

# Urmas Sule: tervishoius on vastandumisega raske edasi minna

Koostöö tõhustamine tervishoiusektoris on haiglate liidu üks oluline eesmärk, sest tervishoius on vastandumisega raske edasi minna, rääkis haiglate liidu juhatuse esimees Urmas Sule intervjuus Med24 toimetajale Madis Filippovile.

## Mis on praegu haiglate liidu jaoks tervishoius olulised teemad, millega tegelete?

Haiglate liit teeb tööd selle nimel, et Eestis oleks toimiv tervishoiusüsteem, mille ressursid on mõistlikult kasutatud. Eelkõige on fookuses tervishoiu kvaliteet, juhtide pädevus ja parima praktika levitamine. Kõige otsesemad tegevused on osalemine seadusloomes, riigi arendusprojektides ja sektorisiseses sotsiaaldialoogis. Peame oluliseks, et tervishoius tegutseksid heade teadmistega koostööle orienteeritud juhid, seda nii juhatuste ja nõukogude kui ka kliinikute ning osakondade tasemel. Haiglate liidu tegevuse üks oluline nurgakivi on liidu iga-aastane konverents. Arvame, et seal kasutatav *chatham house*'i reegel on just see formaat, millega saame juhtide jaoks pakkuda teadmisi, mis annavad võimaluse oma igapäevaseid pingutusi paremini mõista ja luua tervikpilt mujal Eestis toimuvast. Teemadena käsitletakse kõige värskemaid tervishoiu arengusuundumusi ja lähituleviku plaane. Tutvustatakse ka elluviidavaid projekte, jagamist vääri vaid kogemusi ja sektori arengut mõjutavaid tulevikutrende. Koostöö arendamine ja tõhustamine tervisevaldkonnas on kindlasti meile oluline prioriteet. Tervishoius on vastandumisega raske edasi minna.

## Pärast aastatepikkust lubamist on lõpuks haiglates kasutusel digiregistratuur. Millist muutust sellelt ootate?

Üleriigiline digiregistratuur on keerukas süsteem, mille ettevalmistus on võtnud aega. Samuti vajab see aega arenemiseks. Kui astuda samm tagasi, siis saab suuremate tervisevaldkonna digitaalarendustest võrdlusena välja tuua maailmas



Urmas Sule

Foto: Scanpix / Mailiis Ollino

unikaalsed projektid: üleriigiliselt toimiva digiradioloogia ülesehitamise ja digiresepti juurutamise. Need nõudsid samuti enne tulemuste saavutamist palju eri ressursse. Näiteks palus haigekassa digiresepti puhul viimasel hetkel ministeeriumilt 2,5 aastat pikendust, millega nõustuti. Selle targa otsusega hoiti ära hulk probleeme. Nagu suurte arendustöödega ikka, tekkis tõrkeid, aga praegu ei kujuta arstid tööd ilma digitaalsete retseptita ette. Digiregistratuuriga oleme praegu sarnases arenguetapis. Praeguseks on haiglad liitunud, süsteem on avatud ja see alles hakkab arenema. Sageli on mingi etapi realiseerimiseks vaja õigel hetkel ministeeriumi survet ja seda digiregistratuuri kasutuselevõtuks haiglavõrgu arengukava haiglatele avaldati. Kuna tegu on uue lahendusega, tuleb suure tõenäosusega teha palju lisaarendusi. Kindlasti

tuleb n-ö üllatusi, aga oluline kvalitatiivne samm on astunud.

Praeguses etapis on ülioluline anda tervishoiuasutustele aega süsteemi toimimiseks vajalike omapoolsete arenduste elluviimiseks. Paika tuleb saada nii digisaatekirja korrektne kasutus kui ka see osa saatekirjade kasutamisest, mis pole riiklikult reguleeritud. Töötajad vajavad samuti kohanemisaega. Järgmist suurt üleriigilist projekti ei tohiks kindlasti alustada enne, kui eelmine on kokkulepitud moel ellu viidud.

