

Reformid Eesti tervishoius – edulugu ja õppetunnid

Väino Sinisalu – EA peatoimetaja

Käesoleva aasta aprillis-mais toimus kaks esinduslikku tervishoiureforme käsitlevat konverentsi: 26. aprillil korraldas haigekassa konverentsi teemal "15 aastat ravikindlustussüsteemi Eestis" ja 10. mail TÜ Kliinikum kevadkonverentsi teemal „Arengekavad Eesti meditsiinis 2000–2015". Eesti Arst teeb kokkuvõtte konverentsidel kõneldust.

Märtsist 1992 rakendus Vabariigi Valitsuse otsus, mis kinnitas haigekassa põhimääruse ja ravikindlustusmaks tasumise korra. Sellega käivitus Eestis kindlustusmeditsiin. Nagu meenutas haigekassa konverentsil **Georg Männik**, kes Eesti üleminekuaastatel töötas mitmel juhitaval kohal Tervishoiuministeeriumis, arenes idee kindlustusmeditsiini rakendamiseks samal ajal nõukogude aja lõpul küpsenud isemajandava Eesti (IME) kontseptsiooniga. Kindlustusmeditsiini põhimõtete kujundamisel oli eeskujuks Skandinaavia maades töötav sotsiaalse ravikindlustuse süsteem. Eesmärgiks oli kujundada Eestis majanduslikult isereguleeruv tervishoiusüsteem ja rakendada turumajandussuhteid tervishoius. Peamiseks finantsallikaks kavandati kohustuslik tervisekindlustusmaks, mida maksavad tööandjad. Nähti ka ette, et selle maksu arvel makstakse töövõimetushüvitisi. Pikkade arutelude tulemusena fikseeriti, et kohustuslik tervisekindlustusmaks moodustab 13% tööandja poolt väljamakstavast töötasust.

Samal konverentsil andis haigekassa juhatuse esimees **Hannes Danilov** ülevaate haigekassa arengust 15 aasta jooksul.

Algul asutati 22 iseseisvat haigekassat, mis kogusid oma piirkonnast ravikindlustusmaksu ning tasusid teenusepõhiselt raviasutustele. 1994. a loodi keskhaigekassa, mis hakkas maksu koguma

ja jagas seda maakondlikele kassadele pearaha alusel. 1999. a alates hakkas ravikindlustusmaks laekuma sotsiaalmaksu osana maksuametisse.

Avalik-õiguslik Eesti Haigekassa loodi 2001. a, algul oli sel seitse, 2004. aastast neli piirkondlikku osakonda. Haigekassa organisatsioonilised muudatused võimaldasid järjest vähendada selle tegevuskulusid ja 2006. a moodustasid kogu süsteemi tegevuskulud 1% haigekassa kogueelarvest. Samal ajal kogu riigi tugevnemise ja majanduse edenemisega paranes järjest sotsiaalmaksu laekumine ning kasvas oluliselt haigekassa eelarve: 2001. a oli see 4,5 miljardit, 2006. a - 8,9 miljardit krooni. Siiski on Eesti riigi kulutused tervishoiule tervikuna teiste euroliidu maadega võrreldes oluliselt väiksemad, moodustades eri aastati keskmiselt 5,1–5,3% SKTst. Haigekassasse laekuvast rahast kaeti tervishoiukulud 2005. a 67% ulatuses, inimeste omaosalus oli 20%, keskvalitus kattis 9% ja kohalik omavalitsus 1% tervishoiu kogukuludest.

Aastate jooksul on paranenud inimeste tervisekindlustatus (2001. a 93,5%; 2006. a 95,3% elanikest), kuid siiski on kindlustamata üle 5% Eesti rahvastikust. Haigekassa on regulaarselt korraldanud rahvastiku rahulolu-uuringuid. Arstiabi kättesaadavusega on viimaste aastate küsitluste põhjal rahul üle 50% elanikest (2002. a 50%; 2006. a 53%). Enam ollakse rahul osutatava abi kvaliteediga (2003. a 59%; 2006. a 66%).

