

Haigekassa uus juht lubab avatumat suhtlust

Haigekassa suhtlemine koostööpartneritega peab muutuma avatumaks ja suhtumine paindlikumaks, rääkis äsja ametisse asunud haigekassa juhatuse esimees Rain Laane Med24 toimetajale Madis Filippovile.

Mis on peamised arengusuundumused, mille tooksite välja seoses ravi rahastamise järgmise aasta eelarvega?

Kui kolmnurga ühes tipus on ravi kättesaadavus, teises kvaliteet ja kolmandas hind, siis tavaliselt saab valida neist kaks. Viimase kuue nädala jooksul olen korduvalt veendunud, et tänu meie arstidele ja nende koolitajatele on kvaliteediga Eestis päris hästi. Nii nagu teistes riikides, on ka meil arenguruumi kättesaadavusega. Hind ja kättesaadavus ongi asjad, mille järgmisel aastal kindlasti ette võtame. Ravi kättesaadavus peab suurenema. On räägitud, et raha lisamine süsteemi tegelikult ravijärjekordasid ei lühenda ja mingil määral see nii on. Küll aga võin näiteks tuua endoproteesimise, mille puhul on järjekord praegu poolteist aastat – minu soov on, et need inimesed saaksid ravile oluliselt kiiremini, kui praegu lubatud.

Haigekassale on ette heidetud, et töötame tükipõhiselt. Kui inimene vajab ravi ja läheb haiglasse, siis teda huvitab terveks saamine, mitte see, mitu ravijuhtu on temaga seoses. Ma ei välista, et järgmisel aastal võiksime teha ka midagi uuendusmeelset, anda rohkem paindlikkust episoodipõhisest ravist kuni *global budgeting*'ini. See tähendab, et raviasutusele antakse teenuse rahastamiseks konkreetne summa, mis põhineb eeldataval patsientide/ravijuhtude arvul. Meie makstav summa ei sõltu konkreetsel aastal osutatud ravijuhtude arvust, nagu on praegu. Mõte on viia fookus ravijuhtude arvust edasi patsiendi ravimisele ehk ravi tulemusele, samal ajal kattes haigla püsikulud.

Need on praegu veel mõtted, mida tuleks arutada, ja me ei saa lubada, et need järgmisel aastal realiseeruvad, eriti olukorras, kus haiglavõrgu arengukava uus raamleping hakkab kehtima 2019. aastal.

Eriarstiabis on viimastel aastatel olnud märkimisväärne statsionaarse eriarstiabi tellimuse vähendamine. Mis suunas sellega praegu liigutakse?



Rain Laane

Foto: Scanpix/Peeter Langovits

Pärast majanduskriisi on olnud erakordselt suur surve haigekassa eelarvele ning suund teha rohkem asju ära päevaravis. Olen kohtunud kõigi haiglavõrgu arengukava raviasutuste juhtidega ja vaadanud haigekassa analüüse – võib-olla oleme jõudnud punkti, kus oleme statsionaari osas läinud isegi liiga kaugele. Mulle on nina-kõrvakurguarstid öelnud, et kui praegu tehakse väga palju asju ära päevakirurgias, siis probleem on selles, et näiteks verejooksu tekke risk on esimesel õhtul väga suur. Kui midagi peaks juhtuma, lõpetab see patsient erakorralise meditsiini osakonnas ehk EMOs. Meil on plaan üle vaadata, kuidas saaksime statsionaari arvnäitajaid suurendada kiiremas tempos kui päevaravi ja ambulatoorne ravi kasvavad.

Millist rolli näete Eesti tervishoiusteemil esmatasandil?

Perearstide roll on väga suur. Kahjuks on Eesti inimesed eriarsti usku, ehkki praktikas pole see sageli vajalik, sest näiteks krooniliste haiguste jälgimist ja ravi peaks esmatasand suutma suurepäraselt ise korral-

dada. Meil on kindel plaan hakata järgmisel aastal looma otsusetuge. Perearstidel tekib infotehnoloogia (IT) abiga ülevaade ravi-juhenditest, patsiendi ravimitest ja muust ehk perearst koostöös IT-lahendusega teab senisest paremini, mida teha.

Üks probleem, mis tuleb lahendada, on see, et kui inimene satub haiglasse, näiteks EMO kaudu, siis jõuaks see info perearstini. See on elementaarne, et perearst teab, kui tema patsient on sattunud infarkti, insuldi või mis tahes muul põhjusel haiglasse.

Kas see teavitus saab olema seotud otsusetoeaga?

