

## Rain Laane: maapiirkondadesse arstide leidmine pole ainult meditsiinivaldkonna väljakutse

Maapiirkondadesse ja väiksematesse linnadesse arstide leidmine pole ainult meditsiinivaldkonna väljakutse, vaid eeldab kõigi elualade koostööd, rääkis Eesti Haigekassa juhatuse esimees Rain Laane Med24 toimetajale Madis Filippovile.



Rain Laane

Foto: Scanpix / Peeter Langovits

### Millised peamised muudatused ja uuendused tooksite välja, mis eri- ja üldarstiabi järgmisel aastal ootab?

Mul on hea meel, et Eesti tervishoid liigub uuenduste rütmis. Tervishoiuteenuste loetelu pole veel valitsuses kinnitatud, kuid saan tuua mõned näited, millele meie juhatuse ja nõukogu on oma heakskiidu andnud. Näiteks hakkab haigekassa rahastama Tartu Ülikooli Kliinikumi siirdamiskeskust. Hinnakirja lisatakse pankrease siirdamise teenus. Meediast on läbi käinud juhtumid, kui kogutakse annetusi kõhimisaparaatide ostmiseks, mistõttu täpsustasime seda korda ja mul on hea meel kinnitada, et uuest aastast saavad lapsed vajaduse korral kõhimisaparaadi haigekassa kulul. Eesti on pikalt olnud kopsuvähi ravimite kättesaadavuse poolest Euroopa tagumiste seas. Oleme nüüd selle vahe katnud ja inimesed saavad maailmaklassi ravimeid. Olulist lisa saavad hematoloogiliste kasvujate ravimid.

Veel üks tähtis muudatus on seotud insuldiga, mis viib taevastele radadele ligikaudu 3500 inimest aastas, neist ligikaudu 600 inimest sureb kahjuks juba esimese kuu jooksul. See ei peaks nii olema ja seetõttu oleme muutmas insuldiravi töökorraldust. Insuldiravis on väga olulised kaks asja. Esiteks tegutsemise kiirus ja teiseks, et inimest ravitaks spetsialiseerunud insuldiüksustes piirkondlikes ja keskhaiglates, sest see vähendaks patsientide suremust ja edasist sõltuvust teiste inimeste abist. 2018. aasta lõpus tuli välja riigikontrolli auditi aruanne, mis kirjeldas haiglate erakorraliste meditsiiniosakondade (EMO) olukorda. Sel aastal töötasime välja EMOde tasustamismudeli muutuse, mis hõlmab valmisolekutasu maksmist.

Uuest aastast tekib võimalus pakkuda hooldekodudes haigekassa rahastatavat öendusteenust. Hooldekodudes on selle teenuse järele karjuv vajadus olnud juba aastaid. Lõppeval aastal oleme palju rääkinud elu lõpust. Oleme välja töötanud hospiitteenuse rahastamise: selle teenuse osutamise võimalus tekib haiglavõrgu arengukava haiglatele 1. jaanuarist.

Minnes edasi perearstide rahastamise juurde, siis kuna nägime 2019. aastal küberrünnakute kasvu, oleme andnud baasrahasse lisaraha küberturvalisuse tagamiseks. Perearsti nimistu suurus võiks ideaalis olla 1200–1600 inimese vahel, kuid reaalne olukord on, et mõnel on nimistus 800 inimest ja mõnel üle 2000. Praegu on nii, et kui perearstil on nimistus alla 1200 inimese, siis pearaha koefitsient on 0,8. Nüüd mõtleme nii, et perearstile maapiirkonnas, kus pole piisavalt elanikke, mõjub selline koefitsient mittemotiveerivana. Samas pole ka mõeldav, et sealsed inimesed sõidavad perearsti juurde mitmekümne kilomeetri kaugusele. Ehk me

vaatame väikseid nimistuid maapiirkonnas erinevalt kui linnas. Koefitsiendi kaotamine on väike samm selles suunas, kuidas saada perearste kahest suurlinnast väljapoole. Oleme väga palju mõelnud kvaliteedi peale. Inimesed eeldavad, et saavad kvaliteetset arstiabi ning valdavalt see nii ongi, aga see on igapäevane jätkuv töö. Perearstide puhul näiteks on järgmisest aastast haigekassa rahastatud mentorlussüsteem, mida viime läbi koostöös Eesti Perearstide Seltsiga.

Oleme näinud vaeva, et tervishoiusüsteemis bürokraatiat vähendada. Järgime põhimõtet, et kui andmed on olemas, siis me neid uuesti ei küsi. Näiteks peavad praegu perearstid meile ise arveid kirjutama, kuid järgmisest aastast oleme teinud selle neile oluliselt lihtsamaks. Kui teame, et perearst peab meile teatud arve kirjutama, siis teeme selle töö nende eest ära, et arstil jääks rohkem aega inimestega tegeleda.

