

A. LÜBEK

**Sotsiaalse haiguskindlustuse kavat-
setav uuendus tema suhtuvu-
ses rahvatervishoiuga ja
arsti kutsetööga.**

ARSTIDE KOJA VÄLJAANNE

1 9 3 8

Eraldine äratõmme ajakirjast Eesti Arst 1938, nr. 9.



Sotsiaalse haiguskindlustuse kavatsetav uuendus tema suhtuvuses rahvatervishoiuga ja arsti kutsetööga.

Adelbert Lübek.

Käesoleva aasta sügisel teatavasti esitatakse Riigikogule uue Haiguskindlustuse seaduse eelnõu. Eelnõu tema esimeses redaktsioonis oli läbitöötamisel Arstide Kojas 1936. a. ja on Koda tema poolt eelnõu kohta esitatud seisukohad teinud teatavaks ka arstideseltsidele. Hiljem on eelnõus valitsusasutuste poolt teostatud mõningaid muudatusi ja täiendusi, millede kohta Kojal kahjuks ei esine otseseid andmeid. Esinevate kaudsete andmete alusel püüan anda kokkuvõtliku ülevaate kavas olevast sotsiaalse haiguskindlustuse korraldusest.

Kavas oleva haiguskindlustuse korralduse teostumisel kuuluvad haiguskindlustamisele sundkorras kõik töövõtjad, kaasa arvamata seaduses loetletud mõningad erandid, milledest tähtsamad: 1) riigiteenijad; 2) kohalikes ja kutsealalistes omavalitsustes administratiivalal teenivad pensioniõiguslikud isikud, kui nad haiguse puhuks on kindlustatud omavalitsuste esinduskogude poolt; 3) kaugesõidu ja ligisõidu laevavägi; 4) põllutöölised; 5) isikud, kes teenivad kuu- või pikemaajalise palgalepingu alusel, kui nende ühelt tööandjalt saadav palk on üle 350 krooni kuus; 6) isikud, kelle töö käitises on kõrvaltöö või juhuslik töö.

Kindlustusasutisteks on kindlustuskassad, missugused astuvad praeguste haigekassade asemele viimaste likvideerumisel uue seaduse kehtivusse astumisel.

Kindlustuskassa sammed on: 1) kassaliikmeile — ravi, ühekordne toetusraha, haigus- ja sünnitusraha; 2) kassaliikmete perekonnaliikmeile — ravi ja ühekordne toetusraha. Ravi antakse kassaliikmeile ja nende perekonnaliikmeile kindlustuskassa poolt alates esimesest haiguspäevast 1) hai-

guse korral, mille tõttu abitarvitaja ei ole töövõimetu — nii kaua kui haige ise või perekonna toitja on kindlustuskassa liige; 2) haiguse korral, mille tõttu abitarvitaja on töövõimetu: a) kassaliikmeile — tervekssaamiseni, kuid mitte kauem kui 26 nädalat haigeksjäämise päevast arvates ja korduvate haigeksjäämisteh puhul ühtekokku mitte kauem kui 30 nädalat aasta jooksul, sellele vaatamata, kas haigus nõuab arstimist ambulatoorselt, statsionaarselt või kodus; b) kassaliikmete perekondadele — kuni tervekssaamiseni, kuid mitte üle 13 nädala haigeksjäämise päevast arvates ja korduvate haigustumiste puhul mitte üle 15 nädala aasta jooksul. Haigusraha makstakse töövõimetuile kindlustatuile kolmandast haiguspäevast alates sama aja jooksul, mil nad saavad ravi. Haigusraha makstakse perekonnata kassaliikmeile 60% ja perekonnaga liikmeile 75% suuruses töötasust. Vastavate aineliste võimaluste esinemisel kassa volikogu võib pikendada ravi ja haigusraha saamist kindlustatuile ja ravi saamise õigust kindlustatute perekonnaliikmeile kassa põhikirjas ettenähtud korras 52 nädalani. Sõltuvalt kassa ainelistest võimalustest võib kindlustuskassa volikogu kas piirata või loobuda mõnede eriravi liikide võimaldamisest ja jätta osa ravikuludest perekonnaliikmete eneste kanda. Kassa raske ainelise seisukorra puhul volikogu võib jätta osa ravikuludid kassaliikme enese kanda, kuid mitte üle 20%. Kindlustuskassa annab ravi järgmisel kujul: 1) ambulatoorset abi; 2) kodus arstimist; 3) ravi mist raviasutis ja 4) sünnitusabina arsti- ja ämmaemanda abi ning raviasutistes. Töö juures tekkinud äkilise haiguse ja õnnetusjuhtumi korral on tööandja kohustatud enda kulul andma esimest abi. Ravi all mõistetakse peale arsti nõuande ja arstlike toimingute veel arsti ettekirjutuse järgi antavaid ravimeid ja ravivahendeid ja raviasutises arstimisel ka täielikku ülalpidamist, kui arstimine toimub statsionaarselt. Sünnitusraha makstakse nais-kindlustatuile 6 nädala jooksul enne ja 6 nädala jooksul peale sünnitamist kindlustatu täie töötasu suuruses. Ühekordset toetusraha antakse 1) kassa naisliikme või kassaliikme naise sünnitamise korral ja 2) kassaliikme enese või tema ülalpidamisel olevate perekonnaliik-

mete surma korral vastavalt volikogu poolt vastuvõetud määradele 20-ne kuni 30-ne kordse päevase töötasu ulatuses.

