

Šveitsi kardioloogide seltsi eelmine president: tervishoiukulused saab vähendada kvaliteeti ohustamata

Eli Lilles – Med24

Šveitsi tervishoid on praegu väga liberaalne ning suur erapraksiste arv tekitab surve tervisekindlustusele. Süsteemis on ruumi tervisekuludelt kokkuhoiuks, ilma et kvaliteet seetõttu kannataks, rääkis Šveitsi kardioloogide seltsi eelmine president François Mach intervjuus ajakirjale Eesti Arst.

Olete Šveitsi kardioloogide seltsi eelmine president. Milline olukord kardioloogia vallas hetkel Šveitsis valitseb, millised on suurimad probleemid ja väljakutsed?

Meil on, nagu öeldakse, rikaste probleemid. See pole vaid naljaga pooleks öeldud. Eestis on kõigil inimestel ravikindlustus, aga erinevalt Eestist on enamikul meie arstidest erapraksis. Tallinnas on ju umbes pool miljonit elanikku, Genfis sama palju. Aga Genfi kesklinnas on erapraksis 50 kardioloogil, kes ei tee koostööd riigi haiglatega, vaid erakliinikutega. Eraarstid peavad ise oma sissetuleku teenima ja palgad on väga head. Nii nagu Eestis ja paljudes teistes riikides, kasvavad ka meil tervishoiukulud väga kiiresti ning valitsus proovib sellele piiri panna. Osaliselt tuleneb kulude kasv sellest, et tervisekindlustus on kohustuslik ja eraarstidel on palju vabadust rohkem teenimiseks.

Olukord peaks muutuma ning uued seadused teevad eraarstide elu arvatavasti pisut keerulisemaks. Eraarstidele seatakse rohkem reegleid, nad peavad oma tegevust enam põhjendama ja see toob neile kaasa rohkem administratiivset paberitööd.

Mu seisukoht ei leia alati toetajaid, aga usun, et kui Genfis erakardioloogide praksiste arvu poole võrra vähendada, ei juhtu midagi – kardiovaskulaarhaigusi pole seetõttu rohkem ega vähem. Midagi peab muutuma, ilma et kvaliteet kannataks. Näen ruumi vähendada kulused palkade või erapraksistes tehtavate protseduuride arvelt.

Patsiendi tervisekulud katab kindlustus, kuid üha rohkem peresid ei suuda seda enam

maksta. Tervisekindlustus on kohustuslik, ja kui seda ei suudeta maksta, võtab kohustuse riik. Mis puudutab kindlustust, siis meil valitseb veider olukord – kindlustus on kahetasandiline. Mulle meeldib siin lennuki näidet tuua: valikus on turistiklass ja äriklasse. Turistiklass peab kõigil olema, aga juba see tagab ligipääsu ambulatoorsesse erapraksisesse ning kulu hüvitatakse. Äriklasse kindlustusega saab operatsiooni puhul valida erakliiniku, riiklikus haiglas arsti ja väiksema palati. Lennusuund on kõigil sama, lennujaam on sama, lennuk on üks – kui tahad äriklasse, peadki rohkem maksma. Selliseid kulutusi saab vähendada, minemata kvaliteedi kallale.

Kindlustus maksab üsna palju. Näiteks võtame kahe lapsega pere – nende kohustuslik tervisekindlustus on arvatavasti 800–1000 eurot kuus. Mul endal on näiteks tavaline, n-ö turistiklassi kindlustus. Võin sellega eraarsti juurde minna, kes mulle protseduure soovib, ja kulud kaetakse. Saan aru, et Eestis tähendab eriarsti ambulatoorne visiit peamiselt haiglat. Šveitsis on kõigil oma eriarstid, kelle juurde minnakse erapraksisesse. Kui kõik ambulatoorsed juhud tulevad haiglasse, tehakse vähem uuringuid, sest üleliigset kulu ei hüvitata. Paljusid erapraksises tehtud uuringuid polegi vaja.

Meil on juba olemas mõned kindlustused, mis on odavamad, aga kohustavad enne eriarsti minema perearsti juurde, kes siis omakorda peab põhjendama, miks patsient spetsialisti juurde edasi saata. Järgmine samm, mis pole veel täiesti aktsepteeritud, on ravikindlustuse sidumine sissetulekuga.

Kindlustus peaks olema proportsionaalne sissetulekuga, vähemalt osaliselt – kes rohkem teenib, peaks ka rohkem osalema.

