

Quo vadis, Eesti haiglaravi?

Väino Sinisalu – peatoimetaja

Selline oli seatud küsimus TÜ Kliinikumi traditsioonilisel kevadkonverentsil, mis toimus 13. mail 2005 Tartus.

Kliinikumi juhatuse esimees **Urmus Siigur** analüüsis oma ettekandes ülikoolihaigla tegevust ja sihte ning püüdis selle alusel ennustada tulevikusuundumusi.

Võrreldes aastaid 2000 ja 2004 ilmneb selge tendents haigla töö intensiivistumise suunas: kuigi haiglavoodite arv sel ajavahemikul vähenes 344 voodi võrra, raviti haiglas 2004. a 10 000 haiget enam kui 2000. a. Ravi kestus oli 2004. a keskmiselt 6,3 päeva, 2002. aastal 7,1 päeva. Ambulatoorsete külastuste arv oluliselt ei muutunud. Silma torkab erakorraliselt hospitaliseeritud haigete osakaalu oluline kasv (2000. a 39,2% ja 2004. a 76% hospitaliseeritute). Kliinikumi abi kasutab üha enam haigeid Põhja- ja Kirde-Eestist: ambulatoorsetest haigetest 12% ja statsionaari haigetest 23%. Rahaliselt väljendatuna kattis kliinikum 2004. a tubli viiendiku Eesti haigekassa eriarstiabi teenustest.

U. Siigur tõi välja järgmised tänapäeva haiglaravi seisuloomustavad hinnangud:

- Jätkuvalt süveneb eriarstiabi tsentraliseerumine, olles tingitud nii tehnoloogia arengust kui ka kvalifitseeritud personali nappusest.
- Suureneb patsientide soov ravida end suuremates haiglates.
- Pidevalt kasvab haiglaravi põhjusena vältimatu abi ja tüsistunud haigusjuhtude arv.
- Jätkuvalt intensiivistub haigla töö ja lüheneb ravi kestus.
- Suureneb informatiivsete ning efektiivsemate, kuid samas kallimate ravi- ja diagnostikameetodite kasutamine.
- Kriitiliseks teguriks tervishoiu jätkusuutlikkuse tagamisel muutub kogu statsionaarse arstiabi

ahela – haiglaravi, taastus- ning järel- ja hooldusravi võrgu – tasakaalustatud väljaarendamine.

- Personali surve palgatõusule tugevneb.
 - Tehnoloogia areng tingib ravikulude kasvu ning see kasvab kiiremini, kui suureneb ühiskonna jõukus.
 - Viimase kahe eespool mainitud teguri tõttu muutub haigla eelarve tasakaalus hoidmine järjest keerukamaks kunsttükiks ning haiglad on sunnitud esmajärjekorras loobuma investeeringutest hoonetes ja tehnilisse infrastruktuuri, meditsiiniaparatuuri ja ravivahenditesse.
 - Kirjeldatud kokkuhoiul on oma piir – 21. sajandil ei ole raudvoodi enam tõendus põhine ravivahend! Kuna analoogsed suundumused valitsevad kõigis suuremates haiglates, siis kogu riigi tasandil
 - tekivad ja pikenevad haigete ravijärjekorrad;
 - haiglates kasvab komplitseeritud haigusjuhtude osakaal ning suureneb vältimatu abi vajavate haigete osakaal. Seega väheneb nn plaaniliste haigete arv haiglates pidevalt;
 - haigekassa oma piiratud ressursside juures on raskustes juba vältimatu arstiabi eest tasumisega. Lühidalt: tervishoius süveneb suhteline rahapuudus.
- Kas samamoodi jätkates on vähemalt tulevikus midagi soodsamat oodata? Vaevalt. Eesti rahvastik tervikuna väheneb, kasvab 65aastaste ja vanemate inimeste arv rahvastikus. Juba praegu on nende osakaal kindlustatutest haigekassa piirkonniti järgmine: Harju 16,3%; Pärnu 18,5%; Tartu 18,7% ja Viru 19,6%. Vanemate inimeste vajadus tervishoiuteenuste järele suureneb ea kasvades, kuid haigekassa rahakotti nad ei panusta.
- U. Siigur lõpetas ladina keeles: *Quo vadis? – Per aspera ad astra*. Sinna jõudmiseks on kaks võimalust: kas sihikindlal läbikaalutud tegevuse tulemusena või asjadel isevoolu minnalaskmisena, lootes, et lahendus kujuneb iseenesest (*per se*).

