

## Murelikult tervishoiuprojektist

Andres Ellamaa (RiTo 4), Mustamäe haigla arst, tervishoiuminister 1990–1992

**Tervishoiuprojekt on mööda hiilinud tervisest ning taandunud pelgalt arstiabi küsimustele. Et süsteemi korrastada, tuleb teha selgeks, mis on olemas ja mida vajatakse. Puudub teadmine, milline on vajadus arstiabi järele.**

Nurin arstiabikorralduse üle on saanud igapäevaasjaks ning ega võimumehedki sellele eriti tähelepanu pööra. Lihtsalt teatatakse, et nurisejad on liialt emotsionaalsed ja vähe informeeritud. Miks patsient ei saa end tunda turvalisena ja arst peab mõlgutama muremõtteid, kuigi käimas on Eesti Tervishoiuprojekt 2015, mis tõotavat palju head?

Muidugi on ka halb plaan parem kui plaanitu tegevus. Muret tekitab see, et tervishoiuprojekt on täiesti mööda hiilinud tervisest ja taandunud pelgalt arstiabiga seonduvale. Omaette on vaieldav, kas tervishoiuprojekti vajalikkust saavad kinnitada mõned hea raha eest tehtud tellimustööd ja NATO dokument, mille läbilugenuid on vaevalt rohkem kui üks-kaks eestlast. Kui sedagi. Samas peaks planeerimisel aluseks olema inimese heaolu, mitte pelgalt "süsteemi korrastamine".

Selleks, et süsteemi korrastada, peab endale selgeks tegema, mis on olemas, kuidas sinna jõutud ja mida vajatakse. Ülevaade majadest ja masinatest on ju olemas. Puudub aga teadmine, milline on vajadus arstiabi järele. Seda võib mõõta mitut moodi – avalikest küsitlustest kuni tõsiste kõikehõlmavate epidemioloogiliste uuringuteni. Esimeste tulemus on teada – igal juhul soovitakse enam, kui suudavad riik, rahvas ja maksumaksja. Tõsiselt võetavad epidemioloogilised uuringud aga puuduvad ning pole neid kavas ka tervishoiuprojektis. Seni hinnatakse vajadust tohtrite tegevusest laekunud andmeile tuginedes, sest muud alust praegu lihtsalt pole.

Meile lubatakse paranenud ravikvaliteeti ja patsiendi rahulolu. Pentsik, kuid mõiste "kvaliteet" on kujunenud poliitikuist juhtide käes lausa malakaks, millega annab igal pool vehkida. Eesti võimukandjad hindavad ravikvaliteeti ennekõike selle järgi, kuidas laekub kaebusi. Ometi võiks ja peaks just "süsteemi korrastamisel" lähtuma ühe või teise raviasutuse ja arsti töö hindamisel Maailma Tervishoiuorganisatsiooni Euroopa Büroo definitsioonist: "Kõrgekvaliteediline arstiabi on selline abi või teenus, mis vastab spetsiifilistele nõuetele, tänapäeva teadmistele ja olemasolevatele ressurssidele ning on patsiendi heaolule maksimaalselt kasulik ja minimaalse riskiga." Tasub tähele panna, et seejuures pole juttu arstiabi hinnast. Ravikvaliteet pidavat paranema ja rahva rahulolu suurenema. Kindlasti nii juhtubki, kuid kas selleks on vaja enne äärmuslikku rahulolematust? Eriarsti juurde ei pääse, perearsti juurde on pikad järjekorrad, ooteaeg operatsioonile aina pikeneb. Ometi on kvaliteedi näitajate reas esmaolulised arstiabi kiirus ja õigeaegsus, patsiendi heaolu ja tema osavõtt ning koostöö.

