ravikindlustuse seaduse eelnõu seletuskirjas märgituga, et sotsiaalsete põhiõiguste täpsema mahu määrab kindlaks riigi majanduslik olukord ning riik ei saa rohkem anda ja keegi ei saa riigilt rohkem nõuda, kui riik võimeline on.<sup>173</sup>

---

<sup>168</sup> Riigikontroll 2010, lk 11, p 22.

<sup>169</sup> Riigikontroll 2010, lk 1.

<sup>170</sup> Samas. Lk 1.

<sup>171</sup> Samas. Lk 2.

<sup>172</sup> Samas. Lk 2, 17-18.

<sup>173</sup> RKHKo 10.11.2003, 3-3-1-65-03, p 14.

Kohus on seisukohal, et maksumaksja raha eest raviteenuste tellimisel on oluline eelistada arengukavas nimetatud haiglaid, millesse riik on panustanud maksumaksjate raha ning mille kaudu on riigil kohustus ja võimalus tagada PS §-s 28 sätestatud ülesannete täitmine.<sup>174</sup>

Kuigi kohtulahendites on HVA haiglate eelistamisest räägitud lepingute sõlmimisel absoluutsena, siis ühes neist on puudutatud ka RRL mahtusid põgusalt. Põgusalt seetõttu, et nimetatud küsimus ei olnud kaebuse esemeks. Nimelt Tallinna Halduskohtu 21.03.2014 otsuse nr 3-14-50157 punktis 28, kus kohus on öelnud, et üldhaiglas tervishoiuteenuste osutamiseks tuleb tagada üldhaiglatele rahalised vahendid RRlepingutega, mille sõlmimisel peab vastustaja tagama, et arengukava haigla saaks täita temale õigusaktidega pandud kohustusi. Vastustaja peab eelistama arengukava haiglat nende ravijuhtude osas, mida üldhaigla on kohustatud osutama või mida üldhaigla on otsustanud täiendavalt osutada. Kohus leiab, et selline kaheetapiline menetlus, kus esmase tasandi moodustab arengukava haiglatega RRlepingute sõlmimine ja teise tasandi moodustab valiku alusel RRlepingute sõlmimine, on kooskõlas õigusaktidega.<sup>175</sup>

Ringkonnakohus samas asjas ei käsitle RRL mahte detailselt, vaid ütleb, et kuigi Riigikogu ei pidanud vajalikuks RaKS muudatust 11.06.2008 muudatusettepanekutena realiseerida RaKS § 36 lg 4 kohtuliku kontrolli läbimise tõttu<sup>176</sup>, on RaKS ja Eesti Haigekassa seaduse muutmise seaduse 246 SE & 196 SE II-1 menetlemise materjalidest näha seadusandja soov sõlmida esmalt ravi rahastamise leping HVA haiglatega ning seejärel, kui HVA-haiglad vajalikku ravimahtu ei taga, kuulutada välja valik ravi rahastamise lepingute sõlmimiseks teiste tervishoiuteenuse osutajatega.<sup>177</sup> Ringkonnakohus räägib vajaliku ravimahu tagamisest, millest tulenevalt asub töö autor seisukohale, et vajadusel võib HVA haiglaid eelistada ka osutada võivate erialade osas, kuid see pole kohustus, vaid vajadusest tingitud asjaolu.

Lisaks RRL ei taga haiglale siiski nendeks viieks aastaks kindlat ravijuhtude arvu: kindlad arvud ja summad planeeritakse eelarveaastakaupa.<sup>178</sup> Ainukese kindluse annab RRL-u

---

<sup>174</sup> TlnHKo 08.12.2014, 3-14-333, p 24. Esitatud apellatsioon. Töö autori valduses.

<sup>175</sup> TlnHKo 21.03.2014, 3-14-50157, p 28.

<sup>176</sup> Riigikogu sotsiaalkomisjoni 11.06.2008 muudatus ettepanekud ravikindlustuse seaduse ja Eesti Haigekassa seaduse muutmise seaduse eelnõule, p 8. Töö autori märkus.

<sup>177</sup> TlnRnKo 06.10.2014, 3-14-50157, p 17.

<sup>178</sup> Riigikontroll 2010, lk 19, p 54.

üldtingimustes punktis 2.5 sätestatud nõue tagada igal aastal 80% eelmise aasta sama kalendrikuu tegelikust täidetud mahust.<sup>179</sup>

Tervishoiupoliitikast tulenevalt saab töö autor toetuda oma seisukoha kinnitamiseks ka Arengusuunad 2020<sup>180</sup> punktile 2, milles on HVA arengusuunana märgitud muudatuste planeerimine ja elluviimine haiglavõrgus pädevuskeskuste, väiksemate haiglate ja teiste eriarstiabi osutajatega sisulises tasakaalustatud võrgustikupõhises sujuvalt pädevuskeskuste võimekust arvestavalt ning katkematu eriarstiabi vajalikus mahus tagamises.

Arengusuunad 2020 punkt 2 käsitleb haiglate vastutuse ulatusest tulenevat jagunemist ning seal on pädevuskeskuste osas mainitud eriarstiabi tagamiseks kogu Eesti elanikele tagavad teenuse piirkondlikud haiglad Tartus ja Tallinnas ja kokkulepitud erialadel Tallinna keskhaiglad. Arengusuunad 2020-s on erialad nimetamata aga arvestades keskhaiglate suurt kohustuslike teenuste mahtu, on eelistamine nende osutatavate erialade osas juba niigi absoluutne. Võimalik on mõnede erialade kohustuslikku nimekirja lisandumine, mis teeb neist eelistatavad erialad RRL sõlmimisel.

Arengusuunad 2020 punkti 2.1.1 kohaselt paiknevad haiglavõrgus 4 erineva teenustepaketiga haiglat tulenevalt piirkonna suuruselt ja geograafiliselt paiknemisest; igas maakonnakeskuses on haiglas tagatud 24/7 erakorraline arstiabi ning punkt 2.2 käsitleb pädevuskeskuste moodustamist. Pädevuskeskustena on sisuliselt juba praegu piirkondlikud haiglad absoluutse eelistuse all kõigi erialade kohustuslikkuse tõttu. Töö autori hinnangul eeldab võrgustik ja koostöö mitteabsoluutsust, sest vastasel juhul ei ole koostöö ja võrgustik vajalik ja võimalik.

Haiglate võrgustumisel võivad oluliseks osutada haiglate kohustuslikud, osutada võivad ja kummaski loetelus nimetamata erialad haiglate koostööst tulenevalt. Nimelt peatus autor töö esimeses punktis põgusalt RRL üldtingimuste punktil 14.2, mille kohaselt tervishoiuteenuste osutajal on keelatud lepingust tulenevate õiguste ja kohustuste üleandmine kolmandatele isikutele haigekassa kirjaliku nõusolekuta.

---

<sup>179</sup> Ravi rahastamise leping. Enne 2014.a. kehtima hakanud lepingus oli see 75%. - <https://www.haigekassa.ee/et/partnerile/raviasutusele/ravi-rahastamise-lepingud/ravi-rahastamise-lepingute-tuupingimused> , 18.04.2015.

<sup>180</sup> Sotsiaalministeerium. Tervishoiu arengusuunad aastani 2020. - [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Tervis/tervishoiu\\_arengusuunad\\_2020.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/tervishoiu_arengusuunad_2020.pdf) , 15.02.2015.

Lisaks nimetatud punktidele peab tervishoiuteenuse osutaja täitma RRL tingimusi isiklikult enda töötajate abil üldtingimuste punktide 8.1, 13.1.4 ja 13.1.5 sõnastustest tulenevalt ja VÕS § 622<sup>181</sup> kohaselt, mis välistavad HVA haiglate allhanked tervikuna kogu lepingu ulatuses.

Samas aga ühestki õigusaktist ei tulene punktis 14.2 nimetatud nõusoleku andmise keeldu. Seega saab asub töö autor seisukohale, et haigekassa võib teha kõiki tsiviilõigusest tulenevaid tahteavaldusi ja ka lubada lepingut täita mitte isiklikult.

Miks see oluline on. Nimelt HVA haiglate võrgustusmisel koostööd tehes on võimalik soov osutada kindlustatud isikule tervishoiuteenust näiteks allhanke korras. See tähendab, et haigekassa võtab tasu maksmise kohustuse üle oma seniselt lepingupartnerilt, kuid teenuse osutab tegelikult teine tervishoiuteenuse osutaja ja mitte lepingupartner isiklikult. Senine lepingupartner vastutab enda RRL nõuetekohase täitmise ja ka alltöövõtja eest.

Kuna RRL on haldusleping ja haldusõiguslikult on haigekassa eelnimetatud nõusolekul regulatiivne toime, mis suunatud olemasoleva õigusliku olukorra muutmisele ehk uute õiguste tekitamisele, saab nõusolekut käsitleda haldusaktina. Nimetatud haldusakt on haigekassa juhatuse kaalutusotsus, mis vajab põhendamist nõusoleku andmise vajaduse ja teenust osutama hakkava osutaja osas nii muutuvat tervishoiupoliitikat kui muutunud igapäevast olukorda<sup>182</sup> aluseks võttes.

Allhanke tegija peab olema välja valitud kohases menetluses. Kuna HVA allhankijad on hankijad tulenevalt RHS § 10 lg 1 p 4 ja § 10 lg 1 p 6 mõistes, peab hankija järgima RHS §-s 3 sätestatud riigihanke korraldamise üldpõhimõtteid.

Töö autor on seisukohal, et kõige lihtsam on allhange HVA haiglate enda vahel ja seda ka võrgustamise eesmärki silmas pidades. Samuti ei tekita probleeme HVA väline tervishoiuteenuse osutaja, kellel on hangitavaal erialal ja raviliigil RRL ja see on saadud Valiku tulemusel. Pikemalt allhangetel ja selle menetluses töö autor ei peatu, kuna see ei ole töö teemaks.

---

<sup>181</sup> Tervishoiuteenuse osutamise leping on oma olemuselt käsundusleping, kus eeldatakse käsundisaaja käsundi isiklikku täitmist. Täitmisel võib kasutada kolmanda isiku abi nt laboriteenust.

<sup>182</sup> Kindlustatute paiknemine, haiglate suutlikkus ressursist tulenevalt.

Vältimatu abi on niigi Sotsiaalministeeriumi poolt rahastatud<sup>183</sup>, seega teisi haigla liike nende mittekohustuslike erialade osas eelistama ei pea.

Arengusuunad 2020 punkt 2.3.6 käsitleb vajadust välja töötada muudatusi toetavad meetmed õigusaktides sh kaasajastatud nõuded eriarstiabi osutamiseks ja rahastamiseks, kuid sisu on täpsustamata.

Järgmisena toetub töö autor seisukoha kinnitamiseks ravikindlustuse printsiipidele.

Sundkindlustuse printsiibi sisust tulenevalt hüvitatakse tervishoiuteenused mitterahalise hüvitisena vaid ravikindlustatud isikule ja RRL sõlminud teenuse osutaja kaudu. Kindlustatud isikule on absoluutne eelistamine kõigil erialadel kindlasti soodsam, kuna siis ei pea ta valima ega otsima haigestumisel tervishoiuteenuse saamiseks RRL-t omavat teenuse osutajat. Mittekindlustatud isiku jaoks ei ole eelistamine tähtis. Tervishoiuteenuseid rahastatakse laekunud sihtotstarbelisest maksust sotsiaalmaksust, seega on tähtis, kas mingit eriala eelistatakse või mitte. Eelistatava eriala ostmiseks sõlmib haigekassa RRL-u, kuid mitteelistatavad erialad pannakse Valikule ja teenust ostetakse siis Valiku võitnud HVA haiglalt või HVA haiglate loetelus nimetamata haiglalt. RaKS § 36 sättest tulenevalt tuleb kõiki tervishoiuteenuse osutajaid hinnata võrdsete kriteeriumide alusel ning säte ei erista erinevat kohtlemist HVA haiglate ja HVA haiglate loetellu mittekuuluvate teenuse osutajate vahel.

Solidaarsusprintsiibi puhul lepinguvabaduse printsiibist tulenevalt on eraõiguses reeglina isiku enda otsustada, kellega ja millistel tingimustel ta lepinguid sõlmib. Seega isik ise otsustab, kellega ta sõlmib tervishoiuteenuse osutamise lepingu VÕS § 760 sõnastuse kohaselt. Kui isikule on oluline, kes osutatud tervishoiuteenuse osutamise eest tasub, siis HVA haiglate lauseelistamine piirab isiku võimalusi valida tervishoiuteenuse osutajaid, kuna valikuvõimalus piirdub HVA haiglatega. Mitteeelistamine laiendaks patsientide valikuvõimalusi valida erinevate tervishoiuteenuse osutajate vahel, mitte ei piirduks valik vaid HVA haiglaga konkreetses piirkonnas. Oluline on see kindlat vähekindlustatud elanikkonnajooks ja fakt, et neid inimesi on suhteliselt palju<sup>184</sup> on üldteada.

---

<sup>183</sup> Sotsiaalministeerium. Leping nr 3-4/6662 ravikindlustusega hõlmamata isikute vältimatu abi ja patoanatomiliste lahangute eest tasumiseks riigieelarves ettenähtud vahenditest. 12.02.2015.a. - <http://dokumendihaldus.sm.ee/Agreements/Forms/DispForm.aspx?ID=11794> , 19.04.2015.

<sup>184</sup> H. Rudi. Iga viies Eesti elanik elas vaesuses. Postimees. 29.01.2015. - <http://tarbija24.postimees.ee/3072773/iga-viies-eesti-elanik-elas-vaesuses> , 19.04.2015.

Mitterahalisuse printsiibist tulenevalt tasub haigekassa isikule osutatud tervishoiuteenuste eest RRL-ut omavale tervishoiuteenuse osutajale TTL hindades ja teenus peab olema osutatud meditsiinilisel näidustusel. Isikule on tervishoiuteenus mitterahaline teenus, va omaosalus. Seega omab tähtsust HVA haiglate osutatavate erialade eelistamine või mitteelistamine haakuvalt eelmise printsiibiga.

Piiratud omaosaluse printsiibist tulenevalt on isik kohustatud ravikindlustushüvitise saamiseks panustama. Eesmärgiks on piirata isikute põhjendamatu tarbimist (tarbida mitte vajadusele), tuua süsteemi lisaraha, suurendada isiku enda vastutust oma tervise suhtes. Sisuliselt on tegemist kontrollmehanismiga, et isik ei läheks kütteperioodil sooja haiglasse end majutama. HVA haiglate erialade eelistamise absoluutsusel või mitteabsoluutsel ei ole rolli, sest omaosalused on isikul vaja RaKS § 67 tulenevalt ikkagi tasuda.

Ravi piirkondliku võrdse kättesaadavuse tagamise printsiibist tulenevalt tuleb tagada ühtlane tervishoiuteenuste kättesaadavus üle Eesti. Kohustuslikel erialadel tagatakse kättesaadavus jätkuvalt jätkusuutliku haiglavõrgu abil. Jätkusuutlikkuse tagamiseks on kehtestatud TTKS § 55 lõike 1 alusel HVA arengukava. Haiglavõrgu arengukava on peamine tervishoiupoliitiline regulatsioonimeetod, millega tagatakse iseseisvate juriidilisest isikust haiglate tegevuse suunamine. Kuna tervishoid on investeeringumahukas majandusvaldkond ning suur osa avalikest vahenditest suunatakse tervishoidu läbi haigekassa, siis on vajalik suuri investeeringuid tegevatele isikutele tagada, et haigekassa nendega lepingu sõlmib. Investeeringud meditsiiniseadmetesse<sup>185</sup> (meditsiinitehnika) jne kajastuvad TTL hindades.

Samal põhjusel on kehtestatud ka HVA haiglatega sõlmitava RRL minimaalseks tähtajaks 5 aastat. Haigekassa kohustus sõlmida RRL ei tähenda, et lepingu tingimused määrab kindlaks tervishoiuteenuse osutaja. Lepingu tingimustes peavad pooled kokku leppima ja kui kokkulepet ei saavutata, jääb leping sõlmimata ning tegemist ei ole haigekassa kohustuste rikkumisega.

Riigikontrolli seisukoht, et kindlustatud isikute raviteenuste vajaduse peavad eeskätt suutma katta arengukavahaiglad, on küll hea, kuid töö autor peab siinkohal nõustuma haigekassa

---

<sup>185</sup> Eesti Haigekassa meditsiiniseadmete loetelu ja meditsiiniseadmete loetellu kantud meditsiiniseadmete eest tasu maksmise kohustuse ülevõtmise kord. TTMm 19.12.2014.a nr 77. - RT I, 29.12.2014, 28.

juhatuse esimehega, kes tõi välja aruandele vastuseks, et selline tegevus ei pruugi igal pool anda soovitud tulemust, olenedes konkreetse maakonna teedevõrgust ja liikluskorraldusest.<sup>186</sup>

Kindlustatud isikute vajaduste arvestamisel tervishoiuteenuste saamiseks võetakse arvesse ravikindlustuse andmekogu kasutusnäitajad: teenuste kasutus, ravijärjekordade andmed, kindlustatute arvu muutus, HVA haiglate asukohad, arstlike erialade arengukavad, erialaseltside seisukohad. Töö autori hinnangul ei pruugi vajadus olla rahuldatud, sest haigekassa arvestab vaid enda tasutavate kasutusnäitajatega, tal puuduvad andmed isikute enda tasutud teenuste ja erialade kohta. Tervishoiuteenuse osutajatel ei ole kohustust neid andmeid haigekassale edastada. Ravijärjekorra andmed on ka ainult haigekassa raha eest tasutavate teenuste kohta.

Ravikindlustusraha otstarbekas kasutamise seisukohalt on haigekassa kohustus tagada avalike vahendite otstarbekas kasutamine HKS § 2 lõikest 2 tulenevalt ning lisaks vahendite kasutamise kontrollimine sama seaduse §-st 4. Sobilik vahend on avalike vahendite otstarbeka kasutamise osas ka Valiku läbiviimine. Valiku tulemusel võib väheneda RRL-t omavate ja seeläbi kontrollitavate tervishoiuteenuse osutajate hulka. Kuid kontrollitavate teenuste hulk ei pruugi väheneda, võib suurened. Elektrooniliste vahendite ja ligipääsude olemasolu andmekogudele jne võimaldavad halduskoormust vähendada. Seega koguseliselt vähemate RRL-te olemasolu ja seeläbi lihtsam ravikindlustusraha otstarbeka kasutamise kontrollimine ei saa kuidagi olla põhjenduseks HVA haiglate absoluutsele eelistamisele.

Töö autori hinnangul toob HVA haiglate lauseelistamine sotsiaalse mõjuna kaasa valikuvõimaluse piirdumise haiglas töötavate arstidega ning kindlustatud saavad teenuse kodust kaugemal. Transpordi puudumisest tulenevalt langeb maapiirkondades tervishoiuteenuste kättesaadavus ja läbi selle haigestumisel ravi pikenemine, näiteks pöörduakse hilja arstile viimases hädas või lausa EMO patsiendina. HVA haiglate lausmitteelistamine suurendab kindlustatutele tervishoiuteenuse osutajate asutuste ja arstide valikuvõimalusi ja tervishoiuteenuse osutajaga lepingu sõlmimise vabadust. Seeläbi valikuvõimalused suurenevad ning tervishoiuteenuste kättesaadavus paraneb.

Riigi jaoks võib inimese töövõime taastamiseks vajaliku ravi rahastamine osutada lõppkokkuvõttes odavamaks kui talle sotsiaaltoetuse maksmine.<sup>187</sup>

---

<sup>186</sup> Riigikontroll 2010, lk 3. Töö autori hinnangul on see süvenev probleem.

<sup>187</sup> RKHKo 10.11.2003, 3-3-1-65-03, p 17.

Majandusliku mõjuna kindlustatutele tervishoiuteenuste rahastamisel mõju puudub, kuna nad saavad teenust TTL hindades ja tasuvad vaid omaosalustasud. Haigekassa võtab tasu maksmise kohustuse üle. Haigekassale annab HVA haiglate mitteeelistamine väikese rahalise kokkuhoiu teenuste rahastamise pealt, kui tervishoiuteenuse osutab teenust koefitsiendiga.

Üldjuhul kasumi eesmärgil asutatud eraettevõtte töötajad, mitte HVA haiglate loetelus olevad teenuse osutajad, ei streigi, haiglate töötajad streigivad.<sup>188 189</sup>

Kuigi ka juba 2002. aastal oli RaKS-e uuendamine tingitud kahest peamisest põhjusest: /.../Kas haigekassa peab sõlmima lepingud kõigi arstide/haiglatega, kes seda soovivad või mitte. Neile küsimustele eelmine seadus otseseid vastuseid ei andnud. Ometi peavad taolised põhimõttelised otsused kindlustatute, arstide ja haigekassa õiguse üle olema tehtud seaduse tasandil ja võimalikult ühemõtteliselt./.../<sup>190</sup>, ei anna uuendatud RaKS siiski ammendavat vastust senini.

Seega vastuseks püstitatud esimesele hüpoteesile - RRL-te sõlmimisel HVA haiglate eelistamine ei ole absoluutne kohustus, kuid seeläbi puudub vajadus muuta RaKS-t, asub töö autor järgmisele seisukohale:

HVA haiglate eelistamine ei ole absoluutne kohustus. Haigekassal on õigus neid eelistada nende kohustuslikuks tehtud erialadel, osutada võivatel ja mõlemas nimetatud loetelus nimetamata erialal eelistamise kohustus RRL-te sõlmimisel puudub. RaKS vajab muutmist.

Vaatamata kohtupraktika olemasolule HVA haiglate eelistamise puhul, kuid mitte erialati, tuleb võimalike vaidluste vältimiseks ja seeläbi ressursi kokkuhoiuks reguleerida HVA haiglate absoluutne eelistamine RRL sõlmimisel seadusandluse tasandil (RaKS), sh mittekohustuslike ja reguleerimata teenuste puhul ja seda enam, et kohtud ei tohi seadusandja asemel asuda langetama sotsiaalpoliitilisi otsuseid<sup>191</sup> ja haigekassa ei kujunda ise riigi tervishoiupoliitikat, vaid viib seda ellu ning seetõttu on haigekassale vaja selget kirjalikku

---

<sup>188</sup> Uudisteportaal [www.delfi.ee](http://www.delfi.ee). Tervishoiuteenuste osutajate streik jätab haiglad ilma miljonitest eurodest. 09.10.2012. - <http://www.delfi.ee/news/paevauudised/eesti/tervishoiutootajate-streik-jatab-haiglad-ilma-miljonitest-eurodest?id=65083104> , 18.04.2015.

<sup>189</sup>M. Puutsa. Kuressaare haigla tõmbas streiki koomale. Saarte Hääl. 23.10.2012. - <http://www.saartehaal.ee/2012/10/23/kuressaare-haigla-tombas-streiki-koomale/> , 18.04.2015.

<sup>190</sup>M. Jesse. Aktuaalne intervjuu. Eesti Arst. Lk 453. -

[http://www.eestiarst.ee/static/files/016/eesti\\_haigekassa\\_juhatuse\\_esimees\\_maris\\_jesse.pdf](http://www.eestiarst.ee/static/files/016/eesti_haigekassa_juhatuse_esimees_maris_jesse.pdf) , 24.03.2015.

<sup>191</sup> RKHKo 10.11.2003, 3-3-1-65-03, p 14.

juhist riigi tervishoiupoliitika kujundajatelt. Vajalik on anda haigekassale õigus sõlmida RRL HVA haiglatega absoluutse eelistuse alla käivatel erialadel kehtivas RaKS §-s 36 sätestatud Valikut läbi viimata.

Töö autor pakub välja võimaliku RaKS § 36 muutmise sõnastuse:

1. Muuta RaKS § 36 lõiget 5 ja sõnastada see järgmiselt:

„(5) Haigekassa sõlmib vähemalt viieaastase tähtajaga ravi rahastamise lepingu tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 55 lõike 1 alusel Vabariigi Valitsuse määrusega kehtestatud haiglavõrgu arengukavas nimetatud haiglat pidava isikuga ja sama seaduse § 22 lõike 4 alusel kehtestatud haigla liikide nõuetes nimetatud kohustuslike ja osutada võivate erialadega vastava tegevusloa olemasolul.“

2. Lugeda kehtiv RaKS § 36 lõige 5<sup>1</sup> lõikeks 5<sup>3</sup> ning täiendada RaKS § 36 lõikega 5<sup>1</sup> ja 5<sup>2</sup> järgmises sõnastuses:

„(5<sup>1</sup>) Kui käesoleva seaduse § 36 lõikes 5 nimetatud isikuga sõlmitud ravi rahastamise leping ei taga kindlustatud isikute vajadustele vastavat tervishoiuteenuste osutamist ja tervishoiuteenuste piirkondlikku võrdset kättesaadavust, korraldab haigekassa ravi rahastamise sõlmimiseks tervishoiuteenuste osutajate valikumenetluse (edaspidi valikumenetlus).

(5<sup>2</sup>) Valikumenetluses ei osale käesoleva seaduse § 36 lõike 5 ja 5<sup>3</sup> nimetatud tervishoiuteenuse osutajad.“

Samuti on vaja õigusakti tasandil reguleerida otsustamise kord, kuidas otsustatakse erialati, miks üks või teine eriala on HVA haiglale eelistamisele kuuluv või vastupidi, kui neid erialasid otsustatakse jätta. Kuna see võimaldab koondada kalleid seadmeid ja palju personali nõudvad teenused konkreetsesse haiglasse, kasutada ressursse efektiivsemalt ning arendada teenuseid. Samas peaks haiglal olema võimalus lubatava teenustepaketiga optimaalselt majandada.<sup>192</sup>

---

<sup>192</sup> Riigikontroll 2010, lk 43, p 163.

