Tervishoiusüsteemi pettuseid ja korruptsiooniriske kaardistav uuring

Tartu Ülikool, sotsiaalteaduslike rakendusuuringute keskus RAKE

Tallinn 2011

Justiitsministeeriumi kriminaalteabe ja analüüsi talitus
Kriminaalpoliitika osakond

Justiitsministeerium

Väljaandja:
Justiitsministeerium
Tõnismägi 5a
15191 Tallinn
Telefon: 6 208 100
Faks: 6 208 109
e-post: info@just.ee

Kõik käesolevas materjalis esitatu on kaitstud autoriõigusega, mis kuulub Justiitsministeeriumile. Väljaande tsiteerimine või refereerimine on lubatud üksnes juhul, kui viidatakse materjali autoritele. Ilma Justiitsministeeriumi eelneva kirjaliku nõusolekuta ei ole väljaannet või selle osi lubatud mingil viisil publitseerida.

SISUKORD

LÜHIKOKKUVÕTE 5

SISSEJUHATUS 8

EESMÄRK 9
METOODIKA 9
UURINGUS KASUTATAVAD OLULISEMAD MÕISTED 10

1. PETTUSTE JA KORRUPTSIOONIRISKIDE KAARDISTUS 12

1.1. KORRUPTSIOON JA TERVISHOID 12
1.2. TÜÜPILISED PETTUSED JA KORRUPTSIOONIRISKID TERVISHOIUSEKTORIS 14
1.3. PETTUSED JA KORRUPTSIOONIRISKID EESTI TERVISHOIUSÜSTEEMIS 15
1.3.1 Tervishoiuteenuste korraldusega seotud riskid Eestis 16
Risk 1. Ebakorrektselt teostatud hanked 16
Risk 2. Meelehea eest kallutatud otsuste tegemine 17
1.3.2. Tervishoiuteenuste osutajate ja kasutajatega seotud riskid 18
Risk 3. Fiktiivsete tõendite, retseptide ja töövõimetuslehtede väljastamine 18
Risk 4. Teostatud tervishoiuteenuste ebatäpne dokumenteerimine 20
Risk 5. Ebaõigetel alustel ravimine 21
Risk 6. Arstide töötamine mitmel ametikohal 22
Risk 7. Arstide seotus ravimeid või meditsiiniseadmeid maaletoovate ettevõtetega 24
Risk 8. Arstide koolitusreiside tasumine ravimeid või meditsiiniseadmeid maaletoovate ettevõtete poolt jm mõjutamine 25
Risk 9. Pikad ravijärjekorrad ja ravijärjekorras etteostmine 27

2.RAVIJÄRJEKORRAS ETTEOSTMINE 29

2.1. RAVIJÄRJEKORRAD EESTIS JA KASUTATUD MEETMED NENDE JUHTIMISEKS 29
2.2. MITTEAMETLIKUD TASUD JA NEISSE SUHTUMINE 30
2.3. PATSIENTIDE HINNANGUD ERINEVATELE ETTEOSTMISE VIISIDELE 31
2.4. MITTEAMETLIKE TASUDE LEVIK 32
2.5. PEAMISED RAVIJÄRJEKORDADEST TULENEVAD PROBLEEMID 34
2.6. ETTEPANEKUD RAVIJÄRJEKORDADEST JA ETTEOSTMISEST TULENEVATE KORRUPTSIOONIRISKIDE VÄHENDAMISEKS 36

3.HAIGLATE RAVIMI- JA MEDITSIINISEADMETE HANKED NING HUVIDE KONFLIKTI OHT 38

3.1. REEGLID (RIIGI)HANGETE KORRALDAMISEKS NING HANKEPROTSESS HAIGLATES 38
3.2. AASTATEL 2010-2011 TOIMUNUD VALITUD HANGETE ANALÜÜS 39
3.3. HANGETE VAIDLUSTAMINE 2007-2011 40
3.4. PEAMISED PROBLEEMID HANGETE KORRALDUSES 41
3.5. ETTEPANEKUD HANGETE KORRALDUSEST TULENEVATE KORRUPTSIOONIRISKIDE VÄHENDAMISEKS TERVISHOIUS 43

4.RAVI RAHASTAMISE LEPINGUD 45

4.1. LEPINGUTE SÕLMIMINE EESTI RAVIKINDLUSTUSES 45
4.2. 2011. AASTAL MEEDIAS KÕLAPINDA LEIDNUD VAIDLUSTUSED LEPINGUTE SÕLMIMISEL 47
4.3. VALIKUTE PROTSEDUURI LÄBIPAISTVUS 47
4.4. PEAMISED PROBLEEMID RAVI RAHASTAMISE KORRALDUSES 48
4.5. ETTEPANEKUD RAVI RAHASTAMISE SÜSTEEMI ARENDAMISEKS 51

5.KOHTUTESSE ESITATAVAD TERVISETÕENDID 53

5.1. TÄNASED REEGLID TÕENDITE VÄLJASTAMISE KOHTA 53

5.2. KOHTUISTUNGITE ÄRAJÄÄMISE PÕHJUSED ... 54
5.3. PEAMISED PROBLEEMID TÕENDITE VÄLJASTAMISE PROTSESSIS ... 55
5.4. ETTEPANEKUD TERVISETÕENDITE VÄLJASTAMISEST TULENEVATE KORRUPTSIOONIRISKIDE VÄHENDAMISEKS ... 56

6.TEGEVUSKAVA ... 61

KOKKUVÕTE ... 63

SUMMARY ... 67

KASUTATUD KIRJANDUS ... 70

LISA 1. RAVIJÄRJEKORRAS ISIKUD RAVILIIGI JA PÕHJUSE JÄRGI ... 77

LISA 2. ÜLEVAADE MITTEAMETLIKE TASUDE MAKSMISE TEEMAST MEEDIAS ... 78

LISA 3. PATSIENDI KÜSITLUSES KASUTATUD ANKEET ... 80

LISA 4. PATSIENTIDE KÜSITLUSE TULEMUSED ... 85

1. METOODIKA ... 85
2. VASTAJATE DEMOGRAAFILINE PROFIIL ... 86
3. TASULISED TEENUSED ... 87
4. MITTEAMETLIKUD TASUD ... 89
5. HINNANGUD MITTEAMETLIKE TASUDELE JA TASULISTELE TEENUSTELE ... 92
6. ANDMETABELID ... 96

LISA 5. INTERVJUU KAVA (RAVIMI- JA MEDITSIINISEADMETE HANKED) ... 109

LISA 6. VALITUD RAVIMI- JA MEDITSIINISEADMETE HANGETE ANALÜÜS JA VAIDLUSTUSTE STATISTIKA ... 110

LISA 7. INTERVJUU KAVA (RAVI RAHASTAMISE LEPINGUD) ... 118

LISA 8. RAVI RAHASTAMISE LEPINGU SÕLMIMISE ASJAOLUDE HINDAMISE ALUSED ... 120

LISA 9. RAVI RAHASTAMISE TAOTLUSE VORM ... 122

LISA 10. INTERVJUU KAVA (KOHTUTÕENDID) ... 125

LISA 11. TERVISETÕENDITE KASUTAMISE ULATUSLIKKUSE ANALÜÜS ... 128

LISA 12. FOOKUSGRUPI ARUTELUDE TEEMAD JA OSALISED ... 130

Lühikokkuvõte

1. Uuringu eesmärgiks on hinnata olulisemaid korruptsiooniriske ja võimalusi pettusteks Eesti tervishoiusüsteemis, analüüsida probleemide põhjuseid ning pakkuda välja tegevuskava riskide mõju vähendamiseks.

2. Varasemad korruptsiooniteemalised küsitlused viitavad, et inimesed tajuvad tervishoiusektoris korruptsiooni, mis vajab edasist (sh hoiakute) analüüsi. Kuna korruptsiooni mõiste ei ole alati üheselt mõistetav, võib korruptsiooni tajumine peegeldada lisaks pettustele ka teadmatust ja ebaõigluse tunnetamist.

3. Tervishoiusektorit peetakse pettuste ja korruptsiooniriskide seisukohast haavatavaks, kuna sektoris liigub suur hulk raha, tervishoiusüsteemid on keerukad ja mitmete osapooltega ning info ei ole erinevate osapoolte vahel ühtlaselt jaotunud.

4. Uuringu autorid on pettuste ja korruptsioonina defineerinud tervishoiutöötaja tegevuse, mis ei lähtu patsientide, tööandja ja avalikest huvidest ning seeläbi saadakse otseselt või kaudselt omakasu. Korruptsiooni otsesest majanduslikust kahjust olulisem on mõju tervishoiu mainele, sest arstiabi ja tervishoid põhinevad usaldusel ning patsientide ootused tervishoiutöötajate eetilisuse suhtes on kõrged.

5. Uuringus on kombineeritud erinevaid uurimismeetodeid. Esmalt teostati seaduste, valdkonda puudutavate uuringute, auditite ja strateegiliste dokumentide dokumendianalüüs ning meediaanalüüs, et kaardistada avalikkuse tähelepanu pälvinud juhtumid ning ühiskonna suhtumine nendesse. Aktuaalsemate teemade lõikes viidi läbi juhtumianalüüsid, et täiendavalt hangitud informatsiooni alusel saada detailsem ülevaade probleemi olemusest. Tervishoiu valdkonna spetsialistidega tehti 13 personaalset intervjuud ja korraldati 4 fookusgrupi arutelu, kus osales kokku 34 tervishoiusektori erinevate huvigruppide esindajat. Uurimaks patsientide isiklikku kogemust ja hoiakuid korruptsiooni kohta arstiabis viidi läbi küsitlus kaheksas haiglas, millele vastas kokku 2213 patsienti.

6. Uuringu käigus jõuti järeldusele, et Eesti tervishoiusektoris esineb valdkonnale iseloomulikke probleeme ja riske, see tähendab nii tervishoiusektori korralduse, tervishoiuteenuste osutajate, kasutajate kui ka kolmandate osapooltega seotud riske.

7. Uuringu käigus kaardistati üheksa dokumendi- ja meediaanalüüsi põhjal tüüpilisemateks osutunud situatsiooni, kus esineb risk pettusteks ja korruptsiooniks. Need riskid on 1) ebakorrektne hangete teostamine; 2) meelehea eest kallutatud otsuste tegemine; 3) fiktiivsete tõendite, retseptide ja töövõimetuslehtede väljastamine; 4) teostatud tervishoiuteenuste ebatäpne dokumenteerimine; 5) ebaõigetel alustel ravimine; 6) arstide töötamine mitmel ametikohal; 7) arstide seotus ravimeid või meditsiiniseadmeid maaletoovate ettevõtetega; 8) arstide koolitusreiside tasumine ravimeid või meditsiiniseadmeid maaletoovate ettevõtete poolt jm mõjutamine ning 9) pikad ravijärjekorrad ja ravijärjekorras etteostmine. Seejärel keskenduti nelja aktuaalsema teema analüüsile ja pakuti probleemidele lahendusi.

8. **Esiteks analüüsiti ravijärjekorras etteostmist, kus keskenduti mitteametlike tasude levikule ja patsientide suhtumisele etteostmisse.** Ravijärjekorras etteostmine toimub seaduslikul viisil tasuliste teenuste kaudu või ebaseaduslikult mitteametlike tasude kaudu.

9. Patsientide küsitluse alusel ei ole mitteametlikud tasud Eestis väga levinud – viimase paari aasta jooksul on arsti vastuvõtule või ravile saamiseks maksnud mitteametlikult raha 2% ja pärast tervishoiuteenuse saamist 3% patsientidest. Protsendid on küll väikesed, kuid juba 1% tähendab Eestis tuhandeid patsiente, kes mitteametliku tasu abil taotlevad erikohtlemist, seda omal initsiatiivil või tervishoiutöötaja ettepanekul. Peamiste põhjustena mitteametlike tasude

maksmiseks tõid patsiendid välja soovi saada kiirem ligipääs teenusele või parema kvaliteediga ravi.

10. Probleemiks on ka suhtumine tasulistesse teenustesse – tasulisi teenuseid peab kolmandik patsientidest korruptsiooniks ja teine kolmandik ebaeetiliseks. Seega kuigi tasuliste teenuste osutamine Eestis on seaduslik, suhtub valdav osa patsientidest sellesse väga negatiivselt. Patsientide teadmatus seaduslike tasustamissüsteemide osas suurendab mitteametlike tasude maksmise riski ja on tugev löök süsteemi usaldusväärsusele, segadust suurendab nn tasuta (st Haigekassa poolt finantseeritava) ja tasulise (patsiendi poolt finantseeritava) ravi pakkumine samas raviasutuses ja samade arstide poolt.

11. Soovitusena tuleb tervishoiutöötajate seas kujundada selge seisukoht mitteametlike tasude mitteaktsepteeritavuse osas, eelkõige peavad selge seisukoha võtma Arstide Liit ja Haiglate Liit, aga ka raviasutused. Alustada tuleb teadliku elanikkonna hoiakute kujundamisega (sh sotsiaalreklaamid, artiklid ajakirjanduses) mitteametlike tasude sobimatuse osas. Kokku tuleb leppida, millise asutuse pädevusse kuulub mitteametlike tasudega seotud juhtumite menetlemine ja tagada selle protsessi järjepidev toimimine, sh tuleb vältida olukordi, kus patsient ei saa kaebust esitada, seda ei menetleta korrektselt või kus raha maksmisest teavitajale esitatakse süüdistus. Seaduste tasandil tuleb välja töötada nn vilepuhujate kaitse sätted ja laiendada teatud erisustega korruptsioonivastast seadust arstidele.

12. Selgelt tuleb eristada tasuta ja tasuline arstiabi, kaaluda tuleks tasuta ja tasuliste teenuste pakkumise keelamist samas raviasutuses samal erialal. Tõsta tuleb elanike teadlikkust tasuta ja tasulise ravi osas. Edasi tuleb arendada digiregistratuuri ja jagada reaalajas infot erinevate haiglate ravijärjekordade kohta, eristades selgelt tasuta ja tasulised vastuvõtud.

13. **Teiseks analüüsiti ravimi- ja meditsiiniseadmete hankeid ning huvide konflikti ohtu.** Tervishoiule vajalike toodete eripäradest tuleneb, et nende sobivuse hindamiseks tuleb hankeprotsessi ettevalmistusse ja läbiviimisse kaasata arste, kes konsulteerivad hangitava toote osas võimalike pakkujatega. Samuti ei saa tervishoiu spetsiifikast ja Eesti väiksusest tulenevalt välistada olukorda, kus hangitava toote kirjelduse koostaja (arst) võib olla seotud selle toote pakkujaga ettevõtluse kaudu või kaudsemalt. See kujutab arstide jaoks tõsist huvide konflikti situatsiooni.

14. Soovitusena tuleb huvide konflikti juhtimiseks ja maandamiseks raviasutustel välja töötada reeglid ja head tavad. Raviasutuse ametiisikud ja arstid, kes osalevad hankeprotsessis, peavad teavitama kirjalikult asutuse juhtkonda oma seostest (sh majanduslikud ja muud huvid, saadud ja taotletavad toetused) valdkonnas tegutsevate ravimitootjate ja meditsiini-seadmeid vahendavate ettevõtetega. Teadlikkuse tõstmiseks tuleb koostada ravimi- ja meditsiiniseadmete hangete spetsiifiline huvide konflikti käsiraamat, mis sisaldaks tüüp-situatsioonide kirjeldusi ja võimalusi tagada nendes situatsioonides läbipaistvus ning mis tutvustaks seniseid parimaid praktikaid huvide konflikti vältimisel. Tasub kaaluda ka laiemat teemade ringi sisaldava tervishoiutöötajatele suunatud huvide konflikti käsiraamatu loomist, mis sisaldaks ka teisi huvide konflikti riski sisaldavaid situatsioone. Soodustada tuleb raviasutuste ühishankeid, mis suurendavad läbipaistvust.

15. **Kolmandaks analüüsiti ravi rahastamist ja lepingute sõlmimist Haigekassaga**. Haigekassa ostab ligikaudu 20% ravijuhtudest avatud konkursi kaudu, ülejäänud ravijuhud ostetakse otse haiglavõrgu arengukava haiglatelt. Tervishoiuteenuste ostmise konkursile esitatavate pakkumuste kord ja hindamiskriteeriumid kehtestatakse Haigekassa nõukogu otsusega.

16. Uuringu tulemused viitavad, et tänase süsteemi ülesehitus vajab tõsist arutelu. Kehtiv rahastamisskeem ei ole läbipaistev, soodustades seetõttu pettust ja korruptsiooni. Üheks põhjuseks on senise õigusruumi mittevastavus tervishoiu arengutele, näiteks ei ole

haiglavõrgu arengukava pikka aega uuendatud ja kirjeldamata on erakliinikute roll tervishoius. Tulemusena on kujunenud olukord, kus haiglavõrgu raviasutused konkureerivad Haigekassa lepingumahtude pärast omavahel ja samal ajal erinevate erakliinikutega, lisaks toimub konkurents tasuliste teenuste osas. Tänane süsteem soodustab ka patsientide suunamist haiglavõrgu raviasutuste ja erakliinikute vahel. See tekitab segadust patsientide seas, millist raviteenust saab ravikindlustuse vahendite eest ja mille eest peab ise maksma.

17. Soovitusena tuleb kirjeldada, kas ja milliste arstiabi teenuste rahastamisel saab kasutada konkurentsi ning määratleda selgelt erakliinikute roll tervishoius. Selgelt tuleb eristada teenuste pakkumine ravikindlustuse ja patsiendi otsetasude eest, seda nii haiglavõrgu arengukava haiglates kui ka erakliinikutes. Määratleda tuleb erinevate tervishoiuteenuste osutamiseks sobilikud teeninduspiirkonnad, mille alusel planeeritakse rahastamist. Selgemalt tuleb lahti kirjutada avatud konkursi raames pakkumuste esitamise sisu ja vorm ning kooskõlastada need hindamiskriteeriumitega, samuti muuta läbipaistvamaks lepinguteni jõudmise protsess. Konkursil võitnud teenusepakkujatega tuleb sõlmida lepingud pikemaks ajaks. Edasi tuleb arendada haiglavõrgu arengukava suunaga konkurentsilt koostööle.

18. **Neljandaks analüüsiti kohtusse esitatava tervisetõendi alusel istungile mitteilmumist.** Tänastes reeglites loetakse mitteilmumise mõjuvaks põhjuseks rasket haigestumist. Uuringus analüüsitud kohtute infosüsteemi andmetel selgus, et tervisetõendi esitamise tõttu jäi 2010. aastal ära 39 kriminaalmenetluse istungit (0,25% toimunud istungitest), kuid kahjuks ei kajasta infosüsteemi andmed kõiki ärajäänud kohtuistungeid ning arv on seetõttu alahinnatud. Probleem on terav, sest pooled Terviseameti poolt kontrollitud tõenditest osutusid põhjendamatuteks.

19. Soovitusena tuleb arstide, kohtunike ja prokuröride koostöös kokku leppida selged tegevusjuhendid tõendite väljastamiseks ja kontrollimiseks, seejärel tuleb juhendeid levitada vastavates listides ja üritustel, läbi võib viia vastava koolituse. Sotsiaalministri määruse (Menetlustoimingule väljakutsutud isiku enda haigestumise või lähedase isiku ootamatu raske haiguse kohta vormistatava tõendi vorm ja väljaandmise kord) juurde tuleb lisada ametlik kohtutõendi vorm. Tõendile tuleb lisada info kohtualuse seisundi kohta ja kasutusele võtta piiratud osalemise kontseptsioon, st teavitada kohtunikku inimese seisundist, mis võimaldab küll kohtusse tulla, kuid millega tuleks istungil arvestada. Tõenditest parema ülevaate saamiseks tuleb luua kohtutõendite elektroonne andmebaas. Tõendite sisuliseks kontrollimiseks tuleb laiendada Terviseameti volitusi ja teostada kohtutõendite auditeid. Kohtutõenditest ülevaate saamiseks tuleb koostada perioodilisi ülevaateid kohtute infosüsteemi andmete põhjal ärajäänud kohtuistungite põhjuste kohta.

20. Kokkuvõtteks tuleb rõhutada, et korruptsiooniriskide ja pettuste ohjamiseks Eesti tervishoius tuleb järelevalve tõhustamise kõrval panna põhirõhk ennetavale tegevusele, sh teadlikkuse tõstmisele, väärtushinnangute kujundamisele ja seadusandluse arendamisele.

Sissejuhatus

Tervishoiusektorit peetakse pettuste ja korruptsiooniriskide seisukohast haavatavaks, kuna sektoris liigub suur hulk raha, tervishoiusüsteemid on keerukad ja mitmete osapooltega ning info ei ole erinevate osapoolte vahel jaotunud ühtlaselt. Kuigi riskid, mis tulenevad tervishoiusüsteemist, võivad olla sõltuvalt konkreetsest süsteemist või riigi elatustasemest mõnevõrra erinevad, ei ole olemas üht „ideaalset" süsteemi, millega kõiki riske vältida. Samuti ei tulene kõik riskid vaid süsteemist, vaid korruptsiooni ulatus peegeldab ka ühiskonna hoiakuid ja väärtusi. Seetõttu on oluline riske teadvustada, suurendada teadlikkust ja läbipaistvust ning kujundada ühiskonna liikmete hoiakuid.

Kuigi erinevate hinnangute põhjal ei ole korruptsioon Eestis väga levinud nähtus, näitavad hiljutised uuringud, et suhteliselt enam tajutakse korruptsiooni tervishoiusektoris. See arvamus vajab täpsemat analüüsi. Kuna korruptsiooni mõiste ei ole alati üheselt mõistetav, võib korruptsiooni tajumine peegeldada lisaks pettustele ka teadmatust ja ebaõigluse tunnetamist.

Uuringu on tellinud justiitsministeerium ning uuringu autoriteks on Tartu Ülikooli tervishoiu instituudi professor Raul-Allan Kiivet ning Janika Alloja ja Kerly Espenberg Tartu Ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuuringute keskusest. Uuringut rahastati Euroopa Sotsiaalfondi vahenditest.

Uuringu autorid on pettuste ja korruptsioonina defineerinud tervishoiutöötaja tegevuse, mis ei lähtu patsientide, tööandja ja avalikest huvidest ning seeläbi saadakse otseselt või kaudselt omakasu. Siia kuuluvad nii raha maksmine soodsate otsuste tegemiseks, oma ametist tuleneva teabe kasutamine isiklikes huvides kui ka muud isiklikust kasust lähtuvad tegevused. Isiklik kasu ei tähenda ainult kohest rahalist tulu, vaid tervishoius ka püsiva sissetuleku tagamist läbi nõudluse tekitamise ja suunamise.

Uuringuga kaardistatakse Eesti peamised tervishoiusektori pettused ja korruptsiooniriskid ning detailsemalt keskendutakse neljale teemale, milleks on:

- ravijärjekorras etteostmine,
- ravimi- ja meditsiiniseadmete hanked ning huvide konflikt,
- ravi rahastamise lepingud,
- kohtutesse esitatavad tervisetõendid.

Teemade analüüsi eesmärgiks on anda mitmekülgne pilt tänastest kitsaskohtadest. Seetõttu on analüüsil kombineeritud erinevaid uurimismeetodeid – dokumendi-, juhtumi- ja meediaanalüüs, intervjuud ja fookusgrupi arutelud ning patsientide küsitlus. Arvestades, et tegemist on teemaga, mis puudutab paljusid huvigruppe – ministeeriumid, Haigekassa, Terviseamet, haiglad, arstid, patsientide ühendused, kelle huvid tunduvad tihti vastandlikena – on uuringu autorite ülesandeks info kogumise kõrval võimalikult tasakaalustatud pildi andmine.

Uuringuraport koosneb kuuest peatükist. Esimeses peatükis antakse lühiülevaade korruptsiooni olemusest ning erinevatest pettustest ja korruptsiooniriskidest, mis tervishoius esineda võivad. Seejärel esitatakse Eesti tervishoiusektori pettuste ja korruptsiooniriskide kaardistus, kus iga riski on lühidalt tutvustatud. Peatükid 2 kuni 5 keskenduvad eelpoolmainitud neljale teemale – igas peatükis antakse lühike taustaülevaade, tuuakse välja peamised probleemid ning esitatakse ettepanekud pettuste ja korruptsiooniriskide vähendamiseks. Probleemide kaardistamisse ja lahenduste väljatöötamise protsessi kaasati intervjuude ja fookusgrupi arutelude kaudu erinevaid tervishoiueksperte. Viimane peatükk koondab eelnevates peatükkides toodud lahendused, moodustades tegevuskava pettuste ja korruptsiooniriskide vähendamiseks. Raportile on lisatud patsientide küsitluse tulemused ja juhtumianalüüside detailsemad kirjeldused, raporti sisuosas on toodud vaid nende põhijäreldused.

Täname kõiki, kes aitasid kaasa käesoleva raporti valmimisele, sealhulgas inimesi, kes aitasid läbi viia patsientide küsitlust, leidsid aega kogemuste jagamiseks intervjuudes ja fookusgruppides ning panustasid sellega lahenduste väljatöötamisse.

Eesmärk

Uuringu üldeesmärgiks on Eesti tervishoiusüsteemi pettuste ja korruptsiooniriskide kaardistamine ning meetmete pakkumine nende vähendamiseks. Projektis keskendutakse eelkõige haiglate ja arstiabiga seotud riskidele, ent tuuakse välja ka teised peamised pettuse- ja korruptsiooniriskid. Projekti eesmärk ei ole anda hinnangut pettuste ja korruptsiooniriskide levikule. Raportis kirjeldatud juhtumid on toodud riskide näitlikustamiseks ning nende baasil ei saa anda hinnangut kirjeldatud riskide ulatuslikkusele. Projektist saadav info on sisendiks uude korruptsioonivastasesse strateegiasse ja rahvastiku tervise arengukavasse aastateks 2009-2020.

Metoodika

Uuringus kombineeriti erinevaid uurimisviise. Dokumendianalüüsi põhjal koostati Eesti tervishoiu pettuste ja korruptsiooniriskide kaardistus. Kaardistatud riskide seast valiti koostöös tellijaga neli teemat, mis on Eestis aktuaalsemad. Teemade kohta teostati detailsem analüüs, kombineerides info kogumiseks erinevaid meetodeid, et saavutada võimalikult mitmekülgne pilt olukorrast Eestis, kaardistada erinevate osapoolte suhtumine ja leida lahendusi korruptsiooniriskide vähendamiseks. Lisaks dokumendianalüüsile kasutati info kogumiseks juhtumianalüüsi, intervjuusid ja fookusgrupi arutelusid valdkonnaekspertidega. Erandiks on ravijärjekorras etteostmise teema, kus juhtumianalüüsi ja intervjuude asemel viidi läbi patsientide küsitlus, et koguda infot mitteametlike tasude leviku ja neisse suhtumise kohta, mida ei oleks olnud võimalik saada juhtumianalüüsi või intervjuude kaudu.

Dokumendianalüüsi käigus viidi läbi meediaanalüüs ning tutvuti peamiste korruptsiooniteemaliste uuringutega Eesti kohta, valdkonnaga seotud seaduste, auditite ja muude strateegiliste dokumentidega ning teiste asjakohaste taustamaterjalidega. Meediaanalüüsi käigus otsiti ja analüüsiti meedias (sh internetis) ilmunud artikleid, mis käsitlesid tervishoiusektori pettuseid ja riske, et saada infot, millised pettused ja riskid on toodud avalikkuse ette. Keskenduti perioodile 2003 - 2011. Lisaks analüüsiti internetis artiklite juures avaldatud lugejate kommentaare, et saada ülevaade inimeste arvamustest ja hoiakutest pettuste ja korruptsiooniriskide kohta.

Uuringus viidi läbi intervjuud välisriikide ekspertidega, et kaardistada, kas neis riikides eksisteerivad sarnased riskid ja kuidas neid riske on maandatud. Välisriikidest kaasati Rootsi, Taani, Saksamaa ja Poola eksperdid, lisaks viidi läbi intervjuu European Healthcare Fraud & Corruption Network presidendiga. Kui Poolas esineb tervishoius mitmeid pettuseid ja korruptsiooniriske, siis näiteks Rootsis ja eriti Taanis on pettuste ja korruptsiooni levik oluliselt väiksem. Poola eksperdi intervjuu viidi läbi Ernst & Youngi poolt.

Patsientide küsitlus viidi läbi kaheksas Eesti haiglas (TÜ Kliinikum, Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Ida-Tallinna Keskhaigla, Pärnu Haigla, Ida-Viru Keskhaigla, Rakvere Haigla, Viljandi Haigla ja Narva Haigla) nii ambulatoorsete kui statsionaarsete patsientide hulgas. Üldjuhul kaasati küsitlusse kõik patsiendid, sõltumata, millise eriala arsti juurde pöörduti või millisel ravil patsient viibis. Ankeete jagati üldjuhul ühe päeva jooksul kõikidele patsientidele, küsitlust viisid läbi haigla ise või Tartu Ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuuringute keskus. Küsitlusega koguti infot tasuliste teenuste kasutamise ja mitteametlike tasudega kokkupuute kohta ning patsientide suhtumise kohta ravijärjekorras etteostmisse. Kuigi mitteametlike tasude kohta on ka varem elanikkonna küsitlusi läbi viidud, puuduvad andmed tasuliste teenuste kasutamise ulatuse, mitteametlike maksete täpsemate põhjuste (millise teenuse eest, mis eriala arstile ja millise eesmärgiga) ja mitteametlikesse tasudesse suhtumise kohta. Kokku koguti patsientidelt 2213 vastust.

Juhtumianalüüsid viidi läbi kolme teema kohta. Kohtutesse esitatavate tervisetõendite ulatuslikkuse analüüsimiseks võeti vaatluse alla 2010. aastal edasilükatud kriminaalkohtumenetluse istungid maakohtutes ja ringkonnakohtutes ning kohtute infosüsteemi baasil selgitati välja, kui palju istungeid edasi lükati ning kui sageli tehti seda menetlusosalise haigestumise tõttu. Kahjuks ei kajasta infosüsteemi andmed kõiki ärajäänud kohtuistungeid ning arv on seetõttu alahinnatud. Lisaks tutvuti

kõigi 2010. aastal Terviseameti poolt teostatud tervisetõendite kontrollide tulemustega. Ravimi- ja meditsiiniseadmete hangete hankedokumentatsiooni analüüsimiseks võeti vaatluse alla perioodil 2010 – 2011 I kvartalis läbi viidud 46 ravimite, meditsiiniseadmete ja kiirabiautode hangete dokumendid eesmärgiga saada ülevaade hankedokumentatsiooni ülesehitusest ja läbipaistvusest. Lisaks teostati perioodil 2007-2011 toimunud 28 ravimite, meditsiiniseadmete ja kiirabiautode hangete vaidlustuste analüüs eesmärgiga saada ülevaade vaidlustuste sisust ja lahendamisest. Ravi rahastamise lepingute reeglite analüüsimiseks võrreldi omavahel ravi rahastamist reguleerivaid seaduseid, õigusakte ja juhendeid eesmärgiga selgitada võimalikke vastuolusid ja läbipaistmatust.

Eelpooltoodud kolme teema raames viidi läbi kokku 13 intervjuud, neist kuus kohtutesse esitatavate tervisetõendite teemal, neli ravimi- ja meditsiiniseadmete hangete teemal ja kolm ravi rahastamise lepingute teemal.

Fookusgrupi aruteludes osales kokku 34 erinevate huvigruppide esindajat, neist kaheksa kohtutesse esitatavate tervisetõendite teemal, kuus ravimi- ja meditsiiniseadmete hangete teemal, kümme ravi rahastamise lepingute teemal ja 11 ravijärjekorras etteostmise teemal.

Projekti lõpufaasis korraldati ümarlaud, kus erinevatel tervishoiusektori ekspertidel oli võimalus raporti tulemuste osas kaasa rääkida. Ka uuringu avalikustamisel ja tutvustamisel tehti koostööd erinevate osapooltega.

Uuringus kasutatavad olulisemad mõisted

Altkäemaks – meelehea maksmine seadusega mittelubatud teo tegemise eest.

Dokumendianalüüs – teemaga seonduvate avaldatud andmete ja dokumentidega tutvumine ja neist ülevaate andmine.

Erakliinik – uuringus kasutatakse seda mõistet valdavalt üksikutel erialadel eriarstiabi pakkuvate raviasutuste kohta, mis peamiselt pakuvad tasulisi raviteenuseid.

Haiglavõrgu arengukava (HVA) haigla – haiglavõrgu arengukavas toodud piirkondlikud haiglad (Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Tartu Ülikooli Kliinikum, Tallinna Lastehaigla), keskhaiglad (Ida-Tallinna Keskhaigla, Lääne-Tallinna Keskhaigla, Ida-Viru Keskhaigla, Pärnu Haigla), üldhaiglad (Järvamaa Haigla, Kuressaare Haigla, Läänemaa Haigla, Rakvere Haigla, Viljandi Haigla, Valga Haigla, Lõuna-Eesti Haigla, Narva Haigla, Hiiumaa Haigla, Põlva Haigla, Rapla Maakonnahaigla) ja kohalikud haiglad (Jõgeva Haigla). Tegemist on riigi tervishoiupoliitikast lähtuvalt prioriteetsete tervishoiu-asutustega, millele on teatud ulatuses tagatud Haigekassa poolne ravi rahastamine ja riigipoolsed investeeringud ning mis pakuvad laia valikut eriarstiabi nii ambulatoorselt kui ka statsionaarselt.

Juhtumianalüüs – kitsalt defineeritud probleemi analüüs andmete kogumise ja analüüsimise teel.

Korruptsioon – korruptsioonivastase seaduse järgi on korruptiivne tegu ametiseisundi kuritarvitamine omakasu eesmärgil. Kuigi korruptsiooni seostatakse sageli vaid avaliku sektoriga (sh korruptsioonivastases seaduses), võib korruptsioon esineda samuti era- ja kolmandas sektoris. Korruptsioon ei piirdu ainult altkäemaksu või pistisega, vaid tegemist võib olla huvide konflikti, omastamise, onupojapoliitika või muu sellisega.

Mitteametlikud tasud – ebaseaduslik ravijärjekorras etteostmise viis, mille puhul patsient omal initsiatiivil või tervishoiutöötaja nõudmisel pakub tervishoiutöötajale meelehead (raha, kingitusi) eesmärgiga saada ravijärjekorrast kiiremini vastuvõtule või ravile. Mitteametlikke tasusid kasutatakse ravijärjekorrast etteostmise kõrval ka muul eesmärgil, näiteks parema kvaliteediga ravi ootuses.

Pettus – kasu saamine tegelikest asjaoludest ebaõige ettekujutuse loomise teel. Kui korruptsiooni puhul on tegemist ametiseisundi kuritarvitamisega, siis pettuse mõiste on laiem, hõlmates näiteks põhjendamatute ootuste ja vajaduste tekitamist või valeinfo esitamist.

Pistis – meelehea maksmine seadusega lubatud teo tegemise eest.

Ravijärjekorras etteostmine – ravijärjekorrast kiiremini vastuvõtule või ravile saamine seaduslikul teel tasuliste teenuste kaudu või ebaseaduslikult mitteametlike tasude kaudu.

Riigihaigla – uuringus kasutatakse seda mõistet eeskätt haiglavõrgu arengukava haiglate kohta, mille tegevust rahastatakse valdavalt ravikindlustuse vahenditest.

Tasulised teenused – seaduslik ravijärjekorras etteostmise viis, mille puhul patsient maksab kõrgemat visiiditasu (vastavalt haigla poolt kehtestatud hinnakirjale) ja tasub ise uuringute või ravi eest eesmärgiga saada ravijärjekorrast kiiremini vastuvõtule või ravile.

1. Pettuste ja korruptsiooniriskide kaardistus

Käesolev peatükk annab kõigepealt lühiülevaate korruptsiooni üldisest olemusest ja teguritest, mis võivad mõjutada korruptiivselt käituma. Seejärel, tuginedes dokumendi- ja meediaanalüüsile, antakse ülevaade tervishoiusektorile omastest tüüpilistest riskidest ja pettustest.

Peatüki kolmandas osas tuuakse välja tüüpilised pettused ja riskid Eesti tervishoius, tuginedes dokumendi- ja meediaanalüüsile. Lisaks riski kirjeldusele tuuakse (võimalusel) ära ka meediaanalüüsi käigus kogutud teave selle kohta, kuidas Eesti inimesed riski suhtuvad. See annab aimu, mida elanikud tajuvad taunitavana ning mida mitte – kui teatud käitumist (nt maksmist sõjaväest vabastava tervistõendi eest) peetakse normaalseks, on tõenäoline, et samas olukorras olles ka ise seda tehakse (st makstakse selleks, et tõendit saada). Iga riski juurde on koondatud ka dokumendianalüüsi käigus kogutud info võimalikest lahendustest.

1.1. Korruptsioon ja tervishoid

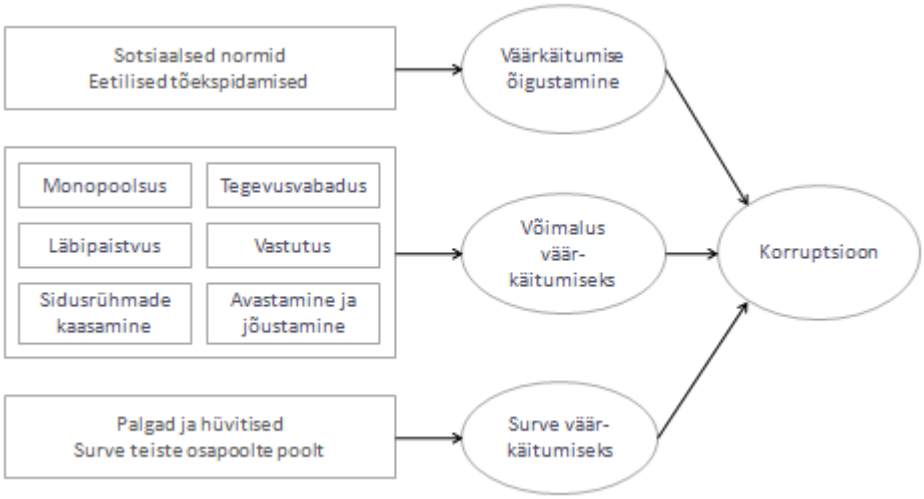
Korruptsiooni all mõistetakse ametiseisundi ja sellest tulenevate õiguste kuritarvitamist omakasu saamise eesmärgil, kuid juriidilise määratluse kõrval saab korruptsiooni käsitleda ka laiemalt, arvestades ühiskonna hoiakuid ja õiglustunnet. Esineb olukordi, mil juriidiline määratlus ja ühiskonna arvamus ei kattu – on juhtumeid, mis seaduse järgi on korruptsioon, kuid inimesed seda korruptsioonina ei taju. Ja vastupidi, esineb juhtumeid, kus tegu pole juriidilises mõttes korruptsiooniga, kuid ühiskonna õiglustunnet on riivatud (legaalsus vs eetilisus). Sageli seostatakse korruptsiooni altkäemaksu või pistisega, kuid korruptsioon võib avalduda näiteks ka huvide konflikti, onupojapoliitika või mõjuvõimuga kauplemisena.

Globaalses mastaabis, sh arenenud riikides, peetakse korruptsiooni tervishoius väga tõsiseks probleemiks, sest see põhjustab ebavõrdsust ja ebaõiglust, suurendab kulusid, halvendab ligipääsu teenustele, vähendab ravikvaliteeti ja mõjutab seeläbi negatiivselt rahvastiku tervist (Nordberg, Vian 2008). Tervishoiu pettuste finantskulu raporti (Gee *et al.* 2010) kohaselt kaotatakse igal aastal keskmiselt 5,6% globaalsetest tervishoiukulutustest (180 miljardit eurot) pettuste tõttu tervishoiusektori organisatsioonide poolt. Näiteks esitas USA Kongress 2011. aasta septembris süüdistuse 91 inimesele 295 miljoni dollari ulatuses ravikindlustuspettustes osalemises, mis seisnes massilises ja süstemaatilises arvete esitamises ravitegevuste eest, mida polnud toimunud ([1])[1].

Riikide tervishoiusüsteemid on avatud mitmetele riskidele, kuna tervishoid on oma rolli poolest unikaalne – ühiskond usaldab erasektorile avaliku sektori rollid ja sellega kaasneb märkimisväärne hulk raha. Lisaks on sektorile iseloomulik määramatus (kui palju inimesi haigestub, mis teenuseid nad vajavad), ebavõrdne info valdamine (patsiendi ja arsti vahel, teenusepakkuja ja riigi vahel jne) ja huvigruppide paljusus (haiglad, arstid, ravimite ja meditsiiniseadmete turustajad jne). See muudab tervishoiusektori riskide suhtes haavatavaks.

Korruptiivset käitumist mõjutavad surve ja võimalus väärkäitumiseks ning väärkäitumise õigustamine (vt Joonis 1), korruptsiooni ennetamiseks on oluline neid tegureid teada. Väärkäitumise õigustamine on mõjutatud nii ühiskonna väärtushinnangutest, aga ka isiklikest tõekspidamistest.

[1] Siin ja edaspidi tähistavad nurksulgudes numbrid viidet artiklitele, mis on toodud eraldi loeteluna kirjanduse loetelu juures.



Joonis 1. Korruptiivse käitumise põhjusi selgitav mudel
Allikas: Vian 2008 (autorite kohandatud)

Võimalus korruptiivselt käituda ja saada suuremaid tulusid sõltub mitmetest asjaoludest.

- Monopoolsus – loob võimaluseks korruptsiooniks, kuna elanikel pole võimalust valida tervishoiuteenuse pakkujat. Näiteks, kui riik on ainus tervishoiuteenuse pakkuja, võib patsient maksta altkäemaksu, et pääseda vastuvõtule või saada vajalikku ravi. Monopoolse võimu vähendamiseks on tavapärane finantseerijate ja pakkujate eristamine ning mitmete pakkujatega lepingute tegemine (sarnane tervishoiureform toimus Eestis pärast taasiseseisvumist).
- Tegevusvabadus – liigne tegevusvabadus (nt pakkuja vabadus valida töötajaid oma suva järgi või tervishoiutöötaja vabadus valida, milliseid ravimeid ja millises mahus patsiendile väljastada) ilma kontrollimehhanismita loob pinnase korruptiivseks käitumiseks. Näiteks on Eestis probleemina välja toodud tervishoiutöötajate tegevusvabadus tõendite väljaandmisel (vt ptk 1.3.2, risk 3).
- Vastutus – vastutuse puudumine aitab kaasa korruptiivsele käitumisele. Vastutus hõlmab tulemuste mõõtmist, nende põhjendamist ja vajadusel sanktsioonide kohaldamist. Vastutuse suurendamise abivahendiks võivad olla infosüsteemid, mis mõõdavad, kuidas sisendeid väljundite loomiseks kasutatakse (näiteks Eestis on tervishoiusektori pakkujatel kohustus esitada andmed ravijärjekordade kohta), järelevalve- ja nõuandvad organid, motivatsioonistiimulid (nt Eestis perearstide tulemustasusüsteem) ning sanktsioonid.
- Sidusrühmade kaasamine – sidusrühmade kaasamine aitab vähendada korruptsiooni ja suurendada vastutust. Strateegiate hulka kuuluvad kodanike kaasamine planeerimisse ja eelarvestamisse (nt Eestis Patsientide Esindusühing), patsientide rahulolu-uuringute läbiviimine (Eestis viib neid läbi nii Haigekassa kui ka suuremad haiglad), kaebuste kogumine (Eestis riiklikul tasandil arstiabi kvaliteedi komisjon). Riikides, kus kodanikuühiskonda on pikka aega maha surutud (nt nõukogude võimu ajal), on kodanike kaasamine keerukam.
- Läbipaistvus – avalikustades info, kuidas otsuseid tehakse ja tegutsetakse, saab suurendada avalikku diskussiooni, vastutust ja ühiskonna kaasatust. Läbipaistvuse suurendamiseks on kasutatud informatsiooni avalikustamist, sh hindade monitoorimist, avalikke andmebaase, riiklike otsuste avalikustamist. Näiteks on Transparency International oma raportis Global Corruption Report (2006) välja toonud Horvaatia, kus haiglad on kohustatud tegema ravijärjekorrad avalikuks, et seeläbi vähendada altkäemakse patsientide poolt arstidele järjekorras ette ostmiseks.
- Avastamine ja jõustamine – korruptsiooni vältimiseks sammude ettevõtmine ja karistamine, mille eesmärgiks on korruptiivselt käituvate ametnike eemaldamine ja teiste hoiatamine.

1.2. Tüüpilised pettused ja korruptsiooniriskid tervishoiusektoris

Käesolevas alapeatükis esitatakse teostatud dokumendianalüüsile tuginedes võimalikke pettusi ja korruptsiooniriske, jagades need tinglikult nelja gruppi: tervishoiuteenuste korralduse, osutajate, kasutajate ja kolmandate osapooltega seotud riskid.

Tervishoiuteenuste korraldusega seonduvad riskid on sarnased riskidele teistes majandussektorites, kuna tegemist on ametnike mõjuvõimu kasutamisega, mis ei ole omane ainult tervishoiusektorile. Seevastu tervishoiuteenuste osutajate ja kasutajatega seonduvad riskid on spetsiifilisemad.

Tervishoiuteenuste korraldusega seotud riskid

1. Riigiametnikud annavad ravimifirmadele ja/või tervishoiuteenuste osutajatele meelehea eest võimaluse saada oma tegevuseks soodsaid otsuseid (näiteks tegevuslitsentside väljastamine, teenuste ja ravimite hinnalepped);
2. Ebakorrektselt teostatud hanked (meelehea eest soodsate tingimuste kehtestamine, huvide konfliktid, turuhinnast kallimate pakkumuste aktsepteerimine ebaseaduslikel põhjustel jne);
3. Riigiametnikud teevad otsuseid, esitades otsust vajavatele osapooltele ebaseaduslikke tingimusi.

Tervishoiuteenuste osutajatega seotud riskid

1. Tühiarvete esitamine: arstide poolt lisatakse arvetele summasid teenuste eest, mida tegelikult ei osutatud;
2. Valesti kodeerimine, kui rahastajalt küsitakse tasu kallima spetsialisti teenuse eest, kuigi tegelikult osutas ravi õde;
3. Valesti kodeerimine, kui rahastajalt küsitakse tasu kallima teenuse eest, kuigi tegelikult osutati odavamat;
4. Küsitakse tasu ravikindlustusest, kuigi tegelikult teostati teenuseid, mis oleksid jäänud ravikindlustaja hüvise katte alt välja;
5. Eraldi hinna küsimine protseduuride eest, mida tegelikult teostati kompaktsena;
6. Konkreetset pädevust mitteomavate arstide poolt tervishoiu teenuse osutamine;
7. Altkäemaksu võtmine, et kasutataks teatud firma tooteid;
8. Meditsiinitarvikute annetustena vastu võtmine, mille vastutasuks tellitakse seotud firmalt kalleid keemilisi preparaate/seadmeid;
9. Ebaotstarbekate seadmete või teenuste lubamine haiglasse vastutasuks saadud hüvistele;
10. Kallimate ravimite kasutamise soovitamine, kuigi on olemas odavamad sama toimega ravimid;
11. Ravimiuuringute läbiviimine riigihaiglates tööajal ja ravimifirma tasu eest;
12. Keelatud ravimireklaami läbiviimine;
13. Mittevajalik ravitegevus saadava tasu suurendamiseks, mis sisaldab endas mittevajalikke uuringuid, operatsioone ja teisi protseduure;
14. Vajalike protseduuride teostamata jätmine, et kulusid kokku hoida;
15. Omakasu eesmärgil meditsiiniteenuse kvaliteedi vähendamine;
16. Patsiendilt küsitakse raha teenuste eest, mis peaksid olema patsiendi jaoks tasuta;
17. Patsientidele antakse võimalus meelehea abil ravijärjekorras ettepoole liikuda;
18. Arstid on huvide konflikti võimaldaval ametikohal;

19. Arstid kasutavad riigihaigla ressursse oma erapraksise tarbeks (patsiendid, ruumid, seadmed, personal jne);
20. Kasutatakse patsientide isikuinfot ebaseaduslikult omakasu eesmärgil.

Tervishoiuteenuste kasutajatega seotud riskid

1. Patsiendid soovivad saada tasuta või subsideeritud ravi raporteerides tegelikust väiksemat sissetulekut;
2. Patsiendid esitavad ebakorrektseid andmeid töövõimetuslehe saamiseks;
3. Patsiendid kasutavad teise isiku ravikindlustuskaarti või isikuandmeid raviteenuse saamiseks;
4. Patsiendid pakuvad pistist erinevate tõendite eest, nt soovitakse tõendit autojuhiloa saamiseks, sõjaväekohustusest pääsemiseks, kohtuistungite edasi lükkamiseks või hüvitiste saamiseks;
5. Patsiendid pakuvad pistist, et saada tervishoiuteenust kiiremini või tasuta;
6. Patsiendid annavad mitteametlikke tasusid muudel põhjustel (nt kiiremini hooldusravile pääsemine, vaidlustes patsiendi kasuks otsustamine).

Tervishoiuteenuste kolmandate osapooltega seotud riskid

1. Ravimite ja meditsiinitarvikute ebaaus reklaamimine (nt kergemini mõjutatavatele patsientidele korraldatakse üritusi, mille tulemusel nõuavad nad arstidelt kindlaid neile „tuntud“ ravimeid);
2. Avaldatakse ravimifirmade tellitud uuringuraporteid, mille tulemused on kallutatud;
3. Pakutakse ravimeid tasuta või soodustingimustel ning ravi keskel kaotatakse soodustingimused, olles eelnevalt arstid ja patsiendid ravimist sõltuvaks muutnud;
4. Sõlmitakse kartellikokkulepe ravimi- ja meditsiinitarvikute pakkujate vahel;
5. Võltsitakse teadusuuringute tulemusi saamaks kasutusluba;
6. Jäetakse teatamata kõrvalmõjude ilmnemisest pädevale organile.

Peatükis 1.3 käsitletakse detailsemalt neid riske, mis dokumendianalüüsi põhjal osutusid tüüpilisteks Eesti kontekstis.

1.3. Pettused ja korruptsiooniriskid Eesti tervishoiusüsteemis

Nii kuritegude arvu mõttes kui ka rahvusvahelisele võrdlusanalüüsile tuginedes pole korruptsioon tervikuna Eestis väga levinud nähtus. Eestis reguleerib korruptsioonikuritegusid karistusseadustik. 2010. aastal registreeriti 223 ametialast kuritegu, mis on võrreldes 2009. aastaga 10% rohkem (203), kuid oluliselt vähem võrreldes 2008. aastaga (326). Korruptsioonikuritegude arv on aastate lõikes küll kõikunud (nt viimaste aastate kõrgeim tase oli 2006. aastal - 511 kuritegu), kuid moodustab kõikidest registreeritud kuritegudest väga väikese osa (ca 1% kõikidest registreeritud kuritegudest). Lisaks tuleb tähele panna, et altkäemaksu ja pistise kuritegude arv peegeldab sageli samade isikute poolt toime pandud kuritegusid.

Ka rahvusvahelises võrdluses on Eesti korruptsiooniindeksites suhteliselt heal kohal. Transparency Internationali poolt loodud korruptsiooni tajumise indeksi (CPI, Corruption Perceptions Index) põhjal asus Eesti 2010. aastal 26. kohal 178 riigi järjestuses ning indeks on viimastel aastatel püsinud stabiilne. Korruptsiooni hinnatakse ka Maailmapanga poolt loodud Control of Corruption Index (CCI) abil. 2009. aastal oli Eesti 43. kohal 211 riigi arvestuses ja alates 2004. aastast on hinnang olnud stabiilne. Veel hinnatakse korruptsiooni Prosperity Indexi koosseisus, kus see on üheks komponendiks valitsemise alamindeksis. Indikaator näitab korruptsiooni leviku tajumist era- ja avalikus sektoris ning Eesti on selles 25. kohal 110 riigi arvestuses.

Küll aga viitavad mitme uuringu tulemused, et korruptsiooni üldise madala taseme foonil on just tervishoiusektor Eestis üks valupunkte. Justiitsministeeriumi uuringust „Korruptsioon Eestis: kolme sihtrühma uuring 2010“ selgub, et altkäemaksu on küsitud 18% elanikelt ja andnud on 4%, seejuures 1% on maksnud raha ja 3% toonud kingituse. Kõige enam tunnistatakse altkäemaksu küsimist tehnoülevaatusel (11%) ning arstide (9%) ja politseiga (8%) suheldes (2006. aastal vastavalt 11%, 14% ja 13%). Ka Konjunktuuriinstituudi poolt läbi viidud uuringust „Elanike hinnang altkäemaksude andmisele 2007“ selgub, et 7% vastajatest on väidetavalt aasta jooksul sattunud situatsiooni, kus talle on ametniku poolt tehtud ettepanek maksta probleemi lahendamiseks altkäemaksu, 4% pakkus ise altkäemaksu. Kõige enam on altkäemaksu küsimisega kokku puututud tervishoius – veerand kõigist, kes sellisesse situatsiooni sattusid (26%, 2005 – 40%, 2004 – 24%). Kõigist vastajatest moodustasid need inimesed vastavalt 1,9%. Ka pakkumises on pingereas esikohal tervishoiutöötajad – 2,1% vastajatest (50% kõigist, kes ise pakkusid) on pakkunud tervishoiutöötajale raha. Ettepaneku tegemise motiivina nimetati kõige enam teenuse saamist (sh ravijärjekorra lühendamist) ja parema teenuse saamist. Justiitsministeeriumi uuringust „Korruptsiooniuuring“ (2004) põhjal on altkäemaksu andnud 27% vastajatest, inimeste hinnangul on altkäemaksud kõige enam levinud ametkondades ja büroodes (25% vastajatest), politseis, õigussüsteemis ja tollis, vähem on nimetatud meditsiini (7%) jt valdkondi. European Healthcare Fraud & Corruption Networki hinnangul kaotatakse pettuste tõttu Eesti tervishoius aastas 36 mlj eurot[2] (EHFCN Annual Report 2009/2010).

Oluline on meeles pidada, et uuringud keskenduvad sageli korruptsiooni subjektiivsele hinnangule (mida inimene ise korruptsiooniks/altkäemaksuks peab), mistõttu näiteks tervishoius võib olla oht, et ka järjekorras etteostmist legaalsel viisil peetakse korruptsiooniks. Piir korruptiivse ja mittekorruptiivse käitumise vahel on väga õhuke ja sõltub hindajast. Näiteks justiitsministeeriumi uuringus „Korruptsioon Eestis: kolme sihtrühma uuring 2010“ on 54% vastajatest hinnanud olukorda, kus ametnikule viiakse pärast teenuse saamist tänutäheks kingitus, korruptiivseks, samal ajal altkäemaksu loeb korruptiivseks käitumiseks 90% vastajatest. Teiseks suureks probleemiks on asjaolu, et uuringute kohaselt hoiavad inimesed kokkupuute korruptsiooniga sageli enda teada.

Eestis koordineerib riiklikul tasandil korruptsiooniga võitlemist korruptsioonivastane strateegia 2008-2012. Strateegia üheks alameesmärgiks on korruptsiooni vältimine meditsiinisektoris läbi riskide kaardistamise, teadlikkuse tõstmise ja läbipaistvuse suurendamise. Korruptsioonivastases strateegias tuuakse välja neli suuremat tervishoiusüsteemi riski, mis on võimalikuks korruptsiooniallikaks:

1. Suur tervishoiutöötajate diskretsioon tõendite ja töövõimetuslehtede väljastamisel;
2. Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise puudulikkus;
3. Arstide isiklikud kontaktid ravimeid ja meditsiiniseadmeid müüvate firmadega;
4. Patsientide suunamine arsti eravastuvõttu.

Käesolevas alapeatükis keskendutakse Eestis tüüpiliste riskide kirjeldamisele. Peatüki sisendiks on dokumendianalüüs. Tegemist ei ole kindlasti lõpliku loendiga, sest arvatavasti ei jõua suur osa korruptsiooni- ja pettuste juhtumitest avalikustamiseni ei meedias ega ka avalikes raportites, mistõttu käesoleva riskide kaardistuse puhul on lähtutud olemasolevast teadmisest.

1.3.1 Tervishoiuteenuste korraldusega seotud riskid Eestis

Risk 1. Ebakorrektselt teostatud hanked

Lühikirjeldus: haiglad jätavad suuremahuliste hangete korral riigihanke korraldamata või hanketingimused kehtestatakse kellegi kasuks, näiteks meelehea eest kellelegi soodsate tingimuste kehtestamine, huvide konfliktid, turuhinnast kallimate pakkumuste aktsepteerimine ebaseaduslikel põhjustel jne.

[2] Hinnang baseerub 2006. aasta andmetel.

Tagajärjed:

1. ressursside ebaotstarbekas kasutamine, kuna pole kindel, kas saavutati soodsaim tulemus;
2. hangete läbipaistmatuse ja valdkonna spetsiifilisuse tõttu ei ole selge, miks just kindlat pakkujat eelistati.

Probleemi põhjused ja taustakirjeldus: Riigikontrolli audititest „Riigihangete korraldamine valla ja linna asutatud ning osalusega äriühingutes, sihtasutustes ja mittetulundusühingutes“ (2010) ja „Meditsiini-seadmete soetamine ja kasutamine tervishoiuasutustes“ (2008) selgus, et Ida-Tallinna Keskhaigla jättis 2008. aastal riigihankeid tegemata kokku ligi 450 miljoni krooni ulatuses. Riigihangete seaduse eiramist põhjendati asjaoluga, et riigihanke korraldamine on kallis ja aeganõudev protseduur ning riigihangete seadus neile ei rakendu (Ida-Tallinna Keskhaigla on aktsiaselts). Riigikontrolli audit „Hangete korraldus SA Põhja-Eesti Regionaalhaiglas“ (2005) puudutas põgusalt hangete suunatuse temaatikat, tuues välja, et Põhja-Eesti Regionaalhaigla poolt korraldatud kiirabiautode hankes kvalifitseerus kahest võimalikust pakkujast vaid üks, kuna autodele seati tingimus, millele vastavat autot sai pakkuda vaid üks pakkuja. Riigihangete korraldamise juures on probleem ka sageli selles, et tervishoiutöötajad on seotud ravimeid või meditsiiniseadmeid tarnivate ettevõtetega (vt ka risk 7).

Riigihangete teemat on ka ajakirjanduses mitmel korral kajastatud ([2]-[10]) ning kommentaarides tuuakse tõsiseid süüdistusi, mis viitavad korruptiivsele käitumisele hangete korraldamisel. Hiljutine meedias kajastamist leidnud juhtum puudutas üht Eesti suuremat meditsiinitehnika firmat, mille juht maksis riigihanke võidu eest kaitseväe ohvitserile altkäemaksu ([11]). Ettevõte pääses kohtu alla andmisest tingimusel, et maksab riigituludesse 63 911 eurot (miljon krooni). Altkäemaksu võtja sai karistuseks kolme aasta ja kolme kuu pikkuse vangistuse koos sama pika katseajaga, millest reaalselt tuleb vanglas veeta kaks kuud; maksja sai karistuseks kahe ja poole aasta pikkuse vangistuse kolme ja poole aastase katseajaga, millest reaalselt tuleb vanglas veeta 40 päeva.

Võimalikud lahendused:

1. haiglatele hangete teostamisel pädeva abi osutamine;
2. hangete läbipaistvuse süstemaatiline kontroll;
3. seaduste analüüs ja muudatused, et välistada ebaeetilised, kuid juriidiliselt korrektsed juhtumid.

Risk 2. Meelehea eest kallutatud otsuste tegemine

Lühikirjeldus: tegu on oma ameti kuritarvitamisega, kui ametnik, tegutsedes enda või kellegi teise huvides, kallutab kolmandat isikut endale soodsat otsust tegema, näiteks esitades ebaseaduslikke tingimusi või teeb ravimifirmadele ja/või tervishoiuteenuse osutajatele meelehea eest neile soodsaid otsuseid. Risk puudutab otsustamist riiklikul tasemel tervishoidu planeerivates, korraldavates ja järelvalvega seotud asutustes ega puuduta ainult ametnikke korruptsioonivastase seaduse mõistes.

Tagajärjed:

1. usalduse vähenemine ühiskonnas,
2. ühiskonna turvalisuse vähendamine (nt kui jäetakse menetlemata kaebused, antakse litsentse valedel alustel).

Probleemi põhjused ja taustakirjeldus: Probleem võib tuleneda liigsest otsustusvabadusest, läbipaistmatustest otsustusprotsessis või jõupositsioonist. Riigikontrolli auditis „Ravimite tootmise, hulgi- ja jaemüügi tegevusload“ (2002) on välja toodud, et ametnikele on antud liiga suur vabadus teha otsuseid ravimite tootmise ning hulgi- ja jaemüügi tegevuslubade taotluste suhtes ja hinnata tegevuslubade alusel töötavate ettevõtete tegevuse vastavust nõuetele. Lisaks on Riigikontrolli auditis

„Eriarstiabi lepingute sõlmimise korraldus Eesti Haigekassas“ (2005) viidatud Haigekassa jõupositsioonile ravi rahastamise lepingute planeerimisel ja läbirääkimiste pidamisel.

Eestis on käesolevas punktis kirjeldatud riski näiteks juhtum, kus kuriteos kahtlustatav sotsiaalministeeriumi nõunik esitas Haigekassale vajaliku määruse kinnitamise tingimusena nõudmise, et vastutasuks peab sõlmima ravikindlustuslepingu tema õemehe osalusega Tallinna vähikliinikuga ([12]).

Võimalikud lahendused:

1. järelevalve tõhustamine;
2. avastatud juhtumite avalikustamine;
3. seaduste analüüs ja muudatused, et välistada ebaeetilised, kuid juriidiliselt korrektsed juhtumid.

1.3.2. Tervishoiuteenuste osutajate ja kasutajatega seotud riskid

Risk 3. Fiktiivsete tõendite, retseptide ja töövõimetuslehtede väljastamine

Lühikirjeldus: siia kategooriasse kuuluvad juhud, kus arst väljastab

- retsepti ravimile, mida isik ei vaja haiguse raviks, vaid saab kasutada edasimüügiks;
- tõendi tervele inimesele, mille alusel viimane taotleb edukalt töövõimetuspensioni;
- tõendi tervele inimesele, mille alusel võib inimene kõrvale hoiduda kohtuistungist;
- tõendi tervele inimesele, mille alusel võib inimene kõrvale hoiduda sõjaväekohustusest;
- tervele inimesele töövõimetuslehe;
- tervisetõendi juhilubade või relvaloa väljastamiseks inimesele, kellele ei tohiks, jne.

