

**Eesti tervisesüsteemi jätkusuutlikkuse uuringust:
puudustest ja probleemidest**

Jüri Saar
www.vabalog.ee
vabalog@gmail.com

Märts 2010

Sisukord

Sissejuhatus.....	3
1. Tehnokraatliku lähenemise problemaatilisusest	3
2. Objektiivsusest kvaliteetses kõverpeeglis.....	5
3. Maksude tõstmisest ilma tagajärgedega arvestamata	7
4. Madalate administratiivkulude hind	8
5. Geneeriliste ravimite eelistamise hind	10
6. Suhtelise efektiivsuse uuringute ohud	12
7. Nähtamatud ravijärjekorrad: üks kaasus	15
8. Nähtamatud ravijärjekorrad: varajatud kulud	16
9. Ravikindlustuskontod kui lahendus	17
Kokkuvõtte.....	18

Sissejuhatus

Märtsi alguses tehti avalikus Sotsiaalministeeriumi tellitud uurimus [Responding to the challenge of financial sustainability in Estonia's health system](#) (pdf). Uuring pälvis ka parajalt meediakajastust, kuid seda jätkus vaid üheks päevaks ja peamiselt [lühikeste kommentaaride ja intervjuude näol](#) uuringu autoritega, kes andsid endast parima, et uuringu sisu tutvustada neile, kes 140 leheküljelist inglise keelset dokumenti kunagi lugema ei hakka.

Ma ei tegele igapäevaselt tervishoiu ökonoomikaga ega isegi mitte iganädalaselt. Küll aga olen üritanud ennast tervishoiu korraldamise ja finantseerimise võimalustega kursis hoida ning kirjutanud võimalikest probleemidest ja suundumustest tervishoiu rahastamisel. See on ka üks peamisi põhjuseid, miks lugesin uuringu läbi ja otsustasin mõnede puudustele tähelepanu juhtida.

Enda analüüsis toetun oma akadeemilisele haridusele (M.A.), mis keskendus teaduse, tehnoloogia ja ühiskonna omavaheliste mõjude uurimisele ja analüüsile ning peaks suurepäraselt sobima tervishoiu korralduse analüüsimiseks, kus oluline roll on uuringutel ja analüüsidel (teadus), uutel tehnoloogilistel lahendustel ja nende maksumusel (tehnoloogia) ja inimeste soovidel, teadlikkusel ning kollektiivsetel valikutel (ühiskond).

Essee on ülesehitatud üheksas osas. Esimeses kahes osas peatun varjatud maailmavaatelite eelistuste problemaatilisusele ekspertide uuringutes ja iseselektiooni problemaatilisusel. Kolmandas osas juhin tähelepanu maksude tõstmise soovitudele ilma täpsema analüüsita, mis arvestaks maksumõju mõjuga majandustegevusele. Neljandas osas avan administratiivkulude olemust tsentraliseeritud tervishoiusüsteemis ja viiendas osas peatun geneeriliste ravimite eelistamise pikaajalistel tagajärgedele. Kuuendas osas toon välja, miks suhtelise efektiivsuse uuringud on problemaatilised ja miks need ei pruugi tuua soovitud kokkuvõtteid. Seitsmendas ja kaheksandas osas peatun ravijärjekordade olemusel ja nendest tulenevatel probleemidel ja üheksandas osas tõstan esile ravikindlustuskontode informatiivset väärtust.

1. Tehnokraatliku lähenemise problemaatilisusest

Nii kuidas on keerulisemaks muutunud ühiskonna korraldus on olulisemaks muutunud ekspertide panus, kelle uuringutele ja analüüsidele toetudes üritavad poliitikud leida sobivaid lahendusi, mis rajaneks kriitikat kannatavale teaduslikule baasile.

Objektiivsusele ja läbipaistvusele apelleerides on ekspertide keskne (edaspidi tehokraatlik) lähenemine poliitika kujundamisel aastakümnetega aina sügavamalt juurdunud. Ühelt poolt toetavad tehokraatliku lähenemise juurdumist poliitikud, kes saavad sisulise vastutuse probleemide puhul hajutada või lükata ekspertidele ja spetsialistidele, kellest üha suurem osa on koondunud erinevatesse ametkondadesse ja ministeeriumitesse. Teiselt poolt koondab tehokraatlik lähenemine probleemidele järjest rohkem võimu otsustada ja teha valikuid (kõigi eest) ideaalis objektiivsetele tehokraatidele, kes suudavad enda maailmavaatelist eelistust maha suruda.

Tulemuseks on olukord, kus pärast analüüsi ja uurimist esitavad valitud eksperdid enda töö tulemuse, kui ainuõige, kui mitte ainuvõimaliku valikuna. Sageli apelleeritakse ekspertide konsensusel, mida on ainuüksi valdkonna spetsiifika tõttu võimalik kritiseerida vähestel.

Tehnokraatliku lähenemise suurimaks probleemiks on maailmavaatelistel eelistustel taandamine tagataustale, kus nad hakkavad kaudselt ja enamasti täiesti süütult kujundama seda, millest üldse ekspertide analüüsid koosnevad ja kuidas neid esitatakse. Seega ei ole uurimustes ja analüüsides oluline niivõrd probleem, kuivõrd probleemi püstitus ja raamistik, milles probleemile üritatakse lahendust leida. Millised lahendused on aktsepteeritavad või piisavalt efektiivsed, millised on prioriteedid ja mida peetakse üldse teostatavaks tulenevad taolistes analüüsides eelkõige maailmavaatelistest eelistustest. Keerukad probleemid, mis on enda olemuselt nii moraalsed, kui eetilised, on surutud kunstlikult teaduslikku raamistikku, mille omaksvõtmisel jääb üle ainult numbrid kokku lüüa ja jõuda soovitud järelduseni.

Ühiskonnateadlastele ei ole jäänud tehnokraatliku lähenemise kasvav populaarsus tähelepanuta ja selle puudustele on viimase kümnemeha aasta jooksul järjest rohkem tähelepanu pööratud. Ühe illustratiivse artiklina on põhjust välja tuua Steve Rayner'i [Democracy in the age of assessment: reflections on the roles of expertise and democracy in public-sector decision making](#), kus autor juhib tähelepanu tehnokraatliku otsustusprotsessi võõrandavale mõjule valijate seas:

Is it possible that the concatenation of rising demand for evidence- and science-based policy and the displacement of moral judgement from the public sphere could have something to do with the decline of electoral participation? Whereas most citizens feel that they are competent to judge whose moral or aesthetic values appeal to them, they are less confident in their competence to second-guess technical expertise.

Where once we citizens voted for candidates based on our assessments of their values, such judgements have become marginal in importance and much harder to make. Technocracy is clearly an important aspect of the drift to the centre in both US and UK politics. On the one hand, the dominance of technique appears to reduce the scope for political differentiation, which comes to be seen as deviation from a technically defined reality. At the same time, if the decision is to be based on purely 'technical' criteria, what difference does it make who is in charge?

Such reasoning suggests that it is not worthwhile participating in electoral democracy. "It doesn't matter who you vote for, the government always gets in!". Where once statesmen based decisions on some idea of the good, politicians and businessmen now look to technical experts to inform decisions.

