

Eesti tervishoiu arengust lähiaastatel Mõttevahetus abiminister Peeter Laasikuga

Väino Sinisalu – EA peatoimetaja

Sotsiaalministeeriumis on valminud tervisepoliitika dokument "Rahvastiku tervisepoliitika – investee- ring tervisesse". Miks Sotsiaalministeerium selle dokumendi koostamise algatas? Vastus sellele on meie demograafias ja haigestumuse näitajates. Eestis elab 1,35 miljonit inimest, kellest 250 000 on 2005. a vanuses 60–80 aastat, samas on 2050. aastaks selle vanuserühma arvaks juba peaaegu 300 000. Kui vaatame 2005. a elanike arvu vanuses 20–40 a, siis neid on natuke üle 370 000, aga 2050. a on selle vanuserühma inimeste arv vähenenud 220 000 piiridesse. See on selgelt vananeva ühiskonna struktuur. Teiseks põhjuseks on Eesti inimeste haigestumuse näitajad ehk lihtsalt öeldes halb tervis: tervena elatud eluiga on Eestis oluliselt lühem, võrreldes uute ja vanade Euroopa Liidu liikmesmaade keskmisega. Keskmise eeldatav eluiga Eestis (meestel 66 ja naistel 77 aastat) on lühem isegi EL uute liikmesriikide keskmisest. Ilmnevad süvenevad lõhed Eesti erinevate sotsiaalsete rühmade vahel nii keskmise eluea kui ka tervena elatud eluaastate pikkuses. Nii on kõrgharidusega meeste eeldatav eluiga 13,5 a pikem kui põhiharidusega meestel, kõrgharidusega naistel on tõenäosus elada 19 a kauem kui põhiharidusega meestel.

Dokumendi kohaselt keskendub tervisepoliitika rahvastiku tervisepotentsiaali arengut soodustavatele mõjuritele. Tervisepoliitika eesmärk on luua võimalused ja tingimused selleks, et saavutada aastaks 2015 tervena elatud eluea pikenemine Eesti meestel keskmiselt 60 ja naistel 70 eluaastani ning keskmise eeldatava eluea kasv meestel 73 ja naistel 80 eluaastani. Nende eesmärkide saavutamine eeldab kogu ühiskonna kaasamist.

Eesti rahva demograafilise olukorra muutmine ja haigestumise vähendamine ei saa olla ainult Sotsiaalministeeriumi ülesanne, sest siis on see juba

ette määratud ebaõnnestumisele. Mitte seepärast, et Sotsiaalministeerium põikleks vastutusest kõrvale. Kuid on selge, et näiteks alkoholipoliitikat ja teede olukorra parandamist vigastuste vähendamiseks ei saa tulemuslikult teha Sotsiaalministeerium üksinda, vaid ainult koos teiste ministeeriumidega: Sise-, Majandus- ja Kommunikatsioon- ning Põllumajandusministeeriumiga. See on selge visiooni küsimus kogu valitsusele: kas me tahame tervet Eesti rahvast või ei?

Praegu toimuvad dokumendi arutelud maakondades. On plaanis arutelud haiglate liidu, arstide liidu ja teiste meie jaoks oluliste kolmanda sektori esindajatega. Samuti on alanud konsultatsioonid teiste ministeeriumite ja ametitega. Nende arutelude käigus tehtud ettepanekute ja märkuste põhjal täiendatakse dokumenti ning see esitatakse valitsusele kinnitamiseks selle aasta juunikuus.

Sotsiaalministeeriumi abiministri **Peeter Laasiku** kinnitusel on tervis selle dokumendi käsitluses tunduvalt laiem mõiste kui tervishoid, kuid tervisepoliitika dokumendis seatud eesmärkide saavutamiseks on vajalikud muutused ka tervishoiusüsteemis. Peeter Laasiku arvates peab tervishoiusüsteem rohkem keskenduma inimesele (patsiendile) ja selles süsteemis eristatakse kolme sektorit: esmatasand, kiirabi ja haiglavõrk. Kõigi nende arengukavad on läbivaatamisel ja täiendamisel.

Esmatasandi tervishoiu uus kontseptsioon valmis ministeeriumis 2005. a lõpus. Sarnaselt tervisepoliitika dokumendiga on kavas selle arutelu maakondades ja huvirühmadega. Esmatasand ei piirdu ainult perearstiga, kes on üks osaline selles sektoris. Esmatasandi tervishoius peab komplekselt käsitlema koduõendust, taastusravi, töötervishoidu, sotsiaalhooldust j.m. Ühesõnaga seda, mida inimene, kes sageli on patsient, vajab ja mida on talle võimalik kohapeal pakkuda.

Kiirabi arengukava täiendusi töötab välja töörühm, mida veab Kiirabiit koos ministeeriumi spetsialistidega. Kava põhimõtted esitatakse aprilli lõpuks.

Haiglavõrgu arengukavas tuleb eelkõige tähelepanu pöörata teenustele ja patsientide liikumistele, mitte hakata kohe institutsioone (haiglaid) paika panema. Raviasutusi tuleb vaadelda võrgustikuna, kuhu sisenenud patsient saab vajalikku abi õiges etapis. Selle võrgustiku osad on nii aktiiv-, hooldus- kui ka taastusravi asutused. Kõik võrgustiku erinevad osad-ravietapid peavad olema võimelised pädevuse piires kvaliteetset abi osutama.