H. Danilov tõi ka välja meie sotsiaalse ravikindlustuse süsteemi tugevad küljed: 1) rahavoog tervisehoiusektoris on nähtav, rahaallikad läbi paistvad ning laekumused stabiilsed; 2) tagatud on teenuseosutajate sõltumatus ja haigekassa suhtleb nendega lepingusüsteemi kaudu. Need põhimõtted sätestas 2002. aastast kehtiv tervishoiuteenuste korraldamise seadus. Samuti on tagatud

tervishoiukulude jälgimise võimalus nii töövõtjate kui ka tööandjate poolt. Selle süsteemi rakendamise kaasnivad paratamatult ka probleemid: süsteemi suured halduskulud, kulude keerukas ohjamine. Süsteem tervikuna peab suutma hinnata raha laekumist ja nõudlust teenuste järele vähemalt 3–4 aastat ette. Omaette küsimus on, kuidas tasustada teenuseid, kui need ületavad lepingumahu. Praegu tasustatakse neid koefitsiendiga 0,3.

Haigekassa konverentsil esines põhjaliku ettekandega „Euroopa tervishoiu finantseerimise süsteemid – võimalused ja väljakutsed Eesti regionaalses kontekstis” **Joseph Kutzin**, WHO Euroopa regiooni nõunik. Tema hinnangul on Eesti ravikindlustuse ülesehitus ja toimimine positiivseks kogemuseks kogu regioonis. Seda iseloomustab vajadusele vastav ja pidev areng, tervishoiu ümberkorralduste vastavus finantseerimise võimalustele ning see, et inimeste omaosalus tervishoiukulude katmisel jääb väiksemaks, kui võiks eeldada ühiskondlikust kogutoodangust tervishoiule eraldatud osa põhjal. Eesti Haigekassa tulemusele orienteeritud mudel on eeskujuks teistele maadele ravikindlustussüsteemide arendamisel.

WHO on seisukohal, et tervishoiu rahastamise süsteemid peaksid tagama 1) võrdsed võimalused ja kohustused nii panustajatele kui ka teenuse saajatele; 2) elanike kaitse tervisega seotud finantsriskide eest; 3) olema läbipaistvad ja tagama tervishoiusüsteemi efektiivse toimimise ning 4) rahastamissüsteemi haldamise kulutõhususe.

WHO Euroopa regioonis on riikide kaupa tervishoiu ja kogu avaliku sektori rahastamise küllaltki suured erinevused. Fiskaalpoliitilisest seisukohast on riikidel erinevad prioriteedid, Eestis on riigi osa avaliku sektori, sealhulgas tervishoiukulutuste katmisel teiste Euroopa riikidega võrreldes suhteliselt väike: J. Kutzini järgi on Eesti selles osas „väike riik” ja võrreldav Venemaa ja Ukrainaga.

Eesti eraldab rahvuslikust kogutoodangust tervishoiule (SKT) ligi 5%, samal ajal arenenud Euroopa riikides on see riigiti 6–8,5%. Selle tulemusel on Eesti inimeste omaosalus tervishoiukulude katmisel

suhteliselt suur ning see on aastate jooksul kasvanud. Nii oli 1996. a inimeste omaosalus 11,5% kogu tervishoiu kuludest; 2003. a juba 20,3%.

Siiski toob J. Kutzin huvitava tähelepaneku: kui üldine seaduspärasus on, mida väiksema osa SKTst eraldavad riigid tervishoiule, seda suurem on inimeste omaosalus, siis arvestades Eesti suhtelist eraldust SKTst, on omaosaluse protsent eeldatust väiksem (Poolas on eraldis SKTst sama mis Eestil, kuid omaosalus on 30%, Eestis 20%).

