

Riina Sikkut: erahaiglate rolli kohta oleks vaja kokkulepet

Eratervishoiul on oma roll, kuid oleks vaja kokkulepet või ühist arusaama, kuidas erameditsiini ja haiglavõrgu arengukava haiglate koostöö toimub ja mis väärtust sellega luuakse, rääkis tervise- ja tööminister Riina Sikkut Med24 toimetajale Madis Filippovile.

Hiljutises Praxise analüüsis oli ühe võimaliku poliitikamuudatusena toodud välja idee liikuda universaalse ravikaitse süsteemi poole. Kas see on suund, kuhu Eesti peaks ka Teie arvates liikuma?

1990. aastate algusest on meil olnud 4–6 protsenti elanikkonnast kindlustamata. Seda, kui palju on neid inimesi täpselt ja kui palju on neid, kelle kindlustuskaitse on katkendlik, polnud varem uuritud. Praxise analüüsist selgus, et püsiv ravikindlustus puudub 120 000 inimesel. Osa neist elab välismaal, osa elab dividenditulust ja on palju inimesi, kel on ravikindlustuskaitse augud sees. Näiteks ebaregulaarse sissetuleku korral. Minu jaoks oli üllatav, et selle 120 000 sees pole homogeenseid rühmi, kellele ühel või teisel alusel ravikindlustust laiendada.

Praxis tegi kolm ettepanekut. Esimene on parem teavitatus. Näiteks ei pruugi paljud lapsevanemad teada seda, et ravikindlustus katkeb, kui laps saab 3aastaseks, ega seda, milliseid on edasised võimalused kindlustuskaitse säilitada. Õigusruumi muudatused on töös ja haigekassa hakkab inimesi ravikindlustuse lõppemisest teavitama. Teiseks ettepanekuks on kindlustuskaitset andva perioodi hajutamine ning see puudutab ebaregulaarse sissetulekuga inimesi. Kui oled ühel kuul maksnud mitme sotsiaalmaksu miinimumkohustuse võrra maksu, siis võiksid saada kindlustuse pikemaks perioodiks. Rahandusministeerium ja maksuamet arutavad koostöös sotsiaalministeeriumiga selle elluviimise võimalust. Kolmas ettepanek on – kui me tahame ravikindlustust laiendada, aga homogeenseid rühmi pole – universaalne ravikaitse. Praxis pakkus välja, et see võiks olla residentsuse alusel: kui inimene on Eestis püsielanik, siis



Riina Sikkut

Foto: Sotsiaalministeerium

laieneks temale ravikindlustus, vaatamata sellele, kas ja mis vormis ta panustab. Mina arvan, et nii nagu kõigil on võimalus haridust omandada, võiks tervishoid meid kõiki aidata, kui meil on arstiabi vaja. Ligipääs tervishoiule on inimõigus, mitte preemia inimese õigete eluvalikute eest.

See pole muutus, mille saab teha järgmise aasta 1. jaanuarist. Ühiskonnas on juurdunud arusaam, et kui panustad, siis saad midagi vastu. Ravikindlustuskaitse tingimuste muutmine peab olema ühiskondlikult aktsepteeritav. Tervishoiu rahastamise suurendamiseks on muudatusi vaja ning seda võiks teha koos ravikaitse laiendamisega. Ravikindlustuse eesmärk ei ole hoida maksu maksmise motivatsiooni, maksu-

distsipliin tuleb tagada teiste meetoditega, näiteks on maksuameti informeeritus ja võimalused järelevalveks hoopis erinevad kui 20 aastat tagasi. Ei ole põhjust hoida tervishoiu rahastamises kinni sotsiaalmaksumust, kui sellest pikas perspektiivis nagunii ei piisa. Seda enam, kui see pole seotud ka kindlustuskaitse saamisega.

Palju see võiks maksma minna?

Praxise hinnang oli 80 miljonit. Tervishoiu kogukulused vaadates pole see kuidagi üle jõu käiv.

Mis on Teie hinnangul Eesti tervishoiu suurim probleem?