## **2. MITTERAHALINE TERVISHOIUTEENUSE HÜVITIS RAHALISE HÜVITISENA**

### **2.1 Mitterahaline tervishoiuteenuse hüvitis ja sellest rahalise hüvitise kujunemine**

Haigekassale on HKS § 2 lõike 2 punktiga 1 ja 3 pandud kohustus tagada ravikindlustuse korraldus ja ravikindlustushüvitiste võimaldamine. Ravikindlustust korraldab haigekassa alates 01. oktoobrist 2012.a jõustunud RaKS alusel, mis kehtib tänaseni koos muudatustega.

RaKS seaduseelnõu seletuskirja järgi on seaduse eesmärgiks tagada kindlustatud isikutele kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavus mõistliku hinnaga, jaotada efektiivsemalt ja otstarbekamalt ravikindlustuse rahalisi vahendeid, tugevdada ravikindlustuse kindlustusprintsipi, vähendada ravikindlustuse väärkasutamist ja reguleerida kindlustatute enda poolt teenuste tasumisel osalemist.<sup>193</sup>

Haigekassa täidab HKS § 3 lõige 1 punktides 1 ja 2 tulenevalt ravikindlustushüvitiste võimaldamise kohustust muuhulgas tervishoiuteenuste eest tasumiseks sõlmitavate lepingute kaudu neis ettenähtud teenuste eest vastavalt lepingu tingimustele ja rahaliste hüvitiste maksmisega.

Tervishoiuteenuste kättesaadavust tagamiseks on TTKS § 56 lõike 1 punkti 4 alusel ning kooskõlas § 66<sup>3</sup> lõigetega 1 ja 2 sotsiaalminister kehtestanud tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõuded<sup>194</sup> (edaspidi järjekorra nõuded).

Nagu esimeses peatükis öeldud, võtab haigekassa RaKS § 29 lõike 1, § 35 lõike 1 ja § 38 lõike 1 kohaselt kindlustatud isikult üle tasu maksmise kohustuse RRL-s ja õigusaktides sätestatud tingimustele ravijärjekorra andmete alusel nende tervishoiuteenuste eest, mis on kantud TTL-u ja on osutatud meditsiinilistel näidustustel. Seega on tervishoiuteenuste eest hüvitamise tingimusteks isiku ravikindlustatus ja ravijärjekorras olemine; teenus peab olema osutatud meditsiinilisel näidustustel, teenus peab olema kantud TTL-sse ja hüvitatakse

---

<sup>193</sup>Riigikogu. Ravikindlustuse seadus 914 SE. Seletuskiri. II seaduse eesmärk. 5. lõik. -

<http://www.riigikogu.ee/?page=eelnou2&op=ems2&eid=914&assembly=9&u=20150324135147> , 24.03.2015.

<sup>194</sup> Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõuded. SOMm 21.08.2008 nr 46. - RTL 2008, 73, 1019 ... RTL 2009, 96, 1438.

sealsetes hindades otse tervishoiuteenuse osutajale, kellel on teenuse ostamise ajal kehtiv RRL teenuse osutamiseks ja rahastamiseks haigekassaga.

Tervishoiuteenus on TTKS § 2 lõikest 1 tulenevalt tervishoiutöötaja tegevus haiguse, vigastuse või mürgistuse ennetamiseks, diagnoosimiseks ja ravimiseks eesmärgiga leevendada inimese vaevusi, hoida ära tema tervise seisundi halvenemist või haiguse ägenemist ning taastada tervist.

VÕS § 758 lõike 1 kohaselt kohustub tervishoiuteenuse osutamise lepinguga üks isik, tervishoiuteenuse osutaja, osutama oma kutsetegevuses teisele isikule, patsient, tervishoiuteenust, eelkõige vaatama patsiendi arstiteaduse reeglite järgi tema tervise huvides läbi, nõustama ja ravima patsienti või pakkuma patsiendile sünnitusabi, samuti teavitama patsienti tema tervisest ja ravi käigust ning tulemustest. Tervishoiuteenuse osutamine hõlmab ka patsiendi hooldamist tervishoiuteenuse osutamise raames, samuti muud tervishoiuteenuse osutamise otseselt seotud tegevust.

RaKS eelnõu seletuskirjast tulenevalt peab kindlustatud isik tasuma tervishoiuteenuse eest ainult haigekassa poolt üle võtmata kohustuse ulatuses (eelnõus nimetatud kui kindlustatud isiku omaosalus) ning eelnõus sätestatud juhtudel täiendavat lisatasu.<sup>195</sup> RaKS § 67 lõige 3 kinnitab nimetatud tahet, kuna sätte sõnastusest tulenevalt ei tohi haigekassaga RRL-u sõlminud tervishoiuteenuse osutaja nõuda, et kindlustatud isik osaleks TTL-u kantud tervishoiuteenuse eest tasumisel lisaks TTL-s, ravimite loetelus ja meditsiiniseadmete loetelus märgitud omaosaluse maksmisele muul viisil, kui käesolevas jaos sätestatud alustel ja ulatuses. Seega saab asuda seisukohale, et kindlustatud isik tasub tervishoiuteenuste eest vaid omaosalustasud ja ei muud.

Riigisiselt on hetkel kehtiva RaKS § 25 lõike 1 sõnastuse kohaselt 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 käesolevas seaduses sätestatud tingimustel maksma kindlustatud isikule tema tervishoiuks tehtud kulutuste eest ja ajutise töövõimetuse korral (rahaline hüvitis). Seega jagunevad ravikindlustushüvitised mitterahalisteks ja rahalisteks hüvitisteks.

---

<sup>195</sup> Riigikogu. Ravikindlustuse seadus 914 SE. Seletuskiri. II seaduse eesmärk. Seaduse eesmärk. - <http://www.riigikogu.ee/?page=eelnou2&op=ems2&eid=914&assembly=9&u=20150324135147> , 24.03.2015.

Mitterahaline ravikindlustushüvitis on RaKS § 25 lõike 1 ja 2 mõistes täielikult või osaliselt rahastatav haiguste ennetamiseks või raviks osutatud kvaliteetne ja õigeaegne tervishoiuteenus (tervishoiuteenuse hüvitis), vajalik ravim ja meditsiiniseade (ravimihüvitis ja meditsiiniseadmehüvitis), mida kindlustatud isikule võimaldavad samas seaduses sätestatud tingimustel haigekassa ja temaga vastava lepingu sõlminud isikud ehk kindlustatud isik ise midagi ei maksa, kuna tasu maksmise kohustuse võtab seadusest tulenevalt tema eest üle haigekassa.

RaKS eelnõu seletuskirja kohaselt on mitterahalise ravikindlustushüvitise mõiste kitsam ning selleks on haiguste ennetamiseks ja raviks osutatud tervishoiuteenus (tervishoiuteenuse hüvitis), sealhulgas alla 19-aasta vanuste isikute hambaraviteenus ning soodushinnaga müüdüd ravimid ja abivahendid (ravimihüvitis ja abivahendihüvitis).<sup>196</sup>

Nimetatud hüvitised on tänaseni mitterahaliste hüvitiste loetelus.

RaKS eelnõu seletuskirjas on selgitatud mitterahalise hüvitise võimaldamise põhimõtet, mille kohaselt võimaldatakse kindlustatud isikule õnnetuse või haiguse korral tervishoiuteenuse või ravimi saamine, mitte ei hüvitata temale tervishoiuteenuse või ravimi saamiseks tehtud kulutusi (teenuste osutamise printsiip; *benefit in kind*; *Sachleistungsprinzip*). Teenuste osutamise printsiip teenib samuti kindlustatud isikute huve. Kindlustatud isik ei pea raha koguma, et tervishoiuteenuse eest maksta ning kunagi haigekassalt makstud raha tagasi saada, st makseraskuste riski kannab haigekassa.<sup>197</sup>

Jätkuvalt on tingimuseks, et tervishoiuteenuse hüvitis hõlmab ainult neid tervishoiuteenuseid, mis on kantud Vabariigi Valitsuse poolt kehtestavasse Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetellu, s.t. haigekassa võtab kindlustatud isikult üle ainult nimetatud loetelusse kantud tervishoiuteenuste osutamise eest tasu maksmise kohustuse ja teeb seda vastavalt loetelus sätestatud piirmäärale.<sup>198</sup>

Tervishoiuteenuste loetellu kantakse ka hambaraviteenused. Loetellu märgitud hindade alusel on hambaraviteenuse osutaja kohustatud ravima alaealiste ja teatud juhtudel ka täisealiste

---

<sup>196</sup> Riigikogu. Ravikindlustuse seadus 914 SE. Seletuskiri. IV ptk Rakendussätted. Ravijärjekorra pikkus. - <http://www.riigikogu.ee/?page=eelnou2&op=ems2&eid=914&assembly=9&u=20150324135147> , 24.03.2015.

<sup>197</sup> Samas.

<sup>198</sup> Samas.

kindlustatud isikute hambaid. Hambaraviteenuste osas on eesmärk tagada tasuta hambaravi kuni 19-aastastele kindlustatutele.<sup>199</sup>

Riigisiselt on hetkel kehtivad rahaliste ravikindlustushüvitistena RaKS § 25 lõikes 4 sätestatud ajutise töövõimetuse hüvitis, täiskasvanute hambaraviteenuse hüvitis, täiendav ravimihüvitis ning väljaspool ravijärjekorda osutatud tervishoiuteenuse hüvitis ja piiriülese tervishoiuteenuse hüvitis.

Nagu sättest näha, on seadusandja aga teinud erandi hambaraviteenuste puhul, mis on ka tervishoiuteenused, ja lubanud neid käsitleda rahalise hüvitisena, pannes aga piirangu inimeste seisundist tulenevalt ja summaliselt.

Ka juba eelnõus on rahaliste hüvitistena käsitletud ajutise töövõimetuse hüvitist, täiskasvanute hambaraviteenuse hüvitist ja sõidukulu hüvitist.<sup>200</sup>

Olgu juba kohe ära öeldud, et sõidukulu hüvitis ei ole kunagi rakendunud. Nimelt RaKS üleminekusätete § 90 lõike 5 kohaselt pidi § 64 jõustuma 01.01.2005. a., kuid 16.12.2004. a. seaduse muudatusega<sup>201</sup> tunnistati säte ka juba 01.01.2005. a. alates kehtetuks. Riigikogu sotsiaalkomisjoni erakorralise istungi protokoll nr 137 punktis 3 toodud selgituste kohaselt oli sõidukulude hüvitamise sätestamise eesmärgiks tagada kindlustatud isikutele tervishoiuteenuste kättesaadavus seoses tervishoiureformi käigus planeeritud eriarstiabi kontsentreerimisega suurematesse keskustesse. Samas pole Vabariigi Valitsus ette näinud sotsiaaltoetuste kaudu vähekindlustatud inimestele sõidukulude hüvitamist. Seetõttu ei ole põhjendatud sõidukuluhüvitise kehtestamata jätmise.<sup>202</sup>

Seaduse vastuvõtmisele eelnenud vaidlustes kaaluti täiskasvanute hambaravi hüvitamise puhul nelja võimalust: 1) peaaegu tasuta hambaravi kõikidele kindlustatud isikutele väikese omaosalusega; 2) piiratud mahus hambaraviteenuse osutajate valik, keda rahastatakse ainult haigekassaga sõlmitud lepingute alusel igas geograafilises piirkonnas, tagades sellega madala sissetulekuga isikutele hambaravi kättesaadavuse; 3) teenuseosutajate vaba valik ja teenuste

---

<sup>199</sup> Riigikogu. Ravikindlustuse seadus 914 SE. Seletuskiri. IV ptk Rakendussätted. Ravijärjekorra pikkus. - <http://www.riigikogu.ee/?page=eelnou2&op=ems2&eid=914&assembly=9&u=20150324135147> , 24.03.2015.

<sup>200</sup> Samas.

<sup>201</sup> Ravikindlustuse seaduse ja Eesti Haigekassa seaduse muutmise seadus. - RT I 2004, 89, 614.

<sup>202</sup> Riigikogu sotsiaalkomisjoni erakorralise istungi protokoll nr 137. 09.12.2004.a. - [http://www.riigikogu.ee/?op=emsplain2&content\\_type=text/html&page=mgetdoc&itemid=043450006](http://www.riigikogu.ee/?op=emsplain2&content_type=text/html&page=mgetdoc&itemid=043450006) , 31.03.2015.

eest ise tasumine, mida haigekassa kompenseerib tagantjärele piiratud mahus; ja 4) täiskasvanute hambaravi ravikindlustuse vahenditest ei rahastata. Valik langes kolmandale alternatiivile. Esimese alternatiivi puhul leiti, et riiklikest vahenditest seda rahastada ei suudeta, teised kaks võimalust olid aga poliitiliselt vastuvõetamatud.<sup>203</sup>

Eelnõuseletuskirjas märgitakse ja põhjendatakse, et täiskasvanute hambaravi on aga üldjuhul rahaline hüvitis, st iga täiskasvanud kindlustatud isik hakkab haigekassalt iga-aastaselt tagasi saama teatava summa piires raha, mis kindlustatud isik sellel aastal kulutas hambaravile. Kuna kindlustatud isikule hüvitatakse ainult kantud kulud, siis motiveeritakse seeläbi kindlustatud isikut igal aastal pöörduma hambaarsti juurde. Iga-aastane hambaarsti poole pöördumine hoiab hambad pidevalt terved, ning vähendab inimese ühekordseid kulusid hambaravile. Täiskasvanute hambaraviteenuse hüvitise puhul kehtestab sotsiaalminister summa, mille ulatuses hüvitatakse kalendriaastas täiskasvanud kindlustatud isikule tema poolt hambaraviteenusele tehtud kulutused.<sup>204</sup>

Kui täiskasvanute hambaravi hüvitatavate teenuste loetelust 2003. aastal välja arvati, asendati see kindlaksmääratud ülempiiriga rahalise hüvitisega, et hüvitada kaudselt iga-aastase ennetava kontrolli kulud.<sup>205</sup>

Rahalise ressursi nappuses on nimetatud hüvitise liigile 01. jaanuarist 2009. a. kehtestatud piirangud. Hüvitist saavad vaid riikliku pensionikindlustuse seaduse alusel määratud töövõimetuspensioni või vanaduspensioni saavad isikud ja üle 63-aastased kindlustatud isikud, rasedad, alla üheaastase lapse emad ja isikud, kellel on tekkinud talle osutatud tervishoiuteenuse tagajärjel suurenenud vajadus saada hambaraviteenust. Varem said hüvitist kõik täiskasvanud.<sup>206</sup> Siit nähtub omakorda seadusandja tahe teha tervishoiuteenustes kui mitterahalistes hüvitistes erandeid nende rahaliseks hüvitiseks kehtestamisel, kuid takistuseks võib osutada rahaline ressurss.

Algsest RaKS eelnõust puudub kaks rahalist hüvitist. Täiendav ravimihüvitis lisandus 2004. a ning patsiendiõiguste direktiivist tulenevalt piiriülese tervishoiuteenuse hüvitis patsiendiõiguste direktiivi rakendumisega. Arvestades rahaliste hüvitiste loetelu täiendamist

---

<sup>203</sup> Koppel /van Ginneken (viide 19), lk 100.

<sup>204</sup> Riigikogu. Ravikindlustuse seadus 914 SE. Seletuskiri. IV ptk Rakendussätted. Ravijärjekorra pikkus. - <http://www.riigikogu.ee/?page=eelnou2&op=ems2&eid=914&assembly=9&u=20150324135147>, 24.03.2015.

<sup>205</sup> Koppel /van Ginneken (viide 19), lk 245.

<sup>206</sup> RaKS § 63 lg 1 sõnastus enne 1.01.2009. Haigekassa hüvitab vähemalt 19-aastasele kindlustatud isikule ühe kalendriaasta jooksul hambaraviteenuste eest tasutud summa sotsiaalministri määrusega kehtestatud määras, tingimustel ja korras. - <https://www.riigiteataja.ee/akt/13009951>, 29.03.2015.

peale seaduse vastuvõttu, on seadusandja tahe aja jooksul vajadusest tingituna ja võimaluste tekkides muutunud ja rahaliste hüvitiste loetelu on täiendatud. Seega vajaduse ja võimaluste tekkides on võimalik seadusandja tahte muutus mitterahaliste hüvitiste rahalisena kehtestamisel.

Tervishoiuteenuste osutamine ja saamine ei ole vaid riigisisene, vaid isikute vaba liikumisest tulenevalt võib teenust saada ka väljaspool Eestit, sh EL liikmesriigis.

Töö sissejuhatuses sai nenditud, et tervishoiuteenuse osutamise ja saamise võib liigitada riigisiseseks ja mõnes teises riigis saadavaks, sh EL liikmesriigis, samuti ambulatoorselt ja statsionaarselt osutatavaks. Nii Eestis osutatav kui ka piiriülene tervishoiuteenus liigituvad veel omakorda vältimatuks abiks, vajaminevaks arstiabiks ja plaaniliseks arstiabiks.

Tervishoiuteenuse saamise kohal ja selle liigitusel sisu järgi on roll tervishoiuteenuste hüvitamisel.

Hüvitamisel võivad oluliseks osutada ka kehtestatud muud piirangud. Üheks neist on eelluba ning riigisiselt on väljaspool Eesti Vabariiki tervishoiuteenuse saamine ja selle hüvitamine eelloa alusel reguleeritud RaKS kolmes paragrahvis: § 27, § 27<sup>1</sup> ja § 36 lõige 3. Paragrahv 27 määratleb välisriigis plaanilise abi<sup>207 208</sup> võimaldamise korra ja tingimused, paragrahv 27<sup>1</sup> käsitleb eelloa alusel välisriigis osutatud tervishoiuteenuse hüvitamist ning § 36 lõige 3 annab haigekassale õiguse sõlmida RRL ka välisriigis asuva tervishoiuteenuse osutajaga. Sellisele lepingule kohaldatakse kokkuleppehindasid, mis on üldjuhul teise riigi teenuse hind, isegi kui teenus sisaldub TTL-is.

Töö autor ei käsitle käesoleva peatüki alapunktides vältimatut arstiabi ega paragrahvides § 27, § 27<sup>1</sup> ja § 36 lõikes 3 seonduvat, vaid puudutab põgusalt teises liikmesriigis ajutisel viibimisel tekkinud vajaminevat tervishoiuteenust ja selle hüvitamist ning keskendub liikmesriigis ja Eestis osutatud vajamineva ja plaanilise tervishoiuteenuse kulude hüvitamisele.

EL liikmesriikides osutatud tervishoiuteenustega seonduvat reguleerib EL liikmesriikide sotsiaalkindlustusõigusi tagav seadusandlus. See on riigiti erinev ning seetõttu on EL välja töötanud ühtsed reeglid. Alates 01. maist 2010.a. kuuluvad rakendamisele neli kehtivat

---

<sup>207</sup> mitterahaliste hüvitiste saamine pädeva riigi loa alusel.

<sup>208</sup> RaKS jõustus 01.10.2002, seega enne Eesti ühinemist EL- ga ning oli välisriigis ravi võimaluse kord olemas.

õigusakti: kaudselt Asutamisleping<sup>209</sup>, Euroopa Parlamendi ja nõukogu määruse (EÜ) nr 883/2004<sup>210</sup> (edaspidi Määrus 883/2004), määrus nr 987/2009<sup>211</sup> (edaspidi Määrus 987/2009) ning Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2011/24/EL, patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius (edaspidi patsiendiõiguste direktiiv).<sup>212</sup> Viimane neist võeti vastu 9. märtsil 2011. a ning on jõustunud ja direktiivi artikli 21 punkt 1 kohaselt pidid liikmesriigid direktiivi järgimiseks vajalikud õigus - ja haldusnormid jõustama hiljemalt 25. oktoobriks 2013.a.

Patsiendiõiguste direktiivi artikli 3 punkti a kohaselt on tervishoiuteenus teenused, mida tervishoiutöötajad osutavad patsientidele, et hinnata, säilitada või taastada nende terviseseisundit, sealhulgas ravimite ja meditsiiniseadmete väljakirjutamine, väljastamine ja nendega varustamine.

Sama direktiivi kulude hüvitamise üldpõhimõtete artikkel 7 punkti 1 kohaselt ilma et see piiraks Määrus nr 883/2004 kohaldamist ja kui artiklites 8 ja 9 ei ole sätestatud teisiti, tagab kindlustajaliikmesriik (käesoleval juhul Eesti) piiriüleseid tervishoiuteenuseid saanud isiku kantud kulude hüvitamise, kui asjaomane teenus kuulub hüvitiste hulka, millele kindlustatud isikul on õigus kindlustajaliikmesriigis. Patsiendiõiguste direktiiv ei tee seega vahet mitterahalisel ja rahalisel ravikindlustushüvitisel, vaid see lähtub liikmesriigi õigusest.

Tervishoiuteenused on seni olnud riigisiseses mõistes mitterahalised hüvitised (v.a täiskasvanute hambaraviteenuse hüvitis), kuid patsiendiõiguste direktiivi õigus- ja haldusnormide jõustamise kohustusest tulenevalt alates 25. oktoobrist 2013. a. on teatud tingimuste olemasolul tervishoiuteenused hüvitatavad rahalistena ja seega rahaliste hüvitistena sätestatud. Selliseks on piiriülese tervishoiuteenuse hüvitis.

Riigisisesele mitterahalise hüvitise rahalisena hüvitamine sätestatud RaKS-se § 66<sup>1</sup> kuni 66<sup>4</sup>, vastavalt siis väljaspool ravijärjekorda osutatud tervishoiuteenuse hüvitis, piiriülese

---

<sup>209</sup> Euroopa Liit- Euroopa Liidu ja Euroopa Ühenduse Asutamislepingu Konsolideeritud versioonid. 29.12.2006-ELT C321E/1.

<sup>210</sup> Euroopa Parlamendi ja nõukogu määrus (EÜ) nr 883/2004 Sotsiaalkindlustussüsteemi-de koordineerimise kohta (EMPs ja Šveitsis kohaldatav tekst). 29. aprill 2004. - ELT L 200, 07.06.2004.

<sup>211</sup> Euroopa Parlamendi ja nõukogu määrus (EÜ) nr 987/2009, milles sätestatakse määruse (EÜ) nr 883/2004 (sotsiaalkindlustussüsteemide koordineerimise kohta) rakendamise kord. 16. september 2009. - ELT L 284, 30.10.2009.

<sup>212</sup> Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2011/24/EL, patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. 9. märts 2011. - ELT L 088, 04.04.2011.

tervishoiuteenuse hüvitis ja selle eelloa tingimused ning hüvitamise piirangud. Esimene neist ei ole käesoleval hetkel veel rakendunud.

Esmalt vaatab töö autor mitterahalise ravikindlustushüvitise (tervishoiuteenuse hüvitise) piiriülese tervishoiuteenuse rahalisena hüvitamist ja seejärel keskendub väljaspool järjekorda osutatud tervishoiuteenuse (edaspidi VJOTT) rahalisena hüvitamisele ning leiab vastuse hüpoteesile – RaKS § 66<sup>1</sup> võimaldab hüvitada haigekassa kindlustatule väljaspool ravijärjekorda osutatud tervishoiuteenuse kulud ja seeläbi puudub vajadus RaKS-e muutmiseks.

## 2.2 Piiriülese tervishoiuteenuse hüvitis

Kindlustatud patsientide õigust saada hüvitist teises liikmesriigis osutatud tervishoiuteenustega seotud kulude eest sotsiaalkindlustuskeemi kaudu on Euroopa Kohus tunnustanud mitmes kohtuotsuses<sup>213</sup>.

Patsiendiõiguste direktiivi artikli 21 punkt 1 kohaselt pidid EL liikmesriigid direktiivi järgimiseks vajalikud õigus- ja haldusnormid jõustama hiljemalt 25. oktoobriks 2013. a. Sinnani toimus teises liikmesriigis saadud tervishoiuteenuste hüvitamine pädevate sotsiaalkindlustusasutuste vahel mitterahaliste hüvitistena Määruse 883/2004 või RaKS § 27 alusel.

Eestisse ülevõetuna seisneb piiriülese tervishoiuteenuse hüvitamise peamine erinevus riigisisest korraldusest selles, et tervishoiuteenus (samuti ravimi ja meditsiiniseadme) hüvitatakse, selle asemel, et võtta tasumise kohustust üle, nagu see on riigisisese tervishoiuteenuse puhul.<sup>214</sup>

Seega saavad haigekassas kindlustatud isikud seoses patsiendiõiguste direktiivi õigus- ja haldusnormide jõustamisega alates 25.oktoobrist 2013.a. taotleda haigekassalt rahalist hüvitist teises EL liikmesriigis osutatud ja saadud tervishoiuteenusete eest.

---

<sup>213</sup> EKo 28.04.1998, C-145/03, *Kohll* : EKo 28.04.1998, C-120/95, *Decker*; EKo 12.07.2001, C-368/98, *Vanbraekel*; EKo 12.07.2001, C-157/99, *Geraets-Smits ja Peerbooms*; EKo 23.10.2003, C-56/01, *Inizian*; EK 18.03.2004, C-8/02, *Leichtle*; EKo 13.05.2003, C-385/99, *Müller-Faure ja van Riet*; EKo 16.05.2006, C-372/04, *Yvonne Watts*.

<sup>214</sup> S. Allikmets. Kas ravi välismaal on igäihte teoreetiline õigus või praktiline võimalus? Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiivi 2011/24/EL Eesti õigusesse ülevõtmise mudel. - *Juridica* V/2014. Lk 359.