Need on vaid mõned näited sellest, mida uut on haigekassalt järgmisel aastal oodata.

### **Ütlesite perearstide seltsi aastakonverentsil, et regionaalne koefitsient on aja küsimus. Kas midagi sellist on tulemas?**

See on meie kõigi eesmärk, et arstiabi peab olema üle Eesti ühtlaselt tagatud. Üks asi on see koefitsient, mis puudutab väikese nimistuga perearste väljaspool suurlinna. Selle probleemi lahendasime ära. Teine oluline asi on juba aastaid hinnakirjas olnud kaugusetasu ja ma arvan, et see tuleks Eesti Perearstide Seltsiga koos üle vaadata. Regionaalsele koefitsiendile seab ühelt poolt piirid ette riigi ja haigekassa eelarve. Teisel pool on soovid. Tekib küsimus, kuhu tõmmata piir. Äärealadest rääkimine eeldab poliitilist arutelu, kust ikkagi ääreala algab. Kas see algab Tallinna piirist, Rae vallast või valdadest, mis on kahest Eesti suurlinnast oluliselt kaugemal? Tahtmine selles osas muutusi teha on nii ministeeriumil kui ka meil olemas, kuid lahendus tuleb leida koos Eesti Perearstide Seltsi ja Eesti Arstide Liiduga. Selge on ka see, et olemasoleva eelarve ringijagamise tulemusena me seda võrrandit ei lahenda.

### **Arstide liit teatas oma üldkogu järel, et arstidele ja teistele tervishoiutöötajatele on vaja luua terviklik regionaalpoliitiline motivatsioonipakett, mida rahastatakse riigieelarvest. Mida sellest ettepanekust arvate?**

Teame, et meie tervishoiutöötajate keskmine vanus on kõrge. Järgmisest aastast on võimalik teha nii, et noor arst, kes on peremeditsiini lõpetanud, saab teatud aja töötada koos staažika arstiga, kel on kindel tahtmine pensionile siirduda ja elutöö üle anda. See tagab sujuvama ülemineku. Tegime tagasivaate, et saada aru, kui paljud peremeditsiini lõpetanud arstid võtavad endale nimistu, ja selgus, et seda teevad ainult pooled. Küsimus on, miks nad seda ei tee. Osalt kaheldakse, kuidas ettevõtja rolliga hakkama saadakse.

### **Kui mitte rääkida üksnes peremeditsiinist, siis mida arvate motivatsioonipaketi väljatöötamisest?**

Sageli tuuakse näiteks meie põhjanaabrid, kus tohtrite palgad Helsingi ja Põhja-Soome vahel erinevad väga palju, isegi 2–3 korda. Ma saan soovidest ja vajadusest aru, aga kui teha matemaatiline tehe, siis selgub, et selline lahendus oleks väga kallis ja mõjutaks kogu tervishoiusüsteemi. Meil tuleks kokku leppida, kui kiiresti ja mis suunas suudame liikuda. Võib-olla peaks alustama mõne pilootprojektiga, võib-olla ringi kitsendama. Positiivne on see, et meil on dialoog nii Eesti Perearstide Seltsi kui ka Eesti Arstide Liiduga, sest neid asju saab lahendada vaid koos.

### **Aeg-ajalt käiakse välja kohustusliku suunamise mõte, et pärast kooli tekiks lõpetajal mõneks ajaks kohustus kuskil töötada, aga kui ta siirdub kohe välismaale, siis maksaks tema või tööandja õppimisele kulunud raha riigile tagasi.**

Ma arvan, et 21. sajandil on keeruline noori jõupositsioonilt juhtida. See saab tulla läbi koostöö ja dialoogi. On kaks mõjutusvahendit: präänik ja piits. Mina keskenduksin präänikule. Tuleb küsida, miks meil ikkagi on raske inimesi väljapoole suurlinna saada. Kas see on rahaga lahendatav probleem või on juurpõhjus mujal? Põhirolli mängib ümbritsev keskkond: omavalitsus, selle juhtimine, kultuur jm. Kui minna uude kohta elama, siis eeldatakse, et ka partneril on olemas väljakutseid pakkuv arenemisvõimalustega töökoht, et kohalik taristu toimiks, läheduses asuksid lasteaed ja kool, kuhu tahetakse järeltulev põlvkond õppima panna. See kõik pole ainult meditsiinivaldkonna väljakutse, vaid eeldab kõigi elualade koostööd. Ühekordsed

toetusmeetmed on ka praegu olemas ja need summad on täiesti arvestatavad.

