

Jevgeni Ossinovski: tervishoiuteenuste pakkujatel peab tekkima kindlustunne

Kõigil tervishoiuteenuse osutajatel peab oma töö planeerimiseks tekkima tuleviku suhtes kindlustunne, rääkis tervise- ja tööminister Jevgeni Ossinovski Med24 toimetajale Madis Filippovile.

Lubasite käesoleva aasta esimesel pooltel tegeleda ravi rahastamise jätkusuutlikkuse küsimusega. Milliseid täiendavaid tuluallikaid näete?

Sotsiaalministeerium, Rahandusministeerium ja Eesti Haigekassa on selles küsimuses teinud pool aastat tõsist tööd. Kaasatud on ka Maailma Terviseorganisatsioon, kes on andnud oma hinnangu. Selge on, et meie praegune ravikindlustussüsteem vajab muutmist. Sisuliselt on mitu aspekti. Esiteks vajab ravikindlustuse tulubaas muutmist seoses sellega, et ta põhineb täielikult tööjõu maksudel. Eestis töötavate inimeste osakaal väheneb pidevalt ja haigekassa eelarve liigub viie aasta perspektiivis struktuursesse miinusesse. Riik peaks maksma kindlustatutega võrdustatud isikute – pensionäride – eest sotsiaalmaksu. See võimaldaks struktuurse miinuse probleemi lahendada.

Teiseks tuleb mõelda, kuidas tervishoiusüsteem sisemiselt tõhusamaks muuta. Arvestades, kui tagasihoidlikult me protsendina sisemajanduse koguproduktist panustame tervishoidu, võiks öelda, et see juba ongi efektiivne, aga süsteemis on kindlasti kohti, mida täiustada. Üks oluline põhimõte on, et inimene saaks tervishoiuteenust õigel tasandil. Esmatasandi tugevdamine on meie strateegiline eesmärk ja sellepärast investeerime üle 100 miljoni euro tervisekeskuste ehitamisse ja laiendamise esmaabis pakutavate teenuste spektrit. Näiteks on pereõed juba saanud õigusi juurde.

Järgmine oluline aspekt on patsiendi omaosalus. Eesti ravikindlustuse solidaarsus on selle süsteemi kõige olulisem nurgakivi ja suurim saavutus. See on asi, mida hoida. On oluline jälgida, et tervishoiuteenuse omaosalus ei kasvaks üle kriitilise piiri, kus



Jevgeni Ossinovski

Foto: SDE

ta hakkaks takistama inimeste ligipääsu tervishoiule. Viimastel aastatel on Eesti olnud sinna suunas liikumas, mistõttu vajab omaosaluse teema rohkem tähelepanu. Seda mõjutavad peamiselt kaks olulist komponenti: ravimid ja hambaravi. Valitsus on kokku leppinud alates 2017. aastast hambaravi hüvitise täiskasvanutele. Ka ravimihüvitiste süsteem vaadatakse üle.

Viimane aspekt on kindlustuskaitse püsivus. Eesti solidaarse ravikindlustuse üks sisulisi eesmärke on tagada, et kõik Eestis elavad inimesed oleksid ravikindlustatud ja saaksid tervishoiuteenust. Seoses sellega, et ravikindlustus on seotud tööjõumaksuga, ei ole kõik Eestis elavad inimesed ravikindlustatud. Neid inimesi, kes ravikindlustuskaitse all ei ole, on 90 000. Osa neist töötab välismaal, osa mustalt, teine seltskond on sotsiaalselt tõrjutud. Tervishoiusüsteemi seisukohast on olukord selle sihtrühmaga

kehv, sest lõpuks maksame vältimatu abi nende eest niikuinii kinni ja see on juba kallim.

Oleme seda analüüsi tehes leidnud, et Eestis on 91 000 ebaregulaarse ravikindlustusega inimest. Need on inimesed, kes on töötanud ebaregulaarselt, s.o kauem kui 1 kuu, aga vähem kui 12 kuud. Neil kord on ravikindlustus ja kord seda pole, kuid see ei ole ravikindlustuse loogika mõistes üldse normaalne. Näide loomevaldkonnast: projektipõhine lavastaja lavastab poole aasta jooksul ühe näidendi, saab üks kord suurema hulga raha, aga tema ravikindlustus ei ole mitte pooleaastane, vaid kehtib niikaua, kuni tal on leping. Analüüsime võimalusi, kuidas oleks võimalik tagada inimestele püsiv ravikindlustus, kui nad 12 kuud ei tööta. Lõppeesmärk on, et kõik inimesed oleksid tervisekindlustatud.