Kindlustatuile ja nende perekonnaliikmeile ravi andmise korra kohta määrab eelnõu, et ravi antakse arstide ja muu tervishoiupersonaali poolt, kes palgatud kindlustuskassa teenistusesse või kellega kindlustuskassa on lepingu vahekorras. Erandiks on vaid hädaabijuhud. Kindlustuskassadel on lubatud asutada apteekide, ravi- ja muid tervise hoidmiseks või kosutuseks vajalikke asutisi.

Kindlustuskassa organiteks on: volikogu, juhatus, revisjonikomisjon ja asjadevalitseja. Volikogu moodustavad volinikud, kes valitakse 3 aastaks kindlustatute seast korra järele, mille määrab Vabariigi Valitsus Sotsiaalministri ettepanekul. Volinike arv on 30—75 vastavalt kassa liikmete arvule. Volikogu tähtsamaid ülesandeid on: 1) kassa aruannete ja eelarvete vastuvõtmine; 2) kinnisvarade omandamise, võõrandamise ja pantimise otsustamine; 3) apteekide, ravi- ja muude tervise hoidmiseks või kosutamiseks vajalike asutiste avamise otsustamine; 4) kassa juhatusele juhtnööride andmine ja juhatuse poolt ette pandud küsimuste otsustamine; 5) ravikorra juhendite andmine; 6) põhikirja muutmine; 7) kindlustuskassa hea majandusliku seisukorra juures toetuste määramine rahvatervishoiulisteks üritusteks või üldiseks preventiivseks tervishoiukorralduseks. Kindlustuskassa juhatus koosneb 6 volikogu poolt kindlustatute seast valitud ja 2 käitise valdajate esindajast. Juhatuse moodustamise ja käitise valdajate esindajatega täiendamise korra määrab Sotsiaalminister. Juhatuse liikmeile võib volikogu määrata tasu. Juhatuse liikmed valivad endi hulgast esimehe ja tema asemiku. Juhatus on kassa täidesaatev organ, kelle ülesanded seaduses loetletud. Revisjonikomisjon koosneb kolmest liikmest, kellest 2 on käitise valdajate esindajad ja üks on kindlustuskassa volikogu poolt valitud kindlustatute esindaja. Revisjonikomisjon revideerib kassaorganite tegevust. Uue organina esinev asjadevalitseja valitakse kindlustuskassa juhatuse poolt. Teda kinnitab ametisse ja vabastab ametist Töökaitse ja Sotsiaalkindlustuse Osakonna direktor. Ei kinnita Töökaitse ja Sotsiaal-

kindlustuse Osakonna direktor asjadevalitsejat ametisse, siis peab kindlustuskassa juhatus esitama uue kandidaadi 15 päeva jooksul. Ei tee ta seda või esitab kandidaadi, kes Töökaitse ja Sotsiaalkindlustuse Osakonna direktorile vastuvõtmatu, siis määrab asjadevalitseja Töökaitse ja Sotsiaalkindlustuse Osakonna direktor. Viimasel juhul määrab Töökaitse ja Sotsiaalkindlustuse Osakonna direktor ka asjadevalitseja palga. Asjadevalitseja ülesandeks on kassa tehniline juhtimine seaduse, vastavate määruste, kassa põhikirja, volikogu ja juhatuse otsuste kohaselt. Tema on vastutav, et kassa tegevus oleks seaduste- ja kassa põhikirjapärane, missugusel alal tema tegevusalused määratakse seaduses.

Kassade sissetulekud koosnevad: 1) kindlustusmaksudest; 2) varandustest; 3) toetussummadest ja kingitustest; 4) viivitusrahadest ja 5) igasugustest juhuslikest sissetulekuist. Kindlustusmaksu suuruse määrab kassa volikogu. Maksu suurus ei tohi olla üle $6\frac{3}{4}\%$ kassaliikme töötasust; kuid mitte alla 12 senti iga kalendri tööpäeva eest. Kindlustusmaksu alt jääb vabaks töötasusumma, mis ületab 200 krooni kuus; vastavalt sellele arvestatakse ka üle 200 kr. kuus teenivaile kindlustatuile haigusrahad jne. 200-kroonise kuupalga alusel. Kindlustusmaksust tasuvad kindlustatud $\frac{1}{3}$, tööandjad $\frac{2}{3}$. Kindlustuskassa rahalised ülejäägid arvatakse kassa tagavarakapitali juurde. Tagavarakapitali korraliseks kasvatamiseks arvatkse 5—10% kindlustusmaksudest. Tagavarakapitali kasvatamine lõpeb, kui tagavarakapitali suurus vastab kassa kolme viimase aasta keskmisele ühe aasta väljaminekule. Kui kassa sissetulekud ei kata väljaminekuid, on juhatus kohustatud kas vähendama sammeid sunduslike sammete piirideni või volikogu loaga panema osa arstiabi kuludest kassaliikmeile või nende perekondadele või tarvitama tagavarakapitali.