## Sotsialistlik eelarvemeditsiin

1989. aastaks mõisteti, et arstiabi ja tervishoid ei saa jääda ellu, lootes vaid sellele, mis muust üle jääb. Vaja oli kindla sihitusega raha, ning see ka saadi 12. juunil 1991 vastu võetud ravikindlustusseadusega. Arstiabivõrgu rahastamine muutus tänu haigekassadele küllaldaselt detsentraliseerituks ning seetõttu ka riskivabaks. Arstiabi sai oma hinna, mis sest, et enamikul juhtudel ei vastanud see reaalseile kulutustele, vähemalt oli loodud alus töö ja tasu arvestamiseks. Raviasutused muutusid oluliselt autonoomsemaks ja otsustamisõiguslikumaks kui seni. Toimus haiglate ja raviasutuste tehnilise varustuse tormiline uuendamine. Nii mõnelgi juhul kadus mõõdotunne ja arstlik edevus ning eelkõige diagnostilist tegevust ja aparaatdiagnostikat soodustav raviteenuste hinnakiri sundisid hankima aparatuuri ja instrumente, millele hiljem ei õnnestunud kuidagi tööd leida. Üüratud laboriautomaadid, moodsad röntgeniseadmed kippusid jääma alakoormatuks. Peeneid ja rafineeritud uurimistulemusi ei suudetud sageli ravimise tarvis ära kasutada.

Koos haigekassade miljardite kogunemisega hakkas kasvama huvi ka nende käsutamise vastu. Muidugi tekitas see paksu verd, sest piirkonniti laekus ravikindlustusmaks erinevalt ning pealegi soosis haigekassa ikka ennekõike oma koduhaiglat. Üksikute haigekassade roll nii maksukogumisel, veel enam aga maksust laekunu kasutamisel vähenes tasapisi. Keskhaigekassa, mis algselt oli loodud haigekassade töö koordineerimiseks ja regioonidevaheliste võimalike erinevuste nivelleerimiseks, omandas aina suuremat võimu. Kuid mitte kauaks. Tegelik võim haigekassa raha üle läks sotsiaalministeeriumi kantsleri ja ministri kätte ning, nagu arvata oligi, jõuti kuue aastaga tagasi sotsialistlikku eelarvemeditsiini, mis üksnes rietatud ravikindlustuse rüüsse. Et olukorda põlistada, jõudis riigikogulaste lauale esmalt haigekassa seadus ning alles noil päevil uus ravikindlustuse seadus. Sisuliselt ömmeldi enne ülikond ja nüüd hakatakse selle järgi vormima keha. Piinlik lugu.

Ärimaailmas pingutavate raviasutuste ja üha enam sotsialistlikku arstiabikorraldust imiteeriva haigekassa vahele on kujunenud lõhe, mida mõtteviisi muutmata on võimatu ületada ning millesse esimesena kukub haige. Suur hulk eraarste ja eraraviasutusi, kümned kroonuhaiglad ja kroonuarstid. Kümned erialad, sajad haigusvormid, ägedad ja kroonilised haigused. Kogu selles virvarris peaks haigekassa suutma orienteeruda ja aasta jooksul juhtuvat prognoosida. Loomulik, et ta seda ei suuda, sest lahendamiseks on valitud liiga paljude tundmatutega võrrand. Selle asemel, et lahendada enam-vähem ühe tundmatuga tehet, mille peamine tegur on abi otsiv patsient.

## Haigused ei kao nagu raha

Viimaste aastate Eesti arstiabikorralduse areng osutab üha enam tendentsile, et häda küll tuleb, aga abi võib jääda ootama küllalt kauaks. Erilist usku ei tekita arstiabikorralduse eest vastutavate asjameeste kinnitused, et keegi ega kusagil ei jää arstiabist ilma. Eks röövis ju ravimeile kehtestatud käibemaks, mis rikastab oma 50 miljoniga nüüd riigi rahakotti, samavõrra riigialamate ravivõimalusi. Muidugi võib osa defitsiidist katta, kui jätkata valitsuse kavandatud suunda, mis näeb ette Hiiumaa, Rapla, Jõgeva, Põlva ja Valga haigla tegevuse

lõpetamise. Kui nendega ei sõlmita ravikindlustuslepinguid, võiks saada näilise efekti küll – kokkuhoid oma 80–85 miljonit.

Haigused ja haiged aga ei kao nagu raha. Neile pakub valitsus ja Eesti Haigekassa juhatuse esimees ravijärjekordi ja tasulist arstiabi. Kümnendik eestimaalastest suudaks ehk oma ravikulud ka kinni maksta. 9/10 aga ei suuda seda kindlasti ning nemad jäävad ootele. Kes oodata ei saa, kergendagu kukrut. Rikas võib tõesti tasuda oma ravimise eest – mis see 7000 krooni talle ikka ühe keskmise operatsiooni eest on. Vaene ei suuda seda kuidagi teha, temal jääb üle otsida teisi teid kiiremaks ravilepääsemiseks. Läheb käiku defitsiidimaailmast ammu tuntud võte – tuleb mõjutada järjekorrapidajat. Ja nii hakkabki keerlema veel üks korruptsiooniring, mis röövib nii rikast kui vaest.

