

# Kuidas arendati välja iseseisvuse taastanud Eesti Vabariigi tervishoiukorraldus, meenutas Vello Ilmoja

Väino Sinisalu – Eesti Arst

Eesti rahva iseseisvuspüüdlused said uue hoo ja selgemad sihid 1987. aastal. Septembris 1987 ilmus ajalehes Edasi artikkel, milles tehti ettepanek minna Eestis üle täielikule isemajandamisele – avaldati IME (isemajandav Eesti) programm. Eestimaa arstkont toetas igakülgsest rahva iseseisvustootlusi. Juunis 1988 taastati EALI tegevus, IME tervishoiupoliitika kontseptsioon avaldati ajalehes Noorte Häääl 20. oktoobril 1988. Üks nende teeside koostaja oli Eesti tervishoiukorralduse *grand old man*, tolleaegne Tallinna Pelgulinna Haigla peaarst Vello Ilmoja.

Teeneka kolleegi meenutused pani kirja toimetaja Väino Sinisalu.

## Mida sisaldas IME tervishoiukorralduse kontseptsioon?

See sündis paljude kolleegide üllatavalt üksmeelse arutelu tulemusena. Nende hulgas olid suuremate haiglate peaarstid, Tartu ülikooli õppejõud Ain-Elmar Kaasik, Heino Siigur, Ülo Vooglaid, arstid Andres Ellamaa, Mati Tarum ja paljud teised. Teesid koostasid ja allkirjastasid peale minu veel Jaak Herodes, Laur Karu, Andres Kork ja Agu Tamm.

Konstateeriti, et Eestis on suhteliselt lühike elu- ja loomeiga, imikute suur suremus, rahvastiku halb tervislik seisund ja vähene tervise teadvus, diagnostika- ja ravi vahendid on halvasti kättesaadavad, tervishoiuehitised kehvast seisukorras, tervis ei ole väärtustatud, tervishoiutöötajad on vähe tasustatud, nende prestiiž madal.

IME tervishoiukontseptsiooniga taotleti tervise väärtustamist, vaadeldi tervist kui vaimse ja füüsilise heaolu seisundit, mitte kui vaid haiguste või füüsiliste defektide puudumist. Vaja oli tervishoidu ja sotsiaalhooldust reguleerivate seadustega täpsustada tervisega tegelevate ametkondade koostööd. Peeti vajalikuks forsseerida tervishoiuasutuste ehitust ja eraldi märgiti ära Tartu Ülikooli haiglate paiknemine vananenud hoonetes. Peeti vajalikuks sisse seada 3–5aastase kestusega arstide erialase spetsialiseerumise süsteem. Sihiks seati, et töötajate tasustamine peab vastama nende kvalifikatsioonile, õe palk ei tohi olla väiksem kui kvalifitseeritud tööliste palk. Arstide ja õdede suhe peaks olemas vahemalt 1 : 4. Kindlasti sooviti suurendada tervishoiu rahastamist, sest senine eraldis – 3% kogutulust – ei taganud piisavat arengut. Rõhutati, et inimesel on õigus saada igakülgset terviseteadet, õigust valida abiandjat ja raviasutust, mis võimaldaks ise vastutada oma tervise eest.

## Olid aastatel 1991–1994 tervishoiu ministri esimene asetäitja ja 1993–1994 ministeeriumi raviosakonna juhataja. Kuidas edenes IME põhimõtete elluviimine?

Nii poliitilised kui ka majanduslikud olud olid keerulised. Tuli valmis olla kohandamiseks kõikvõimalikeks juhtudeks. Katkes varustamine aparatuuri ja ravimitega Moskva kaudu. Koondati kõikvõimalikke reserve, taotleti

humanitaarabi ja arendati varustuskanaleid Läänega.

Määrasime tervishoiu arengu põhisuunad aastateks 1991–1993. Need nägid ette suuri muutusi personali väljaõppes, eriti arstide diplomijärgses õppes. Alates aastast 1993 korraldati senine kliiniline ordinatuur ümber kolmeaastaseks residentuuriks. Meditsiiniõeks sai õppida pärast 12. klassi lõpetamist ja õppeaeg oli alates 1992. aastast 3 aastat. Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas avati 1991. aastal kõrgema astme õdede ettevalmistamise osakond. Perearstide ettevalmistamist Tartu Ülikooli baasil alustati 1991. aastal. Võrreldes aastaga 1990 oli Eestis 1993. aastal 800 arstikohta vähem. See tuli esmajoonel kohakaaslaste vähendamise arvelt. 1994. aasta seisuga oli Eestis 34 raviarsti 10 000 inimese kohta. Vähendati ka vastuvõetud arstiüliõpilaste arvu 90-ni. Nagu aeg hiljem näitas, ei olnud see arstide taastootmiseks piisav, 2003. aastal peeti vajalikuks võtta arstiõppesse 140–150 ja õeõppesse 500–600 noort. Tõhustati ka arstide täiendusõpet.

