

Ravikorralduse kompleksravi

Eiki Nestor (RiTo 2), Sotsiaalminister

Kompleksse reformi tulemusena saavad paremini kaitstud patsiendi huvid ja kahanevad ravijärjekorrad, arstidel ja õdedel avaneb võimalus teenida suuremat palka ja, mis ehk riigi seisukohalt eriti tähtis, tervishoiuraha hakatakse kulutama arukalt, mitte kilplase kombel.

Arvan, et keegi ei vaidle vastu – meil on vaja tervishoiureformi. Täpsemalt, oli juba ammu vaja. Vana süsteem on ajast ja arust.

Selleks, et arstiabi efektiivselt toimiks, on vaja optimeerida haiglavõrk, täpsustada hooldusravi ja sotsiaalhoolekande vahekord, kõikjal Eestis korralikult tööle saada perearstisüsteem ja korrastada kiirabi tegevus. Need on laias laastus neli põhieesmärki, mille suunas oleme hakanud viimaseil aastail jõuliselt liikuma.

Kui üks hiljutine turu-uuring näitas, et paljud küsitletud pole rahul arstiabiga, ei ole see kindlasti hoogu koguvate tervishoiureformide tulemus. Hoopis vastupidi – see on loomulik tagajärg, sest pikki aastaid pole pööratud süsteemi korrastamisele piisavalt tähelepanu. Vanaviisi jätkates kukuks meie meditsiinisüsteem järgmise kümnendiga lihtsalt kolinal kokku.

Et süsteem on veel üsna hästi toiminud, selle eest tuleb tunnustada arstide, õdede, kogu meditsiinipersonali ennastalgavat töössesuhtumist. Aastaid on meedikud teinud tööd väikese palga eest ja tingimustes, kus tervishoid on olnud õiguslikult korrastamata ning raviasutused elanud igaüks oma tarkusest ja peost suhu.

Aasta aasta järel kinnitas Riigikogu neli miljardit krooni ületava ravikindlustusraha – osa riigieelarvest – asjasse süvenemata, sest arsti juures sai ju käia!

Korralageduse põhjused

On rida objektiivseid ja subjektiivseid põhjusi, miks meie tervishoid umbe kasvas, samal ajal kui paljudes teistes valdkondades toimus kiire areng.

Nagu mis tahes muul alal, algab ka tervishoius kõik seadustest. Kui ajakohaseid seadusi pole, ei saa ka suurt midagi nõuda.

Tervishoiuvalikud puudutavad meid kõiki, kogu elanikkonda. Ja siin on vastandlikud huvid olnud puntras nagu Gordioni sõlm. Tundub lahendus meelepärane arstidele ja haiglatele, ei pruugi see hästi sobida patsientidele. Ja vastupidi. On lahendus meelepärane ühele linnale või vallale, nuriseb teine jne. Seega oli lihtsam lahendusi aina edasi lükata – eriti kui valitsusel puudus poliitiliselt tugev kandepind.

Nii või teisiti, 1999. aastal toetasid tervishoiusüsteemi pudedad talad: tegevuslubade andmine, teenuste taseme hindamine, tervishoiutöötajate atesteerimine oli reguleeritud

tervishoiuministri või koguni Eesti NSV (!) tervishoiuministri käskkirjaga. Palju muudki. Haigekassa oli loodud mitte seaduse, vaid ministri määruse alusel ja selle juriidiline staatus oli riigiasutuse ja avalik-õigusliku isiku hübriid. Eestis ei olnud tehtud ühtki kompleksset uuringut tervishoiuvajaduste kohta ega teatud, kas haiglate infrastruktuur üldse neile vastab.

Meie meditsiinikorraldusel ja materiaalsel baasil lasub veel praegugi Nõukogude Liidu sõjalis-poliitiliste huvide pitser – võtkem kas või kõik need suured hajali haigemajad, mille otstarve tulenes tsiviilkaitse vajadustest võimaliku sõjapuhkemise korral...

