

Mida on head meie tervishoius? Eesti Arsti küsitlus

Väino Sinisalu – EA peatoimetaja

Viimasel ajal on ajakirjanduses ja mitmesugustel arstide üritustel lastud palju kriitikanooli meie arstiabisüsteemi pihta. Sellest, mis on hästi, eriti ei räägita. Eesti Arsti toimetus pöördus mõne tervishoiu administraatori ja arsti poole palvega vastata toimetuse küsimustele. Vastused avaldame ajakirjas muutmata kujul.

Küsitlesime kokku 10 kolleegi, saates neile järgmised küsimused:

1. Mis on meie tervishoius ja arstiabis heal tasemel?

2. Mida tuleks teha, et säilitada ja arendada meie tervishoiu head rahvusvaheliselt aktsepteeritud taset?

3. Kui tervishoiu rahastamisvõimalused paraneksid, milleks kulutada juurdetulevat raha?

Peeter Laasik – Sotsiaalministeeriumi abiminister

1.1. Eesti arstiabis on heal tasemel meie arstide teadmised. Tuleb aru saada, millised tõepoolest tohtud muutused on meditsiinitehnoloogias ja ravimites viimase 10 aastaga toimunud. Meie arstid on suutnud nendega hästi kohaneda.

1.2. Teiseks oleme suutnud kiirelt ja hästi ümber korraldada perearstinduse.

1.3. Haiglate reform on olnud ka kiire, kuid mitte nii hästi läbi mõeldud ja läbi viidud, kuid üldsund on olnud õige.

2.1. Eelkõige peame tagama arstide ja õdede osas Eesti jaoks küllaldase arvu spetsialistide ettevalmistamise.

2.2. Tuleb ümber orienteeruda perearstindusel esmatasandi kontseptsioonile. See on väga sisuline küsimus.

2.3. Peame haiglate reformi mõtestatult lõpuni viima. Ja mis kõige olulisem, mõlemal tasandil, nii esmatasandil kui ka haiglates tuleb ümber orienteeruda praktilise või haigla majandamiselt, põhiülesandele – tervise tootmisele.

3.1. Esiteks ravijuhtude juurdeostmiseks. Eestis vajab kõige kiiremat lahendamist järjekordade probleem. Nii pikad plaanilise ravi järjekorrad on sisuliselt ohtlikud patsientide tervisele.

3.2. Tuleb suunata raha hambaravisse ning ravimite osas kompensatsioonide suurendamisele. Eestis on patsientide omaosalus tervishoius liiga suur ja just kahe teenuse osas – hambaravis ning ravimite osas. Üldiselt suur patsiendi omaosalus raskendab mõne teise teenuse osas omavastutuse rakendamist.

3.3. Vajab lahendamist haiglate kapitalikulude rahastamine.

Juurde tahan lisada mõtte, et vastused on kitsalt tervishoiu tähenduses. Samas pean väga oluliseks, et saaksime valmis tervisepoliitika kontseptsiooni ning sellega tõesti tähtsustaksime just TERVIST. Eesti rahva TERVIS saab ainult siis olla hea, kui KÕIK töötaksid selle nimel. Selles kontekstis näen kõige suuremat mõtet raha suunamisel vigastuste ennetusse ja alkoholi ning tubaka vastasesse selgitustöösse.

Arvi Vask – Eesti Haigekassa juhatuse liige

1.1. Arstiabi osutamise üldised efektiivsusnäitajad (keskmine ravil viibimine, hospitaliseerimiste arv aastas 100 elaniku kohta, arstikülastuste arv inimese kohta aastas jne) on väga head. See tähendab, et raha ja inimesi kasutatakse süsteemi poolt väga hästi.

1.2. Kindlasti on väga hea ka meie arstide ja õdede üldine tase.

1.3. Arstiabi kasutanud kodanike rahulolu näitaja on Euroopa üks kõrgemaid.

2.1. Suurendada tervishoiukulude osakaalu SKTst, makstes riigieelarvest pensionäride eest ravikindlustuse eelarvesse pearaha ja suurendades erinevate skeemide kaudu patsientide omavastutust.