Haiglavõrgu arengut kavandades on lähtematerjaliks "Hospital Masterplan 2000–2015" ja "Haiglavõrgu arengukava 2002". Võrreldes ajaga, kui neid dokumente kavandati, on nüüdseks palju muutunud: viimase 5–7 aasta jooksul on märkimisväärselt arenenud ravimitööstus ja meditsiintehnoloogia. Tervishoiu korraldajate teadmised ja kogemused on täienenud-muutunud nii Eestis kui ka mujal maailmas. Samuti on kogunenud rohkelt uut statistilist materjali, mis võimaldab olukorda täpsemini analüüsida ja tulevikku kavandada. Seega on täienenud andmebaas ja paranenud analüüsiivõime.

Palgaläbirääkimistel haiglate liidu ja arstide liiduga tuli selgelt ilmsiks, et praegune haiglate struktuur vajab muutmist ning seda on mõistnud selgelt ka haiglahid. P. Laasik rõhutas, et on vaja selget visiooni, mis suunas haiglavõrk peab arenema. Praegu vaadeldakse õigusaktides haiglat kui majandusüksust, mis peab majandama. Meie peame aga enam vaatama seda, mida ühiskond ja patsient vajab.

Muutmisel on Vabariigi Valitsuse **haiglavõrgu arengukava määrus**, millesse lisatakse hooldus- ja taastusravihaiglad, kuid uudsena määratakse kindlaks haiglate teeninduspiirkonnad. Teeninduspiirkondade määramisel võeti aluseks 2002. a ja 2004. a patsientide tegelikud pöördumised. Selgus, et maakondade haiglad teenindavad 91–98% ulatuses oma maakonna inimesi. Seega on oma maakond maakondlike haiglate

teeninduspiirkonnaks. Järgnevalt tuleb erinevates haiglates osutatava abi mahtu ja spetsiifikat konkreetsete arvandmete põhjal analüüsida. Siin on oluliseks kvaliteedi lävend. On teada, et kvaliteetset ja kuluefektiivselt saab ravi osutada seal, kus on mingi minimaalne kvaliteetse teenuse jaoks vajalik arv juhtumeid. Nii saab selgeks, mis liiki ravi on ühes või teises haiglas üldse otstarbekas osutada. Samas ei ole millegagi põhjendatud plaaniliste ja lihtsamate ravijuhtude (operatsioonide) koondumine maakondadest keskustesse. Tuleb korralikult läbi mõelda ööpäevase valveteenistuse pidamise otstarbekus põhierialadel erinevates haiglates. Vältimatu abi korraldamisel peab silmas pidama, et patsient jõuaks võimalikult kiiresti sellesse ravi-asutusse, kus ta saab vajalikku kvaliteetset abi täies mahus. See on kõige otstarbekam just patsiendi tervise huvidest lähtudes. Vältimatu arstabi osa haiglavõrgu arengukavas on tihedalt seotud kiirabi arengukavaga.

Peeter Laasik kinnitas, et haiglavõrgu arengukava hakkab arutama töörühm, kus peale ministeeriumi osalevad spetsialistid arstiteaduskonnast, Maakonna Arstide Kojast, haigekassast, haiglate liidust, arstide liidust jne. Võib öelda, et kaasatud on kõik selle sektori põhilised arvamuslimidrid.

Ilmselt on meie oludes otstarbekas hoida käigus maakondlik haigla, mille teeninduspiirkonnas on 30 000–40 000 inimest. Selliseid maakondi on Eestis 8. Millised on nendes osutatava abi liigid ja mahud, selle üle tuleb aru pidada töörühmas.

Peeter Laasik on veendunud, et on vaja üle vaadata ka haiglate rahastamise põhimõtted. Rahastamisepõhimõtted ei peaks soosima võimalikult rohkete ravijuhtude arvu tegemist haiglas, vaid keskendumise enam inimeste tervise sisulisele parandamisele. Maakondlikud haiglad võiksid olla baasrahastamisel, vähemalt osaliselt. Sisuliselt on juba praegu olemas osaline baasrahastamise süsteem. Nimelt makstakse 11 üldhaiglate ööpäevase valve tagamiseks (valveringidele) 4 erialal igale 5,4 miljonit krooni aastas. Sellest ainult osa läheb valveringidele kulupõhiselt – haigekassa andmetel 3,3 miljonit. Seega saab juba praegu üldhaigla

baasrahastamist aastas umbes 2,1 miljoni krooni ulatuses.

Peab leidma näitajad, mille alusel hinnata haiglate tegevust eelkõige paikkonna elanike tervist silmas pidades. Ainult ravitud haigete arvu järgi ei saa enam tänapäeval raviasutuse tegevuse edukust hinnata. Tuleb rohkem silmas pidada seda, mida ootavad haiglatelt ühiskond ja patsiendid.

Lõpetuseks rõhutas abiminister, et haiglavõrgu arengukava loomisel ei ole meil põhitöörühmas

välismaa spetsialiste – Eesti spetsialistidel on piisavalt teadmisi ja tarkust, et statistilistele andmetele ja saadud kogemustele tuginedes välja töötada Eestile sobiv haiglate arengukava. Eksperte mujalt maalimast on mõttekas kaasata konkreetsete probleemide lahendamiseks. Ministeerium kavatses käesoleva aasta novembris korraldataval tervishoiufoorumil töörühmade poolt välja töötatud tervishoiu kolme eri sektori arengukavasid laiemalt tutvustada.

eestiarst@eestiarst.ee