## **Kas digiregistratuuril on mõju ka ravijärjekordadele?**

Digiregistratuuri on võrreldud booking.com-ga. Tervishoius on kahjuks nõudluse-pakkumise olukord teistpidine. Booking.com on üles ehitatud põhimõttel pakkuda vabu majutuskohti. Enamiku riikide, mitte ainult Eesti tervishoiusüsteemide probleem on aga just vabade aegade nappus. Ainuüksi digiregistratuuri kasutuselevõtt vabu arstiaegu juurde ei tekita, aga korrektselt vormistatud saatekiri on igal juhul suur väärtus. Eelkõige on oluline, et juba praegu ei saa üht saatekirja kasutada samal ajal mitme arsti juurde järjekorda panekuks. Ilmselt on juba avastatud, et massiliselt vabu aegu, mida välja pakkuda suuremates haiglates, ei ole ja mõned arstid on rohkem nõutud kui teised. Väiksed mõjud, mis võiksid ravijärjekordade lühendamisele positiivselt mõjuda, on olemas, aga hüppelist ravijärjekordade lühenemist ma ei näe. Samas olen kindel, et pikemas vaates on projekt õige ja annab ka patsientidele olulisi positiivseid tulemusi.

## **Mida peaks tegema, et ravijärjekordi lühendada?**

Eesti umbes 6 protsenti sisemajanduse kogu-produktist, mida tervishoidu panustame, on väga väike arv. Võrreldes nende riikidega, kellega tahame sarnaneda, on see pisku. Kui saame praegu selle ressursiga tänasel moel hakkama, siis teeme midagi õigesti. Põhjendatud surve täiendavate ressursside leidmisele aga on ja jääb.

Üht võluvitsa, mis probleemi lahendaks, kindlasti ei ole. Ülioluline on tagada tervishoius tööraha. Niimoodi tagame inimeste pühendumuse patsientidele ja enese arendamisele. Mõlemad tegevused on ülivajalikud, aga vajavad lisaks muudele ressurssidele

raha. Palk peab olema motiveeriv, töökorraldus ja töökoormus mõistlik. Iga suurem muudatus eeldab samuti täiendava ressursi paigutamist. Kui vaatan, mis mujal maailmas toimub, siis Eesti riigil on ebamõistlik – seda on ka rahvusvaheline vaalutafond IMF rõhutanud – arvestada sellega, et võiksime praeguse kulude osakaaluga suuta pakkuda edaspidigi ajakohaseid tervishoiuteenuseid. Kui inimesed ja ühiskond saavad rikkamaks, siis surve teenuste tarbimisele kasvab. Iga päevaga saame ravimiseks kasutada järjest paremat tehnoloogiat ja toimivamaid ravimeid. Samas seda tehnoloogit või ravimeid, mis muudaksid ravi odavamaks, tuleb kasutusse oluliselt vähem kui neid, mis teevad selle kallimaks. Ressursivajadust võimestab asjaolu, et rahvastik vananeb.

## **Milliseid lahendusi näete, et saada piisavalt noori arste tööle ka väljapoole Tallinnat ja Tartut?**

Alustada tuleb ülikoolist. Kooliõpilased peavad meie valdkonda juba atraktiivseks. Kui Tartu Ülikoolis avaloengus öelda, et Eestis ei ole auväärne olla arst mitte ainult Tartus ja Tallinnas, vaid see on prestiižne miks mitte ka Pärnus, Kohtla-Järvel, Võrus ja mujal, siis oleks sellel kindlasti mõju tulevastele arstidele. Kui üliõpilane on pärit väiksemast kohast ja kuuleb, et ka seal töötamine ja elamine väärrib lugupidamist, siis see kindlasti avaldab positiivset mõju mitte ainult tervishoiusektorile, vaid kogu riigile. Kui soovite, siis võime seda nimetada regionaalpoliitika tegemiseks.

Ka arstiõppe tsükkel ei pea toimuma ainult Tartus või siis alternatiivina Tallinnas. Tunnustan ülikooli arstiteaduskonda, kes sellesuunalisi samme on astunud, laiendades näiteks kuuenda kursuse praktikabaaside kandepinda. Tark ongi tegutseda nii, et noored inimesed näeksid võimalikult palju teisi Eesti haiglaid ja elukeskkondi. Riik peaks selliseid arengusuundumusi toetama. Väiksemas kohas ja kollektiivis töötamine võib meeldima hakata. Seal on omad, sageli unikaalsed väärtused. Väljaspool suuri linnu asuvate residentuuri baasasutuste kasutamine võiks samuti kasvada. Kuid üks selle teema juures on palju korralduslikke agasid. Palju odavam ja mugavam on ju teha seda eelkõige Tartus.