Haiglate võimalusi toime tulla praegusel Eesti tervishoiumaastikul vaagis ka SA Pärnu Haigla juhatuse esimees **Urmus Sule**. Keskhaigla vaatenurgast on teenuse osutamise esimeseks eelduseks piisav kliendibaas ning peamiseks tingimuseks teenuse mahule ja spetsiifikale vastava kompetentse personali olemasolu. Ülejäänud ressursid – tehnoloogia, ravimid, ruumid jm – on praegusajal kiiremini kättesaadavad. Muidugi, kui on piisavalt raha. U. Sule järeldeb, et kui on tagatud piisav personali juurdekasv, tööjõu kättesaadavus, on võimalik haiglal teenust efektiivselt osutada, selle kvaliteet sõltub teenuse eest makstavast tasust.

Pärnu Haigla uus hoone võimaldas seni üle linna laiali paisatud haiglaüksused koondada ühte hoonesse ja viia töökeskkond vastavusse tänapäeva nõuetega: 85 m² põrandapinda voodi kohta, amortiseerunud seadmed vahetati uute vastu, personalile on loodud normaalsed töö- ja haigetele nüüdisaegsed olmetingimused.

U. Sule püüdis kummutada seni valitsenud ekslikku arusaama, nagu oleks riik uue hoone ehitamiseks eraldanud Pärnu haiglale raha. Ehituse finantseerimise skeem on seni Eesti tervishoius ainulaadne. Riik eraldas raha haiglahoone ehitamiseks Riigi Kinnisvara ASile (RKAS), kes on hoone omanik. Pärnu Haigla tasub omanikule üüri, mille aastasumma on 3% hoone amortisatsioonist. Pärnu Haigla ostab RKASilt hoone 36 aasta pärast, algsest maksumusest on maha arvestatud iga-aastane amortisatsioon. Haiglal on pikaajaline laenukohustus ning seega on haigla oluliselt huvitatud selgest ja tulevikku suunatud tervishoiupoliitikast.

Turusihtuatsioon tervishoius pingestub jätkuvalt, kuna haiglate kapitalikulude katmisel puudub ühtne käsitus ja arusaam, palgasurve ja tehnoloogia uuendamise vajadus ei võimalda haiglatel otstarbekalt investeerida. U. Sule on veendunud, et ilma lisarahata hakkab praeguse maksubaasi juures tervishoius halvenema teenuse kättesaadavus, esmajoonel maaregioonides.

Edasise arengu võti saab olla efektiivsuse suurendamine. See eeldab selgeid otsuseid:

- Fikseerida tervishoiule minevad eraldused SKTst.
- Haigekassa eelarves fikseerida eriarstiabile, esmatasandi arstiabile eraldatava raha ja personalikulude osakaal.
- Kohelda haiglaid võrdselt – ka kapitalikulude osakaal haigla tulust peaks olema ühesugune, kehtestades selleks kapitalimakse või riiklikud toetused.
- Personali pealekasv peaks olema adekvaatne.
- Abi kättesaadavuse ühtlustamiseks tuleb määrata vajalikud teenuste mahud piirkonniti ja erinevates haiglates.
- Hinnakujundus peaks kujunema kokkuleppeliselt teenuse omahinda arvestades.

Paraku puuduvad praegu selged reeglid ja sihikindel tervishoiu juhtimine, valitseb pidev kombineerimine, tuginetakse tagantjärele tarkusele. Efektiivne tegevus saab toetuda vaid selgetele perspektiivsetele otsustele ja nende sihikindlale täitmisele.

Paiguti kaoofilises keskkonnas hälvivad paraku ka tervishoius toimetavate inimeste väärtushinnangud: armastuse vahetab välja arvestus, austuse enesekeskus ja usalduse asemel valitseb äratagemine. Sellegipoolest on tulevik meie endi teha.

