

Aktuaalne intervjuu

Jõnksud Eesti tervishoiusüsteemi arengus

Oma seisukohti jagab sotsiaalteadlane professor Marju Lauristin.

Euroopa Liidu 25 liikmesmaa hulgas torkame silma madala keskmise eluea ning meeste suure suremusega. Võrreldes arenenud Euroopa riikidega on meil suremus südame-veresoonkonnahaigustesse ning traumadesse üle kolme korra suurem. Plahvatuslik on meil olnud HIV-infektsiooni levik. Eestis eraldatakse tervishoiukulude katteks ca 5% rahvastiku koguproduktist. See on väikseim näitaja teiste euroliidu maadega võrreldes.

Iseseisvusaja vältel ei ole meie rahva tervise näitajad paranenud, lisaks oleme olnud saamatud uute väljakutsete – HIV-nakkuse ja ravimiresistentse tuberkuloosi leviku – ees.

Sotsiaalteadlane prof Marju Lauristin oli taasiseseisvunud Eesti esimene sotsiaalminister 22. oktoobrist 1992. a kuni 20. septembrini 1994. a. Toimetus palus prof M. Lauristinil hinnata meie tervishoiu arengut ja omal ajal kavandatud muutuste realiseerumist tegelikkuses. Küsitles peatoimetaja Väino Sinisalu.

Marju Lauristin (**ML**): Kui ma ministrikohale asusin, olid uuendused tervishoiusüsteemis juba käima lükatud – ravikindlustussüsteem töötas. Meie nägime tervishoiu vallas oma tähtsaima ülesandena esmatasandi arstiabi ümberkorraldamist. Perearstisüsteemi loomisega soovisime arstiabi ja arsti inimesele lähedale tuua. Märksõnaks oli tookord *public health* – rahva tervis, terviseedendus. Soovisime, et selle ülesande lahendus oleks tervishoiusüsteemi sees. Ideaalmudeliks oli meile Soomes ja Rootsis toimiv süsteem, selle praktilise rakendusega käisime kohepeal korduvalt tutvumas. Perearst pidi olema meie kujutluse kohaselt tõeliselt pere arst ning tema töö oluline osa ennetus. Seda tööd ei saa kuidagi muuta hinnapõhiseks ning haigekassa hinnakirja järgi kinni maksta. Seepärast oli esimese tervishoiukorralduse seaduse kohaselt omavalitsuste ülesanne esmatasandi arstiabi korraldamine, rahva

tervise eest hoolitsemine ja nad pidid ka selle eest maksma. Perearst pidi tunnetama, et ennetusega tegeledes ei näpista ta raha nende arvelt, kes ravi vajavad. Kahjuks on järgnevate aastate jooksul omavalitsuse kohustus esmatasandi tervishoidu toetada seadusest välja pudenenud ja haigekassa pearahasüsteem peab katma enamiku perearsti kulutustest. See on selgelt ebapiisav.

Praegu on probleemiks ka perearsti kättesaadavus. Arst on samuti inimene ja vajab puhkust, kuid tuleb tagada teenuse konsolideerumine, et abi oleks ööpäev ringi kättesaadav. See oleks saavutatav perearstide koondumisega perearstikeskustesse, infotelefoni jms tagamisega. Jällegi peaksid selle eest ha seisima eelkõige munitsipaalorganid.

Kõik ei ole korras ka perearsti-eriarsti-haigla koostöös. Info liikumine on mõnigi kord vaid ühesuunaline, perearstilt edasi. Tagasiside on enamasti lünklik. On palju häid näiteid, kus perearst on tõeline pere arst. Kahjuks on ka vastupidi – perearst on endine polikliiniku töötaja, puudub inimese ja arsti usalduslik vahekord. Inimene ei tunnetata, et perearst hoiab tema tervisel silma peal: teeb vajalikud kaitsepookimised ja tervisekontrollid. Siiski peab kahjutundega nentima, et meie perearstisüsteem tervikuna ei ole veel soovitud arengutasemele jõudnud. Süsteemi areng pidurdus ka Tallinna-Tartu vastasseisu tõttu. Tartus ja Lõuna-Eestis läks perearstisüsteem kohe käima, Tallinnas puigeldi sellele algul vastu, tekkis palju väärarusaamu ja ka paksu verd. Nii on ka praegu Tallinnas enam inimesi, kes ei tunnetata, et neil oleks pere arst. Selline Tallinna "arengupuue" mõjus kogu perearstisüsteemi arengule halvasti.

Väino Sinisalu (**VS**): *Ministrina arstidega kohtudes ja tervishoiuprobleeme arutades väitsite alati, et Te vaatate probleeme patsiendi poolelt. Kuidas arvate*

nüüd, kas patsient saab meie tervishoiusüsteemi usaldada?

