

Haigekassa endised juhid rõhutavad solidaarse ravikindlustuse olulisust

Madis Filippov, Liis Ilves – Med24

Haigekassa tähistab tänavu Eesti ravikindlustuse 25. aastapäeva. Med24-le meenutasid tollast aega keskhaigekassa ja haigekassa juhina töötanud Ado Viik, Maris Jesse ja Hannes Danilov.

1995. aastal keskhaigekassa juhina töötanud, praegune haigekassa Harju osakonna direktor Ado Viik meenutas, et toona oli ülesanne selle rahaga, mida haigekassa ise kogus, võimaldada ravi kõikidele kindlustatutele. Õigusakte oli vähe ja tuli toimetada oma parima äranägemise järgi.

„Kui praegu on meil üks haigekassa, siis tol ajal oli neid üle kahekümne – juba siis oli selge, et meil ei ole vaja nii palju väikeseid haigekassasid ja asi tuleb efektiivsemaks teha,“ meenutas Viik. Mäletatavasti oli ka haiglaid palju, kellega haigekassadel eraldi lepingud. Maakondadest eristusid Tallinn koos Harjumaaga, Jõhvi koos Ida-Virumaaga, Tartu ja Pärnu, kus oli ravikindlustusraha laekumine esialgu oluliselt parem kui mujal. Haigekassad olid iseseisvad ning keskhaigekassa oli kui läbirääkija.

„Haigekassadel oli kokkuleppeliselt lisaks oma rahakotile ka ühine rahakott, millest jagasime nendesse piirkondadesse raha, kus seda oli vähem. Kuna me selles päris hästi kokkuleppele ei saanud ja riigil oli ülesanne täita, tuli otsus, et raha laekub kõik kokku,“ selgitas Viik.

Viik tegeles keskhaigekassas tarkvara arendusega. Esmalt loodi kindlustatute register. Esimesed võrgud olid asutusesised. Haigekassa arvutistas end ise, ja kuna võis ka laenu anda, laenas raviasutustele arvutite ostmiseks raha. Viik arutas ka toleaegsete IT-partneritega, kas saaks teha suure serveri Eesti peale, kus oleks patsientide info kõik koos. Plaan jäi katki, kuna toleaegne elektri- ja telefonisüsteem ei taganud töökindlust.

„Kahjuks on tänase päevani paljud tarkvarad raviasutuse põhised ja nüüd me siis püüame ja ponnistame selle terviseinfosüsteemiga (TIS), aga pole tegelikult jõudnud selles mõttes kuhugi, et võiksime tunda end

IT-riigina,“ kahetses Viik. „Ta küll töötab, aga seda, mida infotehnoloogia võimaldaks meil tegelikult teha, pole me suutnud seni ära teha. Kui oleksime need asjad toona ära teinud, siis arvestades tolle aja IT-vaimsust ja raviasutuste valmisolekut, oleksime nüüd kaugemal ja meil oleksid raviasutuste vahel ühtsemad võrguühendused.“

Infotehnoloogia võidukäik

Viigi sõnul sai toona ruttu selgeks, et tehnoloogia võimaldab ravida inimesi vähemate haiglapäevadega – mitte voodipäev ei ravi, vaid see, mis inimesega tehakse. Eesti hakkas kasutama mõningaid tehnoloogiaid enne kui põhjanaabrid. Värvilised ekraanid tulid meie töölaudadele varem, sest nemad oma töötavaid ekraane välja vahetama ei tõtanud, aga meil polnud enne mitte midagi ja polnud mõtet enam mustvalgeid osta. Nüüd on jällegi meist hiljem alustanud riigid eelisseisus. Näiteks on Makedoonias juba aastaid käigus üleriigiline digiregistratuur.



Ado Viik

See tekkis hädast, et raha ja aparatuuri on vähe, järjekorrad on pikad, kuid kellelgi pole ülevaadet, kui pikad need järjekorrad kuskil täpselt on. Tehti ära, seejuures esialgu ravi-kindlustuse kulud kasvasid, kuna teenuste kättesaadavus paranes.

