

Eesti Arstide Liidu ja Eesti Keskastme Tervishoiutöötajate Kutseliidu ettepanekud tervishoiu rahastamise poliitilise kokkuleppe sõlmimiseks

1. Tagada vastavalt Riigieelarve strateegiale 2008–2011 tervishoiu kogukulude kasv aastaks 2010 vähemalt 6,5%-ni SKP-st, suurendades selleks tervishoiusektori tulubaasi arvestusega, et tervishoiukulutuste osakaal SKP-st oleks 2008. aastal vähemalt 5,5% ja 2009. a vähemalt 6%
2. parandada tervishoiuteenuste kättesaadavust ravikindlustusega hõlmamata isikutele;
3. tagada tegelikel kulutustel põhineval arvestusel baseeruvate tervishoiuteenuste hindade rakendumine täies mahus;
4. tagada tervishoiutöötajate üldarvu viimine vajalikule tasemele adekvaatse koolitustellimuse ja riikliku motivatsioonisüsteemi kaudu;
5. tagada tänapäevasel tasemel tervishoiusüsteemi toimimiseks vajaliku aktiiv- ja hooldusravi võrgu infrastruktuuri väljaehitamine ning toimiv meditsiinilise kiirabi ja perearstide võrgustik;
6. teostada poliitikat, mis oleks suunatud tervishoiu ja tervisekasvatuse ning ennetustöö ühisele ja senisest oluliselt tugevamale arendamisele ning tagada rahalised vahendid rahvatervise riiklike strateegiate täitmiseks täies mahus;
7. tagada kõikidele HIV-positiivsetele patsientidele juurdepääs ravile, jätkates pärast Global Fund'i rahastamise lõppemist HIV ja AIDSi ennetuse ja ravi finantseerimist riigieelarvest vähemalt samas mahus;
8. käsitleda tervise ja tervishoiuga seotud väljaminekuid, kui investeringut kodanike ja ühiskonna heaks rahvatervise kvaliteedi tõstmisel, mitte kui tülikat kuluartiklit riigieelarves.

Ettepanekute tegemisel oleme lähtunud reaalsest olukorrast tervishoius ja sellest tulenevatest tagajärgedest, kui rahastamist ei suurendata.

RES 2008-2011:

Tervishoiuteenuste kättesaadavust ja kasutamist iseloomustavad suured regionaalsed ja sotsiaal-majanduslikud erinevused. Seoses linnastumisega on terviseteenuste kättesaadavus hõredalt asustatud maapiirkondades muutunud aina problemaatilisemaks. Teenusepakkumise kättesaadavuse parandamisel on teravaks probleemiks tööjõupuudus ning tervishoiutöötajate jätkuv siirdumine välismaale. Haiglavõrgu aktiivravi efektiivsuse näitajad on jõudnud küll Euroopa Liidu keskmisele tasemele, kuid samas on terav puudus hooldusravi kohtadest ning hooldusravi on, võrreldes hinnatud vajadusega, alafinantseeritud. Vajalikust 2100 hooldusravi voodikohast on tänaseks olemas 1400 voodikohta (67%). Eesti tervishoiukulud kasvavad Euroopa Liidu keskmisest pisut aeglasemalt, jõudes 2010. aastaks Euroopa Komisjoni prognoosi järgi 6,5 %ni SKPst.

Keskmise eluea ja tervishoiukulutuste seos ilmneb, kui võrrelda neid näitajaid eri riikides. Euroopa maades, kus tervishoiukulude osakaal SKP-s on üle 7%, on ka meeste keskmine eluiga üle 10 aasta kõrgem kui Eestis.

Eesti suurenevad tervishoiule tehtavad kulutused aeglasemalt kui riigieelarve üldiselt, seega nende osakaal langeb. Praegune alla 5% SKP-st on selgelt ebapiisav ega võimalda kvaliteetse arstiabi kättesaadavust vajalikul tasemel, samuti pole selge, kuidas kavatakse rahastamissüsteemi oluliselt muutmata jõuda RES-s ettenähtud 6,5%-ni aastaks 2010?

Meie tervishoiusüsteemi peamised nõrkused on pikad ravijärjekorrad, personalipuudus ja madalad palgad, halb infrastruktuur ja süsteemi nõrk juhtimine.