Kindlustuskassad moodustavad kindlustuskassade liidu, millel on juriidilise isiku õigused. Liidu tähtsaimateks ülesanneteks on suuremate ühissettevõtete läbiviimine ja ühiste lepingute sõlmimine, vastastikune rahalise toetuse andmine puudustkannatajatele kindlustuskassadele, loengute korraldamine kindlustuskassadesse, sotsiaalkindlustusesse ja tervis-

hoiusse puutuvate küsimuste kohta, kindlustuskassade kongresside ja konverentside korraldamine, andmete kogumine tööliste tervishoiuolude ja töötingimuste kohta jne.

Järelevalvet kindlustuskassade ja kindlustuskassade liidu tegevuse üle teostab Sotsiaalministeerium. Järelevalve teostamise korra määrab Sotsiaalminister.

Nagu minu poolt esitatud kokkuvõttest tohiks nähtuda, toob uus haiguskindlustuse korraldus nii mõneski osas tunduvalt muudatusi praegu meil kehtivasse sotsiaalse haiguskindlustuse korraldusse. Võrreldes praeguse haiguskindlustuse korraldusega kavatsetav seadus esikorras tunduvalt laiendab haiguskindlustuse ulatust. Üldiselt võib eeldada, et linnades sotsiaalse haiguskindlustuse alla kuuluks 60—75% elanikkonnast. Tallinnas, näiteks, tõuseks kindlustatute arv vastavate eelarvestuste kohaselt ümmarguselt võttes 100%: seniselt 50.000 kindlustatult 100.000 kindlustatule.

Haiguskindlustuse korraldamisel eri riikides teatavasti on taotletud mitmesuguseid põhisuundi ja läbi tehtud väga mitmesuguseid arengufaase. Jättes kõrvale maad, kus sotsiaalse haiguskindlustuse korraldust üldse ei peeta vajalikuks — näiteks Soome —, ja maad, kus see korraldub erilise n. n. vabatahtliku kindlustuse näol — näiteks Belgia, Taani, Rootsi — püüan anda mõningaid iseloomustavamaid põhijooni nende Euroopa maade sotsiaalse haiguskindlustuse korraldustest, kus need korraldused omavad juba teatud väljakujunenud põhialused. Nendeks maadeks on Prantsusmaa, Inglismaa ja Saksamaa. Vastavaid süsteeme käsitlen ma siin lühidalt ainuüksi otsese arstiabikorralduse osas.

Prantsusmaa haiguskindlustuse korraldus on sellepoolest huvitavamaid, et siin on teostatud palju sellest, mille poole teiste maade haiguskindlustuse korraldused alles püüavad. Prantsuse haiguskindlustuse seadus, mis astus kehtivusse 1930. a., valmis suurte ja põhjalike eeltööde tulemusena ja püüti selles kasutada ära kõik seni teistes Euroopa riikides esineval alal saadud kogemused ning vältida viimastes esinevaid negatiivseid asjaolusid. Prantsusmaal alluvad sundkindlustusele kõik palgalised töövõtjad, kellede aastane töö-

tasu — arvatud välja perekonna abiraha — ei tõuse üle 30 000 frangi aastas (umb. kr. 325 kuus) (14. juuni 1938. a. seadus; seni 15.000—18.000 franki). Haiguskindlustus katab kõik kindlustatu abistamiseks vajatavad kulud üldise ja erialalise arstiabi, ravimite ja aparaatide, statsionaarse ravi, transporteerimise ja kirurgiliste toimingute kulud. Samas ulatuses võimaldatakse arstiabi kindlustatu abikaasale ja lasfele. Kindlustatuile on seadusega garanteeritud vaba arstivalik. Arstiabi andmine teostub kohalike arstide sündikaatide poolt ülesseatud minimaaltariifide alusel. Arstitasust maksab ühe väikese osa (8%) abitarvitaja-kindlustatu, kuna ülejäänud osa tasub kassa. Kassad võivad astuda leppesse ainult arstide sündikaatidega. Iga departemangu keskuses töötavad erikomisjonid, kellele allub kassade ja arstlike sündikaatide ning abistamisasutuste vahel sõlmitud lepingute ja kassade tariifide läbivaatamine. Komisjonid koosnevad ühes kolmandikus kassade esindajaist, ühes kolmandikus arstide organisatsioonide esindajaist ja ühes kolmandikus töö- ja tervishoiuministrite esindajaist, siin hulgas avalike raviasutuste administratiivkomisjoni esindajad. Komisjon lahendab ka kõik esineval alal tekkivad lahkarvamused ja vaidlused, kusjuures apelleerimisinstantsiks on kõrgem sotsiaalkindlustuse nõukogu. Ravi-alalises tegevuses on arstid vabad ja selles oma tegevuses vastutavad oma sündikaatide ees. Kokkuvõttes prantsuse süsteem 1) garanteerib kindlustatuile vaba arstivaliku; 2) kindlustatu vastutustunde arendamiseks paneb iga abistamistoiingu kuludest osa kindlustatule; 3) lahendab arstiabi andmise alal tekkivad vaidlused ja küsimused komisjonis, mis koosneb võrdosaliselt kindlustatute, arstide ja riigivõimu esindajaist; 4) jätab arstkonnale korraldusõiguse ravitehnoloogilises küsimuses.

