

Kas korrastame tervishoiu tervist?

Peeter Mardna – Tallinna Arstide Liidu juhatuse esimees

Tervishoiu arengu ja korraldamisega oleme jõudnud ristteele – vaja on otsustada, kumba teed jätkata. Tuleb valida, kas tervishoiusüsteemi korraldamisel lähtuda praegu kasutada olevate vahendite hulgast või võtta arvesse inimeste tegelikud vajadused nii ambulatoorse kui ka statsionaarse ravi osas ning otsida selle rahuldamiseks vajalikku inim- ja materiaalset ressursi.

Senini on süsteemi edukuse hindamise kriteeriumiks olnud raviasutuste majanduslik toimetulek, sageli tegeliku ravivajaduse eiramise hinnaga. Ka raviasutuste pikaajalised arenguplaanid sisaldavad valdavalt tegevust, mis on praeguse hinnakirja järgi kasulik. Tähele panemata on jäetud erialad ja tegevused, millega tegelemine on teenuse osutajale majanduslikult kahjulik.

Peame tõdema, et oleme jõudnud punktini, kus peame otsustama, kas inimene on tervishoiusüsteemi jaoks, et tagada selle eksisteerimine, või tervishoiusüsteem on inimeste jaoks, et lahendada nende tervisega seotud probleeme.

Selgeks on saamas, et perearstisüsteem oma praeguses õiguslikus ja majanduslikus seisus ning arstide ettevalmistamise tasemel ei suuda sageli lahendada neid ülesandeid, mis riik on tema õlgadele asetanud. Pidev aktiivravivoodite vähendamine ning hooldus- ja taastusraviasutuste suutmatus vastu võtta nende teenuse vajajaid on tekitanud olukorra, kus mitte alati ei suudeta tagada õigeaegset ravi. On saabunud aeg üle vaadata nii tervishoiu rahastamise kui ka struktuuri ja töö korraldamise seisukohad.

Järgnevalt esitan mõningaid mõtteid, mis ei pretendeeri absoluutsele tõeale. Need on mõeldud arutelu esilekutsumiseks, kus oleks arvesse võetud inimeste soovid ja vajadused ning riigi võimalused need tagada. Peaksime jõudma lahendusteni, mis rahuldaks mõlemat poolt.

Kas ettevõtjast perearst on ikka see institutsioon, kes suudab tagada ettenähtud esmatasandi arstiabi ja profülaktika vajalikul tasemel ja määral? Kas siin ei peaks muutma rahastamise korda ja panema ka omavalitsusele vastutuse oma inimeste tervise eest – muidugi koos vastavate materiaalsete kohustustega?

Võiks korraldada nii, et perearsti tööruumid kuuluvad koos nõutava varustusega ja ekspluatatsioonikulude katmise kohustusega omavalitsusele ning perearst oleks nii haigekassa kui ka omavalitsuse lepinguline partner. Haigekassa rahadest kaetakse sel juhul ainult haiguste ravi ja profülaktikaga seotud kulud ning meditsiinipersonali töötasud. Samal ajal tuleks võimaldada ka praegustel füüsilisest isikust ettevõtjast perearstidel tegevust jätkata.

Perearsti keskuste tekkimiseks peab looma soodsad tingimused ning kõrvaldama takistused nende koosseisus tegutsevate eriarstide ja koduõede tegevuselt. Luues sellised keskused (kus asutuse tihedus seda võimaldab) ja asutades nende juurde ka päevastatsionaarid, loome sellega võimaluse tunduvalt vähendada statsionaarse aktiivravi ning osaliselt taastus- ja hooldusravi koormust.

Ilmselt on ebapiisav umbes 5% suurune tervishoiu rahastamise osakaal riigi SKTst lahendamaks rahuldavalt inimeste vajadusi (soove, nõudmisi). Rahalise katte puudumisest on aktiivravikohtade vähenemise kõrval tingitud ka ebapiisava arvu taastus- ja hooldusraviasutuste avamine.

Oleme jõudnud piirini, kus kodanike omaosaluse suurendamine tervishoiuteenuse saamisel viib märgatava osa neist olukorda, kus nad ei suuda teenust enam tarbida. Kas tahame või ei, tervishoidu tuleb riigieelarvest täiendavalt finantseerida. Ainult haigekassa käsutuses olevast ressursist siin ei jagu ja selle ressursi parema kasutamise ja ümberjagamisega tegelemine on mõttetute tegevus.

Mida siis riigi vahenditega võiks katta? Seadused ei võimalda ilma neid muutmata aktsiaseltsidele ja sihtasutustele lihtsalt riigieelarvest raha anda. Haiglate puhul võiks riik osta nendelt valmisolekut, kattes sellega osaliselt haigla valvesolekukulud. Omavalitsusel tuleks anda esmatasandi arstiabi osutajatele ruumid ja töövahendid, jättes haigekassa kanda ravi ning profülaktilise tegevuse kulude katmise.