Tagajärjed:

1. maksumaksjate raha raiskamine (tõendite puhul, mille alusel taotletakse sotsiaalhüvitisi; kohtuprotsesside venimine);
2. ühiskonna turvalisuse vähenemine (nt autojuhi- ja relvaloa taotlemiseks vajaliku tervisetõendi väljastamine isikule, kellele seda tulenevalt tema tervislikust seisundist anda ei tohiks);
3. elanike usalduse vähenemine tervishoiusüsteemi suhtes.

Probleemi põhjused ja taustakirjeldus: Probleem tuleneb sellest, et tõendite ja töövõimetuslehtede väljastamine põhineb enamasti patsiendi ütlustel või arsti subjektiivsel hinnangul konkreetsele olukorrale, mida on pea võimatu üheselt ette kirjutada või tagantjärele usaldusväärselt kontrollida.

Haigekassa viis 2009. aastal läbi kliinilise auditi „Töövõimetuslehtede kontroll“. Tulemused viitavad, et üldjuhul on töövõimetuslehed põhjendatud, kuid esineb probleeme lehtede väljastamise ja lõpetamisega. Näiteks on tuvastatud juhtumeid, mil leht väljastatakse patsienti nägemata telefonikõne alusel või haigusleht lõpetatakse mitmed päevad ette. Samuti tekitas mitmel juhul küsitavusi väljaantud haiguslehtede pikkus. Nii näiteks pikendatakse vahel töövabastust patsiendi soovil, kuigi patsient on tervisekaardi andmetel tunnistatud terveks. Mõningatel juhtudel puuduvad tervisekaardis sissekanded töövõimetuslehe väljastamise kohta.

Tõendite väljastamisega on seotud ka meedias laialdast kõlapinda leidnud kohtuasi ([13]-[18]), kus süüdi mõisteti tõendeid müünud Lõuna riigikaitseosakonna arstliku komisjoni juht, kaks vahendajat ning 17 altkäemaksu andnud noort. Arst väljastas noorukitele 2500-5000 kroonise altkäemaksu vastu

kaitseväeteenistusest vabastamise tõendeid. Artiklite kommentaarides on arvamuse avaldajate hinnangud teo õigsusele seotud hinnangutega sellele, kas inimese arvates on kohustuslik sõjavägi õige või mitte. Inimesed, kes leiavad, et sõjaväkke kutsumine on vale, ei tauni antud juhtumis ka altkäemaksu võtmist ja vastupidi (*„Mida see näitab? Seda, et keegi ei taha sinna nõmedasse sõjaväkke minna“, „Ta pettis Kaitseväge ja riiki. Karistuse peaks saama täie rauaga“).* Teiseks määrab inimeste meelsuse kuriteo olulisuse aste. Need, kes on arvamusel, et on olulisemaid valupunkte, millega tuleks tegeleda, ei tauni ohvriteta kuritegusid ja ka vastupidi (*„Vangi selle pärast. Vaadake, mis riigis sünnib. Suured sulid juhivad rahumeeli riiki, /…/. Mitte, et see arsti poolt õige tegu oleks olnud. Aga hullemad petturid pole mingit karistust saanud“, „Kohtusüsteem on imelik. Mõni rets, kes /…/ pussitab linnakodanikke saab 2 aastat tingimisi ja see, kes üritab ühiskonna valu kergendada ja inimestele sisse süstida optimismi - 5a“; „See karistus sobis tehtud kuriteo eest. Ainult nii saab korruptsiooni vastu võidelda“).*

Fiktiivsete tõendite kohta on meedias kajastamist leidnud veel teinegi juhtum, kus Terviseameti järelevalve tuvastas, et Põhja-Eesti Regionaalhaigla kirurg väljastas korduvalt alusetuid tervisetõendeid kohtualusele, mis olid aluseks istungite edasilükkamisele ([19]-[22]). Kommentaaridest selgub, et hinnangud sellistele piiripealsetele kuritegudele on sageli seotud hinnangutega teo toime pannud isikule (*„Kui olen näinud, kuidas dr. A. ravis lähedase inimese kopsud terveks, ei kahjusta minu silmis küll tema mainet alusetute arstitõendite lugu, iga inimene eksib“, „A. on väga hea kirurg. Ta võibki näha röntgeni pilti teistest erinevalt ja ega sellised pildid ei ole üks-üheselt kõigile mõistetavad“*). Lisaks näeb mõni inimene probleemi pigem süsteemis, mis viib selliste tegudeni („*Väga imelik, et Eestis ei võeta vastu seadust, et kuriteo aegumise tähtaeg pikeneb igal konkreetsel juhul haiguspäevade arvu võrra. Kaoks ära kogu jama, tõendi tooks ainult need, kes tõesti haiged*“). Teine kohtutõenditega seonduv juhtum puudutas Eesti Entsüklopeediakirjastuse juhti, kes taotles kohtuistungi edasilükkamist ja esitas kohtule tervisetõendi avariis saadud põrutuse tõttu voodirežiimile jätmise kohta, kuid keda istungi toimuma pidamise ajal nähti kesklinnas jalutamas ([23]).

Omaette probleemide ringi moodustab ebaõigete retseptide väljastamine. Meedias on mitmel korral kajastatud psühhotroopsete ainete ravimiäri ([24]-[26]). Saades „visiidi“ eest 3000 krooni, kirjutas arst fiktiivseid retsepte tugevatele rahustitele ning jälgede peitmiseks kasutati muuhulgas ka identiteedivargust, st retseptid kirjutati suvalistele Eesti patsientidele, kelle nimel retseptid välja osteti, kuigi lõppkasutajateks olid Soome narkomaanid. Tegemist on taas juriidilises mõistes piiripealse tegevusega ja see kajastub ka inimeste suhtumises. On inimesi, kes arvavad, et vabas turumajanduses on kõik, mis pole keelatud, lubatud (*„Miks neid ravimeid toodetakse, kui osta ja müüa ei või?“, „Tegemist on ravimitega ja isegi kui need lähevad tervete inimeste kätte, ei kujuta sellised ained tegelikult mingit probleemi ühiskonnale“*), samas on ka inimesi, kes taunivad sellist tegevust (*„Sellised tüübid peab trellide taha panema, las olla teistele õppetunniks“*). Sageli on suhtumine seotud ka ootustega – need, kes arvavad, et ravimid lähevad patsientidele, ei tauni tegu *(„Põhjuseks on see, et Soomes on piiratud ravikohtade tõttu ravile võimaldamise reeglid nii karmiks aetud /…/. Enamusele tähendab see valikut kas heroiini tarbida /…/ või otsida endale ravi kuskilt välisriigist“*) ja samas, kes usuvad, et ravimid on seotud ebaseadusliku äriga, taunivad tegu („*Tegemist on Eesti riigi poolt seadustatud narkootikumide äriga. /…/ Need haiged, kes kasutavad neid ravimeid raviks, saavad retseptid oma raviarstilt Soomes, Eestist hangitud ravimid lähevad otsekohe käiku Soome tänavakaubanduses*“). Ka selle juhtumi puhul on osa inimeste jaoks pigem probleemiks see, kuidas on võimalik, et sellised teod juhtuvad, mitte niivõrd tegu ise (*„Kuidas saavad apteegid ravimeid väljastada?! Kas siis tervishoiuamet neid ei informeerigi, millisel retseptiväljastajal on tegevusluba ja millisel mitte?“*).

Probleemidele tervishoiuteenuse osutajate järelvalve osas on viidanud ka Riigikontroll auditis „Riigi järelevalve tervishoiuteenuste osutajate üle“ (2007), kus tuuakse välja, et riik ei suuda lünkade tõttu seadusandluses takistada neid tervishoiuteenuse osutajaid, kes muuhulgas osutavad lubamatuid teenuseid. Näiteks kui Terviseamet tunnistab teatud tervishoiuteenuse osutaja tegevusloa kehtetuks, võivad samad inimesed uue juriidilise isiku nime all taotleda kohe uue tegevusloa ja selle andmisest ei ole võimalik keelduda. Probleemiks on ka asjaolu, et järelevalvet teostavate institutsioonide töö ei ole koordineeritud, mistõttu võib esineda katmata valdkondi ja tegevusi, mida keegi ei kontrolli.

Võimalikud lahendused:

1. tõendite väljastamise süsteemi järelevalve tõhustamine, riskipõhisel lähenemisel tuginevad pistelised järelkontrollid (nt Terviseameti poolt);
2. järelevalveasutuste funktsioonide vastutuse täpsustamine, vältimaks olukordi, kus järelevalvet teha ei saa;
3. digitaalne asjaajamine;
4. sõltumatute ekspertarstide rakendamine hindamaks menetlusosaliste tervislikku seisundit.

Risk 4. Teostatud tervishoiuteenuste ebatäpne dokumenteerimine

Lühikirjeldus: Siia kategooriasse kuuluvad

1. arvete esitamine, kus kajastatakse teenuseid, mida tegelikult ei osutatud;
2. raviteenuste tahtlikud kodeerimisvead.

Tagajärjed: ressursside ebaefektiivne kasutamine.

Probleemi põhjused ja taustakirjeldus: Dokumenteerimise puudulikkus ei võimalda tagantjärgi usaldusväärselt tuvastada osutatud tervishoiuteenuse asjaolusid, hinnata selle vajalikkust, nõuetekohasust ja kvaliteeti. Korruptsioonivastases strateegias on viidatud juhtumitele, kus on olnud kahtlus, et patsiendi ravidokumentatsiooni on tagantjärgi tervishoiutöötaja poolt muudetud.

Haigekassa on läbi viinud mitmeid kliinilisi auditeid, mis on puudutanud ravi dokumenteerimist. 2009. aasta teisel poolel viis Haigekassa läbi kliinilise auditi saatekirjade kvaliteedi kohta. Auditist selgus, et saatekirjade täitmine ja väljastamine ei vasta mitmetele tervishoiuteenuste osutamise nõuetele ja meditsiini heale tavale ning esineb ohtralt vormilisi ja sisulisi puudujääke. Näiteks on väljastatud perearstide poolt aastase kehtivusega saatekirju, mis võimaldab patsiendil korduvalt eriarsti juurde pöörduda ning sunnib eriarsti täitma üldarsti funktsioone. Samuti esines juhte, kus eriarstile saadeti haige teise eriala diagnoosiga. 2010. aasta auditidest võib välja tuua näiteks järgmised:

1. Päevakirurgia haigusjuhtude kodeerimise õigsuse kontroll. Ravidokumentide sissekanded loeti rahuldavaks ja osutatud raviteenused olid vastavuses raviarvetel esitatuga. Samas tõdeti, et levinud on taktika, kus Haigekassale esitatakse arve maksmiseks enne, kui asutusse on saabunud uuringu vastus.
2. Haigekassale esitatud raviarvete vastavuse kontroll tervisekaardi andmetele. Kontrolli tulemusena selgus, et koodi 3008 (õe või ämmaemanda iseseisev vastuvõtt) kasutati valesti 87% kontrollitud juhtudest. Õe vastuvõtt oli toimunud samaaegselt eriarsti vastuvõtuga ja tervisekaardis puudus sissekanne õe iseseisva vastuvõtu kohta.
3. Intensiivravi ravidokumentide täitmise kvaliteet ja põhjendatus. Vormistuslikke puudusi esines ennekõike onkoloogias täidetavate dokumentide osas, kus ravidokumentatsiooni täitmine hinnati puudulikuks.
4. Ambulatoorse taastusravi põhjendatus ja dokumenteerimise kvaliteet. Dokumenteerimise kvaliteet hinnati üldjuhul heaks.
5. Kodeerimiskvaliteedi hindamine. 75% kontrollitud juhtudest loeti kodeerimiskvaliteet heaks. Levinud probleemiks oli, et raviarvele oli märgitud enam diagnoose kui ravidokumenti või olid osutatud tervishoiuteenused kantud raviarvele valedel alustel. Mõnedel juhtudel ei olnud õige raviarvele märgitud diagnooside järjekord või puudus ravidokumendi sisu arvestades eeldatav põhidiagnoos, mis mõjutas ka juhu maksumust.

Võimalikud lahendused:

1. e-saatekirjade süsteemi arendamine;
2. digitaalse asjaajamise juurutamine, kus etteantud formaadid ja algoritmid vähendavad valekodeerimise võimalusi;
3. täpsemate kodeerimisjuhendite väljatöötamine, mis võimaldab vähendada teadmatusest tekkivaid kodeerimisvigu[3];
4. patsiendile arve esitamine teenuste lõikes;
5. teenuste eraldi tasustamise asemel juhupõhine tasustamismudel, mis kitsendab raviasutuse valikuvõimalusi.

Risk 5. Ebaõigetel alustel ravimine

Lühikirjeldus: Siia kategooriasse kuuluvad:

1. arst laseb patsiendile teha ebavajalikke uuringuid ja teostab ravi, mida ei ole tarvis, et saada Haigekassast või patsiendilt selle eest tasu;
2. vastupidi, arst jätab patsiendile vajalikud uuringud ja ravi teostamata, et kulusid kokku hoida.

Tagajärjed: ressursside ebaotstarbekas kasutamine, rahvastiku tervise halvenemine.

Probleemi põhjused ja taustakirjeldus: Haigekassa viib läbi kliinilisi auditeid ja hindab ka raviteenuste põhjendatust. Näiteks 2010. aastal viidi läbi järgmised auditid:

1. Perearsti poolt raviarvetele kantud uuringute, protseduuride ja laboriuuringute osutamise põhjendatus ja õigsus. Teostatud analüüsid, uuringud ja protseduurid hinnati näidustatuks ja põhjendatuks.
2. Uuringute dubleerimine. Eesmärgiks oli kontrollida mõnede uuringukoodide kasutamise põhjendatust ning saada selgust, kas uuringu kordamine oli näidustatud või oli Haigekassa maksnud ühe uuringu eest kaks korda. Teostatud uuringud loeti põhjendatuks.
3. Haigekassale esitatud raviarvete vastavus tervisekaardi andmetele. Selgusetuks jäi mõnede uuringute sagedase teostamise põhjendatus ja uuringute teostamise sagedus.
4. Mittekindlustatutele osutatud statsionaarse kardioloogilise teenuse põhjendatus ja ravidokumentatsiooni täitmise kvaliteet. Kontrolli tulemusena leiti, et osutatud ravi oli põhjendatud ja ravidokumentatsioon täidetud vastavalt nõuetele.
5. Statsionaarse psühhiaatrilise abi osutamise põhjendatus ja kvaliteet. Kontrolli tulemusena selgus, et haiguslood olid vormistatud lohakalt ja esines ka sisulisi puudujääke. Psüühilise seisundi kirjeldused olid napisõnalised ja raviplaani koostamisel ei oldud sageli lähtutud kaasaegse ravi põhimõtetest.
6. Ambulatoorse taastusravi põhjendatus ja dokumenteerimise kvaliteet. Kontrolli tulemusena selgus, et 90-st kontrollitud juhust 87 korral oli ambulatoorne taastusravi näidustatud ja põhjendatud.
7. Hambaproteesi teenuse osutamine. Tuvastati juhud, mil Haigekassale esitatud raviarved ei olnud põhjendatud, kuna ravidokumentatsioonist ei selgunud, millist proteesi patsient vajas ja kas talle see ka valmistati. Ravidokumentide sissekannete kvaliteet hinnati üldiselt halvaks.

[3] Näiteks puuduvad täpsed juhised, kuidas käituda simultaanlõikuste (ühe narkoosi ajal mitu lõikust) korral. Haigekassa on koostanud juhendid radioloogiliste ja endoskoopiliste uuringute ja protseduuride kodeerimiseks. Vt: http://www.haigekassa.ee/raviasutusele/loetelu/kehtiv-tervishoiuteenuste-loet

Üks ravi teostamata jätmisega seonduvatest ajakirjanduses kajastatud teemadest on perearstisüsteem. Kuna perearstid on eraettevõtjad, võivad nad tekkinud kasumi dividendidena välja võtta. See tekitab aga küsimuse, kas kasumit teenitakse patsiendi arvelt ([27]-[28]). Näiteks on Tallinna tervishoiuameti järelevalveosakonna juhataja Peeter Mardna välja toonud (E24, 22.09.2009), et „*Kummaline on see, et perearstid teenivad seda enam, mida vähem tervishoiuteenust osutavad ehk selleks Haigekassast eraldatud raha ära kasutavad*". Patsientide esindusühingu nõustaja näeb probleemi veel laiemalt (E24, 22.09.2009) „*Äriühingud kui kasumi teenimisele rajatud üksused ei sobi üldse tervishoidu. Iga äriüksuse eesmärk on teenida kasumit /../, kui aga see kasum koosneb maksumaksja rahast, tekivad patsientidel õigustatud küsimused*". Lisaks peab ta probleemiks, kui osa perearste püüab sokutada osa kuludest patsiendile, tuues põhjenduseks raha nappuse.

Võimalikud lahendused:

1. tasustamise süsteemi üle vaatamine, et vähendada võimalusi ja rahalist motivatsiooni kõrvalekalleteks patsiendi tervise huvidest;
2. kliiniliste auditite läbiviimine ravi tulemuslikkuse hindamiseks.

Risk 6. Arstide töötamine mitmel ametikohal

Lühikirjeldus: arstid töötavad Eestis sageli nii riigihaigla(te)s kui ka erakliiniku(te)s. Sisuliselt on sel juhul tegemist konkurendi juures töötamisega, mistõttu tekib huvide konflikti oht, mille näiteks on:

1. arst suunab patsiendi enda vastuvõtule erakliinikusse;
2. eraklientide vastuvõtmine, kasutades riigitöö vahendeid (kabinet, töövahendid, õendus-personal, uuringud/analüüsid riigihaigla ja Haigekassa eelarvest);
3. ollakse juriidiliselt täiskohaga riigihaiglas, kuid tegelikult töötatakse osa tööajast erakliinikus.

Tagajärjed:

1. patsiendi valikuvõimaluste piiramine (juhul, kui arst oleks sõltumatu, pakuks ta võimalusi minna teise arsti juurde);
2. pikad ravijärjekorrad riigihaiglates;
3. turu moonutamine (riigihaigla halvemasse olukorda seadmine), mis võib kajastuda pakutavate teenuste valikus ja hindades;
4. ressursside ebaotstarbekas kasutamine.

Probleemi põhjused ja taustakirjeldus: Probleemiks peetakse seda, et mitmed arstid töötavad osalise koormusega riigihaiglas ja osalise koormusega erahaiglas. Riigikontrolli auditi „Tervishoiuvaldkonna töötajate vajadus ja koolitustellimus" (2005) põhjal töötab mitmel töökohal 46% arstidest, 37% hambaarstidest, 23% ämmaemandatest ja 12% õdedest, kuid see number sisaldab ka töötamist samas raviasutuses ja teises riigihaiglas.

Ühelt poolt valitseb liberaalne arusaam ja arsti töötamisse mitmel rindel ei soovita sekkuda. Näiteks arvab PERHi nõukogu liige Toomas Vilosius (Äripäev, 06.08.2010), et haigla ei saa arstilt nõuda, et ta peaks valima era- või nn riigisektori vahel. Samas on mitmete inimeste arvates teema seotud huvide konfliktiga, Haigekassa nõukogu liige Urmas Reinsalu on arvanud (Äripäev, 06.08.2010), et „*on ebanormaalne, kui arstid ei suuda valida, kuidas ja mil moel töötada, /../ küsimus huvide konfliktist on selgelt olemas*". Arvatakse, et killustatuse tõttu töökohade vahel kannatab põhitöö, näiteks on Pärnu haigla juht öelnud (Äripäev, 06.08.2010) „*Kui tekib olukord, kus üks inimene käib kõigis kohtades tööl /../, siis suure tõenäosusega tähendab see seda, et põhitöökohal inimene tööd ei teegi*"; PERHi nõukogu liige Toomas Vilosius on avaldanud arvamust (Äripäev, 06.08.2010), et „*kuidas kliiniku juht*

saab asutust ainult 0,25 kohaga juhtida. /../ Kes siis ülejäänud 0,75 kohaga vastutust kannab? Minu meelest ei ole see juhi jaoks lihtsalt väärikas käitumine“.

Arstid põhjendavad mitmel kohal töötamist sageli sellega, et riigihaiglas soovitakse töötada praktiseerimise võimaluse pärast. Näiteks on stomatoloog dr Pintson välja toonud (Äripäev, 06.08.2010), et „*mul on eriala suu-, näo- ja lõualuu kirurgia, mida ma saan ühelt poolt rakendada ja pädevana hoida ambulatoorselt ja teisalt saan pädevuse hoidmiseks statsionaaris töötada*.“ Tema sõnul peavadki tema eriala spetsialistid arengukava järgi töötama osalise koormusega haigla statsionaaris ning ülejäänud aja ambulatoorselt. "*Ükskõik, kas see on polikliinikus või mõnes erapraksises. Haiglas ei jätkuks nende asjatundjate jaoks lihtsalt kohti*“. Süsteemi kriitikud aga näevad kahel kohal töötamist korruptiivsena, kuna tekib motivatsioon patsiente oma erapraksisesse suunata. Näiteks Jüri Mõis arvab (Äripäev, 08.08. 2010), et „*vaevalt, et haiget opereeriv arst käituks riigihaiglas teistmoodi kui enda erakliinikus. Küll on neil kindlasti huvi riigihaiglast endale patsiente meelitada*“.

Palju pahameelt on tekitanud ka erakliinikute rahastamine ja patsientide sinna suunamine. Arstid leiavad, et patsiendi jaoks ei ole vahet, kus ta teenust saab (Silmaarst dr Teesalu (Äripäev, 08.05.2009) „*Ega inimesele ole vahet, kas ta tuleb lõikusele kliinikumi või näiteks Võru Oftopi, Haigekassa maksab lõikuse kinni*“). Näo- ja lõualuukirurg dr Kaha arvab (Äripäev, 06.08.2010), et tegemist on inimese vaba valikuga: „*Haiglas on võib-olla järjekord kaks kuud, aga meil saaks järgmisel nädalal asja korda. Eks inimene siis ise otsustab, kuidas ta talitab. Samuti saadame patsiente erakliinikust haiglasse*“. Siiski võib suunamine olla seotud ka riskidega, näiteks kui arst suunab patsiendi riigihaiglast erakliinikusse uuringuid tegema, on sisuliselt tegemist endale nõudluse tekitamisega (suurendatakse teenuse mahtu erakliinikus ja võetakse visiiditasu). Patsientide küsitluse põhjal ei pidanud kaks kolmandikku patsientidest, kes olid pärast tasulist vastuvõttu erakliinikus suunatud riigihaiglasse uuringule või ravile, nende uuringute või ravi eest maksma. Pärast tasulist vastuvõttu riigihaiglas erakliinikusse uuringule või ravile suunatud vastanutest 40% ei maksnud uuringu või ravi eest (vt Lisa 4, ptk 3).

Kuna suur osa elanikest on ravijärjekordadega isiklikult kokku puutunud, on teemad ajakirjanduse kommentaariumides elavaid diskussioone tekitanud ning enamasti on inimesed negatiivselt meelestatud ([27]-[41]). Üldiselt ei ole inimesed erameditsiini ega arstide suurte sissetulekute vastu, kuid leitakse, et tegutsemine peab olema õiglane. Väga mitmed aga leiavad sellises olukorras hulganisti probleeme (*„Erafirmades oleks ennekuulmatu, et osakonnajuhataja on 0,25 kohaga tööl ja siis peab veel oma firmat, mis tegeleb sama alaga kui tööandja. See on korruptsioon“; „Mind häirib see, et nende erapraksise miljonidividendide teenimiseks kasutatakse siiski uskumatult palju n.ö riigipraksise ressursse (haigla ruumid, töövahendid, tööaeg, patsiendid jne)“*).

Paljud inimesed taunivad olukorda, et meditsiin on kasumit tootev ja arstid ettevõtjad (*„Raviteenustest on saanud äri, mitte inimeste aitamine*“). Erakliinikute puhul taunitakse asjaolu, et kuigi tegemist on eraettevõttega, ei tegutse need turumajanduse reeglite järgi, sh tuuakse puudusena välja asjaolu, et Haigekassa maksab teenuste eest (*„Päris arusaamatu on erapraksise rahastamine Haigekassa poolt. /…/ Üks pool töötab "kommunistliku" Haigekassa hinnakirja järgi, teine pool Haigekassast doteeritava turumajanduse järgi koos võimalusega miljoni-dividendideks“; „mil viisil ja millisel alusel võtad sa minu kui patsiendi käest lisaraha - kord visiidimaks, kord röntgeni eest ja kord lihtsalt pihku mõned tuhanded - kui sul on Haigekassaga leping*.“).

<u>Võimalikud lahendused</u>:

1. erakliinikute ja riigihaiglate rahastamise aluste üle vaatamine, et eristada avalike rahaliste vahendite kasutamine;
2. rakendada Haigekassa või Terviseameti tihedamat kontrolli arstide tegevuse ja tööaja üle.

Risk 7. Arstide seotus ravimeid või meditsiiniseadmeid maaletoovate ettevõtetega

Lühikirjeldus: arstid on sageli kas otseselt (osaluse kaudu) või kaudselt (tuttava või hõimlase osaluse kaudu) seotud ravimite või meditsiinitehnika maaletoojatega.

Tagajärjed:

1. patsiendi valikuvõimaluste ebaõige piiramine (juhul, kui arst oleks sõltumatu, pakuks ta tõenäoliselt patsiendile enam ja soodsamaid valikuvõimalusi);
2. raviasutusele majanduslikult ebasoodsate hangete toimumine (juhul, kui arst oleks sõltumatu, otsiks ta raviasutusele soodsamaid valikuvõimalusi);
3. ressursside ebaefektiivne kasutamine.

Probleemi põhjused ja taustakirjeldus: Meedias on kajastamist leidnud mitmed juhtumid ([2]-[10]; [42]):

- Ida-Tallinna Keskhaiglale radioloogilise aparatuuri ostmiseks korraldatud hanke võitis Philipsit esindav Apex Medicus, mille juhatuse liikme ammune sõber ja äripartner oli tervishoiuvaldkonna eest vastutav Tallinna abilinnapea. (Eesti Päevaleht, 18.06.2003)
- Põhja-Eesti Regionaalhaigla ostis 2004. aastal 10,4 miljoni krooni eest liigeseproteese firmalt Elkdata OÜ, kusjuures riigihanget ei korraldatud. Kontrollimisel selgus, et haigla ortopeediakeskuse juhataja on lähedastes sugulussidemetes liigeseproteese müünud ettevõtte ainsa osaniku ja juhatuse liikmega. (Õhtuleht, 26.07.2005)
- Tallinna linnakohus karistas aidsiennetustega tegeleva mittetulundusühingu juhatuse liiget selle eest, et ta osales 2002. aastal aidsiennetuse töörühmas, mis tegi otsuse eraldada raha aidsiennetuseks MTÜ-le Future, mille juhatusse ta ise kuulus. (Eesti Päevaleht, 26.04.2005)
- Pärnu haiglahoone sisustamisel võidi rikkuda riigihangete läbiviimise korda, kuna meditsiiniseadmeid importiva ettevõtte konsultant oli soovitanud ehitada haigla nii, et sinna sobiks vaid tema ettevõtte tarnitavad seadmed. (Eesti Päevaleht, 16. september 2005)
- Põhja prefektuur saatis väärteokorras kohtu ette Tallinna Diagnostikakeskuse nõukogu endise liikme, kuna politsei hinnangul kasutas ta ära oma ametiseisundit omakasu saamise eesmärgil, kohustades esmalt Tallinna Diagnostikakeskuse juhatust soetama hinnalise meditsiiniaparaadi, mille andis Meditar Plusi kasutusse ning hakkas seejärel samast firmast tulu saama. (Postimees, 22.07.2008)
- TÜ Kliinikumi kümnetesse miljonitesse kroonidesse küündivaid endoproteeside riigihankeid on aastaid võitnud ainult kaks osaühingut, mis on olnud seotud kliiniku arstidega. (Äripäev, 07.08.2009)
- TÜ Kliinikumi onkoloogi firma on aastate jooksul müünud oma tööandjale isikliku ettevõtte kaudu 130 miljoni krooni eest keemiaravipreparaate. (Äripäev, 24.08.2009)
- TÜ Kliinikumi spordimeditsiini osakonna taastusravi ja füsiaatria arsti osalusega firma on võitnud neli TÜ Kliinikumi meditsiinitehnika hanget, kusjuures kõik hanked korraldati lihtmenetlusega. (Äripäev 27.05.2011)

Osapooled on neis juhtumites oma tegevust enamasti põhjendanud Eesti väiksusega. Ühelt poolt on arstid panustanud ravimeetodite arengusse ja soovinud importida Eestisse uuemaid tehnoloogiaid. Teiseks on arstide kaasatus põhjendatav sellega, et arstidelt küsitakse nõu, kas ja mida importida, kuna arstid on lõpptarbijad. Kuna meditsiinitoodete kasutajad on arstid, on huvide konflikt juriidilises mõttes paratamatu. Põhjendusena, miks hankeid võidavad aastaid järjest samad firmad, on toodud asjaolu, et arstide jaoks on lihtsam kasutada ühe firma tooteid, kuna siis puudub vajadus ümber õppida. Kuigi haiglajuhid kinnitavad, et hankevõitjate valikul lähtutakse patsientide vajadustest, on see kõrvaltvaataja jaoks kaheldav. Näiteks on AS Oriola tegevjuht arvanud (Äripäev, 24.08.2009), et „*olla*

arst, kes enda imporditud ravimeid kasutab ja neid ka tööandjale pakub, on räpane äri, liiatigi siis, kui enda töökohas on mitmeid hankeid võidetud, kuid mujal praktiliselt mitte." Sotsiaalministeerium on teemast distantseerunud - „*Sotsiaalministeerium ega ka Haigekassa ei oma uurimisorgani pädevust. Ka siis mitte, kui seaduste vastu eksinu on tervishoiutöötaja või haigla*" (Äripäev, 27.05.2011).

Ka ajakirjanduses on selline huvide konflikt väga elavat vastukaja leidnud ning arvamused jagunevad kaheks ([2]-[10]; [42]). On inimesi, kelle jaoks on tegemist selgelt korruptsiooniga *(„/../selline tegevus mõjutab ka arstlikke otsuseid (mida enam kasutan, seda suurem kasum*)"; *„Üks pakub lihtsalt ligi 2x kallimalt ja osutub võitjaks, see on ju sulaselge korruptsioon*"). Samas on ka hulk inimesi, kes ei näe sellises käitumises üldse probleemi (*„Aga kes siis peaks spetsiifilisi endoproteese maale tooma kui mitte oma ala spetsialistid?"*) või lähenevad teemale pragmaatiliselt (*„Kui inimene haige liigese pärast liikuda ei saa, kas arvate, et ta keeldub uuest liigesest kuuldes, et kirurg paneb talle oma poja firmast ostetud liigese?"; „Kui arst valib parima variandi, siis ei tohiks küll sugulus lugeda. Kui aga selgub, et valitud oli kehvem ja kallim variant, siis tõstke häält"; "Maailm on sulisid ja petiseid täis. Kui oma poja firmast võtta, siis vähemalt ei saa petta"; „Mis vahet seal on, kas mingi ravimi müügiga saab kasu kliinikumis töötav inimene või farmaatsiaäris täiskohaga töötav inimene või kinnisvaraäris töötav inimene või suisa suurärimees Lätist-Leedust?*").

Võimalikud lahendused:

1. otsese ja kaudse osaluse keelamine (sh korruptsioonivastase seaduse põhimõtete rakendamine arstide suhtes);
2. ühishangete korraldamine, mille hindamisse kaasatakse mitme raviasutuse arste;
3. järelevalve tõhustamine hangete läbiviimise üle.

Risk 8. Arstide koolitusreiside tasumine ravimeid või meditsiiniseadmeid maaletoovate ettevõtete poolt jm mõjutamine

Lühikirjeldus: arstide koolitusreiside ja teadusüritustel osalemise eest tasuvad ravimifirmad või meditsiiniseadmeid tarnivad firmad. Välisriikides tehtud uuringud on näidanud, et arstid, kes on ravimifirmade reisitoetust kasutanud, kirjutavad hiljem 4-10 korda tõenäolisemalt patsiendile välja just selle ravimifirma ravimeid kui need arstid, kes reisitoetust ei kasutanud (Wazana, 2000). Lisaks koolituste eest tasumisele võivad ravimifirmad arste mõjutada läbi tulude jaotamise (nt osalemine ravimiuuringutes) või otsesemalt altkäemaksude kaudu.

Tagajärjed:

1. patsiendi valikuvõimaluste ebaõige piiramine (juhul, kui arst oleks sõltumatu, siis pakuks ta tõenäoliselt patsiendile enam ja soodsamaid valikuvõimalusi);
2. arstide kriitikavõime vähenemine uute ravimite ja ravimeetodite suhtes;
3. kallite ja uute ravimite ja ravimeetodite eelistamine meditsiinilise põhjenduseta.

Probleemi põhjused ja taustakirjeldus: Eestis reguleerib ravimite reklaami ravimiseadus. Müügiloa omanikel on keelatud anda kingitusi tervishoiutöötajatele väärtusega üle 6,4 euro. Kõrgema rahalise väärtusega tegevused on lubatud ainult teaduskonverentsidel osalemise toetamise kaudu, mida sagedasti kasutatakse. Ürituste korraldamist ja kingituste tegemist on käsitletud Ravimitootjate Liidu eetikakoodeksis, mille kohaselt näiteks üritusega seoses osutatav külalislahkus ei tohi ületada määra, mida tervishoiutöötajad ise oleksid valmis maksma. Antud teema on ka Eesti ajakirjanduses viimastel aastatel laiemat kõlapinda leidnud ([43]-[55]). Ravimiameti andmetel toetasid ravimifirmad 2010. aastal Eesti arstide ja apteekrite osalemist erinevatel koolitustel ja teaduskonverentsidel 1527 korral kokku 1.3 miljoni euroga (20.5 miljonit krooni).

2011. aastal leidis meedias kajastamist juhtum, kus ravimifirma MSD korraldas arstidele koolituse nime all ürituse, millest osa toimus meelelahutuslikus vormis ning kus toimus ühe rasestumisvastase vahendi reklaamimine. Üritust kajastanud artikli põhjal alustas Ravimiamet ravimifirma suhtes väärteomenetluse ja firmale määrati trahv 25 000 eurot ([56]). Teine hiljutine juhtum seondus liikmemaksu maksmisega, kus ravimifirma maksis arsti eest uroloogide assotsiatsiooni liikmemaksu, sealjuures arst oli sel ajal riigikogu liige ([57]). Sotsiaalminister ja Ravimiameti asejuht pidasid arsti käitumist taunimisväärseks.

Suhtumine sellisesse toetamisse ning motiivide tagamaade selgitamine on erinev. Ravimitootjate liidu juhi sõnul (E24, 11.06.2010) ei mõjuta koolitusel osalemine kuidagi arstide raviotsuseid ning koolitused on patsientide ja laiemalt võttes kogu ühiskonna huvides, kuna arstid toovad Eestisse uusi teadmisi. Samuti on näiteks peaminister märkinud (E24, 15.06.2010), et ei mõista hukka ülemaailmset tava, et ravimifirmad oma toodete tutvustamiseks konverentse ja seminare korraldavad ja kui ravimifirmad loobuksid taoliste ürituste korraldamisest, jätaks see arstide täienduskoolitusse sügava tühimiku.

Teisalt on näiteks ajakirjanik Kalle Muuli välja toonud (Postimees, 13.06.2010), et ravimifirma on kasumit teeniv organisatsioon, mille eesmärk on saada tulu iga investeeritud sendi pealt ja ka raha arstide reisidele on kulutatud selleks, et tulu saada ning tulu tuleb lõppkokkuvõttes ravimimüügist, mille maksavad kinni patsiendid ja Haigekassa. Ka Patsientide esindusühingu seisukoht on resoluutne (E24, 11.06.2010) – tegemist on ravimifirmade väga hea müügitööga, mis sisuliselt on korruptsioon, kuid mida ametlikult aktsepteeritakse. Probleemina on välja toodud, et reisivad vaid kõrgemal positsioonil olevad arstid, kuna nende mõju on suurem.

Postimehe korraldatud gallupist selgus (E24, 12.06.2010), et 79% vastanutest (kokku 1814) leidis, et arstid ei tohiks ravimifirmade kulul reisimas käia. Kommentaarides jagunevad inimeste arvamused kaheks. Paljud arvavad, et arstide koolitamine on vajalik, isegi kui seda teevad ravimifirmad, sest sellisteks koolitusteks muid ressursse ei ole (*„Haigekassa ei suuda iialgi seda kanda, haigla kui kasumlik ettevõte on liiga ahne, et seda kanda“, „Mina eelistan arsti, kes on koolitatud*“). Teisalt suhtuvad paljud sellesse kui korruptiivsesse käitumisse (*„Võite kindlad olla, et neil koolitusreisidel õpetavad ravimifirmad vaid seda, mis neil kasulik on, mitte haigetel“, „Tasuta juust on ainult hiirelõksus“, „Jah, tõesti ei kästa arstil mingit konkreetset ravimit kirjutada, aga tõsi ta ju on, et peale toredat ravimiesitlust palmisaarel ei luba arsti "südametunnistus" kuidagi soovitada patsiendil ilma ravimiteta läbi ajada*“).

Lahendusena on palju räägitud toimeainepõhiste retseptide väljastamisest. Arstid peavad retsepti väljastama toimeainepõhiselt, preparaadipõhise (so ravimi nimega) retsepti väljastamist tuleb põhjendada. Alates 2010. aasta aprillist peavad apteekrid soovitama toimeainepõhise retsepti korral soodsaimat preparaati[4]. Haigekassa 2009. aastal teostatud kliinilise auditi tulemused näitasid, et kontrollitud retseptidest vaid 52% olid toimeainepõhised ja toimeainepõhistest retseptidest väljastati vaid 40% juhtudest geneeriline ravim ([58]). 2010. aasta sügisel Haigekassa poolt läbi viidud auditis leiti, et valdavalt on ravimid väljastatud preparaadipõhiselt, mistõttu soovitatakse kaaluda toimeainepõhiste retseptide väljakirjutamist ühe näitajana perearstide kvaliteeditasu süsteemis (Perearsti uuringufondi kasutamine, II osa). Ka OECD soovitab retseptide väljakirjutamist monitoorida ning juhul, kui arst ei kirjuta välja soodsamaid ravimeid, vaadata üle tema leping Haigekassaga (OECD Economic Surveys: Estonia, 2011).

Kui koolituste eest maksmisest on Eestis suhteliselt palju räägitud, siis tulude jaotamise ja altkäemaksude maksmise kohta ravimifirmade poolt eesmärgiga mõjutada arsti oma ravimeid enam soovitama pole infot. Ravimiuuringutest saadavat sissetulekut ei ole kohustuslik avaldada ([59]).

[4] Ravimite väljakirjutamise ja apteekidest väljastamise tingimused ja kord ning retsepti vorm, Sotsiaalministri määrus, §4, lg 5, 6 ja §6 lg 5. Arsti põhjendus lisatakse digiretseptile või paberretsepti väljastamisel tervishoiuteenuse osutamist tõendavasse dokumenti.

Võimalikud lahendused:

1. majanduslike huvide deklareerimine olukordades, kus arstid osalevad otsustamisel ravimite ja seadmete hangete ning vastavate loetelude koostamise protsessis;
2. arstide koolituse ja konverentsireiside rahastajate andmete avalikustamine;
3. koolituste koordineerimine erialaliitude kaudu, so ravimifirmade toetusi ei jagata otse, vaid läbi liitude (liit otsustab, keda toetada);
4. omaosaluse nõudmine koolituse ja konverentsireisidel, so arst või tööandja peavad osaliselt panustama;
5. toimeainepõhiste retseptide väljastamine ja patsientide teadlikkuse tõstmine[5];
6. tervishoiutöötajate koolitamine eetikateemadel (sh laiem diskussioon, kas ametiisikutele kehtivad üldtunnustatud korruptsiooniga seonduvad ja eetikapõhimõtted peaksid kehtima ka avalikele teenistujatele);
7. Poolas võib ravimifirma esindaja kohtuda arstiga haigla ruumides vaid haigla juhtkonna loal ja arsti vabal ajal.

Risk 9. Pikad ravijärjekorrad ja ravijärjekorras etteostmine

Lühikirjeldus: Haigekassa andmetel ootas 2010. aasta oktoobri seisuga ravijärjekorras enam kui veerand miljonit inimest, kusjuures viimasel viiel aastal on ravijärjekorras olijate arv pidevalt kasvanud (vt ka Lisa 1). Haigekassa poolt 2011. aasta augustis läbiviidud auditi kohaselt, milles võeti vaatluse alla suurte haiglate pikimate ooteaegadega erialad, ületasid kontrollimise ajal mitmetel erialadel ooteajad lubatud piiri[6].

Tagajärjed:

1. kiiremini arsti vastuvõtule või operatsioonile saamiseks kasutatakse tutvusi ja/või makstakse arstile ebaseaduslikult;
2. patsiendid ei saa (õigeaegset) ravi, halveneb elanikkonna tervis;
3. tasulised teenused soosivad rikkamaid.

Probleemi põhjused ja taustakirjeldus: Järjekordade põhjused pole sageli selged ja seetõttu ollakse väga erinevatel seisukohtadel. Näiteks silmaarst dr Teesalu on öelnud (Äripäev, 05.10.2007), „*Järjekorra olulisim põhjus on ikka rahastamises, mitte silmaarstide totaalses puuduses. Selleks, et [Tartu Ülikooli Kliinikumis] intensiivsemalt töötada, tuleb ka arstidele rohkem palka maksta*.“ Samuti on PERHi juhatuse liige öelnud, et „*Kui jaguks rohkem arste, oleks rohkem lõikusi*“. Haigekassa aga väidab, et järjekordade põhjuseks ei ole rahaliste ressursside nappus, Haigekassa juhatuse liikme sõnul (Äripäev, 08.05.2009): „*Rahalisi põhjusi praegu eriti pole. Järjekorrad on tekkinud sellepärast, et inimesed eelistavad teatud kindlat arsti*“.

Haigekassa poolt läbiviidud audit ravijärjekordade kohta (2011) järeldas, „et üle kuuenädalased ooteajad on peamiselt tingitud teenuseosutajate võimsusest, milleks on näiteks arstide puudus/vähesus, aparatuuri ja ruumide või operatsioonitubade hõivatus“. Samas on kõik need raviasutused ja neis töötavad arstid suutelised pakkuma tasulisi teenuseid, mis tähendab, et

[5] Näiteks algatas Haigekassa 2010. aasta sügisel teavituskampaania geneeriliste ravimite kohta. Kuna patsient ei ole sageli teadlik oma võimalusest kasutada erinevate nimetuste, kuid sama toimeainega ravimeid, ja usaldab arsti soovitusi, on patsiendi teadlikkuse tõstmine väga oluline. Uuringute kohaselt moodustab tervishoius suur osa omaosalusest ravimitele tehtavad kulutused ning sageli ei osteta apteegist odavaimat saada olevat ravimit, mistõttu kulutatakse enam kui vajalik (Haigekassa pressiteade, 20.09.2010).

[6] Haigekassa: http://www.haigekassa.ee/haigekassa/uudised?news=tervishoiuteenuste-kattesaada

täiendavaks ravitööks on nii aega kui vahendeid. Sellised vastukäivaid sõnumid tekitavad inimestes segadust ja võivad põhjustada arusaama, et riigihaiglates on järjekorrad tekitatud kunstlikult, et lõigata kasu tasulistest vastuvõttudest.

Samuti on probleemiks, et patsiendid jätavad kokkulepitud ajal arstile tulemata. Riigikontroll tõi auditis „Ambulatoorse eriarstiabi nõudluse jälgimine“ (2003) välja, et neljast nädalast pikemate järjekordade puhul on selliseid patsiente 40%, mis annab tunnistust sellest, et näiliselt pikad järjekorrad võivad olla tegelikult “õhku täis”. Näiteks Ida-Tallinna Keskhaigla võimaldab patsiendil tellida vastuvõtuaja meeldetuletust e-post või SMS-i teel (teenus on patsiendile tasuta). Probleemiks on ka tervishoiuasutuste järjekorrasüsteemid, näiteks tuleb järjekorrast loobumiseks helistada samale telefonile, mille kaudu toimub samaaegselt järjekorda panek ja telefoniliinid on suhteliselt ülekoormatud. Mitmed haiglad on vastuvõtust loobumist kergendanud, luues selleks eraldi veebivormi (nt TÜ Kliinikum, Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Lõuna-Eesti Haigla) või eraldi telefoninumbri (TÜ Kliinikum). Ida-Tallinna Keskhaigla on rakendanud lisaks ettemaksete süsteemi, so patsient peab visiiditasu tasuma kohe pärast registreerimist (kehtib tasuliste teenuste korral) ([60]).

Ühe lahendusena ravijärjekordade lühendamiseks on haiglad sisse seadnud tasuliste teenuste süsteemi. Ravijärjekordade tõttu otsustab mõni patsient saada kiiremini ravi seda ise rahastades, see tähendab, et ise tuleks maksta kõik uuringute ja raviga seotud kulud. Ühelt poolt võivad tasulised teenused tekitada patsientides segadust legaalse ja mittelegaalse maksmise eristamisel. Teisalt võivad tasulised teenused tekitada haiglates motivatsiooni suunata enam patsiente tasuliste teenuste tarbimisele, määrates arstidele vähe nn tasuta vastuvõtuaegasid. Sellele viitavad ka juhtumid, mil patsient ei saa end nö tasuta vastuvõtu järjekorda registreerida, sest nende vastuvõttude graafikuid ei ole veel koostatud (Riigikontrolli audit „Ambulatoorse eriarstiabi nõudluse jälgimine“, 2003; [61]).

Ravijärjekordade esinemine on osa inimeste jaoks ebaõiglane (*„Häda selles, et ma maksan iga kuu oma sissetulekult ravikindlustusmaksu, mille eest ma peaksin saama ka teenust. Aga ma ei saa seda teenust“).* Ka tasulisi teenuseid peetakse sageli ebaõiglaseks ja nende korraldus võib tekitada segadust (*„Imelik on see, et ma olen justkui tasulises vastuvõtus, ent ootan siin ühtses järjekorras ikkagi juba tund aega. Ja kui ongi tasuline vastuvõtt, siis peaks mind vähemalt ootama mitte järjekord, vaid eraldi kabinet, ehk isegi parem vastuvõtt*“). ([27]-[41])

<u>Võimalikud lahendused</u>:

1. üle-eestilise digiregistratuuri juurutamine, et saaks registreerida arsti juurde, kelle puhul on järjekord kõige lühem;
2. vastuvõtule tulemisest loobumise süsteemi parandamine;
3. ravijärjekordade põhjuste uurimine (sh kas haiglad määravad liiga vähe mõnel erialal nn tasuta vastuvõtuaegasid põhjustel, mis ei tulene rahastamisest);
4. retseptide väljakirjutamisõiguse piirangute muutmine, et välistada vastuvõtud ainult retsepti saamiseks;
5. pere- ja eriarstide koostöö arendamine, et vähendada ristsuunamist.

2. Ravijärjekorras etteostmine

Tervishoius esinevate korruptsiooniriskide seast valiti koostöös tellijaga sügavama analüüsi teostamiseks neli teemat, mis on Eestis viimasel aastakümnel suuremat tähelepanu pälvinud. Suurem (meedia)tähelepanu mõistagi ei tähenda, et need riskid on kõige levinumad või ohtlikumad, kuid peegeldab avalikku huvi ja seda, et teemad on puudutanud valusalt ühiskondlikku õiglustunnet.

Käesolev peatükk keskendub ravijärjekorras etteostmisele, mis võib toimuda seaduslikul viisil tasuliste teenuste kaudu või ebaseaduslikult mitteametlike tasude kaudu. Tasuliste teenuste korral maksab patsient kõrgemat visiiditasu (vastavalt haigla poolt kehtestatud hinnakirjale) ja tasub ise uuringute või ravi eest. Mitteametlike tasude korral annab patsient omal initsiatiivil või tervishoiutöötaja nõudmisel tervishoiutöötajale meelehead (raha, kingitus).

Kuigi täna on tasuliste teenuste pakkumine lubatud, seisneb tasuliste teenuste pakkumisel kõrvuti tasuta (st Haigekassa poolt finantseeritava) teenustega samas raviasutuses risk pettuste ja korruptsiooni seisukohast selles, et see tekitab patsientides segadust tasuta ja tasulise ravi ning seadusliku ja ebaseadusliku maksmise osas. See omakorda mõjutab patsientide teadlikkust ja hoiakuid mitteametlikesse tasudesse suhtumise osas. Mitmed olukorrad võivad olla korruptiivsed, kuid inimesed ei tauni seda (nt kingituste tegemine arstidele), samal ajal võib olukord olla ka vastupidine – seaduslikult lubatut võidakse tajuda korruptsioonina (nt tasulised teenused).

Ravijärjekorras etteostmise teema avamiseks kombineeriti erinevaid analüüsimeetodeid ning teostati dokumendianalüüs, patsientide küsitlus ja viidi läbi fookusgrupi arutelu. Dokumendianalüüsi käigus tutvuti ravijärjekordade reguleerimisega seotud õigusaktidega, varasemate uuringutega ja muude asjakohaste dokumentidega. Patsientide küsitlus viidi läbi kaheksas haiglas nii ambulatoorsete kui statsionaarsete patsientide hulgas, kokku laekus 2213 ankeeti (vt pikemalt Lisa 4). Fookusgrupi arutelus osales 11 inimest (vt Lisa 12).

2.1. Ravijärjekorrad Eestis ja kasutatud meetmed nende juhtimiseks

Ravikindlustuse seaduse kohaselt (§72, lg 1) on ambulatoorse eriarstiabi visiiditasu piirmäär 3.20 eurot ja ülejäänud arstikülastusega seotud kulud, sh uuringute ja protseduuride eest tasub ravikindlustusega isikute korral Haigekassa.

2010. aasta neljanda kvartali alguses ootas Haigekassa poolt tasutavate raviteenuste järjekorras ligi 260 000 inimest, valdav enamus neist ambulatoorses eriarstiabis (vt ka Lisa 1). Kuigi rohkem kui pooltel neist jääb ooteaeg Haigekassa nõukogu poolt kehtestatud lubatud ooteaja sisse[7], võib mõne terviseprobleemi puhul ka kuus nädalat olla ülemäära pikk aeg ootamiseks. Uuringu „Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile“ (2010) põhjal on elanike hinnangud arstiabi kättesaadavusele aasta aastalt halvenenud. Kui 2005. aastal pääses eriarsti külastanud inimestest 50% eriarsti juurde nädala jooksul alates järjekorda panemisest, siis 2010. aastal on nende hulk vähenenud 33%-ni. Rohkem kui kuu aega pidid 2010. aastal ootama 34% vastajatest.

Tuleb arvestada, et teatud ulatuses on järjekorrad ambulatoorses eriarstiabis normaalsed. Kuna seda liiki arstiabi tegeleb pigem nõustamisega, kus pole vaja kiirelt sekkuda, tuleneb mõningane järjekord ressursside (sh eriarstide tööaeg) optimaalsest planeerimisest ja kasutamisest. Siiski on mõistetav, et kui patsiendid peavad ootama kauem kui neile mõistlik tundub, tekitab see neis rahulolematust.

Ühe lahendusena ravijärjekordade lühendamiseks nähakse Eestis tasuliste teenuste pakkumist isikutele, kes ei soovi järjekorras oodata, seda tingimusel, et kindlustatud isik peaks tasuma kõik sellest arstikülastusest tulenevad ravikulud. Raviasutusel on lubatud korraldada tasulist vastuvõttu

[7] Ravijärjekordade maksimumpikkused, Haigekassa nõukogu otsus, nr 4, 06. märts 2009.a.

tingimusel, et see ei halvenda teiste kindlustuse kulul teenust saavate patsientide olukorda ning sel juhul on raviasutusel õigus nõuda seaduslikust visiiditasust suuremat visiiditasu. Kuigi haiglate käibest moodustavad tasulised teenused väikese osa, näiteks TÜ Kliinikumis on eriarstide vastuvõttudest tasulisi vastuvõtte vaid 3-4% (TÜ Kliinikumi majandusaasta aruanded)[8], on absoluutarvudes tegemist kümnete tuhandete patsientidega.

Tasuline arstiabi on muutunud järjest aktuaalsemaks olukorras, kus Haigekassa pikendas 2009. aasta märtsis ambulatoorse eriarstiabi ravijärjekordade maksimumpikkust neljalt nädalalt kuuele. Uuringust „Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile“ (2010) selgub, et ligi pooled vastanutest on nõus ametlikult maksma kuni 500 krooni selle eest, et saada arstiabi kiiremini väljaspool järjekorda ja nende osakaal, kes on valmis oma ravi eest ise tasuma, on aastaga oluliselt suurenenud (2009 – 50%, 2010 – 59%). Kuna inimeste maksevõime pole oluliselt kasvanud, pigem majanduslanguse tingimustes kahanenud, viitab see pikkadest ravijärjekordadest tulenevale paratamatusele. Balti riikide võrdlevuuringu (Cockcroft *et al.* 2002) põhjal on inimeste valmidus maksta parema teenuse nimel suurem eriarstiabis, kus 40% vastajatest on valmis maksma (perearsti juurde minekuks vaid 27%) ning operatsiooni või haiglaravi järjekorrast pääsemiseks on valmis maksma lausa 62% vastanutest.

Käesoleva uuringu raames läbiviidud patsientide küsitluse tulemuste põhjal on viimase paari aasta jooksul tasulisi teenuseid kasutanud ligi kolmandik vastanutest (vt pikemat ülevaadet Lisa 4), kõige enam on patsiendid käinud tasulisel vastuvõtul riigihaiglas (17% vastajatest) või erakliinikus (13% vastajatest). Kõige enam on tasulisel vastuvõtul käidud günekoloogi juures (20% riigihaiglas ja 59% erakliinikus tasulisel vastuvõtul käinutest). Tasulisi teenuseid on rohkem kasutanud 25-44 aastased võrreldes teiste vanusegruppidega ja kõrgema haridustasemega inimesed, mis viitab peamisele tasuliste teenustega seonduvale probleemile – ebavõrdsusele, et tasuliste teenuste abil ei parane ligipääs vanemate ja väiksema sissetulekuga patsientide jaoks. Ka ravijärjekordade teemaliste artiklite juures asuvates kommentaarides on tasulisi teenuseid peetud nö topeltmaksustamiseks, st inimene on juba sotsiaalmaksu kaudu teenuste eest ette tasunud ja nüüd nõutakse täiendavat tasu ([27]-[41]).

Ebavõrdsusega seondub ka ravi- või uuringute vajadus peale tasulist vastuvõttu – üldjuhul tuleb patsiendil, kes pöördub tasulisse vastuvõttu ja vajab seejärel uuringut või ravi, nende eest ise tasuda. Patsientide küsitluse tulemused viitavad, et see pole alati nii – 45% vastajatest, kes on käinud tasulisel vastuvõtul ja kellele on arst määranud uuringu või ravi, ei maksnud uuringu või ravi eest (kahel kolmandikul juhtudest riigihaiglas ja kolmandikul juhtudest erakliinikus). See tähendab, et kuigi inimene on valinud tasulise teenuse, suunatakse ta ravi saama samadel tingimustel üldjärjekorras olevate patsientidega. See tekitab lisanduvat ebavõrdsust, kuna kõrgema visiiditasu abil saadakse kiiremini arsti vastuvõtule ja sellele järgnevad uuringud ja ravi, kui need toimuvad Haigekassa tasu eest, pikendavad veelgi üldjärjekorras olevate isikute ooteaega vastavate teenuste saamiseks.

2.2. Mitteametlikud tasud ja neisse suhtumine

Tasuliste teenuste kõrval kasutatakse ravijärjekorras etteostmiseks ka mitteametlike tasude maksmist. Gaal, McKee (2005) on mitteametlike tasude maksmise põhjused jaganud järgmistesse gruppidesse:

- sotsiaal-kultuurilised: tänutundest tingitud maksed, inimeste väärtushinnangute vähene muutumine postkommunistlikul perioodil;
- õiguslikud-eetilised: tervishoiutöötajate ebapiisavad eetilised standardid, puuduv kontroll ja aruandluskohustus;
- majanduslikud: tervishoiutöötajate madalad sissetulekud, meditsiinisektori vähene väärtustamine riigi poolt, tervishoiuteenuste nõudluse järsk tõus.

[8] Tasulisi teenuseid kasutatakse üldjuhul kahel põhjusel: sooviga tulla vastuvõtule ilma saatekirjata (erialadel, kus nõutakse saatekirja) või sooviga pöörduda eriarsti konsultatsioonile kiiremini, kui seda võimaldas Haigekassa lepingumahust tingitud järjekord.

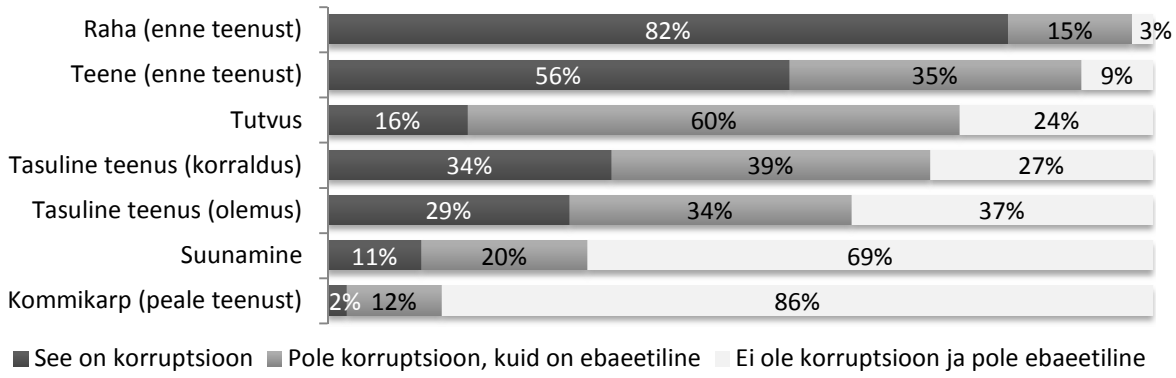
Ajakirjandusse on altkäemaksudega seonduvatest juhtumitest lisaks ptk 1.3.2 toodud juhtumile jõudnud veel teisi altkäemaksulugusid ([62]-[64]).

- „Pealtnägija“ andmetel nõudis Keila hooldushaigla juht eaka patsiendi haiglasse jätmise eest altkäemaksuna 4000 krooni. (Eesti Päevaleht, 19.05.2011)
- Tallinlane esitas Terviseametile kaebuse Põhja-Eesti Regionaalhaigla kirurgi vastu, kes küsis temalt 3000 krooni, mis arsti sõnul pidi katma Soomest saabuva kirurgi reisi-ja elamiskulud. (Õhtuleht, 23.09.2009)
- Õe väitel pettis vaimupuudega venna raviarst viimaselt välja korteri, arst aga süüdistab väljapressimises hoopis perekonda. Kuigi vend elab endiselt korteris, kuulub see juba aasta aega tema raviarstile, kes vastutasuks korteri eest kohustus selle elanikku ülal pidama. (Äripäev, 08.04.2009)

Lisaks on mitmed meediaallikad teinud üleskutseid inimestele juhtumite avalikustamiseks (nt Delfi, Päevaleht, Postimees ([62]-[64], vt pikemat ülevaadet Lisa 2). Meediaanalüüs (sh kommentaaride analüüs) näitas, et Eestis on aktuaalsed kõik alapeatüki alguses toodud mitteametlike tasude põhjused. Hägune piir altkäemaksu maksmise ja tänutunde avaldamise vahel on üheks põhjuseks, miks inimesed suhtuvad arstidele kingituste tegemisse ja raha andmisse vastandlikult. Kohati eristatakse raha kinkimist asja kinkimisest, samuti on maksmist õigustatud tervishoiutöötajate madalate palkadega. Lisaks viitavad nii kommentaarid kui ka asjaolu, et raha ja kingitused vastu võetakse, osa tervishoiutöötajate ebapiisavale eetikatundele.

2.3. Patsientide hinnangud erinevatele etteostmise viisidele

Patsientide küsitluse tulemused näitavad, et tasulisi teenuseid kirjeldavaid situatsioone ei tauni kolmandik patsientidest ja sama suur hulk arvab, et tegu on korruptsiooniga. See viitab, et osa patsientidest pole teadlikud, et selline tegevus on lubatud ja teised ei pea seda õiglaseks. Kõige üksmeelsemalt peetakse korruptsiooniks arstile raha maksmist ja teene osutamist enne arstiabi saamist vastutasuks kiirema teenusele ligipääsu eest. Tutvuste kasutamist peetakse pigem ebaeetiliseks, kuid mitte korruptiivseks käitumiseks. Seevastu suunamist peab eetiliseks kaks kolmandikku patsientidest.



Joonis 2. Patsientide hinnangud erinevatele situatsioonidele
Allikas: patsientide küsitlus

Märkus: Situatsioonid ja nende koodnimetused:
1. Raha (enne teenust): Arst küsib patsiendilt raha ja lubab patsiendi vastuvõtule samal päeval;
2. Teene (enne teenust): Patsient remondib arsti auto ja saab selle eest kiiremini uuringule;
3. Tutvus: Patsient helistab peretuttavast arstile ja saab vastuvõtule väljaspool järjekorda;
4. Tasuline teenus (korraldus): Arst võtab riigihaiglas oma kabinetis enne lõunat vastu tavajärjekorras olevaid patsiente ja peale lõunat patsiente, kes on maksnud kõrgemat visiiditasu ja saavad seetõttu vastuvõtule kiiremini;
5. Tasuline teenus (olemus): Patsient soovib minna riigihaiglasse arsti juurde, järjekord arsti juurde on 3 kuud. Registratuuris soovitatakse patsiendile tasulist vastuvõttu, et saada sama arsti juurde samas haiglas vastuvõtule juba nädala pärast;
6. Suunamine: Patsient läheb erakliinikusse arsti juurde, selgub, et ta vajab uuringuid, mille eest tuleb patsiendil maksta 800 krooni. Arst soovitab patsiendil tulla vastuvõtule enda juurde riigihaiglasse, kus uuringud saab tasuta teha;
7. Kommikarp (peale teenust): Arst võtab pärast visiiti patsiendilt vastu kommikarbi.

