

Arstiabi kättesaadavuse peamiseks takistuseks on ravijärjekorrad

Kaija Kasekamp – Sotsiaalministeeriumi tervisevõrdsuse poliitika juht

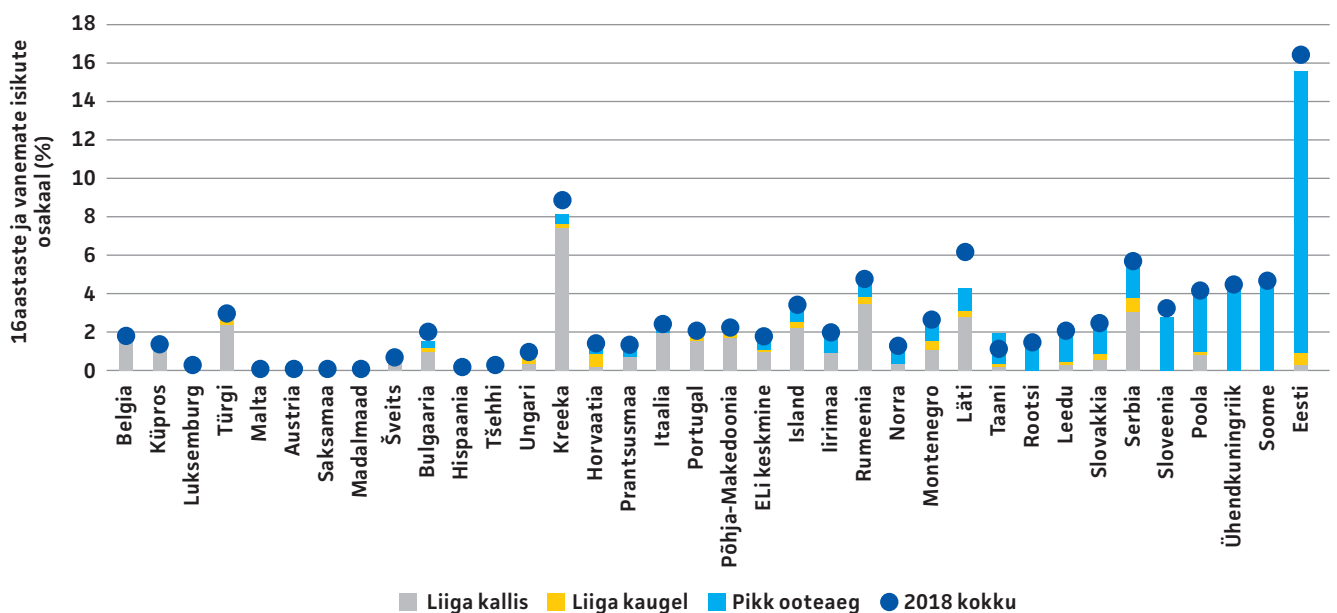
Tervishoiuteenuste kättesaadavus on vajamineva vältimatu abi, üldarstiabi, kiirabi, eriarstiabi, hambaravi ja õendusabi õigeaegne ning kvaliteetne tagamine patsiendile, lähtudes tema meditsiinilisest vajadusest, tervishoiuteenuse osutaja erialasest pädevusest ja raviressursi olemasolust (1). Sarnaselt käsitleb kättesaadavust ka Euroopa Komisjon. Tervishoiuteenuste kättesaadavust kirjeldatakse ajalises, piirkondlikus ja rahalises vaates. Kättesaadavuse takistused võivad olla tingitud nii patsiendist, teenuseosutajast kui ka süsteemist üldisemalt. Kättesaadavust mõjutavad mitmed tervisesüsteemiga seotud poliitikavaldkonnad. Kõige suuremat mõju avaldab rahastamispoliitika, aga ka sotsiaalkaitse-, haridus-, tööhõive-, transpordi- ja regionaalse arengu poliitika (2).