## **Arstide liit teatas üldkogu avalduses veel, et „kuigi kanepitarvitajad haigestuvad sagedamini psüühikahäiretesse ja e-sigaretid muutuvad noorte seas järjest populaarsemaks, arutab riigikogu tõsimeeli kanepi legaliseerimist ja piirangute vähendamist e-sigarettidele“. Milliseid ohte teie haigekassa juhina näete kanepi legaliseerimises ja e-sigaretide piirangute lõdvendamises?**

Me ei saa pooldada ühtegi sellist riskikäitumist, mille tõttu ilmselgelt tekib täiendav kulu, mida maksame kinni ühisest rahakotist. Mina pole oma elus tõmmanud ühtegi sigaretti ega kunagi proovinud narkootikume ja minu isiklik seisukoht sellele ettepanekule on selge „ei“. Meil on tubakast loobumise nõustamise programm ja see on see, mida me hea meelega oleme ühisest tervise rahakotist nõus rahastama.

## **Kuhu oleme tervisekeskustega jõudnud 2019. aasta sügiseks ehk kas reaalne olukord vastab varasematele ootustele?**

Peaaegu. Meie soov oli, et 2019. aasta lõpus oleks tervisekeskustesse koondunud 180 nimistut. Tegelik arv on ligikaudu 140. Kui küsida, millest selline vahe, siis põhjused on erinevad. Kõik ehitused ei saanud nii kiiresti valmis, nagu oli plaanitud. Mõned ehitused läksid kallimaks, tekkis rahastamise probleem. Mõnes kohas sai ehitus küll kenasti valmis, aga kerkis küsimus, kuidas saada sinna perearstid. Staažikate tohtrite jaoks on üksikpraksisest tervisekeskusesse kolimine suur elumuutus. Põhimure on see, et kui keskuses on 6–7 perearsti, siis kuidas nad teevad omavahel koostööd ja kes võtab juhi/koordinaatori rolli. Samas on tervisekeskustes ju palju positiivset: keegi korraldab IT-küsimused ära, on füsioterapeudi, kodusõde, ämmaemanda kasutamise võimalus jne. Oleme teinud mitu järeltõust, mida järgmisel aastal teistmoodi teha ja oleme jälginud ka välisriikide praktikat. Näiteks Kanada on meist sarnase projektiga kümnekond aastat ees. Katsume õppida teiste vigadest.

## **Kas võiksite mõne järeltõustu välja tuua?**

Kõige olulisem on suhtlemine. Oleme teinud üha rohkem infopäevaid, salvestame seal

räägitu, et seda saaks haigekassa veebis järele vaadata. Suhtleme oma partneritega varasemast oluliselt rohkem. Vanasti käis see pigem kirja teel, kuid ma väidan, et kui räägid inimesega otse, siis toimuvad asjad kiiremini.

## **Digiregistratuur on nüüd juba mõned kuud kõigis haiglates. Millist mõju on see teie hinnangul avaldanud?**

Sel on väga suur mõju. Digiregistratuur käivitus augusti esimesel nädalal ja praegu-seks on 50 000 inimest suutnud endale selles keskkonnas vastuvõtutaja broneerida ning 4000 broneeritud aja tühistada. See on veidi toonud leevendust nii ravijärjekordadesse kui ka paindlikkust ja mugavust arstiaja broneerimisel. Arstidel olid probleemiks tühivisiidid, sest inimene võis sama saatekirjaga registreerida aja mitmele arstile, kuid nüüd saab panna ainult ühe aja. Seejuures saab aja tühistada vaid mõne klikiga. Mõnel inimesel on kinnistunud arvamus, et ta peab käima kindlas haiglas, kuid tegelikult on meil ju valikuvabadus. Oluline on lihtsalt teada, et haiglal on haigekassaga leping. Nii mõnigi on nüüd avastanud, et kui ühes haiglas on väga pikk järjekord, siis teises palju lühem. Sellega seoses oleme saanud siira tänu osaliseks, kui üks Tartumaa pereisa oli alguses väga mures, et ei saa oma lapse tonsillektoomiaks aega, aga digiregistratuurist selgus, et vähem kui tunnise autosõidu kaugusel olevasse haiglasse saab aja järgmiseks nädalaks. Ma arvan, et digiregistratuur on 2019. aasta üks kõige märkimisväärsemaid tegusid tervishoius.

## **Kuidas toetab haigekassa tervise hoidmist?**

Meie esimene eesmärk ongi see, kuidas inimesed saaksid oma tervist paremini hoida, sest tervena elatud aastate arv on Eestis võrreldes naaberriikidega kohutavalt väike. Eesti meeste puhul on see 52,9 aastat. Me peaksime ühiselt jõudma mõttemaailma muutumiseni. Peaksime palju rohkem tähelepanu pöörama sellele, mida ja kui tihti sööme ja tarbime. Oluline on anda eeskujuga. Seda nii oma perekonnas, töökollektiivis, sõprade seas kui ka mujal. Haiguste ennetamine on kordades odavam kui hilisem ravi. Haigekassa 2020. aasta eelarves kasvab ennetuse rahastamine protsendina oluliselt, alates laste suutervisest lõpetades eriprojektidega, aga kui vaatame terviseedenduse osakaalu üldises eelarves, siis on see arv veel väike.