Üldjuhul on vanemaealised patsiendid tolerantsemad hinnatavate situatsioonide suhtes, st suhteliselt vähem vanemaealisi peab toodud situatsioone korruptiivseks. Lisaks selgus, et eestlased ja kõrgema haridustasemega patsiendid peavad mõlemat tasulist teenust kirjeldavat situatsiooni vähem korruptiivseks võrreldes mitte-eestlaste ja madalama haridustasemega patsientidega. Hinnangud võivad mõnevõrra erineda sõltuvalt sellest, milline on vastaja varasem kogemus, kuid mitte alati – kui tasuliste teenuste kasutamise kogemus ei mõjuta oluliselt vastajate suhtumist tasulistesse teenustesse, siis näiteks tutvuste kasutamist peab ebaeetiliseks tunduvalt suurem osakaal nendest, kes ei ole enne teenust meelehead maksnud võrreldes nendega, kes seda on teinud (vt ka Lisa 4).

Väärtushinnangute mõjule viitavad ka uuringu „Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile“ (2010) tulemused. Paljud inimesed, kes enne osutatud teenust tervishoiutöötajale maksid, tegid kingituse või teene, põhjendasid seda asjaoluga, et selline käitumine on iseenesestmõistetav (kõik teavad, et nii peab käituma) või nad on nii harjunud. Olukorda, kus arstile teenuse osutamise järel viiakse lilli, tehakse kingitus, makstakse mitteametlikku tasu või osutatakse teene peab normaalseks 40% elanikest.

Mitteametlike tasude osas on oluline inimeste teadlikkus omaosaluse kohta – millistel tingimustel võib patsiendilt raha küsida ja millal mitte. Sellest, et ise perearsti juurde minnes ei või perearst võtta visiiditasu, on teadlik 62% elanikest. Sellest, et eriarst võib võtta visiiditasu ning raviasutus tasu voodipäeva eest, on teadlik enam kui kolmveerand inimestest (vastavalt 81% ja 78% vastajatest). Võrreldes varasemate uuringute „Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile“ tulemustega ei ole inimeste teadlikkus oluliselt paranenud.

2.4. Mitteametlike tasude levik

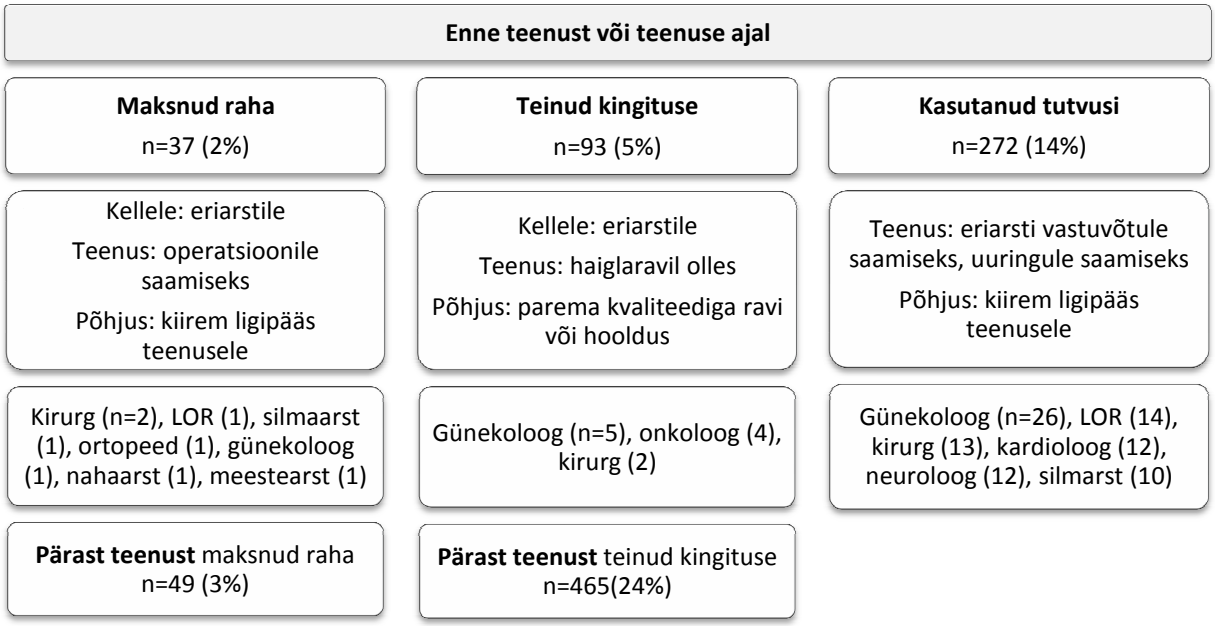
Raha maksmine ja kingituste tegemine eesmärgiga saada kiirem ligipääs tervishoiu teenustele ei ole uuringute põhjal Eestis väga levinud. Patsientide küsitluse andmetel on viimase paari aasta jooksul vastuvõtule või ravile saamiseks maksnud raha 2% (tegu ei olnud visiiditasuga), kingituse teinud 5% ja vastuteene lubanud teha alla 1% patsientidest (vt joonis 3). Oluliselt enam on kasutatud tutvusi - vastuvõtule või ravile saamiseks on kasutanud tutvusi iga seitsmes küsitletutest.

Kõige enam on raha makstud eriarstile ja mõnevõrra enam on nimetatud maksmist operatsioonile saamiseks. Maksmise peamiseks põhjuseks oli soov saada kiirem ligipääs teenusele (arsti vastuvõtule, uuringule, operatsioonile vms). Ka kingitusi on tehtud kõige enam eriarstidele, aga ka perearstidele. Olukordadest, kus kingitus tehti, on kõige enam välja toodud haiglaravil olemist ja põhjustest soovi saada paremat hooldust või ravi. Samas on mitmed vastajad välja toonud, et tegid kingituse tänutundest. Kõige enam on tutvusi kasutatud eriarsti vastuvõtule pääsemiseks, teine olulisem põhjus, milleks patsiendid on tutvusi kasutanud, on uuringule pääsemine. Peamiseks põhjenduseks, miks tutvusi kasutati, tõid patsiendid kiirema teenusele ligipääsu.

Erinevate situatsioonide puhul on kõige sagedamini nimetatud günekoloogi – günekoloogi juures on käidud kõige rohkem tasulisel vastuvõtul ning ka kingituse tegemise ja tutvuste kasutamise juures nimetati günekoloogi kõige rohkem. Teistest eriarstidest sagedamini on nimetatud ka kirurgi ja kõrva-nina-kurguarsti. Need tulemused on kindlasti mõjutatud sellest, et nimetatud eriarste vajatakse rohkem, kui mitmeid teisi erialasid. Näiteks oli Haigekassa andmetel 2010. aastal kõige enam ravijuhte günekoloogias, kirurgia oli ravijuhtude arvu poolest erialadest kolmandal ja kõrva-nina-kurguhaigused seitsmendal kohal[9].

Võrreldes meelehea pakkumisega enne teenust, on mõnevõrra enam levinud meelehea pakkumine pärast teenuse saamist, seda on teinud veerand küsitluses osalenutest, sealjuures raha on maksnud 3%, kingituse teinud 24% ja teene osutanud 1% patsientidest.

[9] Haigekassa: http://www.haigekassa.ee/haigekassa/statistika/tervishoiuteenused



Joonis 3. Kogemus raha maksmise, kingituse tegemise või tutvuste kasutamisega enne ja pärast teenuse osutamist ning eriala (vastajate arv, % vastajatest)
Allikas: patsientide küsitlus

Märkus: pakkuda võis mitu varianti, põhjustest on välja toodud olulisemad. Erialade juurde on toodud vastajate arv, kes seda eriala on nimetanud; raha maksmise puhul on toodud kõik nimetatud erialad. LOR – kõrva-nina-kurguarst

Küsitluse tulemused on kooskõlas varasemate uuringute tulemustega. Uuringu „Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile“ (2010) tulemuste kohaselt on 9% vastajatest vähemalt ühe korra elus arsti juurde pääsemiseks või kiirema/soovitud uuringu/ravi saamiseks pidanud kasutama tutvusi, 3% oli sel eesmärgil teinud arstile kingituse (v.a lilled), 2% maksnud ning vähem kui 1% vastajaist osutanud arstile mingi teene. Küsitlusele eelnenud 12 kuu jooksul on sellega kõige rohkem kokku puutunud eriarstiabi saanud (6%), vähem perearsti ja hambaarsti külastanud ja haiglas uuringutel või ravil viibinud. Eriarstiabi puhul on enamasti tegemist tutvuste kasutamisega. Levinum on maksmine pärast teenuse saamist - enne osutatud teenust on maksnud mitteametlikult, teinud kingituse (va lilled) või ostutanud teene 8% elanikest, pärast osutatud teenust 41%. Sarnast teemat käsitles Balti riikide võrdlevuuring (Cockcroft *et al* 2002), mille kohaselt maksis vaid 0,7% vastajatest, kes kasutasid eelneva viie kuu jooksul tervishoiuteenuseid, mitteametlikult, kingituse tegi 13% vastanutest. Kui rahalisi makseid tehti pooltel juhtudel enne ja pooltel juhtudel pärast teenuse saamist, siis kingitusi tehti enam pärast teenuse saamist (83% juhtudest).

Varasemad uuringud ja patsientide küsitlus viitavad, et mitteametlikud tasud ei ole Eestis väga levinud. Ka fookusgrupis osalenud haiglajuhtide arvates on tegemist üksikjuhtumitega, mistõttu probleemi ei peeta oluliseks. Samas tuleb silmas pidada, et kõik hinnangud mitteametlike tasude levikule on tõenäoliselt alahinnatud, sest patsiendid ei ole huvitatud (ka anonüümselt) sellistest juhtumitest rääkimisest.

Siiski – kaks on protsendina küll väike number, kuid arvestades arsti-patsiendi kontaktide suurt üldarvu Eestis, tähendab see kokkuvõttes tuhandeid patsiente, kes mitteametliku tasu abil taotlevad erikohtlemist, seda kas omal initsiatiivil või tervishoiutöötajate ettepanekul. Patsiendid, kes mitteametliku tasu abil saavad järjekorras ettepoole, võivad seda kogemust levitada oma tuttavate-sugulaste seas ning üksikjuhtumist saab sel viisil kergesti domineeriv mulje ning muljest omakorda levinud praktika. Seetõttu ei saa mitteametlikke tasusid pidada olematuks ning probleemiga peab raviasutustes tegelema.

2.5. Peamised ravijärjekordadest tulenevad probleemid

Analüüsi tulemusena võib välja tuua järgmised probleemid ja korruptsiooniriskid.

1. Pikad ravijärjekorrad soodustavad järjekorras etteostmist

Patsientide küsitluse tulemuste põhjal makstakse raha ja kasutatakse tutvusi sageli kiiremaks teenusele ligipääsuks. Fookusgrupis osalejate hinnangul on ravijärjekordade põhjuseks ebapiisav rahastamine, meedias on räägitud ka arstide vähesusest, vähem ka patsientide kergekäelisest visiidile tulemata jätmisest, kergekäelisest eriarstile suunamisest probleemide korral, mida saaks lahendada perearst jne (vt ka ptk 1.3.2, risk 9). Taani eksperdi sõnul Taanis mitteametlike tasude kaudu etteostmist teadaolevalt ei juhtu, kuna patsient võib minna spetsialisti juurde erinevatesse asutustesse (sh erakliinikusse) ja valida lühima ooteajaga spetsialisti, mille eest tasub riik.

Lisaks on täna võimalik, et telefonis eriarsti vastuvõtuaega küsides pakutakse patsiendile kohe valida, kas saada teenust pikema ooteajaga ja Haigekassa raha eest või kiiremini (vahel ka sama arsti juurde), kuid patsiendi raha eest. Sellise situatsiooni puhul on tegemist kallutamisega tasulise teenuse poole, mis ravikindlustusega isikutele võib tunduda arusaamatu ja ebaõiglane, eriti neile, kes ise maksta ei suuda.

Kuigi ravijärjekordi kaotada pole võimalik ja ravijärjekorrad eksisteerivad kõikjal, tuleb tagada, et info ravijärjekordade kohta oleks patsientidele piisav, arusaadav ja läbipaistev.

2. Puudub ühtne seisukoht mitteametlike tasude osas ja selles, mis on lubatud

Ühiskonnas laiemalt (sh riik, tervishoiutöötajad, patsiendid) pole toimunud piisavat diskussiooni ega teadlikku hoiakute suunamist, mistõttu puudub ühtne arusaam sellest, kas maksmine, kinkimine ja tutvuste kasutamine erinevates olukordades teenusele kiiremaks ligipääsuks on taunitav või mitte. Meedias, varasemates uuringutes, patsientide küsitluses ja fookusgrupis on kõlanud erinevad väited, kuidas enda jaoks eristatakse korruptiivset käitumist.

Esiteks, pärast teenust raha maksmist ja kingituste tegemist peetakse tervishoiutöötaja tänamiseks, kuna väidetakse, et pärast teenuse kasutamist ei saa teenuse osutamist mõjutada. Tegelikkuses on aga nii perearstide kui ka eriarstide puhul arsti-patsiendi suhe mitte ühekordne, vaid pikemaajalisem. Sel juhul on pärast teenuse saamist antud rahal või kingitusel lisaks tänule ka teine dimensioon – head suhted ja lootus erikohtlemisele ka tulevikus, mistõttu mitteametlike tasude tegemine ka pärast teenuse kasutamist on taunitav.

Teiseks, patsientide suhtumine on erinev sõltuvalt makstud raha hulgast või tehtud kingituse suurusest, näiteks ei peeta üldjuhul kommide kinkimist taunitavaks. Kolmandaks, tutvuste kasutamist ei peeta korruptiivseks – näiteks, kui arst võtab tuttava vastu väljaspool vastuvõtuaega, ei kannata näiliselt keegi. Samas, kui see toimub ametlikul vastuvõtuajal ja arst kasutab selleks haigla vahendeid (raviraha, ruumid), mida saaks kasutada järjekorras olevate patsientide tarvis, on sisuliselt tegemist järjekorras etteostmisega. Ka Haigekassa ja sotsiaalministeeriumi poolt tellitud uuringus „Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile“ (2010) on tutvuste kasutamist loetud mitteametlikuks meetodiks ravijärjekorras etteostmisel. Viimaks, sageli arvatakse, et kui patsient ise pakub raha või kingitust, siis seda ei peeta korruptsiooniks, vaid tänu väljendamiseks. Siin tuleb arvestada, et raha küsimine ei pruugi toimuda otsesõnu, vaid kaudsemalt läbi mõjutamise – näiteks võib patsiendile esitada valeinfot ravijärjekorra pikkuse kohta ja sellega seada patsient olukorda, kus ta ise otsustab maksta.

Arstide Liidu eetikakoodeksis sisaldub nõue „Arst ei tohi oma ravitöös saada muid materiaalseid hüvesid peale palga või kokkulepitud tasu“, kuid ei ole kindel, mida erinevad osapooled peavad silmas „kokkulepitud tasu“ all. Kuivõrd tervishoiutöötajatele Eestis ei laiene korruptsioonivastase seaduse sätted, ei ole ka juriidilisel tasandil selgust.

3. Patsientide teadmatus aitab kaasa mitteametlike tasude levikule

Lisaks patsientide erinevale suhtumisele maksmisse ja kinkimisse on probleemiks patsientide vähene teadlikkus seaduslike tasustamissüsteemide kohta – milline ravi on nö tasuta ehk Haigekassa rahastatav ja milline on tasuline ehk patsiendi enda poolt rahastatav ravi. Kolmandik patsientide küsitluses vastanutest peab tasulisi teenuseid korruptiivseks ja kolmandik ebaeetiliseks.

Segadust tekitab tasuta ja tasuliste teenuste pakkumine kõrvuti samas raviasutuses. Tasuliste teenustega seonduv teadmatus või riivatud õiglustunne on ohtlik seetõttu, et kui seaduslikku etteostmist peetakse korruptiivseks, võib juhtuda, et ka mitteametlikul viisil etteostmisse suhtutakse kergekäelisemalt.

4. Raha maksmisest teavitaja kaitse on nõrk

Korruptsioonikuriteole omaselt ei ole üldjuhul kumbki osapool (ei altkäemaksu andja, raha saaja ega nende lähedased) huvitatud maksmisest teavitamisest, samas pole teisi osapooli, kes sellistest juhtumitest teaksid. Uuringust „Korruptsioon Eestis: kolme sihtrühma uuring“ (2010) selgub, et nendest inimestest, kes korruptsiooniga kokku olid puutunud, 45% ei rääkinud sellest kellelegi, 16% rääkis lähedastele, sõpradele või kolleegidele ning vaid 1% teatas õiguskaitseorganitele. Peamiselt toodi põhjendusena välja, et korruptsiooni oleks raske tõestada.

Seetõttu on väga raske teada saada ja tõestada, et maksmine aset leidis (raha liigub sularahana). Kui tervishoiutöötaja on raha vastu võtnud, ei pea ta seda tegu vääraks ja tal puudub motivatsioon maksmisest teavitamiseks. Patsient ei ole üldjuhul samuti huvitatud maksmisest teavitamisest, kui saavutatakse soovitu. Teavitatakse ilmselt vaid juhul, kui loodetud tulemust, mille eest maksti, ei saadud (sh tervenemine või kiirem ligipääs operatsioonile jne).

Juhul, kui patsient soovib maksmistest teada anda, pole selge, kuhu patsient peaks pöörduma ning kes ja millise menetluse peaks läbi viima. Kuna patsiendil ei ole tõendeid, võidakse teda süüdistada valetamises ja kättemaksus. Eesti Patsientide Esindusühingu sõnul on esinenud juhtumeid, kus patsiendid on pöördunud politseisse, kuid politsei on väitnud, et tegemist on kahe osapoole vaidlusega, kus ühe poole sõna on teise vastu ja politsei ei saa midagi teha, soovitades pöörduda tervishoiuteenuste kvaliteedi ekspertkomisjoni. Ekspertkomisjonil ei ole uurimisfunktsiooni, vaid menetlus on dokumendipõhine - kaebuse korral võetakse mõlemalt osapoolelt seletus, olenevalt kaebuse sisust ka ekspertide arvamus[10]. Fookusgrupis jäi kõlama mõte, et raha maksmise juhtumist tuleks teavitada raviasutuste juhtkonda, kuid samas mööndi, et esimese kaebuse alusel arsti ei karistata. Kaebuse esitamine haigla juhtkonnale ei ole lahendus ka olukorrale, kus tervishoiutöötajad töötavad iseseisvalt. Patsientide kaitsega tegeleb ka Eesti Patsientide Esindusühing, kuid tegemist on pigem nõuandvas rollis organisatsiooniga, millel ei ole võimalusi selliste olukordade lahendamiseks.

Juhtudel, kus raha maksnud patsient on soovinud politseis süüdistuse esitada, on Eesti Patsientide Esindusühingu andmetel politsei andnud teada, et sellisel juhul tuleb algatada kriminaalasi ka raha maksja vastu. Kuna arst ei ole ametiisik, ei rakendu arstile maksmisel korruptsioonivastane seadus ega ka karistusseadustiku §-d 293-298 (pistise ja altkäemaksu võtmine, vahendamine ja andmine), seega ei ole selge, milliste reeglite alusel tuleks raha maksmise juhtu üldse menetleda.

Seda, et seadused ei kaitse inimest, kes teavitab kõrvalekalletest tervishoiusüsteemis, tõi välja ka Euroopa Liidu riikide patsientide õiguste võrdlevuuring. Väga nõrgaks hinnati näiteks Eesti haiglates kaebuste menetlemist ja nende süsteemset analüüsi. (The EU Character of Patients Rights, 2011)

[10] TKE on Sotsiaalministeeriumi haldusalasse kuuluv nõuandev komisjon, mille eesmärk on patsiendile osutatud tervishoiuteenuse kvaliteedile hinnangu andmine ning hinnangust tulenevalt Tervishoiuametile, Haigekassale ja tervishoiuteenuse osutajatele ettepanekute tegemine (Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 50). TKE hinnang on ekspertide soovituslik arvamus, mis ei tekita kellelegi juriidiliselt siduvaid õigusi või kohustusi. http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/TKE%20ekspertiisitaotlust.pdf

2.6. Ettepanekud ravijärjekordadest ja etteostmisest tulenevate korruptsiooniriskide vähendamiseks

Järgnevalt on toodud ettepanekud eelmises alapeatükis kirjeldatud probleemide ja korruptsiooniriskide vähendamiseks.

1. Kujundada arstkonnas selge seisukoht mitteametlike tasude suhtes

Raha maksmise, kingituste tegemise ja tutvuste kasutamise kohta on vajalik arstkonna ja raviasutuste tasemel leppida kokku selgetes põhimõtetes, mis on lubatud ja mis mitte. Selge seisukoha peaks võtma eelkõige Arstide Liit ja Haiglate Liit, aga ka tervishoiuga seotud riigiasutused (sotsiaalministeerium, Haigekassa, Terviseamet). Arstide Liidu seisukoht annaks arstidele (ja ka teistele tervishoiutöötajatele) selge sõnumi, milline on eetiline ja aktsepteeritav käitumine, mis omakorda aitaks kujundada õigeid hoiakuid. Uuringu läbiviijate soovitus on kehtestada nulltolerants kinkimisele ja mitteametlikult raha maksmisele. Sarnane reeglistik kehtib Eestis avalikus teenistuses ja on raske leida põhjendusi, miks see tervishoiusüsteemis peaks olema teisiti.

Ühiskonna väärtushinnangute ja hoiakute kujundamisele viitavad ka intervjuud Rootsi ja Taani ekspertidega, kelle sõnul ei peeta neis riikide normaalseks arstile kingituste tegemist või raha maksmist ning seda seetõttu ei esine.

Selge hoiaku peaksid kujundama ka raviasutused tööandjatena. Juhul, kui selline sõnum on haiglate poolt edastatud, ei heida üksikud avalikkuse ette jõudnud raha maksmise juhtumid raviasutusele varju.[11]

2. Tõsta patsientide teadlikkust ja teadlikult kujundada väärtushinnanguid

Patsientide teadlikkuse tõstmisega ravikindlustuse, ravijärjekordade ja maksmisviiside kohta tuleb edasi tegeleda. Teadlikkuse tõstmise kõrval on vajalik ka teadlik väärtushinnangute kujundamine. Näiteks on vajalik selgitada, et patsiendi jaoks „tasuta“ teenuste eest maksab Haigekassa elanike sotsiaalmaksust ning seega pole tarvis „lisa“ maksta; et hea töö eest saab tänada ka sõnade ja suhtumisega ning sellisel tunnustusel on suurem väärtus kui rahal; et iga makse eest on õigus saada kviitung. Teadlik arusaamade kujundamine peab olema haiglaülese institutsiooni ülesanne (näiteks sotsiaalministeerium, Haigekassa) ning tähelepanu tuleb pöörata erinevate sihtgruppideni jõudmisele (nt venekeelne elanikkond). Üheks võimaluseks väärtuste kujundamisel ja teadlikkuse tõstmisel on sotsiaalkampaaniad, meediakajastused jne.

3. Kokku leppida kaebuste menetlemise protsess ja tagada selle toimimine

Tuleb analüüsida ja kokku leppida, kas patsiendi kaebuste menetlemine mitteametlike tasude maksmise kohta kuulub raviasutuse või lisaks politsei või mõne teise asutuse pädevusse. Seejuures tuleb tagada, et kaebuste menetlemisel oleks tagatud järjepidevus, et vältida olukordi, kus patsient ei saa kaebust esitada või seda ei menetleta korrektselt. Analüüs peaks sisaldama ka patsientide kaitse analüüsi, st kas täna on kaebuste menetlemine piisavalt objektiivne ning tagatud on patsiendi kaitse. Vastasel juhul on oluline tagada nn vilepuhujate kaitse, et välistada olukorrad, kus raha maksmisest teavitajale esitatakse süüdistus. Teavitaja kaitse sätted on lisatud uue korruptsioonivastase seaduse eenõusse, mille kohaselt juhul, kui ametiasutust teavitatakse korruptsioonijuhtumist, tagatakse teavitamise fakti konfidentsiaalsus. Vilepuhujate kaitset valmistatakse hetkel ette ka Saksamaal.

Lisaks on oluline, et info selle kohta, milline asutus tegeleb Eestis mitteametlike tasudega seotud kaebuste menetlemisega ja kuidas on tagatud kaebuse esitaja kaitse, jõuab patsientideni.

[11] Transparency International Norra juhatuse liige Arvid Halvorsen tõi seminaril „Ettevõtete korruptsiooniriskid ja igapäevases äritegevuses tekkivate konfliktsituatsioonide lahendamine“ välja, et mitmetes riikides kehtib reegel, et ettevõttet võib töötaja korruptiivse teo eest vastutusele võtta. Juhul, kui ettevõte on võtnud kasutusele korruptsioonivastased meetmed, ettevõtet töötaja korruptiivse teo eest vastutusele ei võeta.

4. Laiendada arstidele korruptsioonivastase seaduse põhimõtted

Korruptsioonivastane seadus rakendub täna ametiisikutele, kelleks on riigi- või kohaliku omavalitsuse ametnikud. Uuringu teostajad soovitavad kaaluda tervishoiutöötajate lisamist ametiisikute hulka. Kuna tervishoiutöötajad pakuvad sarnaselt ametnikega avalikke teenuseid ning haiglaid rahastatakse suures ulatuses avalikust rahast, peaksid mitmed seaduse põhimõtted kehtima ka tervishoiutöötajatele. Tervishoiutöötajate kui ametiisiku suhtes on mõistlik kehtestada erisusi (nt pole mõistlik rakendada riigile majanduslike huvide deklareerimise kohustust). Saksamaa eksperdi sõnul ei luba ka nende tänane seadusandlus arsti korruptiivse tegevuse eest karistada, kuid jõustumas on ülemkohtu otsused, mis seda lubavad.

Uue korruptsioonivastase seaduse eenõus on laiendatud ametiisiku mõistet, tuues sisse avaliku ülesande täitmise, kuid on vaja analüüsida, kas ja milliste tegevuste osas laieneb see tervishoiutöötajatele.

5. Selgelt eristada tasuta ja tasuline arstiabi

Oluline on vähendada segadust tasuta ja tasulise arstiabi osas. Ühelt poolt on vaja tegeleda patsientide teadlikkusega, kuid teiselt poolt analüüsida, kuidas tänast süsteemi läbipaistvamaks muuta. Tasuliste teenuste pakkumine võib muuhulgas tekitada raviasutustele motivatsiooni näidata ravijärjekordi pikemana. Uuringu autorid soovitavad kaaluda tasuta ja tasuliste teenuste pakkumise keelamist samas raviasutuses samal erialal. See tähendab, et haiglavõrgu arengukava haiglad ei paku tasulisi teenuseid ja erakliinikud pakuvad ainult tasulist arstiabi, so neid ei rahastata Haigekassa vahenditest.

6. Anda patsientidele rohkem infot ravijärjekordade kohta

Infot ravijärjekordade kohta on vaja jagada senisest enam nii süsteemi tasemel (Haigekassa, meedia) kui raviasutustes. Süsteemne info peab selgitama järjekordade teket ja juhtimist. Täna on Haigekassa veebilehel abstraktne info ooteaegadest raviasutuste ja erialade lõikes, mida patsiendil on võimatu kasutada otsuste tegemiseks. Samuti ei ole tegemist reaalajas andmetega, vaid kvartali alguse seisuga. Patsiendile peaks olema lihtsalt kättesaadav ajakohane info erinevate haiglate sama eriala ooteaegade kohta.

Pikemas perspektiivis on abiks patsiendiportaali ja digiregistratuuri ühendamine, mis tagaks reaalajas ülevaate, millises raviasutuses ja millise arsti juurde on järgmine vaba aeg. Selline info on vajalik töövahend ka perearstidele, kes saaks suunata patsiendi sinna, kus abi saab kiiremini.

Kuni sellist üle-eestilist lahendust ei ole, tuleb edasi arendada raviasutustes pakutavaid interneti-põhiseid lahendusi ja telefoniteenust. Seejuures tuleks selgelt eristada kahte järjekorda – üks, mis on Haigekassa raha eest ja teine, mis on patsientide raha eest. Lisaks, juhul, kui patsient soovib registreeruda kindla arsti juurde, tuleb anda infot ooteaja kohta ka sama eriala teiste arstide kohta. HVA haiglad peaksid tegema selles osas sisulist koostööd.

3. Haiglate ravimi- ja meditsiiniseadmete hanked ning huvide konflikti oht

Huvide konflikt tervishoiusektori hangete puhul on olnud pikka aega aktuaalne ning igal aastal jõuavad meediasse juhtumid (vt ka ptk 1.3.2, risk 7), kus hankijad on otseselt või kaudselt seotud pakkujatega. Käesoleva analüüsi eesmärkideks on hinnata, kuidas raviasutused hankeid korraldades arvestavad võimalike korruptsiooniriskidega ja eeskätt huvide konfliktiga ning mil määral järgitakse Eestis riigihangetele kehtestatud reegleid.

Teema analüüsimiseks teostati dokumendianalüüs, juhtumianalüüs, viidi läbi intervjuud ja fookusgrupi arutelu. Dokumendianalüüsi käigus tutvuti riigihangete seaduse nõuetega. Juhtumianalüüsis võeti vaatluse alla perioodil 2010 – märts 2011 läbi viidud ravimite, meditsiiniseadmete ja kiirabiautode hangete hankedokumendid, mida küsiti hangetes märgitud kontaktisikute käest või saadi Riigihangete registrist. Kiirabiautode hanked lülitati analüüsi, et hangete võrdlemiseks oleks võimalikult ühetaoline hanke objekt ja ka meditsiiniseadmete valikul kaasati aparaadid, mida vajatakse paljudes haiglates ning mis oleksid võimalikult ühetaolised. Kokku analüüsiti 46 hanke dokumente, neist 11 kiirabiauto hanget, 21 ravimihanget, 5 videoendoskoobi hanget ja 8 ultraheliaparaadi hanget. Analüüsi käigus kõrvutati erinevate dokumentide hanketingimused eesmärgiga tuua välja sarnasused ja erinevused. Pikem ülevaade juhtumianalüüsist on toodud Lisa 6*,* käesolevasse peatükki on toodud vaid põhijäreldused. Lisaks analüüsiti perioodil 2007 - juuni 2011 esitatud 28 ravimite, meditsiiniseadmete ja kiirabiautode hangetega seotud vaidlustust, mis olid avaldatud Riigihangete registris, et saada ülevaadet, mis põhjustel on hankeid vaidlustatud.

Hangete teemal viidi läbi neli intervjuud, neist kolm suuremates haiglates (sh ühes haiglas ravimi- ja meditsiiniseadmete hangete teemal erinevate inimestega) ja üks väiksemas haiglas (vt intervjuu kava Lisa 5). Fookusgrupi arutelus osales 6 inimest (vt lähemalt Lisa 12).

3.1. Reeglid (riigi)hangete korraldamiseks ning hankeprotsess haiglates

Riigihangete korraldamist reguleerib riigihangete seadus (edaspidi RHS), kus on oluliste üldpõhimõtetena välja toodud hangetes konkurentsi tagamise vajalikkus, läbipaistvus ja huvide konflikti vältimine. RHS-s sätestatud korda tuleb rakendada juhul, kui hankelepingu eeldatav maksumus ilma käibemaksuta on suurem kui 40 000 eurot, kuid ka muul juhul tuleb lähtuda riigihangete üldpõhimõtetest. Lisaks on nõutud, et hankest, mille eeldatav maksumus on 10 000 - 40 000 eurot, peab teavitama hankija veebilehel või selle puudumisel kohaliku või maakondliku levikuga ajalehes.

RHS seab reeglid hanke algatamisele, hankedokumentide koostamisele (sh tehnilisele kirjeldusele) ja nende muutmisele, pakkuja kvalifikatsiooni kontrollimisele, pakkumuse esitamisele ja hindamisele ning teavitamisele. Nõuded on seatud pakkuja individuaalsele seisundile, millest lähtuvalt hankija kas ei tohi pakkujaga hankelepingut sõlmida või mille alusel hankija võib mitte sõlmida hankelepingut (RHS §38, vastavalt lg 1 ja 2), sellisteks nõueteks on näiteks pakkuja maksevõlgnevus, pankrotis olek või algatatud sundlikvideerimine. Nõuete seas, mille kohaselt on hankijal õigus mitte sõlmida hankelepingut, on sõnastatud ka nõue huvide konflikti puudumise kohta (RHS §38, lg 2, pt 4): hankija võib hankemenetlusest eemaldada pakkuja, kelle pakkumuse koostamisel on osalenud isik, kes on osalenud sama riigihanke hankedokumentide koostamisel või kes on muul viisil hankijaga seotud ja sellele isikule seetõttu teadaolev info annab talle eelise teiste pakkujate ees.

Hankija peab kontrollima, kas pakkuja majanduslik ja finantsseisund ning tehniline ja kutsealane pädevus vastavad hanketeates esitatud kvalifitseerimise tingimustele, need peavad olema piisavad pakkuja hankelepingu nõuetekohase täitmise võime tõendamiseks (RHS §39). Lisaks on nõutud, et tehniline kirjeldus peab tagama kõigile pakkujatele võrdsed tingimused pakkumuse esitamiseks ega tohi tekitada objektiivselt põhjendamatuid takistusi konkurentsile. Üldjuhul ei tohi tehnilises kirjelduses

nimetada kindlat ostuallikat, protsessi, kaubamärki, patenti, tüüpi, päritolu ega tootmisviisi, mis võiks anda mõnedele pakkujatele või toodetele eeliseid teiste ees või nende osaluse välistada. Erandjuhtudel, kui seda tehakse, tuleb lisada märge «või sellega samaväärne» (RHS §33).

Üldjuhul moodustatakse haiglates hanke korraldamiseks hankekomisjon, mis määratleb hanke üld- ja kvalifitseerumistingimused ning kinnitab tehnilise kirjelduse. Tehnilise kirjelduse koostavad või selle koostamise protsessis osalevad tavaliselt tervishoiutöötajad, kes seadet igapäevaselt kasutama hakkavad (so enamasti arstid), sõltuvalt haigla suurusest ja aparaadi spetsiifilisusest kaasatakse terve osakond või väiksem grupp arste. Tehnilise kirjelduse koostamiseks suheldakse tihti info kogumiseks võimalike pakkujatega (see võib sisaldada toote testimist haiglas). Hanke-eelne konsulteerimine ja testimine on loomulik osa tootega tutvumisest ja seadusega lubatud, kuid info selle kohta, kellega ning millises vormis on hankedokumentide koostamisel konsulteeritud, tuleb riigihangete korral dokumenteerida, et kõikidel potentsiaalsetel pakkujatel ning ka järelevalve teostajal oleks olemas läbipaistev informatsioon.

Siiski tuleb silmas pidada, et ainuüksi riigihangete korra täpne järgimine ei taga sobivaima lahenduse leidmist ning riigihangete reeglistik Eestis ei arvesta alati arstiabi spetsiifikast lähtuvate teenuste ja toodete eripäradega. Enamasti ei ole hind hanke ainsaks või peamiseks kriteeriumiks, vaid olulisem on toote või teenuse sobivus eesmärgipäraseks kasutamiseks võimalikult soodsa hinnaga. Sobivus eesmärgi täitmiseks on parameeter, mida on väga raske numbriteks teisendada ja mis sisaldab endas subjektiivset mõõdet nagu kogemus ja hankeobjekti sobivus väljakujunenud raviprotsessi. Näiteks võib tuua hanked, millega vahetatakse välja osa terviklikust seadmepargist operatsioonitoas või intensiivravi palatis, kus ühilduvus ja käideldavus on ohutuse aspektist üliolulised. Sellest aga tuleneb oluline korruptsioonirisk, sest kui toote sobivuse ja hanke kirjelduse koostamisel on määravaks arstide subjektiivsed eelistused, siis võib juhtuda, et otsuseid tehakse isikliku või pakkuja majandusliku kasu eesmärgil, mitte raviprotsessi kvaliteeti ja patsientide huvisid silmas pidades.

3.2. Aastatel 2010-2011 toimunud valitud hangete analüüs

Hankedokumentide analüüs näitas, et dokumentide ülesehitus järgib RHS-s sätestatud nõudeid ja koosneb standardsetest osadest. Sõltuvalt hanke objektist esineb erisusi, näiteks puudub ravimihangetes tehniline kirjeldus, mõnevõrra erinevad on ka nõuded pakkuja majandusseisundile ja tehnilisele pädevusele ning ainult meditsiiniseadmete puhul on lisaks madalaima hinna kriteeriumile osas hangetes kasutatud ka tehniliste tingimuste hindamist. Pakkuja majandusliku seisundi kontrollimiseks on enamasti kasutatud piiranguid müügikäibele, kuid piirangu suurus ja asjaolud on erinevad sõltuvalt hanke objektist. Tehnilise pädevuse hindamine on hankeobjektide lõikes üsna erinev.

Tabel 1. Levinumad hankedokumentides kasutatud kvalifitseerumistingimused

	Meditsiiniseadmed	***Ravimid***	***Kiirabiautod***
Majanduslik seisund	Müügikäive 4/6	Müügikäive 3/4	Müügikäive 7/7
Tehniline pädevus	Varasem kogemus 4/6 Toodete CE-märgitus 3/6 Hooldusspetsialist 2/6 Ametlik edasimüüja 2/6	Varasem kogemus 4/4 Tegevusluba 4/4 Ravimi müügiluba 3/4	Peab olema põhitegevus 5/7 Auto vastavus standarditele 5/7 ARKi kinnitus tüübile 4/7 Hooldejaamad 4/7 Varasem kogemus 3/7

Allikas: hankedokumente põhjal autorite koostatud

Märkus: numbrid tähistavad hankijate arvu, kes on vastavat tingimust rakendanud.

Tehnilised kirjeldused on hankedokumentide lõikes analüüsitava grupi (auto, meditsiiniseade) siseselt üsna standardsed, koosnedes kindlatest osadest (nt autode puhul baasmudel, lisavarustus,

tugevdused, kabiin, salong jne), mis võimaldab tehnilisi kirjeldusi üsna hästi võrrelda[12]. Mitmete hankedokumentide osas võib märgata identse sõnastusega tingimusi/tingimuste blokke, kuid praktiliselt kõigis hankedokumentides esineb ka tingimusi, mida teistes hankedokumentides ei esine. Selliste tingimuste osakaal jääb suurusjärku kuni 10 tingimust hankelepingus (võrdluseks, nii kiirabiautode kui ultraheliaparaatide puhul oli kokku üle 200 eraldi vaadeldava tingimuse).

Hankedokumentide analüüsi põhjal on raske anda hinnangut hanke tahtlikule suunatusele teatud pakkuja(te)le, kuna dokumentidesse lisatud tingimused, mis esmapilgul tunduvad suunavad (st ei esine teiste hankijate dokumentides), võivad olla hankija poolt põhjendatavad. Selline olukord on kirjeldatud ka Riigikontrolli auditis „Hangete korraldus SA Põhja-Eesti Regionaalhaiglas“ (2005), kus kiirabiauto hankes seati üheks tingimuseks auto esisillavedu. Kahest võimalikust pakkujast kvalifitseerus seetõttu vaid üks. Samas põhjendas hankija seda nõuet kiirabiauto hea läbitavusega halbades teeoludes. Ka Riigikontroll järeldas, et „*ei saa välistada, et just nimetatud esisillaveo nõude tõttu on aastatel 2001–2003 erinevatele Eesti haiglatele tarnitud uutest kiirabiautodest ca 80% pärit samalt hankijalt, kes võitis ka PERHi hankekonkursi*“. Lisatingimusi võivad nõuda ka suuremad haiglad, kes vajavad etteantud funktsioonidega seadmeid, vaadeldud ultraheliaparaatide hankedokumentide osas põhjendab see asjaolu suuresti erandlikke tingimusi.

3.3. Hangete vaidlustamine 2007-2011

Juhul, kui pakkujad leiavad, et nende huve on riivatud, on neil õigus esitada vaidlustus riigihangete vaidlustuskomisjonile. Seega on vaidlustused heaks indikaatoriks võimalike hanke menetlusprotsessi osades tehtud rikkumiste kohta[13]. Vaidlustamine ei ole siiski väga levinud, 2010. aastal vaidlustati ligikaudu 3% (9 hanget 269-st hankest) ravimi-, meditsiiniseadme ja kiirabiautode hangetest, mis on samas suurusjärgus üldise hangete vaidlustusmääraga[14]. Hangete vaidlustamine võib olla seotud nii hanke objektiga (tehniline kirjeldus) kui ka pakkujate kvalifitseerumisega.

1. Tehniline kirjeldus
    a. Riigihange “Puhastus- ja desinfektsioonivahendite ostmine“: hankija poolt nõuti naha desinfitseerimisvahendi ja jalaseene profülaktika toimeainena isopropüülalkoholi, mis annab eelise teatud tootjatele (vaie rahuldati).
    b. Riigihange „Kiirabiauto liisimine /…/”: vaidlustaja kohaselt piirab auto ümberehitamise nõue („*Astmeline voolujooneline katus, mille tulemusena saadakse patsiendiruumis sisekõrguseks vähemalt 1825 mm. Katusekõrgendus on valmistatud klaasplastist ja vormitud ning kujundatud spetsiaalselt vastavale baasmudelile. Antennide jaoks on paigaldatud nn peegeldust vältiv metalltahvel. Sisekatuseks on siledapinnaline plastikkomponent, peale ümberehitust on väliskõrguseks maksimaalselt 2450 mm.*”) pakkujate ringi, kuna sellisel kujul auto ümberehitamise kompetents ja kogemused on ainult ühel potentsiaalsel pakkujal (vaie rahuldati).
    c. Riigihange „Ühekordse kasutamisega testribade ostmine”: vaidlustajale teadaolevalt on hankija poolt nimetatud testribade ja neile vastavate glükomeetrite (*Glükomeetri testribad Glucocard X-sens, testribad glükomeetriga veresuhkru määramiseks vastavalt aparaadi tüübile Glucocard X-sensor*) ainsaks volitatud edasimüüjaks Eestis OneMed OÜ, kelle hulgimüüjast võtmepartneriks on Tamro Eesti OÜ. Seega saab riigihankes vastavaks osutuda ainult üks pakkuja, kuna kellelgi teisel ei ole võimalik küsitud tooteid pakkuda (vaiet ei rahuldatud).

[12] Erandiks on endoskoopiaseadmete hanked, kus hanke objektid on hangete lõikes üsna erinevad ning seetõttu on ka tehnilised kirjeldused erinevad.
[13] Vaidlustusmehhanismi kui korruptsioonivastast vahendit on välja toonud ka justiitsministeeriumi uuringus „Hangete korruptsioonitundlikkus“ (2009)
[14] Eesti Kaubandus- ja Tööstuskoja seminaril „Riigihanked ja aus äritegevus“ tõi rahandusministeeriumi esindaja välja, et 2010. aastal vaidlustati 4.8% hangetest (2009 – 4.8%, 2008 – 2.6%)

d. Riigihange „Glükomeetrite ja testribade ostmine /…/": hankija on nõudnud, et pakutav glükomeeter peab võimaldama määrata: „*vere glükoosisisalduse tulemust 5 sekundi jooksul alates hetkest, kui proovimaterjal täidab testriba mõõtekambrit*"; ehkki kriteeriumile vastab lisaks X-meter glükomeetrile ka teisi glükomeetreid, ei saa teiste glükomeetrite pakkujad osutuda edukaks, sest need ei vasta automaatse kalibreerimise nõudele (vaiet ei rahuldatud).

2. Kvalifitseerimistingimused
   a. Riigihange "V08CA Magnettomograafia kontrastained": Tamro Eesti OÜ-d kui pakkujat poleks tohtinud kvalifitseerida, kuna vaidlustajale teadaolevalt on Tamro Eesti OÜ omanud viimase 12 kuu jooksul maksuvõlga 284 päeva vältel (vaiet ei rahuldatud).
   b. Riigihange "Instrumendihooldusseadmete ost": AS Semetroni ei oleks tohtinud kvalifitseerida ja võitjaks kuulutada, kuna AS Semetron üks endine juhatuse liige on süüdi mõistetud ja teda on karistatud pistise lubamise või andmise eest vähemalt teist korda. Kuigi isik on juhatusest tagasi kutsutud, rehabiliteerib RHS-i kohaselt pakkuja käitumise üksnes karistusandmete kustutamine karistusregistrist (vaiet ei rahuldatud).
   c. Riigihange „Kolme kiirabiauto ostmine 2010 aastal": hanketeate punktid „*Pakkuja /…/ viimase majandusaasta netokäibe kohta konkreetsele riigihanke objektile vastavas osas, mis peab olema vähemalt 3 milj. Eesti krooni*"; ja „*Pakkuja /…/ on viimasel kolmel aastal ümber ehitanud ja müünud keskmiselt vähemalt 5 kiirabiautot aastas*" on konkurentsi kahjustavad, kuna sel hetkel tegutseb Eesti turul kaks peamist konkureerivat kiirabiautode tootjat, kellest ainult ühel on täidetud hankija poolt soovitud viidatud kvalifitseerimisnõuded (vaie rahuldati osaliselt).

3. Muu – näiteks hanke püstitus, tarnetähtajad jms
   a. Riigihange "Püsikardiostimulaatorid": kolme väljakuulutatud (SSIR, DDDR tk ja biventikulaarne DDDR) ja tegelikult neljale erinevale (neljas on p 5.2.4. nõutud ICD) seadmele ühe hanke korraldamine on konkurentsi piirav, kõik hankija poolt soovitud seadmed on erinevad tooted ning neid toodetakse ja turustatakse maailmas erinevate tootjate poolt erineva hinnaga (vaiet ei rahuldatud).
   b. Riigihange „V08A Mitteioonsed röntgenkontrastained": Vaidlustaja hinnangul nõuti ebareaalselt lühikesi tarnetähtaegu, mis eeldab pakkujalt lisakulu (vaie rahuldati).

Hangete vaidlustuste analüüs näitas, et põhimõtteliselt saab suunavaid tingimusi hanke-dokumentidesse lisada mitmel viisil, läbi tehnilise kirjelduse, pakkujate kvalifitseerumise ja muudel viisidel[15]. Vaidlustuste tulemuste analüüsi põhjal jääb mulje, et vaidlustuse tulemus sõltub peamiselt hankija põhjendamisoskusest ning vaidlustused rahuldatakse üldjuhul siis, kui hankija ei oska põhjendada, miks teatud tingimused on kehtestatud. See tähendab, et ka juhtudel, mil tegemist ongi suunatud hankega, kuid hankija oskab suunavat tingimust põhjendada, võib juhtuda, et vaidlustust ei rahuldata.

3.4. Peamised probleemid hangete korralduses

Analüüsi tulemusena võib välja tuua järgmised probleemid ja korruptsiooniriskid.

1. Hanked, mida ei korraldata RHS-s sätestatud korda järgides, on vähem läbipaistvad

Hankeid ei korraldata RHS-s sätestatud korda järgides kahel juhul - esiteks, kui hanke eeldatav maksumus jääb alla RHS-s toodud piirmäära (40 000 EUR) ja teiseks, kui haigla otsustab RHS-i nõudeid eirata. Hangete analüüsi põhjal ei ole haiglavõrgu arengukava haiglatest üks keskhaigla ja neli üldhaiglat korraldanud perioodil 2010 - märts 2011 ühtki ravimi- ja meditsiiniseadme riigihanget.

[15] Toodud näited on lisatud näitlikustavana ega tähenda, et tegemist on suunatud hangetega

Kuigi riigihangete korraldamata jätmine võib olla põhjendatav hanke objektide madalama maksumusega võrreldes RHS-i piirmääraga, on keskhaigla puhul RHS-i korduvatele rikkumisele viidanud ka Riigikontrolli auditid „Riigihangete korraldamine valla ja linna asutatud ning osalusega äriühingutes, sihtasutustes ja mittetulundusühingutes“ (2010) ja „Meditsiiniseadmete soetamine ja kasutamine tervishoiuasutustes“ (2008). Haigla on põhjendanud RHS-i eiramist sellega, et nad on äriühing ega tegutse avalikes huvides, mistõttu nad ei ole RHS-i mõistes hankijad ([79]). Rahandusministeeriumi (RHS-i kohaselt järelevalve tegija) seisukoht on, et kuna haigla on nimetatud Haiglavõrgu arengukavas ja saab ligikaudu 80% käibest Haigekassa tasustavate teenuste eest, tegutseb haigla siiski avalikes huvides. Täna vaidlus veel kestab ja rahandusministeerium kaalub väärteomenetluse käivitamist riigihangete seaduse rikkumise alusel.

Läbipaistmatus esineb ka hangete puhul, mille eeldatav maksumus jääb alla 40 000 euro (edaspidi: väiksemahulised hanked), st millele ei pea rakendama RHS-i nõudeid. Väikesemahuliste hangete puhul tuleb lähtuda vaid RHS-i üldpõhimõtetest, so tagada hangete läbipaistvus ja avatus, kuid see, kuidas neid põhimõtteid tõlgendatakse, on erinev. Lisaks tuleb hangete puhul, mille eeldatav maksumus jääb üle 10 000 euro, avaldada hankija kodulehel teade hanke väljakuulutamise kohta. See, kas hankija hanketeate avalikustab, kõik hindamiskriteeriumid dokumenteerib või hankeprotsessi korrektselt läbi viib, on raskesti jälgitav. Näiteks selgus intervjuude käigus, et väikesemahuliste hangete puhul võib hankija muuta hankeprotsessi käigus hanketingimusi. Samuti toodi fookusgrupis välja, et on esinenud juhtumeid, kus hanget ei viida üldse läbi või dokumendid saadetakse ainult ühele potentsiaalsele pakkujale ja neid ei väljastata teistele ka nõudmisel.

Väikesemahuliste hangete läbipaistmatuse probleem laheneb paljuski riigihangete seaduse muudatustega, mis jõustuvad 1. jaanuarist 2012. Uue redaktsiooni kohaselt tuleb hankeid, mille eeldatav maksumus on enam kui 10 000 eurot ja vähem kui RHS-i piirmäär, korraldada lihthankena, mis sisaldab endas muuhulgas teate ja riigihanke aruande avaldamist registris. Sellega asendub nõue väiksemamahuliste hangete avaldamise kohta hankija kodulehel avaldamisega riigihangete registris. Lisaks nõutakse hankijatelt asutusesisese hankekorra kehtestamist, juhul kui tema poolt ühes eelarveaastas planeeritavate asjade ja teenuste riigihangete eeldatav kogumaksumus ületab 80 000 eurot. Intervjuudest ja fookusgrupist selgus, et osa haiglaid rakendab juba täna 2012. aastast jõustuvat korda, st riigihangete piir on juba kehtestatud alates 10 000 eurost.

2. Huvide konflikti teadvustamine ja maandamine on raviasutuste lõikes ebaühtlane

Huvide konflikt võib väljenduda suunatud hangetena, so hanketingimused seatakse ühe konkreetse hankija kasuks. Sagedamini satub huvide konflikti arst, kes ühelt poolt on hangitava toote või seadme kasutaja ja teisalt kas otseselt seotud selle vahendamise või maaletoojaga või neid nõustanud ning saab hangitava seadme kirjelduse koostamise kaudu hanketulemust mõjutada.

Tehnilise kirjelduse koostamise protsessis suheldakse tihti info kogumiseks võimalike pakkujatega. Arstide eelistuste arvestamine on küll mõistetav, kuid pettuste ja riskide seisukohalt on oluline teada, millest on eelistused tingitud. Kui arsti eelistused tulenevad soovist töötada teatud seadmega, siis ei ole tegemist olulise probleemiga pettuste ja korruptsiooni seisukohalt. Pettuste ja riskide seisukohalt on tegemist probleemiga juhul, kui eelistuste aluseks on seotus eelistatava ettevõttega, st tegemist on huvide konfliktiga.

Hangete analüüsist selgus, et hanketeadetes on vaid Rakvere Haigla ja Põhja-Eesti Regionaalhaigla selgelt välja toonud RHS-i huvide konflikti käsitleva sätte (§38, lg 2, pt 4), samas rakendub säte kõigile riigihangetele ka juhul, kui seda hanketeates otseselt välja ei tooda. Mõned haiglad on huvide konflikti ohtu hangete puhul teadvustanud, näiteks tõi ühe haigla esindaja intervjuus välja, et hankekomisjoni moodustamisel jälgitakse, et liikmetel ei tekiks võimalust oma soove läbi suruda. Ka fookusgrupis tõi ühe haigla esindaja välja, et nende hankekord näeb ette, et enne hankemenetlust peavad hankekomisjoni liikmed deklareerima isiklikku mitteseotust ettevõtetega, kes on pakkuma tulnud.

3. Vaidlustusmehhanism võib takistada põhjendatud vaidlustusi

Hangete vaidlustamist peetakse korruptsioonivastaseks vahendiks, mistõttu on oluline, et vaidlustusmehhanism aitaks probleemseid juhtumeid välja selgitada, tekitamata seejuures liigselt kulusid ja halduskoormust. Vaidlustusmehhanism peaks tagama hankes osalejale võimaluse hange vaidlustada (ka lihthange), kui hankedokumentidesse lisatakse põhjendamatult kitsendavaid tingimusi.

Tänase vaidlustamismehhanismi puhul on probleemkohti, mis vähendavad motivatsiooni vaidlustada hanketulemus ka juhul, kui see oleks asjakohane. Esiteks on riigilõivu seaduse kohaselt vaidlustuse esitamiseks ettenähtud riigilõiv 1278,23 eurot, piirmäärast madalama eeldatava maksumusega hangete korral 639,11 eurot. Üsna suur riigilõiv võib pärssida soovi vaidlustada väiksema eeldatava maksumusega hankeid, kuna ei ole kindel, milline on lõplik otsus. Teiseks on vaidlustustähtajad lühikesed, vaidlustus peab olema vaidlustuskomisjonile esitatud 7 tööpäeva jooksul arvates teate avaldamisest registris[16]. Samas ei ole otstarbekas ka vaidlustamist väga lihtsaks muuta, kuna see pärsib hankimist.

Kuna hangete analüüsi põhjal jääb mulje, et vaidlustuste tulemus sõltub peamiselt hankija põhjendamisoskusest, on oht, et ka suunatud hangete korral leitakse põhjendus, miks konkreetset suunavat tingimust on dokumentatsiooni vaja lisada. Ka ühes intervjuus toodi välja, et vaidlustuste lahendamise praktika tundub ebajärjekindel, mistõttu on vaidlustustest raske õppida.

4. RHS-i reeglid üksi ei anna piisavalt infot huvide konflikti vältimise kohta

RHS kehtestab raamistiku hangete korraldamiseks, kuid seaduses ei saa kirjeldada kõiki erinevates eluvaldkondades ettetulevaid olukordi. Näiteks on hankija tõlgendada RHS-s nõutud hangete läbipaistvus ja avatus või huvide konflikti vältimine. Näitena toodi fookusgrupis välja, et hankijad kardavad vahel enne hankeprotsessi konsulteerida potentsiaalsete pakkujatega, kuid see ei ole keelatud eeldusel, et selline tegevus dokumenteeritakse hankedokumentatsioonis (st konsulteeriti ühe või teise ettevõttega).

3.5. Ettepanekud hangete korraldusest tulenevate korruptsiooniriskide vähendamiseks tervishoius

Üldjoontes tagab RHS hankeprotsessi avalikkuse ja läbipaistvuse ning kavandatavad muudatused aitavad läbipaistvust suurendada ka väiksemamahulistes hangetes. Fookusgrupis osalejate arvates on juba täna riigihangete korraldamine kohati bürokraatlik. Lisaks pole otstarbekas protsessi keerukamaks muuta, kuna 2012. aastast rakenduvad RHS-i nõuded juba suuremale ringile hangetele. Järgnevalt on toodud ettepanekud eelmises alapeatükis kirjeldatud probleemide ja korruptsiooni-riskide vähendamiseks.

1. Huvide konflikti vältimine ja huvide deklareerimine

Tervishoiu spetsiifikast tulenevalt ja Eesti väiksust arvestades ei saa välistada olukorda, kus hangitava toote kirjelduse koostaja (arst) võib olla seotud selle toote pakkujaga otse ettevõtluse kaudu või kaudsemalt, näiteks kasutades sponsoreeritud konverentsireise. Samas on tavapärane ja isegi hädavajalik, et seadmeid kasutavad arstid konsulteerivad hanke eel pakkujatega, mistõttu on loogiline, et seadmete müüjad räägivad kaasa hanketingimuste kujunemisel. Seega tuleks suunata tähelepanu hangitava objektiga seotud huvide avalikustamisele hangete ettevalmistuse ja läbiviimise käigus.

[16] Vaidlustustähtaegade lühikest perioodi tõi välja ka Arne Ots advokaadibüroost Raidla Leijns & Norcous Eesti Kaubandus- ja Tööstuskoja seminaril „Riigihanked ja aus äritegevus“: „*vaidlustustähtajad on liiga lühikesed, st praegusest 7 päevast ei piisa tihti isegi pakkumuse täies mahus läbilugemiseks*“.

Raviasutuse ametiisikud ja arstid, kes osalevad hangete või haigla ravimiformulari koostamisel, peaks asutuse juhtkonda kirjalikult teavitama oma seostest valdkonnas tegutsevate ravimitootjate ja meditsiiniseadmete vahendavate ettevõtetega ning deklareerima kõik neilt saadud ja taotletavad toetused viimase 5 aasta jooksul, samuti enda ja oma lähedaste isikute osalused ettevõtetes, kes meditsiinitoodetega tegelevad. Raviasutuse juhtkond peaks deklaratsiooni esitama raviasutuse nõukogule.

Raviasutuste kehtestatav hankekord peaks sätestama, et hangete tegemiseks moodustatud hankekomisjoni liikmed tutvuvad esitatud deklaratsioonidega ja ette nägema, kuidas lahendatakse huvide konflikti juhtumid kaotamata komisjoni erialast pädevust teha mõistlikke otsuseid.

2. Ühishangete soodustamine

Ühishanked, millesse vabatahtlikult liituvad mitu raviasutust, aitaksid kulusid kokku hoida (suurema kogusega võimalik suurem hinnaalandus), koondaksid erialast kompetentsi ja suurendaks läbipaistvust ning võiksid seetõttu abiks olla just spetsiifilisemate hangete korraldamisel. Ühishangete korraldamine aitab suurendada läbipaistvust ja vähendada korruptsiooniohtu (sh huvide konflikti ohtu) läbi selle, et kaasatakse mitu osapoolt, mistõttu on kuritarvituste võimalus väiksem.

Fookusgrupis osalejad tõid miinustena välja erinevad vajadused ja tarnimisega seonduvad aspektid. Kindlasti ei sobi ühishanked kõikide vajaduste rahuldamiseks, kuid on üsna palju olukordi, kus esinevad standardsed vajadused ja mida saab hästi ette planeerida. Ühishankeid korraldavad Taani eksperdi sõnul Taanis regionaalsed haiglad, mis võib olla üks põhjustest, miks Taanis hangetega pettuseid ja korruptsiooni ei seondu. Ühishankeid tehakse ka Rootsis.

Eestis tegutseb täna eraõiguslikul alusel Riigihangete Keskus, kohalike omavalitsuste osalusel asutatud mittetulundusühing, kelle poolt korraldatavates hangetes ei kaasne hankija jaoks kulusid, kuid pakkujatelt küsitakse teatud protsent vahendustasu. Sarnase töökorralduse loomist ühishangete läbiviimiseks võiks kaaluda näiteks Haiglate Liidu egiidi all.

3. Ravimi- ja meditsiiniseadmete hangete spetsiifilise huvide konflikti käsiraamatu koostamine

Üldise teadlikkuse tõstmiseks ja parimate praktikate tutvustamiseks tuleks koostada ravimi- ja meditsiiniseadmete hangete teemaline käsiraamat või juhend, mis selgitaks läbipaistvuse tagamise ja huvide konflikti vältimise võimalusi. Käsiraamat võiks sisaldada erinevaid ravimi- ja meditsiiniseadmete hangetes ettetulevaid tüüpsituatsioonide (nt pakkujatega konsulteerimine) kirjeldusi ja võimalusi tagada nendes situatsioonides läbipaistvus ja avatus. Käsiraamat aitaks tõsta hangetega tegelevate ja hangetega seotud isikute teadlikkust ning annaks ka sõnumi huvide konfliktiga seotud eetiliste dilemmade kohta. Lisaks RHS-i põhimõtete selgitamisele võiks käsiraamat sisaldada ka täna haiglate poolt kasutatavate parimate praktikate tutvustusi huvide konflikti vältimiseks.

Hanketeemalise käsiraamatu kõrval võib koostada tervishoiutöötajatele suunatud laiemat teemade ringi sisaldava huvide konflikti käsiraamatu, näiteks puudutada ka mitmel ametikohal töötamist, suhtlemist ravimifirmadega jne. Näiteks on sarnane spetsiifiline käsiraamat koostatud ametnikele ja ajakirjanikele[17].

[17] Vt näiteks Ajakirjaniku huvide konflikti käsiraamat http://www.transparency.ee/cm/kasiraamat

4. Ravi rahastamise lepingud

Käesolevas peatükis on vaatluse all ravi rahastamise lepingud, sh nii haiglavõrgu arengukava haiglate kui ka erakliinikute rahastamine. Kui haiglavõrgu arengukava haiglatega sõlmitakse ravi rahastamise lepingud läbirääkimiste tulemusena (st lepingud sõlmitakse kõigiga), siis erakliinikute rahastamine Haigekassa vahenditest toimub läbi avatud konkursi, st rahastuse saavad konkursil edukamateks osutunud teenusepakkujad.