Kättesaadavust mõõdetakse nii ooteaegade olemasolu kui ka ravijärjekorras olemise ajaga. Eestis on haigekassa nõukogu kehtestanud patsientide lubatud maksimaalsed ooteajad neile teenuseosutajatele, kellel on sõlmitud haigekassaga leping. Küll aga on määruses (1) sätestatud, et ravijärjekorda registreeritud patsient peab vajaliku tervishoiuteenuse saama minimaalse võimaliku ajajooksul, lähtudes tervishoiuteenuse meditsiinilisest vajadusest ja järgmistest põhimõtetest:

- 1) sarnase meditsiinilise vajadusega patsientidele osutatakse tervishoiuteenust samasugustel tingimustel;
- 2) patsiendile tervishoiuteenuse saamiseks määratud tähtaeg sõltub tervishoiuteenuse meditsiinilisest vajadusest.

Eriarstiabis tekivad ravijärjekorrad, kui patsientide vajadused on suuremad kui tervishoiusüsteemi võimalused neid katta, seda nii rahalistel kui ka mitterahalistel põhjustel (nt tervishoiupersonali piisavus). Ravijärjekordi ja tervishoiuteenuste nõudlust mõjutavad mitmed asjaolud (3):

- 1) konkreetsete raviasutuste töö planeerimine, sh kui palju vastuvõtuaegu annab raviasutus plaanilisteks esmavastuvõttudeks, kui palju broneerib erakorralisteks ja korduvateks vastuvõttudeks. Ravijärjekordi mõjutab ka arstide, aparatuuri ja ruumide (nt operatsioonitubade) hõivatus;
- 2) suur tagasikutsete (korduvate visiitide) arv. Kui tagasikutseid eriarstile on palju, suureneb ka



Allikas: Eurostat

Joonis 1. 16aastaste ja vanemate inimeste osakaal, kes töid välja, et neil oli 2018. ja 2019. aastal ravivajadus katmata pika ooteaja, kauguse ja teenuse kalliduse tõttu.

järjekordades ootavate inimeste hulk;

- 3) patsiendi isiklik valik (patsient soovib minna kindla eriarsti juurde või kindlasse raviasutusse);
- 4) vastuvõtule registreerunud, kuid kohale mitteilmuvate patsientide arv. Raviasutuste hinnangul võib selliseid patsiente olla 10–15%;
- 5) haigekassa ja tervishoiuteenuse osutaja vahelise lepingu maht. Vaid see on tegur, mida on rahastajal võimalik vahendite olemasolu korral lepingusummade muutmisega mõjutada.

Euroopa Liidu (EL) liikmesriigid koguvad võrreldavaid andmeid tervishoiu kättesaadavuse ja kasutamise seotud hinnangute kohta leibkonna sissetulekut ja elutingimusi käsitleva uuringu (*European Union Statistics on Income and Living Conditions*, EU-SILC) abil (4). Uuringu andmed võimaldavad analüüsida ja hinnata täiskasvanud inimeste väljatoodud probleeme tervishoiuteenuste kättesaamisel ja rahuldamata tervisevajadusi. Rahuldamata vajadus on teenuse kättesaadavuse indikaator, mida defineeritakse juhtudena, kui

