

Dr Diana Ingerainen: Eesti tervishoiu arendamisel peaks liikuma võimalustelt vajadustele ning asutuste domineerimiselt patsiendikesksusele

Eesti Perearstide Seltsi president dr Diana Ingerainen vaeb Eesti Arsti vastutavale väljaandjale Siim Nahkurile antud intervjuus Eesti tervishoiu üldisemaid probleeme ning peremeditsiini lähituleviku väljavaateid.

Millised on lähitulevikus kogu Eesti tervishoiusüsteemi ning konkreetsemalt peremeditsiini suurimad väljakutsed?

Suurimaks väljakutseks pean suutlikkust muutuda asutusekesksest tervishoiust patsiendikeskseks. Praegune võimaluste-põhine süsteem ei toimi, on aeg orienteeruda ümber vajadustepõhiseks. Kui me patsientide tegelikke vajadusi ei arvesta ning tegutsetakse vaid eelarveridade järgi, siis võib kogu tervishoiu areng riigis seisma jääda. Eriti kehtib see peremeditsiinis, sest üldarstiabiteenus peab lähtuma rohkem patsiendi vajadustest ning abi korraldus peab muutuma patsiendikeskseks ja kvaliteetseks. Peame senisest enam orienteeruma kvaliteedile: praegu läheb süsteemil palju auru sellele, et pakkuda teenust vaid kättesaadavuse pärast. Ühiskonnale tuleb selgeks teha, et järjekord ei ole alati halb ja et inimesele vastu tulla ei ole alati õige. Väga lihtne on tekitada inimestes abitust neile igas olukorras nõustamise ja abi pakumise. Kui on teada, et arstide ja õdede ressurss järjest kahaneb, võib kätteõpetatud abitus hiljem valusalt mõjuda. Perearstid peavad ka praegu jälgima, et tervishoiu ressurss oleks kulutatud eesmärgipäraselt, aga domineerivad väärtushinnangud ei toeta tihti tõenduspõhist käsitlust.

Kuivõrd hästi on tasakaalustatud Eesti tervishoiusüsteemi eri osad, kas mõni vajaks neist eelisarendamist?

Olen esmatasandi meditsiini patrioot ja näen siin palju potentsiaali, mis aitaks kokkuvõttes kogu tervishoidu. Meie tervishoid on nii ajalooliselt kui ka tekkepõhiselt kahjuks jätkuvalt haiglakeskne, kuid märksa



Dr Diana Ingerainen

rohkem saaks ära teha enne patsiendi jõudmist haiglasse. Ka meie arstide nn hind on lubamatult madal, sest maksab aparaat, uuring ja protseduur, kuid mitte meedikute töö. Arsti ja õe hind tervishoius peab tõusma. Rahastamine on Eesti tervishoius tasakaalust väljas, selle heaks näiteks on ka haiglates asutatud turundus- ja müügiosakonnad ning nende tegevus. Samas tuleb hoolikalt silmas pidada olemasolevate vahendite kasutamise sihipärasust ning sedagi, et vahendite ebapiisaval rakendamisel halveneb paratamatult nende abil pakutavate teenuste kvaliteet.

Alates 1. märtsist 2012 lubasid perearstid lõpetada puute vormistamise paberil. Kas see probleem on nüüd lahenenud?

Oleme saavutanud olukorra, kus kõnealuse protseduuri osapooled ütlevad, et seda võiks

elektroonselt teha. Oleme aga rahulolematud, et seda muudatust ei suutnud riik tagada 1. märtsiks. See teema on perearstid hellaks teinud. Teemat on heietatud kümme aastat ja kõik edasised edasilükkamised on murettekitavad. Kõik arstid, kes edastavad korrektset digitaalselt andmeid, ei peaks puudeid paberil vormistama. See on arstiressursi ebaotstarbekas kulutamine.

Viimasel ajal on palju juttu olnud sellest, et perearst on küll ettevõtja, kuid väga piiratud õigustega. Halb on, kui teed tööd, näed vaeva ja teenid kasumit. Veel halvem on see, kui ei tule oma praktilise majandamisega toime. Kuidas perearstil kui ettevõtjal läheb?

Perearstidel läheb ettevõtjatena väga halvasti. Sotsiaalministeeriumi 6. jaanuari 2010. aasta määrus paneb meile väga suured kohustused, kuid need kohustused ei ole ressursidega kaetud ja riik ei luba perearstidel oma ettevõttega muud kui üldarstiabi teenust pakkuda. Tegelikult oleme piiratud teovõimega ettevõtjad. Kui olen rääkinud ettevõtjatega teistes sektorites, siis keegi ei saa täpselt aru, miks meil ei lubata leida muid vahendeid oma ettevõtte jaoks.

