

Georg Männik: Juba siis, kui kirjutati praegu kehtiv ravikindlustusseadus, oli see tegelikult aegunud ega olnud jätkusuutlik

Kahjuks ei ole inimeste tervisekäitumises mõtteviis muutunud ja rahastamine on saanud abivahendist eesmärgiks, ütles tervishoiuexpert Georg Männik portaali Med24 toimetajale Eli Lillesele antud intervjuus.

Poliitikud ütlevad, et Eestis on 20 aastat toiminud hea ja efektiivne tervishoiusüsteem. Samas on eksperte, kes sellega ei nõustu. Kuidas hindate Eesti praegust tervishoiukorraldust?

Sotsiaalvaldkonna, sh tervishoiu areng tervikuna on määratud poliitiliste arusaamadega sellest, milline on tervishoiu koht ja tähendus ühiskonnas. Paraku ei ole õnnestunud aastaid lugeda ühtegi poliitilist kontseptsiooni selle kohta, milline võiks välja näha Eesti tervishoiumudel tulevikus. Ilma tervikvisioonita ei oma ka üksikud detailid (nt haiglavõrk, rahastamine, perearstisüsteem) suuremat tähtsust. Visioon omakorda tuleneb väärtustest, mis peaks olema fikseeritud võimu teostavate poliitiliste jõudude koalitsioonilepingusse. Lepetes on rõhutatud majanduse ja rahanduse tähtsust, kuid inimesega seonduv on lausa patoloogiliselt jäänud tagaplaanile. Ikka on olnud nii, et koalitsioonipoliitikud kiidavad tervishoiusüsteemi taevani ja opositsioon toob välja selle sada probleemi. Teiste, meiega sarnaste riikidega võrreldes meil suuri erinevusi ei leia, sest nii nemad kui ka meie oleme oma võimaluste juures suhteliselt hästi hakkama saanud. Meie tervishoid toimib tõenäoliselt rahuldavalt ka lähiaastatel, aga mudel ise on praeguseks vanamoodne. Olemasolevate tehniliste võimaluste ja teadmiste tõttu peaksime tervishoiuprobleeme käsitlema enam ajakohaselt, kuid seni ei ole märke muutustest näha. Läheb palju aega, enne kui tekivad uued ideed, neid hakkab toetama kriitiline mass inimesi ja need jõuavad lõpuks poliitikuteni.



Georg Männik

Tervishoius on alati vahendeid eba-piisavalt. Milline oleks Teie arvates Eesti tervishoiu mõistlik rahastamine nii mahu, allikate kui ka jaotamise mõttes?

Oleme oma tervishoiu rahastamisprobleemi harutamiseks oma kümmekond aastat ajast maha jäänud. Juba siis, kui kirjutati praegu kehtiv ravikindlustusseadus, oli selgelt näha selle jätkusuutmatust, kuid väljakujunenud ja aegunud stampidest oli raske välja murda. Arusaam, et kogu tervishoiu rahastamise raskuskese peaks jääma eelkõige tööandja makstavale sotsiaalmaksule, oli juba tol ajal vananenud. Teiseks komplitseerib olukorda ülehinnatud solidaarne süsteem.

Solidaarsus ei ole vale, ent oluliselt rohkem peaks ka sotsiaalküsimuste puhul rääkima subsidiaarsusest ehk lähimuspõhimõttest, mille kohaselt tuleb olulised sotsiaalsed otsused teha madalaimal võimalikul haldus- ja poliitilisel tasandil ning võimalikult lähedal kodanikele. Seega, tervishoiu suurim küsimus ei ole sellest aspektist lähtudes raha, sest raha on vaid vahend. Teisisõnu – kuni inimeste tervisekäitumises mõttemiis ei muutu, niikaua püsib tervishoiu rahastamise probleem justkui peaeesmärgina. Kasutamata võimalus tervishoius on ka inimese enda motivatsioon. Vastutus oma tervise eest tuleb nii palju, kui see on võimalik, delegeerida inimesele endale. Inimesel peab tekkima arusaam, et tervis on tema isiklik ressurss ning see on tema kõige suurem väärtus ja vara. Paraku on paljudes riikides tervishoid selliselt korraldatud, et on kujunenud arvamus: oma tervise eest mina ei vastuta ja keegi teine võiks selle kinni maksta. Igaüks peaks arutama, kui palju tuleb näiteks iga kuu tervisesse investeerida ja kui palju on võimalik kulutada. Praegu olen tervishoiusüsteemi muutuste suhtes pessimistlik, sest pole kriitilist massi kriitikuid ega ideede generaatoreid. Tervishoius on veel suhteliselt palju raha, inimesed saavad suhteliselt hästi arstiabi kätte ja kriisi pole veel näha. Nüüd on selge, et Eesti tervishoid ootab vapustust, seda hetke, kui avastatakse, et arstid on läinud pensionile või lahkunud veel suuremal hulgal välismaale, et me pole Euroopa turul konkurentsivõimelised ning teenuste kättesaadavus halveneb krooniliselt. Alles siis hakkame mõtlema sellele, mida oleks pidanud tegema juba 5–10 aastat tagasi, sest valdkonnas toimuv kiire areng või ELi direktiivide kehtima hakkamine on meile juba ammu olnud teada.