Tehnilise ekspertiisi kaasamisest analüüsides, uuringute ja programmide koostamisel ning institutsioonide kujundamisel pole otstarbekas ega mõistlik loobuda. Samas vajab üha rohkem meeldetuletamist, et igal inimesel on omad maailmavaatelistel eelistused, mis ei kao kuhugi isegi kõige tehnokraatlikumas ja näiliselt objektiivsemas organisatsioonis. Ekspertide panus võib olla siiramast siiram, kuid ainuüksi mõne organisatsiooniga liitumine annab sageli võimaluse teha järeldusi inimese

maailmavaateliste eelistuste kohta. Iseselektiooni (self-selection) tulemusena koonduvad sarnaselt mõtlevad inimesed gruppidesse ja organisatsioonidesse, kus nende panust tunnustatakse ja hinnatakse kõrgemalt. Samas taoliste iseselektiooni baasil kujunenud organisatsioonide poolt teostatav ekspertiis (sealhulgas ka tervishoiu valdkonnas) kaldub olema ühekülgsem ja eemalduma objektiivsusest.

2. Objektiivsusest kvaliteetses kõverpeeglis

Paar aastat tagasi avaldas Cato Instituut Glen Whitman'i analüüsi [WHO's Fooling Who? The World Health Organization's Problematic Ranking of Health Care Systems](#) (pdf), mis võttis lähema vaatluse alla WHO poolt ettevalmistatud [World Health Report 2000](#). Raportile viitajad kippusid seda esitlema, kui objektiivset uuringut, mis võimaldas võrrelda erinevate riikide tervishoiusüsteemi suhtelist tulemuslikkust. Vaatamata raporti autorite väidetavatele püüdlustele liikuda raportiga ideoloogilisematest tervishoiusüsteemide käsitlustest empiirilisemate käsitluste poole on raporti tulemused paljuski ideoloogiliste valikute tagajärg.

Whitman juhib enda lühikeses analüüsis tähelepanu kriteeriumite valikutele (kui selle kohta on üldse andmeid) ja üldistustele, mida tehakse peale mõne muutujaga arvestamist terve tervishoiusüsteemi kohta, sealjuures arvestamata näiteks kultuurilise eripära või erinevate väärtushinnangutega. Ühtlasi on WHO raport problemaatiline, sest tervishoiusüsteemide analüüsis ignoreeritakse inimeste teadlikke valikuid, mis tulenevad nende väärtushinnangutest. Seetõttu peetakse osa väärtushinnanguid õigemaks, kui teisi, samas arvestamata, et taolist seisukohta ei pruugi sugugi kõik jagada:

In other words, the WHO approach holds health systems responsible not just for treating lung cancer, but for preventing smoking in the first place; not just for treating heart disease, but for getting people to exercise and lay off the fatty foods.

That approach is problematic for two primary reasons. First, it does not adequately account for factors that are simply beyond the control of a health system. If the culture has a predilection for unhealthy foods, there may be little health care providers can do about it. Conversely, if the culture has a pre-existing preference for healthy foods, the health care system hardly deserves the credit. (Notice the high rank of Japan, known for its healthy national diet.) And it hardly makes sense to hold the health system accountable for the homicide rate. Is it reasonable to consider the police force a branch of the health system?

Second, the WHO approach fails to consider people's willingness to trade off health against other values. Some people are happy to give up a few potential months or even years of life in exchange for the pleasures of smoking, eating, having sex, playing sports, and so on. The WHO approach, rather than taking the public's preferences as given, deems some preferences better than others (and then praises or blames the health system for them).

Whitman peatub enda analüüsis ka mõõtmisprobleemidel ja erinevate komponentide kaalul tervishoiuindeksis, mis seavad autorite väited raporti objektiivsusest enam kui kahtluse alla.

World Health Report 2000 on laialt tsiteeritud ja lähtekoht paljude riikide poliitikutele ning ametnikele, kes soovivad riigi tervishoiusüsteemi korraldust tulemuslikumaks kujundada. Seda problemaatilisem on olukord, kus teatud ideoloogilisi valikuid soovitakse esitada kui objektiivset tõde.

Eesti tervishoiusüsteemi rahastamise jätkusuutlikkuse uuring on koostatud töögrupi poolt, mis on kokku kutsutud Haigekassa poolt ja toetub WHO regionaalse osakonna tehnilisele abile. Kahjuks jääb mulje, et kummagi organisatsiooni spetsialistid pole huvitatud tervishoiusüsteemi detsentraliseerimisest, suurema otsustus-võimaluse andmisest indiviidile või turupõhistest reformidest tervishoiusüsteemis, sest see vähendaks märkimisväärselt nii avaliku sektori kui selle töötajate rolli süsteemi edasise arengu kujundamisel.

Ilmselt on otsustajatel vaja raamistikku, milles võrrelda erinevaid ideid ja lahendusi nagu ka nende võimalikke tagajärgi. Kahtlemata on WHO uuringu näol tegu sisuka olukorra kaardistuse ja kompetentsete projektsioonidega, mis võimaldavad tervishoiukorraldusest mõelda selgemalt ja konkreetsemalt, kuid tegu ei ole ammendava vaid üpriski ühekülgsel käsitlusega.

Uuringu ühekülgsus seisneb eelkõige autorite vastumeelsuses lähenda sama kriitiliselt tsentraliseeritud lahendustele, mida nad pakuvad kulude ohjamiseks ja osutatava teenuse kvaliteedi parandamiseks, kui erakindlustusele ning patsiendile suuremat valiku- ja otsustusvabadust pakkuvatele detsentraliseeritud lahendustele. Nii ei leia erakindlustus peale konstateeringu, et see ei sobi Eestile, uuringu esimese sajakonna lehekülje jooksul mingit sisulist kajastust.

Olukord muutub alles uuringu viimases kolmandikus, kus uuringu autorid on sunnitud kajastama uuringu sidusgrupi (stakeholders) seisukohti, mis selgusid kahe eraldi kohtumise käigus. Uuringu alguses (lk 13-15) toodud nimedest selgub, et valdav enamus (u. 80%) sidusgruppi kaasatud inimestest on otseselt seotud praeguse süsteemi rahastamisotsustega. Potentsiaalne surve teenuste hindadele koos tihedama konkurentsi, mida võimaldaks teenuse hinna kujundamise detsentraliseerimine ja allutamine reaalsele nõudlusele, ei ole nende inimeste huvides. Seda kummalisem oli lugeda, kuidas erakindlustuse pooldajate motiivides nähti isiklikke huve:

Some interviewees mentioned the possibility of a widening gap between expectations and the system's ability to deliver as an argument in favour of expanding private health insurance, but it was not clear whether this reflected public opinion as much as the interviewees' ideological position or professional interests or both.

Uuringut lugedes jääb seega mulje, et erakindlustuse suuremat rolli nägevad inimesed lähtuvad ideoloogilistest või professionaalsetest eelistustest, kuid praeguse süsteemi pooldajad on suuremeelselt isiklikud maailmavaatelised eelistused kõrvale jätnud ja nende professionaalsed huvid ei mängi nende eelistustes mingit rolli - vähemalt uurimuse autorite arvates:

There was general agreement among stakeholders that the level of funding provided directly by the government should be higher, both now and in the future. Measured as share of GDP, the Estonian public sector is one of the smallest in the European Union. Several interviewees referred to the state as being too 'thin', 'slim' or 'lean' to provide a sufficient degree of social protection.

Sidusgruppide poolt saadavat majanduslikku kasu, mida täiendav rahastamine võimaldab, ei peeta märkimise vääriliseks.