Mis oleks lahendus? Kas visiiditasu?

Visiiditasu oleks kindlasti üks lahendus. Kui Euroopa Liidus rakendub 2014. aastal piiriülene patsientide liikumise kokkulepe, siis peame arvestama sellega, et kogu Euroopas hakkab kehtima visiiditasu. Iga riik peaks mõtlema, mida tähendab arstiabi kättesaadavus sisuliselt, et taas mitte tekitada õpitud abitust, kus me ei suuna oma inimeste tervisekäitumist, vaid ütleme, et saate igal juhul ükskõik millise küsimusega perearstikeskusesse pöörduda. Saab küll pöörduda, kuid inimese omaosalus visiiditasu näol paneks paljusid mõtlema, kas tulla ikka perearsti käest küsima, kuidas nabarõngast paigaldada. Visiiditasu aitaks vähemasti osaliselt välja sõeluda tõelised meditsiinilised küsimused. Samas peaks jääma kontakt arstiga e-posti ja telefoni vahendusel endiselt avatuks. Kui aga inimene soovib tulla arsti vastuvõtule, siis ta peab arvestama sellega, et tal on ka selle tegevuse juures omavastutus.

Tundub, et Eesti perearstisüsteem areneb kahel kiirusel. Ühelt

poolt n-ö majanduslikult edukad ja ennast pidevalt täiendavad perearstid linnades ning teiselt poolt suhteliselt raskes olukorras maaperearstid. Kas perearstinduse rahastamises arvestatakse praegu piisavalt meie piirkondlikke eripärasid?

Kogu Eesti regionaalareng on murelikus olukorras. Meie rahvastik väheneb ning maapiirkondades märksa kiiremini kui linnades. Et perearstide rahastamine sõltub otseselt patsientide arvust, kahaneb tulu baasi vähenemisel loomulikult ka tegevuste hulk, mida arstid saaksid realiseerida. Maaperearstid peavad paljust loobuma, sest neil väheneb nii elanike kui ka kindlustatute hulk. Mis on veel nukram – töö tuleb ikka ära teha, kuid tulu saab vähem. Perearstid kuuluvad ühiskonna sellesse ossa, mis kõige valusamini tunnetab toimuvaid demograafilisi muutusi, sh rännet. Näiteks ei sõltu haigla rahastamine sellest, kas seal on kindlustamata või kindlustatud isikud: haigla saab ikka teatud vahendid teenustena eelarvesse. Meil Järveotsa perearstikeskuses vähenes aga viimati kindlustatute arv 150 inimese võrra, kellega seotud raha võrdub ühe õe töökoha maksumusega. Tekib küsimus, kuidas pakkuda samal tasemel teenust edasi. Eesti Perearstide Seltsi hinnangul arvestatakse praeguse rahastamise puhul regionaalsust liiga vähesel määral, kuid rahastamisprobleemid ei tohi kaasa tuua kvaliteedi halvenemist. Maapiirkondades peavad tekkima kokkulepped grupipraktis- teks, teatud teenused (nt telefoniteenused või vastuvõttude registreerimine) võiks osutada piirkondlikult suurema ala kohta.

Perearstidel on pikemat aega olnud probleemiks asendusarsti leidmine. Kas siin on midagi muutunud?

Sotsiaalminister käivitas projekti, mille kohaselt ministeerium otsib asendusarstid üles ja hoiab palgal ning kui kellelgi on vajadus, siis saab asendusarsti tellida. Arvan, et see on samm õiges suunas, et peaks tekkima register ja tõeline logistika, kuidas asendusarstid piirkonda jõuavad. Avaras perspektiivis liigub meie perearstisüsteem sedasi lähemale Euroopale: kui kümme aastat tagasi suutsime igale patsiendile pakkuda perearsti, siis nüüd suudame igale patsiendile pakkuda perearstikeskuse.

Sotsiaalministeerium on välja öelnud, et Euroopa Liidu toetusraha plaanitakse aastatel 2014–2020 kasutada esmatasandi tervishoiu taristu arendamiseks. Mida see endaga kaasa toob?

Ma ise loodan, et kvaliteedi paranemise. Kui vaadata uuringuid, siis olmetingimused ei mõjuta eriti patsiendi käitumist. Patsiendile on ikka oluline arsti näoilme ja see, kui palju arst temast hoolib ja mida talle annab. Kehvades tingimustes aga kirurgilisi protseduure ikka teha ei saa. Kogu see ruumide temaatika annab meile võimaluse pakkuda kvaliteetsemat teenust ja ka rohkem teenuseid, näiteks pisikirurgiat.

