

# Mart Einasto: ootame haigekassalt rohkem paindlikkust

Tartu Ülikooli Kliinikum ootab, et haigekassa lepingud oleksid senisest paindlikumad ning neis arvestataks rohkem ka haigla ettepanekutega, rääkis TÜ Kliinikumi juhatuse liige Mart Einasto Med24 toimetajale Madis Filippovile.

## Tartu Ülikooli Kliinikum sai Scandia-transplandi assotsieerunud liikmeks. Mida see tähendab kliinikumi ja Eesti meditsiini jaoks?

Pean seda väga oluliseks ja suureks sammuks. Esimene katse Scandiatransplandiga liituda oli 1990ndate lõpus, kuid see ei õnnestunud. See on väga kõrgel tasemel nõudmistega organisatsioon. Teist korda läksime läbirääkimisi pidama ligi 10 aastat hiljem ja üksnes selleks, et meid jutule võetaks, tuli teha ära väga suur töö. Eelmisel aastal tehti meie vastuvõtmiseks põhimõtteline otsus muuta põhikirja ja sel aastal saimegi liikmeks.

Ennekõike tähendab see head uudist patsientidele. Siirdamist ootavatel neerupuudulikkusega patsientidel, kellele on sobivat neeru Eestis väga raske leida, võib ooteaeg lüheneda märkimisväärselt. Teine seni lahenduseta probleem on olnud erakorraline vajadus maksa- ja kopsusiirdamiseks, kui Eesti oludes sobivat doonorit vajalikul hetkel ei ole. Nüüd on doonorite valik kogu Skandinaavia, kus on kokku umbes 25 miljonit inimest. See annab oluliselt paremad võimalused.

Skandinaavia riikide meditsiini tase on väga kõrge ja meil avaneb nüüd võimalus teha nendega koostööd, oma inimesi koolitada ja nendega regulaarselt suheldes saada osa parimast praktikast ja innovaatilistest ideedest.

Eesti riik on pidanud siirdamist oluliseks teemaks ja seda tööd on nüüd tunnustanud Skandinaavia siirdamiskeskused. See on au meile kõigile.

## Kas koostöö juba käib?

Koostöö on käinud juba aastaid. Me oleme neid elundeid, millele sobivat retsipienti ei ole olnud, pakkunud Scandiatransplandile juba mitu aastat. Elundivahetus on toimunud ja nende meeskonnad käinud



TÜ Kliinikumi juhatuse liige Mart Einasto.

Foto: Andres Tennus

meie juures elundeid võtmas. Erakorralistel juhtudel, mida on olnud väga vähe, oleme saanud ka sealt paluda elundeid ja seda on meile võimaldatud. Tänu sellele, et oleme sealt saanud kiiresti sobiva elundi, on osutunud võimalikuks päästa kahe noore inimese elu.

## Miks puudub kliinikumil esialgu hääletusõigus?

Sellele ei maksa ülearu suurt tähelepanu pöörata. Ka Eurotransplantis, mis ühendab Kesk-Euroopa riike, on 2aastane üleminekuage, mil hääletusõigust ei ole. Scandia-transplant, mis enne meie liitumist ei olnud laienemisele orienteeritud, võttis oma põhikirja muutes selle eeskujuks. Me ei kipugi esialgu hääletama, vaid soovime sisse elada. Kui meil on mõni hea idee, mida tahame välja pakkuda, siis eks meid kuulatakse ikka.

## Mis on kliinikumi suuremad plaanid lähitulevikus?

Valmistame ette haigla kolmandat ehitusjärku ehk lastekliiniku, päevakirurgiakeskuse ja nina-kurgu-kõrvakliiniku ületoomist Maarjamõisa väljale. See pole ainult uue kuue andmine, vaid selle käigus vaadatakse üle koostöömustrid ja tekib uus sünergia. See on uue kvaliteedi saavutamine.

Mis puudutab erinevate erialade innovatiivseid plaane, siis igal aastal tuuakse Eestis turule umbes nelikümmend uut meditsiinisugust teenust. Kana kaagutab siis, kui muna on valmis – praegu ei taha erialade sisulistest plaanidest veel rääkima hakata.