Seega, selleks et tagada raha juurdetulek tervishoidu, peaks seadusloomes tagasi pöörduma 1997. aastasse, kus "Tervishoiuteenuse korraldamise seaduses" oli sätestatud riigi kohustus oma eelarve kaudu katta statsionaarsete raviasutuste baaskulud ja seesama kohustus oli omavalitsustel ambulatoorse arstiabi osas.

Alustada võiks raviteenuse ostmise lepingu sõlmimise korra muutmisest. Praegu on see teenuse osutaja ja haigekassa omavaheline asi. Siin peab juurde tooma veel kaks osapoolt: riigi (sotsiaalministeeriumi) ja omavalitsuse, kelle territooriumil arstiabi osutaja kodanikele abi annab. Sellise koosseisuga läbirääkimisel selguks tegelik abivajaduse maht ja osapoolte võimalused katta vajalike ressurssidega arstiabi osutamise kulutused.

Haiglaravi puhul peab jõudma otsuseni, kas jätkata kogu statsionaarse arstiabi koondamist keskustesse (Tallinn, Tartu, Kohtla-Järve, Pärnu) või säilitada olemasolev riiklikult kinnitatud raviasutuste võrk. Kui otsuseks on säilitada toimiv võrk, tuleks teha esmapilgul kodanikke ahistavad otsused: kinnitada raviasutustele teeninduspiirkonnad ja siduda kodanikud teeninduspiirkonnast saadava abiga. Siin on vajalikud täiendavad selgitused.

Riik, andes tegevusloa raviasutusele (erialade ja lubatud tegevuste loeteluga), kinnitab sellega tegevuse kvaliteedi vastavuse riigis kehtivatele nõuetele. Kui raviasutusel on konkreetne vastutuspiirkond, siis saab suhteliselt lihtsalt välja arvutada arstiabi vajaliku mahu erialade kaupa. Siit tulenevalt selgub konkreetse ressursi (nii personali kui ka raha) vajadus. On võimalik pikemaajaliselt ette näha arstiabi mahud ja seega sõlmida pikemaajalised konkreetsed lepingud tegevuse rahastamiseks

(5–7 a). Pikaajaliste lepingute olemasolu tagab personalile kindluse ja pidurdab ajude äravoolu, andes noortele spetsialistidele kindlustunde raviasutusse tööle asumisel. Valusam küsimus on inimeste omavastutusega seonduv. Kui isik soovib mujalt saada sellist raviteenust, mida on võimalik tema piirkonna raviasutusest saada, tuleb tal kanda omavastutuse osa.

Haigekassa, riigi ja omavalitsuse vahenditest ei kaetaks sellisel juhul 100% ravikuludest, vaid kokkulepitud osa (nt 10–20%) jääks kodaniku enda kanda. On veel võimalus, et teise piirkonna raviasutus osutab seda teenust dumpinguhinnaga, mis on aga suuremas mahus võimatu (vähetöenäoline). Sellise piiranguga tagame enamikule abi elukoha läheduses ja piirame vähemuse erisoove abi saamise koha valikul.

Aastaid on tervishoiu rahastamise ümber käidud nagu kass ümber palava pudru. Pärilisi ei julge keegi minna ja konkreetset asjaga tegelda ei taheta. Püütakse haigekassa raha ümberjagamise olukorda lahendada. Ilusate loosungitega, kus kõik peaksid saama kõike, mida nad meditsiinilt sooviksid, jõuame sellisel tegutsemisel peagi sinnamaani, kus keegi ei saa midagi.

On selge, et SKTst tervishoiu valdkonnale langev 5–5,5% ei suuda inimeste nõudlust katta. Omaosalust suurendada ei ole võimalik. Levivad seisukohad, et SKT suurendamine ei avalda rahvatervisele proportsionaalset mõju, et eraldatud ressurss ja rahva tervis ei ole omavahel seotud. See seisukoht meeldib paljudele võimul olevatele poliitikutele ja võimaldab tervishoiu arvelt kokku hoitavate vahenditega täita teatud gruppide huve.

Ülaltoodud väide on poolik tõde, sest tegelikult algab disproportsioon SKT teatud suurusel, mis arenenud Euroopas kõigub 7,5–8,5% vahel. Kuni selle näitajani on olemas ilmne seos eraldatava ressursi, arstiabi kättesaadavuse ja rahvastiku tervisliku seisundi vahel, üle selle ei parane arstiabi proportsionaalselt juurde tulevate vahenditega. Jõudkem esmalt sellele tasandile ja hakakem siis rääkima vahendite otstarbekamast kasutamisest.

Kuid ka saavutatav ressursi juurdetulek tervishoidu ei anna meile soovitud tulemust, kui sellele ei lisandu inimeste omavastutuse kasv tervise säilitamisel. Peab pidurduma inimeste enesehävituslik elustiil. Siia kuuluvad nii füüsilise aktiivsuse vähenemine, väär toitumine kui ka alkoholi, narkootikumide ja muude tervist kahjustavate ainete tarvitamise kasv, samuti riskikäitumine, mille tagajärjeks on nii liiklustraumad kui ka muud vigastused.