Avaliku sektori osakaalu juures SKT's on oluline täpsustada, mida mõistetakse avaliku sektori all ja mida mitte, kuid uuringu autorid ei viita täpsustavale materjalile. Kas riik on "liiga õhuke" ja millises ulatuses peaks avalik sektor tegelema sotsiaalse kaitsega on maailmavaateline küsimus, millesse võrdlused Euroopa Liiduga mingit täiendavat selgust ei too.

Keeruline on mööda vaadata ka tõsiasjast, et erakindlustuse vastaste argumentide toomisel viitavad uuringu autorid küll mitmetele erinevatele uurimustele, kuid nende uurimuste autorid kipuvad olema ühed ja samad isikud. Ühtlasi ei käsitleta uurimuses erakindlustust komplekselt vaid nopitakse autorite narratiiviga (erakindlustus ei sobi Eestile, erakindlustuse kasvu tuleb piirata) sobivamaid näiteid, mis valdaval enamusel juhtudest on negatiivsed.

3. Maksude tõstmisest ilma tagajärgedega arvestamata

Eelnevalt olen peatunud eelkõige põhimõttelistel küsimustel, millega iga uuringu autorid peavad heitlema, kuid uuringus on ka mitmeid konkreetseid ettepanekuid, käsitlusi ja väiteid, mis väärivad eraldi tähelepanu.

Täiendavate tervishoiusüsteemi rahastamisvõimaluste analüüsil pole siinkohal mõtet pikemalt peatuda, sest uurimuse autorid näevad täiendava tulu allikana eelkõige erinevaid makse. Sotsiaalmaksu, aktsiiside või tarbimismaksude tõstmisest ei ole otstarbekas ilma tõsisema analüüsita maksumäärade ulatusest ja nende tõstmise mõjust tööhõivele ning ettevõtlusele kirjutada.

Riigipoolne pensionäride eest sotsiaalmaksu tasumine saab aga toimuda kas teiste riigieelarvest rahastatavate valdkondade arvelt või täiendavatest maksudest, kuid seegi küsimus jääb detailsema käsitluseta. Sama problemaatiline on kapitali- ja ettevõtlustulu maksustamine. Vastuseta jääb ka väikeettevõtja saatus, kes maksab endale vähemalt keskmist palka ja seeläbi ka sotsiaalmaksu. Ilmselt ei arva keegi, et topeltnmaksustamine ei avalda mingit mõju ettevõtlusele. Isegi kui ettevõtlustulu maksustatakse, siis pretendeerivad maksutulule lisaks tervishoiule ka mitmed teised alarahastatud valdkonnad nagu haridus, päästeteenistused, sotsiaaltoetused või pensionid.

Kuna uurimus on eelkõige tervishoiusüsteemi rahastamise jätkusuutlikkusest, siis on uurimuse üheks läbivaks jooneks kulude kontrollimine ja vähendamine nagu ka olemasolevate piiratud ressursside võimalikult tõhus ja mõjuv kasutamine. Enamus

ettepanekuid rõhutavad täiendava tsentraliseerimise ja kontrollimise olulisust samas tunnistamata, et mitmed tõstatud probleemid tulenevad otseselt tsentraliseeritud tervishoiusüsteemi olemusest. Näiteks haiglate võrgustiku korrastamine on takerdunud paljuski tsentraliseeritud rahastamisega kaasnevasse võrdset kohtlemist tagavatesse põhimõtetesse. Teenuse osutajal on aga alati lihtsam survestada ühte rahastajat ja administreerijat, mille ametnikud mõtlevad ka enda perspektiividele erasektoris (raviasutused vajavad tsentraliseeritud bürokraatlikus süsteemis orienteerumiseks ja selle ärakasutamiseks süsteemi tundvaid inimesi), kui tegeleda vahetu teenuse tarbijaga, kelle ootused ei rajane raportitel ja ülevaadetel vaid isiklikul kogemusel.

Teise näitena võib tuua teadlikkuse tõstmise programmid ja kampaaniad, millesse panustamisest poleks tõenäoliselt ka erakindlustusele põhinevas süsteemis pääsu.

Samas on põhjust arvata, et erakindlustusele põhinevas tervishoiusüsteemis oleks võimalik kulutada kampaaniatele vähem, kuid tulemused oleks märksa mõjuvad. Tõenäoliselt pole Eestis ühtegi inimest, kes arvaks, et suitsetamine või liigne alkoholi tarvitamine tema tervist ei kahjusta, kuid seda esiletõstvad kampaaniad on paljude jaoks kõigest taustmüra. Praegune tervishoiusüsteem ei tee vahet eluviisidel, samas kui erakindlustusele põhinev süsteem saaks pakkuda tervislikumate eluviisidega inimestele märgatavalt soodsamat teenust. Olukorras, kus tervishoiuteenuste hindadega ei puutu teenuse tarbija üldse kokku (teenus on tema jaoks "tasuta") puudub vajadus kampaaniatele tähelepanu pöörata.

4. Madalate administratiivkulude hind

Kulude kokkuhoidmiseks ja vähendamiseks näevad uurimuse autorid mitmeid võimalusi, kuid olulisemad neist taanduvad kolmele ettepanekule (1) suurendada perearstide rolli läbi täiendavate kohustuste ja piirangute, (2) eelistada geneerilisi ravimeid brändiravimitele ja (3) suurendada suhtelise efektiivsuse uuringute rolli rahastatavate protseduuride valimisel.

Uurimuses tõstetakse korduvalt esile Eesti tervishoiusüsteemi administreerimise madalaid kulusid, mis autorite hinnangul tõuseks oluliselt, kui tervisekindlustusse tekiks konkurents ja see on piisav põhjus olemasoleva süsteemi eelistamiseks erakindlustuse ees.

Kahjuks jääb administratiivsete kulude olemus avamata, mis võimaldab ignoreerida kahte suurimat administratiivkulude komponenti: järelvalve teenuse osutajate üle (vältimaks piiratud ressursside ebaotstarbekat kasutamist) ja mõned administratiivfunktsioonide kulud kajastuvad teiste organisatsioonide eelarvetes (sotsiaalmaksu kogumine).

Tsentraliseeritud tervishoiusüsteemis, kus kulude minimeerimine on juba süsteemi olemusest tulenevalt keeruline, on võimalik teenuse osutajatel nõuda tasustamist teenuse eest, mida reaalselt pole osutatud. Mitmeid odavamaid protseduure tehakse iga päev kümneid ja dokumentatsioonis mõne fiktiivse protseduuri kajastamine ei ole keeruline. Fiktiivsete protseduuride leidmiseks on möödapääsmatu intensiivsem järelvalve teenuse osutajate üle, kuid ajendid selleks on tsentraliseeritud

tervishoiusüsteemis üpris piiratud. Lihtsam on maksta kogutud raha olematute protseduuride eest, mis kajastuvad aruannetes reaalse ravina, kui näidata kõrgemaid administratiivkulusid, mida rahvusvahelistes tervishoiuuringutes ei oleks enam positiivse eeskujuna võimalik välja tuua.

Erakindlustuse puhul on aga tegu kasumit taotlevate organisatsioonidega, kus ettevõtte peamiseks eesmärgiks on konkurentsi tingimustes tulusid maksimeerida. Kuna iga fiktiivne protseduur tähendab kõrgemaid kulusid, siis on erakindlustuse pakkujatel olemas ajendid järelevalve teostamiseks ulatuses, mis võimaldaks leida optimaalse tasakaalu kõrgematest väljamaksetest tuleneva kahju ja kõrgemate administratiivkulude vahel.