Kuidas tuua lisaraha Eesti tervishoiu?

Tegelikult on lisaraha vajadus Eestis siiski olemas ning eelkõige üldarstliku tasandi turgutamisel ja motiveerimisel. Seni on rahastamise ja selle jätkusuutlikkuse analüüsimisel lähtunud vaid nüüdsetest võimalustest ja arusaamadest ning selles on puudunud tulevikku kujundav osa. Peasjalikult on jõutud järeldusele, et tervishoidu on vaja saada rohkem raha riigieelarvest. Arvan, et see oleks kehv lahendus, sest sellega laiendaksime raha anonüümset ehk

isikustamata kasutamist. Kui sooviksime aga rakendada subsidiaarsust, siis peame ka patsiendile andma võimaluse tema jaoks mõeldud ressursi kokkulepitud piires ise kasutada. Olen üha enam veendunud, et tervisekonto ideoloogia on parim lahendus Ida-Euroopa riikidele, sest see viib tervishoiu rahastamise alusele, kus inimestel tekib motivatsioon oma tervise nimel pingutada. Tervisekonto oleks inimese isiklik tervisesammas ja sinna kogunenud raha saaks ta kulutada tervishoiuteenuste jaoks omal valikul. See looks võimaluse teha oma terviseinvesteeringuid. Tervisekonto all pean silmas seda, et ravikindlustusse makstavast 13%-st peaks osa olema isikustatud ning inimesel ja/või tööandjal peaks olema võimalus seda osakaalu ka soovi korral suurendada. Tegemist oleks tulumaksueelse kuluga ja kontrol paikneva raha kasutusreeglid oleks ühesugused kõikidele töötavatele inimestele. Võib eeldada, et see võiks soodsalt aidata kaasa ka tööandjate-töötajate paremale sidustamisele. Tervisekontode loomine eeldab korrekture mitmetes õigusaktides, kusjuures ei tohi kaotada ideed, et ikkagi peame tekitama inimeste isikliku vastutuse oma tervise eest. Solidaarne osa tervishoiu rahastamises ei kao kunagi, tervisekonto oleks seejuures täiendava ressursiallika kõrval ka vahend teistsuguse mõtlemise kujundamiseks. Tervisekontod tooksid tervikuna tervishoidu raha juurde ja annaks läbi isikliku vastutuse kokkuhoiu.

Tasuliste vastuvõttude puhul suureneb erakindlustuse osakaal. Riik on jäänud justkui passiivselt kõrvalt vaatama, kuidas turumajandus kujundab jõuliselt kogu Eesti tervishoiuteenuste pakkumist ja kättesaadavust.

See ongi nii ja üha enam lastakse tervishoiul selles suunas minna. Võib-olla ei ole see olnud kõige halvem, et riik ei ole jõuliselt sekkunud, sest teatud iseseisev areng viitab nii mõnigi kord uudsetele lahendustele. Probleem on pigem selles, et ei ole kujunenud püsivalt toimivat seltskonda, kes püüaks sõnastada tulevikustsenaariume. Teisalt – eks see tegevus oleks olnud riigi käivitada ja toetada. Mis puudutab erakindlustuse potentsiaali, siis arvan, et see elujõuliseks ei kujune – selle kalliduse ja meie väiksuse tõttu. Siinjuures

märgin, et kindlustus ja kontode ideoloogia on erinevad asjad.

Esitatud on ka ettepanek, et patsiendil võiks olla võimalus minna Eestis enda valitud tervishoiuteenuse osutaja juurde, maksta ise teenuse eest ning saada hiljem (sarnaselt Euroopa Komisjoni ja nõukogu pii-riülese tervishoiu direktiivi raames tekkinud õigusega) haigekassalt raha tagasi. Kuidas hindate sellise muutuse mõju Eesti tervishoiule?