See omakorda tähendab, et esialgu tuleb kõik kulud ise kanda, rahalist hüvitist haigekassalt on võimalik taotleda pärast teenuse osutamist ning vajalike dokumentide esitamist. Tegemist on TTKS § 50<sup>3</sup> lõikest 4 tuleneva kohustusega hüvitada piiriülese tervishoiuteenuse osutamisega kaasnevad kulutused RaKS sätestatud korras ehk RaKS-e §-des 66<sup>2</sup> kuni § 66<sup>4</sup> sätestatud piiriülese tervishoiuteenuse hüvitisega.

Patsiendiõiguste direktiivi esialgse sõnastuse artikkel 4 alapunkti b kohaselt oli piiriülene tervishoiuteenus tervishoiuteenus, mida ei osutata liikmesriigis, kus patsient on kindlustatud, või tervishoiuteenus, mida ei osutata liikmesriigis, kus tervishoiuteenuse osutaja asub või kus ta on registreeritud või asutatud.<sup>215</sup> Viimases jõustunud sõnastuse artikkel 3 punkti e kohaselt on piiriüleseks tervishoiuteenuseks nimetatud muus liikmesriigis kui kindlustajaliikmesriigis osutatud või määratud tervishoiuteenus.<sup>216</sup>

Riigisiselt on piiriülese tervishoiuteenuse mõiste sätestatud TTKS § 50<sup>3</sup> lõikes 1, mille kohaselt on piiriülene tervishoiuteenus RaKS § 5 tähenduses kindlustatud isikule teises EL liikmesriigis määratud või osutatud tervishoiuteenus ning selle raames retseptiravimite ja meditsiiniseadmete väljakirjutamine ja väljastamine või teises EL liikmesriigis ravikindlustusega hõlmatud isikule Eestis määratud või osutatud tervishoiuteenus, sealhulgas apteegiteenuse osutamisel retseptiravimite väljastamine ja meditsiiniseadmete müük meditsiiniseadme kaardi alusel.

Sama seaduse sama paragrahvi lõike 2 kohaselt peetakse piiriülese tervishoiuteenuse puhul kindlustajaliikmesriigina silmas EL liikmesriiki, kes on pädev andma kindlustatud isikule eeloa vajaliku tervishoiuteenuse saamiseks väljaspool elukohaliikmesriiki vastavalt samas sättes loetletud EL õigusaktidele või kus isik on kindlustatud või kus tal on õigus saada ravikindlustushüvitist vastavalt selle liikmesriigi õigusaktidele.

Ravi osutav liikmesriik on aga TTKS § 50<sup>3</sup> lõike 3 kohaselt sama teenuse puhul EL liikmesriik, kelle territooriumil patsiendile tervishoiuteenust osutatakse. Telemeditsiini puhul loetakse, et tervishoiuteenust osutatakse liikmesriigis, kus tervishoiuteenuse osutaja on asutatud.

---

<sup>215</sup> Euroopa Ühenduste Komisjon. Ettepanek: Euroopa Parlamendi ja Nõukogu direktiiv patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. KOM(2008) 414 lõplik. 02. juuli 2008. - <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0414:FIN:ET:DOC>, 03.03.2013.

<sup>216</sup> Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2011/24/EL, patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. 9. märts 2011. - ELT L 088, 04.04.2011.

Tervishoiuteenuse rahastamise ja hüvitise saamise seisukohalt on oluline vahet teha, kas tervishoiuteenust teises liikmesriigis osutati vajamineva või plaanilise arstiabina, sest sellest sõltub, kas hüvitamine toimub Määruse 883/2004 või patsiendiõiguste direktiivi alusel.

Plaanilise tervishoiuteenuse<sup>217</sup> rahastamiseks välisriigis on haigekassalt võimalik taotleda eeluba kahe erineva põhimõtte alusel. Need on RaKS § 27<sup>1</sup> lõike 1 ja Määruse 883/2004 alusel teatud eelduste täidetavuse olemasolul. Rohkem töö autor eelloaga ravile minekul ei peatu.

Kui tervishoiuteenused on osutatud eelloata plaanilise arstiabina ehk ravi eesmärgil teise riiki minekul, ei kuulu sellised teenused hüvitamisele Määruse 883/2004 alusel<sup>218</sup> rahalistena, küll aga mitterahalistena, samas rahalistena hüvitamisele aga patsiendiõiguste direktiivi alusel.

Vajamineva arstiabi korral on Euroopa Liidu liikmesriigis osutatud tervishoiuteenuse rahalist hüvitamist võimalik taotleda samuti kahel erineval alusel ehk Määruse 883/2004 alusel vastavalt ravi osutanud riigi hinnakirjale või patsiendiõiguste direktiivist tulenevalt Eestis jõustatud RaKS §-s 66<sup>2</sup> sätestatult TTL alusel.

Piiriülese tervishoiuteenuse hüvitise taotlemise, taotluse menetlemise ja hüvitise maksmise korra (edaspidi piiriülese tervishoiuteenuse hüvitamise kord) § 2 kohaselt tuleb hüvitise saamiseks haigekassale esitada tagasimakse taotlus<sup>219</sup>, mis on kättesaadav ka klienditeenindusbüroodes ja Eesti Posti postkontorites, tervishoiuteenuse originaalarved, retsepti(de) koopia(d), maksmist tõendavad dokumendid, raviloo kokkuvõtte/epikriis originaali või koopiana ning saatekiri või selle koopia. Saatekirja ei pea lisama trauma korral või silmahaiguste, naha- ja suguhaiguste, günekoloogia, psühhiaatria korral või seoses tuberkuloosiga.<sup>220</sup>

Hüvitise saamise mõte seisneb selles, et tagasimakse taotlemiseks peavad raviteenuse arved ning retseptid olema makstud. Taotlusele lisatud maksmata arveid haigekassa ei menetle.

---

<sup>217</sup> Teise riiki mineku eesmärgiks on end seal ravida ehk isiku ravivajadus tekib ühes riigis ja ravi saab teises riigis. Siia alla ei kuulu teatud kroonilised haigused ja rasedus, mis on kokkuleppeliselt liigitatud vajamineva arstiabi alla. Töö autori märkus.

<sup>218</sup> Eesti Haigekassa. Euroopa liidu ravikulude tagasimakse. - <https://www.haigekassa.ee/et/euroopa-liit/arstiabi-valisriigis/euroopa-liidu-ravikulude-tagasimakse-0> , 03.03.2015.

<sup>219</sup> Lisa 1. Eesti Haigekassa. Avaldus Euroopa liidu tervishoiuteenuste kulu tagasimakseks.

<sup>220</sup> Piiriülese tervishoiuteenuse hüvitise taotlemise, taotluse menetlemise ja hüvitise maksmise kord. SOMm 17.01.2014 nr 6. - RT I, 21.01.2014, 9 ... RT I, 21.01.2014, 9.

Määruse 883/2004 alusel saab tasutud teenuse eest hüvitist vaid juhul, kui tegemist oli vajamineva arstiabiga ajutiselt teises riigis viibides ehk vajadus arstiabi järgi tekkis juba teises riigis viibides. Otsuse ravi vajalikkuse kohta teeb välisriigi arst, võttes arvesse meditsiinilist põhjendatust, eeldatava viibimise kestust ja tervishoiuteenuse olemust. Vajadus tagasiulatava hüvitamise järgi võib tekkida näiteks juhul kui isikul ei olnud kaasas Euroopa Ravikindlustuskaarti. Selle sätte alla ei kuulu teise riiki minek sellel eesmärgil, et seal end ravida.<sup>221</sup>

Määruse 883/2004 alusel hüvitamisel tuleb veel silmas pidada asjaolu, et hüvitamisele kuulub vaid tervishoiuteenus, mis on osutatud riikliku ravikindlustussüsteemiga hõlmatud raviautustes.<sup>222</sup>

Taotluse saamisel teeb haigekassa järelepärimise isikut ravinud riiki ja sealt tulnud vastavale infole, kannab hüvitatava summa isiku pangaarvele või keeldub hüvitamast. Hüvitamise või mittehüvitamise otsuse teeb tervishoiuteenust osutanud riik oma seadusandluse põhjal ning hüvitatakse vastavalt ravi osutanud riigi hindadele.

Haigekassa teavitab oma kodulehel, et taotluse menetlemine võtab aega vähemalt 6 kuud.<sup>223</sup>

Piiriülese tervishoiuteenuse hüvitamise korra § 3 kohaselt on Määruse 883/2004 alusel hüvitise taotlemisel taotluse menetlemise tähtaeg kolm kuud. Juhul, kui taotlusega seotud asjaolude väljaselgitamiseks on vaja menetlemise tähtaega pikendada, tuleb sellest taotlejat teavitada ning tähtaega võib pikendada kuni kuue kuuni.

Töö autor on seisukohal, et nimetatud tähtaja pikendamist tuleb vaagida iga taotluse puhul eraldi ning ka teavitada eraldi. Sellisel viisil kodulehe kaudu teavitamise piisavaks pidamine ei ole õiguspärane, on vaid eelnevalt teavitamine, et nii võib juhtuda. Töö autorile teadaolevalt ei ole menetluse tähtaega vaja pikendada olnud ega seda ka tehtud.<sup>224</sup>

---

<sup>221</sup> Eesti Haigekassa. Euroopa liidu ravikulude tagasimakse. - <https://www.haigekassa.ee/et/euroopa-liit/arstiabi-valisriigis/euroopa-liidu-ravikulude-tagasimakse-0> , 03.03.2015.

<sup>222</sup> Samas.

<sup>223</sup> Samas.

<sup>224</sup> Küsitletud 22.04.2015.a. suuliselt taotlusi menetleva haigekassa Harju osakonna juristi M. Sarapit.

Patsiendiõiguste direktiivi alusel hüvitamisel ei ole selliseid piiranguid nagu Määruses 883/2004, kuna õigus on saada hüvitist nii plaanilise kui ka vajamineva arstiabi puhul ning nii riiklikus kui ka eraraviasutuses teenuste osas, mis on osutatud peale 25. oktoobrit 2013.a.<sup>225</sup>

Patsiendiõiguste direktiivi artikkel 67 lõige 4 punkt 1 sätestab piiriülese tervishoiuteenuse kulude hüvitamise minimaalse ulatuse, s.o ulatuses, mis kuuluks hüvitamisele kindlustajariigi hinnakirja alusel, kui sama tulemuslikku ravi oleks osutatud kindlustajariigi territooriumil, ületamata seejuures tervishoiuteenuse tegelikku maksumust<sup>226</sup>. Nimetatud säte sisaldab küll piiranguid, kuid mitte samu, mis Määrus 883/2004.

Sättest tulenevalt võib patsiendiõiguste direktiivi kohaselt kindlustajariik otsustada hüvitada piiriülese tervishoiuteenuse kogukulu, isegi kui see kulu ületab maksumuse, mida oleks hüvitatud juhul, kui seda tervishoiuteenust oleks osutatud tema territooriumil. Isiku suhtes oleks see positiivne otsustus, kui see ei mõjuta kindlustajariigi finantsilist võimekust. Õigusselguse eesmärgil on õiguslikult reguleeritud, millises ulatuses ja kellele Eesti riik piiriülesele osutatud tervishoiuteenuseid hüvitab.

Seega hüvitatakse üksnes neid tervishoiuteenuseid, mida isikul on õigus saada ka Eestis haigekassa kulul ning samadel alustel nagu saades seda tervishoiuteenust Eestis. Hüvitamise aluseks on Eesti õigusaktid ja Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelus sätestatud hinnad. Samuti on õigus taotleda hüvitist välisriigis ostetud ravimite ja meditsiiniseadmete eest, mis on kantud soodusravimite või kompenseeritavate meditsiiniseadmete loetellu ning millele oleks isikul õigus ka Eestis saada soodustust.<sup>227</sup>

Patsiendil tuleb seega arvestada, et haigekassa maksab hüvitist TTL hindades, mitte teenust osutanud riigi teenuse osutaja hinnakirja alusel. Kui teenust osutanud riigi tervishoiuteenuse osutaja tervishoiuteenuse maksumus on suurem kui TTL-is olev summa, jääb tekkinud hinnavahe isiku enda kanda. Samuti jäävad isiku kanda omaosaluse, sõidu- ja muud kulud, mida ei hüvitata patsiendile Eestis sama tervishoiuteenuse saamise korral.

Teise riigi tervishoiuteenuse osutaja teenused (uuringud, analüüsid) võivad küll seal riigis kuuluda teenustepaketi hulka, kuid kui Eestis ei ole need antud seisundi puhul hüvitatavad, ei

---

<sup>225</sup> Eesti Haigekassa. Euroopa liidu ravikulude tagasimakse. - <https://www.haigekassa.ee/et/euroopa-liit/arstiabi-valisriigis/euroopa-liidu-ravikulude-tagasimakse-0> , 03.03.2015.

<sup>226</sup> „Vähemalt „ samas ulatuses - annab õiguse hüvitada ka suuremas määras. Töö autori märkus.

<sup>227</sup> Eesti Haigekassa. Euroopa liidu ravikulude tagasimakse. - <https://www.haigekassa.ee/et/euroopa-liit/arstiabi-valisriigis/euroopa-liidu-ravikulude-tagasimakse-0> , 03.03.2015.

ole haigekassal võimalik neid kulusid hüvitada. Seega riigiti on teenuste hinnad erinevad ja ka osutatavad teenused ning ravivõtted<sup>228</sup>. Töö autori toob näite menetlusest<sup>229</sup>, kus isik pöördus rektumi adenokartsinoomi<sup>230</sup> diagnoosiga ravi saamiseks Saksamaale ja talle osutati teenus maksumusega 12 173,80 eurot, mille hüvitamist peale maksmist haigekassalt taotles. Haigekassa hüvitas taotletud summast 3642,94 eurot.

Samuti on teise liikmesriiki arstile pöördudes vajalik eriarsti saatekiri, seda samadel alustel nagu Eestis arsti vastuvõtule minnes. Hüvitist ei maksta tervishoiuteenuste eest, mis on Eestis kindlustatud patsiendi jaoks tasulised (näiteks täiskasvanute hambaravi) või ei ole patsiendile lähtuvalt tema tervises seisundist näidustatud.<sup>231</sup>

Taotluse menetlemine võtab aega keskmiselt 3 kuud.<sup>232</sup>

Et inimesed saaks võimalikult palju infot piiriülese ravi kohta, luuakse kõigis EL liikmesriikides info jagamiseks kontaktpunktid. Sealt saab infot välismaise ravi kohta, samuti saavad teiste riikide kodanikud infot kohaliku arstiabi kohta – ravi saamise tingimused, hüvitised, teises liikmesriigis kasutamiseks mõeldud retseptidele kantavad andmed jne.<sup>233</sup> Samuti on võimalik saada vastuseid oma küsimustele telefoni ja kirja teel<sup>234 235 236</sup>.

Haigekassa on toonud ära oma kodulehel hüvitiste võrdlustabeli, mis on tutvumise lihtsustamiseks tööle lisatud.<sup>237</sup>

Töö autor on seisukohal, et plaanilise ravina tervishoiuteenuste osutamisel annab Määrus 883/2004 isikutele eelised: patsient ei pea ravi eest tasuma, kulude hüvitamine toimub pädevate sotsiaalkindlustuste asutuste vahel. Samal ajal, kui patsiendiõiguste direktiivi alusel

---

<sup>228</sup> Näiteks rinnanäärme operatsioon seoses vähiga. Eestis kasutatakse raviks keemiaravi kiiritusravi ja operatsioone. Mujal ka kuumateraapiat ehk termoteraapiat, mida aga haigekassa hinnakirja alusel ei hüvitata. Töö autori märkus.

<sup>229</sup> Töö autori valduses.

<sup>230</sup> Pärakuvähk. Töö autori märkus.

<sup>231</sup> Eesti Haigekassa. Euroopa liidu ravikulude tagasimakse. - <https://www.haigekassa.ee/et/euroopa-liit/arstiabi-valisriigis/euroopa-liidu-ravikulude-tagasimakse-0> , 03.03.2015.

<sup>232</sup> Samas.

<sup>233</sup> Sotsiaalministeerium. Piiriülese tervishoiuteenuse riiklik kontaktpunkt. - <http://kontaktpunkt.sm.ee/avaleht.html> , 20.03.2015.

<sup>234</sup> Lisa 2. Eesti Haigekassa. Infopäring Euroopa Liidu tervishoiuteenuste kulu tagasimaksete kohta.

<sup>235</sup> Lisa 3. Eesti haigekassa. Vastus infopäringule EL tervishoiuteenuste kulu tagasimaksete kohta.

<sup>236</sup> Eesti Haigekassa. Direktiiv patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses. - <https://www.haigekassa.ee/et/euroopa-liit/arstiabi-valisriigis> , 16.03.2015.

<sup>237</sup> Eesti Haigekassa. Ravivõimaluste ja hüvitiste võrdlustabel. Lisa 4.

peab patsient tervishoiuteenuste kulud enne hüvitamist ise tasuma. Tervishoiuteenuse osutamisel vajamineva ravina annab hüvitamisel samuti eelise Määrus 883/2004, kuna tervishoiuteenus hüvitatakse teenust osutanud riigi hindades ja hinnakirja alusel, kuid patsiendiõiguste direktiivi alusel hüvitaja riigi, praegusel juhul Eesti, hindades ja hinnakirja alusel.

Patsiendiõiguste direktiivi preambuli punkti 31 kohaselt tuleb patsiendile (hetkel taotlejale) tagada sotsiaalkindlustussüsteemide koordineerimist käsitlevate määrustega soodsamad õigused, kui nende tingimused on täidetud ja kui patsient ei ole selgesõnaliselt soovinud saada ravi käesolevas direktiivis sätestatud tingimustel. Juhul, kui ta seda on, siis peaks hüvitamine piirduma patsiendiõiguste direktiivi alusel kohaldatavate hüvitistega.

Töö autorile teadaolevalt kohaldab haigekassa praktikas eelduste täidetavuse korral isikule soodsamat hüvitamist.

Huvi võib pakkuda, et esimese taotluse koos välismaise raviarvega sai haigekassa vaid mõni päev pärast direktiivi jõustumist ehk 30.oktoobril ning seisuga 11.02.2014. a. oli esitatud ligi veerandsada avaldust nii kirurgia, neurokirurgia, onkoloogia erialal konsultatsioonide, operatsioonide, taastusravi ja ravimite hüvitamiseks kui ka lühinägelikkuse laserkorrektsiooni protseduuriks. Algsete taotluste põhjal sooviti peamiselt Soomes, Leedus ja Saksamaal osutatud ravi hüvitamist ning suurim ühe isiku erinevate arvete kogumaksumus on olnud kokku 24 000 eurot.<sup>238</sup>

Kokku on haigekassa 2014. aastal hüvitanud direktiivi alusel 69 taotlust summas 101 043 eurot. Negatiivseid otsuseid on tehtud kokku 15, kuna ei ole lisatud nõutavaid dokumente (saatekiri, epikriis) või ei ole tegemist Eestis hüvitatava teenusega. Tervishoiuteenuste saamiseks on külastatud Saksamaad 22 ja Soomet 19 korda. Veel on käidud ravil Lätis, Leedus, Hispaanias, Austrias, Belgias, Horvaatias, Inglismaal, Itaalias, Kreekas, Prantsusmaal ning Rootsis. Kõige sagedamini on taotletud silmaarsti konsultatsiooni või erineva operatsiooni hüvitamist, ka kasvajaga seotud ravi ning ortopeediaga seotud raviarvete hüvitamist.<sup>239</sup>

---

<sup>238</sup> H. Rudi. Veerandsada eestlast on ravinud end võõrsil. Postimees. 11.02.2014. -

<http://tervis.postimees.ee/2692632/veerandsada-eestlast-on-ravinud-end-voorsil> , 11.04.2015.

<sup>239</sup> Sotsiaalministeerium. Piiriüleste tervishoiuteenuste riiklik kontaktpunkt. 2014. aasta piiriüleste tervishoiuteenuste statistika. - <http://kontaktpunkt.sm.ee/uudised.html> , 11.04.2015.

Töö autor asub seisukohale, et piiriülese tervishoiuteenuse hüvitamine rahalise hüvitisena toimib ning RaKS ja alamaktid ei vaja muutmist.

### **2.3 Väljaspool ravijärjekorda osutatud tervishoiuteenuse hüvitis**

Selles alapunktis käsitleb töö autor olukorda, kus ravikindlustatud isik Eestis plaanilise või vajamineva ravi ravijärjekorras olles otsustab end haigekassa rahastatavast tervishoiuteenuste ravijärjekorrast ette osta ehk tasub teenuse eest ise ning soovib saada haigekassalt tasutud teenuse hüvitamist. Tegemist on väljaspool ravijärjekorda osutatud tervishoiuteenuse hüvitisega (edaspidi VJOTT hüvitis). Käsitluse käigus leiab töö autor vastuse püstitatud hüpoteesile – RaKS § 66<sup>1</sup> võimaldab hüvitada haigekassa kindlustatule väljaspool ravijärjekorda osutatud tervishoiuteenuse kulud ja puudub vajadus RaKS muutmiseks.

Peatüki sissejuhatavas osas tuvastas töö autor, et tervishoiuteenus on mitterahaline hüvitis ehk tervishoiuteenuse hüvitis.

Alates 09. detsembrist 2013. a täiendati RaKS § 25 lõikes 2 toodud rahaliste hüvitiste loetelu ja kehtestati § 66<sup>1</sup>, millega sätestati rahalise hüvitisena väljaspool ravijärjekorda osutatud tervishoiuteenuse hüvitis.

Seega, kui kindlustatud isik otsustas end ravijärjekorrast ette osta ja tasus tervishoiuteenuse eest ise teenust osutanud RRL-t omavale või mitteomavale teenuse osutajale, siis kuni 08. detsembrini 2013. a ta selle eest haigekassalt hüvitist ei saanud. Kas aga peale seda tähtaega on võimalus hüvitist maksta?

Ajaloolisest tõlgendusest tulenevalt on RaKS eesmärgiks tagada kindlustatud isikutele kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavus mõistliku hinnaga, jaotada efektiivsemalt ja otstarbekamalt ravikindlustuse rahalisi vahendeid, tugevdada ravikindlustuse kindlustusprintsipi, vähendada ravikindlustuse väärkasutamist ja reguleerida kindlustatute enda poolt teenuste tasumisel osalemist<sup>240</sup> ning haigekassa võtab kindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse üle tervishoiuteenuse osutajaga sõlmitud lepingu alusel (käesolevas eelnõus nimetatud kui ravi rahastamise leping) ja selles lepingus ning eelnõus sätestatud tingimustel. Seega peab kindlustatud isik tasuma tervishoiuteenuse eest ainult haigekassa

---

<sup>240</sup>Riigikogu. Ravikindlustuse seadus 914 SE. Seletuskiri. II seaduse eesmärk. 5.lõik. - <http://www.riigikogu.ee/?page=eelnou2&op=ems2&eid=914&assembly=9&u=20150324135147>, 24.03.2015.

poolt üle võtmata kohustuse ulatuses (eelnõus nimetatud kui kindlustatud isiku omaosalus) ning eelnõus sätestatud juhtudel täiendavat lisatasu.<sup>241</sup>

Teenuste osutamise printsiip teenib samuti kindlustatud isikute huve. Kindlustatud isik ei pea raha koguma, et tervishoiuteenuse eest maksta ning kunagi haigekassalt makstud raha tagasi saada, st makseraskuste riski kannab haigekassa.<sup>242</sup>

Ravijärjekorrast mööda minnes on tervishoiuteenuse osutamine ainult siis, kui sellega ei halvendata teiste ravijärjekorras olevate kindlustatud isikute võimalust tervishoiuteenuse saamiseks ja igal juhul peab ravijärjekorrast mööda minnes kindlustatud isik ise tasuma tervishoiuteenuse osutamise eest ning temale ei hüvitata tasutud summat haigekassapoolt isegi siis, kui kätte jõuab tema kord ravijärjekorras.<sup>243</sup>

Erandina on seadusandja raviteenuste ostmise võimaluste suurendamiseks kehtestanud mitterahalise hüvitise hambaraviteenuse hüvitise, küll vaid täiskasvanutele, rahalise hüvitise<sup>244</sup> <sup>245</sup>, pannes aga piirangu summaliselt.<sup>246</sup> Hiljem on lisandunud 2004. aastal ravimihüvitis ning patsiendiõiguste direktiivist tulenevalt piiriülese tervishoiuteenuse hüvitis.

Arvestades loetelu täiendamist ja võimalust peale seaduse vastuvõttu, on seadusandja tahe aja jooksul muutunud ja rahaliste hüvitiste loetelu täiendatud. Takistuseks võib osutada vaid rahaline ressurss. Seetõttu tuleb asuda seisukohale, et Eesti Vabariik peab igähele tagama eksistentsiiniimumist suuremad sotsiaalsed põhiõigused. Kui palju suuremad õigused tuleb isikule tagada, sõltub riigi võimetest. Sotsiaalsete põhiõiguste täpsema mahu määrab kindlaks riigi majanduslik olukord. Riik ei saa rohkem anda ja keegi ei saa riigilt rohkem nõuda, kui riik võimeline on.<sup>247</sup> Seega võib töö autor asuda seisukohale, et vajaduse ja võimaluste

---

<sup>241</sup> Riigikogu. Ravikindlustuse seadus 914 SE. Seletuskiri. II seaduse eesmärk. Seaduse eesmärk. - <http://www.riigikogu.ee/?page=eelnou2&op=ems2&eid=914&assembly=9&u=20150324135147> , 24.03.2015.

<sup>242</sup> Riigikogu. Ravikindlustuse seadus 914 SE. Seletuskiri. IV ptk Rakendussätted. Ravijärjekorra pikkus. - <http://www.riigikogu.ee/?page=eelnou2&op=ems2&eid=914&assembly=9&u=20150324135147> , 24.03.2015.