2.2. Vähendada suurenevat ebavõrdsust arstiabi kättesaadavuses, tagades üldarstiabi (perearstiabi) jätkusuutlikkuse maapiirkondades ja suurendades üldist kandepinda.

2.3. Tagada kõigile Eesti inimestele ravikindlustuskate.

2.4. Tõsta haigushüvitised ravikindlustuseelarvest välja (näiteks Töötukassasse), et haigusega seotud sissetulekute vähenemise kompenseerimine ei saaks vähendada arstiabile minevat raha.

2.5. Peatada HIV-nakkuse levik.

3.1. Arstiabi ja ravimite kättesaadavuse ebavõrdsuse vähendamisse ning üldise kättesaadavuse parandamisse.

3.2. Rahvatervise programmidesse (HIV-nakkuse peatamine, AIDSi ravi, traumade ennetamine, südameinterventseerimisprogrammid, vähiennetus jne).

3.3. Esmatasandi tervishoiu arengusse (perearstiabi, hooldusravi).

Toomas Asser – TÜ arstiteaduskonna dekaan

1.1. Kasvanud on meie kõigi ootused arstiabi ulatuse ja kvaliteedi suhtes. Võrdluseks on seejuures stabiilsed, väljaarenenud ja kestvalt paremini finantseeritud tervishoiusüsteemid. Tunnustust väärivad Eesti arstide oskus ja tahe hakkama saada olemasolevate vahendite ja võimalustega.

1.2. Hindan kõrgelt meil toimivat ning teistele eeskujuks olevat peremeditsiinisüsteemi, mis aastatega on tugevnenud ning saavutanud üldiselt hea taseme.

1.3. Vaatamata mitmetele osutamistele pean oluliseks haigekassa rolli meie tervishoiusüsteemi stabiilses ning transparentses arengus.

2.1. Pean kõige olulisemaks garantiiks arstide teadmisi, oskust ja tahet olla kursis uusimaga ning meie

arstide eetilisi väärtusi. Määrav on õppes olevate arstide, hambaarstide ja proviisorite hariduse kvaliteet ning selle tagamiseks vajab arstide koolitus oluliselt enam riigipoolset toetust.

2.2. Hädavajalik on oluliselt suurendada akadeemilise personali palkataset, mis tänaseks on ilmselgelt jäänud alla tervishoiusektori palkadele. Akadeemilise järelkasvu tagamiseks peab suurenema doktoriõppe finantseerimine, selle tulemuslikkus ja maht.

2.3. Oluline on haiglareformi edasine elluviimine, mis praeguseks on kahjuks erinevatel põhjustel pidurdunud.

3.1. Tervishoiutöötajate palgatõusuks, sest ootused palkade osas on põhjendatult kõrgemad, kui seda täna pakutakse. Et seda saavutada, tuleb kas suurendada tervishoiu rahastamist või siis oluliselt tõsta tervishoiusüsteemi efektiivsust.

3.2. Taastusravi võimaluste laiendamiseks.

3.3. Uute tervishoiuteenuste pakkumiseks.

Andres Kork – Eesti Arstide Liidu president

1.1. Kindlasti asetaksin esikohale arstide kvalifikatsioonile. Erinevalt tavaarusaamast ei domineeri Eestist lahkujate hulgas nn "head arstid", vaid üsnagi olulise osa moodustavad siin (sobivat) tööd mitteleidnud või mingitel põhjustel kõrvalejäänud kolleegid, kes aga väljaspool on hästi hakkama saanud.

1.2. Viimase 3–4 aasta jooksul on väga oluliselt uuenenud ravi- ja diagnostiline aparatuur, mistõttu meie võimaluste tase erineb vähe arenenud riikide omast.

1.3. Arvestades väga tagasihoidlikku tervishoiu rahastamise taset, saab patsient raviteenust suures mahus ja suhteliselt kiiresti.