J. Kutzini arvates peaks Eesti tulevikus oma ravikindlustussüsteemi arendamisel silmas pidama järgmist: arvestades demograafilisi protsesse tulevikus – rahvastiku vananemist ja seega ka maksumaksjate arvu vähenemist –, tuleb edaspidi ravikindlustust planeerides leida sellele ka teisi rahastamisallikaid, et tagada mittepantustajatele kindlustatus tervisehäirete korral. Samuti peab riik leidma võimaluse kindlustada ka see osa rahvastikust (6%), kes on seni kindlustamata. Otsekohe tuleb rakendada meetmeid HIV-nakkuse leviku tõkestamiseks, et vältida tulevikus veelgi suuremaid kulutusi. Samuti tuleb leida võimalusi krooniliselt haigete inimeste finantsiliseks toetamiseks, et vältida nende langemist vaesusse, ja vähendada vaesema elanikkonna suhtelist omaosalust terviseteenuste eest tasumisel.

Ravikindlustussüsteemi arendamise kõrval oli Eesti tervishoiusüsteemi ümberkorraldamisel teiseks tähtsaks sammuks perearstisüsteemi loomine ja arendamine. Sellest rääkis haigekassa konverentsil prof **Heidi-Ingrid Maaros**.

Eestis on peremeditsiini loomisel lähtunud Euroopas rakendatud põhimõtetest: üldine (kõiki elanikke haarav) järjepidev, koordineeritud ja kogukonnale suunatud süsteem. Meil alustati 1991. a jaoskonnarstidele perearstiks ümberõppe kursustega ja ka õpetajate koolitusega. Tartu Ülikoolis asus 1992. a tööle peremeditsiini õppetool, samal aastal asutati ka Eesti Perearstide Selts.

Perearsti eriala põhimäärus anti välja 1993. a ja arstlike erialade nimekirja lisandus eriala perearst. Alates 1993. a on avatud peremeditsiini residen-

tuur. Esmatasandi arstiabi reguleerib 2001. a vastu võetud tervishoiuteenuste korraldamise seadus. Peremeditsiini eesmärk on tagada kättesaadav arstiabi kõigis vanuses inimestele, lahendada nende kõige sagedasemad terviseprobleemid, rakendades selleks mitmesuguseid laboratoorseid ja instrumentaalseid uurimismeetodeid. Perearstide nimistud haaravad praegu kõigis vanuses inimesi, ka vastusündinute osakaal perearstide nimistutes on suurenenud (1999. a oli perearstide hoole all 56% vastsündinutest, 2002. a 83%). H-I. Maaros refereeris 2003. a tehtud uuringut, mille järgi enamiku sagedasemaid terviseprobleeme lahendab perearst: esmatasandil lahendatakse 88% hingamiseldite haigustega, 54% südamevereringehäiretega, 42% luu-lihaskonna ja sidekoe haigustega seotud juhtudest.

Regulaarselt on tehtud haigete esmatasandi arstiabiga rahulolu uuringuid. Nende alusel võib väita, et inimesed on perearstisüsteemi omaks võtnud ja enamasti sellega rahul. Võrreldes endise jaoskonnarstide süsteemiga arvab 86% vastanutest, et perearstide ravimeetodid on muutunud ajakohasemaks. 75% hindab uurimisvõimalusi paremaks ja 75% on veendunud, et perearstid tegelevad varasemast enam paljude terviseprobleemidega.

Perearstiabi kättesaadavus on paranenud: 2004. a pääses 60% abivajajatest samal päeval arsti juurde, 31% pidi 3–4 päeva ootama. Kasvanud on rahulolu perearstidega: 2003. a oli sellega rahul või üldiselt rahul 88%, 2005. a 91% vastanuist. Siiski on abiga rahulolu piirkonniti erinev: kui 2002. a oli 96% Lõuna-Eesti elanikest rahul esmatasandi arstiabiga, siis Tallinnas oli sellega rahul vaid 71% vastanutest. Teistes piirkondades kõikus rahulolijate hulk 87–88% piires. Võrreldes 1998. aastaga oli kõigis piirkondades elanike rahulolu kasvanud ligi 10% võrra.