Lõuna-Eesti Haigla juhatuse liige, peaarst **Rein Kermes** analüüsis eriarstiabi olukorda üldhaigla prisma läbi. Ka siin ilmneb suundumus tööintensiivistamisele. Voodite arv väheneb: 1998. a oli avatud 190 voodit, 2004. a 167. Ravitud haigete arv on püsinud vaadeldud ajavahemikul stabiilsena (2004. a 5293); keskmine ravikestus on 7,56 päeva, olles 2004. a 0,9 päeva võrra lühem kui 2000. a; kasvab päevakirurgia operatsioonide arv ja EMOSse pöördunud haigete arv (75% haigetest hospitaliseeritakse erakorralistel näidustustel). Oluliselt on kasvanud investeeringud aparatuuri. Suurim kuluartikkel on palgakulud, mis 2004. a olid ligi 57%, 2005. a prognoosi kohaselt peaaegu 60%. Lõuna-Eesti Haigla on aktsiaselts, seega äriettevõtte ja viimase loogika on järgmine: kõik, mis ei ole kasumlik, on kahjulik. Samas peab

haigla töötama kui avaliku teenuse osutaja – ostja (haigekassa) määrab hinna, haiglavõrgu arengukava määrab edasised arenguvõimalused, vaba ettevõtlust piiravad mitmed seadused ja määrused. Elanikkond ja üldine valitsev arvamus näeb haiglas avaliku teenuse osutajat. Ei saa unustada, et väiksema elanike arvuga piirkonnas on haiglal oluline regionaalpoliitiline roll – see on suurim tööandja regionis, see täidab ka olulist sotsiaalhoolekande ja terviseedenduslikku rolli.

Praegu on paraku üldhaigla ja selle tulevik poliitikute mängumaa – valimiste eel on hea hääli püüda lubadustega haiglat piirkonnas arendada. Valimiste vahepeal need lubadused paraku ununevad ja määrama hakkavad muud argumendid.

Üldhaigla vaatenurgast on kolm võimalikku arengusuunda: jätkata sinka-vonka, kord ettevõtlus, kord avalik teenus; või selgelt otsustada, et tegu on läbinisti ettevõtlusega; või saada aru, et haigla osutab avalikku teenust ja teda ka selles toetada.

Kõigil esinenud haiglajuhtidel erineva tasandite haiglatest on üks ühine mure – kvalifitseeritud personali vähesus.

Kas meil on siis tegelik arstide nappus või hoopiski teoreetiline ülejääk, sellele püüdis oma ettekandes vastust leida **Peeter Mardna** Tervishoiuametist.

Praegu töötab statsionaarsetes raviasutustes 3200 arsti. Haiglavõrgu arengukava kohaselt on juba 2007. a sinna juurde vaja 450 kolleegi. Tervishoiutöötajate registris on 01.01.2005. a seisuga 5097 arsti.

Registreeritud arstidest õpib 450 residentuuris, 8% on end registrisse kandnud kahel või enamal erialal. Registrist on väljasõidudokumendid nõutanud 340 arsti. Teadaolevalt töötab 390 Eesti arsti välismaal (242 Soomes ja 50 mujal Euroopas).

Riigikontrolli andmeil ei tööta 500 registrisse kantud arsti Eestis, kuna neilt ei ole laekunud tulumaksu. Sama allika andmeil on meil arstide keskmine koormus 1,25 töökohta.

Murelikuks teeb fakt, et meie registreeritud arstidest 18,7% on vanemad kui 60 eluaastat ja 19,7% kolleegidest on vanuses 50–60 eluaastat. Lähema 15 a jooksul langeb vanuse tõttu rivist välja ligi 2000 arsti. See on 40% praegu registreeritustest.

Küsimuse üle, kui palju peaksime arste koolitama, on vaieldud taasiseseisvumisest alates. Tervishoiuprojekt 2015 hindab, et arstide arvu säilitamiseks Eestis on vaja, et igal aastal asub täiendavalt tööle 100–110 residentuuri lõpetanud arsti. See omakorda eeldab, et arsti erialale peaks igal aastal vastu võtma 150 üliõpilast. Samas on projekti ettepanek riiklikuks koolitustellimiseks aastatel 2002–2010 vastu võtta igal aastal 120 üliõpilast. Lühidalt – arstide defitsiit on juba ette kavandatud.

Mida annab ette võtta, et tagada lähemas tulevikus arstiabi kättesaadavus vähemasti praegusel tasemel? Esimene võimalus on vabastada arst kõigest toimingutest ja ülesannetest, mis ei eelda arsti kvalifikatsiooni. Hinnanguliselt tõstaks see perearsti töö tulemuslikkust 30%, eriarstidel 20%. Vaja on enam ette valmistada keskmetsiini personali ja neid paremini motiveerida. Õe ettevalmistuseks kulub 4–5 a, kvalifitseeritud arst kujuneb 10–12 a pikkuse õppe järel. Kindlasti peab tõhusamaks muutma perearstide tööd, siis väheneb ka vajadus eriarsti poole pöörduda. Korralikult tuleb läbi mõelda kogu arstiabi korraldus, et see oleks inimestele kõigil tasanditel kättesaadav ja paikneks mõistlikult.