USA tervishoiudebatist korduvalt ja põhjalikult kirjutanud Megan McArdle on tähelepanu juhtinud [administratiivkulude kajastamisele USA tsentraliseeritud süsteemis \(Medicare - riiklik ravikindlustus peamiselt pensionäridele\) ja erakindlustuses:](#)

Private insurers have costs that Medicare doesn't have within the agency. Private insurers bill. Medicare does too, but the IRS has its own budget--hell, its own courts--which don't show up on Medicare's balance sheet. Private insurers negotiate with suppliers. Medicare does too, but most of the negotiation takes place between lobbyists and Congressmen who again, do not show up on Medicare's balance sheet. The Federal government has all sorts of these little items which relieve government agencies of reporting certain costs. But the costs remain.

My guess would be that these explicit costs are still lower than Medicare's. But then there are implicit costs to government fiat that markets don't have. As Tyler Cowen points out, taxation has deadweight losses, and Medicare is a tax on employment, which is something we are particularly anxious not to suppress right now.

USA ja Eesti koos enda tervishoiusüsteemidega ei ole hõlpsasti võrreldavad, kuid põhimõtted jäävad samaks. Haigekassa ei tegele sotsiaalmaksu kogumisega ega väljanõudmisega maksukohuslastelt. Maksudega tegeleb Maksu- ja Tolliamet, mis võimaldab osa administratiivkulusid Haigekassal mitte kajastada. Täpselt samuti ei kao kusagile maksude kogumisega kaasnev puhaskadu (dead-weight loss). Lihtsalt väita, et tsentraliseeritud süsteemis on administreerimise kulud väiksemad samas tunnistamata, et mitmed administratiivfunktsioonid on teistel ametiasutustel, annab eksitava ettekujutuse administratiivkuludest konkureerivate kindlustusteenuse pakkujate vahel.

Eesti tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse uuringu autorid näivad tajuvat järelevalve puudujääke Eesti tervishoiusüsteemis, sest soovivad neid kõrvaldada läbi järjest suurema perearstide rolli. Krooniliste haigustega inimeste suunamine eriarstide juurde (n.n. "väravavahi" roll) ja varasemast suurem panus perearstile, kui ravi koordineerijale on kõige selgemad ettepanekud nagu ka perearstide vastutuse ja valitsemise "täiendamine." Ilmselgelt pole taolise skeemi puhul pääsu administratiivkulude tõusust, kui just perearstide tasu ei jää täiendavatele kohustustele vaatamata samale tasemele.

5. Geneeriliste ravimite eelistamise hind

Uurimuse autorid näevad ühe olulise kulude kokkuhoiu allikana võimalust varasemast täpsemalt suunata arstide poolt väljakirjutatavate ravimite valikut. Eestis on juba mõnda aega olnud arstidel kohustus eelistada geneerilisi ravimeid (ravimid, mida ei ole tootja ise väljatöötanud) brändiravimitele (üldjuhul ravimi väljatöötanud ettevõtte toode). Uurimuse autorid juhvad tähelepanu tõsiasjale, et enamuse arste ei pea kinni kohustusest eelistada geneerilisi ravimeid. Isegi kui arstid peavad geneeriliste ravimite väljakirjutamise kohustusest kinni, siis valdaval enamusel juhtudest apteekrid seda ei tee ja kirjutavad ikkagi välja brändiravimeid. Madalate administratiivkulude ja süstemaatilise kohustuste eiramise, mida soodustab sisuliselt olematu järelevalve (tänu madalatele administratiivkuludele), omavaheline seostamine jääb lugejale.

Vaatamata soovitudele järjest rohkem eelistada geneerilisi ravimeid ja luua ajendeid nende ulatuslikumaks kasutamiseks ei peatu uurimuse autorid taoliste soovitude pikaajalistel tagajärgedel. Tõsi, Eesti väiksus tähendab, et meie tagasihoidlikud valikud ei mõjuta üldisemaid pikaajalisi trende, kuid geneeriliste ravimite järjest ulatuslikum eelistamine on kujunenud üheks olulisemaks suundumuseks terves Euroopa Liidus. Sedavõrd laiaulatuslik geneeriliste ravimite eelistamine seab aga tõsise kahtluse alla uute ravimite väljatöötamise otstarbekuse.

Uute ravimite väljatöötamine on keeruline, pikaajaline ja kulukas protsess. Kui uus ravim on väljatöötatud, siis selle turule jõudmine on regulatiivsete kitsenduste tõttu sageli aasate pikkune protsess, mille käigus tuleb rahastada kliinilisi uuringuid samas omamata mingit kindlust, et pärast kõiki neid investeeringuid saab ravim üldse reguleerija heakskiidu. Uute ravimite väljatöötamisega kaasnevad finantsriskid on ulatuslikud, kuid nad on väärt võtmist kuni on võimalik investering tagasi teenida. See tähendab investeerimist avalikkuse teavitamisesse ravimi olemasolust ja toimest, mida on üldjuhul kõige lihtsam saavutada läbi brändi ja reklaami.

Geneeriliste ravimite tootmisega sarnaseid kulutusi ei kaasne. Niipea, kui brändiravimi patent aegub on teistel võimalik sama aktiivainega ravimeid toota, mis paljudel juhtudel tähendab lihtsat odavat koopiat. Ravimi valmistamise retsepti ei ole vaja välja töötada, mis võimaldab arendustegevusse investeerimisest hoiduda ja keskenduda tootmisele. Iga täiendava tableti tootmise kulu on triviaalne võrreldes esimese tableti väljaarendamise kuluga ja see võimaldab geneerilisi ravimeid märksa odavamalt müüa. Lisame veel kliiniliste uuringute finantseerimise ja regulatiivsete nõudmiste täitmisega kaasnevad kulud, millest geneeriliste ravimite tootjad on vabastatud (reguleerija on juba aktiivaine heakskiitnud) ning jõuame olukorrani, kus geneeriliste ravimite eelistamine brändiravimitele hakkab otseselt õonestama uute ravimite turule jõudmiseks vajalikku finantseerimisbaasi.

Brändiravimite tootjaid kaitsevad mõnda aega patendid, kuid uue ravimi patenteerimisest turule jõudmiseni kulub umbes kümmekond aastat, mis moodustab 50% patendikestvusest. Tänu järjest karmimatele regulatiivsetele piirangutele ja kohustustele on aga brändiravimite patendikaitse aegne müügiperiood lühenenud ja võimalus ravimi müügia arendamiskulud katta vähenenud. Geneerilised ravimid on

odavamad ja nende eelistamine brändiravimite arvel, luues selleks täiendavad rahalised ajendid (uuringu autorite soovitus) on lühinägelik ja uute ravimite väljatöötamise protsessi otseselt õõnestav.

Viimaste aastakümnetega on terves maailmas domineerinud Euroopa ravimitööstus vaikselt hääbunud. Tsentraliseeritud tervishoiusüsteem võimaldab ravimitootjale seada hinnapiiranguid, mis teevad kasumliku ravimiarenduse Euroopas oluliselt keerulisemaks. Euroopa ravimitööstuse poolt loodav lisandväärtus inimese kohta on viimaste aastakümnetega stabiilselt vähenenud, samas kui USA's on suundumus vastupidine. Ühtlasi tegutsevad suurimad ja edukaimad ravimitootjad täna USA's mitte Euroopas nagu see oli veel vaid parkümmend aastat tagasi.

