

Tervitusi „Rootsist“

Liisi Uder – Riigikontrolli auditijuht



Liisi Uder

Veebruari alguses avalikustas Riigikontroll auditi iseseisva õendusabi korraldusest. Peep Pödder Jõgeva haiglast ütles auditit „Aktuaalses kaameras“ kommenteerides: „Ajuti lugedes seda auditit jääb mulje, et Riigikontroll oma ekspertidega asuks Rootsist, aga need, keda nad kontrollivad, asuks Eestis.“ Riigikontroll lähtuvat ideaaltingimustest.

Riigikontroll võttis oma auditi aluseks Eesti hooldusravivõrgu arengukava 2004–2015. Selle põhjal hindasime rahastamise vastavust, voodikohtade olemasolu jm. Riigikontrolli ametnikud peavad oma töö tõttu lugema paljusid arengukavu ning seetõttu julgen väita, et eespool nimetatud on oma aja kohta väga korralik arengukava. Võin kõigile Riigikontrolli pädevuses kahtlejatele öelda, et küsisime auditi jooksul korduvalt nii oma ekspertidelt (dr Kai Saks jt) kui ka Sotsiaalministeeriumi ametnikelt üle, kas arengukavas toodu on nende hinnangul veel adekvaatne. Uurisime meiegi ju rahvusvahelist praktikat, sest nii mõneski riigis planeeritakse õendusabi ja hoolekandeteenuseid 80aastaste ja vanemate inimeste arvu järgi. Saime vastuseks, et arengukava on ajakohane ka praegu: 10 voodikohta 1000 isiku kohta vanuses 65 aastat ja enam on just õige arv.

Miks tekib ometi küsimusi, kas Riigikontroll iseseisva õendusabi korraldusele hinnangut andes äkki elevandiluust tornis ei istu? Nii on see ilmselt seetõttu, et tegelikult pole arengukava, mis on kehtinud üle kümne aasta, sisuliselt rakendama hakatud. Peamine aur on läinud euroraha toel taristu arendamiseks, sisulisi muudatusi teenuse arendamisel tehtud ei ole.

Loomulikult lähtusime auditis ideaaltingimustest. Need tingimused olid järgmised: inimesed saavad abi ning nad ei saa seda abi, mis on parasjagu kõige kättesaadavam või kellegi jaoks kõige odavam, aga saavad seda abi, mida neil on vaja. Kui see on idealism, siis sellises idealismis tahakski elada. Kui koduõendusteenus oleks ühtlaselt üle riigi

kättesaadav, kui hoolekandeteenused (nii hooldekodud kui ka koduhooldusteenused) oleksid kättesaadavad, nende süsteemide rahastamine ei oleks eraldi ning ka abivajaja saaks liikuda seal vabalt ega takerduks süsteemi lõhedesse, siis saaksime rääkida ideaalselt toimivast süsteemist.

Faktid on lihtsad ja selged. Riigikontrolli auditi tulemused näitavad, et 25%-l juhtudest ei oleks statsionaarset õendusabi saanud patsiendid pidanud seda teenust saama. Nad ei vajanud kas üldse mingit abi või oleks neile kohasemad olnud muud teenused. Selliste patsientide peale kulus ligikaudu 4 miljonit eurot, kusjuures 740 000 eurot kulus nende peale, kes ei vajanud üldse abi. Ometi said nad statsionaarse õendusabi teenust.

Statsionaarset õendusabi saab osutada ainult saatekirja alusel, mille on kirjutanud arst. Seega olid arstid mingil põhjusel suunanud suure hulga inimesi saama iseseisvat statsionaarset õendusabi, kuigi see teenus ei olnud neile inimestele sobiv. Iseenesest ei oleks selles ju midagi halba, kuid see kõik maksab ning raha ei tule sugugi n-ö helesinisest torust, vaid ravikindlustuse eelarvest. Loomulikult võib öelda, et õendusabile kulutatav summa on nii kaduvväike, et kui seal veidi raha ebasihipäraselt kulub, siis ei ole sellel üldises plaanis mingit mõju. Samas kipun ma arvama, et see on vaid jäämäe tipp ning samasugust raha ebasihipärasest kasutamist võib leida kõikidel erialadel. Olgu näitena toodud meie varasematest audititest mõttetu MRT-uuringute tegemine pea- ja seljavalude korral või perearstide tegevus patsientide suunamisel kardioloogide vastuvõtule.