Mida oleme püüdnud teha kümmekond aastat? Oleme püüdnud üleval hoida nõukogude aja meditsiinisüsteemi, aga ilma Moskva dotatsioonita. 68 haiglat on Eestile liig mis liig. Ülemäärane, hajutatud ja vananenud haiglavõrk on põhjatu auk, mida töös hoida ei ole Eestile jõukohane (vt tabel). Nõnda arutat käitumist ei saa endale lubada ka kõige rikkam riik. Rääkimata sellest, et meditsiinitehnika ja -tehnoloogia ei vasta neis tingimuses praegusaja nõudeile ning alakoormatud arstid ei suuda igal pool säilitada erialavilumust.

Aastaid on tehtud kaootilisi investeeringuid ja käinud "võidurelvastumine" haiglate vahel – ikka eesmärgiga osutada abivajajaile (kallimaid) teenuseid, hoides ühtaegu kinni harjumuspärasest töökohast.

Tabel. Iseseisvad tervishoiuasutused ja allüksused aastal 2000

	Asutuste arv
1. ISESEISVAD TERVISHOIUASUTUSED	
HAIGLAD KOKKU	68
üldhaigla	39
maakonnaaigla	11
lastehaigla	2
nakkushaigla	1
onkoloogiahaigla	1
psühhiaatriaigla	5
kopsuhaigla	2
pikaravihaigla	12
muud	6
Haiglad voodikohtade arvu järgi:	
50 ja vähem	26

51-150	19
151-300	14
üle 300	9
AMBULATOORSED ARSTIABIASUTUSED	540
üldarstiabiasutus (iseseisvad)	367
perearstiabiasutus	292
STOMATOLOOGILISE ABI ASUTUSED	364
TERVISEKAITSEASUTUSED	16
2. TERVISHOIUASUTUSE ALLÜKSUSED	
Päevastatsionaar	51
Voodite arv päevastatsionaaris	380
Päevastatsionaaris ravi lõpetanute arv	20 968

Korratus suuremgi kui rahanappus

Igas auditooriumis ja ajakirjandusväljaandes on tervishoiuteemalisi debatte otsekui refräänina saatnud kurtmine rahanappuse üle. Õdede ja arstide palgad on väikesed, raviteenuste hinnad madalad, plaanilise ravi järjekorrad raviasutustes pikad... See on tegelikkus, ei vaidle vastu.

Odavalt saab tohterdada ainult kurguvaatamise ja aadrilaskmise tasemel. Pealegi suurenevad vananeva rahvastikuga riigis kulutused tervishoiule, sest eakas inimene vajab paratamatult rohkem arstiabi.

Ent kui tahes suur lisaraha ebaefektiivsesse süsteemi kaob nagu tilk kerisele ja suurendab veelgi segadust ja ebatõhusust. Seni on haiglatesse investeeritud pikaajaliste kavadeta – mõnel pool on nt vahetatud aknad, kuid ventilatsiooni ehitamiseks raha ei jätkunud jne. Mõtlemata sellele, kas pooltühja haigemaja on üldse arukas käigus hoida.

Tänapäeva arengutaseme juures poleks mingi kunst ka kogu Eesti riigi eelarve inimeste arstimisele–uurimisele ära kulutada. Moodne meditsiinitehnika ja –tehnoloogia on üüratult kallid ning ravimitelegi kulub tunduvalt rohkem raha kui kolm–neli aastat tagasi.

Jõukohased lahendused tuleb aga leida oma riigi võimaluste piires. Meie ressursid on piiratud – juba sellegi pärast, et meid on vähe. Kulub aastaid, et nii majandus kui sotsiaalne süsteem kujundada enam–vähem optimaalseks iseseisvale väikeriigile. Kes oskaks nimetada kas või üht valdkonda kiiresti arenevas Eestis, kus ei tahtaks juurde raha?

Tahtmiste ja võimaluste vaherkord on ühiskonna kokkuleppe küsimus. Kui standardid on selgeks vaieldud ja kord majas, s.t süsteemi sisemised varud kavakindlalt ja mõistuspäraselt ära kasutatud, alles siis saab kaaluda, kui suuri investeeringuid on ühiskond valmis tegema meditsiini. Praegu kulub tervishoiule 6,4% Eesti sisemajanduse kogutoodangust. Euroopa kogemus näitab, et see võiks tõesti olla 7–8 protsendi ringis.

