

# Ralf Allikvee: Eesti tervishoid vajab tugevat liidrit

Eesti tervishoid vajab tugevat liidrit ja pikaajalisi tarku otsuseid, et see oleks jätkusuutlik ja praegused tipparstid tahaksid ka kümne aasta pärast siin töötada, rääkis Ida-Tallinna Keskhaigla juhatuse esimees Ralf Allikvee Med24 toimetajale Madis Filippovile.

## Kuidas tuleks reformida Eesti tervishoidu, et see oleks pikas perspektiivis jätkusuutlik nii rahastamise kui ka kvaliteedi ja kättesaadavuse mõttes?

Haigekassa rahastatava tervishoiu ulatus peab lähtuma sellest, kui palju on raha, mida eraldada. Meie riigi suurust arvestades on selge, et tänasel tiptasemel ei suuda riik kogu praegust võrku üleval pidada. Haiglaid on liiga palju, perearstiabi on kasvanud muust tervishoiuvõrgust lahku ja puudub terviklik ettekujutus, milline peaks Eesti tervishoid olema.

## See teema on viimasel ajal väga aktuaalne. Kas Teil on usku, et see ettekujutus hakkab tulema?

Kahjuks ei ole Eesti tervishoius pikka aega olnud liidrit. Samuti oli algusest peale selge, et ministeeriumi vahepealne üritus, kus üks Tallinna ja üks Tartu haigla korrastavad kogu Eesti tervishoiuvõrgu, pole kuigi elujõuline. Tartu Ülikooli Kliinikum Eesti suurima tervishoiuasutuse suudab küll katta Lõuna-Eesti 450 000 inimese ravivajaduse, aga Eesti suuruselt kolmas tervishoiuasutus – Põhja-Eesti Regionaalhaigla – ülejäänud 850 000 inimese ravivajaduse katmisega kuidagi toime ei tule.

## Poliitikud on öelnud, et haiglavõrgu arengukava haiglad teevad tööd kallimalt kui erameditsiin. Millist rolli neile näete?

Kui ma saaksin kogu aeg kirsid ja vahu-koore endale, siis tõesti saaks odavalt tööd teha. Haiglavõrgu arengukava haigla peab aga töötama ööpäev läbi 365 päeva aastas ja tagama abi kõikidel tasanditel. Ma pole maailmas selliseid näiteid kohanud, kus erameditsiin neid asju kuidagi odavamalt teeks. Vastupidi, paljudel juhtudel kipub teenus minema kallimaks. Mul ei ole erameditsiini vastu midagi, aga normaalne oleks meie



Ralf Allikvee

Foto: Ida-Tallinna Keskhaigla

vaese riigi juures see, et need, kes tagavad arstiabi, saavad teha maksimumi.

## Mida arvate efektiivsuse suurendamise jutust?

Mustlasel oli kah hobune, keda ta kogu aeg piitsutas ja kellele ta süüa ei andnud. Efektiivsus oli suur, aga ühel hetkel kukkus hobune maha ja enam ei tõusnud. Oleme tõhususega jõudnud tippu, olles viimase kümnendi jooksul Euroopa riikidest efektiivsuse poolest stabiilselt esimene või teine. Alati võiks leida koha, kust mõni sent kokku hoida, aga see tähendab, et kuskilt mujalt võib asi rebenema hakata. Me oleme väga väikese rahakotiga suutnud saada tippvarustuse ja inimesed tiptasemel koolitanud. Ent veel tõhusamaks tegemist ma ette ei kujuta. Igal asjal on piir. Meie töökoormus võrreldes Soome kolleegidega on üüratu. Samas pole praegu arstil mingi probleem minna üle lahe, kus tööd on poole vähem ja palk 3–4 korda kõrgem.

## **Mida tähendab haiglate see, kui vähendatakse lisatöö koefitsienti?**

Tähendab, et järjekorrad pikenevad ja kättesaadavus halveneb. Koefitsient viiakse 0,3 pealt 0,2 peale, aga meil on juba ravimite ja meditsiinitarvikute osakaal kuludest 0,27. Sinna tuleb statsionaaris juurde söök, voodipesu ja veel mitmed vahendid. Kokkuvõttes, kuna palgafond ei muutu, ruumid on soojad ja valged, oleks reaalne tegelik otsekulu 0,4–0,45. Koefitsiendi 0,3 kannatasime välja, sest inimesed ju vajavad arstiabi, ja kui oleksime seda vähendanud, siis oleks plaanilises järjekorras olnud patsientide ravi lükkunud väga kaugele. Samas suureneb üha enam erakorraliste patsientide osakaal.

