

Aktuaalne intervjuu

Eesti tervishoid – kas tume tulevik?

Toimetuse küsimustele vastas **Toomas Vilosius**. Kolleeg T. Vilosius on viimase kümnendi vältel kuulunud Eesti tervishoiupoliitika kujundajate hulka oma ametkoha tõttu. Alates jaanuarist kuni septembrini 1994. a oli ta Sotsiaalministeeriumi kantsler, 1994. a septembrist kuni 1995. a aprillini ja detsembris 1996 sotsiaalminister ning pärast seda kuni aprillini 2003 Riigikogu sotsiaalkomisjoni esimees. Praegu töötab T. Vilosius PERHi juhatuse liikmena.

Toimetuse palus staažikat tervishoiupoliitikut hinnata Eesti tervishoiu senist arengut ja tulevikuväljavaateid. Küsitles Väino Sinisalu.

VS: Oled tuntud kui turumajanduslike ideede juurutaja tervishois. On need olnud arengut soodustavad?

TV: Alates 1992. a on Eesti valinud turumajandusliku arengutee. Meditsiin iseenesest ei saa kunagi olla turumajanduslik. Rääkida võime meditsiini korraldamisest turumajanduslikus riigis. Kogu avalik sektor ei saa olla turumajanduslik selles mõttes, et taotleb kasumit. Kas meditsiin on arenenud positiivses suunas? Kindlasti, ja kindel on, et areng ei ole olnud nii kiire, kui sooviksime. Mõelgem järele – on alles 12 aastat krooni käibeletulekust ja kogu ühiskonna areng ei ole olnud nii kiire, kui oleksime tahtnud.

VS: Kuidas hindad esmatasandi arstiabi efektiivsust?

TV: Sõltub sellest, kustpoolt vaadata. Kui võrdleme vana hea Inglismaaga, kust perearstiideoloogia alguse sai, on üks pilt. Kui võrdleme kümne sel aastal euroliiduga liitunud maaga, võime öelda, et meil on parim esmatasandi abi korraldus. See ei tähenda, et meil selles vallas kõik hea on ja midagi tõhustama ei pea, kuid suund perearstindusele oli ainuõige samm.

Perearstisüsteem on hästi käima läinud, jumala abiga ka Tallinnas, kus pikka aega olid selleks nii

objektiivsed kui subjektiivsed takistused. Meil on praegu vähemalt seitsesada head perearsti, aga on ka selliseid, kes ilma hinnaalanduseta seda nime ei vääri.

Kas perearst peab ilmingimata olema FIE või on abi parema kättesaadavuse tagamiseks otstarbekas nende koondamine perearstikeskustesse? Siin toimib loomulik areng. Juba praegu koonduvad perearstid keskustesse ja elu ise paneb paika, kuidas see protsess peaks kujunema. Kindlasti küsivad paljud, miks oli vaja lõhkuda varem olnud polikliinikute süsteemi, kui nüüd midagi taolist jälle üles ehitame.

Praegune areng on uus kvaliteet ja polikliinikutes töötasid varem jaoskonnaterapeudid, mitte perearstid. Perearsti tegevusvaldkond on nüüd palju laiem ja eriarstid ja haiglad tegelevad palju enam nende probleemidega, kus sealolevat kompetentsi vaja on.

VS: Haiglareform. Kas selle käigus langevad otsused on adekvaatsed?

TV: Haiglad arenevad riigi materiaalsete võimaluste piires. Samas on meditsiin väga tundlik teema kõigile riigi poliitikutele ja selle arengus on poliitilistel otsustel väga suur osa. Arvan, et haiglate arv ja nende paiknemine nihkub tasapisi paika normaalse arengu käigus. Suures osas on see nii ka sündinud. Kui reforme alustasime, oli meil üle saja haigla, praeguseks on neid järel tükki 40 ja arvame, et seda on veel palju. Õigemini küll neid kohti, kus haigeid inimesi ravitakse, ei ole palju, kuid kõik need asutused, mida haiglateks nimetatakse, ei anna kaasaegses mõttes haigla mõõtu välja. Nende nimetus tuleb tegevusega vastavusse viia.

VS: Kas Eesti tervishoid on adekvaatselt rahastatud?

TV: Kordaksin hea meelega kolleeg Peeter Mardna sõnu – Eestis on olemasoleva raha eest

parim tervishoid. Lisaks täiesti rahuldavale materiaal-sele baasile on meil, ehkki alamakstud, kuid oma tööd hästi tegev kompetentne personal – arstid ja õed. Igasugune ressurss tervishoius on aga ammen-datud. Kui raha ei tule juurde kaotame igal juhul kas abi kättesaadavuses või kvaliteedis või mõlemas. Kust ja kuidas see raha juurde tuleb, peavad otsus-tama poliitikud.