Enamus Euroopa riike on viimaste aastakümnete jooksul valinud innovatsiooni lämmatamise Euroopa ravimitööstuses läbi madalamate ravimihindade, mida võimaldavad tsentraliseeritud tervishoiusüsteemi hinnapiirangud. Samas võetakse Euroopas kasutusele järjest rohkem USA's väljatöötatud ravimeid, kus hinnapiirangute seadmine ravimihindadele on oluliselt keerulisem ja seetõttu on ajendid uute ravimite väljatöötamiseks oluliselt kõrgemad. Kui kulud teenitakse USA's tagasi, siis on võimalik Euroopasse (või Kanadasse!) müüa ravimeid hinnaga, mida tsentraliseeritud tervishoiusüsteemi administreerija on nõus maksma. Sisuliselt subsidierivad ameeriklased valdava enamuse maailma tervishoiusüsteemi läbi enda osaliselt turupõhise tervishoiusüsteemi. Euroopa madalad tervishoiukulud pole aga ameeriklastel märkamata jäänud ja sarnast lähenemist soovitakse nüüd USA's rakendada. [Megan McArdle juhtis eelmise suve lõpus taolise lähenemise problemaatilisusele tähelepanu:](#)

For me, it all boils down to public choice theory. Once we've got a comprehensive national health care plan, what are the government's incentives? I think they're bad, for the same reason the TSA is bad. I'm afraid that instead of Security Theater, we'll get Health Care Theater, where the government goes to elaborate lengths to convince us that we're getting the best possible health care, without actually providing it.

That's not just verbal theatrics. Agencies like Britain's NICE are a case in point. As long as people don't know that there are cancer treatments they're not getting, they're happy. Once they find out, satisfaction plunges. But the reason that people in Britain know about things like herceptin for early stage breast cancer is a robust private market in the US that experiments with this sort of thing.

So in the absence of a robust private US market, my assumption is that the government will focus on the apparent at the expense of the hard-to-measure. Innovation benefits future constituents who aren't voting now. Producing it is very expensive. On the other hand, cutting costs pleases voters this instant. This is, fundamentally, what cries to "use the government's negotiating power" with drug companies is about. Advocates of such a policy spend a lot of time arguing about whether pharmaceutical companies do, or do not, spend too much on marketing. This is besides the point. The government is not going to price to some unknowable socially optimal amount of pharma market power. It is going to price to what the voters want, which is to spend as little as possible right now.

Eestlasi on piisavalt vähe ja meie valikud üldisemaid tervishoiu korraldamise suundumusi ei mõjuta, kuid meil ei ole mingit põhjust ignoreerida valikutest tulenevate suundumuste tagajärgi pikemas perspektiivis. Ideaalis teadvustaks neid valikuid avalikkusele ja otsustajatele tervishoiuekspertid, kes toovad need valikud ka uurimustes välja. Kahjuks jääb reaalsus ideaalist kaugele ja kulusid, mis ei kajastu tänases eelarves kiputakse ignoreerima.

6. Suhtelise efektiivsuse uuringute ohud

Kolmas oluline kulude vähendamise võimalus on uuringu autorite hinnangul ulatuslikum suhtelise efektiivsuse uuringute (comparative effectiveness research) kasutamine. Suhtelise efektiivsuse uuringute eesmärk on teenuste osutamise tulemuslikkuse ja kulutõhususe võrdlev hindamine, mis võimaldab näiteks mõne haiguse kahte erinevat ravimeetodit võrrelda nii maksumuse kui tulemuslikkuse poolest. Taoline lähenemine peaks teoreetiliselt võimaldama arstidel teha teadmuspõhiseid otsuseid ravimeetodite valimisel, mis arvestaks ühelt poolt ravi tulemuslikkuse ja teiselt poolt maksumusega.

Iseenesest on suhtelise efektiivsuse uuringud igati tervitatavad ja tõenäoliselt ka vältimatud, kuid problemaatiliseks muutuvad suhtelise efektiivsuse uuringud niipea, kui nende tulemuste järgimine tehakse kohustuslikuks ja nendest kõrvale kaldumist, kas ei kompenseerita või lausa karistatakse. Tsentraliseeritud tervishoiusüsteemis, kus ressursid on piiratud ja neid tuleb kuidagi suunata, annavad suhtelise efektiivsuse uuringud süsteemi administreerijatele hoova, mille kasutamisest on keeruline hoiduda. Kahetsusväärset ei maini uuringu autorid, et tegu on üpris uue algatusega, mille usaldusväärsus on viimaste aastate jooksul saanud mitmete tagasilööride osaliseks.

John P. A. Ioannidis 2005. aasta uurimus [Why Most Published Research Findings Are False](#) on leidnud hulgaliselt viitamist, sest avab statistiliste meetodite kasutamise problemaatikat meditsiinilistes uuringutes. Olukord ei ole 2010. aastaks muutunud ja ajakirja ScienceNews'is märtsi lõpus ilmunud numbris [Odds Are, It's Wrong](#) leiab Ioannidise väide kahjuks ainult kinnitust:

“There is increasing concern,” declared epidemiologist John Ioannidis in a highly cited 2005 paper in PLoS Medicine, “that in modern research, false findings may be the majority or even the vast majority of published research claims.”

Ioannidis claimed to prove that more than half of published findings are false, but his analysis came under fire for statistical shortcomings of its own. “It may be true, but he didn’t prove it,” says biostatistician Steven Goodman of the Johns Hopkins University School of Public Health. On the other hand, says Goodman, the basic message stands. “There are more false claims made in the medical literature than anybody appreciates,” he says. “There’s no question about that.”

Nobody contends that all of science is wrong, or that it hasn’t compiled an impressive array of truths about the natural world. Still, any single scientific study alone is quite likely to be incorrect, thanks largely to the fact that the standard statistical system for drawing conclusions is, in essence, illogical. “A lot

of scientists don't understand statistics," says Goodman. "And they don't understand statistics because the statistics don't make sense."

Suhtelise efektiivsuse uuringute jaoks ei viida üldjuhul läbi täiendavaid kliinilisi uuringuid vaid need rajanevad eelkõige meta-analüüsidel, mis koondavad sarnaste varasemate uuringute tulemused ühtseks analüüsiks. Kui aga juba algandmed on problemaatilised, siis meta-analüüsiga kaasnevad täiendavad metodoloogilised probleemid, millest rahastamisotsuseid tegevad inimesed ei pruugi üldse teadlikud olla.

Hiljuti lahkas Jerome Groopman suhtelise efektiivsuse uuringute problemaatikat The New York Review of Books artiklis [Health Care: Who Knows "Best"](#). Tegu on artikliga, mille autor on praktiku ja teoretikuna kokku puutunud nii suhtelise efektiivsuse uuringutest tulenevate ettekirjutustega kui nende koostamisega. Groopman toob välja suhtelise efektiivsuse uuringute väärtuse standardiseeritud protseduuride kasutamisel, mis ei erine inimeselt inimesele, kuid ühtlasi juhib tähelepanu suhtelise efektiivsuse uuringute väärtuse piiratusele haigusele sobiva ravi määramisel olukorras, kus märksa rohkem on patsiendist - tema eelsoodumustest, teistest haigustest, elustiilist ja spetsiifilise haiguse kulgemisest.