Tasuta arstiabi ei ole olemas

Meil kehtiva solidaarse ravikindlustuse puhul tuleb tervishoiuraha põhiosa töistelt sissetulekutelt makstavast sotsiaalmaksust, praegu on osamäär 13%. Ja ehkki ravikindlustusmaksu maksab meil töandja, ei tähenda see hoopiski, et arstiabi saab tasuta. Seda peaks mõistma igaüks.

Töötajaid, kelle palgalt sotsiaalmaksu makstakse, on praegu ligikaudu 600 000, ravikindlustust kasutab aga ligi 1,3 miljonit inimest.

Solidaarse ravikindlustuse puhul saavad raviteenuseid vastavalt vajadusele kõik kindlustatud, sõltumata sellest, kui palju inimene teenib, kas ta on laps, töötaja või pensionär, alatasa haige või terve kui purikas. Selge see, et kõigile kõikvõimalikke teenuseid sellest rahast võimaldada ei saa. Peale selle maksab riik kinni ka kindlustamata inimeste vältimatu abi.

Ehkki solidaarsuspõhimõtet järgiv ravikindlustuse seadus toimib meil kümnendat aastat, arutas koalitsioonivalitsuse sotsiaalreformikomisjon mullu muidki tervishoiu rahastamise võimalusi. Teised arenenud maailmas kasutusel olevad süsteemid ei sobi meie oludesse hoopiski.

Vabatahtlik ravikindlustus ei hakka meil tööle, sest elanikkonna enamik ei saa nii palju palka, et kindlustada ennast, oma lapsed ja vanemad. Et me ei ela hundiseaduste aegu, tuleks elanikkonna suurema osa arstimine paratamatult kinni maksta muudest vahenditest. Vabatahtlik kindlustus võib olla täiendav võimalus saada sellist raviteenust, mida solidaarsuskindlustus ei paku.

Tervishoiu kui väga tundliku ala rahastamine riigieelarvest tähendaks iga-aastast ja pidevat konkurentsivõitlust teiste, ka sensitiivsete valdkondadega, olgu selleks siis haridus või riigikaitse. Arstiteaduse areng pakub üha paremaid (ja kallimaid) ravi- ja diagnostikavõimalusi, ent sihtotstarbelise tulubaasita puudub kindlus teha pikaajalisi plaane.

Seega jääme kindlaks solidaarsuskindlustusele. Selle juurde on muide tagasi pöördumas ka mitu siirderiiki – pärast katseid juurutada eraravikindlustust, mis kujunesid küll pigem ellujäämisõppusteks.

Eestis on solidaarse ravikindlustuse tõttu olnud tervishoiuteenused ühtviisi kättesaadavad kõigile elanikkonnarühmadele. See liigitab meid arenenud riikide hulka. Seni on Eesti elanikkonna otsene osalus tervishoiuteenuste ostmisel püsinud 10% piires, põhiosa sellest läheb ravimeile. Maailmapanga Ida-Euroopa osakonna andmeil ostsid patsiendid ise paar aastat tagasi Gruusias nt 88%, Venemaal 55% ja isegi Lätis 25% tervishoiuteenusest.

Pakett tervishoiuseadusi

Igasugune kord algab juriidilisest korrastatusest. Poliitikuna pean äärmiselt tähtsaks, et kogu ühiskonna huvides tehtavad otsused langetataks õigel tasandil, et poliitilisi otsustusi nõudvad küsimused jõuaksid Riigikogusse ja eriteadmisi eeldavad probleemid lahendaks spetsialistide kogu. Kui otsustajad on pädevad, on tulemus optimaalne.

Põhimõttelistes küsimustes, riigi tasandil, oleme viimaseil aastail tervishoiusüsteemi korrastamisel astunud pikki samme. Pädevad seadused ning nendega antud õigused ja kohustused on ainuvõimalik eeldus reformi korrektseks läbiviimiseks ning õigete põhimõtete ellurakendamiseks.

Haigekassa seaduse kohaselt tegutseb käesolevast aastast Eestis ühtne avalik-õiguslik haigekassa. Möödanikku on jäänud aeg, kui haigekassa staatust tuli määratleda Riigikohtu lahendiga – oli kord ka säherdune pretsedent. Põhjapanevaid otsuseid lahendab haigekassa nõukogu, kus on võrdselt esindatud kolme osapoole – ravikindlustatute, maksumaksjate ja riigi – huvid.

