

Kas Eesti tervishoiukorraldus seab haigustele piire?

Margus Lember – TÜ sisekliinik

Patsientide ja ka arstkonna seas on aeg-ajalt levitatud arusaama, justkui tervishoiukorraldus ning praegune finantseerimismehhanism on takistuseks inimeste arstimisel ning piiraks abivajajate pääsu abiosutajate juurde, pärsiks osutatava abi kvaliteeti või isegi selekteeriks abivajajaid selle järgi, millist haigust parajasti põetakse.

Meedias on püütud leida sensatsiooni ning demonstreerida haigusjuhtude najal Eesti tervishoidu kui küündimatut ja tervishoiutöötajaid kui rahvusvahelisele standardile mittevastavaid spetsialiste. Sensatsioonilugudes esitatakse sageli vaid ühe poole arvamusi, teine pool on seotud arsti vande ja delikaatsete isikuandmete kaitsmise kohustusega, mis teeb avaliku arvamustevahetuse enamasti võimatuks. Samas on teada, et meie arstid ja õed võetakse avasüli vastu nii naaberriikides kui kaugemalgi ja nende kvalifikatsiooni üle nurinat küll pole kuulda. Objektiivsed uuringud näitavad, et tegelikult arstiabiga kokkupuutunud jäävad osutatava abiga valdavalt rahule ka Eestis. Rahvusvahelistes abi kättesaadavuse võrdlustes on meie näitajad piisavalt head (poliitikutel võivad röömustada). Küll aga on Eesti oludes elanikkonna sotsiaalne taust ja võimalused märksa erinevamad jõukamatest lääne- ja põhjanaabritest. Kuigi arstiabi ise on Eestis rahvusvahelise mõõdupuu kohaselt kättesaadav (möödetuna ooteajas arsti vastuvõtule pääsemiseks), siis näiteks transpordivõimaluste puudulikkus keskustest kaugemal, ravimite osas kehtiv suur omaosalus, samuti järel- ja hooldusravi kohtade vähesus ja taastusravi alafinantseerimine teevad tervikuna kogu süsteemi vähem võimalusi pakkuvaks. Suurenenud on elanikkonna nõudlikkus ja ka teadlikkus meditsiini võimalustest. Eesti rahvas tik vananeb, seetõttu esineb üha rohkem kroonilisi haigusi. Eakad on põhilised arstiabi vajajad, nad

vajavad tegelikku arstiabi praegusest rohkem, minimaalsed summad hindamise korraldamiseks ei lahenda nende terviseprobleeme. Meie oludes on valikuvõimalused üsnagi kasinad, probleemiks on arstiabi alarahastamine: suhtena SKTst oleme Euroopa viimaste seas, absoluutväärtustes on see veelgi halvem. Haigekassa saab jagada seda, mis sinna kassasse kogutud on.

Tervishoiuspetsialistid on õiglaselt juhtinud tähelepanu Eesti tervishoiutöötajate palkade konkurentsivõimetusel, mis tingibki töötajate lahkumise. Ametiühinguliste argumentide levik mõjutab teiselt poolt eriala ennast: miks peaksidki noored nägema oma tulevast eriala sellises sfääris, kus permanentselt ühele kriisile järgneb teine ja kus töötades on probleeme esmaste eluvajaduste rahuldamisega. Olukorras, kus õppima asujate arv lähiajal väheneb veelgi, on iga väljakoolitatud arsti ja õe jätkamine Eesti tervishoius ülioluline. Kui aga Eesti ülikoolihaigla osaleb turuvõitluses kõigi teiste tervishoiuasutustega, omades samas täiendavat kohustust olla arstide väljaõppe baasiks ning teadustöö keskuseks, siis võib tõepoolest nõustuda, et rahastamine on ebavõrdne, seda kindlalt ülikoolihaigla kahjaks.