Groopman toob välja mitmeid "parima praktika" (eelistatud protseduur) näiteid, mis osutusid hiljem kahjulikuks või lausa ohtlikuks. Ühel juhul osales Groopman ka ise analüüsi ja ettekirjutuste koostamisel, mis osutusid hiljem eksitavaks. Kasu soovitatud ravist osutus marginaalseks, samas kui raviga kaasnes oluliselt kõrgem insuldi ja infarkti risk.

Parima praktika järgimise kohustusega kaasnevad mitmed eetilised küsimused, mis väärivad Groopmani arvates tähelepanu. Mis saab näiteks finants sanktsioonidest, mis rakenduvad haiglatele või arstidele, kes hiljem eksitavaks osutunud parimast praktikast kõrvale kaldusid? Mida teha näiteks Haigekassa poolt avalikustatud kvaliteedinäitajatega, mis baseeruvad osaliselt hiljem eksitavaks osutunud parima praktika järgimisel? Millises ulatuses ja kuidas peaks patsiente informeerima parima praktika kasutamisest ja kas parima praktika suhtes skeptilised arstid peaksid seda enda patsientidele teadvustama?

Nii nagu on põhjust kahelda suhtelise efektiivsuse analüüsist tulenevates parima praktika ettekirjutustes on põhjust kahelda suhtelise efektiivsuse analüüsi suutlikkusel kulusid vähendada:

The President portrayed comparative effectiveness as equivalent to cost-effectiveness, noting that other countries spend half of what we do by only paying for "what works." This contention is not supported by evidence. Theodore Marmor, a professor of health care policy at Yale, writes in Fads, Fallacies and Foolishness in Medical Care Management and Policy that movements for "quality improvement" in Britain have failed to reduce expenditures. Marmor, with Jonathan Oberlander, a professor at the University of North Carolina, has written in these pages that the President has offered up rosy scenarios to avoid the harsh truth that there is no "painless cost control."

Lower spending in countries like France and Germany is accounted for not by comparative effectiveness studies but by lower costs of treatment attained through their systems of medical care and by reduced medical budgets. In Europe, prescription drugs cost between 50 and 60 percent of what they do in the US, and doctor's salaries are lower. (Insurance premiums also are tightly constrained.) France and Germany have good records in health care, but in Great Britain, where costs are strictly controlled by the National Health Service, with rationing of expensive treatments, outcomes for many cancers are among the worst in Europe.

The care of patients is complex, and choices about treatments involve difficult tradeoffs. That the uncertainties can be erased by mandates from experts is a misconceived panacea, a "focusing illusion."

Groopman ei ole ainus, kes on skeptiline suhtelise efektiivsuse analüüside suutlikkuses kulusid vähendada. Anirban Basu ja Tomas Philipson avaldasid käesoleva aasta jaanuari alguses uurimuse [The Impact of Comparative Effectiveness Research on Health and Health Care Spending](#), mille järeldused toetavad Groopmani skeptilisust, mitte aga Eesti tervisesüsteemi rahastamise jätkusuutlikkuse uuringu autorite kvalifitseerimata väiteid.

Basu ja Philipson'i uurimusest selgub, et vaatamata aastakümnete pikkusele ajaloole pole siiani selge, kuidas suhtelise efektiivsuse uuringud peaksid kulusid vähendama:

Although CER has been positioned as a means to improve health and potentially lower costs, little is understood about how exactly this will take place and how CER as it is practiced currently, will translate into different health care decisions. Indeed, despite the importance of comparative effectiveness research in the policy debate, there has been little explicit and quantitative analysis of the potential impact of CER on health or medical care spending.

Uuringu tulemused viitavad aga võimalusele, et suhtelise efektiivsuse uuringud mitte ei vähenda vaid potentsiaalselt isegi tõstavad kulusid:

This paper analyzed the impact of CER on patient health and costs interpreting CER to shift the demand from some treatments at the expense of others. We traced out the general spending and health implications of such shifts in private- as well as subsidized health care markets. In contrast to commonly held views, our analysis implies that CER may well increase quality of care but also spending when treatment effects are homogenous; in contrast, CER may increase spending and adversely impact health under plausible assumptions of how markets respond to quality information. This was particularly relevant when treatment effects are heterogeneous as product specific coverage policies failed to account for patient-specific treatment effects. We illustrated these economic effects for antipsychotics that are among the largest drug classes of the US Medicaid program and for which CER has been conducted. We simulated that if subsidies were eliminated for atypical based CATIE trial, a loss of value at 8% of class spending would be observed.

USA tervishoiusüsteemi raamistikus tehtud uuringud ei pruugi vahetult Eesti konteksti sobida, kuid nende uuringute näol on tegu vähemalt argumenteeritud analüüsiga, mis ei lähtu pimesi oletusest, et ulatuslikum suhtelise efektiivsuse uuringutest lähtumine võimaldab kulusid kokku hoida.

7. Nähtamatud ravijärjekorrad: üks kaasus

Kõige üllatavam oli Eesti tervisesüsteemi rahastamise jätkusuutlikkuse uuringus ravijärjekordade käsitlemine, mis on valdavale osale tervishoiusüsteemiga kokku puutuvatest inimestest üks olulisemaid küsimusi. Üllatav, et ravijärjekorrad ja nendega kaasnevad probleemid mingit sisulist käsitlemist uurimuses ei leia. Miks tervishoiu rahastamise spetsialistid ravijärjekordi käsitlemise vääriliseks ei pea uurimusest ei selgu, kuid sarnast seisukohta ei jaga kaugelki kõik. Loodetavasti illustreerib järgnev näide, mis tegelikkuses ravijärjekordadega kaasneb.

Mõni aeg tagasi hakkas minu tuttav vanem tööeline meesterahvas järjest sagedamini käies tundma ebamugavust vasakus puusas. Ebamugavus muutus peatselt valuks, millest pääsemiseks pöördus mees perearsti poole. Perearst kahtlustas, et puusaliiges pole suure mehe kaalule ja aktiivsele elustiilile vastu pidanud ja suunas ta eriarsti juurde, kes kahtlust kinnitas. Ainus võimalus probleem lahendada ja inimene valust liikumisel vabastada oli puusaliigese väljavahetamine proteesiga.

Puusaliigese asendamine proteesiga on üks kalleimaid kirurgilisi protseduure, mis piiratud rahaliste vahendite juures tähendab ravijärjekordi. Järjekorra pikkuseks oli sellel hetkel neli kuud, mis puusaliigese probleemide puhul tähendab ebameeldivalt terava valu kannatamist, äärmiselt piiratud liikumisvõimalusi ja tugevate valuvaigistite kasutamist.

Kui viimasest eriarsti külastusest ja ravijärjekorras ootamisest oli möödunud kuu võttis arst mehega ühendust. Selgus, et arst oli kogemata unustanud enda patsiendi lisamise ravijärjekorda ning oli seda teinud alles nüüd. Vaatamata ligi kuuajalisele piinlemisele polnud operatsiooniaeg lähemale tulnud ja ees seisid täiendavad neli kuud piinlemist. Lisaks ootas meest ees veel kaks kuud taastumist, mille jooksul oleks töö tegemine valdkonna eripärade tõttu välistatud.

Tööandja jaoks oli tegu oma valdkonna eksperdiga, kelle poole aastane töölt eemalviibimine tähendaks vajadust värvata sarnase taustaga spetsialist mujalt. Valdkonna eripära tõttu on asendustöötaja leidmisel määrav varasem kogemus, mis spetsialistide piiratud hulga tõttu Eestis tähendaks oluliselt kõrgemaid väljaminekuid, kui esialgu planeeritud, see seaks aga kogu projekti kasumlikkuse kahtluse alla. Kuna töökollektiiv on väike, siis oli ka tööandja huvitatud lahendusest, mis ei seisne ootamises vaid kiires tegutsemises, milleks oli kaks võimalust.