<sup>243</sup> Samas.

<sup>244</sup> Riigikogu IX koosseisu VI istungjärgu 05.12.2001. a. stenogramm. Ravikindlustuse seaduse eelnõu (914 SE I) esimene lugemine. E. Nestor sõnavõtt. - <http://www.riigikogu.ee/?op=steno&stcommand=stenogramm&date=1007550000&pkpkaupa=1&paevakord=200008358> , 24.03.2015.

<sup>245</sup> Riigikogu. Ravikindlustuse seadus 914 SE. Seletuskiri. IV ptk Rakendussätted. Ravijärjekorra pikkus. - <http://www.riigikogu.ee/?page=eelnou2&op=ems2&eid=914&assembly=9&u=20150324135147> , 24.03.2015.

<sup>246</sup> Samas.

<sup>247</sup> Riigikogu. Ravikindlustuse seadus 914 SE. Seletuskiri. IV ptk Rakendussätted. Eelnõus kooskõla põhiseadusega ja rahvusvaheliste organisatsioonide õigusaktidega. - <http://www.riigikogu.ee/?page=eelnou2&op=ems2&eid=914&assembly=9&u=20150324135147> , 24.03.2015.

tekkides on võimalik seadusandja tahte muutus ja see ei saa takistuseks mitterahalise hüvitise rahaliseks muutmisel.

Tervishoiupoliitikast tulenevalt on patsiendi valikuvõimaluste suurendamiseks Arengusuunad 2020<sup>248</sup> haiglavõrgu ja eriarstiabi valdkonna arendamise peamistes tegevussuundades ühe punktina 2.3.5 toodud kohustus välja töötada ja rakendada rahalise hüvitise põhimõtted ravijärjekorraliste vastuvõttude kompenseerimiseks. Sisuliselt on ka siin tegemist mitterahalise hüvitise maksmine rahalise hüvitisena ja on võimalik lugeda taas välja seadusandja tahe VJOTT hüvitise kehtestamiseks, mida omakorda kinnitab RaKS § 66<sup>1</sup> sätestamine.

Mitterahaliste hüvitiste rahalisena kehtestamisel peab silmas pidama lisaks eeltoodule ravikindlustuse printsiipe: sundkindlustus, solidaarsus, mitterahalisus, piiratud omaosalus, ravi piirkondliku võrdse kättesaadavuse tagamine, kindlustatud isikute vajadustega arvestamine ja ravikindlustusraha otstarbekas kasutamine. Töö autor peatub neil kõigil allpool koos kehtiva RaKS sõnastuse grammatilise tõlgendusega.

Nagu töös öeldud, võtab RaKS § 29 lõike 1, § 35 lõike 1 ja § 38 lõike 1 kohaselt kindlustatud isikult üle tasu maksmise kohustuse RRL-s ja õigusaktides sätestatud tingimustele ravijärjekorra andmete alusel nende tervishoiuteenuste eest, mis on kantud TTL-u ja on osutatud meditsiinilistel näidustustel. Seega on tervishoiuteenuste eest hüvitamise tingimusteks isiku ravikindlustatus, isiku ravijärjekorras olemine, teenus peab olema osutatud meditsiinilisel näidustusel, teenus peab olema kantud TTL-sse ja see hüvitatakse sealsetes hindades otse tervishoiuteenuse osutajale, kellel on teenuse osutamise ajal kehtiv RRL teenuse osutamiseks ja rahastamiseks haigekassaga.

Kehtiva RaKS § 66<sup>1</sup> sõnastusest tulenevalt hüvitatakse tervishoiuteenus, kui see on osutatud RRL-t omava tervishoiuteenuse osutaja juures, teenust saanud isik on olnud sama teenuse osas ravijärjekorras, tal oli saatekiri ning hüvitist makstakse TTL hindades.

Eeldame, et isikul on olemas ravikindlustus ja töö autor selle eelduse sisu ei käsitle VJOTT hüvitamise raames. See eeldus on sarnane kõigi töös käsitletavate hüvitistega – mitterahaline tervishoiuteenuse, piiriülese tervishoiuteenuse ja VJOTT hüvitis.

---

<sup>248</sup> Sotsiaalministeerium. Tervishoiu arengusuunad aastani 2020.

VJOTT hüvitise sihtrühma kuuluvad töö autori hinnangul kõik haigekassa kindlustatud isikud, haigekassaga lepingulises (RRL) suhtes olevad ja mitteolevad Eestis tegevusluba omavad ja tegutsevad tervishoiuteenuse osutajad, kes osutavad TTL-is sätestatud tervishoiuteenuseid. Töö kirjutamise hetkel, 21.03.2015.a, on Terviseameti elektroonilise tegevuslubade andmekogu andmetel<sup>249</sup> eriarstiabi (sh hambaravi) osutamiseks väljastatud 955 kehtivat tegevusluba.

Sundkindlustuse printsiip võimaldab lähtuvalt RaKS § 25 lõikest 1 kõigile kindlustatud isikutele VJOTT hüvitist maksta, kui RaKS-is on sätestatud tingimused ja haigekassale pandud kohustus kindlustatud isikule tema tervishoiuks tehtud kulutuste eest maksta rahasummana - rahalise hüvitisena. RaKS § 25 lõike 4 punktis 5 on rahalise ravikindlustushüvitisena sätestatud kindlustatud isikule haigekassa makstav VJOTT hüvitis ja RaKS § 66<sup>1</sup> lõikes 4 vähemalt üks tingimus, mille kohaselt hüvitab haigekassa tervishoiuteenuse osutaja poolt ravijärjekorda kantud kindlustatud isikule haigekassa lepingupartneri poolt väljaspool ravijärjekorda meditsiinilisel näidustusel ja saatekirja alusel osutatud tervishoiuteenuse osutamise kulu käesoleva seaduse § 30 lõike 1 alusel kehtestatud tervishoiuteenuste loetelus sätestatud tingimuste ja piirhindade alusel, ületamata summat, mille on tasunud kindlustatud isik tervishoiuteenuse eest.

Siin on vastuolu RaKS § 25 lõike 1 sees, kuna tervishoiuteenuse hüvitis on sätestatud nii mitterahalisena, kui ka rahalisena ning RaKS § 25 lõikega 5 ja RaKS § 39 lõikega 3, mille sätetest tulenevalt ei ole kindlustatud isikul õigust nõuda mitterahaliste ravikindlustushüvitiste hulka kuuluvate teenuste saamiseks kulutatud raha või muud vara tagasi haigekassalt ning haigekassa ei võta ravijärjekorra olemasolu korral väljaspool ravijärjekorda saadud tervishoiuteenuse eest tasu maksmise kohustust üle, kui käesolevas seaduses või selle alusel kehtestatud õigusaktides ei ole sätestatud teisiti.

Töö autor ei näe siin aga probleemi, kuna esimesel juhul aitab seda ületada tõlgendus seadusandja tahte kaudu. Eespool leidis käsitlust hambaraviteenus ja selle hüvitamine rahalise hüvitisena ning seeläbi järeldus seadusandja tahte muutumise võimalikkusest. Seega on seadusandjal õigus otsustada ressursside olemasolul rahalise hüvitise kehtestamine ning olukorra lahendab RaKS-ses VJOTT hüvitise kehtestamine rahaliste hüvitiste loetelus. Nimetatuga on lahendatud ka RaKS § 25 lõikega 5 kaasnev kitsaskoht.

---

<sup>249</sup> Terviseamet. Tegevuslubade register. Töö autor kasutas otsingut -Tegevusloa liik- eriarstiabi ning kehtivus-kehtivad. - <http://mveeb.sm.ee/Tegevusload/> , 21.03.2015.

Kolmandal juhul aitab lahendada probleemi RaKS § 39 lõike 3 enda sätte lõpp. Sundkindlustuse printsiibi juures on oluline, et hüvitist saaksid kõik kindlustatud isikud.

Ravikindlustus on üles ehitatud olulises mahus tervishoiuteenustele, mis on aga peamine ravikindlustushüvitis ja mitterahaline hüvitis, sellest tulenevalt põhineb ravikindlustus mitterahalisuse printsiibil.<sup>250</sup> Seda printsiipi arvestades ei ole võimalik tervishoiuteenuste rahalisena hüvitamine, toetudes ka RaKS § 25 lõikele 5. Tervishoiuteenuste rahalisena hüvitamine tuleb kõne alla seadusandja tahtest tulenevalt ja isikule teenuste eest vabatahtlikult sätestatuna. Kohustuslikuna aga paneb see isikule suure finantskoormuse. Ise maksmise kohustus on kaheldav ootamatult tekkivate ja raskete tervisejuhtumite puhul ning tervishoiuteenuse osutajal on lihtsam ja mugavam saada raha ühest kohast, kui igalt eraisikult eraldi.

Kui tervishoiuteenuse hüvitisest tehakse erand ja teatud tingimustel nagu ka kehtivas õiguses sätestatud on, kehtestatakse teatud tervishoiuteenuse hüvitis rahalisena rahaliste hüvitiste loetelus, ei ole RaKS § 25 lõige 5 enam asjakohane, sest tema sisu ei puuduta rahalisi hüvitisid.

Printsiibina ravi piirkondliku võrdse kättesaadavuse tagamine tähendab ühtlast tervishoiuteenuste ja hüvitiste kättesaadavust üle Eesti. Kui VJOTT hüvitise kehtestamisel ei tehta erandeid hüvitamisele piirkonniti, vaid kehtestatakse üle Eesti kõigile kindlustatutele, ei teki vastuolusid nimetatud printsiibiga.

Ravikindlustusraha otstarbeka kasutamise printsiibist tulenevalt on VJOTT hüvitis sihtotstarbeline hüvitis. See läheb tervishoiuteenuste kulude katteks, samas solidaarsusprintsiibist tulenevalt ei ole tegemist ravikindlustusraha otstarbeka kasutamisega allpool solidaarsusprintsiibi käsitlemise juures toodud põhjusel.

Takistusi ei sea kindlustatud isikute vajaduse printsiip. Kui tervishoiuteenuste hüvitise puhul võetakse kindlustatud isikute vajaduse hindamisel arvesse ravikindlustuse andmekogu kasutusnäitajaid: teenuste kasutust, ravijärjekordade andmeid, kindlustatute arvu muutust, HVA haiglate asukohti, arstlike erialade arengukavasid, erialaseltside seisukohti, siis VJOTT hüvitise maksmiseks puuduvad lisaks eeltoodule andmed tasuliste teenuste osutamise kohta

---

<sup>250</sup> A. Nõmper, J. Sootak 2007, lk 50.

käesoleval ajal üle Eesti erialati, kuna tervishoiuteenuse osutajad ei ole kohustatud haigekassale neid andmeid esitama. See ei saa olla takistuseks VJOTT kehtestamisel.

Töö autor on seisukohal, et tervishoiuteenuse hüvitise rahalise hüvitisena rakendamine suurendab kindlustatute jaoks plaanilise eriarstiabi valikuvõimalusi saada ravikindlustushüvitist kas siis rahalisena või mitterahalisena.

Hüvitise saamise eelduseks on hüvitist taotleva isiku eelnev ravijärjekorras olemine.

Euroopa Kohus on asunud kohtuasjas C-372/04 (edaspidi *Watts*) punktides 67 ja 68 seisukohale, et olukorras, kus peamiselt meditsiini arengu ja eluea pikenemise tõttu suureneb pidevalt nõudlus haiglaravi järele ning selle pakkumine on eelarve piirangute tõttu paratamatult piiratud, on igal riigi ravi osutamist korraldavatel võimudel õigus kehtestada vajaduse korral ravijärjekordade süsteem, mille eesmärk on planeerida ravi osutamist ja määrata kindlaks prioriteedid, lähtudes olemasolevatest ressurssidest ja võimsustest. Siiski peab ravijärjekordade rakendamisel andma objektiivse arstliku hinnangu patsiendi haigusseisundile, haigusloole, haiguse võimalikule kulule, valude suurusele ja/või puude laadile.<sup>251</sup>

Riigisisesele tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamiseks TTKS § 56 lõike 1 punkti 4 alusel ning kooskõlas § 66<sup>3</sup> lõigetega 1 ja 2 sotsiaalminister kehtestanud järjekorra nõuded.

Ravijärjekorra pidamise nõuded kohalduvad järjekorra nõuetest tulenevalt nii ambulatoorsetele kui ka statsionaarsetele tervishoiuteenustele ja nimetatut kinnitab sama õigusakti rakendussätte lõige 2.

Kehtiva RaKS § 66<sup>1</sup> lõike 1 kohaselt võib valdkonna eest vastutav minister haigekassa nõukogu ettepanekul kehtestada määrusega loetelu tervishoiuteenustest, välja arvatud hambaraviteenus, ja selliste tervishoiuteenuste kulu hüvitamise korra, mida kindlustatud isikule on väljaspool ravijärjekorda osutanud Eestis tegutsev tervishoiuteenuse osutaja, kellel on tervishoiuteenuse osutamise ajal kehtiv ravi rahastamise leping haigekassaga (edaspidi haigekassa lepingupartner).

---

<sup>251</sup> EKo 16.05.2006, C-372/04, *Yvonne Watts*.

RaKS § 66<sup>1</sup> lõike 1 sõnastusest ei tulene õigust hüvitisele. Kehtivast sõnastusest tulenevalt on vaja kehtestada „Kord“. „Kord“ tähendab protseduuriliste sätete kehtestamise õigust ehk seaduses sisalduva üldkorra tehnilist täpsustamist. Kuna korra kehtestamiseks antud volitusnorm ei hõlma volitust kehtestada seadusega võrreldes täiendavaid tingimusi, ei võimalda volitusnorm käesolevas sõnastuses hüvitamise tingimusi kehtestada ning seetõttu ei ole volitusnormi alusel ka kehtestatud kulude hüvitamise tingimusi ega hüvitamisele kuuluvate tervishoiuteenuste loetelu. Seega ei võimalda normitehniliselt kehtiv RaKS säte hetkel hüvitist maksta.

Töö autor on seisukohal, et RaKS 66<sup>1</sup> lõiget 1 on vaja muuta ja anda valdkonna eest vastutavale ministriile lisaks õigus kehtestada määrusega VJOTT hüvitamise tingimusi. Muudatuse vajadus tuleneb PS §-st 3 seaduslikkuse printsiibist.<sup>252</sup>

RaKS § 66<sup>1</sup> lõikes 1 volitusnormi täpsustamisel, saab seejärel kehtestada rakendusaktina väljaspool ravijärjekorda osutatud tervishoiuteenuste hüvitise maksmise tingimused ja korra. Nimetatud korras peab sisalduma kindlasti taotluse andmekoosseis ja lisatavate dokumentide loetelutaotluse menetlemise üldine tähtaeg, hüvitise väljamakse tähtaeg ja menetluse tulemusena koostatava väljamakse või väljamakse tegemist keelduva otsuse nõuded. Sisuliselt on tegemist analoogse rakendusaktiga, millega on sätestatud piiriülese tervishoiuteenuse hüvitise tingimused.

RaKS § 66<sup>1</sup> lõike 1 lõpuosa kohaselt hüvitatakse kindlustatud isikule väljaspool ravijärjekorda osutatud tervishoiuteenus, kui seda „on väljaspool ravijärjekorda osutanud Eestis tegutsev tervishoiuteenuse osutaja, kellel on tervishoiuteenuse osutamise ajal kehtiv ravi rahastamise leping haigekassaga“.

Seega on kehtivas sõnastuses hüvitamise eelduseks kehtiva RRL olemasolu.

Teadaolevalt ei ole haigekassal kohustust sõlmida lepingut kõigi tervishoiuteenuse osutajatega ja töö kirjutamise ajal ega ka enne seda ei ole olnud kõigil tervishoiuteenuse osutajatel RRL - uid. Seega jäävad rahalisest hüvitisest ilma ravikindlustatud, kes said teenust RRL-ta tervishoiuteenuse juures ning töö autor on seisukohal, et ravikindlustatuid koheldakse seeläbi ebavõrdselt.

---

<sup>252</sup> Truuväli, E- J., Kask, O., Lehis, L. jt., Eesti Vabariigi Põhiseadus. Kommenteeritud väljaanne. 2., täiend. väljaanne. Tallinn: Juura, 2008. P 2.3.1.1.

Väljapääsuna näeb töö autor ravijuhtudeta lepingu sõlmimise võimaluse kõikide tervishoiuteenuse osutajatega, kes vaid soovi avaldavad, sest ravijuhte haigekassa tervishoiuteenuse osutajatelt ei osta. Selliste RRL-te sõlmimise välistab aga hetkel kehtiv RaKS sõnastus.

Võimalik on hüvitamine ka lepinguta, muutes kehtiva RaKS sõnastust VJOTT hüvitise regulatsiooni kohta, kuid lisaks on hüvitise kehtestamisel ja maksmisel vaja välja töötada kontrollmehhanism, et kontrollida teenuse osutamist väljaspool järjekorda ravikindlustusraha efektiivse ja otstarbeka kasutamise tagamiseks. Kontrollida saab seda edukalt töö autori hinnangul tervishoiuteenuse osutajaga sõlmitava lepingu abil.

RaKS § 36 lõike 4 ja RaKS § 37 punktide 2 ning 4 sõnastuse kohaselt saab RRL väljaspool HVA haiglaid (ja ka HVA haiglate mitteabsoluutse eelistamise korral) sõlmida üksnes neis sättes toodud asjaolusid hinnates ehk siis ainult Valiku kaudu. RRL-u kohustuslikeks tingimusteks on RaKS-is sätestatu kohaselt ülevõetav kohustuste kogusumma (rahaline maht) ja osutatavate teenuste miinimummaht (ravijuhud).

Juba lepingulises suhtes olevate teenuse osutajatega on seega lihtne aga kui haigekassa soovib hüvitada ka HVA loetelu väliste valikumenetluse tulemusena lepingut mitteomavate tervishoiuteenuse osutajate osutatud tervishoiuteenuseid ja kontrollida raha kasutust, on vaja RaKS-t muuta ning kehtestada uus lepingu liik. Uus seetõttu, et see erineb tavalisest halduslepingust ja võlaõiguslikust lepingust, sarnaneb samal ajal RRL-ga, kuid ei ole seda. Sarnaselt RRL-ga on vaja seaduse tasandil sätestada, et tegemist on halduslepinguga ja kehtestada selle lepingu kohustuslike tingimuste loetelu ning sõlmimise viis.

Kohustuslike tingimustena peavad lepingus olema toodud analoogselt RRL-ga tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamist puudutavad tingimused ja nende üle haigekassa järelevalve teostamise õigus koos korraga; osutatud tervishoiuteenuse esitatavate raviarvete nõuded; tervishoiuteenuste aruandluse ja isikute andmete esitamise kohustus ja ulatus; tervishoiutöötajate nimekiri, kelle osutatud tervishoiuteenuste eest võimaldatakse tervishoiuteenuse rahalist hüvitist; lepingu rikkumise, muutmise peatamise ja lõpetamise sätted ning muud vajalikud tingimused ravikindlustusraha efektiivse ja otstarbeka kasutamise tagamiseks.

Lepingu sisust tulenevalt vajab raviarvele kantavate andmete seisukohast otsustamist, kas arvel võivad olla nii hüvitamisele kuuluvad kui ka mittekuuluvad tervishoiuteenused.

Töö autor on seisukohal, et arvel tuleb kajastada kõik ravijuhu raames osutatud teenused, kuna raamatupidamise seaduse<sup>253</sup> § 7 kohaselt peavad algdokumendil sisalduma tehingu majanduslik sisu ja tehingu arvnäitajad (kogus, hind, summa). Samuti on RRL-u lisa 2 punktides 3 kuni 5 määratud, et raviarve täitmisel tuleb lähtuda ravijuhu raames osutatud teenustest<sup>254</sup> ning ka piiriülese tervishoiuteenuse hüvitise arvetel kajastuvad kõik osutatud teenused, mida siis hüvitatakse või ei hüvitata. Seda enam, et ka juba praegu kantakse arvele kõik teenused sõltumata haigekassa tahtest või TTL-s teenuse olemasolust. TTL kehtestab hinnad haigekassale, kuid mitte tervishoiuteenuse osutajale. Ei ole õige ühe ravijuhu kohta koostada mitut arvet.

Töö autor on seisukohal, et RaKS 66<sup>1</sup> lõiget 1 on vaja muuta selliselt, et hüvitatakse ka teenused, mida on osutanud RRL-t mitteomavad tervishoiuteenuse osutajad ning kehtestada lepinguliik koos lepingu kohustuslike tingimuste väljaspool ravijärjekorda osutatud tervishoiuteenuste võimaldamiseks.

Kahest eelkäsitatud kitsaskohast tulenevalt ja asjaolust, et neid ei ole võimalik RaKS-st muutmata kõrvaldada, teeb töö autor ettepaneku sõnastada RaKS § 66<sup>1</sup> lõige 1 järgmiselt:

„(1) Valdkonna eest vastutav minister võib haigekassa nõukogu ettepanekul kehtestada määrusega loetelu tervishoiuteenustest, välja arvatud hambaraviteenus, ja selliste tervishoiuteenuste kulu hüvitamise tingimused ja korra, mida kindlustatud isikule on väljaspool ravijärjekorda osutanud Eestis tegutsev tervishoiuteenuse osutaja, kellel on tervishoiuteenuse osutamise ajal kehtiv ravi rahastamise leping haigekassaga või väljaspool ravijärjekorda osutatud tervishoiuteenuse hüvitise võimaldamise leping haigekassaga (edaspidi haigekassa lepingupartner).“;

ning täiendada paragrahvi uue lõike ja alapunktidega väljaspool ravijärjekorda osutatud tervishoiuteenuste võimaldamise lepingu kohta käivaga.

Töö autori hinnangul saab VJOTT hüvitise eesmärk olla tervishoiuteenuste kättesaadavuse parandamine solidaarses ravikindlustussüsteemis kiiremat ligipääsu soovivatele ja ise

---

<sup>253</sup> Raamatupidamise seadus. - RT I 2002, 102, 600 ... RT I, 13.03.2014, 50.

<sup>254</sup> Eesti Haigekassa. Ravi rahastamise leping. - <https://www.haigekassa.ee/et/partnerile/raviasutusele/ravi-rahastamise-lepingud/ravi-rahastamise-lepingute-tuupingimused> , 22.03.2015.

tervishoiuteenuste eest tasumise valmisolekut omavatele maksejõulistele kindlustatud isikutele.

See eesmärk võib minna vastuollu ravikindlustuse solidaarsusprintsiibiga. Nimelt võetakse printsiipest tulenevalt ravikindlustussüsteemi panustamisel arvesse ainult inimese võimekust, ravikindlustussüsteemist saamisel aga ainult inimese vajadust.<sup>255</sup> Väljamaksete tegemisele on aluseks meditsiiniline vajalikkus ning võrdsustatakse kõrgema- ja madalamapalgalised ning teenivad ja mitteteenivad isikud.<sup>256</sup>

Esmalt on komistuskiviks hüvitise väljamakse tegemise hetk. Sel hetkel kui haigekassa teeb väljamakse ravikindlustatud isikule ehk maksab VJOTT hüvitist, puudub väljamakse saajal meditsiiniline vajadus hüvitisele. Vajadus oli teenuse osutamise momendil, mitte hüvitise saamise momendi. Ravikindlustusraha tuleb aga kulutada meditsiinilise vajadusega isikule tervishoiuteenuse osutamiseks.<sup>257</sup>

Teiseks kitsaskohaks on hüvitise suurus. Kui lähtuda hüvitise kehtestamise eesmärgist, sooviga eelistada ise maksta suutvaid kõrgemapalgalisi, paneb see need isikud eelisolukorda madalamapalgaliste ja mitteteenivate isikute ees ja ei ole kuidagi kooskõlas solidaarsusprintsiiibi põhimõttega. Mõttega haakub kõigile ühesuguse suurusega hüvitise kehtestamine konkreetse summana teenusest nagu hambaraviteenuse puhul. Protsent teenuse hinnast tekitab samasuguse ebavõrdse kohtlemise, kuna teenuste hinnad on erinevad ja selletõttu on kallimate teenuste hüvitatav summa suurem.

Töö autor seisukohal, et lisaks hüvitamise tingimuste puudumisele ei saa kehtiva seaduse kohaselt maksta hüvitist hetkel väiksemas määras kui TTL hind, sest „tervishoiuteenuste kulu hüvitamise kord“ ja RaKS § 25 lõigete 1, 2 ja 5 sõnastus ei võimalda kehtestada volitusnormist tulenevalt kindlustatule hüvitamise koefitsienti või protsenti TTL hindadest.

Koefitsiendi kehtestamine ehk alla TTL hinna maksmine tähendab omakorda hüvitise saamise õiguse piiramist, mis eeldab volitust seaduse tasandil. Kuid koefitsiendi kehtestamisel võib saada rikutud ravikindlustatute õiguspärane ootus ja tekib samasuguste teenuste hüvitamisel mitterahalist ja rahalist hüvitist saavate isikute ebavõrdne kohtlemine. Seda enam, et isegi kui

---

<sup>255</sup> A. Nõmper, J. Sootak 2007, p 2.4.3. lk 48.

<sup>256</sup> A. Nõmper, J. Sootak 2007, lk 48-49, p 2.4.3.

<sup>257</sup> Toetab RKHKm 17.06.2004, 3-3-1-17-04.

hüvitatakse teenust TTL alusel, mis on hinnakiri haigekassale, kuid mitte tervishoiuteenuse osutajale, võib kindlustatud isik saada hüvitist juba ka siis osutatud teenuse kogumaksumusest vähem, kuna tervishoiuteenuse osutajal võib olla oma hinnakiri<sup>258 259</sup> ja TTL-u hindadest kõrgem.