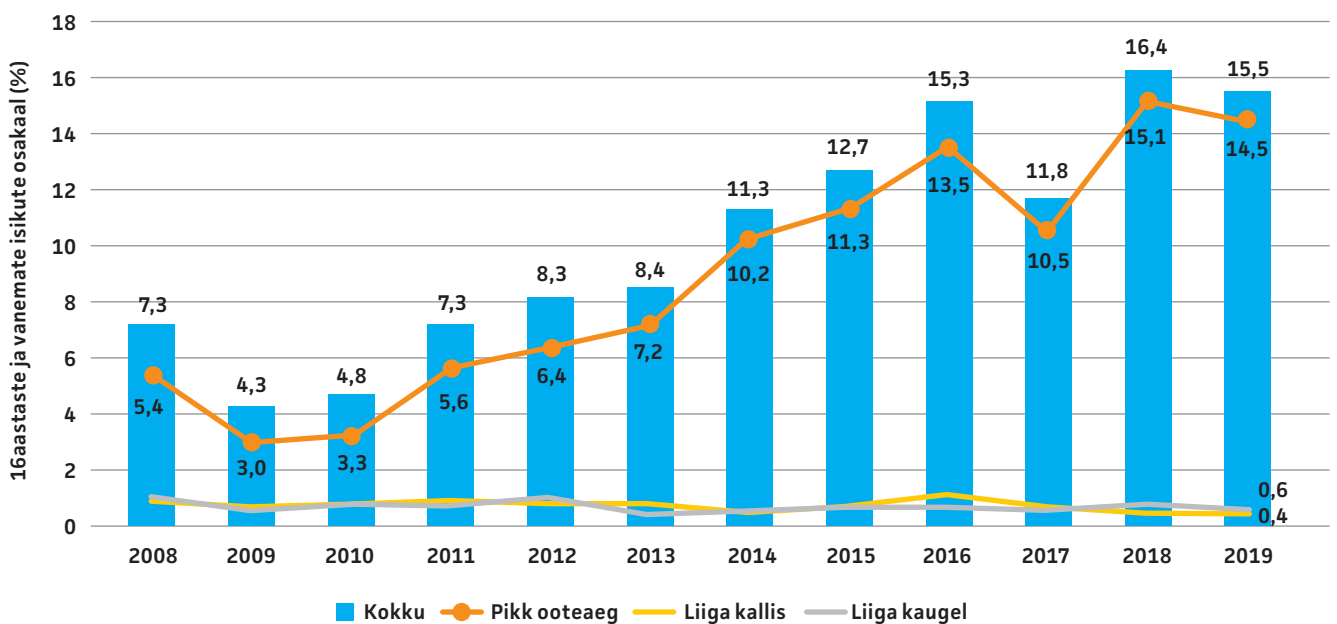
inimestel on tervishoiuteenuseid vaja olnud, kuid takistuste tõttu ei ole tervishoiuteenuseid saanud. Nii näiteks tekib rahuldamata arstiabi vajadus, kui arsti külastada soovinud inimene ei ole pika ravijärjekorra (ootaja) tõttu arsti vastuvõtule pääsenud.

Eesti 16aastastest ja vanematest elanikest hindas 2019. aastal 15,5% (2018 oli vastav näitaja 16,4%), et neil on tervishoiuteenuste osas katmata vajadus (*unmet need*), mis on Euroopa Liidus suurim näitaja (vt joonis 1). Katmata arstiabi vajadust hinnatakse kolmes dimensioonis: a) rahaline mõõde ehk tervishoiuteenused on kättesaamatud, sest need on inimese jaoks liiga kallid; b) teenuse saamiseks tuleb minna liiga kaugele; c) teenuse saamine võtab liiga kaua aega ehk ooteaeg on liiga pikk.

Eesti inimeste hinnangul jääb neil enamasti ravivajadus katmata pikkade ooteaegade tõttu. Samas on ELis keskmiselt seda põhjust välja toonud vaid 0,6% rahvastikust. Suurema takistusena tuuakse välja, et tervishoiuteenuste kättesaadavust mõjutab selle kallidus (ELi keskmine 1,1% ja Eesti 0,4%).

Katmata ravivajadusega inimeste osakaal on Eestis aastate jooksul suurenenud 7,3%-lt 15,5%-le (vt joonis 2) ja selle peamine põhjus on pikk ooteaeg (14,5%). Nende vastanute osakaal, kellel esineb katmata vajadus liiga kõrge hinna või kauguse tõttu, on püsinud üsna samal tasemel. Kuna Eestis on leibkonna eelarveuuringu küsitluses küsitletavate arv väike, võivad aastast suurt muutust (nt 2017 vs. 2016 ja 2018) mõningal määral mõjutada ka erinevused küsitletavate struktuuris.

Uuringu „Eesti elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2019“ andmetel hindavad enam kui pooled (57%) Eesti 15aastastest ja vanematest elanikest arstiabi kättesaadavust Eestis heaks ning 40% halvaks (4). Viimase 12 kuu jooksul eriarsti külastanud vastajatest pääses uuringu andmetel kuni viie tööpäeva jooksul vastuvõtule 24% ja kuni nelja nädala jooksul 48%. Eriarsti vastuvõtule pääsemise kiirusega oli väga või pigem rahul 53%. Üle nelja nädala pidi 15aastastest ja vanematest inimestest ootama 47%. Selle uuringu andmetel on inimesed perearsti või -õe vastuvõtule pääse-



Allikas: Eurostat

Joonis 2. Katmata ravivajadusega 16aastaste ja vanemate inimeste osakaal Eestis kokku ning põhjuste järgi 2008–2019.

misega rohkem rahul kui eriarsti vastuvõtule pääsemisega. Kuni kolme päeva jooksul pääses vastuvõtule 68% ja kättesaadavusega jäi rahule 82% vastanutest.