Üheks sellesuunaliseks meetmeks võiks olla korrapärase tervisekontrolli võimaldamine kõikidele perearstisüsteemi kaudu. Perearsti nimistusse kuuluvad inimesed läbiksid kindla aja järel tervisekontrolli, saades nõuandeid terviseprobleemide lahendamiseks ja tervisehäirete ärahoidmiseks.

Meditsiinilise teenistuse poolt on selline korraline tervisekontroll tehniliselt läbiviidav ja nõuab rahalist lisakulu (umbes 50 mln krooni aastas, kui läbivaatus toimub üks kord kolme aasta jooksul). Probleemiks on inimeste motivatsioon ja soov läbida tervisekontrolli. Siin tuleks suure tõenäosusega kasutada n-ö piitsa ja prääniku meetodit, kus selle aja (3 a) jooksul tervisekontrolli läbinu on järgmise tsükli jooksul visiiditasust vaba ja see, kes ei ole läbinud, maksab visiiditasu.

Kui meil lähiajal ei õnnestu haigekassa rahale lisaks leida täiendavaid vahendeid riigilt ja omavalitsuselt, on ainuke tee piirata haigekassa raha kasutamist kindla teenuse osutajate grupiga. Samal ajal tuleb ette määrata teenuste nomenklatuur ja maht, mida ostetakse. Selleks piiratud grupiks saaks olla perearstid ja riigi kinnitatud statsionaarsete ravi-asutuste süsteem koos nende osutatava ambulatoorse eriarstiabiiga. Teised tervishoiuteenust osutavad institutsioonid oleks nn vaba turg, mis eksisteerib niivõrd, kui võrd on olemas maksujõuline tarbimine.

Selline muutus käivitab tõenäoliselt kohustusliku ravikindlustusele lisaks ka vabatahtliku tervisekindlustuse ja tulemuseks on tervishoiuvaldkonnas kasutatava ressursi kasv. Ühiskond saaks isikutele, kes tõestavad oma osalust tervishoiuteenuse saamisel, osaliselt kompenseerida tema kulud fikseeritud tulumaksusoodustusega. Seda otsustataks registreeritud ning tegevusluba omava teenuse osutaja antud arve alusel. Siit saaksime teatud lahenduse täiskasvanute hambaravi eest tasumisel.

Haigekassa tasutava teenuse eest lisatasude võtmise pidurdamiseks tuleks sätestada, et haigekassa sõlmib tervishoiuteenuse osutamise lepingu vaid teenuse osutajaga, kelle juures teenuse saajal ei teki muid kohustusi kui need, mis haigekassa üle võtab.

Ka meditsiinitöötajate kinnistamiseks tuleks seadustada mitmeid meetmeid. Neile, kes kohe pärast õpinguid jäävad Eestisse vähemalt viieks aastaks, võidakse kompenseerida õppelaenu. Seadusega ette nähtud mahus täienduskoolituse maksumuse ulatuses peaks saama töötaja tulumaksusoodustust.

Üheks probleemiks arstiabi korraldusel on ravijärjekorrad ja tõrked info liikumisel. Siin tuleks kehtestada kord, et üldjuhul paneb patsiendi järjekorda perearst (jäävad ära põhjusega visiidid, on selge, kas tegemist on kiire konsultatsiooni vajaduse või plaanilisega). Samuti peaksime kehtestama vastutuse registreeritud visiidile tulemata jätmise eest. Siin tuleb kõne alla ärajäänud visiidi baasmaksumuse tasumise kohustuse kehtestamine enne järgmise arstivastuvõtu võimaldamist.

On veel mitmeid võimalusi raha juurdetoomiseks. Nende otstarbekuse üle tuleks alustada arutelu, kus vaetakse poolt- ja vastuargumente. Nii tuleks arutada töövõimetuse kompenseerimist: kas haigekassa maksab kogu aja eest või tööandja võtab osa kulud enda kanda. Samuti tuleks korrastada töövõimetuse määramise kriteeriumid: haigestumine täieliku töövõime kaoga, osalise kaoga või töövõime säilimisega.

Arvestades lähiaastatel pensionäride osakaalu kasvu rahvastikus, ei ole meil vist pääsu pensionilt võetavast ravikindlustusmaksust, mis ei pruugi olla võrdne töötasult võetavaga 13%, vaid piirduks näiteks ligikaudu 3–5%. Nii suudaksime tagada sellele kontingendile rahuldava esmatasandi arstiabi.

Kaaluda tuleks kaitsejõudude vahendite kaasmist ravisüsteemi strateegilise valmisoleku tagamiseks: varud, personali ettevalmistus jms.

Kuid kõik need meetmed ei anna meile soovitud tulemust, kui ei suudeta muuta inimeste suhtumist oma tervisesse ja tervishoiu väljaviimist ainult turureeglite poolt juhitud seisust.

Peeter.Mardna@tervishoiuamet.ee