„Eialgu oli raviasutustel suur hirm, mis loom see haigekassa on, kes midagi tellida ega maksta ei taha,“ meenutas Viik. Haigekassa inimestel tuli palju käia maakondades selgitamas, miks haigekassa lõpetab teenuste ostmise ja see või teine haigla tuleb kinni panna. Sageli jäid alles ambulatoorsed üksused, kuid haiglad läksid kinni. Patsiendid ja kaasaegsem tehnoloogia koondu sid maakonnahaiglatesse, sest kõikidesse neisse väikestesse haiglatesse, mis Eestis tol ajal olid, poleks suudetud aparatuuri soetada. „Mäletan, kui Pärnu-Jaagupi haigla leidis, et tema patsientide jaoks oleks vaja röntgeni-aparaati. Nad pidid selle odavalt saama. Meie omakorda arvutasime, et arvestades pildi omahinda, oleks odavam inimene taksoga Pärnusse röntgenisse sõidutada. Ütlesime, et see viib haigla pankrotti. Ei usutud ja pankrotti ta sellepärast ka läks.“

Kindlasti on inimesi, kes said kannatada, kui väikehaigla töö koondus kuskile suuremasse keskusesse, aga ühiskonna hüvanguks oli seda muudatust vaja, leidis Viik. Kuna kindlustatute arv muutub pidevalt, Harjumaa rahvaarv kasvab ja mujal jääb inimesi vähemaks, seisavad Viigi sõnul ka praegu ees tõsised muutused, millele peaksime mõtlema.

„Vaadates Eestimaa väiksust ja mõeldes, mida kindlustatuna ootame, arvan, et tulevikus on meil kaks suurt haiglat – üks Tartus ja teine Tallinnas,“ pakkus Viik. „Võib-olla jäävad mõned majad eraldi, seda ka strateegilistel põhjustel, aga ühe asutuse



Maris Jesse

Foto: Peeter Langovits/Scanpix

alla. Haiglad jäävad ka Pärnusse ja Jõhvi, aga oluliselt väiksemana kui praegu. Julgen arvata, et see on paarikümne aasta küsimus. Kui me nii ei käitu, siis laristame.“

Nii nagu praegu, oli ka siis päevakorral ravikvaliteet ehk küsimus, mida me ikkagi ostame ja kas see on kvaliteetne. Pandi kokku lugupeetud arstidest komisjon, et arendada parimat praktikat. Komisjon hindas ja arutas ravidokumente, andis soovitusi ja haigekassa roll oli kedagi hukka mõistmata kirja panna.

Keskhaigekassast haigekassaks

Viigi sõnul tema solidaarsele ravikindlustusele alternatiivi ei näe. Ta seletas, et kunagistes liiduvabariikides, kus pole solidaarset ravikindlustust, jääb väga suur inimesi hätta.

„Pool elanikest pole tervise mõistes õnnesärgis sündinud, viis protsenti on väga õnnetus olukorras. Igaühe panus on oluline ja samuti teadmised, et kui on häda, siis saab ka abi,“ lausus ta. „Mind ajavad aegajalt tige-daks n-ö polkovniku lesed, kellel on enda arvates mingi mure, millest ta peab kohe lahti saama ikka enne teisi. Solidaarsus on ka see, et esimesena aitame neid, kes ise enam hakkama ei saa, kelle vajadused suuremad.“

Viik meenutas ka visiiditasu kehtestamist. Seejuures peeti oluliseks, et raha ei tohi küsida nii palju, et patsient jätab end ravimata, aga ta peab ka aru saama, et see on teiste inimeste töö. Esimene visiiditasu arvutati tolleaegse ajalehe müügihinna järgi ja visiiditasu sai ajalehest kaks korda kallim.

„Täna ei oleks piduriks suurusjärk 20 eurot, kuid see peaks olema ajas ujuv ehk muutuma parematel ja raskematel aegadel,“ ütles Viik. „See on summa, mis paneks inimese mõtlema, kas ta saab oma tervise heaks midagi teha, et üldse ei peakski eriarsti juurde minema. Kõik riigid on rahaga hädas ja tahaksid, et inimesed ise rohkem oma tervisesse panustaksid. Visiiditasu peaesmärk ei ole rahateenimine, vaid see on distsipliini küsimus.“

1997.–2002. aastal haigekassat juhtinud, praegu sotsiaalministeeriumi terviseala asekanstler Maris Jesse sõnul on märksõnad, mis iseloomustavad toonast perioodi, pere-arstireformi ettevalmistus ja haigekassa tugi selle läbiviimiseks, haiglareformi ettevalmistus ja haigekassa tugi selle elluviimisele, sotsiaalmaksu kogumise reform, ravikindlustusseaduse uuendamine seniajani kehtivaks seaduseks ning muidugi ka 17 piirkondliku haigekassa ja keskhaigekassa

ühinemine avalik-õiguslikuks juriidiliseks isikuks Eesti Haigekassaks.