ML: Inimesed vajavad ühiskonnas sotsiaalset võrgustikku, süsteemi, toetust, usaldust, kindlustunnet. Miks makstakse ravikindlustusmaksu? Selleks et olla kindel, et vajaduse korral osutatakse õigeaegset ja kvaliteetset arstiabi. Kahjuks praeguse süsteemi juures ei saa inimene olla kindel selles, et kui temal või pereliikmel midagi juhtub, on arstiabi kindlustatud. Kõigile on selgeks saanud, et raha ei jätku. Rahvas ei usalda tervishoiusüsteemi, on vähenenud ka usaldus arstide vastu. Seda on võimendanud kaks tegurit: kõigepealt mõistuseeta totaalne turumajanduslik mõtlemine, et ost-müük ja raha paneb kõik paika. Paneb küll, aga tulemus ei pruugi alati olla rahuldav. Teiseks lähenetakse tervishoiuprobleemidele ülemäära politiseeritult: tervishoid ja haridus on valdkonnad, mida ei tohi politiseerida.

Peab ütleva, et mõnigi kord õõnestavad arstid ise oma usaldusväarsust. Meenub mõne aasta eest eetris olnud raadio otsesaade, kus koos ühe tuntud ja lugupeetud arstiga vastasime kuulajate küsimusele. Mida vaene haige inimene peab arvama, kui arst talle otsesõnu vastab, et võite minu poole oma haigusega pöörduda küll, aga ma ei ole kindel, et teie raviks raha jätkub? Arstid on hakanud patsiente kasutama surveabinõuna. Seda, et raha ei jätku, tuleb arutada omavahel ministri kabinetis või seal, kus rahaasju otsustatakse. Praegu on tervishoiu rahastamise küsimuses suhted arstkonna, avalikkuse ja võimu vahel väärastunud. See ei ole kellelegi kasulik.

Mulle tundub, et omal ajal haigekassa süsteemi käivitades ja Saksa süsteemi vaimustusega üle võttes jätsime ühe momendi märkamata. Nimelt süsteemi põhialuse – see põhineb ühiskondlikul leppel ühelt poolt haigekassa ja maksumaksja, teiselt poolt haigekassa ja arstide ning raviasutuste vahel. Meil neid leppeid ei ole, sellest ka segadus teenuste hindade ja arstide-õdede palkadega. Normaalne oleks, et arstid ja õed lepivad haigekassaga kokku, milline on palga osa teenuse hinnas.

Samas on selge, et riigi kohus on investeerida tervishoidu, et oleks tagatud selle infrastruktuur. Esi-

meses tervishoiukorralduse seaduses oli see raudne printsiip – rusikareegel. Ideest, et kõik tervishoiukulud oleks kaetud haigekassa teenuse hinnaga, võib aru saada, kuid siis peavad haigekassa võimalused olema suuremad. Kui vaatame meie praeguste tervishoiukuluste osa SKPst, siis on see häbiväärselt väike – veidi üle 5%. Kui olin minister, pidasime oluliseks mõne aasta jooksul jõuda 6%ni. Kuid 10 aastat hiljem on see veelgi väiksem. Samas on tervishoiustatistikat vaadates selge, et katastroof on lähedal – AIDSi plahvatuslik levik, madal keskmine eluiga, suur suremus südame-veresoonkonnahaigustesse. Riik peab leidma lisaraha tervishoiule, mis on üks komponent inimese põhiturvalisusest (*basic security*), ning riigi kohus on seda tagada. Omal ajal võeti õige suund tervishoiupoliitika kujundamiseks, kuid vahepeal on siin toimunud mingid jõnksud, mängisid siin rolli kas grupihuvid, lihtsalt teadmatus või midagi muud, kuid mingid mehhanismid on vales suunas käima läinud.

Tulemus on see, et riik ei ole oma peamist ülesannet – tagada kodanike põhiturvalisus – täitnud. Viimase tagamiseks saab riik raha maksumaksjalt. Nüüd kavandatava üksikisiku tulumaksu vähendamisest tulenev lisatulu, mida tahetakse näidata suure süllekkunud õnnena, on liialt väike, et ka osaliselt katta tervisehäirega kaasnevaid lisakulutusi. Meil on millegipärast juurdunud arusaam, et hea riik on hästi lihtne ja odav. Kas oleme veendunud, et hea king ja ülikond on hästi odav? Igatahes kui vaatame riike, mis meile meeldivad (Soome, Rootsi, Saksamaa), on seal kulutused tervishoiule 7–8% SKPst. Seal on mõistetud, et inimene ootab riigilt oma turvalisuse tagamist. Inimesel peab olema tagatis, et kui ta on tervisega hädas, kukub auku, saab ta abi, mitte lohutust, et aidataks küll, kui oleks raha.