Nõukogude Liidus kehtis tervishoiu ekstensiivse arendamise mudel – tervishoiu headust näitas arstide ja haiglavoodite arv, mida rohkem, seda parem. Sel viisil ei saanud enam jätkata. Aastatel 1990–1993 koondati Eestis 4456 voodikohta, 18 haiglat suleti või korraldati hooldusasutusseks. Vähenes keskmine voodisviibimise kestus 14,7-lt päevalt 12,4-ni. Voodikohti 10 000 inimese kohta oli 1989. aastal 118 ja 1993. aastal 73. Voodifondi efektiivsem kasutamine

võimaldas seejuures hospitaliseerida kõik abivajajad.

Senine jaoskonnaterapeutide ja tsehhiarstide paralleelne tegevus oli ebaotstarbekas. Võeti suund luua ühtne perearstide institutsioon. Arengukava kohaselt pidi 5–6 aasta pärast olema Eestis tööl 700 perearsti, arvestuslikult maal 1 perearst 1600–2000 inimese kohta, linnades 1 arst 2000–2500 elaniku kohta. Pidasime silmas, et linnades tegutseksid perearstikeskused, kus töötab vähemalt 6 arsti. Paraku võttis maad suund, et perearstid tegutsevad üksikpraksistes. Nüüd jällegi tahetakse nad koondada perearstikeskustesse.

Tegelesime ka arstide tasustamise parandamisega. 1990ndate algul kehtis Eestis üleriigiline palgaastmestik. Tervishoiuministerium töötas välja oma palgaastmetiku, milles arstid olid kaks astet kõrgemal kui teised kõrgharidusega spetsialistid. Selles on suur teene tolleaegsel ministeriumi finantsosakonna juhatajal Jüri Proosal. See süsteem läks ka käiku.

### **Suurim muutus oli kindlasti ravikindlustussüsteemi juurutamine.**

Tervisekindlustuse seaduseelnõu valmistati ette aastail 1990–1991. Suured teened on selles tolleaegsel tervishoiuministril Andres Ellamaal, samuti Georg Männikul, Jüri

Proosal ja Enn Õunpuul. Ravikindlustusseaduse võttis vastu Eesti Vabariigi Ülemnõukogu juunis 1991 ja see hakkas kehtima 1. jaanuarist 1992. Nimetuse „ravikindlustus“ pani ülemnõukogus ette Marju Lauristin ja sellisena on see kasutusel seniajani.

Ravikindlustus kehtima hakanud kujul võimaldas Eesti tervishoiul stabiilselt areneda. Tervishoiu rahastamine ei sõltunud iga-aastatest parlamendi otsustest, vaid see oli fikseeritud 13%-na väljamakstud palgast. Raviasutused said vahendeid tehtud töö järgi. Rakendusid turumajanduse elementid. Kõigile kindlustatutele oli arstiabi võrdselt kättesaadav. Tagantjärele hinnates oli see õige otsus.

### **Alates aastast 1994 olid jällegi Pelgulinna haigla peaarst. Oluliseks tervishoiukorraldust mõjutavaks teguriks sai „Estonian Hospital Master Plan“.**

Selle koostas Sotsiaalministeriumi tellimusel Rootsi firma Scandinavian Care ning see valmis 2000. aastal ja seda korrigeeriti 2003. aastal. Esitati julged soovitused aktiivravihaiglate arvu vähendamiseks, samas järel- ja hooldusravi üksuste arvu suurendamiseks. Soovitus põhines demograafilistel prognoosidel, mille järgi Eestis rahvaarv väheneb ja rahvastik vananeb. Sellele põhinedes

töötas Sotsiaalministerium välja „Eesti haiglavõrgu arengukava“, mis nägi Eestis ette neli haiglatüüpi. Elu näitas, et piirkondlikud ja keskhaiglad arenesid jõudsalt, toppama jäi järel- ja hooldusravi haiglate arendamine. Viimastel aastatel on see mahajäämus vähenenud. Põhimõtteliselt olid Rootsi ekspertide soovitused õiged.

### **Mis on Sinu kogemuste järgi tervishoiu korraldamisel kõige olulisemad tegurid?**

Neid on palju ja kõige olulisemat ei saagi välja tuua. Haigla juhtimisel on ülioluline leida ühine keel töötajatega. Minu mulje on ja seda on kinnitanud mitmed tervishoiujuhid mujalt, et paremini saavad selle tööga hakkama arstid, kes on juurde õppinud ökonomikat. Arvestama peab, et tervishoid on oma olemuselt konservatiivne eluvaldkond, siin ei saa revolutsioone teha, paremad tulemused tagab targalt juhitud evolutsiooniline areng. Vältimatult muutub arstiabi järjest kallimaks, rahvastiku vananedes kasvab abivajajate arv. Tervishoiu rahastamismudeleid tuleb siis ka vastavalt kohandada. See on Eestis praegu väga vajalik. Paraku on otsustajate suhtumine leige. Kokkuvõttes võib öelda, et Eestis on arstiabi kulutõhusus hea, kvaliteet suhteliselt hea, eriarstiabi kättesaadavus aga jätab sageli soovida.