Patsiendi suunamine statsionaarse õendusabi haiglasse või osakonda on ju täiesti normaalne tegevus: saab patsiendi kaelast (või voodist) ära ja ravijuhu lõpetada. Aega pole ka selle patsiendiga rohkem tegeleda, sest arsti talle enam vaja ei ole, küll aga on tal võib-olla tarvis aega, et kosuda. Riigikontroll ei tahtnud olla

ülemäära kriitiline arstide suhtes. Kuigi küsimus võib ju tekkida, miks nii suur hulk inimesi on kohas, kus nad ei peaks olema, on sellele Riigikontrolli hinnangul üsna lihtne seletus: tervishoid ja hoolekandesüsteem eksisteerivad täiesti eraldi – koostöö ja suhtlemine nende vahel tuleneb pigem ametnike, sotsiaaltöötajate ja arstide initsiatiivist (vahel patsiendi nõudmisel) ning korralduslikult ei sunnita osapooli kunagi mõtlema sellele, milline on inimesele kõige parem teenus, et suunata ta sinna. Ka auditi meediakajastusest jäi kõlama, et arstid suunavad patsiente teenuseid saama ainult tervishoiusüsteemi sees ega kaalu alternatiive. Aga miks nad peaks?

Riigikontroll oli oma auditis väga kriitiline Sotsiaalministeeriumi tegevuse suhtes. Õendusabi teemal auditeid on ka varem tehtud, on oldud niisama kriitiline kui Riigikontroll, on juhitud tähelepanu sellele, et haigus-/õenduslugude dokumenteerimine ei kõlba kuhugi, aga ometi tuleb sedasama kirjutada üha uuesti. Riigikontrollile on teinekord ette heidetud, et kirjutame asjadest, mida kõik juba teavad. Aga nii ongi! Valdonna inimesed ongi asjadega kursis ning need, kes ei taha, et midagi tehakse või ei viitsi parandusi teha, on pahurad, et seda teemat käsitleme ja teised on pahurad, et jälle keegi räägib sellest, aga midagi ei juhtu. Lõpuks on olemas siiski ka need 1,2 miljonit ravikindlustatut, kes tahavad teada, milliseid tervishoiuteenuseid selle raha eest ja kui säästlikult osutatakse. Riigikontrolli ülesanne ongi olla n-ö vinguviil.

Sotsiaalministeerium leiab, et nemad on olukorra parandamiseks astunud juba mitu pikka sammu. Kehtestatud on uus saatekirja vorm, mis justkui peaks taas kord lahendama kõik probleemid. Võib olla üsna kindel, et ei lahenda, sest esiteks kannatab paber kõike ning teiseks ei lahenda see sotsiaalseid probleeme ega kahe süsteemi lahusust.

Riigikontroll tõdes auditi lõpuks, et nimelt tervishoiu- ja hoolekandesüsteemide lahusus nii organisatoorselt, rahastamises kui ka juhtimises on põhjuseks, miks inimesed saavad neid teenuseid, mis ei ole nende jaoks kõige õigemad. Auditi tulemusel tegi Riigikontroll võib-olla esialgu pisut revolutsioonilise ettepaneku need süsteemid ühendada. Sest olgem ausad, et nii kaua kui on kaks eraldi rahakotti ja on süsteemid, mille teenused on

odavamad, kipub olema nii, et surve on nende teenuste ületarbimisele, mis ei kuulu „minu süsteemi“ või mille eest patsient peab kõige vähem maksma.

Hooldekoduteenus on praegu kaks korda kallim kui statsionaarse õendusabi patsiendi omaosalus. Samas on statsionaarse õendusabi kogukulu (ravikindlustus + patsiendi omaosalus) mitu korda suurem kui hooldekoduteenus. Loomulikult ei tähenda kahe süsteemi ühendamine mingit formaalset rahakottide ühendamist, vaid läbimõeldud tegutsemist. Seejuures on vaja muutusi ka mõttetasandil, sest tõele näkku vaadates kipub tervishoiusektor olema väga enesekeskne. Tervishoiusektor on pikka aega puudust tundnud mittemeditsiinilisest personalist, keda võiks kasutada tervishoiutöötajate koormuse vähendamiseks. Kindlasti annaks sotsiaaltöötajate osakaalu suurenemine haiglates võimaluse tegeleda patsiendi edasiseks hoolduseks või raviks parimate lahenduste leidmisega.

Muudatusi saab aga teha ka enne, kui kirjeldatud süsteemsed muudatused on ellu viidud. Riigikontrollile oli ehk kõige hämmastavam see, kui erinev on teenuste kättesaadavus Eesti eri piirkondades. Seejuures ei määra kättesaadavuses peamist rolli sugugi mitte voodikohtade olemasolu, vaid see, mis ulatuses Eesti Haigekassa teenuse osutamist rahastab. Piirkondade ja haiglate vahel on siin mitmekordsed erinevused, millele õigeid põhjendusi ei olegi. Riigikontrolli arvates on esimene asi, mis tuleb korda teha, just see, et tuleb tagada õendusabiteenuste võrdne kättesaadavus kõigis piirkondades. Ei ole ju normaalne, et ühes maakonnas saab 65aastaste ja vanemate isikute kohta koduõendusteenust kümme korda rohkem inimesi kui teises maakonnas.