Meil on piirkondi, kus arstide puudus on väga suur ja mille probleemide lahendamiseks ei piisa vaid riigi panusest. Kogukond

ja kohalikud omavalitsused peavad samuti ise väga tahtma lahendusi leida. Soome on põhjapiirkondadesse arstide saamiseks kasutanud ühe meetmena suuremat palka, aga reaalselt on selle probleemi lahendamise käivitunud välistöajad Eestist ja lähiriikidest. Selline praktika on teisteski riikides kasutusel olnud. Kui tahame Eestis sarnast meedet rakendada, kaasamata välistööajad, siis on see kindlasti suur väljakutse.

### **Palga kõrval räägitakse üha rohkem töökoormusest. Kuidas selle probleemiga tegelete?**

Palju saab ära teha pelgalt töökorraldusega. Paljudele tervishoiutöötajale on oluline, et korraldus võimaldaks end teostada ka mujal kui ainult põhitööl. Teine oluline aspekt on meeskond. Tervishoiusüsteemis on aastaid olnud kirjutamata reegel, et kui kellelgi on mingi probleem, siis meeskond lahendab selle ära. Töökoormuse jagamine tähendab sama. Detailsem töökorraldus toimub ikkagi osakondade ja üksuste tasemel. Eestis teevad haiglates arstid ja õed väga palju tööd, aga ma ei näe võimalust, et seda süsteemi oleks võimalik üleval pidada nii, et nad vähem tööd teevad. Loomulikult peavad olema ka piirangud. Ei tohi lasta inimesel end lolliks töötada sel moel, et ta ühest valvest teise jookseb.

Muutused töökorralduses on paratamatud. Paljuski on need ajendatud muutustest tervishoiusüsteemis, aga oluline mõjur on ka see, et tööjõuturule sisenevad nooremad põlvkonnad on teistsuguse hoiakuga kui vanemad. Kui vanem põlvkond on olnud väga tööle orienteeritud, siis olukord on muutumas. Põlvkondade vahetus mõjutab tervishoiusüsteemi ja haiglaid igal juhul. Selle teadmiselega tuleb arvestada ja oma harjumusi korrigeerida.

### **Arstide päevadel rääkis sotsiaalministeeriumi asekanstler, et suvel-varasügisel hakatakse välis-ekspertide toel tegema analüüsi, et sünniks uus haiglavõrgu arengukava (HVA). Millised on teie mõtted sellega seoses?**

Praeguses haiglavõrgu arengukavas (HVA) leppisime kokku, et inimese jaoks peab olema abi mõõdetaval moel kättesaadav ehk erakorralise meditsiini osakonna (EMO) uks peab olema 70 km või 60 minuti autosõidu kaugusel. Kui vaadata maailma praktikat,

siis selline olukord, kus tervishoiuvõrgustik lepiti mingitel üldistel mõõdetavatel alustel kokku ja hakati sellesuunalisi poliitilisi otsuseid langetama, on unikaalne. Kui Eesti kaardile vaadata, siis väga suurt muudatust erakorralise abi pakkujate võrgustikus teha ei saa. Aga kui uks on 24 tundi lahti, siis millist abi seal pakutakse? Ma arvan, et nüüd ongi oluline küsimus, kuidas haiglavõrgu toimimine hoida sellisena, et inimesed saaksid EMO asukohast sõltumata ühel tasemel kvaliteediga abi. Viimane ei pruugi tähendada, et abi on just selles EMOs, aga võrgustik peab ühtsena toimima nii, et iga haige satub õigesse kohta.