Praegune suund on teha järjest enam ambulatoorseid vastuvõtte. Ambulatoorse töö suurendamine aga tähendab, et selle käigus avastatakse rohkem patsiente, kes vajavad statsionaarset ravi. Sel aastal vähendati seevastu statsionaarsete juhtude arvu 6 protsendi võrra. Kui koefitsient tõesti 0,2 peale läheb, siis ei ole enam mingit õigustust teha ületööd. Seda eriti, et on erialad, kus inimlikust seisukohast tuleb tegutseda niikuinii, kuigi saadakse otsest kahjumit. Üks selline eriala on näiteks onkoloogia. Vähihaigel pole võimalik järjekorras oma aega oodata. Ta saab õigel ajal ravi või pole ravil enam üldse mõtet. Minu jaoks oli seda väga valus kuulata, kui minister ütles, et ületöö on haiglatele äriiselt kasulik.

## **Mis mõtteid see rahandusministri väljaütlemine tekitab, et tervishoiu rahastamises struktuurset probleemi pole ja lisaraha ei tule?**

Minu jaoks on see üllatav. Kas rahandusminister haigekassa nõukogu liikmena saab aru, mis tervishoius üldse toimub? Selleks, et haigekassa eelarve oleks tasakaalus, peaksime tunduvalt vähendama osutatavat arstiabi, peaksime vähendama haiglate arvu. On öeldud, et katmata ravivajadus on 74 miljonit eurot, mina ütlen, et oleme võimelised 100 miljoni euro eest rohkem tegema ja nõudlus selle töö jaoks on olemas. Kui minister, kes peaks teadma rahandusasju, räägib, et kõik on korras, raha pole juurde vaja, siis tekivad mul tõsised kahtlused nii tema nõunike kui ka temas enda suhtes.

## **Tallinna haiglad teevad miljonite eurode eest ületööd oma raha eest. Samas räägivad eriarstid, et nendeni jõuab palju n-ö mitteprofiliseid patsiente.**

## **Mida peaks tegema, et eriarsti juurde jõuaks patsient, kes tõesti peab tema juurde jõudma?**

Eestis on perearsti- ja eriarstiabi kahjuks täielikult lahku kasvanud. Kui pole koostööd, siis paratamatult jõuab patsient valesse kohta. Vähemalt 50 protsenti erakorralise meditsiini osakondade patsientidest võiksid minna perearsti juurde. Lisaks oleme loonud palju erinevaid IT-süsteeme, mis omavahel eriti suhelda ei taha. Ka meie sotsiaalhoolekanne vajab korrastamist. Kuna hoolekodusid on väga vähe, satuvad sageli üksinda elavad vanad inimesed haiglasse näiteks vigastusega, mida oleks saanud hooldekodus elades vältida. See on haiglatele suur kulu.

Meie n-ö kompetentsikeskused räägivad, et keskhaiglates ravitakse haigeid, kes justkui peaksid olema Sütiste teel või Tartus, kuid see asi ei ole nii lihtne. Kui räägime kompetentsikeskusest Euroopa mõistes, siis pole Eesti riigis ühtegi kompetentsikeskust. Eestis võib rääkida keskustest, kus on olemas spetsialistid ja varustus selleks, et teha heal Euroopa tasemel diagnostilist ja ravitööd. Meie Ida-Tallinna Keskhaiglas (ITK) ei ravi vähihaigeid kuidagi halvemini, kui seda tehakse Sütiste teel. Samas on meil veel mitmeid erialasid, kus meie tulemused on väga head.

## **Seoses haigekassa eelarvega on välja käidud, et vähem võiks olla dubleerimist ja n-ö võidurelvastumist. Ka arstide päevadel toodi välja, et näiteks onkokirurgia keskusi on liiga palju. Milliseid võimalusi näete koostöökste suurte haiglatega?**

Regionaalhaiglaga meil koostöö toimub. Näiteks käivad nende inimesed meie konsiiliumites. Meie haigla teeb seda, mida suudame, ja kui vaja, siis läheb haige regionaalhaiglasse. Samas arvatakse, et kui on n-ö kõrgem kast, siis võib teha ainult mõnusat asja, tippasja, aga arvestades Eesti väiksust ja seda, et meil pole ühtegi Euroopa mõistes kompetentsikeskust, on väga head tegijad ka keskhaiglates.

## **Milline roll on või peaks olema haiglate võrgustumisel Ida-Tallinna Keskhaiglal?**

Riigi senine otsus on, et võrgustumist teevad kaks haiglat. Nagu ma ütlesin, ei ole regionaalhaigla kogu Põhja-Eestit suuruselt kolmanda tervishoiuasutusena Eestis võimeline võrgustama. Me pole seni küll võrgustajana ametlikult kaardil, aga nüüd on esimest

korda meie haigla nende hulgas, kellega piirkondliku kättesaadavuse juures arvestatakse. ITK-l on sõlmitud koostööleping Järvamaa ja Kuressaare haiglaga. Tihedam koostöö on Kuressaarega, kus pakume neuroloogi ja reumatoloogi teenust. See, mis Kuressaares toimub, on juba tegeliku võrgustumise alge. Normaalne võrgustamine ongi see, kui kohapeal on väga head esmatasandi spetsialistid, kes on eelnevalt patsiendid ette valmistanud, neid uurinud, ning eriarstid käivad kohal 2–4 korda kuus. Maakonnahaiglate jõuline ülevõtmine on ju pigem kontsernistumine, mitte võrgustamine. Tõenäoliselt oleks ka meie haigla osalenud võrgustumisel, kui oleks õigel ajal loodud Tallinna haigla, aga see õige aeg on mööda lastud.