Teema analüüsimiseks teostati dokumendianalüüs, juhtumianalüüs, viidi läbi intervjuud ja fookusgrupi arutelu. Dokumendianalüüsi käigus tutvuti ravi rahastamist reguleerivate seadustega ja õigusaktidega. Juhtumianalüüsis analüüsiti tervishoiuteenuse pakkujatega sõlmitavate lepingute aluseks olevat reeglistikku, sh kas reeglid on piisavalt selged, omavahel kooskõlas ja läbipaistvad.

Viidi läbi kolm intervjuud, neist kaks haiglavõrgu arengukava haiglate esindajatega (sh ühes suures ja ühes väiksemas haiglas) ja üks erakliiniku esindajaga (vt intervjuu kava Lisa 7). Fookusgrupi arutelus osales 10 inimest (vt lähemalt ka Lisa 12).

4.1. Lepingute sõlmimine Eesti ravikindlustuses

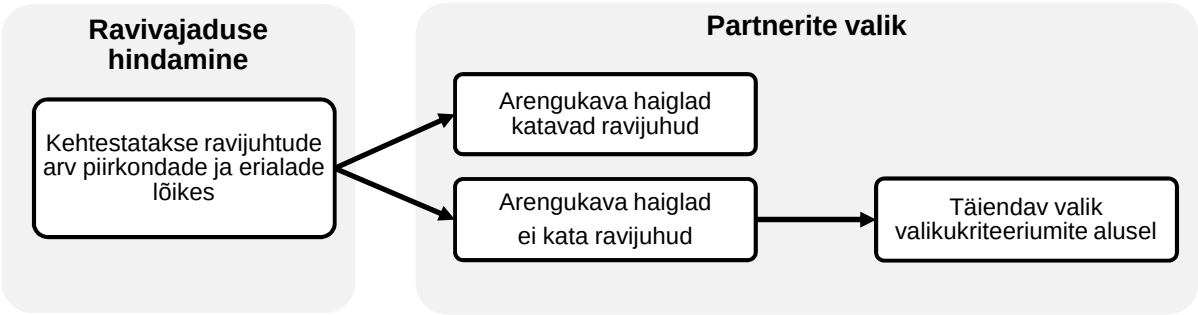
Ravikindlustuse vahendite kasutamise põhimõtted tulenevad peamiselt ravikindlustuse seadusest ja tervishoiuteenuste korraldamise seadusest ning nendest lähtuvatest õigusaktidest. Ravikindlustuse seaduses tuuakse välja asjaolud, mida Haigekassa hindab ravi rahastamise lepingu sõlmimise ning lepingu tähtaja üle otsustamisel (§34, lg 4):

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

Haigekassa peab enne lisavalikute väljakuulutamist tegema ettepaneku ravi rahastamise lepingute sõlmimiseks haiglavõrgu arengukava (edaspidi HVA) haiglatele ning täpsustama HVA haiglate suutlikkuse erialade ja töömahtude osas. Läbi HVA peaks olema tagatud tervishoiuteenuste ühtlane kättesaadavus ja kindlustatud isikute vajadusele vastavate tervishoiuteenuste osutamise võimekus, mis mõlemad on ravikindlustuse aluspõhimõtted. HVA koostas sotsiaalministeerium 2002. aastal baseerudes Rootsi konsultatsioonifirma poolt välja töötatud haiglavõrgu arendamise plaanile aastani 2015 (Estonian Hospital Master Plan, 2000). Haiglavõrgu arengukavasse kuulub 19 haiglat, Hospital Master Plan pidas optimaalseks vähendada haiglate arvu 13-le aastaks 2015.

Kui HVA-sse kantud haiglad ei suuda kõiki Haigekassa poolt määratud ravijuhtusid täita, kuulutatakse vastavas piirkonnas konkreetsel erialal ja konkreetsete teenuste osutamiseks välja konkurss ravi rahastamise lepingute sõlmimiseks. Konkursi läbiviimise aja, erialad, valiku alla kuuluva tervishoiuteenuse osutamise koha ja teenuse mahu (ravijuhud) määrab Haigekassa juhatus. Haigekassa algatab lepingupartnerite valiku konkursi väljakuulutamisega Eesti Haigekassa seaduse §12 lg1 pt 2[3] alusel, s.t Haigekassa nõukogu otsusega.

Lepingupartnerite valikul lähtutakse ravikindlustuse seaduse §36 lg 4 asjaoludest ja täpsemad juhised on kirjeldatud Haigekassa nõukogu otsusega[18], kus hinnatavad kriteeriumid on lahti kirjutatud koos kriteeriumide väärtuspunktidega (vt Lisa 8). Konkursil osalejad täidavad Haigekassa poolt kinnitatud taotlusvormi (vt Lisa 9). Ettepanek lepingu sõlmimiseks tehakse nendele taotlejatele, kellel on Haigekassa juhatuse poolt valiku kinnitamise otsuse tegemise ajal tegevusluba teenuse osutamiseks väljakuulutatud erialal väljakuulutatud teenuse osutamise kohas ja kes said hindamise tulemusena kõige enam punkte. Lõplik otsus lepingupartneri valikul on Haigekassa piirkondliku osakonna pädevuses. Lihtsustatult on kogu lepingute sõlmimise protsess kujutatud alloleval joonisel.



Joonis 4. Ravi rahastamise protsess
Allikas: autorite koostatud

Haigekassa sõlmib HVA haiglatega lepingu viieaastase tähtajaga, teiste lepingupartneritega, sõltuvalt hindamise tulemustest, vähemalt kolmeaastase tähtajaga. Lepingupartneritega, kellega varasemad lepingud puuduvad, on Haigekassal õigus sõlmida leping minimaalselt üheks aastaks.

Haigekassa ostab eriarstiabis konkursi alusel (so erakliinikutelt) ligikaudu 20% ravijuhtudest (u 9% summast), osakaal on viimase viie aasta jooksul püsivalt langenud. Osakaal erineb ka Haigekassa osakondade lõikes, näiteks Tartu piirkonnas ostetakse ligi 26% ravijuhtudest valikuprotsessi alusel.[19]

Tabel 2. Ravi rahastamine 2007-2011, eriarstiabi

	2007	***2008***	***2009***	***2010***	***2011***
Ravijuhtude arv	2 901 491	2 920 549	3 012 693	2 984 465	3 082 212
HVA	76.5%	77.9%	78.1%	78.9%	79.9%
valik	23.5%	22.1%	21.9%	21.1%	20.2%
Summa, EUR	319 038 578	387 818 248	398 683 980	375 930 204	390 060 941
HVA	90.3%	91.3%	91.4%	91.5%	91.7%
valik	9.7%	8.7%	8.7%	8.5%	8.3%

Allikas: Haigekassa, http://www.haigekassa.ee/kindlustatule/lep_partnerid

[18] HK nõukogu otsus 22.10.2010 nr 16 „Ravi rahastamise lepingu sõlmimise asjaolude hindamise alused ja lepingu tähtaja üle otsustamise tingimused"
[19] 2011. a andmed – valiku protsessi alusel ostetakse Harju piirkonnas 19.6%, Pärnu piirkonnas 12.0%, Tartu piirkonnas 25.8% ja Viru piirkonnas 19.8% eriarstiabi ravijuhtudest. Allikas: Lepingupartnerid, Haigekassa andmed lepingupartnerite kohta, http://www.haigekassa.ee/kindlustatule/lep_partnerid

4.2. 2011. aastal meedias kõlapinda leidnud vaidlustused lepingute sõlmimisel

Ravi rahastamine ja Haigekassa partnerite valiku temaatika on muutunud käesoleval aastal aktuaalseks, sest mitu tervishoiuteenuse osutajat on vaidlustanud Haigekassa otsused kohtus ja veebruaris 2011 otsustas Tallinna Halduskohus tühistada Haigekassa juhatuse otsuse konkursi väljakuulutamise kohta.

Detsembris 2010 vaidlustas AS Villa Benita halduskohtus Haigekassa otsuse (vaidlustusega liitus ka OÜ Biodesign), millega kuulutati välja konkurss täiendavate statsionaarsete hooldusraviteenuse pakkujate leidmiseks teatud piirkondades. Kitsaste asukohapiirangutega määratles Haigekassa sisuliselt raviasutused, mis võisid konkursist osa võtta, mistõttu ei saanud Keila vallas asuv Villa Benita konkursil osaleda. Haigekassa sõnul lähtuti piirangu seadmisel esiteks eesmärgist tagada elanikele ravi võimalikult kodu lähedal ja teiseks oli piirkonnas asuv Põhja-Eesti Regionaalhaiglale, mis on HVA haigla, kuuluv Keila haigla suuteline katma piirkonna hooldusravi vajaduse. Villa Benita tõi esile märkimisväärse teenuse kvaliteedi erinevuse võrreldes Keila haiglaga ja asjaolu, et taolise teenuse osas on inimesed siiski valmis ka kaugemale ravile minema. Märtsis kuulutas Tallinna Halduskohus Haigekassa otsuse taastusravi valiku osas Harju piirkonnas õigusvastaseks. Aprillis vaidlustas Haigekassa kohtuotsuse ringkonnakohtus ja jättis Villa Benitaga hooldusravi lepingu sõlmimata. Juhtum on huvitav ka seetõttu, et Keila haigla müüdi Põhja-Eesti Regionaalhaigla poolt aprillis 2011 ettevõttele PJV Hooldusravi, mis sel hetkel ei omanud antud kohas tegevusluba ja mis ei kuulu HVA haiglate hulka. ([68]-[72])

Aprillis 2011 vaidlustas Eesti Diabeedikeskus kohtus Haigekassa otsuse vähendada Diabeedikeskuse lepingumahtu eelmise aastaga võrreldes ligi 70%, milline leping anti Edmond Kliinikule. Viimase näol on tegemist uue ettevõttega turul. Eesti Diabeediliidu sõnul halvendatakse sellega diabeetikute koostööd oma senise arstiga ja ravi järjepidevust. Lisaks selgus, et OÜ GlycoStari hallataval Edmond Kliinikul polnud ravijuhtude rahastamisotsuse hetkel töötavat kliinikut ega personali ning ettevõtte omaniku sõnul polegi konkursil osalemise kriteeriumiks kliiniku olemasolu. Haigekassa sõnul pakkus GlycoStar konkurendist soodsamat hinda ja sai nii meditsiinilise personali pädevuse kui ka raviasutuse kohta esitatud nõuete osas rohkem punkte. Juulis sõlmis Diabeedikeskus Haigekassaga kohtuvälise kokkuleppe, kus osa GlycoStari ravijuhte anti Diabeedikeskusele. Kokkuleppe pakkus välja GlycoStar. ([73]-[74])

4.3. Valikute protseduuri läbipaistvus

Valdavas osas on Haigekassa nõukogu otsus „Ravi rahastamise lepingu sõlmimise asjaolude hindamise alused ja lepingu tähtaja üle otsustamise tingimused" kooskõlas valdkonda reguleerivate õigusaktidega ning täiendava valiku protsessis tervishoiuteenuse osutaja/taotleja poolt täidetava taotluse vormiga. Mõned vasturäkivused siiski esinevad:

a) Taotluse vormis ei küsita andmeid, mida taotluste hindamise reeglites oluliseks peetakse ning vastupidi. Näiteks ravijuhu keskmist maksumust on taotluse vormil küll nõutud, ent hindamiseprotsessis seda otseselt ei mõõdeta. Hindamiskriteeriumiks on „teenuse hind", mida aga taotluse vormil ei küsita.

b) Taotluse vormis kasutatakse mõisteid „ravijuhtude arv" ja „ravijuhu keskmine maksumus", kuid mõiste „ravijuht" ei ole lahti kirjutatud ei seadustes ega Haigekassa juhendites. Ravijuhu mõiste on toodud küll lepingu lisas, kuid pakkumise esitamisega seotud dokumentides sellekohane viide puudub. Samuti puuduvad juhised, kuidas taotleja peaks arvutama ja põhjendama „ravijuhu keskmist maksumust", sest kusagil pole sätestatud, mis teenustest erinevad ravijuhud võiksid koosneda.

c) Taotluses küsitakse hinnakoefitsienti, mille võrra odavamalt on taotleja nõus raviteenuseid osutama, kuid hindamiskriteeriumites räägitakse piirhinnast koos koefitsientidega ja ei ole kirjeldatud, mida ühel või teisel juhul soovitakse teada saada ning mis hindadest lähtudes peaks koefitsiente arvutama.

d) Arusaamatuks jääb ka ravikindlustuse seaduse §36 lg4 p5 järgimise võimalikkus. Kriteerium käsitleb tervishoiuteenuse osutajate piirarvu teeninduspiirkonnas. Viimast ei ole aga Eestis üheski dokumendis määratletud ja seetõttu on seda kriteeriumit võimatu valikuprotsessis hinnata.

e) Samuti ei järgi Haigekassa ravikindlustuse seaduse §38 lg 2, mis sätestab, et Haigekassa võib ravi rahastamise lepingu sõlmida ainult sellise tervishoiuteenuse osutajaga, kes peab ravijärjekorda vastavalt tervishoiuteenuse korraldamise seaduse §56 lg 1 p4 alusel sätestatule ja võimaldab tervise infosüsteemi kaudu sõlmida tervishoiuteenuse osutamise lepingut. Haigekassa poolt väljatöötatud vorm ei pea vajalikuks esitada ravijärjekorra andmeid.

Nii dokumendianalüüs, intervjuud kui ka fookusgrupi arutelu viitavad, et tänase süsteemi ülesehitus ja eeskätt ravi rahastamine konkursi kaudu on tõsiseks aruteluteemaks. Täna kehtiv pakkumisskeem ja otsustussüsteem ei ole pakkujatele ja kolmandatele isikutele arusaadav ega läbipaistev, soodustades seetõttu pettust ja korruptsiooni.

4.4. Peamised probleemid ravi rahastamise korralduses

Ravi rahastamise küsimus on taandunud Eestis viimase aastakümne jooksul Haigekassa ja haiglajuhtide omavaheliseks vaidluseks ja selles domineerib lepingute teema, sh kui palju ravijuhte üks või teine lepingupartner endale saab. Haiglate püüdluseks on suurem leping ning selles omakorda kallimad ja kasumlikumad teenused. Seega näevad täna HVA haiglad üksteist eeskätt konkurentidena. Rohkemate vahendite hankimine peabki olema asutuse juhi eesmärk, kuid avaliku raha eest toimivas tervishoius ei tohiks see olla domineeriv.

Eraldi probleem on tasuliste teenuste pakkumine. Raviasutuse vaatenurgast on tasuline teenus haiglale lisasissetulek, kuid patsientide seas tekitab see ebavõrdsust, kuna niiviisi paraneb vaid jõukamate patsientide ligipääs tervishoiuteenustele. HVA haiglate nõukogude vastutus peaks seaduse järgi olema raviteenuste kättesaadavus oma haigla teeninduspiirkonna elanikele ja haigla juhatuste suunamine koostööle teiste HVA haiglatega, kui oma võimsusest ja ressurssidest ei piisa.

1. Ravi rahastamisega seotud reeglid vajavad läbivaatamist seadusandja tasandil

Seaduse järgi on Haigekassa ülesanne tasuda ravikindlustatutele osutatud teenuste eest, st Haigekassa on eeskätt finantsasutus. Riigikogu, Valitsus ja sotsiaalminister määravad, millised on tervishoiuteenuste hinnad ja kui palju on vahendeid teenuste eest maksmiseks. Ka tegevuslube jaotab Terviseamet ning kokkuvõttes peavad kõik teenuste osutamise tingimused olema määratud enne lepingute sõlmimist. Samas on seadusandja jätnud määratlemata terve rea olulisi reegleid, mis teeks rahastamise läbipaistvamaks ja õiglasemaks. Selle näideteks on teeninduspiirkondade määratlemine, tasuliste teenuste ja ravijärjekordade reguleerimine, mis pole lahendatavad ainuüksi rahaliste lepingute alusel, vaid vajavad laiemal arutelul põhinevaid ning üldisemaid poliitilisi ja administratiivseid otsuseid. Lisaks võib näitena tuua HVA, mis on kümme aastat vana ning vajaks uut arutelu.

Ka intervjuude käigus ja fookusgruppides keskenduti ravi rahastamise teemal Haigekassa tegemistele ja tegematajätmistele, kuid peaaegu üldse ei mainitud sotsiaalministeeriumi, kuigi sotsiaal-ministeeriumi ülesandeks on tervishoiu juhtimine ja planeerimine, sh rahastamise korralduse regulatsioonide väljatöötamine.

2. Selgelt ei ole eristatud HVA haiglate ja erakliinikute roll ning nende poolt pakutavate teenuste rahastamine

Tänane tervishoiupoliitika on selgelt suunatud HVA haiglate eelisarendamisele, see tähendab garanteeritud ravikindlustusraha ja võimalusi investeeringuteks. See tuleneb vajadusest tagada stabiilne haiglavõrk, ööpäevaringne valmisolek patsientide teenindamiseks ning valmisolek statsionaarseks raviks (sh keerukateks protseduurideks ja operatsioonideks), mis on selgelt avalikes huvides.

Seetõttu tunnetavad HVA-st väljaspool olevad raviasutused ja erakliinikud ennast põhjendatult ebavõrdses olukorras. Näiteks on HVA haiglatel õigus osaleda teenuste vabaturul, so pakkuda teenuseid, mida inimene ise rahastab sarnaselt erakliinikutega, kuid HVA haiglad on siin riikliku poliitika tõttu eelisseisukorras.

Samavõrra puudub erakliinikutel kindlustunne tuleviku ees, sest Haigekassa lepinguid sõlmitakse erakliinikutega küll kolmeks aastaks, kuid nende lepingute jätkamine on Eesti õigusruumis jäetud kokku leppimata, sest õigusruum piirdub ainult HVA raviasutustega.

Seega on kõigi osapoolte huvides, et Eestis jõutakse kokkuleppele, mis teenuste osas ja mis mahtudes on mõistlik kasutada konkurentsil põhinevat rahastamise skeemi ning mis valdkondades pigem eelarvelist planeerimist, milline on täna domineeriv lahendus HVA haiglate rahastamisel, kuigi ka siin sunnivad formaalsed reeglid konkurentsile.

3. Konkurentsi kaudu rahastamine tekitab patsientides segadust ja partnerites ebakindlust

Arstiabi on oma olemuselt valdavalt loomulik monopol, sest kõik riigid reguleerivad isikute õigust osutada tervishoiuteenuseid, millest olulisim on karmid kutsenõuded – arstiabi või õendusabi osutamiseks peab olema arst või õde, mis tähendab, et arstiabi saab tagada ainult vastavate õigustega tervishoiutöötajate olemasolul ning keegi teine ei saa väljaõppinud arstide ega õdedega selles osas konkureerida. Et arstiõpe on täpselt reguleeritud mitte ainult sisu, vaid ka arstide erialase jaotuse ja arvu osas, on arstiabi pakkumises konkurentsi võimalused sisuliselt marginaalsed – tervishoiuteenuseid saab pakkuda vaid väga piiratud arv selleks väljaõppe saanud isikuid.

Teise loomuliku monopoli tunnuse – piirkondlikkuse – tõid ilmekalt esile 2011. aasta kohtuasjad Haigekassa lepingute osas. Nimelt pole vajadus paljude tänapäevaste ravimeetodite järele nii suur, et neid oskusi valdavaid isikuid peaks olema igal ajal ja igal pool. Näiteks onkoloogia, hematoloogia, nefroloogia ja neurokirurgia ravivajaduse katavad Eestis adekvaatselt ära kaks keskust – üks Tallinnas ja teine Tartus. Teises äärmuses on perearstid, kelle teeninduspiirkond (nimistud) on pigem valla ja linnaosa tasemel. Mõlemal juhul on elanike vajadus vastavate raviteenuste järele kaetud ilma konkurentsi tekitamata.

See ei tähenda, et mõnes tervishoiu valdkonnas oleks konkurentsi tekitamine võimatu, heaks näiteks on hooldusravi, mis nõuab vähemas mahus arstide tööjõudu ja ka lähedus patsiendi elukohale on suhteliselt väiksema tähendusega. Täna on konkurents tekitatud paljude erialade puhul ja vaja on analüüsida, kas ja millistel erialadel see on mõistlik. Pettuste ja korruptsiooniriskide seisukohast on konkurents probleemiks, kuna tekitab patsientides segadust, kus ja millistel tingimustel saab tasuta arstiabi. Teiseks tekitab konkurents rahastamisel läbipaistmatust ja ebakindlust, kuna pole selge, keda konkreetsel aastal rahastatakse.

4. Ravi rahastamise lepingute sõlmimise kriteeriumid ei ole piisavalt läbi mõeldud ega lahti kirjutatud

Lisaks peatükis 4.3 nimetatud vastuoludele lepingutaotluste vormide ja hindamisjuhiste vahel on küsimuseks, kes ja kuidas peaks lepingute sõlmimisel arvestama ravi kvaliteedi erinevaid dimensioone. Ravi rahastamise taotluse hindamisel võetakse arvesse küll mitmeid näitajaid, mis kirjeldavad tervishoiuteenuse osutajat või pakutava teenuse kvaliteeti, kuid mitmed neist kirjeldavad

pigem sisendeid (nt arstide kvalifikatsioon). Näiteks nõutakse Terviseameti luba tegutsemiseks, kuigi Terviseamet ei käi regulaarselt tervishoiuteenuse osutajaid kontrollimas, millele on viidanud ka Riigikontrolli audit „Riigi järelevalve tervishoiuteenuste osutajate üle“ (2007), samuti võetakse hindamisel arvesse tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjonile esitatud kaebusi, kuigi on teada, et enamikul juhtudest kaebused sinna ei jõua.

Hind on lisavalikute protsessis oluline, kuid ületähtsustatud faktor. Kuigi hindamisprotseduuri üldosas moodustab hind formaalselt vaid 25% võimalikust punktisummast (10 punkti 40 võimalikust), on teised hindamiskriteeriumid (maksevõlgnevus, pankrotis olek, leppetrahvide esinemine, õigusaktide rikkumine, kaebused) suunatud pigem ebakvaliteetsete pakkujate välistamiseks ega varieeru oluliselt. Ambulatoorse eriarstiabi osutajate hindamisel on lisaks üldosa punktidele näiteks mittekirurgiliste erialadel võimalik saada juurde vaid maksimaalselt 20 punkti (pakutava teenuse uuringute ja protseduuride osakaal, pädevushindamise/residentuuri läbinud arstide osakaal, koormus)[20]. See tähendab, et teenuse hinnal on määrav roll lepingupartnerite valikul. Intervjueeritavate sõnul ei uuri Haigekassa, mille arvelt madalam hind kujuneb. Näitena madalama hinna kompenseerimisest võib tuua lisanduva visiiditasu küsimise (Elite juhtum, [75]).

Madalaima hinna suur roll võib lepingupartnerile tekitada motivatsiooni ka kalkuleerida, millist teenust on tal kasumlik pakkuda (nt esmased vastuvõtud ja järelkontroll, nõustamistegevused) ja millise teenuse korral on tal otstarbekam patsient suunata näiteks HVA haigla eriarsti vastuvõtule, mis seab HVA haiglad ebavõrdsesse olukorda, jättes nende kanda kulumahukamad tegevused. See on vastuolus ravikindlustuse põhimõttega, mis seab eesmärgiks ravikindlustusrahade otstarbeka kasutamise. Ka ei ole see kooskõlas Haigekassa 2011-2014 arengukavas fikseeritud strateegiliste ja arengueesmärkidega toetada kvaliteeti tervishoiusüsteemis ning tagada ravikindlustusvahendite efektiivne kasutus ja ravikindlustussüsteemi jätkusuutlik areng.

Fookusgrupis toodi välja, et madala hinnaga teevad nö dumpingut sageli uued tulijad, kellel pole veel kliinikut, et proovida, kas leping võidetakse. Juhul, kui rahastamist ei õnnestu saada, ei hakatagi kliinikut looma. See seab raskesse olukorda juba turul olijad. Haigekassa annab mitmete kriteeriumide puhul uutele tulijatele maksimumpunktid (nt kaebused, leppetrahvid), kuna neid kriteeriume uute tulijate puhul hinnata ei saa.

5. Haigekassa lepingupartnerite valik ei ole alati läbipaistev

Intervjueeritavad tõid välja üksikuid juhtumeid, kus Haigekassa otsused ei olnud läbipaistvad. Näiteks on hinnatavate kriteeriumide hulgas nõue „ravikindlustust ja tervishoidu reguleerivate õigusaktide nõuetekohane täitmine tervishoiuteenuse osutaja või temale tööd andva isiku poolt“, kus tegelikkuses on hinnatud seda, kas Haigekassa on tervishoiuteenuse osutajale sellekohase hoiatuse saatnud, mitte seda, kas nõue on teenuseosutaja poolt täidetud või mitte.

Teiseks on esinenud juhtumeid, kus HVA haigla on pakkunud, et on võimeline teenindama rohkem ravijuhte, kui Haigekassa on soovinud, kuid vastav leping on antud hoopis samas piirkonnas asuvale erakliinikule. See tähendab, et tegelikkuses esineb situatsioone, kus HVA haiglatele seatakse täiendavaid tingimusi, mida Haigekassa nõukogu otsuses „Ravi rahastamise lepingu sõlmimise asjaolude hindamise alused ja lepingu tähtaja üle otsustamise tingimused” sätestatud ei ole. Lisaks võib siin näitena tuua Villa Benita juhtumi, kus Haigekassa saab piirkondade määramisega suunata teenusepakkujate valikut.

Partnerid ei ole sageli valmis heade suhete hoidmise eesmärgil selliseid otsuseid vaidlustama. Teiseks on küsitav, mis ulatuses ja viisil saab ravi rahastamise lepingute sõlmimist (sh partnerite valikuprotsessi ja selle vastavust kirjalikult sätestatud eeskirjadele) tagantjärele Haigekassa väliselt kontrollida. 2005. aastal viis Riigikontroll küll läbi auditi „Eriarstiabi lepingute sõlmimise korraldus Eesti

[20] Fookusgrupis toodi välja, et konkursi alusel rahastatakse valdavalt ambulatoorset eriarstiabi (u 95-97% koos päevaraviga) ning seal määrabki teenuse kvaliteedi tööjõud, mille pädevust konkursil hinnatakse.

Haigekassas“ (auditeeriti 2003. ja 2004. aasta lepinguid), kuid tegemist oli ühekordse kontrolliga. Auditis järeldati, et Haigekassa on eriarstiabi rahastamise planeerimisel ja lepingute sõlmimisel üldiselt järginud Haigekassa nõukogu ja juhatuse otsuseid. Ühe ettepanekuna soovitati läbi vaadata tervishoiuteenuste taotluste hindamise asjaolud ja rakendatav punktiarvestussüsteem, kuna olemasoleva punktisüsteemi alusel on raske taotlusi hinnata.

4.5. Ettepanekud ravi rahastamise süsteemi arendamiseks

Intervjuudes ja fookusgruppides arutatud teemad ja püstitatud probleemid seondusid üsna sageli ravi rahastamise süsteemi üldise ülesehitusega Eestis, millest tulenevad ka enamus ettepanekuid. Tuleb rõhutada, et ravi rahastamise küsimusele peab lähenema terviklikult, mitte lootes üksiku detaili kohendamise abil probleeme lahendada. Mitmed ettepanekud on lahedatavad peamiselt seadusandlike ja regulatiivsete otsustega, mitte Haigekassa tasemel ega lepingute abil.

1. Määratleda konkurentsi alused ja võimalused Eesti tervishoius

HVA on üles ehitatud eemärgiga tagada tervishoiuteenuste ühtlane ja võrdne kättesaadavus kindlustatud isikute vajadustest lähtuvalt ja HVA haiglad tegelevad sellega patsiendi aspektist terviklikult ja algusest lõpuni. Seevastu erakliinikute roll Eestis on lahti rääkimata ja kirjutamata, sh kas ja milliste tervishoiuteenuste osas võib patsient ise (ilma lisanduvate kuludeta) teenuseosutaja valida. See vähendaks ebavõrdset konkurentsi HVA haiglate ja teiste teenusepakkujate vahel, mis pingestab rahastamise jätkusuutlikkust.

Väga oluline on Eestis tegeleda teeninduspiirkondade määratlemisega, mis on kättesaadavuse ja kvaliteedi tagamiseks erinevate teenuste ja erialade lõikes selgelt erineva suurusega. Paljudel juhtudel sobib teeninduspiirkonnaks maakonna tase ja vahel ka suurem ühik, mis tagaks võimaluse suuremate lepingute sõlmimiseks ja oleks pakkujatele majanduslikult motiveeriv.

2. Selgemalt eristada teenuste pakkumine ravikindlustuse ja patsiendi otsetasude eest

Tänaseks on Eestis kujunenud olukord, kus mõnede teenuste ja erialade lõikes ning piirkondades on hägustunud HVA haiglate ja erakliinikute roll ja vastutus. Näiteks suuremates linnades on teenuseid, mida Haigekassa ostab samaaegselt nii HVA haiglatelt kui erakliinikutelt ning samu teenuseid pakuvad HVA haiglad elanikele ka tasu eest, sarnaselt erakliinikutele. Veelgi enam, esineb olukordi, kus samu teenuseid osutavad kõigil nimetatud viisidel ühed ja samad arstid.

Seega toimub konkurents kõigi raviasutuste vahel nii Haigekassa kui patsientide raha suhtes, kuigi sama tulemuse saavutaks, kui kõik maksujõulised patsiendid käiks erakliinikutes ning HVA haiglates tasulisi teenuseid ei osutataks. Tasuks kaaluda olukorda, kus HVA haiglad tegutsevad ravikindlustuse vahendite eest ja patsientidele tasulisi teenuseid ei osuta ning erakliinikud jäävad konkureerima nende patsientide pärast, kel on võimalik tasulisi teenuseid lubada.

3. Suund avatud konkurentsilt suunatud pakkumistele

Avatud konkursi kaudu hangitakse 15-25% ravijuhtudest ning jaotatakse 8-10% Haigekassa vahenditest, sest HVA asutused väidavad, et nad ei suuda kogu vajadust ära katta ja tekivad järjekorrad. Samal ajal pakuvad HVA asutused tasulisi teenuseid oma personali ja aparatuuriga oma ruumides, mis näitab, et tegelikult on võimsust rohkem, kui Haigekassa suudab endale kaubelda. Täna moodustavad tasulised teenused 3-5% HVA asutuste käibest ja võiks võtta eesmärgi, et paari aastaga viia HVA haiglates tasuliste teenuste osutamine nulli, suurendades selle võrra ravikindlustuse vahendite eest tellitud teenuste ja ravijuhtude arvu.

On pakutud, et vajalik oleks väline kontroll Haigekassa poolt ravi rahastamise lepingute sõlmimise üle (sh partnerite valikuprotsessi ja selle vastavus kirjalikult sätestatud eeskirjadele). Tagantjärele kontrolli

asemel on vaja kujundada selged reeglid, milline osa arstiabist ja mis tingimustel on avatud konkurentsiks ja kus kasutatakse läbirääkimisi.

4. Selgemad reeglid ja kriteeriumid ning pikemad lepingud

Teenuste osas, kus toimub konkurents Haigekassa vahendite osas samaliigiliste pakkujate vahel, on vaja selgemalt lahti kirjutada pakkumiste esitamise sisu ja vorm ning kooskõlastada see hindamiskriteeriumitega, samuti muuta läbipaistvamaks lepinguteni jõudmise protsess.

Pikemaajaliste lepingute osas tasub kaaluda võrdluseks omavalitsuste hankekogemusi jäätmeveo või bussiliikluse korraldamisel, kus suuremahuline leping sõlmitakse ainult ühe pakkujaga viieks aastaks ja kõigil ülejäänutel on konkureerimiseks viie aasta pärast aega valmistuda ja majanduslik motiiv seda teha. Ka arstiabis tagaks see selged mängureeglid ja kindlustunde.

5. Haiglavõrgu arengukava tuleb edasi arendada

HVA on kümme aastat vana ja praeguseks on juurdunud mitmed tavad ravi korralduses ja rahastamises, millest suur osa on mõistlikud, kuid teised vajavad arendamist ja mitmekesistamist. Näiteks, HVA jt raviasutuste rahastamise alusühikuks on teenus või ravijuht, kuid seda tuleks täiustada patsiendi- ja tulemuspõhise rahastamisega, mis motiveeriks osutama mitte pelgalt teenuseid, vaid hoolitsema patsiendi hea käekäigu eest ka erinevate teenuste vahel. See eeldab erialadeüleseid lahendusi ja koostööd erinevate asutuste vahel, kuid on vajalik just raviprotsessi järjepidevuse tagamiseks. Ka HVA haiglatega läbirääkimistel ja lepingute sõlmimisel on vaja arendada koostöö väärtustamist, et haiglad pakuks lahendusi järjekordadega toimetulekuks ühiselt, mitte konkureerivalt.

Kasutamata ressurss on HVA haiglate nõukogud, mis koosnevad asutajate ja omanike, st riigi ja omavalitsuste, esindajatest. HVA haiglate nõukogude roll tuleb Eesti tervishoiualases seadusandluses lahti kirjutada ning lisaks tavapärasele äriseadustikust tulenevale järelevalve funktsioonile peaks HVA nõukogude ülesandeks olema haigla ravitöö strateegiline suunamine vastavalt haigla teeninduspiirkonna patsientide vajadustele.

5. Kohtutesse esitatavad tervisetõendid

Kohtusse esitatavate tervisetõendite teema on aktuaalne olnud mõnda aega. Viimastel aastatel on meedias kajastamist leidnud kaks juhtumit, nendest esimene on saanud ka süüdimõistva otsuse kohtus. Nimelt tuvastas Terviseamet järelevalve raames, et Põhja-Eesti Regionaalhaigla kirurg väljastas korduvalt alusetuid tervisetõendeid kohtualusele, mis olid aluseks istungite edasilükkamisele ([20]-[31]). Teine juhtum seondub Eesti Entsüklopeediakirjastuse juhiga, kes taotles kohtuistungi edasilükkamist ja esitas kohtule tervisetõendi avariis saadud põrutuse tõttu voodirežiimile jätmise kohta, kuid keda istungi toimuma pidamise ajal nähti kesklinnas jalutamas. Tegemist on piiripealse juhtumiga, kuna tervisetõendi aluseks olev avarii tõepoolest toimus ja põrutus fikseeriti ([23]).

Teema analüüsimiseks teostati dokumendianalüüs, juhtumianalüüs, viidi läbi intervjuud ja fookusgrupi arutelu. Dokumendianalüüsis tutvuti asjakohaste õigusaktidega. Juhtumianalüüsis võeti vaatluse alla 2010. aastal ärajäänud kriminaalkohtumenetluse istungid maakohtutes ja ringkonnakohtutes. Selleks kasutati kohtute infosüsteemi andmeid, mis saadi justiitsministeeriumilt, andmed saadi kõigi 2010. aastal ärajäänud istungite põhjuse kohta. Justiitsministeeriumilt infopäringuga saadud andmed ei kajasta siiski infot kõigi ärajäänud istungite kohta ning seetõttu on arv alahinnatud. Ärajäänud istungite tegelik arv on suurem, kuna sellekohaseid andmeid kohtud infosüsteemi alati ei sisesta. Raportisse on siiski toodud ärajäänud istungite põhjuste analüüs. Ligikaudu kolmandiku toimikute puhul kontakteeruti põhjuse täpsustamiseks kohtumajadega, kes ise otsisid toimikutest istungi ärajäämise põhjuse või andsid loa toimikuga tutvumiseks. Lisaks tutvuti kõigi 2010. aastal Terviseameti poolt teostatud tervisetõendite kontrollidega (so taotluse sisu ja Terviseameti järeldus).

Intervjuud viidi läbi Viru, Pärnu ja Tartu Maakohtu esimeestega[21], Eesti Perearstide Seltsi ja Tallinna Perearstide Seltsi esindajatega ja riigi peaprokuröriga (vt intervjuu kava Lisa 10). Fookusgrupi arutelus osales kaheksa inimest (vt lähemalt Lisa 12).

5.1. Tänased reeglid tõendite väljastamise kohta

Tervisetõendi alusel kohtumenetlusele mitteilmumine on reguleeritud kriminaalmenetluse seadustiku §-s 170 lg 2 ja tsiviilkohtumenetluse seadustikus §-s 422 lg 1, mille kohaselt on ilmumata jäämise mõjuvaks põhjuseks muuhulgas raske haigestumine või lähedase ootamatu raske haigus, mis ei võimalda isikul ilmuda menetleja (kohus, prokuratuur, uurimisasutus) juurde. Sellise takistuse esinemise kohta tuleb isikul esitada menetlejale (tsiviilkohtumenetluse seadustikus: kohtule) tõend.

Tõendi väljaandmise kord on kehtestatud sotsiaalministri 2004. aasta määrusega nr 85 Menetlustoimingule väljakutsutud isiku enda haigestumise või lähedase isiku ootamatu raske haiguse kohta vormistatava tõendi vorm ja väljaandmise kord (edaspidi: sotsiaalministri määrus). Tõendi väljaandmise õigus on nii perearstil kui ka eriarstil. Tõend vormistatakse pärast tervishoiuteenuse osutamist, mille käigus takistuse esinemine tuvastati, ja sellekohaste kannete tegemist tervishoiuteenuse osutamist tõendavasse dokumenti. Tõend vormistatakse tervishoiuteenuse osutaja valitud vormi kohaselt ühes eksemplaris. Tõendile tehakse kanne, millega arst kinnitab, et tõend antakse välja esitamiseks kohtule, tõendamaks takistuse olemasolu, mille tõttu isik ei saa ilmuda menetlustoimingule kutsel märgitud tähtajaks. Tõendile kantavate andmete seas ei pea olema diagnoosi. Põhjendatud kahtluse korral tõendi vastavuse osas tegelikkusele esitatakse järelepärimine Terviseametile või maavanemale, kes teostavad tervishoiuteenuse osutaja üle järelevalvet tervishoiuteenuse korraldamise seaduse sätestatud korras.

Kohtutes kasutatavate tervisetõenditega seonduvad peamiselt kolm probleemi – tõendite nõuetekohasus (so vastavus sotsiaalministri määruses kehtestatud tingimustele), tõendite

[21] Tartu Maakohtu esimehega toimus lühiintervjuu.

asjakohasus (kas iga haigus peaks olema põhjus kohtuistungist kõrvale jäämiseks) ja tõendite fiktiivsus (arsti teadlik fiktiivse tõendi väljastamine). Tervisetõendite kergekäeline või kuritahtlik väljastamine takistab kohtute tööd ja ekstreemsematel juhtudel võivad kriminaalasjad aeguda, lisaks kaasnevad osapooltel täiendavad kulud ärajäänud istungitega.

5.2. Kohtuistungite ärajäämise põhjused

Järgnevate andmete tõlgendamisel tuleb pöörata tähelepanu sellele, et infopäringuga saadud andmed ei kajasta kõiki ärajäänud kohtuistungeid, kuna kohtud ei sisesta alati infot kohtuistungi ärajäämise kohta infosüsteemi. Seetõttu on järgnev hinnang haiguse tõttu ärajäänud kohtuistungite osas alahinnatud. Andmete ebatäielikkusele viitab näiteks asjaolu, et ainuüksi 2010. aastal saatis Harju maakohus Terviseametile taotlused 16 tervisetõendi kontrollimiseks; kohtute infosüsteemi andmetel jäi Harju maakohtus kriminaalkohtumenetluses 2010. aastal tervisetõendi tõttu ära vaid 1 istung. Kohtuistungite ärajäämise põhjuseid analüüsitakse siiski päringu andmete pinnalt. Selleks, et edaspidi oleks tagatud kvaliteetne ülevaade ärajäänud kohtuistungite arvu ning põhjuste osas, on kohtutel vajalik sisestada kohtute infosüsteemi planeeritud istungid, nende ärajäämine/edasi lükkamine ning selle põhjused.

Ligikaudu 16 000-st maakohtutes ja ringkonnakohtutes 2010. aastal peetud kriminaalkohtumenetluse istungist lükati edasi 269 istungit (1.7%). Täpsemal analüüsil selgus, et tervisetõendi esitamise tõttu lükati edasi 39 istungit, so 14.5% edasilükatud istungitest ja 0.25% toimunud istungitest. Võttes arvesse, et osad ärajäänud istungid olid planeeritud järjestikustel päevadel ja käsitledes neid edasilükkamisi ühe juhtumina, on ärajäänud juhtumeid vähem – 26 korda. Istungeid lükati edasi nii süüdistatava, kaitsja kui ka kohtuniku haigestumise tõttu (vt pikemalt ka Lisa 11).

Intervjueeritavate sõnul on tervisetõendite esitamine kohtutes ja tervisetõendite väljastamine arstide poolt jäänud vähemaks ja täna ei ole see enam nii sage probleem kui mõned aastad tagasi. Erandina tuleb välja tuua Viru Maakohus, kus tervisetõendeid esitatakse kohtu esimehe sõnul palju ja kus esineb probleeme tõendite nõuetekohasusega. Tõendite esitamise vähenemise peamiste põhjustena on välja toodud sotsiaalministri määruse vastuvõtmine 2004. aastal, kohtu autoriteedi kasv ja asjaolu, et inimeste väljakutsumine tehti 2009. aastal prokuratuuri kohustuseks.

Terviseametile 2010. aastal esitatud 16 taotlusest tervisetõendi kontrollimiseks (tegemist oli tsiviilasjadega) pidas Terviseamet põhjendamatuks 8 tõendit. Kõik 16 taotlust esitati Harju Maakohtu poolt. Siiski ei suuda Terviseamet hinnata tervisetõendi fiktiivsust ning ka teostatud kontrollid pigem järeldasid, et tuvastatud terviseseisund ei olnud takistuseks kohtusse ilmumisel ja/või tõendit ei küsitud arstilt kohtule esitamiseks, vaid muul põhjusel. Ühel juhul oli tõend mittenõuetekohaselt vormistatud asendusarsti poolt. Intervjuudes toodi välja, et kuritahtlikke tervisetõendite esitamisi (so isik on haigust simuleerinud või kaasab arsti kuritegelikult) siiski üksikutel juhtudel esineb.

> *„Näiteks üks keiss, kus vormikohane tõend esitati, aga teised protsessi osalised, kannatanud ütlesid, et ma olen seda meest hommikul näinud, ta tassis rasket redelit. Ja vormikohane tõend esitati, pidi kuuldavasti olema voodihaige.“*
>
> *„/…/kui arst ikkagi kirjutab, et ta väljastas selle tõendi koduvisiidi käigus kell 2 umbes. Inimest oli tabanud äge viirusinfektsioon, tegemist oli sisuliselt voodis oleva inimesega, samal ajal kui tegelikult menetleja teab, et see inimene lõunatas kuskil restoranis või oli kuskil ärikohtumisel“.*
>
> *„Inimene, kellele meeldis äritseda narkootiliste ainetega ja kes sellega ka vahele jäi, /…/, kui ma ei oleks tausta teadnud, ma oleks uskuma jäänud, /…/ helistas ja kutsus mind koduvisiidile väites, et tal on äge kõhulahtisus ja oksendamisega haigus, /…/ siis ta teeskleb, et ta nagu oksendab ja tal on kõht lahti ja siis sa ütled, et tegelikult see nii ei ole, et see etendus sind kui arsti ei veena ja sa seda tõendit ikkagi ei väljasta ja hea, et tegemist oli mingisuguse suhteliselt argliku kurjategijaga, kes siis ütles, et noh olgu, ma võin ju sinna kohtusse minna.“*

Teema on siiski endiselt oluline, kuna iga istungi edasilükkamine toob kaasa probleeme – asjaga seotud inimesed kutsutakse asjata kohtusse, istungiga kaasneb suur rahaline kulu ja menetlemine venib. Euroopa normid nõuavad, et kohtumenetlus peab lühikest aega kestma. Alahinnata ei tohi ka seda, et venitamistaktika riivab ühiskonna õiglustunnet. Ka fookusgrupis toodi välja, et tõendite esitamine takistab kohtute tööd ja probleemiga tuleb edasi tegeleda. Kiirem kohtumenetlus on justiitsministri sõnul üks prioriteetidest[22], mistõttu on oluline tervisetõendite esitamise reeglistiku ülevaatamine.

5.3. Peamised probleemid tõendite väljastamise protsessis

Intervjuude ja fookusgrupi tulemusena selgusid olulisemad probleemid tõendite väljastamise protsessis. Järgnevalt on patsiendi all mõeldud kohtualust ning kohtualuse kõrval kehtivad allolevad probleemid ka teiste võimalike haigestujate kohta (tunnistajad, advokaadid).

1. Arstid ei ole ühtviisi teadlikud kohtutesse esitatavatele tõenditele kehtestatud nõuetest

Viru Maakohtu esimehe sõnul tuuakse neile sageli mittenõuetekohaseid tõendeid ning ka teistes kohtutes on esinenud juhtumeid, kus tõend ei ole nõuetekohane või esitatakse vale otstarbega tõend (nt haigusleht). Eelkõige võivad info osas olla vähem teadlikud arstid, kes ei kuulu erialaliitudesse. Samas kohtunikud üldjuhul ei aktsepteeri mittenõuetekohaseid tõendeid. Lisaks toodi välja, et kohati antakse tõendeid välja tagantjärgi, so pärast kohtuistungi ärajätmist.

2. **Arstidele ei ole üheselt selge, milline haigus peaks vabastama kohtumenetlusest**

Probleem tuleneb ebaselgest määratlusest kriminaalmenetluse ja tsiviilkohtumenetluse seadustikus, kus on kasutatud sõnastust „raske haigus“. See on tinginud asjaolu, et arstid tõlgendavad olukordi erinevalt ja näiteks Tallinna Perearstide Seltsi esindaja, keda intervjueeriti, väitis, et nemad ei väljasta enam üldse tervisetõendeid, vaid töövõimetuslehe. Selline otsus tehti pärast konflikti Terviseameti kontrolliosakonnaga, kui tekkis arusaamatus piisava põhjusega haiguse teemal[23].

3. **Arstidel võib olla raske tõestada, et patsient soovib tahtlikult tõendi abil kohtumenetlusest kõrvale hoida**

Arstlikud otsused põhinevad väga suures osas patsiendi kirjeldatud enesetundel, st usalduslikul suhtel patsiendiga, mistõttu patsiendi ütluste kahtluse alla seadmine on keeruline ja vastumeelne. Lisaks ei ole paljude seisundite puhul võimalik patsiendi väiteid objektiivsete mõõdikutega tuvastada (nt valud, psüühika- või seedehäired). Lisaks toodi intervjuude käigus välja julgeoleku küsimus (nt kurjategija soovitud tõendi väljastamisest keeldumine).

Patsiendipoolse pahatahtlikkusega on ka tegemist, kui patsiendid ei teavita arsti sellest, et tõend on esitamiseks kohtule. See osutub probleemiks juhul, kui ka arst ei täpsusta, kellele tõend esitatakse või patsiendid küsivad tõendit järgmiselt arstilt, kes üleliigseid küsimusi ei tea esitada.

4. Kohtunike reageerimine tervisetõenditele ei ole ühtlane ja ei ole selge, mida ja kuidas nad peavad kontrollima

Sotsiaalministri määruse kohaselt võib kohtunik põhjendatud kahtluse korral pöörduda maavanema või Terviseameti poole. Reaalsuses on pigem kasutatud perearstile helistamist ja tõendi kohta lisainfo

[22] „Michal: riigilõive vähendav ja kohtumenetlust kiirendav eelnõu valmib veel sel sügisel“, Justiitsministeeriumi pressiteade, 27.09.2011, http://www.valitsus.ee/et/uudised/pressiteated/justiitsministeerium/43812/michal-riigiloive-vahendav-ja-kohtumenetlust-kiirendav-eelnou-valmib-veel-sel-sugisel

[23] Tallinna Perearstide Seltsi esindaja sõnul on Terviseameti kontrolliosakonna juhataja arvamusel, et kohtutõend põhjendatud vaid siis, kui on tegemist sünnituse või surmaga.

küsimist (so kas põhjendatud), mis paraku ei ole korrektne, kuna telefonitsi terviseinfot väljastada ei tohiks. Helistamine on tingitud kohese reageerimise vajadusest.

Terviseameti poolt 2010. aastal teostatud kohtusse esitatud tõendite kontrollid olid tellitud vaid Harju Maakohtu poolt. Intervjuudest ei selgunud, et keegi oleks selles küsimuses maavanema poole pöördunud. Viru Maakohtus on näiteks kasutatud isiku vahistamist olukorras, kus tervisetõendit ei esitanud. Järgmises kohtuastmes peeti sellist teguviisi liiga karmiks. Harju Maakohtu kohtunik tõi fookusgrupis välja, et ringkonnakohtus on tühistatud otsus mitte aktsepteerida töövõimetuslehte (so mittenõuetekohast tõendit).

Kuna tervisetõend esitatakse sageli samal päeval, ei ole võimalik istungi edasilükkamist vältida ning tagantjärgi tõendi kontrollimist seetõttu enamasti ei kasutata. Ka helistamist kasutavad vaid üksikud aktiivsemad kohtunikud. Kohtunike erinevale käitumisele on viidatud ka Kohtute haldamise nõukoja istungi protokollis[24]:

> *„Üks kohtunik tõi näite, et hommikul tuli tõend, et tunnistajal oli öösel pimesooleoperatsioon. Kohtunik tegi istungil vaheaja, helistas haiglasse, uuris, kas isik on kohtusaali transporditav. Lõpuks isik toodigi voodi ja aparatuuriga kohtusaali.“*

> *„On ka kohtunikke, kes vaatavad kehtivat Riigikohtu lahendit, mis tühistas ringkonnakohtu lahendi, kus inimesel oli väike varvas välja väänatud ja alama astme kohtud otsustasid, et see ei takista kohtusse ilmumist. Riigikohus aga arvas, et see võib takistada tema mõtlemisvõimet.“*

5. Kohtunikud ei tea täpsemalt, miks kohtualune istungile ei ilmu

Kuigi haigestumise korral tuleb menetlejale esitada nõuetekohane arstitõend, ei pea tõendile lisama infot terviseseisundi või diagnoosi kohta ning kohtunikel pole reeglina põhjust arsti sõnades kahelda. Mõned kohtunikud on küll võtnud ühendust tõendi väljastanud arstiga, et veenduda terviseseisundi tõsiduses ja tõendi otstarbekuses, kuid see on tuginenud vaid nn kõhutundele või varasemale kogemusele, mil kohtualune pole samuti kohtusse ilmunud.

5.4. Ettepanekud tervisetõendite väljastamisest tulenevate korruptsiooniriskide vähendamiseks

Erinevaid lahendusi testiti nii intervjuudes ja kui ka fookusgrupi aruteludes. Fookusgrupis jäi kõlama mõte, et pahatahtlikkust ei saa lõpuni välistada, kuid oluline on, et tõendi esitamisele saaks kiirelt reageerida. Alljärgnevalt on esitatud ettepanekud, mida toetasid nii perearstid kui ka menetlejad.

1. Kokku leppida selged tegevusjuhendid osapoolte vahel ja juhendite levitamine

Selgete tegevusjuhendite kokkuleppimine erinevate osapoolte vahel võimaldab protsessi ühtlustada ja vähendada teadmatusest tekkivat ebaefektiivsust. Siin on oluline arstide, menetlejate (sh kohtu erinevad astmed) ja kontrollijate konsensus.

A Tegevusjuhised arstidele:

> **Perearst tohib üldjuhul kohtutõendi väljastada ainult enda patsiendile.** Lahendus võimaldab välistada selle, et kui pahatahtlik patsient ei saa tõendit oma perearsti käest, pöördub ta nii kaua erinevate arstide poole, kuni tõendi saab. Tallinna Perearstide Seltsis selline infovahetus toimib, st juhul, kui perearsti juurde saabub võõras patsient tõendi sooviga, siis pöördutakse patsiendi perearsti poole.

[24] Allikas: Kohtute haldamise nõukoja viiekümne neljanda istungi protokoll, 16.-17. septembril 2010. a

Arst ei tohi kohtutõendit väljastada telefonikõne peale, vaid peab olema patsienti haigestumisperioodil ise näinud.

Arst peab alati küsima, kellele tõend on suunatud ja väljastama vastava tõendi.

Kohtutõendi aluseks olevat takistust ei tohi üldjuhul fikseerida pärast ettenähtud istungi aega ja võimalusel ka tõendit ei tohiks väljastada pärast ettenähtud istungi aega. Siin jäävad erandjuhud, mil patsient ei saa teavitada arsti istungist (nt koomas olek, avarii), sel juhul arst peab olema valmis neid põhjendama. Juhul, kui realiseerub ühe soovitusena toodud tõendite andmebaas, on seda nõuet võimalik tagantjärgi kontrollida. Tõend tuleb igal juhul esitada, kuna fikseerida tuleb põhjendatus, vastasel juhul on kriminaalmenetluses kohtul õigus mitteilmuja vahistada ja tsiviilmenetluses saab teha tagaseljaotsuse.

Arst tohib väljastada kohtutõendit vaid juhul, kui on kindel, et haigus on piisavalt tõsine, et inimene ei suuda kohtusse ilmuda. See eeldab ühist kokkulepet haiguse piisava tõsiduse osas kohtunike ja Terviseametiga ning vastava juhendi koostamist.[25]

B Tegevusjuhised kohtunikele:

Menetlejad tohivad aktsepteerida haigestumise tõendina vaid kohtutõendeid. See tähendab, et aktsepteerida ei tohi näiteks töövõimetuslehti. Nõue tuleb lisada kriminaalmenetluse ja tsiviilkohtumenetluse seadustikku, et välistada situatsioone, kus ringkonnakohus tühistab tõendite mitteaktsepteerimisest tulenevaid maakohtu otsuseid.

Kohtutõenditega seotud kaebused tuleb edastada Terviseametisse. Täna on Terviseametile esitanud taotluse tõendite kontrolliks 2010. aasta andmetele tuginedes vaid Harju Maakohus, seega on kohtunikke tarvis teavitada võimalusest ja vajadusest esitada kaebusi Terviseametisse. Kaaluda tuleks sotsiaalministri määrusest järelevalve rolli eemaldamist maavanemalt, kuna pole selge, kas seda võimalust täna kasutatakse ning info järelpärimiste osas võiks laekuda vaid ühte asutusse.

Info perearstide tegevusega seotud kaebuse kohta tuleb edastada Eesti Perearstide Seltsile. Infovahetus võib toimuda ka läbi Terviseameti juhul, kui nemad tuvastavad probleemi. Eesmärk on võimaldada perearstidel sisemiselt probleemidest aimu saada ja teadlikkust suurendada.

Istungite ärajäämine ja selle põhjus tuleb alati sisestada kohtute infosüsteemi. See võimaldab saada pidevalt kvaliteetset infot ärajäänud istungite ulatuse ja põhjuste kohta.

C Arstide ja kohtunikele juhendi koostamine ning koolitamine

Koostöös arstide ja kohtunikega tuleb koostada juhend, mis selgitaks tõendite väljastamise ja kohtusse esitamise korda. Oluline on kaasata mõlemaid osapooli, et selgitada osapoolte seisukohti. Näiteks võib arstidele selgitada, kui palju iga ärajäetud istung maksab ja et keegi peab need kulud katma (fookusgrupis toodi välja, et näiteks tsiviil- ja haldusasjades võib istung maksta tuhandeid kroone ja teine pool peab need kulud kandma), lisaks on teatud juhtudel istungiaegade järjekorrad aastapikkused ja edasilükkamine pikendab oluliselt kohtuasja lahendamist. Lisaks saab jagada infot, mis kohtuistungil toimub, et arst teaks, kas inimene on võimeline kohtusse minema või mitte.

Peale juhendi koostamist tuleb juhendit ja selle sisu levitada vastavates listides (näiteks Eesti Perearstide Seltsi listis), erialastes väljaannetes ning üritustel (Eesti Arstide päevad, Kohtunike Üldkogu). Eraldi võib korraldada koolitusi, mida tuleks korraldada pärast kavandatavate muudatuste tegemist.

[25] Alternatiivina on kaalutud loendi koostamist seisunditest, mis vabastavad kohtust, millest arstid saaksid lähtuda tõendi väljastamisel. Loendi puudusena toodi välja, et väga keeruline on koostada ammendavat loetelu.

2. Lisada sotsiaalministri määruse juurde lisana ametlik kohtutõendi vorm

Täna ei ole lisatud kohtutõendite väljastamist reguleeriva sotsiaalministri määruse juurde ametlikku vormi. Kindla vormi kasutamine märkega „Tõend on kohtule“ vähendaks mittenõuetekohaste tõendite väljastamist, lihtsustaks arsti tööd ning suurendaks arstide tunnetatud vastutust. Fookusgrupis toodi välja, et erinevate tõendite väljastamisega seondub suurusjärgus 100 õigusakti, millega arst peaks kursis olema ning tulenevalt sellest, et mitmete tõendite väljastamine on väga harv, tuleks igal korral vastava õigusaktiga tutvuda. Vormi etteandmine lihtsustab arsti tööd, kuna arst ei pea otseselt iga määrustega lõpuni tuttav olema. Juhul, kui jõustub nõue, et igasugusel arsti poolt väljastaval tõendil peab olema kirjas, kellele esitamiseks on tõend mõeldud[26], suureneb ka võimalus, et arstid kaaluvad senisest enam, kas patsiendi tervisehäire takistab tal kohtusse ilmuda.

3. **Laiendada Terviseameti volitusi**

Terviseamet teostab täna kontrolli kohtute taotluse alusel ja saab kontrollida vaid tõendite nõuetekohasust ehk vastavust sotsiaalministri määruses toodud nõuetele. Lisaks on Terviseamet andnud hinnangut ka tõendi aluseks olevale seisundile/diagnoosile, mis viitab, et Terviseamet on tutvunud perearsti dokumentatsiooniga, kuid pole selge, kas Terviseametil on täna selleks volitused. Kuigi põhimääruse järgi on Terviseameti järelvalveosakonna ülesandeks muuhulgas ametile esitatud vaiete menetlemine ning järelevalve all olevate valdkondadega seotud esitatud kaebuste ja taotluste lahendamine, ei ole sotsiaalministeeriumi sõnul Terviseametil õigust tutvuda patsiendi terviseandmetega.

Terviseametile tuleb anda volitused auditite teostamiseks ning vajadusel patsiendi terviseseisundi kontrollimiseks. See võimaldaks jagada perearstiga vastutust patsiendi pahatahtliku haiguse simuleerimise osas. Kaaluda tuleks kriminaalmenetluse ja tsiviilkohtumenetluse seadustikku otseviite lisamist menetleja võimalusele pöörduda Terviseametisse juhul, kui on alust arvata, et temale esitatud tõend on välja antud põhjendamatult; sellel võib olla hoiatav mõju menetlusosalistele ja tõendi väljastajale. Terviseametist võiks vajadusel saada ka infot kohtutõenditega seotud küsimuste osas.

4. Luua kohtutõendite elektroonne andmebaas

Tõendite andmebaasi loomine (eraldi andmebaasina või e-Tervises) võimaldab saada ülevaadet kohtutõendite väljastamise ulatuse kohta, võimaldab kontrollida tõendite väljastamist (nt kui arst väljastab ebatavaliselt palju tõendeid, mis hetkel tõendid on väljastatud jne) ning anda kiiremat infot haigestumise kohta. Andmebaasi kasutajaskond võiks olla võimalikult lai (sh tuleb läbi töötada, kellele millised õigused anda):

- Kontrollorgan – saab kontrollida tõendite väljastamist (nt Terviseamet), näiteks saab jälgida, et tõend ei oleks antud pärast ettenähtud istungi aega (või veelgi tähtsam, et takistus ei oleks tõendatud ja sisse kantud tagantjärgi);
- Arstid – saaksid infot, kas patsient on ka varem tõendeid taotlenud, et saada infot patsiendi võimaliku pahatahtlikkuse kohta;
- Prokurörid – saaksid infot, kas haigestuja on ka varem tõendeid taotlenud, et saada infot võimaliku pahatahtlikkuse kohta;
- Kohtunik – saab operatiivselt infot, et esitatud on tõend (sel hetkel, mil tõend väljastatakse) ja see võimaldab tal kiirelt reageerida (nt saata teistele menetlusosalistele teade, et istung lükkub edasi). Juhul, kui tõendile lisada ka terviseseisundi kirjeldus (vt järgmist soovitust),

[26] Fookusgrupis toodi välja, et töös on tõendite reform, kus erinevad tõendid grupeeritakse ühetaolisteks, seega ka kohtutõend võiks olla kooskõlas uute tõendite vormidega.

mille tõttu kohtualune ei saa istungile ilmuda, saab kohtunik kahtluse korral kontakteeruda arstiga.[27]

Andmebaasi kasutuselevõtt eeldab, et digilooga oleksid ühinenud kõik arstid. Lisaks tuleb digitaalsel kujul tõendi edastamiseks andmed krüpteerida. Juhul, kui tõendite andmebaas liidestada tulevikus kohtute infosüsteemiga, saaks tõendeid esitada otse kohtuinfosüsteemi, mis vähendaks arsti halduskoormust, kuna nii saaks otse ligipääsu kohtukutsele ja arst ei peaks kõiki andmeid enam sisestama. Elektroonse süsteemi kaudu võiks rakendada ka eelteavitust, näiteks juhul, kui arstini jõuab teave, et patsient on kodus ja soovib tõendit, saaks enne patsiendi ülevaatamist ja tõendi väljastamist kohut teavitada, et patsient ei tule kohtusse.

5. Lisada kohtutõendil nõutavate andmete hulka seisundi kirjeldus ja arsti otsus

Tõendil tuleks põhjendada, milline on patsiendi seisund, mis takistab istungil osalemist. See peaks olema kirjeldatud viisil, mis võimaldab tõendit mõista ka meditsiinitaustata inimestel (nt kohtunik). Kirjeldus suurendab tõendi väljastamisel tunnetatud vastutust ja annab infot kohtunikele, miks patsient kohtuistungil osaleda ei saa.[28]

Uuringu autorid soovitavad kohtutõendil rakendada ka piiratud osalemise kontseptsiooni, st kasutada piiripealsete juhtumite korral piiranguid patsiendi istungil osalemisele (näiteks võib patsient olla võimeline osalema maksimaalselt 1 tund või võimeline osalema vaid istudes). See tähendab, et kohtualune peab siiski kohtusse ilmuma, kuid tema terviseseisundiga arvestatakse. See võimaldab arstil jagada vastutust patsiendi tervise osas kohtunikuga, keda on teavitatud võimalikest terviseriskidest, ja anda alust tõendist keelduda.