Kas ministeerium tegeleb veel patsiendi vaba liikumise riigisisese plaaniga, kus ennast saaks n-ö järjekorras ette osta, kasutades tasulist teenust, mille haigekassa hiljem hüvitab?

Eesti ravikindlustussüsteemi nurgakivi on solidaarsus. Näiteks on Lätis näha tervishoiuteenustele ligipääsetavuses väga suurt ebavõrdsust, suurimat kogu Euroopas. Seal jääb arstiabi 25 protsenti ehk ligi neljandik kõige vaesematest inimestest, samal ajal kui rikkamatest jääb arstiabi üksnes 5 protsenti. Kuigi Eesti on liikumas Euroopa keskmiste seast mittesolidaarsemate ja vaesemate riikide kampa, on meil praegu veel hästi. Meil jääb tervishoiuteenuse vajadus katmata keskmiselt 7 protsendil elanikest, vahe rikkamate ja vaesemate inimeste vahel on vaid 5 protsenti – mitte 20 protsenti nagu meie naabritel. Suur katmata ravivajadus tekib sellest, et meil on süsteemis teatud ebaefektiivsus, Eesti inimesed on väga eriarsti usku, ja kuna rahastame tervishoidu kaunis tagasihoidlikult, on pikad ravijärjekorrad.

Üheks lahenduseks on suurendada süsteemi sees efektiivsust, et inimene saaks abi õigel tasandil. Rahalises mõttes on kaks varianti – kas suurendame tervishoiule kulutatavat solidaarset raha, suurendame haigekassa tulusid selleks, et nad saaksid rohkem tellida tervishoiuteenust, või ütleme, et me solidaarset ravikindlustust ei taga, vaid võimaldame inimestel pool raha ise

juurde maksta. See võib olla üks viis, kuidas vähendada ravi järjekordasid, aga selle tulemusel muutume Läti-sarnaseks, kuna võrdne ligipääs tervishoiuteenustele väheneb. Seda, et lõhuksime solidaarse tervisekindlustuse alustala, mina ei poolda.

Sotsiaalministeerium koostab uut haiglavõrgu arengukava (HVA). Mis seisus see on?

Sotsiaalministeeriumi töörühm on külastanud kõiki üldhaiglaid. Sügiseks loodame uue kontseptsiooniga valmis saada. Sisuline mõte on aastani 2030 kokku leppida maakondade tervishoiuteenuse vajadus erialade kaupa. On selge, et demograafiline muutus lähima 15 aasta jooksul saab maakondades olema kolossaalne. Näiteks näeme, et enamikus maakondades kahaneb sündituseas naiste arv kolmandiku võrra. Samal ajal kasvab oluliselt vanemaealiste osakaal, mis tähendab, et tervishoiuteenuste vajadus muutub olulisel määral. Rohkem on vaja hooldusteenuseid, krooniliste haiguste ravi jms.

Aastaks 2030 on praegustest arstidest umbes pooled siirdunud pensionipõlve pidama, kuid noorte arstide saamine maakondadesse on suur probleem. Juba praegu ei suuda ükski üldhaigla kogu olemasolevat erialade spektrit iseseisvalt katta. Näiteks on Narvas patsiendid olemas, haiglal on haigekassa lepingumaht olemas, aga kuna pole oftalmoloogi, siis pole ka seda teenust. Sellest tulenevalt käivitati aastaid tagasi nn võrgustumise projekt, mille eesmärk on panna suurem tervishoiupoliitiline vastutus Põhja-Eesti Regionaalhaiglale ja Tartu Ülikooli Kliinikumile selleks, et tagada eriarstiabi kättesaadavus maakondades koostöös pädevuskeskusega. Teiseks ei suuda me seoses patsientide hulga vähenemisega maakondades mitmel erialal kvaliteetset tervishoiuteenust kohapeal enam pakkuda. Arstidel ei tule koormus täis ja seetõttu hakkab kannatama nende kompetentsus. See, et keerulisemad protseduurid ja erialad koonduvad Tallinnasse ja Tartusse, on põhimõtteliselt kokku lepitud.

Samas on tervishoiu regionaalne kättesaadavus oluline regionaalpoliitiline küsimus. Vaja on kokku leppida pikemaajalises vaates, selles, missuguseid tervishoiuteenuseid igas maakonnas pakutakse. See on viimaste aastate üks olulisemaid probleeme, et sellealast poliitilist juhtimist pole olnud.

