

Urmas Siigur: tervishoiu rahastamise allikad peavad olema mitmekesisemad

Lisaks sotsiaalmaksule peaksid teatud tervishoiukulutused olema rahastatud muust kui ravikindlustuse eelarvest, ütles Tartu Ülikooli kliinikumi juhatuse esimees Urmas Siigur Eesti Arsti vastutavale väljaandjale Siim Nahkurile antud intervjuus.

Mis on praeguse Eesti tervishoiu kõige pakilisem probleem ja mis on Teie soovitus selle lahendamiseks?

Ühte sõnasse panduna – rahastamine. Eesti tervishoiukulutused inimese kohta on OECD maade seas kõige väiksemad, olles keskmisest väärtusest kaks ja pool korda madalamad. Vaieldamatult jätab see pitseri kõikidele meie tegevustele ja mõjutab ka otsuseid. Korduvalt on mitmed välismaised eksperdid hinnanud, et peale raha vähese hulga on meie praeguse rahastamise puuduseks see, et rahastamine on oma allikate poolest väga monotoonne. Peaaegu kogu tervishoiu rahastamine on seotud tööjõumaksudega, see aga teeb valdkonna omakorda väga haavatavaks võimalike kriiside korral, nagu nägime mõned aastad tagasi. Raha võiks tervishoiu alati rohkem olla, aga eelkõige peaks rahastusallikad olema mitmekesisemad. Tervishoid ei saa olla rikkam kui riik, aga tervishoid peaks olema senisest eelistatum sektor. Lisaks väikseimale raha üldhulgale *per nase* on Eesti tervishoiukulutused OECD kõige väiksemad ka suhteosana SKPsse.

Soomes on lisaks riiklikule ravikindlustusele väga tugev töötervishoid ja samuti erakindlustus. Kuidas tuua lisaraha Eesti tervishoidu?

Meil on ühest küljest väga lihtne ja selge maksusüsteem, aga arvan, et lisaks sotsiaalmaksule peaksid teatud tervishoiukulutused olema rahastatud muust kui ravikindlustuse eelarvest, olgu selleks siis kapitalikulud või tööõnnetused ja töötervishoid. Usun, et maksubaasi peab laiendama. Ideesse, et solidaarse süsteemi kõrval võiks meil olla ka erakindlustus, ma ausalt öeldes ei usu, kuna Eesti riik ja keskmine kodanik on selleks esiteks liiga vaene ning teiseks, olgem ausad, on meil jätkuvalt küllaltki korporatiivne ühiskond – need, kellel on raha, neil on ka

palju tuttavaid ja igal juhul arstiabile hea juurdepääs.

Selle aasta veebruaris otsustas haigekassa oluliselt vähendada haiglavõrgu arengukavasse mittekuuluvatele raviasutustele minevat lepingumahtu, mis tõi kaasa erakliinikute terava reaktsiooni. Kas Teie hinnangul oli see reaktsioon õigustatud?

Haigekassa ei vähendanud mahtu, pigem kutsus suurema reaktsiooni esile see, et seda turgu jaotati ümber. Erameditsiini osa eriarstiaabist on praegu 8–10%, mis on päris suur hulk raha. Erameditsiini rolli ei ole poliitilisel tasandil väga teadvustatud ega selle mõjusid analüüsitud. Räägitakse turumajandusest ja vabast konkurentsist, aga selge on see, et tervishoiuteenus ei allu päris täpselt turureeglitele.

Ühest küljest on tegu avaliku teenusega, mida riik on võtnud kohustuseks katta. Tervishoid on vaieldamatult elutähtis teenus, mis on riigi vastutus. Teisalt kiputakse unustama, et tervishoid ei ole mitte ühte punkti pandud kogum erinevaid teenuseid, vaid see on kompleks, mis tervikuna vajab kõigi komponentide koordineeritud ja tasakaalustatud koostoimimist. Erameditsiini tegeleb teatud mõttes koore riisumisega. Seda viljeldakse eeskätt nendes sektorites, mis ei nõua väga olulisi investeeringuid, ööpäevaringset valmisolekut ja on seotud suhteliselt väikeste riskidega. Valdavalt on see ambulatoorne teenus ja just see osa, mis kehtiva hinnakujunduse juures on kasumlik. Samas on haiglavõrgu arengukava haiglatel kohustus tagada kõikidel erialadel täiskompleksne ööpäevaringne valmisolek. Kui erameditsiini senine areng, butiiklus jätkub, on see minu meelest arvestatavaks ohuks kogu Eesti tervishoiukorraldusele. Tervishoid on kompleksne teenus, ja kui



Urmas Siigur

meilt viiakse välja eelkõige ambulatoorne arstiabi, siis muutub teenuste struktuur ning suurhaiglatel jääb järjest enam teha vaid seda, mis on suhteliselt kallim ja vaevalisem ülal pidada.