Esimene võimalus oli operatsiooni teostamine tasulise teenusena. Puusaliigese endoproteesimine on üks kallimaid tasuliselt osutatavaid raviteenuseid, mille maksumus ulatub 50 000 - 60 000 kroonini, kuid operatsioonile pääsemiseks ei peaks ise makstes ootama mitu kuud vaid operatsiooni saaks sooritada mõne päeva kuni nädala jooksul.

Teine võimalus oli probleemile lahendus leida meetoditega, mis peaksid olema tuttavad paljudele nõukogude ajast: kasutada tutvusi, et enda ravijärjekorda lühendada teiste arvelt.

Ei tööandja ega töötaja olnud huvitatud lahendusest, kus lisaks ravikindlustusele (13%), mida ettevõttes töötades oli selle töötaja eest ainuüksi viimase kolme aasta jooksul makstud üle 75 000 krooni, oleks samas suurusjärgus summa tulnud teist korda tasuda. Loogiliseks lahenduseks osutus seega tutvuste kasutamine.

Õnneks oli probleemi lahendamisest huvitatud inimeste kollektiivne suhtevõrgustik piisavalt lai, et mõne päevaga enam kui kolme kuuline ootamine taandada vaid mõnele nädalale. Kolm nädalat hiljem oli puusaliiges vahetatud ja poolteist kuud hiljem naases inimene tööle - nädalaid varem kuupäevast, mis oli esialgu määratud operatsiooni toimumise kuupäevaks.

8. Nähtamatud ravijärjekorrad: varjatud kulud

Ravijärjekordasid on lihtne ignoreerida, sest nende kulud jäävad enamasti varjatuks ja kaudseks. Kahjuks võimaldab probleemi ignoreerimine hoiduda ravijärjekordade põhjuste, kulude ja lahenduste käsitlemisest. Eelnevalt toodud näitele toetudes on siiski võimalik mõned olulisemad kitsaskohad välja tuua.

Ravijärjekorras ootamine seoses töövõimetusega tähendab haigushüvitise maksmist, mis ulatub 80%-ni palgast. Kui operatsioon oleks toimunud esialgu määratud ajal, siis oleks haigushüvitise maksmine kestnud 6 kuud ja maksuma läinud orienteeruvalt 100 000 krooni. Tasulise teenusena oleks operatsioon maksuma läinud 50 000 - 60 000 krooni ja ooteaeg oleks kahanenud vähemalt kolme kuu võrra. See on kolm kuud, kus inimesele ei ole vaja maksta haigushüvitist vaid tema maksab sotsiaalmaksu, mis oleks Haigekassale raha sisse toonud.

Kui inimene on haiguslehel, siis tuleb tööandjal leida keegi tema asemele. Piisava kvalifikatsiooniga inimese leidmine ei pruugi paljudes valdkondades sugugi lihtne olla, mis tähendab täiendavaid kulutusi nii inimese leidmiseks kui enamasti kõrgema tasu (tegu on ajutise tööga lühikese perioodi jooksul) maksmist. Kui sobivat inimest ei õnnestu leida võib see tähendada sanktsioone või projektist loobumist koos komplikatsioonide ja kuludega, mis taolisel juhul on vältimatud. Ühtlasi suurendavad ravijärjekorrad kõigi nende ettevõtete riske, kelle töötajaskonnast moodustavad enamuse vanemad inimesed.

Eesti tervisesüsteemi rahastamise jätkusuutlikkuse uuringust võib leida huvitava väite, mis väärrib eraldi väljatoomist just sellepärast, millest seal juttu ei ole:

EHIF has also been effective in tackling informal payments, which can be a major obstacle to transparency and accountability. Informal payments seem to be lower in Estonia than in other countries in the region (24). Although this has always been the case, it is partly due to actions taken to outlaw informal payments, plus EHIF's swift sanctioning of errant providers (including taking them to court if necessary).

Väidetavalt on tasuta teenuse eest täiendavate maksete võtmise probleem Eestis efektiivselt lahendatud. Rahaliste maksete puhul võib see tõesti nii olla, kuid väikese riigi puhul vajab eraldi tähelepanu ka tutvuste kasutamise võimalus. Eelnevalt toodud näites lahenes ravi vajava inimese probleem just läbi tutvuste. Raha ei pruugi taolistel juhtudel üldse mängu tulla vaid üks vastutulek vahetatakse teise vastu. Tõenäoliselt ei kahtle keegi, et kõrgema sissetuleku ja haridusega inimestel on rohkem tuttavaid arstide seas. Ühtlasi on taoliste vastutulekute puhul rohkem võimalusi poliitikutel ja mõnede ametkondade töötajatel, kui erasektori töötajatel, kelle poolt pakutavat on enamasti võimalik saada ka konkurentidelt.

Kaotajaks jäävad taolises süsteemis madalama sissetulekuga ja marginaliseeritud grupid, kellel üldjuhul vajalikud tutvused lihtsalt puuduvad. Kui tegu on töötavate inimestega, siis oleks neil vähemalt võimalus teenuse eest soovi korral rohkem maksta, kuid praegu taoline võimalus puudub. Ravijärjekorrad on tänases seisuga läbinähtamatud mustad kastid, mille üle Haigekassa ei ole suuteline järelvalvet teostama (eelnevalt mainitud madalad administratiivkulud) ja millest on rohkem võita kõrgema, kui madalama sissetulekuga inimestel.

Möödapääsmatu on ka ebaõigluse küsimus, mis vältimatult ravijärjekordadega kaasneb. Inimene võib aastatega sadu tuhandeid kroone enda palgast maksta Haigekassale, kuid kui sa piinled valudes, mis sinu elukvaliteeti oluliselt vähendavad, surutakse sulle pihku valuvaigistite retsept ja suunatakse ravijärjekorda.

Eesti tervisesüsteemi rahastamise jätkusuutlikkuse uuringus toodi korduvalt välja ringloogikale põhinev väide, et erakindlustust ei ole Eestis otstarbekas arendada, sest ta mängib väikest rolli ja viimase kümnekonna aasta jooksul pole erakindlustuse kasutajate hulk kasvanud. Samas jäetakse mainimata, et Haigekassale põhinev süsteem teeb erakindlustuse kasutamise enamuse jaoks mõttetuks. Erakindlustuse ostmise puhul ei väheneks sotsiaalmaks, mida tuleks samas ulatuses edasi maksta. Ratsionaalne inimene ei hakka raha kulutama topeltkindlustusele, mis seab seega igasuguse erakindlustuse oluliselt halvemasse rolli.