Kohtumenetluse seadustikes tuleb mõiste „raske haigus“ asendada mõistega „isiku tervisehäire, mis takistab menetlustoimingus osaleda“. Sel juhul peab arst kinnitama, mil määral tervisehäire takistab patsiendi osalemist kohtuistungil konkreetsel ajal ja viisil, näiteks palavik või üldseisund häirivad keskendumisvõimet ja suutlikkust anda asjakohaseid ütlusi.

6. Teostada kohtutõendite auditeid ja koostada perioodilisi ülevaateid ärajäänud kohtuistungite põhjuste kohta

Täna tõendite väljastamist süsteemselt ei kontrollita. Tõendite audit on kõige efektiivsem elektroonse andmebaasi korral, kuna võimaldab lihtsal viisil kontrollida tõendite väljastamise põhjendatust, tõendite väljastamise aega, tõendite väljastamise sagedust arsti või kohtualuse kohta. Kahtluse korral saab lisaks kontrollida tõendile lisatud kirjelduse vastavust patsiendi terviselooga. Täna saab kontrollida vaid tõendite nõuetekohasust ehk vastavust sotsiaalministri määruses toodud nõuetele. Tõendite audit annaks ülevaate tõendite väljastamise põhjendatuse kohta, kuid see eeldab selget kokkulepet kontrolliorgani, kohtunike ja arstide vahel „piisava põhjuse“ mõiste üle. Auditi puuduseks on asjaolu, et tagantjärgi ei saa tõestada haiguse olemasolu ja terviseseisundit tõendi väljastamise hetkel, mistõttu on raske tuvastada pahatahtlikkust. Lisaks tuleb arvestada isikuandmete kaitse seadusega, mis täna piirab terviseandmetele ligipääsu.

Selleks, et saada perioodiliselt ülevaade, millistel põhjustel kohtuistungid ära jäävad, tuleb teostada ülevaateid kohtute infosüsteemi põhjal. Infosüsteemist kvaliteetsete andmete saamiseks tuleb kohtunikele teadvustada, et infosüsteemi peab lisama info iga ärajäänud istungi kohta.

[27] Alternatiivina on kaalutud kohtunikele tänasele e-Tervise andmebaasile ligipääsu andmine (so isiku terviseloole), mis võimaldab kohtunikel tutvuda patsiendi diagnoosi ja seisundiga. Ligipääsu võimaldamisel on siiski mitmeid puudusi – kohtunik ei pruugi mõista meditsiiniterminite sisu, arstid ei tee alati piisavalt korrektselt sissekandeid, rikutakse isikuandmete kaitset ning patsient võib oma terviseandmed sulgeda.

[28] Alternatiivina on kaalutud diagnoosi lisamist tõendile, kuid see on tugevas vastuolus isikuandmete kaitsega ning kohtunikud ei oska enamasti diagnoosi sisu tõlgendada. Lisaks ei pruugi diagnoos anda ühest infot patsiendi seisundi tõsiduse kohta, näiteks on toodud südamepuudulikkus, kus üks patsient võib olla voodihaige ja teine mitte.

7. Analüüsida ekspertarstide süsteemi rakendamise võimalikkust

Üheks alternatiiviks tänasele perearstide poolt väljastatavatele tõendite süsteemile oleks vastavate tõendite väljastamisele spetsialiseerunud arstide võrgustiku loomine. Ka Taani ekspert tõi välja, et Taanis on diskuteeritud, kas perearst on sobilik väljastama kõiki tõendeid (seal: juhilubade tõend) tulenevalt oma seotusest patsiendiga. Näiteks kasutatakse Poola kohtutes ekspertarste, kes patsiendi ravijuhtumi üle vaatavad, kui on tekkinud kahtlus tõendi põhjendatuse kohta. Ekspertarstide kaasamine võimaldaks tõendite väljastamist paremini juhtida ja tõendite väljastamine on objektiivsem. Ekspertarstide süsteem on siiski suhteliselt kulukas ja läbi tuleb mõelda erinevad ohud. Uuringu autorid soovitavad põhjalikumalt analüüsida uue süsteemiga kaasnevaid tulusid (nt istungite edasilükkamise vähenemisega kokku hoitud kulud) ja kulusid, et anda hinnangut süsteemi ümberkorraldamise mõttekusele. Seetõttu on toodud soovitus siiski asjakohane eelkõige siis, kui teised eelpooltoodud soovitused ei anna olulist tulemust.

6. Tegevuskava

Käesolevasse peatükki on koondatud uuringu käigus ja analüüsi tulemusena kujunenud soovitused riskide ja pettuste maandamiseks Eesti tervishoiusektoris. Esitatud on meetme sisu, eesmärk ja eestvedaja.

Tegevuskava põhijooneks on korruptsiooni ennetamine. Kuigi pettuste ja riskide vältimiseks on tarvilik ka efektiivne järelvalvesüsteem, jõuab sellesse faasi vaid murdosa toimunust ja ka sel juhul on korruptsioon raskesti tõendatav. Mitmed Eesti tervishoiu korruptsiooniriskid ei tulene ainult üksikisikute meelevaldsest tegevusest, vaid tegemist on puudujäägiga tervishoiualases seadusandluses. Näitena võib tuua ravijärjekordade ja tasuliste teenuste teemad, mis on seotud ravi rahastamisega ja kus lahendus ei seisne ainult üksikute detailide muutmises, vaid vaja on terviklikku lähenemist.

Korruptsiooni ennetamine toimub ühelt poolt läbi reeglite selgemaks muutmise ja teisalt läbi kodanikuühiskonna arendamise. Viimase puhul tuleb tõsta patsientide, tervishoiuteenuse osutajate ja teiste tervishoiusektori osapoolte teadlikkust ning kujundada hoiakuid ja väärtushinnanguid. Sel viisil on mõju tervishoiusektorile laiem kui ainult uuringus detailsemalt analüüsitud riskide osas.

Tabel 3. Meetmed pettuste ja korruptsiooniriskide vähendamiseks Eesti tervishoius (meetmed ei ole esitatud tähtsuse järjekorras, vaid järgivad käesolevas uuringus käsitletud teemade järjekorda)

	MEEDE	***EESMÄRK***	***EESTVEDAJA***
1.	Selge seisukoha võtmine arstide poolt mitteametlike tasude vastuvõtmise mitteaktsepteeritavuse kohta (nii enne teenuse saamist kui selle järgselt)	Nulltolerantsi juurutamine mitteametlike tasude osas, selguse suurendamine	Sotsiaal-ministeerium, Arstide Liit, Haiglate Liit, raviasutused
2.	Teadlik elanikkonna väärtushinnangute kujundamine ja teadlikkuse tõstmine (sh meediakampaaniad): - teadvustamine, et patsiendi jaoks „tasuta“ raviteenuste eest tasub Haigekassa ja selle tarvis on juba makstud sotsiaalmaksu - mitteametlike tasude osas hoiakute kujundamine - patsientide teavitamine mitteametlike tasudest teavitamise õigusest ja võimalustest	Elanikkonna teadlikkuse tõstmine ja hoiakute kujundamine	Sotsiaal-ministeerium
3.	Korruptsioonivastase seaduse põhimõtete laiendamine arstidele	Läbipaistvuse suurendamine	Justiits-ministeerium
4.	Patsientide poolt mitteametlike tasude teatamise menetluskäigu kokkuleppimine	Patsientide õiguste ja kaitse tagamine, selguse suurendamine	Sotsiaal-ministeerium, justiits-ministeerium
5.	Tasuta ja tasulise arstiabi selge eristamine raviasutustes	Tasuta ja tasuliste teenuste pakkumise lõpetamine samas raviasutuses samal erialal	Sotsiaal-ministeerium
6.	Digiregistratuuri arendamine – reaalajas informatsiooni andmine erinevate haiglate ravijärjekordade kohta, eristades selgelt Haigekassa poolt finantseeritavad vastuvõtud patsiendi poolt tasutavatest	Ravijärjekordade läbipaistvuse suurendamine	Sotsiaal-ministeerium
7.	Hangete ettevalmistamise ja läbiviimise protsessis osalevate kõigi isikute huvide kirjalik deklareerimine	Huvide konflikti vältimine, läbipaistvuse suurendamine	raviasutused
8.	Tervishoiule vajalike hangete korraldamise käsiraamatu koostamine ja parimate praktikate tutvustamine; tervishoiutöötajatele suunatud huvide konflikti käsiraamatu koostamine	Teadlikkuse ja oskusteabe suurendamine, hoiakute kujundamine	Rahandus-ministeerium, Haiglate Liit
9.	Ühishangete tegemiseks vajalike tingimuste loomine ja ühishangete soodustamine	Ressursside efektiivne kasutamine, hangete läbipaistvuse suurendamine	Haiglate Liit, rahandus-

	MEEDE	*EESMÄRK*	*EESTVEDAJA*
			ministeerium
10.	Konkurentsi aluste ja võimaluste määratlemine Eesti tervishoiusüsteemis ja ravikindlustuse vahendite kasutamisel	Ebavõrdse konkurentsi vähendamine HVA haiglate ja teiste teenusepakkujate vahel	Sotsiaal-ministeerium, Haigekassa
11.	Tervishoiuteenuste osutamiseks sobivate teeninduspiirkondade määratlemine, mis on aluseks planeerimisele ja tegevuslubade andmisele	Raviteenuse kättesaadavuse parandamine, rahastamisotsuste selguse suurendamine	Sotsiaal-ministeerium, Valitsus
12.	Avatud konkursi raames esitatavate pakkumustele selgete reeglite ja hindamiskriteeriumite kujundamine	Teenusepakkujate valiku reeglite selguse ja läbipaistvuse suurendamine	Sotsiaal-ministeerium, Haigekassa
13.	Avatud konkursil edukaks osutunud teenusepakkujatega pikemaajaliste lepingute sõlmimine	Teenusepakkujate jaoks stabiilsuse suurendamine	Sotsiaal-ministeerium, Haigekassa
14.	Haiglavõrgu arengukava edasiarendamine suunaga konkurentsilt koostööle	Raviteenuse kättesaadavuse parandamine, rahastamisotsuste selguse suurendamine	Sotsiaal-ministeerium, Valitsus
15.	Haiglavõrgu arengukava haiglate nõukogude ülesannete ja pädevuse suurendamine	Raviteenuse kättesaadavuse tagamine ja arendamine	Sotsiaal-ministeerium Valitsus
16.	Tervisetõendite väljastamise tegevusjuhendi väljatöötamine arstidele, tervisetõendite kontrollimise tegevusjuhendi väljatöötamine kohtunikele; juhendite levitamine; arstide ja kohtunike koolitamine	Selgete ja ühtselt arusaadavate tervisetõendite väljastamise reeglite määratlemine ja reeglite järgmine	Justiits-ministeerium, sotsiaal-ministeerium
17.	Sotsiaalministri määruse* lisas kohtutõendite vormi detailne kirjeldus, sh arstipoolne kinnitus tervisehäire iseloomu kohta, kriminaalmenetluse ja tsiviilkohtumenetluse seadustikku nõue aktsepteerida vaid ametlikule vormile vastavaid tõendeid	Selgete ja ühtselt arusaadavate tervisetõendite väljastamise reeglite määratlemine	Sotsiaal-ministeerium
18.	Terviseameti volituste laiendamine, et kontrollida tervisetõendite väljastamise õigsust, maavanema kui järelvalvaja rolli kaotamine sotsiaalministri määruses* ning viite lisamine kriminaalmenetluse ja tsiviilkohtumenetluse seadustikku selle kohta, et menetleja võib kahtluse korral tõendi põhjendatuse osas pöörduda Terviseametisse	Tervisetõendite üle seaduspärase järelevalve teostamise võimaluste täpsustamine ja loomine	Sotsiaal-ministeerium
19.	Kohtutõendite elektroonse andmebaasi loomine	Kohtute töö efektiivsuse tõstmine	Justiits-ministeerium
20.	Perioodiliste ülevaadete koostamine kohtute infosüsteemi andmete põhjal ärajäänud kohtuistungite põhjuste kohta	Kohtute töö efektiivsuse tõstmine	Justiits-ministeerium
21.	Ekspertarstide süsteemi Eestis rakendatavuse ja tasuvuse analüüs	Kohtutõendite põhjendatuse tagamine	Justiits-ministeerium

Märkus: *Menetlustoimingule väljakutsutud isiku enda haigestumise või lähedase isiku ootamatu raske haiguse kohta vormistatava tõendi vorm ja väljaandmise kord.

Kokkuvõtteks, kuigi ka tagantjärele kontroll ja uurimistegevus on korruptsiooni korral vajalikud, tuleb korruptsiooni varjatud iseloomu tõttu riskide ja pettuste vähendamiseks Eesti tervishoius panna põhirõhk ennetavale tegevusele. Väga oluline on teadlik väärtushinnangute ja hoiakute kujundamine, mis aitab kujundada keskkonna, kus omakasu realiseerimine on muudetud sobimatuks.

Kokkuvõte

Uuringu eesmärgiks on kaardistada Eesti tervishoiusektori olulisemad pettused ja korruptsiooniriskid ning pakkuda välja meetmed nende vähendamiseks. Uuringus on kombineeritud erinevaid uurimismeetodeid – viidi läbi dokumendi-, juhtumi- ja meediaanalüüs, intervjuud ja fookusgrupi arutelud tervishoiusektori ekspertidega ning patsientide küsitlus. Projekti kaasati ministeeriumid, Haigekassa, Terviseamet, haiglad, arstid, patsientide ühendused jt olulised osapooled.

Uuringu autorid on pettuste ja korruptsioonina defineerinud tervishoiutöötaja tegevuse, mis ei lähtu patsientide, tööandja ja avalikest huvidest ning seeläbi saadakse otseselt või kaudselt omakasu. Tuleb arvestada, et ka üksikud äärmuslikud näited pettustest ja korruptiivsest käitumisest kahjustavad tervishoiu mainet ning kõigutavad patsientide usaldust.

Uuringu käigus jõuti järeldusele, et Eesti tervishoiusektoris esineb valdkonnale iseloomulikke probleeme ja riske, see tähendab nii tervishoiusektori korralduse, tervishoiuteenuste osutajate, kasutajate kui ka kolmandate osapooltega seotud riske. Uuringu käigus kaardistati üheksa tüüpilisemat Eesti tervishoiusektori riski ning detailselt keskenduti neljale valdkonnale.

Ravijärjekorras etteostmine toimub seaduslikul viisil tasuliste teenuste kaudu või ebaseaduslikult mitteametlike tasude kaudu. Mitteametlikud tasud ei ole Eestis väga levinud – patsientide küsitluse tulemuste kohaselt on viimase paari aasta jooksul vastuvõtule või ravile saamiseks maksnud mitteametlikult raha 2% ja kingituse teinud 5% patsientidest, seevastu tutvusi on kasutanud iga seitsmes küsitletu. Patsientide peamiseks motiiviks raha maksmisel, kingituste tegemisel ja tutvuste kasutamisel on kiirem ligipääs teenusele või parema kvaliteediga teenuse saamine. Uuring näitab, et patsientide suhtumine mitteametlikesse tasudesse ei ole ühesugune ning teatud situatsioonide õigustamine peegeldab ühiskonna väärtushinnanguid. Lisaks selgus patsientide küsitlusest, et negatiivselt suhtutakse tasulistesse teenustesse, mille abil täna seaduslikult saab ravijärjekorras ette osta. Peamised riskid, mis võivad mõjutada mitteametlike tasude levikut, on järgmised.

- Esiteks, ühiskonnas laiemalt (sh riik, tervishoiutöötajad, patsiendid) pole toimunud piisavat sisulist diskussiooni mitteametlike tasude teemal ja teadlikku väärtushinnangute kujundamist, mistõttu puudub ühtne arusaam, kas maksmine, kinkimine ja tutvuste kasutamine teenusele kiiremaks ligipääsuks või maksmine ja kinkimine pärast teenuse saamist on taunitav või mitte. Soovitusena tuleb arstkonnal võtta selge seisukoht mitteametlike tasude mitte-aktsepteeritavuse osas, eelkõige peavad selge seisukoha võtma Arstide Liit ja Haiglate Liit, aga ka tervishoiuga seotud riigiasutused, et anda selge sõnum, milline on eetiline ja aktsepteeritav käitumine. Lisaks tuleks kaaluda korruptsioonivastase seaduse põhimõtete laiendamist arstidele. Teadlikult on vaja suunata ka patsientide väärtushinnanguid mitteametlike tasude osas, see peaks toimuma haiglaülese organisatsiooni poolt.
- Teiseks, raha maksmisest teavitaja (valdavalt patsient) kaitse on nõrk, kuna raha maksmist on raske tõestada ning ei ole selge, kuhu peaks kaebusega pöörduma ja kuidas kaebust menetletakse. Soovitusena tuleb riiklikul ja erialaliitude tasandil kokku leppida, millise asutuse pädevusse peab kuuluma patsiendi raha maksmist puudutavate kaebuste menetlemine ja tagada selle protsessi järjepidev toimimine. Vajalik on nn vilepuhujate kaitse sätete väljatöötamine. Vältida tuleb olukordi, kus patsient ei saa kaebust esitada, seda ei menetleta korrektselt või kus raha maksmisest teavitajale esitatakse süüdistus.
- Kolmandaks, tasuta ja tasuliste teenuste pakkumine kõrvuti samas raviasutuses samal erialal tekitab patsientides segadust ja võib mõjutada mitteametlikesse tasudesse suhtumist. Soovitusena tuleb suurendada patsientide teadlikkust seaduslike tasustamissüsteemide osas. Lisaks tuleb selgelt eristada raviasutuses tasuta ja tasuline ravi ning kaaluda tasuta ja tasuliste teenuste kõrvuti pakkumise lõpetamist samas raviasutuses samal erialal.

- Neljandaks, pikad ravijärjekorrad soodustavad järjekorras etteostmist. Kuigi ravijärjekord on sageli tervishoiusüsteemi loomulik osa, tuleb tagada, et info ravijärjekordade kohta oleks patsientidele piisav, arusaadav ja läbipaistev. Soovitusena tuleb infot ravijärjekordade kohta jagada senisest enam nii Haigekassa poolt kui ka raviasutustes.

Ravimi- ja meditsiiniseadmete hangete, mille eeldatav maksumus on üle 40 000 euro, läbiviimist reguleerib riigihangete seadus. Väiksemamahuliste hangete korraldus on tervishoiuasutuse enda otsustada, kuid tagada tuleb hangete läbipaistvus, konkurents ja vältida huvide konflikti. Hangitava eseme kirjelduse koostamisse on enamasti kaasatud tervishoiutöötajad ja info kogumiseks suheldakse võimalike pakkujatega. Kuigi hanke-eelne konsulteerimine ja testimine on loomulik osa tootega tutvumisest, võib see sisaldada ohtu huvide konfliktiks. Probleem on aktuaalne ka seetõttu, et sageli on hanke peamiseks kriteeriumiks odavuse kõrval sobivus, mis on oma olemuselt subjektiivne mõõde. Peamised riskid, mis võivad mõjutada hankeprotsessi objektiivsust, on järgmised.

- Esiteks, hanked, mida ei korraldata riigihangete seaduses sätestatud korda järgides, on vähem läbipaistvad. Väikesemahuliste hangete läbipaistmatuse probleem laheneb paljuski 2012. aasta alguses jõustuvate riigihangete seaduse muudatustega, mis puudutavad lihtmenetlusega hankeid (so hanked maksumusega alates 10 000 eurot kuni riigihangete piirmäär). Muudatuste kohaselt tuleb ka selliste hangete teade ja riigihanke aruanne avaldada riigihangete registris, lisaks nõutakse hankijatelt asutusesisese hankekorra kehtestamist.
- Teiseks, huvide konflikti teadvustamine ja maandamine on raviasutuste lõikes ebaühtlane. Hankeprotsessis esineb oht huvide konfliktiks, kuna tervishoiu spetsiifikast tulenevalt ja Eesti väiksust arvestades ei saa välistada olukorda, kus hangitava toote kirjelduse koostaja (arst) võib olla seotud selle toote pakkujaga ettevõtluse kaudu või kaudsemalt. Lisaks on tavapärane, et seadmete müüjad on kaasatud hanketingimuste kujunemisse. Pettuste ja riskide seisukohalt on tegemist probleemiga juhul, kui arstide eelistuste aluseks on seotus eelistatava ettevõttega, st huvide konflikt. Soovitusena peaksid raviasutuse ametiisikud ja arstid, kes osalevad hankeprotsessis, teavitama kirjalikult asutuse juhtkonda oma seostest (sh saadud ja taotletavad toetused) valdkonnas tegutsevate ravimitootjate ja meditsiiniseadmeid vahendavate ettevõtetega. Lisaks tuleb soodustada ühishangete korraldamist, mis muuhulgas aitab vähendada huvide konflikti ohtu, kuna kaasatakse mitu osapoolt.
- Kolmandaks, tänane vaidlustusmehhanism vajab analüüsi. Küsitav on, kas vaidlustus-mehhanism on täna piisavalt efektiivne, et olla vahendiks huvide konflikti vähendamisel, kuna näiteks vaidlustuse esitamiseks nõutud kindlasummaline riigilõiv võib pärssida soovi vaidlustada väiksema eeldatava maksumusega hankeid (eriti lihthankeid) ka juhul, kui see oleks asjakohane.
- Neljandaks, RHS-i reeglid üksi ei anna piisavalt infot huvide konflikti vältimise kohta, mis on mõjutanud hankijate teadlikkust hangete läbiviimise läbipaistvuse osas. Soovitusena tuleks koostada ravimi- ja meditsiiniseadmete hangete spetsiifiline juhend või käsiraamat koos parimate praktikate tutvustustega. Käsiraamat võiks sisaldada erinevate ravimi- ja meditsiiniseadmete hangetes ettetulevate tüüpsituatsioonide kirjeldusi ning võimalusi tagada nendes situatsioonides läbipaistvus ja avatus. Lisaks tuleks kaaluda laiemat teemade ringi käsitleva huvide konflikti käsiraamatu koostamist, mis oleks suunatud tervishoiutöötajatele.

Ravi rahastamine toimub Eestis peamiselt haiglavõrgu arengukava kaudu, kuid umbes 20% ravijuhtudest ostetakse avatud konkursi kaudu erakliinikutelt. Lepingupartnerite valikul konkursi kaudu lähtutakse ravikindlustuse seadusest, täpsemad juhised on kirjeldatud Haigekassa nõukogu otsusega. Peamised probleemid ravi rahastamise protsessis on järgmised.

- Esiteks, ravi rahastamisega seotud reeglid vajavad läbivaatamist seadusandja tasandil. Näiteks võib tuua haiglavõrgu arengukava, mis on kümme aastat vana ja vajab uut arutelu.

Seejuures tuleb arvestada, et mitmeid ravi rahastamisega seonduvaid probleeme ei saa lahendada Haigekassa, vaid riigikogu ja valitsus.

- Teiseks vajab arutelu tänase rahastamisskeemi ülesehitus. Diskussiooni vajab erakliinikute roll Eestis ning kas ja milliste tervishoiuteenuste osas võib patsient ise (ilma lisanduvate kuludeta) teenuseosutaja valida. Tänane süsteem ei ole läbipaistev, selgelt ei ole eristatud HVA haiglate ja erakliinikute roll ning konkurentsi kaudu rahastamine tekitab patsientides segadust, kuna pole selge, keda konkreetsel aastal rahastatakse. Soovitusena tuleb määratleda konkurentsi alused ja võimalused Eesti tervishoius. See vähendaks ebavõrdset konkurentsi haiglavõrgu arengukava haiglate ja teiste teenusepakkujate vahel. Teise soovitusena tuleb selgemalt eristada teenuste pakkumine ravikindlustuse ja patsiendi otsetasude eest, seda nii haiglavõrgu arengukava haiglates kui ka erakliinikutes.
- Kolmandaks, avatud konkursi raames pakkumuste esitamise reeglid ja nende hindamine ei ole piisavalt läbi mõeldud ega lahti kirjutatud, mis on toonud kaasa olukordi, kus lepingupartnerite valik ei ole alati läbipaistev ja objektiivne. Lisaks pole selge, kes ja kuidas peaks lepingute sõlmimisel arvestama ravi kvaliteediga ning kuidas vähendada hinnaga mängimist. Soovitusena tuleb selgemalt lahti kirjutada avatud konkursi raames esitatavate pakkumiste sisu ja vorm ning kooskõlastada see hindamiskriteeriumitega, samuti muuta läbipaistvamaks lepinguteni jõudmise protsess. Konkursil võitnud erakliinikutega tuleb sõlmida lepingud pikemaks ajaks.

Kohtusse esitatava tervisetõendi alusel istungile mitteilmumine on reguleeritud kriminaalmenetluse ja tsiviilkohtumenetluse seadustikuga, mille kohaselt on ilmumata jäämise mõjuvaks põhjuseks muuhulgas raske haigestumine või lähedase ootamatu raske haigus. Uuringus analüüsitud kohtute infosüsteemi andmetel selgus, et tervisetõendi esitamise tõttu jäi 2010. aastal ära 39 kriminaalmenetluse istungit (0,25% toimunud istungitest), kuid kahjuks ei kajasta infosüsteemi andmed kõiki ärajäänud kohtuistungeid ning arv on seetõttu alahinnatud. Probleem on siiski terav, kuna pooled Terviseametile kontrollimiseks esitatud tõendid osutusid põhjendamatuteks. Samuti toob iga istungi edasilükkamine kaasa aja- ja rahalise kulu ning põhjustab menetluse venimist. Peamised probleemid tervisetõendite kohtutesse esitamise protsessis on järgmised.

- Esiteks, arstid pole ühtviisi teadlikud kohtutesse esitatavatele tõenditele kehtestatud nõuetest või patsient ei teavita arsti, et tõend on kohtule. Soovitusena tuleb lisada tõendi nõudeid kirjeldava sotsiaalministri määruse juurde lisana ametlik kohtutõendi vorm ning kriminaalmenetluse ja tsiviilkohtumenetluse seadustikku lisada nõue aktsepteerida vaid ametlikule vormile vastavaid tõendeid.
- Teiseks, puudub selgus, milline haigus peaks vabastama kohtumenetlusest, mis tuleneb ebaselgest määratlusest kriminaalmenetluse ja tsiviilkohtumenetluse seadustikus, kus on kasutatud sõnastust „raske haigus“, mistõttu olukordi tõlgendatakse erinevalt.
- Kolmandaks, arstidel võib olla raske tõestada, et patsient soovib tahtlikult tõendi abil kohtumenetlusest kõrvale hoida. Samuti võivad patsiendid täna tõendist keeldumise korral küsida tõendit järgmiselt arstilt.
- Neljandaks, pole selge, mida ja kuidas peavad kohtunikud tõendite esitamisel kontrollima. Terviseametile esitatakse taotlusi harva ning pigem kasutavad kohtunikud perearstile helistamist ja tõendi kohta lisainfo küsimist. Kuna kohtunikud ei tea täpsemalt, miks kohtualune istungile ei ilmu, ei saa nad anda hinnangut tõendi otstarbekusele.
- Soovitusena tuuakse mitu süsteemset lahendust, mis aitavad eeltoodud probleeme lahendada. Esiteks, osapoolte koostöös tuleb kokku leppida selged tegevusjuhendid tõendite väljastamiseks ja juhendit levitada erialastes listides, väljaannetes ja üritustel. Eraldi võib läbi viia vastavasisulisi koolitusi. Teiseks, tõendile tuleb lisada info kohtualuse seisundi kohta ja tuua sisse piiratud osalemise kontseptsioon. Seisundi kirjeldus annab kohtunikele infot, miks kohtualune ei saa osaleda ja arstile kindlustunde, et juhul, kui patsient peab haigusega

kohtusse pöörduma, siis patsiendi seisundiga arvestatakse kohtus. Kolmandaks, luua tuleb kohtutõendite elektroonne andmebaas, mis võimaldab saada ülevaadet kohtutõendite väljastamise ulatuse kohta, teostada kontrolle ning anda kiiremat infot haigestumise kohta. Viiendaks, laiendada tuleb Terviseameti volitusi ja teostada kohtutõendite auditeid. Sotsiaalministri määrusest tuleb kaotada maavanema roll järelvalvajana, et info kohtutõendite kontrollide kohta laekuks ühte asutusse. Kaaluda tuleb kriminaalmenetluse ja tsiviilkohtumenetluse seadustikku otseviite lisamist menetleja võimalusele pöörduda Terviseametisse juhul, kui on alust arvata, et temale esitatud tõend on välja antud põhjendamatult. Lisaks tuleb koostada perioodilisi ülevaateid kohtute infosüsteemi andmete põhjal ärajäänud kohtuistungite põhjuste kohta. Kuuendaks, alternatiivina tänasele süsteemile tuleks analüüsida kohtumenetluses osapoolte terviseseisundi hindamiseks spetsialiseerunud arstide võrgustiku rakendamise võimalikkust. Seda soovitust tuleks rakendada alles seejärel, kui eelpooltoodud soovitused ei anna olulist tulemust.

Summary

1. The survey aimed to assess the major risks of corruption and possibilities for frauds in the Estonian healthcare system, analyse the causes of the problems, and suggest an action plan to reduce the impact of such risks.

2. Previous surveys on corruption indicate that people sense corruption in the healthcare sector, and this requires further analysis (incl. that of attitudes). Sensing corruption can also indicate a lack of knowledge and sensing injustice besides frauds since people may understand the concept of corruption differently.

3. The healthcare sector is deemed vulnerable in terms of the risks of frauds and corruption since in this sector moves a massive amount of money, because healthcare systems are complex and involve several parties, and due to uneven distribution of information between different parties.

4. The authors of the survey defined frauds and corruption as the conduct of healthcare workers, which is not in the interest of the patients or the employer or in public interest, and which brings personal gain, whether directly or indirectly. Even more important than the direct economic losses resulting from corruption is its impact on the reputation of healthcare, as medical aid and healthcare are based on trust and patients hold high expectations about the ethicality of healthcare workers.

5. The survey combines various survey methods. First, a document analysis of laws, relevant surveys, audits and strategic documents was done, as well as a media analysis, to map the cases that have attracted public attention and the attitude of the society towards such cases. Case analyses were done regarding key issues with a view to gain a more detailed insight into the problem based on the additional information obtained. 13 personal interviews were carried out with specialists in the healthcare industry and 4 focus group discussions were held with the participation of 34 representatives of various stakeholders in the healthcare sector. To get an overview of the patients' personal experience with and attitude about corruption in medicine, a survey was conducted in eight hospitals with 2213 patients responding.

6. The survey indicated that the problems and risks characteristic of the industry, including the risks related to the organisation of the healthcare sector, to the providers and users of healthcare services and to third parties, are present in the Estonian healthcare sector.

7. In the survey, we mapped nine situations involving a potential risk of frauds and corruption that were the most typical based on the document and media analysis. These risks are 1) incorrect tender procedures; 2) making biased decisions for a bribe; 3) providing fictitious certificates, prescriptions and sick leave certificates; 4) incorrect recording of healthcare services rendered; 5) ill-grounded treatment; 6) doctors working in several positions; 7) association of doctors with companies importing medicines or medical devices; 8) training trips for doctors being paid for by companies exporting medicines or medical devices and other like influencing; and 9) long waiting lists for treatments and paying to get to the top of the waiting list. Next, we focused on four most burning issues and suggested solutions to the problems.

8. **First, we analysed paying to get to the top of the waiting list with focus on how common unofficial fees are and what patients think about paying to get to the top of the waiting list.** Paying to get to the top of the waiting list can be done legally by using chargeable services or illegally by paying unofficial fees.

9. The patient survey shows that unofficial fees are not very common in Estonia – over the past few years, 2% of patients have paid an unofficial fee to get an appointment or treatment, and 3% have paid it after having been provided a healthcare service. Although the percentages are low, just 1%

in Estonia means thousands of patients requesting special treatment through unofficial fees, whether on their own initiative or on a healthcare worker's proposal. According to the patients, the main reasons for the payment of unofficial fees were the desire to gain quicker access to the service or receiving higher quality treatment.

10. Attitude to chargeable services is also problematic – a third of patients regard chargeable services as corruption and another third as unethical. Thus, while the provision of chargeable services is legal in Estonia, the majority of patients have a very negative attitude to it. That patients are lacking knowledge of legal payment systems increases the risk of unofficial fees being paid and is a serious blow to the system's reliability. Even more confusion is created by the provision of the so-called free (i.e. financed by the Health Insurance Fund) and chargeable (financed by the patient) treatment in the same medical institution and by the same doctors.

11. We recommend making healthcare workers realise that unofficial fees are unacceptable. The first ones to realise this should be the Estonian Medical Association and the Estonian Hospitals Association, and medical institutions. It should start with developing the attitudes of an informed citizenry (incl. social advertisements, press articles) about the unacceptability of unofficial fees. It is to be agreed what agency is competent to consider cases of unofficial fees and to ensure that the process is consistent, incl. to avoid a situation where a patient cannot file a complaint, it is not considered correctly or where the informant is prosecuted. Provisions for the protection of the so-called whistleblowers must be developed at the legislative level and the Anti-corruption Act must be extended to doctors, with certain variances.

12. Free medical aid must be clearly distinguished from chargeable medical aid; banning the provision of free and chargeable services in the same medical institution in the same field should be considered. The awareness of people about free and chargeable treatment should be raised. Next, the digital registration system should be further developed and real time information provided about the waiting lists of different hospitals, clearly distinguishing between free and chargeable appointments.

13. **Second, we analysed tenders for medicines and medical devices and the risk for a conflict of interests.** Due to the special properties of the products required for healthcare, the preparation and conduct of tender processes must involve doctors who assess their suitability and consult the potential suppliers about the product to be purchased. Likewise, due to the specificity of healthcare and the smallness of Estonia, it is impossible to avoid a situation where the one who wrote the description of a product to be purchased (i.e. the doctor) may be associated with the provider of the product through entrepreneurship or more indirectly. For doctors, this is a serious situation of conflicting interests.

14. We recommend that medical institutions should develop regulations and good practices to manage and alleviate conflicts of interests. The officials and doctors in a medical institution who participate in a tender process must inform the institution's management in writing about their associations (incl. economic and other interests, grants received and applied for) with the relevant manufacturers of medicinal products and companies selling medical devices. For increased awareness, a specific manual should be compiled for conflicts of interests in tenders for medicines and medical devices to include descriptions of typical situations and options for ensuring transparency in such situations and to set out the best practices so far in avoiding conflicts of interests. It is also worth considering compiling for healthcare workers a manual for conflicts of interests covering a wider range of topics to include other situations involving a conflict of interests. Joint tenders of medical institutions should be promoted for increased transparency.

15. **Third, the financing of treatment and entry into agreements with the Health Insurance Fund was analysed**. The Health Insurance Fund buys approximately 20% of all the treatment cases by open tender, the remaining treatment cases are bought directly from the hospitals in the development plan for the hospital network. The procedure and assessment criteria for tenders to

be submitted for the purchase of a healthcare service are established by resolution of the supervisory board of the Health Insurance Fund.

16. The survey results show that the structure of the current system needs serious reconsideration. The current financing scheme is not transparent, thus promoting fraud and corruption. One reason for this is the noncompliance of the existing legal space to the developments in healthcare; for example, the development plan for the hospital network has not been updated for a long time and the role of private clinics in healthcare has not been described. This has led to a situation where the medical institutions in the hospital network are competing for the Health Insurance Fund's contract volumes against each other and against various private clinics, and there is competition for chargeable services as well. The current system also encourages patient referral between the medical institutions in the hospital network and private clinics. This creates confusion among patients as to what health services can be bought from the health insurance funds and for which they have to pay themselves.

17. We recommend describing if and what health services can be financed by means of competition and clearly defining the role of private clinics in healthcare. The provision of services from the Health Insurance Fund resources and for a fee to be paid directly by the patient should be clearly distinguished between, both in the hospitals in the development plan of the hospital network and in private clinics. The service areas suitable for the provision of various health services serving as a basis for financial planning need to be defined. The content of and form for open tenders need to be explained more clearly and brought to line with the assessment criteria; the process of entry into contracts needs to be more transparent. Contracts with successful tenderers should be made for lengthier periods. Next, the development plan for the hospital network must be further developed with a view to turn competition into cooperation.

18. **Fourth, we analysed failure to appear at a hearing based on a medical certificate submitted to the court.** Current regulations stipulate that a sound reason for failure to appear at a hearing is severe illness. The courts information system analysed in the survey showed that in 2010, 39 hearings in criminal proceedings (0.25% of the hearings held) were postponed due to the submission of a medical certificate. Unfortunately, the information system data do not cover all the hearings postponed, the number is thus underestimated. This is a serious problem seeing that a half of the certificates checked by the Health Board proved unjustified.

19. We recommend formulating a clear code of conduct for the issue and verification of certificates in cooperation between doctors, judges and prosecutors. Subsequent to that, the code of conduct is to be distributed in the relevant lists and events, a training course could be run as well. Enclosed with the Ministry of Social Affairs ruling must be an official form for the court certificate. The certificate must be accompanied by information about the health status of the accused; also, the concept of limited participation should be implemented, i.e. the judge is to be informed about the person's health status which enables the person to appear in the court but which should be considered in the hearing. For a better overview of supporting evidence, an electronic database of court certificates should be set up. To verify evidence on their merits, the capacity of the Health Board must be increased and court certificates audited.

20. **In conclusion, we must stress** that in order to manage the risks of corruption and frauds in Estonian healthcare, in addition to more effective supervision we must focus on prevention, incl. on increasing awareness, developing values and improving legislation.

Kasutatud kirjandus

Cockcroft, A. *et al*. 2002. An inter-country comparison of unofficial payments: results of a health sector social audit in the Baltic States. BMC Health Services Research, Vol 8 (15)

Eesti arstieetika koodeks uueneb. Eesti Arst 2008; 87(7−8): 562−564, http://www.eestiarst.ee/static/files/076/eesti_arstieetika_koodeks_uueneb.pdf

European Healthcare Fraud & Corruption Network. 2010. Improving European healthcare systems by reducing losses to healthcare fraud & corruption. EHFCN Annual Report 2009/2010. http://www.ehfcn.org/media/documents/AR_May2010_final_email.pdf

Gaal, P., McKee, M. 2005 Fee-for-service or donation? Hungarian perspectives on informal payment for health care. Social Science and Medicine, Vol. 60 (7)

Gee, J., Button, M., Brooks, G. 2010. The financial cost of Healthcare fraud. MacIntyre Hudson LLP, the Centre for Counter Fraud Services at University of Portsmouth, and the European Healthcare Fraud and Corruption Network, http://www.ehfcn.org/media/documents/The-Financial-Cost-of-Healthcare-Fraud---Final-(2).pdf

Haigekassa. 2011. Perearsti uuringufondi kasutamine, II osa. Haigekassa kliiniline audit.

Haigekassa. Juhendid tervishoiuteenuste kodeerimiseks raviarvele. http://www.haigekassa.ee/raviasutusele/loetelu/kehtiv-tervishoiuteenuste-loet

Haigekassa. Kokkuvõte “Saatekirjade kvaliteet” kliinilisest auditist, http://www.haigekassa.ee/raviasutusele/ravijuhendid/2009

Haigekassa. Kokkuvõte 2009. aasta ravikindlustushüvitiste kontrollidest http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Juhuvalik_kodukale_2009.pdf

Haigekassa. Kokkuvõte 2010. a ravikindlustushüvitiste kontrollidest http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/JV_2010.pdf

Haigekassa. Lepingupartnerid. http://www.haigekassa.ee/kindlustatule/lep_partnerid

Haigekassa. Lepingupartnerite valik 2011, Haigekassa, taotluse vorm ja nõuded, http://www.haigekassa.ee/raviasutusele/lepingud/lepingupartnerite-valik-2011

Haigekassa. Pressiteade kampaania "Erinevus on ravimi hinnas" kohta, 20.09.2010, http://www.haigekassa.ee/kindlustus/soodusravimid/ravimikampaania

Haigekassa. Tervishoiuteenused. Statistilised näitajad 2001-2010 http://www.haigekassa.ee/haigekassa/statistika/tervishoiuteenused

Haigekassa. Tervishoiuteenuste kättesaadavus piirkondlikes ja keskhaiglates augustis 2011. http://www.haigekassa.ee/haigekassa/uudised?news=tervishoiuteenuste-kattesaada

Heritage Foundation. Economic Freedom Index. http://www.heritage.org/index/

Justiitsministeerium. 2011. Kuritegevus Eestis 2010. Kriminaalpoliitika uuringud, nr 15

Justiitsministeerium. Korruptsioonivormid ja näited. http://www.korruptsioon.ee/

Justiitsministeerium. Michal: riigilõive vähendav ja kohtumenetlust kiirendav eelnõu valmib veel sel sügisel. Justiitsministeeriumi pressiteade, 27.09.2011 http://www.valitsus.ee/et/uudised/pressiteated/justiitsministeerium/43812/michal-riigiloive-vahendav-ja-kohtumenetlust-kiirendav-eelnou-valmib-veel-sel-sugisel

Klopets, U. 2009. Hangete korruptsioonitundlikkus. Justiitsministeerium

Kohtute haldamise nõukoja viiekümne neljanda istungi protokoll, 16.-17. septembril 2010. a, http://www.kohus.ee/orb.aw/class=file/action=preview/id=54357/56.+protokoll+18.03.2011.pdf

Konjunktuuriinstituut. 2007. Elanike hinnang altkäemaksu maksmisele.

Lamanna, A. *et al.* 2011. The EU character of patients rights. A civic assessment. http://www.leciss.org/sites/default/files/actualites/EU_charter_of_Patients'_Rights_A_civic_assesment_final_report.pdf

MTÜ Korruptsioonivaba Eesti. Ajakirjaniku huvide konflikti käsiraamat. http://www.transparency.ee/cm/kasiraamat

Nordberg, C., Vian, T. 2008. Corruption in the health sector. Bergen: Chr. Michelsen Institute, U4 Issue, Vol 10

OECD. 2011. OECD Economic Surveys: Estonia. April 2011, http://www.oecd.org/dataoecd/24/51/47476715.pdf

Prospertity Index, http://www.prosperity.com/default.aspx

Ravimiamet. Kokkuvõtlikud andmed 2010. aasta kohta esitatud reklaamiaruannetest http://www.ravimiamet.ee/21586

Ravimitootjate liit. Koodeks retseptiravimite müügiedenduse ja tervishoiutöötajatega koostöö kohta, http://www.rtl.ee/et/liidu-eetikakoodeks-2/

Riigihangete register, https://riigihanked.riik.ee/register

Riigikontroll. 2002. Ravimite tootmise, hulgi- ja jaemüügi tegevusload. Riigikontrolli kontrolliaruanne

Riigikontroll. 2003. Ambulatoorse eriarstiabi nõudluse jälgimine. Riigikontrolli kontrolliaruanne

Riigikontroll. 2005. Eriarstiabi lepingute sõlmimise korraldus Eesti Haigekassas. Riigikontrolli kontrolliaruanne.

Riigikontroll. 2005. Hangete korraldus SA Põhja-Eesti Regionaalhaiglas. Riigikontrolli kontrolliaruanne

Riigikontroll. 2005. Tervishoiuvaldkonna töötajate vajadus ja koolitustellimus. Riigikontrolli kontrolliaruanne

Riigikontroll. 2007. Riigi järelevalve tervishoiuteenuste osutajate üle. Riigikontrolli kontrolliaruanne

Riigikontroll. 2008. Meditsiiniseadmete soetamine ja kasutamine tervishoiuasutustes. Riigikontrolli kontrolliaruanne

Riigikontroll. 2010. Riigihangete korraldamine valla ja linna asutatud ning osalusega äriühingutes, sihtasutustes ja mittetulundusühingutes. Riigikontrolli kontrolliaruanne.

Saar Poll. 2010. Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile. Tellija: Haigekassa ja sotsiaalministeerium

Sinisalu, V. 2010. „Estonian Hospital Master Plan 2015“ – kümme aastat selle valmimisest. Eesti Arst 2010; 89(6):382−385. http://www.eestiarst.ee/static/files/088/ea1006lk382-385.pdf

Sotsiaalministeerium. Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjon lahendas 2010. aastal 125 arstiabi osutamise kvaliteedi kohta esitatud ekspertiisitaotlust. http://www.sm.ee/fileadmin/meedia/Dokumendid/Tervisevaldkond/Tervishoid/TKE%20ekspertiisitaotlust.pdf

Sööt, M-L, Vajakas, K. 2010. Korruptsioon Eestis: kolme sihtrühma uuring. Justiitsministeerium

Talving, L. 2004. Korruptsiooniuuring. Justiitsministeerium

Tartu Ülikooli Kliinikum. 2010. Majandusaasta aruanne 2010. http://www.kliinikum.ee/aruanded/tegevusaruanded

Transparency International. 2006. Global Corruption Report 2006.

Transparency International. Corruption perceptions index. http://www.transparency.org/publications/gcr

Wazana, A. 2000. Physicians and the pharmaceutical industry. Is a gift ever just a gift? JAMA, vol 283, No 3. pp 373-380

Vian, T. 2008. Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions. Oxford University Press, Health Policy and Planning, 23:83–94

World Bank. Worldwide Governance Indicators http://info.worldbank.org/governance/wgi/index.asp

NORMATIIVAKTID

Eesti Haigekassa arengukava 2011 – 2014. Haigekassa Nõukogu otsus 14. jaanuar 2011.a. nr. 1

Eesti Haigekassa seadus. RT I 2000, 57, 374

Haiglavõrgu arengukava. RT I 2003, 35, 223

Isikuandmete kaitse seadus. RT I 2007, 24, 127

Järelevalveosakonna põhimäärus, Terviseameti peadirektori käskkiri, 22. jaanuar 2010, nr 1-1.1/31

Karistusseadustik. RT I 2001, 61, 364

Korruptsioonivastane seadus. RT I 1999, 16, 276

Korruptsioonivastane strateegia 2008-2012. 3.04.2008 Valitsuse korraldus nr 164

Kriminaalmenetluse seadustik. RT I 2003, 27, 166

Menetlustoimingule väljakutsutud isiku enda haigestumise või lähedase isiku ootamatu raske haiguse kohta vormistatava tõendi vorm ja väljaandmise kord. Sotsiaalministri määrus, RTL 2004, 90, 1414

Rahvastiku tervise arengukava 2009-2020, 17.07.2008 Valitsuse korraldus nr 325

Ravijärjekordade maksimumpikkused, Haigekassa nõukogu otsus, 06. märts 2009.a. nr. 4

Ravikindlustuse seadus. RT I 2002, 62, 377

Ravimiseadus. RT I 2005, 2, 4

Ravimite väljakirjutamise ja apteekidest väljastamise tingimused ja kord ning retsepti vorm. Sotsiaalministri määrus, RTL 2005, 23, 315

Ravi rahastamise lepingu sõlmimise asjaolude hindamise alused ja lepingu tähtaja üle otsustamise tingimused. Haigekassa Nõukogu otsus 22. oktoober 2010.a. nr. 16

Riigihangete seadus. RT I 2007, 15, 76

Riigilõivuseadus. RT I 2010, 21, 107

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. RT I 2001, 50, 284

Tervishoiuteenuse kvaliteedi ekspertkomisjoni töökord, tervishoiuteenuse kvaliteedile hinnangu andmise kord ja komisjoni moodustamine. Sotsiaalministri määrus, RTL 2008, 41, 575

Tsiviilkohtumenetluse seadustik. RT I 2005, 26, 197

MEEDIAVÄLJAANDED

[1] „Medicare fraud sting results in 91 arrests nationwide“, US Today, 07.09.2011
http://www.usatoday.com/money/industries/health/story/2011-09-07/Medicare-fraud-sting-results-in-91-arrests-in-1-day/50305300/1

[2] „Arstid sillutasid poliitikule tee kullasoonele“, Äripäev, 07.08.2009
http://www.ap3.ee/Default.aspx?PublicationId=2baa2679-b11c-4df8-b604-9b4bf9646cf7

[3] „Kliinikum hangib ravimeid oma arsti firmalt“, Äripäev, 24.08.2009
http://www.ap3.ee/Default.aspx?PublicationId=caaaeea6-ce85-4472-b367-d851fb1e5961

[4] „Haiglatel tuleks teha tsentraalseid hankeid“, Äripäev, 30.09.2009
http://www.ap3.ee/Default.aspx?PublicationId=2a0d6c6d-5a5e-40ec-acb2-06ebea4d7094

[5] „Kohus eksis aidsiennetaja Kalikovale trahvi määrates“, Eesti Päevaleht, 26.04.2005
http://www.epl.ee/artikkel/290390

[6] „Karm äri meditsiinitehnika turul tekitab usaldamatust“, Eesti Päevaleht, 18.06.2003
http://www.epl.ee/artikkel/238568

[7] „Riigikontroll: Põhja-Eesti Regionaalhaigla korraldas kahtlasi riigihankeid“, Äripäev, 25.07.2005 http://ap3.ee/Print.aspx?PublicationId=bc84859d-58bb-4e11-93e8-61c9c598f9cb

[8] „Käsi peseb kätt: isa ostis poja firmalt riigihanketa 10 miljoni krooni eest proteese“, Õhtuleht, 26.07.2005 http://www.ohtuleht.ee/index.aspx?id=178009

[9] „Pärnu haigla seadmeostul kuriteokahtlus“, Eesti Päevaleht, 16.09.2005 http://www.epl.ee/?artikkel=300788

[10] „Korruptsioonikahtlus viis TDK nõukogu eksliikme kohtu ette“, Postimees, 22.07.2008 http://www.postimees.ee/?id=22212

[11] „Altkäemaks leitnandile läks maksma miljoni“ Eesti Ekspress, 13. 01.2011 http://www.ekspress.ee/news/paevauudised/eestiuudised/altkaemaks-leitnandile-laks-maksma-miljoni.d?id=38326373

[12] „Anders Tsahkna astub kohtu ette“, Äripäev 27.06.2011 http://www.ap3.ee/article/2011/6/27/anders-tsahkna-astub-kohtu-ette

[13] „3000 krooni kroonust päästva tõve eest“, Postimees, 01.06.2005 http://www.postimees.ee/010605/esileht/siseuudised/167602.php

[14] „Arst võttis väeteenistusest vabastamise eest pistist“, Postimees, 20.11.2003 http://linnugripp.postimees.ee/201103/online_uudised/119647.php

[15] „Kohus saatis altkäemaksu võtnud riigikaitse osakonna arsti kaheks kuuks vangi“, Päevaleht, 24.05.2005 http://www.epl.ee/artikkel/292677

[16] „Arst tunnistati süüdi altkäemaksu võtmises“, Äripäev, 24.05.2005 http://ap3.ee/default.aspx?PublicationId=57f66f4e-38bc-4116-9179-3480d5c17a61

[17] „Endine riigikaitse osakonna arst saadeti trellide taha“, Lõunaleht http://www.lounaleht.ee/index.php?page=1&id=848

[18] „Rahamaias sõjaväearst kaheks kuuks vangi“, Delfi.ee, 24.05.2005 http://www.delfi.ee/news/paevauudised/110_112/rahamaias-sojavaearst-kaheks-kuuks-vangi.d?id=10453790

[19] „Kahtlustus: kuulus kirurg jagas kohtualusele libatõendeid“, Postimees, 14.10.2009 http://www.postimees.ee/?id=175422

[20] „"Pealtnägija": kuulus kirurg jagas kohtualusele libatõendeid“, ERR http://uudised.err.ee/index.php?06180907

[21] „Kuulus kirurg aitas kohtualust libatõenditega“, Äripäev, 14.10.2009 http://www.ap3.ee/Default.aspx?PublicationId=d10da590-cf86-416f-a42c-0242c4a5d48f

[22] „Kuulus kirurg jagas kohtualusele libatõendeid“, Päevaleht, 14.10.2009 http://www.epl.ee/artikkel/480272

[23] „Pankrotiistungi asemel linna jalutama“, Äripäev, 19.05.2011 http://www.ap3.ee/?PublicationId=31503ED6-39D4-4163-9D98-74AA1E3959CE&code=5049/uud_uudidx_504901

[24] „Retsepte müünud arstidelt võeti tegevusluba“, Delfi, 15. 05. 2009 http://www.delfi.ee/news/paevauudised/eesti/article.php?id=23375969

[25] „Sadama südames õilmitses ebaseaduslik retseptivabrik“, Päevaleht, 15.07.2008 http://www.epl.ee/artikkel/435439

[26] „Soomlastele ebaseaduslikke retsepte väljastanud kliinik suletakse“, Postimees, 15.07.2008 http://www.postimees.ee/?id=20671

[27] „Perearstid teenivad palgalisa patsientide arvel“, E24, 22.09.2009 http://www.e24.ee/?id=166612

[28] „Pevkur peab perearstide kasumit osavuse märgiks“, Postimees, 23.09.2009 http://www.postimees.ee/?id=167047

[29] „Järjekorrad löövad arstide eraäri õitsele“, Äripäev, 05.10.2007 http://www.ap3.ee/Default.aspx?PublicationId=de6d955b-2afe-429f-b8d7-87695caa0ed7

[30] „Järjekord sunnib tasulisse arstiabisse“, Äripäev, 08.05.2009
http://www.ap3.ee/Default.aspx?PublicationId=76a49b8b-44c8-4528-bbbc-d3fad7ceaf74

[31] „Vilosiuse meelest peaks arst "poole" valima“, Äripäev, 06.08.2010
http://www.ap3.ee/?PublicationId=9e47ddc3-4f78-46d4-a9f3-cd4ab096ec70

[32] „Haigekassa turgutab eraarstide särtsakat äri“, Äripäev, 07.08.2010
http://www.ap3.ee/?PublicationId=110d074d-90db-422d-a1ad-7aef1b42f6ee

[33] „Dividendimiljonäridest arstid istuvad kahel toolil“, Äripäev, 06.08.2010
http://www.ap3.ee/?PublicationId=6dfd5eba-f1da-450f-bce2-f6ec86dbd2dd

[34] „Vaata, kes on Eesti kõige rikkamad arstid!“, Äripäev, 07.08.2010
http://www.ap3.ee/?PublicationId=d4f9d4e5-e1be-40c9-a430-d5f2ae466261

[35] „Jüri Mõis: arstidel on kindlasti huvi patsiente erakliinikusse meelitada“, Äripäev, 08.08.2010
http://www.ap3.ee/?PublicationId=639304d8-42d4-4d8c-8843-e71272ecf6fe

[36] „Ravimatu(?) apluse diagnoos“, Äripäev, 21.08.2010
http://www.ap3.ee/Default.aspx?PublicationId=07b045d3-9fb7-4eaa-8508-253a528d0630

[37] „Haigekassa ei sekku arstide majanduslikku tegevusse“, Postimees, 22.09.2009
http://www.postimees.ee/?id=166613

[38] „Arstide eetikakomitee esimees: rahavõtmine pole eetiline“, E24, 24.09.2009
http://www.e24.ee/?id=167628

[39] „Haigekassa turgutab eraarste“, Äripäev, 06.08.2010
http://www.ap3.ee/?PublicationId=31503ED6-39D4-4163-9D98-74AA1E3959CE&code=4766/uud_uudidx_476611

[40] „Orkester-arstid juhatavad riigihaiglast eraäri“, Äripäev, 06.08.2010
http://www.ap3.ee/?PublicationId=31503ED6-39D4-4163-9D98-74AA1E3959CE&code=4766/uud_uudidx_476603

[41] „Arstide huvide konflikti teema jõuab Haigekassa nõukogusse“, Äripäev, 06.08.2010
http://www.ap3.ee/?PublicationId=85b67085-e003-43a7-bbfc-023e085ef6d0

[42] „Arstide firmad võidavad haiglate hankeid“, Äripäev 27.05.2011
http://www.ap3.ee/?PublicationId=31503ED6-39D4-4163-9D98-74AA1E3959CE&code=5057/uud_uudidx_505701

[43] „Indrek Oro: on jäänud mulje, et siin käib hirmus moosimine“, Äripäev, 18.12.2007
http://www.ap3.ee/Default.aspx?PublicationId=6a7f57fc-ab75-450b-956d-b8bcc4175e38

[44] „Peep Pree: igas meepotis on mitteselget mett“, Äripäev, 18.12.2007
http://www.ap3.ee/Default.aspx?PublicationId=ba555c90-b510-421c-a296-7d13fe9cdfb0

[45] „Fertilitas: ravimifirmade koolitustel pole korruptsioonihõngu“, Äripäev, 18.12.2007
http://www.ap3.ee/?PublicationId=f353b9b3-afb0-4395-8858-815dfd3954cb

[46] „Ravimifirmade tugi arstide koolitusreisidele jätkub“, Äripäev, 16.06.2010
http://www.ap3.ee/article/2010/6/16/ravimifirmade-tugi-arstide-koolitusreisidele-jatkub

[47] „«Olukorrast riigis»: reisivate arstide nimekiri peaks olema avalik“, Postimees, 13.06.2010
http://www.postimees.ee/?id=275658

[48] „Ravimifirmad jagasid Eesti arstidele 19,5 miljonit krooni“, Tarbija24, 09.06.2010
http://www.tarbija24.ee/?id=274071

[49] „Ravimifirmad kingivad arstidele eksootilisi reise“, E24, 11.06.2010 http://www.e24.ee/?id=274860

[50] „Ravimitootjate liit: arstide koolituskulude katmine ei mõjuta ravi“, E24, 11.06.2010
http://www.e24.ee/?id=274998

[51] „Lugejad: arstid ei tohiks ravimifirmade raha eest reisida“, E24, 12.06.2010
http://www.e24.ee/?id=275383

[52] „Ansip: arstide koolitused peaksid olema avalikud“, E24, 15.06.2010
http://www.e24.ee/?id=276615

[53] „Enim reisivad ravimifirmade kulul südame- ja naistearstid“, E24, 16.06.2010
http://www.e24.ee/?id=276920

[54] „Tahaks usaldada arste“, Äripäev, 26.09.2006
http://majandus.delfi.ee/archive/article.php?id=13949416

[55] „Arst või valges kitlis müügimees?“, Äripäev, 11.03.2011
http://www.ap3.ee/?PublicationId=31503ED6-39D4-4163-9D98-74AA1E3959CE&code=4982/uud_uudidx_498202

[56] „Variserlik ravimifirma“, Äripäev, 08.04.2011 http://www.ap3.ee/?PublicationId=01bba509-1d92-4944-9ff6-72aa7c8dfbc1

[57] „Minister: liikmemaksu peaks ikka ise maksma“, Äripäev, 14.03.2011
http://www.ap3.ee/?PublicationId=31503ED6-39D4-4163-9D98-74AA1E3959CE&code=4985/uud_uudidx_498501

[58] „Väljakirjutatud retseptide põhjalikku analüüsi pole tehtud kaks aastat“, Tarbija24, 16.03.2011
http://www.tarbija24.ee/403759/valjakirjutatud-retseptide-pohjalikku-analuusi-pole-tehtud-kaks-aastat/

[59] „Arstid teenivad uuringutega sadu tuhandeid kroone“, Eesti Ekspress, 10.03.2011
http://www.ekspress.ee/news/paevauudised/eestiuudised/arstid-teenivad-uuringutega-sadu-tuhandeid-kroone.d?id=41818849

[60] „Haigla nõuab eriarstile soovijatelt ettemaksu“, Tarbija24, 18.10.2011,
http://www.tarbija24.ee/327898/haigla-nouab-eriarstile-soovijatelt-ettemaksu/

[61] „Patsient: vastuvõtusüsteem on haige“, Tarbija24, 11.05.2011,
http://www.tarbija24.ee/433420/patsient-vastuvotususteem-on-haige/

[62] „Keila haigla endisele juhile pole altkäemaksu võtmise kahtlustust esitatud“, Eesti Päevaleht, 19.05.2011 http://www.epl.ee/news/eesti/keila-haigla-endisele-juhile-pole-altkaemaksu-votmise-kahtlustust-esitatud.d?id=51297418

[63] „Pealtnägija: patsient kinkis psühhiaatrile korteri“, Äripäev, 08.04.2009
http://www.ap3.ee/Default.aspx?PublicationId=0e9f5147-ecbc-4298-b280-d9c8c3622368

[64] „Patsient kaebas raha küsinud kirurgi peale“, Õhtuleht, 23.09.2009
http://www.ohtuleht.ee/index.aspx?id=347390

[65] „ANNA TEADA: Kas sinult on kunagi altkäemaksu küsitud?“, Delfi, 30.06.2010
http://rahvahaal.delfi.ee/news/uudised/article.php?id=31926817

[66] „Võitlus seitsmepäise lohega: altkäemaks arstidele“, Päevaleht, 11.11.2009
http://www.epl.ee/artikkel/482343

[67] „Valdav osa lugejatest pole arstile raha andnud“, Postimees, 24.09.2009
http://www.postimees.ee/?id=167948

[68] „Kohus peatas osa haigekassa lepingute sõlmimise“, Meditsiiniuudised, 28.02.2011
http://www.mu.ee/Print.aspx?ArticleID=5e0f50fc-48fc-44c4-b275-1016218d1e9a

[69] „Arengukavahaiglate eelistamine häirib teisi“, Meditsiiniuudised, 28.02.2011
http://www.mu.ee/Print.aspx?ArticleID=ce05056d-6e09-4435-bede-c7055f03aea8

[70] „BioDesign ja Villa Benita said haigekassa üle võidu“, Meditsiiniuudised, 25.03.2011
http://www.mu.ee/Print.aspx?ArticleID=57f9b478-87c1-4373-8ad7-a2c392b54bf6

[71] „Haigekassa ei arvestanud Villa Benita puhul kohtuotsust“, 07.04.2011 Eesti Ekspress
http://www.ekspress.ee/news/paevauudised/eestiuudised/haigekassa-ei-arvestanud-villa-benita-puhul-kohtuotsust.d?id=43448053

[72] „Haigekassa vaidlustas Villa Benita kaebuse rahuldamise“, Delfi, 26.04.2011
http://majandus.delfi.ee/news/uudised/haigekassa-vaidlustas-villa-benita-kaebuse-rahuldamise.d?id=44777241

[73] „Diabeetikud pahased: haigekassa andis ravimise praksiseta ettevõttele“, Õhtuleht, 04.05.2011
http://www.ohtuleht.ee/425291

[74] „Diabeedikeskus sai kohtu abiga ravijuhte juurde“, Tarbija24, 16.08.2011
http://www.tarbija24.ee/532108/diabeedikeskus-sai-kohtu-abiga-ravijuhte-juurde/

[75] „Elites saab ka tasuta sünnitada“, Postimees, 22.05.2008 http://tartu.postimees.ee/220508/tartu_postimees/uudised/332198.php

[76] „Elanikelt soovivad enim altkäemaksu arstid, politsei ning koolid-lasteaiad“, Eesti Päevaleht, 19.06.2007 http://www.epl.ee/artikkel/390296

[77] „Sirje Niitra: ärme maksame arstidele!“, E24, 22.09.2009 http://www.e24.ee/?id=166594

[78] „Tutvused ja ümbrikud lähevad käiku enamasti eriarsti puhul“, Tarbija24, 05.01.2010 http://www.tarbija24.ee/?id=208019

[79] „Haigla vilistab seadustele ja keeldub riigihankeid korraldamast“, Äripäev, 27.05.2011 http://majandus.delfi.ee/news/uudised/haigla-vilistab-seadustele-ja-keeldub-riigihankeid-korraldamast.d?id=46713026

Lisa 1. Ravijärjekorras isikud raviliigi ja põhjuse järgi

Tabel 1. Ravijärjekorras olevate isikute arv raviliikide lõikes, 2005-2010

		Järjekorras olevate isikute arv seisuga 1.oktoober					
		2005	2006	2007	2008	2009	2010
	Kokku	**171 746**	**200 653**	**223 625**	**224 563**	**249 921**	**259 227**
Eri-arstiabi	Ambulatoorne eriarstiabi	128 882	158 030	181 420	179 132	207 761	218 979
	Päevastatsionaar	3 699	4 920	3 309	3 213	3 041	3 428
	Statsionaarne	12 414	11 666	8 882	12 365	11 972	9 603
	Taastusravi ambulatoorne	2 545	2 152	2 701	3 799	3 292	4 048
	Taastusravi statsionaarne	1 236	1 216	1 415	1 356	1 413	1 308
Hooldus-ravi	Ambulatoorne hooldusravi	306	486	375	492	591	496
	Statsionaarne Hooldusravi	620	947	770	992	748	715
Hamba-ravi	Hüvitatav hambaravi*	16 646	16 306	17 860	17 041	16 155	15 886
	Ortodontia	5 398	4 930	6 893	6 173	4 948	4 764

Allikas: Haigekassa , 1. okt seis

*Märkus: kuni 19-aastased lapsed

Tabel 2. Ravijärjekorras olevate isikute arv põhjuste lõikes, 2005-2010

	Järjekorras olevate isikute arv seisuga 1.oktoober					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Kokku	**171 746**	**200 653**	**223 625**	**224 563**	**249 921**	**259 227**
Lubatud ooteajal	115 023	127 645	133 938	130 825	154 372	151 310
Rahalise ressursi puudus	1 347	486	303	54	1 998	1 244
Võimsuse puudumine	6 561	4 310	4 813	4 227	2 453	3 047
Patsiendi poolne põhjus	27 419	39 873	48 749	56 325	50 121	51 732
Järelkontrolli tõttu	20 641	26 139	32 010	30 344	37 652	47 179
Muu põhjus	755	2 200	3 812	2 788	3 325	4 715

Allikas: Haigekassa , 1. okt seis

Märkus: rahalise ressursi piiratus (Haigekassa ja teenuse osutaja vaheline lepingu maht ei võimalda teenust osutada lubatud aja piires), teenuse osutaja võimsuse puudumine (arstide, personali vähesus, ruumide puudus, aparatuuri hõivatus jm), patsiendi poolne põhjus (patsiendi valik kindla arsti või sobiva aja suhtes)

Lisa 2. Ülevaade mitteametlike tasude maksmise teemast meedias

Ajakirjanduses on altkäemaksudest seoses meditsiiniga räägitud konkreetsete juhtumitega seoses (nt Peri juhtum, vt ptk 3.1) või korruptsiooniuuringu tulemustega seoses ([63], [64], [76]-[78]). Nii toodud erinevad juhtumid kui ka uuringute tulemuste kajastamine ajakirjanduses võimaldab analüüsida, kuidas inimesed arstidele meelehea pakkumisse suhtuvad.