Inglismaal kuuluvad sundkindlustamisele kõik töövõtjad, arvatud välja isikud, kelle aastane tulu mitte käsitöölisest teenistusest ületab 250 naela. Tervishoiulisteks sammeteks on ravi arsti juures ja kodus ning ravimitega varustamine. Eriarstlikku abi kassade kulul ei võimaldata. Haiguskindlustuse korralduses on eraldatud naturaali- ja rahaliste sammete kor-

raldamine ja antud kahele institutsioonile: viimasel alal on korraldajaks kassad; esimesel alal kindlustuskomiteed (Insurance Committees). Seega ka arstiabi korraldus on kindlustuskomiteede käes. Komiteed koosnevad 20—40 liikmest; nendest $\frac{3}{5}$ valivad kindlustatud, $\frac{1}{5}$ krahvkonna nõukogu ja ülejäänud osa moodustavad arstkonna, krahvkonna nõukogu ja tervishoiuministri esindajad. Arstkonna esindajate kogumik moodustab $\frac{1}{10}$ komitee koosseisust — vähemalt aga 3 arsti. Komitee koostab arstide nimestiku, kes on avaldanud soovi abistada kindlustatuid. Nimestikku võib enda lasta kanda iga kutseõiguslik arst. Nimestikus esinevate arstide hulgas on kindlustatul vaba arstivalik, nii, et iga kindlustatu valib endale ühe arsti koduarstiks, kes teda ja tema perekonda abistab ja nõustab igal vajadusel. Koduarsti võib kindlustatu teatud aja möödumisel vahetada. N. n. piiritlusskeemi (Allocation Scheme) kohaselt ühel arstil ei saa olla üle 2500 kindlustatu. Kassaarstliku tegevuse üle teostuv kontroll jaotub kolme eriorgani kätte: kohaliku komitee (Local Medical Committee), kassa komitee (Panel Committee) ja kindlustuskomitee allorgani n. n. alamkomitee (Medical Service Sub-Committee) kätte. Kõigis neis organeis on esindatud kohalik arstkond. Tasu maksetakse arstele n. n. peapaušaalsüsteemi järele. Tasu suuruse määrab tervishoiuminister. Väärrib märkimist erifondi esinemine, millest vähem asustatud rajoones tegutsevaile arstele määratakse toetust kutsealalisteks vajadusiks, näit. auto ostmiseks, telefoni maksudeks jne. Inglismaal on rahvastiku üldarv 46 miljonit, kindlustatuid 17 miljonit. Arstide üldarv 38.000; kindlustatute ravimisele rakendunud arste 17 000.

Saksamaal kuuluvad kindlustamisele töövõtjad, kelle aastane tulu ei ületa 3600 RMk. Kindlustatu ise kannab väikeses ulatuses osa ravikuludest. Saksamaa haiguskindlustuse korralduses on arstiabi tegelik korraldus täiesti eraldatud kassadest. Kindlustatute arstiabi korraldajaks on Saksa Kassaarstide Ühing, kes seaduslikus korras tegutseva organina omab omavalitsusliku korralduse ja distsiplinaarvõimu kassaarstide üle. Kassaarstiks on õigus saada igal kutseõiguslikul

arstil, kes vastab teatud tingimustele, kuid vastuvõtmise otsustab Kassaarstide Ühing, kes esineval alal toimib n. n. riikliku kohtadeplaani alusel. Kindlustatuil on vaba arstivalik kassaarstide hulgas. Sotsiaalse haiguskindlustuse alal tööle rakenduv arst seisab kutselises ja teenistuslikus alluvusvahekorras vaid Kassaarstide Ühingu, kes teostab kõik vajalikud korraldused kindlustatuile arstiabiandmise ja siin vajaliku järelevalve alal; kassadega ei ole ravivatel arstidel mingit vahekorda. Tekkivad ühisküsimused lahendatakse Kassaarstide Ühingu ja Kassade Ühingu vahel. Töötasu saavad arstid Kassaarstide Ühingult, kes selle üldsummana erilise arvestuse alusel saab kassade keskkoondiselt. Saksamaal on rahvastiku üldarv (ilma Austriata) 65 miljonit, kindlustatuid 20 miljonit. Saksa vabapraktiseerivate arstide 42 000-lisest üldarvust töötab haiguskindlustuses 32 500 arsti.