Lisaks teenuste ebavõrdsele kättesaadavusele on senise süsteemi jätkudes mureks ka haiglate jätkusuutlikkus. Eestis on euro-raha toel voodikohti käesoleva aasta lõpuks nii palju, kui neid arengukava kohaselt peab olema. Ja see on väga hea. Nendest voodikohtadest ei ole mitte vähematki kasu, kui seal teenuse osutamist ei rahastata. Kui haiglad tegid oma „äriplaane“ euroraha taotledes, siis keskmiselt leidsid nad, et statsionaarse õendusabi kohtadest peaks rahastama 75% haigekassa. Vaadates Eesti haigekassa rahastamise ulatust ja tulevikuperspektiive, on see maht ka üsna reaalne.

Samas tekib küsimus, kust tuleb raha ülejäänud 25% rahastamiseks. Arvestades patsientide praeguse omaosaluse suurust ning omavalitsuste väikest panust teenuse rahastamisel, siis on ebareaalne, et veerand voodihõivest täidetakse ravikindlustusrahaga. Kui aga ei suudeta teenida nii palju raha, kui planeeriti, siis kui jätkusuutlikud on teenuseosutajad? Hooldusravi-

võrgu arengukava nägi aga ette järgmise rahastamismudeli: 35% haigekassalt, 16% patsientidelt ja 49% omavalitsustelt. Sellist rahastamist ei ole kunagi olnud ja selle rakendamise poole ei ole ka mitte ühtegi sammu astunud. See olekski aga pidanud olema arengukava rakendamise esimene samm.

Uue Rootsi-aja ootuses ...

Kommentaari artiklile „Tervitusi „Rootsist”“

Kai Saks – Eesti Gerontoloogia ja Geriaatria Assotsiatsioon

Riigikontrolli audit iseseisva õendusabi korraldusest on märgilise tähendusega, võrreldav väikese inimese sõnadega muinasjutus keisri uhketest rõivastest. Uute hoonete ehitamine õendusabi vajavatele inimestele on kahtlemata uhke ja vajalik, kuid kõik need kohad saavad täidetud ja ikka tuleb puudus. Enamgi veel – ka osa aktiivravi voodikohti pakub teenust inimestele, kellele oleks muu abi õigem, vastuvõetavam ning kindlasti odavam.

Auditi tulemused lubavad teha üldistusi nii statsionaarse õendusabi teenuse adekvaatse pakkumise kohta kui ka kõrvalabi vajavate inimeste teenuste süsteemi kohta üldisemalt. Eesti hooldusravivõrgu arengukava 2004–2015 tegemise ajal oli näha nii Sotsiaalministeeriumi kui ka erialaeksperptide innustust ja entusiasmi ning erialaseltsid peavad siiani seda heaks kavaks. Paraku rauges ministeeriumi entusiasm mõne aastaga. Erialaseltside märgukirjad ja ettepanekud Sotsiaalministeeriumile ning haigekassale on leidnud formaalseid väljundeid, millega on stagnatsiooni pigem kinnistatud. Püütakse kramplikult säilitada tervishoiukorralduse struktuuri, mis välistab vajalikud muutused; teenuste

vajalikkuse hindamiseks korraldatakse uuringuid, kuid tulemusi ei rakendata praktikasse (nt ühtne seisundi hindamise meetodika hooldusvajadusega inimestele); lähtutakse ajast ja arust valdkondlikest printsiipidest (nt haigekassa ei kata tervishoiu sotsiaaltöötajate tööga seotud kulusid).

Riigikontrolli auditi tulemustele tuginevad järeldused on kindlasti tehtud Eesti oludest ja Eesti võimalustest lähtudes, mitte kaugelt utopiamaailmast vaadates. Jutt on eeskätt sellest, kuidas olemasolevat ressursi mõistlikumalt kasutada. Hoopis teine jutt on see, et abivajadusega inimeste hulk lähematel aastakümnetel kasvab jõudsalt ning sellesse sektorisse suunatud ressursse on vaja suurendada. Enne kui süsteemis pole tõhusust suurendatud, pole isegi ressurside lisamisest suurt tulu loota. Teenuse pakkujat huvitab eeskätt see, kas talle selle osutamise eest makstakse, teenuse saajat aga tihtipeale see, et tema kulutused oleksid võimalikult väikesed. Kindlasti ei anna tulemust üksikute teenusele suunajate või teenusepakkujate süüdistamine ebaõiges otsuses – inimlik tegur on ja jääb oma rolli mängima. Süsteemi muutvad olulised otsused tuleb teha Eesti tervishoiupoliitikutel, tuginedes tõendus põhiselele ja Eestis tehtud uuringutele ning arvestades erialaseltside arvamusega.