2019. aastal Eesti Rakendusuuringu Keskuse CentAR korraldatud uuringust „Inimkeskse tervishoiu seiremetoodika väljatöötamine“ (6) selgus, et pika ravijärjekorra tõttu jättis tervishoiutöötaja – arsti, õe või ämmaemanda – poole pöördumata 23,1–32,4% terviseprobleemiga patsientidest. Pöördumata jätmise peamiseks põhjuseks olid pikad ooteajad ka Eurostati uuringu põhjal. Piirkonniti on hinnangud ooteaegade pikkusele mõnevõrra erinevad. Nii pidas pikka ooteaega kättesaadavust takistanud probleemiks 6–19% Lõuna-Eesti inimestest, samas Kirde-Eestis oli see näitaja 20–42% ning Põhja-Eestis ja Tallinnas 27–56%. Oluliselt vähem oli neid inimesi, kes ütlesid, et jätsid tervishoiutöötaja poole pöördumata, kuna tervishoiutöötaja asus liiga kaugel (4,6–9,9% vastanutest), see oli liiga kulukas (4,1–9,2%) või neil puudus ravi-kindlustus (0,6–3,9%). Samas toodi mittepöördumise põhjusena välja ka seda, et polnudki vaja vastuvõtule pöörduda, sest saadi probleemiga ise hakkama (55–66%) või probleem ei olnud nii tõsine, et tervishoiutöötaja poole pöörduda (43–54%).

Elukohapõhine erinevus katmata ravivajaduse hindamisel tuli ilmsiks ka EU-SILC uuringus. Nii hindasid 16aastased ja vanemad linnalises asulas elavad inimesed katmata eriarstiabi vajadust suuremaks kui maa-asula elanikud. Kõige suuremaks hindasid vastanutest 2019. aastal katmata eriarstiabi vajadust Põhja-Eesti (21,6%) ja Kirde-Eesti elanikud (20,3%), väiksemaks aga Lääne- ja Kesk-Eesti elanikud (vastavalt 7,3% ja 7,8%). Perearstiabi hinnangutes väga suuri erinevusi ei leitud, kuigi katmata vajadus on mõningal määral suurem siiski Põhja-Eestis (2019. aastal 4,2%). (4)

Küsitlusuuringute tulemused viitavad sellele, et Eesti inimesed peavad tervishoiuteenuste kätte-

saadavuse peamiseks takistuseks pikki ravijärjekordi. Kahtlemata võib vastu väita, et inimeste hinnangud on subjektiivsed ega peegelda tegelikku probleemi raviteenuste kättesaadavuses. Ehk on Eesti inimestel hoopis niivõrd palju kõrgemad ootused tervishoiuteenuste kättesaadavusele? Või soovivadki Eesti inimesed rohkem arsti juures käia kui võrdlusriikides?

Kui vaadata keskmist arstikülastuste arvu aastas inimese kohta Majandusliku Koostöö ja Arengu Organisatsiooni ehk OECD riikide võrdluses, siis selgub, et arsti poole pöördumise sagedus on Eestis pigem väiksem kui ELi keskmine: vastavalt 5,6 ja 6,7 pöördumist 2018. aastal. Arsti konsultatsioonide arv inimese kohta on Eestis viimase 17 aastaga mõningal määral vähenenud ning selle põhjuseks võib olla ödede, eelkõige pereõdede iseseisvate vastuvõtude hulga suurenemine (7).

Haigekassa nõukogu kehtestatud ravijärjekordade maksimumpikkused (nn lubatud ooteajad) on järgmised (8):

- 1) ambulatoorse eriarstiabi ravijärjekorra maksimumpikkus 6 nädalat (42 päeva);
- 2) plaanilise statsionaarse eriarstiabi, päevaravi (v.a otsuses eraldi sätestatud operatsioonid, mille puhul on ravijärjekorra pikkus 1,5 aastat) ja viljatusravi ravijärjekorra maksimumpikkus 8 kuud;
- 3) koduõenduse ravijärjekorra maksimumpikkus 2 nädalat;
- 4) statsionaarse hooldusravi ravijärjekorra maksimumpikkus 3 kuud.