Põhimõtteliselt jagunevad kommentaarid kolmeks. Üks osa inimesi väidavad, et on arstiabi kasutanud, kuid pole kunagi raha või kingituste tegemisega kokku puutunud ning seetõttu ei usu, et sellised situatsioonid üldse eksisteerivad. Samuti ollakse seda meelt, et isegi kui maksta/kinkida, ei muuda see arstiabi kvaliteeti, kui üldse, siis pigem ainult suhtumist.

Teine grupp inimesi peavad kingituste tegemist või raha maksmist tänuks ja seetõttu ei tauni sellist käitumist, kuna peavad seda vabatahtlikuks (*„mina maksan ilusalongis ja kohvikus ka peale. Kuigi teen seda puhtast südamest tänuga“).* Mitmed neist on ka ise sel viisil tänu avaldanud.

- *„/../olen ISE kirurgile andnud - ja seda pärast oppi. Ei ole märganud olulist suhtumise muutust ei arstide ega õdede poolt - nagu enne, nii ka pärast "meelehead" on see olnud kvalifitseeritud ja tasemel.“*
- *„Olen haiglas saanud ainult ja ainult hea kohtlemise osaliseks ja olen lihtsalt kinkinud tänutäheks raha, kuna kingitusi on riskantsem osta.“*
- *„Mulle on tehtud väga raske operatsioon ja kõik läks väga hästi. Andsin ka arstile puuviljakorvi ja selle sees ümbriku rahaga ja ei kahetse seda“*
- *„/../Tänamine on teine asi. /../Üks viimaseid tänuvorme õdedele oli võileivatort“*
- *„Ja kui ma olen abi saanud, siis lilled ja pakk kohvi, mille ma tänutäheks viin, ei ole mingi altkäemaks. Mul on õigus tänulik olla ja oleks väga ebaviisakas, kui arst minu käest keelduks seda vastu võtmast, mis on tänulikult patsiendilt tulnud.“*
- *„Minu isa väga kardab arste ja ope, lõpuks viimases hädas kui leidis piisavalt usaldusväärse arsti, siis läks opile. Kõik läks hästi, paranes kiirelt. Isa oli nii tänulik ja rahul arsti tööga. Kui läks viimasele järelkontrollile, siis andis vaid ümbriku 5000.-.“*

Raha maksmist on õigustatud ka arstide madalate palkadega. Mitmed inimesed siiski eristavad kingitusi ja raha, sh taunivad raha kinkimist

- „*Ümbrikutoppimine on alandav, kui väga midagi tuua tahate, tooge õdedele tort või kringel*“

Kolmas grupp inimesi taunib siiski igasugust raha maksmist ja kingituste tegemist. Tänu avaldamise puhul tuuakse probleemina välja, et tervishoiutöötajad hakkavad seda ootama ja sellisel juhul hakkab see patsienti suhtumist mõjutama.

- *„Mulle üks naine haiglakoridoris rääkis, kuidas üks arst oli kurtnud talle, et päevas tuuakse nii mitu kilo shokolaadi, et mõni võiks ka vahel soolast kala tuua.“*
- *„Olles meditsiiniringkonnaga tuttav, tean, et seda arstidele ja õdedele antaval pistisel on juba ammu oma nimigi: "Mistens" (lühend sõnadest "oh, mis te nüüd...").“*
- *„Mul meenub oma ema jutt, kes käis kliinikumis puusa proteesimas, seal 1 tädike, pensionär, oli väga tänulik, et valud kadunud ja operatsioon õnnestunud, et annaks sellele tohtrihärrale, kena mees teine, palju siis anda, ega pensionist palju maksa, pakub 500 eeku ümbrikuga, mida siis see muhe tohtrihärra vastas, vaatas ümbrikku ja ütles, suitsuraha jagub mul endalgi.“*
- *„See, et inimesed ise oma vabast tahtest soovivad arste meeleheaga tänada, ongi toonud korruptsiooni haiglatesse. Arstid harjuvad kingituste ja rahaga ära ning teised patsiendid tunnevad survet samamoodi talitada.“*

Selles osas, kes probleemis süüdi on, lähevad arvamused lahku. Mitmed inimesed peavad probleemi põhjustajateks tänu/altkäemaksu pakkujaid.

- *„Kurb küll, kui haige vanainimene topib 25-seid õdede kitlitaskusse, aga kas õde on selles süüdi?“*
- *„Ise topime kõikvõimalike trikkidega almust, hiljem halame, et arstid võtavad massiliselt altkäemaksu.“*
- *„Ise oleme nad ära rikkunud, mul arsti kabineti õde ei tee süstigi, peab meelehead andma“*

Teised aga arvavad, et tervishoiutöötaja ei tohiks ka pakutavat (vähemalt raha osas) vastu võtta, kuna nad teevad tööd nagu teised ametialade esindajad.

- „*Need med-töötajad, kes võtavad haigetelt inimestelt vastu raha töö eest, mille eest nad saavad palka on süüdi ebaeetilises käitumises“*

Lisaks on välja toodud, et tänada võib arsti ka suuliselt.

- „*Suhtumine patsientide ja arstide hulgas peaks olema: arst teeb oma tööd ja ta saab selle eest palka ning patsient saab oma tänu ka sõnades väljendada*.“)

Altkäemaksu pakkumine on veel tõsisem probleem juhul, kui inimene teeb seda ootusega saada paremat ravi. Kuna tervis on inimeste jaoks oluline teema ja sageli ei nähta muud väljapääsu, tundub raha pakkumine ainus võimalus. Sageli on see seotud vanema generatsiooniga.

- *„Minu ema suri vähki. /…/ Igale õele ja sanitarile toppis juba väga haige ja nõrk ema 25-krooniseid kitlitaskusse - et lihtsalt mitte sõimata saada, et mitte tunda süümepiinu, kui oli jälle põrandale oksendanud ja sanitar tuli pidi seda "jälkust" tema tagant kirudes ja ohkides koristama tulema. /…/ Sama kui pidi öösel valveõde "tülitama", et see teda tualetti aitaks. Kui sanitarid ja õed oma 25-kaid ei saanud, ei vaevunud nad ka sõbralikult ja professionaalselt oma tööd tegema. Kui ema aga oma värisevate kätega raha neile näpu vahele või taskusse pistis, laabus kõik ja tema, surija, ei pidanud põdema süümepiinu selle pärast, et on kellelegi koormaks. Ega siis ema seda rahaandmist ise välja ei mõelnud. Teised palatikaaslased andsid nõu, kuidas toimida, et natukenegi end inimesena tunda.“*
- *„Minu Valgamaal elav memm käib alati Valgas arsti juures ümbrikuga. Põhiliselt külastab närviarsti. /../Igatahes ise ta õigustab enda tegu sellega, et siis arst võimaldab talle parema abi, korralikud uuringud jms. Ja nii juba aastaid.“*
- *„Mul ema ja vanaema korduvalt haiglas olnud (Tallinnas) ja iga kord on tulnud maksta ja üpris suuri summasid“*
- *„/../ mu vanaisa teeb seda alati ning sellega imiteerib ta oma eakaaslaste käitumist. /../ ta teab, et kõik ta tuttavad teevad arstidele kingitusi (näiteks kallis pudel alkoholi) või annavad raha, mille eest nad ootavad head ravi ning mille puudumisel nad kardavad halba ravi.“*
- *„Tean üht väga konkreetset juhtumit, kus kiirabiga valust hullununa haiglasse toodud patsient andis öösel omaalgatuslikult pistist valves olevatele tudengitele.“*
- *„Vene ajal, Tartus, silmakliinikus, nimi oli K. Sai antud 150 rubla, muidu oleks koju sõit ees olnud. Tuttav saadetigi koju, kuna raha polnud, jäigi ühest kõrvast kurdiks. Üks venelanna pakkus 25 rbl, vastati, et leiva raha on mul omal olemas.“*
- *„/../ olen pidanud "töötlema" oma pensionäridest vanemaid, kellel on siiani arusaam, et kui ei maksa või pärast ei vii nänni, on väga pahasti“.*
- *„kõik tuttavad on teinud, vabatahtlikke annetusi. inimesed usuvad, et kui raha ei anna, siis ravi ka ei järgne. raha andmine on loomulik isegi siis, kui on tasuline operatsioon.“*
- *„Tean ühte juhtumit, kus proteeside tegemise ajal pakkus proua arstile peale igat visiiti nö kohviraha. Kas ta tõesti arvas, et siis püsivad need paremini suus?“*

Lisa 3. Patsiendi küsitluses kasutatud ankeet

Austatud patsient!

Tartu Ülikool ja Ernst&Young viivad koostöös justiitsministeeriumi, sotsiaalministeeriumi ja Haiglate Liiduga läbi uuringut, mille eesmärgiks on hinnata tervishoiuteenuste osutamise läbipaistvust ning inimeste kogemusi ja hoiakuid seoses tervishoiuteenuse eest tasumisega.

Palume Teil leida **15 minutit**, et vastata allolevatele küsimustele. Teie vastused on meile tegelikust olukorrast tõese pildi saamiseks väga suureks abiks.

Teie **anonüümsus on täielikult garanteeritud**, kuna me ei küsi Teie nime.

Ankeedi täitmisel palume Teil arvestada:

- **Tasulise vastuvõtu** all peame silmas olukorda, kus maksite kõrgemat visiiditasu kui 50 krooni või kõrgemat voodipäeva tasu kui 25 krooni ja/või maksite ise uuringute või operatsiooni eest.

- **Riigihaigla** all peame silmas maakonna- ja suuri keskusehaiglaid nagu näiteks Tartu Ülikooli Kliinikum, Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Ida-Tallinna Keskhaigla, Ida-Viru Keskhaigla, Elva haigla, Narva haigla, Pärnu haigla, Rakvere haigla, Valga haigla, Viljandi haigla, Võru haigla.

Meid huvitab Teie varasem kokkupuude tasuliste teenustega ja mitteametlike tasudega ning **ei ole oluline, millises haiglas see juhtus**.

Palun märkige ankeedis kõik vastusevariandid, mis on Teie jaoks sobivad.

Uuringumeeskonna nimel,

Kerly Krillo
Tartu Ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuuringute keskuse juht
Tel. 53 307 476

KUI SOBIB MITU VASTUST, SIIS PALUN MÄRKIGE NEED KÕIK

1. Sugu □ naine □ mees

2. Vanus _____ aastat

3. Haridustase

- □ alg- või põhiharidus
- □ keskharidus
- □ kutseharidus
- □ kõrgharidus (sh rakenduslik kõrgharidus)
- □ muu (täpsustage) …….

4. Rahvus □ eestlane □ muu

5. Kas Te olete viimase paari aasta jooksul käinud arsti TASULISEL vastuvõtul ja/või saanud TASULIST ravi/uuringuid? (vt tasulise teenuse selgitust esilehel)

- □ ei
- □ jah, olen käinud tasulisel vastuvõtul riigihaiglas (märkige erialad) …….
- □ jah, olen käinud tasulisel vastuvõtul erakliinikus (märkige erialad) ……...
- □ jah, olen saanud tasulisi uuringuid riigihaiglas
- □ jah, olen saanud tasulisi uuringuid erakliinikus
- □ jah, olen tasunud oma ravi/operatsiooni eest riigihaiglas (va voodipäeva tasu)
- □ jah, olen tasunud oma ravi/operatsiooni eest erakliinikus (va voodipäeva tasu)

NB! Kui vastasite 5. küsimuses eitavalt, liikuge palun edasi küsimuse 9 juurde.

6. Kas Te olete viimase paari aasta jooksul käinud arsti esmasel TASULISEL vastuvõtul, kuid hiljem selgus, et Te ei pidanud arsti määratud uuringute/ravi eest maksma (sama ravijuhu piires)?

- □ ei, kuna ma pole tasulisel vastuvõtul käinud
- □ ei, olen tasulise vastuvõtu puhul pidanud ka uuringute ja/või ravi eest ise maksma
- □ jah, see toimus riigihaiglas (märkige arsti eriala) …….
- □ jah, see toimus erakliinikus (märkige arsti eriala) …….
- □ muu (täpsustage) …….

7. Kas Te olete viimase paari aasta jooksul pöördunud arsti TASULISELE vastuvõtule erakliinikusse, kust arst suunas Teid uuringule/ravile/operatsioonile riigihaiglasse ning Te ei pidanud uuringu/ravi/operatsiooni eest maksma?

- □ ei, ma pole erakliinikus tasulisel vastuvõtul käinud
- □ ei, pidin sellisel juhul riigihaiglas uuringute/ravi/operatsiooni eest ise maksma
- □ jah (märkige arsti eriala)…….
- □ muu (täpsustage) …….

8. Kas Te olete viimase paari aasta jooksul pöördunud arsti TASULISELE vastuvõtule riigihaiglasse, kust arst suunas Teid uuringule/ravile/operatsioonile erakliinikusse ning Te ei pidanud uuringu/ravi/operatsiooni eest maksma?

- □ ei, ma pole riigihaiglas tasulisel vastuvõtul käinud
- □ ei, pidin sellisel juhul erakliinikus uuringute/ravi/operatsiooni eest ise maksma
- □ jah (märkige arsti eriala)…….
- □ muu (täpsustage) …….

JÄRG PÖÖRDEL →

KUI SOBIB MITU VASTUST, SIIS PALUN MÄRKIGE NEED KÕIK

Järgnevates küsimustes ei peeta teenuse eest maksmise all silmas visiiditasu/voodipäeva tasu maksmist ega olukorda, kus olete kiiremini arsti juurde saamiseks tasunud teenuste eest vastavalt haigla poolt kehtestatud hinnakirjale (olete saanud kviitungi või arve).

Ankeedi küsimused 9-16 puudutavad Teie kogemusi ENNE vastuvõttu/ravi/uuringuid/operatsiooni, küsimus 17 aga kogemusi PÄRAST vastuvõttu/ravi/uuringuid/operatsiooni.

9. Kas Te olete viimase paari aasta jooksul kiiremini arsti juurde pääsemiseks või soovitud uuringule, ravile või operatsioonile saamiseks tervishoiutöötajale (ENNE vastuvõttu/uuringut/ravi/operatsiooni) ...

…maksnud raha (tegu polnud visiiditasu, voodipäeva tasu ega tasulise vastuvõtuga)	□ Ei	□ Jah (märkige summa) ……
…lubanud teha vastuteene	□ Ei	□ Jah (märkige, millise teene) ……
…kasutanud vastuvõtule, uuringule, ravile või operatsioonile saamiseks tutvusi	□ Ei	□ Jah
…teinud kingituse	□ Ei	□ Jah (märkige, millise) ……
…teinud midagi muud	□ Ei	□ Jah (märkige, mida) ……

NB! Kui vastasite 9. küsimuses kõikidele variantidele eitavalt, liikuge palun küsimuse 16 juurde.

10. Kui Te olete ENNE vastuvõttu või ravi MAKSNUD RAHA, siis tegite seda

- □ perearstile
- □ eriarstile (märkige eriala(d)) ……
- □ kellelegi teisele (märkige amet) ……
- □ uuringule saamiseks (märkige, millisele) ……..
- □ haiglaravile saamiseks
- □ haiglaravil olles
- □ operatsioonile saamiseks
- □ muul põhjusel (täpsustage) ……
- □ pole kordagi raha maksnud enne vastuvõttu või ravi

11. Kui Te olete ENNE vastuvõttu või ravi MAKSNUD RAHA, siis miks Te seda tegite?

- □ olen niimoodi harjunud, nii tehakse
- □ tuttavate soovitusel
- □ tervishoiutöötaja andis mõista, et seda on vaja
- □ et saada kiiremini vastuvõtule/ravile/uuringule/operatsioonile
- □ et saada paremat hooldust/ravi
- □ muul põhjusel (märkige, millisel) ……..
- □ pole kordagi raha maksnud enne vastuvõttu või ravi

12. Kui Te olete selleks, et saada vastuvõtule või ravi, KASUTANUD TUTVUSI, siis tegite seda

- □ eriarsti vastuvõtule saamiseks (märkige eriala) ……
- □ uuringule saamiseks (märkige, millisele) ……..
- □ haiglaravile saamiseks
- □ operatsioonile saamiseks
- □ muul põhjusel (täpsustage) ……
- □ pole kordagi arsti juurde saamiseks tutvusi kasutanud

KUI SOBIB MITU VASTUST, SIIS PALUN MÄRKIGE NEED KÕIK

13. Kui Te olete selleks, et saada vastuvõtule või ravi, KASUTANUD TUTVUSI, siis miks Te seda tegite?

- olen niimoodi harjunud, nii tehakse
- muul põhjusel (palun märkige, millisel) ……..
- et saada kiiremini vastuvõtule/ravile/uuringule/operatsioonile
- et saada paremat hooldust/ravi
- pole kordagi arsti juurde saamiseks tutvusi kasutanud

14. Kui Te olete ENNE vastuvõttu või ravi TEINUD KINGITUSE, siis kas tegite seda

- perearstile
- eriarstile (märkige eriala(d)) …….
- kellelegi teisele (märkige amet) ……...
- uuringule saamiseks (märkige, millisele) ……..
- haiglaravile saamiseks
- haiglaravil olles
- operatsioonile saamiseks
- muul põhjusel (täpsustage) ……..
- pole kordagi teinud kingitust enne vastuvõttu või ravi

15. Kui Te olete ENNE vastuvõttu või ravi TEINUD KINGITUSE, siis miks Te seda tegite?

- olen niimoodi harjunud, nii tehakse
- tuttavate soovitusel
- tervishoiutöötaja andis mõista, et seda on vaja
- et saada kiiremini vastuvõtule/ravile/uuringule/operatsioonile
- et saada paremat hooldust/ravi
- muul põhjusel (palun märkige, millisel) ……..
- pole kordagi teinud kingitust enne vastuvõttu või ravi

16. Kas Te olete püüdnud ENNE vastuvõttu või ravi maksta raha või teha kingitust, kuid tervishoiutöötaja on sellest keeldunud?

- jah, olen püüdnud **raha** pakkuda, kuid tervishoiutöötaja keeldus
- jah, olen püüdnud **kingitust** pakkuda, kuid tervishoiutöötaja keeldus
- pakkusin raha või kingitust, tervishoiutöötaja võttis vastu
- ei ole pakkunud raha ega kingitust

17. Kas Teie olete tervishoiutöötajale vastuvõtu või ravi JÄREL teinud järgnevat?

- jah, olen maksnud raha, tegu polnud tasulise vastuvõtu või ametlikult kehtestatud hinnakirjaga (märkige summa, millise teenuse eest seda tegite ja tervishoiutöötaja eriala)
  ……...
  ……...
- jah, olen teinud kingituse (millise) ……...
- jah, olen osutanud teene (millise) ……...
- ei ole ühtki eelnimetatutest teinud

JÄRG PÖÖRDEL →

KUI SOBIB MITU VASTUST, SIIS PALUN MÄRKIGE NEED KÕIK

18. Palun andke oma hinnang järgnevatele olukordadele, märkides ristiga sobiv variant

	See on korruptsioon	Pole korruptsioon, kuid on ebaeetiline	Ei ole korruptsioon ja pole ebaeetiline
Arst võtab pärast visiiti patsiendilt vastu kommikarbi			
Patsient helistab peretuttavast arstile ja saab vastuvõtule väljaspool järjekorda			
Arst küsib patsiendilt raha ja lubab patsiendi vastuvõtule samal päeval			
Patsient remondib arsti auto ja saab selle eest kiiremini uuringule			
Patsient soovib minna riigihaiglasse arsti juurde, järjekord arsti juurde on 3 kuud. Registratuuris soovitatakse patsiendile tasulist vastuvõttu, et saada sama arsti juurde samas haiglas vastuvõtule juba nädala pärast			
Patsient läheb erakliinikusse arsti juurde, selgub, et ta vajab uuringuid, mille eest tuleb patsiendil maksta 800 krooni. Arst soovitab patsiendil tulla vastuvõtule enda juurde riigihaiglasse, kus uuringud saab tasuta teha			
Arst võtab riigihaiglas oma kabinetis enne lõunat vastu tavajärjekorras olevaid patsiente ja peale lõunat patsiente, kes on maksnud kõrgemat visiiditasu ja saavad seetõttu vastuvõtule kiiremini			

19. Milliseid olukordi peate Teie korruptsiooniks tervishoiusektoris?

……

……

……

……

Juhul, kui Teil on veel mõtteid või kommentaare, siis on need väga oodatud

……

……

……

……

Täname Teid!

Lisa 4. Patsientide küsitluse tulemused

Käesolev peatükk annab ülevaate uuringu raames läbi viidud patsientide küsitlusest, mille eesmärgiks oli koguda infot patsientide kokkupuute kohta tasuliste teenuste ja mitteametlike tasudega ning kuidas inimesed nendesse suhtuvad.

1. Metoodika

Küsitluse planeerimist alustati koostöös projekti juhtkomisjoniga (so justiitsministeerium, sotsiaalministeerium, Terviseamet ja Haiglate Liit), kus arutati esmast metoodikat ja teemasid. Ankeedi koostamisel hinnati varasemaid küsitlusi ja neis küsitlustes kasutatud küsimusi. Seejärel kaasati Haiglate Liidu kaudu haiglate esindajad, kellele tutvustati uuringut ning paluti anda tagasisidet ankeedile. Haiglad määrasid kontaktisikud, kellega veelkord ankeeti testiti. Lisaks testiti ankeeti ligikaudu 15-l erineva demograafilise profiiliga inimesel (nt ka vanemad inimesed). Ankeet tõlgiti vene keelde ja kontrolliti arusaadavust muukeelsete inimeste peal.

Küsitlus viidi läbi perioodil 17.-21. jaanuar 2011 kaheksas haiglas nii ambulatoorsete kui statsionaarsete patsientide hulgas. Neli haiglat (Pärnu Haigla, TÜ Kliinikum, Ida-Tallinna Keskhaigla ja Narva Haigla) viisid ise küsitluse läbi, kaks haiglat (Põhja-Eesti Regionaalhaigla ja Ida-Viru Keskhaigla) viisid küsitluse läbi statsionaarsete patsientide seas, Tartu Ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuuringute keskus (RAKE) viis küsitluse läbi Rakvere Haiglas ja Viljandi Haiglas ning Põhja-Eesti Regionaalhaigla ja Ida-Viru Keskhaigla ambulatoorsete patsientide seas. Kokku laekus 2213 ankeeti.

Tabel 1. Küsitluse läbiviimise metoodika ja kogutud ankeetide arv haiglate lõikes

Haigla	***Küsitluse läbiviija***		***Laekunud ankeetide arv***		***Kokku***
	Ambul	**Stats**	**Ambul**	**Stats**	
Põhja-Eesti Regionaalhaigla	RAKE*	haigla	109	213	322
Viljandi Haigla	RAKE	RAKE	92	37	129
Ida-Viru Keskhaigla	RAKE**	haigla	60	119	179
Rakvere Haigla	RAKE	RAKE	68	49	117
Narva Haigla	haigla	haigla	52	85	137
Ida-Tallinna Keskhaigla	haigla	haigla	100	141	241
TÜ Kliinikum	haigla	haigla	363	423	786
Pärnu Haigla	haigla	haigla	181	121	302
KOKKU			**1025**	**1188**	**2213**

Märkus: * patsiente küsitleti Mustamäe ja Hiiu korpuses, ** patsiente küsitleti Kohtla-Järve ja Puru korpuses.

Nendes haiglates, kus küsitluse viis läbi RAKE meeskond, toimus küsitlus ühe päeva, haiglad, kes ise küsitlust koordineerisid, said ankeete jagada ja koguda pikema perioodi jooksul (ankeete koguti üldjuhul nädala jooksul). Statsionaarses ravis jagati ankeedid kõikidele patsientidele, ambulatoorse ravi puhul sõltus see haiglast – väiksemates haiglates (Viljandi, Rakvere) pöörduti kõikide patsientide poole, suuremates haiglates oli eesmärgiks pöörduda võimalikult paljude patsientide poole. Üldjuhul kaasati küsitlusse kõik patsiendid, sõltumata, millise eriala arsti juurde pöörduti või millisel ravil patsient viibis; erandina välistati võimalusel (so kui antud eriala arstid/ravil olevad patsiendid asusid eraldi hoones või olid muul viisil eristatavad) psühhiaatria, hambaravi, hooldusravi ja erakorraline meditsiin.

Patsientide osalemine küsitluses oli vabatahtlik. Need, kes nõustusid küsitlusele vastama, täitsid küsimustiku ise või abistas neid selles küsitleja. Suurema venekeelse elanikkonna kontsentratsiooniga piirkonna haiglates küsitlesid vene keelt valdavad küsitlejad.

Küsimustik koosnes järgmistest blokkidest:

- Demograafilised tunnused – sugu, vanus, rahvus ja haridustase (vt lisa ptk 2);
- Küsimused tasuliste teenuste kasutamise kohta – sh kas patsient on käinud tasulisel vastuvõtul, tasunud uuringute, ravi või operatsiooni eest; kas patsient on tasulise vastuvõtu järel tasunud uuringute eest; kas patsiendil on kogemus suunamisega eri haiglate vahel (vt lisa ptk 3);
- Küsimused kogemuste kohta mitteametlike tasudega – sh kas patsiendil on kogemus raha maksmise, kingituse tegemise või tutvuste kasutamisega enne ja pärast teenuse saamist; kogemuse esinemisel täpsustused, kellega seoses ja miks kogemus tekkis (vt lisa ptk 4);
- Hinnangud mitteametlike tasude kohta – patsiendil paluti anda hinnang erinevatele situatsioonidele, mida võib pidada ebaeetiliseks või korruptiivseks (vt lisa ptk 5).

Ankeediga oli kaasas kaaskiri, milles selgitati küsitluse eesmärki ja anti juhtnööre küsimustiku täitmiseks juhuks, kui patsient täidab küsimustiku ise. Muuhulgas defineeriti tasulise teenuse mõiste (so olukord, kus patsient maksis kõrgemat visiiditasu kui 50 krooni või kõrgemat voodipäeva tasu kui 25 krooni ja/või maksis ise uuringute või operatsiooni eest) ning haigla tüübina defineeriti riigihaigla (so maakonna- ja suuri keskusehaiglad nagu näiteks Tartu Ülikooli Kliinikum, Põhja - Eesti Regionaalhaigla, /…/) ja erakliiniku mõiste. Samu mõisteid kasutatakse ka järgnevas analüüsis.

Kuivõrd patsientidelt küsiti kogemuse kohta üldiselt, mitte konkreetses haiglas, kus neid küsitleti, esitatakse analüüs Eesti kohta tervikuna. Tuleb arvestada, et tulemusi ei saa üldistada Eesti elanikkonnale, kuna tegemist on patsientide küsitlusega. See on ka käesoleva küsitluse tugevuseks, sest vastajad omasid väga vahetut isiklikku kogemust, olles jõudnud oma järjekorra ära oodata või saanud järjekordadest mööda, seega on nende vastused eeldatavasti vähem mõjutatud üldistest hoiakutest ja kuulujuttudest. Järgnevates alapeatükkides on toodud kokkuvõtted küsitluse tulemustest, detailsemad andmed on toodud käesoleva lisa alapeatükis 6.

2. Vastajate demograafiline profiil

Kaks kolmandikku vastajatest on naised. Ligi kolmveerand vastajatest on eestlased. Vastanute hulgas on esindatud piisaval määral kõik vanusegrupid. Üle pooled vastajatest on kesk- ja/või kutseharidusega, ligi kolmandik kõrgharidusega.

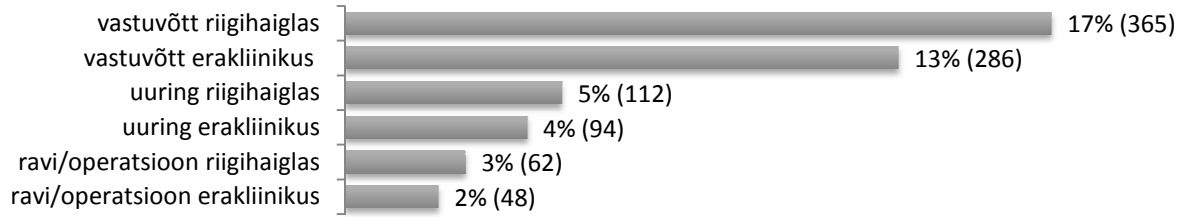
Tabel 2. Küsitletud patsientide demograafiline profiil

		Arv	*%*
Sugu	naine	1492	68%
	mees	691	32%
Rahvus	eestlane	1529	73%
	muu	561	27%
Haridus	esimene	254	12%
	kesk/kutse	1262	58%
	kõrgem	659	30%

		Arv	*%*
Vanus	kuni 24	196	9%
	25-34	377	17%
	35-44	319	15%
	45-54	320	15%
	55-64	414	19%
	65-74	334	15%
	üle 75	199	9%

3. Tasulised teenused

Tasuliste teenustega on viimase paari aasta jooksul kokku puutunud ligi kolmandik vastanutest (31%, 656 inimest). Neist enam kui pooled on käinud vastuvõtul riigihaiglas ja 44% erakliinikus, kõigist vastajatest vastavalt 17% ja 13%. Oluliselt vähem on vastajad kokku puutunud tasuliste uuringute ja raviga. Kõikide teenuste, so vastuvõtu, uuringute, ravi ja operatsioonide puhul on patsientidel rohkem kokkupuudet olnud tasuliste teenustega riigihaiglates.



Joonis 1. Tasuliste teenuste kasutamine viimase paari aasta jooksul (n=2142, % vastajatest)
Märkus: kuna pakkuda sai mitut varianti, siis on vastusevariantide summa suurem kui 100%, sulgudes vastajate arv

Juhul, kui patsient vastas, et tal on olnud kokkupuude tasulise vastuvõtuga, paluti täpsustada, millise eriala arsti ta külastas. Need patsiendid, kes on käinud tasulisel vastuvõtul riigihaiglas, nimetasid kõige enam günekoloogi vastuvõtul käimist – 20% riigihaiglas tasulisel vastuvõtul käinutest. Sagedamini nimetati ka kirurgi. Teistest erialadest nimetati sagedamini neuroloogi, kõrva-nina-kurguarsti ja kardioloogi. Ka erakliinikus tasulisel vastuvõtul käinutest on kõige enam külastatud günekoloogi, küll aga erineb külastamise ulatus – günekoloogi vastuvõtul on käinud ligi pooled erakliinikus tasulisel vastuvõtul käinud patsientidest.

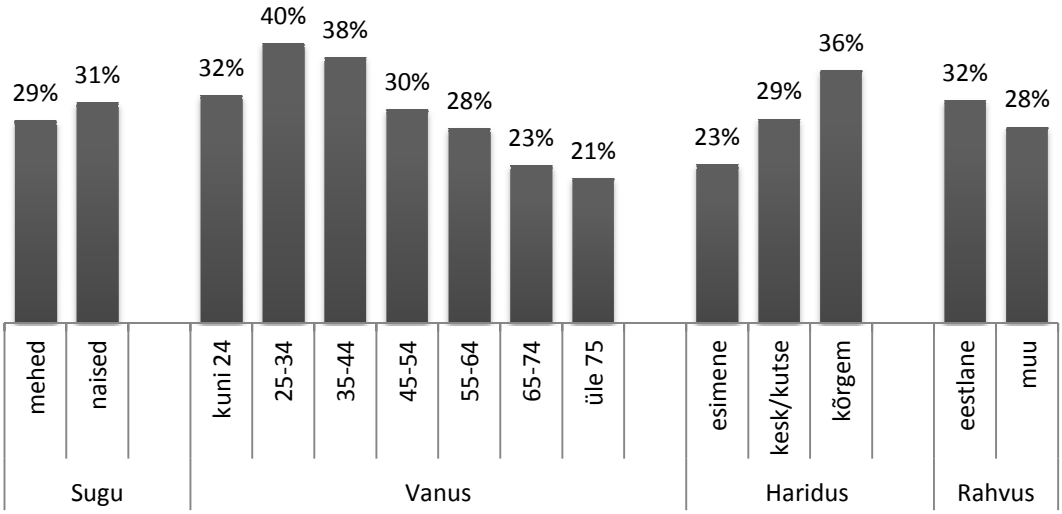
Tabel 3. Enamnimetatud tasulise vastuvõtu erialad (% tasulisel vastuvõtul käinutest, kes täpsustasid)

Tasuline vastuvõtt riigihaiglas (n=365, eriala täpsustas 221)		
eriala	*arv*	*%*
günekoloog	45	20%%
kirurg	31	14%
sh neurokirurg	12	5%
neuroloog	26	12%
kõrva-nina- kurguarst	24	11%
kardioloog	23	10%
silmaarst	19	9%
ortopeed	18	8%
nahaarst	18	8%

Tasuline vastuvõtt erakliinikus (n=286, eriala täpsustas 169)		
eriala	*arv*	*%*
günekoloog	99	59%
kõrva-nina- kurguarst	16	10%
nahaarst	15	9%
ortopeed	15	9%
silmaarst	11	7%

Märkus: erialade osakaalude arvutamisel on välja jäetud need vastused, kus eriala ei täpsustatud või erialaks oli märgitud hambaravi, patsient võis märkida ka mitu eriala.

Tasulisi teenuseid on veidi rohkem kasutanud naised ja eestlased. Oluliselt enam on tasulisi teenuseid kasutanud vastajad vanuses 25-44 võrreldes teiste vanusegruppidega. Oluline seos on ka haridustaseme ja tasuliste teenuste kasutamise vahel – kõrgema haridustasemega inimesed on tasulisi teenuseid enam kasutanud. Viimane võib olla seotud sissetulekutega, kuivõrd üldjuhul on kõrgema haridustasemega inimeste sissetulek kõrgem ja seega võimalused teenuste eest lisaks tasuda suuremad.



Joonis 2. Tasuliste teenuste kasutajate osakaal vastava demograafilise grupi vastajate seast.

Tasuline vastuvõtt ja uuringute/ravi eest tasumine

Juhul, kui patsient pöördub tasulisse vastuvõttu ja vajab seejärel uuringut või ravi, tuleb üldjuhul patsiendil ka nende eest tasuda. Vastasel juhul tekib olukord, kus visiidi eest tasudes ostab patsient end järjekorras ette ka uuringute või ravi puhul. Siiski, haiglate lõikes võib praktika olla erinev ja patsiendilt ei nõuta uuringute või ravi eest tasumist.

Nendest patsientidest, kes on käinud tasulisel vastuvõtul ja kellel on esinenud olukord, kus nad vajasid seejärel uuringut või ravi, ei maksnud uuringu või ravi eest 45% (136 inimest, 8% vastajatest). Enam kui pooled patsiendid pidid sellisel juhul siiski ka uuringu või ravi eest tasuma. Uuringute või ravi eest mittemaksmine toimus kahel kolmandikul juhtudest riigihaiglas ja kolmandikul juhtudest erakliinikus. Patsientidel, kes olid sellise olukorraga kokku puutunud, paluti täpsustada, millise eriala arsti juures see toimus. Kõige rohkem toodi välja günekoloogi (20 vastajat riigihaigla puhul ja 16 vastajat erakliiniku puhul), mis ilmselt on seotud muuhulgas sellega, et günekoloogi tasulist vastuvõttu on kõige enam kasutatud. Teisi erialasid on nimetatud oluliselt vähem.

Tabel 4. Kogemus uuringute/ravi eest maksmisega peale tasulist arsti vastuvõttu (n=1820)

	Arv	*% vastajatest*
Pole tasulisel vastuvõtul käinud	1498	82%
Ei vajanud peale tasulist vastuvõttu uuringuid või ravi	18	1%
Pidi tasulise vastuvõtu puhul ka uuringute ja/või ravi eest ise maksma	168	9%
Ei pidanud tasulise vastuvõtu puhul uuringute ja/või ravi eest ise maksma *	136	8%
sh jah, see toimus riigihaiglas	89	5%
sh jah, see toimus erakliinikus	44	2%

Märkus:* 6 juhul ei selgunud, kas see toimus erakliinikus või riigihaiglas ja 3 juhul juhtus mõlemas

Liikumine riigihaigla ja erakliiniku vahel

Lisaks eelnevale uuriti patsientidelt, kas nad on kokku puutunud olukorraga, kus nad tasulisel vastuvõtul käisid ühes haiglas ja uuringut või ravi teostati teises haiglas ning sealjuures nad ei pidanud selle eest maksma. Täpsemalt vaadeldi suunamist riigihaiglast erakliinikusse ning erakliinikust riigihaiglasse. Näiteks kui arst suunab patsiendi riigihaiglast erakliinikusse uuringuid

tegema on sisuliselt tegemist endale nõudluse tekitamisega (suurendatakse teenuse mahtu erakliinikus ja võetakse visiiditasu).

Nendest patsientidest, kes on käinud tasulisel vastuvõtul erakliinikus ja kellel on esinenud olukord, kus nad vajasid seejärel uuringut või ravi ja neid suunati selleks riigihaiglasse, ei maksnud uuringu või ravi eest 67% (76 inimest, 4% vastajatest). Kolmandik sellises olukorras olnud patsientidest pidid maksma ka uuringu või ravi eest riigihaiglas. Ka siin paluti patsientidel täpsustada eriala juhul, kui tal oli mittemaksmise kogemus. Pooled neist tõid välja günekoloogia (34 patsienti).

Tabel 5. Kogemus uuringute/ravi eest maksmisega riigihaiglas peale tasulist vastuvõttu erakliinikus (n=1888)

	Arv	*% vastajatest*
Pole erakliinikus tasulisel vastuvõtul käinud	1724	91%
Ei vajanud peale tasulist vastuvõttu uuringuid või ravi, ei suunatud riigihaiglasse	51	3%
Pidi ka uuringute ja/või ravi eest riigihaiglas ise maksma	37	2%
Ei pidanud uuringute ja/või ravi eest riigihaiglas ise maksma	76	4%

Nendest patsientidest, kes on käinud tasulisel vastuvõtul riigihaiglas ja kellel on esinenud olukord, kus nad vajasid seejärel uuringut või ravi ja neid suunati selleks erakliinikusse, ei maksnud uuringu või ravi eest 40% (23 inimest, 1% vastajatest). Veidi vähem kui kaks kolmandikku sellises olukorras olnud patsientidest pidid maksma ka uuringu või ravi eest erakliinikus. Erialadest nimetati kõige rohkem kirurgi ja kõrva-nina-kurguarsti (vastavalt 5 ja 4 vastajat).

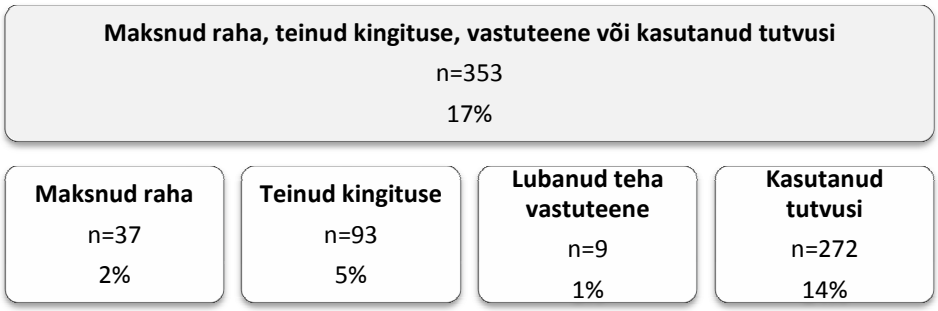
Tabel 6. Kogemus uuringute/ravi eest maksmisega erakliinikus peale tasulist vastuvõttu riigihaiglas (n=1778)

	Arv	*% vastajatest*
Pole riigihaiglas tasulisel vastuvõtul käinud	1671	94%
Ei vajanud peale tasulist vastuvõttu uuringuid või ravi, ei suunatud erakliinikusse	50	3%
Pidi ka uuringute ja/või ravi eest erakliinikus ise maksma	34	2%
Ei pidanud uuringute ja/või ravi eest erakliinikus ise maksma	23	1%

4. Mitteametlikud tasud

Patsientide küsitluse teine osa keskendub kogemustele mitteametlike tasudega. Mitteametlike tasude all on antud küsitluses silmas peetud raha maksmist, kingituse tegemist või teene osutamist eesmärgiga saada kiirem ligipääs teenusele, parema kvaliteediga ravi jms; samuti on uuritud, kui palju patsiente on kasutanud tutvusi arsti juurde pääsemiseks. Küsitlusega eristati mitteametlike tasude pakkumist enne teenuse kasutamist ja peale teenuse kasutamist. Kui enne teenuse kasutamist mitteametliku tasu pakkumist ja vastu võtmist võib üsna selgelt pidada korruptiivseks käitumiseks, siis peale teenuse kasutamist sarnaselt käitumist peetakse sageli tervishoiutöötaja tänamiseks, kuna peale teenuse kasutamist ei saa teenuse osutamist enam mõjutada. Siiski, nii perearstide kui ka mitmete eriarstide puhul (nt günekoloog) on arsti ja patsiendi vahel kujunenud pikemaajalisem suhe, mistõttu ka peale teenuse kasutamist võib mitteametlike tasude tegemine olla taunitav.

Arsti juurde pääsemiseks või soovitud uuringule, ravile või operatsioonile (kiiremini) saamiseks on viimase paari aasta jooksul enne vastavat teenust tervishoiutöötajale maksnud raha, teinud kingituse, pakkunud vastuteenet või kasutanud tutvusi 17% patsientidest. Kõige enam on patsiendid kasutanud tutvusi – seda on teinud iga seitsmes patsient. Kingituse on teinud 5% patsientidest, raha maksnud 2% ja teene lubanud teha alla 1% patsientidest.



Joonis 3. Kogemus raha maksmise (n=1986), kingituse tegemise (n=1883), teene lubamise (n=1839) või tutvuste kasutamisega (n=1928) enne teenuse osutamist (vastajate arv, % vastajatest)
Märkus: pakkuda võis mitu varianti

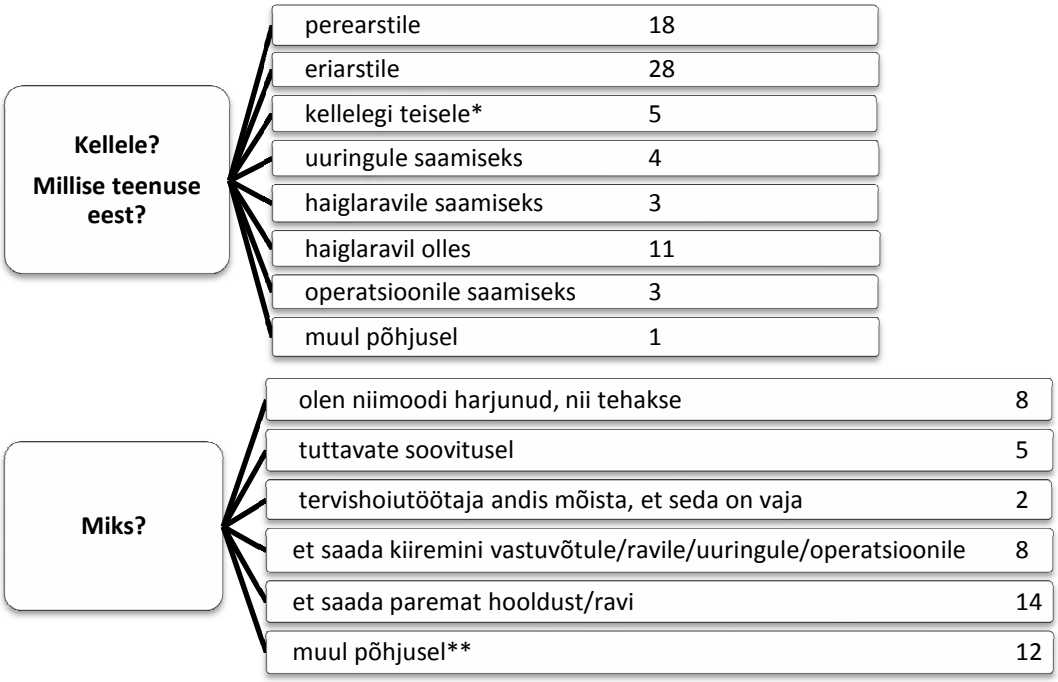
Patsientidel, kes arsti juurde pääsemiseks või soovitud uuringule, ravile või operatsioonile (kiiremini) saamiseks on viimase paari aasta jooksul enne vastavat teenust tervishoiutöötajale **maksnud raha**, paluti täpsustada rahasumma, mida nad maksid (sh rõhutati, et tegemist pole visiiditasu ega tasuliste teenuste eest tasumisega). Rahasumma olid nõus avalikustama 23 inimest, neist 14 inimest maksis alla 500 krooni, viis inimest 500-1000 krooni ja neli inimest rohkem kui 1000 krooni, seejuures suurim makstud summa oli 5000 krooni.

Kõige enam on raha makstud eriarstile, erialadest on nimetatud kirurgi, kõrva-nina-kurguarsti, meestearsti, silmaarsti, naistearsti, nahaarsti ja ortopeedi. Neurokirurgi ja ortopeedi puhul on täpsustatud rahasumma 1000 krooni ja enam. Teenustest on mõnevõrra enam nimetatud maksmist operatsioonile saamiseks. Patsientidel, kes on maksnud enne teenust mitteametlikult, paluti ka põhjendada, mis põhjusel nad seda tegid. Kõige enam on välja toodud, et maksmise põhjuseks oli vajadus kiiremini teenusele ligipääsu saada.

Joonis 4. Raha maksmise põhjus enne teenuse osutamist (n=37)
Märkus: pakkuda võis mitu varianti, „kellele“ ja „mis teenuse eest“ ei täpsustanud 9 ning „miks“ 10 vastajat.

Patsientidel, kes arsti juurde pääsemiseks või soovitud uuringule, ravile või operatsioonile (kiiremini) saamiseks on viimase paari aasta jooksul enne vastavat teenust tervishoiutöötajale **teinud kingituse**, paluti täpsustada, millise kingituse nad tegid. Kõige enam tõid vastajaid välja komme jms (43 vastajat), aga ka lilli (29 vastajat) ja alkoholi (15 vastajat). Üksikud inimesed nimetasid ka kohvi, kosmeetikat, raamatut, kinkekaarti ja käsitööd.

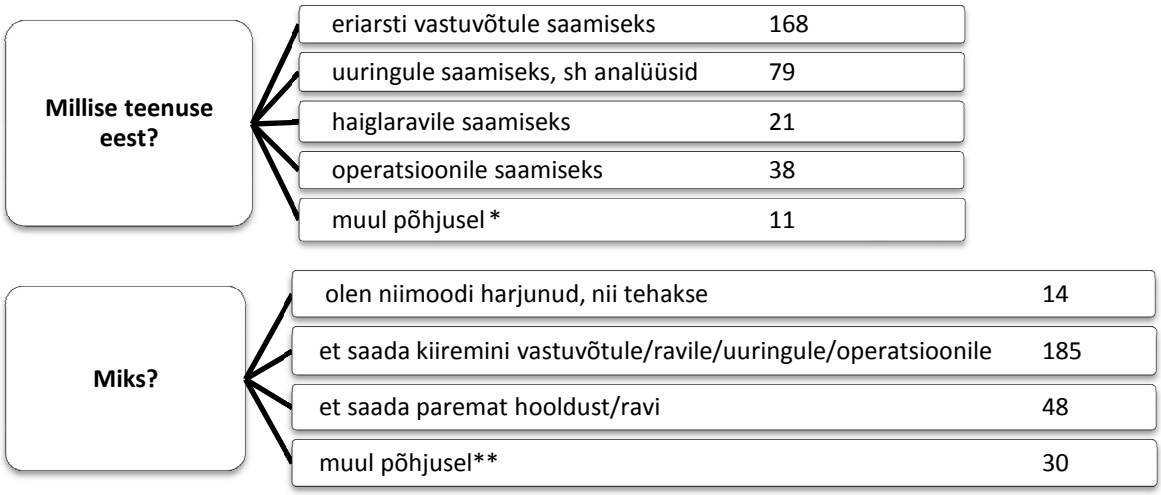
Kõige enam on kingitusi tehtud eriarstile, aga ka perearstile, erialadest on enam nimetatud günekoloogi (5 vastajat) ja onkoloogi (4 vastajat). Olukordadest, kus kingitus tehti, on kõige enam välja toodud haiglaravil olemist ja põhjustest soovi saada paremat hooldust või ravi. Samas on mitmed vastajad välja toonud, et tegid kingituse tänutundest.



Joonis 5. Kingituse tegemise põhjus enne teenuse osutamist (n=93)

Märkus: pakkuda võis mitu varianti, * nimetatud on õde (2 inimest) ja vastuvõtu assistenti, ** peamiselt on välja toodud tänuks kinkimine; „kellele" ja „mis teenuse eest" ei täpsustanud 46 vastajat ning „miks" ei täpsustanud 53 vastajat

Iga seitsmes patsient on arsti juurde pääsemiseks või soovitud uuringule, ravile või operatsioonile (kiiremini) saamiseks viimase paari aasta jooksul **kasutanud tutvusi**. Kõige enam on tutvusi kasutatud eriarsti vastuvõtule pääsemiseks ning erialadest on enam nimetatud günekoloogi, rohkem on nimetatud ka kõrva-nina-kurguarsti, kirurgi, kardioloogi, neuroloogi ja silmaarsti. Teine olulisem põhjus, milleks patsiendid on tutvusi kasutanud, on uuringule pääsemine. Peamiseks põhjenduseks, miks tutvusi kasutati, tõid patsiendid kiirema teenusele ligipääsu.



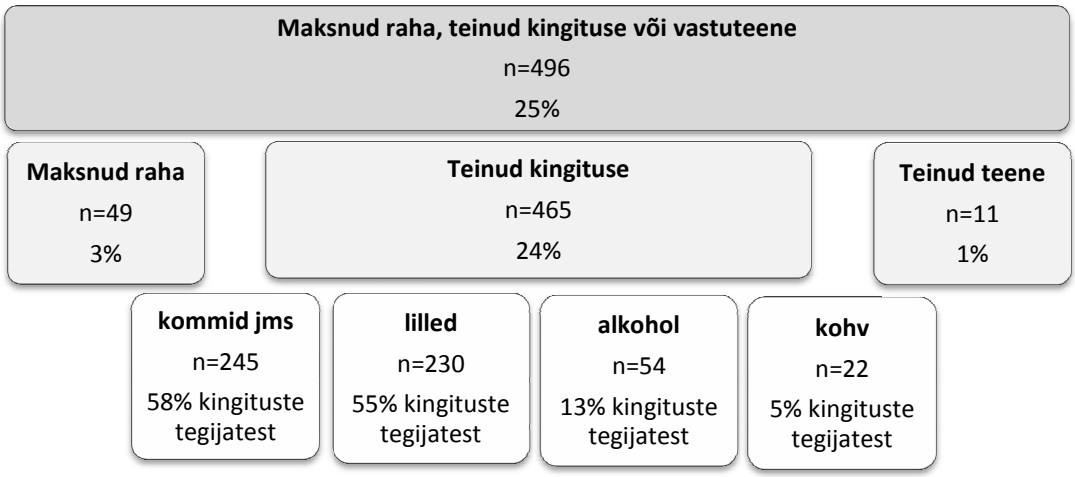
Joonis 6. Tutvuste kasutamise põhjus (n=272)

Märkus: pakkuda võis mitu varianti, * välja on toodud retsepti saamine, hambaravi, diagnoosi saamine, tervisetõendi saamine, perearsti juurde pääsemine; ** oli hädaolukord, teise arvamuse saamine, et ei peaks maksma teenuse eest; „kellele" ja „mis teenuse eest" ei täpsustanud 30 vastajat ning „miks" ei täpsustanud 38 vastajat

Raha maksmise või kingituse tegemise puhul on situatsioonis kaks osapoolt – patsient, kes pakub raha või kingitust ja tervishoiutöötaja, kes need vastu võtab. Eelnevalt analüüsitud situatsioonid eeldasid, et tervishoiutöötaja on pakkumisega nõustunud. Järgnevalt on uuritud, kas patsientidel on kogemusi sellega, et pakutud raha või kingitust ei ole vastu võetud.

Situatsioonis, kus enne vastuvõttu või ravi on püütud maksta raha või teha kingitust, kuid tervishoiutöötaja on sellest **keeldunud**, on olnud 26 patsienti (so 1.4% vastajatest). Rahast keeldumist on välja toonud 14 patsienti ja kingitusest keeldumist 16 patsienti.

Senini on analüüsitud patsientide kogemusi mitteametlike tasude maksmisega enne teenuse osutamist. **Peale vastuvõttu või ravi** on tervishoiutöötajale maksnud raha, teinud kingituse või osutanud teene veerand patsientidest, sealjuures raha on maksnud 3% patsientidest, kingituse teinud 24% patsientidest ja teene osutanud 1% patsientidest.



Joonis 7. Kogemus raha maksmise, kingituse tegemise või teene tegemisega pärast teenuse osutamist (vastajate arv, % vastajatest) (n=1970, kingituse täpsustas 420 vastajat)

Märkus: pakkuda võis mitu varianti, kingituse liikide osakaalude arvutamisel on välja jäetud need vastused, kus kingitust ei täpsustatud (45 vastust), patsient võis märkida ka mitu kingituse liiki.

Rahasumma on täpsustanud 16 patsienti, neist seitse on maksnud 1000 krooni ja enam. Kingitustena on pooled patsiendid kinkinud tervishoiutöötajatele maiustusi ja pooled lilli; enam on välja toodud ka alkoholi ja kohvi kinkimist. Teiste kingitustena on nimetatud muuhulgas raamatuid, mett, kinkekaarte ja puuvilju.

5. Hinnangud mitteametlike tasudele ja tasulistele teenustele

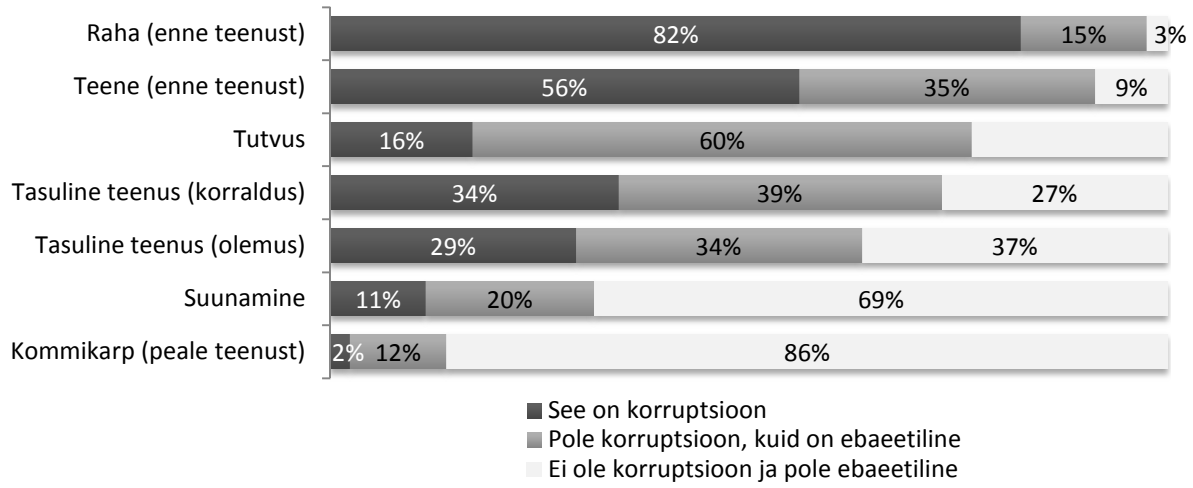
Saamaks aimu, mida patsiendid mõistavad korruptsiooni ja ebaeetilise käitumise all, sisaldas patsiendi küsitlus kolmanda blokina seitset situatsiooni, mida patsientidel paluti hinnata. Situatsioone võis hinnata skaalal 1 – korruptsioon, 2 – ebaeetiline, kuid pole korruptsioon, 3 – pole kumbki. Alljärgnevalt on toodud ankeedis olnud situatsioonid ja nende koodnimetused järgnevas analüüsis.

1. Arst võtab pärast visiiti patsiendilt vastu kommikarbi (*Kommikarp (peale teenust)*);
2. Patsient helistab peretuttavast arstile ja saab vastuvõtule väljaspool järjekorda (*Tutvus*);
3. Arst küsib patsiendilt raha ja lubab patsiendi vastuvõtule samal päeval (*Raha (enne teenust)*);
4. Patsient remondib arsti auto ja saab selle eest kiiremini uuringule (*Teene (enne teenust)*);

5. Patsient soovib minna riigihaiglasse arsti juurde, järjekord arsti juurde on 3 kuud. Registratuuris soovitatakse patsiendile tasulist vastuvõttu, et saada sama arsti juurde samas haiglas vastuvõtule juba nädala pärast (*Tasuline teenus (olemus)*);
6. Patsient läheb erakliinikusse arsti juurde, selgub, et ta vajab uuringuid, mille eest tuleb patsiendil maksta 800 krooni. Arst soovitab patsiendil tulla vastuvõtule enda juurde riigihaiglasse, kus uuringud saab tasuta teha (*Suunamine*);
7. Arst võtab riigihaiglas oma kabinetis enne lõunat vastu tavajärjekorras olevaid patsiente ja peale lõunat patsiente, kes on maksnud kõrgemat visiiditasu ja saavad seetõttu vastuvõtule kiiremini (*Tasuline teenus (korraldus)*).