Haige elu on läinud raskemaks ning rahulolu ei paista eriti kusagilt välja. Kui keskfraktsioon andis Riigikogule arutamiseks eelnõu vähendada üksikisiku tulumaksu selle raha ulatuses, mis ta on kulutanud vahetult arstiabile ja terviseuuringuile, siis peeti silmas, et kui meie kohustuslik ravikindlustussüsteem ei suuda kõigile abi anda, võiks omast taskust makstud ravimisele veidi soodustusi teha. Eeskujuks oli hariduskulude vabastamine tulumaksuga maksustamisest. Eelnõu esitamiseks oli põhjust küllaga. Peaaegu igaüks hakkab juba aru saama, et nüüdisaegne arstiabi on päratult kallid ning Eesti ravikindlustussüsteem kipub kindlustatu huvisid reetma.

On ikka vahe küll, kas maksad hambaparandamise eest 1000 või 740 krooni. Ärgem unustagem, et juba praegu on enamikule meie elanikele hambaravi tasuta, ja tasuliste arstiabiteenuste hulk hakkab aina pikenema. Samavõrra, kuidas haigekassa kaetavate ravivõtete loetelu peaks lühenema. Lühenema ta aga peab, kui haigekassa eelarve ei näe raviks mõeldud summade suurenemist. Või kui see suurenemine ei korva isegi inflatsiooni.

Kas see raharinglus sellisel kujul ikka end tasub? Ju tasub – vähemalt lõpevad patsientide süüdistused arstide vastu ning arstide halamine väiksest palgast võib nii mõnigi kord osutada alusetuks. Selguse toomine on ka riigi asi.

Riigimehed ei tohiks pigistada silmi kinni tõsiasja ees, et ravijärjekordade kujundamisega kaasneb paratamatult uut laadi rahaliste suhete areng patsiendi ja arsti vahel. Kusjuures kummalegi ei tohiks neid suhteid pahaks panna. Ühel on häda, mis teda kaevu ajab, teisel aga oskused, mida tahetakse müüa. Kui võimalused ja vajadus arstiabiks on olemas ning puudub ainult raha, siis tuleb raha juurde hankida, mitte üritada ravivõimaluste piiramisega patsienti ahistada. Seejuures tasub meenutada, et peale valu ja vaeva tähendab haigusleht tõbisele ka sissetuleku vähenemist vähemalt ühe viiendiku võrra. Ja kui seadusemehed viitsiksid vahel ka oma statistikaraamatuid vaadata, siis selgub, kui palju jääb kogu Eesti riiki iga kaotatud haiguspäevaga vaesemaks.

### **Kriis on käes**

Sotsiaalministrite meelistegevuseks näib olevat kujunenud soodusravimite nimekirjade täiendamine ja soodustuste andmise täiustamine. Mis viga seda inimsõbralikku tegu teha, kui tegemist pole oma rahaga ning tagataskus teadmine – küll arstid oma töö ikka ära

teevad. Ei tohi unustada, et arstide arv on kümne aastaga ligi kolmandiku võrra vähenenud, töö oluliselt intensiivistunud. Lisandunud on uued kulutusi nõudvad asjaolud, nagu arstikindlustus arstliku vea puhuks, ohutuse tagamine möllava aidsi, hepatiidi ja süüfilise tõttu. Kõik see nõuab omakorda raha, ja võtta saab seda üksnes haigete ravimise või ravija palga arvelt.

Nii nagu soodusravimite kulud, on pidurdamatult kasvanud ka väljaminekud haiguslehtedele. Seda olukorras, kus töötute ja seega ka töövõimetuslehte mittesaavate kodanike hulk on kasvanud 100 000-le. Samas on töövõimetuspäevade arv viimase kolme aastaga vähenenud enam kui miljoni võrra. Need iseenda produtseeritud statistilised näitajad on sotsiaalministeeriumil ja haigekassal jäänud aga sisulise tähelepanuta.

Ainuke, mille osatähtsus ravikindlustuse eelarves ei näi tõusvat, on vahetult ravimiseks kuluv raha. Ravikindlustus on jäänud unarusse. Samal ajal kui ravikindlustusmaksu laekumine on pidevalt suurenenud, pole aastast 1999 tegelikult ravimiseks midagi lisandunud. Lihtsalt muudeti eelarveridu.