Me ei saa rääkida vabast konkurentsist tingimustes, kus üks ressurs on tugevas defitsiidis ja selleks oluliseks ressursiks on tööjõud. Tegelikult kanditakse sel viisil haiglatest välja eriarste parema palga ja suhteliselt lihtsama töö peale. Ühel hetkel võib olla nii, et need haiglad, kes peavad tagama ööpäevaringse ja täiemahulise valmisoleku, on seeläbi tugevasti hädas.

Aktsepteerin täiesti, et on sellised nišid, kus tulenevalt teenuse iseloomust ongi erategijatel patsiendi poolt vaadatuna oma eelised, olgu näiteks günekoloogia ja dermatoveneroloogia, kus lisaks teenusele n-ö ostetakse ka privaatsust. Erateenus ei tohi aga ohustada tervishoiusüsteemi kui terviku jätkusuutlikkust. Vabast konkurentsist ei saa me rääkida ka seetõttu, et ühest küljest on erategijad vabad valima teenuseid, mida nad osutavad (ma ei ole näinud ühtegi eraettevõtjat, kes tahaks hakata näiteks lastehaigustega tegelema), teisalt, olgem ausad, neile on jäetud praktilises elus vabadus küsida lisaks haigekassa makstavale ka patsiendilt erinevate siltide all täiendavat tasu. Lisaks sellele toimib erameditsiin ka teatava sõelana, kus tehakse ära lihtsam-odavam-tasuvam töö ning keerulisem-kallim-kahjumlikum suunatakse haiglasse.

Ühe suurema tööandjana selles valdkonnas öelge, milline on praegune seis tööjõuressurssi ja selle planeerimisega.

Seis tööjõuga tervishoius on habras ja mõnedel kitsamatel erialadel küllaltki kriitiline, kus ühe-kahe inimese lahkumine võib põhjustada vägagi haavatava olukorra haigla, kuid vahel ka terve riigi jaoks. Näiteks võiks tuua neurokirurgia, kus tegijaid Eestis saab kokku lugeda kahe käe sõrmedel, samuti torakaalkirurgia, kuid ka mitmed sisemeditsiini erialad. Mujal maailmas on ühe suure haigla teeninduspiirkonnas niipalju inimesi kui Eestis kokku. Meil on ressurs hõredalt asustatud maad mööda laiali ja iga spetsialist arvel. Eriti valus on see, kui mõnel sellisel kitsal erialal õpetatakse residentide aastate vältel ning seejärel lahkuvad Soome tegema hoopistükki mitte seda kõrget kvalifikatsiooni nõudvat tööd. Selle

tühiku täitmine võtab aastaid ning tulemus on taas garantiita.

Palju on arutatud ravijuhupõhise rahastamise üle. Mida Teie muudaksite tervishoiu rahastamises?

Kui raha on vähe, siis jaga teda, kuidas tahad, sellest teda juurde ei tule. Olen absoluutselt juhupõhise rahastamise poolt, eelarveline rahastamine on selgelt ajalugu. Kuid teisalt on Eestis juhupõhise rahastamise praktika kohati täielikku absurdi läinud. Ilmekaks näiteks on DRG (*diagnosis-related groups*) põhine rahastamine. Printsibiilt peaks see süsteem koondama ühte gruppi samasuguse kliinilise tähendusega ning ressursikuluga haigusjuhud, mille eest makstakse keskmist hinda. Siis kui juht on oluliselt kallim või odavam, makstakse aga teenusepõhiste hindade alusel. Nii DRG hind kui ka odavama ja kallima piirid on toodud haigekassa hinnakirjas, kust me võime mustvalgel lugeda, et ühte gruppi peavad mahtuma ka kuni kümneid ja sadu kordi erineva kuluga (rekord on 700 kordne erinevus) haigusjuhud. Selgelt tuleks defineerida, mis on ravijuht, ja katsuda seda käsitleda ka ühtemoodi erinevate teenuseosutajate kontekstis. Toon lihtsalt ühe veidra näite: kui kliinikumis sünnib 600 grammine laps, siis patsient liigub kliinikumis erinevate osakondade vahel ja see on üks haigusjuht ja üks DRG, mille alusel makstakse. Kui samasugune laps sünnib Tallinnas näiteks Lääne- või Ida-Tallinna Keskhaiglas, siis on see üks juht. Edasi viiakse see laps Tallinna lastehaiglasse ja siis on see juba teine juht, tekib kaks arvet.

Mai Eesti Arstis ütles minister Urmas Kruise, et inimesel peab olema teatud erialade puhul võimalus valida, kas pöörduda haigekassa raha eest haiglavõrgu arengukava haiglasse või erahaiglasse. Kuidas suhtute mõttesse siduda raviks ettenähtud raha patsientidega?

Ausalt öeldes näen ma seda mõtet kaunis ohtlikuna, tuginedes erameditsiini senisele praktikale. Kui ühiskonnas leitaks konsensus, millised need teatud erialad peaks olema, võiks kindlasti mõjude üle edasi arutleda. Selle käsitluse puhul kannatab kindlasti solidaarsusprintsip, sest väga suurel osal meie inimestest ei ole reaalselt seda raha välja käia, et alguseski teenuse

eest maksta. Teiseks hüpertrofeerib see kindlasti taas neid erialasid, kus on lihtne teenust kasumlikult osutada, nii et see ei peegelda sisulist nõudlust ega vajadust, vaid siin hakkavad mängima täiesti teistsugused turumehhanismid. Kui me tahame, et ühe piirkonna haigla võtaks terve piirkonna eest üldvastutuse, siis me ei saa lubada sellist olukorda, et mingil kitsamal erialal langeb suur osa ambulatoorsest tegevusest selle haigla sfäärist välja.