Üldhaiglatel pole kindlustunnet, missugused erialad on kättesaadavad 5–10 aasta pärast. Me peaksime lähenema igale haiglale individuaalselt. Praegu on üldised haiglate liikide nõuded, see tähendab, et üldhaigla on nii 65 000 inimest teenindav Narva haigla kui ka 10 000 inimest teenindav Hiiumaa haigla. Pole mõistlik kõiki sama latiga lüüa, vaid oluline on regionaalpoliitiline aspekt. On ju aktsepteeritav, kui Raplas pole sünnitusosakonda, sest Tallinn on maksimaalselt tunni kaugusel, kuid näiteks Kuressaares on olukord hoopis teistsugune.

Kas pikem eesmärk on, et üha rohkem ostetakse haigusjuhte HVA-haiglatelt ja järjest vähem erahaiglatelt?

Eestis eelistatakse teadlikult teatud haiglaid, mis kuuluvad haiglavõrgu arengukavasse, sest nemad on peamised vastutajad, et tervishoiusüsteem toimiks. Põhivastutus jääb kahtlemata neile. Kogu ülejäänud valikuprotseduur vajab põhjalikku revisjoni just selles kontekstis, et selgitada välja, mis on ühiskonna ootused ja missugused peaksid olema nõuded tervishoiuteenuse osutajatele. HVA-välised eriarstiabi pakkujad on väga erinevad – on suured kliinikud, kuid ka terve hulk ühe-kahe arsti praksiseid, kus tehakse lihtsamad vastuvõttud haigekassa raha eest ära ja keerulisemate puhul soovitatakse pöörduda enda juurde HVA-haiglasse vastuvõtule. Üldiselt ma HVA-välistele haiglatele Eesti tervishoiusüsteemis kasvavat rolli ei näe.

Ometi võiks neil olla mingi kindlustunne enne iga valikuprotsessi, et oma tööd planeerida?

Absoluutselt. Mis puudutab pikemaajalist kindlustunnet, siis see peab Eesti tervishoiusüsteemis olema. Lähima aasta jooksul võiks kõik need aspektid korralikult läbi vaielda, mida teeb üld-, kesk- või regionaalhaigla ning mida teevad ja mis tingimustel valikupartnerid. Need peaksid olema pikemaks ajaks kokkulepitud põhimõtted. Praegu ongi suurim probleem ebakindlus, sest haigekassa lepingute juhtimine on esimese

eesmärgina lähtunud sellest loogikast, kuidas kõige paremini oma eelarvet juhtida. See on ka arusaadav, sest nad vastutavad selle eest, et nende eelarve kokku tuleks, aga teisalt on see tulnud selle arvelt, et tervishoiuteenuse osutajate kindlustunne on nullilähedane – iga kord võib sõltuvalt haigekassa eelarvest tulla palju muutusi.

Kui rahul olete haigekassa geograafilise kättesaadavuse põhimõtte elluviimisega?

Minu hinnangul on selle protsessiga alustatud valest otsast ja seda väga kehvasti üldsusele jt vahendatud, aga see kokkulepe, et keerulisemad erialad liiguvad keskustesse, on põhimõtteliselt tervishoiusüsteemis saavutatud. Vaieldakse üksikute erialade ja üksikute mahtude üle. Mõned haiglad on küsinud, et kui neil on praegu arst olemas, siis miks nad peaksid selle teenuse osutamisest loobuma. Täiesti õige argument ja olukorras, kus räägime arstide puudusest, peaks see spetsialist, kes on juba kohapeal olemas, seal teenust ka edasi osutama.

Enne tuleb langetada põhimõtteline tervishoiupoliitiline otsus, mis põhimõtetel pikemas perspektiivis tervishoiuteenuseid osutatakse, ja siis selle alusel tuleb planeerida haigekassa lepinguid. Praegu on seda hakatud tegema ilma laiemal poliitilisel otsuseta.

Mis seisus on mõte ühendada Ravimiamet, Terviseamet ja Tervise Arengu Instituut (TAI)?

Lihtsalt ühendada ühendamise pärast pole kindlasti mõtet. Valmimas on analüüs, mille eesmärk on vaadata üle erinevate asutuste funktsioonid. See puudutab ka haigekassat ja Sotsiaalministeeriumi. Sellist korralikku ülesannete revisjoni pole tehtud. Näiteks kirjutan mina igapäevaselt alla ravimite hinnakokkulepetele. See on täiesti jabur, arvestades, et kogu sisuline hindamine on spetsialistide käes. TAI peab praegu täitma mitmeid ülesandeid, millega nad teadusasutusena ei peaks tegelema, näiteks süstlavahetusega.