Vaadeldud kolme suurima kindlustuskorraldusega maa kindlustuskorralduse süsteemide ühiseks jooneks võib pidada seda, et siin, vaatamata esinevatele erinevustele, kõikjal on tunnustatud 1) kindlustatuile vaba arstivaliku võimaldamise vajadus; 2) arstiõiguse kujundamine sotsiaalkindlustuses töötavate arstide tegevuse alal, seda suunates kas siis täielikule omavalitsusele või asjaosaliste võrddõigusliku koostöö alusele.

Ülejäänud riikide sotsiaalse haiguskindlustuse korraldusi vaadeldes jääb mulje, et siin esialgu toimub alles katsetamine ühele või teisele eeltähendatud kolmest süsteemist lähene-mises ja et need süsteemid endast on alles kujunemise protsessis.

Tšehhoslovakkia haiguskindlustuse korraldus, mis teatavasti oli aluseks meie uue haiguskindlustuse seaduse eelnõu koostamisel, ei tundu veel olevat väljakujunenud. Kassaliikmete ravi osas esineb kahte liiki vahekordi: ametnike haiguskindlustuse osas esineb piiratud arstivaliku süsteem, kuna tööliste haiguskindlustus töötab palgaliste arstidega ja ambulaatoriumidega. Seejuures esineb aga arstkond kui niisugune haiguskindlustuse tegelik korraldus tunnustatud tegurina, kuigi seadus vastavaile vahekorrale ei anna otseseid alu-

seid. Tundub lähenemine Saksamaal väljakujunenud süsteemile.

Poola haiguskindlustuse korraldus, mis näib oma kujundumisel olevat lähtunud Inglismaa süsteemile lähenemise tahetest, tundub samuti alles olevat katsetamise järgus. Haiguskindlustuse ravikorraldus teostub kassa teenistuses olevate palgaliste arstide kaudu, kelledest igauhele langeb umbes 1500 kindlustatu ravi ja tervishoiuline nõustamine ja abistamine. Täies õitses on ambulatoorse ravi süsteem oma mehhaniseeritud töömeetoditega.

Samuti kujunemisejärgus on haiguskindlustuse korraldus Ungaris.

Sotsiaalne haiguskindlustus on suurima tähtsusega tegureid üldises rahvatervishoius, kuna sellest korraldusest oleneb rahvastiku suure osa tervislik hüve. Sotsiaalse haiguskindlustuse korralduse rajamisel ja suunamisel seega esikorras tuleb pöörata tähelepanu sellele, kuivõrd see korraldus suudab omada edukust just rahvatervishoiuliselt resp. riigi tervishoiupoliitiliselt vaatekohalt. Tekib küsimus, kas meie uus haiguskindlustuse seadus pakub kõik garantiid selleks, et temale rajatav korraldus suudab funktsioneerida vajaliku edukusega rahvatervishoiuliselt vaatekohalt. Ja kahjuks ei saa meie sellele esinevas olukorras vastata täies ulatuses jaatavalt. Esimeseks nõudeks rahvatervishoiuliselt vaatekohalt on siin see, et võimaldatav arstiabi ja tervisnõustamine peab nii kvantitatiivselt kui kvalitatiivselt osutuma maksimaalseks esinevate võimete raamides. Arstiabi kvalitatiivse külje kindlustamiseks ei paku aga seadus mingeid garantiisid, jättes selle külje täiesti lahtiseks. Rahvatervishoiu töö üldise teostamise on riigivõim meil usaldanud peamiselt territoriaal-omavalitsustele ja sotsiaalse haiguskindlustuse asutistele. Territoriaal-omavalitsustele rahvatervishoiulisi ülesandeid pannes riigivõim ühtlasi on pidanud vajalikuks kohustada omavalitsusi looma organeid, kes oleksid kompetentsed vaadeldaval alal ja on vastutavad siin esinevais olukorris. Need organid on ühtlasi pidevas kontaktis riikliku rahvatervishoiu keskinistratsiooni, kellelt saavad osa korraldusi. Sotsiaalse