9. Ravikindlustuskontod kui lahendus

Kui erakindlustuse areng on Eesti välistatud, siis jääb üle ravikindlustuskontode kasutusse võtmine. Vähemalt oleks taolisel juhul välistatud olukord, kus inimene peab ravijärjekorras piinlema vaid saab kasutada ravikindlustuskontol olevaid vahendeid endale soodsaima ja kiirema ravi tagamisel. Ravikindlustuskontode puhul oleks võimalik ka tööandjal, pereliikmel või tuttavatel teha sisse makseid indiviidi ravikontole, mida motiveeriks tegema näiteks maksusoodustused. Riskigruppidega solidaarsuse säilitamiseks on võimalik ravikindlustusmaksu säilitamine, kuid märksa väiksemas ulatuses (näiteks 3%), millest finantseeritakse eelkõige kindlate riskigruppide ravikindlustuskonto sisse makseid. Kindlasti käiks taolise süsteemi juurde kohustuslik katastroofi juhtumite kindlustus, mis võimaldaks katta ootamatu haiguse või õnnetuse kulud, mis ületavad mingi eelnevalt fikseeritud omavastutuse piiri. Ühtlasi võimaldaks katastroofi juhtumite kindlustus kindlustusele tagasi anda tema tõelise funktsiooni, mis on ootamatult suurte kulude katmine, mitte regulaarne rutiinsete protseduuride eest tasumine.

Kahetsusväärset on Eesti tervisesüsteemi rahastamise jätkusuutlikkuse uuringu autorid võtnud ravikindlustuskontode suhtes tõrjuva hoiaku, mis rajaneb eelkõige WHO enda publikatsioonidele ning ühtedele ja samadele autoritele. Olen juba eelnevalt tähelepanu juhtinud uuringu autorite maailmavaatelistele eelistustele, mis peegelduvad ka ravikindlustuskontode käsitluses. Uuringu autorid toovad välja, et ravikindlustuskontod ei võimalda ulatuslikumat kulude kontrolli, kui suunatud raviteenus (managed care), samas on ravikindlustuskontode pooldajate seas piisavaks argumendiks juba samaväärne kulude kontroll paremate ravivõimaluste juures, mitte utoopilisemad eesmärgid nagu üldine kulude vähendamine.

Uuringu autorid viitavad ravikindlustuskontode diskussioonis eelkõige Euro Observer'i erinumbrile [Medical savings accounts: can they improve health system performance in Europe?](#) (pdf), kus erinevatel kaasustel toetudes jõutakse järeldusele, et pikas perspektiivis ei suuda ravikindlustuskontod tervishoiuteenuste hinda kontrollida. Samas jääb lugeja enda tõdeda, et raviteenuste hinnatõus on pikemas perspektiivis möödapääsmatu tehnoloogilise progressi ja uute innovaatiliste lahenduste tõttu, mis võimaldavad küll paremat diagnostikat ja tulemuslikumat ravi, kuid samas vajavad arendamiseks investeeringuid, mis tuleb kusagilt tagasi teenida.

Täna on ravitavad ja kontrollitavad mitmed haigused, mis vaid kümnekond aastat tagasi oleksid lõppenud surmaga. Ravimite ja tehnoloogiate arendamine, mis võimaldavad inimeste eluiga ja -kvaliteeti tõsta, ei ole tasuta, kuid tsentraliseeritud tervishoiusüsteem ei suuda signaale sellest edastada teenuste tarbijatele. Nende jaoks on seos ravi ja ravi maksumuse vahel olematu, millest tulenevalt on individuaalsed ootused märksa kõrgemad kui kollektiivsed võimalused. Ravikindlustuskontod võimaldaks inimestel vahetumalt teadvustada, et mitmed tehnoloogiad ja ravimid on võimalikud ainult siis, kui nende väljatöötajad enda investeeringud tagasi teenivad nagu ka seda, kui palju uuemad ravivõimalused tegelikult maksavad.

Ravijärjekordadega kaasnevad kulud on varjatud ja hajutatud ega kajastu Haigekassa eelarve real vaid inimeste kannatuses ja kaudsetes kuludes, mille mõjud võivad olla märksa ulatuslikumad kui ravikindlustuskontode kasutamisega kaasnevad probleemid, mis oleks vähemalt selgelt kvantifitseeritavad. Ravijärjekordade läbipaistmatus ja manipuleeritavus on järjest olulisemaks muutuvad probleemid, mis kujunevad piiratud eelarveliste vahendite juures kitsendades meditsiinilise personali palgakasvu võimalusi. Üks võimalus ravijärjekordade probleemi lahendamiseks oleks omandiõiguse seadmine ravijärjekorra kohtadele. Kuidas taoline süsteem võiks toimida olen kirjeldanud oma blogi postituses [Kuidas kajastada ravijärjekordade ajakulu rahaliselt?](#)

Kokkuvõtte

Eesti tervisesüsteemi rahastamise jätkusuutlikkuse uuring on vajalik ja möödapääsmatu olukorras, kus tervishoiusüsteemi rahastamisega kaasnevad probleemid süvenevad ja inimeste ootused ainult kasvavad. Uuring on küll üpris põhjalik, kuid surutud autorite poolt võrdlemisi kitsasse raamistikku, mis peegeldab autorite maailmavaatelist eelistusi ja seeläbi välistab mitmete küsimuste tõsisema analüüsi. Ühelt poolt kajastatakse meelepäraste lahenduste tugevaid külgi ja potentsiaali, teiselt poolt ignoreeritakse alternatiivsete lahenduste võimalusi ja

hoidutakse osa probleemide käsitlemisest. Kahetsusväärset jäävad Eesti tervisesüsteemi rahastamise jätkusuutlikkuse uuringust välja mitmed lahendused, mis tugevdaks süsteemi tagasiside mehhanisme ja on olulised kulude ohjamiseks ning annaks teenuse tarbijatele vahetuma ülevaate osutatavast teenusest ning selle maksumusest.

Radikaalsed muudatused tervet ühiskonda puudutavas tervishoiusüsteemis ei ole enamusele meelepärased ega lihtsalt teostatavad, kuid see ei tähenda, et otsustust ja haldamist detsentraliseerivad ettepanekud ei vääri rahvusvahelises uuringus kajastamist. Mitmeid muudatusi on võimalik ellu viia järk-järgult ja kohandada vastavalt nende tulemuslikkusele, mis võimaldaks tõsisemad puudused välja praakida. Ilmselgelt ei ole otsuste detsentraliseerimine, inimeste valikuvõimaluse suurendamine ja hinnamehhanismist saadav tagasiside suutelised tervishoiusüsteemi kroonilist alarahastatust kõrvaldama. Samas on põhjust arvata, et kui tsentraliseeritud tervishoiusüsteemi varjatud kulud leiaks kajastamist oleks detsentraliseeritumad lahendused märksa atraktiivsemad.

Käesoleva essee eesmärk oli suunata lugeja tähelepanu puudustele, mille käsitlemine võimaldaks Eesti tervishoiusüsteemi võimalikke arengusuundi komplekssemalt käsitleda ja juhtida tähelepanu argumentidele, mis uuringus käsitlemist ei leidnud. Lühikeses essees ei ole võimalik pakkuda terviklikku alternatiivset lahendust ühe riigi tervishoiusüsteemile, küll on aga võimalik teha ükskuid ettepanekuid, mis illustreerivad alternatiivseid põhimõtteid.

Tsentraliseerimine teeb tervishoiusüsteemi jäigemaks ja kiiretele muutustele kohanemise keerulisemaks, sest planeerijad pole piiratud informatsiooni tõttu suutelised paljusid muutusi ette nägema. Detsentraliseeritud süsteemid on kiiresti muutuv keskkonnas, kus järjest olulisem roll on uute meetodite ja lähenemiste katsetamisel, paindlikumad ja kohanemisvõimelisemad. Ainuüksi võimaluste paljusus ja nende proovimisest saadav informatsioon vahetu ja kaudse tagasiside näol on piisavalt kaalukas argument, et detsentraliseerimise võimalustele rohkem tähelepanu pöörata.