„Suurim väljakutse, mis probleemina õnnestus tõstatada, kuid mida siis veel lahendusteni ei õnnestunud viia, oli töötajate arvu vähenemisest tingitud ravikindlustuse jätkusuutlikkuse probleem,“ meenutas Jesse. „Selle probleemi lahendusotsusteni oleme jõudnud nüüd, 2017. aasta sügisel.“

Ka tema rõhutas solidaarsuse olulisust, pidades seda Eesti ravikindlustuse suurimaks tugevuseks: „Solidaarsuse mõttest saavad aru need, kes ise abi on suurel määral vajanud.“

2002.–2012. aastal haigekassat juhtinud, praegu kliinikumi juhatuse liige Hannes Danilov meenutas, et 2003. aasta alguses jõustusi täielikult nii tervishoiuteenuste korraldamise seadus kui ka ravikindlustuse seadus. Need seadused tuli ellu rakendada. Eesti tervishoiusüsteemi korraldus muutus põhjalikult – ravisutused muutusid iseseisvateks eraõiguslikeks juriidilisteks isikuteks ja majandusüksusteks, kogu süsteemis hakkas täielikult kehtima kindlustusprintsip. Haiglavõrgu arengukava eraldas 19 aktiivravi haiglat, nn tervishoiu turvavõrgu. Ülejäänute eraõiguslike teenuseosutajate vahel hakkas haigekassa korraldama valikukonkurss, et katta see teenusevajadus, mida haiglavõrgu haiglad mingil põhjusel ei osutanud (hambaravi, günekoloogia, dermatoloogia jt).

Osa haiglavõrgu reformi käigus ümber korraldatud ravisutustest muudeti aastatel 2003–2005 õendushaiglateks, sellist teenust enne Eestis ei tuntud. Korrastati teenuse hinnaarvestus, mindi üle ravijuhupõhisele maksmisele ambulatoorses osas ja diagnoosipõhisele ravijuhu eest maksmisele statsionaarses abis. Perearstidega koostöös töötati välja ja rakendati perearstide kvaliteedisüsteem. Arendati välja perearsti nõuandetelefon.

Suur eesmärk oli vähendada paberimajandust. Raviarvete edastamine ja maksmine muutus elektrooniliseks, ravikindlustuse kontrollimine viidi ID-kaardi põhiseks, loodi võimalus elektrooniliselt tellida Euroopa Liidu riikide ravikindlustuse kaarti.

Eesti edulugu – digiretsept

„2010. aastal alustasime e-retseptiga, nüüd kirjutatakse 98% retsepte välja elektrooniliselt,“ ütles Danilov. Viimaste aastate jooksul on e-retseptile liidetud elektrooniline ravimite toimeainete vastastikuse mõju hindamise võimalus, töövõimetushüvitiste



Hannes Danilov

Foto: Liis Treimann/Scanpix

ja meditsiiniliste abivahendite menetlemine on viidud täielikult elektrooniliseks.

„Alustasime omal ajal ka tervishoiuteenuse kvaliteedialast tegevust – 2012. aastal avaldasime esimese haiglatevahelise võrdluse mõnede parameetrite kohta,“ rääkis Danilov. „On hea meel, et kvaliteeditegevus on järjest hoogustunud ja haigekassa on koos meedikutega välja töötanud rea rahvusvaheliselt võrreldavaid kliinilisi kvaliteediindikaatoreid, mida saab kasutada raviprotsessi kvaliteedi hindamisel, ning see tegevus jätkub. Mõtteviisi juurutamine, et kvaliteedihindamine on raviprotsessi lahutamatu osa, ongi minu arvates viimaste aastate suurimaid saavutusi.“

Danilov kinnitas, et tema toetab kindlasti solidaarset ravikindlustussüsteemi.

„Solidaarsust defineeritakse ravikindlustuses järgmiselt – süsteemi panustatakse vastavalt võimetele, teenust saadakse vastavalt vajadusele,“ ütles Danilov. „Maailma kogemus on näidanud, et solidaarset kindlustussüsteemi kasutatavate riikide elanike tervisenäitajad on paremad kui erakindlustusele panustavates riikides. Põhjus on selles, et vähem haritud ja vaesem elanikkond elab ja toitub seoses väiksemate majanduslike võimalusega vähem tervislikult ning nende tervisenäitajad on keskmisest halvemad. Seetõttu on oluline, et just vaesemad inimesed pääseks vajaduse korral arsti juurde ilma rahalise olukorra olulist halvenemist kartmata.“

Ta lisas, et riigi eesmärk on võimalikult terve ja töövõimeline rahvastik, ja vaadates Eesti elanike tervisenäitajate arengut viimase 25 aasta jooksul, on näha, et valitud süsteem on ennast õigustanud.

„Arvan, et solidaarse ravikindlustusega kaetust tuleb püüda suurendada, Eesti ravikindlustatud inimeste hulk on tasapisi kahanemas – 10 aastat tagasi oli kindlustatud 96%, täna on neid 94%,“ ütles Danilov.