Peremeditsiini taristu õiglane planeerimine on raske, sest perearstikeskuste star-dipositsioon on väga erinev. Osa perearste müüs kunagi oma suvila maha ja ehitas nii keskuse üles. Teised ei teinud midagi. Nüüd tekib õigustatud küsimus: miks saab toetust see, kes enne ei panustanud, ja see ei saa, kes on juba vaeva näinud. Selle nulljoone tõmbamine on tõenäoliselt väga keeruline. Samas on selge, et taristu vajab ajakohastamist.

Oleme loonud tööühma, kes mõtleb läbi, milliseid perearstikeskusi ja millistesse kohtadesse vaja on. Sellega seoses tuleb kirjeldada perearstikeskuste liigid ja ilmselt tekib uudse lahendusena perearstikeskuse filiaal, kus osutab teenust vaid pereõde.

Aeg-ajalt on teemaks kerkinud kindlustamata inimeste suur hulk perearsti juures. Kui tõsine see probleem on ja millised on lahendused?

See on väga tõsine probleem, sest nimistu piirarvu arvestamisel liidetakse kindlustatud ja kindlustamata isikud. Kui arv on täis, siis juurde inimesi võtta ei saa, samas ei tea paljude kindlustamata isikute puhul keegi, kas nad on Eestis või kas nad üldse vajavad arstiabi. Samas on hulk inimesi, kes tahaksid tulla nimistusse reaalselt abi saama, kuid kellele peame ära ütleva. Kui kindlustamata isikute arv on 5%, siis teeme vajaliku töö ära, kuid praegu on Järveotsa perearstikeskuses neid juba näiteks 12%, mis hakkab tõsiselt tööd mõjutama. See on sisuliselt ühe nimistu raha ja nii suure puudujäägiga ei majanda enam keskust ära. Riik väidab, et kindlustamata isikute hulk nimistus on 5%, kuid perearstid on

oma nimistuid vaadanud ja see protsent on selgelt üle kümne. Murelikuks teeb inimese omavastutus ja suhtumine. Kui inimene on töötu ja võtab end töötukassas arvele, siis on ta kogu aeg kindlustatud. Sagedased on juhud, kus patsient helistab ja nõuab tõendit töötukassa jaoks, öeldes, et ei saa järele tulla, kuna on Soomes. Miks peame tagama abi nendele, kes Eestis makse ei maksa? Inimene saab omavastutusest hästi aru oma auto puhul: on omavastutus, kasko ja tuleb läbida tehniline ülavaatus. Tervise juures see aga ei kehti – tervishoidu jagatakse niisama, ja kui midagi kohe ei saa, on riik kohe süüdi.

Alates 1. juulist 2012 peaks meie peremeditsiini koordineerima Terviseamet. Milliseks hindate selle muudatuse tähendust perearstidele ning kuidas kulgevad reformi ettevalmistused?

Tegemist on 2008. aastal perearstide algatatud teemaga. Põhjuseks on see, et maakondadest on ära kadunud ressursid ja sellega seonduvalt pädevus tervishoiuteenuste korraldamiseks. Seetõttu on kannatanud planeerimine ja erinevate teenuseosutajate koostöö piirkonnas. Praegu on seadusemuudatus ringlemas, kui see saab tehtud, hakkab ministeerium vajalikke inimesi otsima. Ise näeme, et lahendus on üsna sarnane kiirabikorraldusega, mida Terviseamet koordineerib. Taastub ka tegevuse litsentseerimine ning perearstikeskused peavad tagama praktilise korraldamise, lähtudes Eesti Perearstipraksiste kvaliteedijuhendis määratud korrast.

Arstide liidu president Andres Kork ütles Eesti Arstis jaanuarinumbris, et arstide liidu ja perearstide seltsi koostöö vajaks parandamist. Kas arstid on ühtsed või seisavad kõik pigem oma eriala huvide eest?

Arstid ei ole ühtne mass, vaid isiksused eri arusaamadega. See teebki elu põnevaks. Perearstid on enamasti ettevõtjad ja vastutavad oma praktilise töökorralduse eest, teised eriarstid seda tegema ei pea. Samas ei ole me seda kunagi tahtnud rõhutada. Paljud perearstid on arstide liidu liikmed ja kogu arstkonna erialane areng on meile ääretult tähtis. Me ei pea otsima vastandust, vaid ühisosa. Oleme alati avatud selle ühisosaga tegelemiseks.