Arstiabi kättesaadavus on otseselt seotud rahastamisega. Madala palga tõttu lahkuvad töötajad tervishoiusüsteemist. Tervishoiuameti andmetel on aastatel 2004–2007 välismaale tööle minekuks vajalikud dokumendid välja võtnud üle 1000 tervishoiutöötaja, enne 2004. a lahkunute arv pole teada. Suur hulk töötajatest on pensionieas (11% arstidest, 6% õdedest) või jõuab sinna lähiaastatel. Arste töötab väljaspool tervishoiusüsteemi 7% ja õdesid 13% arstide ja õdede koguarvust.

Tervishoiuameti registris on arste küll ca 5500, kuid täidetud arsti ametikohti on 2006. a palgauuringu andmetel ainult ca 3400. Õdede ja arstide arv 1000 elaniku kohta on tunduvalt väiksem kui naabermaades Soomes ja Rootsis, samuti on meil õdesid proportsionaalselt palju vähem:

1000 elaniku kohta

Arste Eestis 2,8; Rootsis 3,0; Soomes 3,2

Õdesid 5,8; 9,8 21,7

Kuigi alates 2006. a on suurendatud arstide ja õdede koolitustellimust, väheneb tervishoiutöötajate arv endiselt, sest väljaõpe kestus on pikk (arstil keskmiselt 10 aastat).

Lähiajal on oodata järjekordade pikenemist, kui töötajate lahkumist ei suudeta peatada, allesjäänud arstid ja õed aga ei suuda ega taha enam ülekoormusega töötada. Mitmel töökohal töötab ametlikult 46% arstidest, 37% hambaarstidest, 23% ämmaemandatest ja 12% õdedest. Umbes sama suur osa teeb varjatud ületööd ühel töökohal. Kui kõik tervishoiutöötajad töötaksid 1,0 koormusega, jääks tervishoiusektoris täitmata ligikaudu 8000 töökohta.

Vaja on piisavalt suurt palgatõusu, mis motiveeriks noori spetsialiste kodumaale tööle jääma ja väljaspool Eesti tervishoiusüsteemi töötavaid arste ja õdesid tagasi tulema. Hiljem rahastamise suurendamine efekti ei anna, kui pole enam meditsiinitöötajaid, kes patsiente raviksid.

Tervishoiuteenuste hinnad ei kata nende osutamiseks tehtud tegelikke kulutusi. Kulupõhised hinnad on küll välja arvatud, kuid hinnakirjas on need koefitsiendiga 0,6-0,9. Üle lepingumahu osutatud teenuste eest makstakse koefitsiendiga 0,3, mis kuidagi ei stimuleeri ravisutusi võimaluse korral rohkem töötama, et järjekordi lühendada.

Üldarstiabi arendamiseks haigekassa eelarve prognoosis planeeritud summad on ebapiisavad. Kapitalikulude katmise süsteem ei võimalda kaasajastada üldarstiabi infrastruktuuri. Baasrahast investeeringuteks ei piisa, samuti pole esmatasandi ravisutustel võimalik kasutada investeeringuteks EL struktuurifondide vahendeid.

Ravikindlustusmaksu laekumine on võrreldes eelmise aastaga kasvanud keskmiselt 27%. Järgnevatel aastatel prognoosib haigekassa küll laekumise mõningat aeglustumist, samas aga kasutamata summad eelarves 4 aastaga praktiliselt kahekordistuvad. 2011. aastaks on kohustuslike reservide ja jaotamata kasumi suurus üle 6 miljardi krooni. Seega jäetakse igal aastal oluline osa maksumaksjalt kogutud rahast haigete ravimiseks kasutamata ja praeguse kõrge inflatsiooni tõttu kaotab see pidevalt oma väärtust.

Euroopalikule riigile sobimatu on olukord, kus esmatasandi arstiabi pole kättesaadav kõikidele elanikele. Nende patsientide üldarstiabi kulud, kellel puudub ravikindlustus, tuleks tasuda riigieelarvest.

Senise rahastamissüsteemiga jätkates pole edaspidi võimalik osutada samas mahus tervishoiuteenuseid, sest kvaliteedi arvelt järeleandmisi teha ei saa.

Demokraatlikus riigis on valitsusel ja parlamendil kahtlemata vabadus teha selliseid tervishoiupoliitilisi otsuseid, nagu nad õigeks peavad. Kui valik „enne rikkaks, siis terveks“ on tehtud teadlikult ja seda ei kavatseta muuta, tuleb see kodanikele teatavaks teha. Teine võimalus on lähtuda euroopalikest väärtustest ja asuda arendama riigi majanduslikele võimalustele vastavat tervishoiupoliitikat.