

Tervishoiu rahastamise ja tervishoiupoliitika suunad

Külvar Mand – Sotsiaalministeerium

Riigi üks tähtsamaid prioriteete on tagada oma kodanike tervishoid. Samas on tervishoid riigi tegevuse selline valdkond, mida sageli ei märgata, kui see toimib, aga keegi ei taha omal nahal tunda, kui see ei toimi.

Toimiva tervishoiusüsteemi korraldamisel ja tervishoiupoliitika elluviimisel osaleb riik oma institutsioonidega, milleks meie riigis on Sotsiaalministeerium, Haigekassa ja Ravimiamet. Oma roll on selles täita ka maakondlikel struktuuridel ja omavalitsustel. Kahjuks on viimaste kohustused oma piirkonna tervise kaitsel ja edendamisel, samuti arstiabi korraldusel täpselt reguleerimata ja võimalused selleks väga minimaalsed. Me ei saa olla isolatsioonis muust maailmas: kindlasti mõjutavad meie tervishoiupoliitikat WHO kujundatud strateegiad ja seatud prioriteedid. Euroliidu liikmesmaana jälgime järjest enam EL vastavate komisjonide otsuseid, mis reguleerivad liikmesmaade tervishoiutegevust. Näitena olgu toodud liikmesmaade vahel patsientide vaba liikumise direktiiv.

Tervishoiupoliitikat viivad ellu inimesed, seega kompetentne, hästi kvalifitseeritud ja motiveeritud personal on tervishoiusüsteemi eduka funktsioneerimise alus. Tartu Ülikooli arstiteaduskonna õppekavad on alates 2001. a akrediteeritud ja rahvusvaheliselt tunnustatud. Tartu Ülikooli arstidiplom annab põhimõtteliselt õiguse töötada arstina kõigis euroliidu maades. Arvestades meie arstide vanuselist struktuuri ja selle alusel tehtud prognoose, peame taotlema, et riiklik koolitustellimus tagaks küllaldase arstide järelkasvu. Selleks peaks meil igal aastal asuma tööle vähemalt 100 residentuuri lõpetanud arsti. Arstiteaduskonna hinnangul on arstiüliõpilaste väljalangevus stuudiumi vältel keskmiselt 20–30% ja igal aastal tuleks arstierialale vastu võtta kuni 150 üliõpilast.

Aastaid on probleemiks olnud residentuurikohdade ebapiisav riiklik tellimus ja residentide madal tasustamine. Nüüd näib, et oleme saavutanud siin teatud läbimurde: järgmisest aastast on residentide töötasu 9000 kr kuus ja sel aasta võeti residentuuri 130 noort arsti.

Tervishoiu jätkusuutlikkuse suudame tagada, kui meil on piisavalt arstide õpetajaid. Siin on selgelt tuntav doktoriõppe alarahastamine arstiteaduskonnas. Koolitustellimus suudab tagada veidi üle poole doktoriõppe vajadusest.

Arst peab õppima kogu elu. Kvalifitseeritud arstiabi suudame tagada tõhusalt töötava arstide täienduskoolitussüsteemi kaudu. Selles valdkonnas on meil palju poolikuid lahendusi ja ka tegematajätmissi. Normaalne oleks, et see süsteem tagaks igale arstile täiendusõppevõimalusi 40 tunni vältel aastas.

Ka õdede koolituse kavad on vastavuses euroliidus kehtivatega ja õe haridus on rakenduslik kõrgharidus. On rakendunud õdede jätkukoolituse süsteem.

Viimasel aastal on tõusnud probleemiks Eesti arstide – eriti nooremate – lahkumine Eestist ja tööle asumine teistes euroliidu maades. Selle üheks oluliseks põhjuseks on arstide ja õdede madalad palgad Eestis. Meditsiinitöötajate kutseliidud on üle poole aasta pidanud palgaläbirääkimisi Eesti Haiglate Liiduga. Sellesse sekkusid riiklik lepitaja ja valitsus. Pikaajaliste läbirääkimiste tulemusena saavutati siiski kompromiss. Tervishoiutöötajate esindajad, haiglate liit ja Vabariigi Valitsus allkirjastasid 23. septembril 2004 palgakokkuleppe 2005. ja 2006. aastaks. Sellest lähtudes on arstide palga alammäär 2005. a 66 kr ja 2007. a 75 kr tunnis, õdede palga alammäär vastavalt 34 ja 39 kr tunnis ning hooldustöötajatel 20 ja 23 kr.