Kuivõrd suudab arstiabi üldse haiguste levikut takistada ja piirata? Millised on need haigused, mida peaks piirama? Ajalooliselt on nendeks olnud nakkushaigused, tänapäevases versioonis siis epideemiatunnustega HIV levik ning meediat kõitev linnugriip. Praegu on teadaolevalt peamisteks surmapõhjusteks meil kardiovaskulaarsüsteemi haigused, selle järel pahaloomulised kasvajad, samuti inimeste enesehävituslik käitumine; üha enam kõneldakse kaasaegsest diabeedi- ja osteoporoosi-epideemiast. Tuleb tõdeda, et tervishoiukorralduse võimsus ja võimalused neid laialt levinud haigusi

piirata on piiratud. Nimetatud haiguste primaarne preventioon hõlmab meetmeid, mis jäävad välja-poolse tervishoidu, s.t rahvatervise tegevusmaile ja edu on võimalik saavutada vaid kogu ühiskonda hõlmavate meetoditega. Eelkõige on vaja probleeme teadvustada ning taht ja ressursi ühiskonna tasemel nende haiguste preventiooniga tegelemiseks. See ei ole ainult arstide asi.

Solidaarsusele tuginev tervishoiukorraldus eeldab, et rahastamise käsitletakse kõiki haigusi samadest printsiipidest lähtuvalt. Kas meil see nii ka on või on mõned valdkonnad võrdsete seas kõige võrdsemad? Põgus vaatlus Eesti tervishoiumaastikul tekitab mitmeid raskesti vastatavaid küsimusi: miks ei ole näiteks Eesti reumatoidartriidihaigetele haigekassa arvelt kättesaadav bioloogiline ravi – meetod, mis arenenud maailmas on näidanud väga häid tulemusi, hoides märkimisväärselt ära töövõimelises eas inimeste invaliidistumist? Miks harva esinevate ensüümdefektidega patsientide asendusravi (näiteks Fabry tõbi) ei kuulu haigekassa arvelt ravitavate haiguste sekka? Rääkimata hammastest: miks hambad ja nende haigused ei ole käsitletavad kui muud tervisehäired? Need on vaid mõned näited, millele avalikud vastused on saamata. Küsimusele, kas tervishoiukorraldus seab piire, tuleb vastata jaatavalt, see on möödapääsmatu. Ei ole nii rikast ühiskonda, kes suudab tagada oma kodanikele piiramatut arstiabi, makstes kinni kogu tegevuse, mis kaasaja meditsiin on võimeline inimeste heaks välja pakkuma. Sellises olukorras aitavad otsuseid teha ühiskonnas aktsepteeritavad väärtused ning kokku lepitud printsiibid, mitte jaotus haiguste nimetuste kaupa.

Kogu arstiabi hindamiseks tuleb seda vaadata kolmest aspektist: 1) abi kvaliteet, 2) abi maht ja osutatavate teenuste laialdasus ja 3) abi kättesaadavus kõigile selle abi vajajatele. Tervishoiusüsteem suudab korraga rahuldada neist kahte valdkonda (ükskõik millises kombinatsioonis), kõiki kolme mitte. Millised kaks valdkonda kilbile tõstetakse, sõltub poliitilisest valikust, mis tuleneb ühiskonnas aktsepteeritud väärtushinnangutest. Eestis, tõsi küll, püütakse jätkuvalt jätta muljet, et korraga saab tagada kõik kolm aspekti, mis

tiivustab rahva põhjendamatult kõrgeid nõudmisi tervishoiu suhtes.

Sotsiaalministeerium on sõnastanud uue tervishoiupoliitika üheks eesmärgiks tagada kõigile patsientidele kvaliteetsete tervishoiuteenuste kättesaadavus. See võib tähendada osutatavate teenuste piiramist, sest kvaliteedis ja kättesaadavuses järeleandmisi ei lubata. Kättesaadavus on midagi niisugust, mille üle inimestel on kõige lihtsam otsustada ning arukad poliitikud püüavad seda tagada esmaselt. Abi kvaliteedi kohta oskab abisaaja midagi öelda, ent professionaalset kvaliteeti ei ole ta siiski päris pädev hindama. Abi maht ja teenuste piisavalt lai valik on mitteprofessionaalile kõige keerukam otsustada.