### Tallinna haigla on nüüd loomisel. Mis-suguse muudatuse võiks see tuua?

Haigla on töötav organism, kus kõik töötajad, uksehoidjast asutuse juhini, mõistavad üksteist ja peavad seda oma haiglaks. Kui süsteemis on „meie“ olemas, saab rääkida järgmisest etapist. Kui tekkis ITK, siis läks umbes viis aastat aega, et tekiks meie-tunne. Praegu tegeleb meie omanik [Tallinna linn – toim.] betooniga. Kui uus hoone on valmis, lähevad kaks erineva kultuuriga haiglat sinna sisse. On kurb, et ei alustatud sellest, kuidas Tallinna haiglat ühtse organismina praegustes hoonetes tekitada. Sellega kaotavad kõik – patsient ja töötaja.

Käimas on kohtumised osakondade tasandil, seetõttu saatsin omanikule küsimuse, kas tehakse funktsionaalset haiglat, kus pannakse kõik ühtlaselt paika, või tehakse erialakeskset haiglat, kus iga eriala seal betooni sees on omaette kuningriik. Kahjuks ei ole ühtset Tallinna tervishoiu kontseptsiooni. Näiteks peaks nüüdseks olema paika pandud, kus on tervisekeskused, missuguste eriarstide vastuvõtud seal on, mis hakkab toimuma praegustes hoonetes, mis jäävad Tallinna haigla valmides alles jne.

### Kuhu sobitub võrgustumise ja Tallinna haigla kõrval haigekassa piirkondliku kättesaadavuse printsiip?

Haigekassal on rahastamisprobleem. Võrgustumine on üks viis anda suurtele haiglatele, kel on tippspetsialistid, võimalus teenida lisaraha. Väiksematele haiglatele annab see võimaluse, et kohalik inimene saab samal tasemel eriarstiabi nagu keskuseski. Kõikide nende protsesside juures on probleem selles, et Eesti tervishoiu pole pikka aega olnud

juhti. Seetõttu hakkas haigekassa tegema seda, mida ta ei pea tegema – tervishoidu korraldama. Sotsiaalministeerium ise sellega ei tegelenud. Ent kui haigekassa asja ette võttis, siis ministeerium isegi ründas teda. Miks rünnata? Need on ju hädaoperatsioonid, et midagi veel alles jääks.

Eesti tervishoidu on vaja tugevat isikut, liidrit, ja väga tarku otsuseid, et ka veel kümne aasta pärast tahaksid tipparstid Eestis olla. Kui tipud kaovad ära, siis on ka tase läinud. Praegu ei suudeta või ei taheta midagi otsustada. Pärast valimisi tuleks valusad otsused kohe ära teha, sest siis jõuab enne uusi valimisi näha ka nende positiivset tulemust. Kui esimesel aastal otsuseid ära ei tee, siis kolmandal kindlasti mitte. Iga reformiga võivad algul ju mõned asjad olla halvemad kui varem.

Tervishoid peaks olema igapäevasest parteipoliitikast kõrgemal. Nagu riigikaitse. Tervishoiu peab olema liider, kes ei pea olema minister, aga ta peab olema piisavalt kõrgel positsioonil. See ei saa olla haigla juht, sest tema saab selle eest palka, et tema haigla oleks tasemel ja ta näeb eelkõige oma haigla rolli. Praegu hooldab igaüks oma murulapikest, aga riigis peaks keegi vastutama selle eest, et lapikestest moodustuks tervik. Viimase aasta personalimuudatused Sotsiaalministeeriumis lubavad loota, et vahest võtab ministeerium endale Eesti tervishoiu tervikliku korraldamise funktsiooni tagasi. Ma tõesti loodan, et nii läheb.

### Käimas on kollektiivlepingu läbirääkimised. Mis osas peate mõistlikus näiteks töö- ja puhkeaja, öötöö, valvete jms puhul liikuda lähemale tervishoiutöötajate soovile?

Kust tulevad vahendid, et üksteisele lähemale liikuda? Ma istun kahel toolil, sest olen siiani tegevvarst. Seetõttu on mul väga raske panna end ainult lihtsalt tööandja rolli. Tööandjana saan vahendada neid võimalusi, mida saame haigekassa lepingust. Meie majas oleme need võimalused maksimaalselt ära kasutanud. Praeguste poliitiliste suundade ja rahastamise juures ei näe ma võimalusi rahuldada töötajate nõudmisi. Minister tõi viimati välja, et arstide keskmine palk on 2750 eurot. See aga tähendab töötamist 1,5 ja suurema koormusega. Arstid, õed ja hooldajad teevad rohkem tööd, kui on normaalne. Nad kulutavad ennast. Arsti 1,0 töökoormuse eest saadav palk ei ole kaks Eesti keskmist palka. Võrrelda tuleks võrreldavaid asju.