Palgaleppe täitmiseks on järgmiseks aastaks vaja 380 mln krooni lisaraha. Sotsiaalministeerium on seisukohal, et meditsiinitöötajate palga tõusu arvel ei tohi halveneda arstiabi kättesaadavus, see peab järgmisel aastal jääma vähemalt 2004. a tasemele.

Iga riigi tervishoiupoliitikas on olulisel kohal haiguste ennetamise meetmed. Eesti rahvastiku haigestumise struktuuri arvestades on esmatähtsad järgmised ennetusprogrammid: 1) HIV/AIDS ennetuse riiklik programm, mida toetab oluliselt rahvusvaheline Global Fund; 2) südame-vere-soonkonna haiguste ennetusprogramm, mis on kooskõlastamisel; 3) vaimse tervise ja vähi ennetuse programmid, mis on väljatöötamisel. Olulised on samuti laste tervise ja immuniseerimise programmid, mis on loomisel, ning tuberkuloosi riiklik programm, mille elluviimine jätkub.

Ladus üldarstiabi korraldamine on arstiabi prioriteet. Kogemused näitavad, et linnas ja suuremates asulates on otstarbekas luua perearstikeskused. Nii on paremini tagatud üldarstiabi kättesaadavus võimalikult pikema aja vältel ööpäevas. Maapiirkondades on perearstide hajutamine paratamatu. Täiesti algusjärgus on töö efektiivselt toimiva koolitervishoiu ja töötervishoiu süsteemi loomine.

Viimastel aastatel on Sotsiaalministeeriumi tähelepanu all olnud ravimipoliitika. Kuni 2002. aastani kasvasid igal aastal hüppeliselt Haigekassa kulutused ravimite kompenseerimiseks. Uue ravikindlustuse seaduse kohaselt peaksid kulutused ravimitele moodustama 20% Haigekassa kogukuludest raviteenustele. Eelmisel aastal nii see ka oli. Riigikogu menetluses on ravimiseadus. Lähiaastatel on ravimipoliitika põhisuunaks geneeriliste ravimite kasutamise suurendamine. Samas kompenseeritakse jätkuvalt innovatiivsete ravimite kulutusi neile, kes seda vajavad, ning soodusravimite loetellu lisatakse uusi tõhusalt toimivaid ravimeid. Kindlasti parandab oluliselt ravimite kättesaadavust määrus retseptiravimite 100% soodustumäära rakendamisest kuni 4aastastele lastele. Oktoobrist 2004 käivitunud määrus, mille kohaselt arstid kirjutavad retseptile toimeaine, mitte konkreetse preparaadi

nimetuse ja annuse, peab meie ootuste kohaselt muutma ravimite kättesaadavuse paremaks eelkõige majanduslikult vähekindlustatud inimestele.

Erakorralise meditsiiniabi korraldamisel on meie oludes vajalik säilitada meditsiiniline kiirabi ja seda adekvaatselt rahastada. Säilima ja arenema peab reanimobiilteenistus. Vajalik on luua erakorralise meditsiini osakonnad haiglates, kus neid veel ei ole. Olemasolevate osakondade tööd on kindlast võimalik tõhustada. Ilmselt on otstarbekas korraldada ööpäevaringne perearsti nõuandetelefon ja leida teisigi võimalusi meditsiinilise konsultatsioonisüsteemi arendamiseks.

Erakorralise meditsiiniabi korraldamiseks suuremate õnnetusjuhtumite ja katastroofide korral on hädavajalik kaasata ka militaarstruktuurid. Tõhustamist vajab tsiviil- ja militaarkoostöö meditsiinivallas.

Jätkub haiglate arengukava elluviimine. Lähiajal tulevad kinnitamisele haiglate arengukava teise etapi põhimõtted ja haiglaliikide määrus. Hooldusravihaiglate arengukavad vaadatakse läbi ja kinnitatakse maakondlikul tasandil.

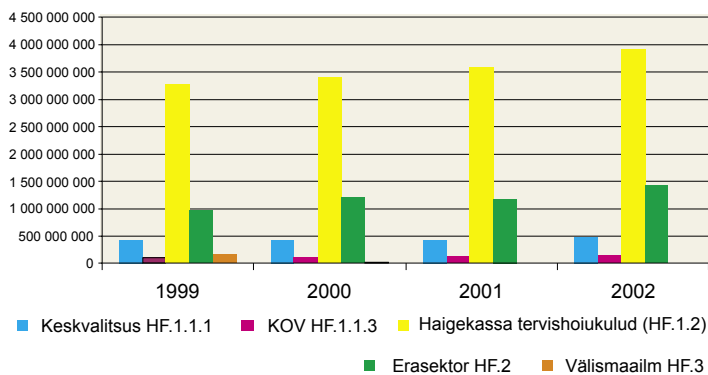
Plaanis on korraldada tulevikus kohalike ja üldhaiglate finantseerimine baasrahapõhiselt. Kesk- ja regionaalhaiglate rahastamine jääb teenusepõhiseks. Haiglate kapitalikulud kaetakse riigieelarvest.