Kriis on käes ning selle asemel, et otsida väljapääsu, otsitakse süüdlasi. Haigekassa juhatuse esimees koos sotsiaalministriga ründavad arste, et need ravivad liialt paljusid ja liiga palju. Ometi piisab kõigile kättesaadava andmematerjaliga tutvumisest – ja selgub, et ajavahemikus 1997–1999 langes töövõimetuspäevade arv Eestis 23% võrra!!! See võib rääkida kõigest – tööhõive vähenemisest, arstiabi kättesaadavuse halvenemisest, töötajate hirmust haiguse ja töökohakaotuse ees ning ka arstiabi efektiivsuse tõusust. Igal juhul mitte liigsest ravimisest.

Üha enam hakkab painama mõte, et ravivõimaluste kahandamine ei olegi vaesuse tulemus, vaid hoopis omaette eesmärk. Mille muuga seletada, et viimase 5–6 aasta kestel on teatud grupeeringud, nii riigimehed kui ka arstid, pidevalt jutlustanud vajadusest ravijärjekordade järele, seda olukorras, kus isegi tänavu laekub sotsiaalmaks päris kenasti ja haigekassale peaks jaguma planeeritust paarsada miljonit enam. Mille muuga seletada tervishoiuprojekti koostisosa – haiglate arengukava? Selle ostis sotsiaalministeerium ligi viie miljoni eest Rootsi ehitusfirmalt. Siinjuures tasuks pärida, kas vastava kava tegemiseks pööruti ka teiste, sh arstiabi planeerijate poole? Tulemus on üpris šokeeriv. Eestisse planeeritakse oluliselt vähem haiglakohti, kui seda on ravikohtade puuduse käes vaevlevas Rootsis või Inglismaal (vt tabel).

<b>Tabel 1.</b>	<b>Tervishoid arvudes 1997–1998</b>							
	Austria	Saksamaa	Prantsusmaa	Soome	Rootsi	Norra	EESTI	Eesti 2015. a
Voodeid (1000 el kohta),	17,6**	<b>20**</b>	14,6	12,9	8,9	28,3**	<b>7,3</b>	
sh aktiivravivoodeid,	6,5	<b>6,7</b>	4,5	3,7	2,8	3,3	<b>5,9</b>	<b>2,3</b>
sh hooldusvoodeid	11,1	13,3	10,1	9,2	6,1	<b>25</b>	<b>1,4</b>	<b>5,5*</b>
Tervishoiupersonal 100 000 el kohta	...	<b>2850*</b>	2630*	2520*	1990*	2152*	<b>1387*</b>	
Arste 1000 el kohta	2,8	<b>3,4</b>	2,9	2,8	3,1	2,8	<b>3,1</b>	
Õdesid 1000 el kohta	8,7	9	5,9	10,7*	10,2	<b>14,9</b>	<b>6,3</b>	
Hospitaliseeritud (100 el kohta)	...	<b>22,8</b>	...	18,9	17,8	16,5	<b>18,3</b>	
Tervishoiukulutused (US \$) 1 el kohta	1 793	<b>2 339</b>	2 051	1 447	1 728	1 814	<b>ca 200</b>	
*) koos praegu olemasolevatega.								
**)1996. A								
ALLIKAS: A. Kork, A. Ellamaa.								

Juba täna on meil nii personali kui ka ravivoodite arv 1 000 elaniku kohta väiksem kui arenenud Euroopa riikides (vt tabel) ning seetõttu tuleb tõdeda, et voodikohtade edasine vähendamine lähiaastail võib viia ravikvaliteedi olulisele halvenemisele.

Koondades haiglavoodeid, tuleb paratamatult lisada kohti, kus saaks ravida aeglaselt paranevaid haigeid või aidata väärrika lõpuni neid, keda arstiabi aidata ei suuda. Praegu on selleks Eestis veidi alla 1 000 koha, mis kõik "toodavad" vaid kahjumit. Isegi ots otsaga kokkutulemine on raske, sest ligikaudu 270–300–kroonise väljamineku igas ööpäevas korvab haigekassa vaid 190 krooniga. Sotsiaalhoolduse arengu kohta, peale jutustuste avahooldusest, ei ole aga laiem avalikkus midagi kuulnud. Tõele au andes on sotsiaalminister vist kuulda võtnud kohalike häälil vajadusest korrastada sotsiaalhooldussüsteem. Appi olevat võetud nõustaja Austraaliast!

