

# Raha jagamisel on alati probleeme

**Peeter Laasik – Elva Haigla**

Tervishoiu rahastamise puhul räägitakse tavaliselt riigipoolse rahastamise muutustest ehk siis sellest, kuidas saada juurde raha haigekassasse. Raha edasine jaotumine arstiabis, sealhulgas eriarstiabis, jääb tähelepanuta. Siin on mitmeid eri huvidega osapooli – kas haiglavõrgu kesonhaiglad ning üldhaiglad või siis haiglavõrguvälised raviasutused.

Võib mõelda, kas meditsiinisektorisisesed rahastamise reeglid on olulised, võib mõelda, et küll saadakse hakkama. Arstiabi maakondades sõltub aga väga palju arstideõdede tehtavatest otsustest. Kui mõne haigla mõne eriala rahastamine on ebakindel, siis on selle eriala arsti haiglasse raske palgata. Samas tähendab see maakonna inimestele arstabi kättesaadavuse vähenemist ning muutub probleemiks, kuna tavapärase eriarstiabi jaoks peavad inimesed hakkama sõitma Tartusse või Tallinna. Juba praegu otsivad maakondades elavad inimesed vähem arstiabi kui suuremate linnade elanikud.

Kindlasti annab haiglate võrgustamine juurde kindlust, kuid raha jaotab haigekassa. Loomulikult teeb ta seda määrustest ja seadustest lähtudes, kuid enamik neist on praeguseks ajale jalgu jäänud. Olukorrad muutuvad ja seadusi on vaja uuendada. Regionaalhaiglad ei jaota haigekassa raha ja nad ei saa vastutada võrgustunud haiglate haigekassalepingute sisu ja mahu eest. Nii info lünklikkusest kui ka mõiste lõpuni läbimõtlematuse tõttu tekkis aga palju informüra ja segadust. Samuti peab arvestama, et haigekassa ei ole õigusruumi muutja.

Haiglate töö sisu ja mahu planeerimise aluseks on teeninduspiirkond. Eestis on 2 keskust – Tallinn ja Tartu. Ülejäänud haiglad on oma maakonna haiglad – seda on eri uuringud korduvalt näidanud. Samuti on

kõik erialad oma valdkonna arengukavades kehtestanud eriarsti vajaduse 10 000 inimese kohta. Siit edasi on lihtne välja arvutada eriarstide vajadust haiglates. Arvestama peab tervishoiu esmase planeerimise põhimõttega – erakorraline ja kõrgtehnoloogiline peab kontsentreeruma, lihtsam ja sagedasem (eriti ambulatoorne) peab jääma detsentraliseerituks. Tundub lihtne, kuid raske reaalses elus rakendada.

Kui tahta säilitada arstiabi maakondades, peab lihtsate ja sagedaste – eelkõige ambulatoorsete – tegevuste korral eelistama nende jäämist maakondade vastutusse. Miks on see oluline? Eelkõige patsientidele ja arstidele kindluse andmiseks, et eriarstiabi kättesaadavus maakondades ei vähene.

Omaette teema on haiglavõrguvälised raviasutused. Demokraatlikus ühiskonnas on kõigil õigus tegeleda ettevõtlusega ja samuti on loomulik tegeleda ettevõtlusega õpitud erialal. See on loomulik osa meie tervishoius ja ka siin peab rahastamise põhimõtted läbi mõtlema. Näiteks kui suur võiks nende osakaal olla? Kust neid rahastatakse? Millised on konkursi tingimused? Loomulikult on see probleemne ja vastakaid emotsioone üles küttev teema nii tervishoiu kättesaadavuse eest vastutajatele, meediale kui ka patsientidele. Probleemi eirates seda aga ei lahendata, vaid see suureneb.

Seega on tervishoius vajalik sisuline arutelu rahastamise üle sektori sees. On vaja võimalikult emotsioonivabalt panna lauale eri poolte argumendid, neid kaaluda eelkõige patsiendi vaates. Loomulikult peab riik vaatama eriarstiabi arengule pikas vaates, aga samas peab sel juhul arvestama olemasolevate erakliinikute ja -kabinettidega. Sellise arutelu eestvedaja peab olema ministeerium, sest ainult ministeerium saab kehtestada uusi rahastamisreegleid.



**Peeter Laasik**