## Mis seisus on haiglate võrgustumine?

Lõpetame praegu läbirääkimisi Põlva haigla omanikega. Vallavolikogu on teinud otsuse anda volitus teha tehing, mille tulemusel saab kliinikum enamusaluse. Dokumentid on ministeeriumidele esitamisel. Loodame, et septembris jõuab esimene etapp ja aasta lõpuks kogu tehing lõpuni. Veel on meil koostöö Järvamaa haiglaga, kes on kaasanud kliinikumi esindaja oma nõukogusse ja kellega on kahe aasta vältel läbirääkimisi peetud. Praegu on teada, et järgmise aasta riigieelarves Järvamaa haigla võrgustumiseks raha planeeritud ei ole. Üks olulisi komponente kõikide võrgustumiste juures on erakorralise abi kättesaadavaks tegemine maakonna patsientidele ehk erakorralise meditsiini osakonna ehk EMO väljaehitamine ja teatava aparatuuri soetus sellega seoses.

## Milliseks hindate seniseid kogemusi?

Kogemused on erinevad. Läbirääkimiste pidamine maakonnahaiglate omanikega on olnud tõsine. Ootused võrgustumisele on kõrged. Oma elanikele soovetakse kohapeal pakkuda võimalikult laia teenustepaketti. Enamasti on volikogud sellepärast loa andnud, kuna loodetakse, et suure haiglaga käsikäes on haiglal suurem šanss püsima jääda ehk keegi vastutab veel. Need haiglad on konsolideeritud kliinikumi bilanssi, meil on mure ja vastutus, et haiglad jääksid kestma ja osutaksid vajalikke teenuseid. Alguses on töötajad muretsenud, et neid hakatakse koondama ja osakondi kinni panema, kuid esimese sammuna kindlasti midagi sellist ei tehta. Enne on vaja teha hulk analüütilist tööd, et aru saada, millist abi on mõistlik kohapeal osutada. Riik on

võrgustumiseks raha eraldades näinud ette garantiid ja mingisugusest märkimisväärsest nn otste kokkutõmbamisest rääkida ei saa. Lisaks – meie enamusosalus on ainult üheprotsendine, kuid suuremate otsuste tegemiseks on vaja vähemalt kahe kolmandiku aktsionäride poolthäält. Seega on linnade ja valdade esindajate võimalus protsessis kaasa rääkida jätkuvalt suur.

## Kas on ka miinuseid välja tulnud?

Miinuspoolele võime panna selle, et patsientide transpordi küsimus on lahendamata. Praegu ei ole haigekassa teenuste eelarves reservi, mille eest saaksime tavaolukorras ambulatoorsele vastuvõtule ise patsiente vedama hakata. See on põletav küsimus, mis nõuab lahendamist. Katsume oma panuse anda nendesse ettepanekutesse, mismoodi seda võiks korraldada, aga rahastamine peaks tulema mujalt. Loodame, et nüüd, kui on lubatud tervishoiu rahastamist parandada, see raha leitakse.

Võiksime planeerida teatud piirkonna elanikele mingisugused päevad eriarstide vastuvõtuks. Buss tooks nad kliinikumi ja viiks hiljem tagasi. Küsimus on laiem, ka selles, kuidas saab „memmeke metsa tagant“ vastuvõtule maakonnahaiglasse. Kui mujal maailmas on patsiendi transpordi süsteemid, mida rahastab omavalitsus, nende liit, riik või haigekassa, siis meil midagi sellist pole ja igaüks vaatab ise, kuidas arsti juurde jõuab.

Teine asi, mida oleme lootnud, on mõnevõrra suurem paindlikkus haigekassa lepingutes. Praegu on suhtumine küllaltki jäik. Haigekassal on oma plaanid, mis teenuseid nad tahavad kuskil näha, ning igasugune jutt, et teeks teistmoodi, pole kuskile välja jõudnud. Häid ideid on meil olnud rohkem kui haigekassal soovi neid ellu viia. Ilmselt on raha olnud nii napilt, et lihtsalt ei julgeta muudatusi teha.

## Tõite ka kliinikumi kevadkonverentsil välja, et haigekassa lepingutiginimused on muutunud aina piiravamaks. Mida Te selle all mõtlesite?

See, et raha napib, on viinud haigekassa üha jäigemate reeglite juurde, mille abil nad loodavad haiglate tegevust kontrollida, andmata endale võib-olla mitte täiel määral aru, et see kõik avaldub suhetes patsientidega. Toon lihtsa näite. Kümnekonna aastaga on kogu Eestis ambulatoorse

eriarstide vastuvõttude arv suurenenud umbes kolmandiku võrra ning kogu aeg on surve raporteerida üha paremat kättesaadavust. Seejuures üritab haigekassa läbirääkimistel iga kord hinda alla suruda. On reegel, et statsionaari tööd, mis on väga kallis töö, rahastatakse täies mahus ainult siis, kui ambulatoorsete haigusjuhtude arv on täis. Ilmselt paneb see arstid patsienti jooksutama. See oleks arstile või haiglale enesetapp, kui ta tahaks patsiendile pärast esmast vastuvõttu teha kohe vajalikud uuringud ja teha samal päeval veel ühe vastuvõtu, kus nõustaks patsienti ja koostaks raviplaani. See oleks palju kallim keskmine ravijuht. Samuti ei tohi olla kahte ambulatoorset vastuvõttu ühele inimesele samal päeval. Seda ei rahastata. Aga mis oleks patsiendi huvides? Seetõttu ongi nii, et patsienti jooksutatakse mitu korda ja lõppkokkuvõttes läheb teenus veel kallimaks. Aga ravijuhte tuleb rohkem.