Lisaks koheldakse ebavõrdselt piiriüleselt ja siseriiklikult tervishoiuteenuse hüvitist taotlenud ja seda saanud isikuid, sest piiriülest tervishoiuteenust hüvitatakse TTL hindadega koefitsiendita ja protsendita TTL hindadest. Nagu piiriülese tervishoiuteenuse hüvitamisel, nii on ka VJOTT hüvitamisel kehtiva sõnastuse kohaselt hüvitise suurus piiratud kindlustatud isikule osutatud tervishoiuteenuse eest tasutud tegeliku summaga.

Kehtiva RaKS § 66<sup>1</sup> lõike 4 hüvitab haigekassa tervishoiuteenuse osutaja poolt saatekirja alusel osutatud tervishoiuteenuse osutamise kulu.

Teadaolevalt RaKS § 70 lõikest 2 ja 3 tulenevalt võtab haigekassa ambulatoorse eriarstiabi osutamisel Eestis tervishoiuteenuste osutamise tegevusluba omava üldarstiabi või eriarstiabi osutaja saatekirjata tervishoiuteenuse eest tasumise kohustust üle (täiendav omaosalus) juhul, kui eriarstiabi osutatakse trauma, tuberkuloosi, silmahaiguse, naha- või suguhaiguse tõttu või juhul kui osutatakse günekoloogilist või psühhiaatrilist abi või eriarstiabi osutaja jätab patsiendi tema tervises seisundi tõttu eriarstiabi osutaja jälgimisele või ravile.

Seega VJOTT hüvitise saamiseks neil saatekirjata juhtudel on RaKS § 66<sup>1</sup> lõige 4 vastuolus RaKS § 70 lõigetega 2 ja 3 ning isikud hüvitist ei saa või hüvitise saamiseks peavad siiski saatekirja hankima. Mõistlik on muuta RaKS § 70 lõike 2 ja 3 sõnastust ja töö autor teeb ettepaneku see sõnastada järgmiselt:

„(2) Ambulatoorse eriarstiabi osutamisel Eestis tervishoiuteenuste osutamise tegevusluba omava üldarstiabi või eriarstiabi osutaja saatekirjata ei võta haigekassa üle tervishoiuteenuse eest tasumise kohustust (täiendav omaosalus) ega võimalda saatekirjata väljaspool ravijärjekorda osutatud tervishoiuteenuse hüvitist, välja arvatud käesoleva paragrahvi lõikes 3 nimetatud juhtudel.“

ja

---

<sup>258</sup> SA Põhja – Eesti Regionaalhaigla. Tasuliste teenuste hinnakiri. (seisuga 27.01.2015.a). Näiteks eriarstiabi esmane vastuvõtt hinnakirjas kood T30021 on 19, 17 eurot, TTL –is § 7 lg 1 sätestatuna kood 3002 on 18, 49 eurot.

<sup>259</sup> Sihtasutus Tartu Ülikooli Kliinikum. Kliinikumi tasuliste teenuste hinnakiri TKL-81 (seisuga 22.03.2015.a.). Igal eriarstil erialati erinev hind vastuvõtul.

„(3) Eestis tervishoiuteenuste osutamise tegevusluba omava üldarstiabi või eriarstiabi osutaja saatekirjata võtab haigekassa kindlustatud isikult üle tervishoiuteenuse eest tasumise kohustuse ja võimaldab väljaspool ravijärjekorda osutatud tervishoiuteenuse hüvitist ambulatoorse eriarstiabi osutamisel, juhul kui eriarstiabi osutatakse trauma, tuberkuloosi, silmahaiguse, naha- või suguhaiguse tõttu või juhul kui osutatakse günekoloogilist või psühhiaatrilist abi või eriarstiabi osutaja jätab patsiendi tema tervises seisundi tõttu eriarstiabi osutaja jälgimisele või ravile.“

Nende muudatuste mitterakendamisel tuleks lõikest 3 eemaldada sõnad „silmahaiguse, naha- või suguhaiguse tõttu või juhul kui osutatakse günekoloogilist või psühhiaatrilist abi“, sõltuvalt, mida otsustatakse rakendada.

Kehtiva RaKS § 66<sup>1</sup> lõike 5 kohaselt väljaspool ravijärjekorda osutatud tervishoiuteenuse hüvitise puhul ei hüvitata kindlustatud isikule lisatasusid ja täiendavat omaosalust, mis on sarnane patsiendiõiguste direktiivi<sup>260</sup> artikkel 26 punkt 8 alusel hüvitatava piiriülese tervishoiuteenuse hüvitisega<sup>261</sup> § 66<sup>2</sup> lõigetes 2, 3, 4, 6 ning ravijärjekorrast ette ostmata mitterahalise tervishoiuteenuse hüvitamisel<sup>262</sup>.

Piiratud omaosaluse printsiibist tulenevalt on isik kohustatud panustama ravikindlustushüvitise saamiseks omaosalusena ning eesmäriks on piirata isikute põhjendamatu tarbimist (tarbida mitte vajadusele), tuua süsteemi lisaraha, suurendada isiku enda vastutust tervise suhtes.<sup>263</sup>

RaKS § 30 lõike 3 alusel ei tohi kindlustatud isiku omaosalus ületada 50 protsenti tervishoiuteenuste piirhinnast ja peab kõigile kindlustatud isikutele olema ühesuurune ning rakendub ka kõigile tervishoiuteenuse osutajatele ühesugusena.

Kehtiva RaKS § 67 lõike 3 kohaselt ei tohi haigekassaga RRL sõlminud tervishoiuteenuse osutaja nõuda, et kindlustatud isik osaleks TTL-u kantud tervishoiuteenuse eest tasumisel lisaks TTL-s, ravimite loetelus ja meditsiiniseadmete loetelus märgitud omaosaluse

---

<sup>260</sup> Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2011/24/EL, patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. 9. märts 2011. - ELT L 088, 04.04.2011. Kui siseriiklikult ei ole hüvitamist ette nähtud, ei anna selleks õigust ka määrus.

<sup>261</sup> Meditsiinilisel näidustusel osutatud tervishoiuteenuse, mida sõidukulu ei ole.

<sup>262</sup> Ravikindlustuse seadus.- RT I 2002, 62, 377. RaKS § 64. Sõidukuluhüvitis. Alates 01.01.2005.a. kehtetu.

<sup>263</sup> A. Nõmper, J. Sootak 2007, lk 51.

maksmisele muul viisil, kui käesolevas jaos sätestatud alustel ja ulatuses. Ehk siis haigekassaga RRL-u sõlminud tervishoiuteenuse osutaja ei saa ravijärjekorras olunud kindlustatud isikul nõuda tervishoiuteenuste eest tasumist või võtta vastu pakutavat raha tasumise ja pärast hüvitise saamise eesmärgil. Saab vaid TTL-is ja RaKS-is sätestatud omaosalutega toimetada.

Lahenduse pakub hüvitamiseks esitatud korralikult täidetud raviteenuste arve, millel kajastuvad ridadena lahtikirjutatult RaKS sätestatud omaosalustasud nimede ja summadena, kui neid võetud on. Tervishoiuteenuse osutajal on oma hinnakiri.

Nagu eelpool öeldud, ei ole VJOTT hüvitise maksmise tingimusi kehtestatud, kuid on sätestatud piirang RaKS § 38 lõike 3 alusel haigekassa nõukogu<sup>264</sup> poolt kehtestatud vähemalt üheaastase maksimumpikkusega<sup>265</sup> osutatud tervishoiuteenuste eest hüvitise maksmisele. Erinevalt piiriülese tervishoiuteenuse hüvitisest makstakse selliste tervishoiuteenuste eest VJOTT hüvitis RaKS § 66<sup>1</sup> lõikes 6 sätestatu kohaselt välja haigekassa kehtestatud hüvitise väljamaksmise otsuses kindlaksmääratud päeval, kuid piiriülese tervishoiuteenuse hüvitise taotlemise, taotluse menetlemise ja hüvitise maksmise korra §-st 4 tulenevalt mitte hiljem kui nimetatud tervishoiuteenuse osutamise ravijärjekorra maksimumpikkuse kohase tähtaja viimasel päeval.

Töö autor on seisukohal, et selline piirang võimaldab küll ravikindlustusraha planeerida, kuid isikute võrdse kohtlemise põhimõttest tulenevalt tuleb hüvitise väljamaksmise tähtaeg ühtlustada piiriülese tervishoiuteenuse hüvitise tähtajaga, sest viide õigusele maksta maksimumpikkuse tähtajast lähtudes, annab haigekassale võimaluse, kuid mitte kohustuse ning lähtuda tuleb ka haldusmenetluse eesmärgipärasuse ja tõhususe ning viivitamatuse põhimõttest<sup>266</sup>.

Kehtiva RaKS § 66<sup>1</sup> lõike 1 sõnastuse järgi teeb valdkonda haldavale ministrile ettepaneku hüvitatavate tervishoiuteenuste loetelu kehtestamiseks haigekassa nõukogu.

---

<sup>264</sup> Eesti Haigekassa nõukogu 11.01.2013.a otsus nr 5. Ravijärjekordade maksimumpikkused.

<sup>265</sup> Katarakti operatsiooni korral 1,5 aastat; suurte liigeste endoproteesimise korral 1,5 aastat; kurgu-nina-kõrvahaiguste operatsioonide korral vähemalt 18-aastastele kindlustatud isikutele 1,5 aastat; bariaatrilise operatsiooni korral 1,5 aastat. Töö autori märkus.

<sup>266</sup> Haldusmenetlus viiakse läbi eesmärgipäraselt, efektiivselt, lihtsalt, kiirelt ning isikule üleliigseid kulutusi ja ebameeldivusi vältides, menetlustoimingud viiakse läbi viivituseeta, kuid mitte hiljem õigusaktides sätestatud tähtajast.

Töö autori hinnangul on antud läbi selle haigekassa nõukogule suur kaalutusruum. Tervishoiuteenuste loetelu kehtestamisel saab aluseks olla RaKS § 66<sup>1</sup> lõikes 2 sätestatud vajadus tagada piisav või küllaldane juurdepääs kvaliteetsetele tervishoiuteenustele või vajadus kontrollida kulusid ning vältida ressursside raiskamist. Hetkel annab seadusandja kaks võimalust- see või teine aga mitte mõlemad koos.

Tervishoiuteenuste kehtestamisel saab haigekassa nõukogu lähtuda RaKS sama paragrahvi lõike 3 punktides 1 - 3 toodud piirangutest. Võib sätestada tervishoiuteenused, mis mõjutavad olulisel määral patsiendi elukvaliteeti, vältides puude või püsiva tervisekahjustuse väljakujunemist või tingivad patsiendi haiglasse paigutamise vähemalt üheks ööks või nõuavad spetsialiseeritud meditsiinitaristute ja -seadmete kasutamist. Võimalik on kehtestada sarnaselt TTL-le loetelu hüvitatavatest teenustest, kuid töö autori hinnangul pika sisuliselt dubleeriva loetelu vältimiseks on mõistlik kehtestada loetelu teenustest, mille eest rahalist hüvitist ei saa. Muidugi siis jääb oht mõlemas loetelus loetlemata tervishoiuteenuste osas hüvitamise või mitte hüvitamise osas.

Haigekassa nõukogu otsustas oma 04.03.2014. a koosolekul kutsuda haigekassa juures kokku siseriikliku rahalise hüvitise rakendamise töögrupi, mis alustas tööd 03.04.2014. Käesolevaks hetkeks on jõutud olukorda, kus välja on töötatud RaKS § 66<sup>1</sup> muutmise projekt ja lepitud kokku valdkonnas - sünnitusabi ja günekoloogia, milles viiakse ellu rahalise hüvitise pilootprojekt. Haigekassa nõukogu 16.01.2015 koosolekul kiideti heaks juhatus poolt esitatud rahalise hüvitise pilootprojekti rakendamise esmane tegevus- ja ajakava ning haigekassa juhatus on 18. märtsi 2015. a. otsusega nr 142 kinnitanud pilootprojekti projektiplaani.<sup>267</sup>

Töö autor nendib, et tegemist on RaKS § 70 lõikes 3 nimetatud saatekirja mittenõudva erialaga ning lisaks enamuse teenuse saajaid on naissoost.

Rahalise hüvitise rakendamisel võivad olla nii positiivsed kui negatiivsed mõjud.

Haigekassa 2015.aasta eelarve seletuskirjast nähtub lisaks riigisiseste tervishoiuteenuste kulude suurenemisele kindlustatute välisriigis osutatud plaanilisele ravile tehtavate kulutuste suurenemine, Määrus 883/2004 alusel hüvitatavate kulude stabiliseerumine ning

---

<sup>267</sup> Eesti Haigekassa juhatuse 18.03.2015.a. otsus nr 142. Rahalise hüvitise (RaKS § 66<sup>1</sup>) pilootprojekti rakendamise projektiplaani kinnitamine. Töö autori valduses.

patsiendiõiguste direktiivi alusel hüvitatavate kulude vähenemine. Patsiendiõiguste direktiivi alusel kulude hüvitamise vähenemine on töö autori hinnangul tingitud ilmselt asjaolust, et eelnevalt peab isik ise teenuste eest tasuma, ei hüvitata sõidukulusid, ning õigusliku aluse olemasolul on isikul õigus soodsamale hüvitamisele ehk Määrus 883/2004 alusel. Eelarves ei kajastu RaKS § 66<sup>1</sup> sätestatud volitusnormi puudumisest tulenevalt väljaspool ravijärjekorda osutatud kulutuste hüvitamise summad<sup>268</sup>. Töö autori hinnangul võivad need olla küllaltki arvestatava suurusega, mille kohta uuringud puuduvad.

Töö autor ei leidnud, et väljaspool ravijärjekorda osutatud tervishoiuteenuse hüvitise rakendamisele oleks eelnenud kättesaadavaid uuringud, kuivõrd hüvitise rakendamine võib mõjutada tarbimist, mõjutada erinevaid raviliike ja tervishoiuteenuseid, mõjutada haigekassa kulude kasvu, mõjutada ravijärjekordi raviliikide viisi, mõjub ajutise töövõimetuse hüvitistele ning mis on mitterahalise ja rahalise hüvitise kulude omavaheline suhe.

Positiivse mõjuna võivad lüheneda ravijärjekorrad, kui kindlustatud isikud hakkavad kasutama tervishoiuteenuseid efektiivsemalt, mis omakord võib kaasa tuua tervishoiuteenuse osutajate endi töökorralduse tõhustamise vajaduse. Samuti võib rahalist hüvitist saavatele kindlustatud isikutele tõusta tervishoiuteenuse osutajate poolt parema klienditeeninduse tase. Lisaks kindlasti suureneb kindlustatud isiku enda subjektiivne enesetunne, kuna isik ise otsustab teenuse osutaja valiku ning seeläbi ka enda raha paigutuse ja talle osutatava tervishoiuteenuse kvaliteedi üle. Samuti võib isik saada teenuse kiiremini, kui haigekassa raha eest ravijärjekorras ootamisel ning teenus on meditsiiniliselt põhjendatud. Oma raha eest vaevalt, et niisama arstiga lobisema ja aega viitma minnakse.

Majandusliku mõju seisukohalt tõenäoliselt haigekassa kulud suurenevad, sest maksejõulisel kindlustatud isikul on võimalik saada hüvitist ja seeläbi on ta lisanduv nn tasutav haigusjuht haigekassa poolt ravijärjekorras olevale haigekassa rahastatava mitterahalise hüvitise haigusjuhtudele. Kuipalju ravijuhtude arv seeläbi suureneb, ilmselt statistika haigekassal puudub, kuna tervishoiuteenuse osutajad ei ole kohustatud talle esitama tasuliste teenuste arveid ega statistikat. Võimalik on aluseks võtta ravijärjekordade info. Tõenäoliselt suureneb ravijuhtude arv piiriülest tervishoiuteenust saada ostustavate isikute arvelt, sest kuna piiriülese tervishoiuteenuse hüvitusel kindlustatud isikule ei hüvitata transpordikulusid ning tekib tõenäoliselt tasutud teenuse ja hüvitise maksmisest mittehüvitatav summa osutatud teenuse ja hüvitatava teenuse hindade vahest. Eestis osutatava teenuse puhul jäävad transpordikulud

---

<sup>268</sup> Eesti Haigekassa. Eesti Haigekassa 2015. Aasta eelarve seletuskiri. Tabel 1 ja p 6.

väiksemaks ning hinnavahet ei pruugi tulla. Mõlemal juhul peab isik ise eelnevalt teenuse eest maksma. Võimaluse korral kasutab maksejõuline kindlustatud isik väljaspool ravijärjekorda osutatud teenust ja selle hüvitist kulude kokkuhoidmiseks. Koefitsiendi rakendamisel hüvitatavatele teenustele teeb rahalise mõju haigekassale madalamaks, kuid seeläbi võib väheneda nõudlus teenuste järele ja tekib ebavõrdne kohtlemine tervishoiuteenuse eest ise tasunud isikute puhul sõltumata teenuse osutamise kohast (Eesti või EL liikmesriik).<sup>269</sup>

Negatiivse mõjuna võib raskeks osutada RaKS-se eesmärkide täitmine. Esmalt suutlikkus rahastada võetud kohustusi ka tulevikus, sest haigekassa kasutuses olevad rahalised vahendid on piiratud ressurs. Hüvitise rakendamine võib kaasa tuua ravikindlustusvahendite ümberjaotuse üksikute erialade suunas, ebavõrdse kohtlemise ja seeläbi kahandada solidaarse ravikindlustuse ja haigekassa usaldusväärust täita oma seadusega pandud ülesandeid. Võimalikuks riskiks on ressursside suunamine rahalise hüvitise rakendamisele ja seeläbi mitterahalise hüvitise saajatena näiteks keerulisemate haigusseisunditega patsientide olukorra halvenemine teenuste kättesaadavusel.

Pikeneda võivad ka ravijärjekorrad, seda juhul, kui tervishoiuteenuste kogumaht ei suurene, aga ressurss jagatakse lihtsalt ümber nende teenuste ja erialade suunas, mille eest makstakse rahalist hüvitist. Ei saa välistada, et rahaline hüvitis võib soodustada mõne tervishoiuteenuse liigset osutamist. Neil juhtudel halveneb teenuste kättesaadavus märgatavalt ja kindlustatud isikud on ebavõrdselt koheldud.

Vastuseks püstitatud hüpoteesile – RaKS § 66<sup>1</sup> võimaldab hüvitada haigekassa kindlustatule väljaspool ravijärjekorda osutatud tervishoiuteenuse kulud ja seeläbi puudub vajadus RaKS muutmiseks, asub töö autor järgmisele seisukohale:

kehtiv RaKS § 66<sup>1</sup> sõnastus ei võimalda haigekassa kindlustatule väljaspool ravijärjekorda osutatud tervishoiuteenuse kulude hüvitamist.

Ainsaks sobivaks võimaluseks ja eesmärgi saavutamiseks on RaKS muutmine uue täpsema sõnastuse kehtestamise teel. Sõnastuse kehtestamine aitab riigil paremini tagada kindlustatud isikutele PS § 28 lõikes 1 sätestatud igapäevase õiguse tervise kaitsele ning tervishoiuteenuse osutajatele sama seaduse § 31 ettevõtlusvabadust.

---

<sup>269</sup> Poliitikauuringute Keskus Praxis. Ravikindlustuse jätkusuutlikkuse prognoos. Uuringuaruande lühiversioon. 2014. lk 4.

## KOKKUVÕTE

Igaüheõigusena PS §-s 28 sätestatud subjektiivne õigustervisekaitsele hõlmab riigi kolme kohustust: kohustus mitte kahjustada inimeste tervist, kohustus tagada tervise eelduseks olevad asjaolud ja kohustus tagada tervishoiuteenuste kättesaadavus. Viimane riigile pandud ülesanne sisaldab endas omakorda kolme elementi: faktiline, geograafiline ja finantsiline kättesaadavus. Faktilise tervishoiuteenuse kättesaadavuse tagamiseks peab riik piisavalt koolitama tervishoiutöötajaid, hoidma otseselt või kaudselt käigus haiglaid jne, geograafilise kättesaadavuse tagamiseks on võetud eesmärgiks tagada kogu Eestis kiirabi kättesaadavus ööpäev läbi, finantsilise kättesaadavuse tagamiseks on Eestis loodud ravikindlustuse süsteem, millega on tagatud kõikidele tasuta juurdepääs vältimatule abile ja kiirabile.

Tervishoiuteenuste kättesaadavust reguleerib tervishoiuteenuste korraldamise seadus, mille alusel on sotsiaalminister kehtestanud tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõuded. Tervishoiuteenuse kättesaadavusena käsitletakse vajamineva vältimatu abi, üldarstiabi, eriarstiabi, sh hambaarstiabi ja õendusabi õigeaegset ning kvaliteetset tagamist patsiendile, lähtuvalt tervishoiuteenuse meditsiinilisest vajadusest, tervishoiuteenuse osutaja erialasest pädevusest ja raviressursi olemasolust.

PS kohustab riiki aktiivselt tegutsema, kuid ei pane riigile kohustust tagada igaühele maksimaalne tasuta arstiabi. Seadusandjale on terviseõiguse sisustamisel antud lai otsustusõigus, kuna selle õiguse tagamise ulatus sõltub paljus riigi majanduslikest ressurssidest. Rahaliste vahendite kasutamise õigus on küll seadusandjal, kuid ressursside kasutamise tingimusi ei tohi piiritleda ebamõistlike kriteeriumidega.

Käesolev töö on seotud PS põhisisust tuleneva viimase kohustusega - tagada tervishoiuteenuste kättesaadavus, mis tagatakse ravikindlustuse korraldamise ja ravikindlustushüvitiste võimaldamise kohustusega jakohustus on pandud Eesti Haigekassa seadusega Eesti Haigekassale.

Haigekassa täidab ravikindlustushüvitiste võimaldamise kohustust muuhulgas tervishoiuteenuste eest tasumiseks sõlmitavate lepingute kaudu ja rahaliste hüvitiste maksmisega.

Mitterahaline ravikindlustushüvitis on muuhulgas täielikult või osaliselt rahastatav haiguste ennetamiseks või raviks osutatud kvaliteetne ja õigeaegne tervishoiuteenus (tervishoiuteenuse hüvitis), mida kindlustatud isikule võimaldavad seaduses sätestatud tingimustel haigekassa ja temaga vastava lepingu sõlminud isikud. Rahalised hüvitised on ajutise töövõimetuse hüvitis, täiskasvanute hambaraviteenuse hüvitis, täiendav ravimihüvitis, väljaspool ravijärjekorda osutatud tervishoiuteenuse hüvitis ja piiriülese tervishoiuteenuse hüvitis. Töös on käsitletud tervishoiuteenuste, väljaspool ravijärjekorda osutatud tervishoiuteenuse ja piiriülese tervishoiuteenuse hüvitist.

Magistritöö kirjutati teemal „Ravi rahastamise lepingute sõlmimise kitsaskohad- kas ravikindlustuse seadus vajab muudatusi“ ning uurimisesemeks haiglavõrgu arengukava haiglate eelistamise absoluutsus mitterahaliste ravikindlustushüvitiste (tervishoiuteenuste) rahastamiseks sõlmitavate ravi rahastamise lepingute sõlmimisel ja mitterahaliste ravikindlustushüvitiste hüvitamine rahalistena ning ravikindlustuse seaduse muutmise või mittemuutmise vajadus.

Teemade olulisus tuleneb igapäevast tervise kaitsele ja riigi kohustusest korraldada tervishoiuteenuseid, kuna vaatamata kohtupraktika olemasolule on iga järgneva lepingupartnerite valikuga suurenenud ning teravalt päevakorras vaidluste hulk kohtutes HVA haiglate eelistamise põhjendusel. Samuti leiab peale patsiendiõiguste direktiivi rakendumist õigusloomes sagedast käsitlemist ravikindlustushüvitiste teema.

Tervishoiuteenuse osutamise ja saamise võib liigitada riigisiseseks ning teises riigis saadavaks. Inimesel on õigus otsustada ja saada tervishoiuteenust Eestis, kui ka väljaspool Eestit, kuid tema jaoks on oluline, kes selle teenuse eest tasub ning kuidas.

Haigekassa võtab ravikindlustatud isikult tasu maksmise kohustuse üle tervishoiuteenuste eest, kui tervishoiuteenus on kantud haigekassa tervishoiuteenuste loetellu, on osutatud meditsiinilisel näidustusel ning tervishoiuteenuse osutaja ja haigekassa vahel sõlmitud kehtiv RRL. Õigusaktid annavad selge seisukoha, et RRL-ta puudub haigekassal tasu ülevõtmise kohustus.

Haigekassa sõlmib RRL-id Terviseametis registreeritud vastavat tegevusluba omava tegutseva tervishoiuteenuse osutajaga, kuid tal ei ole seadusest tulenevalt kohustatud lepingut sõlmida kõigiga neist.

Haigekassa praktikas on välja kujunenud HVA haiglate eelistamine RRL sõlmimisel läbirääkimiste teel. Ülejäänud tervishoiuteenuse osutajad, HVA haiglate loetelusse mittekuuluvad tervishoiuteenuse osutajad, osalevad RRL sõlmimiseks lepingupartnerite valikul ning nende vahel jagatakse ravijuhud, mis HVA haiglate suutlikkuse või soovimatuse tõttu jäävad HVA haiglatest üle.

Töö autor püstitas töö teemast ja uurimisesemest tulenevalt kaks hüpoteesi:

- RRL-te sõlmimisel HVA haiglate eelistamine ei ole absoluutne kohustus, kuid puudub vajadus muuta RaKS-t;
- RaKS § 66<sup>1</sup> võimaldab hüvitada ravikindlustatud isikule väljaspool ravijärjekorda osutatud tervishoiuteenuse kulud ja seeläbi puudub vajadus RaKS-e muutmiseks.