Vähetahtis pole ka suunata inimesi oma tervise eest hoolt kandma ja loobuda seni paiguti levinud enesehävituslikust eluviisist.

Haiglaravi teema on päevakohane, kõiki arste, tervishoiujuhte ja poliitikuid puudutav, seepärast oli kohal palju tervishoiujuhte üle Eesti ja mitmeid väljapaistvaid poliitikuid. **Diskussioon** ettekannete teemal oli elav.

Sotsiaalminister Jaak Aab: ministeeriumi haldusalas on sotsiaal-, töö- ja tervishoiuvaldkonnad. Neist on viimastel aastatel eriti tundlik teema olnud tervishoid, mis on meedias saanud irriteeriva, paiguti skandaalse peegelduse. Ükskõik milliseid lahendus-

teid ma ei otsiks, ei tohi unustada, et patsient on kuningas – temale peab olema kättesaadav parim meditsiiniteenus.

Europarlamendi saadik Siiri Oviir: olukord tervishoius on pingestunud. Lehed kirjutavad, mida tahavad, arstid räägivad uitmõtteid, inimene – abivajaja – läheb sellest depressiooni. Eestis tervishoiule eraldatav osa SKTst on euroliidu väikseim: Eestis aastas 560 dollarit ja euroliidus keskmiselt 2200 dollarit aastas inimese kohta.

Eesti ravikindlustusse, mis on loodud inimese abistamiseks, laekub raha väga ebaühtlaselt: ühe töötaja kohta 9000 kr aastas, ühe FIE kohta 2800 kr, töötuid ja sõjaväes teenijaid kindlustab riik arvestusega 33 protsenti 700 kroonist. Hoopis kindlustuseta on Eestis 80 000 inimest.

Euroliidu arusaamade järgi on tervishoiuteenuse saamine inimese sotsiaalne põhiõigus, mille riik peab tagama. Kõiki lahendusi tuleb koos arutada. Võib-olla oleks õige, et esmatasandi arstiabi oleks kohaliku omavalitsuste vastutada ja korraldada, riik peab neid selles toetama.

Sotsiaalministeeriumi abiminister Peeter Laasik: Eestis ei ole selget ja tasakaalustatud tervishoiupoliitikat, on tõblemine sellel suunal. Laiapõhjalise ühiskondliku leppe arendamine riigis võiks anda kindlama aluse ka tervishoiupoliitika kujundamiseks.

Eesti Arstide Liidu juhatuse liige, valitud president Andres Kork: tervishoiupoliitika eest vastutavad ja seda kujundavad parlament, haigekassa nõukogu, sotsiaalministeerium. Sageli nende seisukohad lahknevad ja poliitika tuleb skisoidne. Kindlasti paraneb tervishoiu rahastamisel üht-teist, kuid kõiki rahuldavaid lahendusi kiiresti ei saa tulla.

Ida-Tallinna Keskhaigla juhatuse liige Ralf Allikvee ennustas, et 2005. a on meie tervishoiu murdepunkt: kas suudame midagi ära teha või läheme kiiresti suure kolinaga allamäge.

Traditsiooni kohaselt kuulutati konverentsi algul välja kliinikumi preemia laureaat. Aastal 2005 on selleks emeriitprofessor **Karl Kull**. Tema isik ja tegevus põhjalikumalt tutvustamist ei vaja – 42 aastat on ta olnud Tartu Ülikooli Kliinikumi arst ja noorte arstide õpetaja. Algul oli tema huviks veresoontekirurgia, viimastel aastakümnetel on ta olnud onkokiirurg, kes on juurutanud hulgaliselt nüüdisaegseid meetodeid erinevate kasvaja erinevate paikmete operatiivseks raviks. Kuigi teenekas professor tähistas hiljuti oma 75. sünnipäeva, on ta tänapäevani heas vormis aktiivne kirurg. Kohalolijate vali aplaus kinnitas, et elutöö preemia anti inimesele, kes on selle auga ja väarikalt ära teeninud.

eesiarst@eesiarst.ee



Professor Karl Kull