Praeguseks on esmatasandi nimistute piirarv 840, meil on 1025 sertifitseeritud perearsti, neist 844 on nimistu omanikud. Välismaal töötas 2007. a 21 nimistu-omanikku, keda asendasid asendusarstid.

Residentuuri, mis kestab 3 aastat, on lõpetanud praeguseks 88 perearsti, doktorikraad on 7 pere-

arstil. Meie esmatasandi arstiabi on arendatud komplekselt: tagatud on spetsialistide koolitamine, kehtib kindel ja arusaadav perearstide rahastamisüsteem. Kõrvuti perearstide õpetamisega tehakse ülikoolis ka sellealast teadustööd. Tulevikus on H-I. Maarosi hinnangul vaja residentuuri lõpetanud perearste enam motiveerida töötama Eestis, suurendada residentuuri kohtade arvu 25ni ja kaasata praktiseerivaid arste teadusprojektidesse senisest enam.

Kõrge hinnangu Eesti perearstisüsteemile andis oma ettekandes prof **Rifat Atun** Londonist. Ta nimetas perearstisüsteemi arengut Eesti edulooks ning näitas südame-veresoonkonna haiguste ja astmahaigete käsitluse näidete toel, et selle rakendamisel on paranenud abi kvaliteet, vähenenud on vajadus haigete hospitaliseerimiseks ja kasutusel on tänapäevased tõendus põhised ravimeetodid.

Uue finantseerimissüsteemi juurutamine, mille järgi raviasutustele tasuti tehtud töö eest, ja esmatasandi arstiabi areng tingisid ümberkorraldusi ka haiglate töös. Selle tulemusena vähenes hospitaliseeritute arv ja haiglad pidid oma töös lähtuma haigekassa lepingute mahtudest. Üle lepingu mahu ravitud haigusjuhud jäid enamasti tasustamata. Oluliseks meditsiinkorralduse instrumendiks sai hinnakiri. Viimane soosis eelkõige uuringuid ja operatsioone, tasu voodipäeva eest oli suhteliselt väike. Finantsraskustesse jäid väiksemad haiglad, kus tehti vähem uuringuid ja protseduure.

Arusaadavalt pälvisid need ümberkorraldused suurt kriitikat ja ka teenuste hinnad polnud sageli vastavuses tehtava töö kulukuse ja mahuga. Kujunes ka omamoodi nähtus, mida nimetati võidurelvastumiseks – raviasustused püüdsid hankida võimalikult rohkem aparatuuri, et saada mahukamaid haigekassa lepinguid. Alati ei toonud see endaga kaasa paremat kvaliteeti. Oluliselt vähenes haiglate voodifond ja vähenes ravil viibimise kestus.

Kõikidele raskustele ja mitte alati adekvaatsetele otsustele vaatamata arenes Eesti tervishoid jõudsalt edasi: kasutusele võeti moodne tehnoloogia

ja ravidiaagnostilised meetodid, moderniseeriti ravisutuste olmetingimusi. Kahjuks sai see teoks osaliselt ka personali madalate töötasude ja suure psühhomotsionaalse stressi arvel.

Aastaks 2000 oli areng jõudnud sellesse etappi, et oli vaja hakata ümber korraldama eriarstiabi ja planeerima investeeringuid haiglahoonetesse. Kogemusi ja saavutusi selles vallas kajastas kliinikumi konverents.

Ülevaatega eriarstiabi reformimiseks ja haiglavõrgu ümberkorraldusest esines **Tarmo Bakler**.