Et selle aasta ravikindlustuslepingute sõlmimisel ilmnesid esimesed vastuolud, on igati loomulik asjakäik. On ju nüüd kaks partnerit: üks esindab ravikindlustatute, teine teenusepakkujate huve. Võtab vaeva ja harjumist, et need huvid tasakaalu viia, sest seni oli aastaid teenust tellitud sisuliselt iseendalt. Kui raha on vähe, tuleb väga täpselt plaanida, kes missuguseid raviteenuseid selle eest osutab ja saab. Et haigekassa esindab lepingut sõlmides ravikindlustatute huve, püüab ta leida ka parimat kvaliteedi ja hinna suhet.

Tänavu kevadel Riigikogus vastu võetud tervishoiuteenuste korraldamise seadusesse on kirja pandud nii arstiabi saaja kui andja põhiõigused ja –kohustused ning selgelt piiritletud alusmõisted. Seadus on üles ehitatud senisest erinevale põhimõttele, lähtudes teenuse mõistest: mis on kiirabi, mis vältimatu abi ja kuidas seda korraldada; kes on perearst ja millised on tema funktsioonid; mis on haigla, kellel on õigus osutada eri raviteenuseid jne, kuni litsentseerimiseni välja. Senine kord oli sedavõrd aegunud, et osa tühistamisele läinud sätteist kehtis 1974. aastast.

Sel sügisel on Riigikokku jõudnud uus ravikindlustuse seadus, millega püütakse leida vastus küsimusele: kui on kindlustus, kuhu tööandja maksab 13% töötaja palgalt, mida peab selle eest saama kindlustatud isik? Et see puudutab vahetult iga inimest, pidasime vajalikuks tutvustada kandvaid ideid juba siis, kui eelnõu läks kooskõlastusringile. Arutelu saigi tavapärasest laiem.

Ravikindlustuse seaduse põhisuunad on tugevdada kindlustusprintsipi ja suurendada vahendeid raviteenustele. Kui mõnda hüvitist ka vähendatakse, on eesmärk leida raha juurde sinna, kus seda on veelgi rohkem vaja. Valikud on ju lihtsad: kas oodata haiguse ägenemist plaanilise ravi järjekorras või saada raha esimesest haiguspäevast peale; kas maksta juurde raviandja äranägemise järgi või seadustada see, kes mis juhul ja kui palju tohib patsiendilt raha küsida.

Eelnõu järgi on mitmeti soositud lapsed, kes vajavad ühiskonna kaitset kõige rohkem. Ka krooniliste haigete olukord, kes pidevalt arstimeid võtavad ja on valdavalt pensionieas, peaks pisut kergemaks minema. Eelnõu paneb paika summa, mille patsient maksab ise ravimite eest. Sellest ülempiirist edasi võtab ravimite eest tasumise kohustuse üle haigekassa.

Plaanis on hakata hüvitama ravikindlustatute sõidukulusid, mis on seotud tervishoiuteenuse saamisega, kui nt perearst suunab maal elava patsiendi Tartu või Tallinna eriarsti juurde. Uue ravikindlustuse seaduse eesmärk on muuta süsteem selgemaks, kaitsta paremini nii kindlustatute kui tervishoiuasutuste huve, kasutada otstarbekamalt ravikindlustusraha.

Toetavad seadused ja plaanid

Seda seadusandlikku põhja – kolme suurt vaala – toetab hulk muidki seadusi. Üks olulisemaid on patsiendi seadus, mis on praeguseks sotsiaalministeeriumis välja töötatud ning saadetud teistele ministeeriumidele, tervishoiutöötajate kutseliitudele ja patsientide usaldusühingutele kooskõlastamiseks. Patsiendi seadus püüab leida tasakaalu arsti ja õe ning patsiendi tundlikes suhetes, luua paremaid eeldusi nende dialoogiks. Must-valgel on kirjas nii arsti kui patsiendi õigused ja kohustused, reguleeritud saab vaidluste lahendamise kord jms. Patsiendi teavitamine ja patsiendi teadev nõusolek raviprotseduuri tegemiseks ja tema kaasamiseks teadusuuringusse ja kliinilisse õppetöösse on olulisemaid valdkondi, mida seadus korrastab.