haiguskindlustuse asutistele usaldab riigivõim samuti suurelatuslikud rahvatervishoiulised ülesanded, kuid siin ei näe me mingit kohustust kompetentsete organite loomise alal. Meie kavatsetav haiguskindlustuse seadus ütleb vaid, et arstibi andjaiks peavad olema arstid. Kuid nende tegevuse juhtijaks on määratud kassade administratiivorganid, esikorras volikogu, kelle ülesandeks on ravikorra juhendite andmine. Ravikorra juhendi mõiste kohta puudub definitsioon, kuid vormilisest küljest kuulub siia kogu kindlustatute ravikorralduse juhtimine nii üldiselt kui ka üksikküsimusis. Seega võib siin anda määrusi ka selles, mil viisil peab ja tohib näiteks teostada kirurgilist operatsiooni. Kindlustatute ees ja rahvatervishoiuliselt on vastutav ikkagi arst. See olukord rahvatervishoiuliselt vaatekohalt ei ole kuidagi lubatav. Iga tööstusettevõtte juhatajalt on nõutav, et ta oleks asjatundja oma töö alal. Selles töös aga, kus tegemist on inimese kalleima varaga — ta tervisega — võib asja juhtijana toimida organ, kes ei oma kompetentsust selles küsimuses. Kindlustuskassade administratiivorganid on kompetentsed otsustama kassade administratiivseid ja majanduslikke küsimusi ning rahaliste sammete korraldamist. Kindlustatute tervisliku abistamise korralduse küsimus ei ole aga administratiivne ega majanduslik ala, vaid rahvatervishoiuline ala, mille korraldamiseks paratamatult tuleb luua eriorganid, kes omavad asjatundmist sellel alal. Rahvatervishoiu küsimusis on oma kutse korras asjatundjaiks arstid ja sellekohaselt tuleb sotsiaalse haiguskindlustuse ravialaliste küsimuste otsustamisel tõmmata kaasa arstkond. Kas arstid neid küsimusi lahendavad arstide oma valitsuslikus korras tegutsevates organeis, või kindlustatuiga võrdarvuliselt moodustatud ühisorganeis, on eriküsimus; tähtis on see, et arstkonnal võimalduks seda ala ka korraldada, milles tema on vastutav. See ei ole kassade omavalitsuste kitsendamise taotlus, vaid nõue, mille dikteerib kindlustatute tervislik hüve. Teiseks rahvatervishoiuliseks vajaduseks osutub tarve suunata haigekassade kapitalide kasutamist nii, et sellest saavutuks maksimaalne kasu kindlustatuile. Sellel alal tekib küsimus haiguskindlustuse asutistele raviasutiste ja

apteekide avamise alal antava õiguse suhtes. Selle õiguse andmine haiguskindlustusasutistele on mõeldav nende koh-
tade suhtes, kus ei esine üldisi — kogukondlikke — raviasu-
tisi. Viimaste esinemisel paralleelsete haiglate asutamise
võimaldamine osutub aga nii rahvamajanduslikult kui ka
rahvatervishoiuliselt vaatekohalt ebaotstarbekaks ja isegi
kahjulikuks. Meil raviasutiste alal on veel väga palju teha.
See ülesanne on raskendatud just vastavate kapitalide puudu-
misel. Näitena võib võtta meile kõigile tuntud olukorda meie
riigi pealinnas Tallinnas. Need vähesed majanduslikud või-
malused, mis meil esinevad, üldise tervishoiukorralduse
hüveks tulevad suunata ühise eesmärgi poole ja mitte neil
lasta killuneda. Kui raviasutiste korraldamise alal meil
arvesse tulevad jõud — omavalitsused ja haiguskindlustus-
asutised — raviasutisi hakkavad asutama igauks omaette, siis
ellukutsutavad asutised — pannes tähele kasutatavate sum-
made vähesust — on paratamatult sisseseadelt ebatäiuslikud
ning ei suuda täiel määral täita nendel lasuvaid ülesandeid,
sest ainult suur haigla saab otstarbekalt kasutada vilunud eri-
teadlasi, soetada kalleid raviseadeid. Väikesel haiglal osutu-
vad need sedavõrd kalliks, et need paratamatult peavad jääma
kas kasutamata või osutub nende kasutamine asjatult kulu-
kaks. Lisaks sellele tuleb väikese haigla majandamine kallis,
kui ta tahab pakkuda suure ravikeskusega võrdset ka puht-
ülalpidamise mõttes. Et saada nõutaval tasemel seisvaid
raviasutisi, tuleb kõik võimalused ühendada selleks, et
igasse keskusesse saaksime ühe nõuetele vastava kõiki tarbeid
rahuldava ravikeskuse. Haigekassade materiaalne jõud tuleb
selle eesmärgi taotlemisel liita omavalitsustega, vastava
lepingu alusel kassaliikmeile kindlustades vastavas raviasu-
tises ravi soodustatud korras. Kolmandaks rahvatervishoiuli-
seks nõudeks, mille otseseks rahuldamiseks vaadeldav seadus-
kava ei paku aluseid, on nõue, et kvalitatiivselt rahuldav arsti-
abikorraldus peab respektierima iga teadliku abitarvitaja-
kindlustatu põhinõuet: omada õigust valida endale arsti, keda
tema usaldab. Osa meie praegustest haigekassadest on õigesti
tunnetanud selle põhinõude tähtsust, osa on selle aga kahjuks