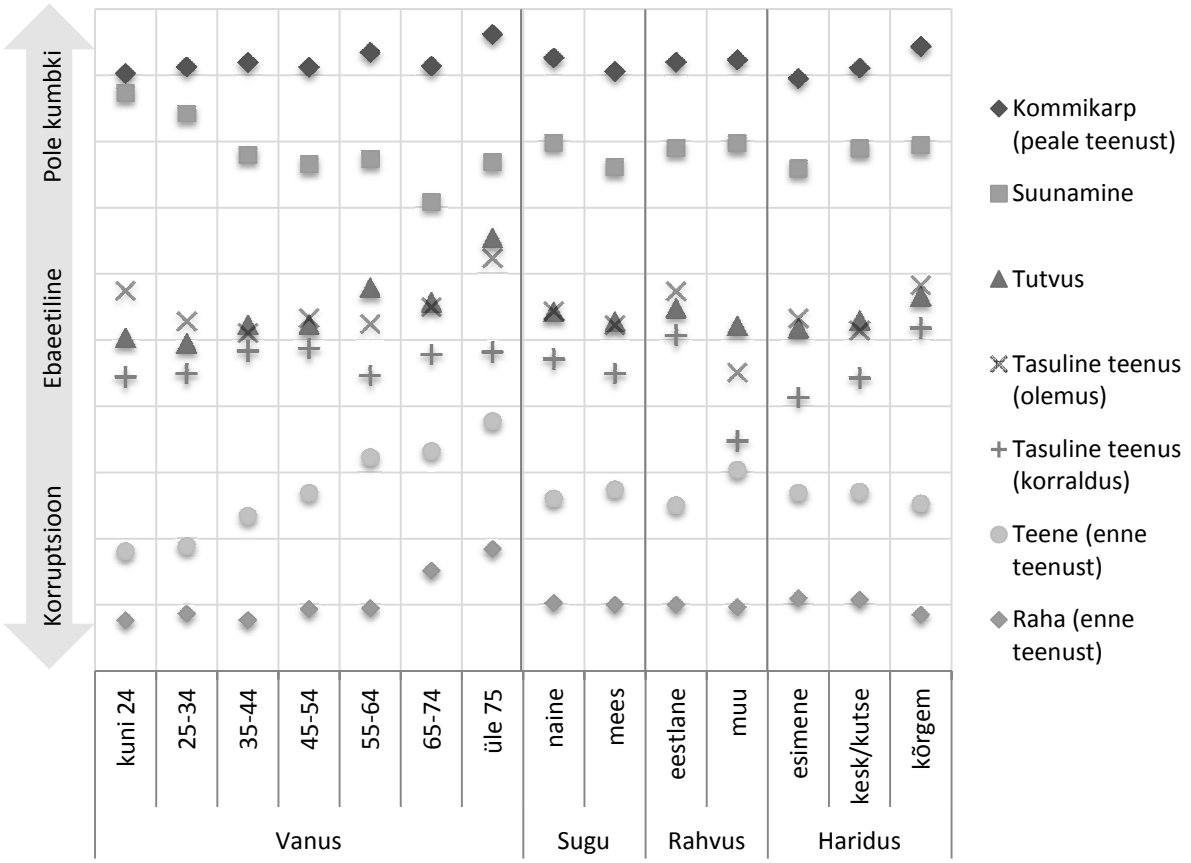
Kõige selgemini korruptsioonina tajutav situatsioon on raha maksmine enne teenuse osutamist – sellist olukorda peab korruptiivseks 82% patsientidest ja vaid 3% arvab, et tegemist pole taunitava käitumisviisiga. Ka teene osutamist enne teenust peavad korruptiivseks enam kui pooled patsiendid. Seevastu peale teenuse osutamist kommikarbi kinkimist enamik patsiente korruptiivseks või ebaeetiliseks ei pea. Esimesest kahest situatsioonist eristub tutvuste kasutamine, mida 60% patsientidest peab ebaeetiliseks käitumiseks, kuid vaid 17% patsientidest korruptiivseks. Patsientide intervjuudes selgitasid mitmed patsiendid ebaeetilisust asjaoluga, et tutvuste kasutamise tõttu kannatavad teised, tavajärjekorras olevad patsiendid.

Probleemseks tuleb pidada seda, et tasulisi teenuseid kirjeldavaid situatsioone peab mittetaunitavaks keskmiselt vaid kolmandik patsientidest ja keskmiselt kolmandik peab neid korruptiivseks. See viitab, et ühelt poolt pole patsiendid teadlikud, et selline teenuse finantseerimine on lubatud või teisalt ei pea seda õigeks. Suunamist erakliinikust riigihaiglasse ei pea taunitavaks kaks kolmandikku patsientidest.



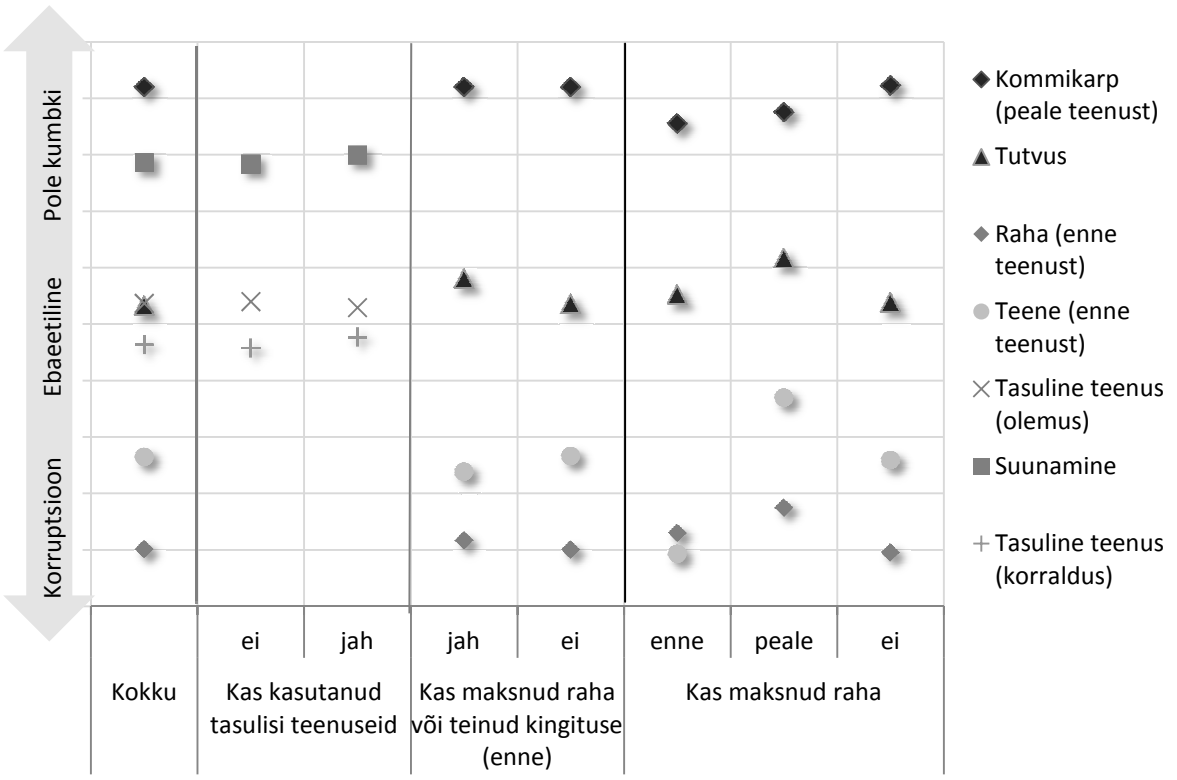
Joonis 8. Patsientide hinnangud etteantud situatsioonidele

Hinnangute võrdlus demograafiliste gruppide lõikes näitas (vt joonis 9), et üldjuhul on vanemaealisemad patsiendid tolerantsemad hinnatavate situatsioonide suhtes (va suunamine), st suhteliselt vähem vanemaealisi peab toodud situatsioone korruptiivseks. Lisaks selgus, et eestlased ja kõrgema haridustasemega patsiendid peavad tasulisi teenuseid vähem korruptiivseks võrreldes mitte-eestlaste ja madalama haridustasemega patsientidega.



Joonis 9. Patsientide hinnangud etteantud situatsioonidele demograafiliste gruppide lõikes, keskmine hinnang (1 – korruptsioon, 3 – ei ole korruptsioon, st mida madalam hinnang, seda korruptiivsemaks situatsiooni peetakse)

Hinnangute võrdlus kasutuskogemuse põhjal näitas (vt joonis 10), et hinnang tasulistele teenustele ei sõltu oluliselt sellest, kas patsient ise on tasulisi teenuseid kasutanud. Küll aga erinevad hinnangud selle põhjal, kas patsiendil on kogemus raha maksmisega enne teenust, peale teenust või ei ole kogemust raha maksmisega. Üldjuhul peavad need patsiendid, kes on maksnud raha enne teenust maksmist ja kinkimist rohkem korruptiivsemaks võrreldes patsientidega, kes on raha maksnud peale teenust. Need patsiendid, kes on raha maksnud peale teenust, on aga vastupidi üldjuhul tolerantsemad võrreldes teiste patsientidega.



Joonis 10. Patsientide hinnangud etteantud situatsioonidele kasutuskogemuse lõikes, keskmine hinnang (1 – korruptsioon, 3 – ei ole korruptsioon, st mida madalam hinnang, seda korruptiivsemaks situatsiooni peetakse)

Kokkuvõtteks, ligi kolmandik vastanutest on viimase paari aasta jooksul kokku puutunud tasuliste teenustega. Kõige enam on tasutud vastuvõtu eest riigihaiglas (17% vastajatest) või erakliinikus (13% vastajatest). Situatsioonis, kus patsient on käinud tasuliselt vastuvõtul ja vajanud uuringuid või ravi ning ta ei pidanud selle eest maksma, on olnud 8% vastajatest. Kõige enam on patsiendid kokku puutunud tutvuste kasutamisega, mida on tehtud enamasti selleks, et pääseda kiiremini eriarsti vastuvõtule (14% patsientidest).

Kingituse on teinud ja raha maksnud oluliselt väiksem osa patsientidest, vastavalt 5% ja 2% patsientidest. Ka raha maksmist on põhjendatud eriarstile kiiremini saamisega. Seevastu kingituse tegemine on sagedamini seotud sooviga saada paremat hooldust või ravi ning tänutundega. Peale vastuvõttu või ravi on patsientidel rohkem kogemust raha maksmise ja kingituste tegemisega - raha on maksnud 3% patsientidest ja kingituse teinud 24% patsientidest.

Patsientide hoiakute analüüs näitas, et kõige selgemini korruptsioonina tajutav situatsioon on raha maksmine ja teene osutamine enne teenuse osutamist. Tutvuste kasutamist peetakse pigem ebaeetiliseks, kuid mitte korruptiivseks käitumiseks. Selgus, et tasulisi teenuseid kirjeldavaid situatsioone peab mittetaunitavaks keskmiselt kolmandik patsientidest ja keskmiselt kolmandik peab neid korruptiivseks.

Erialade analüüs näitas, et erinevate situatsioonide puhul on kõige rohkem välja toodud günekoloogi, kelle juures on käidud kõige rohkem tasulisel vastuvõtul ning ka kingituse tegemise ja tutvuste kasutamise juures nimetati günekoloogi kõige rohkem. Sagedamini on erialadest nimetatud ka kirurgi ja kõrva-nina-kurguarsti.

Tabel 7. Sagedamini märgitud erialad

Tasuline vastuvõtt		*Tasuline vastuvõtt + uuringute/ ravi eest ei pidanud maksma*		*Maksnud raha enne teenust**	*Teinud kingituse enne teenust*	*Kasutanud tutvusi*
… riigihaiglas	… erakliinikus	…riigihaiglas	… erakliinikus			
Günekoloog (45; 20%)	Günekoloog (99; 59%)	Günekoloog (20; 32%)	Günekoloog (16; 46%)	Kirurg (2)	Günekoloog (5; 36%)	Günekoloog (26; 24%)
Kirurg (31; 14%)	Kõrva-nina-kurguarst (16; 10%)	Kirurg (10; 16%)	Hambaarst (4; 11%)	Kõrva-nina-kurguarst	Onkoloog (4; 29%)	Kõrva-nina-kurguarst (14; 13%)
Neuroloog (26; 12%	Nahaarst (15; 9%)	Kõrva-nina-kurgu (7; 11%)	Kirurg (3; 9%)	Silmaarst	Kirurg (2; 14%)	Kirurg (13; 12%)
Kõrva-nina-kurguarst (24; 11%)	Ortopeed (15; 9%)	Silmaarst (6; 10%)		Ortopeed		Kardioloog (12; 11%)
Kardioloog (23; 10%		Ortopeed (5; 8%)		Günekoloog		Neuroloog (12; 11%)
Silmaarst (19; 9%)				Nahaarst		Silmaarst (10; 9%)
Ortopeed (18; 8%)				Meestearst		Hambaarst (8; 8%)

Märkus: * toodud kõik nimetatud erialad

6. Andmetabelid

Metoodika:

- Iga küsimuse vastusevariantide osakaalude arvutamisel on vastamata jäetud ankeedid analüüsis välja jäetud
- Küsimuste 5-17 puhul võis märkida mitu vastusevarianti, mistõttu vastusevariantide summa ei anna kokku 100%

Demograafilised tunnused

		Arv	***%***
Sugu	naine	1492	68.3%
	mees	691	31.7%
	vastamata	*30*	
Rahvus	eestlane	1529	73.2%
	muu	561	26.8%
	vastamata	*123*	
Haridus	esimene	254	11.7%
	kesk/kutse	1262	58.0%
	kõrgem	659	30.3%
	vastamata	*38*	

		Arv	*%*
Vanus	kuni 24	196	9.1%
	25-34	377	17.5%
	35-44	319	14.8%
	45-54	320	14.8%
	55-64	414	19.2%
	65-74	334	15.5%
	üle 75	199	9.2%
	vastamata	*54*	

5.Kas Te olete viimase paari aasta jooksul käinud arsti TASULISEL vastuvõtul ja/või saanud TASULIST ravi/uuringuid?

	Arv	*% vastajatest*	*% nendest, kellel oli kokkupuude tasuliste teenustega*
Ei	1486	69.4%	
Jah	656	30.6%	
jah, olen käinud tasulisel vastuvõtul riigihaiglas	365	17.0%	55.6%
jah, olen käinud tasulisel vastuvõtul erakliinikus	286	13.4%	43.6%
jah, olen saanud tasulisi uuringuid riigihaiglas	112	5.2%	17.1%
jah, olen saanud tasulisi uuringuid erakliinikus	94	4.4%	14.3%
jah, olen tasunud oma ravi/operatsiooni eest riigihaiglas	62	2.9%	9.5%
jah, olen tasunud oma ravi/operatsiooni eest erakliinikus	48	2.2%	7.3%
Vastamata	*71*		

Tasuline vastuvõtt riigihaiglas (n=365)
Eriala täpsustas 221

eriala	*arv*	*% **
Günekoloog	45	20.4%
Kirurg	31	14.0%
sh neurokirurg	12	5.4%
Neuroloog	26	11.8%
Kõrva-nina- kurguarst	24	10.9%
Kardioloog	23	10.4%
Silmaarst	19	8.6%
Ortopeed	18	8.1%
Nahaarst	18	8.1%
Endokrinoloog	11	5.0%
Uroloog	10	4.5%
Onkoloog	8	3.6%
Reumatoloog	7	3.2%
Meestearst	5	2.3%
Gastroenteroloog	4	1.8%
Sisearst	4	1.8%
Psühhiaater	3	1.4%
Taastusravi	3	1.4%
Pulmonoloog	2	0.9%
Trauma	2	0.9%
Allergoloog	2	0.9%
Nefroloog	2	0.9%
Muu: hematoloog, neuropatoloog		
Ei täpsustanud eriala	*114*	

Tasuline vastuvõtt erakliinikus (n=286)
Eriala täpsustas 169

eriala	*arv*	*% **
Günekoloog	99	58.6%
Kõrva-nina- kurguarst	16	9.5%
Nahaarst	15	8.9%
Ortopeed	15	8.9%
Silmaarst	11	6.5%
Kirurg	9	5.3%
Kardioloog	8	4.7%
Neuroloog	5	3.0%
Uroloog	4	2.4%
Endokrinoloog	3	1.8%
Hematoloog	2	1.2%
Traumatoloog	2	1.2%
Onkoloog	2	1.2%
Muu: neuropatoloog, oftalmoloog (silmaarst), gastro-enteroloog, proktoloog, psühhiaater, taastusravi		
Ei täpsustanud eriala	*117*	

Märkus*: * %* riigihaiglas/erakliinikus vastuvõtul käinutest, kes täpsustasid eriala

6.Kas Te olete viimase paari aasta jooksul käinud arsti esmasel TASULISEL vastuvõtul, kuid hiljem selgus, et Te ei pidanud arsti määratud uuringute/ravi eest maksma?

	Arv	*% vastajatest*	*% tasulisel vastuvõtul käinutest, kes vajasid uuringut/ravi*
Pole tasulisel vastuvõtul käinud	1498	82.3%	
Ei vajanud peale tasulist vastuvõttu uuringuid või ravi	18	1.0%	
Pidi tasulise vastuvõtu puhul ka uuringute ja/või ravi eest ise maksma	168	9.2%	55.3%
Ei pidanud tasulise vastuvõtu puhul uuringute ja/või ravi eest ise maksma *	136	7.5%	44.7%
sh jah, see toimus riigihaiglas	89	4.9%	
sh jah, see toimus erakliinikus	44	2.4%	
Vastamata/vastus ebatäpne	*393*		

Märkus:* 6 juhul ei selgunud, kas see toimus erakliinikus või riigihaiglas ja 3 juhul juhtus mõlemas

NB! Käesolevas tabelis on reas „Pole tasulisel vastuvõtul käinud“ arvestatud ainult neid, kes pole **vastuvõtul** käinud, kuid tabelis 5 rida „ei“ märgib ka kokkupuudet tasuliste uuringute ja raviga.

Tasuline vastuvõtt riigihaiglas + uuringute/ravi eest ei pidanud maksma (n=89)
Eriala täpsustas 63 vastajat

eriala	*arv*	*% **
Günekoloog	20	31.7%
Kirurg	10	15.9%
sh neurokirurg	5	7.9%
Kõrva-nina-kurgu	7	11.1%
Silmaarst	6	9.5%
Ortopeed	5	7.9%
Kardioloog	4	6.3%
Neuroloog	4	6.3%
Onkoloog	3	4.8%
Neuropatoloog	2	3.2%
Hambaarst	2	3.2%
Uroloog	2	3.2%
Muu: meestearst, endokrinoloog, nahaarst, psühhiaater, gastroenteroloog, taastusravi		
Ei täpsustanud	*26*	

Tasuline vastuvõtt erakliinikus + uuringute/ravi eest ei pidanud maksma (n=44)
Eriala täpsustas 35

eriala	*arv*	*% **
Günekoloog	16	45.7%
Hambaarst	4	11.4%
Kirurg	3	8.6%
Kõrva-nina-kurgu	2	5.7%
Onkoloogia	2	5.7%
Silmaarst	2	5.7%
Muu: endokrinoloog, uroloog, kardioloog, meestearst, nahaarst, neuroloog, ortopeed, reumatoloog, viljastusravi		
Ei täpsustanud	*9*	

Märkus*: * %* riigihaiglas/erakliinikus tasulisel vastuvõtul käinutest, kes ei maksnud uuringute/ravi eest ja kes täpsustasid eriala

7.Kas Te olete viimase paari aasta jooksul pöördunud arsti TASULISELE vastuvõtule erakliinikusse, kust arst suunas Teid uuringule/ravile/operatsioonile riigihaiglasse ning Te ei pidanud uuringu/ravi/operatsiooni eest maksma?

	Arv	*% vastajatest*	*% erakliinikus tasulisel vastuvõtul käinutest, kes suunati riigihaiglasse uuringule/ravile*
Pole erakliinikus tasulisel vastuvõtul käinud	1724	91.3%	
Ei vajanud peale tasulist vastuvõttu uuringuid või ravi, ei suunatud riigihaiglasse	51	2.7%	
Pidi ka uuringute ja/või ravi eest riigihaiglas ise maksma	37	2.0%	32.7%
Ei pidanud uuringute ja/või ravi eest riigihaiglas ise maksma	76	4.0%	67.3%
Vastamata/vastus ebatäpne	*325*		

Tasuline vastuvõtt erakliinikus + suunamine riigihaiglasse + uuringute/ravi eest ei pidanud maksma (n= 76) ***Eriala täpsustas 64 vastajat***		
eriala	*arv*	*% **
Günekoloog	34	53.1%
Kõrva-nina-kurgu	7	10.9%
Ortopeedia	6	9.4%
Kardioloog	4	6.3%
Silmaarst	3	4.7%
Kirurg	4	6.3%
Nahaarst	2	3.1%
Onkoloog	2	3.1%
Muu: endokrinoloog, neuroloog, neuropatoloog, psühhiaater, traumatoloog		
Ei täpsustanud	*12*	

Märkus*: * %* erakliinikus tasulisel vastuvõtul käinutest, kes suunati riigihaiglasse ja ei maksnud uuringute/ravi eest ning kes täpsustasid eriala

8. Kas Te olete viimase paari aasta jooksul pöördunud arsti TASULISELE vastuvõtule riigihaiglasse, kust arst suunas Teid uuringule/ravile/operatsioonile erakliinikusse ning Te ei pidanud uuringu/ravi/operatsiooni eest maksma?

	Arv	*% vastaja-test*	*% riigihaiglas tasulisel vastuvõtul käinutest, kes suunati erakliinikusse uuringule/ravile*
Pole riigihaiglas tasulisel vastuvõtul käinud	1671	94.0%	
Ei vajanud peale tasulist vastuvõttu uuringuid või ravi, ei suunatud erakliinikusse	50	2.8%	
Pidi ka uuringute ja/või ravi eest erakliinikus ise maksma	34	1.9%	59.6%
Ei pidanud uuringute ja/või ravi eest erakliinikus ise maksma	23	1.3%	40.4%
Vastamata/vastus ebatäpne	435		

Tasuline vastuvõtt riigihaiglas + suunamine erakliinikusse + uuringute/ravi eest ei pidanud maksma (n=23) ***Eriala täpsustas 16 vastajat***		
eriala	*arv*	*% **
Kirurg	5	31.3%
sh neurokirurg	2	12.5%
Kõrva-nina-kurguarst	4	25.0%
Günekoloog	2	12.5%
Neuroloog	2	12.5%
Muu: meestearst, nahaarst, onkoloog, ortopeed		
Ei täpsustanud	*7*	

Märkus*: * %* riigihaiglas tasulisel vastuvõtul käinutest, kes suunati erakliinikusse ja ei maksnud uuringute/ravi eest ning kes täpsustasid eriala

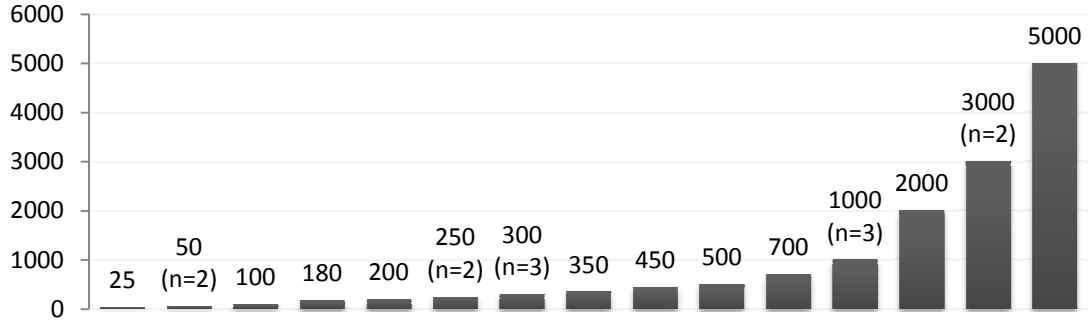
9. Kas Te olete viimase paari aasta jooksul kiiremini arsti juurde pääsemiseks või soovitud uuringule, ravile või operatsioonile saamiseks tervishoiutöötajale (ENNE vastuvõttu/uuringut/ravi/operatsiooni) …

	Jah		*Ei*		*Vastamata*
	Arv	% vastajatest	Arv	% vastajatest	
Maksnud raha	37	1.9%	1949	98.1%	*227*
Teinud kingituse	93	4.9%	1790	95.1%	*330*
Lubanud teha vastuteene	9	0.5%	1830	99.5%	*374*
Kasutanud tutvusi	272	14.1%	1656	85.9%	*285*
Teinud vähemalt üht eelpool toodutest	353	17.1%	1711	83%	*149**

Märkus: *vastamata kõigile mitteametlikke tasusid puudutavatele küsimustele

Maksnud raha (n=37), täpsustatud summa:

Summa täpsustas 23 vastajat



Märkus: rahasummat ei täpsustanud 14 inimest, üks vastaja märkis, et ühel korral maksis 150 EEK, teine kord 200 EEK

Teinud kingituse (n=93), täpsustatud kingitus:

Kingituse täpsustas 70 vastajat

	Arv	*% **
Lilled	29	41.4%
Maiustused	43	61.4%
Alkohol	15	21.4%
sh konjak	9	12.9%
Kosmeetika	3	4.3%
Suveniir, nipsasjad	3	4.3%
Omavalmistatud käsitöö	2	2.9%
Muu: kinkekaart, pilt, puuviljakorv, sõrmus, raamat		
Ei täpsustanud	*23*	

Märkus*:* * % nendest, kes teinud kingituse enne teenust ja kes täpsustasid kingituse liigi

10.Kui Te olete ENNE vastuvõttu või ravi MAKSNUD RAHA, siis tegite seda…

Maksnud raha=37 vastajat	*Vastajate arv*	*% nendest, kes maksid raha ja täpsustasid*
Perearstile	3	10.7%
Eriarstile	16	57.1%
Kellelegi teisele	0	0.0%
Uuringule saamiseks	3	10.7%
Haiglaravile saamiseks	2	7.1%
Haiglaravil olles	5	17.9%
Operatsioonile saamiseks	8	28.6%
Muul põhjusel	0	0.0%
Vastamata	*9*	

Arsti eriala, kellele maksti (kokku 16 vastajat)	
eriala	*arv*
Kurguarst	1
Kirurg	1
Silmaarst (oftalmoloog)	1
Ortopeed	1
Naistearst	1
Nahaarst	1
Meestearst	1
Neurokirurg	1
Ei täpsustanud	*7*

Uuring, mille eest maksti (kokku 3 vastajat)	
uuring	*arv*
Nägemine	1
Ei täpsustanud	*2*

11.Kui Te olete ENNE vastuvõttu või ravi MAKSNUD RAHA, siis miks Te seda tegite?

Maksnud raha=36 vastajat	*Vastajate arv*	*% nendest, kes maksid raha ja täpsustasid*
Olen niimoodi harjunud, nii tehakse	3	11.1%
Tuttavate soovitusel	4	14.8%
Tervishoiutöötaja andis mõista, et seda on vaja	0	0.0%
Et saada kiiremini vastuvõtule/ravile/uuringule/operatsioonile	17	63.0%
Et saada paremat hooldust/ravi	6	22.2%
Muul põhjusel	2	7.4%
Vastamata	*10*	

12.Kui Te olete selleks, et saada vastuvõtule või ravi, KASUTANUD TUTVUSI, siis tegite seda…

Kasutanud tutvusi=272 vastajat	*Vastajate arv*	*% nendest, kes kasutasid tutvusi ja täpsustasid*
Eriarsti vastuvõtule saamiseks	168	69.4%
Uuringule saamiseks, sh analüüsid	79	32.6%
Haiglaravile saamiseks	21	8.7%
Operatsioonile saamiseks	38	15.7%
Muul põhjusel*	11	4.5%
Vastamata	*30*	

Märkus: * täpsustatud: retsepti saamiseks, kiireloomulise diagnoosi saamiseks, olen soovinud teisest arvamust, perearstile järjekorraväliselt

Arsti eriala, kelle visiidile saamiseks kasutati tutvusi (n= 168)
Eriala täpsustas 107 vastajat

eriala	*arv*	*%**
Günekoloog	26	24.3%
Kõrva-nina-kurguarst	14	13.1%
Kirurg	13	12.1%
sh neurokirurg	3	2.8%
Kardioloog	12	11.2%
Neuroloog	12	11.2%
Silmaarst	10	9.3%
Hambaarst	8	7.5%
Ortopeed	7	6.5%
Uroloog	6	5.6%
Endokrinoloog	4	3.7%
Sisearst	4	3.7%
Gastroenteroloog	3	2.8%
Nahaarst	3	2.8%
Lastearst	2	1.9%
Onkoloog	2	1.9%
Muu: manulaalterapeut, meestearst, psühhiaater, psühholoog, taastusraviarst		
Ei täpsustanud	*61*	

Märkus*:* * % nendest, kes kasutanud tutvusi ja kes täpsustasid eriala

13. Kui Te olete selleks, et saada vastuvõtule või ravi, KASUTANUD TUTVUSI, siis miks Te seda tegite?

Kasutanud tutvusi=272 vastajat	*Vastajate arv*	*% nendest, kes maksid raha ja täpsustasid*
Olen niimoodi harjunud, nii tehakse	14	6.0%
Et saada kiiremini vastuvõtule/ravile/uuringule/operatsioonile	185	79.1%
Et saada paremat hooldust/ravi	48	20.5%
Muul põhjusel	30	12.8%
Vastamata	*38*	

14.Kui Te olete ENNE vastuvõttu või ravi TEINUD KINGITUSE, siis kas tegite seda

	Vastajate arv	*% nendest, kes tegid kingituse ja täpsustasid*
Perearstile	18	38.3%
Eriarstile	28	59.6%
Kellelegi teisele*	5	10.6%
Uuringule saamiseks	4	8.5%
Haiglaravile saamiseks	3	6.4%
Haiglaravil olles	11	23.4%
Operatsioonile saamiseks	3	6.4%
Muul põhjusel	1	2.1%
Vastamata	*46*	

Märkus: *õde (2 vastajat), vastuvõtu assistent

Arsti eriala, kelle kingitus tehti (kokku 28 vastajat)		
Eriala täpsustas 14 vastajat		
eriala	*arv*	*%**
Günekoloog	5	35.7%
Onkoloog	4	28.6%
Kirurg	2	14.3%
Muu: kardioloog, kõrva-nina-kurguarst, nefroloog, neuropatoloog, ortopeed		
Ei täpsustanud	*14*	

Märkus*:* * % nendest, kes tegid kingituse ja kes täpsustasid eriala

15.Kui Te olete ENNE vastuvõttu või ravi TEINUD KINGITUSE, siis miks Te seda tegite?

	Vastajate arv	*% nendest, kes tegid kingituse ja täpsustasid*
Olen niimoodi harjunud, nii tehakse	8	20.0%
Tuttavate soovitusel	5	12.5%
Tervishoiutöötaja andis mõista, et seda on vaja	2	5.0%
Et saada kiiremini vastuvõtule/ravile/uuringule/operatsioonile	8	20.0%
Et saada paremat hooldust/ravi	14	35.0%
Muul põhjusel*	12	30.0%
Vastamata	*53*	

Märkus: *tänuks (4 vastajat), et head meelt teha (3 vastajat), arsti hoolivuse ja mure tõttu, tahtis teha, austuse märgiks

16. Kas Te olete püüdnud ENNE vastuvõttu või ravi maksta raha või teha kingitust, kuid tervishoiutöötaja on sellest keeldunud?

	Arv	*% vastajatest*
Jah	26	1.4%
…jah, olen püüdnud raha pakkuda, kuid tervishoiutöötaja keeldus	14	0.7%
…jah, olen püüdnud kingitust pakkuda, kuid tervishoiutöötaja keeldus	16	0.8%
Ei	*1895*	98.6%
Vastamata	*292*	

17.Kas Teie olete tervishoiutöötajale vastuvõtu või ravi JÄREL teinud järgnevat?

	Arv	*% vastajatest*	*% nendest, kellel on kokkupuude raha maksmise, kingituste või teene tegemisega*
Ei ole teinud midagi nimetatutest	1474	74.8%	
On maksnud raha, teinud kingituse või osutanud teene	496	25.2%	
sh maksnud raha	49	2.5%	9.9%
sh osutanud teene	11	0.6%	2.2%
sh teinud kingituse	465	23.6%	93.8%
Vastamata	*243*		

Teinud kingituse=465 vastajat *Kingituse täpsustas 420 vastajat*	*Arv*	*% nendest, kes tegid kingituse ja täpsustasid*
Lilled	230	54.8%
Maiustused, küpsetised	245	58.3%
Alkohol	54	12.9%
Kohv	22	5.2%
Puuvili	8	1.9%
Raamat	7	1.7%
Kinkekaart	5	1.2%
Mesi	4	1.0%
Suveniir, meene	5	1.2%
Kosmeetika	3	0.7%
Omatehtud käsitöö	2	0.5%
Veel: DVD, kinopiletid, tänuartikkel lehte, jõulukaart, seinapilt, tee, pähklid, lihatooted, jahisaadused, enda toodetud tervisetooted, oma aia köögiviljad, moosid-kompotid-hapukurgid		
Ei täpsustanud	*45*	

Maksnud raha (kokku 49 vastajat), kommentaarid:

- 10 a tagasi südameklapi vahetuse eest
- operatsiooni järgselt
- perearsti raviprotseduurid
- 1000 EEK operatsioon ja järelravi, onkoloog
- 1000 EEK
- Vabatahtlikult. Kui arst tõi inimese elule tagasi, miks siis ei tohi arsti tänada selle eest
- 500 EEK
- 1000 EEK
- I korda 500 EEK, II korda 30 €
- ortopeed
- pärast operatsiooni
- 1000 EEK tänutäheks, operatsioon, vähk
- 500 EEK
- 500 EEK ortopeedia pärast operatsiooni
- hambaarst 300 EEK
- 500 EEK
- traumatoloog 1000 EEK
- oleks vaja see muuta ametlikuks enam-vähem täpsete tariifidega
- 500 EEK kirurg
- raha onkoloogile operatsiooni eest tänuks selle eest, et nii ruttu abi sain. Onkoloog ei küsinud, tegin seda ise kingituseks
- 1000-3000 EEK kirurgile
- olen nõus omaosalusega - kui see taastab minu töövõime, õiglane honorar
- 5000 EEK

18.Palun andke oma hinnang järgnevatele olukordadele, märkides ristiga sobiv variant

	See on korruptsioon		*Pole korruptsioon, kuid on ebaeetiline*		*Ei ole korruptsioon ja pole ebaeetiline*		*Vastamata/ üheselt vastamata*
	arv	%	arv	%	arv	%	
Kommikarp (peale teenust)	45	2%	227	12%	1697	86%	*244*
Tutvus	305	16%	1119	60%	447	24%	*342*
Raha (enne teenust)	1528	82%	278	15%	48	3%	*359*
Teene (enne teenust)	1033	56%	655	35%	161	9%	*364*
Tasuline teenus (olemus)	549	29%	640	34%	687	37%	*337*
Suunamine	210	11%	372	20%	1270	69%	*361*
Tasuline teenus (korraldus)	630	34%	707	39%	497	27%	*379*

Märkus: *Kommikarp (peale teenust)* - Arst võtab pärast visiiti patsiendilt vastu kommikarbi; *Tutvus* - Patsient helistab peretuttavast arstile ja saab vastuvõtule väljaspool järjekorda; *Raha (enne teenust)* - Arst küsib patsiendilt raha ja lubab patsiendi vastuvõtule samal päeval; *Teene (enne teenust)* - Patsient remondib arsti auto ja saab selle eest kiiremini uuringule; *Tasuline teenus (olemus)* - Patsient soovib minna riigihaiglasse arsti juurde, järjekord arsti juurde on 3 kuud. Registratuuris soovitatakse patsiendile tasulist vastuvõttu, et saada sama arsti juurde samas haiglas vastuvõtule juba nädala pärast; *Suunamine* - Patsient läheb erakliinikusse arsti juurde, selgub, et ta vajab uuringuid, mille eest tuleb patsiendil maksta 800 krooni. Arst soovitab patsiendil tulla vastuvõtule enda juurde riigihaiglasse, kus uuringud saab tasuta teha; *Tasuline teenus (korraldus)* - Arst võtab riigihaiglas oma kabinetis enne lõunat vastu tavajärjekorras olevaid patsiente ja peale lõunat patsiente, kes on maksnud kõrgemat visiiditasu ja saavad seetõttu vastuvõtule kiiremini.

Kommikarp (peale teenust)

		Arv			***Osakaal***			***Keskmine***
		1	**2**	**3**	**1**	**2**	**3**	
	Keskmine	45	227	1697	2%	12%	86%	2.84
Vanus	kuni 24	5	27	157	3%	14%	83%	2.80
	25-34	10	44	311	3%	12%	85%	2.82
	35-44	8	32	256	3%	11%	86%	2.84
	45-54	5	42	247	2%	14%	84%	2.82
	55-64	6	36	322	2%	10%	88%	2.87
	65-74	5	36	224	2%	14%	85%	2.83
	üle 75	3	6	146	2%	4%	94%	2.92
Sugu	naine	27	146	1176	2%	11%	87%	2.85
	mees	17	80	505	3%	13%	84%	2.81
Rahvus	eestlane	33	153	1171	2%	11%	86%	2.84
	muu	9	61	441	2%	12%	86%	2.85
Haridus	esimene	5	34	170	2%	16%	81%	2.79
	kesk/kutse	34	131	945	3%	12%	85%	2.82
	kõrgem	5	61	557	1%	10%	89%	2.89

Märkus: 1- See on korruptsioon, 2 - Pole korruptsioon, kuid on ebaeetiline, 3 - Ei ole korruptsioon ja pole ebaeetiline

Tutvus

		Arv			***Osakaal***			***Keskmine***
		1	**2**	**3**	**1**	**2**	**3**	
	Keskmine	305	1119	447	16%	60%	24%	2.08
Vanus	kuni 24	37	110	38	20%	59%	21%	2.01
	25-34	76	213	72	21%	59%	20%	1.99
	35-44	53	174	66	18%	59%	23%	2.04
	45-54	45	181	58	16%	64%	20%	2.05
	55-64	38	209	91	11%	62%	27%	2.16
	65-74	34	136	60	15%	59%	26%	2.11
	üle 75	12	73	55	9%	52%	39%	2.31
Sugu	naine	203	770	311	16%	60%	24%	2.08
	mees	101	337	132	18%	59%	23%	2.05
Rahvus	eestlane	214	740	336	17%	57%	26%	2.09
	muu	71	320	91	15%	66%	19%	2.04
Haridus	esimene	47	99	54	24%	50%	27%	2.04
	kesk/kutse	181	620	241	17%	60%	23%	2.06
	kõrgem	71	384	150	12%	63%	25%	2.13

Märkus: 1- See on korruptsioon, 2 - Pole korruptsioon, kuid on ebaeetiline, 3 - Ei ole korruptsioon ja pole ebaeetiline

Raha (enne teenust)

		Arv			*Osakaal*			*Keskmine*
		1	**2**	**3**	**1**	**2**	**3**	
	Keskmine	1528	278	48	82%	15%	3%	1.20
Vanus	kuni 24	160	20	4	87%	11%	2%	1.15
	25-34	309	40	11	86%	11%	3%	1.17
	35-44	252	41	2	85%	14%	1%	1.15
	45-54	235	47	3	82%	16%	1%	1.19
	55-64	273	50	6	83%	15%	2%	1.19
	65-74	168	51	9	74%	22%	4%	1.30
	üle 75	98	26	12	72%	19%	9%	1.37
Sugu	naine	1049	195	33	82%	15%	3%	1.20
	mees	464	82	15	83%	15%	3%	1.20
Rahvus	eestlane	1059	190	33	83%	15%	3%	1.20
	muu	392	73	9	83%	15%	2%	1.19
Haridus	esimene	160	31	6	81%	16%	3%	1.22
	kesk/kutse	839	168	27	81%	16%	3%	1.21
	kõrgem	510	75	13	85%	13%	2%	1.17

Märkus: 1- See on korruptsioon, 2 - Pole korruptsioon, kuid on ebaeetiline, 3 - Ei ole korruptsioon ja pole ebaeetiline

Teene (enne teenust)

		Arv			*Osakaal*			*Keskmine*
		1	**2**	**3**	**1**	**2**	**3**	
	Keskmine	1033	655	161	56%	35%	9%	1.53
Vanus	kuni 24	122	56	5	67%	31%	3%	1.36
	25-34	241	104	16	67%	29%	4%	1.38
	35-44	176	103	18	59%	35%	6%	1.47
	45-54	157	97	27	56%	35%	10%	1.54
	55-64	155	133	39	47%	41%	12%	1.65
	65-74	106	94	29	46%	41%	13%	1.66
	üle 75	57	53	24	43%	40%	18%	1.75
Sugu	naine	709	461	100	56%	36%	8%	1.52
	mees	313	193	58	55%	34%	10%	1.55
Rahvus	eestlane	742	439	101	58%	34%	8%	1.50
	muu	235	186	50	50%	39%	11%	1.61
Haridus	esimene	108	72	17	55%	37%	9%	1.54
	kesk/kutse	569	369	95	55%	36%	9%	1.54
	kõrgem	342	207	47	57%	35%	8%	1.51

Märkus: 1- See on korruptsioon, 2 - Pole korruptsioon, kuid on ebaeetiline, 3 - Ei ole korruptsioon ja pole ebaeetiline

Tasuline teenus (olemus)

		Arv			*Osakaal*			*Keskmine*
		1	**2**	**3**	**1**	**2**	**3**	
	Keskmine	549	640	687	29%	34%	37%	2.07
Vanus	kuni 24	44	68	71	24%	37%	39%	2.15
	25-34	109	123	129	30%	34%	36%	2.06
	35-44	90	113	96	30%	38%	32%	2.02
	45-54	88	85	106	32%	30%	38%	2.06
	55-64	108	106	124	32%	31%	37%	2.05
	65-74	68	74	91	29%	32%	39%	2.10
	üle 75	25	57	60	18%	40%	42%	2.25
Sugu	naine	375	428	486	29%	33%	38%	2.09
	mees	169	206	194	30%	36%	34%	2.04
Rahvus	eestlane	325	455	514	25%	35%	40%	2.15
	muu	191	150	143	39%	31%	30%	1.90
Haridus	esimene	56	77	69	28%	38%	34%	2.06
	kesk/kutse	337	343	366	32%	33%	35%	2.03
	kõrgem	145	213	244	24%	35%	41%	2.16

Märkus: 1- See on korruptsioon, 2 - Pole korruptsioon, kuid on ebaeetiline, 3 - Ei ole korruptsioon ja pole ebaeetiline

Suunamine

		Arv			*Osakaal*			*Keskmine*
		1	**2**	**3**	**1**	**2**	**3**	
	Keskmine	210	372	1270	11%	20%	69%	2.57
Vanus	kuni 24	7	33	145	4%	18%	78%	2.75
	25-34	22	69	266	6%	19%	75%	2.68
	35-44	32	64	194	11%	22%	67%	2.56
	45-54	36	61	186	13%	22%	66%	2.53
	55-64	47	57	229	14%	17%	69%	2.55
	65-74	38	57	133	17%	25%	58%	2.42
	üle 75	20	23	93	15%	17%	68%	2.54
Sugu	naine	134	247	893	11%	19%	70%	2.60
	mees	74	120	366	13%	21%	65%	2.52
Rahvus	eestlane	130	283	877	10%	22%	68%	2.58
	muu	59	72	336	13%	15%	72%	2.59
Haridus	esimene	27	42	130	14%	21%	65%	2.52
	kesk/kutse	124	190	723	12%	18%	70%	2.58
	kõrgem	55	133	402	9%	23%	68%	2.59

Märkus: 1- See on korruptsioon, 2 - Pole korruptsioon, kuid on ebaeetiline, 3 - Ei ole korruptsioon ja pole ebaeetiline

Tasuline teenus (korraldus)

		Arv			*Osakaal*			*Keskmine*
		1	**2**	**3**	**1**	**2**	**3**	
	Keskmine	630	707	497	34%	39%	27%	1.93
Vanus	kuni 24	72	63	51	39%	34%	27%	1.89
	25-34	132	127	96	37%	36%	27%	1.90
	35-44	92	120	82	31%	41%	28%	1.97
	45-54	84	110	77	31%	41%	28%	1.97
	55-64	114	131	79	35%	40%	24%	1.89
	65-74	74	90	64	32%	39%	28%	1.96
	üle 75	44	53	39	32%	39%	29%	1.96
Sugu	naine	431	471	358	34%	37%	28%	1.94
	mees	192	230	135	34%	41%	24%	1.90
Rahvus	eestlane	374	506	391	29%	40%	31%	2.01
	muu	224	162	81	48%	35%	17%	1.69
Haridus	esimene	80	69	46	41%	35%	24%	1.83
	kesk/kutse	382	383	263	37%	37%	26%	1.88
	kõrgem	158	247	179	27%	42%	31%	2.04

Märkus: 1- See on korruptsioon, 2 - Pole korruptsioon, kuid on ebaeetiline, 3 - Ei ole korruptsioon ja pole ebaeetiline

Hinnangute erinevus tasuliste teenustega kasutamise kogemuse lõikes

		Arv			*Osakaal*			*Keskmine*		
		Kokku	**ei**	**jah**	**Kokku**	**ei**	**jah**	**Kokku**	**ei**	**jah**
Tasuline	1	549	364	175	29%	29%	31%	2.1	2.1	2.1
teenus	2	640	444	179	34%	35%	32%			
(olemus)	3	687	466	208	37%	37%	37%			
Suunamine	1	210	147	56	11%	12%	10%	2.6	2.6	2.6
	2	372	254	107	20%	20%	20%			
	3	1270	864	383	69%	68%	70%			
Tasuline	1	630	431	183	34%	35%	33%	1.9	1.9	2.0
teenus	2	707	485	211	39%	39%	38%			
(korraldus)	3	497	326	158	27%	26%	29%			

Märkus: 1- See on korruptsioon, 2 - Pole korruptsioon, kuid on ebaeetiline, 3 - Ei ole korruptsioon ja pole ebaeetiline

Hinnangute erinevus raha maksmise või kingituse tegemise (enne teenust) kogemuse lõikes

		Arv			Osakaal			Keskmine		
		Kokku	***jah***	***ei***	***Kokku***	***jah***	***ei***	***Kokku***	***jah***	***ei***
Kommikarp	1	45	4	36	2%	4%	2%	2.8	2.8	2.8
(peale	2	227	10	187	12%	9%	12%			
teenust)	3	1697	98	1400	86%	88%	86%			
Tutvus	1	305	18	248	16%	17%	16%	2.1	2.2	2.1
	2	1119	53	955	60%	50%	61%			
	3	447	35	359	24%	33%	23%			
Raha	1	1528	84	1285	82%	82%	83%	1.2	1.2	1.2
(enne	2	278	14	225	15%	14%	15%			
teenust)	3	48	5	38	3%	5%	2%			
Teene	1	1033	63	867	56%	61%	56%	1.5	1.5	1.5
(enne	2	655	31	551	35%	30%	36%			
teenust)	3	161	9	127	9%	9%	8%			

Märkus: 1- See on korruptsioon, 2 - Pole korruptsioon, kuid on ebaeetiline, 3 - Ei ole korruptsioon ja pole ebaeetiline
Ei – pole maksnud raha ega teinud kingitust

Hinnangute erinevus enne või pärast teenust raha maksmise kogemuse lõikes

		Arv				Osakaal				Keskmine			
		Kokku	**enne**	**pärast**	**ei**	***Kokku***	**enne**	**pärast**	**ei**	***Kokku***	**enne**	**pärast**	**ei**
Kommikarp	1	45	3	4	30	2%	9%	8%	2%	2.8	2.7	2.8	2.8
(peale	2	227	3	4	164	12%	9%	8%	13%				
teenust)	3	1697	26	40	1056	86%	81%	83%	84%				
Tutvus	1	305	7	8	197	16%	23%	19%	16%	2.1	2.1	2.2	2.1
	2	1119	12	17	741	60%	40%	40%	61%				
	3	447	11	18	271	24%	37%	42%	22%				
Raha	1	1528	22	31	992	82%	79%	72%	83%	1.2	1.3	1.3	1.2
(enne	2	278	5	9	178	15%	18%	21%	15%				
teenust)	3	48	1	3	31	3%	4%	7%	3%				
Teene	1	1033	22	18	672	56%	79%	43%	56%	1.5	1.3	1.7	1.5
(enne	2	655	5	17	434	35%	18%	40%	36%				
teenust)	3	161	1	7	96	9%	4%	17%	8%				

Märkus: 1- See on korruptsioon, 2 - Pole korruptsioon, kuid on ebaeetiline, 3 - Ei ole korruptsioon ja pole ebaeetiline
Ei – pole maksnud raha ega teinud kingitust

Näitajad haiglate lõikes

	Eesti kokku	*Haigla 1*	*Haigla 2*	*Haigla 3*	*Haigla 4*	*Haigla 5*	*Haigla 6*	*Haigla 7*	*Haigla 8*
Naiste % vastajate seas	68%	71%	61%	74%	64%	62%	75%	64%	68%
Keskmine vanus	49.6	47.8	55.7	47.9	51.0	46.5	45.0	51.5	52.5
-pole tasulisel vastuvõtul käinud	82%	81%	80%	82%	81%	74%	90%	86%	93%
-pidi tasulisel vastuvõtul ka uuringute eest tasuma	9%	10%	10%	11%	11%	9%	6%	7%	2%
-ei pidanud uuringute eest ise tasuma	7%	8%	9%	7%	5%	16%	4%	6%	4%
Maksis raha või tegi kingituse ENNE	6%	5%	8%	7%	7%	6%	11%	5%	6%
Maksis raha või tegi kingituse PÄRAST	25%	24%	32%	23%	21%	32%	21%	24%	25%
Hinnang raha maksmisele enne teenust									
-korruptsioon	82%	83%	82%	82%	86%	84%	81%	87%	63%
-ebaeetiline	15%	14%	17%	13%	11%	14%	17%	9%	32%
-ei kumbagi	3%	2%	1%	4%	3%	2%	2%	4%	5%

	Eesti kokku	*Haigla 1*	*Haigla 2*	*Haigla 3*	*Haigla 4*	*Haigla 5*	*Haigla 6*	*Haigla 7*	*Haigla 8*
Hinnang tasulisele teenusele, korraldus									
-korruptsioon	34%	26%	35%	41%	34%	34%	41%	54%	31%
-ebaeetiline	39%	41%	38%	35%	41%	41%	43%	25%	44%
-ei kumbagi	27%	33%	28%	24%	24%	25%	16%	21%	25%
Hinnang tasulisele teenusele, olemus									
-korruptsioon	29%	26%	30%	28%	38%	27%	37%	34%	23%
-ebaeetiline	34%	35%	35%	36%	31%	36%	28%	32%	36%
-ei kumbagi	37%	40%	35%	35%	31%	38%	35%	34%	40%

Lisa 5. Intervjuu kava (ravimi- ja meditsiiniseadmete hanked)

1. Milliseid ravimi- ja meditsiiniseadmete hankeid korraldatakse riigihangete seaduse kohaselt? Kas see on erinev ravimite-meditsiiniseadmete puhul? Kas on olnud juhtumeid, kus otsustatakse riigihange korraldamata jätta? Miks? Kas hanked on praktikas ka läbikukkunud, miks (kas pole laekunud pakkumusi, on vaidlustatud vms)?
2. Kuidas saab Teie haiglas hankeprotsess alguse, st kuidas otsustatakse, milliseid objekte hankida? Kas olemas hankeplaan vms? Kes otsustab hanke väljakuulutamise (kas protsess erine riigi- ja lihthangete korral), kes saavad kaasa rääkida?
3. Kes tegeleb (riigi)hangete/ravimite ja meditsiiniseadmete hangete korraldamisega? Kes on sellesse protsessi kaasatud? Millised kirjalikud dokumendid reguleerivad hangete korraldamist (riigitasand+haiglasisesed) ja mis on nende põhisisu?
4. Kuidas kujunevad kvalifitseerumistingimused (so lisaks RHS-is sätestatutele)? Kas kvalifitseerumistingimused kujunevad igal hankel eraldi või on sarnaste hangete puhul standardiseeritud? Kes saavad kaasa rääkida, kes otsustavad? (kas erinev ravimite-seadmete ja liht-riigihangete korral?)
5. Kuidas kujunevad tehnilised tingimused? Kas haiglad teevad omavahel hangete korraldamises koostööd? Kas tehnilised tingimused kujunevad igal hankel eraldi või on samasuguste hangete puhul (nt ravimid, teatud aparaadid, ühekordsed tarvikuid jne) standardiseeritud? Kuidas toimitakse täiesti uue objekti puhul? Kes saavad kaasa rääkida, kes otsustavad? (kas erinev ravimite-seadmete ja liht-riigihangete korral?) Kuidas võetakse arvesse arstide/spetsialistide arvamusi? Kas vajalikke masinaid testitakse eelnevalt?
6. Mis on ravimite ja meditsiiniseadmete hangete puhul peamiseks hindamiskriteeriumiks? Millised probleemid on esinenud senise hindamismetoodikaga? (kas erinev ravimite-seadmete ja liht-riigihangete korral?)
7. Kui palju mängib rolli varasem olemasolev objekt (nt senine aparaat, ravim), kas eelistatakse sama pakkujaga edasi minemist? Kas meditsiiniseadmete hangete puhul võivad tekkida/on tekkinud vastuolusid arstide ja juhtkonna vahel (arstid eelistavad sarnast aparaati senisega)? Kui suur probleem/lisakulu on asjaolu, et uue hankijaga seadme puhul tuleb inimesi aparaadi osas uuesti koolitada, kontrollida ühilduvust jms?
8. Kas pakkujad reklaamivad, tutvustavad oma tooteid? Näiteks pakkunud koolitust, toonud toote testimiseks? Kuidas selline käitumine on haiglas reguleeritud?
9. Kui palju olete rakendanud hangetes RHS §38, lg 2, pt 4 tingimust, et hankija võib pakkuja eemaldada juhul, kui selgub, et pakkumuse koostamisel on osalenud isik, kes on osalenud sama riigihanke hankedokumentide koostamisel või kes on muul viisil hankijaga seotud? Miks? Kuidas Te tõlgendate „seotust muul viisil“? Kas huvide konflikt on Teie arvates ravimi ja meditsiiniseadmete hangete puhul probleem? Kui jah, siis kuidas seda lahendada?
10. Kas Te oskate hinnata, kui suur on hetkel haiglate hangete puhul võimalus, et hankedokumentidesse lisatakse tingimusi, mis selekteerivad teatud pakkujaid? Kas see probleem on seotud pigem sellega, et meditsiiniringkonnas on paljud inimesed seotud, arstide soovimatusega ümberõppida vms põhjus?
11. Riigikontrolli audit (2010, „Riigihangete korraldamine valla ja linna asutatud ning osalusega äriühingutes, sihtasutustes ja mittetulundusühingutes“) näitab, et on juhtumeid, kus haigla on jätnud riigihanked korraldamata olukorras, kus riigihangete seaduse järgi on see kohustus olnud. Kas Teie arvates on probleem, et riigihankeid jäetakse korraldamata? Kuidas seda lahendada?
12. Milliseid probleeme/küsitavusi oskate veel seoses hangete korraldamisega välja tuua? Millised on võimalikud riskikohad?

Lisa 6. Valitud ravimi- ja meditsiiniseadmete hangete analüüs ja vaidlustuste statistika

HANGETE ANALÜÜS

Perioodil jaanuar 2010 kuni märts 2011 on riigihangete registris avaldatud 542 tervishoiuteenuse pakkujate (siin: haiglad ja kiirabid) ravimi- ja meditsiiniseadmete hanget ning 35 kiirabiauto hanget. Hangete objektide eristamiseks kasutati CPV koodi (33 - Meditsiini- ja laboriseadmed, optika- ja täppisinstrumendid, ajanäitajad, farmaatsiatooted jm meditsiinilised tarbekaubad ja osaliselt 34 - Mootorsõidukid, haagised ja sõidukite osad). Haiglavõrgu arengukava (HVA) haiglatest ei ole sel perioodil riigihankeid teinud keskhaiglatest Ida-Tallinna keskhaigla ja üldhaiglatest Läänemaa, Hiiumaa, Põlva ja Rapla Haigla, üldhaiglatest kolm on korraldanud ravimi-, meditsiiniseadme või kiirabiautode hankeid muul perioodil.

Tabel 1. Perioodil 2010 - märts 2011 korraldatud ravimi- ja meditsiiniseadmete hanked haiglate lõikes

HVA liik	*Haigla*	*Meditsiini-seadmed (CPV 331)*	*Ravimid (CPV 336)*	*Isiku-hooldus-tarbed (CPV 337)*	*Kiirabi-autod (CPV 341, osaliselt)*	*KOKKU*
piirkondlik	SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla	140	35	2	2	179
piirkondlik	SA Tartu Ülikooli Kliinikum	104	53	12	1	170
piirkondlik	SA Tallinna Lastehaigla	3			1	4
keskhaigla	AS Lääne-Tallinna Keskhaigla	7	2			9
keskhaigla	SA Ida-Viru Keskhaigla	38	12	3	4	57
keskhaigla	SA Pärnu Haigla	45	13	3	7	68
üldhaigla	AS Järvamaa Haigla				1	1
üldhaigla	AS Rakvere Haigla				1	1
üldhaigla	AS Lõuna-Eesti Haigla				2	2
üldhaigla	SA Narva Haigla	21	5	1		27
üldhaigla	SA Viljandi Haigla	11		1	3	15
üldhaigla	Kuressaare Haigla SA	8			2	10
üldhaigla	AS Valga Haigla				1	1
kohalik	SA Jõgeva Haigla				1	1
-	SA Sillamäe Haigla	1				1
-	SA Tallinna Hambapolikliinik	16	3	1		20
-	SA Ida-Virumaa Kiirabi	1	1		2	4
-	SA Tartu Kiirabi				3	3
-	Tallinna Kiirabi				4	4
	KOKKU	**395**	**124**	**23**	**35**	**577**

Märkus: meditsiiniseadmed - näiteks kuvaseadmed, salvestusseadmed, hambaravitarvikud, meditsiinilised tarbekaubad, operatsioonitehnika, funktsionaalne tugi jne. Isikuhooldustooted - imikuhooldustooted, paberist hügieenitooted, hügieenivahendid jne.

Kaks suurimas mahus riigihangete korraldajat on Põhja-Eesti Regionaalhaigla ja TÜ Kliinikum, rohkem on riigihankeid korraldatud ka Ida-Viru Keskhaiglas ja Pärnu Haiglas. Väiksemate haiglate puhul on riigihange korraldatud enamasti kiirabiauto hankimiseks.

Täpsema vaatluse alla võeti valik ravimihankeid, ultraheli ja (video)endoskoopiaseadmete hanked ja kiirabiautode hanked. Meditsiiniseadmete valikul oli eesmärgiks analüüsi kaasata aparaadid, mida oleks hangitud võimalikult paljudes haiglates ning mis oleksid võimalikult ühetaolised. Ka kiirabiautode hangete lülitamine analüüsi tulenes eesmärgist kaasata hangete võrdlemiseks võimalikult ühetaoline hanke objekt. Kokku kuulus valimisse 52 hanget, neist 11 kiirabiauto hanget, 23 ravimihanget, 6 videoendoskoobi hanget ja 11 ultraheliaparaadi hanget. Hankedokumendid saadi (enamasti) hanke kontaktisikute käest või Riigihangete registrist. Kaks haiglat keeldusid dokumente saatmast ja ühe sõnul vastavad dokumendid puudusid, mistõttu **lõplikuks valimiks kujunes 46 hanget**, neist 11

kiirabiauto hanget, 21 ravimihanget, 5 videoendoskoobi hanget ja 8 ultraheliaparaadi hanget. Vaatluse all olid hankedokumendid ja hanketeade.

Tulenevalt riigihangete seaduse (edaspidi RHS) nõuetest on hankedokumentide ülesehitus standardne – üldosa pakkumuste esitamise, avamise ja hindamise kohta, kvalifitseerumistingimused ja tehniline kirjeldus. Kvalifitseerumistingimused ja hindamiskriteeriumid on toodud ka hanketeates, RHS-i järgi tuleb erinevuste esinemisel hankedokumentide ja hanketeate vahel lähtuda viimasest.

Meditsiiniseadmed

Vaatluse all oli 13 hanget ja 6 erinevat hankijat, sh ultraheliaparaatide puhul 8 hanget ja 4 hankijat ning endoskoopide puhul 5 hanget ja 4 hankijat. Kaks ultraheliaparaati (-seadet) on hangitud lihtmenetlusega, ülejäänud avatud hankemenetlusega; endoskoopide osas on üks hange lihtmenetlusega. Lihtmenetlusega hangete puhul puuduvad Riigihangete registris hanketeated ja kvalifitseerumistingimusi on vaadatud hankedokumentidest.

Kvalifitseerumistingimused on suunatud tavapäraselt hankija individuaalse ja majandusliku seisukorra ning tehnilise pädevuse hindamiseks.

- Kvalifitseerumine individuaalse seisundi alusel – so RHS §38 lg 1 ja 2 tingimused. Kui lg 1 tingimused on praktiliselt kõigis hankedokumentides välja toodud (tingimused, mis peavad olema täidetud), siis lg 2 tingimused on välja toodud oluliselt vähemates hankedokumentides (tingimused, mille alusel võib kvalifitseerimata jätta), sh lg 2 pt 4 (seotus) on välja toodud vaid ühe hankija hankedokumentides.
- Kvalifitseerumine majandus- ja finantsseisundi alusel – rakendatud on kahte erinevat tingimust; neli hankijat on rakendanud piiranguid netokäibele, sh piirangu suurus sõltub sellest, kas piirang on kehtestatud viimase 1-3 aasta käibele; käibele tervikuna või käibele meditsiinitehnika müügi osas. Lisaks on üks hankija esitanud nõude omakapitalile, mis peab olema positiivne ning üks hankija netovarale, mis ei tohi viimase aasta jooksul olla langenud alla seadusega ettenähtud piiri. Kahes lihtmenetlusega hankes pole nõudeid majandusseisundile esitatud.
- Kvalifitseerumine tehnilise ja kutsealase pädevuse alusel – neli hankijat on nõudnud varasemat tegevuskogemust meditsiiniseadmete müügi ja hoolduse vallas (1-3 aastat), lisaks on üks hankija seadnud nõude ultraheliaparaatide müügikäibele. Kolm hankijat on nõudnud toodetel CE-märgistust. Kaks hankijat on nõudnud hooldusspetsialisti olemasolu pakkuja meeskonnas, sh ühe hanke puhul on nõutud ka kolmeaastast hoolduskogemust. Kaks hankijat on nõudnud, et pakkuja peab olema toodete ametlik edasimüüja Eestis.

Seega kvalifitseerumistingimused erinevad hankijate lõikes ning kohati on tingimused erinevad ka ühe hankija erinevate hangete puhul (ilmselt vaadatakse hanketingimusi vastavalt vajadusele üle). Üks hankija on siiski kasutanud samu kvalifitseerumistingimusi mõlema meditsiiniseadme hanke puhul (kokku 3 hanget).