Kui inimeste käest küsida, siis kahtlemata ravijärjekorrad. Isegi need inimesed, kel pole endal arstiabi vaja läinud, peavad murekohaks eriarstiabi järjekordi. Järjekordade puhul pole sellist lahendust, et paneme 100 miljonit eurot juurde ja siis nad kaovad. Ühelt poolt muidugi võib raha juurde panna ning plaaniliste protseduuride ja vastuvõttude mahtu suurendada, aga teisalt on probleemiks järjekordade läbipaistmatus, topelt broneeringud ja vastuvõtule tulemata jätmine. Meil oleks vaja intelligentset järjekordade juhtimise süsteemi. See võiks võimaldada neil, kel on vaja homme saada arsti juurde, mida kinnitab ka saatekiri, näha homseid eriarsti aegu. Kui saatekiri aga ütleb, et on võimalik oodata, siis patsient ei näe neid aegu. Ja siis võiks enne vastuvõttu tulla teavitatus nagu lendamise puhul, et tehke *check-in* ära ja kui ei tee, siis aeg vabaneb. Siis oleks suurem kindlus, et inimene tuleb vastuvõtule ning nii saaks vabanevaid aegu ka jooksvalt täita.

Aga patsientide praegu tajutud mure kõrval on väga oluline pika plaani paikapanemine tervishoiu rahastamise, tervishoiutöötajate, haiglavõrgu, patsienditranspordi jm puhul.

Kas digiregistratuuril on mõtet, kui meil on e-konsultatsioon ja paljud arstid tahavad, et patsiendid tulekski ainult selle kaudu?

Tuleb ka e-konsultatsiooni laiendada. Järgmisest aastast lisandub e-konsultatsioon taastusravi, dermatoveneroloogia, veresoontekirurgia ja valuravi erialadega. Erinevad digilahendused peaksid koos töötama, et raviteekond oleks igale patsiendile sobiv. Digiregistratuuriga on kaua tegeldud, see

on tegelikult olemas ja funktsioneerib ning Põhja-Eesti Regionaalhaigla juba katsetab seda, uuel aastal saavad teised liidestuda.

Kui kindel olete, et teised haiglad, kel on oma süsteemid, sellega kaasa tulevad?

Kõigil pole oma süsteeme ja need ei pruugi olla kasutajale kõige mugavamad. Patsiendi jaoks on kasu ikka selles, kui kogu info on ühes kohas koos. Ma ei näe kesksest lahendusest eemale hoidmiseks mingisuguseid põhjuseid.

Millist kohta näete Eesti tervishoiu erameditsiinil?

Eratervishoiul on igal pool oma roll. Eesti pluss on see, et erakliinikud ja haiglavõrgu arengukava haiglad on koos töötanud ning ka erakliinikutes osutatakse haigekassa lepingu alusel teenust. Me vaatame seda ikkagi ühe tervishoiusüsteemina ja ma arvan, et see on väärtuslik. Aga selles osas, mis alustel me koostööd teeme ja millist lisaväärtust erameditsiin saab anda, ei ole teadlikku otsust olnud. Eriarstiabi hanke suur vaidluste hulk näitab, et on vaja kokku leppida, mida me erasektori teenuseosutajatelt saada soovime. Näiteks, võib-olla teatud erateenuseosutajatel ongi spetsiifiline pädevus, võib-olla on nad mõnes piirkonnas patsiendile palju lähemal või võib-olla aitavad nad järjekordi vähendada. Kui tahame kodulähedust, siis ei peaks hanke piirkond olema Harjumaa, vaid hangime eraldi Paldiskisse või Maardusse. Kui soovime järjekordi vähendada psühhiaatrias ja ortopeedias, siis erakliinikud aitaksid meil mahu kasvuga toime tulla. Praegu pole meil kokkulepet või ühist arusaama, kuidas erameditsiini ja haiglavõrgu arengukava haiglate koostöö toimub ja mis väärtust sellega loome.

Erahaiglate esindajad heidavad ette, et pole järjepidevust – ei tea, mis saab järgmisel valikul.

Selline kindlustunne oleks kõigi huvides – nii patsiendi, teenuseosutaja kui ka riigi enda huvides. Kui on teada, mida väärtustad, saab selle järgi ka hanke kriteeriumid paika panna. Ma olen täiesti nõus, et see on midagi, mis tuleb lähiajal kokku leppida. Haigekassa juhatuse esimees on öelnud, et kui hanke vaidlused on lahendatud, hakatakse ette valmistama uut hanget.

Mida peaks Teie arvates partnerite valikus muutma?