See on üks võimalustest ja arvan, et see on pigem positiivne kui negatiivne. Tervishoiusüsteemi eesmärk on abi kättesaadavus, ja kui seda mingil põhjusel ei ole, peab inimesel vähemalt olema võimalus mitte olla ahistatud. Suuremat valikuvabadust pean positiivseks eeldusel, et riskid on maandatud. Peamiseks riskiks tuleks pidada selle mehhanismi regulatsioonide väljatöötamise keerukust, sest kõrvaltulemusena võime saada näiteks olukorra, kus vähenevad hoovad tervishoiutaristu haldamiseks. Ehk siis ühe probleemi justkui lahendame, aga teise samaväärse probleemi saame juurde.

Alates oktoobrist hakkab Euroopa Liidus kehtima piiriülese tervishoiu direktiiv. Mida see endaga kaasa toob, kas Eesti tervishoid on konkurentsivõimeline ja ekspordivõimeline?

Arvan, et Eesti tervishoid ei ole eriti konkurentsivõimeline, kui selle all peame silmas rahvusvahelistumist. Arstiabi kvaliteet ei ole meil palju parem ega halvem kui mujal Euroopas, kuid inimesed tahavad ravile tulles tervikteenindust ja selles suhtes on meie tervishoius suhteliselt suured puudujäägid. Utreeritult öeldes, nii kui meil kirurg skalpelli käest paneb ja patsient lahkub operatsioonisaalist, võivad hakata tekkima probleemid tugiteenuste osutamisel. Keeruliseks läheb ka siis, kui meie inimesed hakkavad rohkem ravil käima lähimaades ja sellega viivad meie tervishoiule vajalikku raha riigist välja. Ühest küljest on ELi liikmetel riigikesksusest kohatu rääkida, aga teisalt peaksime subsidiaarsusest lähtudes oma patsientidele raviteenuste kättesaadavuse tagama ikkagi siin. Teadaolevalt meid ümbritsevad riigid teevad ponnistusi, et tervishoiuteenused oleksid mõistliku hinnaga ja logistiliselt kiiresti kättesaadavad, ning võib juhtuda, et me

enam ei löö kedagi ei hinna ega kvaliteediga. Kokkuvõttes – tegemist on hüpoteesidega ja arvatavasti märkimisväärseid muudatusi meie tervishoiuteenuste osutamise turul see muudatus siiski kaasa ei too.

Eestis jääb arste ja õdesid järjest vähemaks ning see toob kaasa selle, et raviastutuste praeguse võrgu säilitamiseks neist enam ei piisa. Kuidas mõjutab personalidefitsiit tervishoiu arengut?

Igal juhul jääb personali vähemaks, sest ühiskonnas valitseb kaks raske mõjuga suundumust: ühel hetkel tekib kindlasti tasakaal lahkujate ja tagasipöördujate vahel, aga praegu ei ole see hetk käes ning teisalt kasvab järjest meedikute keskmine vanus ja suuremal arvul jäädakse pensionile. Tulevikku võib vaadata tumedates värvides, kuid samas võib süvenev personalipuudus raha kõrval olla teine tegur, mis aitab uue paradigma üle diskussiooni käivitada. Siis lõpuks võib tekkida kriitiline mass inimesi, kes tajuvad, et nii enam edasi minna ei saa ja sellele peab reageerima ning asuma tervishoidu ümber korraldama. Lahendusena ei pea aga rääkima sellest, et tuleb kahekordistada arstide väljaõpet, või töötajaid sisse ostma. Peame hoopis oma tervishoiuideooloogiat korrastama. Kahjuks oleme mõned oma eelised – väiksuse, mobiilsuse, kiiruse – jätnud kasutamata. Paraku viitab peamine tõdemus selgelt, et tervishoiuvõrku tuleb koomale tõmmata, või õigem oleks öelda, et see hakkab isevoolu teel koonduma. Teiseks märkimisväärseks kõrvalmõjukuks on see, et vähenevad võimalused personali valida ning kvaliteedistandardid teenuste osutamisel ja patsiendisuhthel muutuvad valikuvõimaluste vähenedes veelgi lödvemaks.