Millised valikud ühiskonnas tehakse? Laias laastus on Euroopa ja Ameerika Ühendriikide käsitlus siin erinev. Kas esiplaanil on üksikindiviid, tema õigused ja võimalused, kas tervishoid on kaup, mida saab raha eest osta? Või euroopalikult, kas tervishoid on inimõigus, milles inimesed on solidaarsed, ja seda korraldatakse „üldisest heast“ lähtuvalt? Euroopa süüdistab Ameerikat mõttetult kallisa ja ebavõrdses tervishoiusüsteemis, mille efektiivsus on puudulik, arvestades kesiseid tervisenäitajaid ja olukorda, kus 20–40% rahvastikust on kindlustuseta. Ameerika arvates on Euroopa küll odavam, aga üdini sotsialistlik ning järeleandmised tehakse kvaliteedi arvelt ning kättesaadavuse pidurdamisega järjekordade tekitamise teel. Euroopa näeb vaeva heaoluriigi hüvede säilitamisega olukorras, kus majanduskasv on vaid minimaalne. President Bush soovib algatada riikliku arutelu selle üle, mida võtta ette tervishoiuga – majandusharuga, mis moodustab 16% kogu majandusest ja kasvab kaks korda kiiremini kui selle eest maksvate inimeste sissetulekud. Isegi kulude praegusel tasemel on USAs tervishoiule kulutusi tegevate inimeste tervis halvem kui paljudes teistes tööstusriikides, kus kulutused tervishoiule on märkimisväärselt väiksemad.

Võimatu on öelda, kel on õigus, see sõltub väärtushinnangutest sugenevatest seisukohtadest. Ressursid on piiratud igal juhul, see seabki piiranguid ühes või teises aspektis. Küsimus on selles, milliste

reeglite järgi ja kui aktsepteeritavalt piiranguid seatakse. Kui inimesed tunnetavad, et seda tehakse õiglaselt, siis on lootust otsuste aktsepteerimisel, muidu mitte.

Mille arvelt teha kompromisse? Nagu öeldud, siin on kolm võimalust: kvaliteet, abi maht ja teenuste loetelu ning abi kättesaadavus. Tänapäeva avatud maailmas on kvaliteedi nõuded rahvusvaheliselt tunnustatud, ravijuhendid seavad taseme. Avalikult on võimatu teatada, et lubatakse ka kesist kvaliteeti. Sisuliselt aga tehakse järeleandmisi kvaliteedi arvelt, sest rahastamine ei võimalda juhendeid täielikult järgida. Näiteks on demonstreeritud, et 2. tüüpi diabeediga patsientide nõuetekohane jälgimine perearstide poolt kulutaks peaaegu poole nende kogu nimistu uuringurahadest. Avalikult on raske tunnistada ka seda, et mitte kõiki ravivõimalusi ei ole haigekassa aktsepteerinud kui finantseerimist

väärivaid. Sisuliselt aga püütakse piiranguid seada: mitte lisada uusi teenuseid hinnakirja, mitte kõrvaldada varasemaid ebakõlasid j.m. Abi kättesaadavus on avalikkuses kõige tundlikum teema, see on tänapäeva Eestis tunnistatud prioriteetseks.

Nagu näha, peituvad vastused paljudele küsimustele poliitilistes valikutes, mida rahva valitud esindajad peavad tegema. Selgemaid lahendusi võimaldaks ühiskonnas selgeks vaieldud ideoloogia ning otsustus, kui palju on inimesed valmis ühiskatlasse andma ja siis tervishoiule kulutama. Madalad maksud on küll atraktiivne maksu maksmise hetkel, ent tuleb aru saada, et sellega kaasneb ka avaliku sektori, sealhulgas tervishoiu poolt pakutava vähenemine. Nii abiosutajad kui ka abivajajad peavad aktsepteerima, et iga tervishoiusüsteem seab piirid. Aga piirid peavad olema seatud õiglaste ja aktsepteeritavate printsiipide järgi.

Margus.Lember@kliinikum.ee