Parim süsteem on ilmselt kuskil vahepeal: meie süsteem on liiga liberaalne, liiga palju on erapraksiseid. Teie olete Šveitsi vaatenurgast jällegi pisut liiga piiravad. Arvan, et suremus südame-veresoonkonnahaigustesse on umbes sama, aga kulud kardioloogiale on teil arvatavasti kümme korda väiksemad.

Kui palju võimu või otsustusjõudu kardioloogide seltsil Šveitsis on? Näiteks ravikindlustuse pakkujate, valitsuse või patsiendiorganisatsioonide partnerina.

Ei ole palju. Šveitsis on umbes 8 miljonit inimest, aktiivselt tegutsevaid kardiolooge on 800. Arste kokku on umbes 30 000, neist perearste umbes kolmandik, neil on suur võim.

Töö Šveitsi kardioloogide seltsis on väga hästi korraldatud. Aga otsustusvõimu meil väga pole, kuigi tegeleme haigustega, mis on surma põhjustajatenä esimesel kohal.

Umbes viis aastat tagasi, kui hakati tegema aordiklapi asendusprotseduure kateetri kaudu (*transcatheter aortic valve implantation* – TAVI), oli diskussioon südamekirurgia hinna üle ja arutati, kui palju TAVI-protseduure hüvitada. Läbirääkimisel kindlustusseltsidega on aga partner põhimõtteliselt riik.

Milline on seltsi koostöö teiste erialadega?

Meil on sõpru ja vaenlasi. Kindlasti peab olema kardiokirurgide toetus ja omavaheeline usaldus. Viimasel ajal on kardioloogia kardiokirurgiast perkutaansete protseduuridega mööda läinud.

Radioloogidega ei saa me kunagi sõbraks, sest teeme paljusid protseduure, mis enne oli nende pärusmaa: angiograafiat, kardioehograafiat, perifeersete arterite stentimist. Koostöö perearstidega võiks alati parem olla.

Rääkides koostööst, vajame head n-ö südamemeeskonda (ingl *heart team*), kuhu kardioloogi kõrval kuuluvad kardiokirurg, anesthesioloog, intensiivravi arst. Paljud patsiendid, kes vajasisid varem südame siirdamist, saavad nüüd vasaku vatsakese

pumbafunktsiooni abistava seadme (*left ventricular assistent device* – LVAD). Šveitsis on elundidoonorite arv väike ning paljud patsiendid, kes vajavad siirdamist, panevad lootuse LVADdele. Ka need, kes ei saa doonor-elundit muudel põhjustel, s.o vanuse või kaasuvate haiguste tõttu. LVAD näidustust peaks arutama südame meeskond. Näiteks TAVI-de puhul arutame korra nädalas haigusjuhud läbi.

Meie haiglas on kardiovaskulaarkeskus, mis hõlmab kardiolooge, kardiokirurge ning angiograafia tegemist. Loodetavasti saame ka haiglas oma osakonna, et oleks võimalik kvaliteeti paremini jälgida ja seda parandada – meil pole praegu infot, mis juhtub patsiendiga kuu või aasta pärast kateeterablatsiooni, klapi kirurgilist asendamist või südamesiirdamist.

Millised on Teile tegevarstina kõige olulisemad sõnumid Euroopa kardioloogide seltsi südamepuudulikkuse ning düslipideemia juhistest, mida soovite rõhutada?

Düslipideemia puhul peaks inimesed teadma, et alates 40. eluaastast tuleks teha tervisekontroll, mis hõlmab lipiidisisalduse, vererõhu ja veresuhkrisisalduse mõõtmist. Seda kontrolli peaks pakkuma tasuta või selle võiks katta kindlustus, sest ennetada on parem kui ravida ja umbes 80%-l on need näitajad korras. 20% on neid, kellel võivad esineda kardiovaskulaarsündmused, mida tahame vähendada, ning nende puhul tuleb astuda samm edasi. Lihtsate testidega leiame need patsiendid üles.

Südamepuudulikkuse juhised kesken- duvad pigem ravimiklassidele. Meil on aastaid olnud angiotensiini konverteeriva ensüümi (AKE) inhibiitorid, diureetikumid, beetablokaatorid, spironolaktoon, mineralokortikoidi retseptorite blokaatorid, tulemas on uued ravimid. Südamepuudulikkus on vererõhu probleem. Kõrge vererõhu ravis ei peaks valima vaid üht ravimiklassi ning suurt annust, vaid kohe alguses tuleks valida AKE inhibiitor koos diureetikumiga, tõenäoliselt peaks lisama kohe ka beetablokaatorid. Südamepuudulikkuse uued juhised on minu hinnangul teinud arsti elu lihtsamaks, antakse nõu, kuidas peaks patsiendi ravi alustama ja kuidas annuseid suurendama.