Esimeseks sammuks sellel teel oli Skandinaavia maade spetsialistide koostatud "Hospital Master Plan" (HMP), mis esitas vastavad soovitusel kuni aastani 2015. Nad lähtusid Rootsi ja Norra kogemustest ning demograafilistest suundumustest Eestis. HMP soovitas luua Eestis 4 tervishoiupiirkonda, kus tegutsevad keskhaiglad: Ida- ja Lääne-Tallinnas, Pärnus ning Kohtla-Järvel/Jõhvis. Üldhaiglad paikneksid Järvamaal, Läänemaal, Rakveres, Narvas, Kuressaares, Viljandis, Võrus. Lisaks soovitati välja arendada 2 regionaalhaiglat Tallinnas ja Tartus, kus osutatakse spetsialiseeritud abi kõigil erialadel. Haiglate paiknemisel lähtuti nende kaugusest abivajajatest, kes peaks vajadusel haiglasse jõudma vähemalt 1 tunni jooksul. HMP sai ka kohati terava kriitika osaliseks, kuna seal ei arvestatud juba väljakujunenud regionaalsete tõmbekeskuste olemasolu ega paljusid regionaalarengu asjaolusid. Siiski kiitis valitsus 2000. a mais HMP heaks ning tervishoiuteenuste korraldamise seaduses 2001. aastast olid määratletud ka haiglaliigid.

HMP soovitude kohaselt loodi Tallinnas 2 keskhaiglat, Ida-Virumaa seni tegutsenud haiglad liideti, alustati TÜ Kliinikumi ja regionaalhaigla arengukavade koostamist ning viidi lõpule Pärnu Haigla ehitus. Edasise arutelu tulemusena otsustati säilitada Valga ja Hiiumaa haigla üldhaiglatena ning omaette haiglaliigina peaksid eksisteerima kohalikud haiglad, kus on 24tunnine arstivalve.

Valitsuse määrusega kinnitati aprillis 2003 haiglavõrgu arengukava ja seda täiendati 2004. a.

Selle kohaselt on Eestis **3 regionaalhaiglat**: Põhja-Eesti regionaalhaigla, TÜ Kliinikum, Tallinna Lastehaigla; **4 keskhaiglat**: Ida-Tallinna Keskhaigla, Lääne-Tallinna Keskhaigla, Ida-Viru Keskhaigla ja Pärnu Haigla. **Üldhaiglad** on Järvamaa, Läänemaa, Rakvere, Narva, Kuressaare, Viljandi, Võru, Valga ja Hiiumaa haigla. **Kohalikud haiglad** on Jõgeval (alates 2007. a) ning tulevikus ka Põlvas ja Raplas.

Kokku peaks Eestis olema 3600 haiglavoodit. Sotsiaalministeeriumi 2006. a hinnangul on akuut-ravi haiglate investeerimisvajadus lähiaastatel 9,7 miljardit krooni, mis katab nii uute ehituste kui ka vanade renoveerimisvajaduse. Akuut-ravi haiglate ümberkorraldus eeldab samal ajal hooldus- ja järelevaatusarengut. Seda on võimalik teha seniste haiglate baasil.

T. Bakler rõhutas, et praegu on olemas metoodika haiglate tegevuse ja investeerimisvajaduste hindamiseks. Arengukavade koostamine annab täpsemad raamid ümberkorralduste elluviimiseks ja erinevate osapoolte arvamused konsolideerimiseks, samuti aitab kaitsta riiklikul tasandil tervishoiusüsteemi huve ning investeerimistaotlusi.