Akuutraviasutused jagunevad kava kohaselt piirkondlikeks haiglateks, üld- ja kohalikeks haiglateks (vt jn 1). Piirkondlikud haiglad, kus osutatakse abi kõikidel kitsamatel erialadel, on Põhja-Eesti Regionaalhaigla ja TÜ Kliinikum. Kesksaiglateks on Ida- ja Lääne-Tallinna Keskhaigla, Pärnu Haigla ja Jõhvi Haigla. Üldhaiglaid saab Eestis olema 9: Võrus, Valgas, Viljandis, Paines, Rakveres, Narvas, Haapsalus, Kärdlas ja Kuressaares. Kohaliku haigla funktsioonidesse peavad jääma senised raviasutused Põlvas, Jõgeval ja Raplas. Kõikidel haiglatel on fikseeritud teeninduspiirkond. Piirkondlike haiglate ülesanne on osutada arstiabi kogu Eesti elanikkonnale. Lisaks praeguseks väljakujunenud tööjaotusele kujuneb tulevikus ka erialane tööjaotus ning funktsioonide jaotus kitsama eriala sees.



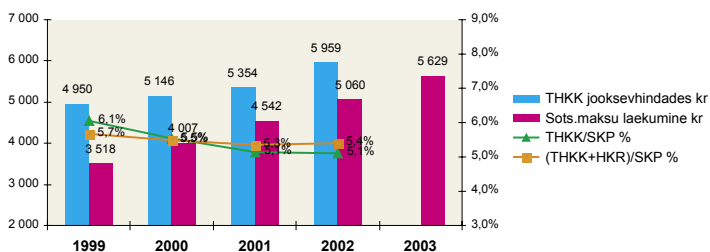
Joonis 1.

THKK finantseerijate lõikes



Joonis 2. Tervishoiu kogukulude jagunemine

THKK, sots.maksu laekumine (Mkr) ja THKK/SKP (%)

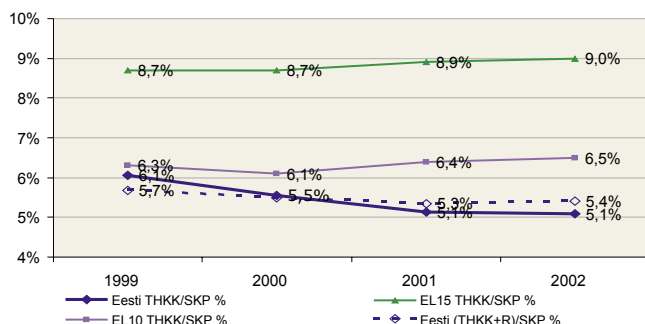


Joonis 3. Tervishoiu kogukulud ja sotsiaalmaksu laekumine absoluutväärtustena

Tervishoiukulutused kaetakse Eesti Haigekassa, keskkvalitsuse, omavalitsuste ja erasektori vahenditest (vt jn 2). Lisaks sellele finantseerivad meie

tervishoidu mitmesugused euroliidu ja teised fondid. Nende osakaal on üldiselt väike ja suunatud kindlate projektide elluviimisele.

Eesti, EL10 ja EL15 tervishoiu kogukulude osa SKPst (%)



Joonis 4.

	2001	2002	2003	2004P	2005P	2006P	2007P	Keskmine 2005-2007
Inflatsioon	5,80%	3,60%	1,30%	3,30%	3,20%	2,50%	2,80%	2,80%
SKP reaalkasv	6,50%	6,00%	5,10%	5,60%	5,90%	6,00%	6,00%	6,00%
Laekumised haigekassale	11,00%	11,40%	11,20%	9,70%	8,10%	7,90%	8,20%	8,10%
Ennetus		-6,70%	7,10%	35,60%	14,80%	4,30%	4,10%	7,70%
Üldarstiabi		19,00%	13,80%	8,10%	10,00%	7,00%	7,00%	8,00%
Eriarstiabi		6,50%	22,90%	14,10%	9,40%	6,00%	6,00%	7,10%
Hooldusravi		2,10%	53,10%	28,00%	24,00%	21,80%	18,60%	21,50%
Hambaravi		-0,90%	-24,70%	4,20%	9,00%	5,00%	5,00%	6,30%
Hooldusravi+eriarstiabi		6,40%	23,60%	14,50%	9,80%	6,50%	6,50%	7,60%
Ravimite kompenseerimine		15,90%	-11,30%	22,80%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
Töövõimetushüvitised		8,60%	12,80%	19,70%	8,00%	7,90%	8,20%	8,10%