2.1. Võimaldada nii õppejõududel kui ka arstidel täiendada end regulaarselt Euroopa suuremates kliinikutes.

2.2. Viia residentuur maksimaalselt välja õppuritest ülerahvastatud TÜ Kliinikumist ja hajutada residentuur SA PERHi ja keskhaiaglate vahel.

2.3. Motiveerida piisavalt erialast teadustööd.

- 3.1. Tõsta palgad tasemele, mis viiks välismaale tööle suundujate arvu minimaalseks.
- 3.2. Arstide ja õppejõudude täiendusõppe rahastamiseks.
- 3.3. Uusimate ravi- ja diagnostikaseadmete ostuks.

Tartu Ülikooli Kliinikumi juhatus

- 1.1. Kõrge kvalifikatsiooniga meditsiinitöötajad.
 - 1.2. Rahvusvahelistele standarditele vastav meditsiini tehnoloogia.
 - 1.3. Suhted patsientide ja meditsiinitöötajate vahel.
- 2.1. Maksta korralikku palka.
 - 2.2. Tagada personalile kaasaegne töökeskkond ja nõuetekohased töövahendid.
 - 2.3. Osalemine rahvusvahelises koostöövõrgustikus nii teaduse, uuenduste kui ka ravitöö valdkonnas.

- 3.1. Teenuste kättesaadavuse parandamiseks.
- 3.2. Palkadeks.
- 3.3. Jätkusuutlikkuse tagamiseks – investeeringud patsientide olmesse, meditsiinitehnikasse, väljaõppe tasemel hoidmisse.

Tõnis Allik – Põhja-Eesti Regionaalhaigla juhatuse esimees

- 1.1. Arstiabi kättesaadavus (suhteliselt lühikesed järjekorrad võrreldes EL riikidega).
- 1.2. Arstide erialaline ettevalmistus (diplomieelse ja -järgse õpetuse tase).
- 1.3. Keskuste tehnoloogiline tase ja kvaliteet.

- 2.1. Tagada Eestis arstidele konkurentsivõimeline töökeskkond – kaasaegne tehnoloogia, infrastruktuur, stabiilne palgasuhe Eesti keskmisesse.
- 2.2. Rahvusvaheliselt tunnustatud kvaliteedimeetmete rakendamine tervishoius.
- 2.3. Tagada noortele arstidele riiklikult motivatsioonipakett (lisaks palgale eluaseme kompenseerimine, oppelaenu kustutamine jms) saavutamaks arstide vanuselise struktuuri parenemine – õigemini selle halvenemise peatumine.

- 3.1. Õiglane hinnatase nii haiglatele kui ka kiirabile (jätkusuutlikkuse tagamine), sh tuleks eelnevalt

otseinvesteeringutega likvideerida vahepealne mahajäämus.

- 3.2. Hooldusravi ja taastusravi piisav maht.
- 3.3. Alafinantseeritud erialade adekvaatsem ravimaht.

Tõnu Peets – Ida-Tallinna Keskhaigla reumatoloog

- 1.1. Meditsiinilise põhihariduse tase Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas.
 - 1.2. Arstieetika üldine tase.
 - 1.3. Toimiv ravikindlustussüsteem.
- Lisaksin väga olulise tervishoiuvälise faktori, info- tehnoloogilise arengu, mis võimaldab tõhusalt kaasajastada erialateadmisi, ning hoogsalt arenevad rahvusvahelised suhted, mis erialateadmisi ja silmaringi samuti väga tõhusalt arendavad.

- 2.1. Avada Tartu Ülikooli arstiteaduskonna õppejõukohtadele rahvusvaheline konkurss, vajadusel muutes arstiteaduskonna diplomieelse ja -järgse õppe kakskeelseks (eesti ja inglise).
- 2.2. Taasluua tervishoiuministerium ja riiklikmunitsipaalne tervishoiusüsteem, et vähendada regulatiivset kaost ja majanduslike huvide konflikte.
- 2.3. Suurendada tervishoiu riiklikku eelarvet meie regiooni riikide keskmise osakaaluni SKTst või võimalusel üle selle.