Oma ettekandes tõin lepingutingimuste kohta palju erinevaid näiteid. Ma ei taha haigekassat süüdistada selles, et nad teevad oma kabinetis mingeid saatanlikke sepitsusi. Nad üritavad igal sammul kokku hoida ja justkui mõistlikud olla, aga välja ei kuku kõige paremini. Näiteks on meil praegu suur vaidlus pooleli: haigekassa ei taha tasuda selliste statsionaari ravipäevade eest, kus väljakirjutamise päeval ei ole tehtud ühtegi uuringut või protseduuri. See on justkui tühi päev. Tegelikult on väga palju õendusprotseduure – sidumine, puhastamine jm –, mis on nagunii voodipäeva hinna sees, ning lisaks patsiendi nõustamine, retseptide väljakirjutamine jm. See kõik toimub viimasel päeval. Plaan selle eest mitte maksta pole veel kokku lepitud, aga haigekassal on võimalus end ka jõuga kehtestada. See on halb plaan ja tähendab, et edaspidi tuleb mingisugune protseduur viimasele päevale organiseerida lihtsalt selleks, et raha raisku ei läheks.

### **Tervishoidu lubatakse raha juurde. Kas üksnes sellest piisab või peaks süsteemis tegema mingisuguseid suuremaid muudatusi?**

Süsteemi muutmise eeldus on rohkem kasutada *know-how*'d ehk oskusteavet.

Eeltööd praegu selleks juba käivad. Võtame näiteks kas või lihtsa asja nagu e-konsultatsioon. Minu hinnangul on see käivitunud küllaltki hästi. Mahud tasapisi kasvavad. Uroloogia erialal, mis kliinikumis kõige esimesena e-konsultatsiooniga alustas, on juba mõnevõrra vähenenud ambulatoorsete vastuvõttude arv, sest osa patsiente ei ole pidanud eriarsti juurde tulema. Patsienti jooksutatakse vähem ja õpivad ka perearstid.

E-konsultatsioon peaks eriarsti ambulatoorseid vastuvõtte vähendama, aga samas tuletan meelde, et statsionaarsete ravipäevade eest ei tasuta, kui ambulatoorsete juhtude arv on täitmata. See küsimus on kõikidel erialadel nagu kirves pea kohal. Kui tahame e-konsultatsiooni, mis on patsienti säästev, ravi kvaliteeti parandav ja mingis mõttes perearste võimestav, siis seda reegliti järgida ei saa. Lisaks oleks vaja eriarstilt eriarstile mõeldud e-konsultatsiooni. Võrgustunud haiglate eriarstid tahavad samuti patsiente meie eriarstile e-konsultatsioonile saata, võib-olla teisele erialale, kuid praegu peab patsient selleks taas enne perearsti juurde minema.

Kindlasti toob suure muudatuse kaasa digisaatekirjadele üleminek. Minu teada on kõikidel haiglatel nende menetlemiseks valmisolek olemas. See kuulutatakse ilmselt varsti kohustuslikuks nagu digiresept omal ajal.

Toon veel näiteks, et kiirabil on koostöös päästkeskusega defineeritud 50–60 sündroomi, millega peamiselt inimesed pöörduvad. Nende käsitlemiseks on koostatud täiendavad küsimused ja soovitused pöörduda perearsti poole, EMOSse või saadetakse kiirabi järele. Sellega on jälle üks patsiendivoog mõistlikul viisil suunatud. Järgmine küsimus on, kuhu suunatakse, kuhu kiirabi viib, milline on maakonnahaiglate võimekus, kas uued tervisekeskused hakkavad pakkuma ka laiendatud vastuvõttu õhtustel tundidel jm.

Süsteemi korrastumiseks käib töö mitmel rindel. See pole nii, et teeme lihtsalt kuidagi teisiti – näiteks kaotame haigekassa ära vms. Lahendused peavad olema arukad ja eeldavad põhjalikku eeltööd. Siis nad hakkavad ka toimima.