Otsusetugi seda ei taga, vaid tuleb mingi muu lahendus välja mõelda. Andmete liikumine on Eestis selles mõttes väga huvitav, et ehkki meil on enamik asju digitaliseeritud, on vahetevahel väljakutse selgitada andmekaitsele, miks mõni asi peab juhtuma. Viljandi maakonnas on pilootprojekt, mis hõlmab lisaks raviasutustele ka sotsiaalkindlustusvaldkonda. Näiteks on üksi elaval vanemal inimesele kontakt kohaliku sotsiaalhoolekande asutusega, ja kui see inimene peaks sattuma EMOsse, siis peab olema keegi, kes ta koera ära toidab, vaataks, et vesi ära ei külmu, ja hoolitseks, et koju jõudmise päeval ka midagi külmkapis on. Kui patsient on haiglas teadvuseta, siis me ei saa küsida talt nõusolekut, kas sotsiaaltöötajale ikka võib öelda, et ta võib minna üksi jäänud koera toitma. Isegi see oleks liiga keeruline lahendus, kui inimene peaks sellise nõusoleku andmiseks minema riigiportaali. Võib-olla peaks tegema vastupidi, et need, kes ei taha, et tema andmeid jagatakse, saaksid võimaluse oma soovi väljendada. Terve mõistus peab võitma.

Mis on otsusetoe praegused ajalised plaanid?

Projektile on rahastus olemas ja see käivitub järgmise aasta alguses. Kui kuulen, et mõni meditsiini IT-projekt saab valmis alles kahekolme aasta pärast, siis see tundub minu jaoks ulmeliselt pikk aeg, sest need ei ole ju tehnoloogiliselt nii keerulised. Mulle seletati, et nende finantseerimine käib Euroopa Liidu toetusraha eest, seejärel tuleb teha riigihange ja lahendada vaidlustused ja kõik see võtab aega. Otsusetoe rakendamise kindlat kuupäeva lubada ei saa, aga soov on, et esimesed tulemused on poole-kolmveerandi aastaga olemas. Kindlasti valmis ta siis veel pole.

Kuidas olete Teie aru saanud tervisekeskuste kontseptsioonist?

Kindlasti pole see betooniprojekt. Idee on ju selles, et ühes keskuses on mitu perearsti koos õdede ja spetsialistidega. Minu arvates on väga hea, kui maakonnakeskustes ja asulates on tugev esmatasandi tervisekeskus, kus on minimaalselt kolm arsti, sest perearst on kah inimene, kes puhkab ja haigestub, ning mitme arstiga keskuses on lihtsam asendajat leida. Samuti on lihtsam näiteks IT-toe ja laboriteenuste korraldamine. Mõte on ikkagi selles, et inimesele läheb tervishoiuteenus lihtsamaks, selgemaks, mugavamaks ja mõnes kohas ka lähemale.

Samas, mõnes kohas jälle kaugemale.

Ega need perearstid, kes on üksinda hajaasutusega kohas, ei kao ära. See pole massiline inimeste kokkutoomine. Lähtume tervest mõistusest – seal, kus seda on mõistlik teha, seal ka teeme.

Kui teenused koonduvad üha enam keskustesse, siis kuidas peaks olema lahendatud patsiendi transpordi probleem, et ka n-ö memme metsa tagant pääseks maakonnahaiglasse, ja milline võiks siin olla haigekassa roll?

Kõige elementaarsem arstiabi peab jääma maakondadesse kohapeale ja on päevselge, et teatud asjad, mis nõuavad rohkem kompetentsust, koonduvad suurematesse keskustesse. Praegu leiavad inimesed ise tee üldhaiglasse. Oleme seda arutanud, et kui on vaja mõnd sellist teenust või analüüsi, mida ei saa kohapeal teha, siis on üheks võimaluseks leida riiklikult või kohaliku omavalitsuse poolt transport, mis viib inimesed suuremasse keskusesse. Ka neil inimestel, kel pole oma sõiduvahendit, peab olema võimalus saada kvaliteetset arstiabi.

Mida arvate mõttest suurendada koduõendusteenuse osakaalu ja sellega vähendada näiteks õendus-hooldus-haiglate koormust?

Põhimõtteliselt olen selle suuna pooldaja. Kui vaatame praegu meie järgmise aasta rahastust, siis õendusabile oleme näinud ette kasvu. Eelarve pole veel kokku pandud ja summadest oleks ennatlik rääkida.

Tartu ülikooli kliinikumi juhatuse liige Mart Einasto ütles, et ootab haigekassa lepingutes suuremat paindlik-

kust. Kas Teie näete, et lepingutes võiks olla teatud määral paindlikkust ja haigekassa võiks olla selliste küsimuste arutamiseks avatum?