- 3.1. Arstiteaduslike baas-, kliiniliste ja epidemioloogiliste uuringute rahastamiseks, sest kui areneb teadus, tõuseb ka kliinilise meditsiini ja tervishoiuorganisatsiooni tase.
- 3.2. Nende erialade ja ravimeetodite rahastamiseks, milles Eesti mahajäämus maailmatasemest ja regiooni riikidest on kõige suurem (näiteks reumaatiliste haiguste bioloogiline ravi, kus Eesti mahajäämus on enam kui 200kordne).
- 3.3. Meditsiinipersonali palgatõusuks (mis tähendab raviteenuste hinna kujundamisel tööjõukulude komponendi adekvaatset väärtustamist), et säilitada meie rahvusliku tervishoiu taset EL avatud tööjõuturu tingimustes. Julgen arvata, et tervishoiu raha kulutamiseks mõtetest puudust ei teki.

Mati Kallas – Viljandi Haigla arst

1.1. Meil on heal tasemel koolitatud arstide ja õdede kaader (see on olulisim!) ning toimiv tervishoiusüsteem ehk perearstide-haiglate võrgustik.

1.2. Valdavas osas raviuasutustest on olemas igati heal tasemel meditsiinitehnoloogia ja -tehnika. See on üldse ime, et selle vähese raha eest on suudetud ja suudetakse teha tipptasemel arvestatavat tööd.

1.3. Väga kiire areng on toimunud ja toimub tervishoiu digitaliseerimise (E-tervise projekt: digitervise-lugu, digipilt, digiregistratuur, digiresept) valdkonnas. Selles osas oleme enamikust EL riikidest kindlalt ees, kui mitte kõige esimene.

2.1. Tuleb peatada kvalifitseeritud tervishoiukaadri väljavool nii süsteemist kui ka riigist! Meedikud vajavad perspektiivikaks tööks motivatsiooni ja tulevikuks kindlustunnet. Arvestades meie väheseid ressursse, ei saa Eesti olla teistele riikidele personali koolitaja, vaid pigem võiksime olla oma kodus välismaalastele arstiabi osutajad. Arvestada tuleb ka asjaoluga, et just arstid ja õed on need, kes välismaal edukalt töötades on aidanud luua Eesti meditsiinile head mainet.

2.2. Tervishoid vajab lisaraha! Tuleb lõpetada riiklikul tasemel rahva petmine ja vassimine põhimõttel, et meie tervishoiul pole häda midagi. Öeldakse, et "kiirabi ju sõidab", kuid unustatakse, et 10–20% teeb seda vaid n-õ kuuma õhu aurudel, eelarvet kvaliteedi arvelt ots otsaga kokku vedades. Öeldakse, et "inimesed ju saavad arstiabi", aga kunas, kus kohas ja mis hinnaga, jääb täpsustamata.

2.3. Tuleb säilitada meie terviklik tervishoiusüsteem. See tähendab, et tuleb likvideerida ebavõrdse rahastamise skeemid. Näiteks ebavõrdne ja ka ebaaus rahastamine suur- ja väikehaiglate vahel.

3.1. Kõigepealt tuleb tagada eriarstiabi võrdne kättesaadavus kõikidele abivajajatele, sõltumata inimese elukohast Eestis! Eriarstiabi pole mitte ainult tipp tehnoloogial põhinev abi paaris regionaalhaiglas, vaid elementaarne eriarstiabi põhierialadel kõikides maakondades. Kui viimast vajalikul tasemel ei ole, siis raha suunamine tipp-

tehnoloogiasse võitluseks ravijärjekordadega meie arstiabi üldist taset ei paranda.

3.2. Investeerida tuleb nii meditsiinipersonali kui ka tervishoiuasutuste abitööjõudu. Viimane on nn palgakokkuleppe-järgsel paaril viimasel aastal peaaegu täiesti unustatud ja vaid iga tööandja enda mure.