Haigekassa kogub lepingupartnertelt andmeid ravijärjekordadesse registreeritud vastuvõtude kohta neli korda aastas. Kui võrrelda ambulatoorse eriarstiabi järjekordades olevate vastuvõtude arvu viimase nelja aasta jooksul, on näha, et need on 20% võrra vähenenud ja langustrendis on ka statsionaarse eriarstiabi registreeritud broneeringute arv (ca 11%). Seevastu päevaravis on viimase nelja aasta jooksul bronee-

ringute arv kasvanud 11% võrra. Ambulatoorse ravi järjekorras on üle lubatud ooteaja ligi 50% tehtud broneeringutest ja peamiseks põhjuseks on toodud patsiendipoolne põhjus (soov pöörduda kindla arsti poole vms), seejärel võimsuse puudumine – raviastusel ei ole pakkuda personali või ruume – ning viimasel kohal raha puudus. Kui välja jätta patsiendipoolne põhjus, on ambulatoorses ravis üle lubatud ooteaja olevate broneeringute osakaal ca 17%. Päevaravis ja statsionaarses ravis on ca viiendik broneeringuid üle lubatud ooteaja ja neist enamik on tingitud patsiendipoolsetest põhjustest. Muudel põhjustel on üle lubatud ooteaja päevaravis 5–10% ja statsionaarses ravis 1–15% broneeringutest (9).

Kõige enam on üle lubatud ooteaja broneeringuid erialadel, kus ei ole nõutav saatekiri, aga mitte ainult. 2019. aasta oktoobri seisuga kuuluvad esiviisikusse oftalmoloogia (14% broneeringutest), günekoloogia (13%), ortopeedia (10%), dermatoveneroloogia (8%) ja otorinolarüngoloogia (6%) eriala. Kõigil eelnimetatud erialadel oli domineerivaks kas patsiendipoolne põhjus või võimsuse puudumine (vt joonis 3). Oluline on tähelepanu juhtida sellele, et nimetatutest kolmel erialal (günekoloogia, dermatoveneroloogia ja oftalmoloogia) puudub perearstilt saatekirja nõue. Seega puudub nende teenuste puhul kohustus eelnevalt teenusevajadust hinnata ning inimesed saavad omal soovil ilma saatekirjata vastuvõtule registreerida ning see võib osaliselt olla pikemate ooteaegade põhjus. Samuti ei ole võimalik otsepöördumise korral ooteaegu eristada patsiendi terviseseisundi ja teenusevajaduse põhjal.

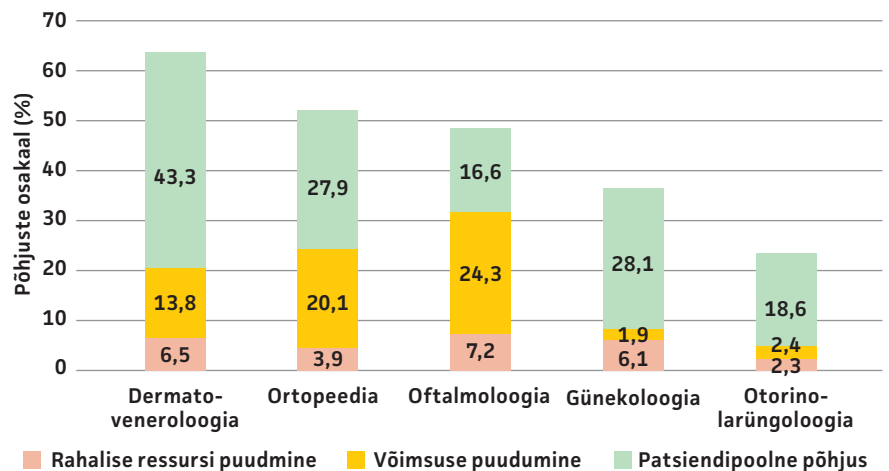
Vaatamata haigekassa eelarve suurendamisele riigipoolse eraldi-sega pensionäride eest alates 2018. aastast ei ole ravijärjekorrad oluliselt vähenenud. Selle üheks põhjuseks võib olla tervishoiutöötajate kollektiivlepingu sõlmimine, milles kokkulepitud täiendavate kulude

katteks kasutati ära ligikaudu 1/3 haigekassale lisandunud rahast. Tervishoiutöötajate palgatõusu võrra sai vähem panustada ravikindlustuse vahendeid ravijärjekordade lühendamiseks.