### Küsimusi rohkem kui vastuseid

Ravivõimaluste vähendamist kui "poliitilise tahte" avaldust vaevalt et ükski erakond endale lubada võiks. Kuid inimõistusel pole piire. Kõik ebamugavad otsustused, sh haiglale sulgemine ja ravile pääsemise pidurdamine, mis võiksid valimistel häälil rõõvida, on lahedalt lükatud igasugustele majandusüksustele. Ka uues tervishoiuteenuste korraldamise seaduses – mitte tervishoiukorralduse seaduses, nagu algselt kavandati, – pole osatud haiglat defineerida tema põhilisele ja ainuomasele funktsioonile tuginedes, vaid "haigla on ambulatoorsete ja statsionaarsete tervishoiuteenuste osutamiseks moodustatud majandusüksus". Piinliku olukorra põhjustab seadusandja verbaalne võimekus. Mis siis imestada, et majandusüksus, kes peaks tootma ennekõike kasumit, vastavalt ka tegutseb, tuues ohvriks patsiendi, kes on üks mittetulutoov ja kasutu putukas. Tuues ohvriks ka mõne oma koostisosa. Muidugi võib majandusüksusest hiidhaigla ohverdada ellujäämiseks mõne oma maja ja sellele lisanduva maatüki ning kinnisvaratehingust saadu najal veidi edasi hingitseda. Kuid mitte lõputult. Siis saabub ikka kurb lõpp, sest seesama majandusüksus on

sunnitud oma tööd müüma hinna eest, mille kujundamisel temal endal pole mingit osa. Arstiteo hinna määravad haigekassa ja sotsiaalministri poliitiline tahe.

Arstiabi hinna küsimus on sisuliselt jäänud tervishoiuprojektist välja. Olgu see üksikliigutuse hind või komplekshind, igal juhul peab see katma kulutused. Kulutuste hulka kuuluvad mitte ainult vesi, küte ja kallis aparatuur, vaid ka õdede–arstide inimväärne ja vastutusekohane palk, koolituskulud ja täiendõpe. Kui on teada arstiabi omahind, alles siis saame rääkida hinnast. Alles siis saame arutleda, kas Eesti vajab 3 või 13 haiglat, kas perearst on tõesti efektiivse ja nüüdisaegse arstiabi garant, kas 1000 inimese jaoks piisab kahest voodikohast või on seda koguni liiast. Muide, tervishoiuprojekt on suutnud lausa ebatavalise kergusega mööda hiilida meditsiiniõdedega seonduvast. Ei ridagi nende koolitamisest, ei ridagi nende töötasust.

Projekt on tore asi, kui selgub ka tema realiseerimise tegelik tulemuslikkus. Eks ole ju juba täna paras aeg rahvale seletada, mis muutus Kükametsa rahva elus pärast seda, kui endine jaoskonnaarst, maa–arst, osutus ühel päeval perearstiks. Eks tahaks arstidki teada, mis muutus sellest, kui murtud luuga patsienti kohustatakse 5. päeval pärast haiglast lahkumist minema perearsti juurde. Või mis muutus paremaks patsiendile, kui ta enne närviarsti juurde minekut tegi viisakusvisiidi perearsti juurde, et saada saatekirja. Või muutus song pärast pooleaastast ooteaega kergemini opereeritavaks? Küsimusi on rohkem kui vastuseid.

Edasiminekuks ei ole vaja teha kaasa kõiki eksirännakuid. Selleks, et midagi planeerida, peab esmalt teadma, mida ostetav maksab, kas ja palju seda vaja on, ning siis hakata mõtlema, kust ja kui palju saab hankida raha. Tasub õppida teiste, ka väga rikaste ja vanade riikide ning rahvaste vigadest, mitte elada pimedas usus, et õnn ja edu on järeletehtav.

### **Kasutatud kirjandus**

**Donabedian, A. (1988).** The Quality of Care. How Can it Be Assessed? – JAMA, 260, 1743–1748.

Eesti Tervishoiuprojekt 2015 (2000). Tallinn.

Eesti inimarengu aruanne 2000. Tallinn: ÜRO Arenguprogramm.

Continous Quality Development. A Proposed National Policy (1993). World Health Organization, Regional Office of Europe. Copenhagen.

Eesti ja Euroopa Liit (2000). Tallinn: Statistikaamet.