Eelmise haiglavõrgu-arengukava elluviimine ei ole veel lõppenud, kuid samas peaks välja töötama juba järgmise perioodi arengukava. Millised oleksid siinkohal Teie soovitusel?

Arvan, et tervishoiu rahastamine on ka sisuliselt paigast ära selles mõttes, et tervishoiu põhilüli – üldarstiabi – on alarahastatud ja eriarstiabi ülerahastatud. Haiglavõrk on saanud kujuneda selliseks, et olemasolevad ruutmeetrid ei tööta täiskoormusel ja selles kontekstis töötab meie haiglavõrk ebaefektiivselt. Seega ei tähenda ebaefektiivsus ebasihipärast kulutamist või raiskamist,

vaid seda, et me ei suuda raskekahurväge piisavalt koormata. Kas selles on midagi halba? Meie maksame selle kinni ja raha jääb järjest vähemaks. Küsimus ei ole selles, kas teeme mõne haigla lahti või paneme kinni, kas paneme veel kümneid miljoneid eurosid haigla müüride sisse või ostame kalleid seadmeid. Sooviksin rõhutada, et me ei peaks rääkima ainult haiglareformist, vaid kogu tervishoiusüsteemi toimimise terviklikkusest ja järjepidevusest. Nii õnnestuks teenuste osutamine tõhusamaks muuta.

Olete Eestis praegu kehtiva ravikindlustussüsteemi üks autoritest. Milline võiks olla tookordsete tegevuste õppetund nendele, kes praegu tegelevad Eesti tervishoiukorralduse arendamisega?

Arvan, et kõikide ettevõtmiste ja projektide puhul on peamine see, et ettevõtetu peab meeldima ja peab tahtma seda teha, kirglikkusega ei ole mõtet vaeva näha. Alati peab oskama esitada miks-küsimuse, ja see ise sunnibki asjakohaste materjalidega tutvuma ning teiste kogemusi vaagima. Ohtlik olukord tekib siis, kui on olemas vastus, aga küsimus puudub. Teistes riikides olen meie kogemuste kohta öelnud, et meil oli kriitiline mass tegijaid ja me kõik uskusime tulemustesse. Ja eksperdid ning poliitikud mõtlesid ja tegutsesid ühel lainel ilma vastandumiseta. Usk tulemusse on see, millest saavad inimesed kõikides kultuurides aru, kuid see eeldab ühise tulekuvisioni olemasolu.

Olete oma kogemust pakkunud teistele riikidele nende ravikindlustus-

süsteemide kujundamisel. Milliseid riike ja mis valdkonnas olete täpselt nõustanud? Mida on meil neilt riikidelt õppida?

Koostööprojekte on olnud kõikide Euroopa Liidu riikidega, projektjuhina olen töötanud Kaukaasias, Kesk-Aasias, Ukrainas, Venemaal. Viimati tegelesin valitsusasutuste nõustamisega Kõrgõzstanis, sügiseks on plaanid veel lahtised. Projektid hõlmavad enamasti sotsiaalkindlustust ja tervishoidu. Tuleb tunnistada, et üldjuhul koonduvad projektid ikkagi rahastamise ja raha kasutamise ümber. Tervishoiuteemad on viimastel aastatel domineerivaks kujunenud ja mulle see sobib, sest usun, et mul on olemas visioon tervishoiu toimimise võimalikust loogikast järgmistel aastakümnetel. Eks aeg näitab, kui õige või vildakas see on. Eri riikide ajalugu, kultuur ja tervishoiusüsteemid on väga erinevad, kuid lõpuks taandub kõik universaalselt võimalustele, mida inimesed on valmis oma tervise heaks tegema. Euroopas uuritakse palju nn vana Euroopa kogemusi ja malle, kuid see ei anna tihtipeale häid lahendusi ning arendusideid. Kesk-Aasia riikide puhul on selgelt tuntav, et otsitakse oma teed, aga ei suudeta veel täpselt sõnastada lõppeesmärki. Ehk siis võiks mõtet laiendada: asi ei ole niivõrd õppimises ja kogemuste omandamises, pigem mõistmises, et igal riigil on oma tee, ja milline see valitakse, sõltub mõtlemise virkusest või laiskusest. Meie piirkonnal oleks edasiseks arenguks head võimalused, näiteks võiksime ühise tervishoiuregioonina vaadelda Eestit, Lätit ja Soomet ning ka veidi laiemalt Kirde-Euroopat tervikuna. Võimalikke soodsaid stsenaariume on kindlasti mitu.