Konverentsil esitatud ettekannetest koorus ka mõte, et arengukavad ei saa olla dogmad ja olude muutumisel (arstide nappus, elanikkonna vananemine ja migratsioon) tuleb ka seal teha korrektiive. **Urmas Lepner** analüüsis kirurgilise ravi mahtusid Eesti eri haiglates. Eesti 8 üldhaigla teeninduspiirkond on vähem kui 40 000 elanikku. Sellest piirkonda teenindava haigla erakorraline töö on vägagi napp: 24 tunni jooksul on EMOs keskmiselt 13 haiget, neist 3 hospitaliseeritakse. Nädalas tehakse keskmiselt 2 erakorralist operatsiooni: ägeda apenditsiidi tõttu kord nädalas, ägeda koletsüstiidi tõttu kord 10 päeva jooksul, seedetrakti verejooksuga haiget ravitakse 1 korral 3 nädala jooksul. Kindlasti on selline töömaht väike, et tagada arstide professionaalsete oskuste säilimist ja ravikvaliteeti, tööjõu ja aparatuuri rakendamise kulutõhusus on väike. Need andmed on kindlasti heaks aluseks edasise tegevuse planeerimisel.

Üldhaiglate probleeme vaagis konverentsil Võru haigla peaarst **Rein Kermes**. Arengukava on aluseks, millele tuginedes haigla koostab oma arengukava ja edasise tegevusprogrammi, millega on seotud varustatus tööjõu ja aparatuuriga, investeeringud hoonetesse jm. Haigla juhid eeldavad, et arengukava kinnitades võtab riik ka endale kohustuse toetada selle elluviimist. Paraku aga on Lõuna-Eesti, Valga ja Põlva haigla funktsionaalsed arengukavad esitatud Sotsiaalministeeriumile juba juulis 2006, kuid seni ei ole neid ilmselt läbi loetud ega nende suhtes seisukohta võetud. See jätab aga need asutused ebamäärasesse olukorda. R. Kermes rõhutas (ilmselt on see kõigi üldhaiglate juhtide seisukoht), et kui haiglate arengukava kehtib, tuleb ka kõiges selle järgi talitada. Kui olemasolev kava ei sobi, tuleb sellest ka selgelt kõigile asjaosalistele teada anda ja selle kehtivus lõpetada. Viimasel juhul tuleb esitada uus arengukava, et asjaosalised saaksid end uute oludega kohandada.

Nagu rõhutas Urmas Siigur, ei esitata kliinikumi konverentsil õigeid või valesid arvamusi, kõigil on oma arvamus.

Korraldajad olid palunud esinema ka staažika arsti, haigla juhi ja tervishoiukorraldaja **Peeter Mardna**. Tema esitas oma arvamused ja hinnangul seni tehtud ümberkorralduste kohta. Üld-

hinnanguna arvas ta, et meie meditsiinil on läinud häbematuult hästi eeskätt tänu meedikutele, kes on osanud oma tööd hästi teha. Kindla materiaalse aluse meie meditsiinisüsteemile andis kindlustusmeditsiini juurutamine. Olulisemaks vaelearevestuseks tervishoiu arengu kavandamisel osutus P. Mardna hinnangul 1990ndatel vastuvõtu vähendamine arstiteaduskonda. Asjaomased instantsid ei arvestanud arstiteaduskonna dekaani Ants Peetsalu argumenteeritud väiteid, et selline vastuvõetute arvu vähendamine maksab end hiljem arstide puudusena teravalt kätte. Positiivsete arengusuundade kõrval, mida võimaldas meditsiinitehnika areng ja kitsam spetsialiseerumine, on negatiivne see, et kannatab arsti-patsiendi usalduslik suhe. Tervishoiutöötaja muutumine teenindajaks ja raviprotsessi vaatlemine tervishoiuteenusena ei jäta arstile piisavalt aega ega motivatsiooni tegeleda patsiendi kui haige inimesega, selle all kannatab kindlasti ravitulemus.

Seniseid ümberkorraldusi Eesti tervishoius ei saa vaadelda mustvalges spektris. Edusammude kõrval on vaelearevestusi, möödalaskmisi ja puudulikke lahendusi. Peamine õppetund on see, et ajad ja olud muutuvad kiiresti, nendega tuleb kohaneda. Lahenduste leidmine on võimalik vaid kõigi asjaosaliste koostöös ja see peab põhinema olemasoleva olukorral kanel ja objektiivsel analüüsil.

eestiarst@eestiarst.ee