Riigikogu menetluses on elundite ja kudede siirdamise seadus, mis seni oli reguleeritud pelgalt ministri määrusega. Ometi puudutab see valdkond otseselt inimõigusi ja –vabadusi.

Valminud on Tervishoiuprojekt 2015 – pikaajaline kava, mis esmakordselt toetub meie rahva vajaduste uuringuile. Ehkki rahvasuus on projekt ristitud "rootslaste plaaniks", on tegemist siiski meie oma, Eesti plaaniga. Et vahendeid killustamata kavandada tõhusate tervishoiuteenuste andmist, oli vaja selget pilti olukorrast. Rootsi eksperdid võrdlesidki meie seisuga Euroopa standarditega, nende maadega, kus tervishoid on paremal järjel: pole ju kuigi arukas järele teha teiste maade vaeleardustusi ja keerdkäike.

Kompetentse analüüsi pinnal teeme praktilised järeldused juba ise ja vastavalt meie uutele tervishoidu puudutavatele seadustele. Kui haiglail on selge juriidiline vorm, on selge ka finantsvastutus.

Et väga suur osa tervishoiuvahendeist läheb eriarstiabile, tuleb haiglavõrk kujundada optimaalseks. Maailmapraktika näitab kätte kaks suunda: väikeste haiglate liitmine ja selge, kindlapiiriline tööjaotus.

Enamik haiglaid ei jõua nagunii soetada moodsaid aparate ega palgal pidada tippspetsialiste. Seda pole ka tarvis: aina keerukam, aina kallim aparaatuur vananeb moraalselt väga kähku ja peaks ideaalis töötama 24 tundi tööpäevas. Ajaga jõuavad sammu pidada ehk paar–kolm suuremat keskust. Praktikast on ammu nõnda, et kui inimesel on ränk töö kallal, jõuab ta Tallinna või Tartusse.

Optimaalne haiglavõrk ei saa sündida üleöö. Pole ju tegemist pelgalt majakarpidega, vaid ka luust ja lihast inimestega – nii potentsiaalsete abivajajate kui ka meditsiinitöötajatega. Seepärast on tähtis selgeks vaielda, missuguseid haiglaid, osakondi, struktuure me vajame. Regioonid ja haiglad peavad üldisest arengukavast lähtudes läbi mõtlema oma arenguteed, kuidas paremini eesmärgini jõuda. Riik püüab omalt poolt finantseerida haiglate arengukavade väljatöötamist.

Riigi, erialaseltside, maakondlikud ja haiglate arengukavad tuleb üksteisega vastavusse viia, leida mõistuspärased kompromissid.

Pikemat plaani on vaja ka selleks, et kavandada moodsate haiglate ehitamist: praegu ei vasta ükski meie haigla nüüdisaja tingimustele.

Haiglavõrgu arengukava elluviimisega on lahutamatult seotud pikaravihaiglate sissetöötamine, mis omakorda eeldab selge piiri tõmbamist sinna, kus lõpeb hooldusravi ja võib rääkida pelgalt hooldamisest.

Viisaastakuid ei tule

Et ühiselt sõeluda välja parimad lahendused, oleme sõlminud koostöölepped Eesti Haiglate Liiduga, Eesti Arstide Liiduga, Eesti Keskastme Tervishoiutöötajate Kutseliiduga ja Eesti Tervishoiutöötajate Ametiühingute Liiduga. Ühe olulise valdkonnana tuleb tööandjate ja töötajate ühendustel ning riigil põhjalikult läbi rääkida reformi "pehme pool" – meedikute täiend- ja ümberõpe. Ette peame teadma ka seda, kui palju ja mis eriarste vajame, et välja töötada argumenteeritud koolitustellimus ja tagada residentuuri korraldus.

Tervishoid on kogu elanikkonda hõlmav süsteem, mida saab reformida vaid kaalutletult ja sammhaaval. Ei anna tagant sundida, et täidame nt 2015. aastaks püstitatud eesmärgi viie aastaga. Peab ju inimene igal ajahetkel saama adekvaatset meditsiiniabi. Ühe olulise eeldusena tuleb aga "tasuta" arstiabiga harjunud patsiendil ära õppida, et tema esimene esindaja suhetes haiglaga on haigekassa ning esimene arst, kelle poole pöörduda, perearst.