Tervishoiusüsteemi peaks vaatama ühtse koostöövõrgustikuna ja haiglate logistikaga peaks haakuma nii kiirabi kui ka perearstide võrgustik. Uus HVA peaks keskenduma sellesuunalise koostöö tõhustamisele. Oluline on terviklik käsitlus, mis loomulikult sisaldab ka erisusi. Näiteks pole Hiiumaal mõtet kolme eri süsteemi üles ehitada. Tark on seal juurutada ühtne juhtimine. Tervishoiukorralduslikult suurim väljakutse on luua toimiv mudel nendes maakondades, kus elanike arv on väike. Tuleb otsustada, milline saab olema teenuse standard väiksemates kogukondades. Paljude teenuste puhul peab arvestama, et nende pakkumiseks peab kohapeal olema kriitiline hulk kompetentseid spetsialiste. Mingil hetkel peab langetama ka poliitilisi otsuseid. Kui võrrelda arengukava perioodi, mis peaks tulema, ja seda, mis sajandivahetusel alguse sai, siis tol ajal oli üleriigiline usaldus suurte strateegiliste otsuse elluviimiseks suur, spetsialiste kaasati. Tegime asju, mis läksid ka kolleegide arvamustega vastuollu, aga saime aja jooksul teineteisest aru. Suutsime isiklikust solvumisest üle olla ja suurt pilti näha. Nüüd ma sellist valmisolekut ei näe. Ükskõik mida tervishoius teha või tegemata jätta, on see ülipoliitiline. Näen ohuna seda, et põhimõttelisi reforme pole võimalik teha. Juhindutakse emotsioonidest. Samas, areng toimub ka evolutsiooni teel.

### **Millist kohta näete eratervishoiul Eestis?**

Kliendi vaates ei tohiks teenus omandist sõltuvalt erineda. Seetõttu on raske öelda, et era- ja avalik-õiguslikke haiglaid peaks lahus käsitlema. Praegune süsteem, kus osa institutsioone peavad täitma avalik-

õiguslikke kohustusi ja osa on eraomandis, peaks keskenduma tasakaalu leidmisele. Selline lähenemine on ka regionaalpoliitiliselt väga oluline.

Probleemi näen selles, et viimased eriarstiabi lepingute hanked on soosinud pakkujaid, kes varem ei ole tegelikult teenust osutanud. Tahan kiita haigekassa juhatust, kes on algatanud arutelu printsiipide üle, mille alusel hakatakse uut valikut tegema. Toimivas süsteemis on iga end tõestanud tervishoiuasutus tohutu väärtusega. Seda pole võimalik ühe aastaga ehitada. Konkursil ei saa eelistada äriühingut, kes lubab teenust osutada, kuid kel pole ette näidata ruume, aparate, töötajaid, rääkimata töökultuurist. Me ei kujuta ju ette, et kiirabi hanke võiks võita organisatsioon, kellel puuduvad reaalsed ressursid ja töökogemus.

Ma arvan, et mängureglid peavad olema mõistetavad ja suhteliselt püsivad, siis pole ka nii suurt vastandumist. Kui tahame olla kulutõhusad, siis ei tohi tervishoius jõuliselt domineerivat omandihuvi sisse tuua. Praegu on olukord suhteliselt tasakaalus. Küll aga leian, et tänapäeval ei saa eriarstiabi osutaja olla üksik arst. Isegi

perearst töötab koos meeskonnaga. Avalike vahendite kasutamiseks ei peaks tegema selliseid hankeid, kus hangitakse teenust ühe konkreetse arsti käest. See on ressursi vale kasutus. On oluline vahe, kas arstiabi osutab näiteks minunimeline osüühing, kus ma üksi tegutsen, või AS Medicum, kus on sadu inimesi tööl. Need asutused pole võrreldavad ja meid panna konkureerima nii, et mina võtaks konkurendilt mingi rasvase tüki ära, ma õigeks ei pea.

### **Mida ootate praeguselt valitsuselt?**

Eks iga haritud inimene tahab näha, et riigitiitüüri juures on targad juhid, kes teevad omavahel koostööd ja mõtlevad Eesti riigi arengu osas samas suunas, jagavad meiega sarnaseid väärtusi. Tervishoiusektori ja valitsuse tihedat koostööd saab vaadelda pigem läbi meie valdkonna ministeeriumi. Sotsiaalminister Tanel Kiik on kindlasti inimene, kes on näidanud, et tal on potentsiaali saada heaks ministriks. Samas on ta veel lühikest aega ametis olnud ja hinnanguid juhtidele saab ikka anda tulemuste põhjal. Soovin talle tema töös tarkust, tarmukust ja sädet.