jätanud tähele panemata. Me nägime, et nii prantsuse, inglise kui ka saksa sotsiaalkindlustuses see abitarvitaja nõue on leidnud tunnustamist. Selle küsimuse käsitlemisel ka haigekassade tegelased ei ole suhtunud sellesse eitavalt. Probleemi lahendamist takistava asjaoluna on ette toodud vaid seda, et selle teostamine osutuvat haiguskindlustuse asutistele kulukaks. Kui aga vaadeldud suurte kindlustuskorraldusega maad on pidanud võimalikuks seda teostada, siis tohiks see olla küllaldaseks tõenduseks, et selle nõude teostamine on läbi viidav. Sellega saavutatavad paremused on küll selged igale kolleegile ja seda ulatuslikku teemat ma siin käsitlema ei hakka. Kindlustatute huvides tuleb jõuda selleni, et saavutuks usaldusvahekord kindlustatu-abitarvitaja ja teda raviva arsti vahel, kuna see on olulisimaks tingimuseks eduka ravi saavutamiseks. Neljanda momendina puudutaksin veel küsimust selles, kas osutub otstarbekaks kindlustusasutiste võrgu kujundamine ainuüksi territoriaalsete kassade näol. Kuna ühes ja samas territoriaalühikus võivad olla mitmed suuremad ettevõtted erinevate töötingimustega, siis kavatsetavates ringkonna kindlustuskassades võivad saada kokku liidetud oma tööoludelt ja tervishoiutingimusi üksteisest tunduvalt erinevad kindlustatute grupid. Haiguskindlustuse asutise tegevusele tuleks see aga suurelt kasuks, kui tema liikmeskond oleks enam-vähem ühtlaste elutingimustega, kuna sellega kassad paremini suudavad kohandada oma liikmeskonna vajadusele ja otstarbekamalt korraldada neile sammeid. Sellekohaselt ei tohiks olla põhjust üksikute suuremate ettevõtete töövõtjaile või kutsealalistele koondistele keelata oma kindlustuskassa asutamist, kui on eeldusi, et sarnane kindlustuskassa võib olla elujõuline. See põhimõte on leidnud tunnustamist enamikus välismaade kindlustuskorraldusist ja on seda soovi korduvalt kuulda olnud meie kindlustatute hulgas. Et siin ei hakkaks tekkima elujõuetuid kassasid, siis osutub muidugi vajalikuks tingimus, et sarnaste kassade asutamine võib toimuda vaid järelevalvevõimu eriloal.

Haigusabistamise tegelikeks teostajaiks on arstid, kes seega on haiguskindlustuse loomulikeks tugedeks. Osutub

seega kõigiti õigustatuks, kui sotsiaalse haiguskindlustuse korralduse võtame hindamisele ka arstkonna kutsehuvide vaatekohalt. Arst on oma kutse korras rahva tervisliku hüve hooldaja — seda ka haiguskindlustuse korraldusele alluvate kodanike osas. Tekib küsimus, mis ulatuses suudab arst siin seda oma ühiskondlikku kohustust teostada. Prantsusmaa, Inglismaa ja Saksamaa sotsiaalse haiguskindlustuse korralduste vaatlemisel nägime, et kõigis neis korraldusis esines seadusega määratud aluseid arsti töö korraldamiseks ja arstide ning kindlustusasutiste vahekorrate määramiseks. Siin esines eriline arstiõigus sotsiaalses haiguskindlustuses töötamise alal. Meie uue haiguskindlustuse seaduse eelnõus me mingit sarnast arstiõigust kahjuks ei leia. Arsti positsiooni sotsiaalses haiguskindlustuses määratleb eelnõu vaid sellega, et ta ütleb, et kassaliikmeid abistatakse kas palgaliste või kassaga lepinguvahekorras olevate arstide poolt. Ei ole aga seatud mingeid aluseid, mis garanteerivad arstile, et tal osutub võimalikuks rahvatervishoiu ja teaduse nõuete kohaselt arendada oma tegevust sotsiaalses haiguskindlustuses. Arsti kutsetöö korraldamine on jäetud kassade organite otsustada. Esinev küsimus ei ole mitte ainult arstkonna huviküsimus, vaid ühtlasi ka rahvatervishoiuline küsimus, nagu me seda vaatlesime eelpool. Sotsiaalses haiguskindlustuses on lahutamatult rakendatud ühise kõrge eesmärgi taotlemisele kaks gruppi: kindlustusasutised kui niisugused ja arstkond. Kindlustusasutiste tegevusele seab seadus kindlad alused; arstkonna tegevusele ta neid aga ei sea. Kuid ometi peab ju iga teadlik vaatleja tunnistama, et arsti tegevus vaekausile visatuna ei osutu kergemaks kindlustusasutiste tegevuse kaalust. Arst on ju teguriks sotsiaalses haiguskindlustuses, kellela ei ole teostatav kindlustatute tervislik hüve; tema töövõimest oleneb ju kogu haiguskindlustuse rahvatervishoiulik olu ning edu. Esinevas olukorras arstil võib tekkida kutsetöö alarusaamatusi ja vaidlusi, millede lahendamiskorra kohta seaduseelnõu ei anna mingeid juhiseid. Kas jääb püsima olukord, kus nende vaidluste lahendajana toimib kassa volikogu, samal ajal kui välismaade kindlustuskorraldusis pea kõikjal