Hankekriteeriumid võiksid peegeldada seda, et me ei rõhu hinnale ega uutele tulijatele, vaid hindame varasemat kogemust, pädevust. See hinnakoefitsient 0,85 [haigekassa ostab paljudelt erahaiglatelt teenuseid koefitsiendiga 0,85 – toim.] pandi vähempakkumise kaitseks ehk alla selle ei tohi pakkuda, sest haigekassa hinnangul ei ole odavamalt võimalik kvaliteetset teenust pakkuda. Ei ole nii, et kes kõige vähem pakub, see võidab, aga mingi hinnakonkurents on lubatud. Kusjuures tööandjad, eratervishoiuasutuste esindajad, seisid haigekassa nõukogus selle eest, et hinna-komponendi kaal oleks kahekordne.

Oluline on varasema käibe nõue – kas ja mis tingimustel on võimalik uutel tegijatel turule tulla. Tervishoius ei peaks see olema nii lihtne kui küpsisetootmises. Arusaam, mil määral tervishoius turg töötab ja kas saame rakendada turuloogikat hankekriteeriumite paikapanemisel, pole meil ühene. Hankeprotsess pole poliitiline otsus. Ka sel korral räägiti kriteeriume väga pikalt läbi. Koguti ettepanekuid, arutati osapooltega. Lõpuks see, mis kriteeriumitena paika sai, oli kompromiss. Nüüd on tulemuse põhjal näha, et üht-teist peaks täpsustama. Küsimus on selles, kas suudame leppida, et konkurents tervishoius ei tööta.

Riigikontroll avaldas erakorralise meditsiini auditi. Millised järeldused on ministerium endale selles osas teinud ja kas on plaanis mingid konkreetsed tegevused?

Inimeste üldise turvalisuse jaoks on oluline teadmine, et kui neil on tervisemure, on võimalik igal ajal abi saada. Samas soovime, et erakorralise meditsiini osakondadesse jõuaksid enamasti ikka vältimatut abi vajavad inimesed, seda nii mõistliku ressursikasutuse kui ka nende osakondade töökoormuse leevendamise tõttu. Olen kiirabi, erakorralise meditsiini osakonna (EMO) arstide ja perearstidega kohtunud, et kokku leppida tegevustes. Muudame määrust, et võimal-

dada triaaziõe iseseisev vastuvõtt EMOs. Järgmise aasta 1. juulist plaanib haigekassa viia EMO rahastamise valveringipõhiseks. Augustis saab perearsti nõuandetelefonile helistades inimese nõusolekul vaadata tema haiguslugu ja retseptide infot, et helistajaid paremini nõustada. Tallinna ja Tartu EMOdes põhjustavad koormust mitteerakorralise tervisemurega inimesed just tööpäeva (kell 8–18) kestel. Need pöördujad, kelle perearst on samas linnas, tuleks suunata perearsti juurde. Selleks on vaja EMO arstide ja perearstide kokkulepet, milliste kriteeriumite puhul palutakse patsiendil perearsti poole pöörduda. Ja teine kokkulepet vajav koht on Tallinna-Tartu EMOdesse mitteerakorralised pöördujad, kelle perearst asub Saaremaal või Värskas – neid võiks näiteks EMOs vastu võtta üldarst.

Olete lubanud viia lõpule patsiendikindlustuse loomise. Millal uus süsteem tuleb ja kui kindel see on?

Praegu on meil patsiendil tõendamiskohustus, kui ta tunneb, et tema ravis ei läinud kõik ootuspäraselt ja tervis kannatas kahju. Ta peaks minema kohtusse, et hüvitist saada, või haiglaga kokku leppima. Ja keegi peab süüdi olema. Praegune süsteem seab patsiendi kahetsusväärsetl keerulisemasse positsiooni, sest talle tekitatud kahju eest hüvitise saamine on tehtud liiga keeruliseks. Fookuses peaks aga olema just murega arsti poole pöördunud inimene, kuid tähelepanuta ei saa jätta ka arstide heaolu. Arstid peavad tegema päevast päeva olulisi tööalaseid otsuseid, mis mõjutavad inimesi. Paratamatult juhtub kõigi töös eksimusi ning me peaksime tagama selle, et neid juhtuks võimalikult vähe. See eeldab tehtud vigadest õppimist. Praegune süsteem seda aga ei soosi, sest hirm, et oma tavapärase töö käigus tehtud eksimus võib lõpetada arsti karjääri, ei lase vigadest teada anda ja neist õppida. Seega ei tea me ohujuhtumitest, välditavatest tüsistustest ega saa neid analüüsida, neist õppida.

Plaani järgi läheb eelnõu kooskõlastamisele uue aasta jaanuaris.