

Kust saab inimene abi?

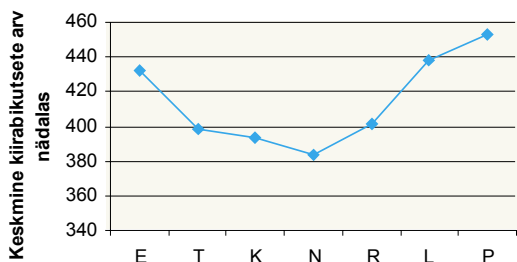
Laura Maran – Riigikontroll

Riigikontroll uuris, kuidas on tagatud erinevate osapoolte koostöö abivajaja aitamisel. Auditi tulemusena võib nentida, et arstiabi on küll kättesaadav, kuid selgelt reguleerimata on erinevate osapoolte (perearst, kiirabi, erakorralise meditsiini osakond) koostöö ning arveldamine.

Eesti tervishoiusüsteemi korraldus eeldab, et haigestumise korral pöördub patsient perearsti poole. Kui inimese seisukord on eluohtlik või erakorraline, siis peaks teda aitama kiirabi. Lihtne öelda, aga patsiendi seisukohast mitte enam nii lihtne järgida. Tegelikuses pööratakse kiirabi poole tunduvalt sagedamini, kui selleks põhjust on, ning seda tingib eelkõige praegune arstiabi korraldus.

Perearstiabi ei ole kättesaadav 24 tundi

Perearsti vastuvõtt piirub valdavalt tööajaga ehk siis argipäevadel kella 8–18, mistõttu väljaspool vastuvõtuaega peab abivajaja pöörduma mujale. Tõenäoliselt on perearsti kättesaadavuse ja kiirabikutsete arvu vahel seos (vt jn 1): kiirabikutsete arv suureneb nii nädalavahetusel kui ka vahetult pärast perearsti tööpäeva lõppu. Seejuures suureneb pärast tööpäeva lõppu just kergete kutsete osakaal (A ja B prioriteediga kutsed) (vt jn 2), mis viitab sellele, et patsientidel on vaja abi ka väljaspool perearsti tööaega esmatasandi abi ning nad ei oska mujale pöörduda kui kiirabi poole.

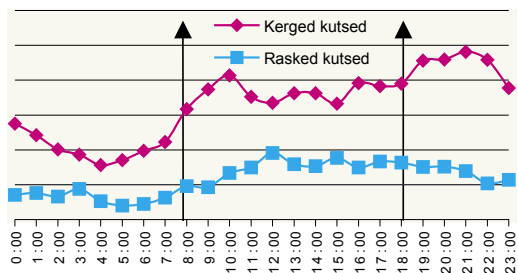


Joonis 1. Keskmine kiirabikutsete arv nädalapäevade kaupa Põhja- ja Lõuna-Eesti häirekeskuse andmete põhjal.

Lisaks tööaja piiratusele võib tuua välja veel mõningad tegurid, mis mõjutavad patsienti pigem kiirabi kutsuma kui mujalt abi otsima. Kindlasti on üheks oluliseks mõjuriks perearstide aina vähenevad koduvisiidid ning sellega seoses patsientide kasvav rahulolematuus. Ka mujal maailmas ei ole perearsti koduvisiidid levinud, sest need ei ole ravi ega diagnoosimise seisukohast efektiivsed. Teistes riikides käib kodus pigem pereõde või sotsiaaltöötaja. Seega tuleks Eestis täpsemalt kokku leppida, kes ja kudas on kohustatud koduvisiite tegema, et vähendada kiirabi väärkasutamist. Sotsiaalministeeriumi üks pakutud lahendustest perearsti kättesaadavuse parandamiseks – perearsti ööpäevaringne nõuandetelefon – on hea, kuid kahjuks on projekt jäänud venima ning siiani pole selgust, millal see käivitub.