Kunagi kliinikumi konverentsil esines ütle site, et haiglavõrgu paremaks toimimiseks peaks seal olevatel haiglatel olema üks majandusruum. Sel aastal jõudis lõpuni Lõuna-Eesti haigla liitumine kliinikumiga, ka Põhja-Eesti Regionaalhaigla on huvi näidanud Rapla ja Hiiumaa haigla vastu. Milline areng toimub siin lähiaastatel?

Haiglad peaks olema funktsionaalselt oluliselt paremini võrgus, kui nad praegu on, et me ei konkureeriks mõttetult, näiteks tööjõule, et üleval pidada mõnda valveringi maakonnahaiglas, kus palju tööd ei ole. Kui vaadata analüüse, siis Eesti tervishoid on tervikuna olnud väga efektiivne, kuid ühtegi süsteemi ei saa lõputult edasi efektiivsuse suunas arendada. Usun, et teatud võimalusi on siiski veel haiglavõrgu korrastamises ja mõistlikus tööjaotuses ning ilmselt on seda protsessi võimalik paindlikumalt suunata, kui grupp haiglaid on ühishuvidena ja ühes majandusruumis. Samas ei tohiks võrgustumisest poliitilist kampaaniat teha, peamine alus on ühishuvid. Nende leidmine, mille meetodiks mõnelgi puhul võib olla paratamatuse tunnetamine, võib võtta aega.

Esmatasandi lähiaastate trendiks peaks olema kontsentreerumine tervisekeskustesse, mille tuumikuks paljudel puhkudel saavad ilmselt senised maakonnakeskustes paiknevad üldhaiglad. Selles on teatav näiline analoogia kunagise polikliinikute süsteemiga, kus koos töötaks kriitiline hulk perearste, et nad saaksid ka üksteist katta ja annaksid tööd ka teatud hulga eriarstidele, et teha esmane kontakt patsientidele võimalikult vahetuks. See nn tervisekeskuste väljaarendamine on kuulutatud ka riiklikult prioriteetseks arengusuunaks.

Selles valguses jääb täiesti arusaamatuks viis, kuidas haigekassa konkursi läbi jäeti eriarsti lepingutest ilma sisuliselt juba siiani tervisekeskustena toimunud Tartu linna polikliinik ja Tallinnas Medicum,

Kuidas hindate e-tervise teenuste praegust olukorda Eestis?

Ma arvan, et e-tervise on väga hästi toimivaid komponente – digiresept, mida keegi ei väsi kiitmast. On mõningaid lootustandvaid arengusuundumusi, nagu digilugu. Samas on küllaltki palju jätkuvalt loosunglikkust ja ebaõnnestumisi. Üks näide on e-konsultatsioon ja e-visit, mis võiks olla kindlasti teatud olukordades mõistlikult rakendatavad. Nende käitamise aluseks on aga toimiv e-saatekiri. Üks versioon töötati välja juba enam kui aasta tagasi, aga kuna sellega ei kaasnenud sellist ellurakendamist nagu digireseptiga oli, siis see absoluutselt ka ei juurdunud. Ette on valmistatud juba järgmine versioon e-saatekirjast, mida tabab tõenäoliselt seesama saatus. Teeks ühe asja korraga, teeks ta valmis, juurutaks ja siis sammuks edasi.

Mulle tundub, et e-tervisega kaasneb avalikkusele ja poliitikutele pettekujutelm, et see nagu tekitaks tervishoiu ressursi juurde, et me saaks midagi kiiremini, palju paremini – see on suures osas illusioon. Heaks näiteks on eespool viidatud e-konsultatsioon, mis eeldab samamoodi arsti aega nagu tava-konsultatsioon ning teisalt terve reageeriva süsteemi püstipanekut. Meie e-arenduste üks üldine puudus on süsteemitus uute asjade algatamisel. Uut asja algatades, olgu see teadus- või rakendusprojekt, tuleb esmalt saada ülevaade, mis maailmas juba tehtud on, ja enamasti on tehtud päris palju, me ei ole esmaavastajad, kuigi tahaks. Edasi tuleb tarbija ja väljatöötaja koostöös väga täpselt määrata eesmärk, leida optimaalsed meetodid ning hinnata adekvaatselt ressursivajadust ja seda rakenduse eri tasanditel. Viimane on sagedaseks libastumiskohaks. Püramiide ei saa ehitama hakata tipust ja suuri e-lahendusi panustades vaid kesksüsteemi. Vundamendiks on teenuseosutajate infosüsteemid, mis vajaksid arenduseks oluliselt rohkem rahalist ressursi, kui see praegu võimalik on.