Joonis 5. Haigekassa laekumiste ja kulutuste muutused aastate lõikes

Põhilise osa tervishoiukulutustest katavad haigekassa ja erasektor – meditsiiniabi vajajad. Viimaste panus on püsivalt suurenenud.

Viimastel aastatel on meie kulutused tervishoiule igal aastal kasvanud. Kuni 2002. aastani suurenes progressiivult ka sotsiaalmaksu laekumine, 2003. a see mõnevõrra vähenes (vt jn 3). Prognoosi kohaselt on see 2004. a varasemast suurem. Vaadates tervishoiukulude osakaalu sotsiaalmajanduslikust kogutoodangust (SKT), on see Eestis võrdluses teiste Euroopa riikidega oluliselt väiksem (vt jn 4).

Mõnevõrra – 0,3% võrra suureneb tervishoiukulude osakaal SKTst kui tervishoiukulude hulka arvestada ka haigekassa kogutud reserv. Üldist taset see siiski ei muuda.

Riigi majanduskasvu üldist prognoosi aastateks 2005–2007 silmas pidades võib eeldada inflat-

siooni mõõdukat kasvu, SKT kasv on eeldatavalt 6% ja laekumised haigekassale suurenevad 8% aastas (vt jn 5). Haigekassa kulutused ennetusele, üld- ja eriarstiabile, samuti hooldusravile suurenevad proportsionaalselt 7–8% aastas. Samas suurusjärgus on ka eeldatav ravimihüvitiste kasv. Töövõimetushüvitiste kasvu prognoositakse keskmiselt 8% aastas.

Neid arengutendentse arvestades ei saa eeldada, et järgnevatel aastatel suureneks tervishoiukulutuste osakaal SKTst. Ainus võimalus selle euroliidu väikseima näitaja suurendamiseks on riigi ja omavalitsuste vahendite senisest suurem kaasamine tervishoiukulutuste katmisele. See sõltub seadusandja tahtest ja arusaamast, kuidas tagada Eesti inimeste õigus tervisele.

Kylvar.Mand@sm.ee

Summary

Trends in the financing of health care and in health policy

Several state structures are involved in the organisation of health care – the Ministry of Social Affairs, the Central Health Insurance Fund and the State Agency of Medicines, as well as the county structures and the local self-governments. Regrettably, the responsibilities of the latter in the organisation of health care are not strictly regulated and their possibilities are limited.

Physicians are educated at the Faculty of Medicine of the University of Tartu. Considering the age structure of the Estonian medical community and the fact that many young doctors prefer to start working abroad, it is necessary to enroll, on the basis of a government-placed order, 150 students in the Faculty of Medicine in the nearest future. In recent time, residency admission has increased and the remuneration of residents will rise next year. It is expected that in this way young physicians will have better possibilities for specialisation, while their motivation for further education will be higher as well.

Also, it is essential to render the CME system more effective in the years to come. In accordance with the agreement concluded between the employers, the government and the professional societies of the health workers, the salary of the health workers will increase next year.

The present Estonian system of primary level medicine does not ensure adequate access to medical aid round the clock, as a consequence of which emergency medi-

cal service is overburdened. It would be expedient to establish health centres in larger settlements and to set up departments of emergency medicine at hospitals. Maintenance of emergency medical service and its financing by the government is considered necessary in the Estonian conditions .

The execution of the hospital master plan will continue. It is foreseen that there will be two regional hospitals, four central hospitals and nine general type hospitals in Estonia. In addition, there will function three local hospitals. Elaboration of basic hospital regulations, which will identify the functions of different hospitals as well as their reference areas, is under way.

Most of the health related expenses are now covered from the resources of the Central Health Insurance Fund, collected from the social tax, which is paid by the employers. Patients cover almost 20% of all expenses spent for health care.

At present, health expenses account for 5.1% of the GDP in Estonia, which is the lowest figure among the EU member states. Hence it would be indispensable to increase the proportion of the health expenses covered from the state budget. Additional resources from the state budget should be used mostly for covering the operating costs of the health institutions and their servicing related expenses.