VS: *Viimasel ajal on järjest enam kõneainet andnud meie arstide (eriti noorte) ja õdede siirdumine välismaale tööle ning vanemaeliste arstide suur osakaal, millest tulenevalt ootab meid lähiaastatel tõsine arstide puudujääk. Teie kommentaar.*

ML: Ühiskond peab jälgima, et ravikindlustuse raha läheks inimese tervise kasuks. Selleks tuleb tagada

vajalik infrastruktuur ja teenuse pakkujate optimaalne arv. Rääkides tervishoidu reguleerivatest seadustest, vajaksime nii arsti-õe kui ka patsiendi seadust, mis reguleeriks nende gruppide õigused-kohustused, kuid on võimalik mängimine. Arstide arvu liigne vähenemine on ühiskonnale niisama ohtlik kui AIDS. Mäletan, et minu ministriks oleku ajal olid valminud prognoosid arstide arvu kohta lähemaks 10–15 aastaks. Neid arvesse võttes pidasime optimaalseks vastuvõtuks arstiteaduskonda 150 üliõpilast aastas. Samas pidasime oluliseks residentuuri küsimust ja TÜ Kliinikumi toetamist eelarve kaudu. Edaspidi on nii arstide riiklik koolitustellimus kui residentuuri küsimus lihtsalt edasi-tagasi loksunud, leidmata kindlat lahendust. Meditsiini valdkonna arendamise üldine strateegia on kas puudu või siis olnud väga lünklik. Liialt on loodetud, et turumajandus paneb kõik paika. Aga ka arst on inimene ja ta valib, kus talle on parem. Muidugi ei taandu kõik vaid rahale – ka psühholoogiline motivatsioon ja enese vajalikkuse ning perspektiivi tunnetamine on olulised. Nagu on põhiturvatuks kadunud patsiendil, on see kadunud ka arstil. Läbi aastate on arstikutse prestiiž meil ühiskonnas olnud kõrge, nüüd see langeb. Meditsiini rahastamiseks tuleb kaotada kerjamissüsteem – ühiskond ja poliitikud peavad taastama respekti selle valdkonna ees.

Praeguseks on kujunenud olukord, kus riigi rolli tervishoiusüsteemis enam üldse ei ole, kuid paljud tervishoiusüsteemi puudused ja kitsaskohad on tulnud teravalt üles. Arstide puudujätk on üks neist. Tervishoiusüsteemi tasakaalustatud arengut ei ole olnud. Sellega ei taha ma ütelda, et edasiminekut pole olnud, vastupidi, tänu ravikindlustuse juurutamisele on olukord meie tervishoiu paranenud palju enam, kui 10 aastat tagasi julgesime loota. Seda enam oleks olukorda vaja rahulikult analüüsida, vajadusel kaasata väliseksperte, saavutada tervishoiu ühiskondlik lepe patsiendi, teenuse osutajate ja rahastajate vahel. Viivitada enam ei või. Praegu kurdame, et Ida-Virumaal ei oska kõik arstid eesti keelt. Eesti arstide lahkumise järel võib tekkida olukord, kus nende asemele asuvad arstid kolmandatest maadest ja meie muretseme, et kõik patsiendid ei oska inglise keelt.

VS: *Kuidas ühiskonnateadlasena hindate meie ühiskonna üldist arengut?*

ML: Eestis ei ole sisuliselt aru saadud, et kapitalistlik demokraatia eeldab lepete süsteemi ühiskonnas. Kui seda ei ole, on tegu riigikeskse diktatuuriga. Oleme uhked, et meil on liberaalne majanduskliima, kuid ammust aega on selge, et liberaalse ühiskonna vältimatu pool on ühiskondlik lepe. Kuigi meil on pikka aega olnud võimul parempoolsed erakonnad, on meil olemuslikult riigikeskne ühiskond. Põhimõtte “ela ise ja lase teisel ka elada” saab teostuda ainult lepete kaudu.

Vägisi jääb mulje, et meie ühiskonna areng kulgeb vastusuunas sellele, mis toimub arenenud Euroopas, kuhu tahame kangesti kuuluda. Arenenud riikides väheneb keskväimu mõju, seda asendab sotsiaalne võrgustik ning selle kaudu osaleb järjest suurem hulk inimesi otsustusprotsessis.

Meil on vastupidi: võim ja otsustamine koondub järjest enam keskusesse ja inimesed, kes sellest eemal, teavad järjest vähem, kuidas ja mida otsustatakse. Eesti inimene on harjunud sõimama Brüsseli bürokraatiat, aga see on meie igapäevaelus vähe tähtis. Parema vaadake, mis toimub meie kliinikus, asutuses või linnas: järjest enam otsustusi koondub kabinettidesse ja võetakse vastu kinniste uste taga. Võrgustumine on uus otsustamise ja suhete süsteem ühiskonnas, mille kaudu järjest enam inimesi haaratakse otsustusprotsessi. See ei tähenda sugugi vaid seda, et valitsus peab istungeid ilma paberiteta arvuti-võrgustiku kaudu. Meie praegune avalik-õiguslik haigekassa ei ole tegelikult vastutav avalikkuse ees: see süsteem on ära nullitud. Kuigi eksisteerib haigekassa nõukogu, kuhu kuuluvad avalikkuse esindajad, on selle tegelik võim väike. Otsustavad ametnikud, kes vastutavad teiste ametnike ees. Peaksime tõepoolest veel Saksamaal ära käima ja vaatama, kuidas toimivad haigekassa kokkulepped teenuse osutajate ja tarbijatega. Meil praegune haigekassa ja teenuse osutajate vaheliste lepingute sõlmimine on tegelikult farss. Meie ravikindlustussüsteem ei toimi praegu avalik-õiguslikult ja peab tõsiselt mõtlema, kuidas see ajusurmast välja tuua ja teenuse osutajatele anda partneri koht.