Tulenevalt eesmärgist on töös kaks peatükki, milledest esimeses uuris töö autor esmalt teema mõistmiseks HVA arengukava kujunemist, heitis pilgu HVA haiglate võrgustumisele, uuris põgusalt RRL olemust ja sõlmimise menetluse liiki, analüüsis HVA haiglate eelistamist ning leidis vastuse esimesele hüpoteesile.

Teises peatükis leidis käsitlust esmalt mitterahaline ravikindlustushüvitise olemus, siis piiriülese tervishoiuteenuse hüvitamine ja väljaspool ravijärjekorda osutatud tervishoiuteenuse hüvitamine ning töö autor leidis vastuse teisele hüpoteesile.

Pärast taasiseseisvumist on ligikaudu 120 haiglast tänaseks järgi jäänud Eesti haiglavõrgu arengukava järgi 19 enamaljaol riigi või kohaliku omavalitsuse kontrollile allutatud haiglat, mis on garantii PS § 28 sätestatud põhiõigusele. Nimetatud haiglavõrku on hakatud optimeerima haiglate võrgustamise kaudu, kus piirkondlikud haiglad kui pädevuskeskused peaksid tagama üld- ja kohalike haiglate vastutuspiirkondades reaalse võimekuse osutada vajalikke eriarstiabi teenuseid.

HVA haiglate eelistamine kohustuslike ja mittekohustuslike erialade osas ei ole olnud senini kohtuvaidluste esemeks, kuid vahe tegemine haigla liikide nõuetes sätestatud erialade vahel võib osutada vajalikuks HVA haiglate eelistamisel RRL lepingute sõlmimisel, rääkimata siis erialadest, mille osas haigla liikide nõuetes ei ole seisukohta võetud konkreetse haigla liigi juures. Haigla liikide nõuete määrusest ei tulene HVA haiglatele kohustust osutada tervishoiuteenuseid kõigil erialadel.

HVA haiglate absoluutse eelistamise või mitte eelistamise kohustus on otsesõnu õigusaktides sätestamata, kuid on tuletatav erinevate õigusaktide ja normide tõlgendamisel tunnustatud tõlgendamismeetodeid kasutades. Imperatiivse kohustusena on RRL sõlmimise kohustus teatud tähtajaga.

Esimesele hüpoteesile vastuse leidmiseks analüüsis töö autor haigla liikide nõuete määrust, kus on 38-st eriarstiabi erialast HVA haiglatele kehtestatud tervishoiuteenused, mida nad on kohustatud osutama või võivad osutada või mis ei kajastu kummaski loetelus ja statsionaarse õendusabi osas eraldi õendushaigla määrust ning hädaolukorra seadust. Viimases on nimetatud elutähtsa teenuse ehk statsionaarse eriarstiabi osutajad. Lisaks lähtus ravikindlustuse printsiipidest, kasutas tõlgendamismeetodeid ja toetus kohtute seisukohtadele.

Töö autor jõudis järeldusele, et piirkondlikule haiglale on kõik eriarsti erialad kohustuslikud ning seega on haigekassal RRL-te sõlmimisel piirkondlike haiglate eelistamine HVA haiglana eriarstiabi erialadel absoluutne kohustus ning õendusabi erialadel mitte.

Kesk-, üld- ja kohalike haiglatele ei ole kõik erialad kohustuslikud. Lisaks kohustuslikele erialadele on lubatavad erialad ning esineb hulgaliselt erialasid, mis ei kajastu kummaski loetelus. Kohustuslikel eriarstiabi erialadel on HVA haiglate eelistamine haigekassale kohustuslik. Erialad, mis ei ole kohustuslikus ega ka lubatavas loetelus, kuuluvad TTKS järgi lubatud tegevusalade hulka ja nende osutamine kesk-, üld- ja kohalikus haiglas on lubatud, kuid nende erialade osas haiglate eelistamine ei ole kohustuslik nende mittekohustuslikkuse tõttu. Sama kehtib ka õendusabi erialal statsionaarse õendusabi teenuse osutamise kohta.

Seega kokkuvõtvalt asus töö autor seisukohale, et kehtivaid õigusakte aluseks võttes peab haigekassa HVA haiglatega sõlmima RRL teatud tähtajaga, RRL-te sõlmimisel eelistama HVA loetelus nimetatud haiglaid nende kohustuslikult osutatavate erialade osas, kuid osutada võivate (s.h kummaski loetelus nimetamata) erialade osas eelistamise kohustus puudub ning vastuseks hüpoteesile RRL-te sõlmimisel HVA haiglate eelistamine ei ole absoluutne kohustus ja vaja on muuta RaKS-i.

Vaatamata kohtupraktika olemasolule HVA haiglate eelistamise osas, kuid mitte erialati, tuleb võimalike vaidluste vältimiseks ja seeläbi ressursi kokkuhoiuks reguleerida HVA haiglate absoluutne eelistamine RRL sõlmimisel seadusandluse tasandil (RaKS), sh mittekohustuslike

ja reguleerimata teenuste osas. Seda enam, et kohtud ei tohi seadusandja asemel asuda langetama sotsiaalpoliitilisi otsuseid ja haigekassa ei kujunda ise riigi tervishoiupoliitikat, vaid viib seda ellu. Seetõttu on haigekassale vaja selget kirjaliku juhist riigi tervishoiupoliitika kujundajatelt.

Samuti on vajalik anda haigekassale õigus sõlmida RRL-id HVA haiglatega absoluutse eelistuse alla käivatel erialadel kehtivas RaKS §-s 36 sätestatud valikumenetlust läbi viimata.

Õigusakti tasandil vajab reguleerimist otsustamise kord, kuidas otsustatakse erialati, miks üks või teine eriala on HVA haiglale eelistamisele kuuluv või vastupidi.

Teisele hüpoteesile vastuse leidmiseks vaatles töö autor esmalt mitterahalise ja rahalise ravikindlustushüvitise olemust, mitterahalise ravikindlustushüvitise piiriülese tervishoiuteenuse rahalisena hüvitamist ning keskendus väljaspool järjekorda osutatud tervishoiuteenuse rahalisena hüvitamisele, mille tulemusena leidis vastuse hüpoteesile – RaKS § 66<sup>1</sup> võimaldab hüvitada haigekassa kindlustatule väljaspool ravijärjekorda osutatud tervishoiuteenuse kulud ja seeläbi puudub vajadus RaKS muutmiseks.

Töö autor jõudis järeldusele, et mitterahalise ravikindlustushüvitise rahalisena hüvitamine ei ole vastuolus seadusandja tahte ega tervishoiupoliitikaga ja on kooskõlas ravikindlustuse printsiipidega. Mõningad vastuolud printsiipidega on ületatavad.

Piiriülese tervishoiuteenuse hüvitamine rahalise hüvitisena toimib ja RaKS koos alamaktidega ei vaja muutmist, kuid rahalise hüvitisena RaKS §-s 66<sup>1</sup> sätestatud väljaspool järjekorda osutatud tervishoiuteenuse rahalisena hüvitamine ei toimi ega ole võimalik ning toob allpool ära olulisemad puudused.

Esmalt normitehniliselt kehtiv RaKS säte ei võimalda hetkel hüvitist maksta, kuna RaKS § 66<sup>1</sup> lõike 1 sõnastusest ei tulene õigust hüvitisele. Kehtivast sõnastusest tulenevalt on vaja kehtestada „Kord“, mis tähendab protseduuriliste sätete kehtestamise õigust. Korra kehtestamiseks antud volitusnorm ei hõlma volitust kehtestada seadusega võrreldes täiendavaid tingimusi - hüvitamise tingimusi. Seetõttu ei ole volitusnormi alusel rakendusaktina kehtestatud kulude hüvitamise tingimusi ja hüvitamisele kuuluvate tervishoiuteenuste loetelu. RaKS § 66<sup>1</sup> lõikes 1 oleva volitusnorm vajab täpsustamist.

RaKS § 66<sup>1</sup> sõnastusest tulenevalt hüvitatakse tervishoiuteenus, kui see on osutatud meditsiinilisel näidustusel, RRL-t omava tervishoiuteenuse osutaja juures, teenust saanud isik on olnud sama teenuse osas ravijärjekorras, omas saatekirja ning hüvitist makstakse TTL hindades.

Järgmiseks kitsaskohaks on hüvitise väljamakse tegemise hetk, kuna siis puudub väljamakse saajal meditsiiniline vajadus hüvitisele. Vajadus oli teenuse osutamise momendil, mitte hüvitise saamise momendil.

Teadaolevalt ei ole haigekassal kohustust sõlmida kõigi tervishoiuteenuse osutajatega ja kõigil tervishoiuteenuse osutajatel ei ole RRL-e. Seega jäävad rahalisest hüvitisest ilma ravikindlustatud, kes said teenust RRL-ta tervishoiuteenuse juures ning ravikindlustatuid võidakse kohelda seeläbi ebavõrdselt.

Kuna ravijuhte ei osteta, tuleb luua ravijuhtudeta lepingu sõlmimise võimalus kõikide soovi avaldanud tervishoiuteenuse osutajatega, aga selliste RRL-te sõlmimise välistab hetkel kehtiv RaKS sõnastus RRL-u kohustuslike tingimuste sätestatusse tõttu (ülevõetav kohustuste kogusumma (rahaline maht) ja osutatavate teenuste miinimummaht (ravijuhud).

Saatekirja nõue hüvitise saamiseks välistab hetkel hüvitise saamise kehtivas RaKS sätestatud saatekirjata juhtudel. RaKS § 66<sup>1</sup> lõige 4 on vastuolus RaKS § 70 lõigetega 2 ja 3 ning vaja on muuta RaKS § 70 lõike 2 ja 3 sõnastust.

Kitsaskohaks on ka hüvitamise tingimuste puudumine ning hüvitise suurus, mis tuleb kehtestada kõigile ühesugusena. Kehtiva seaduse kohaselt tuleb maksta hüvitist TTL hindades ja ei ole võimalik kehtestada volitusnormist tulenevalt kindlustatule hüvitamise koefitsienti või protsenti TTL hindadest.

Käesolevaks hetkeks on välja töötatud RaKS muutmise projekt ja lepitud kokku rahalise hüvitise pilootprojektina sünnitusabi ja günekoloogia eriala. Töö autor nendib, et tegemist on RaKS § 70 lõikes 3 nimetatud saatekirja mittenõudva erialaga ning lisaks enamus teenuse ja hüvitise saajaid on naissoost.

Vastuseks püstitatud hüpoteesile – RaKS § 66<sup>1</sup> võimaldab hüvitada haigekassa kindlustatule väljaspool ravijärjekorda osutatud tervishoiuteenuse kulud ja seeläbi puudub vajadus RaKS muutmiseks, asub töö autor seisukohale:

kehtiv RaKS § 66<sup>1</sup> regulatsioon ei võimalda haigekassa kindlustatule väljaspool ravijärjekorda osutatud tervishoiuteenuse kulude hüvitamist ega ka tervishoiuteenuste osutaja vaatenurgast vaadatuna rakendada.

Ainsaks sobivaks võimaluseks ja eesmärgi saavutamiseks on RaKS muutmine uue täpsema regulatsiooni kehtestamise teel. Regulatsiooni kehtestamine aitab riigil paremini tagada kindlustatud isikutele PS § 28 lõikes 1 sätestatud igäihe õiguse tervise kaitsele ning tervishoiuteenuse osutajatele sama seaduse § 31 ettevõtlusvabadust.

## **Engpässe beim Abschließen der Verträge über Finanzierung der Behandlung - braucht das Gesetz über Krankenversicherung Änderungen**

### **ZUSAMMENFASSUNG**

Als Jedermannsrecht im § 28 PS */Põhiseadus, Grundgesetz/* festgelegtes subjektives Recht auf Schutz der Gesundheit umfasst drei Pflichten des Staates: die Pflicht, die Gesundheit der Menschen nicht zu schädigen, die Pflicht, die Umstände zu sichern, die die Voraussetzungen für die Gesundheit darstellen, und die Pflicht, den Zugang zu den Gesundheitsdienstleistungen zu sichern. Die letzte dem Staat auferlegte Pflicht enthält wiederum drei Elemente in sich: den faktischen, den geographischen und den finanziellen Zugang. Zur Sicherung des faktischen Zugangs zu den Gesundheitsdienstleistungen hat der Staat in ausreichendem Maße medizinisches Personal zu schulen, direkt oder indirekt die Krankenhäuser in Betrieb zu halten usw., zur Sicherung des geographischen Zugangs wurde das Ziel gesetzt, die Zugangsmöglichkeiten der Ambulanz in ganz Estland rund um die Uhr zu gewährleisten, zur Sicherung des finanziellen Zugangs ist in Estland das Krankenversicherungssystem errichtet worden, dank dem allen kostenloser Zugang zur medizinischen Notfallversorgung und zur Ambulanz gewährleistet ist.

Den Zugang zu den Gesundheitsdienstleistungen regelt das Gesetz über Organisation der Gesundheitsversorgung */tervishoiuteenuste korraldamise seadus, TTKS/*, aufgrund dessen der Sozialminister die Anforderungen an die Zugangsmöglichkeiten zu den Gesundheitsdienstleistungen und an die Führung von Wartelisten festgesetzt hat. Als Zugangsmöglichkeiten zu den Gesundheitsdienstleistungen werden die rechtzeitige und qualitativ hochwertige Gewährleistung von medizinischer Notfallversorgung, allgemeinmedizinischer Versorgung, fachärztlicher Versorgung, darunter zahnmedizinischer Versorgung und Krankenpflege gegenüber dem Patienten verstanden, wobei vom medizinischen Bedarf nach Gesundheitsdienstleistungen, der fachlichen Kompetenz des Gesundheitsdienstleisters und dem Vorhandensein von Behandlungsressourcen ausgegangen wird.

Das Grundgesetz verpflichtet den Staat, aktiv tätig zu sein, aber erlegt dem Staat nicht auf, gegenüber jedem maximale kostenlose medizinische Versorgung zu sichern. Dem Gesetzgeber ist bei der Inhaltgebung des Gesundheitsrechts ein weiter Ermessensspielraum eingeräumt worden, weil der Umfang der Gewährleistung dieses Rechts in großem Masse von

den wirtschaftlichen Ressourcen des Staates abhängt. Das Recht, über finanzielle Mittel zu verfügen, hat zwar der Gesetzgeber, die Bedingungen für die Nutzung von Ressourcen dürfen jedoch durch unangemessene Kriterien nicht eingeschränkt werden.

Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf die aus dem Hauptinhalt des Grundgesetzes ergebende letzte Pflicht – Gewährleistung der Zugangsmöglichkeiten zu den Gesundheitsdienstleistungen, die durch die Pflicht zur Organisation der Krankenversicherung und zur Ermöglichung von Versicherungsleistungen gewährleistet wird. Die genannte Pflicht ist mit dem Gesetz der Estnischen Krankenkasse */Eesti Haigekassa seadus/* der Estnischen Krankenkasse auferlegt worden.

Die Krankenkasse erfüllt die Pflicht zur Ermöglichung der Krankenversicherungsleistungen unter anderem durch die zur Zahlung für die Gesundheitsdienstleistungen abzuschließenden Verträge und durch Ausgleichszahlungen.

Nichtgeldliche Krankenversicherungsleistung ist unter anderem eine vollständig oder teilweise zu finanzierende und zur Vorbeugung oder zur Behandlung von Krankheiten erbrachte qualitativ hochwertige und rechtzeitige Gesundheitsdienstleistung (Vergütung der Gesundheitsdienstleistung), die der versicherten Person von der Krankenkasse und von den mit der Krankenkasse einen entsprechenden Vertrag abgeschlossenen Personen zu den gesetzlich festgesetzten Bedingungen gewährt wird. Als finanzieller Ausgleich gelten Vergütung wegen vorübergehender Arbeitsunfähigkeit, Kostenerstattung bei der zahnmedizinischen Versorgung von Erwachsenen, ergänzende Kostenerstattung bei Arzneimitteln, Kostenerstattung für die außerhalb der Warteliste erbrachten Gesundheitsdienstleistungen und die Kostenerstattung für grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen. Die Arbeit befasst sich mit der Kostenerstattung für die Gesundheitsdienstleistungen, der Kostenerstattung für die außerhalb der Warteliste erbrachten Gesundheitsdienstleistungen und der Kostenerstattung für die grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen.

Das Thema der Magisterarbeit lautet „Engpässe beim Abschließen der Verträge über Finanzierung der Behandlung - braucht das Gesetz über Krankenversicherung Änderungen“, den Forschungsgegenstand stellen die Ausschließlichkeit der Bevorzugung der Krankenhäuser des Entwicklungsplans des Krankenhausnetzes (EPKN-Krankenhäuser) beim Abschließen der zur Finanzierung der nichtgeldlichen Krankenversicherungsleistungen

(Gesundheitsdienstleistungen) abzuschließenden Verträge über Finanzierung der Behandlung, die finanzielle Vergütung der nichtgeldlichen Krankenversicherungsleistungen und der Bedarf nach Ändern oder nach Unverändertbleiben des Gesetzes über Krankenversicherung dar.

Die Wichtigkeit der Themen ergibt sich aus dem Jedermannsrecht auf Schutz der Gesundheit und aus der Pflicht des Staates, die Gesundheitsdienstleistungen zu organisieren, weil trotz der bestehenden Rechtsprechung bei jeder folgender Auswahl von Vertragspartnern die Zahl der Rechtsstreite vor den Gerichten wegen der Bevorzugung der EPKN-Krankenhäuser zunimmt. Ferner wird nach Umsetzung der Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der Gesetzgebung öfters das Thema der Krankenversicherungsleistungen behandelt.

Das Erbringen und das Erhalten von Gesundheitsdienstleistungen können inländisch und ausländisch eingeteilt werden. Patienten haben das Recht, sich zu entscheiden und können die Gesundheitsversorgung in Estland, aber auch außerhalb von Estland in Anspruch nehmen, für sie ist jedoch wichtig, wer und wie dafür zahlt.

Die Krankenkasse übernimmt die Pflicht zur Bezahlung der Gesundheitsdienstleistungen von der krankenversicherten Person, soweit die Gesundheitsdienstleistung im Leistungskatalog der Gesundheitsversorgung der Krankenkasse eingetragen worden ist, sie nach medizinischer Indikation erbracht worden ist und zwischen dem Gesundheitsdienstleister und der Krankenkasse ein gültiger Vertrag über die Finanzierung der Behandlung abgeschlossen worden ist. Die Rechtsvorschriften ermitteln einen klaren Standpunkt, wonach ohne Vertrag über die Finanzierung der Behandlung die Krankenkasse nicht verpflichtet ist, die Bezahlung der Kosten zu übernehmen.

Die Krankenkasse schließt die Verträge über die Finanzierung der Behandlung mit dem im Gesundheitsamt eingetragenen, eine entsprechende Tätigkeitsgenehmigung besitzenden tätigen Gesundheitsdienstleisters ab, hat aber keine gesetzliche Verpflichtung, mit allen von ihnen einen Vertrag abzuschließen.

In der Praxis der Krankenkasse ist die Bevorzugung von EPKN-Krankenkassen beim Abschluss des Vertrags über die Finanzierung der Behandlung durch Verhandlungen entstanden. Die restlichen Gesundheitsdienstleister, die nicht in die Liste der EPKN-Krankenhäuser aufgenommen wurden, nehmen an der Wahl der Vertragspartner zum Abschließen der Verträge über die Finanzierung der Behandlung teil und zwischen ihnen

werden Behandlungsfälle geteilt, die wegen der Leistungsfähigkeit oder Unwilligkeit der EPKN-Krankenhäuser übrig bleiben.

Die Verfasserin der Arbeit hat ausgehend vom Thema der Arbeit und vom Forschungsgegenstand zwei Hypothesen gestellt:

- das Bevorzugen der EPKN-Krankenhäuser beim Abschließen der Verträge über die Finanzierung der Behandlung stellt zwar keine absolute Pflicht dar, es besteht aber kein Bedarf nach Einführung von Änderungen in das Gesetz über Krankenversicherung */ravikindlustuse seadus, RaKS/*;
- § 66<sup>1</sup> RaKS ermöglicht der krankenversicherten Person die Kostenerstattung für die außerhalb der Warteliste erbrachten Gesundheitsdienstleistungen und dadurch besteht kein Bedarf nach Einführung von Änderungen in das RaKS.

Ausgehend von der Zielsetzung hat die Magisterarbeit zwei Kapitel, im ersten Kapitel forschte die Verfasserin zuerst die Entstehung des Entwicklungsplans des Krankenhausnetzes, um das Thema besser zu verstehen, warf einen Blick auf die Bildung von Netzwerk der Krankenhäuser des Entwicklungsplans des Krankenhausnetzes, untersuchte kurz das Wesen des Vertrags über die Finanzierung der Behandlung und die Verfahrensart dessen Abschließens, analysierte das Bevorzugen der Krankenhäuser des Entwicklungsplans des Krankenhausnetzes und fand die Antwort auf die erste Hypothese.

Im zweiten Kapitel wurde zuerst das Wesen der nichtgeldlichen Krankenversicherungsleistung behandelt, dann die Kostenerstattung für die grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistung und die Kostenerstattung für die außerhalb der Warteliste erbrachten Gesundheitsdienstleistungen und anschließend hat die Verfasserin der Arbeit die Antwort auf die zweite Hypothese gefunden.

Nach der Wiedererlangung der Unabhängigkeit Estlands sind bis heute von fast 120 Krankenhäusern laut Angaben des Entwicklungsplans des estnischen Krankenhausnetzes 19 meistens unter Kontrolle des Staates oder der Kommunalverwaltung stehende Krankenhäuser erhalten geblieben, die die Garantie für das im § 28 Grundgesetzes festgesetzte Grundrecht darstellen. Das Optimieren des genannten Krankenhausnetzes wurde durch Vernetzung von Krankenhäusern eingeleitet, wobei regionale Krankenhäuser als Kompetenzzentren in den Zuständigkeitsgebieten der allgemeinen und lokalen Krankenhäuser tatsächliche Kapazität, erforderliche fachärztliche Dienstleistungen zu erbringen, sichern sollen.

Das Bevorzugen der EPKN-Krankenhäuser bei den obligatorischen und nichtobligatorischen Fachgebieten ist bisher kein Thema der Rechtsstreitigkeiten gewesen, aber das Differenzieren zwischen den in den Anforderungen der Krankenhausarten festgesetzten Fachgebieten kann sich im Falle der Bevorzugung der EPKN-Krankenhäuser beim Abschließen der Verträge über die Finanzierung der Behandlung als notwendig erweisen, geschweige dann von den Fachgebieten, zu denen in den Anforderungen der Krankenhausarten keine Stellung bei der konkreten Krankenhausart genommen worden ist. Aus der Verordnung über die Anforderungen der Krankenhausarten geht für die EPKN-Krankenhäuser keine Verpflichtung hervor, Gesundheitsdienstleistungen in allen Fachgebieten zu erbringen.

Die Pflicht, die EPKN-Krankenhäuser ausschließlich zu bevorzugen oder nicht zu bevorzugen, ist in den Rechtsvorschriften nicht festgesetzt worden, kann aber durch die Auslegung verschiedener Rechtsvorschriften und Normen nach anerkannten Auslegungsverfahren abgeleitet werden. Als imperative Pflicht gilt die Pflicht zum Abschluss eines Vertrags über die Finanzierung der Behandlung mit bestimmter Laufzeit.

Um die erste Hypothese beantworten zu können, hat die Verfasserin der Magisterarbeit die Verordnung über die Anforderungen der Krankenhausarten analysiert, in der aus 38 Facharztgebieten für die EPKN-Krankenhäuser bestimmte Gesundheitsdienstleistungen dargestellt sind, die sie zu erbringen verpflichtet sind, oder die sie erbringen können oder die weder in einer noch in der anderen Liste dargestellt werden; zum Thema der stationären Krankenpflege hat die Verfasserin die Verordnung über das Pflegekrankenhaus und das Notstandsgesetz analysiert. In der zuletzt genannten Rechtsvorschrift sind die Erbringer der lebenswichtigen Dienstleistung bzw. der stationären fachärztlichen Dienstleistung genannt worden. Zudem ging die Verfasserin von den Grundsätzen der Krankenversicherung aus, setzte Auslegungsverfahren ein und stützte sich auf die Stellungnahmen der Gerichte.

Die Verfasserin der Magisterarbeit ist zur Schlussfolgerung gekommen, dass für ein regionales Krankenhaus alle fachärztlichen Gebiete obligatorisch sind und somit die Bevorzugung der regionaler Krankenhäuser als EPKN-Krankenhäuser beim Abschließen der Verträge über die Finanzierung der Behandlung durch Krankenkasse im fachärztlichen Bereich eine absolute Pflicht ist und im Bereich der Krankenpflege nicht.

Für zentrale, allgemeine und lokale Krankenhäuser sind nicht alle Fachgebiete obligatorisch. Neben den obligatorischen Fachgebieten gibt es zulässige Fachgebiete und eine ganze Reihe von Fachgebieten, die weder in einer noch in der anderen Liste dargestellt werden. In den obligatorischen fachärztlichen Gebieten ist die Bevorzugung der EPKN- Krankenhäuser für die Krankenkasse obligatorisch. Fachgebiete, die weder in der obligatorischen noch in der zulässigen Liste aufgelistet sind, gehören laut Gesetz über die Organisation der Gesundheitsversorgung */tervishoiuteenuste korraldamise seadus, TTKS/* zu den zugelassenen Tätigkeitsbereichen und deren Erbringen in den zentralen, allgemeinen und lokalen Krankenhäusern ist gestattet, aber die Bevorzugung der Krankenhäuser in diesen Fachgebieten ist nicht obligatorisch, weil sie nicht-obligatorisch sind. Gleiches gilt hinsichtlich der Erbringung der stationären Krankenpflege-dienstleistung im Fachgebiet der Krankenpflege.