COVID-19-pandeemia on põhjustanud paljude tervishoiuteenuste osutamise edasilükkumise ja avaldab tõenäoliselt olulist mõju ka ravi kättesaadavuse näitajatele. Kevadisel kriisiperioodil lükati edasi suurem osa nii ambulatoorsest ravist kui ka plaanilisest statsionaarsest ravist ning valdav osa teenuseosutajatest tagas vaid erakorraliste teenuste kättesaadavuse. Plaanilisi raviteenuseid on juba edasi lükatud ka pandeemia teise laine ajal, mistõttu on paljudel erialadel ravijärjekorrad pikenenud. COVID-19-kriisi mõju raviteenuste kättesaadavusele vajab kahtlemata täiendavat analüüsi, kuna edasi lükkunud ravi mõju selgub tõenäoliselt alles lähiaastatel.

Haigekassa hakkas kriisiperioodi algusest kohe rahastama ka kaugvastuvõtte, mis aitasid olukorda leevendada. Rahvusvaheline valuutafond (IMF) on välja toonud, et kriisist väljumiseks tuleks investeerida teenuste digilahenduste arendamisse (10). Samas on oluline, et digilahenduste puhul säiliks inimeste võrdne kohtlemine. Peamine tervishoiuteenuste kasutajate rühm on vanemaealised, kellel aga puudub tihti võimalus endale näiteks digiregistratuuris aega broneerida või arstiga video teel nõu pidada. Kaugvastuvõttude ja ka muude tervishoiuteenuste digilahenduste ulatuslikumal rakendamisel tuleb jälgida, et see ei suurendaks ebavõrdsust tervishoiuteenuste kättesaadavuses.

Eriolukorras suurenes kaugvastuvõttude arv nii esmatasandil kui ka eriarstiabis. Kui esmatasandil nõustas perearst või pereõde telefoni või e-posti teel ka varem, siis eriarstiabis lubati laiemalt kaugvastuvõtte kasutada esimest korda. Eriolukorra alguses, märtsis, kasvas üldarstiabis tehtud vastuvõttude arv hüppeliselt kaugvastuvõttude



Allikas: Eesti Haigekassa

Joonis 3. Viis peamist eriarstiabi eriala, kuhu on broneeringute arv üle lubatud ooteaja, põhjuste kaupa 2019. aasta 1. oktoobri seisuga.

arvelt. Kaugvastuvõttude osakaal suurenes märtsis 1,8 korda võrreldes veebruariga ning märtsis ja aprillis osutati 400 000 kaugvastuvõttu kuus. Maikuu hakkas tavavastuvõttude arv järk-järgult taastuma ning kaugvastuvõttude arv vähenes. Mais, juunis ja juulis osutati ligi 300 000 kaugvastuvõttu. Kokku osutati märtsist kuni juulini ligikaudu 2 miljonit kaugvastuvõttu.

Märtsist juulini moodustasid kaugvastuvõttud kõigist eriarstiabi vastuvõttudest 25%. Kõige suurem osakaal oli neil märtsis ja aprillis (vastavalt 49% ja 57%). Mais, seoses ambulatoorse ravi järkjärgulise taastumisega, vähenes ka kaugvastuvõttude osa, moodustades kõigist eriarstiabi vastuvõttudest 26%. Juunis ja juulis moodustasid kaugvastuvõttud kõikidest vastuvõttudest vastavalt 12% ja 5%.

Erioladest kasutati eriolukorra jooksul kaugvastuvõtte kõige enam psühhiaatrias (65% kõikidest vastuvõttudest) ja reumatoloogias (48%). Kaugvastuvõttude lahendust kasutati eriolukorra ajal lisaks eriarstiabile ka ennetuses, hambaravis ning õendusabis, küll aga väiksemas mahus. Ennetuses oli eriolukorra ajal tehtud kaugvastuvõttude osakaal 19%, kõige enam noorte reproduktiivnõustamisel: 32%. Hambaravis oli eriolukorra ajal tehtud kaugvastu-

võtte 8% ja õendusabis (koduõendus-teenuse osutamisel) 3%. Haigekassa tasus eriarstiabis märtsist juulini kokku 245 000 kaugvastuvõttu ravijuhu eest, sh märtsis 57 000, aprillis 78 000, mais 58 000, juunis 38 000 ning juulis 14 000 ravijuhu eest (11).