Olen nõus, et paindlikkus on vaja tagasi tuua ja selle nimel me töötame. See oli üks teema, mis oli haiglate juhtkondadega kohtumisel päevakorras. Haiglates töötavad arukad inimesed, ja kui neile anda motivatsioon kasutada seda vähest raha inimest hüvanguks, siis seda nad teevad ja meie ei peaks kõike nii täpselt Exceli tabelitesse panema. Alati on ju olemas erijuhud ja Hiiumaa haiglat näiteks PERHiga võrrelda ei ole mõtet. Paindlikkust juurde andes tuleb kokku leppida, mida sellest ootame ja alati on võimalik vajadusel asju tagasi pöörata.

Kas näete vajadust teha mingisuguseid muudatusi haigekassa töös ja suhtlemises teiste osapooltega, näiteks erialaseltsidega, haiglavõrgu arengukava haiglatega, erahaiglatega?

Kindlasti. Kohtudes erialaseltsidega, olen vahel iga keharakuga tundnud, et neil pole haigekassaga olnud just kõige roosilisem ajalugu. Probleemid lahenevad siis, kui normaalselt ja avatult suhelda. Haigekassa poolt saame lubada, et me ei venita vastustega ja me ei taha anda umbmääraseid vastuseid. Palju lihtsam on mõne asja kohta öelda konkreetselt „ei“ ja anda põhjus, kui jagada ebamääraseid lubadusi uurida ja vaadata, teades, et see ei ole teostatav. Usun, et avatud suhtlemine, kuulamisoskus ja -tahe on need, mis teevad suhted paremaks.

Kuidas plaanite liikuda edasi sellega, et kõik erialad oleksid õigesti hinnastatud?

Ma pole kindel, et jõuame kunagi sinna maani, et kõik erialad on lõpuni rahul. Isegi meist rikkamad riigid vaevlevad sama probleemi ees, et mõni eriala on alarahastatud ja mõnel tundub eemalt vaadates olevat midagi üle. Küll aga on meie suund rohkem läbipaistev. Me peame olema võimelised põhjendama, miks midagi teeme, midagi kellelegi anname ja mis selle tulemusel peaks juhtuma. Mõõdame seda, ja kui selgub, et oleme midagi valesti hinnanud, siis tuleb vead parandada. Eksimine on inimlik ja usun, et nii mõnigi arv meie 2000-realises tervishoiuteenuste loetelus vajab korrigeerimist.

Valitsus on jõudnud kokkuleppele tervishoiu rahastamist suurendada. Kas sellest piisab ravikindlustuse vähemalt praegusel tasemel hoidmiseks ka näiteks viie aasta pärast või peaks rahastamises tulema veel mingid suured muudatused?

Raha on tervishoius piiratud hulk ja vajalikud kulutused kasvavad kiiremini, kui praegune rahastusmudel lubab. Loodan, et rahastamise suurendamise eelnõu läbib riigikogus ka kolmanda lugemise ning me suudame lähiaastad ära katta, aga erinevate arvutuste järgi, jätkates täpselt sama mudeliga, ei ole see jätkusuutlik. Me jõuame end vee peal hoida mitu aastat ja meil on reservid, kuid see ei saa lõpmatuseni nii kesta. Peame vaatama uusi mudeleid või rahastusmeetodeid ja õnneks on meil selleks natuke aega.

Võib-olla pikemas perspektiivis me ei suudagi nii kallist tervishoiusüsteemi üleval hoida ja tuleb millestki loobuda?

See on valikute küsimus. Praegune solidaarne ravikindlustus on Eestis töötanud viimased 25 aastat ja ma ei kiirustaks seda lõhkuma enne, kui on tõestatud, et meil on mõni parem mudel.

Kuidas suhtute patsiendi omaosaluse suurendamisele?

See on kindlasti koht, mida võib arutada. Maailma Terviseorganisatsioon on näidanud selgelt, et Eestis on vähekindlustatud inimeste jaoks omaosalus peaaegu kriitilise piiri peal. Kui teistpidi vaadata, siis on 5-eurone visiiditasu olnud üle kümne aasta muutmata. Võib-olla mõned asjad peaks üle vaatama.

Mis saab üleriigilisest digiregistratuurist?

See on kindlasti oluline teema ja veel kuus nädalat tagasi arvasin, et see on lihtne infotehnoloogiline lahendus. See projekt on sotsiaalministeeriumi vedamisel käinud üle kahe aasta. Viimase info järgi kuulutas Tervise- ja Heaolu Infosüsteemide Keskus välja hanke, aga minu andmetel oli hankes osalenud pakkujate visioon mahust ja suurusjärgudest suurem, kui seda eelarveliselt osati ette näha. Üleriigilise digiregistratuuriga läheb veel natuke aega, aga positiivsete asjadena tootsin välja digisaatekirja ja e-konsultatsiooni. Neist on oluline abi ja usun, et peatselt saavutame selle, et üle 99 protsendi saatekirjadest on digitaalsed.