Somit kam die Verfasserin der Magisterarbeit zusammenfassend zur Konsequenz, dass aufgrund der geltenden Rechtsvorschriften die Krankenkasse verpflichtet ist, die Verträge über die Finanzierung der Behandlung mit bestimmter Laufzeit mit den EPKN-Krankenhäusern abzuschließen, beim Abschließen der Verträge über die Finanzierung der Behandlung die in der Liste des Entwicklungsplans des Krankenhausnetzes genannten Krankenhäuser im Bereich der von ihnen obligatorisch zu erbringenden Fachgebieten bevorzugen muss, aber im Bereich der fakultativ zu erbringenden (darunter in beiden Listen nicht erwähnten) Fachgebieten besteht keine Bevorzugungspflicht und als Antwort auf die Hypothese – die Bevorzugung der EPKN-Krankenhäuser beim Abschließen der Verträge über die Finanzierung der Behandlung ist keine absolute Pflicht und der Bedarf nach Einführung der Änderungen in das Gesetz über Krankenversicherungsgesetz ist vorhanden.

Trotz existierender Rechtsprechung zum Thema der Bevorzugung der EPKN-Krankenhäuser, jedoch nicht nach Fachgebieten, muss zur Vermeidung eventueller Streitigkeiten und dadurch zur Ressourceneinsparung die absolute Bevorzugung der EPKN-Krankenhäuser beim Abschließen der Verträge über die Finanzierung der Behandlung auf der Gesetzesebene (Gesetz über Krankenversicherung) geregelt werden, darunter die nichtobligatorischen und nicht geregelten Dienstleistungen. Um so mehr, weil die Gerichte anstatt des Gesetzgebers keine sozialpolitische Entscheidungen treffen dürfen und die Krankenkasse die staatliche Gesundheitspolitik nicht gestaltet, sondern sie ausführt. Deswegen braucht die Krankenkasse eine klare schriftliche Leitlinie von den Gestaltern der staatlichen Gesundheitspolitik.

Es ist auch notwendig, der Krankenkasse das Recht einzuräumen, mit den EPKN-Krankenhäusern die Verträge über die Finanzierung der Behandlung in den Fachgebieten, die absolut bevorzugt werden, abschließen zu dürfen, ohne im § 36 RaKS festgesetztes Auswahlverfahren durchführen zu müssen.

Auf der Ebene der Rechtsvorschrift muss die Entscheidungsfindung geregelt werden, wie nach den Fachgebieten entschieden wird, warum bei einem oder anderem Fachgebiet die EPKN-Krankenhäuser zu bevorzugen sind oder umgekehrt.

Um die zweite Hypothese beantworten zu können, hat die Verfasserin der Magisterarbeit zuerst das Wesen der geldlichen und nichtgeldlichen Krankenversicherungsleistung, die Erstattung der nichtgeldlichen Krankenversicherungsleistung und der grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistung in Geld betrachtet und sich auf die Erstattung der außerhalb der Warteliste erbrachten Gesundheitsdienstleistung in Geld konzentriert, infolge dessen sie die Antwort auf die Hypothese gefunden hat – § 66<sup>1</sup> RaKS ermöglicht, dem Krankenversicherten die Kosten aus der außerhalb der Warteliste erbrachten Gesundheitsdienstleistung zu erstatten und dadurch besteht kein Bedarf nach Einführung von Änderungen in das RaKS.

Die Autorin ist zur Schlussfolgerung gekommen, dass die Erstattung der nichtgeldlichen Krankenversicherungsleistung in Geld nicht im Widerspruch zum Willen des Gesetzgebers oder der Gesundheitspolitik und im Einklang mit den Grundsätzen der Krankenversicherung steht. Einige Widersprüche zu den Grundsätzen sind überwindbar.

Die Erstattung der grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistung in Geld funktioniert und RaKS samt untergeordneten Verwaltungsakten muss nicht geändert werden, aber die Erstattung der im § 66<sup>1</sup> RaKS festgesetzten außerhalb der Warteliste erbrachten Gesundheitsdienstleistung in Geld funktioniert nicht und ist nicht möglich. Anschließend nennt die Verfasserin die wichtigsten Mängel.

Erstens, zurzeit ermöglicht die geltende Bestimmung von RaKS normentechnisch keine Kostenerstattung, weil sich aus dem Wortlaut von § 66<sup>1</sup> Abs. 1 RaKS kein Recht auf die Kostenerstattung ergibt. Ausgehend von der geltenden Fassung muss „eine Regelung“ festgesetzt werden, das bedeutet das Recht auf die Festsetzung von prozeduralen Bestimmungen. Die zur Festsetzung der Regelung erteilte Ermächtigungsnorm umfasst die Befugnis, im Vergleich zum Gesetz ergänzende Bedingungen – die Bedingungen der

Kostenerstattung- festzulegen, nicht. Deswegen sind aufgrund der Ermächtigungsnorm weder die Bedingungen der Kostenerstattung noch die Liste der zu erstatteten Gesundheitsdienstleistungen als Einführungsakte festgesetzt worden. Die Ermächtigungsnorm im § 66<sup>1</sup> Abs. 1 RaKS muss präzisiert werden.

Ausgehend vom Wortlaut des § 66<sup>1</sup> RaKS wird die Gesundheitsdienstleistung erstattet, soweit sie nach medizinischer Indikation beim Gesundheitsdienstleister, der einen Vertrag über die Finanzierung der Behandlung abgeschlossen hat, erbracht worden ist, der Empfänger der Dienstleistung in der Warteliste für dieselbe Dienstleistung gewesen ist, er eine ärztliche Überweisung hatte und die Kosten in Höhe der Preise der Liste von Gesundheitsdienstleistungen der Estnischen Krankenkasse erstattet werden.

Nächste Schwachstelle ist der Zeitpunkt der Auszahlung der Kostenerstattung, weil dann der Empfänger der Auszahlung keinen medizinischen Bedarf nach Erstattung hat. Der Bedarf bestand zum Zeitpunkt der Erbringung der Dienstleistung, nicht zum Zeitpunkt des Erhalts der Erstattung.

Bekanntlich ist die Krankenkasse nicht verpflichtet, mit allen Gesundheitsleistern einen Vertrag über die Finanzierung der Behandlung abzuschließen und daher haben nicht alle Gesundheitsdienstleister diese Verträge. Somit erhalten diese krankenversicherten Personen, die die Dienstleistung bei einem Dienstleister erhalten haben, die keinen Vertrag über die Finanzierung der Behandlung haben, keine geldliche Erstattung, und dadurch können die krankenversicherten Personen ungleich behandelt werden.

Da die Behandlungsfälle nicht gekauft werden, muss die Möglichkeit zum Abschließen des Vertrags ohne Behandlungsfälle mit allen Gesundheitsdienstleister, die einen entsprechenden Wunsch geäußert haben, geschaffen werden, aber das Abschließen solcher Verträge über die Finanzierung der Behandlung ist zurzeit durch den Wortlaut der gültigen RaKS wegen der Bestimmtheit der obligatorischen Bedingungen des Vertrags über die Finanzierung der Behandlung (die zu übernehmende Gesamtsumme der Verpflichtungen (finanzieller Umfang) und der Mindestumfang der zu erbringenden Dienstleistungen (Behandlungsfälle) ausgeschlossen.

Die Voraussetzung der ärztlichen Überweisung für den Erhalt der Erstattung schließt zurzeit die Kostenerstattung in den im geltenden RaKS festgesetzten Fällen, in denen die ärztliche

Überweisung nicht erforderlich ist, aus. § 66<sup>1</sup> Abs 4 RaKS steht im Widerspruch zu § 70 Abs. 2 und 3 RaKS und der Wortlaut von § 70 Abs. 2 und Abs. 3 muss geändert werden.

Eine Schwachstelle ist auch das Fehlen von Erstattungsvoraussetzungen und die Höhe der Erstattung, die für alle gleich sein muss. Nach geltendem Recht muss die Erstattung in den Preisen der Liste von Gesundheitsdienstleistungen der Estnischen Krankenkasse gezahlt werden, es ist nicht möglich, für den Krankenversicherten ausgehend von der Ermächtigungsnorm einen Erstattungskoeffizient oder Prozentsatz von den Preisen der Liste von Gesundheitsdienstleistungen festzusetzen.

Inzwischen ist ein Projekt für die Einführung der Änderungen in RaKS erarbeitet worden und als Pilotprojekt der geldlichen Erstattung das Fachgebiet der Geburtshilfe und der Gynäkologie vereinbart worden. Die Verfasserin der Magisterarbeit stellt fest, dass es sich um das Fachgebiet handelt, für das im § 70 Abs. 3 RaKS genannte ärztliche Überweisung nicht erforderlich ist, und zudem die Mehrheit der Empfänger der Dienstleistung und der Erstattung weiblichen Geschlechts sind.

Als Antwort auf die gestellte Hypothese – § 66<sup>1</sup> RaKS ermöglicht, dem Krankenversicherten die Kosten aus der außerhalb der Warteliste erbrachten Gesundheitsdienstleistungen zu erstatten und dadurch besteht kein Bedarf nach Einführung von Änderungen in das RaKS, die Verfasserin der Magisterarbeit ist der Ansicht:

Die gültige Regelung im § 66<sup>1</sup> RaKS ermöglicht weder dem Krankenversicherten die Kosten aus der außerhalb der Warteliste erbrachten Gesundheitsdienstleistungen zu erstatten noch die Anwendung aus der Perspektive des Gesundheitsdienstleisters.

Die einzige angemessene Möglichkeit zur Erreichung des Ziels ist das Ändern von RaKS durch die Festsetzung einer neuen, präziseren Regelung. Die Festsetzung der Regelung trägt dazu bei, dass der Staat den Krankenversicherten besser das im § 28 Abs. 1 Grundgesetzes festgesetzte Jedermannsrecht auf Schutz der Gesundheit und den Gesundheitsdienstleistern die im § 31 Grundgesetzes festgesetzte unternehmerische Freiheit sichern kann.

....., 04.05.2015.

## KASUTATUD MATERJALIDE LOETELU

### Kasutatud kirjandus

1. A. Aedmaa, E. Lopman, N. Parrest, I. Pilving, E. Vene. Haldusmenetluse käsiraamat. Tartu: Tartu Ülikooli kirjastus, 2004.
2. Aedmaa, A., Parrest, N. Haldusleping. Sisekaitseakadeemia, Eesti Vabariigi Riigikantselei. Tallinn: 2004.
3. Allikmets, S. Kas ravi välismaal on igäihte teoreetiline õigus või praktiline võimalus? Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiivi 2011/24/EL Eesti õigusesse ülevõtmise mudel. - Juridica V/2014.
4. Bakler. T. „Hospital Master Plan’ist” haiglavõrgu arengukavani. Lisa 5. Tervisefoorumi eriväljaanne. - Eesti Arst. 2003.
5. Hellers, G., Lundegårdh. G. *Estonian Hospital Master Plan 2015*. SC Scandinavian Care Consultants AB and SWECO International AB on behalf of Ministry of Social Affairs. Tallinn: 2000.
6. Hirvoja, M. Haldusleping. Mõiste, kasutusala ning mõned olulised õiguslikud jooned. - Juridica 1999/7.
7. Koppel, A., Kahur, K, Habicht T, Saar P, Habicht J ja van Ginneken E. Eesti: Tervisesüsteemi ülevaade. Tervisesüsteemid muutustes. Eesti: 2008; 10(1).
8. Nõgols, A.-R. Ravi rahastamise lepingute sõlmimise menetluse regulatsiooni ja selle alusel Eesti haigekassa poolt välja kujundatud halduspraktika kitsaskohad ning nende ületamise võimalused. Magistritöö. Tallinn: 2012.
9. Nõmper, A., Sootak, J., Meditsiiniõigus. Tallinn: Juura, 2007.
10. Parrest, N. Segadus mõistetes seoses avaliku võimu ülesannetega. - Juridica X/2014.
11. Riigikontroll. Haiglavõrgu jätkusuutlikkus. Aruanne Riigikogule. Tallinn: 2.02.2010.
12. Truuväli, E- J., Kask, O., Lehis, L. jt., Eesti Vabariigi Põhiseadus. Kommenteeritud väljaanne. 2., täiend. väljaanne. Tallinn: Juura, 2008.
13. Varusk, M. Ravi rahastamise lepingutega seotud probleeme. - Juridica V/2014.

## Kasutatud normatiivmaterjalid

14. Euroopa Liidu ja Euroopa Ühenduse Asutamislepingu Konsolideeritud versioonid. 29.12.2006. - ELT C321E/1.
15. Euroopa Liidu lepingu ja Euroopa Liidu toimimise lepingu konsolideeritud versioonid. 26.10.2012. - ELT C 326/1-407.
16. Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiv 2011/24/EL, patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. 9. märts 2011. - ELT L 088, 04.04.2011.
17. Euroopa Parlamendi ja nõukogu määrus (EÜ) nr 883/2004 Sotsiaalkindlustussüsteemide koordineerimise kohta (EMPs ja Šveitsis kohaldatav tekst). 29. aprill 2004. - ELT L 200, 07.06.2004.
18. Euroopa Parlamendi ja nõukogu määrus (EÜ) nr 987/2009, milles sätestatakse määruse (EÜ) nr 883/2004 (sotsiaalkindlustussüsteemide koordineerimise kohta) rakendamise kord. 16. september 2009.- ELT L 284, 30.10.2009.
19. Euroopa Ühenduste Komisjon. Ettepanek: Euroopa Parlamendi ja Nõukogu direktiiv patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius. KOM(2008) 414 lõplik. 02. juuli 2008. - <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0414:FIN:ET:DOC>, 03.03.2013.
20. Eesti Vabariigi Põhiseadus. - RT 1992, 26,349 ... RT I 2011, 2.
21. Eesti Haigekassa meditsiiniseadmete loetelu ja meditsiiniseadmete loetellu kantud meditsiiniseadmete eest tasu maksmise kohustuse ülevõtmise kord. TTMm 19.12.2014.a nr 77. - RT I, 29.12.2014, 28.
22. Eesti Haigekassa seadus. - RT I 2000, 57,374 ... RT I, 13.03.2014, 12.
23. Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu. SOMm 19.12.2014.a nr 194. - RT I, 29.12.2014, 55.
24. Eriarstiabi erialade loetelu. SOMm 28.11.2001 nr 110. - RTL 2001, 130, 1880 ... RT I, 28.06.2013.
25. Halduskoostöö seadus. - RT I 2003, 20, 17 .... RT I, 04.12.2014, 8
26. Haldusmenetluse seadus. – RT I, 58, 354 ... RT I, 23.02.2011, 8.
27. Halduskohtumenetluse seadustik. - RT I, 23.02.2011 ... RT I, 31.12.2014, 9.
28. Haigla liikide nõuded. SOMm 19.08.2004 nr 103. - RTL 2004, 116, 1816 ... RT I, 17.01.2014, 8.
29. Haiglavõrgu arengukava. VVm 14.04.2003 nr 105. - RT I 2003, 35,223 ... RT I 09.01.2014, 21.

30. Hädaolukorra seadus. RT I 2009, 39, 262 ... RT I 12.03.2015, 14.
31. Iseseisvalt osutada lubatud ambulatoorsete õendusabiteenuste loetelu ja nende hulka kuuluvad tegevused. SOMm 13.08.2010 nr 55. - RT I 2010,57,388 ... RT I 17.01.2014, 9.
32. Raamatupidamise seadus. - RT I 2002, 102, 600 ... RT I, 13.03.2014, 50.
33. Ravikindlustuse seadus. - RT I 2002, 62, 377 ... RT I 23.03.2015, 18.
34. Ravikindlustuse seaduse ja Eesti Haigekassa seaduse muutmise seadus. - RT I 2004, 89, 614.
35. Riigihangete seadus. - RT I 2007, 15, 76 ... RT I, 12.07.2014, 1.
36. Piiriülese tervishoiuteenuse hüvitise taotlemise, taotluse menetlemise ja hüvitise maksmise kord. SOMm 17.01.2014 nr 6. - RT I, 21.01.2014, 9 ... RT I, 21.01.2014, 9.
37. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus<sup>1</sup>. - RT I 2001, 50, 284 ... RT I, 26.02.2015, 15.
38. Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded. SOMm 15. detsember 2004 nr 128. - RT L 2004, 158, 2376 .... RT I 06.11.2013, 6.
39. Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõuded. SOMm 21.08.2008 nr 46. - RTL 2008, 73, 1019 ... RTL 2009, 96, 1438.
40. Tsiviilseadustiku üldosa seadus. - RT I 2002, 35, 216 ... RT I, 13.03.2014, 103.
41. Volituste andmine. VVk 15.01.2015 nr 22. - RT III, 20.01.2015, 2.
42. Võlaõigusseadus. - RT I 2001, 81, 487 ... RT I, 11.04.2014, 13.
43. Õendusabi erialade loetelu. SOMm 11.06.2001 nr 58. - RTL 2001, 75, 1016 ... RTL 2007, 31,559.
44. Õendushaiglas iseseisvalt osutada lubatud õendusabiteenuste loetlelu ja nende hulka kuuluvad tegevused ning nõuded statsionaarse õendusabi iseseisvalt osutamiseks vajalikule töötajate koosseisule, ruumidele, sisseseadele, aparatuurile ja töövahenditele. SOMm 13.01.2014 nr 3. - RT I, 17.01.2014, 4.
45. Eesti Haigekassa juhatuse 18.03.2015.a. otsus nr 142. Rahalise hüvitise (RakS§ 66<sup>1</sup>) pilootprojekti rakendamise projektiplaani kinnitamine. Töö autori valduses.
46. Eesti Haigekassa nõukogu 11.01.2013.a otsus nr 5. Ravijärjekordade maksimumpikkused. - <https://www.haigekassa.ee/et/noukogu-otsused/11-jaanuar-2013-a-nr-5-quo> , 03.03.2015.

## **Kasutatud kohtupraktika**

### **Euroopa Kohtu lahendid**

47. EKo 28.04.1998, C-120/95, *Decker vs Caisse de maladie des employés privés.*
48. EKo 28.04.1998, C-145/03, *Kohll vs Union des Caisses de maladie.*
49. EKo 12.07.2001, C-157/99, *Geraets-Smits vs Stichting Ziekenfonds VGZ ja Peerbooms vs Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen.*
50. EKo 12.07.2001, C-368/98, *Vanbraekel vs Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC).*
51. EKo 13.05.2003, C-385/99, *Müller-Faure ja van Riet vs Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ (ZAO) Zorgverzekeringen UA.*
52. EKo 23.10.2003, C-56/01, *Inizian vs Caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine.*
53. EK 18.03.2004, C-8/02, *Ludvig Leichtle gegen Bundesanstalt für Arbeit.*
54. EKo 16.05.2006, C-372/04, *Yvonne Watts versus Bedford Primary Care Trust ja Secretary of State for Health.*

### **Eesti Kohtute lahendid**

55. RKHKo 10.11.3003, 3-3-1-65-03.
56. RKHKm 17.06.2004, 3-3-1-17-04.
57. RKHKo 15.12.2005, 3-3-1-50-05.
58. RKKKo 29.11.2010, 3-1-1-79-10.
59. RKHKm 12.12.2011, 3-3-1-52-11.
60. RKHKo 25.03.2012, 3-3-1-29-12.
61. RKHKo 05.03.2014, 3-3-1-2-14.
62. TlnHKm 15.05.2014, 3-14-50607.
63. RKHKo 19.06.2014, 3-3-1-19-14.
64. TlnHKm 09.09.2014, 3-14-334.
65. TlnRnKo 06.10.2014, 3-14-50157.
66. TlnHKO 18.11.2014, 3-11-797.
67. TlnHKO 21.11.2014, 3-14-50641.
68. TlnHKO 24.11.2014, 3-14-50626.
69. TlnHKO 08.12.2014, 3-14-333.

70. RKHKm 11.02.2015, 3-7-1-3-685-14.

71. TlnHKO 21.01.2015, 3-14-332.

### **Kasutatud arvutivõrgu versioonid**

72. A. Jõks., C. Ginter. Majanduse teataja. Aasta 2009 õigusloomes - kärpekrocodill õiguste kallal. - <http://www.majanduseteataja.ee/artiklid.php> 24.03.2015.

73. A. Tammela. Patsient sõitis arsti töttu Tallinna vahet. Pärnu Postimees. 04.11.2011. - <http://www.parnupostimees.ee/622268/patsient-soitis-arsti-tottu-tallinna-vahet> 12.04.2015.

74. Eesti Haigekassa. Arstiabi välisriigis.- <https://www.haigekassa.ee/et/euroopa-liit/arstiabi-valisriigis> , 22.03.2015.

75. Eesti Haigekassa. Direktiiv patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses. - <https://www.haigekassa.ee/et/euroopa-liit/arstiabi-valisriigis> , 16.03.2015.

76. Eesti Haigekassa. Eesti Haigekassa 2015. Aasta eelarve seletuskiri. - [https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/finants/ehk\\_eelarve\\_2015.pdf](https://www.haigekassa.ee/sites/default/files/finants/ehk_eelarve_2015.pdf) , 04.03.2015.

77. Eesti Haigekassa. Euroopa liidu ravikulude tagasimakse. - <https://www.haigekassa.ee/et/euroopa-liit/arstiabi-valisriigis/euroopa-liidu-ravikulude-tagasimakse-0> , 03.03.2015.

78. Eesti Haigekassa. Haigekassa. - <http://www.haigekassa.ee/haigekassa>, 23.11.2014.

79. Eesti Haigekassa. Haigekassa kuulutab välja lepingupartnerite valiku aastateks 2011-2014. - <https://www.haigekassa.ee/et/uudised/haigekassa-kuulutab-valja-lep> , 14.03.2015.

80. Eesti Haigekassa. Lepingupartnerite valiku tingimused eriarstiabi 2014.a. - <https://www.haigekassa.ee/et/partnerile/raviasutusele/ravi-rahastamise-lepingud/lepingupartnerite-valik> , 07.02.2015.

81. Eesti Haigekassa. Lepingute mahud seisuga 11.02.2014.a. Õendusabi. - <https://www.haigekassa.ee/et/inimesele/arsti-ja-oendusabi/eriarstiabi/lepingupartnerid>. 14.02.2014.

82. Eesti Haigeassa. Ravi rahastamise leping. - <https://www.haigekassa.ee/et/partnerile/raviasutusele/ravi-rahastamise-lepingud/ravi-rahastamise-lepingute-tuupingimused> , 18.04.2015.