3.3. Investeerida tuleb meditsiinitehnoloogiasse ja -tehnikasse ning infrastruktuuri.

Tõnu Tiimus – Rakvere Haigla arst

1.1. Inimeste lihtsus ja kiirus abini jõudmisel.

1.2. Meedikute kutse-eefiline tase.

1.3. Kohati säilinud arstide süvenemisoskus ja -tahe.

2.1. Treenida residentide heades haiglates nii kodu- kui ka välismaal.

2.2. Juhatada meedikud kvaliteetsete infoallikate juurde, anda ülevaade halvadest infoallikatest, õpetada arstidele võimet kahelda turundusega kaasnevatest info deformatsioonidest, kus iganes seda avalikult või varjatult ei pakutaks.

2.3. Tõkestada ajude äravool kodumaalt.

3.1. Ehitada uusi arstiabikeskusi, vältida sobimatute ehitiste/ruumide kohandamist meditsiinilise abi andmiseks.

3.2. Palga abil stimuleerida Eestisse jäämist.

3.3. Pikendada meditsiinitöötajate puhkusi, parandada med-tööjõu rekreatsiooni võimalusi.

Eero Merilind – perearst Tallinnas

Eesti tervishoid on vaatamata rasketele aegadele säilitanud hea taseme. Tooksin välja kolm põhjust:

1.1. Tartu Ülikooli kõrgetasemeline õpetus, eesti-keelsed õppejõud, nn ajupotentsiaali koondamine ülikoolilinna. Professuuri oskus koondada meditsiini uusimaid suundi ja edasi anda uusi teadmisi kogemuse ning isikliku eeskuju abil.

1.2. Eesti tervishoid on suutnud säilitada näo patsiendi poole. Arvukad ametnike apsud ning poliitikute ebakompetentsed otsused on "ära silutud"

arstide poolt. Arstid on suutnud jääda arstideks, mitte muutuda tervishoiuteenuse osutajateks.

1.3. Diagnostika, eelkõige laborite võimalused, ravimite minimaalne valik, operatsioonide ja väheinvasiivsete uuringute võimalused, olematud ootajad pildiagnostika ning ultraheli uuringute osas.

Rahvusvaheline tase luuakse rahvusvahelise kogemuse omamise ning vastavate töötingimuste loomisega Eestis.

2.1. Luua tingimused eesti tervishoiutöötajate rahuloluks oma tööga ja töötingimustega Eestis.

2.2. Kuulata välismaal töötanud/töötavate kolleegide kogemust ning rakendada huvitavaid ideid Eestis.

2.3. Luua süsteem või otsuste tegemise mehhanism, kus tegevarstide arvamust arvestatakse oluliste otsuste tegemisel, nn arstide koda.

Raha on tervishoius alati vähe, seetõttu tuleks panustada sinna, kust oodatav tulemus oleks kõige suurema lisaväärtusega.

3.1. Kindlustada kõik inimesed vähemalt esmatasandi arstiabi ulatuses.

3.2. Luua/taastada krooniliste haiguste (sh kasvajate) varajase avastamise ning pideva jälgimise süsteem kootöös perearstide ja eriarstidega.

3.3. Haiguste ennetamine: vaksineerimised (laiendada spektrit ja lisada riskirühmade vaksineerimine).

3.4. Teatud krooniliste haiguste raviks valitud esmatähtsate ravimite suurem või täielik kompenseerimine.

Toimetus tänab kõiki vastajaid. Küllap iga lugeja leidis siit midagi, mis tema arvamusi ja arusaamu toetab. Meie arstkonnal ei ole kindlasti põhjust Eesti tervishoiu tänase päeva pärast häbi tunda. Vastupidi – tuleb visalt alustatud teed edasi minna ka raskusi trotsides. Nii suudame avalikkust ja poliitikuid veenda selles, et ka abiandjaid ja abiandmise süsteemi on vaja aidata-toetada.

eestiarst@eestiarst.ee