Transporditeenus on korraldamata

Tihti kutsutakse kiirabi põhjusel, et kiiresti ja tasuta vajaliku arsti juurde jõuda, mõtlemata sellele, et keegi abivajaja võib seetõttu kiirabi abist ilma jääda.



Joonis 2. Kergete (A ja B prioriteediga) ning raskete (C ja D kutsete) jagunemine ööpäevas (noolte vahel on perearsti tööaeg).

2005. a pidi Haigekassa hakkama hüvitama sotsiaalministri määratud korras patsiendi transpordikulused arsti juurde jõudmisel. Igati oluline meede patsiendi jaoks, arvestades haiglavõrgu tsentraliseerimise suhteliselt kiiret protsessi, kuid juba enne jõustumist räägitakse selle kaotamisest. Transpordihüvitiseks plaanitud 15 miljonit krooni tahetakse suunata hoopis meditsiinitöötajate palgakokkulepete täitmiseks. Kuna arstiabi saamine on patsiendile muutunud kulukamaks eelkõige haiglate ja polikliinikute kaugenemise tõttu, oleks transpordihüvitis vaja kindlasti rakendada, sest praegu peab kiirabi pakkuma ka transporditeenust, mida osutatakse patsiendile tasuta. Ka häirekeskuste statistilised andmed tõestavad, et 80% n-ö transpordikutsetest on A ja B prioriteediga kutsed ehk tegu ei ole olnud erakorralise transpordiga.

Haigekassa näeb ette, et transpordi haiglasse korraldab pearaha eest perearst, kuid sätestamata on vastav kord, mistõttu perearst võib näha parima korraldusena kiirabi tellimist. Sellise käitumise peaks ära hoidma kiirabi ja perearsti vaheline tasaarvelduskord, mis ka arstide sõnutsi praegusel kujul ei toimi. Siinkohal on üheks võimalikuks lahenduseks, et riik töötab välja, kuidas transporditeenust osutada, või rakendab patsiendile mittekiirabilise kutse eest omavastutuse. Mõlemad meetmed on kasutusel ka mujal maailmas (Saksamaa, Kanada, Rootsi).

Erakorralise meditsiini osakonda pöördumine on kulukas

Tervisehädaga patsiendil on võimalik pöörduda haiglate juures asuvasse erakorralise meditsiini osakondadesse (EMO). Seal aga võetakse visiiditasu, mida kiirabi kutsudes maksma ei pea. Seega saab patsient sama tasandi arstiabi ühel juhul tasuta ja teisel juhul raha eest. Selline ebavõrdsus abi kättesaadavuses on lubamatu. 2004. a jaanuaris üritas sotsiaalminister "Ravikindlustuse seaduse muutmise ja tervishoiuteenuste korraldamise seaduse" eelnõu raames kaotada visiiditasu vältimatu arstiabi eest (EMOdes). Riigikogu ja sotsiaalkomisjon seda ei toetanud, kuna puudus alternatiiv saamata jääva tulu kompenseerimiseks. Uue, parandatud

eelnõuga minnakse järgmisele katsele käesoleval sügisel, kuid seni on patsiendil valida, kas minna ise EMOsse ja maksta 50 krooni visiiditasu või kutsuda kiirabi ning saada tasuta abi.

Puudub ühtne süsteem

Arvestades eespool kirjutatud, pole üllatav, et kergete ja kiirabi töö alla mittekuuluvate kutsete osakaal on nii suur. Kuna kiirabi on praegu ülekoormatud ja ressursipuuduses, siis tekib küsimus, kui kaua jaksab meie kiirabi veel sama kvaliteetset teenust pakkuda.

Kiirabi koormatuse vähendamiseks tuleks esmase erakorralise abi pakkumisel tõhusamalt kasutada nii perearste kui ka EMOsid. Selleks peab eelkõige ministeerium suutma liita süsteemi osad, mis praegu toimivad eraldi, ning aktiivsemalt selgitama kogu elanikkonnale, kes, kus, millal ja millise tasu eest abi annab.

Laura.Maran@riigikontroll.ee