on loodud vastavad asjatundlikud organid? Seega sotsiaalkindlustuse enda huvides peavad eksisteerima alused, mis annavad kindlad väljavaated arsti tööolukorrale sotsiaalses haiguskindlustuses. Selles äratundmises on toimunud ka haiguskindlustuse asutiste ja arstkonna koostööd korraldavate aluste kujundamine pea kõikides välismaade haiguskindlustuste korraldustes. Kui nüüd meie uus seadus peaks jätma lahtiseks selle küsimuse, kuidas siis toimida? Tunnetades oma ühiskondlikku ülesannet arstikond — kui oma kutse korras rahva tervishooldusele kutsutud eriteadlaste koondis — peab sel juhul, kui seadus ei anna aluseid arstkonna ja kindlustusasutiste kavakindlaks koostööks, ise püüdma leida neid aluseid, mis temal võimaldavad täita oma vastutusrikast tööd kindlustatute tervishüve taotlemisel ja säilitada sotsiaalses haiguskindlustuses oma kutsetöö vabaduse.

Siin olen ma andnud ülevaadet Eesti uue sotsiaalse haiguskindlustuse korralduse kavast ja mõningaist perspektiivist, mis selle vaatlemisel avanevad rahvatervishoiu ja arstkonna kutsehuvide vaatekohilt. Sellest lühidast ja osalisest ülevaatest on meile järeldunud, et arstikond nii rahvatervishoiuliselt kui ka oma kutsehuviliselt kaalutluselt tõsiselt peab võtma analüüsimisele tekkida võivad olukorrad arstliku töö suhtes sotsiaalses haiguskindlustuses. Eesti vaba organiseeritud arstikond on alati näidanud, et ta suhtub pooldavalt sotsiaalsesse haiguskindlustusesse; ta on ka alati näidanud tahtet töötada kaasa sotsiaalses haiguskindlustuses kõigi oma teadmuste ja kogemustega. Seda tahab ta jätkata ka tulevikus. Arstide Koja juhatus omalt poolt alati on valmis aitama kaasa organiseeritud arstikkonnale esineval alal tema tegevusaluste kujundamisel ja rakendamisel meie rahva ja riigi hüveks.

Käesolevat küsimust käsitlesin ma ka XVI Eesti Arstidepäeval Valgas, kus selles küsimuses võeti vastu järgmine resolutsioon:

„XVI Eesti Arstidepäev, lähtudes rahvatervishoiulisist kaalutlusist, tunnistab hädatarvilikuks järgmist:

1. Sotsiaalse haiguskindlustuse korralduses kindlustatute tervisabistamise juhtimine ja korraldamine tuleb allutada

selles töös vastutustkandvaile asjatundjaile, milleks kindlustuskassade administratiivorganite kõrval tuleb moodustada nendega käsikäes töötavad eriorganid kindlustatute abistamise alal töötava arstkonna esindajaist.

2. Kindlustatuile statsionaarse ravi võimaldamiseks vajalikud asutised tulevad igal pool, kus see vähegi võimalik, asutada koos kohaliku omavalitsusega, et hoida ära meil esinevate vastavate piiratud majanduslike võimete killunemist ja luua kindlustatuile soodsaimad statsionaarse ravi tingimused.

3. Igale kindlustatule tuleb jätta õigus valida arsti, keda tema usaldab ja selle saavutamiseks tuleb tõmmata kaasa kindlustatute tervisabistamise tööle võimalikult kõik arstid, kes avaldavad selleks nõusolekut.

4. Üksikute suuremate ettevõtete töövõtjaskonnale ja töövõtjate kutsealalistele koondistele tuleb jätta võimalus oma kindlustuskassade ellukutsumiseks, kui on eeldusi, et sarnane kassa suudab täita temale seatud ülesandeid.

5. Sotsiaalses haiguskindlustuses tööle rakenduvate arstide töökorralduse alused peavad saama üksikasjalikult määratud kindlaks. Arstidepäev tunnistab tarvilikuks, et Eesti organiseeritud arstkond oma organisatsioonide kaudu võtaks põhjalikule kaalumisele sotsiaalses haiguskindlustuses rakenduvate arstide töökorraldusega seoses olevad küsimused ja võtaks välja alused, missugused osutuvad vajalikuks, et arsti vastutusrikas töö kindlustatute tervisabistamisel saaks teostuda teaduse ja rahvatervishoiu nõudeile vastavalt, ja esitaks need Eesti arstkonna keskesindusile — Arstide Kojale ja Eesti Arstideseltside Liidule — vajalike sammude astumiseks.“

7

132

38