Mõlema meditsiiniseadme puhul sisaldavad hankedokumendid hangitavate aparaatide detailset tehnilist kirjeldust. Kuna hangitavad aparaadid ei ole oma olemuselt identsed (võrreldes nt kiirabiautodega) — näiteks (video)endoskoopia seadmete hangete objektiks on mitmete erinevate seadmete komplektid — pole (video)endoskoopia seadmete tehniliste tingimuste kõrvutamine võimalik. Ka ultraheliaparaadid erinevad funktsionaalsuse osas (õõnesisesteks uuringuteks, radioloogilisteks uuringuteks, kaks hanget portatiivsetele aparaatidele, üks hange ka olemasoleva aparaadi modifitseerimiseks) ja sellest tulenevalt on nõuded veidi erinevad. Viie hanke osas on hangitavad aparaadid siiski suhteliselt sarnased ja tehnilisi kirjeldusi saab omavahel võrrelda. Üldjoontes paistab silma tehniliste kirjelduste sarnane ülesehitus (andurid, skaneerimisviisid, monitor, kuvamised, mõõtmine jne) ja sarnane (sageli identne) sõnastus. Erisused tulenevad peamiselt rohkematest nõuetest funktsioonide osas (nt nõutakse lisaandureid, lisakuvamisviise jms) ja

suuremast võimsusest (nt erinevused nõutavas käivitusajas, erinev nõutav kujutise saamise sügavus), sõltudes konkreetse haigla vajadustest.

Kolme hanke puhul (kaks hankijat) on lubatud hangete osadeks jaotamist. Osadeks jaotamise otstarbekus on vastuoluline teema – ühelt poolt võib osadeks jaotamise võimaldamine konkurentsi edendada, kuid teisalt on see haigla jaoks hoolduse mõttes ebamugavam, kui hange läheb jaotamisele erinevate pakkujate vahel.

Endoskoobid on hangitud madalama hinna kriteeriumi alusel, kuid ultraheliaparaatide hangete puhul on kaks hankijat kahes hankes kasutanud majanduslikult soodsaima pakkumise kriteeriumi. Ühe hanke puhul on tehniliste tingimuste ja hinna suhe 80:20, teise puhul 40:60. Tehniliste tingimuste osas on antud lisapunkte teatud kindlate lisakriteeriumite osas – näiteks elektriliselt üles/alla liigutatav juhtpaneel, elektriline geelsoojendaja (mõlemas HDs), seadme tarbimisvõimsus alla 1kVA jne. Esimese hanke puhul on lisapunkte võimalik saada 6 tingimuse eest, teise hanke puhul 5, 6 ja 1 kriteeriumi eest (hanke objektiks kolm aparaati).

Ravimid

Vaatluse all on 21 hanget ja 4 erinevat hankijat, neist kolme puhul on vaatluse all enam kui üks hange. Kolm hankijat on ravimihankeid korraldanud avatud hankemenetlusega, üks peamiselt lihtmenetlusega. Viimasel puuduvad Riigihangete registris hanketeated, hankedokumentide kohaselt ei ole kvalifitseerumistingimusi rakendatud.

Kvalifitseerumistingimused on suunatud hankija individuaalse ja majandusliku seisukorra ning tehnilise pädevuse hindamiseks.

- Kvalifitseerumine individuaalse seisundi alusel – so RHS §38 lg 1 ja 2 tingimused. Kui lg 1 tingimused on kõigis hankedokumentides välja toodud (tingimused, mis peavad olema täidetud), siis lg 2 tingimused on välja toodud oluliselt vähemates hankedokumentides (tingimused, mille alusel võib kvalifitseerimata jätta), sh lg 2 pt 4 (seotus) on välja toodud vaid ühe hankija hankedokumentides.
- Kvalifitseerumine majandus- ja finantsseisundi alusel – kolm hankijat on rakendanud piiranguid netokäibele, sh on rakendatud erinevaid nõudeid - kas piirang on kehtestatud viimase aasta käibele või kolme viimase aasta käibele; käibele tervikuna või käibele ravimite osas. Lisaks on üks hankija esitanud nõude omakapitalile, mis peab olema positiivne ning üks hankija netovarale, mis ei tohi viimase aasta jooksul olla langenud alla seadusega ettenähtud piiri.
- Kvalifitseerumine tehnilise ja kutsealase pädevuse alusel – kõik hankijad on nõudnud varasemat ravimite hulgimüügikogemuse olemasolu (1-2 aastat), lisaks on vajalik tegevusluba ravimite hulgimüügiks. Kolm hankijat on nõudnud ka hangitava ravimi müügiluba. Muud tingimused on vähem levinud (kirjalik kinnitus tarnetingimuste ja transporditingimuste kohta, nõuded alltöövõtjatele ja ühispakkujatele).

Kuna riigihankeid ravimite hankimiseks on teinud vaid suuremad haiglad, samas tegemist on regulaarsete hangetega, on hangete (ka vaatluse all olevate hangete) arv piisavalt suur, et hinnata haiglasiseseid erisusi – kas tingimused on hangete lõikes standardsed või erinevad. Kuna ühe hankija puhul on enamik hankeid korraldatud lihtmenetlusena (kvalifitseerumistingimused puuduvad), siis saab eelpooltoodud analüüsi rakendada kahe hankija hangetele. Üldjuhul on hanketingimused standardsed ja neid on muudetud ligikaudu kord aastas, erandina võib välja tuua piirangud netokäibele ühe hankija puhul, kus sõltuvalt hankelepingust on rakendatud erinevaid tingimusi.

Tehnilise kirjelduse osas erinevad ravimihanked meditsiiniseadmete ja kiirabiautode hangetest, kuna tehniline kirjeldus piirdub toimeaine nime, ravimivormi, ühiku, annuse, hulga jms spetsifitseerimisega. Valdavalt hangitakse ravimeid toimeaine baasil, analüüsitavas valimis oli vaid üks preparaadi hange

(BOTOX, DYSPORT). Kuigi analüüsitavate hangetega pole seotud vaidlustusi, võib ka toimeaine-põhisel hankimisel olla võimalik konkurentide ebavõrdne kohtlemine. Sellega on seotud üks vaidlustus hanke "Madalmolekulaarsete hepariinide ostmise" osas. Vaidlustaja kohaselt kasutatakse Eestis kolme erinevat madalmolekulaarset hepariini, millest ühe hulgimüüjaks on vaidlustaja. Tegemist on küll sarnase otstarbega ravimitega, kuid ravis kasutatavad annused on erinevad. Vaidlustuses tõi vaidlustaja välja järgmist: „*Enoksapariini, mille suhtes Vaidlustaja soovib pakkumist teha, kasutatakse kirurgias mõõduka ja kõrge tromboosi riski puhul, kusjuures mõõduka riski annus on 2000 toimeühikut ja kõrge riski annus on 4000 TÜ. Dalteparіini mõõduka riski annus on 2500 TÜ ja nadropariini mõõduka riski annus on 2850. Hankedokumentides on ette antud toimeühikute arv ja ravimi süstalde kogus, mida soovitakse osta. Nimetatud tabelist nähtub, et mõõduka riski jaoks soovitakse osta 10 000 annust, annuste toimeühikuks mõõduka riski korral on aga ilma igasuguse objektiivse põhjenduseta märgitud enoxaparinum'i puhul 4000 TÜ-d. Hangitavad enoksapariini annused mõõduka riski puhul on oluliselt suuremad, kui teiste hangitavate toodete annused ja pole seetõttu konkurentsivõimelised, kuna hind kujuneb kõrgemaks. Seetõttu leiab vaidlustaja, et hankija soodustab põhjendamatult teisi pakkujaid*.“ Vaidlustust ei rahuldatud.

Kuna ravimihangete puhul on üldjuhul tegemist regulaarsete tarnetega, on otstarbekas vaadata ka nõudeid tarnetingimustele ja maksetingimustele. Üldjuhul nõutakse tarne tagamist igal tööpäeval vähemalt 24 h jooksul, vaid üks hankija on seadnud pikema aja (2 tööpäeva). Tarnetähtaegadega on seotud ka vaidlustus, kus vaidlustaja vaidlustas ühe haigla kuus hanget, milles vaidlustaja sõnul nõuti ebareaalselt lühikesi tarnetähtaegu. Antud küsimuses vaie rahuldati. Maksetingimuste osas erinevad nõuded rohkem – üks hankija on seadnud maksetähtajaks 30 päeva, kaks hankijat 60 päeva ja üks hankija 90 päeva. On selge, et mida rangemad on reeglid toodud tingimuste osas, seda suurem peab olema ettevõte, et tingimusi täita.

Kõikide analüüsitavate hangete hindamiskriteeriumiks on madalaim hind.

Kiirabiautod

Vaatluse all on 11 hanget ja 7 erinevat hankijat. Kõik hanked on korraldatud avatud hankemenetlusega. 5 hanke puhul on tegemist kiirabiauto ostmisega ja 5 juhul liisimisega, ühe lepinguga soovitakse nii osta kui ka liisida (objektiks kolm kiirabiautot).

Kvalifitseerumistingimused tuuakse hanketeates ja on kiirabiautode hangetes suhteliselt sarnased. Rakendatakse järgmisi osalemistingimusi:

- Kvalifitseerumine individuaalse seisundi alusel – so RHS § 38 lg 1 ja 2 tingimused. Kui lg 1 tingimused on kõigis hankedokumentides välja toodud (tingimused, mis peavad olema täidetud), siis lg 2 tingimused on välja toodud oluliselt vähemates hankedokumentides (tingimused, mille alusel võib kvalifitseerimata jätta), sh lg 2 pt 4 (seotus) on välja toodud vaid kahe hankija hankedokumentides.
- Kvalifitseerumine majandus- ja finantsseisundi alusel – kõigis hankelepingutes on kasutatud tingimusi netokäibele. Enamasti on piirangud kolme viimase majandusaasta netokäibele, üks hankija on kasutanud viimase aasta netokäivet. Konkreetne rahaline piirang on hankedokumentide lõikes erinev, sõltudes sellest, kas piirang on seatud kogukäibele või hankelepingu esemele vastavale osale ning kas piirang on kehtestatud igale aastale või kolme aasta summaarsele käibele. Üks hankija on lisaks seadnud tingimuseks hankelepingu täitmise tagamiseks vajalike, vähemalt pakkumise hinnaga võrdsete rahaliste vahendite olemasolu.
- Kvalifitseerumine tehnilise ja kutsealase pädevuse alusel – levinum tingimus on piirang tarnija ja ümberehitaja põhitegevusele (kasutanud 5 hankijat), milleks peab olema mootorsõidukite müük ja hooldus ning mootorsõidukite ümberehitus. Üks hankija on seadnud piiranguks hulgikaubanduse, põhjuseks võib olla asjaolu, et kiirabiautode kõrval on hanke objektiks ka kaks meditsiiniseadet (kuuluvad kiirabiauto juurde). Teine levinum piirang on hangitavate

autode vastavus spetsiaalsetele Euroopa standarditele. Kolmas levinud piirang on see, et pakkuja peab ARKis kinnitama kiirabiauto tüübi ja esitama vastava dokumentatsiooni. Üks hankija on lisaks nõudnud auto tüübi registreerimist Ravimiametis. Kasutatud on ka nõudeid hooldusele ja hooldusjaamade nimekirja esitamise nõuet (4 hankijat), sh kolm hankijat on lisanud nõude konkreetses asukohas asuva hooldejaama kohta (tulenevalt asutuse asukohast). Kolm hankijat on esitanud nõude ka pakkuja varasemale kogemusele viimase kolme aasta jooksul, neist kõige rangem tingimus on keskmiselt vähemalt 5 kiirabiauto ümber ehitamine ja müümine aastas viimase kolme aasta jooksul.

Kiirabiautode hangete kvalifitseerumistingimustega on seotud üks vaidlustus, kus vaidlustati ühe hankija nõue netokäibele ja varasemale kogemusele. Vaidlustaja kohaselt „*tegutseb Eesti turul kaks peamist konkureerivat kiirabiautode tootjat, kellest ainult ühel on täidetud hankija poolt soovitud viidatud kvalifitseerimisnõuded ning sellest tulenevalt on piiratud Vaidlustaja riigihankes osalemine. Eesti turu väiksust ja siinsete kiirabiautode suhteliselt vähest hulka arvestades on tingimused, mis nõuavad vähemalt 3-miljonilise kiirabiautode aastakäibe olemasolu ja keskmiselt viie kiirabiauto ümberehitamist ning müümist aastas, ilmselgelt ebaproportsionaalsed ja põhjendamatud, kuivõrd selliste tingimuste juures on tegelik konkurents kiirabiautode müügil välistatud*“. Hankija sõnul on hange on avatud kõigile Euroopa Liidu pakkujatele ning konkurentsi ei ole seega piiratud sõltumata Eesti pakkujate vastavusest tingimustele.

Vaidlustuskomisjoni hinnangul ei saa nõudeid pidada ebaproportsionaalseks hankelepingu eseme suhtes tulenevalt hankija selgitustest, et nõutud 3-miljoni kroonine käive eelmisel majandusaastal on sarnane sõlmitava hankelepingu rahalise mahuga ning ostetavad autod keskmisest suurema keerukusega. Kuna hankija ei esitanud arusaadavaid põhjendusi selle kohta, miks ei rahuldaks tema vajadusi konkreetse hankelepingu esemele vastava käibe asemel käive hankelepinguga seotud valdkonnas, mis võiks tõepoolest hõlmata ka näiteks päästeteenistuse autosid ja muid taolisi sõidukeid (hankija viitas, et võtab arvesse ka nimetatud sõidukeid), loeti nõue käibe osas õigusvastaseks määratluse „konkreetsele riigihanke objektile vastavas osas” ulatuses.

Tabel 2. Nõuded netokäibele ja varasemale kogemusele erinevates hankedokumentides

Hankija	***Nõue netokäibele***	***Nõue varasemale kogemusele***
A1 (vaidlustatud hange)	konkreetsele riigihanke objektile vastavas osas viimase majandusaasta netokäibe peab olema vähemalt 3 milj.Eesti krooni.[29]	Pakkuja peab olema viimasel kolmel aastal ümber ehitanud ja müünud keskmiselt vähemalt 5 kiirabiautot aastas.
A2	viimase kolme majandusaasta netokäive igal aastal peab olema vähemalt 6 000 000 Eesti krooni.	
B	hankelepingu esemele vastavas osas viimase kolme majandusaasta netokäive peab olema vähemalt 3 miljonit eesti krooni.	
C	hankelepingu esemele vastavas osas viimase kolme majandusaasta netokäive peab olema vähemalt 800 000 eurot.	
D	viimase kolme lõppenud majandusaasta netokäive peab olema vähemalt 1 miljon eurot igal aastal.	Pakkuja peab olema viimase kolme aasta jooksul täitnud vähemalt kolm riigihanke esemele sarnase esemega lepingut.
E1	viimase kolme majandusaasta summaarne netokäive peab olema vähemalt 10 miljonit eesti krooni	
E2	viimase kolme majandusaasta summaarne netokäive peab olema vähemalt 10 miljonit eesti krooni.	
E3	viimase kolme majandusaasta summaarne netokäive peab olema vähemalt 10 miljonit eesti krooni.	
E4	viimase kolme majandusaasta summaarne netokäive peab olema vähemalt 1 miljon eurot.	
F	kolme viimase majandusaasta netokäive peab olema igal majandusaastal vähemalt 385 000 EUR.	
G	viimase kolme majandusaasta keskmine netokäive peab olema vähemalt 10 miljonit krooni.	Pakkuja peab olema viimase 3 aasta jooksul müünud vähemalt 2 sarnast sõidukit.

[29] Hankedokumentides on nõue esitatud kolmele aastale, kuid RHS §39 lg 1 järgi on kvalifitseerumise aluseks üksnes hanketeade ning seega kehtib tabelis toodu.

Tehnilised kirjeldused on hankedokumentide lõikes üsna standardsed, koosnedes kindlatest osadest (nt baasmudel, lisavarustus, tugevdused, kabiin, salong jne). Mitmetes hankedokumentides on tingimused sõna-sõnalt samad, mis viitab omavahelisele koostööle või avalike dokumentide kasutamisele.

Kuna kiirabiautod on suhteliselt samalaadsed, saab tehnilisi kirjeldusi kõrvutada ja võrrelda. Tehnilistes kirjelduses võib eraldi vaadelda ligikaudu 250 erinevat tingimust. Mõned tehnilised kirjeldused olid detailsemad ja rakendati rohkem kitsendusi võrreldes teisega, mis sõltub tervishoiuteenuse osutaja nõuetest ja vajadustest. Üldiselt on paljudelt juhtudel kasutatud samu või sama sõnastusega tingimusi, näiteks ABS pidurid, kesklukustus, porikummid, aken liugukses, korrosioonitõrje metallitöödele jne. Samas esines ka küllaltki palju tingimusi, mis sisult olid sarnased, kuid erinesid kirjelduselt, näiteks mootori võimsust kirjeldati vahemikus 95-140kW, liugukse asukoht paremal, vasakul või mõlemal küljel, voolumuundur võimsusega 150-1000W jne. Kuid esines ka tingimusi, mis olid lisatud vaid ühe hankija tehnilisse kirjeldusse, selliseid tingimusi esines praktiliselt kõigis hankedokumentides, kuid kahe hankija ja kolme tehnilise kirjelduse puhul oli nende osakaal suurem.

Tabel 3. Näiteid tehnilise kirjelduse tingimustest, mis sisaldusid ainult ühe hankija hankedokumentides

Erandlik tingimus	***Tingimus teiste hankijate HD-s***
Mootori töömaht vähemalt 2 liitrit, soovitava keskmise kütusekuluga (baasmudelil) 8-9 liitrit 100 km kohta.	Puudub kütusekulu määrang
Sildade vahe 3665 mm	puudub
Ärandamisvastane seade (signalisatsioon koos mahuanduriga);	Kirjelduses puudub mahuandur
Generaator min 150 A	Kõigis teises min 120A
Lisaaku (mahtuvus alates 95Ah, baasmudeli lisaaku võib olla väiksema mahtuvusega, kui ümberehitamisel tagatakse vähemalt 95 Ah mahtuvusega aku paigaldamine).	Puudub lisaaku kirjeldus
Bi-Xsenon tuled	puudub
270 kraadi avanevad tagauksed	Puudub tagauste selline kirjeldus
Juhiiste ja kaassõitja iste soojustatud.	puudub
Kütusepaak alates 80 liitrist.	puudub
Auto väliskõrgus peale ümberehitust koos vilkuriteploki ja antennidega maksimaalselt 2750 mm.	puudub
Pikkus vähemalt 5200 mm, laius vähemalt 1600 mm	puudub
Esiuste ja kabiini lae soojustus.	puudub
Juhikabiini külgakende elektrilised aknatõstukid	puudub
Inverter võimsusega 1000 W.	Teistel max 800W ja vähem
Paneelis sisalduvad 4 strobo lampi millel on 4 standardset ja sisseehitatud vilgutusrežiimi, standardplafooni pikkus 48" (1220 mm)	Ei ole täpsustatud plafooni pikkus

Kiirabiautode hange tehniliste tingimustega on seotud kaks vaidlust, järgnevalt on vaadeldud üht neist. Vaidlustus puudutab kahte tingimust:

- Vaidlustaja arvates ei ole nõutud „elektrooniline diferentsiaalilukusti EDL" kooskõlas RHS § 33 lõikega 7, kuna antud lühendi kasutamine viitab selgelt Volkswagen Group poolt toodetud autodele ja muudel automarkidel kasutatakse antud funktsiooni tähistamiseks teisi lühendeid.
- Vaidlustaja arvates on õigusvastane ka nõue, et ostetavas kiirabiautos peab olema „vahesein mõlemalt poolt kaetud plastikust vormitud komponentidega". Vaidlustaja hinnangul on sellist lahendust võimeline pakkuma ainult üks Eesti turul tegutsev pakkuja ja Hankija ei ole suutnud plastikust vaheseina eeliseid objektiivselt põhjendada.

Antud vaidluses andis Vaidluskomisjon mõlemas punktis õiguse vaidlustajale.

Tabel 4. Nõuded diferentsiaalile ja vaheseina kaetusele erinevates hankedokumentides

Hankija	***diferentsiaal***	*Vaheseina kaetus*
A1 (vaidlustatud hange)	Elektrooniline diferentsiaalilukusti EDL	Vahesein mõlemalt poolt kaetud plastikust komponentidega
A2		Vahesein mõlemalt poolt kaetud plastikust vormitud komponentidega
A3		Vahesein peab vastama tingimustele: olema piisavalt tugev, võimaldama teostada vajadusel asjade kinnitusi, pind peab olema kergesti pestav ja desinfitseeritav

Hankija	***diferentsiaal***	*Vaheseina kaetus*
A4	Elektrooniline diferentsiaalide lukustamine auto läbivuse parandamiseks	Vahesein mõlemalt poolt kaetud materjaliga, mis on kergesti pestav ja desinfitseeritav.
B	Koos elektroonilise diferentsiaali lukustusega	Kergesti puhastatava materjaliga kaetud vahesein
C	Diferentsiaali stabiilsusseade	
D	Diferentsiaalilukustus	
E	Diferentsiaali lukustus	
F	Elektrooniline diferentsiaali lukustus	

Kõikide hangete puhul on hindamiskriteeriumiks madalaim hind.

Kokkuvõtteks, riigihangete dokumentatsioon on suhteliselt standardne tulenevalt seaduses nõutust. Esineb erinevusi hanke objektist lähtuvalt – nii puuduvad ravimihangetes tehniline kirjeldus, ainult meditsiiniseadmete puhul on peale hinna kriteeriumi kasutatud ka tehniliste tingimuste hindamist. Mõningad erinevused esinevad ka kvalifitseerumistingimustes. Kui majandusliku seisundi kohta on kõigi objektide lõikes kasutatud nõudeid müügikäibele, siis tehnilise pädevuse hindamine sõltub hanke objektist. Siiski on kõigis nõutud varasemat kogemust. Tehnilise kirjelduses osas võib märgata, et kohati on need standardiseeritud – koosnevad samadest osadest ja on identse sõnastusega.

Tabel 5. Levinumad kvalifitseerumistingimused

	Meditsiiniseadmed	***Ravimid***	***Kiirabiautod***
Kvalifitseerimistingimused			
a. Majanduslik seisund	Müügikäive 4/6	Müügikäive 3/4	Müügikäive 7/7
b. Tehniline pädevus	Varasem kogemus 4/6 Toodete CE-märgitus 3/6 Hooldusspetsialist 2/6 Ametlik edasimüüja 2/6	Varasem kogemus 4/4 Tegevusluba 4/4 Ravimi müügiluba 3/4	Peab olema põhitegevus 5/7 Auto vastavus standarditele 5/7 ARKi kinnitus tüübile 4/7 Hooldejaamadele 4/7 Varasem kogemus 3/7
Tehniline kirjeldus	Detailne	Praktiliselt puudub	Detailne
Hindamine	Hind (peamiselt, 2 hanget – Hind+tehniline kirjeldus)	Hind	Hind

Märkus: numbrid tähistavad erinevate hankijate arvu ja hankijate arvu, kes on vastavat tingimust rakendanud.

VAIDLUSTUSTE STATISTIKA

Perioodil 2007-2011 on tervishoiuteenuste osutajate meditsiini- ja ravimihangete ning kiirabiautode hangetega seotud 28 vaidlustust, neist 2011. aastal on vaidlustatud 3 hanget.

Tabel 6. Perioodil 2007-2011 tehtud ravimi- ja meditsiiniseadmete hankeid puudutavad vaidlustused

	AB Medical Group Eesti OÜ	*AS Chemi-Pharm*	*AS Surgitech*	*GlaxoSmithKline Eesti OÜ*	*Magnum Medical OÜ*	*Medicum Tehnika OÜ*	*Medtronic Finland OY*	*Medtronic Trading NL BV*	*OÜ Hansa Medical*	*OÜ Koduapteek*	*Silwi Autoehituse Aktsiaselts*	*Tamro Eesti OÜ*	***KOKKU***
	mt	mt	mt/r	r	mt/r	mt	mt	mt	mt	r	ka	mt/r	
AS Lääne-Tallinna Keskhaigla						1							1
SA Ida-Viru Keskhaigla	1	1	1									1	4
SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla	1		1	1	7		1	1				2	14
SA Pärnu Haigla					1				1		1		3
SA Tartu Ülikooli Kliinikum			1		2					1			4
SA Viljandi Haigla											1		1
SA Tartu Kiirabi											1		1
KOKKU	**2**	**1**	**3**	**1**	**10**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**3**	**3**	**28**

Märkus: Mt – meditsiinitarvikud, r – ravimid, ka - kiirabiautod

Kõige enam vaidlustusi on olnud Põhja-Eesti Regionaalhaiglal, kuid seda on mõjutanud Magnumi vaidlustused, kus ühe kuu jooksul vaidlustati 6 hanget sama põhjenduse alusel. Kahel vaidlustuse puhul puudus riigihangete registrist otsuse dokument. 15 vaidlustust puudutavad ravimite hanget, 10 meditsiiniseadmete hanget ja 3 kiirabiautode hanget.

Tabel 7. Vaidlustuse põhjus (registri klassifikatsioon)

Põhjus	*Arv*
Hankedokumendid	12
Pakkumuse edukaks tunnistamine	9
Pakkumuse tagasilükkamine või kõigi pakkumuste tagasilükkamine	6
Taotleja ja pakkuja kvalifitseerimine ning kvalifitseerimata jätmine	3
Hanketeade	1
Hankemenetluse kehtetuks tunnistamine	1
Pakkumuse vastavaks tunnistamine	1
Pakkumuse esitamise ettepanek	1
Taotleja või pakkuja hankemenetlusest kõrvaldamine	1

Märkus: vaidlustusel võis olla ka mitu objekti, vastused ei anna kokku 100%

Vaidlustuste analüüsi käigus tutvuti vaidlustuse sisuga ja vaidlustuse käigus toodud argumentidega.

Kokkuvõttes võib järeldada, et Eesti puhul on probleemiks pigem turu väiksus ja väheste müüjate esinemine. Kui hankest võtab osa vaid paar pakkujat, võivad mitmed tingimused tunduda suunatuna. Samas ei saa siiski välistada ka hanketingimuste suunamist, võimalusi on selleks mitmeid.

Lisa 7. Intervjuu kava (ravi rahastamise lepingud)

Ambulatoorne eriarstiabi

Intervjueeritava töökoht: HVA väline tervishoiuteenuse osutaja

1. Ravivajaduse hindamine. Lepingute sõlmimine algab ravivajaduse hindamisega teatud erialal teatud piirkonnas (lepingumahud).
    a. Kas Te olete kursis, kuidas ravivajadust hinnatakse? Kas see info on ka haiglatele kättesaadav ja põhjendatud?
2. Valik HVA haiglate ja erakliinikute vahel. Ravivajaduse alusel hakatakse sõlmima rahastamise lepinguid. Haigekassal on kohustus sõlmida lepingud haiglavõrgu arengukava haiglatega.
    a. Millal otsustatakse välja kuulutada konkurss erakliinikutele/arengukavavälistele haiglatele? Kas võib juhtuda, et mingil erialal ja piirkonnas katavad arengukava haiglad ravivajaduse ära ja konkurssi välja ei kuulutata? Kas pakkujaid kutsutakse personaalselt osalema või kuulutatakse kodulehel?
    b. Kui palju saate lepingumahu osas kaasa rääkida? Kas peate lähtuma ainult täiendava valiku konkursis välja kuulutatud mahtudest? Kas haigla saab põhjendatud soovi korral mahtu suurendada?
    c. Milliseid probleeme konkurents tekitab?
    d. Kas Teie arvates eelistatakse, et vajaduse kataks ära pigem vähem haiglaid või eelistatakse konkurentsi? Kas eelistatakse, et vajaduse katavad ära pigem arengukava haiglad? Miks?
3. Täiendava valiku taotluste hindamine. Nõukogu otsusega on kinnitatud juhend täiendava valiku taotluste hindamiseks, kus hinnatavate kriteeriumidega on seotud väärtuspunktide süsteem. Lisaks on kvalifitseerimistingimused (tegevusluba, maksuvõlgnevuste puudumine)
    a. Kas lepingupartneri valik toimub ainult nendele kvantitatiivsetele hinnangutele tuginedes, st võitja otsustatakse pakkumisele määratud puntide arvu alusel? Kas tulemused on avalikud, kas avalikud on ka detailid (st miks kaotajad kaotasid)?
    b. Juhendi järgi otsustatakse võitja juhul, kui pakkumised saavad võrdse punktisumma, hinna baasil. Kui sageli seda juhtub? Kas olete hinna tõttu lepinguid kaotanud? Kas Teie arvates eksisteerib oht, et odav pakkumine on ebakvaliteetne?
    c. Kas olete kursis ravijuhu keskmiste maksumustega haiglate lõikes? Kas need võiksid olla avalikud?
    d. Kas Teie arvates taotluste hindamise põhimõtted ja protsess on hea?
4. Mis võiks lepingupartnerite valik põhimõtetes, protsessis, tingimustes teisiti olla? Millised probleemid esinevad seoses Haigekassa korraldatud hangetega?
5. Kui palju on Teie arvates Haigekassal võimalusi partnereid valida oma eelistuste järgi, so kui rangelt on reeglid seatud?

Intervjueeritava töökoht: haiglavõrgu arengukava haigla

1. Ravivajaduse hindamine. Lepingute sõlmimine algab ravivajaduse hindamisega teatud erialal teatud piirkonnas (lepingumahud).
    a. Kas Te olete kursis, kuidas ravivajadust hinnatakse? Kas see info on ka haiglatele kättesaadav ja põhjendatud?
2. Valik HVA haiglate ja erakliinikute vahel. Ravivajaduse alusel hakatakse sõlmima rahastamise lepinguid. Haigekassal on kohustus sõlmida lepingud haiglavõrgu arengukava haiglatega.
    a. Kuidas toimub HVA haiglale mahu määramine? Kuidas arvestatakse HVA haiglate soovidega? Kas haigla saab põhjendatud soovi korral mahtu suurendada?
    b. Kas Te konkureerite teiste arengukava haiglatega? HVA väliste kliinikutega? (kas neile on lepingumahtu kaotatud?) Milliseid probleeme konkurents tekitab?
    c. Kas Teie arvates eelistatakse, et vajaduse kataks ära pigem vähem haiglaid või eelistatakse konkurentsi? Kas eelistatakse, et vajaduse katavad ära pigem arengukava haiglad? Miks?
3. Hinnaläbirääkimised. HVA haiglate rahastamislepingute juurde kuuluvad ka hinnaläbirääkimised (so määratakse ravijuhu maksumus, millise koefitsiendiga pakutakse HK poolt määratud piirhindadest).
    e. Kuidas kujuneb ravijuhu keskmine maksumus? Kas haigla määratav hind jääb enamasti kehtima? Kas olete hinna tõttu lepinguid kaotanud?
    f. Kas olete kursis ravijuhu keskmiste maksumustega haiglate lõikes? Kas need võiksid olla avalikud?
    g. Kas Teie arvates eksisteerib oht, et odav pakkumine on ebakvaliteetne?
4. Mis võiks lepingupartnerite valik põhimõtetes, protsessis, tingimustes teisiti olla?
5. Kui palju on Teie arvates Haigekassal võimalusi partnereid valida oma eelistuste järgi, so kui rangelt on reeglid seatud?

Lisa 8. Ravi rahastamise lepingu sõlmimise asjaolude hindamise alused

Ravi rahastamise lepingu sõlmimise üle otsustamise üldised hindamise alused, mida hinnatakse kõigi taotluste menetlemisel

Viide RaKS-le	Viide taotluse vormile	Hindamise asjaolu	Hindamise alus	Hindamise kaalud
RaKS §36 lg4 p3	punkt 2.12	Teenuse hind	TTO pakub kõigile tema poolt pakutavatele Vabariigi Valitsuse määrusega kehtestatud Haigekassa tervishoiuteenuste loetelus sätestatud piirhinnast (koos piirhinna rakendamise tingimustega ehk koos koefitsientidega) madalamat hinda	Piirhindadest koos koefitsientidega vähemalt 10% madalam hind – 10 p Piirhindadest koos koefitsientidega 5% kuni alla 10% madalam hind– 5 p Piirhindadest koos koefitsientidega 3% kuni alla 5% madalam hind - 3 p Piirhindadega koos koefitsientidega või kuni alla 3% madalam hind – 0 p
RaKS §36 lg4 p8	-	Varasemate ravi rahastamise lepingute või sellesarnaste lepingute nõuetekohane täitmine TTO poolt	EHK on esitanud TTO-le korduvalt kahju hüvitamise nõudeid lepingu tingimuste rikkumise kohta (s.h. retseptinõuded) taotletaval erialal tervishoiuteenuse osutamisel ja/või TTO suhtes on rakendatud leppetrahvi valiku väljakuulutamise otsuse tegemise ajal kehtival lepinguperioodil	Leppetrahvi või nõuete mitteesinemine – 10 p Nõuete esinemine – 5 p Leppetrahvi esinemine – 0 p Uus pakkuja – 10 p
RaKS §36 lg4 p9	-	Maksuvõlgnevuse olemasolu või puudumine ning TTO üldine majanduslik seisund	Taotluse menetlemise ajal TTO-l maksuvõlgnevuse esinemine EMTA andmetel, v.a ajatatud maksuvõlgnevus.	Maksuvõlgnevuse puudumine – 7 p Maksuvõlgnevuse esinemine – 0 p
			Taotluse menetlemise ajal on TTO suhtes kohus võtnud pankrotiavalduse menetlusse ja nimetanud ajutise halduri või taotletakse saneerimismenetlust.	Pankrotiavaldust ei ole esitatud või saneerimismenetlust ei ole taotletud – 3 p Pankrotiavaldus on võetud menetlusse ja nimetatud ajutine haldur või saneerimismenetlust on taotletud - 0 p
RaKS §36 lg4 p10	-	Ravikindlustust ja tervishoidu reguleerivate õigusaktide nõuetekohane täitmine TTO või temale tööd andva isiku poolt	TTO teenuse osutamist tõendavate dokumentide kontrollimisel või muul viisil on tuvastatud õigusakti/de sätte/sätete korduv rikkumine kehtival lepinguperioodil	Õigusakti/de sätte/sätete nõuetekohane täitmine – 5 p Õigusakti/de sätte/sätete rikkumine – 0 p
			TTO või tema tegevuse kohta on valiku kinnitamise otsuse kalendriaastale eelneval 3 kalendriaastal tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 50[2] nimetatud tervishoiuteenuste kvaliteedi ekspertkomisjonile esitatud kaebus, mis nimetatud komisjoni hinnangul on osaliselt või täielikult põhjendatud	Põhjendatud kaebus esitatud – 0 p Põhjendatud kaebust esitatud ei ole (v.a. uus pakkuja) – 5 p Uue pakkuja kohta põhjendatud kaebust esitatud ei ole – 10 p*

PROJEKT

Ambulatoorse eriarstiabi osutajaga ravi rahastamise lepingu sõlmimise üle otsustamise hindamise alused

Viide RaKS-le	Viide taotluse vormi punktile	Hindamise asjaolu	Hindamise alus	Hindamise kaalud
RaKS §36 lg4 p2	punkt 2.4 2.5 2.11 2.14	Teenuse osutamise kvaliteet ja tingimused	**Kirurgilistel erialadel** (s.h otorinolarüngoloogia, katarakti operatsioon) teenust pakkuvate arstide poolt operatsioonide tegemine statsionaarselt või päevakirurgias valiku kinnitamise otsuse kalendriaastale eelneval kalendriaastal.	Kõik arstid teevad operatsioone statsionaarselt või päevakirurgias – 3 punkti Vähemalt pooled arstid teevad operatsioone statsionaarselt või päevakirurgias – 2 punkti Alla pooled arstidest teevad operatsioone statsionaarselt või päevakirurgias või ükski neist ei tee – 0 punkti
			Ravikindlustuse andmekogu andmetel TTO RaKS § 30 lg1 alusel kehtestatud Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu 4. peatükis nimetatud uuringute ja protseduuride (tk) osakaal taotletaval erialal (v.a psühhiaatria, oftalmoloogia) TTO kõigist pakutavatest teenustest väljakuulutatud erialal (tk) valiku väljakuulutamise otsuse kuule eelneva 12 kalendrikuu andmetel.	**Kirurgilistel erialadel** TTO uuringute ja protseduuride osakaal teenuste mahust võrdne või suurem kui kõigi vastava eriala TTO-de uuringute ja protseduuride osakaal kõigist teenustest väljakuulutatud erialal eelneva 12 kalendrikuu andmetel – 2 punkti Kirurgilistel erialadel uuringute ja protseduuride osakaal teenuste mahust väiksem kui kõigi vastava eriala tervishoiuteenuste uuringute ja protseduuride osakaal kõigist teenustest väljakuulutatud erialal eelneva 12 kalendrikuu andmetel – 0 punkti **Mittekirurgilistel** erialadel, sh günekoloogia, (v.a. psühhiaatria ja oftalmoloogia*) uuringute ja protseduuride osakaal teenuste mahust võrdne või suurem kui kõigi vastava eriala tervishoiuteenuste uuringute ja protseduuride osakaal kõigist teenustest väljakuulutatud erialal eelneva 12 kalendrikuu andmetel – 5 punkti Mittekirurgilistel erialadel, sh günekoloogia (v.a. psühhiaatria ja oftalmoloogia) uuringute ja protseduuride osakaal teenuste mahust väiksem kui vastava eriala kõigi tervishoiuteenuste uuringute ja protseduuride osakaal kõigist teenustest väljakuulutatud erialal eelneva 12 kalendrikuu andmetel – 0 punkti
			Mittekirurgilises oftalmoloogias kompuuterperimeetria ja silmapõhja kuvamisseadmed olemas	Oftalmoloogias kompuuterperimeetria ja silmapõhja kuvamisseadmed olemas - 5 punkti Oftalmoloogias kompuuterperimeetria ja silmapõhja kuvamisseadmed puuduvad - 0 punkti
			Pädevushindamise läbinud arstide arv, kes on valiku kinnitamise otsuse kalendriaastale eelneva viie kalendriaasta jooksul läbinud pädevushindamise ja/või samal perioodil lõpetanud residentuuri.	Kõik arstid (v.a. psühhiaatrid) on läbinud pädevushindamise ja/või lõpetanud residentuuri – 5 punkti (psühhiaatria erialal– 10 punkti)* Vähemalt pooled arstid on läbinud pädevushindamise ja/või lõpetanud residentuuri – 3 punkti (psühhiaatria erialal – 5 punkti) Alla pooled arstidest on läbinud pädevushindamise ja/või lõpetanud residentuuri – 0 punkti
RaKS §36 lg4 p6	punkt 2.13	Teenuste osutamise keskmise koormuse näitajad	Taotluse andmetel osutab TTO teenust pakutaval erialal teenuse osutamise kohas vähemalt täistööajaga (40t nädalas) või juhul, kui valikule väljakuulutatud ravijuhtude arv ei eelda täistööajaga töötamist, taotletakse teenust väljakuulutatud ravijuhtude mahus	Teenuse osutamist taotletakse täistööajaga või kui valikule väljakuulutatud ravijuhtude arv ei eelda täistööajaga töötamist, taotletakse teenust väljakuulutatud ravijuhtude mahus -10 punkti Teenuse osutamist taotletakse alla täistööaja või kui valikule väljakuulutatud ravijuhtude arv ei eelda täistööajaga töötamist, taotletakse teenust alla väljakuulutatud ravijuhtude mahu - 0 punkti

Lisa 9. Ravi rahastamise taotluse vorm

Lisa 11
Eesti Haigekassa juhatuse
13.12.2010 otsuse nr 295 juurde

Taotluse vorm (Näidis)

kuupäev ...../...../.....
Taotluse registreerimise number 20.… - .....

Taotlus

Lepingu sõlmimiseks perioodiks ……. a.

1. Tervishoiuteenuse osutaja / nimetus …….	
1.1.Tervishoiuteenuse osutaja juhi ees- ja perekonnanimi	
1.2.Tervishoiuteenuse osutaja äriregistri kood	
1.3. Tegevusloa/lubade nr ja kehtivus või tegevusloa taotluse Terviseametile esitamise kpv	
1.4. Arveldusarve nr	
1.5.Tervishoiuteenuse osutaja postiaadress Äriregistri aadress	Tänav …… maja nr ….. Linn …… Maakond …… postiindeks ….
1.6. Tervishoiuteenuse osutaja juhi telefoni nr	
1.7. Tervishoiuteenuse osutaja esindaja (juhatuse liige või volitatud isik) nimi ja tel. nr	
1.8. Tervishoiuteenuse osutaja e-mail	

PROJEKT

2. Tervishoiuteenuse osutaja pakkumine …….. (erialal/teenuse liigil/ peab vastama Eesti Haigekassa poolt piirkonnas välja kuulutatud valiku erialale/teenuse liigile)			
2.1 Eesti Haigekassa piirkondlik osakond (Harju, Pärnu, Tartu, Viru), kus soovitakse antud teenust osutada			
2.2. Teenuse osutamise koht /peab vastama Eesti Haigekassa poolt välja kuulutatud valiku kohale/			
2.3. Teenuse osutamise koha aadress /päevakirurgia teenuse pakkumisel operatsiooni tegemise koht/			
2.4. Erialal/teenuse liigil teenust pakkuva arsti /hooldusteenuse pakkumisel õe/ nimi/nimed, koodid, kvalifikatsioon (täiendkoolitused), pädevuse hindamine (erialaselts, kuupäev) Vähihaige koduse toetusravi teenuseid osutama asuvate õdede töökogemuse pikkus.			
2.5. Ambulatoorses ja päevakirurgias lepingut täitma asuvate arstide poolt operatsioonide tegemine statsionaaris või päevakirurgias (arsti nimi, tervishoiuasutuse nimetus)			
2.6 Ravitüüp	Amb/	Päevaravi/	Stats/
2.7. Taotletava eriala/teenuse liigi ravijuhtude arv perioodiks 1.04.2011 kuni 31.12.2011			
2.8. Taotletava eriala/teenuse liigi ravijuhtude arv perioodiks 1.01.2012 kuni 31.03.2012			
2.9. Taotletava eriala/teenuse liigi ravijuhu keskmine maksumus perioodiks 1.04.2011 kuni 31.12.2011			
2.10 Taotletava eriala/teenuse liigi ravijuhu keskmine maksumus perioodiks 1.01.2012 kuni 31.03.2012			
2.11. Taotletava eriala päevakirurgia ja ambulatoorsete operatsioonide e osakaal kõigist operatsioonidest	X	X	
2.12. Hinnakoefitsient, millega tervishoiuteenuse osutaja on nõus raviteenuseid osutama			
2.13. Taotletaval eriarstiabi erialal planeeritav vastuvõtu tundide arv nädalas			
2.14. Taotletaval erialal uuringute ja protseduuride osakaal (%) kõigist pakutavatest teenustest (v.a. psühhiaatria)			
2.15. Taotletaval erialal pakutakse teenust standardtingimustest paremates tingimustes ilma lisatasuta	X	X	
2.16. Taotletaval eriarstiabi erialal/teenuse liigil ravijuhu keskmine pikkus	X	X	

Koolide loetelu, kus soovitakse hambahaiguste ennetuse teenust pakkuda:	
Kinnitan, et ……. /tervishoiuteenuse osutaja nimetus/ asutusel ei ole taotluse esitamise päeval maksuvõlgnevusi, vara ei ole sekvestreeritud äritegevus pole peatunud, kohtu poolt ei ole asutuse suhtes võetud menetlusse pankrotiavaldust ega nimetatud ajutist haldurit ja asutuse suhtes ei ole algatatud likvideerimismenetlust ega taotleta saneerimismenetlust	
Kinnitan, et antud taotluses esitatud andmed on õiged. …….…….. /tervishoiuteenuse osutaja nimetus/ rakendab kindlustatutele omaosalust ja lisatasu vastavalt õigusaktidele. Olen valmis taotluses pakutud teenust osutama pakutud tingimustel ja taotluses esitatud erialadel/teenuse liikidel sõlmitava lepingu perioodil.	
Taotleja esitatavad muud asjaolud ……. …… ……	
Tervishoiuteenuse osutaja juhi allkiri	……../……./……. /kuupäev/

Märkus:

1. Punkti 2 loetelu täidetakse <u>iga taotletava eriala/teenuse liigi ja Eesti Haigekassa iga piirkondliku osakonna</u> kohta
2. Koduõendusteenust pakkuvale taotlusele lisatakse dokumendid Eesti Õdede Liidu poolt tunnustatud koduõendusalase täiendkoolituse läbimise või tervishoiukõrgkooli lõpetamise kohta Vähihaige kodust põetusravi pakkuvale taotlusele lisatakse dokumentide koopia õdede töökogemuse tõendamiseks.
3. Oftalmoloogia eriala taotlusele lisatakse kinnitus kompuuterperimeetria ja silmapõhja kuvamisseadmete olemasolu kohta
4. Eriarstiabi osutamiseks esitatavale taotlusele lisatakse koopia arstide pädevushindamise läbimise kohta või residentuuri tunnistusest
5. Koolis hambaravi kabineti olemasolu

Lisa 10. Intervjuu kava (kohtutõendid)

Intervjueeritavad: *Maakohtu esimees*

1. Kas haiguse tõttu mitteilmumine/haigustõendite esitamine on täna probleemiks? Kas see on sage? Kes esitavad? Millistel juhtudel probleemiks (nt tuntud isikud)?
2. Kas on tekkinud kahtlust, et tõend on fiktiivne? Kui sageli? Miks on selline kahtlus tekkinud?
3. Kuidas toimub kohtule tervisetõendi esitamine? Kas see on kirjalikult kirjeldatud protsess? Kuidas tegelikkuses on toimunud?
4. Mis vormis peab tõendi esitama ja edastama? Kas reaalsuses on tehtud ka teisiti? Kas haiguse tõttu võib istungit edasi lükata ka tõendit esitamata?
5. Kas kohtunik ainuisikuliselt otsustab, kas jätab istungi ära või mitte? Kas kohtunik võib ka mitte aktsepteerida tõendit?
6. Kas kohtunikul peaks olema võimalus tõendit kontrollida või peaks vastutus jääma arstile?
7. Mis on tänase menetlustõendite esitamise protsessi nõrgad küljed? Milline on Teie arvates lahendus?
    a. Kas lahenduseks oleks, kui kohtunikul oleks võimalus tõendit operatiivselt kontrollida (e-tervise süsteem)?
    b. Kas lahenduseks oleks, kui tõendi vormi muuta nii (lehele diagnoos, märge, et see on kohtule), et arst tunneks vastutust?
    c. Kas lahenduseks oleks, kui üritada kirjeldada, milliste seisundite/haigustega ei saa kohtusse tulla?
    d. Kas lahenduseks oleks usaldusarstide/sõltumatute kohtuarstide kasutamine kohtute juures? Kuidas see peaks toimima?
    e. Kas lahenduseks oleksid arstide poolt väljastatavate tõendite auditid, pistelised kontrollid? Kes seda peaks tegema?
8. Kas te olete teadlik, et Terviseamet kontrollib vajadusel tervisetõendeid, kas olete kasutanud / maakohtus on kasutatud Terviseameti poole pöördumist? Kas see on hea lahendus?
9. Kas Teie arvates kohtunikud vajaksid juhendit, koolitust, kuidas olukorras käituda?

Intervjueeritav: *riigi peaprokurör*

1. Kas haiguse tõttu mitteilmumine/haigustõendite esitamine on täna probleemiks?
2. Kas Teie arvates tõendite fiktiivsus on probleemiks?
3. Kuidas toimub kohtule tervisetõendi esitamine? Kas see on kirjalikult kirjeldatud protsess? Kuidas tegelikkuses on toimunud?
4. Mis vormis peab tõendi esitama ja edastama? Kas reaalsuses on tehtud ka teisiti? Kas haiguse tõttu võib istungit edasi lükata ka tõendit esitamata?
5. Kas kohtunik ainuisikuliselt otsustab, kas jätab istungi ära või mitte? Kas võib ka mitte aktsepteerida tõendit?
6. Kas kohtunikul peaks olema võimalus tõendit kontrollida või peab vastutus jääma arstile? Kelle vastutus on täna? Kuidas kontrollitakse ja karistatakse, kes seda teeb?
7. Mis on tänase menetlustõendite esitamise protsessi nõrgad küljed? Milline on Teie arvates lahendus?
    a. Kas lahenduseks oleks, kui kohtunikul oleks võimalus tõendit operatiivselt kontrollida (e-tervise süsteem)?
    b. Kas lahenduseks oleks, kui tõendi vormi muuta nii (lehele diagnoos, märge, et see on kohtule), et arst tunneks vastutust?
    c. Kas lahenduseks oleks, kui üritada kirjeldada, milliste seisundite/haigustega ei saa kohtusse tulla?
    d. Kas lahenduseks oleks usaldusarstide/sõltumatute kohtuarstide kasutamine kohtute juures? Kuidas see peaks toimima?
    e. Kas lahenduseks oleksid arstide poolt väljastatavate tõendite auditid, pistelised kontrollid? Kes seda peaks tegema?
8. Kas te olete teadlik, et Terviseamet kontrollib vajadusel tervisetõendeid? Kas see on hea lahendus?
9. Kas Teie arvates arstid ja/või kohtunikud vajaksid juhendit, koolitust, kuidas olukorras käituda?

Intervjueeritavad: perearstide seltsid

1. Kas arsti käest küsitakse sageli tervisetõendit kohtu jaoks? Kas tõendite väljastamine on arstidele suur koormus?
2. Mida arst tõendi väljastamiseks peab tegema? Kuidas tegelikkuses on toimunud?
3. Kas arstil on kohustus inimene enda juurde kutsuda/koduvisiit teha, et selgitada inimese seisukord ja diagnoos? Kuidas reaalsuses see toimib?
4. Mis vormis peab tõendi esitama ja edastama? Kas eraldi vorm kohtule või on lehel märge, et see on kohtule? Kas reaalsuses on tehtud ka teisiti?
5. Kas Teil on olnud kogemust, kus Te olete/arst on kohtule esitatavast tõendi väljakirjutamisest keeldunud, kuna inimene on võimeline kohtusse minema (kuigi on haige)?
6. Kas kohtunikul peaks olema võimalus tõendit kontrollida või peab vastutus jääma arstile? Milline on arsti vastutus täna?
7. Kas tõendite väljastamist täna kontrollitakse? Kas seda peaks kontrollima? Kes?
8. Mis on tänase menetlustõendite esitamise protsessi nõrgad küljed? Milline on Teie arvates lahendus?
    a. Kas lahenduseks oleks, kui kohtunikul oleks võimalus tõendit operatiivselt kontrollida (e-tervise süsteem)?
    b. Kas lahenduseks oleks, kui tõendi vormi muuta nii (lehele diagnoos, märge, et see on kohtule), et arst tunneks (rohkem) vastutust?
    c. Kas lahenduseks oleks, kui üritada kirjeldada, milliste seisundite/haigustega ei saa kohtusse tulla?
    d. Kas lahenduseks oleks usaldusarstide/sõltumatute kohtuarstide kasutamine kohtute juures? Kuidas see peaks toimima?
9. Kas Teie arvates arstid vajaksid juhendit, koolitust, kuidas olukorras käituda?

Lisa 11. Tervisetõendite kasutamise ulatuslikkuse analüüs

Analüüsi eesmärk on välja selgitada, kui palju lükati 2010. aastal haigestumise tõttu kohtuistungeid edasi ja hinnata, millises osas on väljaantud kohtusse ilmumisest vabastavad tervisetõendid põhjendatud. Et selgitada, kui palju istungeid haiguse tõttu ära jääb, võeti vaatluse alla 2010. aastal edasilükatud kriminaalkohtumenetluse istungid maakohtutes ja ringkonnakohtutes. Selleks esitati justiitsministeeriumile päring kohtute infosüsteemi (KIS) kõigi 2010. aastal ärajäänud kriminaalkohtumenetluse istungite kohta. Andmed edastati toimiku numbri, ärajäänud istungi kuupäeva ja kohtumaja ning KIS-is märgitud põhjuse kohta; toimiku numbri järgi saab infot ka toimiku avamise kohta. Toimikud pärinevad alates aastast 2003.

Justiitsministeeriumilt infopäringuga saadud andmed ei kajasta siiski infot kõigi ärajäänud istungite kohta, kuna kohtud ei sisesta alati infot kohtuistungi ärajäämise kohta infosüsteemi. Seetõttu on arv alahinnatud.

Kokku jäi 2010. aastal ära 269 istungit. Ära jäänud istungite arvu analüüsil tuleb arvestada kolme asjaolu:

1) Edasilükatud istungite arv on suurem kui unikaalsete toimikute arv, st mõne toimiku puhul on istungeid edasi lükatud mitu korda. Eespool toodud 269 ärajäänud istungiga on seotud 208 toimikut, kõige enam on ühe toimikuga seotud edasilükkamisi 18.
2) Suuremate kohtuasjade puhul on istungid määratud kahele või kolmele päevale ning edasilükkamise puhul on edasi lükatud kõik järjestikused istungid. Eespool toodud 269 ärajäänud istungist on 10 toimiku puhul edasilükatud kahel järjestikusel päeval toimuma pidanud istungid ja viie toimiku puhul kolmel järjestikusel päeval.
3) Viiel juhul on KIS-i kanne istungi edasilükkamise kohta tehtud sama toimiku kohta samaks kuupäevaks, kuid märgitud on erinev põhjus. Tallinna Ringkonnakohtu hinnangul (neid puudutas üks selline juhtum) on ilmselt tegemist inimliku või tehnilise veaga.

Tabelis 1 on toodud ärajäänud istungid KISi põhjuste lõikes.

Tabel 1. Istungite ärajäämise põhjused (KIS-is toodud põhjused), 2010

Põhjus	***Arv***	***%***
Isik ei ilmunud istungile	117	43.5%
Esitatud istungi edasilükkamise taotlus	94	34.9%
Kommentaar*	39	14.5%
Vajadus koguda täiendavaid tõendeid	9	3.3%
Kohtuistungit ei ole võimalik jätkata	8	3.0%
Kõlbluse, perekonna- või eraelu kaitseks	1	0.4%
Õigusemõistmise huvides	1	0.4%
KOKKU	**269**	

Allikas: Kohtute infosüsteem

Märkus: *põhjuse „kommentaar“ puhul oli enamasti eraldi lahtris toodud täpsem selgitus.

Kuna KIS-is märgitud põhjused on istungi ärajäämise kohta üsna üldsõnalised ega võimalda otsustada, kas istung jäi ära tervisetõendi esitamise tõttu, võeti ühendust kohtutega ja paluti infot nende toimikute kohta, kus KISi põhjenduse all võidi kajastada tervisetõendi tõttu ärajäänud istungeid. Kohtud otsisid 97 toimiku puhul toimikutest istungi ärajäämise põhjuse või andsid loa toimikuga tutvumiseks.

Täpsemal analüüsil selgus, et **haigestumise/tervisetõendi esitamise tõttu lükati edasi 39 istungit**, so **14.5% edasilükatud istungitest ja 0.25% toimunud istungitest**. Võttes arvesse, et osad ärajäetud istungid olid planeeritud järjestikustel päevadel ja käsitledes neid edasilükkamisi ühe juhtumina, on edasilükatud juhtumeid oluliselt vähem – 26 korda. Ka toimikuid, mis olid edasilükkamistega seotud, oli oluliselt vähem, st mõne toimiku raames lükati istung edasi mitu korda.

Tabel 2. Ärajäänud kriminaalkohtumenetluse istungid, 2010

Kohus	***Kõik istungid***	*Ärajäänud istungeid*			*Ärajäänud istungeid (korrigeeritud)**			*Unikaalseid toimikuid*		
		Kokku	Haigestumise tõttu	%	Kokku	Haigestumise tõttu	%	Kokku	Haigestumise tõttu	%
Harju Maakohus	**5796**	9	1	11%	7	1	14%	7	1	14%
Pärnu Maakohus	**1932**	80	23	29%	64	11	17%	44	6	14%
Tartu Maakohus	**3887**	42	7	17%	39	6	15%	34	6	18%
Viru Maakohus	**3376**	85	6	7%	82	6	7%	72	6	8%
Tallinna Ringkonnakohus	**606**	51	1	2%	50	1	2%	49	1	2%
Tartu Ringkonnakohus	**309**	2	1	50%	2	1	50%	2	1	50%
KOKKU	**15906**	**269**	**39**	**14.5%**	**244**	**26**	**10.7%**	**208**	**21**	**10.1%**

Allikas: Kohtute infosüsteem, kohtutes asuvad toimikud

Märkus: *järjestikused päevad on arvestatud ühe ärajäämise korrana ja eemaldatud on korduvad kanded

Pärnu Maakohtu statistikat mõjutab tugevalt üks toimik (avati 2003), kus istungid on 2010. aastal edasi lükatud 18 korda ja haigestumise tõttu 14 korda, samas neljal korral oli tegemist kolmepäevase istungiga ja ühel korral kahepäevase istungiga. Pärnu Maakohtu selgituse kohaselt oli tegemist paljude osapooltega kohtuasjaga ning seetõttu oli raskendatud kõigi osapoolte samaaegne kokkusaamine.

Istungeid lükati edasi nii süüdistatava, kaitsja kui ka kohtuniku haigestumise tõttu.

Tabel 3. Haigestumise tõttu istungi edasilükkamiseks esitatud taotluse esitaja

Kelle haigestumine?	*Ärajäänud istungeid*		*Ärajäänud istungeid (korrigeeritud)**	
	Haigestumise tõttu	%	Haigestumise tõttu	%
Süüdistatav	12	31%	9	35%
Kaitsja	13	33%	7	27%
Kohtunik	12	31%	8	31%
Kriminaalhooldusametnik	1	3%	1	4%
Teadmata	1	3%	1	4%
KOKKU	**39**	**100%**	**26**	**100%**

Allikas: Kohtute infosüsteem, kohtutes asuvad toimikud

Märkus: *järjestikused päevad on arvestatud ühe ärajäämise korrana

Tervisetõendite fiktiivsuse ja asjakohasuse kohta on raske hinnangut anda, kuna kohtule esitatavate tõenditele ei pea lisama kirjeldust. Kui kohtunikul tekib esitatud tõendi osas kahtlus, võib ta esitada taotluse Terviseametile tõendi kontrollimiseks. Seega üks võimalus on vaadelda, kui palju Terviseametile edastatud taotluse objektiks olnud tervisetõenditest olid põhjendatud. Selleks esitati päring Terviseametile, kes väljastas kõik 2010. aastal esitatud taotlused tervisetõendite kontrolliks ja Terviseameti seisukoha.

2010. aastal esitati Terviseametile **16 taotlust** tervisetõendi kontrollimiseks, millest **8** puhul (so 50%) pidas Terviseamet neid põhjendamatuks. Taotlusi on andmete kohaselt esitanud ainult Harju Maakohus (kõik 16 juhtu). Valdavalt leiti põhjuseks, et tuvastatud terviseseisund ei olnud takistuseks kohtusse ilmumisel ja/või tõendit ei küsitud arstilt kohtule esitamiseks, vaid muul põhjusel. Ühel juhul oli tõend mittenõuetekohaselt vormistatud asendusarsti poolt. Siinkohal tuleb arvestada, et eelnevast ei saa teha järeldust, nagu oleksid pooled kohtutesse esitatavad tõendid fiktiivsed, kuna ilmselt palutakse Terviseametil kontrollida kahtlasemaid tõendid.

Lisa 12. Fookusgrupi arutelude teemad ja osalised

Kohtutesse esitatavad tervisetõendid – 13. september, kell 10-12

1.	Eesti Perearstide Selts	Tiina Jürgenson, perearst
2.	Tallinna Perearstide Selts	Kristi Parts, perearst
3.	Lõuna Ringkonnaprokuratuur	Kristiina Laas, prokurör
4.	Põhja Ringkonnaprokuratuur	Stella Veber, prokurör
5.	Harju Maakohus	Taimi Kollom, kohtunik
6.	Harju Maakohus	Nele Seping, konsultant
7.	Harju Maakohus	Merike Varusk, kohtunik
8.	Justiitsministeerium, õigusloome ja arenduse talitus	Mai Selke, nõunik

Ravijärjekorras etteostmine ja mitteametlikud tasud – 13. september, kell 14-16

1.	Eesti Haiglate Liit	Hedy Eeriksoo
2.	Tartu Ülikooli Kliinikum	Margus Ulst
3.	Eesti Patsientide Esindusühing	Pille Ilves
4.	Eesti Naistearstide Liit	Helle Karro
5.	Eesti Kirurgide Assotsiatsioon	Jüri Teras
6.	Eesti Arstide Liit	Andrus Mäesalu
7.	Narva Haigla	Olev Silland
8.	Ida-Tallinna Keskhaigla	Ralf Allikvee
9.	Eesti Patsientide nõukoda	Kaido Kolk
10.	Eesti Reumaliit	Marek Jaakson
11.	Eesti Haiglate Liit	Katri Käsper

Haiglate poolt korraldatavad ravimi- ja meditsiiniseadmete hanked – 14. september, kell 10-12

1.	Tartu Ülikooli Kliinikum	Lily Salus
2.	Lääne-Tallinna Keskhaigla	Liina Raamets
3.	Lääne-Tallinna Keskhaigla	Mart Moorlat
4.	Rahandusministeerium, riigihangete ja riigiabi osakond	Agris Peedu
5.	Valga Haigla	Marek Seer
6.	Tallinna Lastehaigla	Peeter Inšakov

Ravi rahastamise lepingud – 14. september, kell 14-16

1.	Villa Benita	Liina Lokko
2.	Villa Benita	Martin Kallasmaa
3.	Medex	Toomas Tein
4.	Viljandi Haigla	Ülle Lumi
5.	Eesti Haigekassa	Hannes Danilov
6.	Lõuna-Eesti Haigla	Arvi Vask
7.	Fertilitas	Ivo Saarma
8.	Eesti Haiglate Liit	Hedy Eeriksoo
9.	Lääne-Tallinna Keskhaigla	Imbi Moks
10.	Dr Niine Nahakliinik	Raul Niin