VS: Viimasel ajal on palju räägitud arstide ja õdede äraminekust Eestist tööle teistesse Euroopa maadesse. Miks nad lähevad?

TV: Kuigi palgatase meil ja teiste euroliidu maades on erinev, ei ole äramineku põhjus ainult rahas. Mina seda probleemi üle ei dramatiseeriks. Ikka öeldakse, et minnakse ära sellepärast, et meil on nii paha. Küsin vastu, miks sealt, kuhu meie arstid lähevad, sealsed kolleegid on ära läinud? Ikka selle-pärast, et neil on nii paha. Peame endale aru andma, et meie arstid ei lähe täitma spetsiaalselt nende jaoks loodud ametikohti, vaid sealt lahkunud arstide ase-mele. Neid ei oota ees imedema! Muretsen pigem selle pärast, kuidas me omal maal saaksime kõik nii korda, et arstid tuleksid siia tagasi ega kipuks ära. Kõik lahkunud kolleegid ei tule muidugi tagasi. Arstid rändavad kogu maailmas ja igal pool leiab rohkesti arste, kes ei tööta selle maal, kus nad hariduse said. Loota, et Eestis töötaksid ainult siin koolis käinud arstid, on niisama naiivne kui uskuda, et Eesti peaks olema monorahvuslik riik.

VS: Mis konkreetset peaks Eesti tervis-hoius korda saama, et arstid meil püsiksid ja lahkunud tagasi tuleksid?

TV: Peale palga on oluline töökeskkond, võima-lused enesetäienduseks ja suhtlemiseks teiste maade kolleegidega. Elamisväärse elu juurde kuulub ka või-malus puhata ja elamisväärse elu peab kindlustama tasu 160tunnise tööaja eest kuus, mitte 260 töötundi eest kuus teenitud raha. Jällegi, kõik on suhteline, seal, kuhu meie arstid lähevad, on normaalne 160 töötundi kuus ja ikka minnakse sealt ära. Arsti jaoks on oluline võimalus erialaseks karjääriks ja enese-teostuseks. Meie võimalusi piirab meie väiksus. Kui

oled 30–35 a ambitsioonidega edasipürgiv noor eriarst spetsialiseeritud osakonnas ja sinu üksuse juhataja on sinust vaid 10 a vanem ja sa soovid oma ambitsioone realiseerida, ei tulegi muud võimalust kui minna mujale. Eestis on valikuvõimalused enam kui piiratud – tuleb minna mujale.

VS: On siis meie meditsiin kriisis ja ees ootamas tume tulevik?

TV: Ei mingit kriisi ega tumedat tulevikku! Eesti meditsiinis ei ole kunagi olnud nii palju võimalusi ja vahendeid kui praegu. Meie õnnetus on selles, et ei ole kokku lepitud, millist abi, kui palju ja kellele selle raha eest saab anda. Me pole osanud endale täpselt selgeks teha, millist meditsiini me tahame. Nii arvavadki kõik, et meditsiin meid ei rahulda ja raha on vähe. Viimast on meditsiinis alati vähe, ka meist palju kordi rikkamates riikides. Poliitikud, parlament peavad määrama, millist meditsiini on rahvale vaja ja vastavalt sellele ka raha leidma.

Arstiabi ei jää meie riigis keegi. On probleeme eriarstiabi kättesaadavusega, aga selle kompen-seerib suures osas perearstisüsteem ja iga hädaga eriarsti juurde ei olegi vaja minna. Võib tunduda veidi küüniline, kuid reaalsus on see, et umbes 80% juhtudest haigestume iseparanevatesse haigustesse, sõltumata ravist.

Elanike hinnangut arstiabile mõjutavad suuresti harjumused ja kultuuriline taust. Vene ajal sai arsti juures vabalt “käia”, ehkki sageli arst suurt midagi teha ei saanud. Ikkagi sai inimene leevendust arsti lahkest silmavaatetest ja soojust käepigistusest. Praegu on sellest sageli puudu ja inimesed tunnetavad seda kui kõige suuremat vajakajäämist meie arstibis. Kõigi haiglate praktikas võib kohata juhtumeid, kus raskes seisundis patsienti on kiiresti uuritud ja ravitud ning ta on tulemusena rahul. Siiski tunnetab ta puudust sellest, et ta ei tea, kes ta arst oli. See on meie hea tehnoloogilise baasiga spetsialiseeritud arstiabi üks vajakajäämine – ravime haiguse, kuid unustame haige inimese.