83. Eesti Haigekassa. Ravivõimaluste ja hüvitiste võrdlustabel. -  
<https://www.haigekassa.ee/et/euroopa-liit/arstiabi-valisriigis/ravivoimaluste-ja-huvitiste-vordlustabel> , 01.03.2015.
84. Eesti Reformierakonna, Sotsiaaldemokraatliku Erakonna ning Erakonna Isamaa ja Res Publica Liit kokkulepe valitsuse moodustamise ja valitsusliidu tegevusprogrammi põhialuste kohta. - <http://www.sotsdem.ee/wp-content/uploads/2015/04/RE-SDE-ja-IRLi-valitsusliidu-lepe.pdf> , 12.04.2015.
85. Euroopa Liit. Liikmesriikide loetelu. -  
[http://europa.eu/abc/european\\_countries/eu\\_members/index\\_et.htm](http://europa.eu/abc/european_countries/eu_members/index_et.htm), 23.03.2015.
86. H. Rudi. Iga viies Eesti elanik elas vaesuses. Postimees. 29.jaanuar 2015. -  
<http://tarbija24.postimees.ee/3072773/iga-viies-estii-elanik-elas-vaesuses> , 19.04.2015
87. H. Rudi. Veerandsada eestlast on ravinud end võõrsil. Postimees. 11.02.2014. -  
<http://tervis.postimees.ee/2692632/veerandsada-estlast-on-ravinud-end-voorsil> ,  
11.04.2015.
88. K. Klaus. Õnnetud omaksed teevad haiglale etteheiteid. Pärnu Postimees. 01.04.2015.  
- <http://www.parnupostimees.ee/3141877/onnetud-omaksed-teevad-haiglale-etteheiteid> , 12.04.2015.
89. M. Jesse. Aktuaalne intervjuu. - Eesti Arst. LK 453. -  
[http://www.eestiarst.ee/static/files/016/estii\\_haigekassa\\_juhatuse\\_esimees\\_maris\\_jesse.pdf](http://www.eestiarst.ee/static/files/016/estii_haigekassa_juhatuse_esimees_maris_jesse.pdf) , 24.03.2015.
90. M. Puutsa. Kuressaare haigla tõmbas streiki koomale. Saarte Hääl. 23.10.2012. -  
<http://www.saartehaal.ee/2012/10/23/kuressaare-haigla-tombas-streiki-koomale/> ,  
18.04.2015.
91. N. Niitra. Pettunud patsient nõuab haiglate ringkaitse murdmist. Postimees.  
3.11.2011.- <http://www.postimees.ee/382215/pettunud-patsient-nouab-haiglate-ringkaitse-murdmist> , 12.04.2015.
92. Poliitikauuringute Keskus Praxis. Ravikindlustuse jätkusuutlikkuse prognoos.  
Uuringuaruande lühiversioon. 2014. - <http://www.praxis.ee/tood/ravikindlustuse-jatkusuutlikkuse-prognoos/> , 24.03.2015.
93. Riigikogu. IX koosseisu VI istungjärgu 05.12.2001.a. stenogramm. Ravikindlustuse seaduse eelnõu (914 SE I) esimene lugemine. E. Nestori sõnavõtt. -  
<http://www.riigikogu.ee/?op=steno&stcommand=stenogramm&date=1007550000&pkpkaua=1&paevakord=2000008358> , 24.03.2015.
94. Riigikogu. IX koosseisu VII istungjärgu 05.06.2002.a. stenogramm. Ravikindlustuse seaduse eelnõu (914 SE I) teise lugemise jätkamine. S. Oviiri sõnavõtt. -

- <http://www.riigikogu.ee/?op=steno&stcommand=stenoqramm&date=1023271200#pk2000008905> , 24.03.2015.
95. Riigikogu. Ravikindlustuse seadus 914 SE. Seletuskiri. -  
<http://www.riigikogu.ee/?page=eelnou2&op=ems2&eid=914&assembly=9&u=20150324135147> , 24.03.2015
96. Riigikogu sotsiaalkomisjoni 11.06.2008 muudatusettepanekud ravikindlustuse seaduse ja Eesti Haigekassa seaduse muutmise seaduse eelnõule. –  
[http://www.riigikogu.ee/?op=emsplain&page=pub\\_file&file\\_id=adeeb846-b609-9b27-0716-bd92f8c2d7f0](http://www.riigikogu.ee/?op=emsplain&page=pub_file&file_id=adeeb846-b609-9b27-0716-bd92f8c2d7f0) , 24.04.2015.
97. Riigikogu sotsiaalkomisjoni erakorralise istungi protokoll nr 137. 09.12.2004. -  
[http://www.riigikogu.ee/?op=emsplain2&content\\_type=text/html&page=mgetdoc&ite mid=043450006](http://www.riigikogu.ee/?op=emsplain2&content_type=text/html&page=mgetdoc&ite mid=043450006) , 31.03.2015.
98. SA Põhja –Eesti Regionaalhaigla. Tasuliste teenuste hinnakiri. -  
<http://regionaalhaigla.ee/et/tasulised-teenused> , 22.03.2015.
99. Sihtasutus Tartu Ülikooli Kliinikum. Kliinikumi tasuliste teenuste hinnakiri TKL-81. -  
<http://www.kliinikum.ee/teenused/kliinikumi-tasuliste-teenuste-hinnakiri-tkl-81#top> , 22.03.2015.
100. Sotsiaalministeerium. Eesti hooldusravivõrgu arengukava 2004 – 2015. -  
[http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/Eesti\\_hooldusravivorgu\\_arengukava\\_2004-2015.pdf](http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/Eesti_hooldusravivorgu_arengukava_2004-2015.pdf) , 12.04.2015.
101. Sotsiaalministeerium. Leping nr 3-4/6662 ravikindlustusega hõlmamata isikute vältimatu abi ja patoanatomiliste lahangute eest tasumiseks riigieelarves ettenähtud vahenditest. -  
<http://dokumendihaldus.sm.ee/Agreements/Forms/DispForm.aspx?ID=11794> , 19.04.2015.
102. Sotsiaalministeerium. Piiriülese tervishoiuteenuse riiklik kontaktpunkt. -  
<http://kontaktpunkt.sm.ee/avaleht.html> , 20.03.2015.
103. Sotsiaalministeerium. Piiriüleste tervishoiuteenuste riiklik kontaktpunkt. 2014. aasta piiriüleste tervishoiuteenuste statistika. - <http://kontaktpunkt.sm.ee/uudised.html> , 11.04.2015.
104. Sotsiaalministeerium. Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020. -  
[http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid\\_ja\\_tegevused/Tervis/2012\\_rta\\_pohitekst\\_ok\\_5.pdf](http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/2012_rta_pohitekst_ok_5.pdf) , 30.01.2015.
105. Sotsiaalministeerium. Tervishoiu arengusuunad aastani 2020. -  
<https://www.sm.ee/sites/default/files/content->

- editors/eesmargid\_ja\_tegevused/Tervis/tervishoiu\_arengusuunad\_2020.pdf ,  
15.02.2015.
106. Statistikaamet. Rahvaarv ja rahvastiku koosseis. - [http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Rahvastik/01Rahvastikunaitajad\\_ja\\_koosseis/04Rahvaarv\\_ja\\_rahvastiku\\_koosseis/04Rahvaarv\\_ja\\_rahvastiku\\_koosseis.asp](http://pub.stat.ee/px-web.2001/Database/Rahvastik/01Rahvastikunaitajad_ja_koosseis/04Rahvaarv_ja_rahvastiku_koosseis/04Rahvaarv_ja_rahvastiku_koosseis.asp) , 12.04.2015.
107. Statistikaamet.Statistika. - <http://www.stat.ee/> , 24.03.2015.
108. Terviseamet. Terviseameti registrid. - <http://mveeb.sm.ee/> , 21.03.2015.
109. Uudisteportaal www.delfi.ee. 09.10.2012. a. Tervishoiuteöotajate streik jätab haiglad ilma miljonitest eurodest. -  
<http://www.delfi.ee/news/paevauudised/eesti/tervishoiutootajate-streik-jatab-haiglad-ilma-miljonitest-eurodest?id=65083104> , 18.04.2015.
110. Valitsuse 16.12.2004 istungi kommenteeritud päevakord. -  
<https://valitsus.ee/et/uudised/valitsuse-16122004-istungi-kommenteeritud-paevakord>,  
18.04.2015.
111. V. Herodes. Suurhaigla arst: arsti juurde saamine ei tohi sõltuda postiindeksist. –  
Postimees. 26.03.2015. - <http://tervis.postimees.ee/3136281/suurhaigla-arst-arsti-juurde-saamine-ei-tohi-soltuda-postiindeksist> , 11.04.2015.
112. V. Riidas. Läänemaa haigla võrgustus PERHiga. Meditsiiniuudised. 13.02.2015. -  
<http://www.mu.ee/uudised/2015/02/13/laanemaa-haigla-vorgustus-perhiga>  
24.03.2015.

### **Trükis avaldamata allikad**

113. Sotsiaalministeerium. 26.03.2003 esituskiri nr 1-3/1537. Vabariigi valitsuse määruse „haiglavõrgu arengukava“ eelnõu juurde. Seletuskiri. Töö autori valduses.
114. Mirja Sarapi suuline teade autorile 22.03.2015.Tallinnas.

## LISAD

### Lisa 1 Infopäring Euroopa liidu tervishoiuteenuste kulu tagasimaksete kohta

---



---

## Infopäring Euroopa Liidu tervishoiuteenuse kulu tagasimaksete kohta

PALUN TÄITA AVALDUS TRÜKITÄHTEDEGA.

Avaldusele palume lisada võimalikult palju lisainformatsiooni (tervise seisundi ja teenuse kirjeldus, teenuse hinna eelkalkulatsioon jne.)

### Taotleja andmed

Ees ja perekonnanimi \_\_\_\_\_

Isikukood \_\_\_\_\_

E-posti aadress \_\_\_\_\_

Kontakttelefonid \_\_\_\_\_

Postiaadress \_\_\_\_\_ /tänav/talu/ \_\_\_\_\_ /maja/korter/

\_\_\_\_\_ /küla, alevik/ \_\_\_\_\_ /vald/linn/

\_\_\_\_\_ /maakond/ \_\_\_\_\_ /indeks/

### Mille kohta soovite infot saada? (valige üks või mitu)

Kas tegemist on eestis hüvitatavate teenustega

Milline on eeldatav hüvitise suurus

Kas on vajalik arsti saatekiri

Kas oleks vajalik taotleda haigekassalt eelluba ravima minekuks

Muu, täpsustan allpool:

Esitatud dokumentide arv \_\_\_\_\_ lehel.

Taotluse esitamise kuupäev: \_\_\_\_\_ „\_\_\_\_\_“ \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

**Allkirjaga annan oma nõusoleku taotluses märgitud isiku/te delikaatsete ja muude isikuandmete töötlemiseks, s.h. delikaatsete isikuandmete edastamiseks kolmandatele isikutele, kooskõlas isikuandmete kaitse seadusega. Andmete töötlemise eesmärk on haigekassa poolt taotluse menetlemine ja taotluse osas otsuse tegemine.**

TAOTLUSE ESITAJA ALLKIRI \_\_\_\_\_

---

**Täidab Eesti Haigekassa klienditeenindaja**

Esitatud dokumentide arv \_\_\_\_\_ lehel

Avalduse edastaja nimi ja allkiri: \_\_\_\_\_

Avalduse esitamise kuupäev: „\_\_\_\_“ \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

**Täidab Haigekassa usaldusarst**

Tagasimakse summa: \_\_\_\_\_

Avalduse menetluse lõpukuupäev: „\_\_\_\_“ \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Avalduse menetleja allkiri: \_\_\_\_\_

---

**Infotelefon 16363**

välisriigist helistades + 372 669 6630

**[www.haigekassa.ee](http://www.haigekassa.ee)**

e-post [nfo@haigekassa.ee](mailto:nfo@haigekassa.ee)

---

**Harju osakond**

Lastekodu 48  
10144 Tallinn

**Pärnu osakond**

Lai 14  
80010 Pärnu

**Tartu osakond**

Põllu 1a  
50303 Tartu

**Viru osakond**

Nooruse 5  
41597 Jõhvi

---

**Lisa 2 Vastus infopäringule EL tervishoiuteenuste kulu tagasimaksete kohta**

Alates 25. oktoobrist 2013.a võivad Eesti Haigekassas kindlustatud minna teise Euroopa Liidu liikmesriiki, et saada seal ravi, ning taotleda hiljem haigekassalt rahalist hüvitist. See tähendab, et esialgu tuleb kõik kulud ise kanda, rahalist hüvitist haigekassalt on võimalik taotleda pärast teenuse osutamist ning vajalike dokumentide esitamist.

Haigekassa hüvitab üksnes nende tervishoiuteenuste maksumuse, mida patsiendil on õigus saada haigekassa kulul ka Eestis. Välisriiki arstile pöördudes on vajalik eriarsti saatekiri, seda samadel alustel nagu Eestis arsti vastuvõtule minnes.

Vastus Teie infopäringule:

1. Operatsiooni maksumus sõltub teostatava operatsiooni mahust, meie hinnakirjas on erinevad operatsioonid.
  - Kaasasündinud südamerikke operatsioon kunstliku vereringeta, hind on 1232,67 eurot
  - Kaasasündinud südamerikke operatsioon kunstliku vereringega, hind on 1552,61 eurot

Lisaks võib olla vajadus kasutada operatsiooni käigus erinevaid vahendeid, näiteks:

- ✓ Südameklapi tugirõngas, hind 780 eurot
  - ✓ Plastika lapp, hind 203,18 eurot
  - ✓ Bioloogiline südameklapiprotees, hind 2010 eurot
  - ✓ Mehhaaniline südameklapiprotees, hind 2000 eurot
  - ✓ Kehavälise vereringe kasutamine, hind 1796,26 eurot
2. Operatsiooni hinnale lisanduvad erinevate tervishoiuteenuste maksumused:
    - Anesteesia 3-4 tundi, hind 239,18 eurot
    - Ärkamisruum 1 tund, hind 18,73 eurot
    - Ühe voodipäeva maksumus kardiokirurgia osakonnas (esimesed 6 voodipäeva) 83,02 eurot
    - Voodipäeva hind alates seitsmendast voodipäevast 58,32 eurot
    - Intensiivravi maksumus, sõltuvalt intensiivravi astmest on 311, 539 või 684 eurot
    - Lisaks võib olla raviarstil vaja määrata täiendavaid uuringuid, analüüse, teostada lisaks protseduure jms.

Arvestades Teilt saadud informatsiooni on võimalik, et raviarve orienteeruvaks maksumuseks Eesti hindades võiks kujuneda ligilähedaselt 9 000 eurot. Palume Teil arvestada kindlasti sellega, et iga ravijuhu konkreetne maksumus on individuaalne ja selgub allespeale haiglast väljakirjutamist.

Teile täpsema vastuse andmine oleks võimalik välisriigi teenuse maksumuse detailsema eelkalkulatsiooni põhjal. Hetkel on Teile esitatud eelkalkulatsioonis koondsumma protseduuridele, koondsumma laboratoorsetele analüüsidele, operatsioonijärgsed kulud kokku.

Juhime Teie tähelepanu, et hüvitise saamiseks tuleb esitada Haigekassale taotlus ning raviteenuse originaalarved, maksmist tõendavad dokumendid, retsepti koopia, eriarsti saatekiri ja raviloo kokkuvõte. Täpsem informatsioon on meie kodulehel <https://www.haigekassa.ee/et/euroopa-liit/arstiabi-valisriigis/plaaniline-ravi-valismaal>

Lugupidamisega



---

## Avaldus Euroopa Liidu tervishoiuteenuse kulu tagasimakseks

PALUN TÄITA AVALDUS TRÜKITÄHTEDEGA.

PALUN LISADA AVALDUSELE:

1. originaalarve (retsepti koopia)
2. tasumist tõendav dokument
3. haigusloo kokkuvõte (epikriis)
4. saatekiri, välja arvatud järgmistel juhtudel:
  - olete teises liikmesriigis õppiv õpilane/üliõpilane;
  - kui Teile on väljastatud vorm E112/S2, E106, E109 või E121 (ehk määruse 883/2004 art 17, art 19, art 24, art 26 alusel kindlustatud isikud);
  - kui isik suunatakse välisriigis edasi teise eriarsti juurde ning ta ei naase vahepeal Eestisse;
  - trauma korral;
  - abi vajadusel günekoloogia, silmahaiguste, naha- ja suguhaiguste ja psühhiaatria valdkonnas seoses tuberkuloosiga.

### Taotleja andmed

Ees ja perekonnanimi \_\_\_\_\_

Isikukood \_\_\_\_\_

E-posti aadress \_\_\_\_\_

Kontakttelefonid \_\_\_\_\_

Postiaadress  
\_\_\_\_\_ /tänav/talu/ \_\_\_\_\_ /maja/  
\_\_\_\_\_ /küla, alevik/ \_\_\_\_\_ /korter/  
\_\_\_\_\_ /vald/linn/ \_\_\_\_\_ /indeks/  
\_\_\_\_\_ /maakond/

**Palun täitke kui taotlete tagasimakset oma alla 18 aastasele lapsele või eestkostetavale:**

Lapse või eestkostetava ees- ja perekonnanimi \_\_\_\_\_

Lapse või eestkostetava isikukood \_\_\_\_\_

Kas olete välisriigis õppiv õpilane/üliõpilane \_\_\_\_\_ jah

\_\_\_\_\_ ei

**Palun kanda minu rahalised hüvitised (valige üks kahest):**

\_\_\_\_\_ minu isiklikule arvelduskontole

/IBAN/

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ minu poolt määratud isiku arvelduskontole

/isikukood/

\_\_\_\_\_

/ees-ja pereknnanimi/

\_\_\_\_\_

/IBAN/

\_\_\_\_\_

**Palun täitke kui soovite hüvitist saada välisriigis asuva panga kontole:**

Panga nimi

\_\_\_\_\_

IBAN

\_\_\_\_\_

BIC/SWIFT

\_\_\_\_\_

**Palun andke lühiülevaade tervislikust seisundist (mis juhtus) ja osutatud tervishoiuteenusel (mida tehti):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Tervishoiuteenuse osutamise  
kuupäev või periood**

\_\_\_\_\_

Riik

\_\_\_\_\_

Linn

\_\_\_\_\_

Raviasutus

\_\_\_\_\_

**Millise raviasutusega oli tegemist:**

\_\_\_\_\_ Riiklik raviasutus

\_\_\_\_\_ Erateenuse osutaja

\_\_\_\_\_ Ei tea

**Transport raviasutusse:**

\_\_\_\_\_ Läksin ise

\_\_\_\_\_ Viidi kiirabiga

**Vajadus arstiabi järgi tekkis:**

\_\_\_\_\_ **Eestis** ehk reisisin välisriiki ravi saamise eesmärgil (plaaniline arstiabi\*)

\_\_\_\_\_ **välisriigis viibides** (vajaminev arstiabi\*)

Palun märkige kui Teile on väljastatud \_\_\_\_\_ E112/S2

\_\_\_\_\_ E106

\_\_\_\_\_ E109

\_\_\_\_\_ E121

Ise tasusin tervishoiuteenuste eest kokku: \_\_\_\_\_ eurot

**SOOVIN SAADA HÜVITIST (valige üks kahest):**

\_\_\_\_\_ **Vastavalt ravi osutanud liikmesriigi tariifidele**

**Vajaminev arstiabi ajutiselt teises EL liikmesriigis viibides** – rakendub Määrus 883/2004. Arstiabi vajadus peab olema tekkinud teises riigis ajutise viibimise ajal ning see peab olema meditsiiniliselt põhjendatud. S.h. rasedusega seotud visiidid ja sõnnitamine teises riigis perekondlikel põhjustel või erakorraliselt ning krooniliste haiguste jaoks vajalikud teenused nagu neerudialüüs, hapnikuravi, astma eriravi, ehkardiograafia krooniliste autoimmuunhaiguste puhul, kemoteraapia

**Hüvitamine:**

- süü ei kuulu teise riiki minek ravimise eesmärgil, õigus saada kui tegemist oli vajaliku arstiabiga ajutiselt teises riigis viibides.
- otsuse ravi vajalikkuse kohta teeb välisriigi arst võttes arvesse meditsiinilist põhjendatust, eeldatava viibimise kestust ja tervishoiuteenuse olemust.
- õigus on tervishoiuteenustele, mis on osutatud riikliku ravikindlustussüsteemiga hõlmatud raviasutustest.
- otsuse hüvitamise kohta teeb see riik oma seadusandluse põhjal, kus teile raviteenust osutati ning vastavalt selle riigi tariifidele.
- haigekassa teeb järelepärimise riiki, kus teid raviti ning vastavalt selt tulnud infole kannab hüvitatava summa teie pangaarvele. Kuna järelepärimine tehakse teise riiki, võib protseduur aega võtta vähemalt 6 kuud.

\_\_\_\_\_ **Vastavalt Eestis kehtivale hinnakirjale Plaaniline ravi- rakendub Patsiendiõiguste direktiiv 2011/24/EL.** (teise riiki mineku eesmärgiks on end seal ravida, ravivajadus tekib ühes riigis, aga ravi toimub teises riigis.)\*

**Hüvitamine:**

- õigus saada hüvitist nii plaanilise kui ka vajamineva arstiabi puhul.
- õigus saada hüvitist nii riiklikus-kui ka eraraviasutuses ravimise korral.
- hüvitatakse ainult neid tervishoiuteenuseid, mida isikul on õigus saada ka Eestis
- hüvitatakse samadel alustel nagu saades seda tervishoiuteenust Eestis
- hüvitamine toimub vastavalt Eesti Haigekassa Tervishoiuteenuste loetelus sätestatud hindadele.
- taotluse menetlemine võtab aega keskmiselt 3 kuud.

Esitatud dokumentide arv \_\_\_\_\_ lehel.

Taotluse esitamise kuupäev: „\_\_\_\_“ \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

**Allkirjaga annan oma nõusoleku taotluses märgitud isiku/te delikaatsete ja muude isikuandmete töötlemiseks, s.h. delikaatsete isikuandmete edastamiseks kolmandatele isikutele, kooskõlas isikuandmete kaitse seadusega. Andmete töötlemise eesmärk on haigekassa poolt taotluse menetlemine ja taotluse osas otsuse tegemine.**

Kinnitan taotluses esitatud andmete õigsust.

Kinnitan, ettaotlusele lisatud arved on makstud.

Kinnitan, et ei ole saanud tervishoiuteenuseid Euroopa ravikindlustuskaardi alusel.

TAOTLUSE ESITAJA ALLKIRI \_\_\_\_\_

---

### Täidab Eesti Haigekassa klienditeenindaja

Esitatud dokumentide arv \_\_\_\_\_ lehel

Avalduse edastaja nimi ja allkiri: \_\_\_\_\_

Avalduse esitamise kuupäev: „\_\_\_\_“ \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

### Täidab haigekassa usaldusarst

Tagasimakse summa: \_\_\_\_\_

Avalduse menetluse lõpukuupäev: „\_\_\_\_“ \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Avalduse menetleja allkiri: \_\_\_\_\_

---

**Infotelefon 16363**  
välisriigist helistades + 372 669 6630

**[www.haigekassa.ee](http://www.haigekassa.ee)**  
e-post [nfo@haigekassa.ee](mailto:nfo@haigekassa.ee)

---

**Harju osakond**

Lastekodu 48  
10144 Tallinn

**Pärnu osakond**

Lai 14  
80010 Pärnu

**Tartu osakond**

Põllu 1a  
50303 Tartu

**Viru osakond**

Nooruse 5  
41597 Jõhvi

---

#### Lisa 4 Ravivõimaluste ja hüvitiste võrdlustabel

	<b>Patsiendi- õiguste direktiiv 2011/24/EL</b>	<b>Määrus (EÜ) nr 883/2004 art 20</b>	<b>Määrus (EÜ) nr 883/2004</b>		<b>Ravikindlustuse seadus (§27<sup>1</sup>)</b>
<b>Ravi liik</b>	Plaaniline ja vajaminev arstiabi	Ainult plaaniline arstiabi	Ainult vajaminev arstiabi		Ainult plaaniline arstiabi
<b>Millistele tervishoiu-teenustele on isikul õigus või mida hüvitatakse?</b>	Hüvitatakse vaid neid tervishoiu-teenuseid, mis on haigekassa tervishoiu-teenuste loetelus ja mida haigekassa katab ka Eestis	Hüvitatakse ainult neid tervishoiu-teenuseid, mis on haigekassa tervishoiu-teenuste loetelus ja mida haigekassa katab ka Eestis, kuid mida ei ole võimalik osutada meditsiiniliselt õigustatud tähtaja jooksul	Hüvitatakse tervishoiu-teenuseid <u>vastavalt ravi osutanud riigi õigusaktidele</u> ehk neid mis kuuluvad seelses riigis sotsiaal-kindlustus-hüvitiste hulka	Isikul on õigus saada teenuseid <u>vastavalt ravi osutanud riigi õigusaktidele</u> ehk neid mis kuuluvad seelses riigis sotsiaal-kindlustus-hüvitiste hulka	Tervishoiu-teenused, <u>mida Eestis ei osutata</u> , kuid mis on isikule näidustatud, meditsiiniliselt tõendatud efektiivsusega ning mille eesmärgi saavutamise tõenäosus on vähemalt 50%
<b>Millistes ravi-asutustes õigus kehtib?</b>	Nii riiklikusse süsteemi kuuluvates kui ka eraravi-asutustes	Ainult riiklikusse süsteemis kuuluvates raviasutustes	Ainult riiklikusse süsteemis kuuluvates raviasutustes		Nii riiklikusse süsteemi kuuluvates kui ka eraravi-asutustes
<b>Kas Eesti Haigekassa eelluba on vajalik?</b>	<b>EI</b> Vajalik on pere- või eriarsti saatekiri vastavalt Eesti ravikindlustuse seadusele	<b>JAH</b> Loa korral väljastatakse vorm E112/S2	<b>EI</b>	<b>EI</b> Vajalik on Euroopa ravikindlustuskaart või selle asendus-sertifikaat	<b>JAH</b> Loa korral väljastatakse garantiikiri või vorm E112/S2 või sõlmitakse isikuga leping
<b>Kellele/ kuidas hüvitatakse?</b>	Hüvitatakse <u>otse isikule tagantjärgi</u> , pärast tervishoiu-teenuse osutamist	Arveldamine toimub <u>riikide pädevate asutuste vahel</u> ehk rahalist hüvitamist isikule ei toimu	Hüvitatakse <u>otse isikule tagantjärgi</u> , pärast tervishoiu-teenuse osutamist	Arveldamine toimub <u>riikide pädevate asutuste vahel</u> ehk rahalist hüvitamist isikule ei toimu	Otse <u>välisriigi raviasutusele</u> või <u>pädevate asutuste vahel</u> , erandjuhtudel ka otse isikuga pärast tervishoiuteenuse osutamist
<b>Mida peab isik tasuma välisriigis kui teenust</b>	Isik tasub kohapeal kõik arved ning saab hüvitist tagantjärgi	Ainult omaosalus vastavalt ravi osutanud riigi tariifidele	Isik tasub kohapeal kõik arved ning saab hüvitist tagantjärgi	Ainult omaosalus vastavalt ravi osutanud riigi tariifidele	Ainult omaosalus vastavalt ravi osutanud riigi tariifidele

<b>osutatakse?</b>					
<b>Millise hinnakirja järgi toimub hüvitamine /maksmine?</b>	Hüvitamine toimub vastavalt Eesti hinnakirjale (ei hüvitata omaosalustasusid jms)	Hüvitamist isikule ei toimu, aga arveldamine toimub vastavalt välisriigi hinnakirjale	Hüvitatakse vastavalt ravi osutanud riigi tariifidele.	Hüvitamist isikule ei toimu, aga arveldamine toimub vastavalt välisriigi hinnakirjale	Vastavalt välisriigi hinnakirjale (ei hüvitata omaosalustasusid jms)
<b>Kust saan rohkem infot?</b>	EL ravikulude tagasimakse	Plaaniline ravi välismaal	EL ravikulude tagasimakse	Euroopa ravikindlustuskart	Plaaniline ravi välismaal

## **Lisa 5 Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks**

Mina, Pille Tael,

annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose

RAVI RAHASTAMISE LEPINGUTE SÕLMIMISE KITSASKOHAD – KAS  
RAVIKINDLUSTUSE SEADUS VAJAB MUUDATUSI,

mille juhendaja on dr iur Ants Nõmper ja kaasjuhendaja PhD Ülle Madise,

- 1.1.reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
- 1.2.üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Pärnus, 04.05.2015.