2020. aasta augustis otsustas Eesti Haigekassa nõukogu teha Vabariigi Valitsusele ettepaneku jätkata püsivalt kaugvastuvõttude rahastamist eriarstiabis. Kuigi haigekassa kitsendas teenuse rakendustingimusi ning kaugvastuvõtte võib teha vaid tagasikutsel (korduva visiidina), võib siiski väita, et koroonakriis on märkimisväärselt kiirendanud kaugteenuste ulatuslikumat rakendamist.

Ooteaegade vähendamiseks on abiks olnud ka riiklik e-tervise strateegia (12), mis sisaldab e-vastuvõtte, digitaalset ooteaegade registrit ja e-saatekirja. Selleks, et hinnata üleriigilise digiregistratuuri rakendamise mõju tervishoiuteenuste kättesaadavusele, tuleks analüüsida selle mõju ooteaegadele ning saadud tulemustele tuginedes planeerida ja ellu viia edasisi tegevusi ooteaegade lühendamiseks ja täiendavaid ressursse arendustööde tegemiseks.

Kokkuvõtvalt: inimeste hinnatuna on katmata ravivajadus Eestis võrreldes ELi riikidega suur ning peamise põhjus on pikad ooteajad.

Ootejärjekordade põhjuseid on erinevaid, sh piisava rahastuse puudumine, teatud erialadel spetsialistide nappus, saatekirja nõude puudumine teatud erialadel jms. Lisaks on patsientidel järjest kasvavad ootused ja soovid saada (kindla) arsti juurde kiiremini. Erinevate e-teenuste arendamise kaudu on astutud ka samme ootejärjekordade vähendamiseks. Koroonakriis on andnud olulise tõuke kaugteenuste arendusse ning nende kasutus on oludest tingituna märkimisväärselt suurenenud. Kas aga

digiteenuste arendused on need, mis suudavad vähendada lõhet elanikkonna ootuste ja suutlikkuse vahel sellele vastata, on endiselt küsitav. Lahendusi tuleb kindlasti otsida ka tervishoiusüsteemi korraldusest, mida aitaks toetada tervishoiusüsteemi rahastamine ELi riikidega võrdsel tasemel.

KIRJANDUS

1. Tervishoiuteenuste kättesaadavuse ja ravijärjekorra pidamise nõuded (27.12.2018). RT I, 29.12.2018, 18; <https://www.riigiteataja.ee/akt/129122018018>.
2. Universal health coverage and access to healthcare. EXPH 2019. (20.02.2021).
3. Eesti Haigekassa. Ravijärjekorrad 2021. <https://www.haigekassa.ee/ravijarjekorrad> (20.02.2021).
4. Statistika andmebaas. Eesti sotsiaaluuringu andmed (20.02.2021).
5. Kantar Emor. Eesti elanike hinnangud tervisele ja arstiabile. Eesti Haigekassa; 2019.
6. Kallaste E, Järve J, Sõmer M, Lang A. Inimkeskse tervishoiu seiremetoodika väljatöötamine. CentAR; 2019. <https://centar.ee/case-studies/inimkeskse-tervishoiu-seiremetoodika-valjatootamine/>.
7. OECD Health Statistics 2020 (20.02.2021).
8. Eesti Haigekassa nõukogu 11. jaanuari 2013. a otsus nr. 5 „Ravijärjekordade maksimumpikkused“.
9. Eesti Haigekassa andmetel. 2020.
10. World Economic Outlook Reports, April 2020: The Great Lockdown. 2020. <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2020/04/14/weo-april-2020>.
11. Eesti Haigekassa. COVID-19 aruanne. 2020.
12. Sotsiaalministeerium. E-tervise visioon 2025. E-tervise arenguplaan 2020. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Eesti_e_tervise_strateegia/e-tervise_strateegia_2020.pdf.